FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN TB PARU DAN UPAYA PENANGGULANGANNYA

Edza Aria Wikurendra

Dosen S1 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan, Universitas Nahdlatul
Ulama Surabaya, Surabaya, Jawa Timur, Indonesia
Email : edzaaria@unusa.ac.id

ABSTRACT

Tuberculosis is still the main infectious disease in the world and is increasingly becoming a concern with the presence of HIV / AIDS. In the Ministry of Health's Strategic Plan for 2015-2019, infectious diseases are one of the main priorities that must be addressed to realize a Healthy Indonesia. The number of cases of pulmonary tuberculosis in Indonesia is reported to be 130 / 100,000, every year there are 539,000 new cases and the number of deaths is around 101,000 per year, the incidence rate of pulmonary tuberculosis cases is about 110 / 100,000 people. This paper aims to reveal the problem of influential factors and efforts that must be made in controlling pulmonary TB disease. This paper is made by tracing research reports / articles related to the incidence of pulmonary TB. And then a selection of the collected reports is carried out, so that 20 selected journals / articles can be reviewed. From selected reports, determined aspects that indicate the factors that caused the incidence of pulmonary TB and TB prevention efforts were carried out. Various efforts have been made through various approaches to treat or at least reduce the incidence of TB. Such as network model strategy programs and others are expected to provide healing and prevent transmission. But in the implementation in the field, the success of treatment and prevention with this strategy experienced several obstacles that did not provide maximum results.

Kata kunci: tuberculosis, increase

ABSTRAK

Tuberkulosis masih merupakan penyakit menular utama di dunia dan semakin menjadi perhatian dengan adanya HIV/AIDS. Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, penyakit menular menjadi salah satu prioritas utama yang harus ditangani untuk mewujudkan Indonesia Sehat. Dilaporkan angka prevalensi kasus penyakit tuberkulosis paru di Indonesia 130/100.000, setiap tahun ada 539.000 kasus baru dan jumlah kematian sekitar 101.000 pertahun, angka insidensi kasus Tuberkulosis paru BTA (+) sekitar 110/100.000 penduduk. Tulisan ini dibuat bertujuan untuk mengungkapkan masalah faktor yang berpengaruh dan upaya yang harus dilakukan dalam penanggulangan penyakit TB paru. Tulisan ini dibuat dengan cara menelusuri laporan penelitian/ artikel yang berkaitan dengan kejadian TB paru. Dan berikutnya dilakukan seleksi pada laporan yang terkumpul, sehingga dapat

ditelaah sebanyak 20 jurnal/ artikel terpilih. Dari laporan terpilih, ditentukan aspek-aspek yang menunjukkan faktor – faktor penyebab kejadian TB paru dan upaya penanggulangan TB yang dilakukan. Berbagai upaya telah dilakukan melalui bermacam-macam pendekatan untuk mengobati atau paling tidak mengurangi timbulnya TB. Seperti program strategi model jaringan dan yang lain diharapkan dapat memberikan kesembuhan dan mencegah penularan. Namun dalam pelaksanaan di lapangan, keberhasilan pengobatan dan pencegahan dengan strategi tersebut mengalami beberapa hambatan yang tidak memberikan hasil yang maksimal.

Kata kunci: tuberkulosis, meningkat

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004, tentang Sistem perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN) mengamanatkan bahwa setiap kementerian perlu menyusun Rencana Strategis (Renstra) yang mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN).

Untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal Program Pemberantasan Penyakit menitik beratkan kegiatan pada upaya mencegah berjangkitnya penyakit, menurunkan angka kesakitan dan kematian serta mengurangi akibat buruk dari penyakit menular maupun tidak menular. Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, penyakit menular menjadi salah satu prioritas utama yang harus ditangani untuk

mewujudkan Indonesia Sehat. Untuk penyakit menular, prioritas masih tertuju pada penyakit HIV/ AIDS, tuberkulosis, malaria, demam berdarah, influenza dan flu burung (Kepmenkes, 2015).

