

RISET OPERASIONAL

PENGARUH PELATIHAN TERHADAP KEMAMPUAN, SIKAP, DAN PERILAKU KADER DALAM MELAKUKAN SKRINING TUBERKULOSIS DI KABUPATEN INDRAGIRI HULU PROVINSI RIAU TAHUN 2023

Said Mardani
Helda
Nurhayati Adnan
Rajunitrigo



**RISET OPERASIONAL
PENGARUH PELATIHAN TERHADAP
KEMAMPUAN, SIKAP, DAN PERILAKU KADER
DALAM MELAKUKAN SKRINING TUBERKULOSIS
DI KABUPATEN INDRAGIRI HULU
PROVINSI RIAU TAHUN 2023**

**Said Mardani
Helda
Nurhayati Adnan
Rajunitrigo**

**Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia**

**RISET OPERASIONAL
PENGARUH PELATIHAN TERHADAP
KEMAMPUAN, SIKAP, DAN PERILAKU KADER
DALAM MELAKUKAN SKRINING TUBERKULOSIS
DI KABUPATEN INDRAGIRI HULU
PROVINSI RIAU TAHUN 2023**

Penulis:

Said Mardani, SKM

Mahasiswa Program Magister Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

Dr. dr. Helda, M.Kes

Ketua Program Studi Magister Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

Prof. drg. Nurhayati Adnan, MPH, MSc, ScD

Dosen Pengampu Mata Kuliah Riset Operasional, Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

Ns. Rajunitrigo, S.Kep, M.Epid

Epidemiolog Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Riau

ISSN: *on process*

Penerbit

Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Indonesia

Kampus UI Depok, 16424

Telp +62 21 7864975, Fax +62 21 7863472

Email: fkemui@ui.ac.id

Website: <http://fkm.ui.ac.id>

Cetakan I. Depok, 2024

PRAKATA

Puji syukur kepada Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga buku berjudul "Riset Operasional: Pengaruh Pelatihan Terhadap Kemampuan, Sikap, dan Perilaku Kader Dalam Melakukan Skrining Tuberkulosis di Kabupaten Indragiri Hulu Provinsi Riau Tahun 2023" dapat diselesaikan. Buku ini merupakan hasil dari pelaksanaan kegiatan riset operasional yang dilakukan oleh penulis sebagai bagian dari rangkaian kegiatan praktik lapangan mahasiswa FETP Universitas Indonesia.

Selama pelaksanaan kegiatan dan penyusunan buku ini, penulis mendapat dukungan yang besar dari berbagai pihak. Oleh karena itu, kami ingin mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada Ibu Elis Julinarti, DCN, M.Kes, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu; Tim Pencegahan dan Pengendalian Tuberkulosis Dinas Kesehatan dan Puskesmas di Kabupaten Indragiri Hulu; seluruh kader yang telah berpartisipasi dalam kegiatan ini; staf akademik Departemen Epidemiologi UI; serta semua pihak yang telah berkontribusi dan memberikan bantuan dalam pelaksanaan kegiatan riset operasional dan penyusunan buku ini.

Melalui buku ini, penulis berharap pembaca dapat memperoleh manfaat ilmiah yang menginspirasi untuk pengembangan pengetahuan di masa depan. Kami juga berharap tulisan ini dapat menjadi sumbangan berarti bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu dalam penyusunan perencanaan program yang berbasis bukti ke depannya.

Akhir kata, meskipun buku ini belum mencapai kesempurnaan, kami berharap agar mudah dipahami dan dapat menambah wawasan bagi semua pembaca. Semoga tulisan ini dapat memberikan manfaat positif dalam memperkaya pengetahuan dan pemahaman terkait topik yang dibahas.

Depok, Januari 2024

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL.....	iv
DAFTAR GAMBAR.....	v
DAFTAR SINGKATAN	vi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Tujuan	5
1.4. Manfaat.....	6
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	 8
2.1. Penyakit Tuberkulosis.....	8
2.2. Skrining Tuberkulosis	26
2.2.1. Definisi Skrining TBC.....	26
2.2.2. Tujuan Skrining TBC.....	27
2.2.3. Prinsip Utama Skrining TBC.....	28
2.2.4. Skrining TBC Melalui Investigasi Kontak	29
2.3. Kader Kesehatan.....	41
2.3.1. Definisi Kader Kesehatan.....	41
2.3.2. Manfaat Menjadi Kader Kesehatan.....	42
2.3.3. Peran Kader Dalam Penanggulangan TBC	42
2.4. Pelatihan	43
2.4.1. Definisi Pelatihan.....	43
2.4.2. Tujuan dan Manfaat Pelatihan	44
2.4.3. Tahapan Program Pelatihan	46
2.4.4. Materi Pelatihan	47
2.4.5. Media Pelatihan.....	49
 BAB 3 METODOLOGI	 51
3.1. Kerangka Konsep.....	51
3.2. Hipotesis	51
3.3. Variabel dan Definisi Operasional	52
3.4. Desain Studi	53

3.5. Tempat dan Waktu Pelaksanaan	54
3.6. Jenis dan Sumber Data.....	54
3.7. Populasi dan Sampel	54
3.8. Manajemen Data.....	56
3.9. Jadwal Kegiatan	59
3.10. Proses Pelatihan.....	60
 BAB 4 HASIL PENELITIAN	 61
4.1. Gambaran Umum.....	61
4.2. Proses Pelatihan	65
4.3. Hasil Analisis Data	70
4.3.1. Karakteristik Responden	70
4.3.2. Analisis Univariat.....	72
4.3.3. Analisis Bivariat	73
4.3.4. Analisis Data Kualitatif	85
 BAB 5 PEMBAHASAN	 94
5.1. Pelaksanaan dan Evaluasi Pelatihan	94
5.2. Pengaruh Pelatihan terhadap Kemampuan	95
5.3. Pengaruh Pelatihan terhadap Sikap.....	99
5.4. Pengaruh Pelatihan Terhadap Perilaku.....	100
5.5. Keterbatasan Penelitian	102
 BAB 6 PENUTUP	 104
6.1. Kesimpulan	104
6.2. Saran.....	105
 DAFTAR PUSTAKA	 106

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Variabel dan Definisi Operasional	52
Tabel 2. Distribusi Sampel Berdasarkan Wilayah Kerja Puskesmas	55
Tabel 3. Jadwal Kegiatan Riset Operasional	59
Tabel 4. Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Kabupaten Indragiri Hulu	64
Tabel 5. Rundown Acara Pelatihan Skrining TBC bagi Kader Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2023	67
Tabel 6. Karakteristik Responden.....	70
Tabel 7. Hasil Analisis Univariat Nilai Pretest-Posttest	72
Tabel 8. Uji Kenormalan Data Menggunakan Skewness Test	73
Tabel 9. Analisis Bivariat Pretest-posttest Pengaruh Pelatihan Terhadap Kemampuan dan Sikap Responden (n=28)	74
Tabel 10. Perubahan Skor Pretest-Posttest Kemampuan Responden.....	75
Tabel 11. Perubahan Skor Pretest-Posttest Sikap Responden	77
Tabel 12. Hasil Analisis Receiver Operating Characteristic (ROC) Skor Kemampuan Responden.....	78
Tabel 13. Hasil Analisis Bivariat Pengaruh Pelatihan Terhadap Kemampuan Responden	80
Tabel 14. Hasil Analisis Receiver Operating Characteristic (ROC) Skor Sikap Responden	81
Tabel 15. Hasil Analisis Bivariat Pengaruh Pelatihan Terhadap Sikap Responden	83
Tabel 16. Hasil Analisis Bivariat Pengaruh Pelatihan Terhadap Perilaku Responden	84

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Dinamika Populasi TBC Global	11
Gambar 2.	Alur Diagnosis Tuberkulosis Pada Orang Dewasa	22
Gambar 3.	Alur Diagnosis Tuberkulosis Pada Anak	23
Gambar 4.	Piramida Skrining Sistematis TBC.....	27
Gambar 5.	Alur Kerja Pelaksanaan Investigasi Kontak	33
Gambar 6.	Diagram Alur Pencatatan dan Pelaporan Investigasi Kontak	41
Gambar 7.	Kerangka Konsep Riset Operasional Pelatihan Kader Skrining TBC.....	51
Gambar 8.	Lokasi Kabupaten Indragiri Hulu	62
Gambar 9.	Kepuasan Peserta Terhadap Keseluruhan Aspek Pelatihan.....	68
Gambar 10.	Hasil Evaluasi Bermain Peran Peserta Pelatihan	69
Gambar 11.	Kurva ROC Skor Kemampuan Responden	80
Gambar 12.	Kurva ROC Skor Sikap Responden.....	82

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrom</i>
ARV	: <i>Anti Retro Viral</i>
BCG	: <i>Bacille Calmette-Guérin</i>
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
DM	: Diabetes Melitus
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IK	: Investigasi Kontak
Kemenkes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Kepmenkokesra	: Keputusan Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
MTDS	: Manajemen Terpadu Dewasa Sakit
OAT	: Obat Anti TBC
ODHA	: Orang Dengan HIV AIDS
PAL	: <i>Practical Approach to Lung health</i>
PBB	: Perserikatan Bangsa-bangsa
PIS PK	: Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga
PMO	: Pengawas Menelan Obat
PPM	: <i>Public-Private Mix</i>
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SDMK	: Sumber Daya Manusia Kesehatan
TB RO	: Tuberkulosis Resistan Obat
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TCM	: Tes Cepat Molekuler
WHO	: World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) merupakan suatu penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru-paru dan organ lainnya [1,2]. Menurut data *WHO Global Tuberculosis Report 2022* jumlah kasus baru TBC secara global mencapai 6,4 juta kasus yang tersebar di berbagai negara di seluruh dunia. Terdapat 3 negara yang paling banyak menyumbang kasus TBC global yaitu India, Indonesia, dan Filipina dengan total kasus pada 3 negara ini mencapai 67% dari kasus global. Jumlah kematian akibat TBC global pada tahun 2021 mencapai 1,6 juta, sekitar 1,4 juta kematian terjadi pada orang bukan HIV dan sekitar 187.000 kematian terjadi pada ODHA [3].

TBC saat ini masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Menurut data Kemenkes pada tahun 2022 kasus TBC di Indonesia mencapai 694.808 kasus dengan 15.186 kematian, sebagian besar kasus (92,8%) adalah TBC paru. Jumlah ini mengalami peningkatan signifikan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya yaitu 443.235 kasus pada tahun 2021 dan 393.323 kasus pada tahun 2020 [4]. Hal ini disebabkan karena pandemi COVID-19 telah berdampak buruk pada akses diagnosis dan pengobatan TBC sehingga penemuan dan pengobatan kasus pada tahun 2020 dan 2021 cenderung menjadi melambat bahkan terhenti karena dampak pandemi COVID-19 [3].

Program penanggulangan TBC di Indonesia telah dilaksanakan sejak beberapa dekade yang lalu. Penemuan kasus, keakuratan diagnosis, serta pemberian pengobatan TBC yang akurat, mudah diakses, sesuai standar internasional, dan tepat waktu sangat penting untuk pengendalian penyakit TBC [5]. Penemuan kasus merupakan tahap awal paling krusial dalam upaya pengendalian TBC di populasi. Semakin banyak kasus yang ditemukan dan diobati, maka semakin menurun ancaman penularan TBC dari kasus yang belum terdeteksi di populasi. Karena itu Kementerian Kesehatan RI menetapkan cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC (*Treatment Coverage TBC*) sebagai salah satu indikator utama dalam upaya pengendalian TBC di Indonesia [2].

Berdasarkan data Kemenkes tahun 2022, *treatment coverage* TBC di Indonesia hanya mencapai 72% [4], capaian ini masih belum optimal karena masih jauh dibawah target yang ditetapkan sebesar 90%. Capaian *treatment coverage* TBC secara nasional merupakan kontribusi dari capaian di daerah, salah satunya di Kabupaten Indragiri Hulu. Pada Tahun 2022, *treatment coverage* TBC di Kabupaten Indragiri Hulu hanya mencapai 54,2% [6]. Capaian ini masih jauh dari target dan berada dibawah rata-rata nasional. Kondisi ini mengindikasikan bahwa masih banyak kasus TBC yang belum ditemukan dan diobati sehingga berisiko meningkatkan penularan TBC di populasi.

Beberapa strategi telah dilakukan untuk meningkatkan penemuan kasus TBC, baik secara pasif maupun aktif. Strategi

penemuan kasus TBC secara pasif (*pasive case finding*) khususnya di fasilitas kesehatan telah dilakukan pemerintah melalui berbagai kebijakan. Kementerian Kesehatan RI telah menetapkan TBC sebagai *mandatory notification* artinya semua fasilitas kesehatan wajib mencatat dan melaporkan setiap kasus TBC yang dilayani kedalam form pencatatan manual maupun secara elektronik melalui Sistem Informasi TBC (SITB) [2]. Selain itu, pemerintah juga telah membuat kebijakan tentang syarat pengajuan klaim pasien TBC peserta BPJS harus mencantumkan nomor register SITB, sehingga setiap pasien TBC peserta BPJS wajib dilaporkan oleh fasilitas kesehatan agar bisa mengklaim pembayaran [7]. Diperkuat lagi dengan kolaborasi program pengendalian penyakit misalnya kolaborasi TB-HIV, TB-Gizi, TB-DM, dan sebagainya, semakin meningkatkan penemuan kasus TBC secara pasif di fasilitas kesehatan.

Meskipun berbagai strategi penemuan kasus TBC secara pasif telah dilaksanakan optimal, namun masih banyak kasus TBC yang belum ditemukan dan diobati sesuai standar. Untuk itu perlu dilakukan upaya penemuan kasus TBC secara aktif (*active case finding*) dengan berbasis masyarakat. Kementerian Kesehatan RI telah membuat strategi penemuan kasus secara aktif melalui skrining dan deteksi kasus yang dilakukan melalui investigasi kontak, di tempat-tempat khusus, dan pada populasi berisiko. Kemenkes telah menargetkan skrining melalui investigasi kontak sebanyak 15-20 orang dari setiap kasus indeks. Tempat-tempat khusus yang menjadi sasaran skrining adalah tempat kerja,

asrama, pondok pesantren, panti jompo, dan sebagainya. Populasi berisiko adalah masyarakat yang tinggal di daerah kumuh dan pengungsian [2].

Penemuan kasus secara aktif terutama melalui investigasi kontak sangat penting untuk menemukan pasien TBC dan TBC laten. Pasien TBC laten adalah pasien TBC yang tidak/belum menunjukkan gejala [8]. Oleh karenanya, harus segera diberikan penanganan yang tepat dan sesuai standar agar tidak menularkan pada populasi lebih luas. Hasil evaluasi sistem surveilans TBC di Provinsi Riau pada tahun 2023 menunjukkan bahwa penemuan kasus TBC melalui investigasi kontak masih belum berjalan optimal. Rata-rata kontak yang diinvestigasi per kasus indeks hanya mencapai 11 kontak [9]. Di Indragiri Hulu, menurut data SITB Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu, investigasi kontak dilakukan hanya pada 31% dari total kasus indeks dengan rata-rata jumlah orang yang diskriming hanya 6 kontak per kasus indeks [10].

Untuk meningkatkan penemuan kasus TBC di populasi, perlu dilakukan strategi yang lebih masif dan intensif dengan melibatkan peran serta aktif masyarakat. Salah satu strategi yang dapat dilakukan adalah memberdayakan kader kesehatan dalam upaya deteksi kasus melalui investigasi kontak. Pelibatan kader dalam program penanggulangan TBC merupakan salah satu upaya pemberdayaan masyarakat yang dilakukan melalui kegiatan menginformasikan, mempengaruhi dan membantu masyarakat agar berperan aktif dalam rangka penemuan dan pendampingan pasien TBC, juga dalam memberikan edukasi dan informasi

tentang TBC kepada masyarakat. Peran aktif kader ini akan dapat dipenuhi dengan membekali kader kesehatan pengetahuan dan kemampuan yang memadai untuk melaksanakan tugasnya. Oleh karena itu perlu dilakukan riset operasional melalui pelatihan skrining TBC bagi kader di Kabupaten Indragiri Hulu Provinsi Riau.

1.2. Rumusan Masalah

Capaian indikator *treatment coverage* TBC di Kabupaten Indragiri Hulu hanya mencapai 54,2%. Capaian ini masih jauh dibawah target yang ditetapkan 90% dan masih dibawah capaian rata-rata nasional 72%. Capaian ini mengindikasikan bahwa masih banyak kasus yang belum ditemukan dan diobati, sehingga berpotensi meningkatkan risiko penularan TBC di populasi. Salah satu strategi untuk meningkatkan penemuan kasus TBC adalah memberdayakan kader kesehatan dalam upaya deteksi kasus melalui investigasi kontak. Peran aktif kader ini akan dapat dipenuhi dengan membekali kader kesehatan pengetahuan dan keterampilan yang memadai melalui pelatihan. Karena itu rumusan penelitian ini adalah bagaimana pengaruh pelatihan terhadap kemampuan, sikap, dan perilaku kader melakukan skrining TBC di Kabupaten Indragiri Hulu Provinsi Riau Tahun 2023?

1.3. Tujuan

Tujuan umum riset operasional ini adalah untuk mengetahui pengaruh pelatihan terhadap kemampuan, sikap, dan

perilaku kader melakukan skrining TBC di Kabupaten Indragiri Hulu Provinsi Riau Tahun 2023. Sedangkan tujuan khususnya adalah:

- a. Mengetahui pengaruh pelatihan terhadap kemampuan, sikap, dan perilaku kader sebelum dan setelah mengikuti pelatihan skrining TBC.
- b. Mengetahui efek pelatihan terhadap kemampuan, sikap, dan perilaku kader dengan membandingkan antara kelompok yang dilatih dengan kelompok kontrol.

1.4. Manfaat

Diharapkan hasil evaluasi sistem surveilans tuberkulosis di Provinsi Riau tahun 2023 ini dapat memberikan manfaat kepada:

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu

Dapat menjadi *evidence base* dalam penyusunan perencanaan Program Pengendalian TBC yang tepat guna dan tepat sasaran, serta menjadi strategi baru dalam meningkatkan penemuan kasus TBC.

2. Puskesmas

Dapat meningkatkan penemuan kasus TBC secara aktif di populasi sehingga meminimalisir morbiditas dan mortalitas penyakit TBC di wilayah kerjanya dan meningkatkan capaian kinerja program pengendalian TBC.

3. Masyarakat

Meningkatkan keterlibatan dan peran serta aktif masyarakat dalam program kesehatan khususnya Program Pengendalian TBC.

4. Institusi Pendidikan

Dapat menambah referensi dan wawasan keilmuan yang berguna untuk perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya terkait surveilans epidemiologi.

5. Mahasiswa

Meningkatkan pengetahuan, wawasan, dan pengalaman mahasiswa khususnya dalam melakukan riset operasional yang bermanfaat kelak ketika berkarya di bidang epidemiologi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Penyakit Tuberkulosis

2.1.1. Definisi dan Gambaran Epidemiologi

Tuberkulosis (TBC) merupakan suatu penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru-paru dan organ lainnya [1,11]. WHO memperkirakan 10,6 juta orang di seluruh dunia telah terjangkit TBC pada tahun 2022 dan 6,4 juta diantaranya adalah kasus baru [3,11]. Diperkirakan 5,8 juta kasus TBC terjadi pada laki-laki, 3,5 juta perempuan, dan 1,3 juta anak-anak. Sebanyak 1,3 juta orang meninggal karena TBC pada tahun 2022 (termasuk 167.000 orang dengan HIV). Di seluruh dunia, TBC merupakan penyakit menular pembunuh nomor dua setelah COVID-19 (di atas HIV dan AIDS).

TBC terdapat di semua negara dan semua kelompok umur. Terdapat 3 negara yang paling banyak menyumbang kasus TBC secara global yaitu India, Indonesia, dan Filipina dengan total kasus pada 3 negara ini mencapai 67% dari kasus global [3]. Sekitar seperempat populasi global diperkirakan telah terinfeksi bakteri TBC. Sekitar 5–10% orang yang terinfeksi pada akhirnya akan menunjukkan gejala dan mengembangkan penyakit TBC. Mereka yang terinfeksi tetapi belum menunjukkan gejala tidak dapat menularkannya. Upaya global untuk memerangi TBC telah menyelamatkan sekitar 75 juta jiwa sejak tahun 2000 [11].

TBC yang resistan terhadap banyak obat (TB-MDR) masih menjadi krisis kesehatan masyarakat dan menjadi ancaman keamanan kesehatan. Hanya sekitar 2 dari 5 penderita TBC yang resistan terhadap obat yang mengakses pengobatan pada tahun 2022. Dibutuhkan US\$ 13 miliar setiap tahunnya untuk pencegahan, diagnosis, pengobatan dan perawatan TBC guna mencapai target global yang disepakati pada pertemuan tingkat tinggi PBB tentang TBC pada tahun 2018. Mengakhiri epidemi TBC pada tahun 2030 merupakan salah satu target kesehatan dari Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) PBB.

2.1.2. Penyebab

TBC disebabkan oleh basil gram positif dan tahan asam (BTA) *Mycobacterium tuberculosis*, namun infeksi TBC juga dapat disebabkan oleh spesies yang berkerabat dekat dengan *Mycobacterium tuberculosis* yaitu *Mycobacterium africanum* dan *Mycobacterium bovis* [12]. Robert Koch pertama kali mengidentifikasi *M. tuberculosis* sebagai agen penyebab TBC pada tahun 1882 dengan menunjukkan adanya basil tahan asam (bentuk bakteri yang mempertahankan pewarna meskipun telah menggunakan penghilangan asam-alkohol) pada jaringan TBC.

Secara umum sifat kuman *Mycobacterium tuberculosis* antara lain adalah sebagai berikut [2]:

1. Berbentuk batang, panjang 1-10 mikron, lebar 0,2-0,6 mikron.
2. Bersifat tahan asam dalam perwarnaan metode *Ziehl Neelsen*, berwarna merah dalam pemeriksaan dibawah mikroskop.

3. Memerlukan media khusus untuk biakan, antara lain *Lowenstein Jensen, Ogawa*.
4. Tahan terhadap suhu rendah sehingga dapat bertahan hidup dalam jangka waktu lama pada suhu antara 4°C sampai -70°C.
5. Kuman sangat peka terhadap panas, sinar matahari dan sinar ultra violet. Paparan langsung terhadap sinar ultra violet, sebagian besar kuman akan mati dalam waktu beberapa menit. Dalam dahak pada suhu antara 30-37°C akan mati dalam waktu lebih kurang 1 minggu.
6. Kuman dapat bersifat dorman.

2.1.3. Sumber, Cara Penularan, dan Masa Inkubasi

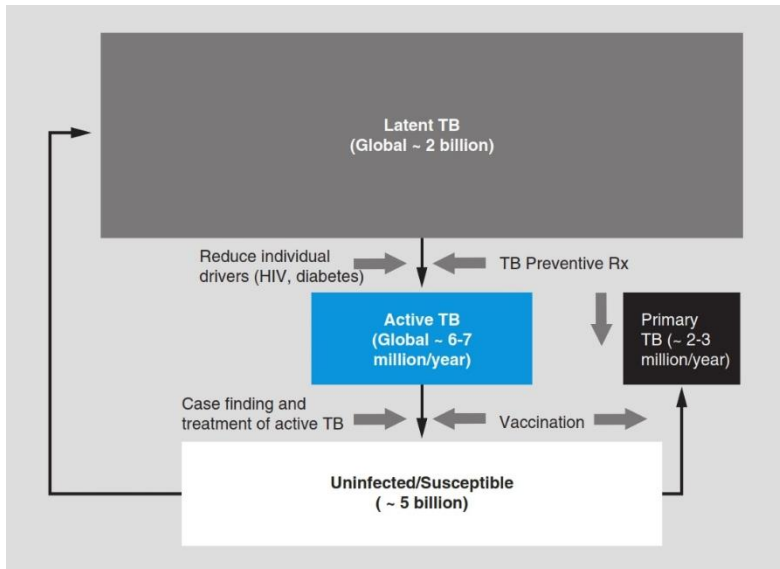
Sumber penularan adalah pasien TBC terutama pasien yang mengandung kuman TBC aktif dalam dahaknya. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*/percik renik). Infeksi akan terjadi apabila seseorang menghirup udara yang mengandung percikan dahak yang infeksius. Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak yang mengandung kuman sebanyak 0-3500 *Mycobacterium tuberculosis*. Sedangkan kalau bersin dapat mengeluarkan sebanyak 4.500-1.000.000 *Mycobacterium tuberculosis* [1,2].

Masa inkubasi dari awal terinfeksi hingga berkembang menjadi kompleks primer adalah 4-12 minggu. Kasus baru TBC yang tidak diobati biasanya akan menghasilkan organisme selama 12-18 bulan, namun pada kasus yang berkembang menjadi infeksi

ringan disertai batuk kronis, infeksi dapat berlanjut dalam jangka waktu yang cukup lama (sekitar 5 tahun). Setelah pengobatan dimulai menjadi tidak menular dalam waktu sekitar 2 minggu [1].

2.1.4. Riwayat Alamiah Penyakit

Perjalanan alami TBC dimulai dengan infeksi pada inang (host), timbulnya infeksi laten atau subklinis, dan berkembang menjadi penyakit aktif, yang hanya terjadi pada sebagian kecil orang yang terinfeksi. TBC ditularkan melalui jalur udara ketika individu dengan infeksi saluran pernapasan aktif mengeluarkan basil ke lingkungan. Manusia merupakan hospes obligat dan vektor *M.tuberculosis* dan tidak ada reservoir lainnya [12].



Gambar 1. Dinamika Populasi TBC Global

Gambar 1 menunjukkan skema dinamika populasi TBC global, yang menggambarkan rantai penularan, dengan infeksi laten menjadi penyakit aktif yang mengakibatkan infeksi pada orang yang tidak terinfeksi/rentan, dan infeksi baru berkembang menjadi penyakit awal atau infeksi laten yang dapat aktif kembali di masa mendatang [12].

Terdapat 4 tahapan perjalanan riwayat alamiah penyakit TBC. Tahapan tersebut meliputi tahap paparan, infeksi, menderita sakit dan meninggal dunia [2,12].

1. Paparan

Peluang peningkatan paparan terkait dengan:

- a. Jumlah kasus menular di masyarakat.
- b. Peluang kontak dengan kasus menular.
- c. Tingkat daya tular dahak sumber penularan.
- d. Intensitas batuk sumber penularan.
- e. Kedekatan kontak dengan sumber penularan.
- f. Lamanya waktu kontak dengan sumber penularan.

2. Infeksi

Reaksi daya tahan tubuh akan terjadi setelah 6–14 minggu setelah infeksi. Lesi umumnya sembuh total namun dapat saja kuman tetap hidup dalam lesi tersebut (*dormant*) dan suatu saat dapat aktif kembali tergantung dari daya tahan tubuh manusia. Penyebaran melalui aliran darah atau getah bening dapat terjadi sebelum penyembuhan lesi.

3. Faktor Risiko

Faktor risiko untuk menjadi sakit TBC tergantung dari:

- a. Konsentrasi/jumlah kuman yang terhirup.
- b. Lamanya waktu sejak terinfeksi.
- c. Usia seseorang yang terinfeksi.
- d. Tingkat daya tahan tubuh seseorang

Seseorang dengan daya tahan tubuh yang rendah diantaranya infeksi HIV AIDS dan malnutrisi (gizi buruk) akan memudahkan berkembangnya TBC aktif (sakit TBC).

e. Infeksi HIV

Pada seseorang terinfeksi TBC, 10% diantaranya akan menjadi sakit TBC. Namun pada seorang dengan HIV positif akan meningkatkan kejadian TBC. Orang dengan HIV berisiko 20-37 kali untuk sakit TBC dibandingkan dengan orang yang tidak terinfeksi HIV, dengan demikian penularan TBC di masyarakat akan meningkat pula.

4. Meninggal dunia

Faktor risiko kematian karena TBC:

- a. Akibat dari keterlambatan diagnosis
- b. Pengobatan tidak adekuat.
- c. Kondisi kesehatan awal yang buruk atau penyakit penyerta.
- d. Pada pasien TBC tanpa pengobatan, 50% diantaranya akan meninggal dan risiko ini meningkat pada pasien HIV positif. Begitu pula pada ODHA, 25% kematian disebabkan TBC [2].

2.1.5. Patofisiologi

TBC adalah penyakit yang dikendalikan oleh respon imunitas dengan melakukan reaksi inflamasi bakteri dipindahkan

melalui jalan nafas, basil tuberkel yang mencapai permukaan alveolus biasanya di inhalasi sebagai suatu unit yang terdiri dari 1-3 basil, gumpalan yang lebih besar cenderung tertahan di saluran hidung dan cabang besar bronkhus dan tidak menyebabkan penyakit.

Setelah berada dalam ruang alveolus, basil tuberkel ini membangkitkan reaksi peradangan. Leukosit polimorfonuklear tampak pada tempat tersebut dan memfagosit bakteri namun tidak membunuh organisme tersebut. Setelah hari-hari pertama leukosit diganti oleh makrofag. Alveoli yang terserang akan mengalami konsolidasi dan timbul gejala Pneumonia akut. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya, sehingga tidak ada sisa yang tertinggal, atau proses dapat juga berjalan terus, dan bakteri terus difagosit atau berkembangbiak di dalam sel. Basil juga menyebar melalui getah bening menuju ke kelenjar getah bening regional. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu sehingga membentuk sel tuberkel epiteloid, yang dikelilingi oleh limfosit. Reaksi ini membutuhkan waktu 10-20 hari.

