



**EFEKTIVITAS PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
MELALUI METODE GERAKAN PEDULI TB PARU (GPT)
UNTUK MENINGKATKAN *CASE DETECTION RATE*
(CDR) TB PARU DI KECAMATAN WELAHAN
KABUPATEN JEPARA**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh
Mohamad Anis Fahmi
NIM 6450406107

PERPUSTAKAAN
UNNES

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

2010

ABSTRAK

Mohamad Anis Fahmi, 2010, “Efektivitas Pemberdayaan Masyarakat melalui Metode Gerakan Peduli TB Paru (GPT) untuk Meningkatkan *Case Detection Rate (CDR)* TB Paru di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara”, Skripsi, Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Pembimbing: I. dr. Hj. Arulita Ika Fibriana, M.Kes., II. Chatila Maharani, S.T., M.Kes.

Kata Kunci: TB Paru, GPT, CDR

Setiap tahun terjadi 583.000 kasus baru TB paru dengan perkiraan 130.000 penderita baru infeksius. Di Indonesia, TB paru merupakan penyakit penyebab kematian terbesar ke-2 dengan proporsi kematian 7,5%. Target global CDR TB paru (70%), Kabupaten Jepara menempati posisi ketiga terendah dalam CDR TB paru di Jawa Tengah (25,62%) dengan CDR terendah di Puskesmas Welahan I (10%). Permasalahan yang dikaji dalam penelitian ini adalah efektivitas pemberdayaan masyarakat melalui metode Gerakan Peduli TB paru (GPT) untuk meningkatkan *Case Detection Rate (CDR)* TB paru di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui efektivitas pemberdayaan masyarakat melalui metode Gerakan Peduli TB paru (GPT) untuk meningkatkan *Case Detection Rate (CDR)* TB paru di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara.

Jenis penelitian eksperimen kuasi dengan kategori *pre-test and post-test* menggunakan kelompok eksperimen dan kontrol. Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat yang tercatat dan bertempat tinggal di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara. Pengambilan sampel adalah *purposive sampling*, jumlah 400 sampel yang tersebar di 4 desa. Instrumen berupa buku panduan GPT, laporan data kependudukan dan laporan TB. Data primer diperoleh dari observasi dan wawancara. Data sekunder diperoleh dari puskesmas mengenai laporan TB. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat (uji non parametrik *McNemar* dan *Kolmogorov-Smirnov* dengan $\alpha=0,05$).

Hasil penelitian terdapat perbedaan yang bermakna antara suspek TB paru ($p=0,000$) dan suspek yang periksa dahak ($p=0,001$) pada kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol. Namun tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada penderita TB paru BTA positif ($p=1,000$) antara kedua kelompok sampel. Kesimpulan penelitian ini adalah pemberdayaan masyarakat melalui metode Gerakan Peduli TB paru (GPT) efektif untuk meningkatkan *Case Detection Rate (CDR)* TB paru di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara.

Saran untuk pemerintah agar menciptakan metode yang lebih efektif dalam meningkatkan CDR TB paru agar penderita segera mendapatkan pengobatan dan menghindari penularan kuman *Tuberculosis* yang lebih luas.

ABSTRACT

Mohamad Anis Fahmi, 2010, “**The Effectiveness of Society Empowerment by Gerakan Peduli TB Paru (GPT) method to Increase Case Detection Rate (CDR) of Pulmonary Tuberculosis in Welahan Jepara**”, Final Project, Public Health Science Department, Sports Science Faculty, Semarang State University, The Advisor: I. dr. Hj. Arulita Ika Fibriana, M. Kes, II. Chatila Maharani, S.T., M. Kes.

Keywords: Pulmonary Tuberculosis, GPT, CDR

There are 583.000 new cases pulmonary tuberculosis every year, with an estimated 130 000 new cases of infectious. In Indonesia, tuberculosis is the leading cause of death to the disease-two with the proportion of death of 7.5%. Based on global target of CDR (70%), Jepara is the 3rd lowest position of CDR in central java (25,62%) is placed by Jepara with their lowest CDR in local government clinic Welahan 1 (10%). The problem that studied in the research is the effectiveness of society empowerment by *Gerakan Peduli TB Paru (GPT)* method to increase Case Detection Rate (CDR) of pulmonary tuberculosis in Welahan, Jepara. The aim of this research is to know the effectiveness of society empowerment by *Gerakan Peduli TB Paru (GPT)* method to increase Case Detection Rate (CDR) of pulmonary tuberculosis in Welahan, Jepara.

The type of this research is quasi eksperimen with pretest and posttest category using experiment and control groups. Population in this research is the society that is noted and stayed in Welahan, Jepara. Sampling technique is purposif sampling, amount 400 sample wich is placed in 4 village. The instrument in this research is guidance of GPT, the report of recidance data, and tuberculosis report. The primary data is taken from observation and interview. The secondary data is taken from local government clinic about tuberculosis report. The data analisis is done by univariat and bivariat (*McNemar* and *Kolmogorov-Smirnov* non parametric test with $\alpha=0.05$).

The results showed significant difference between the suspected pulmonary tuberculosis ($p=0.000$) and suspect the check sputum ($p=0.001$) in the experimental group with control group. But there was no significant difference patients with positive fast acid bacili pulmonary tuberculosis ($p=1.000$). The conclusion of this research is the empowerment of Societies by *Gerakan Peduli TB Paru (GPT)* method is effective to increase case detection rate (CDR) of pulmonary tuberculosis in Welahan, Jepara.

The recommendation in this research is hopefully the government can create more effective method to increase case detection rate (CDR) of pulmonary tuberculosis in order to patients is able to get medical treatment directly and to avoid *Mycobacterium tuberculosis* more extensively transmission.

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan sidang panitia ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Mohamad Anis Fahmi dengan judul “Efektivitas Pemberdayaan Masyarakat melalui Metode Gerakan Peduli TB Paru (GPT) untuk Meningkatkan *Case Detection Rate* (CDR) TB Paru di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara”.

Pada hari : Kamis
Tanggal : 19 Agustus 2010

Panitia Ujian

Ketua Panitia,

Sekretaris,

Drs. H. Harry Pramono, M. Si.
NIP 19591019 198503 1 001

dr. H. Mahalul Azam, M. Kes.
NIP 19751119 200112 1 001

Dewan Penguji

Tanggal
Persetujuan

Ketua Penguji

dr. Rr. Sri Ratna Rahayu, M. Kes.
NIP 19720518 200801 2 011

Anggota Penguji
(Pembimbing Utama)

dr. Hj. Arulita Ika Fibriana, M. Kes.
NIP 19740202 200112 2 001

Anggota Penguji
(Pembimbing Pendamping)

Chatila Maharani, S.T., M. Kes.
NIP 19821018 200812 2 003

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

1. *Life is beautiful. The beauty of life doesn't depend on how happy you are...
But on how happy others can be because of you...* (Sopiyudin Dahlan, 2004).
2. *You'll Never Walk Alone* (Carausel, 1945; Liverpool FC, 1960).



Persembahan:

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibu dan Bapakku
2. Kedua Adikku
3. Indonesiaku

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayahNya, sehingga skripsi yang berjudul “Efektivitas Pemberdayaan Masyarakat melalui Metode Gerakan Peduli TB Paru (GPT) untuk Meningkatkan *Case Detection Rate (CDR)* TB Paru di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara” dapat terselesaikan dengan baik. Penyelesaian skripsi ini dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian sampai tersusunnya skripsi ini dengan rasa rendah hati disampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Drs. H. Harry Pramono, M. Si., atas ijin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak dr. H. Mahalul Azam, M. Kes., atas persetujuan penelitian.
3. Pembimbing I, Ibu dr. Hj. Arulita Ika Fibriana, M. Kes., atas arahan, bimbingan, dan masukannya dalam penyelesaian skripsi ini.
4. Pembimbing II, Ibu Chatila Maharani, S.T., M. Kes., atas arahan, bimbingan, dan masukannya dalam penyelesaian skripsi ini.
5. Kepala BAPPEDA Kabupaten Jepara, Bapak Drs. Rudhy Bambang Sunoto, M.M., atas ijin pengambilan data dan penelitian.
6. Camat Welahan, Bapak Sri Widodo, S.H., atas ijin pengambilan data dan penelitian.
7. Para petugas P2TB di Wilayah Kabupaten Jepara, Ibu Daryuni (Dinkes Kab. Jepara), Ibu Izzatul (Puskesmas Welahan I), Ibu Siti Mukaromah (Laboratorium Puskesmas Welahan I), atas arahan, bimbingan, dan kerjasamanya selama penelitian.
8. Kepala desa tempat penelitian, Bapak Mufrodi, Bapak Ratmoko, Bapak Mundayin, dan Bapak Agus Riyono, atas ijin pengambilan data dan penelitian serta bimbingannya selama penelitian.

9. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas ilmunya selama kuliah.
10. Ibu dan Bapak serta kedua adikku M. Amrul Faruq dan M. Ali Fais tercinta, atas perhatian, kasih sayang, motivasi dan do'a yang sungguh berarti bagi saya hingga akhirnya skripsi ini dapat terselesaikan.
11. Sahabat-sahabat terbaik dan terhebat sepanjang masa, Anang, Lukman, Aulia, Luwi, Wisnu, Hakim, Agung, Tiara serta Najma Tsakib atas bantuan, motivasi dan taujihnya.
12. Keluarga besar mahasiswa IKM UNNES angkatan 2006 yang tercinta, keluarga besar rumah penuh inspirasi *Piero Kost* yang terkasih, dan rekan-rekan *The One FC* yang terhebat atas dukungan dan motivasinya.
13. Teman-teman dalam organisasi pelaksana penelitian, Ibnu, Umi, Reni, Maliq, Badun, Faris, Dewi, Ita, Rofi', Triyah, Anik, Zulalfiah dan Ipung.
14. Semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini.
Penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu segala kritik dan saran sangat diharapkan. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, 22 Juli 2010

Penulis

PERPUSTAKAAN
UNNES

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PENGESAHAN	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.5 Keaslian Penelitian	7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	8
BAB II LANDASAN TEORI	9
2.1 Landasan Teori	9
2.2 Kerangka Teori	24
BAB III METODE PENELITIAN	25
3.1 Kerangka Konsep	25
3.2 Hipotesis Penelitian	26
3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian	27
3.4 Variabel Penelitian	27
3.5 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	30
3.6 Populasi dan Sampel Penelitian	31
3.7 Prosedur Pelaksanaan Penelitian	32

3.8	Sumber Data Penelitian.....	33
3.9	Instrumen Penelitian	34
3.10	Teknik Pengambilan Data.....	35
3.11	Teknik Pengolahan dan Analisis Data	35
BAB IV HASIL PENELITIAN		36
4.1.	Gambaran Umum Pelaksanaan Penelitian	39
4.2.	Analisis Univariat	47
4.3.	Analisis Bivariat	47
BAB V PEMBAHASAN.....		51
5.1.	Analisis Univariat	60
5.2.	Analisis Bivariat	62
5.3.	Hambatan dan Kelemahan Penelitian	62
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN		62
6.1.	Simpulan	64
6.2.	Saran	67
DAFTAR PUSTAKA.....		69
LAMPIRAN		69

PERPUSTAKAAN
UNNES

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Keaslian Penelitian.....	7
Tabel 2. Matrik Perbedaan Penelitian.....	8
Tabel 3. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	27
Tabel 4. Distribusi Sampel berdasarkan Jenis Kelamin.....	37
Tabel 5. Distribusi Sampel berdasarkan Usia.....	37
Tabel 6. Distribusi Sampel berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	38
Tabel 7. Distribusi Sampel berdasarkan Jenis Pekerjaan.....	39
Tabel 8. Distribusi Jumlah Suspek/tersangka TB Paru, Suspek Periksa Dahak dan Penderita TB Paru BTA Positif pada Kelompok Eksperimen.....	40
Tabel 9. Distribusi Jumlah Suspek/tersangka TB Paru, Suspek Periksa Dahak dan Penderita TB Paru BTA Positif pada Kelompok Kontrol.....	41
Tabel 10. Distribusi Suspek/tersangka TB Paru, Suspek Periksa Dahak, Penderita TB Paru BTA Positif pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol.....	42
Tabel 11. Distribusi Suspek/Tersangka TB Paru, Suspek Periksa Dahak dan Penderita TB Paru BTA Positif pada Kelompok Eksperimen berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia.....	42
Tabel 12. Distribusi Suspek/Tersangka TB Paru, Suspek Periksa Dahak dan Penderita TB Paru BTA Positif pada Kelompok Kontrol berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia.....	44

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Alur Diagnosis TB Paru.....	15
Gambar 2. Kerangka Teori.....	24
Gambar 3. Kerangka Konsep	25



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Keputusan Pembimbing Skripsi.....	68
Lampiran 2. Surat Keputusan Penguji Skripsi.....	69
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian dari UNNES	70
Lampiran 4. Surat Ijin Penelitian dari BAPPEDA Kabupaten Jepara	71
Lampiran 5. Surat Ijin Penelitian dari Kecamatan Welahan	72
Lampiran 6. Surat Keterangan telah Melakukan Penelitian dari Desa Welahan	73
Lampiran 7. Surat Keterangan telah Melakukan Penelitian dari Desa Teluk Wetan.....	74
Lampiran 8. Surat Keterangan telah Melakukan Penelitian dari Desa Gidangelo.....	75
Lampiran 9. Surat Keterangan telah Melakukan Penelitian dari Desa Kalipucang Wetan.....	76
Lampiran 10 Identitas Sampel Penelitian Kelompok Eksperimen	77
Lampiran 11 Identitas Sampel Penelitian Kelompok Kontrol.....	80
Lampiran 12 Daftar Tersangka Penderita (Suspek) yang Periksa Dahak SPS	83
Lampiran 13 Analisis Univariat.....	84
Lampiran 14 Analisis Bivariat.....	88
Lampiran 15 Dokumentasi	92
Lampiran 16 Buku Panduan GPT.....	96

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit *Tuberculosis* paru (TB paru) merupakan infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang ciri khasnya membentuk granuloma pada jaringan yang terinfeksi (Braunwald Et Al, 2002; disitasi oleh Fachmi Idris, 2004: 1). Penyakit ini membunuh 100.000 anak-anak dan hampir satu juta perempuan pertahun, lebih banyak daripada penyakit infeksi manapun. Lebih dari seperempat juta mereka masih produktif secara ekonomi (Tjandra YA, 2006: 25). Tercatat 199 negara di dunia terlibat aktif dalam program penanggulangan penyakit TB paru dan diperkirakan terdapat 8,8 juta kasus baru yang muncul setiap tahunnya. Indonesia menempati urutan ke-3 di dunia setelah India dan China dalam hal jumlah penderita TB paru. Di Indonesia, TB paru merupakan penyakit penyebab kematian terbesar ke-2 dengan proporsi kematian 7,5% (Depkes RI, 2009: 29). *World Health Organization* (WHO) memperkirakan setiap tahun terjadi 583.000 kasus baru dengan perkiraan 130.000 penderita baru infeksius, karena pada dahaknya didapatkan Bakteri Tahan Asam (BTA) (Reviono, dkk, 2008: 10).

Diperkirakan sekitar sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Pada tahun 1995, diperkirakan ada 9 juta pasien TB baru dan 3 juta kematian akibat TB di seluruh dunia. Diperkirakan 95% kasus TB

dan 98% kematian akibat TB di dunia, terjadi pada negara-negara berkembang. Demikian juga, kematian wanita akibat TB lebih banyak daripada kematian karena kehamilan, persalinan dan nifas. Sekitar 75% pasien TB adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15-50 tahun). Diperkirakan seorang pasien TB dewasa akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20-30%. Jika ia meninggal akibat TB, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TB juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat (Depkes RI, 2008: 3).

Di Indonesia, jumlah kasus TB paru sepanjang tahun 2008 diperkirakan sebesar 228.485 kasus. Kasus TB paru BTA positif pada tahun tersebut sebesar 166.376 kasus dengan angka penemuan penderita/*Case Detection Rate (CDR)* 72,82%. Angka ini lebih tinggi dibandingkan pada tahun 2007 yaitu sebesar 69,12%, namun lebih rendah daripada tahun 2006 yaitu sebesar 75,7% (Depkes RI, 2009: 36). Menurut data Profil Kesehatan Indonesia, CDR TB paru di Jawa Tengah pada tahun 2008 adalah 48%. Angka ini meningkat dibandingkan pada tahun 2007 yaitu 47,45%, tetapi angka ini lebih rendah dibandingkan tahun 2005 dan 2006, yaitu sebesar 49,24% dan 49,82%.

Masih rendahnya CDR disebabkan keterlambatan diagnosis penderita TB paru baik faktor pasien maupun faktor fasilitas kesehatan. Penderita yang terlambat didiagnosis akan menyebabkan terjadinya penyebaran ke organ lain secara *hematogen (milier)*, misalnya ke tulang, selaput otak, ginjal dan

sebagainya. Selain itu juga dapat terjadi komplikasi misalnya batuk darah, *pneumotoraks*, kolaps paru dan sebagainya. Kasus TB paru dengan komplikasi akan meningkatkan angka kematian (Reviono dkk, 2008: 11).

Sejak tahun 1995, Indonesia menggunakan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) dalam program penanggulangan TB paru nasional yang direkomendasikan oleh WHO (Zubaedah Tabrani, 2003: 64). Penemuan penderita TB paru dalam strategi DOTS dilakukan secara pasif (*passive case finding*). Penjaringan tersangka TB paru dilaksanakan hanya pada penderita yang berkunjung ke unit pelayanan kesehatan terutama puskesmas sehingga penderita yang tidak datang masih menjadi sumber penularan yang potensial. Strategi *passive case finding* kurang maksimal untuk diterapkan terutama dalam percepatan penanganan penyakit TB paru yang telah menjadi bahaya global (Depkes, 2002). *Millenium Development Goals (MDGs)* menjadikan penyakit TB paru sebagai salah satu penyakit yang menjadi target untuk diturunkan selain malaria dan HIV/AIDS.

Penemuan penderita TB paru secara aktif di masyarakat sangat penting untuk mencegah penularan lebih lanjut tetapi kendala di lapangan adalah jumlah tenaga kesehatan yang ada sangat terbatas. Peningkatan kasus TB paru dari tahun ke tahun dan terbatasnya pelayanan petugas kesehatan, memerlukan adanya peran serta masyarakat dalam program pemberantasan TB paru. Pemerintah yang masih menekankan metode *passive case finding* mengakibatkan penderita TB paru aktif di masyarakat akan semakin *underreported* (Tjandra YA, 2006).

Salah satu masalah dalam program pemberantasan penyakit TB paru (P2TB paru) adalah masih terdapatnya paham di masyarakat yang menghubungkan TB paru dengan penyakit yang memalukan sehingga penderita merasa malu untuk memeriksakan diri dan cenderung menyembunyikan sakitnya. Selain itu TB paru tidak dapat ditangani melalui pendekatan kesehatan semata, namun perlu koordinasi lintas program dan lintas sektor dengan pihak terkait termasuk masyarakat. Jauhnya jangkauan dan pelayanan kesehatan dapat mengakibatkan ketidakpatuhan dan ketidakteraturan penderita dalam berobat. Sehubungan dengan hal tersebut, perlu dikembangkan suatu sistem penanggulangan dan pengendalian penyakit TB paru dengan upaya mendekatkan pelayanan melibatkan peran aktif masyarakat, sehingga cakupan penemuan penderita dapat ditingkatkan (Abdul Haris dkk, 2004: 27).

Rencana strategi 2001-2005 berfokus pada penguatan sumber daya, baik sarana dan prasarana maupun tenaga, selain meningkatkan pelaksanaan strategi DOTS di seluruh Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) untuk mencapai tujuan Program Penanggulangan Tuberkulosis Nasional, yaitu Angka Penemuan Kasus minimal 70% dan Angka Kesembuhan minimal 85%. Sehingga dalam jangka waktu 5 tahun ke depan angka prevalensi TB di Indonesia dapat diturunkan sebesar 50% (Depkes RI, 2007: 10). Namun demikian, menurut Profil Kesehatan Jawa Tengah tahun 2008, masih banyak daerah yang belum memenuhi target minimal CDR TB paru 70%. Kabupaten Jepara menempati posisi ketiga terendah dalam CDR TB paru di Jawa Tengah (25,62%) setelah Kota Salatiga (24,08%) dan Kabupaten Boyolali (25,60%). Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten

Jepara, CDR TB paru di Kabupaten Jepara pada tahun 2009 adalah sebesar 24,10% dengan 279 kasus baru BTA(+). Angka ini lebih rendah dibandingkan 3 tahun terakhir, yaitu tahun 2006 (30,99%) dengan 380 kasus baru BTA(+), tahun 2007 (26,60%) dengan 283 kasus baru BTA (+), dan tahun 2008 (25,62%) dengan 299 kasus baru BTA (+). Pada tahun 2009, Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM) di Kabupaten Jepara yang mempunyai CDR TB paru paling rendah adalah Puskesmas Welahan I, yaitu 10% dengan 5 kasus baru BTA (+). Angka ini belum memenuhi global target sebesar 70%.

Pemberdayaan masyarakat ini bertujuan agar masyarakat peduli dan mengerti tentang gejala dan cara penemuan kasus TB paru. Semakin cepat masyarakat melaporkan adanya kasus, maka semakin cepat pula upaya pengobatan untuk mencapai kesembuhan. Sehingga secara keseluruhan penyakit TB paru akan semakin mudah untuk diantisipasi. Oleh karena itu, peneliti menyusun proposal skripsi dengan judul "EFEKTIVITAS PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MELALUI METODE GERAKAN PEDULI TB PARU (GPT) UNTUK MENINGKATKAN *CASE DETECTION RATE (CDR)* TB PARU DI KECAMATAN WELAHAN KABUPATEN JEPARA".