Tuberkulosis paru merupakan penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* dan paling sering bermanifestasi di paru. Mikobakterium ini ditransmisikan melalui droplet di udara, sehingga seorang penderita tuberkulosis paru merupakan sumber penyebab penularan tuberkulosis paru pada populasi di sekitarnya. Sampai saat ini penyakit tuberkulosis paru masih menjadi masalah kesehatan yang utama, baik di dunia maupun di Indonesia. Menurut WHO (2006) dilaporkan angka prevalensi kasus penyakit tuberkulosis paru di Indonesia 130/100.000, setiap tahun ada 539.000 kasus baru dan jumlah kematian sekitar 101.000 pertahun, angka insidensi kasus Tuberkulosis paru BTA (+) sekitar 110/100.000 penduduk. Penyakit ini merupakan penyebab kematian urutan ketiga, setelah penyakit jantung dan penyakit saluran pernapasan (Depkes, 2008).

Sekitar 75% penderita tuberkulosis paru adalah kelompok usia produktif secara ekonomis (15-50 tahun). Diperkirakan seorang penderita tuberkulosis paru dewasa akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan, hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20-30%. Jika meninggal akibat penyakit tuberkulosis paru, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun, selain merugikan secara ekonomis, Tuberkulosis paru juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial bahkan kadang dikucilkan oleh masyarakat (Depkes, 2008).

WHO dalam *Annual Report on Global TB Control* (2003) menyatakan terdapat 22 negara dikategorikan sebagai *high burden countries* terhadap tuberkulosis paru, termasuk Indonesia. Pada tahun 2004 diperkirakan 2 juta orang meninggal di seluruh dunia karena penyakit tuberkulosis paru dari total 9 juta kasus. Karena jumlah penduduknya yang cukup besar, Indonesia menempati urutan ketiga di dunia dalam hal penderita tuberkulosis paru setelah India dan China. Setiap tahun angka perkiraan kasus baru berkisar antara 500 hingga 600 orang diantara 100.000 penduduk (Depkes, 2008).

Hasil survey prevalensi TB di Indonesia Tahun 2013-2014 dengan konfirmasi bakteriologis pada populasi yang berusia 15 tahun ke atas menghasilkan : 1). Prevalensi TB paru smear positif per 100.000 penduduk umur 15 tahun ke atas adalah 257 (dengan tingkat kepercayaan 95 % 210-303) 2). Prevalensi TB paru dengan konfirmasi bakteriologis per 100.000 penduduk umur 15 tahun ke atas

adalah 759 (dengan interval tingkat kepercayaan 95% 590-961) 3). Prevalensi TB paru dengan konfirmasi bakteriologis pada semua umur per 100.000 penduduk adalah 601 (dengan interval kepercayaan 95% 466-758); dan 4). Prevalensi TB semua bentuk untuk semua umur per 100.000 penduduk adalah 660 (dengan interval tingkat kepercayaan 95% 523-813), diperkirakan terdapat 1.600.000 (dengan interval tingkat kepercayaan 1.300.000-2.000.000) orang dengan TB di Indonesia (Kepmenkes, 2015).

Upaya penanggulangan penyakit TB sudah dilakukan melalui berbagai program kesehatan di tingkat Puskesmas, berupa pengembangan strategi penanggulangan TB yang dikenal dengan strategi DOTS (*directly observed treatment, short course = pengawasan langsung menelan obat jangka pendek*), yang telah terbukti dapat menekan penularan, juga mencegah perkembangannya MDR (*multi drugs resistance = kekebalan ganda terhadap obat*) TB, tetapi hasilnya masih dirasakan belum sesuai dengan yang diharapkan. Oleh karena itu diharapkan adanya perhatian dari pihak pihak terkait dalam upaya meningkatkan keterlibatan peran pelayanan penanganan TB paru selanjutnya. Oleh karena itu tulisan ini dibuat untuk mengungkapkan masalah faktor yang berpengaruh dan upaya yang harus dilakukan dalam penanggulangan penyakit TB paru.