Nekrosis bagian sentral lesi memberikan gambaran yang relatif padat dan seperti keju, isi nekrosis ini disebut nekrosis kaseosa. Bagian ini disebut dengan lesi primer. Daerah yang mengalami nekrosis kaseosa dan jaringan granulasi di sekitarnya yang terdiri dari sel epiteloid dan fibroblast, menimbulkan respon yang berbeda. Jaringan granulasi menjadi lebih fibrosa

membentuk jaringan parut yang akhirnya akan membentuk suatu kapsul yang mengelilingi tuberkel.

Lesi primer paru-paru dinamakan fokus Ghon dan gabungan teresangnya kelenjar getah bening regional dan lesi primer dinamakan kompleks Ghon. Respon lain yang dapat terjadi pada daerah nekrosis adalah pencairan, dimana bahan cair lepas kedalam bronkhus dan menimbulkan kavitas. Materi tuberkular yang dilepaskan dari dinding kavitas akan masuk kedalam percabangan trakheobronkial. Proses ini dapat terulang kembali di bagian lain di paru-paru, atau basil dapat terbawa sampai ke laring, telinga tengah, atau usus. Lesi primer menjadi rongga-rongga serta jaringan nekrotik yang sesudah mencair keluar bersama batuk. Bila lesi ini sampai menembus pleura maka akan terjadi efusi pleura tuberkulosa.

Kavitas yang kecil dapat menutup sekalipun tanpa pengobatan dan meninggalkan jaringan parut fibrosa. Bila peradangan mereda lumen bronkhus dapat menyempit dan tertutup oleh jaringan parut yang terdapat dekat perbatasan rongga bronkus. Bahan perkejuan dapat mengental sehingga tidak dapat mengalir melalui saluran penghubung sehingga kavitas penuh dengan bahan perkejuan, dan lesi mirip dengan lesi berkapsul yang tidak terlepas. Keadaan ini dapat menimbulkan gejala dalam waktu lama atau membentuk lagi hubungan dengan bronkus dan menjadi tempat peradangan aktif.

Penyakit dapat menyebar melalui getah bening atau pembuluh darah. Organisme yang lolos melalui kelenjar getah

bening akan mencapai aliran darah dalam jumlah kecil, yang kadang-kadang dapat menimbulkan lesi pada berbagai organ lain. Jenis penyebaran ini dikenal sebagai penyebaran limfo hematogen, yang biasanya sembuh sendiri. Penyebaran hematogen merupakan suatu fenomena akut yang biasanya menyebabkan TBC milier. Ini terjadi apabila fokus nekrotik merusak pembuluh darah sehingga banyak organisme masuk kedalam sistem vaskuler dan tersebar ke organ-organ tubuh. Komplikasi yang dapat timbul akibat TBC terjadi pada sistem pernafasan dan di luar sistem pernafasan. Pada sistem pernafasan antara lain menimbulkan pneumothoraks, efusi pleural, dan gagal nafas, sedang diluar sistem pernafasan menimbulkan TBC usus, Meningitis serosa, dan TBC milier [2].

2.1.6. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang sering terjadi pada TBC adalah batuk yang tidak spesifik tetapi progresif. Penyakit TBC paru biasanya tidak tampak adanya tanda dan gejala yang khas. Biasanya keluhan yang muncul adalah :

1. Demam terjadi lebih dari satu bulan, biasanya pada pagi hari.
2. Batuk, terjadi karena adanya iritasi pada bronkus; batuk ini membuang/ mengeluarkan produksi radang, dimulai dari batuk kering sampai batuk purulent (menghasilkan sputum).
3. Sesak nafas, terjadi bila sudah lanjut dimana infiltrasi radang sampai setengah paru.

4. Nyeri dada, biasanya jarang ditemukan, nyeri timbul bila infiltrasi radang sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis.
5. Malaise ditemukan berupa anoreksia, berat badan menurun, sakit kepala, nyeri otot dan keringat di waktu di malam hari [1,12].

2.1.7. Klasifikasi Kasus

Secara umum kasus TBC diklasifikasikan menurut lokasi anatomi penyakitnya yang terdiri dari:

1. TBC paru, adalah TBC yang berlokasi pada parenkim (jaringan) paru. Milier TBC dianggap sebagai TBC paru karena adanya lesi pada jaringan paru. Pasien yang menderita TBC paru dan sekaligus juga menderita TBC ekstra paru, diklasifikasikan sebagai pasien TBC paru.
2. TBC ekstraparu, adalah TBC yang terjadi pada organ selain paru, misalnya: pleura, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, selaput otak dan tulang. Limfadenitis TBC dirongga dada (hilus dan atau mediastinum) atau efusi pleura tanpa terdapat gambaran radiologis yang mendukung TBC pada paru, dinyatakan sebagai TBC ekstra paru. Diagnosis TBC ekstra paru dapat ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis. Diagnosis TBC ekstra paru harus diupayakan secara bakteriologis dengan ditemukannya *Mycobacterium tuberculosis*. Bila proses TBC terdapat

dibeberapa organ, penyebutan disesuaikan dengan organ yang terkena proses TBC terberat.

2.1.8. Penemuan dan Diagnosis Kasus

Penemuan pasien bertujuan untuk mendapatkan pasien TBC melalui serangkaian kegiatan mulai dari penjangkaran terhadap terduga pasien TBC, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang diperlukan, menentukan diagnosis, menentukan klasifikasi penyakit serta tipe pasien TBC. Setelah diagnosis ditetapkan dilanjutkan pengobatan yang adekuat sampai sembuh, sehingga tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain.

1. Penemuan Kasus

Strategi penemuan pasien TB dapat dilakukan secara pasif, intensif, aktif, dan masif. Upaya penemuan pasien TB harus didukung dengan kegiatan promosi yang aktif, sehingga semua terduga TB dapat ditemukan secara dini.

- a. Penemuan pasien TB dilakukan secara pasif intensif di fasilitas kesehatan dengan jejaring layanan TB melalui *Public-Private Mix* (PPM), dan kolaborasi berupa kegiatan TB-HIV, TB-DM (Diabetes Mellitus), TB-Gizi, Pendekatan Praktis Kesehatan paru (*Practical Approach to Lung health/PAL*), Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), Manajemen Terpadu Dewasa Sakit (MTDS).
- b. Penemuan pasien TB secara aktif dan/atau masif berbasis keluarga dan masyarakat, dapat dibantu oleh kader dari

posyandu, pos TB desa, tokoh masyarakat, dan tokoh agama. Kegiatan ini dapat berupa:

- 1) Investigasi kontak pada paling sedikit 10-15 orang kontak erat dengan pasien TB.
- 2) Penemuan di tempat khusus: Lapas/Rutan, tempat kerja, asrama, pondok pesantren, sekolah, panti jompo.
- 3) Penemuan di populasi berisiko: tempat penampungan pengungsi, daerah kumuh

2. Diagnosis

Diagnosis TB ditetapkan berdasarkan keluhan, hasil anamnesis, pemeriksaan klinis, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya.

a. Keluhan dan hasil anamnesis

Meliputi keluhan yang disampaikan pasien, serta wawancara rinci berdasar keluhan pasien. Pemeriksaan klinis berdasarkan gejala dan tanda TB yang meliputi:

- 1) Gejala utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2 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. Pada pasien dengan HIV positif, batuk sering kali bukan merupakan gejala TB yang khas, sehingga gejala batuk tidak harus selalu selama 2 minggu atau lebih.

- 2) 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 fasyankes dengan gejala tersebut diatas, dianggap sebagai seorang terduga pasien TB, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung.
- 3) Selain gejala tersebut, perlu dipertimbangkan pemeriksaan pada orang dengan faktor risiko, seperti kontak erat dengan pasien TB, tinggal di daerah padat penduduk, wilayah kumuh, daerah pengungsian, dan orang yang bekerja dengan bahan kimia yang berisiko menimbulkan paparan infeksi paru.

b. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan Bakteriologi

a) Pemeriksaan dahak mikroskopis langsung

Pemeriksaan dahak selain berfungsi untuk menegakkan diagnosis, juga untuk menentukan potensi penularan dan menilai keberhasilan pengobatan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 2 contoh uji dahak yang dikumpulkan berupa dahak Sewaktu-Pagi (SP). Dahak S (Sewaktu) ditampung di fasyankes, dahak P (Pagi) ditampung pada pagi segera setelah bangun tidur. Dapat dilakukan

dirumah pasien atau di bangsal rawat inap bilamana pasien menjalani rawat inap.

b) Pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) dengan metode Xpert MTB/RIF. TCM merupakan sarana untuk penegakan diagnosis, namun tidak dapat dimanfaatkan untuk evaluasi hasil pengobatan.

c) Pemeriksaan Biakan

Pemeriksaan biakan dapat dilakukan dengan media padat (Lowenstein-Jensen) dan media cair (Mycobacteria Growth Indicator Tube) untuk identifikasi *Mycobacterium tuberculosis* (M.tb).

Pemeriksaan Penunjang Lainnya

a. Pemeriksaan foto toraks

b. Pemeriksaan histopatologi pada kasus yang dicurigai TB ekstraparu.

2) Pemeriksaan uji kepekaan obat

Uji kepekaan obat bertujuan untuk menentukan ada tidaknya resistensi M.tb terhadap OAT. Uji kepekaan obat tersebut harus dilakukan di laboratorium yang telah lulus uji pemantapan mutu/*Quality Assurance* (QA), dan mendapatkan sertifikat nasional maupun internasional.

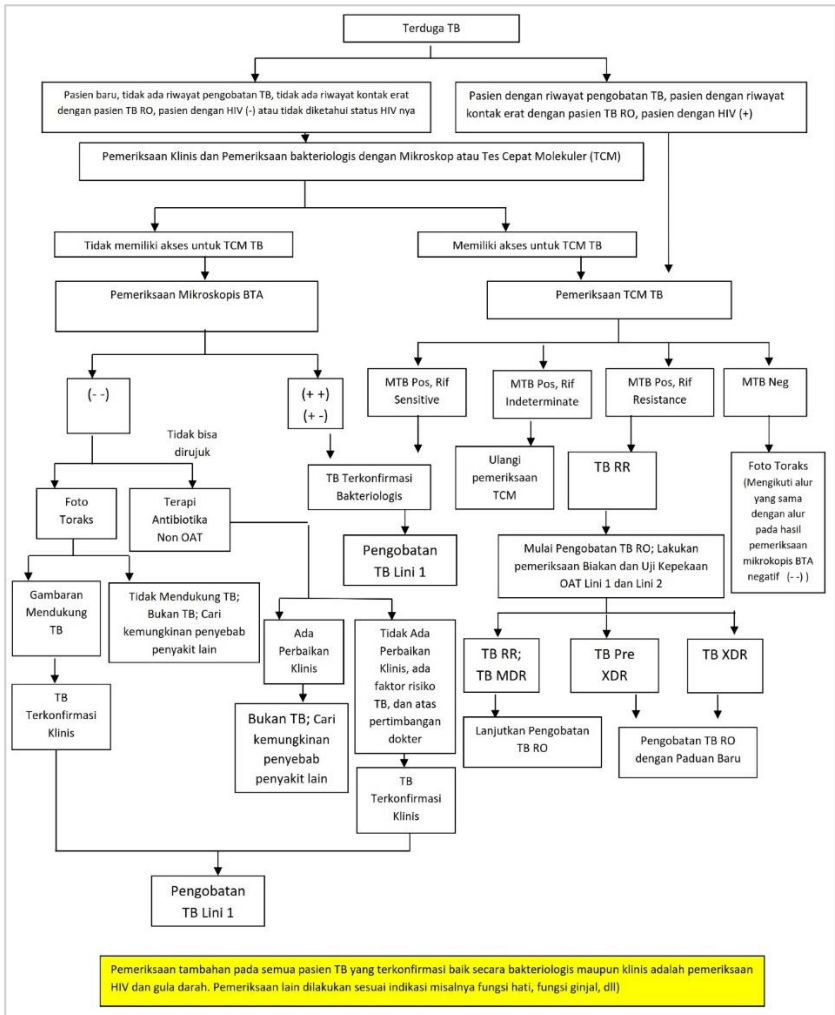
3) Pemeriksaan serologis

Sampai saat ini belum direkomendasikan.

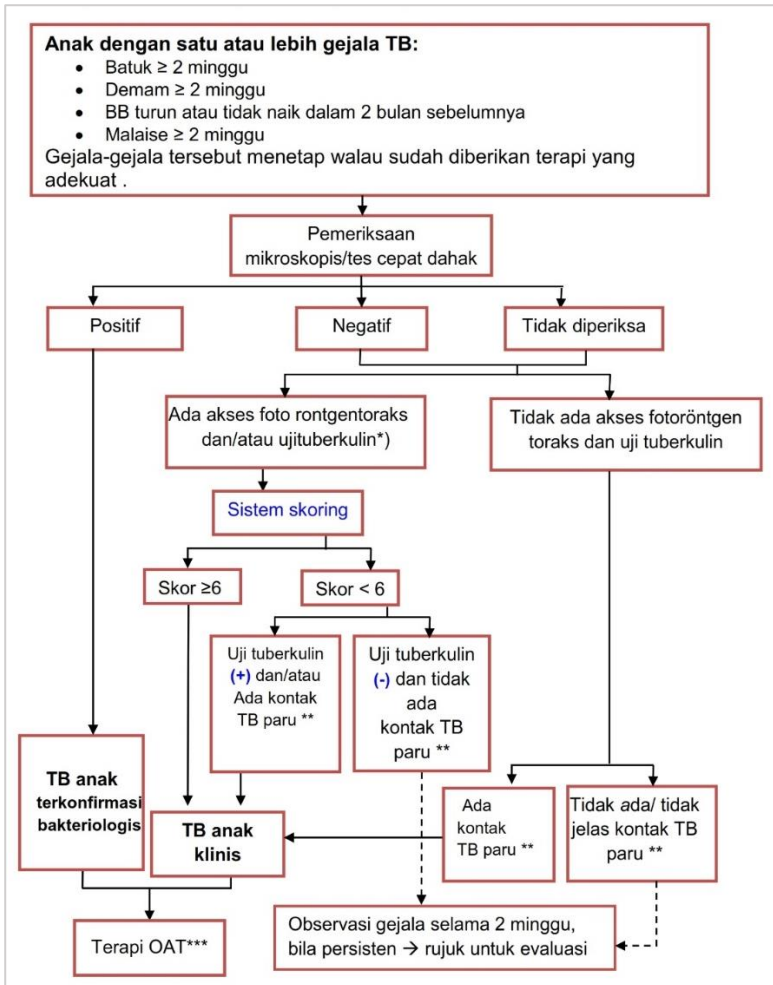
3. Alur Diagnosis TB

Alur diagnosis TB dibagi sesuai dengan fasilitas yang tersedia apakah mempunyai akses pemeriksaan dengan alat TCM atau

hanya mempunyai pemeriksaan mikroskopis dan tidak memiliki akses ke TCM. Berikut ini diagram alur diagnosis TBC pada orang dewasa dan anak menurut Kemenkes RI.



Gambar 2. Alur Diagnosis Tuberkulosis Pada Orang Dewasa



Gambar 3. Alur Diagnosis Tuberkulosis Pada Anak

2.1.9. Pengobatan

Tujuan pengobatan TBC pada adalah:

1. Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup.
2. Mencegah terjadinya kematian oleh karena TBC atau dampak buruk selanjutnya.
3. Mencegah terjadinya kekambuhan TBC.
4. Menurunkan risiko penularan TBC.
5. Mencegah terjadinya dan penularan TBC resistan obat.

OAT adalah komponen terpenting dalam pengobatan TBC. Pengobatan TBC merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut kuman TBC. Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip:

1. Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.
2. Diberikan dalam dosis yang tepat.
3. Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat) sampai selesai pengobatan.
4. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup, terbagi dalam dua (2) tahap yaitu tahap awal serta tahap lanjutan, sebagai pengobatan yang adekuat untuk mencegah kekambuhan.

Paduan pengobatan yang dianjurkan akan menyembuhkan sebagian besar pasien TBC baru tanpa memicu munculnya kuman resistan obat. Agar hal hal tersebut tercapai, sangat penting memastikan bahwa pasien menelan seluruh obat yang diberikan sesuai anjuran, dengan pengawasan langsung oleh seorang PMO

(Pengawas Menelan Obat) untuk mencegah terjadinya resistensi obat. Pilihan tempat pemberian pengobatan sebaiknya disepakati bersama pasien agar dapat memberikan kenyamanan. Pasien bisa memilih datang ke fasyankes terdekat dengan kediaman pasien atau PMO datang berkunjung kerumah pasien. Apabila tidak ada faktor penyulit, pengobatan dapat diberikan secara rawat jalan [2].

2.1.10. Pencegahan

Salah satu upaya pencegahan kesakitan atau sakit yang berat adalah dengan memberikan kekebalan berupa vaksinasi dan pengobatan pencegahan (profilaksis).

1. Pemberian Kekebalan (Imunisasi) BCG

Vaksin BCG (*Bacille Calmette-Guérin*) adalah vaksin hidup yang dilemahkan yang berasal dari *Mycobacterium bovis*. Pemberian vaksinasi BCG berdasarkan Program Pengembangan Imunisasi diberikan pada bayi 0-2 bulan. Pemberian vaksin BCG pada bayi > 2 bulan harus didahului dengan uji tuberkulin. Petunjuk pemberian vaksinasi BCG mengacu pada Pedoman Program Pemberian Imunisasi Kemenkes. Secara umum perlindungan vaksin BCG efektif untuk mencegah terjadinya TB berat seperti TB milier dan TB meningitis yang sering didapatkan pada usia muda. Vaksinasi BCG ulang tidak direkomendasikan karena tidak terbukti memberi perlindungan tambahan.

Perhatian khusus pada pemberian vaksinasi BCG yaitu:

- a. Bayi terlahir dari ibu pasien TB BTA positif

- b. Bayi terlahir dari ibu pasien infeksi HIV/AIDS
 - c. Limfadenitis BCG
2. Pengobatan Pencegahan dengan INH

Sebagai salah satu upaya pencegahan TB aktif pada ODHA, pemberian pengobatan pencegahan dengan Isoniazid (PP INH) dapat diberikan pada ODHA yang tidak terbukti TB aktif dan tidak ada kontraindikasi terhadap INH. Dosis INH yang diberikan adalah 300 mg per hari, dosis maksimal 600 mg per hari, ditambah Vitamin B6 25 mg per hari selama 6 bulan.

- a. Pemberian Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (PP INH) pada anak

PP INH diberikan kepada anak umur dibawah lima tahun (balita) yang mempunyai kontak dengan pasien TB tetapi tidak terbukti sakit TB.

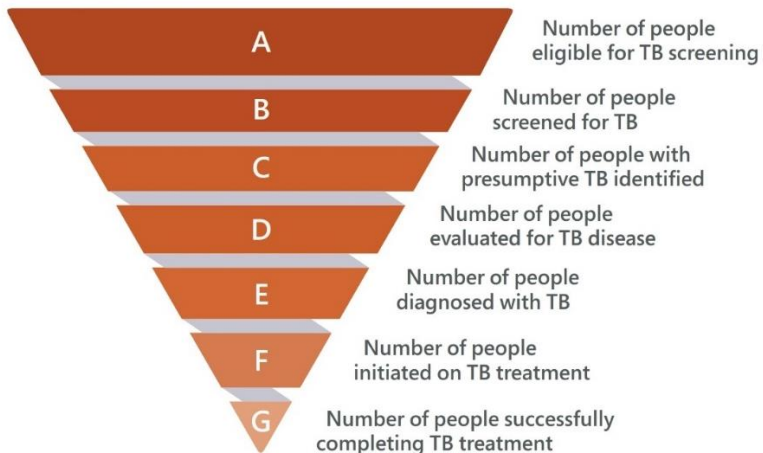
- b. Pengobatan pencegahan dengan Rifapentine dan Isoniazid
Saat ini telah terdapat pilihan pengobatan pencegahan dengan Rifapentin dan Isoniazid. Sebagai catatan, obat ini tidak direkomendasikan penggunaannya pada anak berusia < 2 tahun dan anak dengan HIV AIDS dalam pengobatan ARV [2].

2.2. Skrining Tuberkulosis

2.2.1. Definisi Skrining TBC

Skrining TBC adalah suatu tindakan yang digunakan untuk membedakan orang yang mempunyai kemungkinan besar terkena penyakit TBC dengan orang yang kemungkinan besar tidak terkena

TBC. Tes skrining tidak dimaksudkan sebagai diagnostik. Orang dengan hasil positif pada tes skrining harus menjalani evaluasi lebih lanjut, tergantung pada algoritma skrining yang digunakan. Alur proses skrining TBC secara sistematis sebagai berikut [13].



Gambar 4. Piramida Skrining Sistematis TBC

2.2.2. Tujuan Skrining TBC

Tujuan dari skrining (atau penemuan kasus TBC secara aktif) adalah untuk mendeteksi penyakit TBC secara dini, meminimalkan penundaan diagnosis, dan memulai pengobatan sehingga mengurangi risiko hasil pengobatan yang tidak menguntungkan, gejala sisa, dan dampak sosial ekonomi yang merugikan dari TBC terhadap individu dan keluarganya [13].

Skrining juga bertujuan untuk mengurangi penularan TBC di rumah tangga, tempat kerja, sekolah atau lingkungan komunitas

lainnya dengan menyingkirkan orang-orang yang mengidap penyakit umum dan memperpendek durasi penularan. Hal ini akan dapat mengurangi kejadian infeksi TBC dan dampaknya di populasi. Ketika skrining diterapkan dengan algoritma yang efektif dan didukung oleh pengujian diagnostik yang memadai serta diintegrasikan dengan Terapi Pencegahan TBC (TPT), maka akan dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas TBC di populasi dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

2.2.3. Prinsip Utama Skrining TBC

Prinsip-prinsip utama berikut ini harus dipertimbangkan dalam merencanakan inisiatif skrining TB:

1. Prinsip 1

Skrining TBC harus selalu dilakukan dengan tujuan untuk menindaklanjuti dengan perawatan medis yang tepat dan idealnya dilaksanakan di tempat yang tersedia layanan diagnostik dan pengobatan TBC berkualitas tinggi. Jika suatu komunitas tidak memiliki akses terhadap layanan lanjutan yang tepat namun dapat memperoleh manfaat dari skrining TBC, hal ini harus menjadi dorongan untuk investasi program TBC nasional dalam layanan diagnosis dan pengobatan TBC, untuk melengkapi skrining TBC.

2. Prinsip 2

Skrining harus menjangkau masyarakat yang paling berisiko terkena penyakit TBC, termasuk kelompok berisiko tinggi dan komunitas dengan prevalensi TBC yang tinggi. Prioritas

kelompok risiko untuk skrining harus didasarkan pada penilaian masing-masing kelompok mengenai potensi manfaat dan kerugian, kelayakan dan penerimaan pendekatan skrining, jumlah yang diperlukan untuk skrining, dan efektivitas biaya skrining. Manfaat dan kerugian dari skrining TBC pada berbagai kelompok dan populasi perlu dinilai secara hati-hati untuk memaksimalkan kebaikan bersama dan meminimalkan dampak buruk terhadap individu. TBC mengancam kesehatan tidak hanya individu yang terkena dampak tetapi juga komunitas dan populasi yang lebih luas.

3. Prinsip 3

Skrining TBC harus mengikuti prinsip-prinsip etika yang ditetapkan untuk skrining penyakit menular, termasuk memperoleh persetujuan sukarela sebelum melanjutkan skrining individu dan memperhatikan hak asasi manusia, dan dirancang untuk meminimalkan risiko ketidaknyamanan, rasa sakit, stigmatisasi dan diskriminasi. Persetujuan berdasarkan informasi (*informed consent*) adalah hak dasar dan sarana penting untuk menghormati otonomi individu [13].

2.2.4. Skrining TBC Melalui Investigasi Kontak

1. Definisi Investigasi Kontak

Investigasi Kontak (IK) adalah kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan penemuan kasus TBC dengan cara mendeteksi secara dini dan sistematis terhadap orang yang kontak dengan sumber infeksi TBC. Pedoman WHO

menyatakan bahwa kegiatan IK bermanfaat untuk mendeteksi kasus TBC secara dini, mencegah penyakit yang lebih berat serta mengurangi penularan TBC pada orang lain. Selain itu, IK dapat juga menemukan orang dengan infeksi TBC laten yang membutuhkan pengobatan pencegahan. Kegiatan IK diselenggarakan melalui kolaborasi antara pemberi layanan kesehatan dengan komunitas yang ada di masyarakat seperti kader kesehatan, PMO, pendidik sebaya dan sebagainya [8].

IK dilaksanakan untuk semua pasien TBC baru/kambuh yang terkonfirmasi bakteriologis (TBC Sensitif Obat maupun TBC Resisten Obat) dan TBC anak untuk mendeteksi secara dini kemungkinan adanya kasus lain yang menulari kasus indeks atau kasus lain yang tertular oleh kasus indeks, pada kontak serumah atau kontak erat. IK juga dilaksanakan pada semua pasien TBC anak, dengan tujuan mencari kasus lain yang merupakan sumber penularan [8].

2. Tujuan Investigasi Kontak

Secara umum terdapat 4 tujuan pelaksanaan investigasi kontak, yaitu:

- a. Menemukan kasus TBC secara dini dengan melakukan skrining gejala dan faktor risiko TBC terhadap seluruh kontak dari pasien TBC.
- b. Menemukan TBC laten pada anak di bawah 5 tahun dan memberikan pengobatan pencegahan TBC dengan segera.

- c. Mencegah penularan pada kontak yang sehat dengan cara memberikan edukasi tentang perilaku hidup bersih dan sehat.
- d. Memutus mata rantai penularan TBC di masyarakat [8].

3. Sasaran Investigasi Kontak

Investigasi kontak dilakukan terhadap seluruh kontak dari semua pasien TBC baru/kambuh yang terkonfirmasi bakteriologis (TBC Sensitif Obat maupun TBC Resisten Obat) dan TBC anak di lingkungan rumah tangga atau tempat-tempat lain (tempat kerja, asrama, sekolah, tempat penitipan anak, lapas/rutan, panti, dan sebagainya). Sumber data kasus indeks berasal dari Puskesmas, rumah sakit, dan fasyankes swasta. Prioritas utama kegiatan IK adalah kelompok usia anak karena alasan:

- a. Apabila kontak erat dengan penderita TBC paru yang infeksius, anak lebih berisiko untuk terinfeksi; dan setelah terinfeksi, anak berisiko tinggi untuk menjadi sakit TBC.
- b. Jika sakit TBC, anak berisiko lebih tinggi untuk menderita TBC berat seperti meningitis dan TBC milier dengan risiko kematian tinggi.
- c. Anak balita yang tinggal serumah dengan penderita TBC paru dewasa lebih banyak menghabiskan waktunya di dalam rumah sehingga lebih lama kontak dengan kasus indeks dibandingkan dengan kelompok umur yang lebih tua yang mempunyai aktivitas di luar rumah lebih banyak.

Risiko ini akan semakin meningkat jika kasus indeks adalah ibu atau orang yang mengasuh anak tersebut.

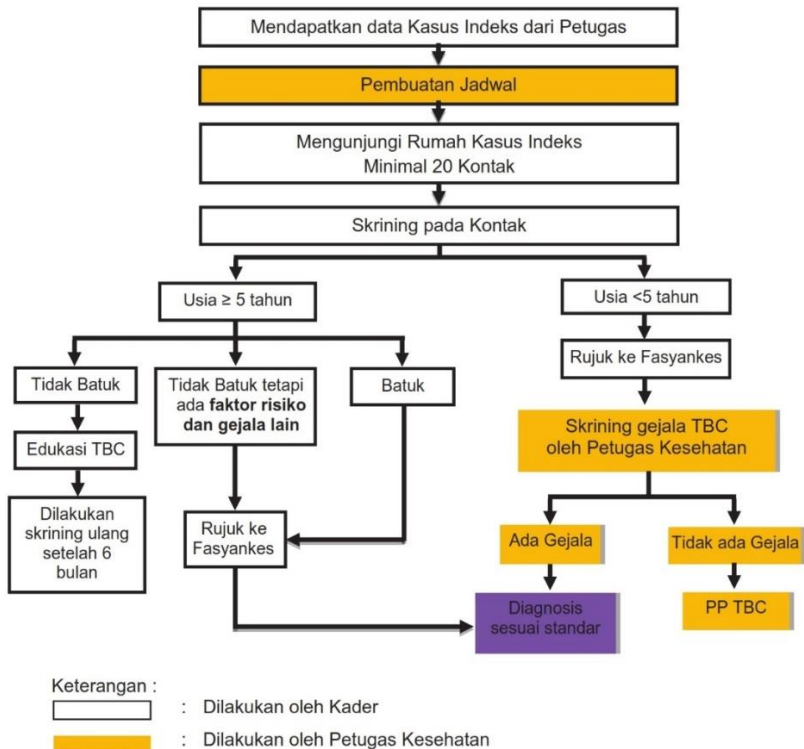
- d. Jika tidak diobati dengan benar, anak-anak dengan infeksi laten TBC dapat berkembang menjadi kasus TBC di masa dewasanya, yang merupakan sumber penularan baru di masa mendatang.

TBC anak menjadi sasaran IK karena anak yang sakit TBC umumnya tertular dari orang dewasa dengan TBC infeksius disekitarnya. Oleh karena itu, jika anak sakit TBC, disamping memberikan pengobatan yang tepat pada anak tersebut, perlu juga dilakukan investigasi terhadap orang dewasa yang berkontak untuk mencari sumber penularan dan memberikan tatalaksana yang sesuai [8].

