

**HUBUNGAN STRATEGI DOTS (*DIRECTLY OBSERVED TREATMENT
SHORCOURSE*) DENGAN CAPAIAN PROGRAM PENGOBATAN
(*SUCCESS RATE*) TBC PARU DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh
Ambarwati
NIM 152110101085

**PEMINATAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2020**



**HUBUNGAN STRATEGI DOTS (*DIRECTLY OBSERVED TREATMENT
SHORCOURSE*) DENGAN CAPAIAN PROGRAM PENGOBATAN
(*SUCCESS RATE*) TBC PARU DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi syarat untuk menyelesaikan
Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana
Kesehatan Masyarakat

Oleh
Ambarwati
152110101085

**PEMINATAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2020**

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, segala puji dan syukur atas nikmat yang telah Allah berikan. Terima kasih atas segala kemudahan dan kelancaran sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Skripsi ini saya persembahkan kepada:

1. Kedua orang tua saya yaitu Bapak Azis Poniko dan Ibu Sriwati yang selama ini telah membesarkan dan mendidik saya dengan penuh kasih sayang, selalu memberikan motivasi, doa, semangat dan segala pengorbanan dalam meraih kesuksesan semoga Allah SWT senantiasa memberikan kesehatan.
2. Seluruh guru saya di TK Pertiwi Bagor, SDN Balongrejo 03, SMPN 06 Nganjuk, MAN 2 Nganjuk dan Bapak Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat dengan ikhlas.
3. Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
4. Almamater yang saya banggakan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

“...tetapi tiadalah yang memperbuatnya (membalas kejahatan dengan kebaikan) kecuali orang sabar dan tiadalah yang memperbuatnya, kecuali orang yang mempunyai keuntungan besar...”

(Terjemahan QS Fus-Shilat:35)¹

“...apabila engkau telah selesai (mengerjakan sesuatu pekerjaan), maka bersusah payahlah (mengerjakan yang lain)

(Terjemahan QS Al-Insyirah:7)²

^{1),2)} Departemen Agama Republik Indonesia. 1996. *Al-Qur'an Al Karim* dan *terjemahannya*. Semarang: CV. Toha

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ambarwati

NIM : 152110101085

Menyatakan dengan ini sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *“Hubungan Strategi DOTS (Directly Observed Treatment Shorcourse) dengan Capaian Pengobatan (Success Rate) TBC Paru di Kabupaten Jember”* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan subtansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Agustus 2020

Yang menyatakan

Ambarwati

152110101085

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN STRATEGI DOTS (*DIRECTLY OBSERVED TREATMENT
SHORCOURSE*) DENGAN CAPAIAN PROGAM PENGOBATAN
(*SUCCESS RATE*) TBC PARU DI KABUPATEN JEMBER**

Oleh:

Ambarwati

NIM 152110101085

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Sri Utami, S.KM., M.M.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul Hubungan Strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) dengan Capaian Program Pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Sabtu

Tanggal : 15 Agustus 2020

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes.

NIP. 197810162009122001

(.....)

2. DPA : Sri Utami S.KM., M.M.

(.....)

Penguji :

1. Ketua : Chistyana Sandra, S. KM., M. Kes.

NIP. 198204162010122003

(.....)

2. Sekretaris : Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes.

NIP 197904112005011002

(.....)

3. Anggota : Arif Yoni Setiawan, S.KM., M.PH.

NIP 197608042006041015

(.....)

Mengesahkan

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Jember

Dr. Farida Wahyu Ningtyias, M.Kes.

NIP. 1980100920050 12002

RINGKASAN

Hubungan Strategi DOTS dengan Capaian Program Pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember; Ambarwati; 152110101085; 2020; 130 halaman; Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan; Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Upaya pemberantasan penyakit TBC di Jawa Timur pada tahun 2018 menempati urutan kedua penemuan kasus baru BTA+ dengan angka pencapaian pengobatan penderita TBC baru BTA+ sebesar 90%. Capaian pengobatan di Provinsi Jawa Timur cukup baik karena adanya kesadaran penderita untuk minum obat sampai sembuh dengan didampingi oleh PMO (Pengawasan Minum Obat TBC). Kabupaten Jember menempati urutan ketiga pada tahun 2018 di Jawa Timur untuk penemuan kasus baru BTA+ dengan keberhasilan pengobatan sebesar 93,68%. Strategi pengobatan TBC di Kabupaten Jember berdasarkan pada komitmen nasional menggunakan strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS). Dalam mengukur keberhasilan pengobatan TBC, digunakan angka keberhasilan pengobatan (*Success Rate/SR*) terus mengalami fluktuasi dan memenuhi target Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.

Jenis penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan pada di Kabupaten Jember, dimulai pada bulan November 2019 hingga Februari 2020. Responden dalam penelitian ini adalah pemegang program TBC Paru pada 33 Puskesmas di Kabupaten Jember. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *simple random sampling* terhadap 33 Puskesmas di Kabupaten Jember. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah komponen DOTS (komitmen politik anggaran dana, distribusi obat, pencatatan dan pelaporan), sumber daya manusia (tingkat pengetahuan, sikap petugas, motivasi kerja, standar ketenagaan, pelatihan, penyuluhan) dan sarana prasarana (tata ruang, infrastruktur, prasarana dan *sputum booth*). Adapun variabel terikat

pada penelitian ini adalah capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan wawancara dengan kuisioner, studi dokumentasi dan observasi. Kemudian data yang terkumpul dianalisis dengan menggunakan teknik statistik yaitu uji *chi-square* dengan tingkat signifikansi $\alpha=0,05$.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antar variabel yaitu pencatatan dan pelaporan ($p=0,025$), pengetahuan ($p=0,031$), pelatihan ($0,034$), tata ruang ($p=0,034$), infrastruktur ($p=0,028$) dan *sputum booth* ($p=0,028$) dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru. Namun tidak terdapat hubungan antar variabel yaitu komitmen politik anggaran dana, distribusi obat, sikap petugas, motivasi kerja, penyuluhan dan prasarana dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru. Tidak terdapat hubungan antar standar ketenagaan dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru ($p=1000$). Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa faktor yang berhubungan dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru adalah pencatatan pelaporan, pengetahuan, pelatihan, tata ruang, infrastruktur dan *sputum booth*. Terdapat beberapa variabel yang tidak berhubungan adalah komitmen politik anggaran dana, distribusi obat, sikap petugas, motivasi kerja, penyuluhan, prasarana dan standar ketenagaan.

Saran yang diberikan peneliti bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember adalah memenuhi formulir pencatatan dan pelaporan yang belum terpenuhi, infrastruktur berupa ukuran ruangan yang belum memenuhi persyaratan laboratorium TBC dan prasarana yaitu *exhouse hood* dalam membantu petugas untuk melakukan pewarnaan dahak dan melengkapi *sputum booth* yang tidak memenuhi pedoman teknis bangunan dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Selain itu Dinas Kesehatan perlu menyelenggarakan pelatihan terkait program DOTS bagi petugas baru atau lama untuk meningkatkan kemampuan dan motivasi petugas TBC. Sedangkan bagi puskesmas adalah mempertahankan sikap dan motivasi petugas yang sudah tinggi untuk mencapai target cakupan pengobatan serta memberikan dorongan kepada penderita dengan mematuhi proses pengobatan TBC.

SUMMARY

The Relations of the DOTS Strategy with the Achievement of the TBC Treatment Program (Success Rate) at Jember Health Center; Ambarwati; 152110101085; 2020; 130 pages; Health Policy and Administration Studies, Undergraduate Program of Public Health, Faculty of Public Health, University of Jember.

Efforts to eradicate tuberculosis in East Java in 2018 ranks second in the discovery of new AFB + cases with the achievement rate of treatment of new AFB + TB patients by 90%. Achievement of treatment in East Java Province is quite good because of the awareness of patients to take medicine until healed by assisted by PMO (Supervision of Taking Medicines for TBC). Jember Regency ranks third in 2018 in East Java for the discovery of new cases of BTA + with a successful treatment of 93.68%. The TBC treatment strategy in Jember Regency is based on a national commitment using the Directly Observed Treatment Shortcourse (DOTS) strategy. In measuring the success of TB treatment, success rate treatment (SR) continues to fluctuate and meet the target of the Jember District Health Office Strategic Plan. The purpose of this study was to analyze the relationship between the DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse) strategy with the achievements of the Pulmonary TBC treatment program (Success Rate) at the Jember Health Center.

There were 33 Puskesmas in Jember as sample on this cross sectional study that collected from November 2019 until February 2020. Respondents in this study were holders of the TBC program at Puskesmas in Jember Regency. The sampling technique uses simple random sampling technique to 33 health centers in Jember Regency. The independent variables in this study are the DOTS component (political budget commitment, drug distribution, recording and reporting), human resources (level of knowledge, staff attitude, work motivation, workforce standards, training, counseling) and infrastructure facilities (spatial planning, infrastructure, infrastructure and sputum booth). The dependent variable in this study was the achievement of the TBC treatment program (Success Rate).

Data collection techniques carried out by using interviews including questionnaires, study documentation and observation. Then the data collected was analyzed using statistical techniques, the chi-square test with a significance level of $\alpha = 0.05$.

The results showed that between variables, namely recording and reporting ($p = 0.025$), knowledge ($p = 0.031$), training (0.034), spatial planning ($p = 0.034$), infrastructure ($p = 0.028$) and *sputum booth* ($p = 0.028$) with the achievement of the Pulmonary TBC treatment program (Success Rate). But there is no relationship between variables, namely political commitment of budget funds, drug distribution, staff attitudes, work motivation, counseling and infrastructure with the achievement of the TBC treatment program (Success Rate). There was no relationship between labor standards and the achievement of the TBC treatment program (Success Rate) ($p = 1000$). Based in this case, it can be concluded that the factors related to the achievement of the TBC treatment program (Success Rate) are the recording of reporting, knowledge, training, spatial planning, infrastructure and *sputum booth*. There are several unrelated variables, which are political commitment of budget funds, drug distribution, staff attitudes, work motivation, counseling, infrastructure and labor standards.

The suggestions given by researchers to the Jember Regency Health Office were to fulfill the unfulfilled recording and reporting forms, infrastructure in the form of room sizes that did not meet the requirements of the TB laboratory and infrastructure such as the exhouse hood in helping officers to stain sputum and complete sputum booth that did not meet technical guidelines of first-level health service facility buildings and infrastructure. Besides, the Health Office needs to hold training related to the DOTS program for new and existing officers to increase the capacity and motivation of TBC officers. The suggestions given by researchers to Puskesmas is to maintain the attitude and motivation of the officers who are already high to achieve the target of treatment coverage and provide encouragement to sufferers by complying with the TBC treatment process.