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah berdasarkan latar belakang di atas adalah bagaimana efektivitas pemberdayaan masyarakat melalui metode Gerakan Peduli TB paru

(GPT) untuk meningkatkan *Case Detection Rate (CDR)* TB paru di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas pemberdayaan masyarakat melalui metode Gerakan Peduli TB paru (GPT) untuk meningkatkan *Case Detection Rate (CDR)* TB paru di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Mengetahui efektivitas pemberdayaan masyarakat melalui metode Gerakan Peduli TB paru (GPT) untuk meningkatkan jumlah penemuan status suspek/tersangka TB paru di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara.
2. Mengetahui efektivitas pemberdayaan masyarakat melalui metode Gerakan Peduli TB paru (GPT) untuk meningkatkan jumlah suspek periksa dahak di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara.
3. Mengetahui efektivitas pemberdayaan masyarakat melalui metode Gerakan Peduli TB paru (GPT) untuk meningkatkan jumlah penemuan penderita baru TB paru BTA positif di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Memberikan informasi dan teori kepada peneliti selanjutnya tentang metode penemuan kasus TB paru secara aktif yang efektif.

1.4.2 Bagi Petugas P2TB

Memberikan informasi dan bahan pertimbangan dalam kebijakan program P2TB dalam upaya penemuan kasus TB paru.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Memberikan informasi tentang gejala dan pelaporan kasus TB paru serta bahan pertimbangan kepada masyarakat untuk berperan aktif dalam pemberantasan penyakit TB paru di Indonesia.

1.4.4 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Sebagai bahan pustaka bagi seluruh civitas akademika untuk memberikan informasi tentang kesehatan masyarakat terutama metode penemuan kasus penyakit TB paru.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No	Judul/Peneliti/ Lokasi penelitian	Tahun	Desain	Variabel	Hasil
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	Faktor-faktor yang berhubungan dengan rendahnya cakupan temuan tuberkulosis paru oleh puskesmas di Kabupaten Merangin Provinsi Jambi tahun 2004/ Maksu/ Kabupaten Merangin Provinsi Jambi.	2004	<i>Explantory Survey</i> dengan pendekatan <i>Crossectional</i> .	Variabel bebas: pelatihan tuberkulosis paru diikuti petugas, jarak pelayanan, jarak puskesmas satelit ke puskesmas rujukan mikroskopis, metode penemuan tersangka dan supervisi wasor TB paru kabupaten ke puskesmas. Variabel terikat:	Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara pelatihan tuberkulosis paru yang diikuti petugas, jarak pelayanan, jarak puskesmas satelit ke puskesmas rujukan mikroskopis, metode penemuan tersangka dan supervisi wasor TB paru kabupaten ke puskesmas dengan cakupan temuan TB paru oleh Puskesmas di Kabupaten Merangin.

				cakupan temuan TB paru.	
2	Efektivitas pelaksanaan <i>Community Based Tuberculosis Control Program</i> dalam peningkatan cakupan penemuan penderita, konversi sputum dan kesembuhan penderita di Kabupaten Banggai Propinsi Sulawesi Tengah/ Abdul Haris, Barmawi Hisyam, Dibyo Pramono/ Kabupaten Banggai Sulawesi Tengah.	2001	Survey epidemiologi dengan rancangan <i>crosssectional study</i> .	Variabel bebas: metode penanggulangan dan pengendalian TB paru (program CBTB dan program non CBTB). Variabel terikat: cakupan penemuan penderita, konversi dan kesembuhan.	Penerapan sistem CBTB dalam program P2TB paru lebih meningkatkan cakupan penemuan penderita, konversi sputum dan kesembuhan penderita TB paru serta lebih <i>cost effective</i> .

Tabel 2. Matrik Perbedaan Penelitian

No	Perbedaan	M. Anis Fahmi	Maksum	Abdul Haris, dkk
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Judul	Efektivitas Pemberdayaan Masyarakat melalui Metode Gerakan Peduli TB Paru (GPT) untuk Meningkatkan <i>Case Detection Rate (CDR)</i> TB Paru di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan rendahnya cakupan temuan tuberkulosis paru oleh puskesmas di Kabupaten Merangin Provinsi Jambi tahun 2004.	Efektivitas pelaksanaan <i>Community Based Tuberculosis Control Program</i> dalam peningkatan cakupan penemuan penderita, konversi sputum dan kesembuhan penderita di Kabupaten Banggai Propinsi Sulawesi Tengah
2	Tempat	Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara.	Kabupaten Merangin Provinsi Jambi.	Kabupaten Banggai Propinsi Sulawesi Tengah
3	Waktu	Tahun 2010	Tahun 2004	Tahun 2001
4	Sampel	Masyarakat di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara.	Petugas Puskesmas di Kabupaten Merangin Provinsi Jambi.	Penderita TB paru yang ditemukan oleh puskesmas di Kabupaten Banggai Propinsi Sulawesi Tengah.
5	Variabel	Variabel Bebas: Gerakan Peduli TB Paru (GPT). Variabel Terikat: <i>Case Detection Rate</i>	Variabel bebas: pelatihan tuberkulosis paru diikuti petugas, jarak pelayanan, jarak puskesmas satelit ke puskesmas rujukan	Variabel bebas: metode penanggulangan dan pengendalian TB paru (program CBTB dan program non CBTB)

(CDR) TB Paru.	mikroskopis, metode penemuan tersangka dan supervisi wasor TB paru kabupaten ke puskesmas, Variabel terikat: cakupan temuan TB paru.	Variabel terikat: cakupan penemuan penderita, konversi dan kesembuhan.
----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

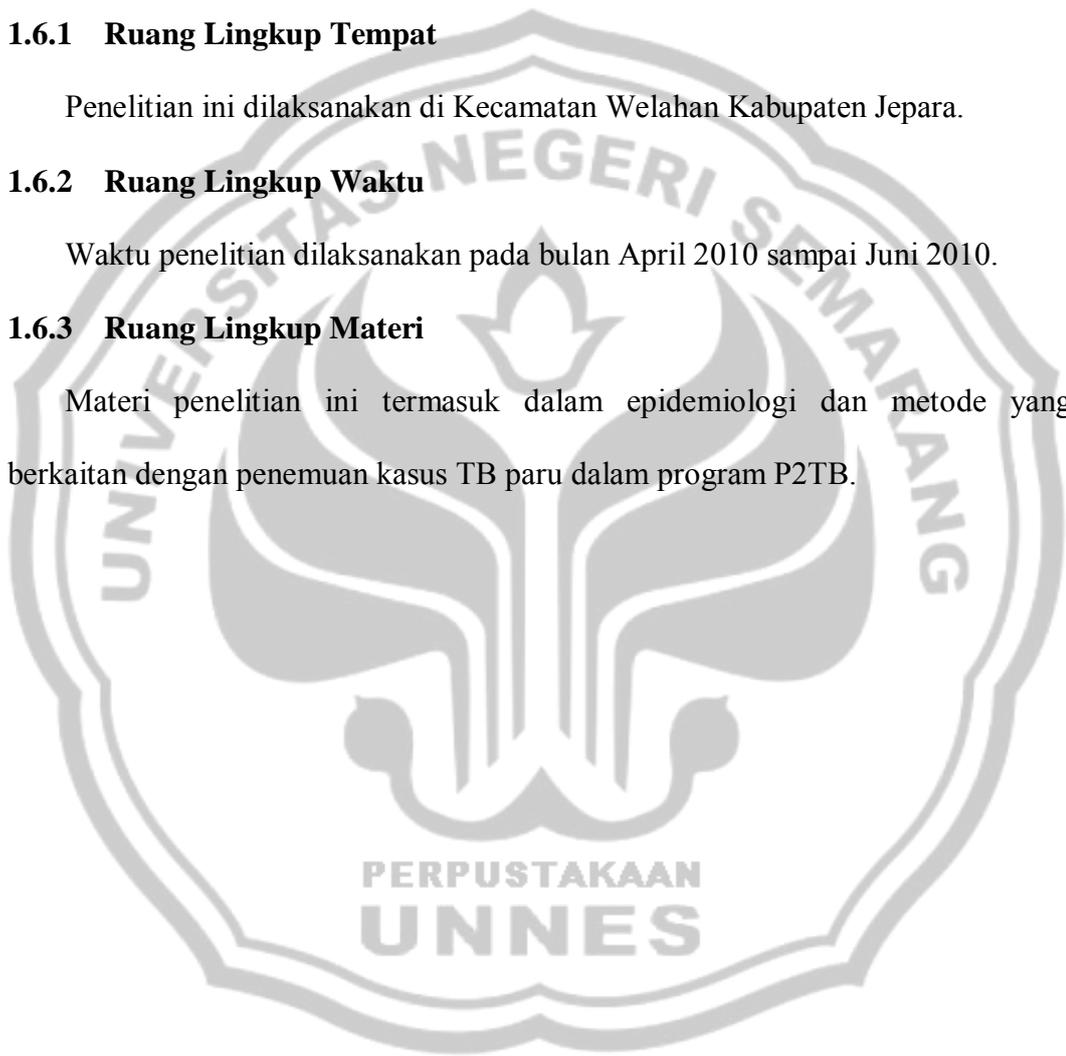
Penelitian ini dilaksanakan di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan April 2010 sampai Juni 2010.

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Materi penelitian ini termasuk dalam epidemiologi dan metode yang berkaitan dengan penemuan kasus TB paru dalam program P2TB.



BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Tuberculosis Paru

Tuberculosis paru atau TB paru adalah penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, sebagian besar terdapat dalam paru-paru. Namun demikian, kuman ini juga dapat menginfeksi organ lain dalam tubuh manusia (Robins; 1957, disitasi oleh Misnadiarly; 2006). Menurut Hood Alsagaff dan Abdul Mukty (2006), *Mycobacterium tuberculosis* masuk melalui *airborne infection* ke dalam jaringan paru dan selanjutnya mengalami proses yang dikenal sebagai fokus primer dari Ghon.

2.1.1.1 Penularan

Dahak yang mengandung kuman *Mycobacterium tuberculosis* dari penderita TB paru merupakan sumber utama dalam penularan penyakit TB paru. (Dinkes Jawa Tengah, 2005: 14). Seseorang dapat terpapar kuman *Mycobacterium tuberculosis* hanya dengan menghirup udara yang mengandung kuman tersebut. Udara dapat mengandung *Mycobacterium tuberculosis* karena penderita TB paru batuk, bersin, berbicara atau meludah. Sepertiga masyarakat populasi di dunia sudah terpapar *Mycobacterium tuberculosis*. Seseorang tidak terinfeksi karena kekebalan tubuh yang baik. Namun bagi manusia yang kekebalan tubuhnya

kurang baik akan lebih cepat terinfeksi penyakit TB paru. (Sub Direktorat TB Departemen Kesehatan RI dan WHO, 2008).

2.1.1.2 Gejala Penyakit TB Paru

Gejala utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan. Gejala-gejala tersebut di atas dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasis, bronkitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain. Mengingat prevalensi TB paru di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang yang datang ke sarana pelayanan kesehatan dengan gejala tersebut di atas, dianggap sebagai seorang tersangka (suspek) pasien TB, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung (Depkes RI, 2009:10).

Menurut Retno Asti Werdhani (2004), gejala penyakit TB paru dapat dibagi menjadi gejala umum dan gejala khusus yang timbul sesuai dengan organ yang terlibat. Gambaran secara klinis tidak terlalu khas terutama pada kasus baru, sehingga cukup sulit untuk menegakkan diagnosis secara klinik. Gejala sistemik/umum TB paru meliputi:

1. Batuk-batuk selama lebih dari 2-3 minggu (dapat disertai dengan darah).
2. Demam tidak terlalu tinggi yang berlangsung lama, biasanya dirasakan malam hari disertai keringat malam. Kadang-kadang serangan demam seperti influenza dan bersifat hilang timbul.

3. Penurunan nafsu makan dan berat badan.
4. Perasaan tidak enak (malaise), lemah.

Sedangkan gejala khusus TB paru adalah:

1. Tergantung dari organ tubuh mana yang terkena, bila terjadi sumbatan sebagian bronkus (saluran yang menuju ke paru-paru) akibat penekanan kelenjar getah bening yang membesar, akan menimbulkan suara “mengi”, suara nafas melemah yang disertai sesak.
2. Kalau ada cairan di rongga pleura (pembungkus paru-paru), dapat disertai dengan keluhan sakit dada.
3. Bila mengenai tulang, maka akan terjadi gejala seperti infeksi tulang yang pada suatu saat dapat membentuk saluran dan bermuara pada kulit di atasnya, pada muara ini akan keluar cairan nanah.
4. Pada anak-anak dapat mengenai otak (lapisan pembungkus otak) dan disebut sebagai meningitis (radang selaput otak), gejalanya adalah demam tinggi, adanya penurunan kesadaran dan kejang-kejang.

2.1.1.3 Diagnosis

Menurut Arifin Nawas (2009), diagnosis TB paru berdasarkan pada gejala klinik, pemeriksaan fisik, bakteriologik, radiologik, dan pemeriksaan penunjang lainnya.

2.1.1.3.1 Gejala klinik

Gejala respiratorik (batuk lebih dari 2 minggu, batuk darah, sesak napas, nyeri dada), gejala sistemik (demam, malaise, keringat malam, anoreksia, berat

badan menurun), dan gejala tuberkulosis ekstra paru (*limfadenitis tuberculosa*, *meningitis tuberculosa*, *pleuritis tuberculosa*).

2.1.1.3.2 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan ini berdasarkan organ yang terkena, pada TB paru tergantung luas kelainan biasanya pada apeks lobus atas (S₁ dan S₂) dan apeks lobus bawah (S₆), dapat ditemukan berbagai bunyi napas pokok pada auskultasi. Pada pleuritis TB tergantung dari jumlah cairan di rongga pleura, pada perkusi pekak, auskultasi suara melemah sampai hilang. Pada limfadenitis TB, pembesaran kgb leher ketiak dapat menjadi *cold abscess*.

2.1.1.3.3 Pemeriksaan bakteriologik

Bahan pemeriksaan meliputi dahak, cairan pleura, bilasan bronkus, bilasan lambung, *liquor cerebrospinalis*, dan jaringan (biopsi/BJH). Cara pengumpulan dan pengambilan bahan dengan dahak 3 kali (SPS), cairan ditampung dalam pot, jaringan/BJH dibuat sediaan apus ditambahkan Na Cl 0,9% 5ml.

Menurut Depkes RI (2009: 11), alur diagnosis TB paru pada pemeriksaan dahak adalah:

1. Semua suspek TB diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari, yaitu sewaktu-pagi-sewaktu (SPS).
2. Diagnosis TB paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB (BTA). Pada program TB nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya.

3. 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*.
4. Gambaran kelainan radiologik paru tidak selalu menunjukkan aktifitas penyakit.

Interpretasi pemeriksaan dahak sebagai berikut:

1. BTA positif jika 3 kali positif atau 2 kali positif 1 kali negatif.
2. Ulang BTA 3 kali jika 1 kali positif, 2 kali negatif. BTA positif jika 1 kali positif, 2 kali negatif. BTA negatif jika 3 kali negatif.

Menurut Adolfina Pirade (2001: 12), pembacaan hasil pemeriksaan sesuai rekomendasi WHO dengan menggunakan skala *International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases (IUATLD)* sebagai berikut:

1. Negatif jika tidak ditemukan BTA dalam 100 lapang pandangan.
2. Tulis jumlah kuman jika ditemukan 1-9 BTA.
3. Satu positif jika ditemukan 10-99 BTA.
4. Dua positif jika ditemukan 1-10 BTA dalam 1 lapang pandangan.
5. Tiga positif jika ditemukan lebih dari 10 BTA dalam 1 lapang pandangan.

2.1.1.3.4 Pemeriksaan radiologis

Menurut Arifin Nawas (2009), Pemeriksaan radiologis menggunakan foto torak, foto lateral, top lordotik dan *Computed Tomography* atau CT scan. Gambaran lesi aktif berupa bayangan berawan sekmen apikal dan posterior lobus atas dan segmen superior lobus bawah, kaviti lebih dari satu dikelilingi bayangan opak berawan atau nodular, bercak milier, efusi pleura unilateral/bilateral, *fibrotic*, klasifikasi, dan penebalan pleura.

Gambaran lesi minimal berupa bila proses mengenai sebagian dari satu atau dua paru luas tidak boleh lebih dari sela iga 2 depan. Lesi luas jika proses lebih luas daripada lesi minimal.

2.1.1.3.5 Pemeriksaan khusus

Menurut Arifin Nawas (2009), pemeriksaan khusus menggunakan:

1. *Battle Area Clearance and Training Equipment Consultants* (BACTEC).
2. *Polymerase Chain Reaction* (PCR).
3. Pemeriksaan serologi yang meliputi *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (ELISA), *Immune Chromatographic* (ICT), *Mycodot*, Peroksidase Antiperoksidase (PAP), dan IgG TB.

2.1.1.3.6 Pemeriksaan penunjang lain

Menurut Arifin Nawas (2009), pemeriksaan penunjang lain meliputi:

1. Analisis cairan pleura.
2. Pemeriksaan histopatologis jaringan.
3. Pemeriksaan darah.
4. Uji tuberkulin.

2.1.1.4 Menentukan Aktivitas Penyakit

Aktivitas penyakit dinyatakan dalam keadaan aktif apabila:

1. Dahak mengandung basil TB.
2. Ada kavitas (kecuali *open case* dengan basil tahan asam dahak negatif).
3. Gambaran radiologis berbeda pada foto tunggal maupun serial.

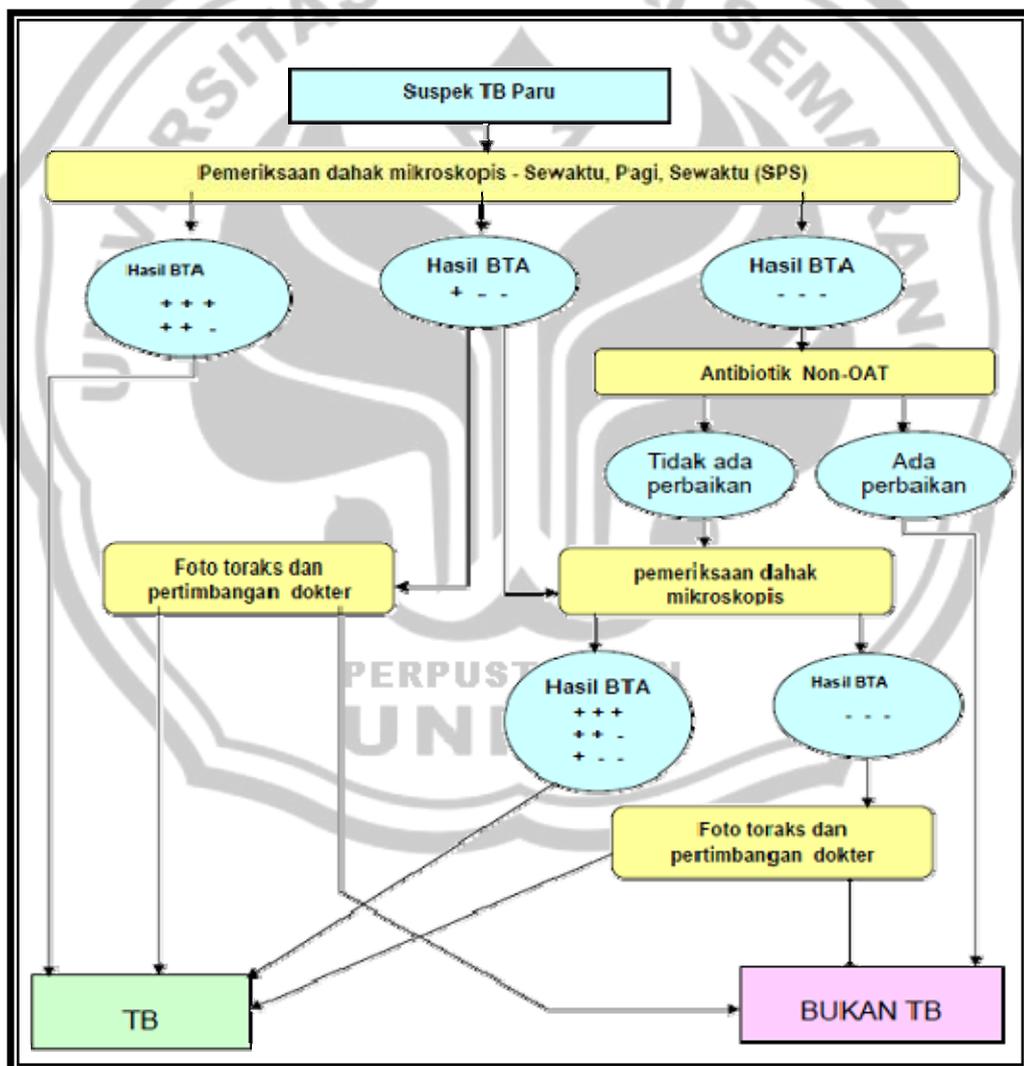
Aktivitas penyakit dinyatakan dalam keadaan tenang (*quiescent*) apabila:

1. Dahak tidak mengandung basil untuk jangka waktu paling sedikit 6 bulan.
2. Gambaran radiologis, tampak proses stabil atau hanya mengalami sedikit perubahan.

- Masih ada kavitas (tetapi *open case* dengan basil tahan asam negatif).

Aktivitas penyakit dinyatakan dalam keadaan tidak aktif (*inactive*) apabila:

- Bakteriologis negatif pada pemeriksaan dahak setiap bulan untuk jangka waktu paling sedikit 6 bulan.
- Gambaran radiologis yang dibuat serial menunjukkan proses stabil atau bertambah bersih sedikit atau berkerut.
- Tidak tampak ada kavitas baik pada foto polos maupun pada tomogram.



