

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Penyakit Tuberkulosis paru merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan Masyarakat. Tuberkulosis (TB) adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan bakteri berbentuk batang (basil) yang dikenal dengan nama *Mycobacterium Tuberculosis*. Badan Kesehatan Dunia (*World Health Organization*) memperkirakan dewasa ini terdapat sekitar 1700 juta atau sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi kuman TB, dan dari jumlah tersebut ada 4 juta penderita baru dengan basil tahan asam (BTA) positif ditambah lagi 4 juta penderita baru dengan BTA negatif. Jumlah seluruh penderita TB di dunia sekitar 20 juta orang dengan angka kematian sebanyak 3 juta orang tiap tahunnya yang mana merupakan 25 persen dari kematian yang dapat dicegah apabila TB dapat ditanggulangi dengan baik (Situmeang, 2004).

Situasi TB di dunia semakin memburuk dan banyak yang tidak berhasil di sembuhkan. Apalagi diakibatkan munculnya pandemik HIV/AIDS di dunia yang menambah permasalahan Tuberkulosis. Koinfeksi dengan HIV akan meningkatkan kejadian TB secara signifikan. Pada saat yang sama kekebalan ganda kuman TB terhadap obat anti TB (*multi drug resistance* = MDR) menjadi masalah akibat kasus yang tidak berhasil disembuhkan pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya Epidemik Tuberkulosis yang sulit ditangani (Depkes, 2007).

Indonesia sebagai negara ketiga terbesar di dunia dalam jumlah penderita TB setelah India dan Cina dengan jumlah kasus baru sekitar 539.000 dan jumlah kematian 101.000 pertahun (WHO, 2006). Sekitar 75% pasien TB adalah kelompok usia yang paling produktif, secara ekonomi (15-50 thn) diperkirakan seorang pasien TB dewasa akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal tersebut berakibat akan kehilangan rumah tangganya sekitar 20-30 % (Depkes, 2006). Kemudian hasil survei prevalensi TB di Indonesia tahun 2004 menunjukkan bahwa angka prevalensi TB BTA positif di Indonesia dikelompokkan dalam tiga wilayah yaitu :

1. Wilayah Sumatera angka prevalensi TB adalah 160 per 100.000 penduduk
2. Wilayah Jawa dan Bali angka prevalensi TB adalah 110 per 100.000 penduduk
3. Wilayah Indonesia Timur angka prevalensi TB adalah 210 per 100.000 penduduk.  
Khusus untuk provinsi DIY dan Bali angka prevalensi TB adalah 68 per 100.000 penduduk.

Di Sumatera Utara saat ini diperkirakan ada sekitar 1.279 penderita dengan BTA positif. Hasil evaluasi kegiatan Program Pemberantasan Tuberkulosis Paru, kota Medan tahun 1999/2000 ditemukan 359 orang penderita dengan insiden penderita paru 0,18 per 1.000 jumlah penduduk. Berdasarkan catatan dari Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru (BP4) di Medan, dijumpai 545 kasus pada setiap tahun (Hiswani, 2004). Sedangkan data menurut Dinas Kesehatan Kota Medan tahun 2003-2007 menunjukkan bahwa penderita dengan BTA positif terus mengalami peningkatan yaitu tahun 2003 terdapat 1.109 kasus dan tahun 2007 sudah mencapai 2.579 kasus

(Dinkes Kota Medan, 2008). Begitu pula Puskesmas Mandala yang masuk dalam wilayah Kecamatan Medan Tembung ternyata memiliki kasus TB paru cukup tinggi sebagaimana terlihat pada Tabel 1.1.

**Tabel 1.1. Jumlah Pasien Suspek TB Paru, BTA (+), dan BTA (-) yang Berkunjung Ke Puskesmas Mandala Tahun 2005- 2009**

Tahun	Suspek TB Paru	BTA (+)	BTA (-)
2005	55	6	16
2006	142	25	25
2007	125	25	26
2008	109	24	25
2009	121	25	25

Sumber: Laporan Tahunan Puskesmas Mandala, 2010

Pemberantasan penyakit Tuberkulosis paru ini di Indonesia oleh Departemen Kesehatan RI telah dimulai secara terpadu sejak tahun 1969 di Ciloto, dimana dokter umum dilatih oleh *radiologist* untuk deteksi Tuberkulosis paru dengan pemeriksaan *Doorlichting* (Supari, 2006). Namun sampai saat ini permasalahan TB paru masih belum dapat terselesaikan dengan baik disebabkan oleh banyak faktor.

Keterlambatan diagnosis dan pengobatan penyakit Tuberkulosis paru masih merupakan masalah kerana penemuan penderita sering terlambat. Keterlambatan itu dapat berasal dari penderita (*patient's delay*). Secara definisi diartikan sebagai fase antara timbulnya gejala sampai penderita datang ke fasilitas pengobatan Puskesmas atau rumah sakit. Selain itu, keterlambatan juga dapat berasal dari dokter yang mengobati (*docter' delay*). Secara definisi dapat diartikan sebagai fase sejak datang ke dokter sampai tegaknya diagnose. Ditinjau dari dokter dikatakan terlambat kalau keterlambatan terjadi lebih dari sebulan. Selain itu kegagalan pengobatan

Tuberkulosis terjadi bila penderita menghentikan pengobatan sebelum waktunya sehingga akan menaikkan penderita yang akan ditularkannya (Supari, 2006).