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya serta sholawat dan salam tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW, sehingga dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan Strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) dengan Capaian Program Pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember”. Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu persyaratan menyelesaikan program pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak akan selesai dengan baik tanpa bimbingan, petunjuk, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ibu Anita Dewi Moelyaningrum, S.KM., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa menjadi ibu, memberikan semangat, dan motivasi selama menempuh pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
3. Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ibu Sri Utami, S.KM., M.M. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu dalam membimbing, memberikan arahan, saran, motivasi serta membantu dalam proses belajar sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi ini dengan baik;
4. Ibu Chisyana Sandra, S.KM., M.Kes. selaku Koordinator Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat serta Ketua Penguji dan Bapak Yunus Ariyanto S.KM., M.Kes. selaku Sekretaris Penguji penulis yang telah memberikan saran dan masukan yang membangun;
5. Bapak Arif Yoni Setiawan, S.KM., M.PH. selaku Penguji Anggota penulis yang telah memberikan saran dan masukan yang membangun.

6. Bapak/Ibu Dosen, dan Staf Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember terutama dosen-dosen peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan yang memberikan ilmu yang bermanfaat.
7. Kedua orangtua dan kerabat yang selalu ikhlas mendoakan dan mendukung;
8. Sahabat-sahabat yang selalu memberikan dukungan selama ini;
9. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan 33 Puskesmas di Kabupaten Jember yang telah membantu memfasilitasi dan bekerja sama demi terselesainya skripsi ini;
10. Triana, Umdatus, Puput, Heni, Alif, Silvia, Siti, Putri Ayu, Masilatul, Tahta, Irnia, Ariska dan Syakur yang telah membantu tanpa pamrih dalam terselesainya skripsi ini;
11. Teman-teman seperjuangan AKK 2017, teman-teman PBL 16 dan teman-teman magang yang selalu berbagi pengetahuan dan saling memberikan semangat serta doa selama ini;
12. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Skripsi ini telah disusun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan dan perlu diperbaiki. Oleh karena itu saya dengan tangan terbuka menerima kritik dan saran yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, Agustus 2020

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
PERSEMBAHAN.....	iii
MOTTO.....	iv
PERNYATAAN.....	v
PEMBIMBINGAN.....	vi
PENGESAHAN.....	vii
RINGKASAN.....	viii
<i>SUMMARY</i>	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR GAMBAR.....	xxi
DAFTAR LAMPIRAN	xxii
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI.....	xxiii
BAB 1. PENDAHULUAN	2
1.1 Latar Belakang	2
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat.....	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Puskesmas	8
2.1.1 Definisi Puskesmas	8

2.1.2 Fungsi Puskesmas	8
2.1.3 Ruang Lingkup Pelayanan	8
2.1.4 Program Pokok Puskesmas	9
2.2 Tuberkulosis	10
2.2.1 Pengertian Tuberkulosis	10
2.2.2 Penyebab Tuberkulosis	10
2.2.3 Tanda dan Gejala Tuberkulosis	10
2.2.4 Cara Penularan Tuberkulosis	11
2.2.5 Risiko Penularan	12
2.2.6 Penemuan Pasien Tuberkulosis Paru	12
2.2.7 Diagnosis Tuberkulosis	13
2.2.8 Prinsip Pengobatan	14
2.2.9 Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru	15
2.3 Pengobatan Tuberkulosis Paru	25
2.4 Capaian Program Pengobatan Tuberkulosis Paru	27
2.5 Penelitian Terdahulu	28
2.6 Pengawasan Menelan Obat (PMO)	34
2.6.1 Persyaratan PMO	34
2.6.2 Petugas PMO	34
2.6.3 Tugas PMO	35
2.7 Kerangka Teori	36
2.8 Kerangka Konsep	37
2.9 Hipotesis Penelitian	38
BAB 3. METODE PENELITIAN	40
3.1 Jenis Penelitian	40
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	40
3.2.1 Tempat Penelitian	40
3.2.2 Waktu Penelitian	41
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	41
3.3.1 Populasi Penelitian	41
3.3.2 Sampel Penelitian	41

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel	42
3.4 Variabel dan Definisi Operasional.....	43
3.4.1 Variabel Penelitian	43
3.4.2 Definisi Operasional	43
3.5 Data dan Sumber Data	50
3.5.1 Data Primer	50
3.5.2 Data Sekunder	50
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	50
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	50
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	51
3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data	52
3.7.1 Teknik Pengolahan Data	52
3.7.2 Teknik Penyajian Data	53
3.7.3 Teknik Analisis Data	53
3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen	54
3.8.1 Uji Validitas	54
3.8.2 Uji Reliabilitas	58
3.9 Alur Penelitian.....	60
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	62
4.1 Hasil Penelitian.....	62
4.1.1 Distribusi Komponen DOTS (Komitmen Politik Anggaran Dana, Distribusi Obat, Pencatatan dan Pelaporan) di Kabupaten Jember	62
4.1.2 Distribusi Sumber Daya Manusia (Tingkat Pengetahuan, Sikap Petugas, Motivasi Kerja, Standar Ketenagaan, Pelatihan dan Penyuluhan) di Kabupaten Jember	63
4.1.3 Distribusi Sarana Prasarana (Tata Ruang, Infrastruktur, Prasarana dan <i>Sputum Booth</i>) Puskesmas di Kabupaten Jember.....	69
4.1.4 Hubungan Antara Komponen DOTS (Komitmen Politik Anggaran dana, Distribusi Obat, Pencatatan dan Pelaporan)	

dengan Capaian Program Pengobatan (<i>Succes Rate</i>) TBC Paru di Kabupaten Jember	75
4.1.4 Hubungan Antara Ketersediaan Sumber Daya Manusia (Tingkat Pengetahuan, Sikap Petugas, Motivasi Kerja, Standar Ketenagaan, Pelatihan dan Penyuluhan dengan Capaian Program Pengobatan (<i>Success Rate</i>) TBC Paru di Kabupaten Jember	76
4.1.5 Hubungan Antara Ketersediaan Sarana Prasarana (Tata Ruang, Infrastruktur, Prasarana dan <i>Sputum booth</i>) dengan Capaian Program Pengobatan (<i>Success Rate</i>) TBC Paru di Kabupaten Jember	78
4.2 Pembahasan.....	81
4.2.1 Gambaran Capaian Program Pengobatan (<i>Success Rate</i>) TBC Paru di Kabupaten Jember.....	81
4.2.2 Hubungan Antara Komponen DOTS (Komitmen Politik Anggaran Dana, Distribusi Obat, Pencatatan dan Pelaporan) dengan Capaian Program Pengobatan (<i>Success Rate</i>) TBC Paru di Kabupaten Jember	82
4.2.3 Hubungan Antara Ketersediaan Sumber Daya Manusia (Tingkat Pengetahuan, Sikap Petugas, Motivasi Kerja, Standar Ketenagaan, Pelatihan dan Penyuluhan) dengan Capaian Program Pengobatan (<i>Success Rate</i>) TBC Paru di Kabupaten Jember	97
4.2.4 Hubungan Antara Ketersediaan Sarana Prasarana (Tata Ruang, Infrastuktur, Prasarana dan <i>Sputum booth</i>) dengan Capaian Program Pengobatan (<i>Succes Rate</i>) TBC Paru di Kabupaten Jember	113
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....	120
5.1 Kesimpulan	120
5.2 Saran	121
DAFTAR PUSTAKA.....	123

LAMPIRAN 131



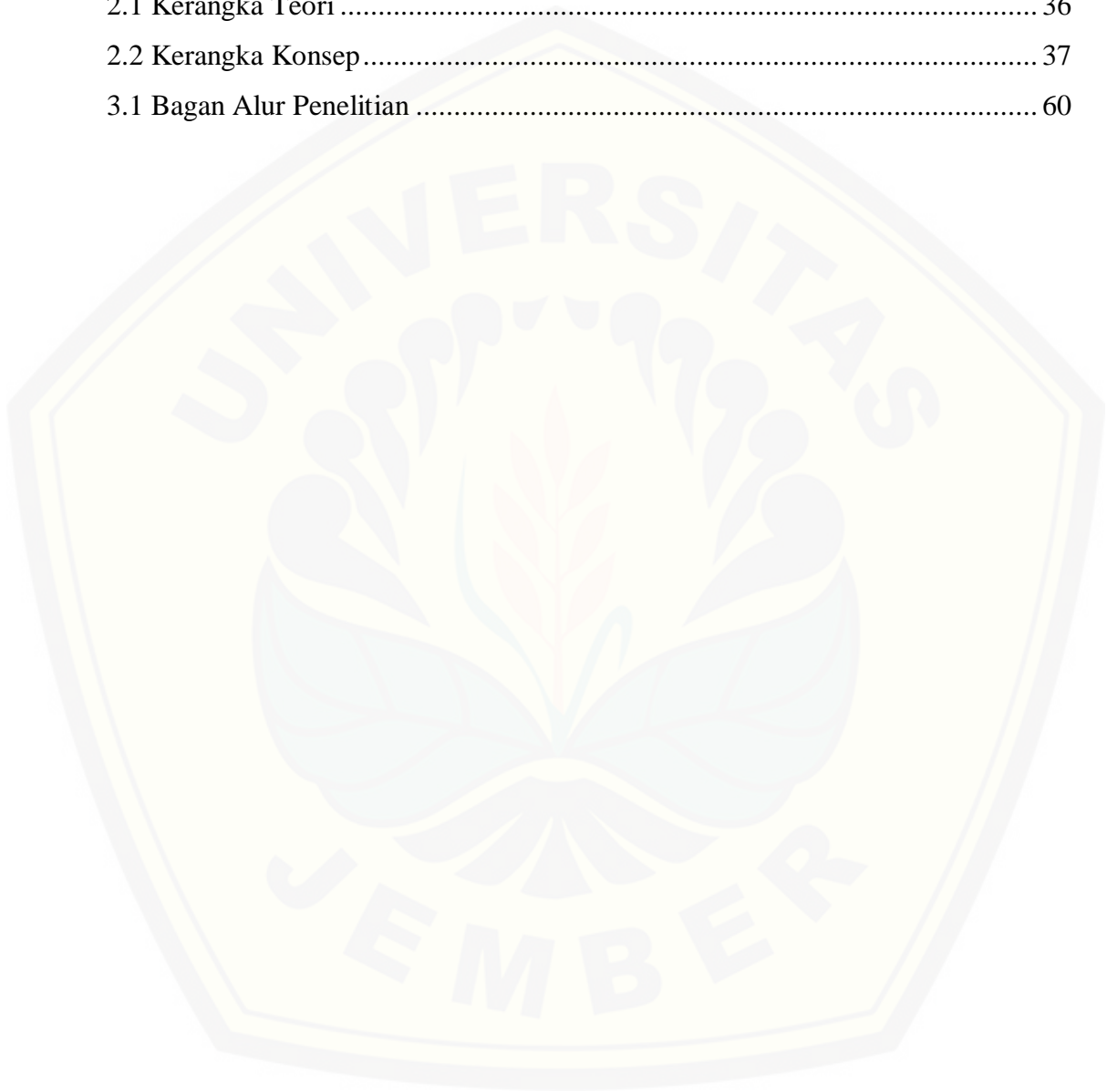
DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Persyaratan Minimal Laboratorium.....	25
3.1 Tempat Penelitian.....	40
3.2 Sampel Penelitian.....	42
3.3 Definisi Operasional.....	43
3.3 Hasil Uji Validitas Instrumen Anggaran Dana.....	54
3.4 Hasil Uji Validitas Instrumen Distribusi Obat.....	54
3.5 Hasil Uji Validitas Instrumen Pencatatan dan Pelaporan.....	55
3.6 Hasil Uji Validitas Instrumen Pengetahuan.....	55
3.7 Hasil Uji Validitas Instrumen Sikap Petugas.....	55
3.8 Hasil Uji Validitas Instrumen Motivasi Kerja	56
3.9 Hasil Uji Validitas Instrumen Standar Ketenagaan	56
3.10 Hasil Uji Validitas Instrumen Pelatihan	56
3.11 Hasil Uji Validitas Instrumen Penyuluhan	57
3.12 Hasil Uji Validitas Instrumen Tata Ruang	57
3.13 Hasil Uji Validitas Instrumen Infrastruktur	57
3.14 Hasil Uji Validitas Instrumen Prasarana	57
3.15 Hasil Uji Validitas Instrumen <i>Sputum Booth</i>	58
4.1 Distribusi Pencatatan dan Pelaporan TBC Paru Puskesmas di Kabupaten Jember.....	62
4.2 Pencatatan dan Pelaporan TBC Paru Puskesmas di Kabupaten Jember	62
4.3 Lembar Observasi Pencatatan dan Pelaporan TBC Paru Puskesmas di Kabupaten Jember	63
4.4 Distribusi Pengetahuan Pemegang Program TBC Paru di Kabupaten Jember.....	63
4.5 Pengetahuan Pemegang Program TBC Paru di Kabupaten Jember.....	64
4.6 Sikap Petugas Pemegang Program TBC Paru di Kabupaten Jember	64
4.7 Motivasi Kerja Pemegang Program TBC di Kabupaten Jember	66
4.8 Distribusi Standar Ketenagaan Puskesmas di Kabupaten Jember	67