Gambar 1. Alur Diagnosis TB Paru

(Sumber: Depkes RI, 2008: 16)

2.1.1.5 Klasifikasi Penyakit dan Tipe Pasien

Menurut Departemen Kesehatan RI (2009: 13), penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien TB memerlukan suatu “definisi kasus” yang meliputi empat hal, yaitu:

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

Manfaat dan tujuan menentukan klasifikasi dan tipe pasien adalah:

1. Menentukan paduan pengobatan yang sesuai.
2. Registrasi kasus secara benar.
3. Menentukan prioritas pengobatan TB BTA positif.
4. Analisis kohort hasil pengobatan (Depkes RI, 2009: 13).

Beberapa istilah dalam definisi kasus:

1. Kasus TB: Pasien TB yang telah dibuktikan secara mikroskopis atau didiagnosis oleh dokter.
2. Kasus TB pasti (definitif): pasien dengan biakan positif untuk *Mycobacterium tuberculosis* atau tidak ada fasilitas biakan, sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif (Depkes RI, 2009: 13).

Kesesuaian paduan dan dosis pengobatan dengan kategori diagnostik sangat diperlukan untuk:

1. Menghindari terapi yang tidak adekuat (*undertreatment*) sehingga mencegah timbulnya resistensi.

2. Menghindari pengobatan yang tidak perlu (*overtreatment*) sehingga meningkatkan pemakaian sumber daya lebih biaya efektif (*cost-effective*).
3. Mengurangi efek samping (Depkes RI, 2009: 13).

Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena yaitu:

1. TB paru; TB paru adalah TB yang menyerang jaringan (parenkim) paru. Tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.
2. TB ekstra paru; TB 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.

Menurut Depkes RI, (2009: 14), klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis pada TB paru yaitu TB paru BTA positif dan TB paru BTA negatif. Syarat TB paru BTA positif adalah:

1. Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
2. Satu spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran TB.
3. Satu spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif.
4. Satu atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non Obat Anti Tuberkulosis (OAT).

Sedangkan TB paru BTA negatif adalah kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif. Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi:

1. Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif.
2. Foto toraks abnormal menunjukkan gambaran TB.

3. Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotik non OAT.
4. Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan (Depkes RI, 2009: 14).

Klasifikasi TB berdasarkan tingkat keparahan penyakit adalah:

1. TB paru BTA negatif foto toraks positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan, bentuk berat bila gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas (misalnya proses “*far advanced*”), dan atau keadaan umum pasien buruk.
2. TB ekstra-paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya, yaitu TB ekstra paru ringan, misalnya: TB kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal sedangkan TB ekstra-paru berat, misalnya: meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kemih dan alat kelamin (Depkes RI, 2009: 14).

Bila seorang pasien TB paru juga mempunyai TB ekstra paru, maka untuk kepentingan pencatatan, pasien tersebut harus dicatat sebagai pasien TB paru. Bila seorang pasien dengan TB ekstra paru pada beberapa organ, maka dicatat sebagai TB ekstra paru pada organ yang penyakitnya paling berat.

Menurut Depkes RI, (2009: 14-15) klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya dibagi menjadi beberapa tipe pasien, yaitu:

1. Baru; adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).

2. Kambuh (*relaps*); adalah pasien TB yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan TB dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).
3. Pengobatan setelah putus berobat (*default*); adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.
4. Gagal (*failure*); adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.
5. Pindahan (*transfer in*); adalah pasien yang dipindahkan dari sarana pelayanan kesehatan yang memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatannya.
6. Lain-lain; adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan di atas. Dalam kelompok ini termasuk kasus kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan.

TB paru BTA negatif dan TB ekstra paru, dapat juga mengalami kambuh, gagal, *default* maupun menjadi kasus kronik. Meskipun sangat jarang, harus dibuktikan secara patologik, bakteriologik (biakan), radiologik, dan pertimbangan medis spesialisik.

2.1.1.6 Pencegahan Penyakit TB Paru

Menurut Hiswani (2004: 6), tindakan pencegahan dapat dikerjakan oleh penderita, masyarakat dan petugas kesehatan seperti berikut ini:

1. Oleh penderita, dapat dilakukan dengan menutup mulut sewaktu batuk dan membuang dahak tidak di sembarangan tempat.
2. Oleh masyarakat dapat dilakukan dengan meningkatkan kesadaran bahwa bayi harus diberikan vaksinasi *Bacille Calmette-Guerin* (BCG).

3. Oleh petugas kesehatan dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit TB yang antara lain meliputi gejala, bahaya, dan akibat yang ditimbulkannya.
4. Isolasi, pemeriksaan kepada orang-orang yang terinfeksi, pengobatan khusus TB paru. Pengobatan mondok di rumah sakit hanya bagi penderita yang kategori berat yang memerlukan pengembangan program pengobatannya yang karena alasan-alasan sosial ekonomi dan medis untuk tidak dikehendaki pengobatan jalan.
5. Des-Infeksi, cuci tangan dan tata rumah tangga keberhasilan yang ketat, perlu perhatian khusus terhadap muntahan dan ludah (piring, *hundry*, tempat tidur, pakaian) ventilasi rumah dan sinar matahari yang cukup.
6. Imunisasi orang-orang kontak, tindakan pencegahan bagi orang-orang sangat dekat (keluarga, perawat, dokter, petugas kesehatan lain) dan lainnya yang terindikasinya dengan vaksin BCG dan tindak lanjut bagi yang positif tertular.
7. Penyelidikan orang-orang kontak, *tuberculin-test* bagi seluruh anggota keluarga dengan foto rontgen yang bereaksi positif, apabila cara-cara ini negatif, perlu diulang pemeriksaan tiap bulan selama 3 bulan, perlu penyelidikan intensif.
8. Pengobatan khusus, penderita dengan TB paru aktif perlu pengobatan yang tepat obat-obat kombinasi yang telah ditetapkan oleh dokter diminum dengan tekun dan teratur, waktu yang lama (6 atau 12 bulan). Diwaspadai adanya kebal terhadap obat-obat, dengan pemeriksaan penyelidikan oleh dokter. Pengobatan ini harus selalu diawasi oleh pengawas minum obat agar penderita tidak mengalami *Multi Drug Resisten (MDR)*.

2.1.2 Angka Penemuan Kasus (*CDR/Case Detection Rate*)

2.1.2.1 Pengertian

Angka Penemuan Kasus (*Case Detection Rate = CDR*) adalah prosentase jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dan diobati dibanding jumlah pasien baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. *Case Detection Rate* menggambarkan cakupan penemuan pasien baru BTA positif pada wilayah tersebut.

Rumus:

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

Perkiraan jumlah pasien baru TB BTA positif diperoleh berdasarkan perhitungan angka insidens kasus TB paru BTA positif dikali dengan jumlah penduduk. Target *Case Detection Rate* Program Penanggulangan Tuberkulosis Nasional minimal 70% (Depkes RI, 2008: 90).

2.1.2.2 Strategi Penemuan Kasus

Penemuan kasus TB paru di Indonesia dilakukan dengan dua cara, yaitu dengan cara kerja strategi *passive case finding* dan strategi *active case finding* (Depkes RI, 2007). Strategi *passive case finding* merupakan strategi yang direkomendasikan WHO melalui DOTS. Meskipun tidak direkomendasikan langsung oleh WHO, strategi *active case finding* dilaksanakan di Indonesia dengan alasan karena meluasnya perkembangan penyakit TB paru.

2.1.2.2.1 Strategi *Passive Case Finding*

Strategi penemuan kasus secara *passive case finding* adalah dengan memeriksa orang yang diduga terkena TB. Penjarangan tersangka TB Paru dilaksanakan hanya pada penderita yang berkunjung ke unit pelayanan kesehatan terutama puskesmas sehingga penderita yang tidak datang masih menjadi sumber penularan yang potensial. Strategi *passive case finding* kurang maksimal untuk diterapkan terutama dalam percepatan penanganan penyakit TB yang telah menjadi bahaya global (Depkes, 2002).

Strategi *passive case finding* yang sudah dilakukan di Indonesia sejak tahun 1995 adalah strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) yang direkomendasikan WHO. Strategi DOTS Menurut Depkes RI tahun 2002, sesuai rekomendasi WHO, terdiri atas 5 komponen sebagai berikut:

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

Istilah DOT diartikan sebagai pengawasan langsung menelan obat oleh pengawasan langsung menelan obat (PMO). Tujuan pengobatan dengan DOT adalah:

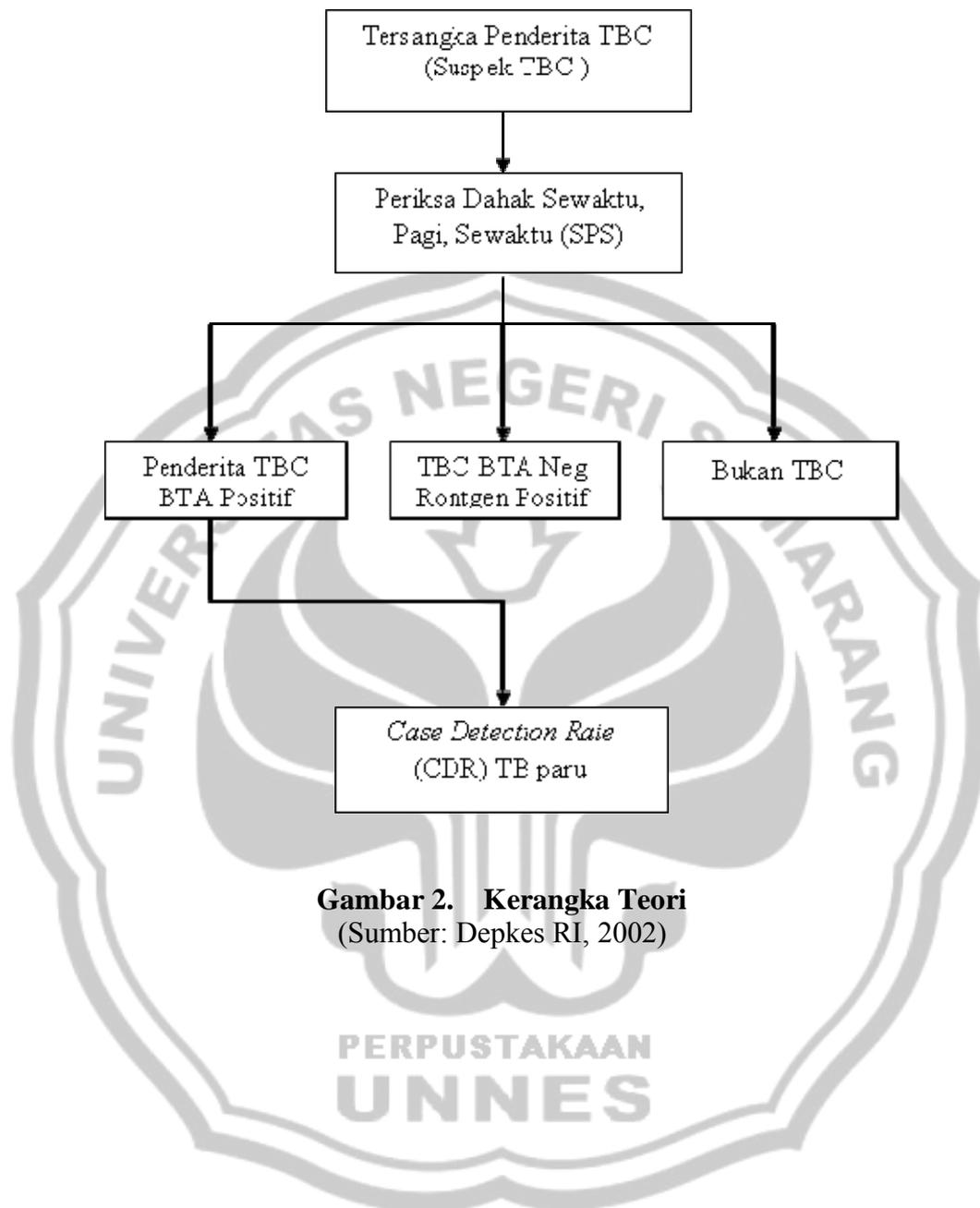
1. Mencapai angka kesembuhan yang tinggi.
2. Mencegah putus berobat.
3. Mengatasi efek samping obat.
4. Mencegah resistensi.

Pengobatan TB dengan pendekatan DOT telah terbukti memberikan hasil angka kesembuhan yang tinggi, sekitar 85%. Akan tetapi strategi *passive case finding* yang diterapkan menjadi kurang maksimal karena hanya menunggu penderita datang berobat.

2.1.2.2.2 Strategi *Active Case Finding*

Strategi *active case finding* dilakukan untuk mengatasi TB paru pada tahun 2007 oleh Depkes. Dalam strategi ini tenaga kesehatan tidak hanya akan memeriksa orang yang diduga sakit, namun orang yang berada di lingkungan tersebut akan diperiksa (Depkes RI, 2007). Puskesmas melakukan pemeriksaan kontak serumah pada pasien dengan BTA positif oleh petugas pengelola program TB. Jika terdapat tanda-tanda dengan gejala TB paru maka dilakukan pemeriksaan BTA sputum. Di samping itu puskesmas melibatkan petugas sanitasi untuk melakukan inspeksi sanitasi ke rumah dan lingkungan penderita TB paru BTA positif (Syahrizal Antoni, 2009: 4). Sehingga dapat diketahui penyebaran TB paru di lingkungan yang paling kecil (keluarga) hingga lingkungan yang lebih besar terkait dengan mobilitas penduduk. Strategi ini bertentangan dengan cara yang direkomendasikan WHO, yaitu metode *passive case finding* melalui strategi DOTS.

2.2 Kerangka Teori



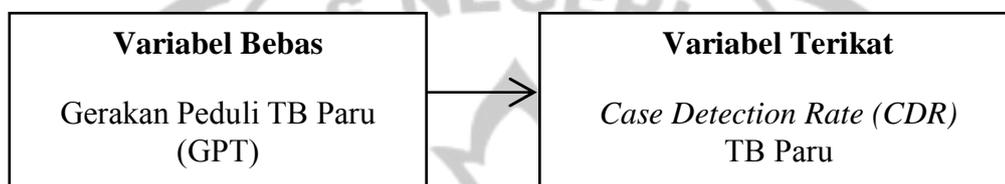
Gambar 2. Kerangka Teori
(Sumber: Depkes RI, 2002)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah Gerakan Peduli TB Paru (GPT), sedangkan variabel terikatnya adalah *Case Detection Rate (CDR)* TB Paru.



Gambar 3. Kerangka Konsep

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah pemberdayaan masyarakat melalui metode Gerakan Peduli TB Paru (GPT) efektif untuk meningkatkan *Case Detection Rate (CDR)* TB Paru di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara.

3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian eksperimen atau percobaan (*experiment research*) dengan rancangan eksperimen semu (*quasi experiment design*) yang berupa rancangan “*non-equivalent control group*”. Dengan rancangan ini, peneliti melakukan *pretest* pada kedua kelompok penelitian dan diikuti intervensi pada kelompok eksperimen namun kedua kelompok tersebut

tidak benar-benar sama. Setelah beberapa waktu dilakukan *post-test* pada dua kelompok. Bentuk desain ini adalah sebagai berikut:

Kelompok Eksperimen	01	X	02
Kelompok Pembanding	01		02

Keterangan :

X : Perlakuan atau eksperimen

01 : Pengukuran pertama (*pre-test*)

02 : Pengukuran kedua (*post-test*)

3.4 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah sesuatu yang sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu (Sukidjo Notoadmodjo, 2005:70).

3.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas atau variabel yang berubah dan akan mengakibatkan perubahan pada variabel lainnya dalam penelitian ini adalah Gerakan Peduli TB Paru (GPT).

3.4.2 Variabel Terikat

Variabel terikat atau variabel yang berubah akibat perubahan dari variabel bebas dalam penelitian ini adalah *Case Detection Rate (CDR)* TB Paru.

3.5 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

Tabel 3. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No	Variabel	Definisi	Alat Pengukuran	Cara Pengukuran	Skala data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	Gerakan Peduli TB Paru (GPT).	Metode alternatif penemuan kasus TB paru secara aktif (<i>active case finding</i>).	a) Buku Panduan GPT.	a) Observasi. b) Menganalisis gejala yang telah dicantumkan pada buku panduan GPT.	Nominal Kategori: a) Melakukan Metode GPT. b) Mendapatkan penyuluhan tentang TB paru.
2	<i>Case Detection Rate (CDR)</i> .	Perbandingan persentase jumlah suspek, periksa dahak, dan pasien baru TB BTA+ yang ditemukan dengan perkiraan jumlah pasien baru TB BTA+ yang ada dalam suatu wilayah, dengan evaluasi dilakukan setiap 2 minggu sekali dengan masa pengamatan 6 minggu.	a) Laporan kependudukan. b) Laporan penemuan TB paru.	Menghitung Perbandingan persentase jumlah suspek, periksa dahak, dan pasien baru BTA+ yang ditemukan dengan jumlah pasien baru BTA+ yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut.	Nominal Kategori: a) CDR kelompok eksperimen $>$ CDR kelompok kontrol. b) CDR Kelompok eksperimen \leq kelompok kontrol.

3.6 Populasi dan Sampel Penelitian

3.6.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat yang tercatat dan bertempat tinggal di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara.

3.6.2 Sampel

Penelitian ini menggunakan dua sampel, yaitu sampel eksperimen dan sampel kontrol. Kedua sampel tersebut adalah desa yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

1. *Case Detection Rate (CDR)* rendah.
2. Bersedia ikut dalam penelitian.
3. Tidak sedang dalam intervensi program atau penelitian lain.

Sedangkan kriteria eksklusinya adalah tidak ada kasus baru BTA positif.

3.6.2.1 Besar Sampel Minimal

Besar sampel minimal dengan menggunakan taraf kesalahan 5%, didapatkan jumlah sampel minimal 400 KK dari jumlah populasi sebesar 10940 KK di seluruh wilayah kerja Puskesmas Welahan I. Jumlah sampel minimal tersebut didapatkan dengan rumus sebagai berikut:

Rumus besar sampel:

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot (d^2)}$$

Sumber: Soekidjo Notoatmodjo (2005:92)

n = Besar sampel

N = Populasi, jumlah populasi dalam penelitian ini adalah 10940 KK

d = Besarnya toleransi penyimpangan yang diinginkan peneliti adalah 5%

Besar sampel minimalnya adalah:

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot (d^2)}$$

$$n = \frac{10940}{1 + 10940 \cdot (0,05^2)}$$

$$n = \frac{10940}{27,35}$$

$$n = 400$$

Jadi jumlah sampel minimalnya adalah 400 KK.

3.6.2.2 Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel menggunakan teknik pencuplikan purposif (*purposive sampling*). Dengan menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi, didapatkan 2 desa sebagai sampel eksperimen dan 2 desa sebagai sampel kontrol.

Desa yang dipilih sebagai sampel sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi adalah Desa Welahan dan Desa Teluk Wetan sebagai sampel eksperimen serta Desa Gidangelo dan Desa Kalipucang Wetan sebagai sampel kontrol. Pembagian jumlah sampel setiap desa adalah secara proporsional.

Jumlah sampel di Desa Welahan dan Desa Teluk Wetan sebagai sampel eksperimen masing-masing adalah 90 dan 110 KK. Sedangkan jumlah sampel di Desa Kalipucang Wetan dan Desa Gidangelo sebagai sampel kontrol masing-masing adalah 150 dan 50 KK. Sampel ini dipilih secara proporsional sesuai jumlah KK di tempat/desa penelitian. Berikut ini adalah perhitungan sampel secara proporsional.

3.6.2.2.1 *Kelompok Eksperimen (Desa Welahan dan Desa Teluk Wetan)*

Jumlah KK di Desa Welahan adalah 1923. Sedangkan jumlah KK Desa Teluk Wetan adalah 2359. Jumlah KK kedua desa adalah 4282. Prosentase jumlah KK Desa Welahan adalah: $1923/4282=0,4491$, atau 45%. Sehingga jumlah sampelnya adalah: $45\% \times 200= 90$. Sedangkan prosentase jumlah KK di Desa Teluk Wetan adalah $2359/4282=0,5509$, atau 55%. Sehingga jumlah sampelnya adalah: $55\% \times 200=110$.

3.6.2.2.2 *Kelompok Kontrol (Desa Kalipucang Wetan dan Desa Gidangelo)*

Jumlah KK di Desa Kalipucang Wetan adalah 2288. Sedangkan jumlah KK Desa Gidangelo adalah 753. Jumlah KK kedua desa adalah 3041. Prosentase jumlah KK Desa Kalipucang Wetan adalah: $2288/3041=0,7524$, atau 75%. Sehingga jumlah sampelnya adalah: $75\% \times 200= 150$. Sedangkan prosentase jumlah KK di Desa Gidangelo adalah $753/3041=0,2476$, atau 25%. Sehingga jumlah sampelnya adalah: $25\% \times 200=50$.

3.7 Prosedur Pelaksanaan Penelitian

3.7.1 Kelompok Eksperimen

Kelompok atau sampel eksperimen dalam penelitian ini adalah sebagian masyarakat di desa yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang diberi perlakuan Gerakan Peduli TB paru (GPT). Perlakuan GPT meliputi:

1. Setiap keluarga, terdapat satu orang anggota keluarga yang bertugas sebagai seorang pencatat gejala TB paru.
2. Pencatatan dilakukan pada buku panduan GPT, yaitu buku yang berisi identitas anggota keluarga, daftar gejala TB paru dan waktu kejadiannya serta halaman pesan yang akan diisi oleh pengontrol dan dokter puskesmas.
3. Pengontrol adalah seseorang yang memonitoring pelaksanaan pencatatan. Pengontrol merupakan seseorang yang bertugas terhadap 4-5 rumah tetangganya. Jumlah pengontrol adalah 27, dengan kriteria pemilihan yaitu pendidikan minimal tingkat menengah (SMP) dan berusia antara 18-35 tahun. Sebelum pelaksanaan, pengontrol diberi pengarahan tentang TB paru dan penelitian ini melalui *Focus Group Discussion (FGD)*. FGD ini bertujuan untuk menjelaskan tentang teknis penelitian sekaligus untuk menerima masukan-masukan berkaitan dengan hal-hal yang berhubungan dengan penelitian. Pengontrolan dan evaluasi dilakukan setiap 2 minggu sekali. Pengontrolan ini bertujuan untuk ketertiban pencatatan dan pelaporan.
4. Pengontrolan juga dilakukan untuk memberi motivasi dan pengingat dalam rangka menghindari pencatatan yang kurang maksimal. Dalam evaluasi,

pengontrol mengambil *check list* GPT dari pencatat (warga) untuk diserahkan kepada dokter puskesmas yang menangani masalah TB paru.

