

**PENGARUH PELATIHAN KADER TERHADAP KETERAMPILAN
KADER DALAM MEMBERIKAN INFORMASI PENGOBATAN TB DI
PUSKESMAS GUNUNG BAHAGIA KOTA BALIKAPAPAN**

SKRIPSI



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT REKNOLOGI KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2020

**PENGARUH PELATIHAN KADER TERHADAP KETERAMPILAN
KADER DALAM MEMBERIKAN INFORMASI PENGOBATAN TB DI
PUSKESMAS GUNUNG BAHAGIA KOTA BALIKAPAPAN**

SKRIPSI

Diajukan sebagai persyaratan untuk
Memperoleh gelar Sarjana Keperawatan



DISUSUN OLEH :

TEDJOWATI

NIM B21828008901

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT REKNOLOGI KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2020

LEMBAR PENGESAHAN

**PENGARUH PELATIHAN KADER TERHADAP KETERAMPILAN
KADER DALAM MEMBERIKAN INFORMASI PENGobatan TB DI
PUSKESMAS GUNUNG BAHAGIA KOTA BALIKAPAPAN**

SKRIPSI

DI SUSUN OLEH :

TEDJOWATI

NIM : B21828008901

Disetujui untuk diujikan

Pada tanggal, 29 Juli 2020

Pembimbing I

Pembimbing II

ITKES WHS

Ns. Siti Mukaromah, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.Kom

Ns. Siti Wardatun Hasanah, S.Kep, MM

NIDN. 1112058203

NIP. 19740818 199603 2 001

Mengetahui,

Ketua

Program Studi S1 Keperawatan

Ns. Kiki Hardiansyah Safitri., M.Kep, Sp. Kep. MB

NIDN. 1128058801

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tedjowati
NIM : B21828008901
Program Studi : S1 - Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada ITKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Pengaruh Pelatihan Kader Terhadap Keterampilan Kader Dalam Memberikan Informasi Pengobatan TB Di Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan

Beserta perangkat yang ada (jika di perlukan), dengan ini, ITKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 10 Agustus 2020

Yang menyatakan,

Tedjowati

NIM.B21828008901

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tedjowati

NIM : B21828008901

Program Studi : S1 - Ilmu Keperawatan

Judul Skripsi : Pengaruh Pelatihan Kader Terhadap Keterampilan Kader Dalam Memberikan Informasi Pengobatan TB Di Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan

Menyatakan bahwa skripsi penelitian ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Samarinda, 29 Juli 2020

Yang membuat Pernyataan,



Tedjowati

NIM.B21828008901

ABSTRAK

Pengaruh Pelatihan Kader Terhadap Keterampilan Kader Dalam Memberikan Informasi Pengobatan TB Di Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan

Tedjowati¹ Siti Mukaromah, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.Kom² Siti Wardatun Hasanah, S.Kep, MM³

¹⁻³Program Studi Sarjana keperawatan Institut Teknologi dan Sains Wiyata Husada Samarinda, Praktisi Rumah Sakit Umum Daerah Abdoel Wahab Sjahrane Samarinda

Latar belakang: Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang beberapa organ, sebagian besar menginfeksi paru. Resiko penularan kuman TB melalui droplet. Pengobatan TB salah satunya adalah meningkatkan partisipasi masyarakat, yaitu terkait kader TB di masyarakat. Kader diharapkan sebagai perpanjangan petugas kesehatan dalam masyarakat untuk menemukan kasus baru, membawa suspek TB untuk melakukan pengobatan, pendampingan minum obat, serta memotivasi pasien beserta keluarga untuk aktif dalam pencegahan penyakit TB. **Tujuan:** untuk menganalisis pengaruh pelatihan kader terhadap keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB. **Metode Penelitian:** sebuah studi kuasi eksperimen tanpa kontrol. Populasi merupakan 20 responden, dengan Teknik sampel *purposive sampling*. **Hasil Penelitian:** Analisis uji statistik menunjukkan bahwa pada variabel keterampilan dalam memberikan informasi pengobatan TB diukur dengan nilai p adalah 0.000 dan nilai z hitung diperoleh -4.053. **Kesimpulan:** keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB dapat ditingkatkan melalui pelatihan kader. Oleh karena itu, diperlukan pembinaan yang berkesinambungan dari pihak puskesmas dan lintas sektor terkait



Kata Kunci: Pelatihan Kader, keterampilan memberikan informasi, TB paru

MOTTO

“Dan bahwa manusia hanya memperoleh apa yang telah diusahakannya, dan sesungguhnya usahanya itu kelak akan diperlihatkan (kepada-Nya), kemudian akan diberi balasan kepadanya dengan yang paling sempurna.”

(Q.S. An-Najm : 39-41)



KATA PENGANTAR



Segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat, hidayah, inayah serta kekuatan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan sebuah skripsi ini dengan judul “Pengaruh Pelatihan Kader Terhadap Keterampilan Kader Dalam Memberikan Informasi Pengobatan TB Di Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan”. Shalawat serta salam senantiasa tercurahkan kepada baginda Rasulullah Nabi Muhammad SAW, keluarga, sahabatnya serta pengikutnya hingga akhir zaman.

Penulis mampu menyelesaikan penyusunan skripsi ini merupakan sebuah pengalaman dan suatu pembelajaran yang sangat berharga dan tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak khususnya bantuan dari Allah SWT. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya atas bantuan yang telah diberikan berupa bimbingan, ide-ide, tenaga, maupun motivasi dan semangat kepada:

1. Bapak Mujito Hadi, MD., MM selaku Ketua Yayasan ITIKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Dr. Eka Ananta Sidharta selaku Ketua ITIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Kepala Puskesmas Gunung Bahagia beserta staff dan jajarannya, sebagai tempat pengambilan data penelitian yang telah bersedia memberikan izin untuk melakukan pengambilan data penelitian dan memberi masukan untuk penyusunan Skripsi ini.
4. Kader TB di wilayah kerja puskesmas yang telah membantu mendukung dalam kegiatan penyusunan Skripsi ini.
5. Ibu Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M. Kep, Sp. Kep. MB., selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan ITIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima Kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.

6. Ibu Ns. Siti Mukaromah, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.Kom , selaku Pembimbing I atas bimbingannya, saran dan masukan, serta ilmu dan pengalaman yang telah diberikan dan kesabarannya selama membimbing.
7. Ibu Ns. Siti Wardatun Hasanah,S.Kep,MM, selaku Pembimbing II atas bimbingan terbaiknya juga masukan dan ilmu-ilmunya yang sangat bermanfaat serta selama membimbing.
8. Bapak Penguji I saya Ns. Rusdi, M. Kep yang memberikan arahan kepada saya dalam penyelesaian skripsi saya
9. Ibu Penguji II saya Hj. Sumiati, M. Kes yang memberikan arahan kepada saya dalam penyelesaian skripsi saya
10. Bapak dan Ibu beserta staf dosen yang ada di lingkungan STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah banyak memberikan tambahan ilmu serta dukungan selama proses pembelajaran.
11. Teman-teman mahasiswa Institut Teknologi Kesehatan Wiyata Husada Samarinda, terimakasih atas persahabatan, persaudaraan, serta dukungan dan kerjasamanya terima kasih atas bantuan dan motivasi yang telah diberikan sampai saat ini sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

Semoga segala bantuan yang telah diberikan dan tidak ternilai harganya ini yang tidak dapat dibalas satu persatu oleh penulis mendapat imbalan dari Allah SWT dan dinilai sebagai amal ibadah di sisi Allah SWT, Amin Ya Robbal Alamin.

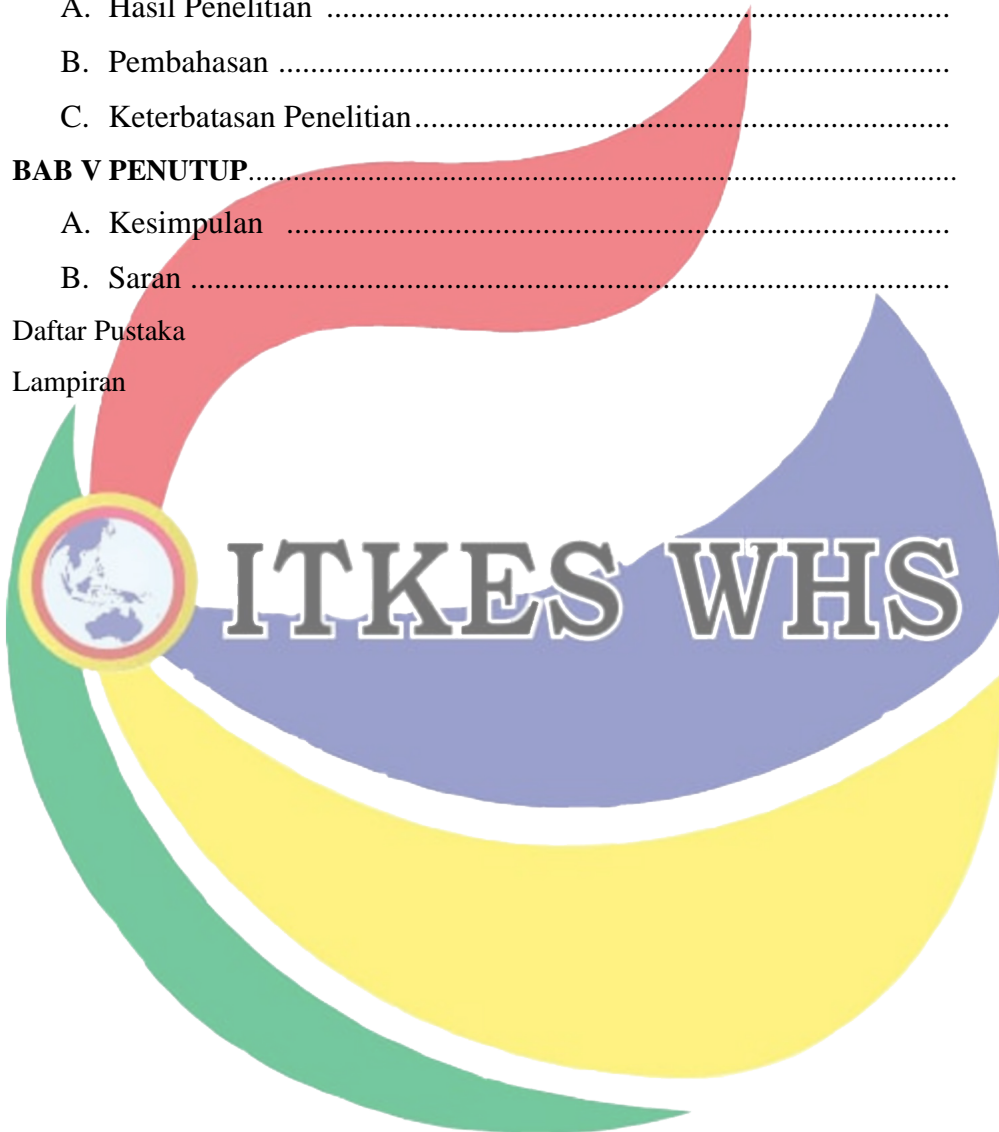
Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, sebagaimana sabda Rasulullah SAW “manusia adalah tempatnya salah dan lupa” karena kesempurnaan hanyalah milik Allah SWT. Oleh karena itu kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak sangat penulis harapkan demi perbaikan skripsi ini. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi para pembaca pada umumnya, mahasiswa Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur, dan peneliti selanjutnya sebagai referensi.

Samarinda, 29 Juli 2020

DAFTAR ISI

Halaman Sampul.....	i
Halaman Judul	ii
Halaman Pernyataan Keaslian Penelitian	iii
Halaman Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan	v
Motto.....	vi
Kata Pengantar.....	vii
Intisari	xi
Abstract	xii
Daftar Isi	xiii
Daftar Tabel.....	xvi
Daftar Gambar	xvii
Daftar Lampiran.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
E. Keaslian Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Telaah Pustaka	10
B. Penelitian Terkait	43
C. Kerangka Teori Penelitian	45
D. Kerangka Konsep Penelitian.....	46
E. Hipotesis.....	46
BAB III METODE PENELITIAN	48
A. Rancangan Penelitian	48
B. Populasi dan Sampel	49
C. Waktu dan Tempat Penelitian	52
D. Definisi Operasional.....	53
E. Instrumen Penelitian.....	54
F. Uji Validitas dan Reliabilitas	57

G. Teknik Pengumpulan Data	58
H. Teknik Analisa Data	59
I. Etika Penelitian	64
J. Jalannya Penelitian	66
K. Jadwal Penelitian.....	68
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	88
A. Hasil Penelitian	88
B. Pembahasan	94
C. Keterbatasan Penelitian.....	110
BAB V PENUTUP.....	111
A. Kesimpulan	111
B. Saran	112
Daftar Pustaka	
Lampiran	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang beberapa organ, sebagian besar menginfeksi paru. Resiko penularan kuman TB melalui droplet (percikan darah) pasien yang keluar saat pasien batuk atau bersin, droplet dapat berjumlah sekitar 3000 percikan darah setiap kali pasien bersin, penyebaran juga dapat terjadi pada ruangan yang terdapat droplet pada waktu yang lama, droplet dapat bertahan hidup beberapa jam dalam keadaan gelap dan lembab. Pengobatan TB dilakukan lama menggunakan kombinasi antibiotik lebih dari satu, tingkat resistensi kuman TB terhadap obat yang tinggi, serta stigma masyarakat yang tinggi menyebabkan masalah ini di atur dengan baik dalam Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (PMK-RI) No. 67 tahun 2016 tentang penanggulangan TB (Pusat dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Data *World Health Organization* (WHO) kasus TB di Indonesia mencapai 842 ribu atau Kejadian TB di Indonesia pada 2017 sebesar 319 kejadian per 100 ribu populasi. Sebanyak 442 ribu pengidap TB melapor dan sekitar 400 ribu lainnya tidak melapor atau tidak terdiagnosa. Penderita TB tersebut terdiri atas 492 ribu laki-laki, 349 ribu perempuan, dan 49 ribu anak-anak. Jumlah kasus TB Indonesia berada di urutan ketiga terbesar dunia setelah India yang mencapai 2,4 juta kasus dan Tiongkok 889 ribu kasus. Kasus TB di Indonesia terbesar akibat merokok, kurang gizi, diabetes, dan mengonsumsi alkohol. Tuberkulosis merupakan salah satu penyakit yang mematikan di Indonesia. Pada 2017, sebanyak 116 ribu jiwa meninggal akibat penyakit TB di Indonesia, termasuk 9.400 jiwa pengidap HIV yang terjangkit TB. Tidak kurang, 10 juta jiwa meninggal akibat TB di seluruh dunia. Meskipun jumlah kematian akibat tuberkulosis menurun 22% antara tahun 2000 dan 2015, namun tuberkulosis masih menempati peringkat ke-10 penyebab kematian tertinggi di dunia pada tahun 2016. Oleh sebab itu hingga saat ini TB masih

menjadi prioritas utama di dunia dan menjadi salah satu tujuan dalam SDGs (*Sustainability Development Goals*) (WHO, 2018).

Pengobatan TB adalah sebuah usaha untuk mencapai Tujuan perkembangan berkelanjutan *Sustainable Development Goals (SDG's)* komitmen negara-negara mencapai kesejahteraan di dunia. Pengobatan TB merupakan intervensi yang dilakukan untuk mencapai goals ketiga yaitu mencapai kesehatan dan kondisi yang baik, pada point ketiga adalah intervensi untuk mengakhiri epidemik penyakit menular, target pencapaian yang ditetapkan SDG's pada akhir strategi pengobatan TB adalah pengurangan angka kematian penderita TB sebesar 90% dan pengurangan sebesar 80% terhadap angka kejadian TB. Strategi nasional pengobatan TB di Indonesia pada tahun 2014 adalah memperluas dan meningkatkan pelayanan *Directly Observed Treatment Short-course (DOTS)* yang bermutu, menghadapi tantangan TB/HIV, MDR-TB, TB anak dan kebutuhan masyarakat miskin, pendekatan pelayanan terpadu, menjamin kebutuhan kepatuhan terhadap standar internasional penatalaksanaan TB dan memberdayakan pasien TB. Pengobatan TB adalah pokok penting dalam pengendalian TB. Pelaksanaan terapi medis adalah hal utama yang di kontrol petugas pelayanan kesehatan (WHO, 2017). Penanggulangan TB diselenggarakan secara terpadu oleh semua lapisan masyarakat baik pemerintah, swasta ataupun masyarakat. Peran dan kegiatan masyarakat dan organisasi masyarakat berperan dalam pencegahan TB, deteksi dini terduga TB, mendampingi orang terduga TB untuk memeriksakan diri (melakukan rujukan). Memberikan motivasi dan sebagai Pengawas Menelan Obat (PMO), memberikan dukungan sosial ekonomi berupa dukungan nutrisi, transport, suplemen pasien, memotivasi mantan pasien untuk mendampingi pasien TB lainnya selama pengobatan. Masyarakat dan organisasi masyarakat juga berperan Advokasi dan mengurangi stigma kepada pasien TB.

Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat Depkes RI menjelaskan kader adalah warga masyarakat setempat yang dipilih dan ditinjau oleh masyarakat dan dapat bekerja secara sukarela. Kader merupakan kunci keberhasilan program peningkatan pengetahuan dan keterampilan bidang kesehatan dalam

masyarakat. Keberadaan kader di masyarakat dalam pengobatan TB paru sangat strategis, karena kader dapat berperan sebagai penyuluh, membantu menemukan tersangka penderita secara dini, merujuk penderita dan sekaligus pengawas menelan obat bagi penderita TB paru secara langsung. Kader bisa saja tidak berasal dari latar belakang kesehatan yang mengetahui penyakit, sehingga kader harus mendapatkan pembinaan dalam upaya mencapai keberhasilan program penanggulangan TB. Indikator keberhasilan pelibatan masyarakat dan organisasi dalam pengobatan TB menurut PMK-RI no 60 tahun 2016 meliputi: (1) peningkatan jumlah pasien TB baru yang dirujuk oleh masyarakat; (2) Peningkatan keberhasilan pengobatan pasien TB yang diawasi masyarakat yang tercatat; (3) penurunan angka putus berobat pasien TB yang diawasi oleh masyarakat yang tercatat.

Data Ditjen Pencegahan dan pengendalian penyakit Kemenkes RI 2018, angka keberhasilan pengobatan tahun adalah 85,1 % yang menurun dratis dari tahun 2008 yang mencapai 89,5%. Angka kegagalan pengobatan 0,4%, hilang dari pengamatan 5,4% dan tidak dievaluasi sekitar 2,7% (Infodatin Kemenkes RI, 2018). Keikutsertaan kader dalam penemuan suspek TB oleh *Community TB-HIV Care* 'Aisyiyah Surakarta tahun 2018 mengalami fluktuatif, mengalami penurunan dalam 7 semester pelaksanaan program, Sehingga tujuan program juga mengalami fluktuatif. Penyelesaian masalah ini dapat dikendalikan dengan salah satunya meningkatkan kemampuan kader dalam melakukan pengobatan TB, yaitu meliputi penemuan kasus baru, pendamping minum obat, motivasi dukungan dan merujuk terduga untuk pasien TB untuk pemeriksaan lebih lanjut (Iswari, 2018). Kegiatan promotif masyarakat untuk mengajak, proses pendekatan ke masyarakat target memerlukan keterampilan tersendiri, sehingga kader tidak hanya dibekali oleh pengetahuan terkait penemuan, pengobatan TB, namun juga memerlukan pelatihan dalam melakukan komunikasi efektif dan metode penyuluhan efektif dalam memberikan informasi kepada masyarakat sasaran baik pasien TB maupun kepada masyarakat lainya (Salamah & Sutriany, 2018). Pengabdian masyarakat yang dilakukan oleh Salamah & Sutriany (2018) menjelaskan bahwa Hasil dari kegiatan pelatihan kader ini

meningkatkan kemampuan kader dalam memberikan penyuluhan kepada masyarakat dengan metode yang lebih menarik sehingga meningkatkan kepercayaan diri kader untuk bisa berbagi kepada masyarakat tentang kesehatan.

Teori keperawatan yang menjadi landasan dalam pemberian intervensi pelatihan kader yang merupakan sebuah *Health Promotion Model (HBM)* yang dikenal kan oleh Nola .J. Pender dengan konsep tindakan yang dilakukan akan mengurangi kerentanan terhadap kondisi atau keparahan (*perceived benefit*) dan pelatihan akan menjadi sebuah dorongan (*cue to action*) sehingga kader bisa meningkatkan kemampuan kader dalam pencapaian keberhasilan program (*Self efficacy*) (Alligood, 2013). Studi Pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Bahagia Kota Balikpapan didapatkan bahwa jumlah keseluruhan kader TB 20 orang dari keseluruhan kader (134 orang) Puskesmas Gunung Bahagia. Kegiatan yang dilakukan sebagai Pendamping Minum Obat (PMO), kader memonitor keluarga terdekat sebagai PMO dari pasien; melakukan survey kontak serumah; melakukan penjangkaran TB; berintegrasi dengan petugas TB puskesmas untuk mendapatkan data penderita TB untuk kegiatan “ketuk pintu”. Jumlah penemuan kasus setahun adalah 58 kasus, dengan keberhasilan pengobatan 75% dengan target nasional adalah 85 %. Tidak ditemukan kegagalan pengobatan namun terdapat dua kasus kekambuhan di wilayah kerja Puskesmas Gunung Bahagia Kota Samarinda. Peningkatan kemampuan kader terkait pengobatan diperlukan untuk mendapatkan tujuan dari program pengendalian kasus TB.

B. Rumusan Masalah

Penyakit TB masih merupakan penyakit yang berbahaya, karena masih termasuk dalam 10 kematian terbanyak di Dunia versi WHO tahun 2017, dan Indonesia menempati urutan ketiga setelah India dan China. Program pengobatan TB diatur dalam PMK-RI No 60 tahun 2016 artinya penyakit ini bukan merupakan penyakit yang biasa, karena dapat menurunkan produktivitas masyarakat dan berdampak luas karena kemudahan dalam penyebaran penyakit, kerentanan kegagalan akibat pengobatan lama.

Pengobatan TB salah satunya adalah meningkatkan partisipasi masyarakat, yaitu terkait kader TB di masyarakat. Kader diharapkan sebagai perpanjangan petugas kesehatan dalam masyarakat untuk menemukan kasus baru, membawa suspek TB untuk melakukan pengobatan, pendampingan minum obat, serta memotivasi pasien beserta keluarga untuk aktif dalam pencegahan penyakit TB. Pencapaian kader dalam keberhasilan TB masih bersifat fluktuatif, sehingga kader perlu terus ditingkat kemampuan untuk memberikan informasi terkait pengobatan TB ke masyarakat. Keterampilan tersebut terkait komunikasi efektif dan metode penyuluhan efektif kepada kader. Atas fenomena ini peneliti tertarik melakukan penelitian terkait “pengaruh pelatihan kader terhadap keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB di Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengalisis pengaruh pelatihan kader terhadap keterampilan kader dalam memberikan informasi Pengobatan TB di Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi Karakteristik responden (Umur, Pendidikan dan riwayat pelatihan TB)
- b. Mengidentifikasi keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB sebelum diberikan pelatihan
- c. Mengidentifikasi keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB sesudah diberikan pelatihan
- d. Menganalisis perbedaan keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB sebelum dan sesudah diberikan pelatihan

D. Manfaat

- a. Manfaat Teoritis

Modul pelatihan kader menjadi sebuah pembelajaran kepada mahasiswa pada pembelajaran keperawatan komunitas untuk meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam melatih kader di masyarakat.

b. Manfaat Praktis

a. Puskesmas

Memaksimalkan keberhasilan program pengobatan TB dengan pemberdayaan masyarakat untuk berpartisipasi sehingga dapat meningkatkan status kesehatan dari penyakit terutama penyakit TB.

b. Pasien TB

Menunjang keberhasilan pengobatan TB, meningkatkan dukungan untuk program pengobatan TB

E. Penelitian Terkait

1. Penelitian Andrastuti Prima Iswari Tahun 2018 yang berjudul “evaluasi faktor kinerja kader *Community TB-HIV care* ‘Aisyiyah dalam penemuan suspek TB di Surakarta”. Jenis penelitian yang dilakukan adalah kuantitatif dengan pendekatan kohor retrospektif dengan uji regresi berganda, pada kader TB berjumlah 52 yaitu keseluruhan kader TB di *Community TB-HIV care* ‘Aisyiyah Surakarta. Hasil penelitian didapatkan Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh keikutsertaan dan penghargaan terhadap penemuan suspek TB ($p < 0.25$; $RR > 1$). Semakin banyak kader yang ikut serta dalam mencari suspek maka semakin meningkat jumlah temuan suspek TB. Penghargaan cenderung menjadi motivasi kader *Community TB care* ‘Aisyiyah Kota Surakarta untuk menemukan lebih banyak suspek TB. Persamaan dan perbedaan dengan penelitian ini adalah sama-sama merupakan penelitian kuantitatif namun pada penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*, deskripsi analitik. Sampel yang terlibat sama-sama kader TB dengan analisis yang berbeda yaitu analisis yang direncanakan adalah *chi square* sedangkan pada penelitian Iswari (2018) adalah uji regresi berganda.
2. Penelitian Ni Putu Sumartini tahun 2014 dengan judul “Penguatan Peran Kader Kesehatan dalam Penemuan Kasus Tuberkulosis (TB) BTA Positif

melalui Edukasi dengan Pendekatan Theory Of Planned Behaviour (TPB)”. Metode penelitian yang digunakan adalah Rancangan penelitian ini adalah eksperimental. Jenisnya adalah *pretest posttest group design* dengan menggunakan kelompok control, masing-masing jumlah sampel adalah 32 orang. Perlakuan dilakukan selama 8 kali pertemuan, masing-masing selama 60 menit selama dua bulan. Media yang digunakan adalah Satuan Acara Penyuluhan (SAP), leaflet tentang TB dan peran dalam penemuan TB, kartu deteksi dini TB oleh kader, daftar suspek TB yang diperiksa dahak dan lembar observasi sarana dan prasarana penkes dan laboratorium. Uji statistik yang digunakan adalah uji *mann-whitney* didapatkan hasil pvalue 0,001 pretest – posttest pada kelompok perlakuan dan 0,387 pada kelompok Kontrol, peran kader setelah pelatihan pada kelompok control dan perlakuan mendapatkan pvalue 0,001 sehingga bisa disimpulkan bahwa pelatihan kader meningkatkan peran kader dalam penemuan kasus TB. Perbedaan dengan penelitian ini terkait target pelatihan adalah penemuan kasus sedangkan pada penelitian ini adalah keterampilan kader dalam pemberian informasi.

