

**FAKTOR- FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN PKTB (PRIMER
KOMPLEK TUBERKULOSIS) PADA BALITA
USIA 1-5 TAHUN DI RSUD PANEMBAHAN
SENOPATI BANTUL**

Lina Kurniawati¹, Herlin Fitriana²

Abstrak : Tuberculosis is the highest cause of death after infectious diseases. Children aged 1-5 years is very vulnerable to contracting tuberculosis and if they are easily infected with tuberculosis disease and tend to suffer from severe tuberculosis, such as tuberculosis, meningitis, tuberculosis or lung disease milier heavy. There are many factors that influence PKTB. The aim of this research is to determine the factors associated with the incidence in infants aged 1-5 PKTB years in Panembahan Senopati Bantul District Hospital in 2010. The method that conducted this research was qualitatif descriptive with indepth interview. Subjects were infants who suffer PKTB (cases) and infants who do not suffer PKTB (control) was examined in Panembahan Senopati Bantul District Hospital and resides in the district of Bantul. Taking Samples in this study were 10 respondent using non probability purposive sampling with orientation interview. Results showed that factors influencing the incidence PKTB is contact history and family smoking habits. Contact history and family smoking habit is the dominant factor influencing the incidence PKTB so that both these factors should receive attention.

Keywords : Influence factors, PKTB, Toddlers aged 1-5 years,

Penyakit *tuberculosis* (TB) merupakan penyakit menular dan bersifat kronik, masih menyebabkan angka kesakitan dan kematian yang tinggi di berbagai negara di dunia. Indonesia merupakan negara berkembang yang menyumbang penderita paru terbesar ke 3 di dunia setelah China dan India. Hasil penelitian WHO dan Unicef di daerah Yogyakarta 0,6% penduduknya menderita Tuberculosis dengan hasil positif di dalam dahaknya, dengan prevalensi antara kota dan desa masing-masing 0,5-0,8% di kota dan 0,3-0,4 di desa. Uji mantoux pada 50% penduduk menunjukkan hasil positif dengan perincian berdasarkan golongan umur 1-6 tahun 25,9%. Umur 7-14 tahun 42,5 % dan umur 15 tahun ke atas 58,6% . Di

daerah kabupaten Bantul menurut hasil rekapan laporan Pemberantasan Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul 2002 prevalensi penyakit Primer Kontak Tuberculosis sebesar 2,49% dari jumlah balita seluruhnya yaitu 60.175 anak. TB pada anak disebut dengan *Primer Komplek Tuberculosis* (PKTB). PKTB merupakan TB yang timbul dalam 5 tahun pertama setelah terjadinya infeksi basil TB untuk pertama kalinya. Penyakit ini penularannya melalui udara atau *droplet nuclei* yang dikeluarkan individu terinfeksi dalam masa aktif dan dapat juga peroral yaitu meminum susu yang mengandung *micobacterium bovis*. Pada anak-anak gejala yang mengawali kejadian PKTB di antaranya adalah masalah makan dan berat badan (MMBB).

¹Mahasiswa D IV Kebidanan 'Aisyiyah Yogyakarta

²Dosen STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

Usia anak 1- 5 tahun sangat rawan tertular tuberculosis dan bila terinfeksi mereka mudah terkena penyakit tuberculosis. Akibat dari PKTB adalah hemoptisis berat, suatu komplikasi yang mungkin terjadi pada stadium lanjut berupa perdarahan dari saluran nafas pada stadium lanjut berupa perdarahan dari saluran nafas bawah yang dapat mengakibatkan shock hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas yang dapat mengakibatkan kematian. Upaya pemerintah untuk menurunkan angka kejadian *Primer Komplek Tuberkulosis* (PKTB) telah dilakukan sejak tahun 1995 dengan mengadakan program DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse Chemoterapy*) yang direkomendasikan WHO. Upaya lain yang menjadi dasar kebijakan pemerintah yaitu dibentuknya Komite Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Paru.

Di dalam MDGs juga peran bidan terdapat pada tujuan ke 4 yaitu menurunkan angka kematian anak targetnya yaitu mengurangi 2 pertiganya tingkat kematian anak di bawah usia 5 tahun. Selain di MDGs peran bidan dalam mengatasi *Primer Komplek Tuberkulosis* sesuai dengan wewenangnya antara lain memberikan pelayanan dalam pemberian imunisasi untuk pencegahan penyakit pada bayi dan anak

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti dengan mengambil data sekunder di RSUD Panembahan Senopati Bantul dari bulan Januari 2010 sampai dengan Mei 2010 tercatat sebanyak 76 kasus PKTB. Hal ini perlu dilakukan upaya-upaya untuk mengurangi atau bahkan menghilangkan kasus PKTB. Untuk mengurangi atau menghilangkan kasus PKTB perlu adanya analisis penyebab PKTB di

Kabupaten Bantul, analisis ini bertujuan untuk mencari factor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian PKTB di Bantul.

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian deskriptif kualitatif Pengumpulan data utama melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh balita yang menderita PKTB yang memeriksakan di poli anak RSUD Bantul tahun 2010. Pengambilan sampel menggunakan tehnik *non probability purposive sampling*. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 10 orang yang diambil register poli anak RSUD Bantul. Sampel terbagi menjadi 2 kriteria yaitu kelompok kasus yaitu orang tua yang anaknya terkena PKTB dan kelompok control yaitu orang tua yang anaknya tidak terkena PKTB.