Sebenarnya penemuan penderita dan pengobatannya merupakan suatu kunci penting dalam menangani paru, oleh karena itu kedua fase ini haruslah ditangani dengan seksama. Proses penemuan penderita (*case finding*) tidaklah sesederhana sebagaimana kelihatannya. Melalui berbagai tahapan harus dijalani sampai ditemukannya satu orang penderita, mulai dari jenis gejala yang timbul sampai ke mana penderita pergi berobat untuk mengatasi gejala tersebut.

Penanggulangan Tuberkulosis (TB) paru di Indonesia menggunakan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) yang direkomendasikan WHO sejak tahun 1995 masih belum menunjukkan hasil yang maksimal (Situmeang, 2004). 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 yang telah menjadi bahaya global (Depkes, 2002).

Program pemberantasan TB paru menjadi sangat penting untuk dilakukan karena sejak tahun 1999 kasus TB paru di Indonesia cenderung meningkat sehingga pelaksanaan DOTS secara *passive case finding* perlu ditinjau ulang. Menindaklanjuti hal tersebut, strategi DOTS kemudian berkembang seiring dengan pembentukan Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan TB (GERDUNAS TB) pada tahun 1999

sehingga pemberantasan penyakit Tuberkulosis paru berubah menjadi program penanggulangan Tuberkulosis yang diharapkan dapat lebih efektif. 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. Sedangkan metode *active case finding* yang dilakukan oleh kader Posyandu untuk meningkatkan angka cakupan (*coverage*) penemuan, pemeriksaan dan pengobatan TB paru sejauh ini masih belum diterapkan (Depkes, 2002).

Penemuan penderita TB paru secara aktif di masyarakat sangat diperlukan. Alternatif program pemberantasan TB paru adalah DOTS dengan *Active Case Finding* dengan melibatkan peran serta masyarakat. Program *active case finding* adalah cara menjangkau penderita TB Paru dengan melibatkan peran kader masyarakat yaitu kader Posyandu. Kader Posyandu di masing-masing wilayah diberikan pendidikan kesehatan mengenai TB paru yang selanjutnya secara aktif mencari, memotivasi dan melakukan supervisi terhadap pengawas menelan obat/PMO (Efendi dan Cahyadi, 2005).

Kader Posyandu dengan pengetahuan yang ada diharapkan dapat mengenali tanda dan gejala dini dari TB paru untuk segera diobati di unit pelayanan kesehatan (UPK) terdekat. Kerjasama yang baik antara petugas kesehatan dan kader Posyandu tersebut dapat menunjang keberhasilan program *active case finding* (Efendi dan Cahyadi, 2005).

Kader Posyandu bertugas mencari penderita suspek TB Paru yang tidak terjangkau oleh sistem layanan kesehatan dalam artian penderita yang tidak datang ke Puskesmas. Kader Posyandu dengan supervisi dari petugas kesehatan melakukan

*active case finding* di lingkungan RTnya untuk mencari penderita suspek TB. Jika ditemukan pasien dengan suspek TB (batuk lebih dari 3 minggu, batuk darah, sesak nafas dan nyeri dada serta berkeringat malam hari walaupun tanpa kegiatan) maka penderita tersebut dibawa ke UPK terdekat untuk mendapatkan pengobatan.

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

Metode ini dapat diterapkan dimana saja dan dapat disesuaikan dengan karakteristik masyarakat setempat. Semuanya ini tergantung dari sistem pemberdayaan masyarakat yang dibangun, sehingga transfer pengetahuan terhadap berbagai hal tentang penyakit TB paru dapat lebih efektif dan penemuan kasus TB paru dapat secara dini dilakukan. Faktor yang memegang peranan penting dalam menggerakkan kader Posyandu adalah dukungan dari seluruh komponen kesehatan dan masyarakat, supervisi dan pelatihan serta kemudahan akses ke tempat pelayanan kesehatan serta kemampuan kader Posyandu dalam menyelesaikan tugasnya secara cepat dan tepat, efektif dan efisien sesuai dengan metode atau standard kerja yang diwujudkan dalam pelaksanaan tugasnya.

## **1.2. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka perumusan masalahnya adalah Bagaimana Pengaruh Karakteristik Kader Posyandu terhadap Kemampuan dalam Penemuan Dini Kasus Tersangka Tuberkulosis di Wilayah Kerja Puskesmas Mandala Kecamatan Medan Tembung ?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis Pengaruh Karakteristik Kader Posyandu terhadap Kemampuan dalam Penemuan Dini Kasus Tersangka Tuberkulosis di Wilayah Kerja Puskesmas Mandala Kecamatan Medan Tembung.

## **1.4. Hipotesis**

Hipotesis penelitian ini adalah: ada Pengaruh Karakteristik Kader Posyandu terhadap Kemampuan dalam Penemuan Dini Kasus Tersangka Tuberkulosis di Wilayah Kerja Puskesmas Mandala Kecamatan Medan Tembung.

## **1.5. Manfaat Penelitian**

1. Bagi Pemerintah Kota Medan: menjadi bahan masukan dalam menyusun kebijakan program khususnya penanggulangan penyakit Tuberkulosis (TB) sehingga Medan Sehat Sejahtera 2010 dapat tercapai.
2. Bagi Dinas Kesehatan Kota Medan: sebagai bahan masukan dalam penyusunan perencanaan, promosi kesehatan, evaluasi program dan upaya peningkatan pelayanan kesehatan, khususnya penanggulangan penyakit Tuberkulosis.

3. Bagi Tim Penggerak PKK Kota Medan dan masyarakat: sebagai bahan masukan/pertimbangan dalam memberdayakan kader bukan saja di Posyandu tetapi juga di tengah-tengah masyarakat maupun keluarga dalam menemukan secara dini penderita Tuberkulosis secara mandiri sehingga angka kesakitan dan kematian akibat Tuberkulosis ini dapat ditekan.