3. I Made Kusuma Wijaya, 2012 dengan judul “ Pengetahuan, Sikap dan Motivasi terhadap Keaktifan Kader dalam Pengendalian Tuberkulosis”. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara variabel pengetahuan dengan keaktifan kader ($p=0,012$; $OR=18.44$), antara sikap dengan keaktifan kader ($p=0,011$; $OR=8.08$), dan antara motivasi dengan keaktifan kader ($p=0,018$; $OR=15.01$). Kader kesehatan dengan pengetahuan tinggi memiliki kemungkinan untuk aktif 18 kali lebih besar daripada pengetahuan rendah. Kader kesehatan dengan sikap baik memiliki kemungkinan untuk aktif 8 kali lebih besar daripada sikap kurang. Kader kesehatan dengan motivasi tinggi memiliki kemungkinan untuk aktif 15 kali lebih besar daripada motivasi rendah. Simpulan penelitian terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan, sikap, dan motivasi dengan keaktifan kader kesehatan dalam pengobatan tuberkulosis. Persamaan dengan penelitian ini adalah jenis penelitian yang

digunakan, pada penelitian Wijaya (2012) adalah deskripsi analitis dan penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuasi eksperimen.

4. Putri Pebryanty, 2017 dengan judul “ Pengetahuan dan Tindakan Kader TB dalam Upaya Pengendalian Penyakit TB Paru di Kabupaten Kepulauan Meranti “. Berdasarkan hasil wawancara dengan ketua program TB di Puskesmas Alai, Kader ini sudah diberi pelatihan tentang TB oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Meranti, namun pelatihan yang diberikan hanya satu kali setelah dibentuknya Kader TB sehingga peran kader dalam penanggulangan TB masih kurang maksimal dan masih tingginya kasus yang meninggal karena penyakit TB. Kasus meninggal yang terjadi di Kabupaten Kepulauan Meranti pada tahun 2015 sebanyak 14 orang dari 202 penderita TB dibandingkan kasus meninggal yang disebabkan oleh TB di 11 Kabupaten kota Provinsi Riau lainnya, Jumlah kematian ini adalah yang paling tinggi. Persamaan dan perbedaan dengan penelitian ini adalah jenis penelitian, pada penelitian Pebrianty (2017) adalah deskripsi analitis sedangkan pada penelitian ini adalah kuasi eksperimen.
5. Ika Arni Anisah, 2017 dengan judul “ Faktor – faktor yang berhubungan dengan Keaktifan Kader Community TB Care Aisyah Surakarta”. Organisasi masyarakat mampu menjadi partner pemerintah dalam membantu pengentasan TB terutama upaya penemuan suspek dan menjadi PMO dalam menekan prevalensi MDR-TB (*Multi Drugs Resisten Tuberculosis*). Adapun salah satu organisasi masyarakat yang berpartisipasi pada program pemerintah dalam upaya pemberantasan TB yaitu organisasi ‘Aisyiyah. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian diatas adalah menggunakan variabel independent Pelatihan kader TB dan variabel dependen keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB. Metode penelitian yang digunakan adalah kuasi eksperimen. Penelitian diatas lebih banyak menekankan pada refreasing ilmu kepada kader guna meningkatnya ketrampilan yang dimaksud.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Pengendalian Tuberkulosis

a. Konsep Dasar Tuberkulosis

1) Definisi

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung paru yang disebabkan oleh kuman TBC (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman ini menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011).

2) Epidemiologi

Laporan WHO tahun 2013 ditemukan 8,6 juta kasus TB pada tahun 2012, 11 juta orang (13%) adalah pasien disertai dengan HIV Positif. Sekitar 75% dari pasien tersebut berada di wilayah afrika. Penderita TB *Multi Drug Resistance* (MDR) diperkirakan terdapat 450.000 orang dan 170.000 orang diantaranya meninggal dunia. Angka kematian karena TB sebagian besar terjadi pada pria tetapi angka kesakitan dan kematian wanita akibat TB juga sangat tinggi, diperkirakan terdapat 2,9 juta kasus TB pada tahun 2012 dengan jumlah kematian karena TB mencapai 410.000 juta kasus termasuk di antaranya adalah 160.000 orang wanita dengan HIV positif. Separuh dari orang HIV positif yang meninggal karena tahun 2012 adalah wanita. Proporsi kasus TB anak diantara seluruh kasus T secara global mencapai 6% (530.000 pasien TB anak/tahun). Jumlah kasus TB dan kematian TB tetap tinggi untuk penyakit yang sebenarnya bisa dicegah dan disembuhkan, namun angka prevalensi ini dapat menunjukkan keberhasilan dalam pengobatan TB. Peningkatan angka insiden TB secara global telah berhasil dihentikan dan telah menunjukkan tren penurunan (turun 2% per tahun pada tahun 2012), angka kematian juga sudah berhasil

diturunkan 45% bila dibandingkan tahun 1990 (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2014)..

Angka kejadian TB sekitar 75% adalah kelompok usia paling produktif secara ekonomis (15-50 tahun). Seorang pasien TB dewasa akan kehilangan waktu kerjanya selama 3-4 bulan, berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20-30% dan jika pasien TB meninggal maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TB juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial, seperti stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat. Penyebab utama meningkatnya beban masalah TB antara lain:

- a. Kemiskinan pada berbagai kelompok masyarakat, seperti pada negara-negara yang sedang berkembang
- b. Pertumbuhan ekonomi tinggi dengan disparitas yang terlalu besar, sehingga masyarakat masih mengalami masalah dengan kondisi sanitasi, papa, sandang dan pangan yang buruk
- c. Kegagalan program TB selama ini. Hal ini diakibatkan oleh:
 1. Tidak memadainya komitmen politik dan pendanaan
 2. Tidak memadainya organisasi pelayanan TB (kurang terakses oleh masyarakat, penemuan kasus /diagnosis yang tidak standar, obat tidak terjamin penyediaannya, tidak dilakukan pemantauan, pencatatan dan pelaporan yang standar, dan sebagainya).
 3. Tidak memadainya tatalaksana kasus (diagnosis dan paduan obat yang tidak standar, gagal menyembuhkan kasus yang telah didiagnosis)
 4. Salah persepsi terhadap manfaat dan efektifitas BCG.
 5. Infrastruktur kesehatan yang buruk pada negara-negara yang mengalami krisis ekonomi atau pergolakan masyarakat.
 6. Perubahan demografik karena meningkatnya penduduk

dunia dan perubahan struktur umur kependudukan.

7. Dampak pandemi HIV, munculnya pandemi HIV/AIDS di dunia menambah permasalahan TB. Koinfeksi dengan HIV akan meningkatkan risiko kejadian TB secara signifikan. Pada saat yang sama, kekebalan ganda kuman TB terhadap obat anti TB (*multidrug resistance = MDR*) semakin menjadi masalah akibat kasus yang tidak berhasil disembuhkan. Keadaan tersebut pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya epidemi TB yang sulit ditangani.

3) Etiologi dan Cara Penularan

Penyebab penyakit TB paru adalah *Mycrobacterium tuberculosis*, bakteri ini masuk dalam bentuk batang dan memiliki sifat tahan terhadap asam atau Batang Tahan Asam (BTA). Cara penularan bakteri ini adalah:

1. Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif.
2. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak.
3. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab.
4. Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut.
5. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara

dan lamanya menghirup udara tersebut.

Risiko Penularan

1. Risiko tertular tergantung dari tingkat pajanan dengan percikan dahak. Pasien TB paru dengan BTA positif memberikan kemungkinan risiko penularan lebih besar dari pasien TB paru dengan BTA negatif.
2. Risiko penularan setiap tahunnya di tunjukkan dengan *Annual Risk of Tuberculosis Infection (ARTI)* yaitu proporsi penduduk yang berisiko Terinfeksi TB selama satu tahun. ARTI sebesar 1%, berarti 10 (sepuluh) orang diantara 1000 penduduk terinfeksi setiap tahun.
3. ARTI di Indonesia bervariasi antara 1-3%.
4. Infeksi TB dibuktikan dengan perubahan reaksi tuberkulin negatif menjadi positif.

Risiko Menjadi Sakit TB

1. Hanya sekitar 10% yang terinfeksi TB akan menjadi sakit TB.
2. Dengan ARTI 1%, diperkirakan diantara 100.000 penduduk rata-rata terjadi 1000 terinfeksi TB dan 10% diantaranya (100 orang) akan menjadi sakit TB setiap tahun. Sekitar 50 diantaranya adalah pasien TB BTA positif.
3. Faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi pasien TB adalah daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi (gizi buruk).
4. HIV merupakan faktor risiko yang paling kuat bagi yang terinfeksi TB menjadi sakit TB. Infeksi HIV mengakibatkan kerusakan luas sistem daya tahan tubuh seluler (*cellular immunity*), sehingga jika terjadi infeksi

penyerta (*oportunistic*), seperti tuberkulosis, maka yang bersangkutan akan menjadi sakit parah bahkan bisa mengakibatkan kematian. Bila jumlah orang terinfeksi HIV meningkat, maka jumlah pasien TB akan meningkat, dengan demikian penularan TB di masyarakat akan meningkat pula. Pasien TB yang tidak diobati, setelah 5 tahun, 50% akan meninggal, 25% akan sembuh sendiri dengan daya tahan tubuh yang tinggi dan 25% menjadi kasus kronis yang tetap menular.

4) Gejala Klinis 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 diatas dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain TB, seperti bronkiektasis, bronkitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain. Mengingat prevalensi TB di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang yang datang ke UPK dengan gejala tersebut diatas, dianggap sebagai seorang tersangka (suspek) pasien TB, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung

Gejala klinis TB dapat dibagi menjadi 2 golongan, yaitu gejala lokal dan gejala sistemik. Bila organ yang terkena adalah paru maka gejala lokal ialah gejala respiratori. Gejala respiratori sangat bervariasi dari mulai tidak bergejala sampai gejala yang cukup berat bergantung dari luas lesi. Gejala respiratorik terdiri dari: batuk produktif ≥ 2 minggu, batuk darah, sesak nafas, nyeri dada. Gejala sistemik yang timbul dapat berupa: demam, keringat malam, anoreksia dan berat badan menurun.

5) **Diagnosis TB paru**

Penemuan penderita TB dilakukan secara pasif artinya penjarangan suspek penderita dilaksanakan pada mereka yang datang berkunjung ke unit pelayanan kesehatan. Penemuan secara pasif tersebut didukung dengan penyuluhan secara aktif, baik oleh petugas kesehatan maupun masyarakat untuk meningkatkan cakupan penemuan tersangka penderita. Cara ini biasa dikenal dengan sebutan *passive promotive case finding* (penemuan penderita secara pasif dengan promosi yang aktif)

Selain itu semua yang memiliki kontak dengan penderita TB paru BTA positif dengan gejala sama harus diperiksa dahaknya. Seorang petugas kesehatan diharapkan menemukan tersangka penderita sedini mungkin, mengingat tuberkulosis adalah penyakit menular yang dapat mengakibatkan kematian. Semua tersangka penderita harus diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari berturut-turut yaitu Sewaktu – Pagi - Sewaktu (SPS).

Diagnosis TB dapat ditegakkan berdasarkan gejala klinis, pemeriksaan fisis, pemeriksaan bakteriologis, radiologis dan pemeriksaan penunjang lainnya. Pada pemeriksaan fisis, kelainan paru pada umumnya terletak di daerah lobus superior terutama daerah apeks dan segmen posterior, serta daerah apeks lobus inferior. Pada pemeriksaan fisis dapat ditemukan antara lain suara nafas bronkial, amforik, suara napas melemah, ronki basah, tanda-tanda penarikan paru, diafragma, dan mediastinum (PDPI, 2011). TB paru yang lanjut dengan fibrosis yang luas sering ditemukan atrofi dan retraksi otot-otot interkostal. Bagian paru yang sakit jadi menciut dan menarik isi mediastinum atau paru lainnya (Amin dan Bahar, 2009).

Pemeriksaan radiologi, gambaran yang dicurigai sebagai lesi TB aktif adalah: bayangan berawan atau nodular disegmen apikal dan posterior lobus atas paru dan segmen superior lobus

bawah, kavitas, terutama lebih dari satu, dikelilingi oleh bayangan opak berawan atau nodular, bayangan bercak milier. Efusi pleura unilateral (umumnya) atau bilateral (jarang).

Beberapa cara pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis TB yaitu dengan cara konvensional dan tidak konvensional. Cara konvensional terdiri dari pemeriksaan mikroskopik, biakan kuman, uji kepekaan terhadap obat, dan identifikasi keberadaan kuman isolat serta pemeriksaan histopatologis (Amin, Z., & Bahar, A.2006). Pemeriksaan sputum merupakan hal yang penting karena dengan ditemukannya kuman BTA, diagnosis TB sudah bisa ditegakkan. Dikatakan BTA (+) jika ditemukan dua atau lebih dahak BTA (+) atau 1 BTA (+) disertai dengan hasil radiologi yang menunjukkan TB aktif.

Semua suspek TB diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari, yaitu *sewaktu-pagi-sewaktu* (SPS). 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. 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*. Gambaran kelainan radiologik paru tidak selalu menunjukkan aktifitas penyakit. Untuk lebih jelasnya lihat alur prosedur diagnostik untuk suspek TB paru.

6) Pengobatan Pasien TB

Tujuan pengobatan TB adalah untuk menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup, mencegah terjadinya kematian oleh karena TB atau dampak buru selanjutnya, mencegah terjadinya kekambuhan, menurunkan penularan TB, mencegah

terjadinya penularan resistensi obat. Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah komponen penting dalam pengobatan TB, merupakan salah satu upaya efisien untuk mengurangi penyebaran lebih lanjut dari kuman TB. Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip, antara lain: pengobatan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi, diberikan dalam dosis yang tepat, ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh pengawas minum obat sampai selesai pengobatan, pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup terbagi dalam tahap awal serta tahap lanjutan untuk mencegah kekambuhan. Tahapan pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan, tahap awal pengobatan diberikan setiap hari, pada tahap ini bertujuan untuk meminimalisir pengaruh dari sebaran kecil kuman yang mungkin sudah resisten sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan, dilakukan pada semua pasien baru dan harus diberikan selama dua bulan, umumnya dengan pengobatan rutin tanpa adanya penyulit, daya penularan sangat menurun setelah pengobatan selama dua minggu. Tahap lanjutan, merupakan tahap yang penting untuk membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh khususnya kuman persisten sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan.

Tabel 2.1 OAT Lini Pertama

Jenis	Sifat	Efek Samping
Isoniazid (H)	Bakterisidal	Neuropati perifer, psikosis toksis, gangguan fungsi hati, kejang
Rifampisin (R)	Bakterisidal	Flu sindrom, gangguan gastrointestinal, urin berwarna merah, gangguan fungsi hati, trombositopeni, demam, <i>rash</i> sesak nafas, anemia hemolitik
Pirazinamid (Z)	Bakterisidal	Gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati, gout arthritis
Streptomisin (S)	Bakterisidal	Nyeri ditempat suntikan, gangguan keseimbangan dan pendengaran, renjatan anafilaktik, anemia, agranulositosis, trombositopeni
Etambutol (E)	Bakteriostatik	Gangguan penglihatan, buta warna, neuritis perifer

(Sumber: Kemenkes, 2014)

Panduan OAT yang digunakan di Indonesia (sesuai rekomendasi WHO dan *International Standar Tuberculosis* (ISTC)) adalah kategori 1 yaitu 2 (HRZE)/4 (HR) 3; kategori 2 yaitu 2 (HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3; kategori anak yaitu 2 (HRZ)/4(HR) atau 2HRZA(S)/4-10 HR; obat yang digunakan dalam tatalaksanaan pasien TB resisten obat di Indonesia terdiri dari OAT lini kedua yaitu kanamisin, kepreomisin, levofloksasin, etionamide, sikloserin, moksifloksasin dan PAS, serta OAT lini satu, yaitu priazinamid dan etambutol. OAT kategori satu dan kategori dua disediakan dalam bentuk paket obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT). Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 2 atau 4 obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien, panduan dibuat untuk satu pasien. Paket kombipak adalah paket obat lepas yang terdiri dari isoniazid, rifapisin, pirazinamid dan etambutol yang dikemas dalam bentuk blister. Panduan OAT digunakan pada pasien yang timbul efek samping pada pengobatan OAT-KDT sebelumnya. Pengobatan diberikan dalam satu paket, satu paket satu pasien dan satu kali pengobatan untuk memudahkan pengobatan dan menjamin kontinuitas.

7) Pemantauan kemajuan dan hasil pengobatan TB

a) Pemantauan kemajuan dan pengobatan TB

Pemantauan hasil pengobatan orang dewasa dilaksanakan dengan pemeriksaan ulang dahak secara makroskopis, dan pemeriksaan dahak makroskopik lebih baik dari pada pemeriksaan radiologi memantau kemajuan pengobatan. Pemeriksaan dahak dilakukan dua kali yaitu sewaktu dan pagi, hasil positif bila ditemukan salah satu positif, negatif bila kedua uji dahak didapatkan negatif. Setelah pengobatan tahap awal, pasien akan diperiksa dahak dan tanpa melihat hasil dahak BTA positif atau

negative, pasien melanjutkan untuk obat tahap lanjutan. Setelah lima bulan akan diperiksa dahak kembali, bila hasil negatif, pengobatan tetap dilanjutkan hingga keseluruhan dosis selesai dan dilakukan pemeriksaan ulang dahak pasien.

Pemeriksaan pada tahap awal didapatkan negatif pada pasien baru maupun pengobatan ulang akan melanjutkan tahap pengobatan, selanjutnya akan diperiksa ulang dahak pada bulan kelima dan akhir pengobatan). Apabila pada tahap pertama didapatkan positif pada pasien baru untuk dilakkan pengkajian apakah pengobatan tidak teratur, apabila tidak teratur maka diskusikan dengan pasien tentang pentingnya berobat teratur. Segera berikan dosis tahap lanjutan (tanpa memberikan OAT sisipan) dan lakukangan pemeriksaan ulang dahak setelah pemberian OAT tahap lanjutan satu bulan. Hasil pemeriksaan dahak ulang tetap positif lakukan uji kepekaan obat, bila tidak memungkinkan melakukan uji kepekaan obat lakukan pemeriksaan ulang dahak pada akhir bulan kelima (menyelesaikan dosis obat pada bulan kelima). Setelah pemeriksaan tahap pertama didapatkan hasil positif pada pasien dengan pengobatan ulang, lakukan pengkajian apakah pengobatan tidak teratur, dan diskusikan tentang pentingnya berobat teratur, pasien dinyatakan terduga resistensi TB MDR, lakukan uji kepekaan obat atau dirujuk RS pusat rujukan TB MDR, apabila tidak bisa dilakukan pemeriksaan uji kepekaan obat atay dirujuk ke RS pusat rujukan TB MDR, segera berikan dosi OAT tahap lanjutan (tanpa pemberian OAT sisipan) dan diperiksa ulang dahak kembali pada akhir bulan kelima (menyelesaikan dosis OAT bulan kelima).

Pemeriksaan ulang pada bulan kelima atau lebih dilakukan setelah pengobatan di bulan kelima, bila hasilnya negative maka pengobatan akan dilanjutkan sampai seluruh dosis pengobatan selesai diberikan. Namun, bila hasil pemeriksaan dafaknya positif, pengobatan dikatakan gagal dan pasien dinyatakan terduga pasien

TB MDR. Pemeriksaan uji kepekaan obat atau dirujuk ke RS pusat rujukan TB MDR. Pasien baru atau pasien yang mendapatkan pengobatan OAT kategori satu dinyatakan pengobatan gagal, karena belum bisa dilakukan uji kepekaan obat maka diberikan OAT kategori dua dari awal, sedangkan pada pasien TB pengobatan ulang atau pasien yang mendapatkan pengobatan kategori dua, pengobatan yang dinyatakan gagal harus diupayakan semaksimal mungkin untuk dilakukan uji kepekaan obat ke RS pusat rujukan TB MDR, bila rujukan belum bisa dilakukan berikan penjelasan, pengetahuan dan selalu dipantau kepatuhan terhadap upaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

b) Hasil pengobatan TB

Tabel 2.2 Hasil pengobatan TB

Hasil Pengobatan	Definisi
Sembuh	Pasien TB paru dengan hasil pemeriksaan bakteriologis positif pada pemeriksaan awal pengobatan yang hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan menjadi negative dan pada salah satu pemeriksaan sebelumnya.
Pengobatan lengkap	Pasien TB yang telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dimana pada salah satu pemeriksaan sebelum akhir pengobatan hasilnya negative namun tanpa bukti hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan
Gagal	Pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau selama pengobatan atau kapan saja apabila selama dalam pengobatan diperoleh hasil laboratorium yang menunjukkan resistensi OAT
Meninggal	Pasien TB yang meninggal oleh sebab apapun sebelum atau sedang dalam pengobatan
Putus berobat	Pasien TB yang tidak memulai pengobatan atau yang pengobatannya terputus selama dua bulan terus menerus atau lebih
Tidak dievaluasi	Pasien TB yang tidak diketahui akhir pengobatannya termasuk dalam kriteria ini adalah pasien pindah (<i>transfer out</i>) ke kabupaten lain/kota lain dimana hasil akhir pengobatannya tidak diketahui oleh kabupaten/kota yang ditinggalkan.

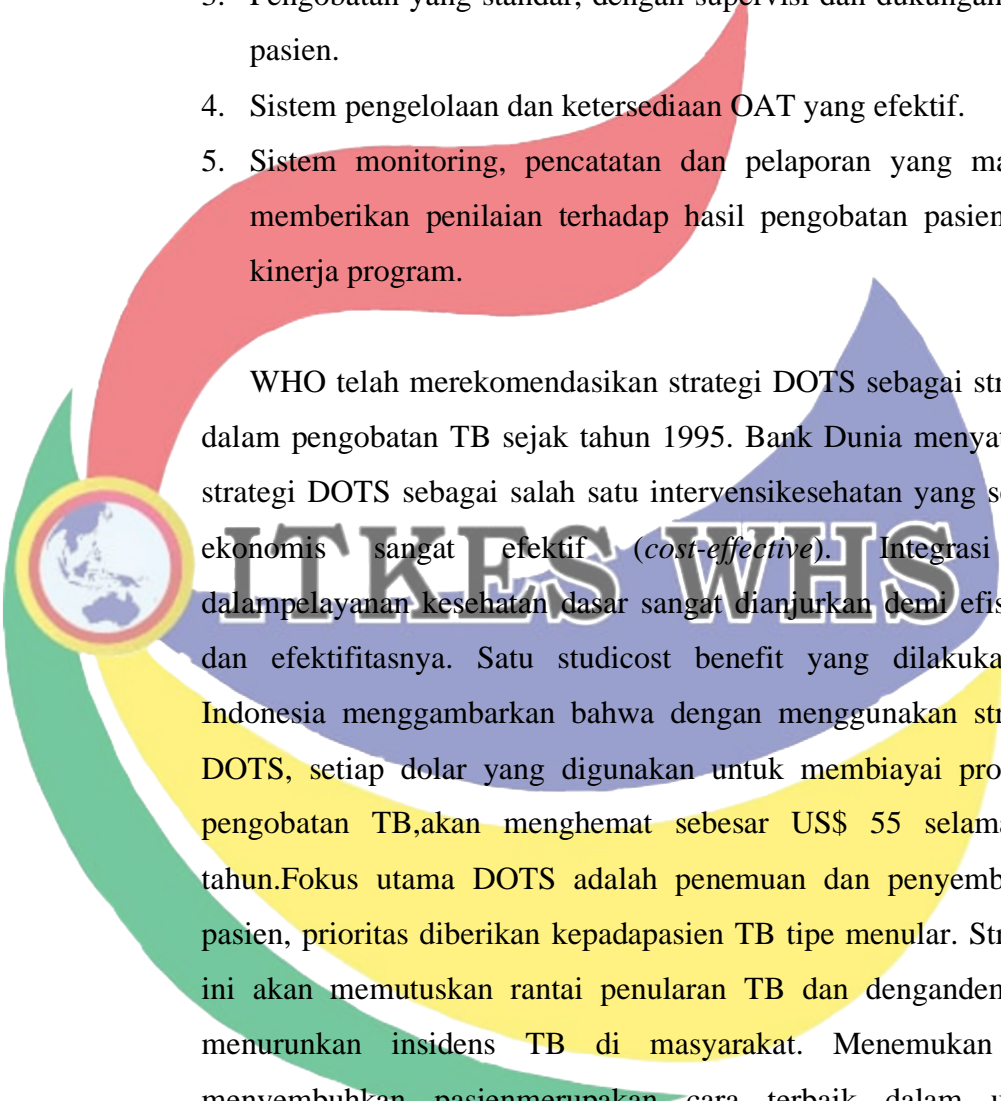
(Sumber: Kemenkes, 2014)

2. Pengendalian Tuberkulosis Paru

Peningkatan kasus TB, pada awal tahun 1990-an WHO dan IUATLD mengembangkan strategi pengobatan TB yang dikenal

sebagai strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*). Strategi DOTS terdiri dari 5 komponen kunci, yaitu:

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



WHO telah merekomendasikan strategi DOTS sebagai strategi dalam pengobatan TB sejak tahun 1995. Bank Dunia menyatakan strategi DOTS sebagai salah satu intervensi kesehatan yang secara ekonomis sangat efektif (*cost-effective*). Integrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar sangat dianjurkan demi efisiensi dan efektifitasnya. Satu studi cost benefit yang dilakukan di Indonesia menggambarkan bahwa dengan menggunakan strategi DOTS, setiap dolar yang digunakan untuk membiayai program pengobatan TB, akan menghemat sebesar US\$ 55 selama 20 tahun. Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, prioritas diberikan kepada pasien TB tipe menular. Strategi ini akan memutuskan rantai penularan TB dan dengandemikian menurunkan insidens TB di masyarakat. Menemukan dan menyembuhkan pasien merupakan cara terbaik dalam upaya pencegahan penularan TB.