5. Dokter puskesmas akan memeriksa dan mengamati gejala yang tertulis pada lembar *check list* GPT, jika hasil pengamatan dan analisis dokter menunjukkan bahwa warga tersebut diperkirakan sebagai tersangka TB paru, maka dokter akan menuliskan pesan dan hasil pengamatan pada lembar *check list* bahwa warga tersebut adalah tersangka atau suspek TB paru dan harus segera memeriksakan diri ke dokter puskesmas. Dokter puskesmas akan melakukan pemeriksaan lanjutan, yaitu dengan pemeriksaan dahak. Kemudian lembar *check list* tersebut dikembalikan kepada pencatat untuk melakukan pencatatan selanjutnya.
6. Bila tersangka terdiagnosis sebagai penderita TB paru, maka penderita akan segera mendapatkan pengobatan. Dalam upaya menghindari penularan, anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah dengan penderita juga direkomendasikan agar memeriksakan diri ke dokter puskesmas untuk mendapatkan pemeriksaan laboratorium. Rekomendasi ini ditulis dalam halaman pesan yang terdapat pada *check list* buku panduan GPT.

3.7.2 **Kelompok Kontrol**

Sampel kontrol dalam penelitian ini adalah masyarakat di desa yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi serta tidak diberi perlakuan GPT tetapi hanya diberikan penyuluhan tentang TB paru. Penyuluhan ini dilakukan pada 200 sampel di Desa Gidangelo dan Desa Kalipucang Wetan.

3.8 Sumber Data Penelitian

3.8.1 Data Primer

Data primer diperoleh dari hasil observasi secara langsung menggunakan formulir untuk mengetahui identitas dan karakteristik dari responden dan rumah tangganya. Data primer juga diperoleh dari lembar *check list* dan buku panduan GPT untuk memperoleh data mengenai gejala dari TB paru pada responden beserta anggota keluarganya.

3.8.2 Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari instansi yang berkaitan tentang penelitian ini, yaitu data mengenai penyakit TB paru dari puskesmas, dan data tentang kependudukan dari kecamatan dan kelurahan di tempat penelitian.

3.9 Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini adalah buku panduan GPT, laporan data kependudukan dan laporan TB.

3.9.1 Buku Panduan GPT

Buku yang dipegang responden kelompok eksperimen sebagai alat untuk berkomunikasi dengan dokter puskesmas. Responden sebagai pencatat gejala dalam lembar *check list*, sedangkan dokter sebagai penganalisis gejala yang ditulis oleh pencatat. Selain berisi *check list*, buku panduan GPT ini berisi lembar identitas, modul TB Paru, dan lembar pengingat dan motivasi untuk responden dan anggota keluarga.

1. *Check list*; adalah suatu daftar pengecek, berisi nama subjek dan beberapa gejala/identitas lainnya dari sasaran pengamatan. Pengamat akan memberikan tanda *check* (✓) pada daftar tersebut yang menunjukkan adanya gejala atau ciri dari sasaran pengamatan.
2. Lembar identitas; adalah data pengenalan untuk responden maupun anggota keluarga yang menjadi sasaran penelitian.
3. Modul TB Paru; adalah materi tentang TB Paru secara singkat yang berfungsi untuk memberi dan menambah pengetahuan responden tentang TB Paru.

3.9.2 **Laporan Kependudukan**

Data kependudukan yang diperoleh dari instansi pemerintah setempat, baik kecamatan maupun kelurahan. Laporan ini berfungsi sebagai bahan perhitungan CDR TB Paru.

3.9.3 **Laporan TB Paru**

Data yang diperoleh dari instansi kesehatan (puskesmas). Laporan ini akan dijadikan alat sekaligus bahan yang dihitung untuk dibandingkan antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol untuk menentukan kategori CDR dari metode GPT.

3.10 **Teknik Pengambilan Data**

3.10.1 **Pengamatan (observasi)**

Pengamatan adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat dan mencatat jumlah dan taraf aktivitas tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti. Jadi di dalam melakukan observasi bukan hanya

mengunjungi, melihat, atau menonton saja, tetapi disertai keaktifan jiwa atau perhatian khusus dan melakukan pencatatan-pencatatan. Pengamatan ini dilakukan dengan alat berupa *check list* yang berada dalam buku panduan GPT.

3.10.2 Wawancara

Wawancara (*interview*) adalah metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapat keterangan lisan dari responden, yaitu kepala keluarga. Wawancara ini bertujuan untuk mengetahui identitas dan karakteristik responden.

3.11 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

3.11.1 Pengolahan Data

Data yang telah diperoleh dari lapangan dikumpulkan dan diperiksa serta diteliti ulang tentang kelengkapannya dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. *Editing*, pengecekan terhadap kelengkapan data dan keseragaman data.
2. *Coding*, pemberian kode pada masing-masing jawaban untuk mempermudah dalam pengolahan data.
3. Tabulasi, pengelompokan dan mengorganisir data sehingga mudah untuk dijumlah, disusun dan disajikan dalam bentuk tabel atau grafik.

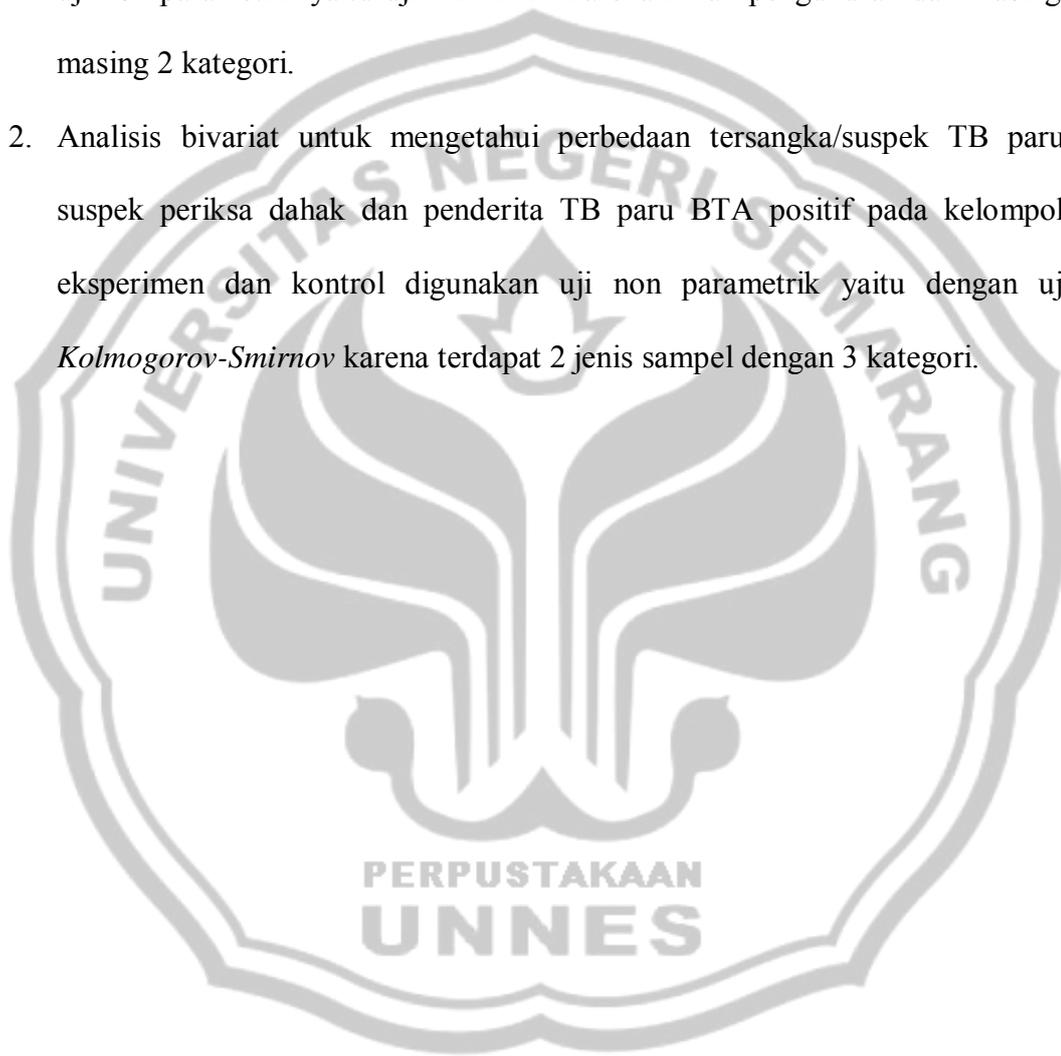
3.11.2 Analisis Data

3.11.2.1 Analisis Univariat

Analisis yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel. Misalnya prosentase pekerjaan, pendidikan, dan pendapatan penduduk di daerah penelitian.

3.11.2.2 Analisis Bivariat

1. Analisis bivariat untuk mengetahui perbedaan tersangka/suspek TB paru, suspek periksa dahak dan penderita TB paru BTA positif sebelum dan sesudah perlakuan pada masing-masing kelompok (eksperimen dan kontrol) digunakan uji non parametrik yaitu uji *McNemar* karena 2 kali pengukuran dan masing-masing 2 kategori.
2. Analisis bivariat untuk mengetahui perbedaan tersangka/suspek TB paru, suspek periksa dahak dan penderita TB paru BTA positif pada kelompok eksperimen dan kontrol digunakan uji non parametrik yaitu dengan uji *Kolmogorov-Smirnov* karena terdapat 2 jenis sampel dengan 3 kategori.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara, yaitu Desa Welahan, Desa Teluk Wetan, Desa Gidangelo dan Desa Kalipucang Wetan. Pelaksanaan penelitian mulai 15 April 2010 sampai dengan 15 Juni 2010.

4.1.1 *Focus Group Discussion (FGD)*

Sebelum memberikan perlakuan (GPT dan penyuluhan) terlebih dahulu mengadakan FGD untuk sosialisasi dan menerima saran-saran dalam pelaksanaan penelitian. FGD dihadiri oleh petugas P2TB dari puskesmas, bidan, perawat, perwakilan pemerintah desa dan sebagian warga yang bertugas sebagai pengontrol dalam metode GPT. FGD menghasilkan beberapa informasi seperti gambaran umum mengenai kependudukan, sosial budaya masyarakat, penyakit TB paru di masyarakat, kegiatan puskesmas (P2TB), dan sebagainya. Selain itu, dengan FGD juga menghasilkan jadwal pelaksanaan penelitian, sehingga memudahkan dalam proses pemberian metode GPT dan penyuluhan.

4.1.2 *Metode Gerakan Peduli TB Paru (GPT)*

Metode Gerakan Peduli TB Paru (GPT) dilakukan di dua desa, yaitu Desa Welahan dan Desa Teluk Wetan. Metode ini menggunakan pencatat dan pengontrol. Jumlah pencatat adalah 200 orang yang tersebar di dua desa. Di Desa Welahan terdapat 90 pencatat sedangkan di Desa Teluk Wetan terdapat 110 pencatat. Pencatat adalah warga yang dipilih dari salah satu anggota keluarga yang berpendidikan

terakhir minimal SD dengan usia tidak lebih dari 50 tahun. Jumlah pengontrol 27 orang, yaitu 16 di Desa Teluk Wetan dan 11 di Desa Welahan. Kriteria pengontrol yang dipilih adalah pencatat dengan pendidikan terakhir minimal SMP dan berusia antara 18-35 tahun. Evaluasi dilakukan setiap dua minggu sekali selama tiga kali.

4.1.3 Penyuluhan

Sebagaimana metode GPT, penyuluhan juga dilakukan di dua desa, yaitu Desa Gidangelo dan Desa Kalipucang Wetan. Penyuluhan di desa Gidangelo dilakukan di dua rumah warga, yaitu di RW I dan RW II dengan jumlah peserta masing-masing 45 dan 32 KK, sedangkan penyuluhan di desa kalipucang wetan dilakukan di aula balai desa dengan jumlah peserta 115 KK.

4.1.4 Pengukuran

Pengukuran dilakukan dua kali, *pretest* dan *posttest*. Hasil pengukuran *pretest* berdasarkan data dari Puskesmas Welahan I mengenai daftar tersangka penderita (suspek) yang diperiksa dahak sewaktu pagi sewaktu (TB-06) tahun 2010 pada trimester I. Sedangkan pengukuran *posttest* berdasarkan data dari Puskesmas Welahan I mengenai daftar tersangka penderita (suspek) yang diperiksa dahak sewaktu pagi sewaktu (TB-06) tahun 2010 pada trimester II.

4.2 Analisis Univariat

4.2.1 Karakteristik Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian masyarakat yang bertempat tinggal di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara. Jumlah sampel adalah 400 dengan 200 sampel eksperimen dan 200 sampel kontrol.

4.2.1.1 Distribusi Sampel berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa distribusi sampel berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah laki-laki yaitu 62,8% terdiri atas 128 sampel pada kelompok eksperimen dan 123 sampel pada kelompok kontrol. Sedangkan jumlah sampel perempuan adalah 37,2% terdiri atas 72 sampel pada kelompok eksperimen dan 77 pada kelompok kontrol (Tabel 4).

Tabel 4. Distribusi Sampel berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Kelompok Sampel				Jumlah Sampel	
		Eksperimen		Kontrol		n	%
		n	%	n	%		
1	Laki-laki	128	64,0	123	61,5	251	62,8
2	Perempuan	72	36,0	77	38,5	149	37,2
	Jumlah	200	100,0	200	100,0	400	100,0

4.2.1.2 Distribusi Sampel berdasarkan Usia

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa distribusi sampel berdasarkan usia sebagian besar adalah usia 36-50 tahun (43,2%) terdiri atas 90 sampel kelompok eksperimen dan 83 sampel kelompok kontrol. Sedangkan kelompok usia dengan jumlah terendah adalah usia 66-80 (9,5%) terdiri atas 32 sampel pada kelompok eksperimen dan 6 sampel pada kelompok kontrol (Tabel 5).

Tabel 5. Distribusi Sampel berdasarkan Usia

No	Usia (tahun)	Kelompok Sampel				Jumlah Sampel	
		Eksperimen		Kontrol		n	%
		n	%	n	%		
1	20-35	22	11,0	86	43,0	108	27
2	36-50	90	45,0	83	41,5	173	43,2
3	51-65	56	28,0	25	12,5	81	20,2
4	66-80	32	16,0	6	3,0	38	9,5
	Jumlah	200	100,0	200	100,0	400	100,0

4.2.1.3 Distribusi Sampel berdasarkan Tingkat Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa distribusi sampel berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar adalah tingkat pendidikan SD (45,2%) terdiri atas 101 sampel pada kelompok eksperimen dan 80 sampel pada kelompok kontrol. Sedangkan kelompok pendidikan dengan jumlah sampel terendah adalah kelompok pendidikan perguruan tinggi (0,2%) yaitu 1 sampel pada kelompok eksperimen (Tabel 6).

Tabel 6. Distribusi Sampel berdasarkan Tingkat Pendidikan

No	Pendidikan	Kelompok sampel				Jumlah Sampel	
		Eksperimen		Kontrol		n	%
		n	%	n	%		
1	Tidak Sekolah	39	19,5	7	3,5	46	11,5
2	SD	101	50,5	80	40,0	181	45,2
3	SMP	38	19,0	84	42,0	122	30,5
4	SMA	21	10,5	29	14,5	50	12,5
5	PT	1	0,5	0	0	1	0,2
	Jumlah	200	100,0	200	100,0	400	100,0

4.2.1.4 Distribusi Sampel berdasarkan Jenis Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa distribusi sampel berdasarkan jenis pekerjaan sebagian besar adalah wiraswasta (43,5%) terdiri atas 83 sampel pada kelompok eksperimen dan 91 sampel pada kelompok kontrol. Sedangkan jenis pekerjaan dengan jumlah sampel terendah adalah kelompok TNI/POLRI (0,2%) yaitu 1 sampel pada kelompok eksperimen (Tabel 7).

Tabel 7. Distribusi Sampel berdasarkan Jenis Pekerjaan

No	Pekerjaan	Kelompok Sampel				Jumlah Sampel	
		Eksperimen		Kontrol		n	%
		n	%	n	%		
1	Ibu Rumah Tangga	30	15,0	7	3,5	37	9,2
2	Buruh	71	35,5	16	8,0	87	21,8
3	Karyawan	13	6,5	85	42,5	98	24,5
4	Wiraswasta	83	41,5	91	45,5	174	43,5
5	PNS	2	1,0	1	0,5	3	0,8
6	TNI/POLRI	1	0,5	0	0	1	0,2
Jumlah		200	100,0	200	100,0	400	100,0

4.3 Analisis Bivariat

4.3.1 Perbedaan Jumlah Suspek/Tersangka TB Paru, Suspek Periksa Dahak dan Penderita TB Paru BTA Positif Sebelum dan Sesudah diberi Perlakuan pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Uji statistik yang digunakan untuk mengetahui perbedaan jumlah suspek/tersangka TB paru, suspek periksa dahak dan penderita TB paru BTA positif sebelum dan sesudah diberi perlakuan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol adalah dengan menggunakan uji non-parametrik yaitu uji *McNemar* karena 2 kali pengukuran dan masing-masing 2 kategori.

Berdasarkan hasil penelitian pada kelompok eksperimen sebelum mendapatkan perlakuan metode GPT, data dari Puskesmas Welahan I mengenai daftar tersangka penderita (suspek) yang diperiksa dahak sewaktu pagi sewaktu (TB-06) tahun 2010, menunjukkan bahwa jumlah suspek/tersangka TB paru sebanyak 11 (5,5%), suspek periksa dahak 6 (3%) dan tidak terdapat penderita TB paru BTA positif. Sedangkan sesudah diberi perlakuan, didapatkan jumlah suspek

TB paru 60 (30%), suspek periksa dahak 40 (20%) dan tidak terdapat penderita TB paru BTA positif (Tabel 8).

Tabel 8. Distribusi Jumlah Suspek/Tersangka TB Paru, Suspek Periksa Dahak dan Penderita TB Paru BTA Positif pada Kelompok Eksperimen

Variabel	Kelompok Sampel Eksperimen		<i>p value</i>	Jumlah Sampel
	n	Prosentase		
Suspek/tersangka TB paru				
Sebelum	11	5,5%	0,000	200
Sesudah	60	30%		200
Suspek periksa dahak				
Sebelum	11	5,5%	0,000	200
Sesudah	40	20%		200
Penderita TB paru BTA positif				
Sebelum	0	0	-	200
sesudah	0	0		200

Hasil statistik dengan uji non-parametrik *McNemar* pada variabel suspek/tersangka TB paru dan suspek periksa dahak diperoleh bahwa nilai *p value* adalah 0,000, sehingga nilai $p < 0,05$ dan H_0 ditolak yang artinya ada perbedaan antara jumlah suspek/tersangka TB paru maupun suspek periksa dahak sebelum dan sesudah diberi perlakuan pada kelompok eksperimen.

Pada kelompok kontrol sebelum mendapatkan perlakuan berupa penyuluhan, data dari Puskesmas Welahan I mengenai daftar tersangka penderita (suspek) yang diperiksa dahak sewaktu pagi sewaktu (TB-06) tahun 2010, menunjukkan bahwa jumlah suspek TB paru sebanyak 6 (3%), suspek periksa dahak 6 (3%) dan tidak terdapat penderita TB paru BTA positif. Sedangkan sesudah diberi

perlakuan, didapatkan jumlah suspek TB paru 6 (3%), suspek periksa dahak 2 (1%) dan tidak terdapat penderita TB paru BTA positif (Tabel 9).

Tabel 9. Distribusi Jumlah Suspek/Tersangka TB Paru, Suspek Periksa Dahak dan Penderita TB Paru BTA Positif pada Kelompok Kontrol

Variabel	Kelompok Sampel Kontrol		<i>p value</i>	Jumlah Sampel
	n	Prosentase		
Suspek/tersangka TB paru				
Sebelum	6	3%	0,754	200
Sesudah	4	2%		200
Suspek periksa dahak				
Sebelum	6	3%	0,289	200
Sesudah	2	1%		200
Penderita TB paru BTA positif				
Sebelum	0	0	-	200
sesudah	0	0		200

Hasil statistik dengan uji non-parametrik *McNemar* pada variabel suspek/tersangka TB paru diperoleh bahwa nilai *p value* adalah 0,754, sehingga nilai $p > 0,05$ dan H_0 diterima yang artinya tidak ada perbedaan antara jumlah suspek/tersangka TB paru sebelum dan sesudah diberi perlakuan pada kelompok kontrol. Sedangkan pada variabel suspek periksa dahak diperoleh bahwa nilai *p value* adalah 0,289, sehingga nilai $p > 0,05$ dan H_0 diterima yang artinya tidak ada perbedaan antara suspek periksa dahak sebelum dan sesudah diberi perlakuan pada kelompok kontrol.

4.3.2 Perbedaan Suspek/Tersangka TB Paru, Suspek Periksa Dahak dan Penderita TB Paru BTA Positif pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Uji statistik yang digunakan untuk mengetahui perbedaan suspek/tersangka TB paru dan suspek periksa dahak pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol adalah uji non-parametrik yaitu uji *Kolmogorov-Smirnov* karena terdiri dari 2 kelompok sampel yang tidak berpasangan dengan skala pengukuran kategorik (Tabel 10).