BAHAN DAN CARA

Tulisan ini dibuat dengan cara menelusuri laporan penelitian/ artikel yang berkaitan dengan kejadian TB paru. Dan berikutnya dilakukan seleksi pada laporan yang terkumpul, sehingga dapat ditelaah sebanyak 20

jurnal/ artikel terpilih. Dari laporan terpilih, ditentukan aspek-aspek yang menunjukkan faktor – faktor penyebab kejadian TB paru dan upaya penanggulangan TB yang dilakukan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Faktor-faktor yang berkaitan dengan kejadian TB paru

Menurut Eka (2013) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian TB paru, antara lain 1). Umur berperan dalam kejadian penyakit TB. Risiko untuk mendapatkan TB dapat dikatakan seperti halnya kurva normal tebal, yakni tinggi ketika awalnya, menurun karena di atas 2 tahun hingga dewasa memiliki daya tangkal terhadap TB dengan baik. Puncaknya tentu dewasa muda dan menurun kembali ketika seseorang atau kelompok menjelang usia tua, 2). Tingkat pendapatan mempengaruhi angka kejadian TB, kepala keluarga yang mempunyai pendapatan dibawah UMR akan mengkonsumsi makanan dengan kadar gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan bagi setiap anggota keluarga sehingga mempunyai status gizi yang kurang dan akan memudahkan untuk terkena penyakit infeksi diantaranya TB paru, 3). Kondisi rumah menjadi salah satu faktor resiko penularan TB paru. Atap, dinding dan lantai dapat menjadi tempat berkembang biak kuman. Lantai dan dinding yang sulit dibersihkan akan menyebabkan penumpukan debu, sehingga akan dijadikan sebagai media yang baik bagi berkembangbiak kuman, 4). Membuka jendela setiap pagi dan merokok berpengaruh terhadap kejadian TB paru. Kegiatan membuka jendela setiap pagi merupakan salah satu upaya

pencegahan penyakit TB paru. Dengan membuka jendela setiap pagi, maka dimungkinkan sinar matahari dapat masuk ke dalam rumah atau ruangan. Sedangkan kebiasaan merokok memperburuk gejala TB. Demikian juga dengan perokok pasif yang menghisap rokok, akan lebih mudah terinfeksi TB paru, 5). Riwayat kontak dengan penderita TB paru menyebabkan penularan TB paru dimana seorang penderita rata-rata dapat menularkan ke 2-3 orang di dalam rumahnya, sedangkan besar resiko terjadinya penularan untuk rumah tangga dengan penderita lebih dari 1 orang adalah 4 kali dibanding rumah tangga dengan hanya 1 orang penderita TB paru.

Dalam penelitian Girsang (2011) dijelaskan bahwa ada dua faktor resiko yang mengakibatkan terjadinya penyakit TB paru. Pertama faktor lingkungan yaitu kondisi rumah penderita yang tidak memenuhi syarat antara lain dinding tidak permanen, kepadatan hunian tinggi, tidak ada pembuangan sampah, rumah berlantai tanah dan mengkonsumsi air yang tidak memenuhi syarat. Kedua faktor perilaku yaitu masyarakat masih memiliki pola hidup yang belum sehat dan masih banyak masyarakat yang merokok.

Kurniasari (2012) mengatakan bahwa faktor resiko penyakit TB paru yaitu kondisi sosial ekonomi, pencahayaan ruangan dan luas ventilasi. Kondisi sosial ekonomi yang kurang baik menyebabkan penderita tidak memiliki kemampuan untuk membuat rumah yang sehat atau memenuhi syarat, kurangnya pengetahuan untuk mendapatkan informasi kesehatan, kurangnya mendapat jangkauan layanan

kesehatan dan kurangnya pemenuhan gizi yang berakibat pada daya tahan tubuh yang rendah sehingga mudah untuk terinfeksi. Pencapaian yang kurang menyebabkan kuman tuberkulosis dapat bertahan hidup pada tempat yang sejuk, lembab, dan gelap tanpa sinar matahari sampai bertahun-tahun lamanya, dan mati bila terkena sinar matahari. Luas ventilasi yang kurang menyebabkan peningkatan kelembaban ruangan karena terjadinya proses penguapan cairan dari kulit dan penyerapan. Kelembaban ruangan yang tinggi akan menjadi media yang baik untuk tumbuh dan berkembang biaknya bakteri-bakteri patogen termasuk kuman tuberkulosis.