4.9 Standar Ketenagaan Puskesmas di Kabupaten Jember	67
4.10 Standar Ketenagaan Pemegang Program TBC Paru Puskesmas di Kabupaten Jember.....	67
4.11 Distribusi Pelatihan Pemegang Program TBC Paru Puskesmas di Kabupaten Jember.....	68
4.12 Standar Pelatihan Pemegang Program TBC Paru Puskesmas di Kabupaten Jember	68
4.13 Distribusi Tata Ruang Laboratorium Puskesmas di Kabupaten Jember	69
4.14 Tata Ruang Laboratorium Puskesmas di Kabupaten Jember	69
4.15 Lembar Observasi Tata Ruang Laboratorium Puskesmas di Kabupaten Jember	70
4.16 Distribusi Infrastruktur Laboratorium Puskesmas di Kabupaten Jember	70
4.17 Infrastruktur Laboratorium Puskesmas dengan di Kabupaten Jember.....	71
4.18 Lembar Observasi Infrastruktur Laboratorium Puskesmas di Kabupaten Jember	71
4.19 Prasarana Laboratorium Puskesmas di Kabupaten Jember	72
4.20 Lembar Observasi Prasarana Laboratorium Puskesmas di Kabupaten Jember	72
4.21 Distribusi <i>Sputum Booth</i> Puskesmas di Kabupaten Jember	73
4.22 <i>Sputum Booth</i> Puskesmas di Kabupaten Jember	73
4.23 Lembar Observasi <i>Sputum Booth</i> Puskesmas di Kabupaten Jember	74

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori	36
2.2 Kerangka Konsep	37
3.1 Bagan Alur Penelitian	60



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Pengantar Wawancara.....	131
B. Lembar Persetujuan.....	132
C. Lembar Panduan Wawancara.....	133
D. Lembar Observasi.....	142
E. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.....	143
F. Hasil Analisis.....	154
G. Surat Izin Penelitian.....	178
H. Dokumentasi.....	179

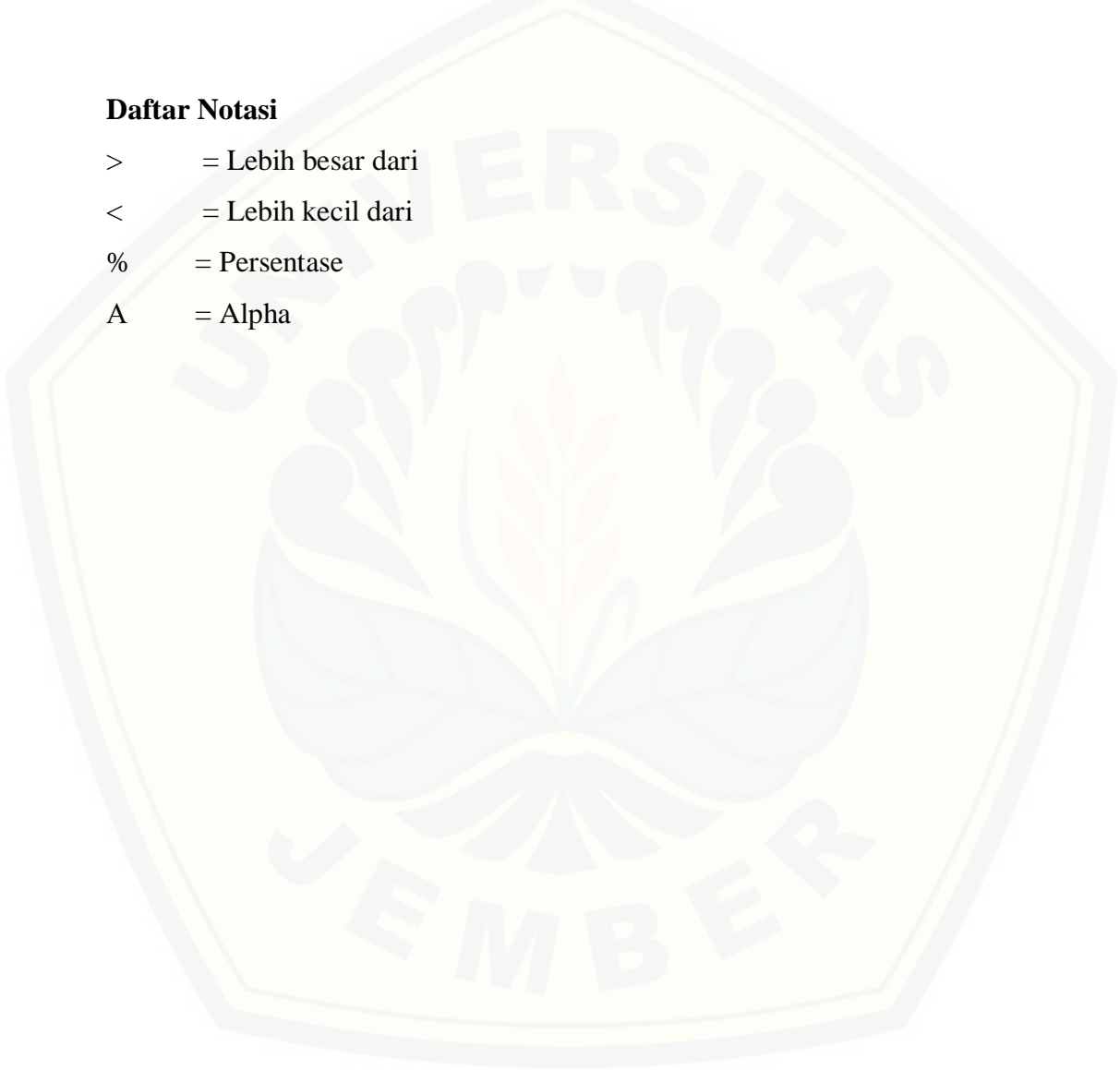
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

AIDS	: <i>Aquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ARTI	: <i>Annual Risk of TBC Infection</i>
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
BTA	: Bakteri Tahan Asam
CDC	: <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CDR	: <i>Case Detection Rate</i>
DKK	: Dinas Kesehatan Kabupaten
DOTS	: <i>Directly Observed Treatment Shortcourse</i>
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKTL	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
GF-ATM	: <i>Global Fund Aids and Tuberculosis</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IUATLD	: <i>International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases</i>
JPKM	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat
KDT	: Kombinasi Dosis Tetap
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
MAIC	: <i>Mycobacterium avium – intracellular complex</i>
MDR	: <i>Multidrug-resistant</i>
MDGs	: <i>Millenium Development Goals</i>
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
OD	: Organisational Development
PKK	: Pemberdayaan Kesehatan Keluarga
PMO	: Pengawasan Minum Obat
PPKBM	: Pencegahan dan Penanggulangan Kekerasan Berbasis Masyarakat
P2TBC	: Program Penangulangan TBC
PPTI	: Perhimpunan Tuberkulosis Indonesia
SITT	: Sistem Informasi TBC Terpadu

SPJ	: Surat Pertanggung Jawaban
SR	: <i>Success Rate</i>
TBC	: Tuberculosis
TOT	: <i>Training of Trainers</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

Daftar Notasi

>	= Lebih besar dari
<	= Lebih kecil dari
%	= Persentase
A	= Alpha



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis atau yang biasa disebut dengan TBC merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. (Kemenkes RI, 2016:160). Infeksi terjadi ketika seseorang rentan menghirup percik renik (*droplet nuclei*) yang mengandung kuman TBC melalui mulut, hidung, saluran pernafasan atas, bronkus hingga alveoli saat berbicara maupun bersin (Kemenkes RI, 2014:72 dan Irianto, 2014:189). Percikan tersebut berukuran antara 1-5 mikron melayang di udara untuk waktu yang lama dan menyebar di seluruh ruangan.

Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO) (2018) penyakit TBC masih menjadi salah satu penyebab utama kematian di Dunia. Indonesia merupakan salah satu negara yang terbesar diantara 5 negara yaitu India, Indonesia, Cina, Philipina dan Pakistan. Pada tahun 2017 ditemukan sebanyak 1,3 juta kematian yaitu sekitar 1,2-1,4 juta akibat TBC dengan HIV-negatif dan sekitar 266.000-335.000 kematian akibat TBC dengan HIV-positif. Menurut laporan Kementerian Kesehatan RI, pada tahun 2017 diperkirakan insiden TBC di Indonesia 391/100.000 penduduk dan angka kematian 42/100.000 penduduk. Sedangkan angka prevalensi pada tahun 2016 sebesar 628/100.000 penduduk dan tahun 2017 sebesar 619/100.000 penduduk (Kemenkes RI, 2018:159). Jumlah kasus TBC di Indonesia mengalami peningkatan dari tahun 2016 sampai 2017, yaitu pada tahun 2016 sebanyak 360.565 kasus dan tahun 2017 sebanyak 425.089 kasus dengan angka keberhasilan pengobatan sebesar 85,7% (Kemenkes RI, 2018:160). Jumlah kasus dengan penderita TBC tertinggi terdapat pada Provinsi Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah.

Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur pada tahun 2018, Jawa Timur menempati urutan kedua penemuan kasus baru BTA+ (54.811 kasus) dengan angka pencapaian pengobatan penderita TBC baru BTA+ sebesar 90%. Capaian pengobatan kasus TBC di Provinsi Jawa Timur cukup baik karena

adanya kesadaran penderita untuk minum obat sampai sembuh yang didampingi oleh Pengawasan Minum Obat TBC (PMO) (Dinas Kesehatan Provinsi Jatim, 2018:51). Selain itu, terdapat wilayah yang memiliki penemuan kasus TBC cukup tinggi di Jawa Timur yaitu Kabupaten Kediri, Kota Surabaya dan Kabupaten Jember. Kabupaten Jember menempati urutan ketiga pada tahun 2018 di Jawa Timur untuk penemuan kasus baru Bakteri Tahan Asam (BTA) sebanyak 2.302 kasus dengan keberhasilan pengobatan sebesar 93,68% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2018). Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak yang dilakukan di sarana pelayanan kesehatan Kabupaten Jember, ditemukan 2.145 orang penderita dengan BTA Positif terdiri dari 2.121 penderita yang diperiksa di puskesmas dan seluruhnya telah mendapatkan pengobatan intensif (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2018:71).

Tingginya angka penemuan kasus TBC harus diiringi dengan strategi pengobatan yang baik. Hal ini penting untuk menyembuhkan penderita, menurunkan angka penularan dan angka kesakitan. Berdasarkan profil kesehatan Kabupaten Jember tahun 2018 menjelaskan bahwa upaya pemberantasan TBC di Kabupaten Jember dilaksanakan berdasarkan pada komitmen nasional menggunakan strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS). Pengukuran keberhasilan pengobatan TBC menggunakan angka keberhasilan pengobatan (*Success Rate/ SR*), pada tahun 2013 sampai dengan tahun 2017 angka keberhasilan pengobatan (*Success Rate/SR*) terus mengalami fluktuasi dan memenuhi target Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2018:95-96).

Pelaksanaan pengobatan TBC dengan strategi DOTS sebagai nama strategi yang dilaksanakan pelayanan kesehatan dasar di dunia untuk mendeteksi dan menyembuhkan pasien TBC. Tujuan pelaksanaan DOTS adalah menjamin kesembuhan bagi penderita, mencegah penularan, mencegah resistensi obat, mencegah putus berobat dan mengatasi efek samping obat jika timbul, sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat TBC (Anengsih, 2017:36). Meningkatnya kasus TBC pada awal 1990 WHO dan *International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases* (IUATLD) mengembangkan

strategi DOTS dengan menggunakan lima komponen dalam pelaksanaannya yaitu komitmen politik dengan peningkatan dan kesinambungan pendanaan, penemuan kasus dengan cara pemeriksaan dahak secara mikroskopis, pengobatan yang standar, pengelolaan dan ketersediaan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang efektif, pencatatan dan pelaporan terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program (Kemenkes RI, 2014:4).

Keberhasilan program pengobatan TBC harus didukung standar ketenagaan TBC yang sesuai dengan Permenkes RI No. 67 Tahun 2016 untuk menunjang keberhasilan pengobatan TBC yang menyatakan bahwa standar ketenagaan TBC di fasilitas pelayanan kesehatan pertama (puskesmas) harus memiliki minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari satu dokter, satu perawat/petugas TBC, dan satu tenaga laboratorium. Pelaksanaan program pengobatan penyakit TBC memerlukan sarana prasarana untuk pemeriksaan pelayanan kesehatan. Sarana merupakan alat yang digunakan untuk mencapai tujuan tertentu, sedangkan prasarana merupakan segala sesuatu yang digunakan untuk menunjang pelaksanaan kegiatan (Tambunan, 2017:61).

Keberhasilan program pengobatan TBC harus didukung oleh pembiayaan yang optimal. Alokasi pembiayaan bersumber dari pembiayaan pemerintah pusat yang berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional (APBN), pemerintah daerah yang berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dan penerimaan dana hibah. Tujuan pembiayaan kegiatan program TBC sebagai upaya untuk mencapai target program dan pembangunan *Millenium Development Goals* (MDGs) tahun 2015 dan *post MDGs* 2015 (Kemenkes RI, 2014:142). Keberhasilan pengobatan tidak terlepas dari adanya ketersediaan OAT, hal ini didasarkan pada Kemenkes RI (2011) untuk mencapai angka keberhasilan pengobatan TBC diperlukan ketersediaan obat yaitu obat lini pertama dan kedua. Menjamin distribusi obat yang efisien dan efektif sesuai dengan kebutuhan.

Penelitian yang dilakukan oleh Rahmi *et al.* (2017:348) menemukan bahwa terdapat hubungan antara peran petugas dengan kepatuhan berobat penderita TBC Paru. Peran petugas kesehatan pada umumnya dalam memberikan informasi mengenai TBC kurang baik terhadap penderita, saat pasien datang pertama kali

untuk berobat, penderita mengatakan hanya sebagian saja petugas kesehatan yang memberikan penyuluhan mengenai jadwal menelan obat, mengambil obat, pencegahan, penularan dan pentingnya PMO bagi penderita. Hal ini didukung oleh penelitian Mursyaf *et al.* (2018:39) menunjukkan bahwa peran kader kesehatan sangat diperlukan guna membantu pasien selama masa pengobatan mendorong pasien untuk mencari pengobatan ataupun periksa ke puskesmas.

Berdasarkan penelitian Kurniawan *et al.* (2017:193) bahwa Puskesmas yang berada di Kecamatan Koja Jakarta Utara (91,9%) dan Puskesmas Tarumajaya Kabupaten Bekasi (84,5%) memiliki persentase persepsi tentang pelayanan yang mudah dan terjangkau dikarenakan adanya kelengkapan sarana fasilitas transportasi yang banyak dan memadai, lokasi puskesmas yang mudah terjangkau, sehingga dapat berpengaruh terhadap pasien untuk berkunjung kembali dan kepatuhan pasien dalam minum obat. TBC Paru saat ini masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat di dunia walaupun upaya pengendalian dengan strategi DOTS telah ditetapkan di banyak negara sejak tahun 1995 (Kemenkes RI, 2011:6).

Keberhasilan pengobatan TBC Paru di tentukan dengan menggunakan tiga indikator capaian program yaitu CDR, CR & SR. Kabupaten Jember dalam pelaksanaan program pengobatan TBC menyebutkan bahwa indikator *Case Detection Rate* (CDR) belum mencapai target yang ditentukan yaitu sebesar 70% pada tahun 2018 sebanyak 32 puskesmas yaitu Puskesmas Ajung (49%), Curahnongko (30%), Puskesmas Mumbulsari (45%), Puskesmas Panti (46%), Puskesmas Klatakan (20%), Puskesmas Sabrang (31%), Puskesmas Bangsalsari (39%), Puskesmas Ledokombo (32%), Puskesmas Lojejer (20%), Puskesmas Rambipuji (60%), Puskesmas Summersari (27%), Puskesmas Ambulu (61%), Puskesmas Cakru (44%), Puskesmas Karangduren (56%), Puskesmas Mangli (44%), Puskesmas Nogosari (41%), Puskesmas Patrang (47%), Puskesmas Puger (43%), Puskesmas Sumberjambe (36%), Puskesmas Tempurejo (40%), Puskesmas Wuluhan (37%), Puskesmas Arjasa (50%), Puskesmas Jenggawah (53%), Puskesmas Puskesmas Silo I (47%), Silo II (39%), Puskesmas Sukorambi (62%), Puskesmas Sukowono (32%), Puskesmas Mayang (38%), Puskesmas

Balung (43%), Puskesmas Gladapakem (16%), Puskesmas Jelbuk (44%) dan Puskesmas Kaliwates (52%), sedangkan yang mencapai target CDR sebesar 70% yaitu Puskesmas Jember Kidul (83%). Kabupaten Jember dilihat dari angka CDR belum memenuhi target cakupan sebesar 70% dan hanya satu puskesmas saja yang memenuhi target cakupan CDR. Indikator *Cure Rate* (CR) dalam capaian program pengobatan TBC di Kabupaten Jember tidak menggunakan. Penelitian ini hanya menggunakan indikator *Success Rate* (SR).

Kabupaten Jember dalam pelaksanaan program pengobatan TBC sudah menerapkan strategi DOTS namun, masih terdapat puskesmas yang belum mencapai target keberhasilan pengobatan >85%. Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti merasa perlu untuk melakukan penelitian tentang hubungan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember. Penelitian ini dilakukan di 33 puskesmas yang memenuhi target capaian pada tahun 2018 sebanyak 27 puskesmas yaitu, Puskesmas Ajung (95%), Puskesmas Curahnongko (100%), Puskesmas Mumbulsari (97%), Puskesmas Panti (99%), Puskesmas Klatakan (100%), Puskesmas Sabrang (100%), Puskesmas Bangsalsari (95%), Puskesmas Ledokombo (92%), Puskesmas Lojejer (89%), Puskesmas Rambipuji (96%) dan Puskesmas Summersari (96%), Puskesmas Ambulu (91%), Puskesmas Cakru (85%), Puskesmas Karang Duren (93%), Puskesmas Mangli (87%), Puskesmas Nogosari (93%), Puskesmas Patrang (92%), Puskesmas Puger (88%), Puskesmas Sumberjambe (92%), Puskesmas Tempurejo (96%), Puskesmas Wuluhan (88%), Puskesmas Arjasa (89%), Puskesmas Jember Kidul (86%), Puskesmas Jenggawah (88%), Puskesmas Silo I (86%), Puskesmas Sukorambi (94%), dan Puskesmas Sukowono (85%), sedangkan 6 diantaranya dengan tidak memenuhi target capaian yaitu, Puskesmas Mayang (78%), Puskesmas Balung (82%), Puskesmas Gladapakem (73%), Puskesmas Jelbuk (81%), Puskesmas Kaliwates (81%) dan Puskesmas Silo II (78%).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah hubungan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi Komponen DOTS (komitmen politik anggaran dana, distribusi obat, pencatatan dan pelaporan) di Kabupaten Jember.
2. Mengidentifikasi sumber daya manusia (tingkat pengetahuan, sikap petugas, motivasi kerja, standar ketenagaan, pelatihan dan penyuluhan) di Kabupaten Jember.
3. Mengidentifikasi sarana prasarana (tata ruang, infrastruktur, prasarana dan *sputum booth*) di Kabupaten Jember.
4. Mengidentifikasi capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.
5. Menganalisis hubungan antara komponen DOTS (komitmen politik anggaran dana, distribusi obat, pencatatan dan pelaporan) dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.
6. Menganalisis hubungan antara ketersediaan sumber daya manusia (tingkat pengetahuan, sikap petugas, motivasi kerja, standar ketenagaan, pelatihan dan penyuluhan) dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.

7. Menganalisis hubungan antara ketersediaan sarana prasarana (tata ruang, infrastruktur, prasarana dan *sputum booth*) dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi dalam pengembangan khasanah ilmu pengetahuan tentang kesehatan masyarakat di bidang administrasi dan kebijakan kesehatan terutama kajian-kajian masalah yang serupa dengan lebih mendalam dan spesifik terkait capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember sebagai instansi yang menaungi program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.

- b. Bagi Puskesmas

Penelitian ini diharapkan sebagai bahan masukan kepada petugas pengelola program TBC Paru di Kabupaten Jember dalam meningkatkan pelayanan kesehatan.

- c. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah pengalaman dan dapat memperoleh informasi tentang capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.