Dengan semakin berkembangnya tantangan yang dihadapi program di banyak negara. Pada tahun 2005 strategi DOTS di atas oleh Global stop TB partnership strategi DOTS tersebut diperluas menjadi “Strategi Stop TB”, yaitu:

1. Mencapai, mengoptimalkan dan mempertahankan mutu DOTS
2. Merespon masalah TB-HIV, MDR-TB dan tantangan lainnya
3. Berkontribusi dalam penguatan system kesehatan
4. Melibatkan semua pemberi pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta.
5. Memberdayakan pasien dan masyarakat
6. Melaksanakan dan mengembangkan penelitian

Pada tahun 2013 muncul usulan dari beberapa negara anggota WHO yang mengusulkan adanya strategi baru untuk mengendalikan TB yang mampu menahan laju infeksi baru, mencegah kematian akibat TB, mengurangi dampak ekonomi akibat TB dan mampu meletakkan landasan ke arah eliminasi TB. Eliminasi TB akan tercapai bila angka insidensi TB berhasil diturunkan mencapai 1 kasus TB per 1 juta penduduk, sedangkan kondisi yang memungkinkan pencapaian eliminasi TB pra eliminasi) adalah bila angka insidensi mampu dikurangi menjadi 10 per 100.000 penduduk. Dengan angka insidensi global tahun 2012 mencapai 122 per 100.000 penduduk dan penurunan angka insidensi sebesar 1-2% setahun maka TB akan memasuki kondisi pra eliminasi pada tahun 2160. Untuk itu perlu ditetapkan strategi baru yang lebih komprehensif bagi pengobatan TB secara global. Pada sidang WHA ke 67 tahun 2014 ditetapkan resolusi mengenai strategi pengobatan TB global pasca 2015 yang bertujuan untuk menghentikan epidemi global TB pada tahun 2035 yang ditandai dengan: (1) Penurunan angka kematian akibat TB sebesar 95% dari angka tahun 2015; (2) Penurunan angka insidensi TB sebesar 90% (menjadi 10/100.000 penduduk)

Strategi tersebut dituangkan dalam 3 pilar strategi utama dan komponen-komponenya yaitu:

i. Integrasi layanan TB berpusat pada pasien dan upaya pencegahan TB

- a. Diagnosis TB sedini mungkin, termasuk uji kepekaan OAT bagi semua dan penapisan TB secara sistematis bagi kontak dan kelompok populasi beresiko tinggi.
- b. Pengobatan untuk semua pasien TB, termasuk untuk penderita resistan obat dengan disertai dukungan yang berpusat pada kebutuhan pasien (patient-centred support)
- c. Kegiatan kolaborasi TB/HIV dan tata laksana komorbid TB yang lain.
- d. Upaya pemberian pengobatan pencegahan pada kelompok rentan dan beresiko tinggi serta pemberian vaksinasi untuk mencegah TB.

2. Kebijakan dan sistem pendukung yang berani dan jelas.

- a. Komitmen politis yang diwujudkan dalam pemenuhan kebutuhan layanan dan pencegahan TB.
- b. Keterlibatan aktif masyarakat, organisasi sosial kemasyarakatan dan pemberi layanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta.
- c. Penerapan layanan kesehatan semesta (universal health coverage) dan kerangka kebijakan lain yang mendukung pengobatan TB seperti wajib lapor, registrasi vital, tatakelola dan penggunaan obat rasional serta pengendalian infeksi.
- d. Jaminan sosial, pengentasan kemiskinan dan kegiatan lain untuk mengurangi dampak determinan sosial terhadap TB.

3. Intensifikasi riset dan inovasi

- a. Penemuan, pengembangan dan penerapan secara

cepat alat, metode intervensi dan strategi baru pengobatan TB.

- b. Pengembangan riset untuk optimalisasi pelaksanaan kegiatan dan merangsang inovasi baru untuk mempercepat pengembangan program pengobatan TB.

Kebijakan Pengobatan TB di Indonesia.

1. Pengobatan TB di Indonesia dilaksanakan sesuai dengan azas desentralisasi dalam kerangka otonomi dengan Kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program, yang meliputi: perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta menjamin ketersediaan sumber daya (dana, tenaga, sarana dan prasarana).
2. Pengobatan TB dilaksanakan dengan menggunakan strategi DOTS sebagai kerangka dasar dan memperhatikan strategi global untuk mengendalikan TB (*Global Stop TB Strategy*).
3. Penguatan kebijakan ditujukan untuk meningkatkan komitmen daerah terhadap program pengobatan TB.
4. Penguatan pengobatan TB dan pengembangannya ditujukan terhadap peningkatan mutu pelayanan, kemudahan akses untuk penemuan dan pengobatan sehingga mampu memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya TB resistan obat.
5. Penemuan dan pengobatan dalam rangka pengobatan TB dilaksanakan oleh seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), meliputi: Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta, Rumah Sakit Paru (RSP), Balai Besar/Balai Kesehatan Paru Masyarakat (B/BKPM), Klinik Pengobatan serta Dokter Praktek Mandiri (DPM).
6. Pengobatan untuk TB tanpa penyulit dilaksanakan di FKTP. Pengobatan TB dengan tingkat kesulitan yang tidak dapat

ditatalaksana di FKTP akan dilakukan di FKRTL dengan mekanisme rujuk balik apabila faktor penyulit telah dapat ditangani.

7. Pengobatan TB dilaksanakan melalui penggalangan kerja sama dan kemitraan diantara sektor pemerintah, non pemerintah, swasta dan masyarakat dalam wujud Gerakan Terpadu Nasional Pengobatan TB (Gerdunas TB).
8. Peningkatan kemampuan laboratorium diberbagai tingkat pelayanan ditujukan untuk peningkatan mutu dan akses layanan.
9. Obat Anti Tuberkulosis (OAT) untuk pengobatan TB diberikan secara cuma-cuma dan dikelola dengan manajemen logistik yang efektif demi menjamin ketersediaannya. Ketersediaan tenaga yang kompeten dalam jumlah yang memadai untuk meningkatkan dan mempertahankan kinerja program.
10. Pengobatan TB lebih diprioritaskan kepada kelompok miskin dan kelompok rentan lainnya terhadap TB.
11. Pasien TB tidak dijauhkan dari keluarga, masyarakat dan pekerjaannya.
12. Memperhatikan komitmen terhadap pencapaian target strategi global pengobatan TB.

3. Peran Puskesmas dalam Program Pengobatan TB

Kepatuhan terhadap pengobatan tidak hanya kepatuhan terhadap asupan obat, namun juga untuk proses dinamis dan multidimensi yang melibatkan aspek perilaku, psikis dan sosial; membutuhkan tindakan yang sinergis dari pembuat keputusan dan tanggung jawab antara antara pasien atau penderita TB, tim kesehatan dan jaringan pendukung lainnya. Pendekatan ini harus mempertimbangkan keunikan individu, mengumpulkan panduan dan penjadwal program terapeutik pada gaya hidup pasien, dukungan keluarga, sosial dan bahkan emosional pasien. Pengobatan TB secara efektif dapat dicapai dengan mengontrol

perilaku pasien selama proses penyembuhan karena dapat menjadi faktor utama keberhasilan terapeutik (Beraldo, 2017).

Kepatuhan mencakup faktor terkait petugas dan pelayanan kesehatan yang berfokus pada individu secara eksklusif terhadap prosedur, mengumpulkan panduan, pemasangan jadwal terapeutik untuk gaya hidup pasien, klarifikasi, dan dukungan sosial. Tim perawat pantas mendapat perhatian khusus karena konteks sejarah kasus TB mereka manajemen, dan tindakan yang ditujukan untuk pencegahan, pengendalian dan penghapusan TB. Para profesional ini memastikan perawatan yang diamati secara langsung (DOT) menghindari komplikasi yang bisa dilakukan (Beraldo, 2017).

Upaya yang dilakukan oleh puskesmas dan perawat puskesmas dalam partisipasi kepatuhan pasien terlihat dari kegiatan sebagai berikut: memberikan panduan terkait TB, panduan untuk mencari informasi terkait penyakit di buku atau internet, memberikan kesempatan kepada pasien TB untuk berbicara dan mengungkapkan informasi, menjadwalkan setiap bulan pertemuan atau kontrol ke puskesmas, memberikan panduan terkait uji diagnostic TB, memberikan panduan bagaimana cara meminum obat TB, memberikan informasi tertulis mengenai program terapi kepada pasien, memberikan dorongan untuk melanjutkan pengobatan TB; menginstruksikan kepada pasien TB untuk mencari layanan kesehatan jika ada keraguan tentang perawatan; memberikan panduan untuk mengamati apakah gejala membaik selama pengobatan; memberikan panduan tentang apa yang harus dilakukan jika gejala memburuk; memberikan panduan tentang kebiasaan yang harus diadopsi untuk memiliki kehidupan yang lebih sehat; bimbingan anggota keluarga untuk menjalani tes TB; menyediakan waktu untuk membicarakan keraguan dan atau kekhawatiran; menawarkan DOT; memberikan bantuan insentif untuk melakukan perawatan; memfasilitasi pasien untuk berpartisipasi dalam kelompok pasien TB (Beraldo, 2017).

4. Gerakan Masyarakat Memberantas Penyakit Tuberkulosis

Gerakan Masyarakat memberantas penyakit TB (GETAS TB) adalah program inovasi dari Puskesmas Gunung Bahagia sebagai program internal dalam pengendalian TB berdasarkan PMK-RI No 60 tahun 2016. Tujuan umum kegiatan inovasi GETAS TB adalah menemukan dan mengobati tuberculosis sampai sembuh. Sedangkan tujuan khusus adalah meningkatkan penemuan suspek TB, meningkatkan penemuan TB BTA positif, meningkatkan angka kesembuhan dan *success rate*, mencegah MDR, meningkatkan penemuan kasus TB anak, meningkatkan pemahaman masyarakat, dan mencegah penularan TB.

Kegiatan pokok dari kegiatan GETAS TB terdiri dari (1) Pelatihan/refreshing kader TB; (2) TB *mobile*; (3) kader ketuk pintu; (4) Kelas PMO; (5) gema cermat terintegrasi (GEMATI); (5) pemberian PMT kepada penderita TB; (6) skrining TB melalui kegiatan dalam gedung dan luar gedung (GERMAS, posyandu, kunjungan PIS PK). Rincian kegiatan akan dijelaskan pada table 2.3 berikut.

Tabel 2.3 Rincian Kegiatan GETAS TB

No	Kegiatan	Rincian
1	Pelatihan/ Refreshing kader TB	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tahap persiapan melalui rapat perencanaan dengan tim TB, koordinasi jadwal acara dengan kader TB, membuat undangan, menyiapkan paket. 2) Pelaksanaan kegiatan yang meliputi : registrasi, pembukaan, pre test, pemaparan materi, diskusi dan tanya jawab, post test, pembacaan kesepakatan, penutup. 3) Pengisian lembar evaluasi dan survey akses. 4) Evaluasi
2	TB <i>Mobile</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tahap persiapan melalui rapat perencanaan dengan tim TB, koordinasi kegiatan dan jadwal dengan kader TB, ketua RT wilayah kantong TB, Dinas Kesehatan Kota. 2) Tahap pelaksanaan kegiatan yang meliputi : pembukaan, sambutan-sambutan, penyuluhan tentang TB, diskusi dan Tanya jawab, skrining terduga TB, penutup.

		3) Evaluasi
3	Kader Ketuk Pintu	1) Tahap persiapan meliputi rapat koordinasi dengan kader TB terkait wilayah yang akan dilakukan kegiatan ketuk pintu dan waktu kegiatan. 2) Tahap pelaksanaan meliputi kunjungan ke rumah ketua RT terkait kegiatan, kunjungan ke rumah warga untuk melakukan penyuluhan TB dan skrining TB pada anggota keluarga. 3) Pencatatan, pelaporan dan evaluasi.
4	Kelas PMO	1) Tahap persiapan melalui rapat perencanaan dengan tim TB, koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kota untuk fasilitas narasumber. 2) Tahap pelaksanaan kegiatan yang meliputi : pembukaan, penyuluhan tentang TB, berbagi pengalaman dan motivasi dari penderita TB yang sudah sembuh, diskusi dan tanya jawab, penutup. 3) Evaluasi
5	Gema Cermat Terintegrasi (GETAS TB)	1) Tahap persiapan yaitu penentuan jadwal kegiatan oleh tim TB berintegrasi dengan tim GETAS TB. 2) Tahap pelaksanaan yaitu : materi tentang GETAS TB. 3) Evaluasi
6	Pemberian PMT kepada penderita TB	1) Tahap persiapan : rapat perencanaan pengadaan bahan makanan tambahan dengan PPTK dan pejabat pengadaan barang, menentukan calon penerima PMT TB melalui pengukuran status gizi dan status ekonomi. 2) Tahap pelaksanaan : memberikan PMT TB kepada penderita TB, memberikan penyuluhan tentang gizi seimbang, pengukuran berat badan dan tinggi badan penderita TB. 3) Evaluasi

Sasaran dari kegiatan GETAS TB adalah masyarakat di wilayah Puskesmas Gunung Bahagia dengan target untuk penemuan suspek TB tahun 2019 sejumlah 421 suspek; target temuan kasus sebanyak 105 orang; target penemuan TB anak sebanyak 13 orang; target angka kesembuhan sebanyak 85 %; target *success rate* sebanyak 90 %; target kader TB terlatih sebanyak 20 orang; target kegiatan TB mobile sebanyak 1 kali; target kegiatan kader ketuk pintu sebanyak 1 kali; target

penderita TB yang diberi PMT sebanyak 2 orang; target kegiatan kelas PMO sebanyak 2 kali, dengan jumlah peserta 20 orang; target kegiatan GETAS TB sebanyak 2 kali.

Monitoring dan evaluasi kegiatan dilaksanakan setiap bulan dengan melihat capaian dari target tersebut diatas, melalui morning report dan lokakarya mini bulanan. Laporan hasil kegiatan disusun oleh penanggung jawab program setiap bulan dengan menggunakan instrument yang digunakan oleh program TB. Pencatatan, pelaporan dan evaluasi kegiatan. Pencatatan kegiatan menggunakan format dari program TB dan format laporan kegiatan Puskesmas Gunung Bahagia disertai dengan dokumentasi yang diperlukan yaitu undangan, daftar hadir, notulen, foto/video. Pelaporan disusun oleh penanggung jawab program setiap 3 bulan dan dilaporkan kepada Kepala UPTD Puskesmas Gunung Bahagia.

5. Kaderisasi

a. Pengertian Kader

Kader kesehatan adalah tenaga yang berasal dari masyarakat yang dipilih oleh masyarakat dan bekerja bersama untuk masyarakat secara sukarela (Mantra, 1983). Kader kesehatan masyarakat adalah laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat setra untuk bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan (WHO, 2013). Kader sebagai warga masyarakat setempat yang dipilih dan ditinjau oleh masyarakat dan dapat bekerja secara sukarela. Kader secara sukarela bersedia berperan melaksanakan dan mengelola kegiatan keluarga berencana di desa (Karwati, dkk, 2009). Kader merupakan tenaga masyarakat yang dianggap paling dekat dengan masyarakat dan diharapkan mereka dapat melakukan pekerjaannya secarasukarela tanpa menuntut imbalan berupa uang atau materi lainnya. Namun ada juga kader kesehatan yang disediakan sebuah

rumah atau sebuah kamar serta beberapa peralatan secukupnya oleh masyarakat setempat (Meilani, N., dkk, 2008).

b. Peran dan Tugas Kader

1) Peran Kader

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan dimiliki oleh berkedudukan dalam masyarakat (Lukman, Ali., dkk, 1996). Peran adalah aspek dinamis dari kedudukan (status). Apabila seseorang melaksanakan hak dan kewajibannya sesuai dengan kedudukannya, maka dia menjalankan suatu peran, jadi peran dapat diartikan suatu konsep diri seseorang berdasarkan perilaku dan status sosial atau kedudukan di masyarakat (Soekanto,1990). Peran kader memang sangat penting dalam menjembatani masyarakat khususnya kelompok sasaran posyandu. Berbagai informasi dari pemerintah lebih dan memiliki pengetahuan kesehatan diatas rata-rata dari kelompok sasaran mudah disampaikan kepada masyarakat melalui kader. Karena kader lebih tanggap posyandu (Umar Naim,2008). Kader posyandu adalah anggota masyarakat yang diberikan keterampilan untuk menjalankan posyandu (Nurpudji, 2006). Peran kader secara umum adalah melaksanakan kegiatan pelayanan dan mensukseskan bersama masyarakat serta merencanakan kegiatan pelayanan kesehatan tingkat desa. Peran dan fungsi kader sebagai pelaku penggerakan masyarakat : (1) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS); (2) Pengamatan terhadap masalah kesehatan di desa; (3) Upaya penyehatan lingkungan; (3) Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA); (4) Pemasyarakatan Keluarga sadar gizi (Kadarzi) (Meilani, N., dkk, 2009)

Kader Kesehatan mempunyai peran besar dalam upaya meningkatkan kemampuan masyarakat menolong dirinya sendiri untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Wujud

peran serta kader dalam bentuk tenaga dan materi. Kader juga berperan dalam pembinaan masyarakat di bidang kesehatan melalui kegiatan yang dilakukan di posyandu. Selain kegiatan posyandu kader juga berperan di luar itu kegiatan posyandu, yaitu sebagai berikut :

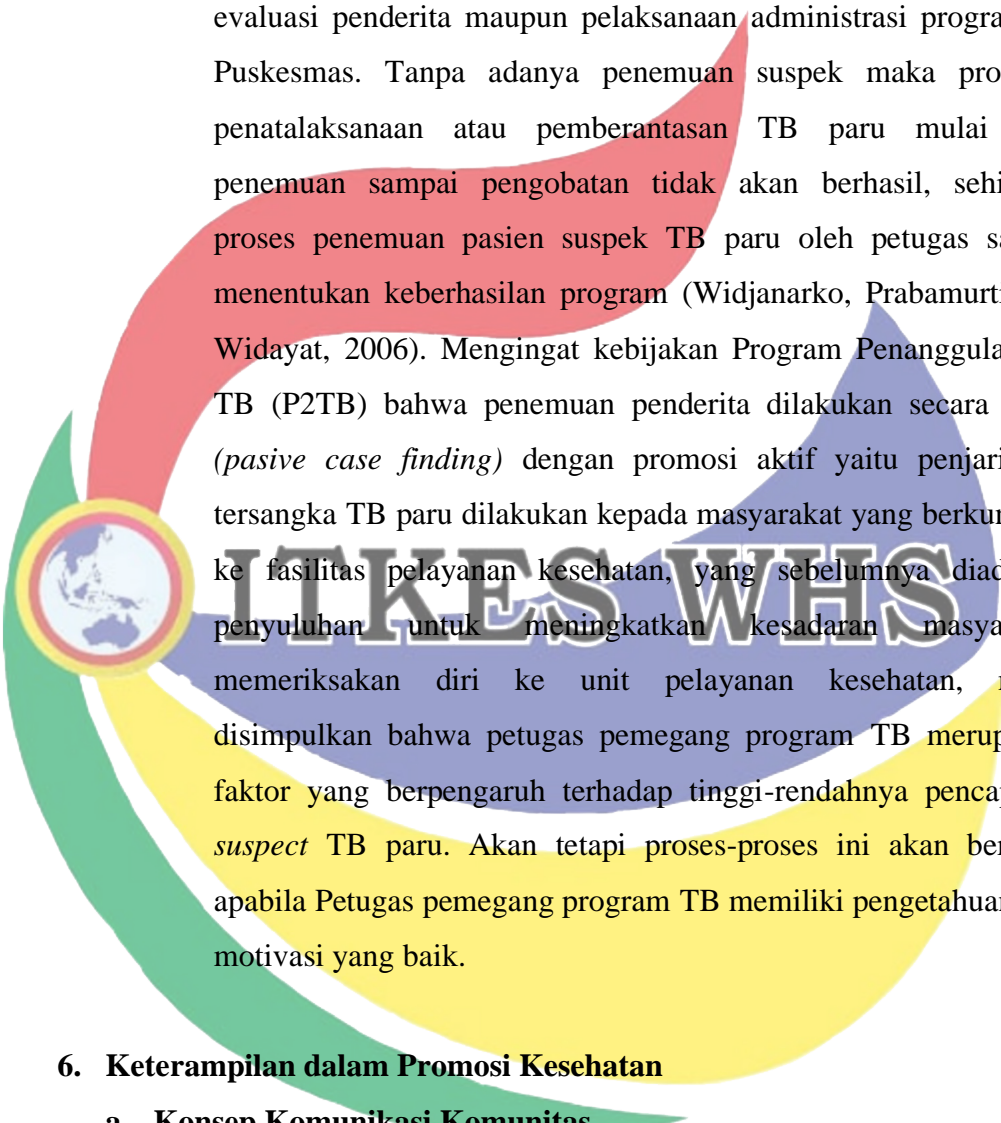
- 1) Sebagai Merencanakan kegiatan antara lain survei mawas diri, menentukan kegiatan
- 2) Melakukan penanggulangan masalah kesehatan di masyarakat.
- 3) Melakukan komunikasi, memberikan informasi dan motivasi tentang kesehatan.
- 4) Menggerakkan masyarakat untuk bergotong royong.
- 5) Memberikan pelayanan yaitu membagikan obat, pemantauan penyakit serta pertolongan pada kecelakaan.
- 6) Melakukan pencatatan seperti data kasus TB
- 7) Melakukan pembinaan mengenai lama program pengendalian serta kesehatan lainnya
- 8) Melakukan kunjungan rumah.
- 9) Melakukan pertemuan kelompok (Yulifah, R. Dkk, 2009).

Sesuai dengan pengertiannya (WHO,1995) kader bekerja ditempat pemberian pelayanan kesehatan yang terdekat dengan masyarakat seperti di Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu). Tugas – tugas kader dalam rangka penyelenggaraan Posyandu dibagi menjadi tiga kelompok yaitu :

- 1) Tugas Kader pada saat persiapan hari buka posyandu
- 2) Tugas Kader pada hari buka posyandu
- 3) Tugas Kader setelah membuka posyandu

2) Tugas Kader Tuberkulosis

Petugas kesehatan pemegang Program TB adalah petugas yang bertanggung jawab dan mengkoordinir seluruh kegiatan dari



mulai perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi dalam program TB paru di puskesmas (Departemen Kesehatan RI, 2008). Kinerja daripada petugas pemegang program TB dapat mempengaruhi terhadap rendahnya angka pencapaian suspek TB (Dalam Nizar, 2010). Petugas pemegang program TB paru di Puskesmas merupakan ujung tombak dalam penemuan, pengobatan dan evaluasi penderita maupun pelaksanaan administrasi program di Puskesmas. Tanpa adanya penemuan suspek maka program penatalaksanaan atau pemberantasan TB paru mulai dari penemuan sampai pengobatan tidak akan berhasil, sehingga proses penemuan pasien suspek TB paru oleh petugas sangat menentukan keberhasilan program (Widjanarko, Prabamurti dan Widayat, 2006). Mengingat kebijakan Program Penanggulangan TB (P2TB) bahwa penemuan penderita dilakukan secara pasif (*passive case finding*) dengan promosi aktif yaitu penjarangan tersangka TB paru dilakukan kepada masyarakat yang berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan, yang sebelumnya diadakan penyuluhan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat memeriksakan diri ke unit pelayanan kesehatan, maka disimpulkan bahwa petugas pemegang program TB merupakan faktor yang berpengaruh terhadap tinggi-rendahnya pencapaian *suspect* TB paru. Akan tetapi proses-proses ini akan berhasil apabila Petugas pemegang program TB memiliki pengetahuan dan motivasi yang baik.

6. Keterampilan dalam Promosi Kesehatan

a. Konsep Komunikasi Komunitas

Healthy People 2010 dalam Liliweri (2009) menjelaskan bahwa komunikasi kesehatan yaitu seni menginformasikan, mempengaruhi dan memotivasi individu, institusi, serta masyarakat tentang isu-isu penting di bidang kesehatan dalam meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan individu dalam masyarakat. Sedangkan

menurut Cline, R. dalam Liliweri (2009), komunikasi kesehatan merupakan sebuah bidang teori, riset dan praktek yang berkaitan dengan pemahaman dan saling ketergantungan mempengaruhi komunikasi (interaksi simbolik dalam bentuk pesan dan makna) dan kepercayaan kesehatan terkait, perilaku dan hasil. Komunikasi kesehatan menurut Notoatmodjo (2007), merupakan usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa.

Ratzan dalam Liliweri (2009) menjelaskan bahwa yang dimaksud dengan komunikasi kesehatan ialah proses kemitraan antara partisipan berdasarkan dialog dua arah yang di dalamnya ada suasana interaktif, ada pertukaran gagasan, ada kesepakatan mengenai kesatuan gagasan mengenai kesehatan, juga merupakan teknik dari pengirim dan penerima untuk memperoleh informasi mengenai kesehatan yang seimbang demi membarui pemahaman bersama.

b. Komponen Komunikasi Kesehatan

- 1) Komunikator; Dalam komunikasi kesehatan, komunikator adalah orang atau lembaga kesehatan yang menyampaikan pesan. Misalnya berisikan himbauan untuk melakukan program TB.
- 2) Komunikan; Dalam komunikasi kesehatan istilah komunikan ialah sebagai orang yang menerima pesan. Komunikan bisa berupa masyarakat yang diberikan sosialisasi dari pihak lembaga kesehatan.
- 3) Pesan; Dalam komunikasi kesehatan, pesan adalah pernyataan yang didukung oleh lambang yang mempunyai arti, contohnya slogan tentang hindari HIV/AIDS.
- 4) Media; Media dalam komunikasi kesehatan ialah sebagai sarana atau saluran yang mendukung proses penyampaian pesan. Media dalam komunikasi kesehatan adadua yakni media (saluran)

interpersonal dan kelompok. Media bisa berupa cetak maupun elektronik yang biasa dilakukan dengan kegiatan penyuluhan.

