

## GAMBARAN KEJADIAN TUBERKULOSIS PARU DI KABUPATEN BANYUMAS TAHUN 2004-2008

### DESCRIBE THE OCCURRENCE OF TUBERCULOSIS IN BANYUMAS DISTRICT FROM YEAR 2004-2008

Dwi Sarwani SR, Sri Nurlaela, Suratman  
Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu-Ilmu Kesehatan  
Universitas Jenderal Soedirman

#### ABSTRACT

Indonesia places the third rank regarding tuberculosis cases in the world after India and China. Based on the result of a prevalence survey of Lung Tuberculosis in 2004, a national average prevalence rate of tuberculosis was 0.107%. Data of tuberculosis cases per 10.000 at Banyumas District Health Office from year 2003 until year 2005 consecutively were 1.1 in 2003, 3.7 in 2004, and 3.9 in 2005. Therefore, there needs to make a trend of a tuberculosis occurrence in order to improve the tuberculosis intervention program based on the real database. The objective of this research was to describe the occurrence of tuberculosis in Banyumas District from year 2004 until year 2008. Secondary data were obtained from Banyumas District Health Office. The result of this research showed that a number of clinical tuberculosis case in Banyumas District from year 2004 until year 2008 decreased, number of positive BTA cases increased, all cases of positive BTA had been treated, and part of cases had not been healed yet. The tuberculosis case in Banyumas District was an important health problem from year 2004 until year 2008. This condition was proved by data regarding positive BTA tuberculosis as a source of a transmission. The average of Case Detection Rate in Banyumas District was about 40-50% that was lower than the average of National Case Detection Rate (70%). Otherwise, Cure Rate was good enough (85%). As a suggestion, Head of Banyumas District Health Office and Health Centers should find a tuberculosis case both actively and passively and should increase cure rate through monitoring a behavior of drinking medicine on sufferers' group.

Keywords: tuberculosis

#### PENDAHULUAN

Tuberkulosis paru adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh *M. tuberculosis* dan dapat menyerang paru dan organ tubuh lainnya. *M. tuberculosis* bersifat khusus, yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan sehingga disebut Basil Tahan Asam (BTA), cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. Di dalam

jaringan tubuh kuman ini dapat bersifat tidak aktif (Nikmawati dkk, 2006).

Data WHO *Global Tuberculosis Control Report 2008* menunjukkan, prevalensi TB paru pada 2006 adalah 14,4 juta orang. Dari data ini diketahui, pada 2006, diperkirakan 9,2 juta kasus TB paru baru, dimana 4,1 juta diantaranya adalah pasien dengan Basil Tahan Asam (BTA) positif, artinya yang menular, dan 0,7 juta

pasien TB paru juga terinfeksi HIV. Penambahan ini terjadi karena meningkatnya jumlah penduduk di lima negara penyumbang kasus TB paru terbesar di dunia: India, Cina, Indonesia, Afrika Selatan dan Nigeria (Aditama, 2006).

Tuberkulosis Paru menyerang sepertiga dari 1,9 miliar penduduk dunia dewasa ini. Setiap tahun terdapat 8 juta penderita Tuberkulosis Paru baru, dan akan ada 3 juta meninggal setiap tahunnya. Satu persen (1%) dari penduduk dunia akan terinfeksi Tuberkulosis Paru setiap tahun. Satu orang memiliki potensi menular 10 hingga 15 orang dalam 1 tahun.

Indonesia pada posisi ketiga dengan kasus TB paru terbesar di dunia, setelah India dan Cina. WHO Report 2008 menyimpulkan prevalensi TB paru di Indonesia menunjukkan adanya penurunan dibanding tahun 1990-an. Pada 2006, insiden semua kasus TB paru sekitar 534.439 orang (234/100.000 penduduk), sedangkan pada 1990 kasusnya sekitar 626.867 orang (343/100.000 penduduk). Sementara jumlah kematian akibat TB paru pada 2006 sekitar 88.113 orang (38/100.000 penduduk), sedangkan pada 1990 sekitar 163.420 orang.

Secara umum data ini masih tinggi, sehingga menuntut para dokter untuk bekerja lebih keras lagi (Aditama, 2006).

Menurut Survei prevalensi Tuberkulosis Paru (2004), angka prevalensi rata-rata Nasional Tuberkulosis Paru adalah 0,107 %, sehingga bila dihitung secara kasar, pada setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 107 penderita Tuberkulosis Paru dengan BTA positif. Hal ini menunjukkan masih tingginya angka kesakitan Tuberkulosis Paru di Indonesia, walaupun sudah menunjukkan adanya penurunan angka prevalensi bila dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya yaitu sebesar 0,29% pada tahun 1982 dan 0,13 % pada tahun 1999. Diharapkan angka prevalensi Tuberkulosis Paru dapat ditekan hingga mencapai 0,06% pada tahun 2010 (Depkes RI, 2005).

Kasus TB Paru per 10.000 secara nasional berturut-turut tahun 2003 : 8,6; 2004 : 4,5; 2005 : 2,8; dan di Provinsi Jateng tahun 2003 : 0,3; 2004 : 4,5; 2005 : 7,2 (Subdit. Surveilans Epidemiologi, 2006). Data kasus TB Paru per 10.000 di Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas menunjukkan tahun 2003 : 1,1; 2004 : 3,7; 2005 : 3,9.

Peningkatan kasus Tb paru dari tahun ke tahun secara teoritis bervariasi menurut orang, tempat dan waktu, berkenaan dengan hal tersebut memotivasi peneliti untuk memperoleh gambaran yang jelas mengenai kejadian Tb paru serta melihat tren dan menghitung beberapa ukuran penyakit Tb paru seperti CDR, *cure rate* (angka kesembuhan), jumlah kasus klinis, jumlah kasus positif, jumlah kasus

diobati, jumlah kasus sembuh; variabel waktu meliputi tahun ; variabel tempat meliputi: puskesmas dan kecamatan. Tujuan penelitian ini mendeskripsikan kejadian Tb paru di Kabupaten Banyumas menurut jumlah kasus klinis, jumlah kasus positif, jumlah kasus diobati, jumlah kasus sembuh,, mendeskripsikan tren kejadian Tb paru dan indikatornya (CDR, Cure rate) di Kabupaten Banyumas

#### METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian survei yang bersifat deskriptif atau *exploratory study* yang mempunyai maksud menguraikan atau mendeskripsikan suatu keadaan di dalam suatu komunitas atau masyarakat. Metode penelitian yang digunakan yaitu penelaahan atau studi kasus (*case study*), studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tunggal dapat berarti satu orang, sekelompok penduduk yang terkena suatu masalah (Notoatmodjo, 2005).