Sudiantara (2014) mengatakan bahwa kejadian TB paru yang berhubungan dengan kondisi lingkungan fisik rumah tidak berdiri sendiri oleh satu faktor saja tetapi banyak faktor yang berhubungan secara bersama-sama adalah kelembaban dan ventilasi kamar tidur. Pada keadaan ventilasi yang kurang maka udara terperangkap dalam kamar dan keadaan kamar menjadi pengap dan lembab. Kelembaban dalam rumah memudahkan berkembangbiaknya kuman *Mycobacterium tuberculosis*, demikian juga keadaan ventilasi udara dalam kamar yang kecil erat kaitannya dengan kejadian penyakit TB paru. Ventilasi kurang dari 15% dari luas lantai beresiko terjadinya TB paru 16,9 lebih besar. Ventilasi kamar tidur berperan besar dalam sirkulasi udara terutama mengeluarkan CO₂ termasuk bahan-bahan yang tercemar seperti kuman bakteri, sehingga ventilasi suatu ruangan tidak memenuhi standar minimal, maka ruang akan menjadi panas dan udara stagnan di dalamnya

akhirnya membahayakan pemakainya. Riwayat penularan anggota keluarga jika ada yang menderita TB paru akan mampu menularkan 79,781 kali dari keluarga yang tidak ada yang menderita TB paru. Riwayat kontak penderita dalam satu keluarga dengan anggota keluarga yang lain yang sedang menderita TB paru merupakan hal yang sangat penting karena kuman *Mycobacterium tuberculosis* sebagai etiologi TB paru adalah memiliki ukuran yang sangat kecil, bersifat aerob dan mampu bertahan hidup dalam sputum yang kering atau ekskreta lain dan sangat mudah menular melalui ekskresi inhalasi baik melalui nafas, batuk, bersin ataupun berbicara (*droplet infection*). Sehingga adanya anggota keluarga yang menderita TB paru aktif, maka seluruh anggota keluarga yang lain akan rentan dengan kejadian TB paru termasuk juga anggota keluarga dekat. Riwayat kontak anggota keluarga yang serumah dan terjadi kontak lebih dari atau sama dengan 3 bulan berisiko untuk terjadinya TB paru terutama kontak yang berlebihan melalui penciuman, pelukan, berbicara langsung. Hasil penelitian didapatkan sebesar 63,8% yang terdeteksi menderita TB paru yang berasal dari kontak serumah dengan keluarga atau orang tua yang menderita TB paru. Keadaan status gizi dan penyakit infeksi merupakan pasangan yang terkait. Penderita infeksi sering mengalami anoreksia, penggunaan waktu yang berlebih, penurunan gizi atau gizi kurang akan memiliki daya tahan tubuh yang rendah dan sangat peka terhadap penularan penyakit. Pada keadaan gizi yang buruk, maka reaksi kekebalan tubuh akan menurun

sehingga kemampuandalam mempertahankan diri terhadap infeksi menjadi menurun.

Dalam jurnal Firdiansyah (2015) ventilasi responden masih belum memenuhi syarat, kondisi lingkungan yang padat dan rapat berpengaruh terhadap jumlah dan ukuran ventilasi di setiap rumah responden. Dengan ventilasi yang kurang akan menyebabkan kelembaban udara dalam ruangan akan menjadi tinggi, kurangnya cahaya matahari yang masuk ke dalam rumah membuat bakteri atau kuman penyakit akan berkembangbiak dengan baik dan beresiko terhadap penghuninya. Selain itu penempatan ventilasi juga penting agar cahaya matahari dapat masuk menyinari rumah dengan baik. Cahaya yang masuk ke dalam rumah sangat kurang hal ini terlihat dengan gelapnya kondisi ruangan rumah. Gelapnya kondisi ruangan di dalam rumah disebabkan kurangnya ventilasi sehingga akan membuat cahaya matahari yang masuk ke dalam rumah menjadi berkurang dan dapat berpengaruh terhadap tingginya kelembaban udara. Kelembaban udara yang terdapat di rumah responden belum memenuhi syarat, kurangnya ventilasi dan cahaya matahari yang masuk ke dalam rumah responden membuat kelembaban udara menjadi tinggi atau tidak memenuhi syarat. Selain itu kondisi rumah responden yang kurang luas dengan berbagai barang-barang yang ada semakin membuat kelembaban udara yang tidak memenuhi syarat akan menjadi tempat yang baik untuk berkembangnya kuman TB. Responden sebagian besar berumur lanjut yang pada jaman dahulu menganggap pendidikan tidak seberapa penting. Melalui