Adapun tahapan proses analisis terhadap data yang diperoleh dalam penelitian ini menggunakan langkah dari Colaizzi adalah sebagai berikut:

- 1) Mencatat data yang diperoleh.
- 2) Memilih dari kutipan kata dan pernyataan yang berhubungan dengan fenomena yang diteliti.
- 3) Mencoba memformulasikan makna untuk masing-masing pernyataan yang signifikan.
- 4) Mengulang proses ini untuk semua hasil transkrip dari responden untuk menentukan kategori data.
- 5) Selanjutnya peneliti akan mengintegrasikan hasil secara keseluruhan kedalam bentuk deskriptif naratif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian PKTB pada balita di RSUD Panembahan Senopati Bantul dilaksanakan pada bulan Juli 2010 di poli anak RSUD Panembahan Senopati Bantul. Data karakteristik responden yang terkumpul disajikan sebagai berikut :

a. Tingkat Pendidikan

Tabel.4.1

Distribusi subjek penelitian menurut tingkat pendidikan

| No | Tingkat Pendidikan | Kasus | | kontrol | | Jumlah |
|----|--------------------|-------|-----|---------|-----|--------|
| | | N | % | N | % | |
| 1 | Tidak sekolah | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | SD | 2 | 40 | 1 | 20 | 3 |
| 3 | SMP | 1 | 20 | 2 | 40 | 3 |
| 4 | SMA | 2 | 40 | 2 | 40 | 4 |
| 5 | PT | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Jumlah | 5 | 100 | 5 | 100 | 10 |

Table 4.1 menunjukkan distribusi subjek penelitian bahwa tingkat pendidikan orang tua pada kelompok kasus sebanyak 2 orang atau 40% berpendidikan SD, 1 orang atau 20% berpendidikan SMP dan 2 orang atau 40% berpendidikan SMA. Pada kelompok control 1 orang atau 20% berpendidikan SD, 2 orang atau 40% berpendidikan SMP dan 2 orang atau 40% berpendidikan SMA.

b. Jenis Pekerjaan

Tabel.4.2

Distribusi subjek penelitian menurut jenis pekerjaan

| No | Pekerjaan | Kasus | | Control | | Jumlah |
|----|------------|-------|-----|---------|-----|--------|
| | | N | % | N | % | |
| 1 | IRT | 5 | 100 | 3 | 60 | 8 |
| 2 | Petani | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | Wiraswasta | 0 | 0 | 1 | 20 | 1 |
| 4 | PNS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | Buruh | 0 | 0 | 1 | 20 | 1 |
| | Jumlah | 5 | 100 | 5 | 100 | 10 |

Table 4.2 menunjukkan distribusi subjek penelitian bahwa jenis pekerjaan pada kelompok kasus semuanya bekerja sebagai ibu rumah tangga. Dari kelompok control sebanyak 3 orang atau 60% sebagai ibu rumah tangga, sebanyak 1 orang atau 20% sebagai wiraswasta dan 1 orang atau 20% sebagai buruh.

c. Usia pasien PKTB

Tabel.4.3

Distribusi subjek penelitian menurut usia pasien PKTB

| No | Usia | Kasus | | kontrol | | Jumlah |
|----|---------------|-------|-----|---------|-----|--------|
| | | N | % | N | % | |
| 1 | 1 – 2 tahun | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | > 2 – 3 tahun | 3 | 60 | 1 | 20 | 4 |
| 3 | > 3 – 4 tahun | 2 | 40 | 3 | 60 | 5 |
| 4 | > 4 tahun | 0 | 0 | 1 | 20 | 1 |
| | Jumlah | 5 | 100 | 5 | 100 | 10 |

Table 4.3 menunjukkan distribusi subjek penelitian bahwa usia pasien PKTB pada kelompok kasus sebanyak 3 pasien atau 60% berusia diatas 2 tahun sampai 3 tahun dan 2 pasien atau

40% berusia diatas 3 tahun sampai 4 tahun. Dari kelompok kontrol sebanyak 1 pasien atau 20% berusia diatas 2 tahun sampai 3 tahun, 3 pasien atau 60% berusia diatas 3 tahun sampai 4 tahun sedangkan yang berusia diatas 4 tahun 1 pasien atau 20%.

1. Analisa Tema

Setelah dilakukan analisa tema dengan menggunakan prosedur analisa maka didapatkan tema sebagai hasil penelitian ini.

- a. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kejadian PKTB

Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kejadian PKTB pada balita usia 1-5 tahun yang dialami oleh penderita menurut responden, muncul beberapa tema yang akan diuraikan di bawah ini:

Tema 1: Riwayat keluarga yang merokok

Tema ini terbentuk dari dua kategori yaitu keluarga inti dan keluarga tambahan. Responden mengungkapkan sebagai berikut:

"...lha bapaknya merokok...."(R1)

Responden yang lain pun menyatakan hal yang sama

"...sing ngrokok bapake...."(R2)

Kategori yang kedua yaitu keluarga tambahan sebagai perokok aktif di rumah dimana penderita PKTB tinggal, seperti yang diungkapkan sebagai berikut:

"...mbahe ten griyo ngrokok...."(R2)

Tema 2: Riwayat kontak

Riwayat kontak ini dibentuk oleh dua kategori yaitu riwayat kontak dengan anggota satu rumah dan riwayat kontak dengan tetangga. seperti yang diungkapkan oleh responden sebagai berikut:

"....ketularan kaleh mase...."(R1)

Kategori yang kedua yaitu riwayat kontak dengan tetangga seperti yang diungkapkan sebagai berikut:

"...ketularan kaleh tetangga...."(R2)

- b. Usaha mengatasi PKTB pada pasien penderita PKTB

Usaha mengatasi PKTB yang dilakukan oleh responden pada pasien penderita PKTB ditemukan dua tema yang akan diuraikan sebagai berikut:

Tema 3: berobat secara medis

Hal ini dinyatakan oleh responden dengan ungkapan sebagai berikut:

"...dibeto ten rumah sakit..."(R1)

"...pados tombo ten rumah sakit..."(R2)

Tema 4: berobat secara tradisional

Hal ini dinyatakan oleh responden dengan ungkapan sebagai berikut:

"....ngangge obat jowo..."(R1)

- c. Usaha pencegahan PKTB pada pasien yang tidak menderita PKTB

Usaha pencegahan PKTB yang dilakukan oleh responden pada pasien penderita PKTB ditemukan dua tema yang akan diuraikan sebagai berikut:

Tema 5: imunisasi

Tema ini dibentuk dari satu kategori yaitu imunisasi BCG. Hal ini seperti diungkapkan oleh responden sebagai berikut:

"....anak kulo diimunisasi..."(R1)

Responden yang lain pun menyatakan hal yang sama yaitu:

"...riyen pas bayi pun diimunisasi..."(R2)

Tema 6: mengendalikan lingkungan

Tema tersebut terdiri dari dua kategori yaitu; menghindari kontak langsung dengan penderita TB dan menghindari orang yang merokok disekitarnya. Tema-tema tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

“.....mboten cerak- cerak kaleh tiyang sing kengeng TBC....”(R1)

Ada juga responden yang menyatakan hal tentang menghindari orang yang merokok di sekitarnya yaitu:

“....nek enten sing ngrokok ngaleh....”(R2)

Berdasarkan hasil analisa tersebut dapat menjawab tujuan umum dari penelitian ini yaitu diketahuinya faktor- faktor yang berhubungan dengan kejadian PKTB pada balita usia 1-5 tahun di RSUD Panembahan Bantul.

Hasil pengumpulan data kemudian dikelompokkan dan disajikan sebagai berikut :

Table 4.4

Hasil pengumpulan data factor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian PKTB di RSUD Panembahan Senopati

| No | Variabel | Kasus | Kontrol | Jumlah |
|----|----------------|----------|---------|--------|
| 1 | Status Ekonomi | | | |
| | a. Miskin | 2 (40%) | 1(20%) | 3 |
| | b. Cukup | 3 (60%) | 4 (80%) | 7 |
| 2 | Merokok | | | |
| | a. Ya | 5 (100%) | 1(20%) | 6 |
| | b. Tidak | 0 | 4 (80%) | 4 |
| 3 | Imunisasi BCG | | | |
| | a. Ya | 5 (100%) | 4 (80%) | 9 |
| | b. Tidak | 0 | 1(20%) | 1 |
| 4 | Riwayat Kontak | | | |
| | a. Ada | 3 (60%) | 2 (40%) | 5 |
| | b. Tidak ada | 2 (40%) | 3(60%) | 5 |

Table 4.4 menunjukkan hasil pengumpulan data bahwa pada status ekonomi diperoleh proporsi subjek dengan status miskin pada kelompok kasus sebesar 40% sedangkan pada

kelompok control 20%. Pada variable merokok diketahui proporsi subjek pada kelompok kasus dengan status merokok sebesar 100% sedangkan pada kelompok control 20%. Pada status imunisasi BCG diketahui pada kelompok kasus 100% telah diimunisasi BCG sedang pada kelompok control 80% yang telah diimunisasi BCG. Pada variable riwayat kontak diketahui sebesar 60% kasus mempunyai riwayat kontak dengan penderita Tuberculosis, sedangkan pada kelompok control sebesar 40% mempunyai riwayat kontak dengan penderita tuberculosis.

Pembahasan

Dalam bab pembahasan akan dibahas mengenai tema-tema yang telah ditemukan dan teori-teori yang mendukung tema tersebut. Berikut interpretasi tema-tema:

2. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kejadian PKTB

Tema Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kejadian PKTB pada balita usia 1-5 tahun terdiri dari dua tema yaitu riwayat keluarga merokok dan riwayat kontak. Masing-masing tema akan diuraikan berdasarkan teori sebagai berikut:

Tema 1 : riwayat keluarga merokok

Tema merokok dalam penelitian ini terdiri dari dua kategori yaitu: keluarga inti dan keluarga tambahan. Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak. Sedangkan keluarga tambhan adalah selain dari keluarga inti itu sendiri. Dari penelitian ini didapatkan hasil pengumpulan data menunjukkan 100% (5 orang) proporsi penderita

PKTB keluarganya ada yang merokok, sedang pada kelompok control hanya 20% (1 orang), sehingga dapat dikatakan bahwa status merokok merupakan factor yang mempengaruhi kejadian PKTB pada balita di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Dampak negatif merokok bukan saja terjadi kepada mereka yang merokok, tetapi juga bagi mereka yang tidak merokok (merokok pasif) yang berada disekitarnya. Jika ada anggota keluarga yang merokok dalam rumah maka dapat memberikan kontribusi terhadap penularan TB melalui asap rokok bagi siperokok sendiri maupun anggota keluarga yang ada di dalam rumah. Hasil susenas 2001 menyebutkan diantara perokok penduduk laki-laki lebih banyak merokok (54%) dibandingkan dengan perempuan. Dampak negatif merokok bukan saja terjadi kepada mereka yang merokok, tetapi juga bagi mereka yang tidak merokok (merokok pasif) yang berada disekitarnya. Jika ada anggota keluarga yang merokok dalam rumah maka dapat memberikan kontribusi terhadap penularan TB melalui asap rokok bagi siperokok sendiri maupun anggota keluarga yang ada di dalam rumah.

Jumlah perokok yang dihisap sehari menunjukkan berat ringanya perokok. Badan pusat statistik melalui Susenas (2001) mengkalsifikasikan prokok dalam tiga kategori yakni perokok ringan yaitu jumlah rokok yang dihisap \leq 10 batang per hari, perokok sedang yaitu bila jumlah rokok yang dihisap 11-20 batang per hari, dan perokok

berat yaitu jumlah rokok yang dihisap $>$ dari 20 batang per hari.