- 5) Efek;Efek pada komunikasi kesehatan yakni dampak atau akibat yang ditimbulkan oleh pesan. Efek atau dampak ialah ketercapaian kita dalam penyampaian pesan.

c. Tujuan Komunikasi Kesehatan

Tujuan utama dari komunikasi kesehatan ini adalah untuk perubahan prilaku kesehatan pada sasaran kearah yang lebih kondusif sehingga dimungkinkan terjadinya peningkatan status kesehatan sebagai dampak (impact) dari program komunikasi kesehatan. Menurut Liliweri (2009) tujuan komunikasi kesehatan terbagi dua, diantaranya:

- a. Tujuan strategis; pada umumnya program-program yang berkaitan dengan komunikasi kesehatan yang dirancang dalam bentuk paket acara atau modul dapat berfungsi untuk:

- 1) *Relay information*, yakni meneruskan informasi kesehatan dari suatu dari suatu sumber kepada pihak lain secara berangakai (hunting).
- 2) *Enable informed decision making*, ialah memberikan informasi akurat untuk memungkinkan pengambilan keputusan.
- 3) *Promote peer information exchange and emotional support*, yakni mendukung pertukaran pertama dan mendukung secara emosional pertukaran informasi kesehatan.
- 4) *Promote healthy behavior*, informasi untuk memperkenalkan hidup sehat.
- 5) *Promote self care*, yakni memperkenalkan pemeliharaan diri sendiri.
- 6) *Manage demand for health services*, ialah untuk memenuhi permintaan layanan kesehatan.

- b. Tujuan Praktis; Menurut Taibi Kahler dalam Liliweri (2009:53-54) menyatakan bahwa sebenarnya secara praktis tujuan khusus

komunikasi kesehatan itu meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui beberapa usaha pendidikan dan pelatihan agar dapat

- 1) Meningkatkan pengetahuan yang mencakup:
 - a) Prinsip-prinsip dan proses komunikasi manusia.
 - b) Menjadi komunikator (yang memiliki etos, patos, logos, kredibilitas dan lain-lain).
 - c) Menyusun pesan verbal dan non verbal dalam komunikasi kesehatann.
 - d) Memilih media yang sesuai dengankonteks komunikasi kesehatan.
 - e) Menentukan segmen komunikasi yang sesuai dengan konteks komunikasi kesehatan.
 - f) Mengelola umpan balik atau dampak pesan kesehatan yang sesuai dengan kehendak komunikator dan komunikan.
 - g) Mengelola hambatan-hambatan dalam komunikasi kesehatan.
 - h) Mengenal dan mengelola konteks komunikasi kesehatan.
 - i) Prinsip-prinsip riset.
- 2) Meningkatkan kemampuan dan keterampilan berkomunikasi efektif.
 - a) Membentuk sikap dan perilaku berkomunikasi, seperti:
 - b) Berkomunikasi yang menyenangkan, empati.
 - c) Berkomunikasi dengan kepercayaan pada diri.
 - d) Menciptakan kepercayaan publik dan pemberdayaan publik.
 - e) Membuat pertukaran gagasan dan informasi makin menyenangkan.
 - f) Memberikan apresiasi terhadap terbentuknya komunikasi yang baik.

7. Manfaat komunikasi kesehatan

Manfaat mempelajari ilmu komunikasi kesehatan menurut Alo Liliweri. (2009: 56-69) adalah:

- 1) Memahami interaksi antara kesehatan dengan perilaku individu.
- 2) Meningkatkan kesadaran kita tentang isu kesehatan.
- 3) Melakukan strategi intervensi pada tingkat komunitas.
- 4) Menghadapi disparitas pemeliharaan kesehatan antar etnik atau ras dalam suatu masyarakat.
- 5) Menampilkan ilustrasi ketrampilan, menggambarkan berbagai jenis keterampilan untuk memelihara kesehatan, pencegahan, advokasi atau sistem layanan kesehatan kepada masyarakat.
- 6) Menjawab permintaan terhadap layanan kesehatan (mengetahui dan melakukan analisis kebutuhan).
- 7) Memperkuat infrastruktur kesehatan masyarakat di masa yang akan datang bagi hasil yang memuaskan masyarakat umum.
- 8) Membarui peranan para profesional di bidang kesehatan, misalnya meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan para petugas medis, memperkuat infrastruktur kesehatan, membangun kemitraan, mengembangkan akuntabilitas, dan mengembangkan pembuktian atas layanan.

8. Konseling

a. Pengertian Konseling

Secara etimologi, konseling berasal dari bahasa Latin “Consilium” artinya dengan atau bersama yang dirangkai dengan menerima atau memahami sedangkan dalam bahasa Anglo Saxon istilah konseling berasal dari “Sellan” yang berarti menyerahkan atau menyampaikan.

Menurut Kamus Bahasa Indonesia, konseling berarti pemberian bimbingan oleh orang yang ahli kepada seseorang. Dalam situs Wikipedia bahasa Indonesia, konseling adalah proses

pemberian bantuan yang dilakukan oleh seorang ahli (konselor) kepada individu yang mengalami sesuatu masalah yang berakhir pada teratasinya masalah yang dihadapi klien. Bantuan yang diberikan kepada individu yang sedang mengalami hambatan, memecahkan sesuatu melalui pemahaman terhadap fakta, harapan, kebutuhan dan perasaan-perasaan klien (Sagala, 2011).

Konseling adalah proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dengan panduan keterampilan interpersonal, bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapi dan menentukan jalan keluar atau upaya untuk mengatasi masalah tersebut (Sulastri, 2009).

b. Fungsi Konseling

- a. Konseling dengan fungsi pencegahan merupakan upaya mencegah timbulnya masalah kesehatan.
- b. Konseling dengan fungsi penyesuaian dalam hal ini merupakan upaya untuk membantu klien mengalami perubahan biologis, psikologis, social, cultural, dan lingkungan yang berkaitan dengan kesehatan.
- c. Konseling dengan fungsi perbaikan dilaksanakan ketika terjadi penyimpangan perilaku klien atau pelayanan kesehatan dan lingkungan yang menyebabkan terjadi masalah kesehatan sehingga diperlukan upaya perbaikan dengan konseling.
- d. Konseling dengan fungsi pengembangan ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan serta peningkatan derajat kesehatan masyarakat dengan upaya peningkatan peran serta masyarakat.

c. Langkah-Langkah Konseling

Dalam memberikan konseling, target konseling yang baru hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci **SATU TUJU**. Penerapan satu tuju tersebut tidak perlu dilakukan secara berulang-ulang karena konselor harus

menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Kata kunci **SATU TUJU** adalah sebagai berikut:

Tabel 2.4 Konseling Efektif

SATU TUJU	Keterangan
SA	SApa dan SALam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyamanserta terjamin privasinya. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang diperoleh
T	Tanyakan kepada klien informasi tentang dirinya.
U	Uraian kepada klien mengenai pengobatan yang dijalani
TU	ban TULah untuk kembali informasi terkait pengobatan dan yang akan dijalani
J	Jelaskan secara lengkap bagaimana prosesnya menghindari dan menunjang keberhasilan pengobatan.
U	Perlunya dilakukan kunjungan Ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau kebutuhan program

(Sumber: Saifuddin, 2006).

4. Teori *Health Promotion Model (HPM)*

a. Sejarah Nola J. Pender

Nola J. Pender berkomitmen pertama kali pada profesi keperawatan ketika berusia 7 tahun. Saat itu ia mengobservasi pemberian asuhan keperawatan pada bibinya yang masuk rumah sakit. Keinginannya untuk memberikan perawatan kepada orang lain dikembangkan melalui pengalaman dan pendidikan yang ia yakini sebagai profesi yang menolong orang lain. Dr. Pender membuat terobosan baru pada ilmu pengetahuan tentang promosi kesehatan melalui riset, pengajaran, presentasi dan tulisan sederhana. Pender dilahirkan pada tahun 1941 di Lansig, Michigan, satu-satunya anak dari orang tuanya yang mendukung pendidikan untuk wanita. Keluarganya mendukung cita-citanya menjadi RN yang kemudian ia

memimpin sekolah keperawatan di RS Sub Urban Barat di Oak Park, Illinois. Dia mendapat gelar diploma pada tahun 1962 dan bekerja pada unit bedah di RS Michigan.

Pender pada tahun 1964, melengkapinya di Universitas State Michigan di East Lansing dan ia meminta Helen Denhele asisten dekan untuk membantu meluruskan programnya dan mensupport dan memelihara pilihan-pilihannya untuk pendidikan yang lebih lanjut. Dia mendapatkan gelar MA pada bidang pertumbuhan dan perkembangan dari Universitas Michigan pada tahun Gelar Ph.D di bidang psikologi dan pendidikan pada tahun 1969 dari Universitas North Western di Evanston, Illinois. Desertasi Dr Pender tentang perubahan perkembangan dalam encoding proses memori jangka pendek pada anak. Pada awal mendapatkan gelar Ph.D nya Dr Pender menyatakan tujuan asuhan keperawatan adalah mengoptimalkan kesehatan individu. pernikahannya dengan Albert Pender asisten professor pada bidang bisnis dan ekonomitelah menghasilkan sebuah tulisan tentang perawatan kesehatan dalam ekonomi. Kelahiran saudara perempuannya memberi pengaruh yang besar pada keinginannya untuk mempelajari lebih lanjut tentang optimalisasi kesehatan manusia.,

Dr Pender pada tahun 1975mempublikasikan model konseptual kesehatan preventif. Dasar studinya adalah bagaimana individu membuat keputusan tentang perawatan kesehatan mereka sendiri dalam konteks keperawatan. Artikel tersebut mengidentifikasi faktor-faktor yang ditemukan dalam pengambilan keputusan dan tindakan-tindakan yang diperlukan individu dalam pencegahan penyakit. Pada tahun 1982, edisi pertama promosi kesehatan dalam praktek keperawatan dipublikasikan dengan konsep promosi optimal tentang kesehatan mendesak perlunya pencegahan penyakit.

Model promosi kesehatan pertama kali dimuat pada edisi ini dan mengalami revisi pada tahun 1987 di edisi buku. Edisi III tahun 1996 memuat revisi terakhir tentang model promosi kesehatan dan di

presentasikan. Lima tahun studi dibiayai oleh institute kesehatan nasional yang berhubungan dengan Universitas Illinois Northern di Dekalb oleh kolega Pender, Susan Walker, Ed.D, Karen Sechrist, Ph.D, dan marylin Frank Stamburg, Ed.D. Studi tersebut menguji validitas dari model promosi kesehatan. Sebagai instrument, profil gaya hidup promosi kesehatan dikembangkan oleh team research untuk mempelajari tingkah laku promosi kesehatan pada orang dewasa yang bekerja, lansia, klien rehabilitasi jantung dan kanker yang dapat ambulasi. Hasil dari studi ini dipublikasikan untuk mensupport model promosi kesehatan, Pender mengatakan sebagai model evolusi dan Nola Pender memberikan kepemimpinan yang sangat penting dalam pengembangan riset keperawatan di amerika serikat.

Pekerjaannya *me-support* riset keperawatan nasional di institute kesehatan nasional adalah instrumen untuk pembentukannya pada tahun Pender menjadi presiden Akademi dari tahun Sebagai direktur pusat untuk riset keperawatan pada universitas Michigan pada fakultas keperawatan sejak tahun Ia terlibat secara intensif untuk membangun riset-riset keperawatan. Fokus riset adalah pada tingkah laku kesehatan pada anakanak dan remaja yang dimulai pada tahun Universitas Michign mewakili harapan Dr Pender untuk kelanjutan studi dan pengaruh promosi kesehatan individu terhadap pemahaman bagaimana perilaku mereka pertama kali direkam pada usia muda. Dr Pender telah mempublikasikan berbagai artikel pada latihan-latihan, perubahan tingkah laku dan latihan relaksasi sebagai aspek-aspek dari promosi kesehatan. Dia dikenali sebagai ahli dan sering diminta sebagai pembicara dan konsultan pada topik HPM

b. Konsep Mayor

Konsep Mayor dalam HPM meliputi:

- 1) *Prior Related Behavior* Secara langsung dan tidak langsung berpengaruh pada *Likelihood of engaging in health-promoting behaviors*.

- 2) *Personal Factors* Kategorinya, biologis, psikologis, dan sosiokultur; faktor ini memprediksikan pemberian perilaku dan dibentuk secara alami dalam target perilaku menjadi pertimbangan.
- 3) *Personal Biological Factors*; yang termasuk ke dalam faktor ini adalah variabel seperti umur, jenis kelamin, Masa indek tubuh, status pubertas, status menopause, kekuatan, keseimbangan.
- 4) *Personal Psychological Factors*; yang termasuk kedalam faktor ini adalah harga diri, motivasi diri, kemampuan diri, definisi kesehatan, pemahaman status kesehatan.
- 5) *Personal Sociocultural Factors*; yang termasuk ke dalam faktor ini adalah ras, etnik, pendidikan, dan status sosioekonomi.
- 6) *Perceived Benefits of Action Perceived Benefits of Action*; antisipasikan sebagai hasil akhir positif yang akan terjadi dari perilaku kesehatan.
- 7) *Perceived Barriers to Action Perceived Barriers to Action*; antisipasikan pada imajinasikan atau blok nyata dan ganti rugi individu sebagai usaha pemberi perilaku.
- 8) *Perceived Self-Efficacy Perceived Self-Efficacy* adalah pendapat dari kemampuan individu untuk mengorganisasikan dan menjalankan sebuah promosi perilaku kesehatan.
- 9) *Activity-Related Affect Activity-Related*; Affect di gambarkan sebagai perasaan subjektif positif atau negatif yang terjadi sebelum, atau sejak mengikuti perilaku dasar yang menstimulus diri dari perilaku dirinya sendiri.
- 10) *Interpersonal Influences*; Pengaruh ini adalah perilaku yang berfokus pada pengetahuan, keyakinan atau tata krama dan lainnya. Pengaruh interpersonal termasuk norma, sosial suport, dan modeling. Sumber utama dari pengaruh interpersonal ini adalah keluarga, kelompok, dan pemberi pelayanan kesehatan.
- 11) *Situational Influences Situational Influences*; adalah persepsi dan pengetahuan individu tentang banyak pemberi situasi atau bahasannya dapat memfasilitasi atau mengganggu perilaku.

Pengaruh situasi mungkin mempunyai pengaruh secara langsung maupun tidak langsung dalam perilaku kesehatan.

- 12) *Commitment to a plan of action*; Komitmen ini menggambarkan konsep dari tujuan dan identifikasi dari strategi perencanaan yang berperan penting dalam mengimplementasi perilaku kesehatan.
- 13) *Immediate Competing Demands and Preferences Competing Demands*; adalah alternatif perilaku individu yang mempunyai kontrol lemah, karena ada kemungkinan yang terjadi di lingkungan seperti bekerja atau kepekaan atau kepekaan keluarga. *Competing Preferences* adalah alternatif perilaku yang melibatkan individu relatif kontrol tinggi, seperti memilih ice cream atau apel untuk makanan ringan.
- 14) *Health-Promoting Behavior Health-Promoting Behavior*; adalah sebuah poin akhir atau hasil akhir dari aksi yang secara langsung terhadap pencapaian hasil akhir kesehatan yang positif seperti pencapaian yang optimal, pemenuhan kebutuhan individu, dan produktivitas hidup. Contoh: memilih makanan sehat, manajemen stres, pertumbuhan spiritual, dan membangun hubungan yang positif.

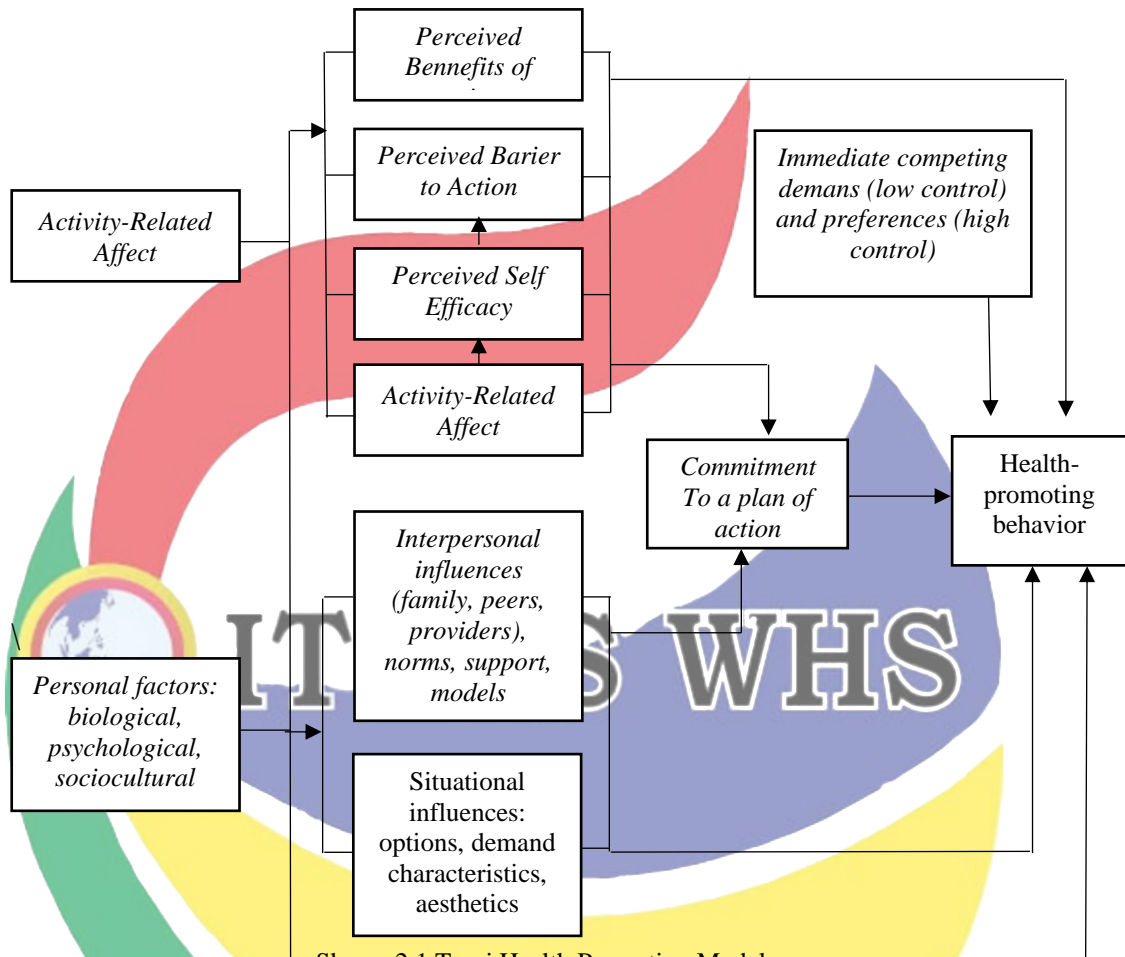
c. Model konseptual Pender

1) *Health Promotion Model (HPM)*

Health promotion model mengintegrasikan beberapa gagasan. Pusat dari HPM adalah *social learning theory* dari Albert Bandura (1977 dalam Alligood, 2000) yang menyatakan pentingnya proses pengetahuan dalam merubah perilaku. *Social learning theory*, sekarang diubah menjadi *social cognitive theory* yang mencakup *self beliefs: self-attribution, self evaluation, and self efficacy*. *Self efficacy* merupakan gagasan utama dalam HPM.

Health promotion model sama dalam pengertiannya dengan *Health belief model* tetapi HPM tidak terbatas hanya dalam memaparkan tentang perilaku pencegahan penyakit. HPM berbeda dari *health belief model* yang mana HPM tidak memasukkan

ketakutan dan ancaman sebagai sumber motivasi dalam perilaku kesehatan. Tetapi, *HPM* mengembangkan cakupan perilaku untuk meningkatkan kesehatan dan kemampuan untuk mengaplikasikannya sepanjang hidup.



Skema 2.1 Teori Health Promotion Model
(Sumber: Allgood, 2013)

d. Asumsi Dasar Health Promotion Model menurut Pender

- 1) Manusia mencoba menciptakan kondisi agar tetap hidup di mana mereka dapat mengekspresikan keunikannya.
- 2) Manusia mempunyai kapasitas untuk merefleksikan kesadaran dirinya, termasuk penilaian terhadap kemampuannya.

- 3) Manusia menilai perkembangan sebagai suatu nilai yang positif dan mencoba mencapai keseimbangan antara perubahan dan stabilitas.
- 4) Setiap individu secara aktif berusaha mengatur perilakunya.
- 5) Individu merupakan makhluk biopsikososial yang kompleks, berinteraksi dengan lingkungannya secara terus menerus, menjelmakan lingkungan yang diubah secara terus menerus.
- 6) Profesional kesehatan merupakan bagian dari lingkungan interpersonal yang berpengaruh terhadap manusia sepanjang hidupnya.
- 7) Pembentukan kembali konsep diri manusia dengan lingkungan adalah penting untuk perubahan perilaku.

e. Aplikasi model teori Pender dalam Keperawatan

Nola J. Pender mengembangkan *Health Promotion Model* untuk mendemonstrasikan hubungan antara manusia dengan lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam berbagai dimensi. Model ini menggabungkan dua teori yaitu teori Nilai Pengharapan dan Teori Pembelajaran Sosial dalam perspektif keperawatan manusia dilihat dari fungsi holistik. Konsep dalam teorinya dengan menekankan bahwa sakit membutuhkan biaya yang mahal dan perilaku promosi kesehatan adalah ekonomis. Pada beberapa bagian teorinya memiliki kesamaan pola pandang dengan teori lain seperti memandang bahwa fokus dari perawatan adalah individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat.

Teori ini dikemukakan dengan menampilkan contoh-contoh yang berdasarkan pengalaman pribadi dan hasil penelitian, sehingga dapat digeneralisasi dan konsep-konsep yang dikemukakan dalam teori dapat diaplikasikan. Teori Health Promotion Model dikembangkan berdasarkan atas riset kualitatif dan kuantitatif, baik di Amerika maupun negara lain. Bahkan teori ini saat ini terlibat dalam prakarsa kesehatan global dan



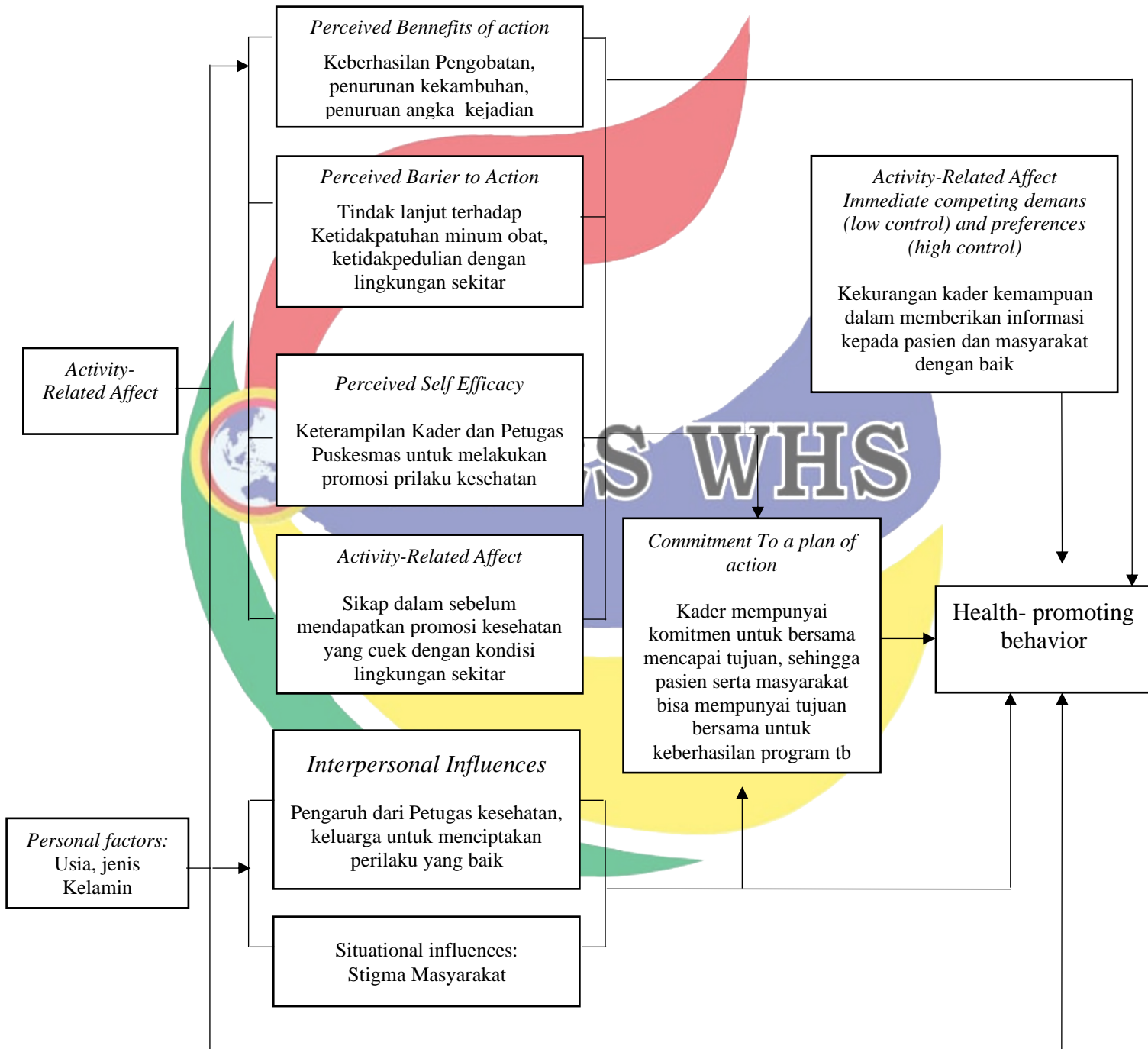
telah diuji oleh para sarjana dari Jepang, China dan Taiwan untuk mempromosikan gaya hidup secara kultural sesuai dengan negara mereka. Selama perkembangan teori banyak studi yang berhubungan dengan pengaplikasian teori yang dapat dijadikan sebagai dasar riset. Riset yang berhubungan dengan *Health Promotion Model* memberikan kontribusi secara umum bagi pengembangan *body of knowledge* dari ilmu keperawatan. Pergeseran paradigma dari kuratif rehabilitatif ke arah promotif dan preventif. Pender meyakini bahwa dengan mutu kepedulian terhadap promosi kesehatan akan memperbaiki sistem kesehatan secara integral. Peluang untuk melakukan praktek keperawatan dalam fokus promosi kesehatan akan sangat terbuka. Bagi Pender adalah sesuatu yang sangat menggairahkan untuk membawa praktek keperawatan untuk mengubah perilaku kuratif dan rehabilitatif ke arah perilaku promotif dan rehabilitatif. Pender menekankan practical nurse dapat memainkan suatu peran yang sangat penting dalam partnership antar ilmuwan dan konsumen serta praktisi untuk mengembangkan strategi kepedulian sesuai dengan spesifikasi populasi. Health Promotion Model, menjadi sumber informasi penting dan bermanfaat bagi setiap orang yang ingin mengetahui bahwa promosi kesehatan seseorang sangat didukung oleh nilai yang diharapkan serta teori kognitif sosial yang menekankan pada *self direction*, *self regulation* dan persepsi terhadap *self efficacy*. Pengambilan keputusan, tindakan dan *Self efficacy* akan menentukan status kesehatan seseorang. Nola J. Pender telah belajar dari pengalaman pribadi dan hasil penelitiannya untuk memunculkan teori ini. Teori ini sangat lengkap untuk melakukan kegiatan yang berhubungan dengan tindakan promotif dan preventif. Namun, teori ini memiliki kelemahan, teori ini tidak dapat dilakukan oleh seseorang dengan cacat mental dan cела bawaan. Seseorang cacat mental kemungkinan tidak mampu memiliki harapan nilai dan kognitif

sosial. Demikian juga dengan seseorang yang sudah mendapat cacat bawaan sejak lahir seperti malfungsi sel-sel yang berperan untuk daya tahan tubuh. Teori ini juga sangat sulit diterapkan pada klien dengan ekonomi lemah dan tingkat pendidikan yang rendah karena seseorang dengan sosial ekonomi rendah lebih termotivasi atau cenderung untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dibandingkan dengan motivasi meningkatkan status kesehatannya. Membutuhkan role model yang sempurna untuk mempengaruhi masyarakat di sekitarnya. Tenaga kesehatan sendiri apakah telah mengetahui teori ini dan kalau telah mengetahui apakah telah mengamalkannya sehingga bisa mempengaruhi klien atau masyarakat. Selain itu, masyarakat masih lebih mempercayai budayanya sendiri yang menjadi hambatan dalam mensosialisasikan dan mengamalkan teori ini.