Populasi sasaran dalam penelitian ini yaitu seluruh penduduk

yang telah didiagnosis positif secara klinis dan laboratorium menderita penyakit Tb Paru oleh tenaga kesehatan dan bertempat tinggal di Kabupaten Banyumas dan populasi sumbernya yaitu seluruh penduduk yang telah didiagnosis positif secara klinis dan laboratorium menderita penyakit Tb Paru oleh tenaga kesehatan dan bertempat tinggal di Kabupaten Banyumas 2004 sampai bulan April 2008. Sampel adalah total populasi. Data yang digunakan adalah data sekunder yang diambil dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

## 1. Kasus Tb Paru Klinis

Tabel 1. Jumlah Kasus Tb Per Puskesmas di Kabupaten Banyumas tahun 2004-2008

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	TB KLINIS				
			2004	2005	2006	2007	2008
1.	Lumbir	Lumbir	96	49	52	52	53
2.	Wangon	Wangon I	49	54	56	54	57
		Wangon II	0	23	23	23	23
3.	Jatilawang	Jatilawang	53	64	65	61	65
4.	Rawalo	Rawalo	151	51	51	50	52
5.	Kebasen	Kebasen	145	56	59	59	62
6.	Kemranjen	Kemranjen I	0	36	36	36	36
		Kemranjen II	23	34	34	35	35
7.	Sumpiuh	Sumpiuh I	95	25	26	26	24
		Sumpiuh II	70	34	34	34	32
8.	Tambak	Tambak I	246	30	30	31	31
		Tambak II	298	20	20	21	21
9.	Somagede	Somogede	132	38	38	38	39
10.	Kalibagor	Kalibagor	158	45	51	46	52
11.	Banyumas	Banyumas	67	52	51	51	50
12.	Patikraja	Patikraja	40	50	55	52	56
13.	Purwojati	Purwojati	41	37	36	37	42
14.	Ajibarang	Ajibarang I	16	56	55	53	59
		Ajibarang II	156	40	41	41	39
15.	Gumelar	Gumelar	95	53	56	52	52
16.	Pekuncen	Pekuncen	75	69	69	70	70
17.	Cilongok	Cilongok I	172	64	64	65	65
		Cilongok II	30	52	53	55	54
18.	Karanglewas	Karanglewas	125	57	59	57	60
19.	Pwkt Barat	Pwkt Barat	67	101	50	54	56
20.	Pwkt Timur	Pwkt Timur I	46	28	28	33	29
		Pwkt Timur II	130	30	31	36	40
21.	Pwkt Utara	Pwkt Utara I	23	25	24	23	24
		Pwkt Utara II	0	23	23	23	22
22.	Pwkt Selatan	Pwkt Selatan	33	66	67	69	70
23.	Sokaraja	Sokaraja I	58	53	51	51	51

Tabel 1. Jumlah Kasus Tb Per Puskesmas di Kabupaten Banyumas tahun 2004-2008

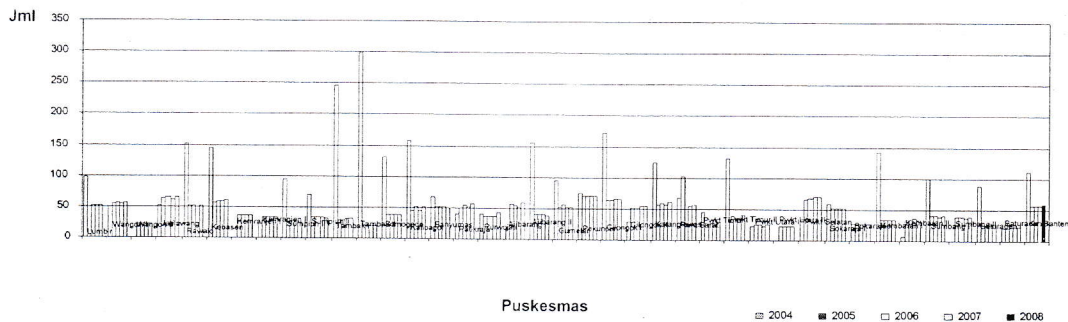
	Sokaraja II	26	28	28	27	28
24.	Kembaran	Kembaran I	142	34	35	35
		Kembaran II	6	35	35	36
25.	Sumbang	Sumbang I	100	40	40	38
		Sumbang II	1	38	38	37
26.	Baturaden	Baturaden I	89	25	25	24
		Baturaden II	20	20	22	22
27.	Kd. Banteng	Kd. Banteng	110	57	57	56

Tabel 1 menunjukkan jumlah kasus Tb klinis terbanyak pada tahun 2004 adalah di wilayah Puskesmas Tambak II, pada tahun 2005 terbanyak di wilayah Puskesmas Purwokerto Barat, tahun 2006 terbanyak di wilayah Puskesmas Purwokerto Selatan, tahun 2007 terbanyak di wilayah Puskesmas Pekuncen dan tahun 2008 terbanyak di wilayah Puskesmas Pekuncen. Secara umum kasus Tb paru klinis dari tahun 2004 telah mengalami penurunan tetapi secara wilayah puskesmas hampir seluruh puskesmas di Kabupaten Banyumas endemis Tb paru.

Tb klinis ini biasanya dikenal sebagai suspek Tb, yaitu seseorang yang mempunyai gejala sistemik dan gejala respiratorik. Gejala sistemik ditandai dengan adanya rasa lemah dan lesu, nafsu makan kurang, penurunan berat

badan, dan demam. Gejala respiratorik ditandai dengan adanya batuk, nyeri dada, batuk berdarah, sesak nafas, dan gejala lain yang berhubungan dengan penyebaran ke organ lain.