Tabel 10. Distribusi Suspek/Tersangka TB Paru, Suspek Periksa Dahak dan Penderita TB Paru BTA Positif pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Variabel	Sesudah diberi perlakuan		<i>p value</i>	Jumlah Sampel
	n	prosentase		
Suspek/tersangka TB paru				
Eksperimen	60	30%	0,000	200
Kontrol	4	2%		200
Suspek periksa dahak				
Eksperimen	40	20%	0,001	200
Kontrol	2	1%		200
Penderita TB paru BTA positif				
Eksperimen	0	0	1,000	200
Kontrol	0	0		200

Nilai *p value* yang diperoleh dengan uji *Kolmogorov-Smirnov* pada variabel suspek/tersangka TB paru adalah 0,000 sehingga nilai $p < 0,05$ dan H_0 ditolak, yang artinya ada perbedaan antara jumlah suspek/tersangka TB paru pada kelompok eksperimen dengan jumlah suspek/tersangka TB paru pada kelompok kontrol. Pada variabel suspek periksa dahak diperoleh nilai *p value* 0,001 sehingga nilai $p < 0,05$ dan H_0 ditolak, yang artinya ada perbedaan antara suspek periksa

dahak pada kelompok eksperimen dengan suspek periksa dahak pada kelompok kontrol. Sedangkan berdasarkan dahak yang diperiksa pada kelompok eksperimen maupun kontrol tidak ada satupun yang menjadi pasien/penderita TB paru BTA positif dengan p value 1,000 ($>0,05$) sehingga H_0 diterima yang artinya tidak ada perbedaan antara penderita TB paru BTA positif pada kelompok eksperimen dengan penderita TB paru BTA positif pada kelompok kontrol.

4.3.3 Distribusi Suspek/Tersangka TB Paru dan Suspek Periksa Dahak pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Tingkat Pendidikan, dan Jenis Pekerjaan

Berdasarkan data distribusi suspek/tersangka TB paru, suspek periksa dahak dan penderita TB paru BTA positif pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol, dapat diketahui distribusi suspek/tersangka TB paru dan suspek periksa dahak pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol berdasarkan kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan jenis pekerjaan. Berdasarkan data hasil penelitian, distribusi suspek/tersangka TB paru pada kelompok eksperimen berdasarkan jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan jenis pekerjaan, masing-masing didominasi oleh perempuan (37 atau 61,67%), kelompok usia 51-65 (26 atau 43,33%), tingkat pendidikan SD (35 atau 58,33%), dan jenis pekerjaan wiraswasta (26 atau 43,33%).

Sebagaimana dengan suspek/tersangka TB paru, distribusi suspek yang periksa dahak juga didominasi oleh perempuan (25 atau 62,50%), kelompok usia 51-65 tahun (15 atau 37,50%), tingkat pendidikan SD (26 atau 65%), dan jenis pekerjaan wiraswasta (17 atau 42%) (Tabel 11).

Tabel 11. Distribusi Suspek/Tersangka TB Paru, Suspek Periksa Dahak dan Penderita TB Paru BTA Positif pada Kelompok Eksperimen berdasarkan Jenis Kelamin Usia, Tingkat Pendidikan, dan Jenis Pekerjaan

Variabel	Suspek/tersangka TB paru				Suspek periksa dahak			
	Sebelum		Sesudah		Sebelum		Sesudah	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Jenis Kelamin								
Laki-laki	6	54,54	23	38,33	6	54,54	15	37,50
Perempuan	5	45,45	37	61,67	5	45,45	25	62,50
Jumlah Total	11	100,00	60	100,00	11	100,00	40	100,00
Usia								
20-35	3	27,27	15	25,00	3	27,27	8	20,00
36-50	3	27,27	14	23,33	3	27,27	12	30,00
51-65	3	27,27	26	43,33	3	27,27	15	37,50
66-80	2	18,18	5	8,33	0	18,18	5	12,50
Jumlah Total	11	100,00	60	100,00	11	100,00	40	100,00
Tingkat Pendidikan								
Tidak Sekolah	1	9,09	5	8,33	1	9,09	4	10,00
SD	5	45,45	35	58,33	5	45,45	26	65,00
SMP	5	45,45	20	3,33	5	45,45	10	25,00
SMA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
PT	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Jumlah Total	11	100,00	60	100,00	11	100,00	40	100,00
Jenis Pekerjaan								
Ibu Rumah Tangga	2	18,18	8	13,33	2	18,18	5	12,50
Buruh	4	36,36	15	25,00	4	36,36	9	22,50
Karyawan	0	0,00	11	18,33	0	0,00	9	22,50
Wiraswasta	5	45,45	26	43,33	5	45,45	17	42,50
PNS	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TNI/POLRI	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Jumlah Total	11	100,00	60	100,00	11	100,00	40	100,00

Distribusi pada kelompok kontrol, dari persentase suspek/tersangka TB paru maupun suspek yang periksa dahak ke puskesmas adalah sama dengan kelompok eksperimen, baik berdasarkan jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan maupun jenis pekerjaan. Perbedaannya, pada kelompok kontrol mempunyai distribusi yang tidak merata (ada 0,00% dan 100%) (Tabel 12).

Tabel 12. Distribusi Suspek/Tersangka TB Paru, Suspek Periksa Dahak dan Penderita TB Paru BTA Positif pada Kelompok Kontrol berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Tingkat Pendidikan, dan Jenis Pekerjaan

Variabel	Suspek/tersangka TB paru				Suspek periksa dahak			
	Sebelum		Sesudah		Sebelum		Sesudah	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Jenis Kelamin								
Laki-laki	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Perempuan	6	100,00	4	100,00	6	100,00	2	100,00
Jumlah Total	6	100,00	4	100,00	6	100,00	2	100,00
Usia								
20-35	2	33,33	2	50,00	2	33,33	1	50,00
36-50	2	33,33	2	50,00	2	33,33	1	50,00
51-65	2	33,33	0	0,00	2	33,33	0	0,00
66-80	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Jumlah Total	6	100,00	4	100,00	6	100,00	2	100,00
Tingkat Pendidikan								
Tidak Sekolah	1	16,67	1	25,00	1	16,67	0	0,00
SD	2	33,33	1	25,00	2	33,33	0	0,00
SMP	2	33,33	2	50,00	2	33,33	2	100,00
SMA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
PT	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Jumlah Total	6	100,00	4	100,00	6	100,00	2	100,00
Jenis Pekerjaan								
Ibu Rumah Tangga	2	33,33	0	0,00	2	33,33	0	0,00
Buruh	1	16,67	1	25,00	1	16,67	0	0,00
Karyawan	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Wiraswasta	3	50,00	3	75,00	3	50,00	2	100,00
PNS	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TNI/POLRI	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Jumlah Total	6	100,00	4	100,00	6	100,00	2	100,00

Tabel di atas menunjukkan bahwa distribusi berdasarkan jenis kelamin semua sampel adalah perempuan, baik suspek/tersangka TB paru (4 atau 100%) maupun suspek periksa dahak (2 atau 100%). Berdasarkan usia, terbagi hanya pada 2 kelompok usia (20-35 dan 36-50 tahun), yaitu masing-masing 2 (50%) untuk suspek/tersangka TB paru dan 1 (50%) untuk suspek periksa dahak. Berdasarkan tingkat pendidikan, SMA dan Perguruan Tinggi merupakan tingkat pendidikan yang tidak terdapat suspek/tersangka TB paru maupun suspek periksa dahak. Pada pendidikan SMP, terdapat 2 sampel (100%) yang periksa dahak ke puskesmas.

Sedangkan berdasarkan jenis pekerjaan, sebagian besar adalah wiraswasta, baik suspek/tersangka TB paru (3 atau 75%) maupun suspek periksa dahak (2 atau 100%).



BAB V

PEMBAHASAN

5.1. Analisis Univariat

5.1.1. Jenis Kelamin

Distribusi sampel berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah laki-laki yaitu 62,8% terdiri atas 128 sampel pada kelompok eksperimen dan 123 sampel pada kelompok kontrol. Berdasarkan jenis kelamin, sebagian besar sampel mempunyai risiko tinggi terhadap penyakit TB paru. Menurut Hiswani (2004: 5), penyakit TB paru cenderung lebih tinggi pada jenis pada jenis kelamin laki-laki dibandingkan perempuan. Menurut WHO, sedikitnya dalam periode setahun ada sekitar 1 juta perempuan yang meninggal akibat TB paru, dapat disimpulkan bahwa pada kaum perempuan lebih banyak terjadi kematian yang disebabkan oleh TB paru dibandingkan dengan akibat proses kehamilan dan persalinan. Pada jenis kelamin laki-laki penyakit ini lebih tinggi karena merokok tembakau dan minum alkohol sehingga dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh, sehingga lebih mudah dipaparkan dengan agen penyebab TB paru.

Namun demikian, hasil penelitian tidak menunjukkan adanya BTA positif pada sampel laki-laki. Bahkan jumlah dan persentase suspek/tersangka TB paru dan suspek periksa dahak sebagian besar adalah perempuan, baik pada kelompok eksperimen (metode GPT) maupun kelompok kontrol (metode penyuluhan). Beberapa hal yang menjadi penyebab suspek/tersangka TB paru sebagian besar perempuan diantaranya adalah bahwa sampel perempuan di tempat penelitian

melakukan pencatatan yang lebih akurat, yaitu benar-benar memahami dan mencatat apa yang sedang dirasakan. Mereka mencatat semua gejala yang diderita maupun gejala anggota keluarganya dengan teliti di *check list*. Sebaliknya, sampel laki-laki tidak dapat melakukan pencatatan dengan keakuratan sama dengan perempuan. Tidak semua gejala yang dirasakan olehnya maupun oleh anggota keluarganya tercatat di *check list*, sehingga mempengaruhi analisis dokter puskesmas petugas P2TB dalam penetapan suspek/tersangka TB paru.

Sedangkan beberapa faktor yang mempengaruhi rendahnya kelompok laki-laki yang memeriksakan dahak ke dokter yang dijumpai di tempat penelitian selain faktor umum (malu) adalah mereka merasa sehat dan tidak percaya dengan analisis dokter atau petugas P2TB tentang penetapan statusnya sebagai suspek yang ditulis di dalam *check list*. Sehingga dengan rendahnya kelompok laki-laki yang ditetapkan sebagai suspek TB paru maupun yang direkomendasikan untuk periksa dahak ke puskesmas, maka rendah pula jumlah dahak BTA positif yang didapatkan dari sampel laki-laki.

5.1.2. Usia

Distribusi sampel berdasarkan usia sebagian besar adalah usia 36-50 tahun (43,2%) terdiri atas 90 sampel kelompok eksperimen dan 83 sampel kelompok kontrol. Berdasarkan usia, sebagian besar sampel merupakan kelompok yang paling sering ditemukan penyakit TB paru. Menurut Hiswani (2004: 5), penyakit TB paru paling sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif (15-50) tahun. Dewasa ini dengan terjadinya transisi demografi menyebabkan usia harapan hidup lansia menjadi lebih tinggi. Pada usia lanjut lebih dari 55 tahun

sistem imunologis seseorang menurun, sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk penyakit TB paru.

Sebagaimana jenis kelamin, hasil penelitian berdasarkan usia juga menunjukkan tidak adanya perbandingan lurus. Artinya, meskipun distribusi sampel sebagian besar adalah usia 36-50 tahun, dan usia yang paling sering ditemukan TB paru adalah 15-50 tahun, namun sebagian besar sampel pada kelompok eksperimen setelah di beri perlakuan yang menjadi suspek/tersangka dan periksa dahak ke puskesmas adalah kelompok usia 51-65 tahun. Hal ini disebabkan karena fakta di lapangan (tempat penelitian) bahwa semakin tua seseorang akan mempunyai lebih keluhan tentang berbagai macam penyakit daripada yang muda. Di mana keluhan penyakit tersebut sama dengan gejala dengan TB paru. Sehingga di dalam *check list* ditulis sebagai gejala TB paru. Hal ini juga yang menyebabkan tidak adanya dahak dengan BTA positif pada sampel yang periksa ke puskesmas.

5.1.3. Tingkat Pendidikan

Distribusi sampel berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar adalah tingkat pendidikan SD (45,20%) terdiri atas 101 sampel pada kelompok eksperimen dan 80 sampel pada kelompok kontrol. Berdasarkan tingkat pendidikan, sebagian besar sampel tidak dapat dengan mudah memahami dan menyerap perubahan, salah satunya perubahan pola hidup dalam rangka pemberantasan penyakit TB paru. Menurut Sarlito Wirawan Sarwono (2000) pendidikan formal memberikan pengaruh besar dalam membuka wawasan dan pemahaman terhadap nilai baru yang ada di lingkungannya. Seseorang dengan tingkat pendidikan tinggi akan lebih mudah untuk memahami perubahan yang

terjadi di lingkungannya dan orang tersebut akan menyerap perubahan tersebut apabila merasa bermanfaat bagi dirinya.

Meskipun demikian, ternyata hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan SD merupakan kelompok yang mendominasi suspek/tersangka TB paru dan suspek yang diperiksa dahak. Hal ini melebihi SMP, SMA dan Perguruan Tinggi yang merupakan pendidikan formal yang berada ditingkat yang lebih tinggi daripada SD. Akan tetapi hal ini bukan berarti bahwa semua sampel yang memiliki pendidikan tinggi (di atas SD) tidak bersedia mengikuti metode yang ada dalam penelitian, namun disebabkan karena persentase sampel yang berpendidikan tinggi adalah sedikit, yaitu SMP (38 atau 19%), SMA (21 atau 10,5%) dan PT (1 atau 0,5%). Sehingga peluang atau kemungkinan sampel dari tingkat pendidikan tersebut untuk menjadi suspek/tersangka, diperiksa dahak, dan penderita TB paru BTA positif lebih kecil daripada kelompok tingkat pendidikan SD yang mempunyai persentase yang lebih banyak (101 atau 50,5%).

5.1.4. Jenis Pekerjaan

Distribusi sampel berdasarkan jenis pekerjaan sebagian besar adalah wiraswasta (43,5%) terdiri atas 83 sampel pada kelompok eksperimen dan 91 sampel pada kelompok kontrol. Pekerjaan pada lingkungan dan sanitasi tempat bekerja yang buruk dapat memudahkan penularan TB paru. Selain itu, keadaan rumah, kepadatan hunian dan lingkungan perumahan, juga akan memudahkan penularan TB paru (Hiswani, 2004: 5). Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok dengan jenis pekerjaan wiraswasta mempunyai persentase terbanyak dalam suspek/tersangka TB paru (26 atau 43,33%) dan diperiksa dahak (17 atau

42,5%). Namun juga tidak ada penderita TB paru BTA positif dari 17 sampel yang diperiksa dahak.

Beberapa faktor yang mempengaruhi tidak adanya wiraswasta yang menjadi penderita TB paru BTA positif adalah tempat tinggal dan pengetahuan. Di mana dua faktor ini adalah interpretasi dari jenis pekerjaan. Artinya, jika pekerjaan dari responden (wiraswasta) yang berpenghasilan besar, maka mereka akan bertempat tinggal di lingkungan yang baik dan pengetahuan yang tinggi pula (dilihat dari tingkat pendidikan).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata penghasilan sampel (wiraswasta) di tempat penelitian adalah rendah, yaitu tidak lebih dari lima ratus ribu sebulan. Sehingga tempat tinggal rata-rata masih belum memenuhi rumah yang sehat. Di mana keadaan lingkungan yang kurang baik (misalnya tidak cukup cahaya matahari) memudahkan dalam penularan penyakit TB paru.

Berikutnya, lingkungan yang kurang sehat dan pengetahuan yang rendah akan semakin meningkatkan penularan penyakit TB paru. Pengetahuan ini yang menyebabkan sampel (kelompok wiraswasta) kurang mengetahui apa dan bagaimana penyakit TB paru, sehingga masih sulit untuk diberikan perubahan perilaku. Hal ini yang menyebabkan tidak ditemukannya penderita TB paru BTA positif dari kelompok wiraswasta.

5.2 Analisis Bivariat

5.2.1 Perbedaan Jumlah Suspek TB Paru, Suspek Periksa Dahak dan TB Paru BTA Positif Sebelum dan Sesudah diberi Perlakuan pada Kelompok Eksperimen

Berdasarkan hasil uji statistik *McNemar* diperoleh hasil bahwa nilai *p value* pada variabel suspek TB paru dan suspek periksa dahak adalah 0,000. Hal tersebut menunjukkan bahwa nilai $p < 0,05$ sehingga hipotesis nol (H_0) ditolak. Artinya bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara suspek TB paru dan suspek periksa dahak sebelum dengan sesudah diberi perlakuan pada kelompok eksperimen.

Jumlah suspek TB paru sebelum diberi perlakuan berupa Gerakan Peduli TB Paru (GPT) adalah 11 (5,5%), sedangkan jumlah suspek TB paru sesudah diberi perlakuan adalah 60 (30%). Artinya jumlah suspek TB paru setelah diberi perlakuan metode GPT selama 2 bulan telah meningkatkan jumlah suspek TB paru sebanyak 49 (29,5%).

Peningkatan jumlah suspek TB paru ini diikuti dengan peningkatan jumlah suspek yang bersedia memeriksakan dahaknya ke puskesmas. Sebelum diberi perlakuan jumlah suspek yang memeriksakan dahak ke puskesmas adalah 11 (5,5%) sedangkan setelah diberi perlakuan menjadi 40 (20%). Hal ini menunjukkan bahwa masih ada 20 (10%) suspek yang tidak bersedia memeriksakan dahaknya ke puskesmas.

Peningkatan jumlah suspek TB paru dan jumlah suspek yang periksa dahak di puskesmas tidak diikuti dengan peningkatan penemuan penderita TB paru BTA positif. Artinya dari 40 suspek yang memeriksakan dahak di puskesmas tidak ada satupun dahak yang dinyatakan positif mengandung *Mycobacterium tuberculosis*.

Sebelum dan sesudah diberi perlakuan (metode Gerakan Peduli TB paru) tidak ada perubahan jumlah penderita TB paru BTA positif.

Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada peningkatan *Case Detection Rate* (CDR) TB paru antara sebelum dan sesudah diberi perlakuan metode GPT. Namun demikian dengan peningkatan jumlah suspek dan jumlah suspek yang diperiksa dahak di puskesmas akan semakin meningkatkan kemungkinan ditemukannya penderita TB paru BTA positif selama faktor-faktor yang menjadi penyebab tidak adanya dahak yang mengandung *Mycobacterium tuberculosis* dapat diminimalkan. Terdapat beberapa faktor yang menjadi penyebab tidak adanya dahak yang mengandung *Mycobacterium tuberculosis*.

Pertama, ketidaktaatan suspek TB paru dalam pengumpulan sampel dahak. Pemeriksaan dahak sewaktu pagi sewaktu dalam 2 hari memungkinkan pasien lupa untuk mengambil dahak pagi (bangun tidur) jika tidak ada yang mengingatkan. Padahal dahak pagi memungkinkan adanya satu BTA positif jika kedua spesimen dahak sewaktu adalah negatif. Pada interpretasi pemeriksaan dahak dijelaskan bahwa jika dalam pemeriksaan menunjukkan satu BTA positif dan dua negatif maka diharapkan untuk diulang. Setelah diulang jika tetap satu positif dan dua negatif maka dapat dikatakan BTA positif (Arifin Nawas, 2009).

Kedua, suspek penderita TB paru tidak dapat mengeluarkan dahak yang berkualitas. Kurang mengetahui cara pengambilan sputum atau dahak yang benar menjadi alasan utama. Hal ini terjadi pada sampel dahak pagi karena tidak dalam pengawasan petugas ketika pengambilan dahak. Berbeda dengan sampel

dahak sewaktu yang teknis pengambilannya dalam pengawasan petugas sehingga pengambilan dahak diulang jika menurut petugas dahaknya kurang berkualitas.

Menurut Adolfina Pirade (2001: 33), untuk mendapatkan kualitas dahak yang baik, beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh petugas kesehatan yaitu:

1. Memberi penjelasan kepada suspek atau penderita mengenai pentingnya pemeriksaan dahak baik pemeriksaan dahak pertama maupun pemeriksaan dahak ulang.
2. Memberi penjelasan kepada penderita tentang cara batuk yang benar untuk mendapatkan dahak yang kental dan purulen.
3. Petugas memeriksa kekentalan, warna dan volume dahak. Warna dahak yang baik untuk pemeriksaan adalah warna kuning kehijau-hijauan (mukopurulen), kental dengan volume 3-5 ml. Bila volume kurang petugas harus meminta agar penderita batuk lagi sampai volumenya cukup.
4. Jika tidak ada dahak yang keluar, pot dahak dianggap sudah terpakai dan harus dimusnahkan untuk menghindari kontaminasi *Mycobacterium tuberculosis*.

Ketiga, suspek penderita TB paru pernah (10 warga, yaitu 25% dari seluruh sampel eksperimen yang periksa dahak) mengkonsumsi Obat Anti Tuberkulosis (OAT) namun tidak teratur sehingga kuman tidak terdeteksi. Menurut Yunus, dkk (1992); disitasi oleh USU (2009), obat antituberkulosis akan berhasil baik pada sarang-sarang TB bentuk pneumoni, sarang-sarang pneumonis akan diresorpsi kembali. Obat antituberkulosis tidak akan mengembalikan jaringan fibrosis menjadi jaringan parenkhim, kavitas sklerotik tetap akan menjadi sklerotik.

Pemakaian obat antituberkulosis yang lama, apalagi yang tidak teratur akan menimbulkan resistensi kuman terhadap obat. Resistensi kuman terhadap obat akan diketahui setelah dua bulan berlalu.

Keempat, dari segi laboratorium, menurut data dari Dinas Kesehatan Jepara (2009) diketahui bahwa *error rate* atau angka kesalahan laboratorium pada puskesmas Welahan I masih tidak sesuai standar, yaitu 7,4% pada tahun 2008 dan 8,3% pada tahun 2009. Padahal angka kesalahan laboratorium (*error rate*) ini hanya ditoleransi maksimal 5% (Depkes RI, 2002: 111).