Anak-anak yang menjadi perokok pasif (tidak merokok tapi menghirup asap orang yang merokok) karena kedua orang tuanya atau salah satunya merokok akan mendatangkan berbagai penyakit terhadap mereka diantaranya berpeluang besar terkena radang paru-paru, khususnya bagi bayi yang menyusui, berpeluang terkena alergi pada organ pernafasan (hidung, rongga hidung, saluran udara), lambatnya pertumbuhan otak dan fisik jika dibandingkan dengan anak-anak yang kedua orang tuanya tidak merokok (Nakita, 2006)

Pada penelitian ini didapatkan bahwa penderita PKTB didapatkan pada penderita yang rumahnya banyak yang merokok. Dengan dukungan-dukungan teori di atas tidak berlebihan jika MUI mengeluarkan beberapa fatwa tentang hukum merokok.

Sesungguhnya Allah Ta Ala mengutus nabi Muhammad dengan petunjukNya dan agama yang hak untuk mengeluarkan manusia dari kegelapan menuju cahaya dan membersihkan serta mensucikan hati mereka dari kekotoran kekufuran dan kefasikan dan membebaskan mereka dari belenggu penghambaan kepada selain Allah ta ala.

Dia Rasullulah membersihkan manusia dari kesyirikan dan kehinaan kepada selain Allah dan memerintahkannya untuk beribadah hanya kepada Allah semata dengan merendahkan diri dan mencintainya dan meminta serta memohon hanya kepada-Nya dengan penuh

harap dan takut. Dia juga mensucikan manusia dari setiap kebusukan maksiat dan perbuatan dosa maka dia melarang setiap manusia atas perbuatan keji dan buruk yang dapat merusak hati setiap hamba dan mematikan cahayanya dan agar menghiasinya dengan akhlak mulia dan budi pekerti luhur serta pergaulan yang baik untuk membentuk pribadi muslim yang sempurna.

Maka dari itu dia menghalalkan segala sesuatu yang baik dan mengharamkan setiap yang keji, baik makanan, minuman, pakaian, pernikahan dan lainnya. Termasuk yang diharamkan karena dapat menghilangkan kesucian adalah merokok karena berbahaya bagi fisik dan mendatangkan baik tak sedap, sedangkan Islam adalah (agama) yang baik tidak memerintahkan kecuali yang baik. Seyogyanya bagi seorang muslim untuk menjadi orang yang baik karena sesuatu yang baik hanya layak untuk orang yang baik dan Allah Ta'ala adalah Maha Baik tidak menerima kecuali yang baik. Karena mengingat bahaya rokok itu luar biasa maka MUI mengeluarkan fatwa tentang merokok.

Ada beberapa fatwa ulama tentang merokok yaitu Merokok hukumnya haram begitu juga memperdagangkannya, karena di dalamnya terdapat sesuatu yang membahayakan (Riwayat Ahmad dalam Musnadnya, Malik dan Atturmuzi). Rokok diharamkan karena termasuk sesuatu yang buruk (khabaits), sedangkan Allah Ta'ala ketika menerangkan sifat nabiNya dan berfirman: *"dia menghalalkan*

bagi mereka yang baik dan mengharamkan bagi mereka yang buruk"(Al Araf:175).

Kebiasaan merokok dianggap merupakan faktor predisposisi yang mempermudah terjadinya infeksi saluran pernafasan. Rokok dapat memberikan efek pada kesehatan karena dapat menyebabkan meningkatnya angka kesakitan beberapa jenis penyakit antara lain brobkitis kronis, amfisema, penyakit jantung dan TB paru (Rasmin, 2001).

Tema 2: Riwayat kontak

Tema riwayat kontak dalam penelitian ini terdiri dari dua kategori yaitu: kontak dengan keluarga dan kontak dengan tetangga. Kontak keluarga adalah menghindari frekuensi bertemunya dengan anggota keluarga yang menderita PKTB. Sedangkan kontak dengan tetangga adalah menghindari frekuensi bertemunya dengan tetangga yang menderita PKTB. Seperti hasil penelitian ini didapatkan fakta bahwa penderita PKTB terbanyak terjadi pada anak yang memiliki riwayat kontak dengan penderita PKTB baik di dalam rumah maupun di luar rumah. Secara rinci didapatkan bahwa hasil pengumpulan data menunjukkan penderita PKTB yang memiliki riwayat kontak dengan penderita TB sebesar 60% sedangkan pada kelompok control hanya 40%, sehingga dapat dikatakan bahwa riwayat kontak merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian PKTB pada balita di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Menurut Depkes 2002 pada umumnya anak menderita TB

disebabkan karena tertular kuman TB yang umumnya berasal dari penderita TB dewasa atau remaja melalui kontak yang sama. Sumber penularan tersering yaitu anggota keluarga yang menderita TB BTA (+), yang tinggal serumah maupun keluarga dekat lainnya yang sering kontak dengan anak karena berkunjung ke rumah atau di lingkungan tempat bermain.

Pada anak penyakit TB biasanya ditularkan dari orang dewasa. Orang dewasa pengidap TB yang batuk akan mengeluarkan basil tuberculosis. Sehingga partikel kecil-kecil (di bawah 10 micron) yang mengandung basil tersebut bisa beterbangan lama di udara. Dan udara inilah yang terhirup oleh anak. Jadi, bila di rumah atau di sekitar rumah terdapat pengidap TB, orang tua harus waspada karena dikhawatirkan anaknya akan tertular. Terlebih bila udara dalam rumah kurang, tak ada ventilasi dan kurangnya sirkulasi udara, tak ada sinar matahari, di perumahan yang padat, karena tempat-tempat seperti itu nyaman untuk hidup dan berkembangnya *basil tuberculosis*. (Nakita, 2006)

Kendati demikian, tidak berarti anak harus diisolir dari lingkungannya. Karena, anak pengidap TB tidak akan menularkan penyakitnya pada lingkungannya. Disamping itu tak semua anak yang kemasukan atau terinfeksi basil TB akan sakit TB. Hal tersebut sangat tergantung pada daya tahan tubuh anak dan virulensi/keganasan basil TB-nya. Juga dari dosisnya, misalnya kalau pengidap TB seringkali batuk dalam suatu ruangan, maka kuman yang ada pun bisa banyak. Sehingga bisa

mengalahkan daya tahan tubuh anak meskipun kecukupan gizi anak tersebut baik (Nakita, 2006).