Depkes RI (2002) menyatakan bahwa diagnosis TB paru pada orang dewasa dapat ditegakkan dengan ditemukannya BTA pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan dahak dilakukan pada tiga spesimen dahak dalam waktu dua hari berturut-turut, yaitu Sewaktu Pagi Sewaktu (SPS). SPS artinya adalah: sewaktu yaitu dahak dikumpulkan pada saat suspek datang ke UPK pertama kali. Pagi artinya dahak dikumpulkan pada pagi hari ke dua, segera sesudah bangun tidur. Sewaktu artinya dahak dikumpulkan pada hari ke dua saat menyerahkan dahak pagi di Puskesmas (Depkes RI, 2002).



Gambar 1. Kasus Tb Klinis Di Kabupaten Banyumas tahun 2004-2008

## 2. Tb Paru BTA Positif

Tabel 2 Jumlah Kasus Tb Paru BTA Positif Per Puskesmas di Kabupaten Banyumas Tahun 2004-2008

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	KASUS BARU BTA (+)				
			2004	2005	2006	2007	2008
1.	Lumbir	Lumbir	18	21	17	20	10
2.	Wangon	Wangon I	4	4	11	1	7
		Wangon II	10	13	15	16	8
3.	Jatilawang	Jatilawang	0	19	31	29	25
4.	Rawalo	Rawalo	2	8	37	12	30
5.	Kebasen	Kebasen	0	5	28	7	3
6.	Kemranjen	Kemranjen I	0	0	1	0	22
		Kemranjen II	2	9	17	17	7
7.	Sumpiuh	Sumpiuh I	0	2	15	18	9
		Sumpiuh II	2	10	11	11	20
8.	Tambak	Tambak I	9	21	31	34	16
		Tambak II	8	13	9	9	2
9.	Somogede	Somogede	2	7	5	5	16
10.	Kalibagor	Kalibagor	9	72	74	40	84
11.	Banyumas	Banyumas	10	22	46	37	35
12.	Patikraja	Patikraja	0	9	41	4	1
13.	Purwojati	Purwojati	3	16	24	23	10
14.	Ajibarang	Ajibarang I	13	29	19	40	29
		Ajibarang II	0	10	12	8	12
15.	Gumelar	Gumelar	2	9	40	8	4
16.	Pekuncen	Pekuncen	7	24	80	25	19

Tabel 2 Jumlah Kasus Tb Paru BTA Positif Per Puskesmas di Kabupaten Banyumas Tahun 2004-2008

17.	Cilongok	Cilongok I	11	20	58	23	35
		Cilongok II	2	11	80	6	6
18.	Karanglewas	Karanglewas	3	41	57	45	29
19.	Pwkt Barat	Pwkt Barat	2	15	158	13	7
20.	Pwkt Timur	Pwkt Timur I	0	14	40	14	4
		Pwkt Timur II	0	0	0	0	4
21.	Pwkt Utara	Pwkt Utara I	2	7	27	3	11
		Pwkt Utara II	1	9	61	1	8
22.	Pwkt Selatan	Pwkt Selatan	1	6	76	13	5
23.	Sokaraja	Sokaraja I	0	28	36	9	26
		Sokaraja II	0	0	11	33	36
24.	Kembaran	Kembaran I	12	22	47	14	12
		Kembaran II	4	4	0	4	8
25.	Sumbang	Sumbang I	4	15	29	11	15
		Sumbang II	3	36	95	33	10
26.	Baturaden	Baturaden I	1	2	30	8	16
		Baturaden II	3	18	22	6	2
27.	Kd. Banteng	Kd. Banteng	5	25	19	15	10

Tabel 2 menunjukkan kasus Tb paru BTA positif mengalami peningkatan di Kabupaten Banyumas dari tahun 2004 sampai 2008. Pada tahun 2004 jumlah kasus Tb paru BTA positif terbanyak di Puskesmas Lumbir, tahun 2005 terbanyak di Puskesmas Karanglewas, tahun 2006 terbanyak di Puskesmas Purwokerto Barat, tahun 2007 di Puskesmas Karanglewas dan tahun 2008 terbanyak di Puskesmas Kalibagor. Puskesmas dengan jumlah penderita Tb paru terbanyak dari tahun 2004-2008 yaitu Kalibagor, Banyumas,

Cilongok, Purwokerto Barat, Ajibarang I.

Penderita Tb paru BTA positif merupakan sumber penularan penyakit tuberkulosis paru. Pada saat penderita Tb paru BTA positif batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet, orang sehat dapat terinfeksi jika droplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernapasan. Setelah kuman tuberkulosis paru masuk melalui pernafasan, kuman tersebut dapat menyebar melalui paru-paru ke bagian tubuh lainnya melalui sistem

peredaran darah, sistem saluran langsung ke bagian tubuh lainnya limfa, saluran nafas, atau penyebaran (Depkes RI, 2002).

### 3. Kasus Tb Paru Diobati

Tabel 3. Jumlah Kasus Diobati Per Puskesmas di Kabupaten Banyumas tahun 2004-2007

NO.	KECAMATAN	PUSKESMAS	JUMLAH KASUS DIOBATI			
			2004	2005	2006	2007
1.	Lumbir	Lumbir	18	21	17	20
2.	Wangon	Wangon I	4	4	11	1
		Wangon II	10	13	15	16
3.	Jatilawang	Jatilawang	0	19	31	29
4.	Rawalo	Rawalo	2	8	37	12
5.	Kebasen	Kebasen	0	5	28	7
6.	Kemranjen	Kemranjen I	0	0	1	0
		Kemranjen II	2	9	17	17
7.	Sumpiuh	Sumpiuh I	0	2	15	18
		Sumpiuh II	2	10	11	11
8.	Tambak	Tambak I	9	21	31	34
		Tambak II	8	13	9	9
9.	Somogede	Somogede	2	7	5	5
10.	Kalibagor	Kalibagor	9	72	74	40
11.	Banyumas	Banyumas	10	22	46	37
12.	Patikraja	Patikraja	0	9	41	4
13.	Purwojati	Purwojati	3	16	24	23
14.	Ajibarang	Ajibarang I	13	29	19	40
		Ajibarang II	0	10	12	8
15.	Gumelar	Gumelar	2	9	40	8
16.	Pekuncen	Pekuncen	7	24	80	25
17.	Cilongok	Cilongok I	11	20	58	23
		Cilongok II	2	11	80	6
18.	Karanglewas	Karanglewas	3	41	57	45
19.	Pwkt Barat	Pwkt Barat	2	15	158	13
20.	Pwkt Timur	Pwkt Timur I	0	14	40	14
		Pwkt Timur II	0	0	0	0
21.	Pwkt Utara	Pwkt Utara I	2	7	27	3
		Pwkt Utara II	1	9	61	1
22.	Pwkt Selatan	Pwkt Selatan	1	6	76	13