- d. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi di bidang administrasi dan kebijakan kesehatan mengenai pencapaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Puskesmas

2.1.1 Definisi Puskesmas

Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat. Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya (Satrianegara, 2018:72).

2.1.2 Fungsi Puskesmas

Berdasarkan Satrianegara (2018:74) fungsi puskesmas terdiri dari:

- a. Sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.
- b. Pusat pemberdayaan masyarakat.
- c. Pusat pelayanan kesehatan pertama (Satrianegara, 2018:74).

2.1.3 Ruang Lingkup Pelayanan

Berdasarkan Satrianegara (2018:74) pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas adalah pelayanan kesehatan yang menyeluruh yang meliputi pelayanan:

- a. Kuratif/pengobatan.
- b. Preventif/upaya pencegahan.
- c. Promotif/peningkatan kesehatan.
- d. Rehabilitatif/pemulihan kesehatan.

2.1.4 Program Pokok Puskesmas

Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan tingkat dasar memiliki program pokok puskesmas yang meliputi :

- a. Upaya kesehatan wajib
 - 1) Promosi kesehatan
 - 2) Kesehatan lingkungan
 - 3) KIA/Kesehatan Ibu dan Anak
 - 4) Upaya perbaikan gizi masyarakat
 - 5) Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
 - 6) Upaya pencegahan (Satrianegara, 2018:76-77).
- b. Upaya kesehatan pengembangan
 - 1) Puskesmas dengan rawat inap
 - 2) Upaya kesehatan usia lanjut
 - 3) Upaya kesehatan mata/ pencegahan kebutaan
 - 4) Upaya kesehatan telinga/pencegahan gangguan pendengaran
 - 5) Kesehatan jiwa
 - 6) Kesehatan olahraga
 - 7) Pencegahan dan penanggulangan penyakit
 - 8) Perawatan kesehatan masyarakat
 - 9) Bina kesehatan tradisional, dan
 - 10) Bina kesehatan kerja (Satrianegara, 2018:77).
- c. Upaya kesehatan inovasi

Dinas Kesehatan kabupaten/kota dapat menetapkan puskesmas mengembangkan suatu kegiatan inovatif yang belum dilaksanakan secara menyeluruh di semua puskesmas. Seperti kegiatan program inovasi upaya kesehatan dasar, pendanaan kesehatan bersumber daya masyarakat JPKM dan PPKBM, pola pelayanan kesehatan berbasis dokter keluarga, dan lain-lain (Satrianegara, 2018:79).

2.2 Tuberkulosis

2.2.1 Pengertian Tuberkulosis

Tuberkulosis (TBC) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis*. Penyakit TBC dapat menyerang berbagai organ, terutama di paru-paru (Kemenkes RI, 2016:1). *Mycobacterium tuberculosis* terbawa oleh partikel udara yang memiliki diameter 1-5 mikron, kuman TBC dapat bertahan dan melayang di udara selama beberapa jam. Seorang penderita dapat menularkan ketika batuk, bersin, berteriak atau bernyanyi. Penularan terjadi ketika seseorang menghirup udara yang mengandung kuman TBC yang dapat melintasi mulut atau saluran hidung, pernafasan atas dan bronkus untuk mencapai alveoli paru-paru (CDC, 2013:21).

2.2.2 Penyebab Tuberkulosis

Penyakit TBC disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis* yang dapat juga sebagai Basil Tahan Asam (BTA). Sebagian besar basil *mycobacterium tuberculosis* masuk ke dalam jaringan melalui *airborne infection* dan selanjutnya dikenal sebagai fokus primer dari ghon. Pada stadium permulaan, setelah pembentukan fokus primer akan terjadi beberapa kemungkinan :

- a. Penyebaran bronkogen
- b. Penyebaran limfogen, dan;
- c. Penyebaran hematogen

Keadaan berlangsung beberapa saat. Penyebaran akan berhenti jika jumlah kuman yang masuk sedikit dan telah terbentuk daya tahan tubuh yang spesifik terhadap basil tuberkulosis. Tetapi jika jumlah basil tuberkulosis masuk ke dalam tubuh lebih banyak tubuh akan terinfeksi TBC (Alsagaff dan Mukty, 2010:73).

2.2.3 Tanda dan Gejala Tuberkulosis

Penderita TBC paru memiliki gejala utama batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih yang diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur dengan

darah, batuk darah, badan lemas, nafsu makan berkurang, berat badan menurun, sesak napas, malaise, berkeringat pada malam hari tanpa adanya aktivitas fisik, demam disertai dengan meriang lebih dari satu bulan (Kemenkes RI, 2018:2).

2.2.4 Cara Penularan Tuberkulosis

Penyakit TBC Paru dapat menular melalui udara (*droplet nuklei*), saat penderita sedang bersin, batuk atau berbicara, kuman TBC yang berbentuk *droplet nuklei* akan bertebaran di udara. Kuman tuberkulosis dapat bertahan di udara selama beberapa jam dengan cepat atau lambat kuman TBC akan terhirup orang lain. *Droplet* yang bersarang di paru-paru akan mulai berkembang biak, maka akan terjadi infeksi pada orang lain yang menghirupnya. Risiko terinfeksi berhubungan dengan lama dan kualitas paparan dengan sumber infeksi, tetapi tidak hubungan dengan faktor genetik dan pejamu lainnya. Risiko tertinggi pada anak usia 3 tahun, risiko rendah pada masa kanak-kanak mulai meningkat lagi pada usia remaja, dewasa muda, dan usia lanjut (Masriadi, 2017:48).

Adapun cara penularan penyakit TBC Paru menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 364 Tahun 2009, antara lain:

- a. Sumber penularan oleh pasien dengan TBC BTA positif.
- b. Pada saat penderita batuk atau bersin dapat menyebarkan kuman melalui percik dahak (*droplet nuklei*).
- c. Penularan terjadi saat percikan dahak berada di ruangan dalam waktu yang lama.
- d. Percikan bertahan selama beberapa jam dalam keadaan gelap dan lembab.
- e. Penularan dapat terjadi ditentukan banyaknya kuman yang dikeluarkan oleh penderita TBC Paru.
- f. Penularan TBC Paru ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara.

2.2.5 Risiko Penularan

Faktor risiko yang mungkin muncul pada penyakit TBC Paru, diantaranya (Keputusan Menteri Kesehatan No. 364 Tahun 2009):

a. Risiko Penularan

Risiko penularan kuman TBC tergantung tingkat pajanan dari percikan dahak, kemungkinan risiko dengan penularan yang lebih besar pada pasien TBC paru dengan BTA positif. Risiko penduduk terinfeksi ditunjukkan dengan ARTI (*Annual Risk of Tuberculosis Infection*) sebesar 1% berarti 10 (sepuluh) orang diantara 1000 penduduk terinfeksi kuman TBC setiap tahun. Adanya perubahan reaksi tuberkulin negatif menjadi positif berisiko terinfeksi. Di Indonesia ARTI bervariasi antara 1-3%.

b. Risiko Menjadi Sakit TBC

Menurut Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis (2011:2) risiko menjadi sakit TBC, diantaranya :

- 1) 10% orang terinfeksi menjadi sakit TBC.
- 2) ARTI 1% berarti 100.000 penduduk rata-rata 1000 terinfeksi TBC, 10% berarti 100 orang diantaranya sakit TBC dan 50 lainnya pasien TBC.
- 3) Daya tahan tubuh yang rendah atau karena infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi (gizi buruk).
- 4) Infeksi HIV merupakan faktor risiko yang mudah terkena infeksi TBC untuk menjadi sakit TBC.

2.2.6 Penemuan Pasien Tuberkulosis Paru

Penemuan pasien TBC paru bertujuan menemukan pasien TBC melalui berbagai kegiatan mulai dari penjarangan terduga pasien TBC, pemeriksaan fisik dan laboratoris, menentukan diagnosis, klasifikasi serta tipe pasien TBC untuk dapat dilakukan pengobatan sampai sembuh dan mengurangi penularan kepada orang lain (Kemenkes RI, 2014:13). Penemuan pasien TBC membutuhkan peran serta pasien dalam memahami dan menyadari keluhan yang dirasakan dan gejala TBC, terdapatnya akses pelayanan kesehatan serta adanya tenaga kesehatan yang

kompeten untuk memberikan pelayanan pemeriksaan kepada pasien TBC. Penemuan dan penyembuhan pasien TBC, menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit TBC. Faktor terpenting dalam penemuan pasien TBC adalah keikutsertaan pasien (Kemenkes RI, 2014:13).

2.2.7 Diagnosis Tuberkulosis

Berdasarkan Kemenkes RI (2014:15) dalam Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, diagnosis TBC pada orang dewasa adalah:

- a. Diagnosis TBC Paru
 - 1) Ditegakkan dengan pemeriksaan bakteriologis yaitu pemeriksaan mikroskopis langsung, biakan dan tes cepat.
 - 2) Apabila pemeriksaan bakteriologis negatif, maka penegakan diagnosis dilakukan secara klinis.
 - 3) Pemeriksaan diagnosis klinis dilakukan setelah terapi antibiotika spektrum luas (Non OAT dan Non kuinolon).
 - 4) Mendiagnosis TBC dengan pemeriksaan serologis tidak dibenarkan.
 - 5) Mendiagnosis TBC berdasarkan pemeriksaan foto torak saja tidak dibenarkan
 - 6) Mendiagnosis TBC hanya dengan pemeriksaan tuberkulin tidak dibenarkan.
- b. Diagnosis TBC Ekstra Paru
 - 1) Gejala dan keluhan tergantung pada organ yang terkena.
 - 2) Diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan klinis, bakteriologis dan hispatologis dari uji yang diambil dari organ tubuh yang terkena.
 - 3) Pemeriksaan bakteriologis dilakukan apabila ditemukan keluhan dan gejala yang sesuai yang kemungkinan adanya TBC Paru.

2.2.8 Prinsip Pengobatan

Pengobatan TBC perlu adanya organisasi yang baik, pelaksanaan program pelayanan secara rutin, pengawasan secara langsung atau minum obat anti TBC, penggunaan panduan obat yang tepat dalam waktu 6-9 bulan pada pengobatan jangka pendek, untuk mengatasi kondisi *biphasic nature* dari *mycobacterium tuberculosis* (Maher dalam Mertaniasih, 2013:99). Durasi pengobatan kombinasi tidak lebih dari 6-8 bulan, sudah dapat mencapai kondisi sterilisasi (Girling dalam Mertaniasih *et al.*, 2013:100). Menurut WHO prinsip pengobatan jangka pendek diberikan dalam jangka waktu cukup lama untuk menghindari kekambuhan, menggunakan dua atau lebih kombinasi obat agar mutan resistensi terhadap obat satu akan teratasi oleh obat yang lain. Puskesmas di Indonesia untuk pengobatan dengan panduan obat anti tuberkulosis (OAT) sesuai dengan rekomendasi dari WHO yaitu panduan OAT jangka pendek terdiri dari tiga kategori dan setiap kategori terdiri dari dua fase yaitu fase awal (intensif) dan fase lanjutan (intermiten) (Mertaniasih *et al.*, 2013:100). OAT merupakan komponen penting pengobatan penyakit TBC. Pengobatan TBC merupakan salah satu upaya yang efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut kuman TBC (Permenkes RI, 2016:78). Pengobatan yang memenuhi syarat harus memenuhi prinsip :

- a. Pengobatan diberikan dalam panduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah resistensi.
- b. Diberikan dalam dosis yang tepat.
- c. Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO sampai selesai pengobatan.
- d. Pengobatan diberikan dalam waktu yang cukup serta dibagi dalam dua tahap yaitu tahap awal dan tahap lanjutan untuk mencegah kekambuhan.