Untuk mengetahui ada tidaknya TB pada anak dilakukan tes Mantoux (sesuai nama penemunya). Tes ini bisa dilakukan sedini mungkin, misalnya usia 1-2 bulan. Tes ini dilakukan dengan menyuntikkan zat *tuberculin*. Penyuntikan dilakukan terhadap kulit dengan tidak terlalu dalam, agar reaksinya dapat terlihat. Reaksinya berupa warna merah pada kulit dan agak keras menonjol. Bila hasil tes positif berarti menunjukkan adanya infeksi. Tes ini dilanjutkan dengan foto rontgen paru-paru untuk menentukan ada tidaknya TB aktif (Wahab, 2000).

Usaha mengatasi PKTB yang dilakukan oleh responden pada pasien penderita PKTB

Usaha mengatasi PKTB yang dilakukan oleh responden pada pasien penderita PKTB ditemukan dua tema yang akan diuraikan sebagai berikut:

Tema 3: berobat secara medis

Tema ini dibentuk dari satu kategori yaitu berobat ke rumah sakit.

Pada penelitian ini terungkap bahwa balita yang menderita atau terkena PKTB memeriksakan atau berobat ke rumah sakit, hal ini sesuai dengan Pemberian Obat jika anak terkena TB, dokter akan memberi obat anti TB dan obat kombinasi. Ada tiga jenis obat standar TB yaitu, INH yang dipakai sebagai obat pencegahan. Kemudian ditambah Rifampisin, dan Pirazinamide. Pemberian obat minimum selama 6 bulan. Jika TB yang diderita berat atau hebat sekali, misalnya sampai meningitis, pengobatan bisa memakan waktu 9-12 bulan. Dan ini pun bisa dicapai berkat perkembangan obat-obatan yang lebih baik. Sebelumnya bisa

mencapai 18-24 bulan dengan dosis yang banyak. Jika pengobatan tersebut belum memadai, masih akan dilanjutkan dengan menambah obat Etambutol dan suntikan Streptomisin selama 4-5 bulan yang disuntikkan setiap hari (Ngastiyah, 2005). Bahkan bisa sampai menjalani rawat inap. Yang paling penting, pemberian obat sesuai dengan dosis yang diberikan dokter dan diberikan dengan jadwal teratur. Usai pengobatan akan dilakukan evaluasi. Biasanya pada dua bulan pertama sudah kelihatan ada perubahan, misalnya berat badan naik, demam mereda, bila ada diare maka akan berkurang juga. Jangan menghentikan pengobatan, kendati kondisi si anak mulai membaik. Tujuannya untuk mencegah agar tidak kambuh lagi. Karena jika kambuh lagi, basilnya akan kebal dan pengobatannya sangat sulit. Dengan demikian pengobatan TB harus dilakukan tuntas. Karena itu orang tua harus bisa memotivasi anak agar mau berobat secara teratur. Kemungkinan kambuh tetap ada kendati sudah sembuh benar. Misalnya, ketika kecil terkena TB kemudian kambuh saat sudah dewasa. Karena itu, perlu dilakukan check-up rutin setiap tahun. Terutama pada usia rawan, yaitu saat balita dan masa akil balik. Jangan mengisolasi anak karena ia menderita TB. Perlu diketahui TB pada anak tidak menular. Biarkan ia sekolah dan bermain sebagaimana mestinya. Biarkan pula ia memiliki pergaulan yang wajar agar tetap memiliki pertumbuhan dan perkembangan yang normal

Tema 4: berobat secara tradisional

Tema ini dibentuk dari satu kategori yaitu berobat pengobatan secara tradisional. Pada penelitian ini terungkap bahwa balita yang menderita atau terkena PKTB pengobatannya ada yang menggunakan obat tradisional atau

mereka menyebutnya dengan “obat jowo”. Walaupun sebagian besar sudah banyak yang berobat ke rumah sakit tetapi masih ada juga mereka yang menggunakan obat tradisional. Menurut Budi Rahardjoe (2008) Penyakit TBC adalah penyakit peradangan dalam paru-paru, penyakit ini disebabkan oleh kuman-kuman tubercelli yang berbahaya, karena apabila tidak mendapatkan pertolongan bisa mengancam nyawa. Kuman-kuman yang terdapat pada radang paru dapat menular kepada orang lain melalui napas / udara. Penyakit TBC / radang paru harus mendapatkan pertolongan dari dokter paru-paru dan harus mondok ke Sanatorium, bila keadaannya sudah cukup parah. Hal-hal yang perlu diperhatikan penderita: bahwa penderita harus sering berjemur pada panas matahari pagi agar mendapatkan sinar ultraviolet yang dapat membunuh kuman-kuman *tuberculosis*, dan tempatnya harus agak tinggi dan berudara segar. Setiap hari agar melatih menyedot dan mengeluarkan napas perlahan-lahan secara tetap dan teratur. Adapun ramuan tradisional yang diperlukan: daun pegagan 10 gram, daun waru lengis 10 gram, widoro upas 25 gram, daun legundi 10 gram, parutan kencur 5 gram. Semua bahan direbus airnya disaring, lantas diminum. Ramuan lainnya: daun pegagan 15 gram, daun waru lengis 10 gram, pupus daun legundi 15 gram, widoro upas 10 gram, kencur 5 gram, biji pronojiwo ditumbuk 5 gram. Semua bahan ditumbuk lantas direbus, kemudian disaring, airnya untuk diminum. Dengan demikian ternyata ada juga pengobatan PKTB yang menggunakan rempah rempah yang ditumbuk, direbus lalu dsaring dan diambil airnya untuk diminum

(<http://www.obatherbal.net/obat-tradisional/tbc-paru-paru>).