4. Mekanisme Kerja

Investigasi kontak dilaksanakan dengan kerja sama antara petugas kesehatan dengan organisasi komunitas beserta anggota dan kadernya. Baik petugas kesehatan maupun para kader, melaksanakan kegiatan sesuai dengan tugas dan fungsi masing masing. Puskesmas akan berperan penting dalam pelaksanaan kegiatan IK ini, sesuai dengan fungsi kewilayahannya, baik dalam pembinaan kesehatan komunitas, bekerja sama dengan organisasi komunitas dan para kader, maupun dalam bidang pelayanan kesehatan. Dalam melaksanakan fungsi ini di bidang pelayanan kesehatan, Puskesmas akan berjejaring dengan fasyankes lain yang ada di

wilayahnya. Di bawah ini adalah alur kerja dalam pelaksanaan IK [8].



Gambar 5. Alur Kerja Pelaksanaan Investigasi Kontak

5. Langkah-langkah Pelaksanaan Investigasi Kontak

a. Persiapan

- 1) Petugas Kesehatan menginformasikan kepada setiap pasien baru bahwa akan tim (Petugas Kesehatan dan

atau kader) yang akan melakukan kunjungan rumah dan rumah sekitar pasien.

- 2) Petugas kesehatan melakukan identifikasi kontak dari kasus indeks dan mengisi formulir TBC.16K.
- 3) Petugas kesehatan menyepakati jadwal IK bersama kader. Data kasus indeks diberikan oleh petugas kesehatan kepada kader sesuai dengan wilayah kerja kader.
- 4) Petugas kesehatan menyerahkan formulir TBC.16K kepada kader dan diharapkan kader menghubungi PMO masing-masing kasus indeks untuk mengatur jadwal kunjungan.
- 5) Sebelum melakukan kunjungan, kader menyiapkan masker untuk diberikan pada pasien, surat tugas, tanda pengenalan, materi KIE untuk edukasi, formulir TBC.16K, TBC.16 RK dan surat pengantar.

b. Pelaksanaan

- 1) Petugas kesehatan atau kader mengunjungi rumah kasus indeks, dengan mengutamakan kerahasiaan pasien. Jika diperlukan, untuk memastikan alamat, petugas kesehatan/ kader dapat menghubungi tokoh masyarakat, seperti RT, RW, Lurah, Kepala Desa, Kepala Dusun, dll. Kader juga dapat melakukan kunjungan dengan didampingi oleh petugas kesehatan.
- 2) Petugas kesehatan/kader melakukan konfirmasi ulang terkait kontak yang tercatat di formulir TBC.16 K dan

pendataan kontak, pada rumah kasus indeks minimal 20 kontak yang akan diinvestigasi.

- 3) Petugas kesehatan/kader melakukan skrining secara langsung (tatap muka) kepada kontak dan:
 - Jika kontak berusia < 5 tahun, diberikan surat pengantar ke fasyankes;
 - Jika kontak berusia ≥ 5 tahun, kader melakukan investigasi terhadap gejala dan faktor risiko.
- 4) Kontak yang berusia ≥ 5 tahun akan diberikan surat pengantar bila memenuhi salah satu kriteria di bawah ini:
 - Batuk
 - Gejala lain (sesak napas, berkeringat di malam hari tanpa kegiatan, demam meriang >1 bulan) dan faktor risiko yang lain (DM, lansia, HIV, perokok, ibu hamil, malnutrisi, anak usia 5 – 14 tahun)
- 5) Pelaksanaan Investigasi Kontak
 - Bila IK dilakukan oleh kader, maka kader mencatat hasil skrining dalam formulir TBC.16K dan menyerahkan 1 rangkap kepada petugas di fasyankes untuk dilampirkan di formulir TBC.01.
 - Bila IK dilakukan oleh petugas kesehatan, maka petugas akan mencatat hasil skrining dalam formulir TBC.16K dan melampirkannya di formulir TBC.01.
- 6) Jika menemukan terduga TBC, petugas kesehatan/kader mengisi Surat Pengantar Pemeriksaan TBC dan merujuk kontak untuk mendapat pemeriksaan di fasyankes.

Apabila diperlukan, maka kader mendampingi terduga TBC untuk datang ke fasyankes.

- 7) Investigasi Kontak dapat dilaksanakan selama 1 minggu untuk 1 Kasus Indeks. Jika pada saat kunjungan, tidak semua kontak dapat diskriming, maka kader melakukan kunjungan ulang di hari berikutnya untuk memastikan semua kontak telah dilakukan skrining.
- 8) Kader mencatat rekapitulasi hasil IK semua kasus indeks yang menjadi tanggung jawabnya pada formulir TBC.16 RK.

c. Tindak Lanjut di Puskesmas

- 1) Petugas puskesmas menerima rujukan terduga TBC dari hasil investigasi kontak yang dilakukan oleh kader dan melaksanakan prosedur diagnosis sesuai standar.
- 2) Petugas puskesmas wajib merujuk anak <5 tahun yang kontak dengan pasien TBC RO ke fasyankes rujukan TBC RO.
- 3) Pemeriksaan laboratorium (mikroskopis atau TCM) hanya dilakukan kepada terduga TBC yang mengumpulkan dahak yang berkualitas (volume 3-5 ml, mukopurulen). Petugas laboratorium berhak tidak melakukan pemeriksaan laboratorium jika spesimen yang dikumpulkan tidak memenuhi syarat.
- 4) Jika kasus indeks adalah pasien TBC RO, pemeriksaan terhadap kontak yang dilakukan dengan TCM.

- 5) Petugas puskesmas memberikan umpan balik hasil pemeriksaan dan validasi laporan TBC 16K dan TBC 16RK kepada kader.
- 6) Petugas puskesmas mencatat dan melaporkan formulir TBC 16 fasyankes ke dinas kabupaten/kota.

6. Monitoring dan Evaluasi (Monev)

Dalam pelaksanaan monev dan kegiatan surveilans, diperlukan suatu sistem pencatatan dan pelaporan baku yang dilaksanakan dengan baik dan benar, dengan maksud mendapatkan data yang sah atau valid untuk diolah, dianalisis, diinterpretasi, disajikan dan disebarluaskan untuk dimanfaatkan sebagai dasar untuk perencanaan dan peningkatan program selanjutnya. Formulir-formulir yang digunakan untuk pencatatan dan pelaporan investigasi kontak, adalah sebagai berikut :

a. Formulir Investigasi Kontak Tuberkulosis (TBC.16 K)

TBC.16 K adalah formulir yang digunakan oleh petugas kesehatan dan atau kader untuk mencatat hasil investigasi kontak. Petugas mengisi nama kasus indeks yang akan dilakukan investigasi kontak. Sedangkan nama kontak dapat diisi oleh petugas maupun kader. Petugas mendapatkan nama kontak melalui hasil wawancara dengan pasien saat pertama kali berobat dan kunjungan rumah, salah satunya dalam kegiatan PIS PK. Kader mendapatkan nama kontak dengan melaksanakan investigasi kontak.

b. Formulir Rekapitulasi Investigasi Kontak oleh Kader (TBC.16 RK)

TBC.16 RK adalah rekapitulasi hasil investigasi kontak yang diisi oleh kader untuk dilaporkan setiap bulan kepada petugas kesehatan di fasyankes dengan batas akhir pelaporan pada tanggal 01 di bulan berikutnya. Pengisian rekapitulasi berdasarkan hasil yang tertulis pada TBC.16 K. Selanjutnya petugas kesehatan di Puskesmas memberikan umpan balik evaluasi laporan hasil investigasi kontak pada periode sebelumnya yang dilakukan oleh kader. Mekanisme pelaksanaan dapat terintegrasi dengan kegiatan Monev yang sudah ada di Puskesmas (contoh: pembinaan kader). Adapun umpan balik tersebut meliputi:

- 1) Jumlah indeks kasus dengan target kontak yang diskriming (1 indeks kasus = 20 kontak yang diinvestigasi)
- 2) Jumlah kontak yang dirujuk memenuhi kriteria rujukan
- 3) Semua kontak yang dirujuk melakukan pemeriksaan di puskesmas
- 4) Hasil pemeriksaan semua kontak

c. Formulir Rekapitulasi Investigasi Kontak Fasyankes (TBC.16 Fasyankes)

TBC.16 Fasyankes adalah rekapitulasi hasil investigasi kontak yang diisi oleh petugas kesehatan untuk dilaporkan setiap bulan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota dengan batas akhir pelaporan pada tanggal 05 di bulan

berikutnya. Pengisian rekapitulasi berdasarkan hasil yang tertulis pada TBC.16 RK. Dinkes Kabupaten/Kota memberikan umpan balik ke puskesmas terhadap rekapitulasi hasil investigasi kontak yang dilaporkan oleh Fasyankes (TBC.16 Fasyankes). Mekanisme pelaksanaan dapat terintegrasi dengan kegiatan Monev yang sudah ada.

- d. Formulir Rekapitulasi Investigasi Kontak Kabupaten/Kota (TBC.16 Kabupaten/ Kota)

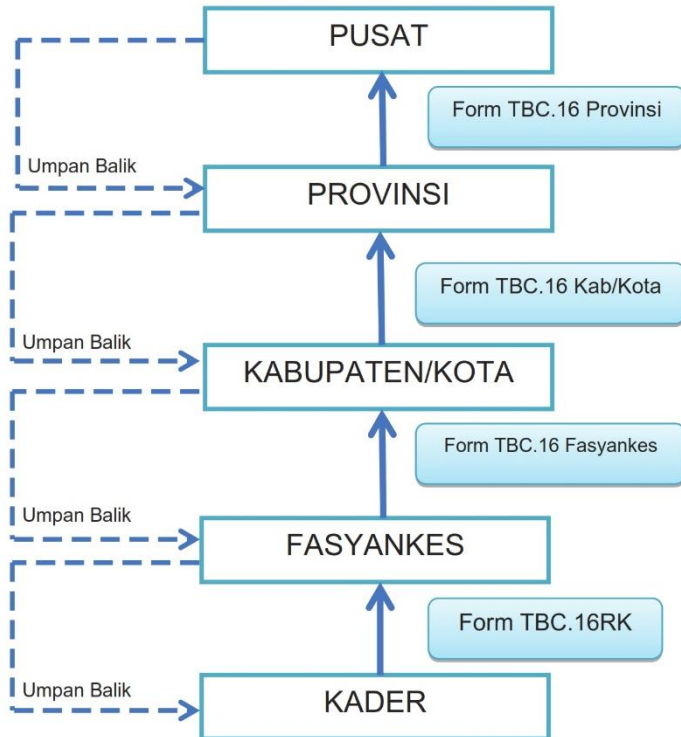
TBC.16 Kabupaten/Kota adalah rekapitulasi hasil investigasi kontak yang diisi oleh petugas TBC dinas kesehatan kabupaten/kota untuk dilaporkan setiap bulan kepada dinas kesehatan provinsi dengan batas akhir pelaporan pada tanggal 10 di bulan berikutnya. Pengisian rekapitulasi berdasarkan hasil yang tertulis pada TBC.16 Fasyankes. Dinkes Provinsi memberikan umpan balik kepada Dinkes Kabupaten/Kota terhadap rekapitulasi hasil investigasi kontak yang dilaporkan oleh Kabupaten/Kota (TBC.16 Kabupaten/Kota). Mekanisme pelaksanaan dapat terintegrasi dengan kegiatan Monev yang sudah ada setiap enam (6) bulan sekali.

- e. Formulir Rekapitulasi Investigasi Kontak Provinsi (TBC.16 Provinsi)

TBC.16 Provinsi adalah rekapitulasi hasil investigasi kontak yang diisi oleh petugas TBC dinas kesehatan provinsi untuk dilaporkan kepada pusat melalui email [subditb@tbindonesia. or.id](mailto:subditb@tbindonesia.or.id) dengan batas akhir pelaporan

pada tanggal 15 di bulan berikutnya. Pengisian rekapitulasi berdasarkan hasil yang tertulis pada TBC.16 Kabupaten/Kota. Pusat memberikan umpan balik ke Dinkes Provinsi terhadap rekapitulasi hasil investigasi kontak yang dilaporkan oleh Provinsi (TBC.16 Provinsi). Mekanisme pelaksanaan dapat terintegrasi dengan kegiatan Monev yang sudah ada.

- f. Surat Pengantar Pemeriksaan TBC Surat Pengantar merupakan surat yang digunakan kader untuk merujuk terduga TBC agar melakukan pemeriksaan di layanan kesehatan.
- g. Formulir Penemuan Terduga dan Pasien TBC (Form A)
Formulir A merupakan formulir bagi kader untuk melakukan pencatatan terkait penemuan Terduga TBC serta hasil pemeriksaan TBC.
- h. Formulir Pemantauan Pengobatan Pasien TBC (Form B)
Formulir B merupakan formulir bagi kader untuk melakukan pencatatan terkait pemantauan pengobatan pasien TBC. Hal ini bertujuan agar pengobatan pasien TBC berjalan sesuai dengan ketentuan dan tidak terjadi putus berobat. Selain itu Formulir B juga berfungsi untuk memantau pelaksanaan pemeriksaan dahak ulang untuk penilaian hasil pengobatan bagi petugas di fasyankes. Formulir ini disimpan oleh kader hingga pasien TBC menyelesaikan pengobatan.



Gambar 6. Diagram Alur Pencatatan dan Pelaporan Investigasi Kontak

2.3. Kader Kesehatan

2.3.1. Definisi Kader Kesehatan

Menurut WHO *community health worker* atau biasa disebut kader kesehatan adalah setiap orang yang menjalankan fungsi berkaitan dengan pemberian layanan kesehatan, telah dilatih mengenai cara melakukan layanan dalam konteks intervensi, tetapi belum menerima sertifikat formal profesional atau

paraprofesional atau gelar pendidikan tinggi [14]. Menurut Kementerian Kesehatan RI Kader adalah setiap orang yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menggerakkan masyarakat berpartisipasi dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan [15]. Berdasarkan beberapa definisi tersebut, maka Kader TBC adalah setiap orang yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menggerakkan masyarakat berpartisipasi dalam upaya pencegahan dan penanggulangan TBC di masyarakat. Kader TBC dan petugas kesehatan bekerja sama dalam kemitraan untuk melaksanakan kegiatan investigasi kontak di lapangan [8].

2.3.2. Manfaat Menjadi Kader Kesehatan

1. Meningkatnya rasa peduli terhadap lingkungan.
2. Menambah pengetahuan dan wawasan tentang kesehatan khususnya penyakit TBC.
3. Menambah rasa percaya diri.
4. Merasa lebih dihargai dan diterima masyarakat [16].

2.3.3. Peran Kader Dalam Penanggulangan TBC

Peran kader secara umum adalah bermitra untuk mendukung petugas kesehatan dalam merubah perilaku masyarakat untuk mewujudkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam upaya penanggulangan TBC, melalui pemberian edukasi, penemuan kasus di masyarakat umum, melakukan investigasi kontak, dan melakukan pendampingan. Peran kader secara khusus dalam upaya penemuan kasus TBC dimasyarakat adalah sebagai berikut:

1. Mendata kontak serumah dan kontak erat kasus indeks.
2. Melakukan skrining secara langsung terhadap setiap kontak di sekitar kasus indeks dan menemukan terduga TBC serta merujuk terduga TBC dan semua kontak anak <5 tahun ke fasyankes.
3. Berkoordinasi dengan petugas Puskesmas untuk melakukan kunjungan ulang bagi terduga TBC yang sebelumnya menolak untuk dirujuk atau terduga TBC yang sudah menerima surat rujukan tetapi tidak datang memeriksakan diri.
4. Memberikan edukasi tentang TBC secara komprehensif ke semua kontak.
5. Mendampingi kontak lansia terduga TBC untuk pemeriksaan ke fasyankes.
6. Memantau munculnya gejala pada kontak berkoordinasi dengan PMO.
7. Melaporkan kegiatan investigasi kontak sesuai dengan formulir yang tersedia ke petugas kesehatan.
8. Melakukan edukasi kepada pasien TBC dan kontak sekitar.
9. Memantau kepatuhan berobat berkoordinasi dengan PMO.
10. Melakukan skrining yang berkualitas sesuai dengan mekanisme tahapan pelaksanaan investigasi kontak [8].

2.4. Pelatihan

2.4.1. Definisi Pelatihan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) pelatihan didefinisikan sebagai proses, cara, perbuatan melatih; kegiatan

atau pekerjaan melatih. Oemar Hamalik dalam Saydam (2006) menjelaskan bahwa pelatihan adalah tindakan atau perbuatan pengulangan yang bertujuan untuk lebih memantapkan hasil belajar. Pemantapan dimaksud adalah sebagai upaya perbaikan terhadap pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang sudah dimiliki, dan juga sebagai usaha perluasan ketingkat yang lebih terampil dan mahir. Bernardin (1998) mendefinisikan pelatihan sebagai setiap usaha untuk meningkatkan kinerja karyawan/staf agar sesuai dengan pekerjaannya saat ini. Berdasarkan beberapa definisi tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa pelatihan:

1. Bersifat teknis, yang terkait dengan keterampilan seorang pegawai dalam bidang pekerjaan yang menjadi tanggungjawabnya.
2. Lebih bermakna spesifik, yang langsung berhubungan dengan keterampilan pegawai akan suatu pekerjaan; sedangkan pengembangan SDM lebih terkait dengan peningkatan kemampuan manajerial bagi pegawai dalam menentukan strategi dan pemecahan permasalahan di masa mendatang dan karena itu lebih bersifat general dan teoritis.

2.4.2. Tujuan dan Manfaat Pelatihan

Menurut Suparman (1999) pelatihan bertujuan untuk memperluas wawasan, pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang sesuai dengan bidang tugas disamping meningkatkan kesetiaan dan pengabdian masing-masing kepada organisasi. Pelatihan sebenarnya dimaksudkan untuk membuat pegawai yang tidak tahu menjadi tahu, tidak trampil menjadi trampil, dan bersikap

tidak positif menjadi positif dalam melaksanakan tugas sehari-hari.

Sedangkan manfaat yang dapat diperoleh dari pelaksanaan pelatihan menurut Suparman (1999) adalah:

1. Peningkatan produktifitas kerja organisasi sebagai keseluruhan antara lain karena tidak terjadinya pemborosan, karena kecermatan melakukan tugas, tumbuh suburnya kerjasama antara berbagai satuan kerja yang melaksanakan kegiatan berbeda dan bahkan spesialisistik, meningkatkan tekad mencapai sasaran yang telah ditetapkan serta lancarnya koordinasi sehingga organisasi bergerak sebagai suatu kesatuan yang bulat dan utuh.
2. Terwujudnya hubungan yang serasi antara atasan dan bawahan antara lain karena adanya pendelegasian wewenang, interaksi yang didasarkan pada sikap dewasa baik secara teknikal maupun intelektual, saling menghargai dan adanya kesempatan bagi bawahan untuk bertindak dan berfikir secara inovatif.
3. Terjadinya proses pengambilan keputusan yang lebih cepat dan tepat karena melibatkan para pegawai yang bertanggung jawab menyelenggarakan kegiatan-kegiatan operasional dan tidak sekedar diperintahkan oleh para manajer.
4. Meningkatkan semangat kerja seluruh tenaga kerja dalam organisasi dengan komitmen organisasional yang lebih tinggi.
5. Mendorong sikap keterbukaan manajemen melalui penerapan gaya manajerial yang partisipatif.

6. Memperlancar jalannya komunikasi yang efektif yang pada gilirannya memperlancar proses perumusan kebijaksanaan organisasi dan operasionalisasinya.
7. Penyelesaian konflik secara fungsional yang dampaknya adalah tumbuh suburnya rasa persatuan dan suasana kekeluargaan di kalangan para anggota organisasi.

2.4.3. Tahapan Program Pelatihan

1. Penilaian Kebutuhan

Langkah pertama pada proses perancangan pelatihan adalah penilaian kebutuhan yang mengacu pada proses yang digunakan untuk menentukan apakah pelatihan diperlukan (Noe, 2010). Begitu juga menurut Notoatmodjo (2009) bahwa analisis kebutuhan pelatihan mempunyai tujuan antara lain untuk mencari atau mengidentifikasi kemampuan-kemampuan yang diperlukan oleh pegawai dalam rangka menunjang kebutuhan organisasi. Pada tahap ini manajemen mengidentifikasi perbedaan atau kesenjangan antara kemampuan yang dimiliki dan kemampuan kerja yang diharapkan (Soetjipto, 2008). Noe (2010) memberi penjelasan tentang beberapa tahap dalam menganalisis kebutuhan yaitu:

- a. Analisis organisasi (*organizational analysis*) yang pada hakikatnya menyangkut pertanyaan-pertanyaan di mana atau bagaimana di dalam organisasi ada pegawai yang memerlukan pelatihan.
- b. Analisis pekerjaan (*job analysis*), yang menyangkut apa yang harus diajarkan atau diberikan dalam pelatihan agar

para pegawai yang bersangkutan mampu melakukan pekerjaan secara efektif.

- c. Analisis pribadi (*person analysis*), yang menyangkut siapa yang membutuhkan pelatihan. Untuk memperoleh informasi ini dapat dilakukan melalui achievement test, observasi, dan wawancara.

2. Menetapkan Tujuan Pelatihan

Menurut Notoatmodjo (2009) tujuan pelatihan pada hakikatnya ialah merumuskan kemampuan yang diharapkan dari pelatihan tersebut., karena tujuan pelatihan ini adalah perubahan kemampuan yaitu merupakan bagian dari perilaku, maka tujuan pelatihan dirumuskan dalam bentuk perilaku (*behavior objectives*). Tujuan pelatihan dibagi menjadi:

- a. Tujuan umum, yakni rumusan tentang kemampuan umum yang akan dicapai oleh pelatihan tersebut.
- b. Tujuan khusus, yakni rincian yang dirumuskan dan tujuan kedalam kemampuan khusus.

Selanjutnya Notoatmodjo (2009) menegaskan bahwa tujuan pelatihan adalah merumusan kemampuan atau perilaku baru, yang lazimnya dirumuskan dalam kategori pengetahuan, kecerdasan, sikap keterampilan yang diharapkan untuk dimiliki oleh sasaran pelatihan setelah menyelesaikan program pelatihan (*serangkaian proses belajar*).

2.4.4. Materi Pelatihan

Dari tujuan pelatihan yang telah dirumuskan tadi akan dapat diketahui kemampuan apa yang harus dibedakan dalam pelatihan.

Maka selanjutnya diidentifikasi materi-materi atau bahan-bahan pelajaran yang akan diberikan dalam pelatihan. Dengan kata lain, materi-materi apa yang dapat mengembangkan atau meningkatkan kemampuan para peserta pelatihan.

Materi pelatihan dirumuskan dalam sebuah kurikulum. Dalam pelatihan kurikulum adalah sangat penting, karena kurikulum merupakan pedoman bagi kegiatan belajar-mengajar dalam rangka mengembangkan kemampuan peserta atau sasaran pelatihan.

Notoatmodjo (2009) memberi pertimbangan dalam menyusun kurikulum atau materi pelatihan dengan prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Dasar filosofis yang mengarah pada tujuan pendidikan
2. Dasar sosiologis yang menyangkut keadaan masyarakat, ekonomi, adat istiadat, kebudayaan, kesehatan, dan sebagainya.
3. Dasar psikologis yang mempertimbangkan faktor-faktor yang terkandung di dalam sisi sasaran pelatihan, misalnya bakat, kebutuhan, kemampuan, pengalaman, dan sebagainya.
4. Dasar organisasi, dimana kurikulum disajikan dalam bentuk tertentu baik dalam luas bahan, isi maupun urutan.

Notoatmodjo (2009) lebih lanjut menjelaskan bahwa materi atau kurikulum pelatihan mengacu kepada kebutuhan spesifik organisasi kerja. Adapun langkahlangkah pengembangannya secara garis besar sebagai berikut:

1. Penilaian kebutuhan pelatihan, yaitu agar pelatihan benar-benar sesuai dengan kebutuhan pegawai, dalam arti kemampuan yang akan diberikan sesuai dengan yang dibutuhkan oleh pegawai maka sebelum pelatihan harus terlebih dahulu dilakukan penilaian kebutuhan pelatihan terlebih dahulu.
2. Penyusunan kurikulum pelatihan, yaitu hasil analisis kebutuhan pelatihan tersebut, digunakan untuk menyusun materi atau kurikulum pelatihan. Secara substansial materi pelatihan menjadi tiga kelompok:
 - a. Materi dasar, adalah materi yang mendasari materi pokok pelatihan.
 - b. Materi pokok, adalah materi pokok pelatihan yang terkait dengan kemampuan pokok yang akan dikembangkan atau diberikan melalui pelatihan tersebut.
 - c. Materi penunjang, adalah materi pelatihan yang tidak secara langsung berhubungan dengan kemampuan yang akan dikembangkan dalam pelatihan tersebut, tetapi dapat menunjang kemampuan pokok.

2.4.5. Media Pelatihan

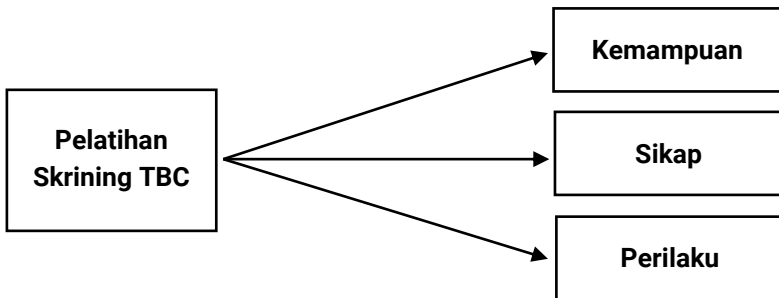
Media atau alat bantu adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran. Alat bantu ini lebih sering disebut “alat peraga”, karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu dalam proses pelatihan (Notoatmodjo, 2009). Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia itu diterima atau ditangkap melalui panca indra. Semakin

banyak indra yang digunakan untuk menerima berupa stimulus, maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau pengetahuan yang diperoleh. Dengan perkataan lain alat bantu ini dimaksudkan sebagai stimulus atau rangsangan indra sebanyak mungkin, sehingga mempermudah persepsi, penerimaan dan pemahaman.

BAB 3 METODOLOGI

3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep kegiatan riset operasional ini digambarkan pada Gambar 7 berikut ini.



Gambar 7. Kerangka Konsep Riset Operasional Pelatihan Kader Skrining TBC

3.2. Hipotesis

1. Terdapat perbedaan skor kemampuan dan sikap kader terhadap skrining TBC antara sebelum dan sesudah mengikuti pelatihan skrining TBC.
2. Terdapat pengaruh pelatihan terhadap kemampuan, sikap, dan perilaku melakukan skrining TBC pada kader yang mendapat pelatihan dibandingkan kader yang tidak mendapat pelatihan.

3.3. Variabel dan Definisi Operasional

Tabel 1. Variabel dan Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur
1	Pelatihan	Proses mengajarkan pengetahuan dan keahlian melakukan skrining TBC, dikategorikan: - Ya, jika mendapat pelatihan - Tidak, jika tidak mendapat pelatihan	Wawan cara	0=Tidak 1=Ya
2	Kemampuan	Pengetahuan dan kecakapan yang dimiliki responden untuk melakukan skrining TBC, dikategorikan: - Baik, jika skor kemampuan $\geq$ nilai gold ROC - Kurang baik, jika skor kemampuan $<$ nilai gold ROC	Wawan cara dan observasi	Skor kemampuan 0= Kurang baik 1= Baik
3	Sikap	Sikap responden terhadap pelaksanaan skrining TBC, dikategorikan: - Positif, jika skor sikap $\geq$ nilai gold ROC - Negatif, jika skor sikap $<$ nilai gold ROC	Wawan cara	Skor Sikap 0=Negatif 1=Positif
4	Perilaku	Perilaku responden untuk melaksanakan skrining TBC, dikategorikan: - Baik, jika telah melaksanakan kegiatan skrining TBC - Kurang baik, jika tidak/belum melaksanakan kegiatan skrining TBC	Wawan cara dan observasi	0= Kurang Baik 1= Baik

3.4. Desain Studi

Riset operasional ini merupakan studi eksperimental dengan desain utama menggunakan *posttest-only control group design* [17]. Tujuannya adalah untuk mengetahui pengaruh pelatihan terhadap kemampuan, sikap, dan perilaku responden dengan cara membandingkan kelompok yang diintervensi melalui pelatihan skrining TBC dengan kelompok kontrol yang tidak diberi pelatihan. Dalam desain ini, tidak ada pengukuran awal (*pretest*) yang dilakukan sebagai *baseline* karena kedua kelompok yang dibandingkan diasumsikan serupa. Pengukuran dilakukan hanya setelah intervensi dilaksanakan (*posttest*), dan penilaian dilakukan dengan membandingkan hasil *posttest* antara kedua kelompok.

Meskipun demikian, pengukuran *pretest-posttest* tetap dilakukan pada kelompok yang diintervensi untuk menilai perubahan kemampuan dan sikap antara sebelum dan setelah mengikuti pelatihan. Dengan menggunakan kedua desain ini, diharapkan hasil studi dapat memberikan wawasan tentang efek pelatihan terhadap kemampuan, sikap, dan perilaku responden, serta memberikan gambaran besaran (*magnitude*) perubahan kemampuan dan sikap pada kelompok yang diintervensi. Selain itu, perbandingan hasil kedua desain studi ini juga dapat digunakan untuk menilai validitas pengaruh pelatihan, tidak hanya tingkat validitas internal pada kelompok yang diintervensi, tetapi juga tingkat validitas secara keseluruhan setelah dibandingkan dengan kelompok kontrol.