Tabel 3. Jumlah Kasus Diobati Per Puskesmas di Kabupaten Banyumas tahun 2004-2007

23.	Sokaraja	Sokaraja I	0	28	36	9
		Sokaraja II	0	0	11	33
24.	Kembaran	Kembaran I	12	22	47	14
		Kembaran II	4	4	0	4
25.	Sumbang	Sumbang I	4	15	29	11
		Sumbang II	3	36	95	33
26.	Baturaden	Baturaden I	1	2	30	8
		Baturaden II	3	18	22	6
27.	Kd. Banteng	Kd. Banteng	5	25	19	15

Tabel 3 menunjukkan kasus Tb paru diobati di Kabupaten Banyumas dari tahun 2004 sampai 2008. Kasus Tb paru yang diobati hampir sama dengan kasus Tb paru BTA positif. Pada tahun 2004 jumlah kasus Tb paru yang diobati terbanyak di Puskesmas Lumbir, tahun 2005 terbanyak di Puskesmas Karanglewas, tahun 2006 terbanyak di Puskesmas Purwokerto Barat, tahun 2007 di Puskesmas Karanglewas dan tahun 2008 terbanyak di Puskesmas Kalibagor.

Usaha menekan kasus TB paru dihadang resistensi obat anti TB paru. Penemuan obat-obat TB paru yang diharapkan dapat menjadi senjata mengurangi penambahan kasus TB paru malah membawa bencana resistensi, bahkan juga resistensi ganda (MDR) (Aditama, 2006).

Menurut Zulkarnain (2005) pengobatan yang tidak teratur, kombinasi obat yang tidak adekuat diduga menimbulkan resistensi (*Drug Resistance* = DR- TB paru) dan resistensi ganda *M. tuberculosis* terhadap obat anti tuberkulosis (OAT) atau *Multidrug Resistance Tuberculosis* (MDR- TB paru). Pasien MDR- TB paru memerlukan pengobatan dengan obat lini kedua yang lebih beracun dan lebih tinggi risiko penularannya serta biaya yang lebih mahal karena tinggal di rumah sakit lebih lama. MDR- TB paru muncul sebagai akibat akumulasi mutasi penyebab resistensi pada satu obat atau akuisisi unsur-unsur MDR (Sinaga.dkk, 2000).

Kepala Departemen Pulmonologi dan Ilmu Respirasi Fakultas kedokteran Universitas

Indonesia di Jakarta menyatakan kasus resistensi kuman terhadap obat anti tuberkulosis (MDR TB paru) terus meningkat dalam beberapa tahun terakhir ini (Kompas, 14 Februari 2009). Menurut Aditama (2006), fenomena MDR menjadi salah satu batu sandungan penting dalam penanganan TB paru. Pengobatan pasien MDR TB paru menjadi lebih sulit, lebih mahal, lebih banyak efek samping dengan tingkat kesembuhan yang relatif rendah. Masalah utama resistensi *M. tuberculosis* terhadap OAT bukan hanya cara penanganannya tapi pada cara pencegahannya. Dampak resistensi *M. tuberculosis* terhadap OAT merupakan salah satu faktor penting penghambat suksesnya Program Nasional Penanggulangan TB paru.

Terdapat banyak faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya resistensi kuman TB paru khususnya pada MDR-TB paru meliputi faktor genetik dan non genetik. Terjadinya resistensi OAT khususnya MDR-TB paru dipengaruhi berbagai faktor, diantaranya ketidakpatuhan

berobat, imunitas yang rendah, komunitas serta pengobatan yang tidak memadai. Faktor komunitas meliputi lingkungan yang buruk, sosial ekonomi yang rendah serta pendidikan dan pengetahuan yang rendah. Faktor genetik berupa mutasi spontan dan non genetik berupa proses transduksi serta konjugasi (Reviono dan Susilo, 2007).

Faktor-faktor penyebab penyakit tuberkulosis paru semakin bertambah dengan adanya penambahan penduduk, penambahan usia-rata-rata, urbanisasi dan industrialisasi, peningkatan produksi rokok, dan jumlah perokok reguler, rendahnya pendapatan, rendahnya kualitas gizi di masyarakat, buruknya lingkungan perumahan, sanitasi, dan kepadatan penghuni rumah. Menurut teori Blum, derajat kesehatan seseorang dipengaruhi oleh empat faktor yaitu lingkungan, perilaku terhadap kesehatan, pelayanan kesehatan dan keturunan. Salah satu aspek lingkungan yang sampai saat ini masih menjadi masalah adalah kondisi perumahan yang kurang sehat dan kurang

layak, dimana permasalahan ini akan mempengaruhi kesehatan penghuni dan lingkungannya. Penyehatan perumahan merupakan salah satu pencegahan penularan

penyakit tuberkulosis paru, sehingga tidak memberi kesempatan tumbuh suburnya kuman *M. tuberculosis* (Depkes RI, 2002)

#### 4. Kasus Tb Paru Sembuh

Tabel 4 Jumlah Kasus Tb paru sembuh Per Puskesmas di Kabupaten Banyumas tahun 2004-2007