2.2.9 Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru

Program penanggulangan Tuberkulosis Paru terdiri dari:

a. *Stop TBC Partnership*

Meningkatnya kasus dan kematian HIV/AIDS di berbagai negara akibat dari penyakit tuberkulosis yang kurang mendapat perhatian. Amerika, Afrika dan Eropa merupakan negara pandemi TBC tak terkecuali di Negara Asia, sehingga WHO menetapkan suasana gawat darurat dengan menyepakati strategi *stop TBC* dengan menyusun *blue print* terintegrasi dalam proyek *global found* dengan sasaran eliminasi TBC tahun 2050 yang menyatakan, “**Dunia Bebas TBC**” (Nizar, 2017:26).

b. Strategi DOTS

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 364 Tahun 2009 Strategi DOTS adalah strategi yang direkomendasikan oleh WHO dalam penanggulangan TBC sejak tahun 1995. Strategi DOTS mulai diterapkan dan dilaksanakan di puskesmas. Mulai tahun 2000 pelaksanaan strategi DOTS dilaksanakan secara nasional di seluruh sarana kesehatan terutama di puskesmas sebagai pelayanan kesehatan dasar.

DOTS merupakan pengawasan secara langsung pengobatan jangka pendek, DOTS dapat dimulai di setiap program pengelola tuberkulosis untuk *direct attention* dalam usaha penemuan penderita atau deteksi kasus dengan pemeriksaan mikroskop. Kemudian penderita harus di observasi dalam memakan obatnya, obat yang ditelan penderita harus didepan pengawas. Selanjutnya penderita menerima *treatment* dan *short course* standar yang telah ditetapkan oleh pemerintah sebagai pembuat program penanggulangan TBC yang mendapatkan prioritas tinggi dalam pelayanan kesehatan (Anengsih, 2017:36). Tujuan pelaksanaan DOTS adalah menjamin kesembuhan penderita, mencegah resistensi obat, mencegah putus berobat, mengatasi efek samping obat, mencegah penularan dan menurunkan angka kesakitan dan kematian (Anengsih, 2017:36).

Strategi DOTS terdiri dari :

1) Komponen DOTS

Komponen DOTS terdiri dari:

a) Komitmen Politik

Pentingnya komitmen politik diantara keempat unsur lainnya dalam mendukung pengawasan TBC ini dimulai dengan keputusan pemerintah untuk menjadikan TBC sebagai prioritas penting atau utama dalam program kesehatan (Anengsih, 2018:37). Untuk mendapatkan dampak yang memadai maka harus adanya program nasional kegiatan pengobatan TBC secara menyeluruh yang diikuti dengan pembuatan buku petunjuk (*guideline*) yang menjelaskan strategi DOTS, sehingga dapat diterapkan dalam sistem pelayanan kesehatan (Hana, 2018:30). Komitmen politik pemerintah dengan peningkatan dan penjaminan pendanaan merupakan unsur penting dalam pelaksanaan strategi DOTS dari pimpinan, termasuk dukungan administrasi dan operasionalnya. Untuk mencukupi kebutuhan diperlukan anggaran mulai dari pendidikan tenaga kesehatan, pelatihan fungsional, rekrutmen dan pengajian. Program kesehatan hanya bisa berjalan jika digerakkan oleh manusia dan membutuhkan dana yang cukup (Muljono dalam Rahayu, 2016:21-22).

b) Penemuan Kasus

Kegiatan penemuan kasus terdiri dari penjarangan suspek, diagnosis, penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien. Tujuan penemuan kasus adalah untuk mendapatkan kasus TBC melalui kegiatan dari penjarangan suspek, pemeriksaan fisik dan laboratoris. Strategi penemuan pasien TBC secara umum dilakukan secara pasif dengan promosi aktif. Untuk menemukan tersangka kasus TBC dilakukan di fasilitas kesehatan, didukung dengan penyuluhan aktif yang dilakukan oleh petugas kesehatan maupun masyarakat (Anengsih, 2017:37-38). Penemuan kasus dengan pemeriksaan mikroskopis sputum merupakan metode yang paling efektif untuk penjarangan tersangka TBC Paru. Pemeriksaan mikroskopis adalah pendekatan penemuan kasus secara pasif yang merupakan cara paling efektif dalam menemukan kasus TBC (Hana, 2018:30-31).

c) Pengobatan yang Standar

Untuk menjamin keteraturan pengobatan pasien TBC diperlukan PMO. Petugas PMO memiliki persyaratan, yaitu seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui oleh petugas kesehatan dan pasien, tinggal dekat dengan pasien, bersedia membantu pasien dengan sukarela dan bersedia ikut pelatihan dan mendapatkan penyuluhan bersama pasien (Kemenkes RI, 2009:25). Pengobatan pasien TBC berdasarkan peraturan dilaksanakan selama 6 bulan dengan menggunakan obat kombinasi OAT yang adekuat. Pemberian obat harus berdasarkan apakah pasien diklasifikasikan sebagai kasus baru, kasus lanjutan, atau kasus kambuh dan diberikan secara gratis kepada penderita (Hana, 2018:31). Pengawasan menelan obat yang secara langsung penting untuk penderita TBC paru untuk melakukan pengobatan secara intensif, pasien tidak memikul sendiri beban tanggung jawab akan kepatuhan penggunaan obat. Keberadaan PMO adalah untuk memastikan penderita menelan obat dan PMO elemen terpenting dalam strategi DOTS. Petugas pelayanan kesehatan, petugas kesehatan masyarakat, pemerintah dan masyarakat harus berbagi tanggung jawab dan memberikan dukungan kepada pasien untuk menyelesaikan pengobatan dan mencapai kesembuhan bagi pasien (Hana, 2018:32).

d) Distribusi Obat

Tersedianya obat secara teratur, menyeluruh dan tepat waktu merupakan hal yang penting untuk pengobatan TBC. Berdasarkan Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis distribusi adalah pengeluaran dan pengiriman logistik dari satu tempat ke tempat lain dengan memenuhi persyaratan administratif maupun teknis untuk memenuhi ketersediaan jenis dan jumlah agar sampai ke tujuan. Proses distribusi obat harus memperhatikan aspek keamanan, mutu dan manfaat, diantaranya:

- (1) Distribusi logistik obat mengacu pada prinsip FEFO.
- (2) Sistem distribusi dilakukan secara tarik dan dorong.

- (3) Dilakukan relokasi jika diperlukan antar fasyankes antar kabupaten atau kota dan antar provinsi dengan mekanisme yang disepakati dan dipertanggung jawabkan.
- (4) Periode distribusi tergantung dari situasi dan kondisi geografis daerah.

e) Pencatatan dan Pelaporan

Penderita TBC yang diobati harus mempunyai satu kartu identitas penderita yang kemudian tercatat di catatan kabupaten atau kota. Kemanapun pasien pergi harus menggunakan kartu yang sama untuk pengobatan, sehingga dapat melanjutkan pengobatan dan tidak tercatat dua kali (Aditama dalam Nasution, 2018:19). Sistem ini terdiri dari daftar laboratorium yang berisi catatan dari semua pasien yang diperiksa dahaknya, kartu pengobatan pasien yang merinci penggunaan obat dan pemeriksaan dahak lanjutan. Setiap penderita yang berobat harus memiliki kartu identitas penderita yang telah tercatat di catatan TBC yang ada di puskesmas. Pencatatan menggunakan formulir yang standar secara manual didukung dengan sistem informasi secara elektronik, sedangkan pelaporan TBC menggunakan sistem informasi elektronik. Penerapan sistem informasi TBC secara elektronik di semua fasilitas kesehatan dilaksanakan secara bertahap dengan memperhatikan ketersediaan Sistem Informasi TBC Terpadu (SITT) yang berbasis web dan terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan secara Nasional (Kemenkes RI, 2014:121).

Fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (FKTL) dalam melaksanakan pencatatan menggunakan format secara berurutan sebagai berikut :

- (1) Kartu pengobatan pasien TBC (TBC. 01).
- (2) Kartu identitas pasien TBC (TBC. 02).
- (3) Register TBC fasilitas kesehatan (TBC. 03 faskes).
- (4) Register Laboratorium TBC (TBC. 04).
- (5) Formulir permohonan laboratorium TBC untuk pemeriksaan dahak (TBC. 05).

- (6) Daftar terduga TBC yang diperiksa dahak (TBC.06)
- (7) Formulir rujukan/pindah pasien (TBC. 09).
- (8) Formulir hasil akhir pengobatan dari pasien TBC pindahan (TBC.10).
- (9) SITT (Sistem Informasi TBC Terpadu) (Kemenkes RI, 2014:121).

2) Sumber Daya

Sumber daya dalam pelaksanaan program pengobatan TBC terdiri dari:

a) Sumber Daya Manusia (Petugas Kesehatan)

(1) Usia

Usia adalah yang mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial, serta lebih banyak melakukan persiapan demi kesuksesan menuju usia tua. Sedangkan, semakin tua usianya maka semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan hal yang dikerjakan.

(2) Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran, dan indera penglihatan terhadap suatu objek. Secara garis besar dibagi dalam 6 tingkatan pengetahuan yaitu: (Notoatmodjo, 2010:50-52).

- (a) Tahu (*Know*) adalah mengingat suatu materi yang sudah ada sebelumnya atau mengingat kembali (*reccal*). Untuk mengukur bahwa seseorang tahu dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan.
- (b) Memahami (*Comprehension*) adalah bukan hanya sekedar tahu tetapi memahami, tidak hanya sekedar menyebutkan tetapi dapat menggambarkan secara benar objek yang sedang diamati.
- (c) Aplikasi (*Application*) adalah seseorang yang dapat memahami dan menggunakan objek yang dimaksud dalam situasi lain.

- (d) Analisis (*Analysis*) adalah kemampuan yang dimiliki seseorang untuk menjabarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan mencari hubungan antar komponen-komponen dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.
- (e) Sintesis (*Synthesis*) adalah sebuah kemampuan yang dimiliki seseorang untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang sudah ada.
- (f) Evaluasi (*Evaluation*) adalah kemampuan yang dimiliki seseorang untuk melakukan penilaian terhadap objek dengan didasarkan pada kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang sudah berlaku di masyarakat.

Indikator perencanaan yang baik bersifat:

1. Berbasis data/informasi/ fakta yang akurat tentang situasi epidemiologis dan program.
2. Berjangka menengah atau panjang, biasanya 5 tahun. Mempunyai jangkauan ke depan yang memberikan tantangan dalam pelaksanaannya.
3. Umum menyeluruh biasanya dijabarkan lebih lanjut dalam rencana kerja atau rencana rencana operasional yang lebih rinci.
4. Lentur, dinamis, statis tanggap terhadap berbagai perubahan penting yang terjadi di lingkungan tempat dan waktu berlakunya rencana (Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2011:76).