pengetahuan, pendidikan berkontribusi terhadap perilaku kesehatan seseorang. Sehingga rendahnya tingkat pendidikan akan berpengaruh terhadap seberapa jauh pengetahuan seseorang khususnya dalam berperilaku sehat. Berdasarkan hasil penelitian dan pengamatan kondisi lingkungan rumah responden masih kurang memenuhi syarat rumah sehat. Pendapatan merupakan indikator keadaan ekonomi sebuah keluarga. Dengan pendapatan yang tinggi seseorang akan bisa memenuhi kebutuhan hidupnya. Pendidikan berpengaruh terhadap tingkat pendapatan, namun dalam penelitian ini tingkat pendapatan tidak berpengaruh signifikan dikarenakan jenis pekerjaan merupakan faktor yang dikendalikan (*matching*). Sehingga antara subyek kasus dan subyek kontrol memiliki jenis pekerjaan yang sama. Pekerjaan responden sebagian besar adalah pedagang dan ibu rumah tangga karena kurangnya tingkat pendidikan dan responden yang berumur lanjut sehingga kurang produktivitas yang berpengaruh terhadap kondisi ekonomi keluarga.

UPAYA PENANGGULANGAN TB PARU

Upaya penanggulangan yang dilakukan untuk mengatasi masalah TB paru sangat beragam antara lain menurut penelitian Tjekyan (2012) menggunakan model jaringan. Model ini melibatkan banyak stake holder yang bertugas untuk memberikan pengetahuan dan mendata jumlah penderita yang ada. Jaringan Operasional Pemberantasan Tuberkulosis yang dikembangkan terdiri dari :

1. Pembentukan organisasi formal tingkat kecamatan,

- yaitu adanya “Jaringan Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis Paru” yang dikembangkan oleh Pemerintah Kecamatan melalui pengukuhan dengan Surat Keputusan Camat
2. Promosi kesehatan Tuberkulosis, berupa kegiatan deteksi, dan perujukan suspek Tuberkulosis Paru oleh Kader TB Tingkat Rukun Tetangga ke Dokter Praktek Swasta Kelurahan dan P2TB Puskesmas dengan formulir rujukan khusus.
 3. Perekrutan Dokter Praktik Swasta kelurahan mahir menejemen kasus Tuberkulosis strategi DOTS regimen *Fixed Dose*, sistim pencatatan, pelaporan sebagai Unit Pelayanan kesehatan Tuberkulosis Paru disetiap kelurahan
 4. Diagnosis TB dengan pemeriksaan mikroskopis sputum dengan sensitifitas 78% dan spesifitas 97% memakai metoda sentrifugasi Natrium Hipoklorit ditingkat P2TB kecamatan. Laboratorium P2TB ditingkatkan sebagai Pusat Rujukan Mikroskopis terbatas khusus untuk kecamatan.
 5. Pengobatan dengan memakai Obat Anti Tuberkulosis *Fixed Dose* yang diawasi oleh dua orang Pengawas Menelan Obat yang terdiri dari keluarga terdekat dan Kader TB Tingkat Rukun Tetangga (*two direct observer*)
 6. Penggunaan Obat Anti Tuberkulosis *Fixed Dose* yang jaminan ketersediaannya oleh Jaringan Penanggulangan

Tuberkulosis kecamatan, P2TB Puskesmas dan Dinkes.

7. Pencatatan dan pelaporan oleh Dokter Praktek Swasta memakai formulir TB 01 dan TB 06 yang difasilitasi oleh Jaringan Penanggulangan Tuberkulosis Kecamatan yang selanjutnya dilaporkan ke P2TB Puskesmas.
8. Perekerutan kader TB baru oleh jaringan dari penderita yang telah sembuh.

Berdasarkan penelitian Laksono (2012) didapatkan hasil *review* pada kebijakan penanggulangan penyakit tuberculosis di level nasional maupun global, maka dilakukan eksplorasi dan dilanjutkan dengan pengelompokan setiap indikator berdasarkan tahapan tindakan penanggulangan penyakit tuberculosis, yaitu tahap penemuan, penanganan dan surveilans.