3. Usaha pencegahan PKTB pada pasien yang tidak menderita PKTB

Usaha pencegahan PKTB yang dilakukan oleh responden pada pasien penderita PKTB ditemukan dua tema yang akan diuraikan sebagai berikut:

Tema 5: imunisasi

Tema ini dibentuk dari satu kategori yaitu riwayat imunisasi BCG. Pada penelitian ini, terungkap bahwa semua balita yang menderita PKTB memiliki riwayat telah diberikan imunisasi BCG. Hasil pengumpulan data menunjukkan penderita PKTB yang tidak diimunisasi sebesar 0% sedang pada kelompok control 20%, sehingga dapat dikatakan bahwa status imunisasi BCG bukan merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian PKTB pada balita di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Namun imunisasi merupakan hal yang terpenting dalam usaha melindungi kesehatan anak, sebab imunisasi merupakan suatu cara yang efektif untuk memberikan kekebalan khusus terhadap seseorang yang sehat, dengan tujuan utama untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian karena berbagai penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi dengan catatan pengelolaan dan pemberian imunisasi memenuhi segala persyaratan vaksinasi yang telah ditentukan sehingga tidak mengurangi daya kerja vaksin tersebut (Suara Muhammadiyah, 2009). Akan tetapi jika standar operasional prosedur tidak terpenuhi dengan baik, maka akan terjadi seperti yang peneliti temukan dalam penelitian ini yaitu kejadian TB pada anak justru seratus persen terjadi pada anak dengan riwayat sudah diberikan imunisasi BCG. Menurut Judarwanto (2009), imunisasi adalah cara untuk meningkatkan

kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu antigen sehingga kelak jika ia terpajan pada antigen yang serupa tidak terjadi penyakit.

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan imunisasi adalah upaya untuk memberikan kekebalan atau imunitas pada anak untuk meningkatkan kekebalan secara aktif sehingga anak itu walaupun mendapat infeksi maka tidak akan terjadi kematian atau cacat yang meninggalkan bekas baik fisik maupun mental. Tujuan imunisasi adalah untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang dan menghilangkan penyakit tertentu pada sekelompok masyarakat (populasi) atau bahkan menghilangkan penyakit tertentu di dunia (Ranuh dkk, 2005). Pemberian imunisasi menurut Depkes RI (1998) adalah untuk mencegah terjadinya penyakit dan bila terserang penyakit, maka anak tidak bertambah parah dan mencegah kematian. Vaksin BCG (*Bacillus Calmette Guerine*), untuk pemberian kekebalan aktif terhadap tuberkulosa. Penyakit ini menyebar melalui pernafasan bersin atau batuk.. Pada keadaan yang terjadi pada responden, terungkap fakta bahwa seluruh responden penderita TB telah mendapatkan imunisasi BCG sesuai ketentuan yang dipersepsikan orangtua balita. Sehingga faktor lain selain imunisasi perlu dipertimbangkan yaitu faktor imunitas. Faktor imunitas memegang peranan penting dalam proses terjadinya penyakit infeksi. Pada orang yang terinfeksi oleh bakteri tuberkulosis, secara alamiah tubuh memiliki mekanisme pertahanan untuk melawan perkembangan bakteri. Akibatnya bakteri menjadi inaktif, tetapi masih tetap tinggal di dalam tubuh. Inilah yang disebut dengan *latent tuberculosis*. Apabila pasien yang tidak

menerima pengobatan, mengalami penurunan daya tahan tubuh maka *latent tuberculosis* akan berkembang menjadi *active tuberculosis*. Anak merupakan kelompok rentan untuk menderita *tuberkulosis*, sehingga untuk memberikan perlindungan bagi anak terhadap infeksi kuman *tuberkulosis*, dilakukan vaksinasi BCG yang sedapatnya diberikan sebelum bayi berusia 2 bulan. bila anak yang divaksinasi setelah berusia 2 bulan, maka perlu dilakukan pemeriksaan lebih dahulu dengan *mantoux test*. Jika hasil pemeriksaan membuktikan bahwa anak tidak menderita *tuberkulosis*, vaksinasi BCG bisa diberikan sesegera mungkin, tetapi bila anak sudah terinfeksi *tuberkulosis* maka vaksinasi harus ditunda. Seorang anak dicurigai menderita *tuberkulosis* cenderung menunjukkan reaksi vaksin BCG yang cepat (kulit kemerahan) dalam dua atau tiga hari setelah dilakukan vaksinasi. Efektifitas imunisasi BCG sangat tergantung pada beberapa aspek antara lain mutu vaksin, dosis pemberian, waktu dan cara pemberian, serta faktor kondisi anak yang diimunisasi. Hal ini menjadi landasan pertanyaan mengapa responden yang sudah diimunisasi masih dapat terserang penyakit TB. Karena selain jadwal imunisasi yang harus tepat waktu, faktor imunitas bayi saat dilakukan imunisasi, juga yang tidak kalah pentingnya adalah bagaimana pengelolaan vaksin itu sendiri. Berkaitan dengan faktor vaksin yang turut mempengaruhi efektifitas vaksin itu sendiri, ada beberapa Alat Pemantau Suhu Untuk Mengetahui Kondisi Vaksin diantaranya yaitu; *Vaccine Vial Monitor* (VVM) adalah alat pemantau paparan suhu panas, fungsi: untuk memantau suhu vaksin selama dalam perjalanan maupun dalam penyimpanan. VVM