3.5. Tempat dan Waktu Pelaksanaan

Kegiatan riset operasional ini dilaksanakan di Kabupaten Indragiri Hulu Provinsi Riau pada Bulan Oktober – Desember 2023.

3.6. Jenis dan Sumber Data

Jenis dan sumber data pada kegiatan riset operasional ini mencakup data primer dan data sekunder.

3.6.1. Data Primer

Data primer diperoleh dari jawaban responden atas pertanyaan terkait kemampuan dan sikap responden terhadap pelaksanaan skrining TBC. Selain itu data primer juga diperoleh melalui wawancara dan observasi langsung terhadap pelaksanaan skrining TBC oleh responden.

3.6.2. Data Sekunder

Data sekunder digunakan untuk mendukung data primer. Data sekunder diperoleh dari Laporan Program TBC Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu, Profil Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu, dokumen BPS, dan dokumen lain yang terkait.

3.7. Populasi dan Sampel

3.7.1. Populasi

Sebagai populasi kegiatan riset operasional ini adalah seluruh kader kesehatan di wilayah Kabupaten Indragiri Hulu.

3.7.2. Sampel

Sampel riset operasional ini dibagi menjadi 2 kelompok yaitu sampel kelompok yang diintervensi dan sampel kelompok kontrol dengan perbandingan 1 banding 1. Sampel kelompok intervensi

adalah kader yang ditunjuk oleh masing-masing Puskesmas untuk mewakili kader di wilayah kerjanya. Sampel kelompok kontrol adalah kader yang berasal dari wilayah kerja puskesmas yang sama dengan kelompok intervensi. Penetapan jumlah sampel pada masing-masing wilayah kerja Puskesmas ditentukan berdasarkan proporsi beban kasus TBC di masing-masing wilayah kerja Puskesmas. Hasil perhitungan jumlah kader dari masing-masing wilayah kerja Puskesmas sebagai berikut:

Tabel 2. Distribusi Sampel Berdasarkan Wilayah Kerja Puskesmas

No.	Puskesmas	Besar Sampel
1	UPTD Puskesmas Kuala Cenaku	1
2	UPTD Puskesmas Sipayung	2
3	UPTD Puskesmas Kampung Besar Kota	2
4	UPTD Puskesmas Pekan Heran	2
5	UPTD Puskesmas Pangkalan Kasai	2
6	UPTD Puskesmas Kilan	2
7	UPTD Puskesmas Lubuk Kandis	2
8	UPTD Puskesmas Batang Gansal	2
9	UPTD Puskesmas Air Molek	2
10	UPTD Puskesmas Lirik	1
11	UPTD Puskesmas Sungai Parit	1
12	UPTD Puskesmas Sungai Lala	2
13	UPTD Puskesmas Kulim Jaya	1
14	UPTD Puskesmas Rakit Kulim	1
15	UPTD Puskesmas Polak Pisang	1
16	UPTD Puskesmas Kota Medan	1
17	UPTD Puskesmas Kota Baru	1
18	UPTD Puskesmas Peranap	2
19	UPTD Puskesmas Batang Peranap	1
20	UPTD Puskesmas Sencano Jaya	1
TOTAL		20

Pada awalnya besar sampel kelompok intervensi ditetapkan sebanyak 30 responden, namun pada saat pelaksanaan pelatihan, jumlah sampel yang berkesempatan hadir dan mengikuti seluruh proses pelatihan hanya sebanyak 28 responden, sehingga total sampel riset operasional ini berjumlah 56 responden (28 responden/ kelompok).

3.7.3. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *consecutive sampling*, yaitu semua subjek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi [18]. Pertimbangan dalam memilih kader sepenuhnya diserahkan kepada Puskesmas untuk memutuskan siapa kader yang akan ditunjuk mewakili kader di wilayah kerjanya dengan memprioritaskan orang-orang yang memiliki kecakapan dan kinerja yang baik menurut Puskesmas.

3.8. Manajemen Data

3.8.1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan secara langsung menggunakan beberapa instrumen yaitu kuesioner untuk menilai kemampuan dan sikap kader tentang skrining TBC, *checklist* untuk menilai kemampuan kader melakukan skrining TBC melalui *role play*, serta laporan TBC. 16 RK untuk menilai perilaku kader melaksanakan skrining TBC.

3.8.2. Pengolahan Data

Langkah-langkah yang dilakukan dalam pengolahan data meliputi:

1. *Editing* adalah tahapan kegiatan memeriksa validitas data yang masuk seperti memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan jawaban, relevansi jawaban, dan keseragaman suatu pengukuran.
2. *Coding* adalah tahapan kegiatan mengklasifikasikan data dan jawaban menurut kategori masing-masing sehingga memudahkan dalam pengelompokan data.
3. *Processing* adalah tahapan kegiatan memproses data agar dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-entry (memasukkan) data hasil pengisian kuesioner ke dalam master tabel atau database komputer.
4. *Cleaning* yaitu tahapan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-entry dan melakukan koreksi bila terdapat kesalahan.
5. *Tabulating* merupakan tahapan kegiatan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun, dan ditata untuk disajikan dan dianalisis.

3.8.3. Analisis Data

Analisis data dilakukan secara bertahap yang meliputi analisis univariat dan bivariat. Untuk mempermudah proses analisis data dibantu menggunakan software pemrosesan data yaitu stata versi 15.

1. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi dari variabel-variabel yang diteliti. Data numerik dianalisis dengan melihat nilai tengah (mean, median, minimum, maksimum, dan standar deviasi). Data kategorik dianalisis menggunakan nilai proporsi.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat pengaruh pelatihan terhadap kemampuan, sikap, dan perilaku responden. Untuk mengetahui pengaruh pelatihan terhadap kemampuan dan sikap pada responden yang diintervensi dengan cara melihat perubahan skor kemampuan dan sikap responden antara sebelum dengan sesudah mendapatkan pelatihan. Perubahan tersebut dianalisis menggunakan uji beda rata-rata dua sampel dependen. Jika asumsi terpenuhi (data terdistribusi normal), maka uji yang digunakan adalah *Paired Sample T-test* pada derajat kemaknaan (*level of significance*) 5% ($\alpha = 0,05$). Jika asumsi tidak terpenuhi, maka digunakan uji statistik non parametrik dengan uji Wilcoxon.

Analisis bivariat juga dilakukan untuk mengetahui pengaruh pelatihan terhadap kemampuan, sikap, dan perilaku melakukan skrining dengan membandingkan antara kader yang mendapat pelatihan (kelompok intervensi) dengan kader yang tidak mendapat pelatihan (kelompok kontrol). Pengaruh tersebut dianalisis untuk mengetahui proporsi masing-masing variabel pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

menggunakan uji *chi-square* pada *level of significance* 5% ($\alpha = 0,05$). Selain untuk mengetahui signifikansi, hasil analisis juga akan diperoleh nilai *Odds Ratio* (OR) yang menggambarkan kekuatan hubungan antara variabel independen dan dependen pada selang kepercayaan (*confidence interval*) 95%.

3.8.4. Penyajian Data

Data yang telah diolah dan dianalisis selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel, grafik, gambar, dan narasi berdasarkan variabel epidemiologi.

3.9. Jadwal Kegiatan

Jadwal kegiatan riset operasional ini secara terinci dijabarkan pada tabel 3 berikut ini.

Tabel 3. Jadwal Kegiatan Riset Operasional

No	Kegiatan	Oktober				Nopember				Desember			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1	Penyusunan proposal dan seminar proposal												
2	Pengembangan instrumen skrining TBC dan modul pelatihan												
3	Persiapan pelaksanaan pelatihan												
4	Pelaksanaan dan evaluasi pelatihan												
5	Pelaksanaan skrining TBC oleh kader kesehatan												

No	Kegiatan	Oktober				Nopember				Desember			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6	Evaluasi pelaksanaan skrining TBC												
7	Penyusunan laporan hasil kegiatan RO												
8	Seminar hasil kegiatan RO dan revisi laporan												

3.10. Proses Pelatihan

Proses pelatihan merupakan rangkaian kegiatan yang dimulai dari tahap persiapan sampai pada evaluasi pelatihan. Rangkaian kegiatan proses pelatihan sebagai berikut:

1. Menyusun proposal pelatihan termasuk persiapan materi pelatihan berupa buku kader, kartu peran dan skenario, bahan tayang, kuesioner, sertifikat, dan sebagainya.
2. Melakukan advokasi dan negosiasi kepada pembuat kebijakan (Kepala Dinas Kesehatan) untuk mendapat persetujuan dan dukungan pelaksanaan pelatihan.
3. Melakukan Koordinasi untuk menetapkan jadwal dan membentuk Tim panitia pelaksana pelatihan.
4. Melaksanakan rapat koordinasi persiapan pelatihan, mempersiapkan kelengkapan pelatihan, pemilihan tim evaluator, simulasi pelatihan dan *role play* untuk menyamakan persepsi tim evaluator.
5. Pemantapan persiapan sehari sebelum pelaksanaan pelatihan.
6. Pelaksanaan pelatihan.
7. Evaluasi pelatihan.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

4.1. Gambaran Umum

Kabupaten Indragiri Hulu merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Riau setelah pemekaran berdasarkan undang-undang Nomor 53 Tahun 1999. Menurut BPS dalam Kabupaten Indragiri Hulu Dalam Angka 2023, wilayah Kabupaten Indragiri Hulu memiliki luas 8.198,26 Km² atau 819.826 hektar dengan letak geografis berada pada posisi 0°15' LU - 1°5' LS dan 101°10' BT - 102°48' BT [19]. Letak geografis ini menempatkan Kabupaten Indragiri Hulu berada pada posisi strategis pada jalur Lintas Timur Sumatra.

Kabupaten Indragiri Hulu merupakan daerah beriklim tropis basah dengan rata-rata curah hujan berkisar antara 1.700 - 4.000 mm per tahun yang sangat dipengaruhi oleh musim kemarau dan musim hujan. Topografi wilayah Kabupaten Indragiri Hulu cukup bervariasi mulai dari daerah rawa-rawa, dataran rendah, sampai daerah dataran tinggi dengan ketinggian sekitar 5-100 m diatas permukaan laut. Kondisi geografis Kabupaten Indragiri Hulu yang iklim tropis basah dan sebagian berawa menjadi tantangan terhadap pembangunan kesehatan di wilayahnya karena wilayah Kabupaten Indragiri Hulu menjadi tempat potensial untuk perkembangan beberapa penyakit endemis seperti malaria, DBD, filariasis dan penyakit menular lainnya yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakatnya.

Secara Administratif, Kabupaten Indragiri Hulu terbagi dalam 14 Kecamatan dan 194 desa/kelurahan yang berbatasan dengan:

- Sebelah Utara : Kabupaten Pelalawan (Provinsi Riau)
- Sebelah Selatan : Kabupaten Bungo Tebo (Provinsi Jambi)
- Sebelah Barat : Kabupaten Kuantan Singingi (Provinsi Riau)
- Sebelah Timur : Kabupaten Indragiri Hilir (Provinsi Riau)



Gambar 8. Lokasi Kabupaten Indragiri Hulu

Menurut data BPS pada tahun 2022 penduduk di Kabupaten Indragiri Hulu berjumlah 464.706 jiwa, yang terdiri dari 238.119 laki-laki dan 225.958 perempuan dengan Sex Ratio sebesar 105,38.

Laju pertumbuhan penduduk Kabupaten Indragiri Hulu tahun 2020-2022 mencapai 2,17% per tahun. Jika dibandingkan dengan luas wilayah, maka kepadatan penduduk di Kabupaten Indragiri Hulu mencapai 55 jiwa per KM². Komposisi penduduk di Kabupaten Indragiri Hulu berdasarkan usia sebagian besar berada pada usia kerja/usia produktif [19].

Dalam upaya penanggulangan penyakit tuberkulosis di Kabupaten Indragiri Hulu, telah tersedia sarana kesehatan yang di kelola pemerintah maupun pihak swasta. Secara total jumlah sarana kesehatan yang tersedia di Kabupaten Indragiri Hulu terdiri dari 4 rumah sakit, 20 Puskesmas, 133 Puskesmas pembantu, 30 klinik/ balai pengobatan, 1 instalasi farmasi, 36 apotek, dan 556 toko obat. Selain itu terdapat pula sarana Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang terdiri dari 381 Posyandu, 105 Poskesdes, 91 Posbindu PTM, dan 168 desa siaga aktif.

Selain ketersediaan sarana kesehatan, Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) juga merupakan faktor penting dalam upaya penanggulangan tuberkulosis. Ketersediaan SDMK cukup bervariasi dan secara umum hampir semua jenis tenaga kesehatan tersedia di Kabupaten Indragiri Hulu, termasuk juga 1 dokter spesialis paru yang menjadi konsultan sekaligus tempat rujukan pasien TBC di Kabupaten Indragiri Hulu. Ketersediaan berbagai jenis SDMK di Kabupaten Indragiri Hulu dijabarkan pada Tabel 4 berikut ini [6].

Tabel 4. Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Kabupaten Indragiri Hulu

No.	Jenis SDM	Jumlah (orang)	Rasio per 100.000 Penduduk	Target Rasio (Kepmen kokesra 54 2013)	Kondisi
1	Dokter Spesialis	18	4,2	12	Kurang
2	Dokter Umum	84	19,6	50	Kurang
3	Dokter Gigi	18	4,2	14	Kurang
4	Perawat	486	113,2	200	Kurang
5	Bidan	630	146,8	130	Memadai
6	Kesehatan Masyarakat	38	8,9	-	-
7	Kesehatan Lingkungan	6	1,4	20	Kurang
8	Gizi	17	3,9	18	Kurang
9	Ahli Lab Medik	24	5,2	-	-
10	Keterampilan Fisik	6	1,4	-	-
11	Keteknisian Medis	45	10,8	-	-
12	Teknik Kefarmasian	25	5,8	-	-
13	Apoteker	25	5,8	-	-
14	Kefarmasian	50	11,6	-	-
15	Penunjang Kesehatan	130	28	-	-

Ketersediaan tenaga kesehatan di Kabupaten Indragiri Hulu (Tabel 4) cukup bervariasi. Jika mengacu pada Kepmenkokesra nomor 54 tahun 2013, maka target rasio 7 jenis tenaga kesehatan per 100.000 penduduk masih banyak dibawah target. Dari 7 jenis tenaga kesehatan yang telah ditetapkan target rasionya, hanya rasio bidan yang telah memadai, sedangkan 6 jenis tenaga kesehatan lainnya yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi,

perawat, kesehatan lingkungan dan gizi masih jauh dibawah target. Dalam program penanggulangan TBC, salah satu tenaga kesehatan dibutuhkan untuk menunjang penegakkan diagnosis adalah tenaga analis kesehatan. Ketersediaan tenaga analis kesehatan di Kabupaten Indragiri Hulu hanya berjumlah 24 orang (Tabel 4). Jumlah ini masih sangat kurang jika dibandingkan fasilitas kesehatan yang tersedia sehingga masih banyak fasilitas kesehatan khususnya Puskesmas yang masih belum memiliki tenaga analis kesehatan.

4.2. Proses Pelatihan

Proses pelatihan merupakan rangkaian dari berbagai kegiatan yang dimulai dari tahap persiapan, pelaksanaan pelatihan, hingga tahap evaluasi pelatihan.

4.2.1. Tahap Persiapan

Pada tahap persiapan ini dilakukan secara bertahap yang meliputi kegiatan sebagai berikut:

1. Menyusun proposal pelatihan termasuk persiapan materi pelatihan yang telah disusun dalam bentuk buku kader, contoh formulir pelaporan beserta panduan pengisiannya, panduan bermain peran (*role play*), kartu peran dan skenarionya, bahan tayang, kuesioner tercetak dan digital (*google form*), checklist evaluasi bermain peran, kit pelatihan (tas, notes, pena, dan souvenir), dan sertifikat (proposal pelatihan dan kelengkapannya terlampir). Proses penyusunan proposal

beserta kelengkapannya dilakukan selama 1 bulan yaitu pada Bulan Oktober 2023.

2. Melaksanakan advokasi dan negosiasi kepada Kepala Dinas Kesehatan dengan mengajukan proposal rampung yang telah disusun dengan tujuan mendapat persetujuan dan dukungan dari Kepala Dinas Kesehatan untuk pelaksanaan kegiatan pelatihan. Advokasi dan negosiasi ini dilakukan pada tanggal 1 November 2023 dan mendapat dukungan penuh dari Kepala Dinas Kesehatan dengan memberikan rekomendasi agar kegiatan pelatihan ini diintegrasikan dalam kegiatan Rapat Koordinasi Lintas Sektor/Lintas Program dalam Upaya Penanggulangan Penyakit Menular.
3. Atas persetujuan dan rekomendasi Kepala Dinas Kesehatan, selanjutnya dilakukan koordinasi bersama Kepala Bidang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit (P2P) dan Ketua Tim Penanggulangan Penyakit Menular (P2M) untuk membentuk panitia pelaksana pelatihan dan menetapkan jadwal pelaksanaan kegiatan pelatihan. Kegiatan ini dilaksanakan pada tanggal 2-3 November 2023.
4. Melaksanakan rapat-rapat koordinasi persiapan pelatihan, mempersiapkan kelengkapan pelatihan, pemilihan Tim evaluator, simulasi pelatihan dan *role play* untuk menyamakan persepsi Tim evaluator. Kegiatan ini dilaksanakan pada tanggal 6-13 November 2023.
5. Pemantapan persiapan dan memastikan kondisi dan semua perlengkapan telah siap, termasuk kesiapan tempat, logistik,

dokumentasi, makanana dan minuman peserta, media pelatihan, dan sebagainya. Pemantapan persiapan ini lakukan 1 hari sebelum pelaksanaan pelatihan yaitu pada tanggal 14 November 2023.

4.2.2. Pelaksanaan Pelatihan

Pelatihan dilaksanakan pada hari Rabu tanggal 15 November 2023 pukul 08.00-16.00 WIB bertempat di aula Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu. Peserta yang diundang sebanyak 50 orang, namun yang berkesempatan hadir hanya 48 orang, terdiri dari 28 orang kader dan 20 orang Penanggung Jawab Program TBC Puskesmas. Jumlah jam pelajaran (JPL) inti dari pelatihan adalah 4 JPL yang terdiri dari 2 JPL penyampaian teori (ceramah, tanya jawab, curah pendapat) dan 2 JPL praktek bermain peran (*role play*). Rundown acara pelatihan dijabarkan pada Tabel 5 berikut ini.

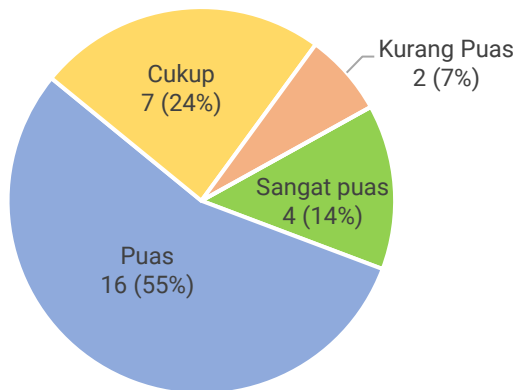
Tabel 5. Rundown Acara Pelatihan Skrining TBC bagi Kader Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2023

No.	Jam/Waktu	Uraian Kegiatan	Pemateri / PIC
1	07.30-08.00	Registrasi Peserta	Panitia
2	08.00-08.30	Pretest	Panitia & FETP
3	08.30-09.15	Pembukaan - Menyanyikan lagu Indonesia Raya - Sambutan dan pembukaan oleh Kepala Dinas Kesehatan Indragiri Hulu	Panitia Kadiskes
4	09.15-09.30	Coffee Break	Panitia
5	09.30-10.15	Kebijakan dan Situasi Terkini Penyakit TBC di Indragiri Hulu	Kabid P2P

No.	Jam/Waktu	Uraian Kegiatan	Pemateri / PIC
6	10.15-12.00	Penemuan Terduga TBC Melalui Skrining TBC	FETP
7	12.00-13.00	Ishoma	Panitia
8	13.00-14.30	Bermain Peran (<i>Role Play</i>) Penemuan Terduga TBC Melalui Skrining TBC	FETP
9	14.30-14.45	Coffee Break	Panitia
10	14.45-15.15	Posttest	Panitia & FETP
11	15.15-15.30	Rencana Tindak Lanjut (RTL)	Panitia
12	15.30-16.00	Penutupan	Panitia

4.2.3. Evaluasi Pelatihan

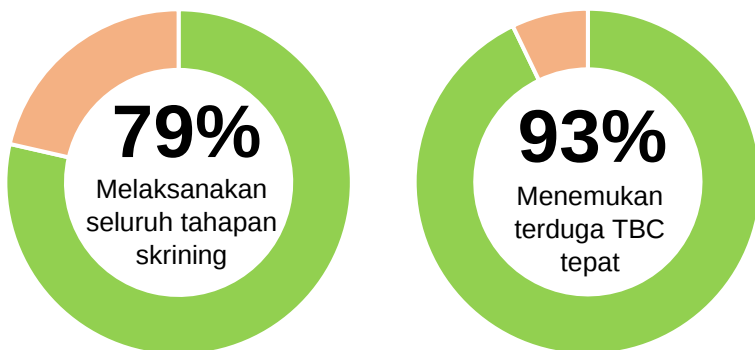
Evaluasi pelatihan dilakukan terhadap proses pelaksanaan pelatihan maupun capaian tujuan pelatihan. Evaluasi terhadap proses pelaksanaan pelatihan dilakukan terhadap 3 aspek penting yaitu materi pelatihan, narasumber/fasilitator, dan fasilitas penyelenggaraan pelatihan. Hasil evaluasi terhadap proses pelaksanaan pelatihan secara keseluruhan diperoleh hasil seperti tergambar pada Gambar 9 berikut ini.



Gambar 9. Kepuasan Peserta Terhadap Keseluruhan Aspek Pelatihan

Kepuasan peserta terhadap pelatihan secara keseluruhan (Gambar 9) menunjukkan sebagian besar merasa puas (55%). Kepuasan ini terkait erat dengan tiga aspek utama, yaitu materi pelatihan, narasumber, dan fasilitas. Dalam hal materi pelatihan, sebanyak 64% peserta menilai materi tersebut baik. Begitu juga dengan narasumber, di mana 71% peserta memberikan penilaian baik terhadap fasilitator. Namun, perlu perhatian khusus pada aspek fasilitas pelatihan, karena 52% peserta memberikan penilaian cukup.

Evaluasi pencapaian tujuan pelatihan tercermin dari kemampuan peserta untuk melakukan skrining sesuai tahapan dan menemukan terduga TBC ketika bermain peran. Hasil evaluasi kemampuan peserta melakukan skrining TBC melalui bermain peran tergambar berikut ini.



Gambar 10. Hasil Evaluasi Bermain Peran Peserta Pelatihan

Hasil evaluasi bermain peran (Gambar 10) menunjukkan bahwa sebagian besar peserta (79%) telah mampu melaksanakan

seluruh tahapan skrining mulai dari persiapan sampai pencatatan dan pelaporan. Sebagian besar peserta pelatihan (93%) juga telah mampu menemukan terduga TBC dengan tepat berdasarkan hasil skrining terhadap gejala dan faktor risiko.

4.3. Hasil Analisis Data

4.3.1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dijabarkan pada Tabel 6 berikut ini.

Tabel 6. Karakteristik Responden

No.	Variabel	Dilatih (n=28)		Kontrol (n=28)	
		n	%	n	%
1	Jenis Kelamin				
	- Laki-laki	2	7,1	2	7,1
	- Perempuan	26	92,9	26	92,9
2	Umur				
	- 20-29 tahun	3	10,7	5	17,9
	- 30-39 tahun	12	42,9	10	35,7
	- 40-49 tahun	9	32,1	12	42,9
	- ≥ 50 tahun	4	14,3	1	3,5
3	Status Marital				
	- Kawin	25	89,3	25	89,3
	- Tidak kawin	2	7,1	2	7,1
	- Cerai	1	3,6	1	3,6
4	Pendidikan				
	- Tidak Tamat SD	2	7,1	4	14,8
	- Tamat SD	2	7,1	2	7,1
	- Tamat SMP	1	3,6	2	7,1
	- Tamat SMA	18	64,3	17	60,7
	- Tamat Perguruan Tinggi	5	17,9	3	10,7
5	Pekerjaan				
	- Tidak Bekerja	23	82,1	24	85,7
	- Bekerja	5	17,9	4	14,3

No.	Variabel	Dilatih (n=28)		Kontrol (n=28)	
		n	%	n	%
6	Domisili				
	- Desa	25	89,3	25	89,3
	- Kelurahan	3	10,7	3	10,7
7	Informasi TBC				
	- Belum pernah	8	28,6	9	32,1
	- Hanya sekali	8	28,6	8	28,6
	- Beberapa kali	12	42,8	11	39,3
8	Lama Menjadi Kader				
	- < 1 tahun	5	17,9	6	21,4
	- 1-5 tahun	13	46,4	8	28,6
	- 6-10 tahun	6	21,4	8	28,6
	- >10 tahun	4	14,3	6	21,4

Hasil analisis univariat pada Tabel 6 menunjukkan proporsi kategori variabel pada masing-masing kelompok. Mayoritas responden, baik yang dilatih maupun tidak dilatih, adalah perempuan (92,9%). Dilihat dari kelompok umur, responden yang dilatih sebagian besar berusia 30-39 tahun (42,9%), sementara responden yang tidak dilatih cenderung berusia 40-49 tahun (42,9%). Status pernikahan mayoritas responden, baik yang dilatih maupun tidak dilatih, adalah kawin (89,3%). Pendidikan responden yang dilatih maupun tidak dilatih sebagian besar tamat SMA (64,3% berbanding 60,7%). Dari segi pekerjaan, mayoritas responden, baik yang dilatih maupun tidak dilatih, tidak bekerja (82,1% berbanding 85,7%). Mayoritas responden, baik yang dilatih maupun tidak dilatih, bermukim di daerah pedesaan (82,1%). Frekuensi menerima informasi TBC, sebagian besar responden yang dilatih maupun tidak dilatih telah menerima informasi beberapa kali (42,8% bebanding 39,3%). Terkait pengalaman

menjadi kader, sebagian besar responden yang dilatih telah menjadi kader selama 1-5 tahun (46,4%), sedangkan pada yang tidak dilatih, sebagian besar telah menjadi kader selama 1-5 tahun (28,6%) atau 6-10 tahun (28,6%).

4.3.2. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mengidentifikasi distribusi data responden berdasarkan variabel masing-masing. Analisis ini dilakukan pada hasil *pretest-posttest* responden yang telah dilatih, dengan mempertimbangkan beberapa ukuran nilai tengah. Hasil analisis univariat nilai *pretest-posttest* dapat ditemukan pada Tabel 7 berikut ini.

Tabel 7. Hasil Analisis Univariat Nilai Pretest-Posttest

Variabel dan Test	Mean	Median	Modus	Min	Max	Standar Deviasi
Kemampuan						
- Pretest	50,30	46,61	41	27	76	13,14
- Posttest	75,12	77,12	83	39	93	12,22
Sikap						
- Pretest	45,14	45,00	45	34	52	4,98
- Posttest	46,86	45,50	45	39	54	5,01

Hasil analisis univariat *pretest-posttest* pada responden yang mengikuti pelatihan (Tabel 7) menunjukkan peningkatan nilai tengah kemampuan dan sikap responden sebelum dan setelah pelatihan. Pada variabel kemampuan, nilai rata-rata *pretest* adalah 50,30, median 46,61, skor terendah 27, dan skor tertinggi 76. Pada *posttest*, terjadi peningkatan dengan skor rata-rata mencapai 75,12, median 77,12, skor terendah 39, dan skor tertinggi 93.

Sementara itu, pada variabel sikap, nilai rata-rata *pretest* adalah 45,14, median 46,61, skor terendah 34, dan skor tertinggi 52. Hasil *posttest* menunjukkan sedikit peningkatan dengan nilai rata-rata 46,86, median 45,50, skor terendah 39, dan skor tertinggi 54.

4.3.3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menganalisis hasil *pretest-posttest* kelompok intervensi dan mengetahui pengaruh pelatihan terhadap kemampuan, sikap, dan perilaku antara kelompok yang diintervensi dengan kelompok kontrol. Hasil analisis bivariat secara rinci dijelaskan berikut ini.

1. Hasil Analisis Bivariat *Pretest-Posttest*

Sebelum melakukan analisis *pretest-posttest*, maka dilakukan uji kenormalan data variabel kemampuan dan sikap. Dikarenakan sampel studi ini relatif kecil (28 sampel), maka uji kenormalan menggunakan *skewness test*. Hasil *skewness test* diperoleh hasil pada Tabel 8 berikut ini.

Tabel 8. Uji Kenormalan Data Menggunakan Skewness Test

Variabel	Obs	p Skew	p Kurt	Adj Chi2	p Value	Distribusi Data
Kemampuan						
- Pretest	28	0,313	0,781	1,17	0,556	Normal
- Posttest	28	0,019	0,112	7,09	0,029	Tidak Normal
Sikap						
- Pretest	28	0,171	0,659	2,27	0,322	Normal
- Posttest	28	0,763	0,072	3,65	0,161	Normal

Hasil uji kenormalan data menggunakan *skewness test* (Tabel 8) didapatkan 1 variabel data yang tidak terdistribusi normal yaitu data posttest kemampuan (*p value* 0,029). Dengan demikian, pada variabel kemampuan asumsi Uji T tidak terpenuhi sehingga analisis bivariat pretest-posttest kemampuan menggunakan Uji Wilcoxon. Pada variabel sikap, seluruh data terdistribusi normal dan asumsi terpenuhi sehingga analisis bivariat *pretest-posttest* menggunakan Uji T berpasangan. Hasil analisis bivariat *pretest-posttest* variabel kemampuan dan sikap dijabarkan pada Tabel 9 berikut ini.