B. Kerangka Teori

Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian



(Sumber: Alligood, 2013; Sumartini, Ni Putu, 2014); Wijaya, I Made Kusuma, 2013)

C. Hipotesis

Ha : Ada pengaruh pelatihan kader terhadap keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB

Ho : Tidak ada pengaruh pelatihan kader terhadap keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB



BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama penelitian (Arikunto, 2010). Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode quasi eksperimen pre-post tanpa kontrol grup yaitu penelitian yang memberikan suatu intervensi pada kelompok subjek dengan mengukur sebelum sesudah intervensi atau tanpa kelompok pembanding

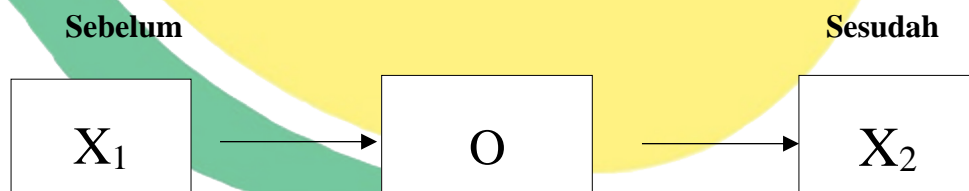
1. Variabel Independen

Merupakan suatu variabel yang menjadi sebab atau timbulnya variabel dependen/terkait atau variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Sugiyono, 2014). Variabel independen dalam penelitian ini adalah pelatihan kader

2. Variabel Dependen

Merupakan variabel yang dipengaruhi atau akibat dari variabel Independen/bebas. (Sugiyono, 2014). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB

B. Kerangka Konsep



Keterangan:

- X₁** : Kemampuan Kader Dalam memberikan Infirmasi Sebelum Pelatihan
- O** : Pelatihan Kader tentang Ketrampilan memberikan informasi
- X₂** : Kemampuan Kader Dalam memberikan Infirmasi Sesudah Pelatihan

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah kader TB di ruang lingkup Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan yang berjumlah 20 orang.

2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2014). Adapun metode pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan cara *Consecutive sampling*. *Consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi. (Nursalam, 2014). Jumlah sampel tergantung kepada jenis penelitiannya, Fraenkel dan Wallen (1993 dalam Sugiyono, 2014) menyatakan bahwa ukuran sampel adalah sebesar-besarnya peneliti dapat memperolehnya dengan pengorbanan waktu, energi yang wajar. Sampel minimum yang disarankan adalah 10-15 orang per kelompok pada penelitian kuasi eksperimen.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Wanita usia dewasa usia 17- 55 tahun.
- b. Bisa membaca dan menulis
- c. Mampu berkomunikasi dengan baik
- d. Telah ditunjuk menjadi Kader di Posyandu
- e. Bersedia menjadi responden

Kriteria Eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- a. Tidak mengikuti proses pelatihan hingga selesai
- b. Tempat tinggal berjarak jauh untuk proses kegiatan program pengobatan TB

D. Tehnik pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan metode *non probability sampling* yaitu teknik pengambilan sampel yang memberi peluang/kesempatan yang sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. (Sugiyono, 2014). Metode *non probability* yang digunakan adalah *consecutive sampling* yaitu yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi (Nursalam, 2014).

E. Variabel Penelitian

Variabel Penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti yang kemudian dipelajari untuk ditarik kesimpulannya.

1. Variabel Independen

Merupakan suatu variabel yang menjadi sebab atau timbulnya variabel dependen/terkait atau variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Sugiyono, 2014). Variabel independen dalam penelitian ini adalah pelatihan kader

2. Variabel Dependen

Merupakan variabel yang dipengaruhi atau akibat dari variabel Independen/bebas. (Sugiyono, 2014). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB

3. Definsi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang diamati (diukur) itulah merupakan kunci definisi operasional. Pemberian arti atau makna pada variabel berdasarkan karakteristik masing – masing variabel (Nursalam, 2011). Definisi operasional juga dapat diartikan sebagai kegiatan peneliti dalam mengukur suatu variabel, dimana definisi operasional memberi batasan atau arti suatu

variabel dengan merinci hal yang harus dikerjakan oleh peneliti untuk mengukur variabel tersebut. Definisi operasional dalam penelitian ini diuraikan seperti pada tabel berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Variabel Independent: Pelatihan Kader	Pemberian/penyegaran informasi kepada kader dengan materi seputar pengobatan TB dan cara untuk memberikan informasi kepada pasien TB dan Sekeliling Pasien TB dalam upaya program pengobatan TB di Puskesmas Gunung Bahagia	SOP	-	-
2	Variabel Dependent: keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB Sebelum Pelatihan	Kemampuan kader TB dalam menyampaikan informasi terkait pengobatan TB dengan mengobservasi kemampuan melakukan pendidikan kesehatan, diukur sebelum pelatihan	Kuesioner dan lembar observasi	Jumlah soal Rentang nilai 0-7	Interval
	keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB Sesudah Pelatihan	Kemampuan kader TB dalam menyampaikan informasi terkait pengobatan TB dengan mengobservasi kemampuan melakukan pendidikan kesehatan, diukur sesudah pelatihan	Kuesioner dan lembar observasi	Jumlah soal Rentang nilai 0-7	Interval

4. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan Kalimantan Timur

2. Waktu Penelitian

Persiapan penelitian ini dimulai dari Desember 2019 hingga pelaporan pada bulan Juni 2020. Pengambilan data dilakukan pada bulan Februari-Maret 2020

5. Instrument Penelitian

Lembar observasi Keterampilan Kader Dalam Memberikan Informasi Pengobatan TB, yang dimodifikasi dari instrument Sartika, Y & Susilawati, E, 2018. Lembar observasi terdiri dari 6 *point* yang akan dilihat sesuai dengan konsep “SATU TUJU”. Opsi yang dinilai ada atau tidak nya komponen konseling efektif dilakukan oleh kader dalam memberikan informasi, bila responden memperlihatkan maka di *chcek list* pada opsi ada (√) dan mendapatkan nilai (1). Sedangkan bila tidak menunjukkan maka di *check list* pada opsti tidak ada (∅) dan mendapatkan nilai (0). (instrument terlampir)

6. Uji Validitas dan Reabilitas

1. Uji Validitas

Uji validitas merupakan tingkat kemampuan suatu instrmen untuk mengungkapkan sesuatu yang menjadi sasaran pokok pengukuran yang dilakukan dengan instrument tersebut.(Arikunto, 2010). Suatu instrumen dinyatakan *valid* jika instrumen tersebut mampu mengukur apa saja yang hendak diukur dengan cara membandingkan r hitung $>$ r tabel. Peneliti tidak melakukan uji instrument karena instrument adalah lembar observasi.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah uji untuk menunjukkan sejauh mana alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan dengan menggunakan *rumus crobanch alpha*. Peneliti tidak melakukan uji reabilitas karena merupakan lembar observasi

7. Prosedur Pengumpulan Data

Data yang telah diperoleh dari proses pengambilan data akan diubah kedalam bentuk tabel-tabel atau grafik, kemudian data diolah menggunakan program statistik pada komputer. Pengolahan data terdiri dari beberapa langkah:

- a. *Editing* untuk meneliti kelengkapan data dengan cara mengkoreksi data yang telah diperoleh, sehingga dapat dilakukan perbaikan data yang kurang. Peneliti telah mengkoreksi data yang diperoleh, dengan hasil semua data lengkap dan dapat digunakan dalam penelitian ini.
- b. *Coding*, untuk menerjemahkan data yang dikumpulkan selama penelitian kedalam simbol-simbol yang cocok dan mudah untuk keperluan analisis. Pemberian coding dalam penelitian ini dapat peneliti jelaskan sebagai berikut :

1) Karakteristik

- a) Usia : data numeric tidak dikategorikan oleh peneliti sehingga dalam pengkodean hanya mencantumkan rekap usia responden (tahun) dalam data yang diolah dengan program SPSS dalam bentuk distribusi frekuensi.

b) Pendidikan

Tidak sekolah	: 1
SMP	: 2
SMA/SMK/SMEA	: 3

c) Riwayat Pelatihan

Belum pernah mendapatkan pelatihan	: 1
Pernah mendapat pelatihan	: 2

2) Keterampilan dalam memberikan informasi pengobatan TB

Pengkodean keterampilan baik sebelum dan setelah pelatihan dalam bentuk data interval dengan memberikan kode angka 0-7 dari hasil pengamatan yang dilakukan oleh peneliti terkait dengan keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB. Keterampilan dalam memberikan informasi pengobatan TB dilakukan dengan mengukur sebelum

intervensi pelatihan kader TB dan diukur setelah dilakukan intervensi berupa pelatihan kader TB.

- c. Data entry, memasukkan data-data penelitian kedalam komputer. *Entry* untuk memasukkan data yang diperoleh menggunakan fasilitas komputerais. Proses enri data dilakukan dengan peneliti dengan dimulai dengan entri data di *exels*. Entri data tersebut mencakup data karakteristik dan nilai pengukuran dari observasi terkait dnegan keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB. Proses entri ini tidak ada kendala yang berarti dimana semua item sudah lengkap dari rekap yang peneliti lakukan terkait dengan kelengkapan hasil obsevasi yang dilakukan oleh peneliti. Selanjutnya di tranfort dalam analisa SPSS versi 22 dan dilaku
- d. *Tabulating* untuk penyusunan data yang merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun dan disajikan serta dianalisis. Peneliti ini melakukan tabulating data dengan cara menghitung rerata dari masing-masing variabel. Tabulasi data peneliti lakukan di komputer dengan menggunakan program *exels*
- e. Verifikasi, memasukkan data pemeriksaan secara visual terhadap data yang telah dimasukkan kedalam komputer
- f. Output komputer, hasil yang telah dianalisis oleh komputer kemudian dicetak. Hasil output data yang peneliti analissi adalah uji normalitas data sebagai ketentuan syarat uji parametric yang dilakukan dengan uji *t-dependent (Paired t-test)*. Peneliti melaukan uji statistic alternatif yakni uji nonparametric dengan uji *wilcoxon*.

8. Analisa Data

Analisa data secara umum dilakukan/diolah secara statistik melalui analisa secara univariat dan bivariat. Penelitian ini menggunakan analisa *univariat* dan *bivariat*, dimana data yang telah dikumpulkan

melalui lembar observasi terkait dengan keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB diolah menjadi analisa *univariat* dan *bivariat*.

a. Uji Normalitas Data

Analisis normalitas data untuk mengetahui kenormalan dari distribusi data, apakah berdistribusi normal atau berdistribusi tidak normal (Arikunto, 2013). Uji normalitas data dilakukan dengan menggunakan rumus *shapiro wilk* karena responden dalam penelitian 20 reponden (<50 reponden). Dari hasil uji normalitas data preintervensi diperoleh nilai 0,000 dan nilai setelah intervensi 0,000. Sehingga data tidak berdistribusi normal. Maka statistik lanjutan terkait dengan analisa bivariat peneliti menggunakan uji nonparametric sebagai uji alternatif dengan uji *wilcoxon*.

b. Analisa Univariat

Analisa ini dilakukan terhadap tiap variabel penelitian dan pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentasi dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Analisa univariat pada penelitian ini adalah karakteristik responden (umur, pendidikan dan riwayat pelatihan) keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB

Tabel 3.2 Analisa Univariat

Variabel	Analisa Data	
	Skala	Uji
Karakteristik Responden (Usia, pendidikan, riwayat pelatihan)	Nominal, ordinal	Distribusi Frekuensi
keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB Sebelum pelatihan	Interval	<i>Tendency central</i> (Mean, median, standar deviasi, 95%CI)
keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB Sesuai Pelatihan	Interval	<i>Tendency centra</i> (Mean, median, standar deviasi, 95%CI)

c. Analisa Bivariat

Analisa bivariat yaitu analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Analisa bivariat pada penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh pelatihan dengan kemampuan memberikan informasi pengobatan TB maka uji statistik yang digunakan adalah uji nonparametric dengan uji Wilcoxon.

Tabel 3.3 Analisa Bivariat

Variabel		Uji Analisa Bivariat
VD	VI	
Keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB Sebelum pelatihan (interval)	Keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB Sesuai Pelatihan (interval)	Uji alternatif data tidak berdistribusi normal adalah Wilcoxon.

9. Etika Penelitian

Etika penelitian menjelaskan masalah etika penelitian yang merupakan hal penting dalam suatu penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. (Dahlan, 2014)

a. *Informed consent* (Penjelasan dan Persetujuan)

Informed consent merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan responden yang dilakukan penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk bersedia dijadikan responden sebelum penelitian dilakukan. Sebelum melakukan penelitian responden diberikan informasi tentang tujuan penelitian agar responden memahami maksud, tujuan serta dampaknya. Responden yang bersedia diteliti menandatangani lembar persetujuan, pada penelitian ini tidak ada responden yang menolak untuk diteliti. Semua responden yang diberikan penjelasan terkait dengan

penelitian tidak ada yang menolak untuk dilibatkan dalam penelitian. Sehingga peneliti tidak mengalami kendala yang berarti dalam menjelaskan prosedur penelitian.

b. *Anonimity* (tanpa nama)

Kerahasiaan responden tetap terjaga, maka peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data. Lembar tersebut hanya diberi nomor kode tertentu atau berupa inisial dari nama responden. Nomer kode sebagai pengganti identitas responden peneliti lakukan dengan memberikan kode angka 1-20 dari seluruh total responden yang dilibatkan dalam penelitian.

c. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Confidentiality adalah masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan peneliti menjamin kerahasiannya dan hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian. Aspek kerahasiaan penelitian jaga dengan menyimpan file dalam komputer dan hanya peneliti, pembimbing dan penguji yang bisa melihat data mentah yang peneliti rekap dalam excls. Peneliti menyimpan data tersebut dan akan disimpan sampai 5 tahun yang selanjutnya peneliti akan menghapus semua file terkait dengan data-data yang bersifat rahasia.

d. *Beneficience* (melakukan hal yang baik)

Dalam penelitian ini peneliti hanya mengerjakan sesuatu yang baik tanpa merugikan responden. Jika responden, menolak untuk berpartisipasi dalam pengisian kuesioner, peneliti tidak memaksa atau menyinggung. Peneliti juga memastikan bahwa tidak membahayakan responden yang mau berpartisipasi dengan diberikan *informed consent*. Dalam penelitian ini semua responden yang dilibatkan tidak ada yang menolak diikutsertakan dalam penelitian ini.

10. Alur Penelitian

Alur penelitian memberikan gambaran keseluruhan mengenai prosedur penelitian (Dahlan, 2014). Prosedur pengumpulan data yang dilakukan peneliti dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu :

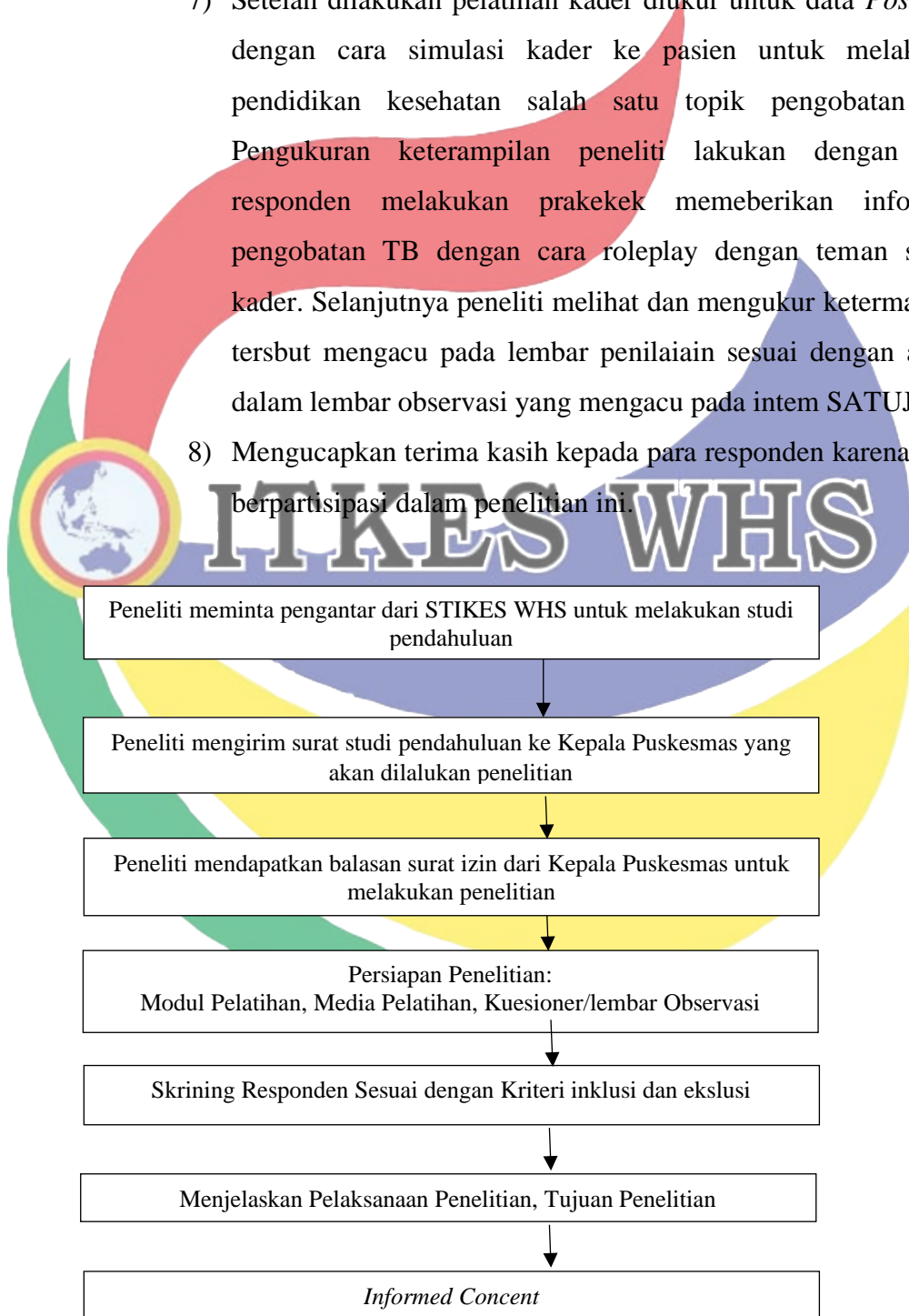
a. Prosedur Administratif

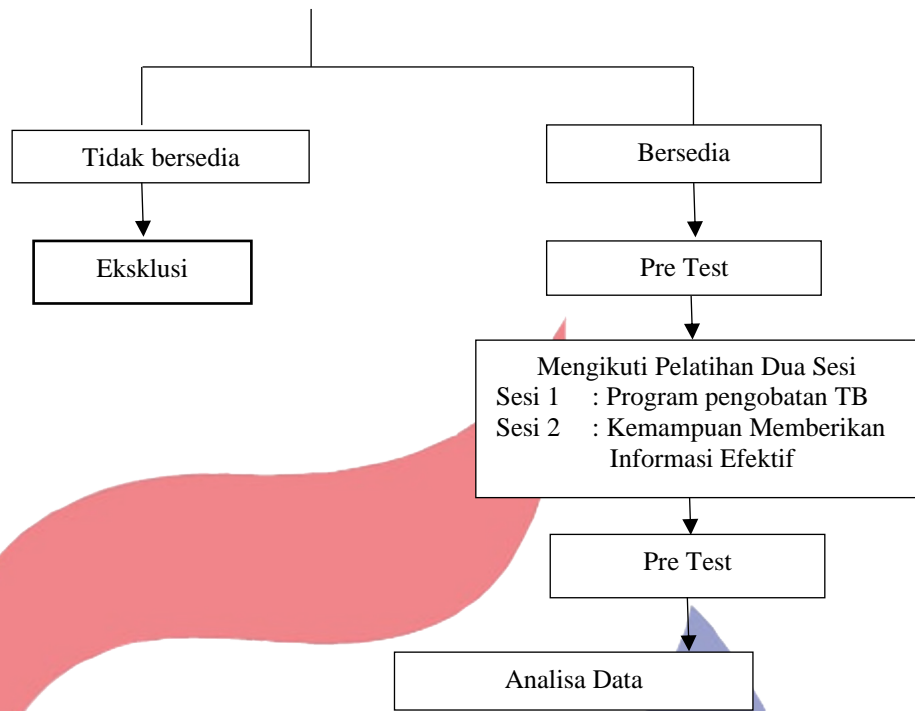
- 1) Peneliti meminta surat pengantar dari ITIKES Wiyata Husada Samarinda untuk melakukan penelitian di Puskesmas Gunung Bahagia
- 2) Mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Kepala Puskesmas Gunung Bahagia.
- 3) Mengajukan permohonan ijin mengambil data sekunder terkait responden yaitu kader Puskesmas Gunung Bahagia
- 4) Menentukan responden penelitian sesuai kriteria inklusi dan eksklusi.
- 5) Memberi penjelasan terkait jalannya penelitian kepada calon responden
- 6) Mengajukan ijin dan kesepakatan kepada responden untuk menjadi sampel dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*) bagi responden yang bersedia untuk menjadi sampel penelitian.
- 7) Mendiskusikan waktu dan tempat pelaksanaan penelitian dengan responden.

b. Prosedur Teknis Penelitian

- 1) Mempersiapkan lembar kuesioner untuk dibagikan kepada para responden
- 2) Mempersiapkan materi pelatihan kader yang telah didiskusikan bersama pembimbing dan mendapatkan persetujuan dari penanggung jawab TB serta Kepala Puskesmas Gunung Bahagia.
- 3) Membuat kesepakatan waktu dan tempat untuk dilakukan penelitian

- 4) Memberikan kuesioner kepada responden untuk di isi oleh responden sebagai data *pre test*.
- 5) Melakukan pelatihan yang dibagi menjadi dua sesi, sesi pertama adalah terkait program pengobatan TB
- 6) Sesi kedua pelatihan adalah cara memberi informasi, cara komunikasi dalam melakukan pendidikan kesehatan.
- 7) Setelah dilakukan pelatihan kader diukur untuk data *Post Test* dengan cara simulasi kader ke pasien untuk melakukan pendidikan kesehatan salah satu topik pengobatan TB. Pengukuran keterampilan peneliti lakukan dengan cara responden melakukan praktek memberikan informasi pengobatan TB dengan cara roleplay dengan teman sesama kader. Selanjutnya peneliti melihat dan mengukur keterampilan tersebut mengacu pada lembar penilaian sesuai dengan acuan dalam lembar observasi yang mengacu pada item SATUJU.
- 8) Mengucapkan terima kasih kepada para responden karena telah berpartisipasi dalam penelitian ini.





Skema 3.1 Alur Penelitian



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian dan pembahasan mengenai perbedaan keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB sebelum dan setelah pelatihan pada kader TB di Puskesmas Gunung Bahagia. Hasil penelitian ini mengidentifikasi tentang pengaruh pelatihan terhadap keterampilan kader memberikan informasi pengobatan TB. Tahap analisa data diawali dengan analisa univariat dengan distribusi frekuensi (karakteristik responden) dan *tendency central* (mean, median, standar deviasi dan standar *error of estimate*). Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan sebelum dan setelah diberikan pelatihan.

A. Hasil Penelitian

1. Analisa Univariat Karakteristik Responden

a. Umur Responden

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan umur Responden di Puskesmas Gunung Bahagia Tahun 2020

Umur	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Dewasa Awal (26-35 Tahun)	1	5.0
Dewasa Akhir (36-45 Tahun)	5	25.0
Lansia Awal (46-55 Tahun)	10	50.0
Lansia Akhir (56-65 Tahun)	4	20.0
Total	20	100.0

Sumber Data Primer

Berdasarkan Tabel 4.1. didapatkan hasil bahwa responden yang mayoritas usia kategori lansia awal (46-55 tahun) sebanyak 10 responden (50.0%).

b. Pendidikan Responden

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendidikan Responden di Puskesmas Gunung Bahagia Tahun 2020

Pendidikan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Tidak Sekolah	1	5.0
SMP	5	25.0
SMA	14	70.0
Total	20	100.0

Sumber Data Primer

Berdasarkan Tabel 4.2. didapatkan hasil bahwa responden dominasi tingkat pendidikan level SMA sebanyak 14 responden (70.0%).

c. Riwayat Pelatihan Responden

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Riwayat Pelatihan Responden di Puskesmas Gunung Bahagia Tahun 2020

Riwayat Pelatihan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Tidak pernah	2	10.0
Pernah Pelatihan	18	90.0
Total	20	100.0

Sumber Data Primer

Berdasarkan Tabel 4.3. didapatkan hasil bahwa mayoritas responden pernah mendapatkan pelatihan keterampilan dalam penyuluhan TB paru sebanyak 18 responden (90.0%).