ditempelkan pada setiap vial vaksin yang mempunyai bentuk lingkaran dengan bentuk segi empat pada bagian dalamnya. Selanjutnya adalah Termometer *Muller* yaitu suatu alat pengukur suhu tanpa menggunakan sensor pengukur. Alat ini dimasukkan ke dalam lemari es atau freezer, digunakan untuk memantau suhu selama pengiriman vaksin atau pada saat penyimpanan. Alat yang lain adalah *Freeze Watch* yakni suatu alat pemantau suhu dingin di bawah 0°C. Alat ini menggunakan cairan berwarna biru sebagai indikator, bila *freeze watch* terpapar suhu di bawah 0°C maka latar belakang putih yang ada berubah menjadi biru, kadaluarsa adalah 5 tahun dari tahun produksi. Alat yang terakhir adalah *Freeze Tag*, suatu alat pemantau suhu dingin di bawah 0°C. Digerakkan dengan baterai 1,5 volt yang dapat bertahan selama 3 tahun, menggunakan sistem elektronik dengan menampilkan tanda rumput () atau silang (X). Bila tanda rumput pada monitor berubah menjadi tanda silang hal ini menandakan bahwa sudah terpapar pada suhu di bawah 0°C selama lebih dari 1 jam. Yang perlu diperhatikan adalah bagaimana cara memeriksa vaksin ketika akan digunakan untuk memvaksinasi. Karena tanpa adanya prosedur tersebut, maka efektifitas vaksin pun juga akan berkurang. Diantaranya cara pemeriksaan vaksin yaitu Uji Kocok (*Shake Test*) dilakukan untuk meyakinkan apakah vaksin tersangka beku masih layak digunakan atau tidak. Pada saat dilakukan vaksinasi BCG, juga harus diketahui apakah vaksin rusak atau tidak. Sebab dalam distribusinya, vaksin dapat mengalami kerusakan pada beberapa tahap seperti kerusakan terhadap suhu yang tidak tepat pada kedua golongan vaksin

menyebabkan umur vaksin menjadi berkurang. Masing-masing vaksin berbeda, sesuai dengan kepekaannya terhadap suhu yang tidak tepat. Selain itu, kerusakan vaksin terhadap sinar matahari/sinar ultra violet. Semua vaksin akan rusak bila terpapar/terkena matahari langsung, serta sinar ultra violet (misal lampu neon, lampu halogen) termasuk vaksin BCG yang sangat berperan penting dalam pencegahan penyakit TB pada anak.

Selain peran tenaga kesehatan dalam pemberian imunisasi BCG untuk mencegah penyakit TB, peran orangtua juga turut berpengaruh terhadap penanganan setelah penyuntikan. Kurangnya informasi tentang hasil penyuntikan akan mengakibatkan orangtua bayi menjadi panik karena keadaan yang tidak biasa, seperti timbulnya *ulkus loka* yang *superfisial* 3 minggu setelah penyuntikan. Ulkus biasanya tertutup krusta akan sembuh dalam 2-3 bulan dan meninggalkan parut bulat dengan diameter 4-8 mm. Jika orangtua tidak diberikan KIE dengan baik, maka yang terjadi adalah orangtua akan mengobati luka tersebut dan akibatnya efektivitas kerja vaksin tidak akan maksimal sehingga bayi berpotensi terkena penyakit TB akan lebih besar meskipun telah diberikan imunisasi BCG.

Meskipun pada kenyataannya, Vaksin BCG tidak mencegah infeksi tuberkulosis tetapi mengurangi risiko tuberkulosis berat seperti meningitis tuberkulosis dan *tuberkulosis milier* namun pemberian imunisasi dengan tepat, akurat dan memenuhi segala persyaratan yang dibutuhkan sangatlah penting demi berkurangnya penderita TB pada balita yang diakibatkan karena *human error* pengelolaan dan pemberian vaksin. Pada penelitian ini imunisasi

BCG juga sebagai faktor penyebab terjadinya PKTB namun bukanlah faktor yang utama hal ini sesuai dengan penelitian Khoiriyah yang menjelaskan da hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan ibu tentang imunisasi dengan ketepatan memberikan imunisasi selain itu ada juga penelitian dari rahayu tentang pengaruh pemberian imunisasi secara dini untuk mencegah PKTB tetapi kecil pengaruhnya.

Tema 6: mengendalikan lingkungan

Tema tersebut terdiri dari dua kategori yaitu; menghindari kontak langsung dengan penderita TB dan menghindari orang yang merokok disekitarnya. Telah disebutkan di atas bahwa para responden untuk menghindari penyakit PKTB ini adalah salah satu caranya dengan menghindari frekuensi kontak langsung dengan penderita PKTB atau TBC dan menjauhi orang yang sedang merokok. Menurut majalah Nakita mencegah selalu lebih baik dari mengobati. Untuk mencegah agar tidak terjadi TB pada anak, sebaiknya melakukan hal-hal berikut ini seperti hidup sehat dengan menciptakan lingkungan yang sehat ventilasi rumah baik, sinar matahari masuk dengan baik, makanan bergizi yang baik, berikan anak imunisasi BCG, jika orang tua berisiko tinggi TB dan takut menulari anak, maka berilah obat pencegahan INH pada bayi Anda. Dan tentu saja, orang tua pun menjalani pengobatan TB dengan benar.

Kesimpulan dan Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian yang dibahas pada pembahasan di BAB IV peneliti dapat menyimpulkan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian PKTB pada balita usia 1-5 tahun di RSUD

Panembahan Senopati Bantul akan disimpulkan dari tema yang dimunculkan pada tujuan berikut ini:

1. Faktor yang paling dominan yang mempengaruhi kejadian PKTB pada balita usia 1-5 tahun di RSUD Panembahan Senopati Bantul terdiri dari dua tema yaitu riwayat keluarga merokok dan riwayat kontak. Anak yang terkena PKTB karena faktor riwayat keluarga merokok sebesar 100% atau 5 orang sedangkan pada riwayat kontak hanya 60% atau 3 orang
2. Usaha mengatasi pasien penderita PKTB pada balita 1-5 tahun di RSUD Panembahan Senopati Bantul yang dilakukan oleh responden pada pasien penderita PKTB ditemukan dua tema yaitu berobat ke Rumah Sakit dan berobat secara tradisional. Berobat secara tradisional ini menggunakan ramuan dari rempah-rempah yang direbus kemudian disaring lalu diminum airnya.
3. Usaha pencegahan PKTB pada balita usia 1-5 tahun di RSUD Panembahan Senopati Bantul yang tidak menderita PKTB adalah dengan melihat tanda *scar* pada lengan anak selain itu juga menghindari frekuensi kontak dengan penderita PKTB dan tidak mendekati orang yang sedang merokok.