Tabel 9. Analisis Bivariat Pretest-posttest Pengaruh Pelatihan Terhadap Kemampuan dan Sikap Responden (n=28)

No.	Variabel	Mean	SD	Diff	95% CI	P Value
1	Kemampuan					
	- Pretest	50,30	13,14	24,82	19,89-	<0,001*
	- Posttest	75,12	12,22		29,74	
2	Sikap					
	- Pretest	45,14	4,98	1,71	0,29-	0,020**
	- Posttest	46,85	5,01		3,14	

*) *Wilcoxon Sum Rank Test*

**) *Paired Sample T Test*

Hasil analisis bivariat *pretest-posttest* (Tabel 9) didapatkan skor rata-rata kemampuan responden sebelum pelatihan sebesar 50,30 poin dan meningkat menjadi 75,12 poin setelah mengikuti pelatihan. Rata-rata perubahan skor kemampuan responden sebesar 24,82 poin (95% CI: 19,89-29,74). Hasil analisis statistik didapatkan nilai *P value* <0,001, sehingga dapat disimpulkan terdapat perbedaan

signifikan skor rata-rata kemampuan antara sebelum dan sesudah mengikuti pelatihan.

Pada variabel sikap, hasil analisis bivariat *pretest-posttest* didapatkan skor rata-rata sikap responden sebelum mengikuti pelatihan sebesar 45,14 poin dan meningkat menjadi 46,85 poin setelah mengikuti pelatihan. Rata-rata perubahan skor sikap responden sebesar 1,71 poin (95% CI: 0,29-3,14). Hasil analisis statistik didapatkan *P value* 0,020, sehingga dapat disimpulkan terdapat perbedaan signifikan skor rata-rata sikap responden antara sebelum dan setelah mengikuti pelatihan.

Gambaran perubahan skor kemampuan dan sikap secara individual diperoleh dengan menganalisis perubahan skor kemampuan dan sikap pada masing-masing responden. Hasil analisis perubahan skor kemampuan dan sikap dijabarkan pada Tabel 10 dan Tabel 11 berikut ini.

Tabel 10. Perubahan Skor Pretest-Posttest Kemampuan Responden

No. Responden	Nama Inisial	Skor Pretest	Skor Posttest	Perubahan
1	Ny. SA	46	86	41
2	Ny. S	46	83	37
3	Tn. H	46	93	47
4	Ny. EP	44	78	34
5	Ny. N	47	68	20
6	Ny. F	49	78	29
7	Ny. S	29	63	34
8	Ny. LP	76	66	(10)
9	Tn. MK	66	81	15

No. Responden	Nama Inisial	Skor Pretest	Skor Posttest	Perubahan
10	Ny. LH	41	53	12
11	Ny. AS	34	61	27
12	Ny. ES	54	76	22
13	Ny. H	54	76	22
14	Ny. AI	42	66	24
15	Ny. LA	46	83	37
16	Ny. W	39	61	22
17	Ny. WK	51	78	27
18	Ny. S	27	39	12
19	Ny. EY	41	83	42
20	Ny. NH	63	90	27
21	Ny. CNY	75	88	14
22	Ny. NY	53	83	31
23	Ny. SW	41	73	32
24	Ny. IM	75	73	(2)
25	Ny. N	63	90	27
26	Ny. A	58	76	19
27	Ny. YDS	64	83	19
28	Ny. Y	41	75	34

Hasil analisis *pretest-posttest* perubahan skor kemampuan masing-masing responden (tabel 10) didapatkan responden yang memiliki skor tertinggi pada *pretest* adalah Ny. LP dengan skor 76 poin. Skor kemampuan tertinggi pada *posttest* diperoleh Tn. H dengan skor 93 poin. Skor perubahan terbesar diperoleh oleh Tn. H yang mengalami perubahan skor sebesar 47 poin. Hasil analisis *pretest-posttest* juga menemukan penurunan skor yang dialami oleh Ny. LP sebesar 10 poin dan Ny. IM sebesar 2 poin.

Tabel 11. Perubahan Skor Pretest-Posttest Sikap Responden

No. Responden	Nama Inisial	Skor Pretest	Skor Posttest	Perubahan
1	Ny. SA	49	54	5
2	Ny. S	45	46	1
3	Tn. H	51	51	0
4	Ny. EP	51	54	3
5	Ny. N	42	47	5
6	Ny. F	48	42	-6
7	Ny. S	34	39	5
8	Ny. LP	52	46	-6
9	Tn. MK	41	43	2
10	Ny. LH	37	40	3
11	Ny. AS	38	44	6
12	Ny. ES	46	51	5
13	Ny. H	45	45	0
14	Ny. AI	42	45	3
15	Ny. LA	45	45	0
16	Ny. W	37	44	7
17	Ny. WK	51	54	3
18	Ny. S	38	39	1
19	Ny. EY	45	45	0
20	Ny. NH	44	45	1
21	Ny. CNY	45	54	9
22	Ny. NY	51	54	3
23	Ny. SW	51	54	3
24	Ny. IM	49	51	2
25	Ny. N	47	45	-2
26	Ny. A	48	50	2
27	Ny. YDS	47	46	-1
28	Ny. Y	45	39	-6

Hasil analisis *pretest-posttest* perubahan skor sikap masing-masing responden (tabel 11) didapatkan responden yang memiliki skor tertinggi pada *pretest* adalah Ny. LP dengan

skor 52 poin. Pada *posttest*, skor tertinggi 54 poin yang diperoleh 6 orang responden yaitu Ny. SA, Ny. EP, Ny. WK, Ny. CNY, Ny. NY, dan Ny. SW. Skor perubahan terbesar diperoleh Ny. CNY yang mengalami perubahan skor sebesar 9 poin. Hasil analisis *pretest-posttest* juga menemukan penurunan skor pada 5 orang responden yaitu Ny. F (-6 poin), Ny. LP (-6 poin), Ny. N (-2 poin), Ny. YDS (-1 poin), dan Ny. Y (-6 poin).

2. Hasil Analisis Bivariat Pengaruh Pelatihan Terhadap Kemampuan

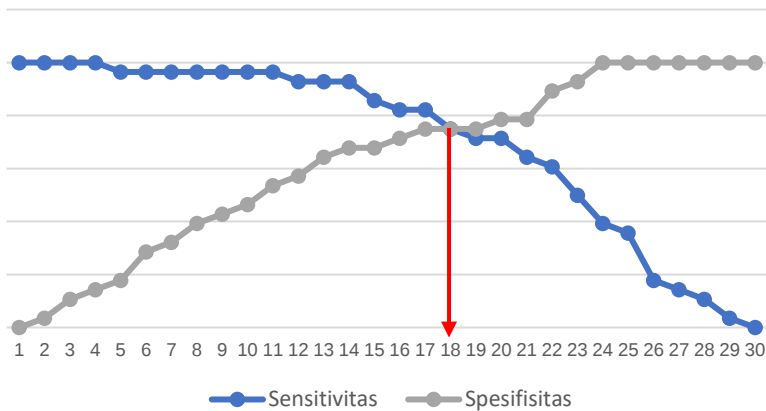
Analisis bivariat pengaruh pelatihan terhadap kemampuan dilakukan dengan membandingkan proporsi kategori kemampuan pada kelompok yang dilatih dengan kelompok yang tidak mendapat pelatihan. Sebelum melakukan analisis bivariat, terlebih dahulu menentukan *cut off point* kategori kemampuan berdasarkan hasil analisis *Receiver Operating Characteristic* (ROC). Hasil analisis ROC dijabarkan berikut ini.

Tabel 12. Hasil Analisis *Receiver Operating Characteristic* (ROC) Skor Kemampuan Responden

No. Urut	Skor Kemampuan	Sensitivitas	Spesifisitas
1	26,00	1,000	0,000
2	29,00	1,000	0,036
3	32,50	1,000	0,107
4	36,50	1,000	0,143
5	40,00	0,964	0,179
6	41,50	0,964	0,286
7	44,00	0,964	0,321

No. Urut	Skor Kemampuan	Sensitivitas	Spesifisitas
8	46,50	0,964	0,393
9	48,00	0,964	0,429
10	50,00	0,964	0,464
11	52,00	0,964	0,536
12	53,50	0,929	0,571
13	56,00	0,929	0,643
14	59,50	0,929	0,679
15	62,00	0,857	0,679
16	63,50	0,821	0,714
17	65,00	0,821	0,750
18	67,00	0,750	0,750
19	68,50	0,714	0,750
20	71,00	0,714	0,786
21	74,00	0,643	0,786
22	75,50	0,607	0,893
23	77,00	0,500	0,929
24	79,50	0,393	1,000
25	82,00	0,357	1,000
26	84,50	0,179	1,000
27	87,00	0,143	1,000
28	89,00	0,107	1,000
29	91,50	0,036	1,000
30	94,00	0,000	1,000

Selanjutnya hasil analisis ROC (Tabel 12) digambarkan dalam bentuk kurva ROC. Nilai gold ROC terletak pada titik persilangan kurva sensitivitas dengan spesifisitas. Urutan data yang terletak pada titik persilangan ini merupakan nilai gold ROC dan ditetapkan sebagai *cut off point*. Kurva ROC kemampuan dipaparkan pada Gambar 11 berikut ini.



Gambar 11. Kurva ROC Skor Kemampuan Responden

Kurva ROC (Gambar 11) menunjukkan titik persilangan antara sensitivitas dan spesifisitas pada data urutan ke-18. Setelah dicocokkan dengan hasil analisis ROC (Tabel 12) didapatkan data urutan ke-18 merupakan *cut off point* dengan skor 67 poin. Sehingga kemampuan dikategorikan baik jika skor ≥ 67 poin dan kurang baik jika skor < 67 poin. Selanjutnya dilakukan analisis bivariat antara pelatihan dengan kemampuan responden dan hasilnya pada tabel 13 berikut ini.

Tabel 13. Hasil Analisis Bivariat Pengaruh Pelatihan Terhadap Kemampuan Responden

Kategori Kemampuan	Dilatih (n=28)		Tidak dilatih (n=28)		OR	95% CI	P Value
	n	%	n	%			
- Baik	21	75,0	7	25,0	9,00	2,68-30,17	< 0,001
- Kurang Baik	7	25,0	21	75,0			

Hasil analisis bivariat pengaruh pelatihan terhadap kemampuan responden pada Tabel 13 menunjukkan proporsi responden dengan kemampuan baik pada kelompok dilatih lebih besar dibandingkan kelompok yang tidak dilatih (75% berbanding 25%). Hasil analisis bivariat didapatkan *p value* sebesar 0,001, sehingga dapat disimpulkan terdapat pengaruh pelatihan terhadap kemampuan responden. Hasil analisis juga didapatkan nilai OR 9,00 (95% CI : 2,68-30,17) yang berarti bahwa responden yang mendapatkan pelatihan berpeluang 9 kali lebih besar untuk memiliki kemampuan yang baik dalam melakukan skrining TBC dibandingkan responden yang tidak mendapat pelatihan.

3. Hasil Analisis Bivariat Pengaruh Pelatihan Terhadap Sikap

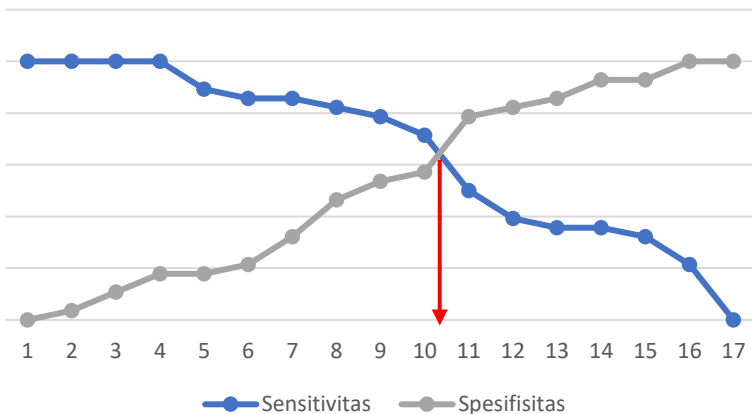
Langkah awal yang dilakukan sebelum melakukan analisis bivariat variabel sikap adalah menentukan *cut off point* kategori sikap menggunakan analisis ROC. Hasil analisis ROC sikap dipaparkan pada Tabel 14 berikut ini.

Tabel 14. Hasil Analisis *Receiver Operating Characteristic* (ROC) Skor Sikap Responden

No. Urut	Skor Kemampuan	Sensitivitas	Spesifisitas
1	33,00	1,000	0,000
2	35,50	1,000	0,036
3	37,50	1,000	0,107
4	38,50	1,000	0,179
5	39,50	0,893	0,179
6	40,50	0,857	0,214
7	41,50	0,857	0,321
8	42,50	0,821	0,464
9	43,50	0,786	0,536

No. Urut	Skor Kemampuan	Sensitivitas	Spesifisitas
10	44,50	0,714	0,571
11	45,50	0,500	0,786
12	46,50	0,393	0,821
13	47,50	0,357	0,857
14	49,00	0,357	0,929
15	50,50	0,321	0,929
16	52,50	0,214	1,000
17	55,00	0,000	1,000

Hasil analisis ROC pada Tabel 14 selanjutnya digambarkan dalam bentuk kurva ROC. Nilai gold ROC diperoleh berdasarkan titik persilangan antara sensitifitas dan spesifisitas. Nilai gold ROC terletak pada titik persilangan kurva sensitivitas dengan spesifisitas. Urutan data yang terletak pada titik persilangan ini merupakan nilai gold ROC dan ditetapkan sebagai *cut off point*. Kurva ROC sikap dipaparkan pada Gambar 12 berikut ini.



Gambar 12. Kurva ROC Skor Sikap Responden

Kurva ROC (Gambar 12) menunjukkan titik persilangan sensitivitas dan spesifisitas terletak pada data urutan ke-10. Setelah dicocokkan dengan hasil analisis ROC (Tabel 14) didapatkan data urutan ke-10 merupakan *cut off point* dengan skor 44,5 poin. Sehingga sikap responden dikategorikan positif jika skor $\geq 44,5$ poin dan negatif jika skor < 67 poin. Selanjutnya dilakukan analisis bivariat antara pelatihan dengan sikap responden dan hasilnya pada tabel 15 berikut ini.

Tabel 15. Hasil Analisis Bivariat Pengaruh Pelatihan Terhadap Sikap Responden

Kategori Sikap	Dilatih (n=28)		Tidak dilatih (n=28)		OR	95% CI	P Value
	n	%	n	%			
- Positif	20	71,4	12	42,9	3,33	1,09-10,12	0,059
- Negatif	8	28,6	16	57,1			

Hasil analisis bivariat pengaruh pelatihan terhadap sikap (Tabel 15) menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang dilatih (71,4%) bersikap positif terhadap skrining TBC, sedangkan pada responden yang tidak dilatih sebagian besar (57,1%) bersikap negatif. Hasil analisis bivariat meskipun didapatkan nilai OR relatif besar yaitu 3,33 (95% CI: 1,09-10,12), namun hasil uji statistik diperoleh *p value* sebesar 0,059. Sehingga dapat disimpulkan tidak terdapat pengaruh pelatihan terhadap sikap responden.

4. Hasil Analisis Bivariat Pengaruh Pelatihan Terhadap Perilaku

Analisis bivariat juga dilakukan terhadap variabel pelatihan dan perilaku dengan membandingkan proporsi responden yang melakukan skrining TBC pada kelompok yang dilatih dengan kelompok yang tidak dilatih. Perilaku responden dikategorikan baik jika telah melakukan skrining TBC dan kurang baik jika tidak melakukan skrining TBC. Hasil analisis bivariat pelatihan dan perilaku dipaparkan pada Tabel 16 berikut.

Tabel 16. Hasil Analisis Bivariat Pengaruh Pelatihan Terhadap Perilaku Responden

Kategori Perilaku	Dilatih (n=28)		Tidak dilatih (n=28)		OR	95% CI	P Value
	n	%	n	%			
- Baik	4	14,3	0	0	-	-	0,111
- Kurang Baik	24	85,7	28	100			

Hasil analisis bivariat pengaruh pelatihan terhadap perilaku responden (Tabel 16) sebagian besar perilaku responden pada kelompok dilatih maupun tidak dilatih kurang baik, namun proporsinya cukup berbeda (14,3% berbanding 0%). Hasil analisis bivariat didapatkan *p value* sebesar 0,111, sehingga dapat disimpulkan tidak terdapat pengaruh signifikan pelatihan terhadap perilaku responden melakukan skrining TBC. Hasil analisis juga tidak mendapatkan nilai OR karena sampel kecil dan distribusinya tidak merata sehingga terdapat

sel tabel yang bernilai nol yaitu kategori baik pada kelompok yang tidak dilatih.

4.3.4. Analisis Data Kualitatif

Dalam upaya memahami secara mendalam pengaruh pelatihan terhadap kemampuan, sikap, dan perilaku kader dalam melaksanakan skrining TBC, analisis data kualitatif menjadi salah satu landasan penting. Data kualitatif memungkinkan kita untuk menjelajahi aspek-aspek yang kompleks terkait pengaruh pelatihan, yang tidak selalu dapat terukur secara kuantitatif.

Melalui wawancara mendalam dengan sejumlah kader, kita dapat merinci pengalaman, pandangan, dan tanggapan mereka terhadap pelatihan yang telah diikuti. Pendekatan kualitatif ini membantu memahami konteks dan dinamika yang mendasari perubahan dalam diri kader. Pendekatan ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang komprehensif dan kontekstual tentang dampak pelatihan, membantu merumuskan rekomendasi yang tepat guna untuk peningkatan efektivitas program pelatihan di masa depan. Berikut ini beberapa informasi yang diperoleh dari hasil wawancara kepada sejumlah kader.

1. Pengaruh pelatihan terhadap kemampuan kader

Untuk mendapatkan wawasan lebih mendalam tentang pengaruh pelatihan terhadap kemampuan kader, dilakukan wawancara pada 3 orang kader yang memiliki peningkatan nilai *pretest-posttest* terbesar dan 2 orang kader yang mengalami penurunan nilai kemampuan *pretest-posttest*.

Dari hasil wawancara dengan 3 kader yang mengalami peningkatan nilai kemampuan, semuanya menyatakan bahwa pelatihan skrining TBC yang diikuti mudah dipahami dan dilaksanakan, sehingga mampu meningkatkan kemampuan kader dalam melakukan skrining TBC. Berikut ini kutipan hasil wawancaranya.

"Iya Pak, materi pelatihannya mudah dicerna dan dipahami dengan cepat... Selain materi Pak, kan dilakukan juga simulasi sehingga orang mudah mengingatnya" (Tn. H, 35 tahun).

"Kan udah diterangkan lagi, gitu kan... jadi agak pahamlah sedikit" (Ny. S, 26 tahun).

"Pengaruhnya, pertama kita kan udah dapat ilmunya, udah ada pelajarannya, kek gitu kan... materinya mudah saya terima pak... kayaknya perlu lebih banyak belajar aja lagi" (Ny. SA, 30 tahun).

Pemilihan metode *role play* dalam pelatihan ini juga dapat mempercepat pemahaman kader tentang cara melakukan skrining TBC. Bahkan, menurut kader yang diwawancarai, pemahaman tersebut masih melekat dan teringat dalam pikirannya. Berikut ini hasil kutipan wawancara tentang metode *role play*.

"Selain materi Pak, kan dilakukan juga simulasi sehingga orang mudah mengingatnya... Jadi kan kalau tanpa roleplay Pak, orang kan masih meraba teorinya, mau menerapkannya seperti apa kan gitu" (Tn. H, 35 tahun).

"Waktu main peran kemarin rasanya masih terbayang sampai sekarang Pak... macam mana nanyakan gejala batuk atau demam dah lama pada orang serumah atau tetangga, habis tu kan juga nanya dia hamil atau tidak kalau perempuan, atau di rumah tu ada anak kecil tak" (Ny. S, 26 tahun).

"Masih terngiang-ngiang juga waktu kami main peran, menanyakan sudah berapa bulan demamnya atau gimana kan... kemudian batuknya, demamnya gak sembuh-sembuh, orang yang rentannya siapa aja, kita apa tetangga, dan semuanya kek gitu Pak" (Ny. SA, 30 tahun)

Wawancara juga dilakukan dengan 2 kader yang mengalami penurunan skor kemampuan *pretest-posttest*. Hasil wawancara menunjukkan bahwa kedua kader kurang fokus dan serius ketika mengerjakan *posttest* karena waktu telah menjelang sore dan pikiran mereka terpecah untuk memikirkan perjalanan pulang ke rumah mereka yang berjarak relatif jauh dari lokasi pelatihan. Berikut ini hasil dari kutipan wawancaranya.

"Sebetulnya sudah sore tu, sudah gak konsen lah, karena waktu dah mepet sore kita mau pulang jauh, kan gitu, jadi kurang konsen lah gitu, kalau materi kita sudah memahami" (Ny. IM, 58 tahun).

"Itu ngasal aja Pak, udah sore jadi terburu-buru mau pulang, ngisinya asal cepat selesai aja Pak, jauh kan jadi ilang konsentrasinya, kalau materinya alhamdulillah dah bisa dipahami, penyampaianya pun bagus" (Ny. LP, 24 tahun).

2. Pengaruh pelatihan terhadap sikap kader

Pelatihan ini diharapkan memainkan peran penting dalam membentuk sikap positif kader terhadap skrining TBC. Untuk mendapatkan wawasan yang lebih mendalam mengenai dampak pelatihan terhadap sikap kader, telah dilakukan wawancara dengan kader yang mengalami peningkatan dan penurunan nilai sikap pada *pretest-posttest*. Melalui serangkaian wawancara ini, kita akan meresapi pandangan langsung dari para kader, sehingga dapat memahami lebih baik tentang bagaimana pelatihan ini berkontribusi membentuk sikap kader terkait upaya skrining TBC. Dengan pendekatan ini, diharapkan dapat teridentifikasi elemen-elemen kunci yang menjadi pendorong perubahan positif dalam sikap kader.

Dari hasil wawancara dengan kader yang mengalami peningkatan skor sikap, didapatkan informasi bahwa pelatihan yang diberikan telah meningkatkan kesadaran akan pentingnya

skrining TBC, terutama dalam mendeteksi kasus TBC yang belum bergejala, khususnya pada anak-anak. Berikut ini hasil kutipan wawancaranya.

"Kan udah melakukan prakteknya, segala macam gitu kan, jadi tahu nanti kalau berhadapan dengan masyarakat, saya juga baru tahu ternyata TBC itu ada yang belum bergejala, pada anak-anak lagi" (Ny. CNY, 34 tahun).

"Di pelatihan tu kan Pak, saya baru nyadar kalo penularan TBC tu bukan ke orang serumah aja, ternyata orang lain yang tak serumah bisa juga rupanya, kalo dia sering kontak" (Ny. W, 46 tahun).

Dari wawancara terhadap 2 kader yang mengalami penurunan skor sikap *pretest-posttest*, keduanya menjawab kurang konsentrasi ketika mengerjakan *posttest* karena waktu telah sore dan pikiran mereka terpecah untuk memikirkan perjalanan pulang ke rumah. Berikut ini kutipan hasil wawancaranya.

"Sama aja Pak, kan udah sore, jadi ngasal aja jawabnya, penting cepat selesai aja" (Ny. LP, 24 tahun).

"Tak konsen lagi Pak, kan lah sore, jadi mikir nak pulang aja karena rumah awak kan jauh" (Ny. Y, 39 tahun).

3. Pengaruh pelatihan terhadap perilaku kader

Pelatihan memiliki peran sentral dalam membentuk pemahaman dan kemampuan teknis kader untuk melakukan skrining TBC. Namun, perlu juga mengeksplorasi faktor-faktor tambahan yang mungkin mempengaruhi perilaku mereka seperti faktor lingkungan, dukungan komunitas, atau kendala-kendala tertentu yang berperan dalam membentuk tindakan mereka.

Melalui wawancara langsung dengan para kader yang telah mengalami pelatihan, diharapkan dapat merinci bagaimana pengaruh pelatihan ini berinteraksi dengan faktor-faktor lain dalam membentuk perilaku kader. Wawancara ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih komprehensif tentang dinamika yang memengaruhi perilaku kader dalam konteks pelaksanaan skrining TBC.

Dari hasil wawancara dengan kader yang telah aktif melaksanakan skrining TBC, ditemukan bahwa selain kemampuan yang diperoleh dari pelatihan skrining TBC, dukungan dari pihak kelurahan/desa dan Puskesmas memainkan peran krusial dalam membentuk perilaku kader dalam melaksanakan skrining TBC. Dukungan ini tidak hanya terbatas pada ketersediaan anggaran, melainkan juga mencakup dukungan manajemen melalui penerbitan Surat Keputusan (SK) yang menetapkan status kader TBC. SK tersebut menjadi dasar hukum yang memberikan perlindungan kepada kader ketika melaksanakan tugas skrining TBC di

masyarakat. Berikut ini adalah kutipan hasil wawancara yang menjelaskan lebih lanjut.

"Ini saya diminta ke Puskesmas, mengambil perlengkapan untuk turun kegiatannya, tadi PJ TBC nya nelpo saya Pak" (Ny. F, 53 tahun).

"Iya Pak, saya sudah lakukan kegiatan skrining TBC... untuk SK juga sudah diproses kelurahan, kalau sudah selesai mau diberikan ke saya kata orang kelurahannya" (Ny. F, 53 tahun).

"Kemarin sudah ada turun Pak, tapi kami tak dapat orang terduga TBC-nya, untuk SK alhamdulillah sedang diperbarui orang kantor desa" (Ny. CNY, 34 tahun).

"Ada, sudah turun Pak, bulan kemarin kami sudah turun, bulan ini aja yang belum, karena petugasnya lagi sakit katanya... Alhamdulillah sejauh ini belum ada pasien baru Pak... SK sebagai kader Posyandu sudah ada Pak, mungkin nanti mau diperbaharui katanya" (Ny. NY, 27 tahun).

Dari wawancara dengan para kader, juga diperoleh informasi bahwa mereka telah siap dan bersedia melaksanakan kegiatan skrining TBC, namun mereka tetap menunggu petunjuk dan informasi dari petugas Puskesmas

terkait pelaksanaan skrining TBC. Berikut adalah kutipan hasil wawancara untuk memperjelas informasi tersebut.

Kalau dilibatkan, kalau ada pasien kek gitu Pak, insya Allah saya turun juga sama PJ-nya” (Responden Ny. SA).

Saya kan nunggu juga orang dari Puskesmas... tapi ancer-ancernya sudah ada lah orang-orangnya gitu lo, tapi kalau kita turun nggak ada orang Puskesmas kan gak enak” (Ny. IM, 58 tahun).

Hasil wawancara juga mengungkapkan beberapa hambatan dan kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan skrining TBC oleh para kader. Beberapa kendala melibatkan ketiadaan dukungan manajemen dalam bentuk SK yang menetapkan status kader TBC, serta masih terbatasnya dukungan anggaran untuk melaksanakan kegiatan skrining TBC. Berikut adalah kutipan hasil wawancara untuk lebih menjelaskan informasi tersebut.

“Belum Pak, saya belum dapat SK TBC dari desa” (Ny. LP, 24 tahun)

“Kalau kendalanya ya kurang aja sih perhatian dari desa kayak gitu kan... kalau anggaran dari desa kurang Pak, tapi kalau dari Puskesmas kita dikasih tu uang jalannya diajak ke situ kan... masih adalah... kalau dari desa, kita

diajak dulu baru ada, kalau dari desa kami sendiri, bukan apa ya... Kadesnya kurang dekat dengan kader-kadernya gitu Pak” (Ny. S, 26 tahun).

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1. Pelaksanaan dan Evaluasi Pelatihan

Secara keseluruhan pelatihan skrining TBC bagi kader ini telah berhasil mencapai tingkat efektifitas yang tinggi. Kader yang menjalani pelatihan ini berhasil memperoleh pengetahuan mendalam mengenai cara mengidentifikasi gejala TBC, melakukan metode skrining yang tepat, dan melakukan langkah-langkah tindak lanjut yang diperlukan. Mereka telah mampu secara akurat menilai risiko TBC pada individu yang diinvestigasi dan dapat dengan cepat mengidentifikasi terduga TBC untuk dilakukan langkah-langkah pencegahan atau penanganan lebih lanjut.

Keberhasilan pelatihan dapat terlihat dari hasil evaluasi ketika kader bermain peran (*role play*). Hasil evaluasi didapatkan sebagian besar kader (79%) telah mampu melaksanakan seluruh tahapan skrining dengan baik dan mayoritas kader (93%) telah mampu menemukan terduga TBC dengan tepat dan benar berdasarkan hasil skrining gejala dan faktor risiko pada kontak. Keberhasilan pelatihan juga tercermin dari meningkatnya skor kemampuan dan sikap responden berdasarkan hasil *pretest-posttest*.