2. Keterampilan Memberikan Informasi sebelum dan setelah Pelatihan

Tabel 4.4 Analisis Variabel sebelum dan setelah diberikan Intervensi Pelatihan Keterampilan Memberikan Informasi Pengobatan TB di Puskesmas Gunung Bahagia Tahun 2019

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Pre Intervensi	3.05	3.0	0.51	2-4	2.81-3.29
Post Intervensi	6.45	6.0	0.51	6-7	6.21-6.69

Sumber: data Primer

Tabel 4.4 di atas menunjukkan nilai rerata skor kemampuan memberikan informasi pengobatan TB sebelum dilakukan pelatihan adalah 3.05. median 3.0, nilai terendah 2 dan nilai tertinggi 4, sedangkan interval kepercayaan 95% untuk nilai terendah 2.82 dan nilai tertinggi 3.29. Pengukuran setelah dilakukan intervensi pelatihan keterampilan dalam memberikan informasi pengobatan TB didapatkan rerata sebesar 6.45, median yaitu 6.0 dengan nilai terendah 6 dan nilai tertinggi 7 sedangkan interval kepercayaan 95% untuk nilai terendah 6.21 dan nilai tertinggi 6.69.

3. Perbedaan Keterampilan Memberikan Informasi sebelum dan setelah Pelatihan

Analisa bivariat adalah analisis untuk mengetahui interaksi dua variabel, baik berupa komparatif, asosiatif maupun korelatif (Nursalam 2013). Pada analisis bivariat menggunakan uji t-dependen (*paired t-test*) untuk mengetahui ada atau tidaknya pengaruh pelatihan keterampilan

dalam memberikan informasi pengobatan TB. Uji *t dependent* tidak dapat dilakukan karena data berdistribusi tidak normal sehingga dilakukan uji statistik nonparametrik sebagai uji alternatif dengan menggunakan uji *wilcoxon*. Hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut:

Tabel 4.5 Perbedaan Rata-rata Keterampilan Memberikan Informasi Pengobatan TB Sebelum dan Sesudah Pelatihan di Puskesmas Gunung Bahagia Tahun 2020

Keterampilan Memberikan Informasi pengobatan TB	Pelatihan	Mean±SD	Z	P
Skor	Sebelum Pelatihan	3.05± 0.51	-4.053	0.000*
	Sesudah Pelatihan	6.45± 0.51		

Sumber: Data primer

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa pada sebelum diberikan intervensi nilai rerata sebesar 3.05 dan setelah diberikan pelatihan keterampilan memberikan informasi pengobatan TB menunjukkan kenaikan skor keterampilan menjadi 6.45. Hasil analisis uji statistik menunjukkan bahwa pada variabel keterampilan dalam memberikan informasi pengobatan TB diukur dengan nilai *p* adalah 0.000 dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh yang bermakna skor keterampilan memberikan informasi pengobatan TB sebelum dan sesudah diberikan pelatihan (*p value* < $\alpha = 0.05$). Sedangkan jika dilihat dari nilai *z* hitung diperoleh -4.053 artinya jika dibandingkan dengan *z* tabel signifikasi 5% maka diperoleh *z* tabel (-2.11-2.11). Artinya, nilai *z* hitung diluar nilai *z* tabel sehingga dapat disimpulkan hipotesis alternatif diterima, artinya terdapat pengaruh pelatihan dengan peningkatan keterampilan memberikan informasi pengobatan TB.

B. Pembahasan Penelitian

1. Gambaran Pelaksanaan Keterampilan Memberikan Informasi

Gambaran pelaksanaan keterampilan ini dapat dikaitkan dengan karakteriti responden dari usia, pendidikan dan riwayat pelatihan sebelumnya.

Hasil penelitian dari tabel 4.1 menunjukkan responden yang mayoritas usia kategori lansia awal sebanyak 50.0%. Sejalan dengan hasil penelitian Rahmawati, Aprilia, Wijaya dan Pramatik (2017) menunjukkan data usia

kader paling banyak antara 40 sampai dengan 50 tahun sejumlah 12 responden (48%) yang paling sedikit berusia <30 tahun hanya 1 orang (4%). Senada dengan temuan pada penelitian Sukandar, Faiqoh dan Effendi (2019) dimana dominasi umur kader sebanyak 46,9% dari 98 responden berumur 40-49 tahun, 34 % berumur >50 tahun, 14,3% berumur 30-39 tahun dan 4% berumur 20-29 tahun.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti berasumsi bahwa sebagian besar responden atau kader TB tersebut memiliki kategori usia dengan mengacu pada indikator Depkes RI (2009) adalah lansia awal, dimana pada umur tersebut daya tangkap responden terhadap segala bentuk informasi, matang dalam mengambil keputusan, mampu berfikir secara rasional, mampu mengendalikan emosi dan semakin toleran terhadap orang lain. Level usia ini juga dianggap cukup matang dalam pengalaman hidup dan jiwa untuk merawat anggota keluarga yang sakit (Nuraenah, 2018).

Istilah usia diartikan dengan lamanya keberadaan seseorang diukur dalam satuan waktu di pandang dari segi kronologik, individu normal yang memperlihatkan derajat perkembangan anatomis dan fisiologik sama (Nuswantari, 2018). Usia adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan) (Hoetomo, 2015).

Semakin cukup usia, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih baik dalam berfikir dan bekerja. Berdasarkan kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa lebih dipercayai karena pengalaman dan kematangan jiwa (Nursalam, 2013). Usia kader berhubungan Kemampuan dalam memberikan informasi pengobatan TB paru. Sebenarnya, usia muda merupakan usia produktif yang akan lebih mudah memerikan informasi pengobatan TB, tetapi kesibukan pekerjaan sering menjadi hambatan. Kelompok muda adalah kelompok usia produktif yang mempunyai pekerjaan lain dan tidak dapat aktif pada kegiatan kader yang sering dilaksanakan pada pagi hari. Pendidikan memengaruhi cara pandang seseorang terhadap diri dan lingkungan serata menuntun manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan.

Kader yang aktif sebaiknya berumur antara 25-50 tahun, karena pada masa muda kader mempunyai motivasi yang positif, merasa lebih bertanggung jawab dan inovatif. Umur mempunyai kaitan erat dengan tingkat kedewasaan seseorang yang berarti kedewasaan teknis dalam arti keterampilan melaksanakan tugas maupun kedewasaan psikologis. Dikaitkan dengan tingkat kedewasaan teknis, anggapan yang berlaku ialah bahwa makin lama seseorang bekerja, kedewasaan teknisnya pun mestinya meningkat, pengalaman seseorang melaksanakan tugas tertentu secara terus menerus untuk waktu yang lama tingkat pendidikan biasanya meningkatkan kedewasaan teknisnya (Maddalak, 2012).

Rata-rata usia responden dalam hal ini adalah kader TB memiliki usia Dewasa akhir. Jika kita merujuk pada referensi yang diungkapkan oleh Mubarak (2006) menjelaskan dimana ketika usia seseorang bertambah maka akan menurunkan produktivitas individu tersebut, hal ini disebabkan keterampilan fisik mulai berkurang seiring pertambahan usia tetapi pengalaman dan kematangan jiwa akan semakin meningkat.

Seorang kader akan tetap menjadi kader sampai seseorang tersebut memutuskan untuk tidak lagi menjadi kader, karena tidak ada peraturan yang menyebutkan mengenai batasan masa kerja dan usia seseorang dapat menjadi kader, sehingga banyak kader yang sudah berusia lanjut tetapi tetap menjadi seorang kader. Hal ini mengakibatkan penurunan kinerja kader karena semakin bertambah usia keterampilan fisik akan menurun, oleh karena itu bagi kader yang bertugas memberikan informasi pengobatan TB yang sudah berusia ≥ 50 tahun diperlukan regenerasi dengan kader yang berusia ≤ 35 tahun dan untuk kader yang berusia tua bisa diberikan tugas lain yang lebih ringan sesuai dengan kemampuan fisiknya.

Aspek pendidikan dapat peneliti jelaskan dari penelitian ini menunjukkan tingkat pendidikan kader mayoritas SMA sebanyak 14 responden (70.0%). Menurut Undang-Undang No 20 Tahun 2003 menjelaskan kategori pendidikan rendah (tidak tamat SD, SD dan SMP) dan jenjang pendidikan menengah (SMA) dan pendidikan tinggi (D3, S1).

Sehingga dapat disimpulkan kategori pendidikan responden mayoritas adalah pendidikan menengah.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sukandar, Faiqoh dan Effendi (2019) mayoritas kader berpendidikan terakhir kategori pendidikan menengah (49%). Dipertegas dalam penelitian yang dilakukan oleh Widjarnako (2015) yang menyatakan bahwa berdasarkan uji *Chi Square* $\chi^2 = 0,05$, $p \text{ value} = 0,001$, H_0 ditolak, yang bertujuan untuk menguji hubungan antara pendidikan responden dengan praktik penemuan suspek TB paru menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pendidikan responden dengan praktik penemuan suspek TB paru, dengan nilai $p \text{ value} = 0,001$. Seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan akan memiliki kemampuan dan keterampilan tertentu serta dapat menentukan perilaku kesehatan individu ataupun kelompok (Bagoes dkk, 2006).

Hasil penelitian berbeda dilakukan oleh Handayanti, Jus'at dan Angkasa (2018) diperoleh tingkat pendidikan kader SLTP/SLTA/PT memiliki tingkat akurasi yang baik yaitu sebesar 36,6% dibandingkan dengan responden dengan pendidikan SD yaitu sebesar 20%. Lebih lanjut hasil penelitian itu menjelaskan uji statistik dengan uji *odds ratio* diperoleh $p\text{-value}$ sebesar 0,473 ($p\text{-value} \geq 0,05$), yang berarti bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan kader dengan tingkat akurasi hasil penimbangan dengan nilai OR sebesar 2,308. Perbedaan hasil penelitian ini dikaitkan dengan usia kader dengan proses degeneratif dimana terjadi penurunan fungsi penglihatan pada kader, sehingga akurasi pengukuran juga berpengaruh.

Asumsi peneliti terkait dengan pendidikan dengan pengetahuan linier dengan perilaku atau praktek dalam hal ini keterampilan dalam memberikan informasi pengobatan TB. Dimana pendidikan mempengaruhi pengetahuan dan daya serap dalam menangkap informasi yang diberikan dan proses internalisasi dari aspek kognitif yang lebih baik. Selanjutnya diikuti dengan kemampuan yang baik pula dalam bentuk keterampilan yang baik dalam memberikan informasi pengobatan TB.

Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi, misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang. Dengan demikian dapat diartikan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah untuk menerima informasi, sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya, sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang diperkenalkan (Priyoto, 2014).

Pendidikan adalah suatu proses belajar yang mencakup proses antara lain pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih matang dari sebelumnya. Sedangkan yang dimaksud pendidikan kesehatan adalah melakukan perilaku individu, kelompok, atau masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Pendidikan merupakan salah satu unsur yang sangat menentukan pengalaman seseorang baik dalam ilmu pengetahuan maupun kehidupan sosial.

Hasil bahwa mayoritas responden pernah mendapatkan pelatihan keterampilan dalam penyuluhan TB paru sebanyak 18 responden (90.0%) dan responden yang belum pernah mendapatkan pelatihan sebanyak 2 responden (10.0%). Penelitian yang dilakukan oleh Zainiah (2014) menunjukkan bahwa frekuensi pelatihan yang diikuti kader dalam kategori sering (>5kali) sebanyak 20 orang (21%), cukup (3-5kali) 39 orang (41%), dan kategori kurang (<2 kali) sebanyak 36 orang (38%). Hasil analisis statistik *Kendall-Tau* menunjukkan bahwa pada level signifikansi $\alpha = 0,05$ dihasilkan nilai $\rho=0,01$ sehingga $\rho < 0,05$. Hasil penelitian ini mendukung penelitian Wahyutomo (2013) yang menyatakan bahwa pelatihan kader kesehatan berhubungan dengan pemantauan tumbuh kembang balita di Puskesmas Kalitidu, Bojonegoro.

Kader yang pernah mengikuti pelatihan yang terkait dengan posyandu menyatakan memperoleh manfaat dari pelatihan tersebut. Lindner dan Dooley menyatakan bahwa kinerja yang efektif membutuhkan pengetahuan dan membantu membuat kemungkinan aktualisasi pengetahuan baru, dimana pengetahuan ini dapat diperoleh melalui pelatihan-pelatihan. Menurut Sinaga (2010) dalam penelitiannya disimpulkan hasil bahwa ada kecenderungan semakin banyak frekuensi

memperoleh pembinaan, maka kader semakin teliti dalam melaksanakan kegiatan.

Pembinaan kader merupakan sarana penting dalam peningkatan pengetahuan dan keterampilan kader dalam kegiatan posyandu. Kader yang terampil akan sangat membantu dalam pelaksanaan kegiatan Posyandu, sehingga informasi dan pesan-pesan gizi akan dapat dengan mudah disampaikan kepada masyarakat (Sukiarko, 2007). Diharapkan apabila seorang kader mendapat pelatihan secara terus menerus maka kader tersebut lebih terampil dalam menilai hasil penimbangan.

Namun sebaliknya dengan rendahnya status pelatihan yang didapatkan kader posyandu tentunya akan berdampak pada keterbatasan pengetahuan kader dan juga keterbatasan dalam kemampuan kader untuk memberikan informasi pengobatan TB. Kader yang tidak/belum pernah mendapat pendidikan tambahan memiliki keterlambatan wawasan sehingga karena keterbatasan tersebut peran serta kader tidak optimal (Siswanto, 2002).

Temuan dari adanya hubungan signifikan antara pelatihan kader TB dengan peran kader kesehatan dalam memberikan informasi pengobatan TB disebabkan karena kader kesehatan merupakan salah satu bentuk partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan sehingga pelatihan TB merupakan syarat mutlak agar kader kesehatan memiliki bekal pengetahuan dan keterampilan untuk dapat menjalankan peran dalam penanggulangan TB termasuk dalam penemuan kasus TB.

Pengetahuan dan keterampilan yang bertambah tentang TB dan penanggulangan TB sebagai hasil dari pelatihan TB yang diikutinya akan sangat membantu kader kesehatan yang semula adalah masyarakat awam untuk dapat melaksanakan tugas dalam penanggulangan TB dengan baik. Dengan demikian, sebaiknya setiap kader kesehatan terutama yang mengelola penanggulangan TB diberikan pelatihan atau seminar tentang penyakit TB dan penanggulangan TB di masyarakat sehingga dapat melakukan perannya khususnya dalam penemuan kasus TB dengan baik agar angka keterampilan kader dalam penemuan kasus TB meningkat.

Keterampilan dalam memberikan informasi pengobatan TB sebelum pelatihan diperoleh rerata 3.05 dan setelah pelatihan diperoleh nilai skor keterampilan dari lembar observasi sebesar 6.45. Berdasarkan hasil observasi pretest keterampilan dalam memberikan informasi pengobatan TB pada item sapa dan salam dari 20 responden sebanyak 18 responden (90%) sudah menerapkan hal tersebut dengan benar.

Sesuai dengan penelitian Sygitta, Sriati dan Fitria (2017) menunjukkan hasil penelitian dengan didapatkan 3 tema utama mengenai persepsi perawat terhadap pelaksanaan komunikasi efektif. Lebih lanjut hasil penelitian tersebut menjelaskan terkait dengan tema pertama terbagi menjadi 9 subtema, diantaranya : membina hubungan saling percaya, profesional dalam berkomunikasi dengan klien, peka terhadap respon klien, empati dalam berkomunikasi, bekal dengan ilmu dalam berkomunikasi, keramahan dalam berkomunikasi, 5 S (senyum, salam, sapa, sopan, santun) dalam berkomunikasi dengan klien, kesabaran dalam berkomunikasi, teknik komunikasi nonverbal sentuhan diperlukan dalam melakukan komunikasi.

Pelaksanaan senyum sapa dan salam merupakan bagian dari komunikasi sesuai dengan hasil penelitian Fitriana (2019) menunjukkan temuan bahwa senyum merupakan bagian komunikasi yang dapat memberikan kebahagiaan. Menurut Fridlund & Russell (2006) senyum merupakan bagian dari komunikasi yang mengungkapkan ekspresi kebahagiaan atau keramahan dengan kata lain senyum juga merupakan simulasi dari ekspresi keramahan. Tersenyum merupakan ungkapan ekspresi wajah positif yang merupakan isyarat komunikasi nonverbal yang paling mudah dikenal. Senyum merupakan komponen gerakan wajah yang berhubungan dengan dan disebabkan oleh perasaan bahagia atau senang. Sesuatu yang membuat seseorang merasa senang dan bahagia akan menghasilkan senyuman, kecuali jika orang tersebut bermaksud menutupi atau menghambat timbulnya senyum (Kraut and Johnston, 2010).

Esensi sapa salam menjadi bagian penting dalam komunikasi yang diajarkan sejak kecil dan diterapkan diberbagai setting baik di lingkungan

tempat tinggal, sekolah maupun di lingkungan pekerjaan. Jika kita tilik lebih lanjut proses komunikasi dimulai dengan sapaan, diikuti dengan senyuman dan ucapan salam sehingga menciptakan *good rapport* tahap awal terbentuknya komunikasi dengan orang lain (Gunawan, 2005). Pengantar pesan bahagia (*happy messengers*) di otak kita akan bekerja, jika menerima stimulus membahagiakan seperti senyuman dan sapaan. Sapaan merupakan bentuk komunikasi awal kita dengan orang lain. Lebih komplis lagi ketika kita mengucapkan salam, sapaan dan sambil tersenyum, hal yang nampaknya sepele, namun mempunyai dampak yang luar biasa. Perbuatan tersebut mampu menyembuhkan kekesalan, kegundahan, dan bahkan kesedihan (Lickona, 1991).

Budaya timur yang kita anut yang kita anut dari berbagai latar belakang budaya mengedepankan sopan santun seperti istilah "*unggah unggoh tepo sliro*". Kearifan ini mengandung arti bahwasannya dalam menjalani kehidupan sehari-hari terutama dalam berkomunikasi harus memperhatikan perasaan orang yang diajak berkomunikasi. Seseorang harus memandang lawan bicaranya sebagai orang yang pantas untuk dihormati. Salah satu bentuk penghormatan terhadap orang lain adalah dengan memosisikan perkataan seseorang sebagai hal yang penting (Kristina, Maysa, dan Novitasari, 2018). Artinya bahwa budaya tersebut sudah ditanamkan sejak kecil dan menjadi habit dan pola yang sudah terinternalisasi dalam bagian kehidupan.

Asumsi peneliti terkait dengan mayoritas responden yang mampu melakukan salam dan sapa karena kebiasaan yang sudah menjadi pola atau kebiasaan yang selalu dikerjakan oleh kader baik dalam memberikan informasi pengobatan TB atau bagian komponen yang tidak lepas dari tahapan komunikasi yang dilakukan secara umum.

Peningkatan keterampilan kader sebelum dan setelah dilakukan pelatihan dalam memberikan informasi pengobatan TB ini menunjukkan hasil yang signifikan dimana nilai rerata 3.05 menjadi 6.45. Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi, Pramono dan Junaedi (2017) terdapat peningkatan rerata skor pengetahuan kesehatan TB dalam *Active*

Case Finding dari 70 menjadi 80, dengan kenaikan 10 point. Menurut Nisa & Santik (2017), pengetahuan tentang TB berhubungan dengan praktik penemuan tersangka kasus TB. Dengan kata lain, kader yang memiliki pengetahuan yang baik tentang TB mempengaruhi perilaku kader dalam penemuan tersangka kasus TB.

Pendidikan atau edukasi kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan dalam bidang kesehatan, yang di dalamnya terdapat proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat sehingga pengetahuan dan kemampuan meningkat. Menurut Notoatmodjo (2007) edukasi kesehatan dapat dilakukan dengan metode pendidikan individual dan kelompok dengan menggunakan media sebagai alat saluran (*channel*) untuk menyampaikan informasi/pesan kesehatan guna mempermudah penerimaan. Penyuluhan atau pelatihan merupakan bagian pendidikan kesehatan yang tergabung dalam upaya kesehatan yang menitikberatkan upaya peningkatan perilaku sehat. Masyarakat memahami perilaku mereka dan mekanisme pengaruh perilaku pada pengobatan penyakit dan membantu pemulihan. Dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan terdapat proses belajar yang merupakan pengalaman, berbuat, bereaksi dan melampaui. Hasil belajar adalah pola-pola perbuatan, nilai-nilai, pengertian-pengertian, sikap-sikap, apresiasi, abilitas, dan keterampilan.

Peningkatan pengetahuan tentang TB Paru kepada kader kesehatan tidak akan efektif jika hanya dilakukan satu kali, hal ini dibuktikan dengan evaluasi jangka panjang yang dilakukan yaitu dengan pemantauan angka temuan setelah intervensi (Triwulan II-IV) pada triwulan kedua setelah dilakukan pelatihan partisipasi kader dalam melakukan penjarangan suspek TB mengalami peningkatan akan tetapi mengalami sedikit penurunan pada triwulan ke-3 dan pada triwulan ke-4 atau akhir tahun angka penjarangan oleh kader semakin mengalami penurunan tajam (Laporan Wawancara dengan Penanggungjawab Program TB Puseksmas Gunung Bahagia). Lebih lanjut dimana pentingnya mengupdate informasi dalam memberikan informasi pengobatan TB dapat terlihat dari riwayat pelatihan sebelumnya dengan melihat hasil pretest ternyata kemampuan kader saat

memberikan informasi TB sangat terbatas. Hal ini tentu diasumsikan lamanya pelatihan yang pernah diikuti dan tidak adanya proses *updating* untuk merefresh ilmu yang diperoleh sebelumnya.

Berdasarkan *Framework* tentang DOTS dari WHO (2008) Pentingnya global untuk memperbaiki sistem deteksi kasus TB. Kepentingan yang tinggi mengenai kegunaan ACF sebagai langkah untuk meningkatkan deteksi kasus baru-baru ini memicu kebangkitan dalam penelitian mengenai masalah ini. Pengendalian TB saat ini didasarkan pada tiga strategi: penemuan kasus dan pengobatan penyakit secara aktif; pengobatan infeksi TB laten; dan vaksinasi dengan bacille CalmetteGuérin (BCG). penemuan kasus dan pengobatan penyakit TB saat ini merupakan sarana utama untuk mengendalikan transmisi dan mengurangi kejadian (Corbett et al, 2013).

2. Pengaruh Pelatihan terhadap Keterampilan Memberikan Informasi Pengobatan TB

Hasil pretest sebelum dilakukan pelatihan pada keterampilan menunjukkan bahwa dari 7 item yang diobservasi diperoleh nilai rata-rata 3.65 dengan skor minimal 2 dan skor maksimal 4. Penilaian aspek keterampilan menggunakan pedoman menurut Khomsan (1995) dapat dilakukan dengan melihat beberapa item yaitu jika dapat melakukan tindakan sesuai prosedur dengan tanpa bantuan dapat dikatakan baik, jika dapat melakukan tindakan dengan sedikit bantuan dapat dikatakan cukup, dan jika tidak dapat melakukan tindakan dan dengan bantuan yang maksimal dapat dikatakan kurang.

Jika kita melihat domain keterampilan yang merupakan bagian dari bentuk perilaku maka kita bisa merujuk dari pengukuran pengetahuan menurut Arikunto (2013) kategori baik (76-100%), sedang atau cukup (56-75%) dan kurang (<55%). Maka dapat kita konveriskan bahwa kategori keterampilan dengan mengacu pada lembar observasi maka rerata keterampilan kader di Puskesmas Gunung Bahagia <3.85 sehingga dikategorikan kurang.

Penelitian yang dilakukan oleh Trisnawati dan Betty (2018) dimana metode pelatihan tersebut meliputi: 1) ceramah dan tanya jawab tentang konsep TBC, pencegahan dan penularan, perawatan, syarat lingkungan sehat untuk TBC, keamanan obat tradisional, dan pengobatan TBC yang bersifat alternatif dengan menggunakan obat tradisional; 2) simulasi untuk perawatan alternatif tentang teknik pembuatan ramuan tradisional (pegagan dan ciplukan). Lebih lanjut dijelaskan hasil skor pengetahuan perawatan TBC sebelum pelatihan rata-rata 16.64 dengan skor minimal 13 dan skor maksimal yang diperoleh 20. Skor pengetahuan perawatan TBC setelah pelatihan rata-rata 19.84 dengan skor minimal 18 dan skor maksimal 20.

Hasil penelitian senada yang dilakukan Purnomo (2013) dengan uji *Wilcoxon Match Pairs Test* diperoleh nilai rata-rata pengetahuan sebelum pelatihan kader sebesar 3.6842 dan sesudah pelatihan kader sebesar 3.9474. Nilai rata-rata pengetahuan setelah pelatihan ternyata lebih baik jika dibandingkan dengan sebelum pelatihan. Terdapat perbedaan yang significant antara sebelum dan setelah intervensi, dengan nilai Z hitung *Wilcoxon Match Pairs Test* sebesar -2,236 dan nilai signifikansi 0,025. Artinya terdapat pengaruh yang signifikan dari adanya pelatihan kader terhadap kemampuan pengelolaan posyandu di Desa Sendangsari Kecamatan Pengasih Kulon Progo Yogyakarta.

Teori yang diungkapkan Azwar (2008) menjelaskan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi sikap dan tindakan seseorang adalah pengetahuannya. Semakin baik pengetahuan seseorang maka ia akan memiliki sikap dan tindakan yang positif terhadap suatu obyek. Senada yang diungkapkan dalam teori Green (2007, dalam Notoatmodjo 2012) bahwa sikap dan tindakan berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok dalam melakukan sesuatu. Pengetahuan yang dimiliki responden memegang peranan penting dalam penentuan sikap yang utuh, pengetahuan akan membentuk kepercayaan yang sifatnya akan memberikan dasar bagi pengambilan keputusan dan menentukan sikap terhadap suatu obyek.