1. Indikator Penemuan

Ada 5 (lima) item yang berhasil dieksplorasi dan disimpulkan pada tahapan penemuan kasus tuberculosis, yaitu

- a. Pengembangan penentuan kriteria suspek Tuberculosis Indikator; Angka Penjaringan Suspek.
- b. Modifikasi pemeriksaan/ pengambilan sampel sputum Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS) untuk yang transportasinya sulit terjangkau Indikator; a) Proporsi BTA (+) di antara suspek; b) Proporsi BTA (+) di antara seluruh seluruh penderita Tuberculosis
- c. Optimalisasi Foto Thorax untuk mendukung SPS Indikator; a) Angka penjaringan suspek; b)

- Angka penemuan kasus
(*Case Detection Rate/ CDR*)
- d. Penegakan diagnosis
Tuberculosis pada anak
berdasarkan *scoring system*
Indikator; Proporsi
Tuberculosis anak di antara
seluruh penderita
Tuberculosis
 - e. Identifikasi dan evaluasi
kontak intensif Indikator; a)
Angka penemuan kasus
(*Case Detection Rate/CDR*);
b) Angka notifikasi kasus
Indikator Penanganan.

Ada 5 (lima) item yang
berhasil dieksplorasi dan
disimpulkan pada tahapan
penanganan penderita
tuberculosis, yaitu;

- a. Pengukuran kepatuhan
minum obat Indikator; a)
Angka konversi; b) Angka
kesembuhan; c) Angka
keberhasilan pengobatan
- b. Manajemen persediaan obat
Indikator; Tersedia/ tidak
- c. Penilaian respon obat:
Pemeriksaan sputum 2
spesimen pada akhir fase
intensif. Pemeriksaan
sputum 1 X pada akhir
bulan ke-5. Pemeriksaan
sputum 1 X pada akhir
terapi (bulan ke Indikator; a)
Angka konversi; b) Angka
kesembuhan; c) Angka
keberhasilan pengobatan
(*Success Rate/SR*)
- d. Konseling dan uji HIV
untuk Penderita
Tuberculosis Indikator;
Dilakukan/tidak
- e. Ketersediaan Obat Anti-
Tuberculosis (OAT) lini
kedua Indikator;
Tersedia/tidak,

Indikator Surveilans Ada 4
(empat) item yang berhasil
dieksplorasi dan disimpulkan
peneliti pada tahapan
surveilans tuberculosis, yaitu;

- a. Pengembangan Kultur
Sputum untuk BTA (+)
Indikator; Angka kesalahan
laboratorium (*Error Rate*)
- b. Pengembangan kultur
untuk Penderita
Tuberculosis BTA (-)
Indikator; Angka kesalahan
laboratorium (*Error Rate*)
- c. Kelengkapan *medical*
record Indikator;
Lengkap/tidak
- d. Pelaporan: kasus baru,
kasus ulangan, hasil
pengobatan. Indikator;
Dilakukan/tidak

2. NGT pada Pelaksana Lapangan

Nominal Group Technique
(NGT) pada pelaksana
lapangan dilakukan untuk
eksplorasi sekaligus penentuan
sub indikator SPM penyakit
tuberculosis yang terkait
dengan indikator MDGs. NGT
dilaksanakan di daerah
penelitian. Langkah ini
dilakukan untuk mencari
kesepakatan para pelaksana
kebijakan di lapangan terhadap
draft sub indikator SPM
penyakit tuberculosis yang
terkait dengan indikator
MDGs. NGT dilaksanakan 3
(tiga) kali untuk menemukan
masing-masing indikator dalam
upaya penanggulangan kasus
tuberculosis. Tiga upaya
tersebut adalah penemuan,
penanganan dan surveilans.

3. FGD oleh Pakar Penyakit Tuberculosis

Langkah terakhir adalah pelaksanaan *Focus Group Discussion* (FGD). FGD dilaksanakan dengan melibatkan para pakar penyakit tuberculosis yang beraliran *public health* (kesehatan masyarakat). Untuk itu maka dipilih para pakar yang terdiri dari akademisi, klinisi, pemegang program, dan penanggung jawab program DOTS penyakit Tuberculosis. Pada awal FGD didahului dengan paparan hasil NGT di empat daerah penelitian terpilih, sebagai salah satu acuan yang menjadi bahan pertimbangan. Dalam pelaksanaan FGD ini para pakar bersepakat bahwa sub indikator penyakit tuberculosis dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan yang terkait dengan *Millenium Development Goals* (MDGs) akan dibuat sederhana mungkin tetapi masih bisa mewakili seluruh kegiatan penanggulangan penyakit tuberculosis. Untuk itu para pakar peserta diskusi kurang sependapat dengan pendapat pelaksana lapangan dalam hasil NGT yang menurut para pakar cenderung memperumit pelaksanaan di lapangan. Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* sub indikator Standar Pelayanan Minimal yang terkait dengan *Millenium Development Goals* adalah sebagai berikut:

- a. Indikator penemuan penderita tuberculosis. Penemuan suspek penderita

tuberculosis yang berupa batuk berdahak lebih dari 2 minggu yang tidak bisa dijelaskan penyebabnya. Sedang pada anak ada riwayat kontak dengan pasien yang didiagnosa menderita penyakit tuberculosis. Untuk sub indikator penemuan ini para pakar peserta diskusi merekomendasikan masih diperlukannya formulasi metode diagnosa penyakit tuberculosis yang baku sebagai acuan seluruh pelaksana di lapangan.

- b. Indikator penanganan pasien tuberculosis *Success rate* 90% dengan *cure rate* minimal 85%. *Success rate* adalah tingkat keberhasilan minum obat atau persentase yang menyelesaikan minum obat dari seluruh penderita penyakit tuberculosis yang berhasil ditemukan. Sedang *cure rate* adalah tingkat keberhasilan/ kesembuhan dari seluruh penderita penyakit tuberculosis yang berhasil ditemukan dan diobati.
- c. Indikator surveilans penyakit tuberculosis Tingkat validitas pencatatan & pelaporan yang standar. Untuk melaksanakan indikator ketiga ini para pakar peserta diskusi merekomendasikan masih perlunya sebuah formulasi pencatatan pelaporan yang baku dan cara pengukuran validitasnya.

Langkah-langkah penanggulangan TB di Puskesmas menurut Izza (2013) :

1. Penemuan penderita (*case finding*) secara pasif yaitu pasien yang berkunjung untuk melakukan pengobatan dengan keluhan yaitu gejala atau tanda-tanda penyakit TB secara klinis dan secara aktif dari keluarga pasien yang berisiko tertular penyakit TB.
2. Pemeriksaan laboratorium untuk memastikan TB+ atau tidak (*suspect*).
3. Pasien yang positif menderita TB akan dilakukan pemeriksaan kunjungan rumah oleh petugas kesehatan yang bertujuan mengetahui adanya anggota keluarga yang pernah kontak dengan penderita (*contact tracing*).
4. Selanjutnya dilakukan pencatatan dengan format *Community Health Nursing* (CHN), khusus untuk mendata penderita TB. Adapun form yang perlu diisi yaitu Form TB 01 dan Form TB 02 untuk pasien serta Form TB 03 untuk pencatatan dalam buku register.
5. Kasus TB dilaporkan ke Dinkes Kota setiap bulan untuk pasien baru via sms dan 3 bulan sekali sebagai laporan register atau kohort yang sekaligus merupakan monitoring dan evaluasi.

Peningkatan pengetahuan, sikap positif dan kepatuhan berobat penderita TB paru dapat diwujudkan dengan pemberian Konseling. Hal ini dikemukakan oleh (Corones, 2009) mengemukakan bahwa kebutuhan informasi pada pasien yang menjalankan pengobatan TB paru

sangat tinggi. Penelitian yang dilakukan oleh (Arsin, 2006), pasien yang menjalani pengobatan TB paru, membutuhkan informasi ataupun konseling kesehatan tentang perawatan dan pengobatan TB. Pemberian konseling dengan model konseling yang bersifat kelompok lebih efektif dibanding dengan model pemberian konseling secara individual ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh (Egan, 2005) bahwa pemberian konseling secara kelompok lebih efektifitas waktu hal ini terkait dengan sumber dana dan sumber daya yang terbatas. Perawat sebagai tenaga kesehatan dalam melakukan *Home visit* selain memberikan konseling dan pendidikan kesehatan tentang TB paru dan mengajarkan keterampilan perawatan dasar dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia, perlu juga memberikan dukungan atau *support* pada keluarga. Hal ini ditekankan (Dossey, 2005) bahwa dalam proses penyembuhan atau pemulihan pasien, perlu diperhatikan manusia secara menyeluruh (*holism*), yaitu bio, psiko, sosial kultural, dan spiritual. Dalam penelitian ini, ditemukan peran keluarga terdekat seperti istri dan anak dari penderita TB paru sangat bermakna dalam proses penyembuhan penderita TB paru di rumah, istri dan anak sebagai *care giver* melaksanakan fungsi keluarga yaitu fungsi perawatan kesehatan keluarga. Seperti yang dikemukakan oleh (Fredman, 2002) bahwa terdapat 5 (lima) fungsi keluarga yaitu 1). fungsi afektif (*the affective function*); 2). Fungsi sosial dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*); 3). Fungsi perawatan kesehatan (*the health care function*), fungsi reproduksi (*the reproductive*