Evaluasi terhadap penyelenggaraan pelatihan secara umum telah berhasil dan berjalan efektif yang tercermin dari tingkat kepuasan peserta pelatihan. Hasil evaluasi didapatkan sebagian besar peserta (55%) merasa puas terhadap penyelenggaraan

pelatihan secara keseluruhan. Peserta pelatihan sebagian besar merasa puas pada aspek materi pelatihan (64%) dan narasumber (71%). Aspek yang perlu menjadi perhatian dan perbaikan kedepannya adalah fasilitas pelatihan karena sebagian besar peserta (52%) memberikan penilaian cukup. Pada aspek fasilitas ini, sebagian peserta (7%) merasa kurang puas terkait jadwal dan waktu pelaksanaan. Peserta menyatakan bahwa pelatihan yang diselenggarakan hingga sore hari kurang efektif dan menjadi kendala bagi mereka yang berasal dari daerah yang jauh dan membutuhkan waktu tempuh perjalanan yang lama (lebih dari 2 jam perjalanan).

5.2. Pengaruh Pelatihan terhadap Kemampuan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelatihan memiliki dampak positif yang signifikan terhadap kemampuan kader melakukan skrining TBC. Signifikansi pengaruh pelatihan dapat terlihat dari hasil *pretest-posttest* pada kader yang mendapat pelatihan. Sebelum mengikuti pelatihan, rata-rata skor kemampuan kader 50,3 poin dan meningkat signifikan menjadi 75,12 poin setelah mengikuti pelatihan, atau terjadi perubahan rata-rata skor sebesar 24,82 poin. Bahkan terdapat 1 responden (Tn. H) yang mengalami peningkatan skor kemampuan paling besar (47 poin).

Melalui wawancara singkat kepada Tn. H, diperoleh informasi bahwa Tn. H dapat memahami dengan baik sebagian besar materi pelatihan karena pendidikan terakhirnya adalah

sarjana kesehatan sehingga Tn. H mampu menyerap dan memahami materi yang diberikan dengan cepat dan benar. Temuan ini dapat menjadi solusi alternatif dalam memilih kader kesehatan di masyarakat. Jika di suatu wilayah memiliki anggota masyarakat yang berpendidikan kesehatan dan memberdayakannya sebagai kader kesehatan, itu merupakan potensi besar untuk membantu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya.

Meskipun mayoritas responden yang mengikuti pelatihan mengalami peningkatan kemampuan, namun terdapat 2 responden yang mengalami penurunan skor kemampuan yaitu Ny. LP (-10 poin) dan Ny. IM (-2 poin). Hasil wawancara singkat terhadap Ny. LP dan Ny. IM diperoleh jawaban hampir mirip yang menyatakan bahwa ketika mengisi *posttest* Ny. LP dan Ny. IM kurang fokus dan kurang konsentrasi dalam menjawab pertanyaan karena waktu *posttest* sudah sore hari sehingga sebagian pikiran mereka teralihkan memikirkan pulang ke rumah yang jauh dari lokasi pelatihan dan membutuhkan waktu tempuh yang lama.

Pengaruh signifikan pelatihan terhadap kemampuan kader juga terlihat ketika membandingkan kemampuan antara kader yang dilatih dan tidak dilatih. Hasil penelitian menemukan bahwa kader yang mendapatkan pelatihan skrining TBC memiliki peluang 9 kali lebih besar untuk memiliki kemampuan yang baik dalam melakukan skrining TBC dibandingkan kader yang tidak mendapat pelatihan.

Meningkatnya kemampuan kader melakukan skrining TBC seiring dengan peningkatan pengetahuan yang diperoleh kader selama mengikuti pelatihan. Pelatihan menyediakan kader pengetahuan yang lebih mendalam tentang TBC, termasuk gejala-gejala klinis, faktor risiko, dan metode skrining yang efektif. Peningkatan pengetahuan ini memberikan dasar yang kuat bagi kader dalam melakukan skrining dengan lebih baik. Hasil ini sejalan dengan penelitian Wahyuni dan Kurnia (2013) yang menemukan terjadinya peningkatan pengetahuan kader yang signifikan tentang penemuan suspek tuberkulosis antara sebelum dengan sesudah mengikuti pelatihan [20].

Pengetahuan dan kecakapan seseorang dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang kompleks. Beberapa faktor yang dapat memengaruhi pengetahuan dan kecakapan meliputi pendidikan, pengalaman, lingkungan sosial, motivasi dan minat, akses terhadap sumber daya, informasi teknologi, dan sebagainya. Penelitian ini menemukan bahwa sebagian besar responden berpendidikan tamat SMA (64,3%), berusia produktif 30-39 tahun (42,9%), telah beberapa kali menerima informasi tentang TBC (42,8%), dan telah menjadi kader selama 1-5 tahun (46,4%). Faktor-faktor ini dapat menjadi penguat terjadinya peningkatan kemampuan kader melakukan skrining TBC

Pelatihan juga memberikan kader kesempatan untuk mengembangkan keterampilan teknis yang diperlukan untuk melakukan skrining TBC dengan tepat. Ini mencakup teknik pemeriksaan fisik, penggunaan alat skrining, dan interpretasi hasil

skrining. Keterampilan ini diperoleh langsung ketika kader bermain peran (*role play*) saat pelatihan. Pelatihan yang merangsang pikiran dan meningkatkan keterlibatan kognitif dapat memperkuat konektivitas otak dan memfasilitasi proses belajar dan pengingatan informasi. Melalui peran yang dimainkan, kader mendapat pengalaman langsung yang lebih mudah dipahami dan dirasakan sehingga akan membekas dalam memorinya. Hasil penelitian ini mendukung pandangan Albert Bandura (1971), seorang psikolog sosial yang mengembangkan teori pembelajaran sosial yang menekankan pentingnya observasi, imitasi, dan penguatan [21]. *Role play* dapat memberikan pengalaman langsung kepada kader dalam menghadapi situasi nyata, yang dapat memperkuat pembelajaran melalui observasi dan partisipasi aktif. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Sinaga et al (2020) yang menemukan terjadinya peningkatan pengetahuan dan keterampilan kader dalam pelatihan skrining kasus TBC di Desa Babakan Ciparay Kabupaten Bandung dengan menggunakan metode praktik dan simulasi penemuan kasus TBC [22].

Dengan demikian, penelitian ini telah menunjukkan hasil positif yang signifikan pengaruh pelatihan terhadap peningkatan kemampuan kader yang dilatih dalam melakukan skrining TBC, yang pada gilirannya akan berkontribusi pada penemuan terduga TBC di tingkat komunitas. Berbekal pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh dari pelatihan, kader diharapkan dapat lebih berpartisipasi aktif dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit TBC di masyarakat sehingga berdampak positif terhadap

peningkatan kinerja Program TBC dalam mewujudkan Indonesia bebas TBC tahun 2050.

5.3. Pengaruh Pelatihan terhadap Sikap

Hasil penelitian menemukan bahwa terdapat pengaruh signifikan pelatihan terhadap sikap kader yang mendapat pelatihan skrining TBC. Signifikansi ini tercermin dari hasil *pretest-posttest* yang menemukan bahwa terjadi peningkatan signifikan skor sikap kader sebelum mengikuti pelatihan dengan sesudah mengikuti pelatihan. Hasil analisis didapatkan skor rata-rata sikap sebelum mengikuti pelatihan 45,14 poin dan meningkat menjadi 46,85 poin setelah mengikuti pelatihan, atau terjadi perubahan skor rata-rata sebesar 1,71 poin. Bahkan terdapat 1 responden memiliki perubahan skor sikap paling besar yaitu Ny. CNY dengan skor sebesar 9 poin. Hasil wawancara singkat kepada Ny. CNY diperoleh jawaban bahwa setelah mengikuti pelatihan, Ny. CNY semakin sadar akan pentingnya skrining TBC karena ternyata ada kasus TBC yang belum bergejala terutama pada anak-anak. Penelitian ini mengindikasikan adanya potensi besar untuk memotivasi kader menuju sikap positif dalam melakukan skrining TBC melalui implementasi pelatihan skrining TBC.

Melalui pelatihan, kader dapat lebih sadar akan pentingnya deteksi dini dan pencegahan penyakit TBC. Kesadaran ini dapat mendorong sikap proaktif dalam mendeteksi kasus TBC dan menyebarkan informasi kepada masyarakat. Dengan memahami lebih baik mengenai dampak sosial dan individu dari penyakit TBC,

kader dapat mengembangkan sikap empati terhadap penderita TBC dan keluarganya. Hal ini dapat mendorong kader untuk memberikan dukungan moral dan sosial kepada mereka yang terkena dampak penyakit ini.

Hasil penelitian juga menemukan bahwa kader yang dilatih sebagian besar (71,4%) bersikap positif terhadap skrining TBC, sedangkan kader yang tidak dilatih sebagian besar (57,1%) bersikap negatif, nilai OR sebesar 3,33. Meskipun terlihat perbedaan proporsi sikap antara kader yang dilatih dengan kader tidak dilatih, namun hasil uji statistik menunjukkan bahwa perbedaan tersebut tidak terlalu bermakna. Hasil ini mengindikasikan bahwa pelatihan bukanlah satu-satunya variabel yang mempengaruhi sikap kader terhadap skrining TBC, kemungkinan masih terdapat faktor lain yang mempengaruhi sikap kader. Menurut Azwar (2013), beberapa faktor yang mempengaruhi sikap adalah pengalaman pribadi, pengaruh orang lain, kebudayaan, media massa, pendidikan, dan faktor emosional [23]. Untuk mengetahui faktor yang lebih dominan mempengaruhi sikap kader terhadap skrining TBC, maka perlu dilakukan penelitian lanjutan yang lebih mendalam.

5.4. Pengaruh Pelatihan Terhadap Perilaku

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi dampak pelatihan terhadap perilaku kader dalam melaksanakan skrining TBC. Meskipun melalui pelatihan ini diharapkan kader akan secara konsisten melakukan skrining TBC di wilayahnya, namun hasil

penelitian menunjukkan bahwa pelatihan yang diberikan belum berdampak signifikan pada perilaku kader melaksanakan skrining TBC. Hasil penelitian menemukan bahwa kader yang telah melaksanakan skrining TBC pasca pelatihan hanya 4 orang (14,3%).

Meskipun kader telah mendapatkan pengetahuan dan memiliki kemampuan melakukan skrining TBC, namun mereka juga menghadapi hambatan praktis yang sulit diatasi oleh diri mereka sendiri khususnya dalam dukungan manajemen. Hasil wawancara terhadap berapa orang kader dan PJ program TBC Puskesmas diperoleh informasi bahwa faktor utama yang menyebabkan belum terlaksananya skrining TBC oleh kader adalah belum diterbitkannya Surat Keputusan (SK) oleh Lurah/Kepala Desa yang menjadi dasar hukum untuk melindungi kader ketika menjalankan tugasnya melakukan skrining TBC.

Selain itu dukungan anggaran juga merupakan elemen penting dalam motivasi dan perubahan perilaku kader untuk melakukan skrining TBC. Hasil wawancara terhadap beberapa orang kader didapatkan informasi bahwa kader belum mendapat dukungan anggaran yang mendukung pelaksanaan tugas mereka melakukan skrining TBC. Kendala ini dikarenakan saat ini merupakan akhir tahun anggaran sehingga tidak memungkinkan untuk menambah kegiatan bari di akhir tahun anggaran. Anggaran kegiatan skrining TBC akan diusulkan kelurahan/desa pada tahun selanjutnya.

Evaluasi perilaku melaksanakan skrining TBC oleh kader pada saat laporan ini disusun adalah evaluasi jangka pendek yang dilakukan 1 bulan pasca pelatihan. Untuk mengetahui sejauh mana pelatihan skrining TBC ini berhasil menemukan terduga TBC bahkan berdampak pada peningkatan cakupan temuan penderita TBC, maka perlu dilakukan evaluasi jangka menengah dan panjang.

Dengan mengidentifikasi faktor-faktor penghambat pelaksanaan skrining TBC oleh kader akan memberikan dasar untuk merancang ulang program pelatihan dengan fokus yang lebih tepat, dukungan manajemen yang lebih kuat, dan evaluasi yang lebih cermat. Dengan demikian, diharapkan pelatihan ini dapat memberikan dampak positif yang lebih besar pada perilaku kader dalam melaksanakan skrining TBC di masa depan.

5.5. Keterbatasan Penelitian

Riset operasional ini memiliki beberapa keterbatasan, yaitu:

1. Jumlah sampel penelitian relatif kecil dan terbatas (28 sampel) sehingga tidak memungkinkan untuk mengeneralisasi hasil riset ke populasi lebih luas.
2. Kuesioner penelitian yang digunakan sebagai instrumen pengumpulan data tidak diuji validitas dan reliabilitasnya sehingga memiliki potensi untuk terjadinya bias informasi.
3. Penelitian ini tidak mengontrol *confounding* sehingga dapat mempengaruhi validitas internal dari hasil penelitian.

4. Keterbatasan waktu pengumpulan data khususnya terhadap variabel perilaku (1 bulan pasca pelatihan), padahal perubahan perilaku membutuhkan waktu yang relatif lebih lama.

BAB 6

PENUTUP

6.1. Kesimpulan

1. Terdapat peningkatan signifikan kemampuan kader melakukan skrining TBC antara sebelum dan sesudah mengikuti pelatihan, rata-rata skor kemampuan sebelum pelatihan 50,30 poin dan meningkat menjadi 75,12 poin setelah pelatihan atau mengalami peningkatan skor sebesar 24,82 poin.
2. Terdapat peningkatan signifikan sikap kader terhadap skrining TBC antara sebelum dan sesudah mengikuti pelatihan, rata-rata skor sikap sebelum pelatihan 45,14 poin dan meningkat menjadi 46,85 poin setelah pelatihan atau mengalami peningkatan rata-rata skor sebesar 1,71 poin.
3. Terdapat pengaruh signifikan pelatihan terhadap kemampuan kader melakukan skrining TBC, kader yang mendapat pelatihan berpeluang 9 kali lebih besar untuk memiliki kemampuan baik dalam melakukan skrining TBC dibandingkan kader yang tidak dilatih.
4. Tidak terdapat pengaruh signifikan pelatihan terhadap sikap kader melakukan skrining TBC.
5. Tidak terdapat pengaruh signifikan pelatihan terhadap perilaku kader melaksanakan skrining TBC.

6.2. Saran

1. Puskesmas diharapkan dapat memberdayakan kader terlatih dalam skrining TBC secara optimal dan mendorong terjadinya transfer pengetahuan dari kader terlatih kepada kader lain, sebagai bagian dari upaya peningkatan penemuan kasus terduga TBC di wilayah kerjanya.
2. Dinas Kesehatan diharapkan dapat melanjutkan dan mengembangkan program pelatihan skrining TBC secara berkala, dengan melibatkan sasaran kader yang lebih luas.
3. Lurah/Kepala Desa diharapkan segera menerbitkan SK penetapan kader TBC sebagai legalitas kader untuk menjalankan tugasnya melakukan skrining TBC di wilayahnya.
4. DPMD, Bappeda, Pemerintahan kecamatan, dan Pemerintahan Desa diharapkan memberikan dukungan anggaran untuk pelaksanaan kegiatan skrining TBC oleh kader.
5. Kementerian Kesehatan RI dapat memanfaatkan dan mengembangkan metode pelatihan dalam riset operasional ini, terutama penggunaan metode *role play* yang telah terbukti mampu meningkatkan kemampuan kader secara signifikan dalam melakukan skrining TBC.
6. Perlu dilakukan studi lebih lanjut untuk mengevaluasi sejauh mana pelatihan skrining TBC ini berhasil menemukan terduga TBC bahkan berdampak pada peningkatan cakupan temuan penderita TBC.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Webber R. Communicable diseases: a global perspective. 5th edition, 20th anniversary edition. Wallingford, Oxfordshire Boston, MA: CABI; 2016.
- [2] Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis. n.d.
- [3] World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2022. Geneva: World Health Organization; 2022.
- [4] Kementerian Kesehatan RI. Dashboard Data Kondisi TBC di Indonesia n.d. <https://tbindonesia.or.id/pustaka-tbc/dashboard> (accessed March 22, 2022).
- [5] Reid MJA, Arinaminpathy N, Bloom A, Bloom BR, Boehme C, Chaisson R, et al. Building a tuberculosis-free world: The Lancet Commission on tuberculosis. *The Lancet* 2019;393:1331–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30024-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30024-8).
- [6] Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu. Profil Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2022. Rengat: Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu; 2023.
- [7] Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. vol. 67. n.d.
- [8] Kementerian Kesehatan RI. Petunjuk Teknis Investigasi Kontak Pasien TBC Bagi Petugas Kesehatan dan Kader 2019.
- [9] Mardani S, Helda, Wahyono TYM. Evaluasi Sistem Surveilans Penyakit Tuberkulosis di Provinsi Riau Tahun 2023. Universitas Indonesia; 2023.

- [10] Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu. Data Program TBC Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2022. n.d.
- [11] World Health Organization. Tuberculosis n.d.
- [12] Grosset JH, Chaisson RE, editors. Handbook of Tuberculosis. Cham: Springer International Publishing; 2017. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-26273-4>.
- [13] World Health Organization. WHO Operational Handbook on Tuberculosis. Module 2: Screening - systematic Screening for Tuberculosis Disease. 2021.
- [14] World Health Organization. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012.
- [15] Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan. 2019.
- [16] Kementerian Kesehatan RI. Buku Saku Kader TB-TNI. Jakarta: 2016.
- [17] Fisher AA. Handbook for family planning operations research design. 2nd ed., [2nd printing]. New York: Population Council; 1998.
- [18] Sastroasmoro S, Ismael S. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Edisi kelima. Jakarta: Sagung Seto; 2016.
- [19] Badan Pusat Statistik Kabupaten Indragiri Hulu. Kabupaten Indragiri Hulu Dalam Angka 2023. Rengat: BPS Kabupaten Indragiri Hulu; 2023.
- [20] Wahyuni CU, Kurnia DA. Pelatihan Kader Kesehatan untuk Penemuan Penderita Suspek Tuberkulosis. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional 2013;8:85–90.

- [21] Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
- [22] Sinaga H, Widawati W, Hotmaida L. Pelatihan Skrining Kasus TB Bagi Kader di Desa Babakan Ciparay Kabupaten Bandung. J Abdimas Kartika Wijayakusuma 2020;1:1. <https://doi.org/10.26874/jakw.v1i1.9>.
- [23] Azwar S. Sikap manusia teori dan pengukurannya. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2010.

LAMPIRAN 1
PROPOSAL KEGIATAN
PELATIHAN SKRINING TBC



UNIVERSITAS INDONESIA

**PELATIHAN SKRINING TUBERKULOSIS BAGI KADER
DI KABUPATEN INDRAGIRI HULU PROVINSI RIAU
TAHUN 2023**

PROPOSAL KEGIATAN

**SAID MARDANI
NPM. 2206003936**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI MAGISTER EPIDEMIOLOGI
DEPOK
2023**

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan ke hadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, karena atas limpahan berkat dan rahmatNya, Proposal Pelatihan Skrining Tuberkulosis bagi Kader ini dapat diselesaikan. Pelatihan ini sangat penting karena dapat menjadi daya ungkit dalam penemuan terduga TBC di masyarakat. Pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan kader merupakan salah satu strategi efektif untuk meningkatkan capaian indikator program menuju Indonesia Bebas TBC pada tahun 2050.

Selama proses penyusunan proposal ini, penulis telah mendapatkan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu dengan hati yang tulus penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tidak terhingga kepada:

1. Ibu Elis Julinarti, DCN, M.Kes, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu yang berkenan memfasilitasi pelaksanaan pelatihan ini.
2. Ibu Dr. dr. Helda, M.Kes, selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan proposal ini.
3. Bapak Zarfiel Tafal, M.P.H, selaku dosen mata kuliah Manajemen Pelatihan yang telah memberikan bekal ilmu dan banyak masukan dalam penyusunan proposal ini.
4. Bapak Ns. Rajunitrigo, S.Kep, M.Epid, selaku Pembimbing Lapangan yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan proposal ini.
5. Tim Penanggulangan TBC Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu yang telah banyak memberikan kontribusi dalam penyusunan proposal ini.
6. Orang tua, istri, dan anak-anak tercinta serta seluruh keluarga besar penulis yang senantiasa memberikan dukungan moril, materil dan doa.
7. Staf akademik Departemen Epidemiologi UI dan semua pihak yang telah memberi dukungan dan bantuan dalam penyusunan proposal ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan proposal ini masih jauh dari sempurna dan terdapat kekurangan, karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan proposal ini. Akhir kata semoga proposal ini bermanfaat dan karya dan upaya yang dilakukan mendapat ridho Allah SWT.

Depok, 21 Nopember 2023

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Kata Pengantar	ii
A. Pendahuluan	1
B. Tujuan Program	2
C. Tujuan Pelatihan	2
D. Lama dan Waktu Pelatihan	2
E. Lokasi Pelatihan	2
F. Materi Pelatihan	3
G. Metode dan Proses Pelatihan	4
H. Jadwal/Silabus	7
I. Referensi	7
Lampiran	8

A. PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Menurut WHO *Global Tuberculosis Report* tahun 2022, Indonesia termasuk tiga negara penyumbang 2/3 kasus TBC global dan menempati urutan kedua kasus TBC terbanyak di dunia setelah India. Menurut data Kemenkes RI, pada tahun 2022 jumlah kasus tuberkulosis di Indonesia mencapai 694.808 kasus dengan 15.186 kematian. Jumlah ini meningkat signifikan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya yaitu 443.235 kasus pada tahun 2021 dan 393.323 kasus pada tahun 2020.

Di Kabupaten Indragiri Hulu, jumlah kasus TBC pada tahun 2022 diperkirakan sebanyak 1.014 kasus. Kasus yang telah ditemukan sebanyak 603 kasus atau hanya mencapai 59% dari total perkiraan kasus TBC di Indragiri Hulu. Masih terdapat sekitar 41% kasus lagi yang belum ditemukan, belum diobati, dan berpotensi menjadi sumber penularan baru di masyarakat. Pada tahun 2022 ditemukan 32 kematian akibat TBC di Kabupaten Indragiri Hulu. Sebagian besar kematian yang terjadi dikarenakan kasus lambat terdeteksi sehingga sudah dalam kondisi infeksi berat dengan komplikasi ketika kasus ditemukan dan diobati.

Untuk mendukung keberhasilan penemuan kasus TBC di masyarakat, perlu dilakukan strategi yang lebih masif dan intensif. Salah satu strategi penting yang bisa dilakukan adalah pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan kader dalam pelacakan dan skrining terduga TBC melalui investigasi kontak yang ditujukan pada orang-orang yang memiliki kontak dengan pasien TBC. Selain itu, kader juga dapat berperan aktif dalam pendampingan pasien TBC dan memberikan edukasi/informasi tentang penyakit TBC kepada masyarakat.

Kader memiliki peran penting dan ujung tombak dalam upaya penanggulangan TBC. Pemahaman baik yang dimiliki kader tentang situasi dan kondisi masyarakat di wilayahnya, membuka peluang besar bagi kader untuk menemukan kasus TBC secara dini. Karena itu keterlibatan kader sangat penting dalam memutus rantai penularan TBC di masyarakat. Aktifnya kader TBC dan masyarakat diharapkan akan meningkatkan penemuan dan kesembuhan kasus TBC di wilayahnya, menurunkan angka dropout, serta membantu menurunkan stigma dan sikap masyarakat yang menghambat program TBC.

Peran aktif kader dapat dipenuhi dengan membekalinya pengetahuan dan kemampuan yang memadai untuk melaksanakan tugasnya. Untuk itu kader perlu dilatih tentang cara menemukan kasus terduga TBC melalui skrining TBC. Melalui pelatihan ini diharapkan kader akan memiliki pemahaman dan kemampuan yang memadai agar dapat melaksanakan tugasnya dengan baik dan benar.

B. TUJUAN PROGRAM

Pada tahap pertama diharapkan terlaksana pelatihan untuk 50 orang peserta yang terdiri dari 30 orang kader dan 20 orang PJ Program TBC Puskesmas (daftar peserta terlampir). Penetapan wakil kader dari setiap wilayah kerja Puskesmas dihitung berdasarkan proporsi estimasi kasus TBC di masing-masing wilayah kerja Puskesmas. Pelatihan direncanakan akan dilaksanakan pada pertengahan bulan November 2023.

C. TUJUAN PELATIHAN

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti pelatihan peserta mampu melakukan skrining TBC dan menemukan kasus terduga TBC pada masyarakat di wilayahnya.

2. Tujuan Khusus

Pada akhir pelatihan seluruh peserta diharapkan mampu:

- a. Memahami dan menjelaskan informasi dasar penyakit TBC
- b. Memahami langkah-langkah pelaksanaan skrining TBC
- c. Melakukan persiapan pelaksanaan skrining TBC
- d. Melaksanakan skrining TBC melalui investigasi kontak
- e. Membedakan orang-orang yang berisiko tertular TBC dengan orang-orang yang tidak berisiko tertular TBC.
- f. Merujuk terduga TBC ke Puskesmas terdekat.
- g. Melakukan pencatatan dan pelaporan hasil skrining dengan tepat dan benar.

D. LAMA DAN WAKTU PELATIHAN

Pelatihan dilaksanakan selama 1 (satu) hari pada tanggal 15 Nopember 2023.

E. LOKASI PELATIHAN

Tempat pelatihan di Aula Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu.

F. MATERI PELATIHAN

Uraian materi pelatihan disusun secara rinci dan lengkap dalam bentuk modul berupa Buku Saku Skrining TBC bagi kader (terlampir). Secara garis besar, pokok bahasan dan sub pokok bahasan yang akan disampaikan sebagai berikut:

1. Pokok Bahasan 1: Informasi Dasar TBC

Sub pokok bahasan:

- a. Pengertian TBC
- b. Gejala TBC
 - 1) Pada orang dewasa
 - 2) Pada anak
- c. Pencegahan penularan penyakit TBC
- d. Kelompok Berisiko TBC
 - 1) HIV AIDS
 - 2) Diabetes Melitus (DM)
 - 3) Anak
 - 4) Lansia
 - 5) Perokok

2. Pokok bahasan 2: Teknik Penemuan Kasus Terduga TBC Melalui Skrining TBC

Sub pokok bahasan:

- a. Penemuan terduga TBC secara pasif-intensif
- b. Penemuan aktif dan masif berbasis keluarga dan masyarakat
- c. Investigasi Kontak
 - 1) Definisi kontak
 - 2) Langkah-langkah pelaksanaan investigasi kontak
 - 3) Tahap persiapan investigasi kontak
 - 4) Tahap pelaksanaan investigasi kontak
 - 5) Cara melakukan skrining terduga TBC
 - 6) Pencatatan dan pelaporan hasil skrining TBC

G. METODE DAN PROSES PELATIHAN

1. Metode
 - a. Ceramah tanya jawab
 - b. Curah pendapat
 - c. Bermain peran (*role play*)
2. Media dan Alat Bantu
 - a. Modul yang telah disusun dalam bentuk Buku Saku Kader (terlampir)
 - b. Bahan tayang (presentasi)
 - c. Komputer/laptop
 - d. LCD projector
 - e. Whiteboard/Flipchart
 - f. Spidol
 - g. Masker
 - h. Panduan dan skenario bermain peran (terlampir)
 - i. Set kartu peran pemain (terlampir)
 - j. Formulir TBC. 16 K beserta dan cara pengisiannya (terlampir).
 - k. Formulir Surat Pengantar Pemeriksaan TBC dan cara pengisiannya (terlampir).
 - l. Formulir TBC. 16 RK beserta cara pengisiannya (terlampir)
3. Langkah-langkah Pembelajaran

Langkah-langkah kegiatan pembelajaran ini menguraikan tentang kegiatan fasilitator dan peserta selama sesi ini berlangsung 4 JPL (jam pelajaran), terdiri dari 2 JPL teori dan 2 JPL praktek. Satu JPL berlangsung selama 45 menit. Langkah-langkah pembelajaran sebagai berikut:

Langkah 1.

Pengkondisian (5 menit)

Langkah pembelajaran:

- a. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan materi yang akan disampaikan.

- b. Menciptakan suasana nyaman dan mendorong kesiapan peserta untuk menerima materi dengan menyepakati proses pembelajaran.
- c. Dilanjutkan dengan penyampaian judul materi, deskripsi singkat, tujuan pembelajaran serta ruang lingkup pokok bahasan yang akan dibahas pada sesi ini dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2.

Curah Pendapat (5 menit)

Fasilitator menggali tingkat pemahaman peserta tentang materi yang akan disampaikan dengan cara curah pendapat. Peserta diminta menyampaikan pendapat atau pengalamannya tentang hal-hal yang berkaitan dengan Penemuan Kasus Terduga TBC.

Langkah 3.

Penyampaian Materi (70 menit)

Fasilitator menyampaikan pokok bahasan:

- a. Informasi dasar TBC

Materi ini disampaikan dengan metode ceramah dan tanya jawab, terdiri dari:

- 1) Pengertian TBC
- 2) Gejala TBC pada orang dewasa dan pada anak
- 3) Pencegahan penularan penyakit TBC
- 4) Kelompok Berisiko TBC:
 - a) HIV/AIDS
 - b) Diabetes Melitus (DM)
 - c) Anak
 - d) Lansia
 - e) Perokok

- b. Teknik penemuan kasus terduga TBC melalui skrining TBC

Materi ini disampaikan dengan metode ceramah dan tanya jawab serta bermain peran, terdiri dari:

- 1) Penemuan terduga TBC secara pasif-intensif
- 2) Penemuan aktif dan masif berbasis keluarga dan masyarakat
- 3) Investigasi Kontak

- a) Definisi kontak
- b) Langkah-langkah pelaksanaan investigasi kontak
- c) Tahap persiapan investigasi kontak
- d) Tahap pelaksanaan investigasi kontak
- e) Cara melakukan skrining terduga TBC
- f) Pencatatan dan pelaporan hasil skrining TBC

Langkah 4.