5.2.2 Perbedaan Jumlah Suspek TB Paru, Suspek Periksa Dahak dan TB Paru BTA Positif Sebelum dan Sesudah diberi Perlakuan pada Kelompok Kontrol

Berdasarkan hasil uji statistik *McNemar* diperoleh hasil bahwa nilai *p value* pada variabel suspek TB paru adalah 0,754 dan suspek periksa dahak adalah 0,289. Hal tersebut menunjukkan bahwa nilai $p > 0,05$ sehingga hipotesis nol (H_0) diterima. Artinya bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara suspek TB paru dan suspek periksa dahak sebelum dan sesudah diberi perlakuan pada kelompok kontrol.

Perlakuan pada kelompok kontrol adalah penyuluhan kesehatan. Penyuluhan kesehatan yang merupakan bagian dari promosi kesehatan adalah bagian dari rangkaian kegiatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan dimana individu, kelompok, atau masyarakat secara keseluruhan dapat hidup sehat dengan cara memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan (Depkes RI, 2002).

Penyuluhan TB paru perlu dilakukan karena masalah TB Paru banyak berkaitan dengan masalah pengetahuan dan perilaku masyarakat. Tujuan

penyuluhan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan peran serta masyarakat dalam penanggulangan TB Paru.

Setelah diberikan perlakuan berupa penyuluhan terhadap kelompok kontrol, menunjukkan bahwa terjadi penurunan dalam jumlah suspek maupun suspek yang periksa dahak ke puskesmas. Jumlah suspek sebelum perlakuan 6 (3%) sedangkan 2 bulan setelah penyuluhan terdapat 4 (2%) suspek.

Jumlah suspek yang periksa dahak ke puskesmas sebelum penyuluhan adalah 6 (3%) namun 2 bulan setelah penyuluhan jumlah suspek yang periksa dahak ke puskesmas menjadi 2 (1%) dari 200 peserta penyuluhan yang pelaksanaannya diadakan di 2 desa. Dimana dalam penyuluhan tersebut ditekankan agar masyarakat segera periksa dahak ke puskesmas jika menderita gejala-gejala penyakit TB paru. Semua dahak dari kelompok kontrol yang diperiksa ke puskesmas tidak ada yang mengandung *Mycobacterium tuberculosis*. Menurut Adrian Taufik (2009: 20), salah satu faktor yang menjadi penyebab cakupan suspek TB paru masih rendah adalah masih rendahnya tingkat pengetahuan dan pemahaman tentang TB paru, sehingga masyarakat kurang peduli.

Ditinjau dari segi program dan petugas P2TB, menurut Adrian Taufik (2009:29), beberapa hal yang menjadi masalah dalam program dalam program P2TB adalah sebagai berikut:

1. Belum semua petugas puskesmas terutama paramedis (perawat, bidan desa) mengetahui secara tepat cara menjaring suspek TB.
2. Kurangnya jumlah kader, sehingga masih banyak wilayah lain yang tidak dapat terpantau secara maksimal.

3. Tidak adanya dana khusus (*reward*) untuk petugas yang terlibat langsung dengan program pemberantasan TB paru.
4. Penyuluhan dilakukan jika ditemukan suspek penderita TB dan hanya dilakukan kepada keluarga suspek penderita TB, dan masih minimnya media promosi yang ada.
5. Metode yang digunakan adalah *passive promotif case finding*.

Sebagaimana pada kelompok eksperimen, kelompok kontrol juga tidak ada satupun penderita TB paru BTA positif yang ditemukan dari pemeriksaan dahak. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada peningkatan *Case Detection Rate (CDR)* TB paru antara sebelum dan sesudah diberi penyuluhan.

Puskesmas menghadapi kendala budaya masyarakat dalam penemuan tersangka penderita tuberkulosis karena sebagian masyarakat beranggapan bahwa gejala-gejala penyakit tuberkulosis disebabkan karena kutukan, termakan racun atau kena guna-guna oleh orang lain. Menurut Blum (1974); disitasi oleh Syahrizal Antoni, dkk (2009: 10), derajat kesehatan individu/ masyarakat dipengaruhi oleh 4 faktor yaitu faktor perilaku individu/masyarakat, faktor lingkungan, faktor pelayanan kesehatan serta faktor genetik. Budaya masyarakat akan mempengaruhi perilaku dan lingkungan hidup masyarakat sehingga akan menentukan derajat kesehatan suatu masyarakat. Menurut Djoht (2002); disitasi oleh Syahrizal Antoni, dkk (2009: 10), sering terjadi pada masyarakat lebih percaya pada pengobatan tradisional dari pada pengobatan modern.

5.2.3 Perbedaan Jumlah Suspek TB Paru, Suspek Periksa Dahak dan TB Paru BTA Positif pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Berdasarkan hasil uji statistik *Kolmogorov-Smirnov* diperoleh hasil bahwa nilai *p value* variabel suspek TB paru adalah 0,000 dan variabel suspek periksa dahak adalah 0,001. Hal tersebut menunjukkan bahwa nilai $p < 0,05$ sehingga hipotesis nol (H_0) ditolak. Artinya bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara suspek TB paru dan suspek periksa dahak pada kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol.

Sedangkan *p value* variabel penderita TB paru BTA positif adalah 1,000. Hal ini menunjukkan bahwa nilai $p > 0,05$ sehingga hipotesis nol (H_0) diterima. Artinya bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara jumlah penderita TB paru BTA positif pada kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara *Case Detection Rate (CDR)* TB paru dengan metode Gerakan Peduli TB paru (GPT) dan *Case Detection Rate (CDR)* TB paru dengan metode penyuluhan. Namun demikian dengan adanya perbedaan antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol dalam jumlah suspek (eksperimen 30%, kontrol 2%) dengan $p=0.000$ dan jumlah periksa dahak (eksperimen 20%, kontrol 1%) dengan $p=0,001$, yang menunjukkan adanya peningkatan, maka dapat diketahui pula bahwa ada peningkatan kemungkinan bertambahnya TB paru BTA positif pada kelompok eksperimen.

Dengan demikian, jika TB paru BTA positif meningkat maka dalam penghitungan hasil CDR pun akan meningkat. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberdayaan masyarakat melalui metode Gerakan Peduli TB paru (GPT) efektif

untuk meningkatkan jumlah status suspek, periksa dahak dan BTA positif di Kecamatan Welahan kabupaten Jepara. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pemberdayaan masyarakat melalui metode Gerakan Peduli TB paru (GPT) efektif untuk meningkatkan *Case Detection Rate (CDR)* TB paru di Kecamatan Welahan kabupaten Jepara. Beberapa hal yang dapat mengurangi beberapa hambatan dalam program P2TB adalah:

1. Meningkatkan pengetahuan masyarakat dengan penyuluhan tentang penyakit TB paru, menjelaskan pentingnya pemeriksaan sampel dahak pada suspek penderita TB, serta menjelaskan cara dan waktu pengumpulan dahak yang benar, baik secara individu maupun kelompok pada masyarakat.
2. Pembuatan rencana/jadwal penyuluhan untuk tiap bulan, dan penyuluhan diberikan dalam ruang lingkup yang lebih luas, berdasarkan jumlah desa/pustu yang ada di wilayah kerja.
3. Meningkatkan pelatihan tentang TB paru bagi petugas kesehatan dan kader, serta merekrut kader-kader baru bagi desa-desa yang belum memiliki kader, agar dapat menemukan suspek TB paru secara aktif.
4. Penggunaan metode yang lebih bersifat proaktif.

Kemitraan dengan praktisi swasta dalam program penanggulangan tuberkulosis jika terlaksana dengan baik akan mampu meningkatkan penemuan penderita tuberkulosis serta dapat melaksanakan pengobatan berdasarkan strategi DOTS. Pernyataan ini didukung oleh penelitian Herijon et al. (2007); disitasi oleh Syahrizal Antoni, dkk (2009:11) yang menyimpulkan bahwa dokter praktik swasta memiliki potensi untuk dilibatkan dalam penemuan dan pengobatan

penderita TB paru berdasarkan strategi DOTS. Prasudi (2004); disitasi oleh Syahrizal Antoni, dkk (2009:11) dalam penelitiannya menyimpulkan efektivitas program berupa prosedur diagnosis dengan sputum, regimen pengobatan, kontrol berobat, pencatatan dan pelaporan serta adanya PMO pada dokter praktik swasta setelah menjalankan kemitraan dengan puskesmas menjadi lebih baik. Penelitian Armini et al. (2007); disitasi oleh Syahrizal Antoni, dkk (2009:11) menyimpulkan bahwa program kemitraan puskesmas-praktisi swasta di Denpasar dapat mempercepat penemuan kasus TB BTA (+) dan mempersingkat jarak antara diagnosis dan pengobatan dengan DOTS. Penelitian Varma et al. (2007); disitasi oleh Syahrizal Antoni, dkk (2009:11) menyimpulkan kerjasama dengan sektor swasta dalam menerapkan strategi WHO yang baru dapat meningkatkan penemuan kasus TB, meningkatkan pelayanan HIV untuk pasien TB dan diagnosis *Multi Drug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB).

5.3 Hambatan dan Kelemahan Penelitian

Hambatan dalam penelitian tentang efektivitas pemberdayaan masyarakat melalui metode Gerakan Peduli TB paru (GPT) untuk meningkatkan *Case Detection Rate* (CDR) TB paru adalah sebagai berikut:

1. Administratif; beberapa ketua RT tidak bersedia jika warganya dijadikan sampel penelitian karena masih beranggapan bahwa TB paru adalah penyakit menular yang memalukan keseluruhan warga RT tersebut jika hasil penelitian menunjukkan ada warga yang menjadi penderita TB paru BTA positif.

2. Teknis; masyarakat masih merasa takut untuk ikut dalam penelitian. Permasalahan yang mendasar pada sampel eksperimen, masyarakat masih menganggap TB paru adalah penyakit yang memalukan, sehingga masih sulit untuk mendorong dan meyakinkan masyarakat untuk bersedia periksa ke puskesmas jika terjadi gejala TB paru. Untuk itu, dilakukan pendekatan mendalam dengan memberikan penyuluhan interpersonal dengan didampingi oleh ketua RT, perangkat desa atau tokoh masyarakat lainnya.

Sedangkan kelemahan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Lokasi penelitian hanya dilakukan pada 4 dari 8 desa yang ada di wilayah kerja puskesmas sehingga tidak menunjukkan efektivitas di seluruh wilayah kerja puskesmas.
2. Waktu penelitian yang hanya dua bulan termasuk kategori pendek untuk penelitian tentang penemuan kasus TB paru, sehingga tidak dapat menunjukkan efektivitas pada satuan periode waktu yang telah ditentukan dinas kesehatan, yaitu dalam periode trimester.
3. Faktor pengganggu (pendidikan) pada sampel tidak *matching*, sehingga penerimaan dan pemahaman responden tentang materi yang diberikan saat penelitian tidak sama. Dimana hal ini sangat mempengaruhi kesediaan warga untuk periksa dahak ke puskesmas.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1. Simpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberdayaan masyarakat melalui metode Gerakan Peduli TB paru (GPT) efektif untuk meningkatkan jumlah status suspek, periksa dahak dan BTA positif di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberdayaan masyarakat melalui metode Gerakan Peduli TB paru (GPT) efektif untuk meningkatkan *Case Detection Rate (CDR)* TB paru di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara.

6.2. Saran

6.2.1. Untuk Masyarakat

1. Segera memeriksakan dahak ke puskesmas jika menderita gejala TB paru.
2. Warga yang mempunyai anggota keluarga penderita TB paru (serumah), diharapkan agar segera memeriksakan dahak ke puskesmas meskipun tidak menderita gejala-gejala TB paru.
3. Aktif mengikuti penyuluhan dan kegiatan-kegiatan P2TB lainnya untuk meningkatkan pengetahuan TB paru.

6.2.2. Untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara

Diharapkan untuk menciptakan metode yang lebih efektif (dilihat dari jumlah penemuan kasus, lamanya waktu yang diperlukan dan jumlah biaya yang

dikeluarkan) dalam meningkatkan CDR TB paru agar penderita segera mendapatkan pengobatan dan menghindari penularan kuman *Tuberculosis* yang lebih luas.

6.2.3. Untuk Petugas P2TB

1. Meningkatkan pengetahuan masyarakat dengan penyuluhan tentang penyakit TB paru, menjelaskan pentingnya pemeriksaan sampel dahak pada tersangka penderita TB paru, serta menjelaskan cara dan waktu pengumpulan dahak yang benar, baik secara individu maupun kelompok pada masyarakat.
2. Meningkatkan pelatihan tentang TB paru bagi petugas kesehatan dan kader, serta merekrut kader-kader baru bagi desa-desa yang belum memiliki kader, agar dapat menemukan tersangka TB paru secara aktif.

6.2.4. Untuk Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan untuk melakukan penelitian dengan metode *active case finding* yang lebih baik (efektif dalam penemuan jumlah kasus, jumlah biaya dan lamanya waktu yang diperlukan) dalam upaya pemberantasan TB paru, terutama tentang peningkatan *Case Detection Rate (CDR)* TB paru.

DAFTAR PUSTAKA

Abdul Haris, Barmawi Hisyam, Dibyو Pramono, 2004, *Efektifitas Pelaksanaan Community Based Tuberculosis Control Program dalam Peningkatan Cakupan Penemuan Penderita, Konversi Sputum dan Kesembuhan Penderita di Kabupaten Banggai Propinsi Sulteng*, Sains Kesehatan, No 17 Januari 2004, hlm. 25-40.

<http://i-lib.ugm.ac.id/jurnal/data.php?dataId=2400>

(diakses 20 April 2009)

Adolfina Pirade, 2001, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tidak Dilaksanakannya Pemeriksaan Ulang Dahak pada Penderita TB Paru Baru BTA Positif di Puskesmas Jakarta Pusat*

<http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=71905>

(diakses 15 Juli 2010)

Adrian Taufik, 2009, *Laporan Plan of Action (POA) Cakupan Suspek TB Paru Evaluasi Manajemen Puskesmas Borobudur Kabupaten Magelang*.

<http://ikm-uii.net46.net/.../poa/Cakupan%20Suspek%20TB%20Paru.pdf>

(diakses 15 Juli 2010)

Arifin Nawas, 2009, *Diagnosis dan Penatalaksanaan TB Paru*, <http://repository.ui.ac.id/dokumen/lihat/2671.pdf>.

(diakses 20 April 2009)

Bhisma Murti, 2006, *Desain dan Ukuran Sampel Untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Departemen Kesehatan RI, 2002, *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis Cetakan Ke-8*, Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Departemen Kesehatan RI, 2007, *Diagnosis BTA Harus Diganti*,

<http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=2533&Itemid=2>

(diakses 23 April 2009)

Departemen Kesehatan RI, 2008, *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis, Edisi 2 Cetakan Kedua*, Jakarta : Departemen Kesehatan RI.

Departemen Kesehatan RI, 2009, *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*,

http://www.lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UP.../No.14syahrizal_antoni01_09.pdf

(diakses 20 Juli 2010)

Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, 2005, *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota di Propinsi Jawa Tengah*,

<http://www.jawatengah.go.id/dinkes/new/SPM/bab3.htm>

(diakses 24 April 2009)

Fachmi Idris, 2004, *Manajemen Public Private Mix Penanggulangan Tuberculosis Strategi DOTS Untuk Praktik Swasta*, Jakarta: Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. 64

Hiswani, 2004, *Tuberculosis Merupakan Penyakit Infeksi Yang Masih Menjadi Masalah Kesehatan Masyarakat*.

<http://library.usu.ac.id/download/fkm/fkm-hiswani12.pdf>

(diakses 4 mei 2009)

Hood Alsagaff dan Abdul Mukty, 2006, *Dasar-Dasar Ilmu Penyakit Paru*, Surabaya: Airlangga University Press.

Keputusan Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES Nomor 504/FIK/2009 Tentang Pedoman Penyusunan Skripsi Mahasiswa Program Strata 1 Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, 2009, Semarang: Diperbanyak oleh Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES.

Maksum, 2004, *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Rendahnya Cakupan Temuan Tuberculosis Paru Oleh Puskesmas Di Kabupaten Merangin Propinsi Jambi Tahun 2004, skripsi.*

[http://www.fkm.undip.ac.id/data/index.php?action=4&idx=2576,](http://www.fkm.undip.ac.id/data/index.php?action=4&idx=2576)

(diakses 12 April 2009)

Misnadiarly, 2006, *Penyakit Infeksi TB Paru dan Ekstra Paru*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.

Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan Indonesia, 2008, *Profil Kesehatan Indonesia 2007*, Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

<http://www.depkes.go.id>

(diakses 12 April 2009)

_____, 2009, *Profil Kesehatan Indonesia 2008*, Jakarta: Depkes RI

<http://www.depkes.go.id>

(diakses 23 Januari 2010)

Puskesmas Welahan I, 2010, *Daftar Tersangka Penderita (Suspek) yang Diperiksa Dahak SPS (TB-06)*, Jepara: Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara

Retno Asti Werdhani, 2009, *Patofisiologi, Diagnosis, dan Klasifikasi Tuberculosis*.

staff.ui.ac.id/internal/0107050183/material/PATO_DIAG_KLAS.pdf

(diakses 4 Mei 2009).

Reviono, Ari Natalia Probandari, Eti Poncorini Pamungkasari, 2008, *Kelambatan Diagnosis Pasien Tuberculosis Paru di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*, *Jurnal Respirologi Indonesia*. Vol 28, Januari 2008, hlm. 10-18.

Sarlito Wirawan Sarwono, 2000, *Pengantar Ilmu Psikologi Bulan* Bintang: Jakarta

Soekidjo Notoatmodjo, 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: PT Rineka Cipta.

Sub Direktorat TB Departemen Kesehatan RI dan World Health Organization, 2008, *Lembar Fakta Tuberculosis* http://tbcindonesia.or.id/pdf/Lembar_Fakta_TB.pdf (diakses 4 Mei 2009)

Sudigdo Sastroasmoro, Sofyan Ismael, 2008, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi Ke-3*, Jakarta: Sagung Seto.

Syahrizal Antoni, Lutfan Lazuardi, Andajani Woerjandari, *Implementasi Penemuan Suspek Tuberculosis di Puskesmas Kabupaten Pesisir Selatan, Working Paper Series No. 14 Januari 2009. Hlm. 1-14*, http://www.lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UP_PDF/_working/No.14_syahrizal_antoni_01_09.pdf (diakses 23 April 2009)

Tim Penggerak PKK Propinsi Jawa Tengah, Yayasan Dian Nusantara RAECI, 2004, *Buku Pegangan Kader Pengendalian Faktor Risiko Penyakit*, Semarang: Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah.

Tjandra YA, 2006, *Tuberculosis, Rokok dan Perempuan*, Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Universitas Sumatera Utara, 2009, *Anonim*,
<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/17279/5/Chapter%20I.pdf>
(diakses 15 Juli 2010)

Zubaidah Tabrani, 2003, *Directly Observed Treatment Short Course (DOTS)*,
Jurnal Respirologi Indonesia, No 23 Februari 2003, hlm. 64-66.