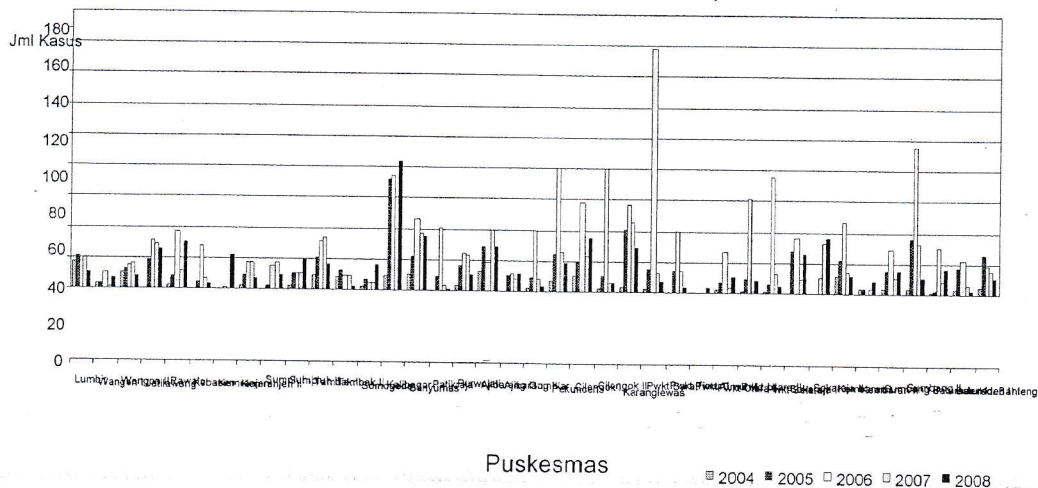
NO.	KECAMATAN	PUSKESMAS	Tb paru sembuh			
			2005	2006	2007	2008
1.	Lumbir	Lumbir	14	17	8	19
2.	Wangon	Wangon I	4	4	7	1
		Wangon II	9	12	8	12
3.	Jatilawang	Jatilawang	0	18	7	29
4.	Rawalo	Rawalo	2	8	22	12
5.	Kebasen	Kebasen	0	5	10	7
6.	Kemranjen	Kemranjen I	0	0	1	0
		Kemranjen II	2	9	11	14
7.	Sumpiuh	Sumpiuh I	0	2	6	18
		Sumpiuh II	2	10	5	10
8.	Tambak	Tambak I	8	20	24	31
		Tambak II	8	13	6	9
9.	Somogede	Somogede	2	6	4	4
10.	Kalibagor	Kalibagor	7	66	63	39
11.	Banyumas	Banyumas	9	19	31	35
12.	Patikraja	Patikraja	0	9	7	3
13.	Purwojati	Purwojati	3	15	8	21
14.	Ajibarang	Ajibarang I	13	29	8	36
		Ajibarang II	0	10	2	8
15.	Gumelar	Gumelar	2	9	6	7
16.	Pekuncen	Pekuncen	7	22	15	24
17.	Cilongok	Cilongok I	11	20	26	21
		Cilongok II	1	10	12	6
18.	Karanglewas	Karanglewas	3	39	23	42
19.	Pwkt Barat	Pwkt Barat	2	15	12	10
20.	Pwkt Timur	Pwkt Timur I	0	13	21	13

Tabel 4 Jumlah Kasus Tb paru sembuh Per Puskesmas di Kabupaten Banyumas tahun 2004-2007

		Pwkt Timur II	0	0	-	0
21.	Pwkt Utara	Pwkt Utara I	2	7	3	3
		Pwkt Utara II	1	9	9	1
22.	Pwkt Selatan	Pwkt Selatan	1	6	12	11
23.	Sokaraja	Sokaraja I	0	26	18	8
		Sokaraja II	0	0	9	31
24.	Kembaran	Kembaran I	11	22	23	14
		Kembaran II	4	4	-	4
25.	Sumbang	Sumbang I	4	14	12	11
		Sumbang II	3	35	11	31
26.	Baturaden	Baturaden I	1	2	10	8
		Baturaden II	3	17	6	5
27.	Kd. Banteng	Kd. Banteng	4	23	12	12

Tabel 4 menunjukkan kasus Tb paru sembuh di Kabupaten Banyumas dari tahun 2004 sampai 2008. Kasus Tb paru sembuh hampir sama dengan kasus Tb paru BTA positif. Pada tahun 2005

jumlah kasus Tb paru yang sembuh terbanyak di Puskesmas Lumbir, tahun 2006 terbanyak di Puskesmas Kalibagor, tahun 2007 terbanyak di Puskesmas Kalibagor, dan tahun 2008 di Puskesmas Karanglewas.



Gambar 2 Kasus Tb paru di Kabupaten Banyumas Tahun 2004-2008

Gambar 2 menunjukkan bahwa setiap Puskesmas di wilayah Kabupaten Banyumas terdapat kasus Tb paru BTA positif. Jika ada seorang penderita Tb paru BTA positif dia bisa menularkan kepada orang lain, hal ini perlu mendapat perhatian dari pemerintah. Hampir setiap tahun semua puskesmas terdapat kasus Tb paru, tetapi kasus terbanyak terjadi pada tahun 2006. Puskesmas yang selalu tinggi kasus Tb paru dari tahun 2004-2008 adalah Kalibagor, Karanglewas dan Sumbang

II. Pada tahun 2004 jumlah kasus terbanyak di Puskesmas Lumbir, tahun 2005 di Puskesmas Kalibagor, tahun 2006 di Puskesmas Purwokerto Barat, tahun 2007 di Puskesmas Karanglewas dan tahun 2008 di Puskesmas Kalibagor. Hal ini menunjukkan program Tb paru yang dilaksanakan oleh dinas kesehatan belum sepenuhnya berhasil, terbukti masih tingginya kasus Tb paru pada daerah yang sama dari tahun ke tahun.

#### 5. Tren kejadian Tb paru dan indikatornya (*CDR, Cure rate*) di Kabupaten Banyumas

##### a. *Case Detection Rate*

Tabel 5 *Case Detection Rate* Per Puskesmas di Kabupaten Banyumas tahun 2005-2008

NO.	KECAMATAN	PUSKESMAS	CDR			
			2005	2006	2007	2008
1.	Lumbir	Lumbir	42,46	32,79	39	19
2.	Wangon	Wangon I	7,4	19,61	2	12
		Wangon II	56,47	64,56	69	35
3.	Jatilawang	Jatilawang	29,82	47,82	48	38
4.	Rawalo	Rawalo	15,64	72,83	24	58
5.	Kebasen	Kebasen	8,98	47,76	12	5
6.	Kemranjen	Kemranjen I	0	2,81		61
		Kemranjen II	26,12	49,34	49	20
7.	Sumpiuh	Sumpiuh I	8,16	58,76	70	38
		Sumpiuh II	29,46	32,33	32	63
8.	Tambak	Tambak I	69,53	101,89	111	52
		Tambak II	66,39	43,93	44	10
9.	Somogede	Somogede	18,39	13,14	13	41
10.	Kalibagor	Kalibagor	158,77	144,23	87	162
11.	Banyumas	Banyumas	41,91	89,79	73	70