Saran- saran diberikan kepada:

1. Bagi orang tua atau wali yang memiliki balita usia 1-5 tahun yang memerisakan PKTB di RSUD Panembahan Senopati Bantul Hasil penelitian ini diketahui faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian PKTB pada balita yaitu faktor yang paling dominan adalah merokok dan riwayat kontak sehingga diharapkan pada ibu yang memiliki balita untuk

tidak kontak langsung dengan penderita PKTB atau TBC dan untuk menghindari orang yang sedang merokok agar putra putrinya terhindar dari penyakit PKTB.

2. Bagi profesi bidan khususnya bidan RSUD Panembahan Senopati Bantul Hasil penelitian agar dapat dijadikan upaya bagi profesi bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada anak khususnya penanganan PKTB pada anak usia 1-5 tahun
3. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya untuk dapat melakukan penelitian yang lebih mendalam dengan meneliti faktor-faktor lain yang mempengaruhi kejadian PKTB pada balita usia 1-5 tahun seperti faktor kepadatan hunian, jumlah ventilasi, dan ukuran rumah

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Hakim (IV/401). *Silsilatul Ahaadiits Ash-Shahiihah*, www.Muslim.or.id, Diakses pada tanggal 5 Mei 2010
- Alimul Hidayat Abdul Aziz (2007). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*, Penerbit : Salemba Media, Jakarta.
- Anonim,2010. *Buku Saku Berhenti merokok*. Dinkes Propinsi DIY. Yogyakarta.
- Aronson, L (1999). *Autoimmune Disease*. [Http://bcc.pair.com/articles.htm](http://bcc.pair.com/articles.htm) ; Oktober 2002.
- Atoillah, *Epidemiologi TB*, www.fkm.unair.ac.id/epidemiologi; Diakses pada tanggal 17 Maret 2010

- Badan Pusat Statistik Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, (2002) *Pengeluaran Konsumsi Penduduk Provinsi D.I Yogyakarta*, Yogyakarta.
- Baratawidjaja, K G (2004). *Imunologi Dasar*. Penerbit : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Chin (2002). *The Patogenesis of Infectious Disease*. London.
- DepKes RI (2002), *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Jakarta.
- Gubernur DIY, (2008), *Keputusan Gubernur DIY, nomor 191/kep/2008*, tentang Upah Minimum Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2009.
- Hasan dan Alatas (2000), *Buku Kuliah Ilmu Kesehatan Anak*, Penerbit : Infomedika, Jakarta.
- Irwan, Ancilla YS, *Meningkatkan Kesehatan Ibu*.
www.targetMDGs.com.2007
- Judarwanto (2009). *Vaksin dan penggunaannya*. www.infokesehatan.com. diakses tanggal 3 Juli 2010
- Kepmenkes (2002), *Tentang Standar Profesi Bidan*, Jakarta.
- Madigan, M.T Martinko Jm Parker.J (2004) *Biology Of Microorganisms*. Prentince Hall International, Inc.
- Moleong,2007. *Metode penelitian kualitatif edisi revisi*. Rineka cipta: Jakarta
- Nakita (2006) *PKTB Pada Anak*. www.nakita.com. diakses tanggal 12 Maret 2010
- Ngastiyah (2005), *Perawatan Anak Sakit*, Penerbit : EGC, Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo (2003). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta
- NIH (*National Institutes of Health*) (2003). *Understanding Autoimmune Diseases*, NIH publication No. 98-4273. Last Updated December 18, 2003 (kap).
[Http://www.niaid.nih.gov/publications/](http://www.niaid.nih.gov/publications/). Diakses pada tanggal 20 April 2010.
- Nur, H. *Bidan Mandiri sebagai Ujung Tombak Posyandu*.2007
- Price, S.A. Wilson, L.M (1995), *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*, Edisi 4. (terjemahan), Penerbit : EGC, Jakarta
- Rahayu, Budi (2008) *Penyakit Peradangan Paru-Paru*. www.infokesehatan.com. diakses tanggal 28 Juli 2010
- Rahajoe (2001) *Pencegahan infeksi dengan vaksin*. www.imunisianak.com diakses tanggal 3 Juni 2010
- Rasmin (2001) *Pengaruh Rokok Pada Kesehatan Paru-paru*. www.akibatmerokok.com.diakses tanggal 1 Juli 2010
- Ranuh, dkk (2005) *Imunisasi dasar pada bayi dan balita*. Rineka Cipta.Jakarta
- Suara Muhammadiyah (2009). *Vaksin Dalam Pandangan Islam*. Yogyakarta
- Sugiyono, (2007), *Metode Penelitian Bisnis*, Penerbit : Bandung.
- Tjiptoherijanto (2001) *Kemiskinan dan Tuberkulosis*. Buletin BFI Paruh pertama edisi kedua. Jakarta
- Wahab, Samik (ed) (2000). *Ilmu Kesehatan Anak*. Penerbit EGC. Jakarta

- _____, (2007), *Penyakit*,
www.infeksi.com, Diakses
pada tanggal 17 Maret 2010
- _____, (2007) www.majalah-farmacia.com , Diakses pada
tanggal 17 Maret 2010
- _____, (2005)
www.suarakaryaonline.com ,
Diakses pada tanggal 17 Maret
2010
- _____, (2008)
www.forum.webgaul.com,
Diakses pada tanggal 17 Maret
2010
- _____, (2009)
[www.obatherbal.net/obat
/tradisional/tbc paru](http://www.obatherbal.net/obat-tradisional/tbc-paru), diakses pada
tanggal 22 Juli 2010