DAFTAR SAMPEL

KELOMPOK EKSPERIMEN

NO	NAMA	JENIS KELAMIN	USIA (TAHUN)	ALAMAT	PENDIDIKAN	PEKERJAAN
1	MUNTRIK	LAKI-LAKI	40	01/01 TELUK WETAN	SD	BURUH
2	JEMAH	PEREMPUAN	72	01/01 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
3	KASTIAH	PEREMPUAN	71	01/01 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
4	MARI	PEREMPUAN	73	01/01 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
5	TUGIRAN	LAKI-LAKI	50	01/01 TELUK WETAN	SD	BURUH
6	MAKSUN	LAKI-LAKI	56	01/01 TELUK WETAN	SD	BURUH
7	KASINEM	PEREMPUAN	70	01/01 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
8	KAMID	LAKI-LAKI	67	01/01 TELUK WETAN	SD	BURUH
9	NGAREPAH	PEREMPUAN	69	01/01 TELUK WETAN	SD	BURUH
10	SHOKIB	LAKI-LAKI	69	01/01 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
11	KARMAHAH	PEREMPUAN	60	02/01 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	BURUH
12	SLAMET RAHARJO	LAKI-LAKI	35	02/01 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
13	WARGINI	PEREMPUAN	50	02/01 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
14	KASDANI	LAKI-LAKI	70	02/01 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	BURUH
15	SARPI	PEREMPUAN	70	02/01 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
16	TUMIRAN	LAKI-LAKI	45	03/01 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
17	SUTRIMO	LAKI-LAKI	55	03/01 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
18	WAGISAN	LAKI-LAKI	55	03/01 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
19	SHOLIKAH	PEREMPUAN	65	03/01 TELUK WETAN	SD	IBU RUMAH TANGGA
20	PONJO	LAKI-LAKI	45	05/01 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
21	SAIDAH	PEREMPUAN	50	05/01 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	WIRASWASTA
22	PONIRAH	PEREMPUAN	69	05/01 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
23	SITI MASROFAH	PEREMPUAN	45	05/01 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
24	SASMONO	LAKI-LAKI	45	05/01 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	WIRASWASTA
25	RUKANAH	PEREMPUAN	56	06/01 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	BURUH
26	SUNARDI	LAKI-LAKI	49	06/01 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
27	SITI	PEREMPUAN	69	06/01 TELUK WETAN	SD	IBU RUMAH TANGGA
28	RUKANI	LAKI-LAKI	71	06/01 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	BURUH
29	YATMI	PEREMPUAN	40	06/01 TELUK WETAN	SD	IBU RUMAH TANGGA
30	SARJANI	LAKI-LAKI	71	06/01 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	BURUH
31	JUMANTRI	LAKI-LAKI	42	07/01 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
32	ASSHORI	LAKI-LAKI	58	07/01 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
33	SUTONO	LAKI-LAKI	68	07/01 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
34	KESI	PEREMPUAN	57	07/01 TELUK WETAN	SD	IBU RUMAH TANGGA
35	NGATEMO	LAKI-LAKI	55	07/01 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
36	NASIRIN	PEREMPUAN	40	08/01 TELUK WETAN	SD	BURUH
37	SULAMYONO	LAKI-LAKI	45	08/01 TELUK WETAN	SMP	BURUH
38	SUYANTO	LAKI-LAKI	50	08/01 TELUK WETAN	SMP	BURUH
39	ATUN	PEREMPUAN	68	08/01 TELUK WETAN	SMA	IBU RUMAH TANGGA
40	TORALI	LAKI-LAKI	60	08/01 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	BURUH
41	AYUMI	PEREMPUAN	36	08/01 TELUK WETAN	SMA	IBU RUMAH TANGGA
42	KHALIMAN	LAKI-LAKI	35	09/02 TELUK WETAN	SMP	WIRASWASTA
43	ABDUL GOFUR	LAKI-LAKI	24	09/02 TELUK WETAN	SMP	WIRASWASTA
44	SUYANTO	LAKI-LAKI	45	09/02 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	BURUH
45	SITI SOLEKAH	PEREMPUAN	35	09/02 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	BURUH
46	SUHARDI	LAKI-LAKI	40	09/02 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	BURUH
47	RONI	LAKI-LAKI	47	10/02 TELUK WETAN	SD	BURUH
48	RONDI	LAKI-LAKI	37	10/02 TELUK WETAN	SMP	BURUH
49	SUMANAH	PEREMPUAN	55	11/02 TELUK WETAN	SD	IBU RUMAH TANGGA
50	MOHAMAD	LAKI-LAKI	53	11/02 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
51	TAKAT	LAKI-LAKI	45	11/02 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
52	INDASAH	PEREMPUAN	50	11/02 TELUK WETAN	SD	IBU RUMAH TANGGA
53	ISKAN	LAKI-LAKI	38	11/02 TELUK WETAN	SD	BURUH
54	SUMARTO SARPIN	LAKI-LAKI	49	12/02 TELUK WETAN	SD	BURUH
55	SUMIRAN	LAKI-LAKI	55	12/02 TELUK WETAN	SD	BURUH
56	NARTO	LAKI-LAKI	52	12/02 TELUK WETAN	SD	BURUH
57	KARSONO	LAKI-LAKI	63	12/02 TELUK WETAN	SD	BURUH
58	MARDI	LAKI-LAKI	69	13/02 TELUK WETAN	SD	BURUH
59	NURHADI	LAKI-LAKI	40	13/02 TELUK WETAN	SMP	BURUH
60	AHMADI	LAKI-LAKI	44	13/02 TELUK WETAN	SMP	BURUH
61	JASWATI	PEREMPUAN	60	13/02 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
62	SUPARNO	LAKI-LAKI	62	13/02 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
63	DARMAN	LAKI-LAKI	52	16/02 TELUK WETAN	SD	BURUH
64	AHMADI	LAKI-LAKI	49	16/02 TELUK WETAN	SD	BURUH
65	SUMADI	LAKI-LAKI	40	16/02 TELUK WETAN	SD	BURUH
66	SUTRISNO	LAKI-LAKI	30	16/02 TELUK WETAN	SD	BURUH
67	KAMSARI	PEREMPUAN	60	17/02 TELUK WETAN	SD	BURUH
68	KASMANAN	LAKI-LAKI	50	17/02 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	WIRASWASTA
69	KARMAHAH	PEREMPUAN	52	17/02 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	BURUH
70	POSIRAH	PEREMPUAN	60	17/02 TELUK WETAN	SD	BURUH
71	KARMADI	LAKI-LAKI	46	18/03 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
72	KARNADI	LAKI-LAKI	46	18/03 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
73	SUBADI	LAKI-LAKI	39	18/03 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
74	SUKARNO	LAKI-LAKI	50	19/03 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
75	MASKURI	LAKI-LAKI	65	19/03 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
76	KARSIMIN	LAKI-LAKI	70	19/03 TELUK WETAN	SD	BURUH
77	KARNI	PEREMPUAN	80	19/03 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
78	MUNAWIR	LAKI-LAKI	53	19/03 TELUK WETAN	SMP	WIRASWASTA

NO	NAMA	JENIS KELAMIN	USIA (TAHUN)	ALAMAT	PENDIDIKAN	PEKERJAAN
79	JAMIL	LAKI-LAKI	50	20/03 TELUK WETAN	SD	BURUH
80	LEGIMAN	LAKI-LAKI	67	20/03 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	WIRASWASTA
81	SAFTI	LAKI-LAKI	42	20/03 TELUK WETAN	SMP	WIRASWASTA
82	HADI MUDHOFAR	LAKI-LAKI	39	20/03 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
83	KARSITI	PEREMPUAN	65	20/03 TELUK WETAN	SD	IBU RUMAH TANGGA
84	PURDI	LAKI-LAKI	40	21/03 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	WIRASWASTA
85	SUPANDOYO	LAKI-LAKI	39	21/03 TELUK WETAN	SMP	BURUH
86	MUHZARI	LAKI-LAKI	48	21/03 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
87	ABDUL GOFUR	LAKI-LAKI	32	21/03 TELUK WETAN	SMA	BURUH
88	ZAINUL ABIDIN	LAKI-LAKI	55	21/03 TELUK WETAN	SD	BURUH
89	MOH KHODLAN	LAKI-LAKI	60	22/03 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
90	SANIPAH	PEREMPUAN	65	22/03 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	WIRASWASTA
91	SUTIPAH	PEREMPUAN	52	22/03 TELUK WETAN	SD	BURUH
92	SUKARNO	LAKI-LAKI	55	22/03 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
93	MULIKAH	PEREMPUAN	40	22/03 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
94	ABU	LAKI-LAKI	40	23/03 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	BURUH
95	KHANIFAH	PEREMPUAN	45	23/03 TELUK WETAN	SMP	WIRASWASTA
96	MUHLISIN	LAKI-LAKI	50	23/03 TELUK WETAN	SD	BURUH
97	KHANDIR	LAKI-LAKI	52	23/03 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
98	MULYADI	LAKI-LAKI	40	23/03 TELUK WETAN	SMA	WIRASWASTA
99	LATIFAH	PEREMPUAN	50	23/03 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
100	NGASINAH	PEREMPUAN	70	23/03 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	BURUH
101	PT'AH	PEREMPUAN	80	24/03 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
102	MUKMININ	LAKI-LAKI	36	24/03 TELUK WETAN	TIDAK SEKOLAH	BURUH
103	ALI MAS'UD	LAKI-LAKI	38	24/03 TELUK WETAN	SD	WIRASWASTA
104	NASSELIM	LAKI-LAKI	37	24/03 TELUK WETAN	SMP	WIRASWASTA
105	SOFT'ATUN	PEREMPUAN	47	24/03 TELUK WETAN	SMA	IBU RUMAH TANGGA
106	DARMO	LAKI-LAKI	40	24/03 TELUK WETAN	SMP	WIRASWASTA
107	ALI MUR TADHO	LAKI-LAKI	50	25/03 TELUK WETAN	SMP	WIRASWASTA
108	MUHARI	LAKI-LAKI	40	25/03 TELUK WETAN	SMA	KARYAWAN
109	WARSINAH	PEREMPUAN	24	25/03 TELUK WETAN	SD	BURUH
110	SUPRI	LAKI-LAKI	24	25/03 TELUK WETAN	SD	BURUH
111	SUKARDI	LAKI-LAKI	60	01/01 WELAHAN	SD	BURUH
112	ARIFIN	LAKI-LAKI	40	01/01 WELAHAN	SMA	TNI/POLRI
113	JATMI	PEREMPUAN	50	01/01 WELAHAN	SD	BURUH
114	PATONAH	PEREMPUAN	54	01/01 WELAHAN	SD	BURUH
115	KASIRU	PEREMPUAN	64	01/01 WELAHAN	SD	BURUH
116	SAGINAH	PEREMPUAN	56	01/01 WELAHAN	SD	WIRASWASTA
117	ENDANG P	PEREMPUAN	41	01/01 WELAHAN	SMA	WIRASWASTA
118	LASIYAH	PEREMPUAN	40	01/01 WELAHAN	SMA	WIRASWASTA
119	MAFTUKIN	LAKI-LAKI	58	01/01 WELAHAN	SD	WIRASWASTA
120	NGARSANI	LAKI-LAKI	54	01/01 WELAHAN	SMP	KARYAWAN
121	KHABIB IRSYAD	LAKI-LAKI	31	01/01 WELAHAN	SMA	WIRASWASTA
122	ANWAR	LAKI-LAKI	55	01/01 WELAHAN	SD	WIRASWASTA
123	MATSARI	LAKI-LAKI	51	01/01 WELAHAN	SD	PNS
124	JUMENO	LAKI-LAKI	50	02/01 WELAHAN	SMP	KARYAWAN
125	NURYATI	PEREMPUAN	26	02/01 WELAHAN	SMA	KARYAWAN
126	NGATMONAH	PEREMPUAN	40	02/01 WELAHAN	SMP	BURUH
127	WITONO	LAKI-LAKI	40	02/01 WELAHAN	SMP	BURUH
128	KARTINI	PEREMPUAN	33	02/01 WELAHAN	SMA	WIRASWASTA
129	SOPI'AH	PEREMPUAN	28	02/01 WELAHAN	SMA	KARYAWAN
130	MARDINI	PEREMPUAN	60	02/01 WELAHAN	SD	BURUH
131	YONO	LAKI-LAKI	40	02/01 WELAHAN	SD	BURUH
132	TOHARI	LAKI-LAKI	51	02/01 WELAHAN	SD	WIRASWASTA
133	SADRI	LAKI-LAKI	40	02/01 WELAHAN	SD	BURUH
134	MUNAWAR	LAKI-LAKI	45	02/01 WELAHAN	SD	BURUH
135	KAROM	LAKI-LAKI	46	02/01 WELAHAN	SD	BURUH
136	ZAINAL ABIDIN	LAKI-LAKI	47	02/01 WELAHAN	SD	WIRASWASTA
137	SAIMUN	LAKI-LAKI	39	02/01 WELAHAN	SD	BURUH
138	NUR HADININGSIH	PEREMPUAN	50	02/01 WELAHAN	TIDAK SEKOLAH	BURUH
139	SUGARTO	LAKI-LAKI	52	02/01 WELAHAN	SD	WIRASWASTA
140	SUTOMO	LAKI-LAKI	52	02/01 WELAHAN	SD	KARYAWAN
141	SIRIN	LAKI-LAKI	40	02/01 WELAHAN	SMP	KARYAWAN
142	MASTUPAH	PEREMPUAN	50	02/01 WELAHAN	SMP	IBU RUMAH TANGGA
143	DARWIYONO	LAKI-LAKI	40	02/01 WELAHAN	SMA	WIRASWASTA
144	MARNI	PEREMPUAN	75	02/01 WELAHAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
145	LEGIMAN	LAKI-LAKI	40	02/01 WELAHAN	SMP	WIRASWASTA
146	SUTIKNO	LAKI-LAKI	50	02/01 WELAHAN	SD	WIRASWASTA
147	JOKO SINGGANG	LAKI-LAKI	33	02/01 WELAHAN	SD	WIRASWASTA
148	AHMAD KOSIM	LAKI-LAKI	50	05/01 WELAHAN	SD	BURUH
149	SULISTYONO	LAKI-LAKI	31	05/01 WELAHAN	SMP	BURUH
150	RAJINAH	PEREMPUAN	60	05/01 WELAHAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
151	ABDUL JALAL	LAKI-LAKI	49	05/01 WELAHAN	SD	KARYAWAN
152	MUSTA'IN	LAKI-LAKI	40	05/01 WELAHAN	SD	KARYAWAN
153	ABDUL KHOLIQ	LAKI-LAKI	42	05/01 WELAHAN	SMA	WIRASWASTA
154	SLAMET RAHARJO	LAKI-LAKI	52	05/01 WELAHAN	SD	BURUH
155	TUMINAH	PEREMPUAN	74	05/01 WELAHAN	TIDAK SEKOLAH	BURUH
156	MOHARI	LAKI-LAKI	52	05/01 WELAHAN	PT	PNS
157	MUHLISIN	LAKI-LAKI	41	05/01 WELAHAN	SMP	BURUH
158	SULENI	PEREMPUAN	68	05/01 WELAHAN	SMP	WIRASWASTA
159	SUPIYEM	PEREMPUAN	60	05/01 WELAHAN	SD	IBU RUMAH TANGGA
160	MARIYATUN	PEREMPUAN	41	05/01 WELAHAN	SD	IBU RUMAH TANGGA
161	NOR KOSIM	LAKI-LAKI	70	05/01 WELAHAN	SD	KARYAWAN
162	ALI QONDRIN	LAKI-LAKI	50	07/02 WELAHAN	SMP	WIRASWASTA

NO	NAMA	JENIS KELAMIN	USIA (TAHUN)	ALAMAT	PENDIDIKAN	PEKERJAAN
163	SUNDARI	PEREMPUAN	60	07/02 WELAHAN	SD	BURUH
164	DARMAN	LAKI-LAKI	68	07/02 WELAHAN	SD	BURUH
165	KAPSAH	PEREMPUAN	65	07/02 WELAHAN	SD	BURUH
166	SUYATI	PEREMPUAN	60	07/02 WELAHAN	SD	BURUH
167	SRI HARNI	PEREMPUAN	39	07/02 WELAHAN	SD	WIRASWASTA
168	SANTOSO	LAKI-LAKI	40	07/02 WELAHAN	SMA	WIRASWASTA
169	MUJI'ATI	PEREMPUAN	20	07/02 WELAHAN	SMP	WIRASWASTA
170	KULAIMAH	PEREMPUAN	35	07/02 WELAHAN	SMP	WIRASWASTA
171	MUSTAQIM	LAKI-LAKI	39	07/02 WELAHAN	SD	WIRASWASTA
172	SUTIPAH	PEREMPUAN	70	07/02 WELAHAN	TIDAK SEKOLAH	WIRASWASTA
173	ALI RIDHO	LAKI-LAKI	43	07/02 WELAHAN	SMP	KARYAWAN
174	MASLIKAH	LAKI-LAKI	48	07/02 WELAHAN	SMP	WIRASWASTA
175	SAREH	PEREMPUAN	70	07/02 WELAHAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
176	SUKADAR	LAKI-LAKI	47	07/02 WELAHAN	SMP	WIRASWASTA
177	MASRI'AH	PEREMPUAN	60	01/02 WELAHAN	SD	BURUH
178	MASTIANAH	PEREMPUAN	48	01/02 WELAHAN	SD	BURUH
179	TURIYAH	PEREMPUAN	60	03/02 WELAHAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
180	IPTADI	LAKI-LAKI	30	03/02 WELAHAN	SMA	WIRASWASTA
181	RASIMAN	LAKI-LAKI	53	03/02 WELAHAN	SMP	WIRASWASTA
182	BUKHORI	LAKI-LAKI	47	03/02 WELAHAN	SMP	WIRASWASTA
183	TA'IN	LAKI-LAKI	58	03/02 WELAHAN	SMP	WIRASWASTA
184	YASIR	LAKI-LAKI	60	03/02 WELAHAN	SMP	WIRASWASTA
185	KASWADI	LAKI-LAKI	55	03/02 WELAHAN	SMP	WIRASWASTA
186	SODIKON	LAKI-LAKI	40	03/02 WELAHAN	SD	WIRASWASTA
187	JOKO	LAKI-LAKI	29	03/02 WELAHAN	SMA	WIRASWASTA
188	SUWARNO	LAKI-LAKI	48	03/02 WELAHAN	SD	KARYAWAN
189	EDY	LAKI-LAKI	29	03/02 WELAHAN	SMA	KARYAWAN
190	RASINAH	PEREMPUAN	77	08/02 WELAHAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
191	SUBEKAN	LAKI-LAKI	80	08/02 WELAHAN	TIDAK SEKOLAH	WIRASWASTA
192	GIYANTO	LAKI-LAKI	45	08/02 WELAHAN	SD	WIRASWASTA
193	MUHLISIN	LAKI-LAKI	32	08/02 WELAHAN	SMP	WIRASWASTA
194	KEMBARWATI	PEREMPUAN	26	08/02 WELAHAN	SMP	WIRASWASTA
195	MUHARTI	PEREMPUAN	77	08/02 WELAHAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
196	SUBKHAN	LAKI-LAKI	51	08/02 WELAHAN	SMP	BURUH
197	SARPANI	LAKI-LAKI	43	08/02 WELAHAN	SD	IBU RUMAH TANGGA
198	MASLIHAH	PEREMPUAN	29	08/02 WELAHAN	SMA	WIRASWASTA
199	RASINAH	PEREMPUAN	80	08/02 WELAHAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
200	A ROHIM	LAKI-LAKI	42	08/02 WELAHAN	SMA	WIRASWASTA



DAFTAR SAMPEL

KELOMPOK KONTROL

	NAMA	JENIS KELAMIN	USIA (TAHUN)	ALAMAT	PENDIDIKAN	PEKERJAAN
1	ADENAN	LAKI-LAKI	52	KALIPUCANG WETAN	SD	WIRASWASTA
2	ASNADI	LAKI-LAKI	32	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
3	NING SUYADI	PEREMPUAN	62	KALIPUCANG WETAN	SD	WIRASWASTA
4	HAWARI	LAKI-LAKI	50	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
5	ASHIRUN	LAKI-LAKI	40	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
6	SOEHARTO	LAKI-LAKI	52	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
7	KARNO	LAKI-LAKI	50	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
8	MASLIKAN	LAKI-LAKI	75	KALIPUCANG WETAN	TIDAK SEKOLAH	KARYAWAN
9	AGUS RIYONO	LAKI-LAKI	52	KALIPUCANG WETAN	SD	WIRASWASTA
10	MARHABAH	PEREMPUAN	53	KALIPUCANG WETAN	SD	WIRASWASTA
11	KASIYATIN	PEREMPUAN	72	KALIPUCANG WETAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
12	HERU	LAKI-LAKI	50	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
13	MUDOFAR	LAKI-LAKI	43	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
14	PANUT	LAKI-LAKI	51	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
15	WASITO	LAKI-LAKI	41	KALIPUCANG WETAN	SD	WIRASWASTA
16	SUNARYO	LAKI-LAKI	42	KALIPUCANG WETAN	SD	WIRASWASTA
17	MAT RIFA'I	LAKI-LAKI	50	KALIPUCANG WETAN	SD	WIRASWASTA
18	MUKHLIS	LAKI-LAKI	47	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
19	KASWADI	LAKI-LAKI	50	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
20	MUSYADIAH	PEREMPUAN	70	KALIPUCANG WETAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
21	SITI RUKOYAH	PEREMPUAN	73	KALIPUCANG WETAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
22	ABU SALIM	LAKI-LAKI	46	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
23	SUROJO	LAKI-LAKI	47	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
24	KUSNOTO	LAKI-LAKI	50	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
25	ABU BAKRIN	LAKI-LAKI	50	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
26	BAIDI	LAKI-LAKI	55	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
27	TUMINAH	PEREMPUAN	48	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
28	JAMI'AN	LAKI-LAKI	50	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
29	SALWAH	PEREMPUAN	71	KALIPUCANG WETAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
30	AFWAN	LAKI-LAKI	42	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
31	UDIN	LAKI-LAKI	26	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
32	MASRI	PEREMPUAN	70	KALIPUCANG WETAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
33	WANDI	LAKI-LAKI	60	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
34	ROMI	PEREMPUAN	60	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
35	ROKHM	LAKI-LAKI	53	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
36	EDI UTOMO	LAKI-LAKI	35	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
37	NUNUNG LESTARI	PEREMPUAN	33	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
38	MASKAT	LAKI-LAKI	58	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
39	MUNTARI	LAKI-LAKI	60	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
40	KASWATINI	LAKI-LAKI	55	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
41	SULIKATI	LAKI-LAKI	45	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
42	SUPRANTI	LAKI-LAKI	35	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
43	KUSNOTO	LAKI-LAKI	48	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
44	MUJIATI	LAKI-LAKI	32	KALIPUCANG WETAN	SMA	KARYAWAN
45	JUWARNI	LAKI-LAKI	50	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
46	KALIFAH	LAKI-LAKI	46	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
47	IMROH	LAKI-LAKI	39	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
48	KARTINAH	LAKI-LAKI	45	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
49	HARTATIK	PEREMPUAN	33	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
50	RAHMAWATI	LAKI-LAKI	60	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
51	SULIS	LAKI-LAKI	40	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
52	SURIYAH	PEREMPUAN	37	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
53	TUMINAH	PEREMPUAN	29	KALIPUCANG WETAN	SMA	KARYAWAN
54	DWI KUMALANINGRUM	PEREMPUAN	29	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
55	HERI RAHMAWAN	LAKI-LAKI	30	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
56	SUWARNI	PEREMPUAN	59	KALIPUCANG WETAN	SD	WIRASWASTA
57	ASLURUN	LAKI-LAKI	60	KALIPUCANG WETAN	SMA	PNS
58	SURIYAH	PEREMPUAN	37	KALIPUCANG WETAN	SD	IBU RUMAH TANGGA
59	RUSMINAH	PEREMPUAN	38	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
60	MASNAN	LAKI-LAKI	34	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
61	SUYADI	LAKI-LAKI	65	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
62	MUSFIROH	PEREMPUAN	37	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
63	RUMINI	PEREMPUAN	41	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
64	KASMIJAH	PEREMPUAN	59	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
65	MUNSIAMAH	PEREMPUAN	42	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
66	ZULAIKAH	PEREMPUAN	28	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
67	HERMANTO	LAKI-LAKI	32	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
68	RUSIPAH	PEREMPUAN	60	KALIPUCANG WETAN	TIDAK SEKOLAH	IBU RUMAH TANGGA
69	SUPARNO	LAKI-LAKI	46	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
70	SUMARTI	PEREMPUAN	46	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
71	ENDAH BUDIYANTI	PEREMPUAN	46	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
72	ASLIKHATUN	PEREMPUAN	P	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
73	SRI PUJI KUSRINI	PEREMPUAN	50	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
74	YAYUK	PEREMPUAN	46	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
75	SRI	PEREMPUAN	39	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
76	SRI LESTARI	PEREMPUAN	42	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
77	TRIMANI	PEREMPUAN	28	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA

	NAMA	JENIS KELAMIN	USIA (TAHUN)	ALAMAT	PENDIDIKAN	PEKERJAAN
78	NGATINI	PEREMPUAN	41	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
79	ABDUL ROKHIM	LAKI-LAKI	23	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
80	SITI NUR AFIDAH	PEREMPUAN	30	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
81	PURNOMO	LAKI-LAKI	27	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
82	NAPSIYAH	PEREMPUAN	45	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
83	ASPIYAH	PEREMPUAN	25	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
84	SURATENI	PEREMPUAN	37	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
85	SHOLIHATI	PEREMPUAN	22	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
86	BAENAH	PEREMPUAN	49	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
87	SURTAH	PEREMPUAN	43	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
88	GUNANDAR	LAKI-LAKI	37	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
89	SUTRIMAH	PEREMPUAN	25	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
90	SUMAIKAH	PEREMPUAN	40	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
91	KARTINI	PEREMPUAN	50	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
92	KUTIAH	PEREMPUAN	54	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
93	TUMIRAH	PEREMPUAN	28	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
94	ABU MAKRUF	LAKI-LAKI	24	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
95	MURNI	PEREMPUAN	36	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
96	KEPIS	PEREMPUAN	54	KALIPUCANG WETAN	SD	WIRASWASTA
97	MASTUKAH	PEREMPUAN	37	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
98	NOR KHAMIM	LAKI-LAKI	26	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
99	SRI KADARYATI	PEREMPUAN	35	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
100	ZAROKHIM	LAKI-LAKI	40	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
101	SUMIATUN	PEREMPUAN	45	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
102	SRIYANI	PEREMPUAN	30	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
103	WAHYUDIN	LAKI-LAKI	35	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
104	ZUMROTUN	PEREMPUAN	22	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
105	KOTUN	PEREMPUAN	45	KALIPUCANG WETAN	SD	WIRASWASTA
106	MARSMIAH	PEREMPUAN	40	KALIPUCANG WETAN	SD	WIRASWASTA
107	SARMADAN	LAKI-LAKI	30	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
108	SUHARTINI	PEREMPUAN	46	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
109	MARIYEM	PEREMPUAN	35	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
110	SUTINAH	PEREMPUAN	55	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
111	SUTAMAN	LAKI-LAKI	25	KALIPUCANG WETAN	SMA	WIRASWASTA
112	INSAIYAH	PEREMPUAN	56	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
113	KUSMARINI	PEREMPUAN	30	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
114	SRIWIDYOWATI	PEREMPUAN	25	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
115	SUMARTINI	PEREMPUAN	33	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
116	SYUKUR	LAKI-LAKI	27	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
117	GUNAWAN	LAKI-LAKI	22	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
118	HARIYANTI	PEREMPUAN	30	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
119	RUSMAN	LAKI-LAKI	27	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
120	SODIQ	LAKI-LAKI	35	KALIPUCANG WETAN	SD	BURUH
121	NGATPUAH	PEREMPUAN	50	KALIPUCANG WETAN	SD	BURUH
122	SUPARDI	LAKI-LAKI	25	KALIPUCANG WETAN	SMP	BURUH
123	SLAMET G	LAKI-LAKI	22	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
124	NUR HADI	LAKI-LAKI	23	KALIPUCANG WETAN	SMP	BURUH
125	MUSTAMIAH	PEREMPUAN	47	KALIPUCANG WETAN	SMP	BURUH
126	MASRUNI	PEREMPUAN	49	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
127	SUWARDI	LAKI-LAKI	30	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
128	SUYATI	PEREMPUAN	26	KALIPUCANG WETAN	SD	WIRASWASTA
129	TATIK	PEREMPUAN	40	KALIPUCANG WETAN	SD	WIRASWASTA
130	IRLIS SETIAWAN	LAKI-LAKI	20	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
131	SUKANAH	PEREMPUAN	37	KALIPUCANG WETAN	SMP	BURUH
132	PUPOH	PEREMPUAN	65	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
133	KHUSAERI	LAKI-LAKI	33	KALIPUCANG WETAN	SMP	KARYAWAN
134	RAYAMAH	PEREMPUAN	58	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
135	WAHYUDI	LAKI-LAKI	26	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
136	M. GUFRON	LAKI-LAKI	26	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
137	SODIKIN	LAKI-LAKI	24	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
138	SUMBER AGUS	LAKI-LAKI	22	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
139	ARNI SUMARTI	PEREMPUAN	35	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
140	MUNAWAR	LAKI-LAKI	42	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
141	PAINI	PEREMPUAN	50	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
142	MUJONO	LAKI-LAKI	30	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
143	LUSIANA	PEREMPUAN	30	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
144	JUARIYAH	PEREMPUAN	37	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
145	ABDUL WAKHID	LAKI-LAKI	22	KALIPUCANG WETAN	SD	KARYAWAN
146	LILIK	LAKI-LAKI	25	KALIPUCANG WETAN	SD	BURUH
147	NOR ROHMAH	PEREMPUAN	45	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
148	ZUMAIDAH	PEREMPUAN	30	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
149	ELISA	PEREMPUAN	33	KALIPUCANG WETAN	SMP	WIRASWASTA
150	SIFROTUN	PEREMPUAN	37	KALIPUCANG WETAN	SD	WIRASWASTA
151	ABDUL WAHAB	LAKI-LAKI	27	GIDANGELO	SMP	KARYAWAN
152	RIYANTO	LAKI-LAKI	27	GIDANGELO	SMP	KARYAWAN
153	SLAMET	LAKI-LAKI	31	GIDANGELO	SMP	KARYAWAN
154	SURIPTO	LAKI-LAKI	33	GIDANGELO	SMP	KARYAWAN
155	SUSILO	LAKI-LAKI	35	GIDANGELO	SMP	WIRASWASTA
156	WARSIITO	LAKI-LAKI	27	GIDANGELO	SMP	WIRASWASTA
157	SUANZIN	LAKI-LAKI	41	GIDANGELO	SD	KARYAWAN
158	MARYOTO	LAKI-LAKI	34	GIDANGELO	SMP	KARYAWAN
159	GUNAWI	LAKI-LAKI	31	GIDANGELO	SMP	KARYAWAN
160	MUSNAR	LAKI-LAKI	30	GIDANGELO	SMP	WIRASWASTA
161	SUTOPO	LAKI-LAKI	35	GIDANGELO	SMP	WIRASWASTA

	NAMA	JENIS KELAMIN	USIA (TAHUN)	ALAMAT	PENDIDIKAN	PEKERJAAN
162	PARTONO	LAKI-LAKI	50	GIDANGELO	SD	BURUH
163	SULDI	LAKI-LAKI	33	GIDANGELO	SMP	BURUH
164	EDI	LAKI-LAKI	35	GIDANGELO	SMP	KARYAWAN
165	SOLEKAN	LAKI-LAKI	30	GIDANGELO	SMP	WIRASWASTA
166	DURYAT	LAKI-LAKI	34	GIDANGELO	SMP	WIRASWASTA
167	WARSONO	LAKI-LAKI	33	GIDANGELO	SMP	WIRASWASTA
168	YANI	LAKI-LAKI	40	GIDANGELO	SMP	WIRASWASTA
169	SANTOSO	LAKI-LAKI	35	GIDANGELO	SMP	KARYAWAN
170	M. BASURO	LAKI-LAKI	39	GIDANGELO	SMP	KARYAWAN
171	AGUS	LAKI-LAKI	50	GIDANGELO	SD	KARYAWAN
172	JUPRI	LAKI-LAKI	27	GIDANGELO	SD	KARYAWAN
173	YOTO	LAKI-LAKI	33	GIDANGELO	SMP	WIRASWASTA
174	RAMLIAN	LAKI-LAKI	27	GIDANGELO	SD	BURUH
175	SUNARTO	LAKI-LAKI	29	GIDANGELO	SD	BURUH
176	SAKUR	LAKI-LAKI	33	GIDANGELO	SD	BURUH
177	KASMAN	LAKI-LAKI	38	GIDANGELO	SD	KARYAWAN
178	SUMARI	LAKI-LAKI	30	GIDANGELO	SD	KARYAWAN
179	SUGIYO	LAKI-LAKI	44	GIDANGELO	SMP	WIRASWASTA
180	RUKIN	LAKI-LAKI	34	GIDANGELO	SD	KARYAWAN
181	KONDORI	LAKI-LAKI	38	GIDANGELO	SD	BURUH
182	KHOLIL	LAKI-LAKI	50	GIDANGELO	SD	WIRASWASTA
183	M KHUSAIRI	LAKI-LAKI	35	GIDANGELO	SD	KARYAWAN
184	JAMIL	LAKI-LAKI	35	GIDANGELO	SD	KARYAWAN
185	GOFUR	LAKI-LAKI	44	GIDANGELO	SD	KARYAWAN
186	SOKIB	LAKI-LAKI	28	GIDANGELO	SMP	WIRASWASTA
187	ZUDI	LAKI-LAKI	41	GIDANGELO	SD	BURUH
188	SUCIPTO	LAKI-LAKI	38	GIDANGELO	SD	BURUH
189	BADI	LAKI-LAKI	50	GIDANGELO	SD	BURUH
190	A KONZIN	LAKI-LAKI	41	GIDANGELO	SD	KARYAWAN
191	NGATOHAR	LAKI-LAKI	47	GIDANGELO	SD	KARYAWAN
192	ASMUDI	LAKI-LAKI	42	GIDANGELO	SD	KARYAWAN
193	MUKMIN	LAKI-LAKI	28	GIDANGELO	SMP	WIRASWASTA
194	SARWONO	LAKI-LAKI	50	GIDANGELO	SD	WIRASWASTA
195	MUKOSIM	LAKI-LAKI	34	GIDANGELO	SMP	KARYAWAN
196	ZAMIL	LAKI-LAKI	35	GIDANGELO	SMP	WIRASWASTA
197	ABDUL BASRI	LAKI-LAKI	44	GIDANGELO	SD	WIRASWASTA
198	KARSUM	LAKI-LAKI	30	GIDANGELO	SD	WIRASWASTA
199	SARAH	LAKI-LAKI	44	GIDANGELO	SD	KARYAWAN
200	KODIR	LAKI-LAKI	41	GIDANGELO	SD	KARYAWAN



**DAFTAR TERSANGKA PENDERITA (SUSPEK) TB PARU
YANG PERIKSA DAHAK SPS (SEBELUM INTERVENSI)**

NO	NAMA	Jenis Kelamin	USIA (TAHUN)	ALAMAT	KELOMPOK
1	Kestam	P	68	Teluk Wetan	Eksperimen
2	Zairoh	P	50	Welahan	Eksperimen
3	Masehan	L	42	Welahan	Eksperimen
4	Muarah	P	40	Kalipucang Wetan	Kontrol
5	Sumirah	P	35	Kalipucang Wetan	Kontrol
6	Mastiah	P	60	Kalipucang Wetan	Kontrol
7	Amin	L	65	Welahan	Eksperimen
8	Sudarno	L	55	Welahan	Eksperimen
9	Suardi	L	60	Teluk Wetan	Eksperimen
10	Hadi	L	34	Welahan	Eksperimen
11	Kholidah	P	40	Kalipucang Wetan	Kontrol
12	Khoiriyah	P	28	Kalipucang Wetan	Kontrol
13	Kustinah	P	46	Welahan	Eksperimen
14	Siti umaryati	P	64	Kalipucang Wetan	Kontrol
15	M. Syafi'i	L	18	Teluk Wetan	Eksperimen
16	Ima	P	30	Welahan	Eksperimen
17	Kamdriyah	P	50	Teluk Wetan	Eksperimen



**DAFTAR TERSANGKA PENDERITA (SUSPEK) TB PARU
YANG PERIKSA DAHAK SPS SESUDAH INTERVENSI**

NO	NAMA	Jenis Kelamin	USIA (TAHUN)	ALAMAT	KELOMPOK
1	Supatmi	P	38	Teluk Wetan	Eksperimen
2	Karmanah	P	50	Teluk Wetan	Eksperimen
3	Puah	P	30	Welahan	Eksperimen
4	Rukayah	P	41	Teluk Wetan	Eksperimen
5	Dewi fitriyani	P	22	Teluk Wetan	Eksperimen
6	Kesi	P	68	Teluk Wetan	Eksperimen
7	Solekah*	P	38	Teluk Wetan	Eksperimen
8	Sarjani*	L	70	Teluk Wetan	Eksperimen
9	Rukanah*	P	55	Teluk Wetan	Eksperimen
10	Muji'ati	P	35	Teluk Wetan	Eksperimen
11	Sarpi*	P	70	Teluk Wetan	Eksperimen
12	Karmanah	P	60	Teluk Wetan	Eksperimen
13	Kasdani	L	70	Teluk Wetan	Eksperimen
14	Ali ridho	L	45	Welahan	Eksperimen
15	Munaji	L	65	Welahan	Eksperimen
16	Sareh*	P	60	Welahan	Eksperimen
17	Sukadar*	L	55	Welahan	Eksperimen
18	Rahmani aliya	P	6	Welahan	Eksperimen
19	Tumijah	P	58	Welahan	Eksperimen
20	Mustaqim	L	35	Welahan	Eksperimen
21	Nur kosim*	L	70	Welahan	Eksperimen
22	Siti komisih	P	30	Teluk Wetan	Eksperimen
23	Kasmini	P	42	Kalipucang Wetan	Kontrol
24	Subadi	L	55	Teluk Wetan	Eksperimen
25	Ratemi	P	53	Teluk Wetan	Eksperimen
26	Purdi*	L	65	Teluk Wetan	Eksperimen
27	Siti rokhmah	P	25	Teluk Wetan	Eksperimen
28	Karsono	L	63	Teluk Wetan	Eksperimen
29	Ngatpu'ah	P	50	Teluk Wetan	Eksperimen
30	Masrini	P	49	Teluk Wetan	Eksperimen
31	Sutipah*	P	52	Teluk Wetan	Eksperimen
32	Idhun	L	65	Teluk Wetan	Eksperimen
33	Sofiatun	P	50	Teluk Wetan	Eksperimen
34	Endang	P	46	Teluk Wetan	Eksperimen
35	Mas'udah	P	35	Teluk Wetan	Eksperimen
36	Mulikah	L	40	Teluk Wetan	Eksperimen
37	Tumiran	L	65	Teluk Wetan	Eksperimen
38	Wagisah	L	55	Teluk Wetan	Eksperimen
39	Siti masrofah	P	45	Teluk Wetan	Eksperimen
40	Maryatun*	P	38	Welahan	Eksperimen
41	Mirah	L	60	Gidangelo	Kontrol
42	Kasmudi	L	60	Welahan	Eksperimen

Ket : *pernah minum obat anti tuberkulosis

Sumber : TB-06 Puskesmas Welahan I Tahun 2010

ANALISIS BIVARIAT

1. Kelompok Eksperimen

1.1 Suspek/Tersangka TB paru

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SBLMeks * SSDHeks	200	100.0%	0	.0%	200	100.0%

SBLMeks * SSDHeks Crosstabulation

Count		SSDHeks		Total
		BUKAN SUSPEK	SUSPEK	
SBLMeks	BUKAN SUSPEK	136	53	189
	SUSPEK	4	7	11
Total		140	60	200

Chi-Square Tests

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.000 ^a
N of Valid Cases	200	

a. Binomial distribution used.

1.2 Suspek/Tersangka yang Periksa Dahak

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SBLMeks * SSDHeks	200	100.0%	0	.0%	200	100.0%

SBLMeks * SSDHeks Crosstabulation

Count		SSDHeks		Total
		TIDAK PERIKSA DAHAK	PERIKSA DAHAK	
		SBLMeks	TIDAK PERIKSA DAHAK	
	PERIKSA DAHAK	4	7	11
Total		160	40	200

Chi-Square Tests

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.000 ^a
N of Valid Cases	200	

a. Binomial distribution used.

2. Kelompok Kontrol

2.1 Suspek/Tersangka TB paru

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SBLMktr * SSDHktr	200	100.0%	0	.0%	200	100.0%

SBLMktr * SSDHktr Crosstabulation

Count		SSDHktr		Total
		TIDAK PERIKSA DAHAK	PERIKSA DAHAK	
		SBLMktr	TIDAK PERIKSA DAHAK	
	PERIKSA DAHAK	6	0	6
Total		196	4	200

Chi-Square Tests

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.754 ^a
N of Valid Cases	200	

a. Binomial distribution used.

2.2 Suspek/Tersangka yang Periksa Dahak

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SBLMktr * SSDHktr	200	100.0%	0	.0%	200	100.0%

SBLMktr * SSDHktr Crosstabulation

Count		SSDHktr		Total
		TIDAK PERIKSA DAHAK	PERIKSA DAHAK	
SBLMktr	TIDAK PERIKSA DAHAK	192	2	194
	PERIKSA DAHAK	6	0	6
Total		198	2	200

Chi-Square Tests

	Value	Exact Sig. (2-sided)
McNemar Test		.289 ^a
N of Valid Cases	200	

a. Binomial distribution used.

3. Kelompok Eksperimen dan Kontrol

NPar Tests

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Frequencies

	KELOMPOK	N
statusSUSPEK	GPT	200
	PENYULUHAN	200
	Total	400
statusDAHAK	GPT	200
	PENYULUHAN	200
	Total	400
statusBTApotif	GPT	200
	PENYULUHAN	200
	Total	400

Test Statistics^a

		statusSUSPEK	statusDAHAK	statusBTApositif
Most Extreme Differences	Absolute	.280	.190	.000
	Positive	.000	.000	.000
	Negative	-.280	-.190	.000
Kolmogorov-Smirnov Z		2.800	1.900	.000
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.001	1.000

a. Grouping Variable: KELOMPOK



ANALISIS UNIVARIAT

4. Kelompok Eksperimen

Frequencies

Statistics

		Kelompok	JenisKelamin	Usia	Pendidikan	Pekerjaan
N	Valid	200	200	200	200	200
	Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

Kelompok

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	EKSPERIMEN	200	100.0	100.0	100.0

JenisKelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	128	64.0	64.0	64.0
	PEREMPUAN	72	36.0	36.0	100.0
Total		200	100.0	100.0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-35	22	11.0	11.0	11.0
	36-50	90	45.0	45.0	56.0
	51-65	56	28.0	28.0	84.0
	66-80	32	16.0	16.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK SEKOLAH	39	19.5	19.5	19.5
	SD	101	50.5	50.5	70.0
	SMP	38	19.0	19.0	89.0
	SMA	21	10.5	10.5	99.5
	PT	1	.5	.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	IBU RUMAH TANGGA	30	15.0	15.0	15.0
	BURUH	71	35.5	35.5	50.5
	KARYAWAN	13	6.5	6.5	57.0
	WIRASWASTA	83	41.5	41.5	98.5
	PNS	2	1.0	1.0	99.5
	TNI/POLRI	1	.5	.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

5. Kelompok Kontrol**Frequencies****Statistics**

		Kelompok	JenisKelamin	Usia	Pendidikan	Pekerjaan
N	Valid	200	200	200	200	200
	Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table**Kelompok**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KONTROL	200	100.0	100.0	100.0

JenisKelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	123	61.5	61.5	61.5
	PEREMPUAN	77	38.5	38.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-35	86	43.0	43.0	43.0
	36-50	83	41.5	41.5	84.5
	51-65	25	12.5	12.5	97.0
	66-80	6	3.0	3.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK SEKOLAH	7	3.5	3.5	3.5
	SD	80	40.0	40.0	43.5
	SMP	84	42.0	42.0	85.5
	SMA	29	14.5	14.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	IBU RUMAH TANGGA	7	3.5	3.5	3.5
	KARYAWAN	101	50.5	50.5	54.0
	WIRASWASTA	91	45.5	45.5	99.5
	PNS	1	.5	.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

6. Kelompok Eksperimen dan Kontrol**Frequencies****Statistics**

		Kelompok	JenisKelamin	Usia	Pendidikan	Pekerjaan
N	Valid	400	400	400	400	400
	Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table**Kelompok**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	EKSPERIMEN	200	50.0	50.0	50.0
	KONTROL	200	50.0	50.0	100.0
	Total	400	100.0	100.0	

JenisKelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	251	62.8	62.8	62.8
	PEREMPUAN	149	37.2	37.2	100.0
	Total	400	100.0	100.0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-35	108	27.0	27.0	27.0
	36-50	173	43.2	43.2	70.2
	51-65	81	20.2	20.2	90.5
	66-80	38	9.5	9.5	100.0
	Total	400	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK SEKOLAH	46	11.5	11.5	11.5
	SD	181	45.2	45.2	56.8
	SMP	122	30.5	30.5	87.2
	SMA	50	12.5	12.5	99.8
	PT	1	.2	.2	100.0
	Total	400	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	IBU RUMAH TANGGA	37	9.2	9.2	9.2
	BURUH	71	17.8	17.8	27.0
	KARYAWAN	103	25.8	25.8	52.8
	WIRASWASTA	183	45.8	45.8	98.5
	PNS	5	1.2	1.2	99.8
	TNI/POLRI	1	.2	.2	100.0
	Total	400	100.0	100.0	

DOKUMENTASI



Gambar 1. Perijinan dan Konsultasi dengan Ketua RT



Gambar 2. Pemberian Buku Panduan GPT kepada Warga di Desa Kelompok Sampel Eksperimen



Gambar 7. Organisasi Pelaksana Penelitian (Tim Lapangan)



Gambar 8. Organisasi Pelaksana Penelitian (Tim Lapangan)



Gambar 3. Penyuluhan pada Kelompok Sampel Kontrol



Gambar 4. Penyuluhan pada Kelompok Sampel Kontrol



Gambar 5. Diskusi Internal Tim Lapangan



Gambar 6. Analisis Gejala TB Paru oleh Petugas P2TB Puskesmas (kiri) dan Pemberian Buku Panduan GPT kepada Warga (kanan).