Tabel 5 Case Detection Rate Per Puskesmas di Kabupaten Banyumas tahun 2005-2008

12.	Patikraja	Patikraja	17,99	74,93	8	2
13.	Purwojati	Purwojati	42,77	67,37	63	24
14.	Ajibarang	Ajibarang I	51,84	34,57	76	49
		Ajibarang II	24,71	29,28	19	31
15.	Gumelar	Gumelar	16,88	71,88	15	8
16.	Pekuncen	Pekuncen	34,64	115,47	36	27
17.	Cilongok	Cilongok I	31,04	90,01	35	54
		Cilongok II	21,01	151,02	11	11
18.	Karanglewas	Karanglewas	72,53	96,93	78	48
19.	Pwkt Barat	Pwkt Barat	14,89	316,79	24	13
20.	Pwkt Timur	Pwkt Timur I	49,84	140,87	43	14
		Pwkt Timur II	0	0		10
21.	Pwkt Utara	Pwkt Utara I	28,35	110,49	13	46
		Pwkt Utara II	39,69	269,04	4	36
22.	Pwkt Selatan	Pwkt Selatan	9,14	114	19	7
23.	Sokaraja	Sokaraja I	53,22	70,44	18	51
		Sokaraja II	0	39,71	123	129
24.	Kembaran	Kembaran I	63,78	134,93	40	34
		Kembaran II	11,44	0	11	23
25.	Sumbang	Sumbang I	37,55	71,74	29	
		Sumbang II	95,05	248,90	89	26
26.	Baturaden	Baturaden I	7,97	119,48	33	62
		Baturaden II	87,96	99,37	27	9
27.	Kd. Banteng	Kd. Banteng	44,14	33,55	27	17

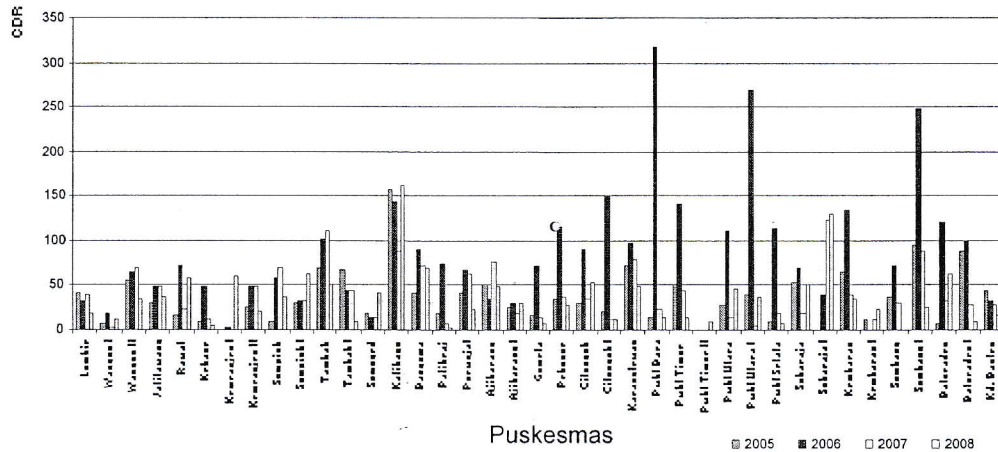
Tabel 5 menunjukkan CDR per puskesmas di Kabupaten Banyumas dari tahun 2005-2008. CDR tertinggi di tahun 2005 adalah Puskesmas Sumbang II (95,05%), Baturaden II (87,96%) dan Karanglewas (72,53%). Pada tahun 2006 CDR tertinggi ada di Puskesmas Purwokerto Barat (316,76%), Purwokerto Utara II (269,4%) dan

Sumbang II (248,9%). Pada tahun 2007 CDR tertinggi ada di Puskesmas Sokaraja II (123%), Tambak I (111%) dan Sumbang II (89%), sedangkan tahun 2008 tertinggi di Puskesmas Kalibagor (162%), Sokaraja II (129%) dan Sumpiuh II (63%).

*Case Detection Rate* menunjukkan menggambarkan cakupan

penemuan pasien baru BTA positif pada wilayah tertentu. Perkiraan jumlah pasien baru BTA positif diperoleh berdasarkan perhitungan angka insidens kasus Tb paru BTA positif dikali dengan jumlah penduduk. Target CDR program penanggulangan Tb paru nasional minimal 70%.

Untuk menilai kemajuan atau keberhasilan penanggulangan Tb paru digunakan beberapa indikator. Indikator keberhasilan penanggulangan Tb paru secara nasional ada 2 yaitu angka penemuan pasien baru Tb BTA positif (Case Detection Rate) dan angka keberhasilan pengobatan (*Success rate*).



Gambar 3. Trend CDR di Kabupaten Banyumas tahun 2005-2008

Pada Gambar 4.3 menunjukkan trend CDR di berfluktuatif. Pada tahun 2005 CDR per puskesmas-puskesmas di Kabupaten Banyumas relative sama yaitu berkisar 40-50% tetapi ada juga puskesmas yang CDR nya sudah lumayan bagus seperti Puskesmas Kalibagor dan Sumbang II. Pada tahun 2006 karena terjadi peningkatan kasus hampir di seluruh puskesmas di 2. Angka Kesembuhan (*Cure rate*)

Kabupaten Banyumas, CDR-nya pun mengalami peningkatan. Pada tahun 2007 puskesmas yang target CDR nya terlampaui adalah Tambak I dan Sokaraja II. Pada tahun 2008 hampir semua puskesmas di Kabupaten Banyumas belum mencapai target program penanggulangan Tb paru yang diharapkan karena hampir semua puskesmas CDR-nya kurang dari 70%.