Bermain Peran (90 menit)

Investigasi kontak dilakukan dengan kegiatan bermain peran. Langkahnya:

- a. Fasilitator membagi peserta menjadi beberapa kelompok, setiap kelompok berisi 5 orang (5 menit).
- b. Setiap kelompok mendapatkan skenario bermain peran yang berbeda, serta mendiskusikan skenario yang didapat kelompoknya selama 15 menit.
- c. Setiap kelompok akan melakukan bermain peran selama 50 menit per kelompok (10 menit x 5 orang = 50 menit).
- d. Fasilitator mengevaluasi pelaksanaan bermain peran dari seluruh kelompok selama 20 menit.
- e. Panduan pelaksanaan bermain peran terlampir.

Langkah 5.

Rangkuman dan Kesimpulan (10 menit)

- a. Melakukan evaluasi dengan memberikan pertanyaan lisan untuk mengetahui penyerapan peserta terhadap materi yang disampaikan dan pencapaian tujuan pembelajaran.
- b. Merangkum poin-poin penting (membuat kesimpulan akhir) dari materi yang disampaikan.
- c. Mengucapkan terimakasih atas kerjasama serta proses pembelajaran yang telah berlangsung.
- d. Fasilitator menutup sesi ini dengan memberikan apresiasi kepada seluruh peserta.

H. JADUAL/SILABUS

Berikut ini susunan acara kegiatan pelatihan skrining TBC bagi kader di Kabupaten Indragiri Hulu:

No.	Jam/Waktu	Uraian Kegiatan	Pemateri / PIC
1	07.30 – 08.00	Registrasi Peserta	Panitia
2	08.00 – 08.30	Pretest	Panitia & FETP
3	08.30 – 09.15	Pembukaan - Menyanyikan lagu Indonesia Raya - Sambutan sekaligus pembukaan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu	Panitia Kepala Dinas Kesehatan
4	09.15 – 09.30	Coffee Break	Panitia
5	09.30 – 10.15	Kebijakan dan Situasi Terkini Penyakit TBC di Kabupaten Indragiri Hulu	Kepala Bidang P2P
6	10.15 – 12.00	Penemuan Terduga TBC Melalui Skrining TBC	FETP
7	12.00 – 13.00	Ishoma	Panitia
8	13.00 – 14.30	Bermain Peran (<i>Role Play</i>) Penemuan Terduga TBC Melalui Skrining TBC	FETP
9	14.30 – 14.45	Coffee Break	Panitia
10	14.45 – 15.15	Posttest	Panitia & FETP
11	15.15 – 15.30	Rencana Tindak Lanjut (RTL)	Panitia
12	15.30 – 16.00	Penutupan	Panitia

I. REFERENSI

1. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 67 Tahun 2016 tentang Program Penanggulangan Tuberkulosis.
2. *Operational Handbook on Tuberculosis. Module 2: Screening - Systematic Screening For Tuberculosis Disease*, WHO, 2021.
3. Petunjuk Teknis Investigasi Kontak Pasien TBC Bagi Petugas Kesehatan dan Kader, Kementerian Kesehatan RI, 2019.
4. Modul Pelatihan Bagi Pelatih Kader Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, 2018.

DAFTAR PESERTA

No.	Wilayah Kerja Puskesmas	Jumlah Peserta		
		Kader	PJ Program TBC	Jumlah
1	UPTD Puskesmas Kuala Cenaku	1	1	2
2	UPTD Puskesmas Sipayung	2	1	3
3	UPTD Puskesmas Kambesko	2	1	3
4	UPTD Puskesmas Pekan Heran	2	1	3
5	UPTD Puskesmas Pangkalan Kasai	2	1	3
6	UPTD Puskesmas Kilan	2	1	3
7	UPTD Puskesmas Lubuk Kandis	2	1	3
8	UPTD Puskesmas Batang Gansal	2	1	3
9	UPTD Puskesmas Air Molek	2	1	3
10	UPTD Puskesmas Lirik	1	1	2
11	UPTD Puskesmas Sei Parit	1	1	2
12	UPTD Puskesmas Sei Lala	2	1	3
13	UPTD Puskesmas Kulim Jaya	1	1	2
14	UPTD Puskesmas Rakit Kulim	1	1	2
15	UPTD Puskesmas Polak Pisang	1	1	2
16	UPTD Puskesmas Kota Medan	1	1	2
17	UPTD Puskesmas Kota Baru	1	1	2
18	UPTD Puskesmas Peranap	2	1	3
19	UPTD Puskesmas Batang Peranap	1	1	2
20	UPTD Puskesmas Sencano Jaya	1	1	2
TOTAL		30	20	50

LAMPIRAN 2
KUESIONER
PRETEST DAN POSTTEST



RAHASIA

KUESIONER

RO-TB 2023 RIAU

PELATIHAN SKRINING TUBERKULOSIS BAGI KADER DI KABUPATEN INDRAGIRI HULU PROVINSI RIAU TAHUN 2023

Kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui capaian Pelatihan Skrining Tuberkulosis Bagi Kader dalam rangka meningkatkan kualitas penyelenggaraan program penanggulangan TBC di Kabupaten Indragiri Hulu. Semua data akan dijaga kerahasiaannya dan hanya dipergunakan untuk kepentingan kegiatan pelatihan ini saja.

NO. KUESIONER :

TANGGAL :

I. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :	
(Diisi dengan nama lengkap)	
2. Umur :	tahun ☐
3. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan	☐
4. Status Perkawinan : 1. Kawin 2. Tidak Kawin 3. Cerai (Janda/Duda)	☐
4. Pendidikan Terakhir : 1. Tidak sekolah 2. Tidak Tamat SD 3. Tamat SD/ sederajat 4. Tamat SMP/ sederajat 5. Tamat SMA/ sederajat 6. Tamat Perguruan Tinggi	☐
5. Pekerjaan : 1. Tidak bekerja 2. Sekolah 3. PNS/ TNI/ Polri 4. Pegawai Swasta/ BUMN 5. Wiraswasta/ Pedagang 6. Petani/ Nelayan 7. Buruh 8. Ibu Rumah Tangga (IRT) 9. Lainnya, sebutkan	☐
6. Lama menjadi kader (Kader baru diisi < 1 tahun) :	tahun ☐
7. Alamat : Jl. (Diisi alamat lengkap) Desa/ Kelurahan : Kecamatan : Puskesmas :	
8. Nomor HP/ WA :	

II. PENGETAHUAN TENTANG SKRINING TBC (Lingkari atau beri tanda silang pada jawaban yang menurut Anda benar)			Skor
1. Apa peran kader dalam penanggulangan TBC? a. Membantu dokter dalam menegakkan diagnosa pasien yang dicurigai sakit TBC di wilayah sekitar tempat tinggalnya. b. Membantu Puskesmas dalam mengobati pasien TBC menggunakan pengobatan tradisional yang umum digunakan di sekitar tempat tinggalnya. c. Melakukan skrining langsung terhadap setiap kontak di sekitar kasus indeks dan menemukan terduga TBC. d. Menyebarkan informasi kepada masyarakat lain tentang siapa saja penderita TBC yang terdapat di wilayah tempat tinggalnya.			☐
2. Apakah penyebab penyakit TBC? a. Roh halus/guna-guna b. Keturunan c. Kuman/Bakteri d. Udara Buruk			☐
3. Apa saja tanda dan gejala penyakit TBC? a. Batuk berdahak atau batuk kering < 3 hari, pilek dan bersin, mata berair, badan pegal linu, sakit kepala atau pusing, demam tinggi, kadang menggigil, nafsu makan berkurang. b. Batuk berdahak ≥ 2 minggu atau batuk berdarah, sesak nafas dan nyeri dada, nafsu makan berkurang, berat badan turun, lemas, Demam/meriang, Nafsu makan berkurang. c. Demam menggigil, berkeringat dingin, sakit kepala hebat, kadang-kadang batuk, tulang dan otot terasa nyeri dan pegal, nafsu makan berkurang, badan terasa letih/lemas. d. Muntah darah, nafsu makan berkurang, wajah kelihatan pucat, kadang-kadang nafas terasa sesak, berat badan turun, badan dan jari-jari terasa dingin, susah tidur.			☐
4. Apakah yang dimaksud dengan investigasi kontak (IK)? a. Kegiatan yang dilakukan untuk menyelidiki terjadinya penyakit TBC di suatu wilayah setelah terjadinya kontak antara sesama penderita TBC. b. Kegiatan investigasi yang dilakukan terhadap benda-benda yang digunakan dan memiliki riwayat kontak dengan penderita TBC dalam satu rumah. c. Kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan penemuan kasus TBC melalui deteksi dini dan sistematis terhadap orang yang kontak dengan sumber infeksi TBC. d. Kegiatan yang dilakukan untuk mendata pasien TBC yang sudah mendapatkan pengobatan di suatu wilayah tertentu.			☐
5. Apa tujuan dilakukan investigasi kontak?			
a. Mengidentifikasi benda-benda yang memiliki riwayat kontak dengan penderita TBC	1. Ya 2. Tidak	☐	
b. Menemukan kasus TBC secara dini	1. Ya 2. Tidak	☐	
c. Melakukan skrining gejala dan faktor risiko TBC pada seluruh kontak dari pasien TBC	1. Ya 2. Tidak	☐	

d. Memperoleh data jumlah penderita TBC yang mendapat pengobatan.	1. Ya	2. Tidak	☐
e. Menemukan TBC laten pada anak di bawah 5 tahun	1. Ya	2. Tidak	☐
f. Menghindari kontak/interaksi dengan penderita TBC dalam satu rumah atau wilayah	1. Ya	2. Tidak	☐
g. Melakukan isolasi dan karantina penderita TBC dalam satu wilayah agar tidak menularkan kepada orang lain.	1. Ya	2. Tidak	☐
h. Mencegah penularan TBC pada kontak yang sehat dan memutus mata rantai penularan TBC di masyarakat	1. Ya	2. Tidak	☐
i. Memberikan pengobatan tradisional untuk mencegah penularan penyakit TBC	1. Ya	2. Tidak	☐
j. Memberikan makanan tambahan pada pasien TBC	1. Ya	2. Tidak	☐
6. Siapa sasaran kegiatan investigasi kontak? a. Seluruh kontak dari semua pasien TBC baru/kambuh kecuali TBC anak. b. Seluruh kontak dari semua pasien TBC baru/kambuh dan TBC anak. c. Seluruh kontak dari semua pasien TBC baru/kambuh kecuali TBC pada usia lanjut d. Seluruh kontak dari semua pasien TBC baru/kambuh kecuali TBC dewasa			☐
7. Siapa yang dimaksud sebagai kontak pasien TBC? a. Orang yang terpajan/berkontak dengan pasien TBC, misalnya orang serumah, satu asrama, satu tempat kerja, dan sebagainya. b. Orang yang terpajan/berkontak langsung dengan dahak pasien TBC, misalnya dokter, perawat, bidan, tenaga laboratorium, dan sebagainya c. Orang yang berkontak mata atau berjabat tangan dengan penderita TBC. d. Orang yang memiliki riwayat kontak dengan penderita TBC yang sudah dinyatakan sembuh.			☐
8. Pada saat mengunjungi kasus indeks TBC, berapa minimal kontak yang harus diinvestigasi? a. 5 kontak dari setiap kasus indeks TBC b. 6 kontak dari setiap kasus indeks TBC c. 7 kontak dari setiap kasus indeks TBC d. 8 kontak dari setiap kasus indeks TBC			☐
9. Siapa yang dimaksud dengan kontak serumah? a. Orang yang tinggal serumah dengan penderita TBC yang belum diobati minimal 1 bulan, terdiri dari keluarga inti (orang tua, suami/istri, anak, dan sebagainya). b. Orang yang tinggal serumah dengan penderita TBC yang belum diobati maupun yang sudah diobati minimal dalam 1 minggu terakhir. c. Orang yang tinggal serumah minimal satu malam atau sering tinggal serumah pada siang hari dalam 3 bulan terakhir dengan penderita TBC yang belum diobati. d. Orang yang memiliki ikatan kekeluargaan dengan penderita TBC yang belum mendapatkan pengobatan.			☐

10. Siapa saja yang dapat ditentukan sebagai kontak erat?			
a. Satu tempat kerja dengan penderita TBC	1. Ya	2. Tidak	☐
b. Pernah berjabat tangan dengan pasien TBC	1. Ya	2. Tidak	☐
c. Pernah kontak mata dengan penderita TBC	1. Ya	2. Tidak	☐
d. Satu sekolah atau asrama dengan penderita TBC	1. Ya	2. Tidak	☐
e. Satu tempat penitipan anak dengan penderita TBC	1. Ya	2. Tidak	☐
f. Pernah satu angkot dengan penderita TBC	1. Ya	2. Tidak	☐
11. Apa saja yang perlu dipersiapkan sebelum melaksanakan investigasi kontak (IK)?			
a. Obat-obatan anti TBC	1. Ya	2. Tidak	☐
b. Surat Tugas dan Tanda Pengenal	1. Ya	2. Tidak	☐
c. Masker	1. Ya	2. Tidak	☐
d. Alat suntik dan perlengkapannya	1. Ya	2. Tidak	☐
e. Formulir TBC.16K, TBC.16 RK dan surat pengantar	1. Ya	2. Tidak	☐
f. Materi Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)	1. Ya	2. Tidak	☐
g. Makanan dan minuman	1. Ya	2. Tidak	☐
12. Jika menemukan kontak tidak batuk tetapi ada faktor risiko dan gejala lain, apa yang harus dilakukan?			☐
a. Merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.			
b. Menyarankan kontak untuk mengkonsumsi obat herbal sesuai gejala yang dialami.			
c. Menghilangkan faktor risiko yang dimiliki kontak.			
d. Merujuk ke dukun atau orang pintar.			
13. Jika menemukan kontak berusia < 5 tahun, apa yang harus dilakukan?			☐
a. Menyarankan orang tua untuk melarang anaknya tidak bermain ke luar rumah.			
b. Menyarankan orang tua untuk memberi obat herbal pencegahan TBC pada anaknya.			
c. Merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.			
d. Berkonsultasi ke dukun atau orang pintar.			
14. Jika menemukan kontak berusia ≥ 5 tahun, apa yang harus dilakukan?			☐
a. Merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.			
b. Melakukan investigasi terhadap gejala dan faktor risiko.			
c. Mengidentifikasi kemungkinan sumber dan cara penularan.			
d. Menginformasikan kepada keluarga terdekat kontak.			

15. Dimana kader mencatat hasil skrining investigasi kontak (IK)? a. Formulir TBC.01 dan direkapitulasi dalam Formulir TBC.06 b. Formulir TBC.16 K dan direkapitulasi dalam Formulir TBC.16 RK c. Formulir TBC.01 dan direkapitulasi dalam Formulir TBC.16 K d. Formulir TBC.06 dan direkapitulasi dalam Formulir TBC.01	☐
---	--------------------------

III. INFORMASI PELATIHAN	
1. Apakah Anda sudah pernah mendapat pelatihan tentang penanggulangan penyakit TBC? a. Belum pernah b. Sudah pernah, sebutkan Nama pelatihan : Instansi penyelenggara : Tempat : Tahun :	☐

IV. INFORMASI TERKAIT PENYAKIT TBC		Skor
1. Apakah Anda pernah mendapat informasi yang berkaitan dengan penyakit TBC? a. Belum pernah b. Sudah pernah	☐	
Jika sudah pernah, seberapa sering Anda mendapatkan informasi yang berkaitan dengan penyakit TBC? a. Hanya sekali b. Sudah beberapa kali c. Sering	☐	
Jika sudah pernah, dari mana sumber informasi berkaitan dengan penyakit TBC yang Anda dapatkan? a. Teman/Keluarga b. Media cetak (buku, majalah, dsb) c. Media elektronik (televisi, radio) d. Media sosial (facebook, instagram, tiktok, whatsapp, dsb) e. Langsung dari petugas kesehatan (dokter, perawat, bidan, dsb) f. Lainnya, sebutkan	☐	

V. INFORMASI TAMBAHAN

(Berikan pendapat, harapan, saran, atau masukan Anda pada kolom di bawah ini)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Responden

.....

LAMPIRAN 3
FORMULIR TBC. 16 K
DAN PANDUAN PENGISIAN

CARA PENGISIAN FORMULIR INVESTIGASI KONTAK (TBC. 16K)

- **No** (kolom 1) : diisi sesuai dengan nomor urut.
- **Nama** (kolom 2) : diisi nama lengkap kontak yang dilakukan investigasi.
- **Umur** (kolom 3) : diisi umur kontak yang dilakukan investigasi.
- **L/P** (kolom 4) : diisi L, jika kontak berjenis kelamin laki-laki dan P, jika kontak berjenis kelamin perempuan.
- **Alamat** (kolom 5) : diisi dengan alamat rumah kontak; nama jalan, RT/RW, nomor rumah.
- **Kontak Serumah** (kolom 6) : diisi tanda ceklis (√) bila kontak tinggal serumah dengan indeks kasus
- **Tanggal investigasi** (kolom 7) : diisi dengan tanggal dilakukan investigasi kontak (skrining).
- **Batuk** (kolom 8) : diisi tanda ceklis (√) bila ya dan strip (-) bila tidak.
- **Gejala lain** (kolom 9-12) diisi tanda ceklis (√) bila ya dan strip (-) bila tidak pada keterangan gejala lain (batuk berdarah, sesak napas, berkeringat di malam hari tanpa kegiatan, demam meriang > 1 bulan).
- **Faktor risiko** (kolom 13-17) : diisi tanda ceklis (√) bila ya dan strip (-) bila tidak pada keterangan faktor risiko (DM, lansia > 60 th, ibu hamil, perokok, pernah berobat tetapi tidak tuntas).
- **Dirujuk** (kolom 18) : diisi tanda ceklis (√) bila ya dan strip (-) bila tidak.
- **Puskesmas** (kolom 19) : diisi nama puskesmas/UPK tempat merujuk terduga TB.
- **Hasil Pemeriksaan** (kolom 20-21) : diisi (oleh petugas kesehatan) dengan tanggal hasil pemeriksaan TBC.
- **Tanggal Pemberian PP INH pada anak < 5 th** (kolom 22) : diisi (oleh petugas kesehatan) dengan tanggal pemberian PP-INH untuk pertama kali.

LAMPIRAN 4
SURAT PENGANTAR
PEMERIKSAAN TBC DAN
PANDUAN PENGISIAN

Surat Pengantar Pemeriksaan TBC

Kepada,
Puskesmas
Di tempat

Mohon untuk dilakukan pemeriksaan kepada:

Nama : _____
Umur : _____
Jenis Kelamin : _____
Alamat : _____

Hasil Skrining oleh Kader

☐ Kontak Serumah ☐ Kontak Erat ☐ Batuk

Gejala lain :

☐ Batuk Berdarah
☐ Sesak Nafas
☐ Berkeringat di Malam Hari
☐ Demam/Meriang >1 bulan

☐ usia < 5 tahun

Faktor Resiko:

☐ DM
☐ Umur > 60th
☐ Ibu Hamil
☐ Perokok
☐ Pernah berobat TB
tapi tidak tuntas

Atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

...../...../.....

Kader

CARA PENGISIAN SURAT PENGANTAR PEMERIKSAAN TBC

- Tuliskan dengan lengkap nama Puskesmas yang dituju untuk pemeriksaan TBC
- Tuliskan dengan lengkap identitas terduga TBC yaitu :
Nama, Umur, Jenis Kelamin, Alamat
- Ceklis (√) keterangan pada hasil skrining oleh kader berdasarkan formulir TBC.16K (Kontak Serumah, Kontak Erat, Batuk, Gejala lain, Faktor Risiko)
- Tandatangani surat pengantar dan tuliskan nama kader yang menandatangani
- Lembar putih diberikan kepada Terduga TBC untuk diserahkan petugas TB / dokter saat pemeriksaan di UPK
- Lembar merah disimpan kader sebagai pengingat dan arsip

LAMPIRAN 5
FORMULIR TBC.16 RK
DAN PANDUAN PENGISIAN

[illegible]

CARA PENGISIAN REKAPITULASI INVESTIGASI KONTAK OLEH KADER (TBC. 16RK)

- **No** (kolom 1) : diisi sesuai dengan nomor urut.
- **Nama kasus indeks** (kolom 2) diisi nama kasus indeks merujuk pada nama indeks diformulir TBC.16K.
- **Jumlah kontak** (kolom 3) : diisi jumlah kontak merujuk pada kolom no.2 formulirTBC.16K.
- **Umur, < 5 th** (kolom 4) : diisi jumlah kontak yang berumur < 5 tahun merujuk pada kolomno.3 pada formulir TBC.16K.
- **Umur, ≥ 5 th** (kolom 5) : diisi jumlah kontak yang berumur≥5 tahun merujuk pada kolomno.3 pada formulir TBC.16K.
- **Jenis Kelamin, L** (kolom 6) : diisi jumlah kontak yang berjenis kelamin laki-laki merujukpada kolom no.4 pada formulir TBC.16K.
- **Jenis Kelamin, P** (kolom 7) : diisi jumlah kontak yang berjenis kelamin perempuanmerujuk pada kolom no.4 pada formulir TBC.16K.
- **Jumlah kontak diinvestigasi** (kolom 8) : diisi dengan jumlah kontak yang diinvestigasi merujuk pada kolom no.7 pada formulir TBC.16K.
- **Jumlah memenuhi syarat rujukan** (kolom 9) : diisi dengan jumlah kontak yang memenuhi syarat rujukan.
- **Jumlah yang dirujuk** (kolom 10-12) : diisi dengan jumlah yang dirujuk merujuk pada kolomno.19 pada formulir TBC.16K.
- **Jumlah kontak yang sakit TBC** (kolom 13) : diisi dengan jumlah kontak yang sakit TBCmerujuk kolom no.21 pada formulir TBC.16K.
- **Jumlah anak menerima PP INH** (kolom 14) : diisi dengan jumlah anak yang menerima PPINH merujuk kolom no.23 pada formulir TBC.16K.

LAMPIRAN 6
BUKU SAKU SKRINING TBC
UNTUK KADER



BUKU SAKU SKRINING TBC UNTUK KADER



BUKU SAKU SKRINING TBC UNTUK KADER

Penyusun:

Said Mardani, SKM

Program Magister Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

Dr. dr. Helda, M.Kes

Ketua Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

Ns. Rajunitrigo, S.Kep, M.Epid

Epidemiolog Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Riau

Kontributor : Dinas Kesehatan Kab. Indragiri Hulu
Layout & Desain : Said Mardani
Ilustrasi & Gambar : freepik.com
Korespondensi : saidmardani@gmail.com

PRAKATA

Puji syukur kami ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas karuniaNya kami dapat menyelesaikan Buku Saku Skrining TBC untuk Kader. Buku saku ini berguna sebagai pegangan bagi kader ketika melakukan skrining TBC di wilayahnya sebagai salah satu upaya penanggulangan TBC di Indonesia.

Kader memiliki peran penting dan ujung tombak dalam upaya penanggulangan TBC. Pemahaman baik yang dimiliki kader tentang situasi dan kondisi masyarakat di wilayahnya, membuka peluang besar bagi kader untuk menemukan kasus TBC secara dini. Karena itu keterlibatan kader sangat penting dalam memutus rantai penularan TBC di masyarakat.

Kami menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna, untuk itu masukan dari berbagai pihak sangat kami butuhkan. Tak lupa kami ucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang membantu tersusunnya buku ini.

Akhir kata semoga buku ini bermanfaat, mudah dipahami, dan dapat menambah informasi bagi pembacanya.

Penyusun

SEKAPUR SIRIH



Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Menurut *WHO Global Tuberculosis Report* tahun 2022, Indonesia termasuk tiga negara penyumbang 2/3 kasus TBC di dunia dan menempati urutan kedua kasus TBC terbanyak setelah India. Pada tahun 2022, jumlah kasus TBC di Indonesia mencapai 694.808 kasus dengan 15.186 kematian.

Di Indragiri Hulu, jumlah kasus TBC pada tahun 2022 diperkirakan sebanyak 1.014 kasus. Kasus yang telah ditemukan sebanyak 603 kasus atau hanya mencapai 59% dari total perkiraan kasus TBC di Indragiri Hulu. Masih terdapat sekitar 41% kasus lagi yang belum ditemukan, belum diobati, dan berpotensi menjadi sumber penularan baru di masyarakat.

Untuk mendukung keberhasilan penemuan kasus TBC di masyarakat, perlu dilakukan strategi yang lebih masif dan intensif. Salah satu strategi penting yang bisa dilakukan adalah pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan kader dalam pelacakan dan

skrining terduga TBC melalui investigasi kontak yang ditujukan pada orang-orang yang memiliki kontak dengan pasien TBC. Selain itu, kader juga dapat berperan aktif dalam pendampingan pasien TBC dan memberikan edukasi/informasi tentang penyakit TBC kepada masyarakat.

Melalui upaya bersama saling bersinergi antara insan kesehatan, kader, dan masyarakat diharapkan dapat meningkatkan penemuan dan kesembuhan kasus TBC, menurunkan angka kegagalan pengobatan, menghilangkan stigma, dan menjadi daya ungkit untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Hal ini sejalan dengan visi Bupati Indragiri Hulu Rezita Meylani Yopi, SE yaitu merajut keterpaduan untuk masyarakat Indragiri Hulu lebih sejahtera.

Buku saku ini telah merangkum berbagai informasi untuk menambah bekal pengetahuan kader tentang TBC sekaligus panduan dalam melaksanakan investigasi kontak dan skrining TBC. Akhir kata, saya sampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih pada para kader dan semua pihak yang telah menyusun dan berkontribusi dalam penyusunan buku ini.

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Indragiri Hulu

Elis Julinarti, DCN, M.Kes

Siapa saja yang disebut kontak?	18
Mekanisme kerja investigasi kontak	19
Persiapan investigasi kontak	20
Pelaksanaan investigasi kontak	21
Cara melakukan skrining kontak	22
Pencatatan dan pelaporan	24

BAB IV TIPS KOMUNIKASI	
Bagaimana komunikasi efektif?	26
Tips saat kunjungan rumah	26
Tips saat mengunjungi PMO	27
Tips saat mengunjungi pasien TBC	27

REFERENSI

DAFTAR ISI

**PRAKATA
SEKAPUR SIRIH
DAFTAR ISI**

BAB I PENYAKIT TBC	
Apa itu TBC?	2
Apa gejala TBC?	3
Cara penularan TBC	4
Apa saja faktor risiko penularan TBC?	5
Pengobatan TBC	6
Cara pencegahan penularan TBC	7
TBC pada anak	8
Waspada TBC laten	9

BAB II KADER TBC	
Apa itu kader TBC?	11
Peran kader TBC	12

BAB III SKRINING TBC	
Apa itu skrining TBC?	15
Skrining TBC melalui investigasi kontak	16

**BAB I
PENYAKIT TBC**

APA ITU TBC?



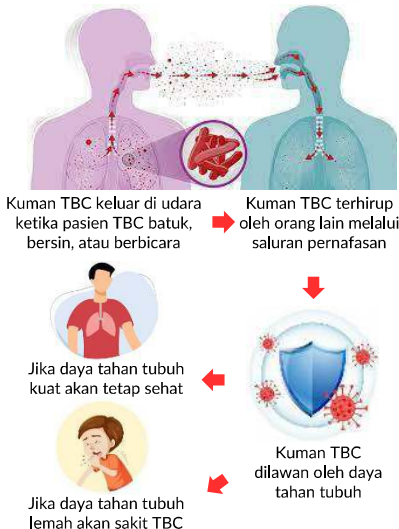
- Tuberkulosis (TBC) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*.
- Sebagian besar kuman TBC menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ atau bagian tubuh lainnya misalnya: tulang, kelenjar, kulit, dll.
- TBC dapat menyerang siapa saja, terutama orang usia produktif/aktif bekerja (15 - 50 tahun) dan anak-anak.
- Apabila tidak diobati dengan tepat dan benar, 50% dari pasien TBC akan meninggal setelah 5 tahun.

**TBC BUKAN PENYAKIT KETURUNAN,
BUKAN DISEBABKAN KUTUKAN,
DAN BUKAN PULA KARENA
GUNA-GUNA..... !!!**

2

Buku Saku Skrining TBC untuk Kader

CARA PENULARAN TBC



4

Buku Saku Skrining TBC untuk Kader

APA GEJALA TBC?



GEJALA UTAMA :
Batuk terus menerus & berdahak selama 2 minggu



GEJALA LAIN :



Demam/Meriang berkepanjangan



Lemas/letih



Kurang Nafsu Makan & BB menurun



Sesak nafas & nyeri dada



Batuk bercampur darah



Berkeringat di malam hari

3

Buku Saku Skrining TBC untuk Kader

APA SAJA FAKTOR RISIKO PENULARAN TBC?



1. Pasien TBC paru dengan kuman yang masih aktif lebih berisiko menularkan.
2. Jumlah percikan dahak dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.
3. Kontak erat dengan pasien TB.
4. Tinggal di daerah padat penduduk, ventilasi rumah tidak mampu meggerakkan udara keluar dan sinar matahari tidak masuk.
5. Tempat orang berkumpul (tempat kerja, asrama/pesantren, sekolah, dsb).
6. Orang yang bekerja dengan bahan kimia yang berisiko menimbulkan infeksi paru.
7. Orang dengan penyakit HIV dan/atau DM lebih mudah menjadi sakit TB.
8. Orang dengan status gizi rendah.