(3) Sikap Petugas

Sikap adalah keadaan mental yang dipelajari melalui pengalaman, situasi, objek yang menghasilkan pengaruh reaksi dan respon seseorang terhadap orang lain. Sikap adalah penentu perilaku, karena keduanya saling berhubungan dengan pendapat, kepribadian, motivasi dan perasaan (Ivancevish J dalam Nasution, 2018:31-32).

(4) Motivasi Kerja

Pengertian motivasi menurut Robbins dalam Wibowo (2016:322) menyatakan bahwa motivasi merupakan suatu proses yang menyebabkan

intensitas (*Intensity*), arah (*direction*), dan usaha terus menerus (*Persistence*) individu menuju pencapaian tujuan. Motivasi merupakan ukuran seseorang untuk dapat menjaga usahanya. Seseorang yang termotivasi akan menjalankan tugas yang cukup lama hingga mencapai tujuan yang diinginkan.

(5) Standar Ketenagaan

Standar ketenagaan di puskesmas berdasarkan Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis yaitu :

- (a) Puskesmas rujukan mikroskopis dan puskesmas pelaksana mandiri : untuk kebutuhan minimal tenaga pelaksana, yaitu satu dokter, satu perawat/petugas TBC dan satu tenaga laboratorium.
- (b) Puskesmas satelit untuk kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih yaitu satu dokter dan satu perawat/petugas TBC.

(6) Pelatihan

Pelatihan adalah sebuah hubungan kemitraan antara pelatih dengan pekerja. Proses dalam pelatihan memusatkan pada pembelajaran yang berkesinambungan, pertumbuhan dan perubahan yang akan membawa perubahan hasil dalam pemenuhan kebutuhan sumber daya internal pekerja. Pelatihan secara langsung atau tidak langsung bertujuan untuk meningkatkan motivasi, mencapai tujuan dan memaksimalkan potensi (Irianto, 2003:170).

Pelatihan merupakan cara yang efektif untuk dapat memfasilitasi dalam hubungan kerja, sebuah proses untuk perubahan, mencapai penukaran transfer di ruangan pada pekerja, menjadi sebuah penambahan pengetahuan secara alami HRD. Pelatihan untuk mendukung dan memperkuat pembelajaran yang inisiatif dalam pembelajaran organisasional lainnya, seperti intervensi pengembangan organisasional (*Organisational Development/OD*) dan pelatihan (*training*) (Irianto, 2003:172).

Berdasarkan Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis (2014:108) pelatihan program TBC di Indonesia dimulai dengan

pembentukan *master trainer*/pelatih utama TBC, kegiatan *Training of Trainers* (TOT) sampai pelatihan petugas kesehatan dan manajer yang terlibat dalam pengendalian TBC. Peningkatan pelaksanaan pelatihan diikuti juga dengan meningkatnya perhatian terhadap peningkatan kualitas pelatihan.

(7) Penyuluhan

Penyuluhan TBC paru dapat dilakukan dengan penyampaian pesan penting secara langsung atau menggunakan media. Penyuluhan secara langsung program penanggulangan TBC paru dapat dilaksanakan penyuluhan langsung perorangan sangat penting untuk menentukan keberhasilan pengobatan penderita. Penyuluhan dengan menggunakan bahan cetak dan media masa dilakukan untuk menjangkau masyarakat yang lebih luas, untuk mengubah pandangan masyarakat mengenai TBC paru yang merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan menjadi penyakit yang mudah, penyakit yang memalukan menjadi penyakit yang berbahaya tetapi bisa disembuhkan (Nasution, 2018:26-27).

(8) Supervisi

Supervisi adalah kegiatan monitoring langsung dan kegiatan pembinaan yang digunakan untuk mempertahankan kompetensi standar melalui *on the job training*. Supervisi dimanfaatkan sebagai bahan evaluasi setelah pelatihan untuk bahan masukan perbaikan pelatihan yang akan datang. Tujuan supervisi adalah untuk meningkatkan kinerja petugas, melalui proses yang sistematis untuk meningkatkan keterampilan petugas, memperbaiki sikap petugas dalam bekerja dan meningkatkan motivasi petugas (Kemenkes RI, 2014: 135).

b) Sarana Prasarana

Berdasarkan Standar Pelayanan Laboratorium Mikroskopis Tuberkulosis (Kemenkes RI, 2015:10-12) dan Pedoman Teknis Bangunan dan Prasarana Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama untuk Mencegah Infeksi yang di Transmisikan Melalui Udara (*Airborne Infection*) (Kemenkes RI, 2014:96-97) meliputi :

(1) Tata Ruang

Tata ruang untuk pemeriksaan mikroskopis TBC harus terpisah dari ruang pemeriksaan lain. Apabila luas ruangan dalam pelayanan kesehatan sangat terbatas dapat dilakukan di area kotor. Persyaratan tata ruang di laboratorium mikroskopis terdiri dari ruang tunggu, *sputum booth* dan ruang kerja.

(2) Infrastruktur

Infrastruktur mulai dari dinding, langit dan lantai ruangan harus terbuat dari bahan yang tidak menyerap cairan, mudah dibersihkan, didisinfeksi dan tahan terhadap bahan-bahan kimiawi yang digunakan dalam proses pemeriksaan. Ketersediaan dan ketentuan infrastruktur sesuai dengan pedoman K3. Adapun persyaratan bangunan laboratorium tuberkulosis diantaranya :

- (a) Ukuran ruangan minimal 3m x 7m (termasuk ruangan administrasi dan ruangan pengambilan darah).
- (b) Lantai ruangan laboratorium tidak berpori, warna terang dan mudah dibersihkan.
- (c) Loket penyerahan dahak dilengkapi dengan sistem *passing box*.

(3) Prasarana

Prasarana dalam pelayanan laboratorium mikroskopis TBC, meliputi

(a) Ventilasi

1. Dalam laboratorium mikroskopis TBC mempunyai luas ventilasi $\frac{1}{3}$ x luas lantai dan harus mempunyai sistem aliran udara sehingga terdapat area bersih dan area kotor. Area bersih merupakan area yang tidak infeksius, sedangkan area kotor merupakan area infeksius.
2. *Fan* yang dipakai adalah fan berdiri ukuran 30 cm dan *fan* dinding ukuran 35 cm untuk ruangan pengambilan sampel dan administrasi
3. Arah angin *fan* harus mengarah ke pasien

4. Di atas meja laboratorium menggunakan *fan* jenis *exhaust hood*.

(b) Pencahayaan

Sistem pencahayaan sesuai dengan standar pedoman teknis bangunan dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yaitu dengan intensitas cahaya minimal 300 lux (3 buah lampu PLC 18 watt)

(c) Sanitasi

1. Kapasitas air harus cukup untuk kebutuhan laboratorium puskesmas
2. Kualitas air harus baik yaitu harus memenuhi syarat menyangkut bau, rasa, warna dan susunan kimianya termasuk debitnya.
3. Keandalan penyaluran harus dengan menggunakan sistem *stop* kran dan *valve* yaitu menggunakan produk yang baik sehingga tidak mudah terjadi kebuntuan.
4. Kesiambungan sumber air harus terjamin yaitu dengan menggunakan jaringan PAM, sumur artesis dan sumber-sumber lain seperti, air hujan, air sungai tangki air *mobile*.
5. Keselamatan dan keamanan penggunaan air bersih yaitu meliputi sistem pengamanan, pengecekan kualitas pipa, reservoir dan alat-alat sanitasi lain.
6. Sistem pengelolaan limbah cair dengan STP/IPAL sedangkan untuk limbah padat dengan menggunakan incinerator.

(4) *Sputum Booth*

Sputum booth dilakukan di ruang terbuka atau tempat khusus yang menjamin pencegahan penularan dan kenyamanan pasien. Adapun persyaratan *sputum booth* diantaranya:

- (a) Peletakkan *sputum booth* di lahan sesuai kondisi setempat serta tidak di lokasi umum dengan ukuran minimal 1,50 x 1,50 m.

- (b) Wastafel pada ruangan pengambilan dahak dilengkapi dengan zat pencuci tangan, tisu pembersih dan kran menggunakan sistem sentuh (*no hand basin*).
- (c) *Sputum booth* dilengkapi dengan tempat sabun, tempat tisu dan tempat sampah tertutup.
- (d) Material bangunan mudah dibersihkan dan dapat menjadi tempat hidupnya bakteri.

Tabel 2.1 Persyaratan Minimal Laboratorium

No	Jenis Kelengkapan	Syarat Minimal
1	Gedung	Permanen
2	Ventilasi dan pengaturan aliran udara	1/3 x luas lantai, area bersih dan area kotor
3	Daya dan Instalasi listrik	Memadai
4	Sumber dan instalasi air bersih	Memadai
5	Tata ruang/ area :	
	a. Ruang tunggu	Ada
	b. <i>Sputum booth</i>	Ada
	c. Ruang kerja	Ada
6	Alat pelindung diri	Jas laboratorium, sarung tangan dan sabun
7	Pengelolaan limbah:	Ada
	a. Tempat penampungan sementara	
	b. Pengelolaan limbah cair	
	c. Pemusnahan limbah padat	

Sumber: Standar pelayanan laboratorium tuberkulosis

2.3 Pengobatan Tuberkulosis Paru

Pengobatan TBC bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, mencegah kematian, memutus rantai penularan dan mencegah resistensi OAT (Kemenkes RI, 2011:21). Berdasarkan Kemenkes RI (2014:21) dalam Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis pengobatan TBC harus melalui tahap intensif (awal) dan tahap lanjutan sebagai berikut :

a. Tahap Intensif (Awal)

Pada tahap awal pengobatan penderita TBC diberikan setiap hari dengan tujuan untuk menurunkan jumlah kuman yang berada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh kuman yang sudah resisten terhadap obat. Pada

pengobatan TBC di tahap awal diberikan selama 2 (dua) bulan dengan pengobatan secara teratur tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 (dua) minggu.

b. Tahap Lanjutan

Pengobatan TBC tahap lanjutan merupakan tahap penting untuk membunuh kuman TBC yang masih ada dalam tubuh khususnya kuman persister sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan.

Menurut Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis (2011:23). Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang digunakan di Indonesia adalah:

a. Panduan OAT yang digunakan oleh Program Nasional Pengendalian Tuberkulosis :

- 1) Kategori 1 : 2 (HRZE)/4(HR(3).
- 2) Kategori 2 : 2 (HZRE)S/(HRZE)/5(HR03E3) Obat sisipan (HRZE) disediakan selain dari ke 2 kategori obat di atas.
- 3) Kategori anak : 2HRZ/4HR.

b. Obat yang digunakan untuk pasien TBC resisten obat terdiri dari lini ke-2 diantaranya kanamycin, levofloksasin, ethionamide, sikloserin, capreomisin dan PAS. OAT lini ke-1 diantaranya pirazinamid dan etambutol.

c. Panduan OAT kategori 1 dan kategori 2 dalam bentuk paket berupa obat kombinasi tetap tetap (OAT-KDT) yang terdiri dari kombinasi 2 atau 4 jenis dalam satu tablet. Dosis yang diberikan kepada pasien sesuai dengan berat badan pasien dan panduan dikemas satu paket untuk satu pasien.

d. Paket kombipak merupakan paket yang lepas dari Isoniasid, rimfampisin, pirazinamid dan etambutol dalam bentuk blister. Panduan OAT ini untuk pasien yang mengalami efek samping OAT KDT.