Tabel 6. Angka Kesembuhan (*Cure Rate*) Tb Paru Per Puskesmas di Kabupaten Banyumas 2005-2008

NO.	KECAMATAN	PUSKESMAS	Angka kesembuhan ( <i>cure rate</i> )			
			2005	2006	2007	2008
1.	Lumbir	Lumbir	81	88,89	95	44,44
2.	Wangon	Wangon I	100	100	100	100
		Wangon II	92,3	88,89	75	0
3.	Jatilawang	Jatilawang	94,7	87,50	100	76,47
4.	Rawalo	Rawalo	100	84,62	100	100
5.	Kebasen	Kebasen	100	90,91	100	100
6.	Kemranjen	Kemranjen I	0	100	0	0
		Kemranjen II	100	100	82	100
7.	Sumpiuh	Sumpiuh I	100	60	100	86,67
		Sumpiuh II	100	100	91	100
8.	Tambak	Tambak I	95,2	92,31	91	100
		Tambak II	100	85,71	100	30,43
9.	Somogede	Somogede	85,7	80	80	80
10.	Kalibagor	Kalibagor	89,2	94,03	98	33,33
11.	Banyumas	Banyumas	86,4	86,11	95	28,57
12.	Patikraja	Patikraja	100	100	75	88,80
13.	Purwojati	Purwojati	93,8	100	91	100
14.	Ajibarang	Ajibarang I	100	88,89	90	36,67
		Ajibarang II	100	100	100	73,61
15.	Gumelar	Gumelar	100	100	88	36,36
16.	Pekuncen	Pekuncen	95,7	93,75	96	36,36
17.	Cilongok	Cilongok I	100	86,67	91	95,60
		Cilongok II	90,9	85,71	100	13,51
18.	Karanglewas	Karanglewas	95,1	92	98	90
19.	Pwkt Barat	Pwkt Barat	100	66,67	77	41,18
20.	Pwkt Timur	Pwkt Timur I	92,9	91,30	93	100
		Pwkt Timur II	0	-	0	20
21.	Pwkt Utara	Pwkt Utara I	100	23,08	100	57,14
		Pwkt Utara II	100	150	100	100
22.	Pwkt Selatan	Pwkt Selatan	100	133,33	86	100
23.	Sokaraja	Sokaraja I	92,9	85,71	89	100
		Sokaraja II	0	90	92	80
24.	Kembaran	Kembaran I	91,7	92	99	32
		Kembaran II	100	-	100	91,67
25.	Sumbang	Sumbang I	93,3	100	82	46,67
		Sumbang II	97,2	91,67	94	71,43
26.	Baturaden	Baturaden I	66,7	90,91	100	90
		Baturaden II	94,4	100	83	95,83
27.	Kd. Banteng	Kd. Banteng	92	100	87	48,48

Tabel 6 menunjukkan persentase kesembuhan Tb paru (*Cure Rate*) di Kabupaten Banyumas tahun 2005-2008. Sebagian besar puskesmas di Kabupaten Banyumas persentase kesembuhannya sudah lebih besar dari 85%, tetapi masih

ada beberapa puskesmas yang angka kesembuhannya masih rendah kurang dari 60%. Pada tahun 2005 puskesmas dengan *Cure Rate* kurang dari 80% adalah Baturaden II, sedangkan untuk puskesmas Kemranjen I, Purwokerto

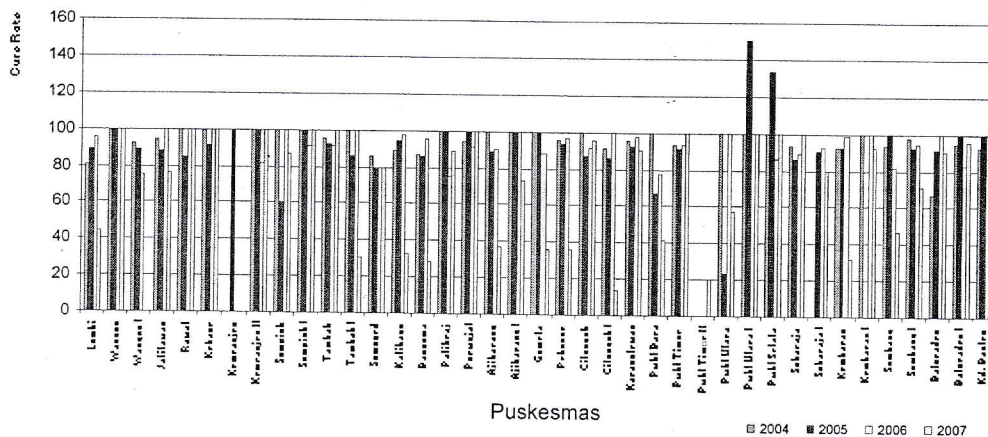


Timur II dan Sokaraja II tidak tersedia datanya. Tahun 2006 puskesmas yang Cure Ratenya kurang dari target yaitu Purwokerto Utara I dan Sumpiuh I, tahun 2007 yaitu Puskesmas Wangon II dan Patikraja, tahun 2008 yaitu Lumbir, Jatilawang, Tambak II, Kalibagor, Banyumas, Ajibarang I, Ajibarang II, Pekuncen, Gumelar, Purwokerto Barat, Purwokerto Timur II, Purwokerto Utara I, Kembaran I, Sumbang I, Sumbang II dan Kedungbanteng.

Angka kesembuhan adalah angka yang menunjukkan persentase

pasien baru Tb BTA positif yang sembuh setelah selesai masa pengobatan, diantara pasien baru Tb BTA positif yang tercatat.

Angka minimal yang harus dicapai adalah 85%. Angka kesembuhan digunakan untuk mengetahui hasil pengobatan. Walaupun angka kesembuhan telah mencapai 85%, hasil pengobatan lainnya tetap perlu diperhatikan yaitu berapa pasien dengan hasil pengobatan lengkap, meninggal, gagal, default dan pindah.



Gambar 4. Trend Cure Rate di Kabupaten Banyumas 2004-2007

Pada gambar tersebut menunjukkan bahwa pada tahun 2004-2008 angka kesembuhan (cure rate) di Kabupaten Banyumas sudah cukup baik, secara rata-rata hampir 85%.

Tetapi tetap masih ada beberapa puskesmas yang angka kesembuhannya kurang dari 85%. Masih adanya puskesmas dengan angka kesembuhan kurang dari 85% menunjukkan hasil

pengobatan kurang berhasil, hal ini dimungkinkan adanya pasien yang drop out atau berhenti pengobatan sebelum sembuh.