Sikap positif dapat memotivasi individu dalam melakukan kegiatan kemampuan pengelolaan posyandu. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Newcomb, 1997 dalam Notoatmodjo, 2012).

Penelitian ini juga didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Sihotang (2011) dengan hasil bahwa seseorang yang bersikap baik akan mewujudkan praktik atau tindakan yang baik dan untuk mewujudkan sikap agar menjadi suatu perbuatan atau tindakan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang mendukung, antara lain fasilitas, sarana, dan prasarana serta dukungan dari pihak lain. Hal ini sesuai dengan penelitian ini, dimana setelah dilakukan pelatihan kader nilai sikap yang didapat meningkat demikian pula dengan nilai praktik atau keterampilannya.

Keterampilan seseorang dalam melakukan tindakan dalam hal ini adalah memberikan informasi pengobatan TB merupakan suatu bentuk kegiatan nyata yang dilakukan oleh kader sebagai bagian tugas utama sebagai kader TB. Riwayat pendidikan mayoritas SMA dan usia kader yang tidak muda tentu mebetukna stimulus untuk menunjang performansi yang mumpuni sebagai seorang kader yang baik dan bisa melakukan tugas dengan benar sesuai tanggungjawabnya.

Pelatihan kader adalah suatu bentuk upaya kegiatan yang dilaksanakan untuk meningkatkan kemampuan, pengetahuan, ketrampilan teknis dan dedikasi kader. Pelayanan posyandu dapat diperluas dengan meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan dihari buka kunjung rumah. Serta dapat menciptakan iklim kondusif untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan pemenuhan sarana, prasarana, pelaporan dan pendataan kerja posyandu. Pengetahuan akan bertambah berkat kemampuan dokter dan staf puskesmas untuk memberikan tambahan pada waktu mereka datang melakukan supervisi (Depkes, 2016). Dalam teori

(Blum, 1974, dalam Notoatmodjo 2013) menyatakan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang, dijelaskan juga bahwa perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu atau masyarakat. sehingga dengan memiliki pengetahuan yang baik seseorang akan mempengaruhi perubahan perilaku.

Bentuk pelatihan kader dalam meningkatkan kemampuan memberikan informasi pengobatan TB dengan menadopsi teori Health Promotion Models (HPM) dengan melihat aspek *activity related factors* dan *persolan factors*. Faktor persolan dalam penelitian ini adalah usia, pendidikan dan pengalmaan pelatihan dalam memberikan informasi TB. Karakteristik tersebut sangat mendukung sdengan potensi usia yang cukup matur dari kader tersebut dengan diimbangi pengalaman, riwayat pelatihan yang pernah dikuti sebelumnya dan level pendikan mayoritas SMA.

Karakteritik personal dapat dijelaskan sebagai karter yang sesorang dapatkan atau individu peroleh baik yang diturunkna atau dibentuk oleh lingkungan sekitar (Galloway 2003; Mishbahatul 2012). Karakteristik personal tersebut dikelompokkan menjadi karakteristik biologis, psikologis dan sosial (Pender, Murdaugh & Parsoas 2002). Dalam penelitian ini karakteristik psikologis diwakili oleh jenis kemain kader, usia kader, riwayat pendidikan dan pelatihan Kader TB sebelumnya (Handoko, 2001).

Penelitian yang dilakukan oleh Sumartini (2014) yang menyatakan bahwa, adanya hubungan antara usia dengan peran kader. Penleitian Zainah (2014) menjukkna bubungan frekeunsi pelatihan dengan keterampilan pelayannan posyandu balita. Penelitian Widjarnako (2015) yang menyatakan terdapat hubungan pendidikan responden dengan praktik penemuan suspek TB.

Aspek *Perceived Benefit of Action* dimana keberhasilan pengobtan, penurunan kekambuhan, penurunan angka kejadian TB menjadi aspek yang kuat yang mendasari ketrelibtaan kader melam upaca menekan nagka kejadian TB paru tersebut. Persepsi terhadap manfaat tindakan

merupakan persepsi akan manfaat atau keuntungan yang menguatkan individu untuk melakukan perilaku kesehatan (Pender, 2011). Manfaat tindakan dapat dijadikan gambaran mental yang positif atau penguatan (*reinforcement*) positif bagi perilaku (Pender, 2011). Manfaat secara langsung memotivasi perilaku dan tidak langsung menentukan rencana kegiatan untuk mencapai manfaat sebagai hasil. Apabila responden memiliki pengetahuan yang cukup tentang manfaat dari kegiatan baik keterlibatan sebagai kader atau keikutsertaan dalam kegiatan pelatihan kader TB tentu akan memberikan penilaian persepsi akan manfaat tersebut. Sehingga perilaku yang ditimbulkan nantinya akan membentuk perilaku pad kader yang kuat dalam melakukan kegiatan pemberian informasi pengobatan TB dengan rutin dan terampil.

Hambatan yang dirasakan dipersepsikan adanya hambatan untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu (Pender, 2011). Hasil penelitian Mab'ruroh (2018) hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh yang signifikan antara hambatan yang dirasakan santri husada dalam melakukan kegiatan poskestren dengan perilaku santri husada. Hambatan yang menjadi masalah berasama dalam penelitian ini adalah lama pengobatan TB menyebabkan masalah ketidakpatuhan minum obat TB. Masalah putus obat merupakan salah satu masalah yang penting dalam manajemen TB (Sumartojo, 2013). Rendahnya kepatuhan minum obat dapat berakibat pada resistensi *Mycobacterium tuberculosis* terhadap obat anti-TB yang berpotensi mengubah pilihan obat terapeutik pada pasien-pasien TB. Pasien yang tidak teratur minum obat memiliki risiko tinggi kegagalan pengobatan, kekambuhan, maupun terhadap munculnya *drug resistant-tuberculosis* (WHO, 2002). Sehingga memerlukan peran serta keluarga dalam pemantauan minum obat (PMO)

Komponen lain yang dapat dilihat adalah *Perceived Self Efficacy* dalam hal ini adalah keterampilan kader dalam memberikan atau melakukan promosi kesehatan. HPM menjelaskan *self efficacy* merupakan penilaian kemampuan personal untuk mengatur dan melakukan suatu perilaku kesehatan tertentu (Pender, 2011). *Self efficacy* juga diartikan

sebagai kepercayaan diri untuk dapat melakukan peran kesehatan dengan baik (Bandura, 2004). Individu cenderung meyakini dirinya mampu dalam mengerjakan perannya dengan baik, untuk memuaskan kebutuhan situasionalnya. Kemampuan diri yang dimiliki oleh kader diantaranya: pemberi penyuluhan terkait penyakit TB, membantu menemukan orang yang dicurigai sakit TB dan penderita TB, membantu puskesmas dalam membimbing dan memotivasi PMO untuk selalu melakukan pengawasan menelan obat, menjadi koordinator PMO dan jika pasien tidak memiliki PMO maka kader bisa menjadi PMO.

Self efficacy tersebut dapat meningkatkan tugas kader dalam melaksanakan kegiatan sebagai seorang kader TB. Hal tersebut juga dikuatkan oleh ajaran yang dianut oleh kader dengan menanamkan aspek keikhlasan dalam melaksanakan tugas dan tanggungjawab. Penguatan keyakinan bahwa semua tindakan yang dilakukan pasti akan mendapatkan pahala. Selain itu, mayoritas kader TB sudah pernah mendapatkan pelatihan kader TB sebelumnya sehingga akan meningkatkan *self efficacy* sebagai seorang kader TB yang handal dan terampil.

Aspek berikutnya dalam komponen HPM adalah pengaruh interpersonal dalam hal ini adalah petugas kesehatan, dan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang baik. Upaya dalam menemukan kasus TB di masyarakat termasuk salah satu peran kader yang perlu diperkuat. Model deteksi dini TB oleh kader ini konsisten dengan salah satu elemen dalam Stop TB Partnership untuk menghentikan TB yaitu pemberdayaan pasien dan komunitas sehingga dapat mengurangi ketergantungan masyarakat kepada petugas kesehatan untuk memecahkan masalah kesehatan mereka. Sehingga peran masyarakat, petugas kesehatan dan kader harus dikerjakan dan terjalin suatu hubungan yang baik untuk menunjang program pelaksanaan penanggulangan TB tersebut.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya pengaruh yang signifikan antara pengaruh interpersonal petugas kesehatan terhadap perilaku santri husada. Pengaruh interpersonal terdiri atas norma (harapan

orang lain), dukungan sosial (instrumental dan dorongan emosional) dan model belajar dari pengalaman orang lain (Pender, 2011).

Puskesmas sebagai pusat penggerak pemberdayaan kesehatan masyarakat melakukan pendampingan intensif kepada kader TB dalam proses pelaksanaan kegiatan berkaitan sebagai kader TB. Hasil penelitian Rahman (2016) bahwa tidak terdapat hubungan antara petugas kesehatan dengan perilaku pencarian pelayanan kesehatan. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian ini, karena petugas kesehatan sangat memberikan pengaruh yang besar terhadap perilaku kader TB di wilayah kerja Puskesmas Gunung Bahagia dalam melaksanakan kegiatan kader TB. Kader TB sangat berperan penting dalam terlaksananya kegiatan penanganan TB di Wilayah Kerja puskesmas Gunung Bahagia. Masyarakat di wilayah Kerja Puskesmas Gunung Bahagia memiliki berbagai karakter, latar belakang, persepsi yang berbeda terkait pengetahuan tentang kesehatan pencegahan, pengobatan TB.

Petugas kesehatan selaku pemegang program kegiatan poskestren di Puskesmas diperlukan pemantauan secara berkesinambungan. Tanpa adanya pemantauan yang terus-menerus, petugas kesehatan tidak akan mengetahui kompetensi, kegiatan dan kualitas layanan yang kader TB berikan dalam menjalankan tugasnya. Pernyataan ini didukung oleh Kemenkes RI (2013) bahwa kurangnya pembinaan dari puskesmas yang disebabkan karena tidak tersedianya dana operasional untuk melakukan pembinaan diluar gedung dan petugas puskesmas tidak melakukan supervisi karena terbatasnya tenaga.

Aspek yang terakhir adalah *situasional influence* dalam hal ini adalah stigma masyarakat. stigma menjadi masalah penting dalam penemuan kasus TB. Penelitian Sari (2018) menjalsakan pengalaman diskriminasi dialami oleh 36,29% responden, berupa pengabaian dan ketidakmauan untuk berinteraksi dengan klien TB. Untuk komponen penarikan diri dari lingkungan dialami sebanyak 62,09% responden memilih untuk menjauh dari lingkungan sosialnya karena takut apabila nanti dijauhi, digosipkan, dan ditolak. Perasaan malu muncul karena

responden telah mengetahui bahwa penyakit TB merupakan penyakit yang menular. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Kipp et.al (2011) menyatakan bahwa salah satu penyebab munculnya stigma pada TB adalah faktor penularan, selain itu juga adanya ketidaktahuan tentang penyebab dan perawatan.

C. Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian ini dilakukan bersamaan dengan situasi pandemi Covid-19 pada saat pelaksanaan post test, sehingga observasi dilakukan peneliti dengan hanya *roleplay* antar sesama kader yang dilibatkan dalam penelitian. Penilaian observasi *roleplay* dengan teman tentu mengurangi tingkat stressor kader dalam memberikan informasi pengobatan sendiri dibandingkan langsung ke keluarga. Hal ini menjadi keterbatasan hasil penelitian karena performa kader saat post tes lebih baik karena tidak berhadapan langsung dengan pasien atau keluarga.
2. Penelitian ini menggunakan metode *pretest posttest one group without control*. Sehingga peneliti tidak bisa membandingkan secara signifikan perbedaan hasil pelatihan yang peneliti lakukan. Dengan menggunakan kelompok kontrol (*pretest posttest with control*) tentu hasil akan lebih akurat perbedaan hasil kemampuan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB kepada pasien.
3. Pengukuran keterampilan yang dilakukan pada kader terkait dengan hasil pelatihan dilakukan setelah proses pelatihan selesai dilakukan tanpa ada jeda waktu. Sehingga internalisasi pemahaman hasil pelatihan dalam kognitif kader masih sangat baik. Jika penelitian ini dilakukan dengan mengevaluasi langsung ketika kader memberikan edukasi tentang pengobatan TB dalam aktivitas sebagai kegiatan kader bukan dalam setting lingkup penelitian tentu hasilnya akan lebih valid untuk mengukur perubahan dan peningkatan keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Mayoritas usia kategori lansia awal (46-55 tahun) sebanyak 10 responden (50.0%), responden dominasi tingkat pendidikan level SMA sebanyak 14 responden (70.0%), dan mayoritas responden pernah mendapatkan pelatihan keterampilan dalam penyuluhan TB paru sebanyak 18 responden (90.0%).
2. Nilai rerata skor kemampuan memberikan informasi pengobatan TB sebelum dilakukan pelatihan adalah 3.05. median 3.0, nilai terendah 2 dan nilai tertinggi 4, sedangkan interval kepercayaan 95% untuk nilai terendah 2.82 dan nilai tertinggi 3.29.
3. Analisis uji statistik menunjukkan bahwa pada variabel keterampilan dalam memberikan informasi pengobatan TB diukur dengan nilai p adalah 0.000 dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh yang bermakna skor keterampilan memberikan informasi pengobatan TB sebelum dan sesudah diberikan pelatihan ($p\text{ value} < \alpha = 0.05$). Sedangkan jika dilihat dari nilai z hitung diperoleh -4.053 artinya jika dibandingkan dengan z tabel signifikansi 5% maka diperoleh z tabel (-2.11-2.11). Artinya, nilai z hitung diluar nilai z tabel sehingga dapat disimpulkan hipotesis alternatif diterima, artinya terdapat pengaruh pelatihan dengan peningkatan keterampilan memberikan informasi pengobatan TB.

B. Saran

1. Diharapkan modul pelatihan kader menjadi sebuah pembelajaran kepada mahasiswa pada pembelajaran keperawatan komunitas untuk meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam melatih kader di masyarakat. Dan Modul bisa dijadikan acuan baku dalam setiap pelaksanaan pelatihan kader untuk spesifik dalam memberikan penyuluhan kepada

pasien/keluarga dimasyarakat dengan standard modul yang sama di semua seluruh wilayah kerja puskesmas yang ada di Kota Balikpapan.

2. Diharapkan perekrutan kader dalam kategori usia, pendidikan yang kompeten sehingga keterampilan dan performa kader lebih mumpuni. Memaksimalkan keberhasilan program pengobatan TB dengan pemberdayaan masyarakat (*empowering*) untuk berpartisipasi sehingga dapat meningkat status kesehatan sedangkan screening dini terkait dengan temuan kasus dan upaya pengobatan berkesinambungan dan menekan risiko putus obat pada penderita penyakit penyakit TB.
3. Diharapkan semua aspek baik pihak terkait (petugas kesehatan, kader) dan keterlibatan *stakeholder* dalam menunjang keberhasilan pengobatan TB dan meningkatkan dukungan untuk program pengobatan TB mellaui kerjasama dan koordinasi yang baik.



DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M.R. & Tomey, A.M, 2006, *Nursing theorists and their work*, 6th ed, Elseiver, Mosby.
- Amin Z., Bahar A.2009.*Ilmu Penyakit Dalam Jilid III*.Edisi V.Jakarta:Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.hlm. 2230-2233.
- Anisah, Ika Arni., Kusumawati, Yuli., Kirwono, Badar. (2017) Faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader *community Tebe care* 'aisyiyah surakarta. *jurnal kesehatan 10(2)*, 47-57, retrived from: <http://bit.ly/38CL82h>
- Arikunto (2013). *Manajemen Penelitian*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Beraldo, Aline Ale et al. (2017). Adherence to tuberculosis treatment in Primary Health Care: perception of patients and professionals in a large municipality. *Esc. Anna Nery* vol.21, n.4, e20170075. Epub Sep 21, 2017. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0075>.
- Corbett, E.L., Watt, C.J., & Walker, N. (2013) The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. *Arch Intern Med*. 2003; 163:1009– 1021. [PubMed: 12742798].
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan . (2011). *Strategi nasional pengendalian tb di indonesia 2010-2014*. Jakarta: Kemenkes RI
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan . (2014). *Profil Kesehatan 2014*. Jakarta: Kemenkes RI
- Edy, Sukiarko. (2007). Pengaruh pelatihan dengan metode belajar berdasarkan masalah terhadap pengetahuan dan ketereampilan kader gizi dalam kegiatan posyandu di Kecamatan Tempuran Kabupaten Magelang. Dalam Tesis Pada Program Pascasarjana Gizi Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang.
- Fitriana, Vera (2019). Pengalaman dan Makna Perawat Tersenyum Kepada Pasien Di Ruang Gawat Darurat. http://eprints.undip.ac.id/76563/1/TESIS_VERA_fiks.pdf. Diakses tanggal 20 Juni 2020.
- Fridlund, AJ, & Russell JA. (2006). The Functions of Facial Expressions: what's in a Face? In V. Manusov & M. L. Patterson (eds.), *The Sage Handbook of nonverbal Communication*. London: SAGE Publications.
- Gunawan, Adi W. (2005). *Hypnosis -The Art of Subconscious Communication*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

- Handiyanti, Rosliana; Jus'at, Idrus dan Angkasa, Dudung. (2018). Hubungan Lama Kerja Menjadi Kader, Pengetahuan, Pendidikan, Pelatihan Dengan Presisi Dan Akurasi Hasil Penimbangan Berat Badan Balita Oleh Kader Posyandu. *Jurnal Action: Aceh Nutrition Journal*, Mei 2018; volume 3 Nomer. 1: 74-81. <http://ejournal.poltekkesaceh.ac.id/index.php/an/article/view/102>. Diakses tanggal 03 Juli 2020.
- Handoko, (2001), *Manajemen sumber daya manusia*, edisi 2, BPFE, Yogyakarta.
- Iswari, Andrastuti Prima (2018). Evaluasi faktor kinerja kader *Community Tb-HIV care* 'Aisyiyah dalam penemuan suspek Tb di Surakarta (Skripsi) Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta. Tidak dipublikasi retrieved from: <http://bit.ly/2sUuBYp>
- Karwati, Pujiati D, Mujiwati S. 2011. *Asuhan Kebidanan V (Kebidanan komunitas)*. Jakarta : Trans Info Media (Soekanto,1990
- Khomsan. A. (1995). Pengukuran Pengetahuan. Bandung: IPB Press.
- Kipp, A.M., Pungrassami, P., Nilmanat, K., Sengupta, S., Poole, C., Strauss, R. et.al. (2011) Socio-demographic and AIDSrelated factors associated with Tuberculosis stigma in southern Thailand: a quantitative, cross-sectional study of stigma among patients with TB and healthy community members. *BMC Public Health*. 2011; 11, 1-9.
- Kraut R.E and Johnston R.E. (2010). Social and Emotional Message of Smiling: an Ethiological Approach. *J Pers Social Psychology*. 1979;37.No. 9.1.
- Kristina; Febrianti, Puput; Maharani, Masya dan Novitasari, Dewi (2018). Tepo Sliro Sebagai Filter pengaruh Modernisasi. <http://fis.uny.ac.id/berita/tepo-sliro-sebagai-filter-pengaruh-modernisasi>. Diakses tanggal 29 Juni 2018.
- Lickona, Thomas. (1991). *Educating for Character: How Our Schools can Teach Respect and Responsibility*. New York: Bantam Books.
- Liliweri, Alo. 2008. *Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- Mab'ruroh, Ulum. (2018). *Analisi Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Santri Husada dalam Membentuk Santri Sehat berdasarkan Teori Health Promotion Model*. http://repository.unair.ac.id/78426/2/TKP%2089_18%20Mab%20a.pdf. Diakses tanggal 06 Juli 2020.
- Maddalak, V. (2012). Pengaruh Pelatihan Kader Terhadap Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Kader Tentang Tugas Kader Posyandu Di Wilayah Kerja puskesmas Desa Awu Kecamatan Luwuk Banggai Sulawesi

- Tengah. Skripsi tidak dipublikasikan. Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES “ Aisyiyah, Yogyakarta.
- Meilani, N., Niken S., Dwiana E., Sumarah. 2009. *Kebidanan Komunitas. Cetakan pertama I*. Jakarta: Fitramaya.
- Mishbahatul, E., (2012). Perilaku ibu dalam pemenuha kebutuha gizi anak prasekolah dengan pendekatan integrasi *Health Promotion Model* dan *Self Regulation Theory*, tesis Magister, Universitas Airlangga, Surabaya.
- Mubarak, Wahid Iqbal, (2012), Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsep dan Aplikasi Keperawatan Komunitas, Jakarta: Salemba Medika.
- Mutiara Syagitta, Mutiara; Sriati, Aat dan Fitria, Nita. (2017). Persepsi Perawat Terhadap Pelaksanaan Komunikasi Efektif di IRJ Al-Islam Bandung. *Jurnal Keperawatan BSI*, Vol. V No. 2 September 2017. <http://ejurnal.bsi.com>. Diakses tanggal 10 Juni 2020.
- Nisa, Siti, Malihatun & Santik, Yunita, Diah, Puspita. (2017) Hubungan antara Karakteristik Kader Kesehatan dengan Praktik Penemuan Tersangka Kasus Tuberkulosis Paru. *Journal of Health Education*, 2(1). <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jhealthedu/article/view/19117>. Diakses tanggal 06 Juli 2020.
- Nizar, Muhamad. (2010). *Pemberantasan dan Penanggulangan Tuberkulosis*. Yogyakarta: penerbit Gosyen Publisng.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Metodologi Penelitian Kesehatan* . Jakarta: Rineka Cipta
- Nurpudji. (2006). *Kontroversi Seputar Gizi Buruk*. yogyakarta: Nuha Medika
- Nursalam. (2013). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medik
- Pender, Nola (2011). *The health promotion model, manual*. Retrieved November 14, 2017, from nursing.unrich.edu. <http://nursing.unrich.edu/facultystaff/nola-j-pender>. Diakses tanggal 06 Juli 2020.
- Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (PMK-RI) No. 67 tahun 2016 tentang penanggulangan Tb. Retrieved from: <http://bit.ly/3aEE7zH>
- Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. (2011). *Tuberkulosis Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan di Indonesia*. Indah Offset Citra Grafika. Jakarta.
- Pebrianty, Putri., Restuastuti, Tuti. & Zahtamal. (2017). Pengetahuan dan tindakan kader Tb dalam upaya pengendalian penyakit Tb paru di kabupaten kepulauan meranti. *Jurnal Online Mahasiswa Fakultas Kedokteran* 4(2). Retrived from: <http://bit.ly/2RKWcU9>

- Priyoto. (2014). Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan, Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purnomo, Gilang, Adi. (2014). Pengaruh Pelatihan Kader Tentang Posyandu Terhadap Kemampuan Pengelolaan Posyandu Di Desa Sendangsari Kecamatan PengasihKulon Progo. <http://jurnalunsyiah.ac.id>. Diakses tanggal 05 Juli 2020.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Republik Indonesia. (2018). Tuberkulosis. Retrieved from: <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-tuberkulosis-2018.pdf>
- Rita Dian Pratiwi, Rita, Dian; Pramono, Dibyo dan Juanaidi (2017). Peningkatan Kemampuan Kader Kesehatan Tb Dalam Active Case Finding Untuk Mendukung Case Detection Rate. *Jurnal of Health Education* <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jhealthedu/>. Diakses tanggal 06 Juli 2020.
- Sari, Yunita. (2018). Gambaran Stigma Diri Klien Tuberkulosis Paru (Tb Paru) Yang Menjalani Pengobatan Di Puskesmas Malingping. *Media Ilmu Kesehatan* Vol. 7, No. 1, April 2018. <https://ejournal.unjaya.ac.id/index.php/mik/article/view/223/221>. Diakses tanggal 06 Juli 2020.
- Sinaga, F. Ari, E. (2010). Hubungan peran serta kader dalam memotivasi keaktifan ibu membawa balita ke posyandu terhadap status kesehatan balita di Cibiru Kabupaten Bandung. *Majalah Keperawatan Nursing Journal of padjajaran university*. 12 (1). 27 -35.
- Sitohang, U. (2011). Faktor-faktor yang dapat mendukung upaya revitalisasi posyandu dalam rangka peningkatan fungsi dan kinerja posyandu di wilayah kerja puskesmas lubuk pakam 2011. *Jurnal ilmiah pendidikan Tinggi*. 4 (1). 95-106.
- Sukandar, Hadyana; Faiqoh, Rumaisho dan Effendi, Jusuf, Suliaman. (2019). Hubungan Karakteristik terhadap Tingkat Aktivitas Kader Posyandu Kecamatan Soreang Kabupaten Bandung. <http://jurnalunpad.ac.id>. Diakses tanggal 01 Juli 2020.
- Sumartini, Ni Putu, (2014), Penguatan Peran Kader Kesehatan Dalam Penemuan Kasus Tuberkulosis (TB) BTA Positif Melalui Edukasi Dengan Pendekatan Theory Of Planned Behaviour (TPB), *Jurnal Kesehatan Prima* Vol. 8 No. 1, Februari 2014, <http://poltekkesmataram.ac.id/cp/wp-content/uploads/2015/08/10.-Putu-1246-1263.pdf>. Diakses tanggal 06 Juli 2020.