function), dan fungsi ekonomi (*the economic function*). Menurut (Suprajitno, 2004) bahwa fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai sangat diperlukan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas seperti ruang konseling kesehatan.

KESIMPULAN DAN SARAN

TB paru masih merupakan masalah di negara berkembang, bahkan di negara maju masalah ini kembali muncul dengan adanya HIV-AIDS. Berbagai upaya telah dilakukan melalui bermacam-macam pendekatan untuk mengobati atau paling tidak mengurangi timbulnya TB. Seperti program strategi model jaringan dan yang lain diharapkan dapat memberikan kesembuhan dan mencegah penularan. Namun dalam pelaksanaan di lapangan, keberhasilan pengobatan dan pencegahan dengan strategi tersebut mengalami beberapa hambatan yang tidak memberikan hasil yang maksimal. Faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi keberhasilan perlu peran serta seluruh komponen masyarakat dan melibatkan instansi-instansi lain diluar instansi kesehatan agar penurunan angka kejadian TB paru dapat terwujud dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

Arsin, A., Azrieful, Aisah. (2006). *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi Makasar*. Makasar: FKM Unhas.

Corones, Katina, Flona M. Coyer, Karen A. (2009). *Theobald. Exploring the Information Needs of Patients*. British Journal of Nursing. 4(3). Pp: 123-130.

Dossey, B.M., Keegan, L., Guzzetta, C. (2005). *Holistic Nursing ; A Handbook For Practice. Fourth Edition*. Canada: Jones and Bartlett Pulishers.

Egan. A. (2005), *Tuberkulosis Paru dan Penaganannya*. Jakarta : Salemba Medika.

Firdiansyah, Wahyu Nur. (2015). *Pengaruh Faktor Sanitasi Rumah dan Sosial Ekonomi Terhadap Kejadian Penyakit TB Paru BTA Positif di Kecamatan Genteng Kota Surabaya*. Surabaya : Pendidikan Geografi Unesa.

Fitriani, Eka. (2013). *Faktor Risiko yag Berhubungan Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru*. UJPH 2 (1) (2013).

Friedman, M, Vicky, Bowden, Elaine, G.J. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori & Praktik* (Alih bahasa oleh Debora, I & Yoakim, A) Edisi 5. Jakarta: EGC.

Girsang, M., Tobing, K., Rafrizal. (2011). *Faktor Penyebab Kejadian Tuberkulosis Serta Hubungannya Dengan Lingkungan Tempat Tinggal di Provinsi Jawa Tengah*. Kemenkes RI : BPPK.

Izza', Nallul, Roosihermietie, Betty. (2013). *Peningkatan Tuberkulosis di Puskesmas Pacar Keling, Surabaya Tahun 2009-2011*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol.16 No.1 Januari 2013 : 29-37.

Kurniawan, R.A.S., Suhartono, Cahyo, K., (2012). *Faktor Risiko Kejadian Tuberkulosis Paru di Kecamatan Baturetno Kabupaten Wonogiri*. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, Vol.11/No.2, Oktober 2012.

Laksono, A.D, Astuti W.D, Waty, E., Atto'illah., (2012). *Kajian*

Standar Pelayanan Minimal Penyakit Tuberkulosis Terkait Indikator Millenium Development Goals. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol.15 No.3 Juli 2012 : 259-270.

Sudiantara, K., Wahyuni, N.P.S., Harini, I., (2014). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Peningkatan Kasus TB-Paru*. Denpasar : Jurusan Keperawatan Poltekkes Denpasar.

Suprajitno, (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.

Tjekyan, Suryadi. (2012). *Hasil Satu Tahun Intervensi Jaringan Penanggulangan Tuberkulosis Paru Kecamatan Ilir Barat II Kota Palembang*.Palembang : FK Unsri.