5

Buku Saku Skrining TBC untuk Kader

PENGOBATAN TBC



Pengobatan TBC berlangsung selama **6-8 bulan** yang terbagi dalam 2 tahap yaitu:

1. Tahap awal pengobatan
Obat diminum **setiap hari**, pada dewasa selama 2-3 bulan, pada anak selama 2 bulan.
2. Tahap Lanjutan Pengobatan
 - Pada dewasa, obat diminum **3 kali seminggu** selama 4-5 bulan.
 - Pada anak, obat diminum **setiap hari** selama 4 bulan.



Penderita TBC harus didampingi seorang Pengawas Menelan Obat (PMO) untuk menjamin kepatuhan berobat

6

Buku Saku Skrining TBC untuk Kader

TBC PADA ANAK



Tanda-tanda umum TBC pada Anak atau Terduga TBC Anak adalah:

1. Adanya riwayat kontak erat dengan pasien TBC dewasa.
2. Batuk lama selama 2 minggu atau lebih.
3. Demam lama berulang tanpa sebab jelas selama 2 minggu atau lebih.
4. Berat badan tidak naik/turun dalam 2 bulan terakhir atau tidak membaik setelah diberi asupan nutrisi yang optimal.
5. Lesu atau anak kurang aktif bermain



Batuk bukan merupakan gejala utama TBC pada anak, penentuan TBC pada anak dilakukan oleh dokter

8

Buku Saku Skrining TBC untuk Kader



CARA PENCEGAHAN PENULARAN TBC

1. Imunisasi BCG dan pemberian obat pencegahan TBC sesuai petunjuk dokter pada orang yang berisiko.
2. Pasien TBC harus menelan obat anti TBC secara lengkap dan teratur sampai sembuh.
3. Menutup mulut saat batuk atau bersin.
4. Membuang dahak atau ludah di tempat tertutup.
5. Tidak merokok & minum minuman keras.
6. Membuka jendela setiap pagi.
7. Makan makanan bergizi.
8. Istirahat yang cukup.
9. Menjemur alat tidur.
10. Olahraga teratur.

STOP TBC

TEMUKAN DAN OBATI SAMPAI SEMBUH



7

Buku Saku Skrining TBC untuk Kader



WASPADA TBC LATEN

TBC laten adalah TBC yang tidak/belum menunjukkan gejala sehingga harus segera diberikan penanganan tepat sesuai standar



Terdapat kelompok orang yang berkontak dengan pasien TBC dan menghirup kuman TBC sehingga kuman masuk ke paru dan bagian tubuh lainnya



Sistem imun tubuh tidak mampu menyingkirkan kuman TBC secara sempurna tetapi mampu mengendalikannya sehingga tidak timbul gejala



Jika tidak diobati dengan benar (terutama pada anak), dapat berkembang menjadi kasus TBC di masa mendatang dan menjadi sumber penularan baru di masyarakat

9

Buku Saku Skrining TBC untuk Kader

BAB II KADER TBC

PERAN KADER TBC



Peran Kader Secara Umum

Bermitra untuk mendukung petugas kesehatan dalam penanggulangan TBC, melalui pemberian edukasi, penemuan kasus di masyarakat umum, melakukan investigasi kontak, dan melakukan pendampingan

Peran Kader Secara Khusus

1. Mendata kontak serumah dan kontak erat kasus indeks.
2. Melakukan skrining secara langsung terhadap setiap kontak di sekitar kasus indeks dan menemukan terduga TBC serta merujuk terduga TBC dan semua kontak anak <5 tahun ke fasyankes.



DINAS KESEHATAN
INDRAGIRI HULU

APA ITU KADER TBC?

Kader TBC adalah anggota masyarakat yang bekerja secara sukarela dalam membantu penanggulangan TBC sesuai dengan kemampuannya

Siapa bisa menjadi Kader TBC?

Semua orang yang bersedia, berminat dan mempunyai kepedulian terhadap masalah kesehatan khususnya TBC dapat menjadi kader TBC

Apa kegiatan Kader TBC?

Kader TBC dan petugas kesehatan bekerja sama dalam kemitraan untuk melaksanakan kegiatan investigasi kontak di lapangan

Buku Saku Skrining TBC untuk Kader

11



DINAS KESEHATAN
INDRAGIRI HULU

3. Berkoordinasi dengan petugas PKM untuk kunjungan ulang bagi terduga TBC yang sebelumnya menolak dirujuk atau sudah menerima surat rujukan tetapi tidak memeriksakan diri.
4. Memberikan edukasi tentang TBC secara komprehensif ke semua kontak.
5. Mendampingi kontak lansia terduga TBC untuk pemeriksaan ke fasyankes.
6. Memantau munculnya gejala pada kontak berkoordinasi dengan PMO.
7. Melaporkan kegiatan investigasi kontak sesuai dengan formulir yang tersedia.
8. Melakukan edukasi kepada pasien TBC dan kontak sekitar.
9. Memantau kepatuhan berobat berkoordinasi dengan PMO.
10. Melakukan skrining yang berkualitas sesuai dengan mekanisme tahapan pelaksanaan investigasi kontak.

BAB III SKRINING TBC

SKRINING TBC MELALUI INVESTIGASI KONTAK



Apa itu Investigasi Kontak?

Investigasi Kontak (IK) adalah kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan penemuan kasus TBC dengan cara mendeteksi secara dini dan sistematis terhadap orang yang kontak dengan sumber infeksi TBC



Investigasi kontak merupakan salah satu cara paling efektif dalam menemukan kasus baru TBC

Manfaat Investigasi Kontak

Dapat mendeteksi kasus TBC secara dini, mencegah penyakit lebih berat, serta mengurangi penularan TBC pada orang lain

APA ITU SKRINING TBC?



Skrining TBC adalah suatu tindakan yang digunakan untuk membedakan orang yang mempunyai kemungkinan besar terkena TBC dengan orang yang kemungkinan besar tidak terkena TBC

Tujuan Skrining TBC

- Mendeteksi penyakit TBC secara dini
- Meminimalkan penundaan diagnosis
- Mempercepat mulai pengobatan
- Mengurangi penularan TBC di rumah tangga, tempat kerja, sekolah atau lingkungan komunitas lainnya
- Memperpendek durasi penularan

Tujuan Investigasi Kontak

- Menemukan kasus TBC sedini mungkin melalui skrining gejala dan faktor risiko TBC pada seluruh kontak pasien TBC.
- Menemukan TBC laten pada anak usia <5 tahun untuk diberikan pengobatan pencegahan TBC dengan segera.
- Mencegah penularan pada kontak yang sehat melalui edukasi tentang PHBS.
- Memutus mata rantai penularan TBC di masyarakat.

Unsur Investigasi Kontak



INDEKS KASUS
Pasien TBC



KONTAK
Orang yang berkontak dengan pasien TBC

SIAPA SAJA YANG DISEBUT KONTAK?



18

Buku Saku Skrining TBC untuk Kader

PERSIAPAN INVESTIGASI KONTAK



1. Petugas kesehatan mengidentifikasi kontak dari kasus indeks (mengisi form TBC.16K).
2. Petugas kesehatan dan kader menyepakati jadwal investigasi kontak.
3. Data kasus indeks diberikan oleh petugas kesehatan kepada kader sesuai dengan wilayah kerja kader.
4. Petugas kesehatan menyerahkan form TBC.16K ke kader dan kader menghubungi PMO masing-masing kasus indeks untuk mengatur jadwal kunjungan.

Persiapan Bahan/Logistik

- Masker (didapatkan dari Puskesmas)
- Surat Tugas
- Tanda Pengenal
- Materi KIE untuk edukasi
- Formulir TBC.16 K & TBC.16 RK, Surat Pengantar (didapatkan dari Puskesmas)

20

Buku Saku Skrining TBC untuk Kader

MEKANISME KERJA INVESTIGASI KONTAK



Buku Saku Skrining TBC untuk Kader

19

PELAKSANAAN INVESTIGASI KONTAK



1. Kader (dapat juga didampingi petugas) mengunjungi rumah kasus indeks, dengan mengutamakan kerahasiaan pasien.
2. Kader mengkonfirmasi ulang terkait kontak yang tercatat di formulir TBC.16 K dan mendata kontak yang akan diinvestigasi.
3. Kader melakukan skrining secara langsung (tatap muka) kepada kontak.

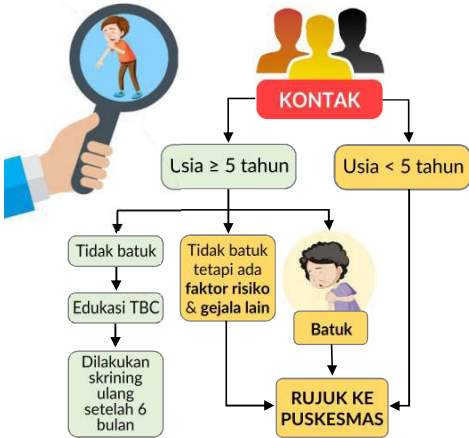
CARA MELAKUKAN SKRINING KONTAK
LIHAT HALAMAN 22-23 BUKU INI

4. Jika menemukan terduga TBC, kader mengisi Surat Pengantar Pemeriksaan TBC dan merujuk kontak untuk mendapat pemeriksaan di Puskesmas.
5. Investigasi Kontak dapat dilaksanakan selama **1 minggu** untuk 1 Kasus Indeks.
6. Kader mencatat semua kontak yang telah diinvestigasi pada formulir TBC.16 RK dan melaporkannya ke petugas.

Buku Saku Skrining TBC untuk Kader

21

CARA MELAKUKAN SKRINING KONTAK



Keterangan

- : Kondisi kontak tidak perlu dirujuk
- : Kondisi Kontak harus dirujuk ke Puskesmas untuk pemeriksaan lebih lanjut

22

Buku Saku Skrining TBC untuk Kader

PENCATATAN DAN PELAPORAN



Formulir TBC. 16 K

Formulir yang digunakan petugas kesehatan dan atau kader untuk mencatat proses dan hasil investigasi kontak untuk menemukan kasus TBC secara dini melalui skrining gejala dan faktor risiko TBC pada kontak.

Surat Pengantar Pemeriksaan TBC

Surat yang digunakan kader untuk merujuk terduga TBC agar melakukan pemeriksaan di layanan kesehatan atau Puskesmas.

Formulir TBC. 16 RK

Formulir rekapitulasi hasil investigasi kontak yang diisi oleh kader untuk dilaporkan setiap bulan ke petugas kesehatan di Puskesmas dengan batas akhir pelaporan tanggal 01 di bulan berikutnya.

24

Buku Saku Skrining TBC untuk Kader



DINAS KESEHATAN
INDRAGIRI HULU

Kriteria Gejala Lain TBC



Kriteria Faktor Risiko

- ☒ Diabetes/Kencing manis
- ☒ Umur > 60 tahun (Lansia)
- ☒ Perokok
- ☒ Ibu Hamil
- ☒ Pernah berobat TBC tidak tuntas

Kontak harus dirujuk jika memiliki faktor risiko dan gejala lain TBC

Buku Saku Skrining TBC untuk Kader

23

BAB IV TIPS KOMUNIKASI

TIPS KOMUNIKASI BAGI KADER



Bagaimana Berkomunikasi Efektif?

- Menggunakan bahasa yang sederhana, jelas dan dimengerti.
- Saat berbicara menghadapkan seluruh tubuh dan menatap mata lawan bicara.
- Memperhatikan reaksi lawan bicara (apakah mengerti & tertarik pada yang disampaikan, bosan, tidak suka, dll).
- Menunjukkan sikap memahami perasaan lawan bicara.
- Mendengarkan dengan penuh perhatian dan memberikan tanggapan.
- Memastikan lawan bicara sudah mengerti informasi yang disampaikan, ulangi informasi apabila lawan bicara belum mengerti.

Tips Saat Kunjungan Rumah

- Ucapkan salam dan tanyakan kabar.
- Jelaskan tujuan kunjungan anda kali ini.



Tips Saat Mengunjungi PMO

- Tanyakan perkembangan pengobatan pasien TBC.
- Ingatkan jadwal pengambilan obat dan waktu pemeriksaan dahak.
- Pastikan kartu kontrol PMO selalu diisi dan hal-hal lain yang anda anggap perlu.

Tips Saat Mengunjungi Pasien TBC

- Tanyakan perkembangan pasien.
- Tanyakan efek samping obat yang dirasakan, beri saran mengatasinya.
- Berikan pasien motivasi untuk teratur minum obat sampai tuntas.
- Ingatkan kapan harus mengambil obat dan waktu pemeriksaan dahak.
- Jelaskan tentang tindakan pencegahan penularan TBC dan hal lain yang perlu.
- Tanyakan kendala atau masalah yang dihadapi, diskusikan jalan keluarnya.
- Setelah selesai, ucapkan terima kasih atas waktu yang mereka luangkan.

REFERENSI

1. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 67 Tahun 2016 tentang Program Penanggulangan Tuberkulosis.
2. Operational Handbook on Tuberculosis. Module 2: Screening - Systematic Screening For Tuberculosis Disease, WHO, 2021.
3. Petunjuk Teknis Investigasi Kontak Pasien TBC Bagi Petugas Kesehatan dan Kader, Kementerian Kesehatan RI, 2019.
4. Modul Pelatihan Bagi Pelatih Kader Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, 2018.



LAMPIRAN 7
PANDUAN BERMAIN PERAN
DAN CHECKLIST EVALUASI

PANDUAN PELAKSANAAN BERMAIN PERAN

A. Persiapan

Fasilitator membagi peserta kader (30 orang) menjadi 6 kelompok, setiap kelompok berisi 5 orang peserta kader.

B. Peran

Setiap peserta kader akan menjalankan peran secara bergantian sebagai

1. Kader
2. Kontak 1 (kontak berusia < 5 tahun)
3. Kontak 2 (kontak berusia $\geq$ 5 tahun memiliki gejala/faktor risiko)
4. Kontak 3 (kontak berusia $\geq$ 5 sehat)
5. Kontak 4 (kontak berusia $\geq$ 5 sehat)

Untuk peran sebagai Petugas Kesehatan dan Kasus Indeks (pasien TBC) diperankan oleh peserta PJ Program TBC Puskesmas.

C. Instruksi Pelaksanaan

1. Peserta dalam setiap kelompok akan melaksanakan peran secara bergantian dalam 5 sesi.
2. Setiap peserta akan menjalankan peran selama 10 menit pada setiap sesi.
3. Di awal setiap sesi, fasilitator memberikan kartu peran kepada peserta dan peserta melaksanakan perannya sesuai data/petunjuk yang terdapat dalam kartu peran yang didapatnya.
4. Di akhir setiap sesi, kartu peran dikumpulkan.
5. Peserta diberi kartu peran baru untuk sesi berikutnya sesuai giliran perannya dan seterusnya sehingga setiap peserta akan mendapat peran 1 kali sebagai kader dan 4 kali sebagai kontak.

D. Skenario

Anda sebagai kader TBC akan melaksanakan investigasi kontak dan skrining terduga TBC di wilayah kerja Anda. Laksanakan proses investigasi kontak dari tahap awal hingga akhir (sesuai dengan materi yang Anda dapatkan sebelumnya).

E. Evaluasi

1. Evaluasi dilakukan terhadap individu dan kelompok.
2. Setiap kelompok akan dievaluasi oleh 1 orang evaluator yang sudah mendapatkan penjelasan tentang substansi yang dievaluasi.
3. Evaluasi individu dilakukan menggunakan instrumen berupa checklist terhadap setiap individu yang melaksanakan peran sebagai Kader TBC.
4. Evaluasi kelompok dilakukan berdasarkan nilai rata-rata evaluasi individu dalam setiap kelompok.
5. Substansi penilaian terdiri dari:
 - a. Tahap persiapan:
 - 1) Kader menerima informasi dan memastikan siapa Kasus Indeks.
 - 2) Kader memastikan kelengkapan bahan/logistik yang akan dibawa untuk investigasi kontak sudah lengkap khususnya masker, buku kader, formulir TBC. 16 K, formulir TBC. 16 RK, dan Surat Pengantar Pemeriksaan TBC.
 - b. Tahap pelaksanaan:
 - 1) Kader menyerahkan masker ke Kasus Indeks dan meminta/menginstruksikan Kasus Indeks untuk memakainya.
 - 2) Kader mengkonfirmasi ulang kontak yang terdapat di formulir TBC. 16 K yang sudah diisi petugas kepada Kasus Indeks.
 - 3) Kader melaksanakan skrining langsung pada setiap kontak berdasarkan gejala dan faktor risiko.
 - 4) Kader mencatat hasil skrining dengan benar ke dalam formulir TBC. 16 K.
 - 5) Kader membuat dan memberikan Surat Pengantar Rujukan kepada kontak yang memenuhi kriteria dirujuk untuk pemeriksaan lanjutan di Puskesmas.
 - 6) Kader merekap data hasil investigasi kontak ke dalam formulir TBC. 16 RK dengan benar dan melaporkannya ke petugas kesehatan.
 - 7) Kader melakukan komunikasi efektif selama proses pelaksanaan investigasi kontak.

LAMPIRAN 8

SET KARTU PERAN



ABIZAR

Laki-laki, 38 tahun

Jl. Nusantara No. 17 Kelurahan
Sejahtera Kecamatan Madani

Status Kontak	: Tetangga
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Tidak
Penyakit DM	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



ILHAM

Laki-laki, 4 tahun

Jl. Nusantara No. 15 Kelurahan
Sejahtera Kecamatan Madani

Status Kontak	: Anak (serumah)
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Tidak
Penyakit DM	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



MUNAROH

Perempuan, 67 tahun

Jl. Nusantara No. 15 Kelurahan
Sejahtera Kecamatan Madani

Status Kontak	: Mertua (serumah)
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Ya
Penyakit DM	: Tidak
Hamil	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



KARTIKA

Perempuan, 27 tahun

Jl. Utama No. 09 Kelurahan Bahagia
Kecamatan Sukses Makmur

Status Kontak	: Rekan kerja
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Tidak
Penyakit DM	: Tidak
Hamil	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



CITRA

Perempuan, 23 tahun

Jl. Poros No. 134 Desa Karya Bersama
Kecamatan Maju Jaya

Status Kontak	: Sahabat
Batuk	: Ya
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Ya
Penyakit DM	: Tidak
Hamil	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



FAJAR

Laki-laki, 31 tahun

Jl. Sumatera No. 12 Desa Berkarya
Kecamatan Maju Jaya

Status Kontak	: Suami (serumah)
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Tidak
Penyakit DM	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



HIDAYAT

Laki-laki, 52 tahun

Jl. Sumatera No. 12 Desa Berkarya
Kecamatan Maju Jaya

Status Kontak	: Ayah (serumah)
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Ya
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Tidak
Penyakit DM	: Ya
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



MARIA

Perempuan, 27 tahun

Jl. Sumatera No. 10 Desa Berkarya
Kecamatan Maju Jaya

Status Kontak	: Tetangga
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Tidak
Penyakit DM	: Tidak
Hamil	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



KURNIAWAN

Laki-laki, 43 tahun

Jl. Rambutan No. 53 Kelurahan Berseri
Kecamatan Indah Permai

Status Kontak	: Rekan kerja
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Tidak
Penyakit DM	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



DYAH

Perempuan, 33 tahun

Jl. Singgalang No. 17 Kelurahan
Berdikari Kecamatan Berkah Jaya

Status Kontak	: Istri (serumah)
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Ya
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Tidak
Penyakit DM	: Tidak
Hamil	: Ya
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



AMALIA

Perempuan, 3 tahun

Jl. Singgalang No. 17 Kelurahan
Berdikari Kecamatan Berkah Jaya

Status Kontak	: Anak (serumah)
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Tidak
Penyakit DM	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



ADITYA

Laki-laki, 27 tahun

Jl. Kenari No. 17 Kelurahan Berdikari
Kecamatan Berkah Jaya

Status Kontak	: Tukang kebun
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Tidak
Penyakit DM	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



BAGUS

Laki-laki, 45 tahun

Jl. Merapi No. 77 Kelurahan Sentosa
Kecamatan Tentram Abadi

Status Kontak	: Suami (serumah)
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Ya
Penyakit DM	: Tidak
Perokok	: Ya
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



NUGROHO

Laki-laki, 69 tahun

Jl. Merapi No. 77 Kelurahan Sentosa
Kecamatan Tentram Abadi

Status Kontak	: Ayah (serumah)
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Ya
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Tidak
Penyakit DM	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



ENDAH

Perempuan, 18 tahun

Jl. Ketapang No. 35 Kelurahan Berdikari
Kecamatan Berkah Jaya

Status Kontak	: Asisten RT
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Tidak
Penyakit DM	: Tidak
Hamil	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



AGUSTINA

Perempuan, 38 tahun

Jl. Merapi No. 75 Kelurahan Sentosa
Kecamatan Tentram Abadi

Status Kontak	: Tetangga
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Tidak
Penyakit DM	: Tidak
Hamil	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



HENDRA

Laki-laki, 29 tahun

Jl. Kotaraja No. 46 Kelurahan Sejahtera
Kecamatan Madani

Status Kontak	: Rekan kerja
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Tidak
Penyakit DM	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



PUTRA

Laki-laki, 34 tahun

Jl. Kalimantan No. 85 Desa Berkarya
Kecamatan Maju Jaya

Status Kontak	: Tetangga
Batuk	: Ya
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Ya
Penyakit DM	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Ya



DIANA

Perempuan, 19 tahun

Jl. Kalimantan No. 89 Desa Berkarya
Kecamatan Maju Jaya

Status Kontak	: Istri (serumah)
Batuk	: Tidak
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Tidak
Penyakit DM	: Tidak
Hamil	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak



FITRIA

Perempuan, 14 tahun

Jl. Kalimantan No. 89 Desa Berkarya
Kecamatan Maju Jaya

Status Kontak	: Adik (serumah)
Batuk	: Ya
Batuk berdarah	: Tidak
Sesak napas	: Tidak
Berkeringat malam hari tanpa aktifitas	: Tidak
Demam >1 bulan	: Tidak
Penyakit DM	: Tidak
Hamil	: Tidak
Perokok	: Tidak
Berobat TBC tidak tuntas	: Tidak

DATA PASIEN (KASUS INDEKS)

Nama : AGUNG
Umur : 29 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Jl. Nusantara No. 15
Kelurahan Sejahtera
Kecamatan Madani

SESI 1

DATA PASIEN (KASUS INDEKS)

Nama : ANGGRAINI
Umur : 27 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Sumatera No. 12
Desa Berkarya
Kecamatan Maju Jaya

SESI 2

DATA PASIEN (KASUS INDEKS)

Nama : KUSUMA
Umur : 35 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Jl. Singgalang No. 17
Kelurahan Berdikari
Kecamatan Berkah Jaya

SESI 3

DATA PASIEN (KASUS INDEKS)

Nama : MAYA
Umur : 43 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Merapi No. 77
Kelurahan Sentosa
Kecamatan Tentram Abadi

SESI 4

DATA PASIEN (KASUS INDEKS)

Nama : SAPUTRA
Umur : 25 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Jl. Kalimantan No. 89
Desa Berkarya
Kecamatan Maju Jaya



SESI 5

DAFTAR KONTAK

Nama Pasien : AGUNG
Umur : 29 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Jl. Nusantara No. 15
Kelurahan Sejahtera
Kecamatan Madani

NO.	NAMA KONTAK	STATUS KONTAK
1	ILHAM	Anak (serumah)
2	KARTIKA	Rekan Kerja
3	MUNAROH	Mertua (serumah)
4	ABIZAR	Tetangga

SESI 1

DAFTAR KONTAK

Nama Pasien : ANGGRAINI
Umur : 27 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Sumatera No. 12
Desa Berkarya
Kecamatan Maju Jaya

NO.	NAMA KONTAK	STATUS KONTAK
1	FAJAR	Suami (serumah)
2	MARIA	Tetangga
3	CITRA	Sahabat
4	HIDAYAT	Ayah (serumah)

SESI 2

DAFTAR KONTAK

Nama Pasien : KUSUMA
Umur : 35 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Jl. Singgalang No. 17
Kelurahan Berdikari
Kecamatan Berkah Jaya

NO.	NAMA KONTAK	STATUS KONTAK
1	DYAH	Istri (serumah)
2	ADITYA	Tukang Kebun
3	KURNIAWAN	Rekan kerja
4	AMALIA	Anak (serumah)

SESI 3

DAFTAR KONTAK

Nama Pasien : MAYA
Umur : 43 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Merapi No. 77
Kelurahan Sentosa
Kecamatan Tentram Abadi

NO.	NAMA KONTAK	STATUS KONTAK
1	NUGROHO	Ayah (serumah)
2	AGUSTINA	Tetangga
3	BAGUS	Suami (serumah)
4	ENDAH	Asisten RT

SESI 4

DAFTAR KONTAK

Nama Pasien : SAPUTRA
Umur : 25 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Jl. Kalimantan No. 89
Desa Berkarya Kecamatan
Maju Jaya

NO.	NAMA KONTAK	STATUS KONTAK
1	FITRIA	Adik (serumah)
2	HENDRA	Rekan Kerja
3	DIANA	Istri (serumah)
4	PUTRA	Tetangga

LAMPIRAN 9

SERTIFIKAT PELATIHAN



DINAS KESEHATAN
INDRAGIRI HULU

SERTIFIKAT

Nomor : /Dinkes/2023

DIBERIKAN KEPADA

Evi Pramuningsih

SEBAGAI

PESERTA

Dalam Kegiatan:

**PELATIHAN SKRINING TUBERKULOSIS BAGI KADER
DI KABUPATEN INDRAGIRI HULU
TAHUN 2023**

Diselenggarakan pada tanggal 15 November 2023
di Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu

Rengat, 15 November 2023

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Indragiri Hulu

ELIS JULINARTI, DCN, M.Kes
NIP. 196507061989022002



REPUBLIK INDONESIA

KEMENTERIAN
KESEHATAN
MASYARAKAT

LAMPIRAN 10
KUESIONER EVALUASI
PELATIHAN



EVALUASI PELAKSANAAN PELATIHAN

Terima kasih telah berpartisipasi dalam Pelatihan Skrining TBC bagi Kader di Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2023. Dalam rangka meningkatkan kualitas pelatihan, Bapak/Ibu yang telah mengikuti pelatihan dimohon untuk mengisi kuesioner ini. Tanggapan Bapak/Ibu akan sangat bermanfaat sebagai bahan evaluasi dan pertimbangan dalam menyusun rencana pelatihan berikutnya.

I. DATA DIRI

1. Nama :
2. Umur : tahun
3. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
4. Nomor HP/WA :

II. EVALUASI KEPUASAN PELATIHAN

(Centrang jawaban pada kolom yang paling sesuai dengan pendapat Anda)

Pertanyaan	Tidak Puas	Kurang Puas	Cukup	Puas	Sangat Puas
Secara keseluruhan, seberapa puas Anda dengan pelatihan yang diikuti?					

II. EVALUASI UNSUR PELATIHAN

(Centrang jawaban pada kolom yang paling sesuai dengan pendapat Anda)

Pertanyaan	Tidak Baik	Kurang Baik	Cukup Baik	Baik	Baik sekali
A. MATERI PELATIHAN					
1. Informatif					
2. Mudah dipahami					
3. Bermanfaat dan sesuai kebutuhan					
4. Urutan dan sistematikanya jelas					
5. Sesuai dengan waktu yang tersedia					
6. Tujuan yang ingin dicapai jelas					
B. NARASUMBER / FASILITATOR					
1. Memahami materi					
2. Berinteraksi dengan peserta					

Pertanyaan	Tidak Baik	Kurang Baik	Cukup Baik	Baik	Baik sekali
3. Pemaparan jelas dan mudah dipahami					
4. Mampu mengalokasikan waktu					
5. Memberikan motivasi dan <i>feedback</i>					
6. Metode dan alat pembelajaran menarik					
7. Memberikan kesempatan berpartisipasi					
8. Menjawab pertanyaan dengan benar dan jelas					
C. FASILITAS DAN PENYELENGGARA					
1. Kenyamanan ruangan pelatihan					
2. Konsumsi yang disediakan					
3. Hubungan panitia dengan peserta					
4. Jadwal dan waktu pelaksanaan					

III. INFORMASI TAMBAHAN

(Berikan tanggapan Anda mengenai keseluruhan proses pelatihan yang Anda ikuti)

1. Hal positif atau sangat berkesan dari pelatihan yang Anda ikuti.

.....

.....

.....

2. Hal negatif atau sangat tidak berkenan dari pelatihan yang Anda ikuti.

.....

.....

.....

3. Saran dan Masukan peningkatan atau perbaikan Pelatihan.

.....

.....

.....

Peserta

.....

LAMPIRAN 11
DOKUMENTASI
KEGIATAN

DOKUMENTASI KEGIATAN



Advokasi dan Negosiasi kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hulu



Rapat Koordinasi Penetapan Jadwal dan Pembentukan Panitia Kegiatan Pelatihan



Rapat Koordinasi dan Persiapan Kegiatan Pelatihan



Pembentukan Tim Evaluator dan Simulasi *Role Play* Pelatihan



Pemantapan Persiapan Pelatihan Skrining TBC Untuk Kader (H-1)



Pelaksanaan Pelatihan
(Pemaparan Materi Skrining TBC)



Pelaksanaan Pelatihan
(Bermain Peran/*Role Play*)



Pemberian Penghargaan (Reward) Kepada Peserta Aktif dan Terbaik