- Sumartojo, E. (2013). When tuberculosis treatment fails. Asocial behavioral account of patient adherence. *American Review of Respiratory Disease*, 147, 1311- 1320.
- Trisari, Azizah, Gama dan Betty Faizah. (2018). Pelatihan Peningkatan Kemampuan Kader Kesehatan Dalam Penanganan Tuberkulosis (TBC) Di Wilayah Kerja Puskesmas Gemolong II Sragen.
- Umar, Naim. (2008). *Upaya Kesehatan berbasis Masyarakat*". Yogyakarta; Penerbit Kareso
- Wahyutomo, AH. (2013). Hubungan karakteristik dan peran kader posyandu dengan pemantauan tumbuh kembang balita di Puskesmas Kalitidu, Bojonegoro. Tesis. Dipetik dari <http://eprints.uns.ac.id>. Diakses tTanggal 05 Juli 2020.
- Widjanarko, P. Prabamurti, and E. Widayat. (2012). Pengaruh Karakteristik, Pengetahuan Dan Sikap Petugas Pemegang Program Tuberkulosis Paru Puskesmas Terhadap Penemuan Suspek TB Paru Di Kabupaten Blora, *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, vol. 1, no. 1, pp. 41-52, Mar. 2012. <https://doi.org/10.14710/jpki.1.1.41-52>
- Wijaya, I Made Kusuma, 2013. Pengetahuan, Sikap Dan Motivasi Terhadap Keaktifan Kader Dalam Pengendalian Tuberkulosis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 9(2) 2013 137-144. <http://journal.unnes.ac.id/nu/index.php/kemas>. Diakses tanggal 06 Juli 2020
- WHO. (2008) Mid-level health workers The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes A literature review Department of Human Resources for Health Geneva. http://www.who.int/hrh/MLHW_review_2008.pdf. Diakses tanggal 06 Juli 2020.
- World Health Organization. (2002). *An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control*. Geneva: World Health Organization; 2002.
- World Health Organization. (2018). The top 10 causes of death. Retrieved from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Zainiah, Nahdatus. (2014). Hubungan Frekuensi pelatihan yang diikuti Kader dengan Keterampilan Kader dalam Pelayanan Posyandu Balita Di Desa Nogotirti Bantul Slmena Yogyakarta. <http://unsyiah.ac.id>. Diakses tanggal 05 Juli 2020.

Lampiran 1

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

“Pengaruh pelatihan kader terhadap keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB di Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan”
Responden yang saya hormati, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Nim :

Adalah mahasiswa program studi Ilmu Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan Wiyata Husada Samarinda, akan melakukan penelitian tentang “Pengaruh pelatihan kader terhadap keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB di Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pelatihan dengan kemampuan memberikan informasi pengobatan TB. Selain itu, penelitian ini merupakan bagian dari persyaratan untuk Program Pendidikan S1 saya di Program Studi Ilmu Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.

Besar harapan saya agar anda bersedia menjadi responden dalam penelitian saya dan menjawab pertanyaan terkait penelitian yang dilakukan. Informasi yang akan anda berikan sebagai responden akan dijaga kerahasiannya. Atas ketersediannya, saya ucapkan terimakasih.

Samarinda, Juli 2020

Peneliti

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, saya bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan judul “Pengaruh pelatihan kader terhadap keterampilan kader dalam memberikan informasi pengobatan TB di Puskesmas Gunung Bahagia Kota Balikpapan”.

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak bersifat negatif dan tidak merugikan bagi saya dan keluarga serta segala informasi yang saya berikan dijamin kerahasiannya. Saya berharap hasil penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi semua kalangan kesehatan, karena itu jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya.

Samarinda, Juli 2020

Responden



ITKES WHS

(Tanpa Nama)

LEMBAR OBSERVASI

No responden :
Nama :
Alamat :
No Telp :
Tempat/Tanggal Lahir :
Pendidikan terakhir :
Pernah mendapatkan pelatihan kader Tb sebelumnya:
a. Pernah (Tahun:.....)
b. Belum pernah

Nama Target Pasien Tb yang dikelola

1. Nama :
Usia :
Jenis Kelmin :
Riwayat minum obat : Bulan
Riwayat putus obat :
1. Ada (berapa kali:..... tahun:.....)
2. Tidak ada

2. Nama :
Usia :
Jenis Kelmin :
Riwayat minum obat : Bulan
Riwayat putus obat :
1. Ada (berapa kali:..... tahun:.....)
2. Tidak ada

3. Nama :
Usia :
Jenis Kelmin :
Riwayat minum obat : Bulan
Riwayat putus obat :
1. Ada (berapa kali:..... tahun:.....)
2. Tidak ada

Lampiran 4

**Lembar Observasi Keterampilan Memberikan Informasi
Pengobatan TB**

SATU TUJU	NO	Keterangan	Ada	Tidak Ada
SA	1	S Apa dan S Alam kepada klien secara terbuka dan sopan..		
	2	Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya		
T	3	T anyakan kepada klien informasi tentang masalah yang sedang dihadapinya		
U	4	U raian kepada klien mengenai pengobatan TB yang dijalani		
TU	5	TU lah untuk kembali pasien/ responden untuk menjelaskan kembali informasi terkait pengobatan dan yang akan dijalani		
J	6	J elaskan secara lengkap bagaimana agar pengobatan berhasil, dan bagaimana menghindari kekambuhan penyakit TB		
U	7	U perlunya dilakukan kunjungan Ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau kebutuhan program		

(Sumber: Saifuddin, 2006 ; Sartika, Y & Susilawati, E, 2018).

OUTPUT SPSS

UJI NORMALITAS DATA

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kemampuan Penyuluha TB Pre	20	100.0%	0	0.0%	20	100.0%
Kemampuan Penyuluhan TB Post	20	100.0%	0	0.0%	20	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Kemampuan Penyuluha TB Pre	Mean		3.05	.114
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.81	
		Upper Bound	3.29	
	5% Trimmed Mean		3.06	
	Median		3.00	
	Variance		.261	
	Std. Deviation		.510	
	Minimum		2	
	Maximum		4	
	Range		2	
	Interquartile Range		0	
	Skewness		.112	.512
	Kurtosis		1.649	.992
Kemampuan Penyuluhan TB Post	Mean		6.45	.114
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.21	
		Upper Bound	6.69	

5% Trimmed Mean	6.44	
Median	6.00	
Variance	.261	
Std. Deviation	.510	
Minimum	6	
Maximum	7	
Range	1	
Interquartile Range	1	
Skewness	.218	.512
Kurtosis	-2.183	.992

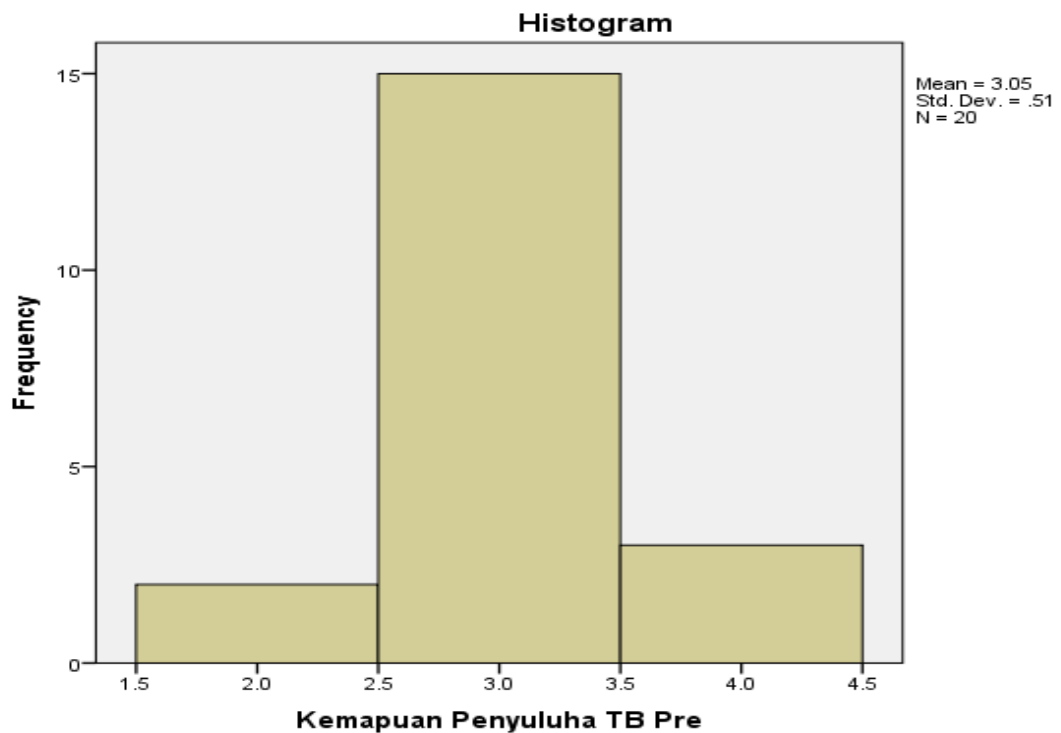
Tests of Normality

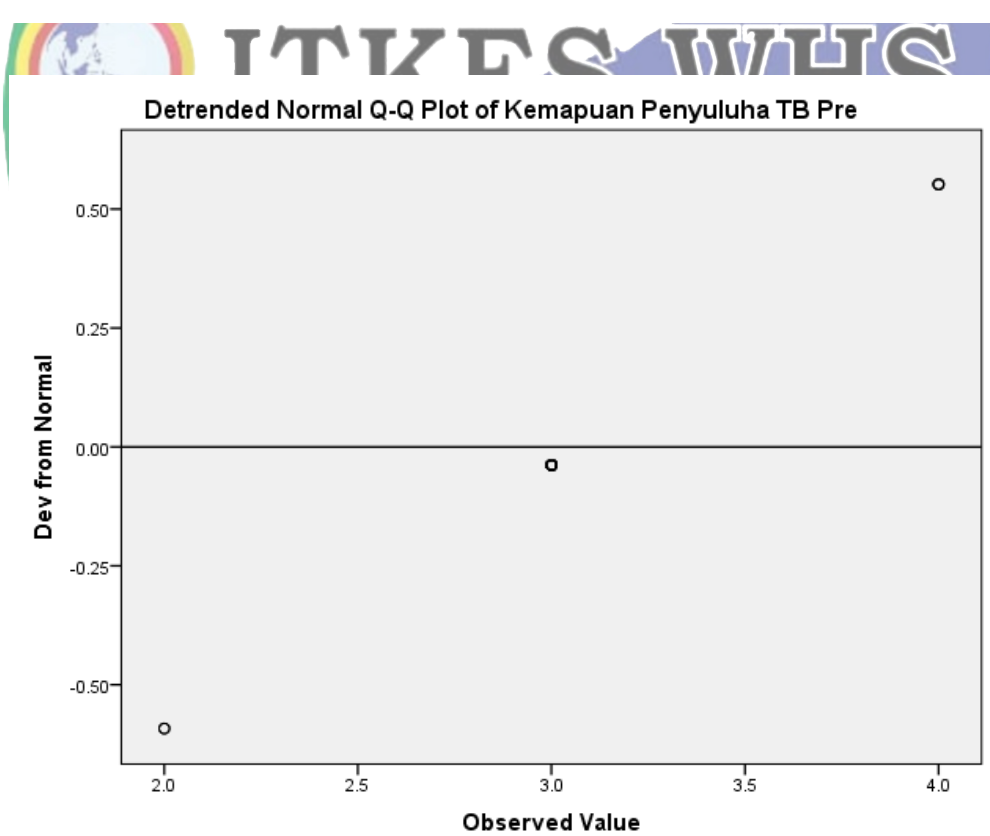
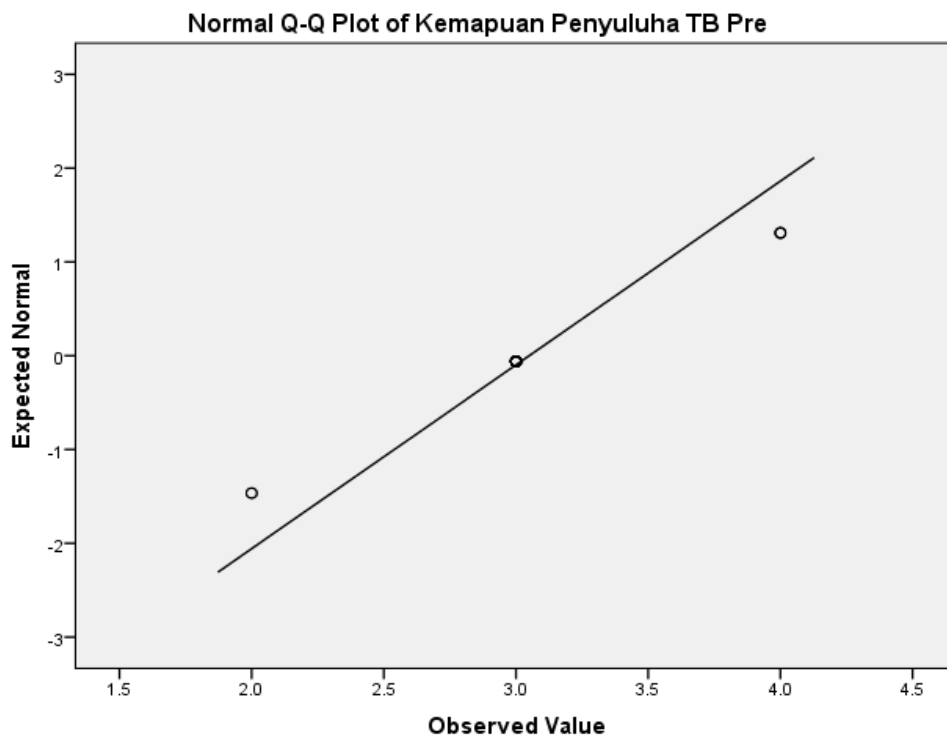
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Kemampuan Penyuluha TB Pre	.389	20	.000	.688	20	.000
Kemampuan Penyuluhan TB Post	.361	20	.000	.637	20	.000

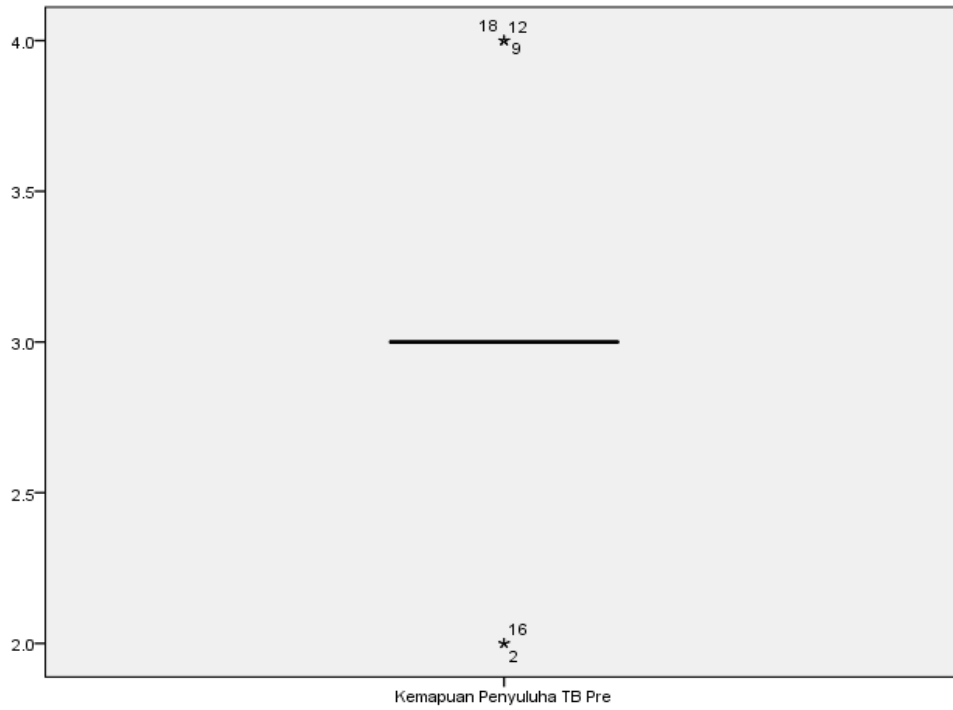
a. Lilliefors Significance Correction



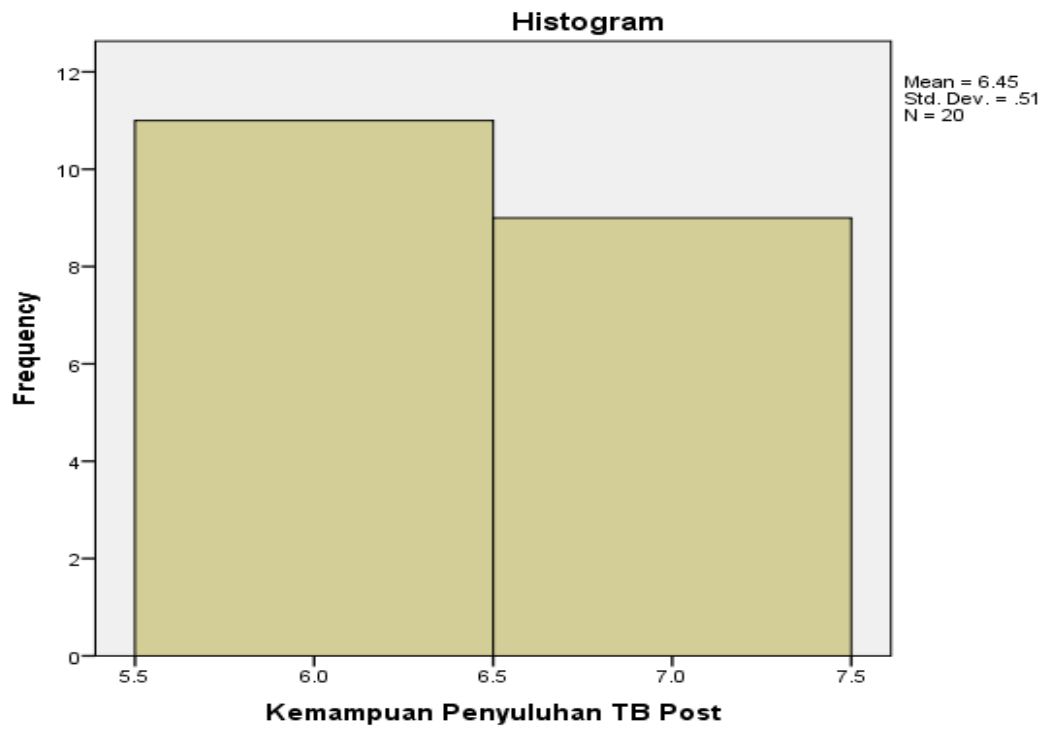
Kemampuan Penyuluha TB Pre

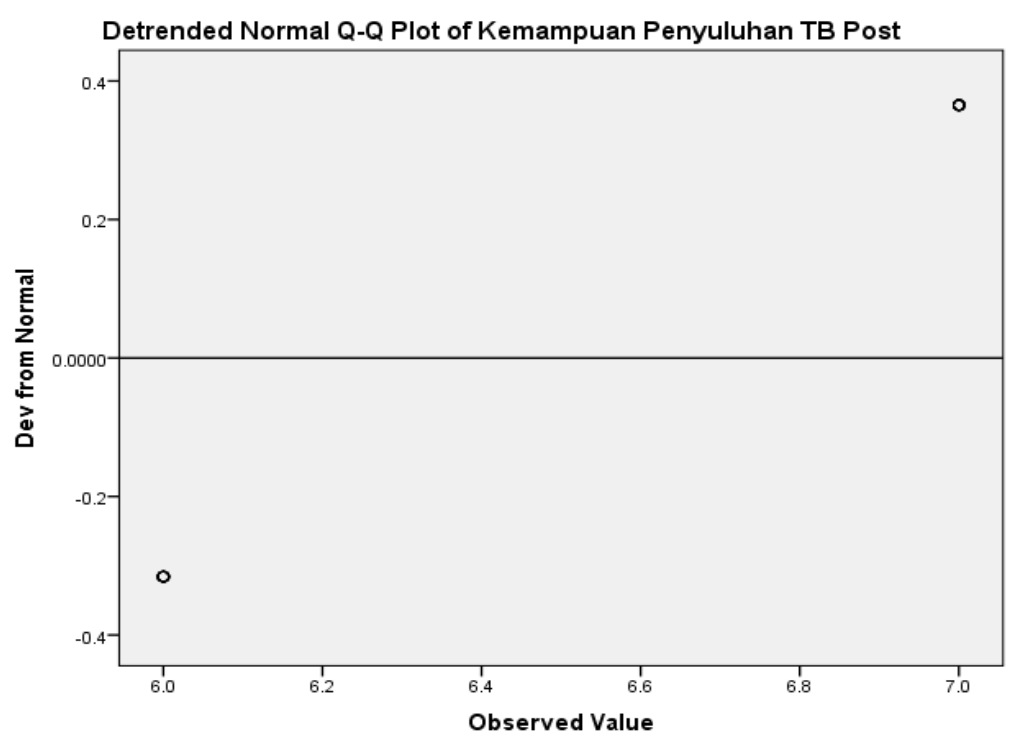
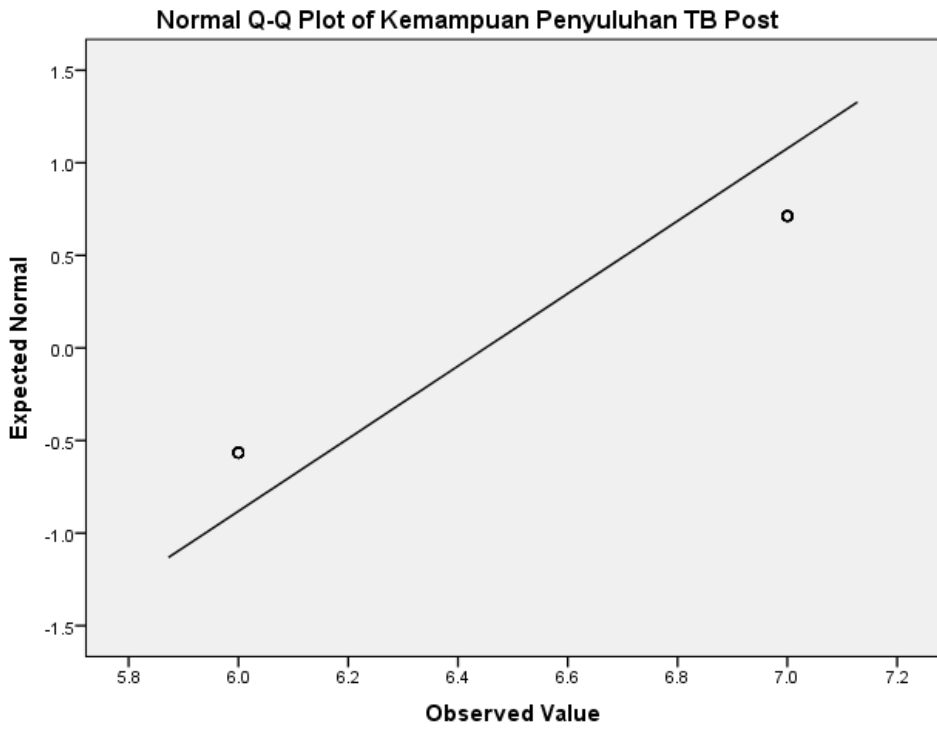


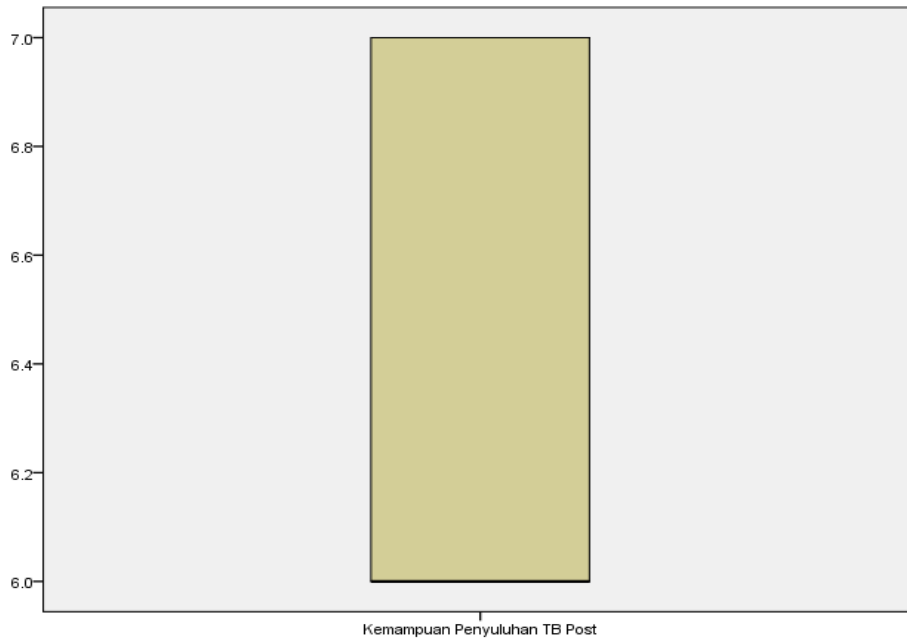




Kemampuan Penyuluhan TB Post







ANALISA UNIVARIAT

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Usia Responden	20	30	61	49.60	7.769
Tingkat Pendidikan	20	1	3	2.65	.587
Pelatihan TB	20	1	2	1.90	.308
Kemampuan Penyuluha TB Pre	20	2	4	3.05	.510
Kemampuan Penyuluhan TB Post	20	6	7	6.45	.510
Valid N (listwise)	20				

Frequencies

Statistics

		Usia Responden	Tingkat Pendidikan	Pelatihan TB	Kemampuan Penyuluha TB Pre	Kemampuan Penyuluhan TB Post
N	Valid	20	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

Usia Kategori

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dewasa Awal (26-35 Tahun)	1	5.0	5.0	5.0
Dewasa Akhir (36-45 Tahun)	5	25.0	25.0	30.0
Lansia Awal (46-55 Tahun)	10	50.0	50.0	80.0
Lansia Akhir (56-65 Tahun)	4	20.0	20.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Tingkat Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Sekolah	1	5.0	5.0	5.0
SMP	5	25.0	25.0	30.0
SMA	14	70.0	70.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Pelatihan TB

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Belum pernah	2	10.0	10.0	10.0
Pernah Pelatihan	18	90.0	90.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

ANALISA BIVARIAT

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kemampuan Penyuluhan TB Post - Kemampuan Penyuluha TB Pre	0 ^a	.00	.00
Negative Ranks	20 ^b	10.50	210.00
Positive Ranks	0 ^c		
Ties	20		
Total			

- a. Kemampuan Penyuluhan TB Post < Kemampuan Penyuluha TB Pre
- b. Kemampuan Penyuluhan TB Post > Kemampuan Penyuluha TB Pre
- c. Kemampuan Penyuluhan TB Post = Kemampuan Penyuluha TB Pre

Test Statistics^a

	Kemampuan Penyuluhan TB Post - Kemampuan Penyuluha TB Pre
Z	-4.053 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
- b. Based on negative ranks.