Secara umum permasalahan Tb paru di Kabupaten Banyumas masih membutuhkan perhatian serius dari semua pihak. Masih banyak puskesmas dengan kasus BTA positif membuktikan Kabupaten Banyumas merupakan daerah endemis TB paru. Puskesmas untuk kasus BTA positif terbanyak adalah Puskesmas Lumir, Karanglewas, Purwokerto Barat dan Kalibagor. Untuk indikator CDR hampir

semua puskesmas di Banyumas nilai CDR-nya masih dibawah target nasional yaitu 70%. Puskesmas dengan nilai CDR sudah lebih dari target nasional adalah Tambak I, Kalibagor, Banyumas dan Sumbang II. Untuk angka Cure Rate tahun 2008 masih ada beberapa puskesmas yang nilainya dibawah target program penanggulangan yaitu Puskesmas Kalibagor, Banyumas, Ajibarang I, Gumelar, Cilongok II, Purwokerto Barat, Purwokerto Timur II, Purwokerto Utara I, Kembaran I, Sumbang I dan Kedung Banteng.

## SIMPULAN DAN SARAN

### a. Simpulan

1. Jumlah kasus Tb paru klinis di Kabupaten Banyumas tahun 2004-2008 mengalami penurunan, jumlah kasus BTA positif mengalami peningkatan, dan semua kasus BTA positif sudah dilakukan pengobatan tetapi untuk jumlah kesembuhan belum semua kasus BTA positif sembuh.
2. Kasus Tb paru di Kabupaten Banyumas masih menjadi

permasalahan kesehatan yang penting, ini dibuktikan semua puskesmas di Kabupaten Banyumas dari tahun 2004-2008 masih terdapat kasus Tb paru BTA positif sebagai sumber penularan.

3. Rata-rata *Case Detection Rate* di Kabupaten Banyumas berkisar 40-50% yang menunjukkan masih dibawah target CDR program

penanggulangan Tb paru nasional yang minimal 70% dan Angka *Cure Rate* sudah cukup bagus

#### b. Saran

Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas dan puskesmas: terus dilakukan upaya-upaya penemuan kasus Tb paru baik secara pasif maupun aktif dan meningkatkan nilai *cure rate* dengan melakukan

berkisar 85% tapi masih ada yang belum memenuhi target minimal penanggulangan Tb paru.

pengawasan terhadap perilaku minum obat penderita Tb dengan mengaktifkan kembali PMO sehingga tingkat kesembuhan bisa lebih baik lagi.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Aditama. T.Y, *Perkembangan Mutakhir Diagnosis Tuberkulosis Paru*, Cermin Dunia Kedokteran, 1995
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, "Profil Kesehatan Indonesia", Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 1999.
- Departemen Kesehatan, *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis cetakan ke 8*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 2002.
- [Http://www.tempointeraktif.com](http://www.tempointeraktif.com).2008. *Setiap Bulan Ditemukan 30 Penderita Tuberkulosis Baru*. Diakses tanggal 11 Mei 2009
- Reviono. dan Susilo J. 2007, *MDR-XDR Tuberkulosis*. Pertemuan Ilmiah Respirologi, Surakarta, 2007.
- Sinaga H, Syahid I, Siahaaru N, Santoso I.P, "Resistensi *M. tuberculosis* terhadap Obat Anti Tuberkulosis Bahan Baku dan Obat Generik di Bagian Patologi klinik Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran dan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung", *Cermin Dunia Kedokteran* no 127, 2000
- Soemantri, S and Senewe, F.P, *Indonesia: Tuberculosis Prevalence Survey 2004*. Balitbangkes. Jakarta, 2005
- Zulkarnain. 2005. *Analisis Drug Resistance dan Multi Drug Resistance Tuberculosis pada Previously Treated Cases dengan Strategi DOTS di Kabupaten Deli Serdang Tahun 2004*. <http://www.geocities.com/Yosemite/Rapids/1744/cklobpt8.html>. diakses tanggal 14 Mei 2008.
- Nikmawati, Windarwati, dan Hardjoeno, Resistensi Mycobakterium tuberkulosis Terhadap Obat Anti Tuberkulosis (Drug Resistance of Mycobakterium tuberkulosis), *Indonesian Journal of Clinical Pathology and Medical laboratory*, Vol. 12 no.2, 2006
- Notoadmojo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta
- Subdit. Surveilans Epidemiologi, 2006. *Buku Data 2005*, Subdit.Surveilans Epidemiologi, Jakarta.
- Depkes RI, 2000. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Depkes RI, Jakarta.
- Murti, B. 2003. *Metode dan Riset Epidemiologi*, Gajahmada University Pres, Yogyakarta

# INFLUENCE OF KNOWLEDGE AND ATTITUDE ON BREASTFEEDING PRACTICE: A LITERATURE REVIEW

## PENGARUH PENGETAHUAN DAN SIKAP PADA PRAKTIK MENYUSUI : STUDI LITERATUR

Lina Handayani<sup>1</sup>, Azlina Md Kosnin<sup>2</sup>, Yeo Kee Jiar<sup>3</sup>  
Universitas Ahmad Dahlan<sup>1</sup>, Universiti Teknologi Malaysia<sup>2-3</sup>

### ABSTRACT

The knowledge and attitude are very important for successful breastfeeding practice. This paper reports a systematic literature review about the influence of knowledge and attitude on breastfeeding practice around the world. An online literature search was conducted in Science Direct, Cochrane Database of systematic reviews, PubMed, WileyInterScience, SpringerLink, and Garuda. Almost all of the studies show the similar results; knowledge and attitude influence breastfeeding practice.

Key words: breastfeeding, knowledge, attitude

### INTRODUCTION

Mothers need to know the skills and advantages of breastfeeding so that they can continue to feed their babies and keep up their milk supply. The knowledge about benefits and technique of breastfeed is very important for successful breastfeeding practice. Mother's knowledge was identified as important in influencing infant feeding choice (Kong & Lee, 2004).

Allport (2008) stated that attitude is a mental and neural state of readiness, organized through experience, exerting a directive or dynamic influence upon the individual response to all objects and situations with which it is related. An attitude characteristically provokes

behavior that is favorable or unfavorable, affirmative or negative toward the object with which it is related. This double polarity in the direction of attitudes is often regarded as their most distinctive feature.

Mothers' attitude toward breastfeeding plays a role in the choice of feeding method (Kong & Lee, 2004). Parents of breastfeeding infants had more positive attitude towards breastfeeding than parents of formula feedings infants (Shaker, Scott, & Reid, 2004). Kools et al (2005) stated that attitude predicted the initiation of breastfeeding.