KDT mempunyai beberapa keuntungan untuk pengobatan TBC diantaranya adalah :

- a. Dosis obat disesuaikan dengan berat badan pasien untuk menjamin efektifitas obat dan mengurangi efek samping.
- b. Menurunkan risiko resistensi obat dan mengurangi kesalahan penulisan resep.

- c. Jumlah obat yang ditelan sedikit dan sederhana serta dapat meningkatkan kepatuhan pasien.

2.4 Capaian Program Pengobatan Tuberkulosis Paru

Untuk menilai kemajuan atau keberhasilan pengendalian TBC digunakan beberapa indikator. Indikator pengendalian TBC secara Nasional ada dua yaitu:

- a. Angka Penemuan Pasien baru BTA positif (*Case Detection Rate = CDR*).

CDR adalah persentase jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dan diobati dibanding jumlah pasien baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut.

$$\frac{\text{Jumlah pasien baru BTA positif yang dilaporkan dalam TBC.07} \times 100\%}{\text{Perkiraan jumlah pasien baru TBC BTA Positif}}$$

Perkiraan jumlah pasien baru TBC BTA positif diperoleh berdasarkan perhitungan angka insiden kasus TBC Paru BTA positif dikali dengan jumlah penduduk. Untuk target CDR program penanggulangan TBC secara Nasional minimal 70%.

- b. Angka Kesembuhan (*Cure Rate*).

CR adalah angka yang menunjukkan persentase pasien baru TBC Paru BTA positif yang sembuh setelah selesai masa pengobatan, diantara pasien baru BTA positif yang tercatat.

$$\frac{\text{Jumlah pasien baru TBC BTA positif yang sembuh} \times 100\%}{\text{Jumlah pasien baru TBC BTA positif yang diobati}}$$

Di fasilitas pelayanan kesehatan indikator ini didapat dari kartu pasien TBC.01 dengan cara mereview seluruh kartu pasien baru BTA Positif mulai berobat dalam 9-12 bulan sebelumnya, kemudian dihitung beberapa diantaranya yang sembuh setelah selesai pengobatan. Di tingkat Kabupaten, Provinsi dan Pusat dihitung dari laporan TBC.08. Angka minimal yang harus dicapai adalah 85%. Angka kesembuhan untuk mengetahui hasil pengobatan.

c. Angka Keberhasilan Pengobatan (*Success Rate*).

SR adalah angka yang menunjukkan persentase pasien baru TBC Paru BTA positif yang menyelesaikan pengobatan (baik yang sembuh maupun pengobatan lengkap) diantara pasien baru TBC paru BTA positif yang tercatat. Angka SR ini merupakan penjumlahan dari angka kesembuhan dan angka pengobatan lengkap. Penelitian ini menggunakan indikator SR saja untuk mengetahui hubungan strategi DOTS dengan capaian program pengobatan (SR) TBC Paru di Kabupaten Jember.

$$\frac{\text{Jumlah pasien baru TBC BTA positif (sembuh + pengobatan lengkap)} \times 100\%}{\text{Jumlah pasien baru TBC BTA positif yang diobati}}$$

Jumlah pasien baru TBC BTA positif yang diobati

Kategori capaian program TBC dengan rumus Azwar (2012):

- 1) Rendah : $X < M - 1SD$
- 2) Sedang : $M - 1SD \leq M + 1SD$
- 3) Tinggi : $M + 1SD \leq X$

Sedangkan menurut Pedoman Nasional Pengendalian TBC

- 1) Tercapai : $>85\%$
- 2) Tidak tercapai : $<85\%$

2.5 Penelitian Terdahulu

Hubungan strategi DOTS terhadap capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru diantaranya:

a. Anggaran Dana

Anggaran dana program penyakit TBC Paru dalam melaksanakan tugas mendapatkan dana secara keseluruhan didapatkan dari APBD dan bantuan dana dari luar Negeri yaitu GF-AT (*Global Fund Aids and Tuberculosis*). Dana APBD yang diperoleh pemegang program didapat dari DKK dengan cara membuat surat pertanggung jawaban (SPJ) setiap tribulan yang digunakan untuk kontak rumah, pasien mangkir, penemuan BTA dan transportasi petugas. Sedangkan GF-AT digunakan untuk penemuan BTA positif, pembuatan sediaan, pewarnaan dan pembacaan sediaan.

Sumber dana dan alokasi dana pemegang program P2TBC dan petugas laboratorium dalam pencapaian CDR TBC Puskesmas Kota Semarang sudah sesuai dengan ketentuan dari Kementerian Kesehatan RI, sehingga dapat meningkatkan kinerja petugas. Jumlah dana yang diterima petugas sama, yaitu tergantung dari jumlah BTA yang ditemukan yang berarti tidak ada perbedaan pengaruh antara puskesmas dengan CDR yang memenuhi target dengan yang belum memenuhi target, karena dana yang diberikan ke masing-masing petugas sama (Nugraini *et al.*, 2015:149).

b. Kerja Sama Lintas Sektor dan Lintas Program

Upaya penanggulangan TBC untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian diperlukan melibatkan banyak instansi agar memperluas pelaksanaan penanggulangan TBC, sehingga melibatkan kerja sama lintas sektor dan lintas program. Berdasarkan hasil penelitian di fasilitas pelayanan Kota Tegal dalam penanggulangan TBC telah melakukan kerja sama lintas sektor dan lintas program. Kerja sama lintas sektor dilakukan dengan Rumah Sakit, Puskesmas, Dinas Kesehatan Kota Tegal serta Balai Paru. Sedangkan, kerja sama lintas program dilakukan dengan pihak-pihak kelurahan maupun desa diantaranya Dinas Sosial, KUA, tokoh masyarakat RTMP, camat, lurah, koramil, polsek, UPT Pendidikan serta tokoh agama untuk mendapatkan dukungan serta *support* baik dalam penanggulangan TBC (Faradis dan Indarjo, 2018:316).

c. Penemuan Kasus

Penemuan pasien merupakan langkah pertama dalam kegiatan tata laksana pasien TBC, penemuan dan penyembuhan pasien TBC menular, secara bermakna akan dapat menurunkan kesakitan, kematian akibat TBC dan kegiatan pencegahan yang efektif di masyarakat (Kemenkes RI, 2011:13). Penjaringan suspek atau dengan kata lain pasien yang datang ke puskesmas semua responden petugas dan pasien di Puskesmas Tanah Kalikedinding menjawab bahwa pasien dengan gejala klinis TBC yaitu batuk selama ≥ 2 minggu atau batuk berdarah. Pasien diminta oleh petugas kesehatan dengan pemeriksaan dahak SPS (sewaktu datang-pagi-sewaktu datang) sebagai diagnosa pasti pasien TBC (Noveyani dan Martini, 2014:256).

d. Pengobatan yang Standar

Berdasarkan hasil penelitian Nurmadya *et al.* (2015:209) persentase responden yang tidak berhasil pengobatan lebih tinggi pada pelaksanaan pemeriksaan yang kurang baik dibandingkan dengan yang baik. Dari hasil uji statistik didapatkan perbedaan bermakna $p= 0,005$. Pengobatan pasien TBC dengan strategi DOTS perlu adanya peran serta dari PMO untuk mengingatkan pasien dalam keteraturan menjalani pengobatan TBC yang membutuhkan waktu lama. Fungsi penting PMO adalah mengingatkan dan memotivasi pasien untuk menelan OAT sesuai jadwal meskipun kondisinya sudah sehat. Pengobatan TBC dilaksanakan melalui dua tahap yaitu tahap awal/intensif dan tahap lanjutan (Noveyani dan Martini, 2014:257).

e. Distribusi Obat

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nurmadya *et al.* (2015:210) bahwa ada hubungan yang bermakna antara ketersediaan obat dengan keberhasilan pengobatan. Pasien tuberkulosis yang tidak berhasil pengobatannya, karena persediaan OAT yang kurang baik.

f. Pencatatan dan Pelaporan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Noveyani dan Martini (2014:260) pencatatan dan pelaporan yang dilakukan di Puskesmas Tanah Kalikedinding didukung oleh sistem pelaporan tuberkulosis dengan memakai sistem online SITT sehingga dapat membantu lengkapnya pencatatan yang dilaksanakan. Selain itu hasil penelitian dari Arisandi dalam Noveyani dan Martini (2014:60) menyatakan bahwa ada hubungan mengenai peralatan non OAT (formulir pencatatan seperti TBC 01, TBC 02 dan sebagainya) yang berhubungan dengan kualitas petugas TBC dengan koefisien korelasi sebesar 0,522 yang berarti mempunyai hubungan yang kuat. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati dan Budiono (2015:122) menjelaskan bahwa tidak ada hubungan antara pencatatan dan pelaporan dengan capaian SR TBC Paru di Kabupaten Sragen, karena pencatatan dan pelaporan untuk membantu dalam proses evaluasi program pengobatan TBC dan pelaksanaan surveilans.

- g. Sumber Daya Manusia (Usia, Tingkat Pengetahuan, Jenis Kelamin, Sikap Petugas, Motivasi Kerja, Standar Ketenagaan, Pelatihan, Penyuluhan dan Supervisi)

Tenaga kesehatan merupakan sarana penting dan utama dalam manajemen pelayanan kesehatan untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Tanpa adanya tenaga kesehatan aktivitas dalam manajemen tidak dapat berlangsung. Untuk mencapai CDR TBC paru tenaga kesehatan yang berperan dalam pelaksanaan program pengendalian TBC adalah pemegang P2TBC Puskesmas, Petugas Laboratorium, Kepala Tata Usaha dan Kepala Puskesmas (Nugraini *et al.*, 2015:145-146).

Tenaga kesehatan pertama pemegang P2TBC di puskesmas adalah mereka yang telah mengikuti pelatihan dan melihat latar belakang pendidikan yang menjadi prioritas utama. Tenaga kesehatan ke dua adalah petugas laboratorium. Petugas laboratorium merupakan seseorang tenaga kesehatan yang mempunyai latar belakang pendidikan sesuai ketentuan yang sudah diangkat menjadi pegawai negeri di puskesmas yang bersangkutan dan mempunyai pengalaman teknis di laboratorium, kemudian diberikan pelatihan secara khusus di bidang laboratorium (Nugraini *et al.*, 2015:146).

Tenaga kesehatan ketiga adalah kepala tata usaha yang memiliki peran penting dalam kegiatan pelaporan puskesmas. Berdasarkan ketentuan Pedoman Sistem Pencatatan Pelaporan Puskesmas dari Departemen RI, berperan sebagai koordinator dalam pencatatan dan pelaporan di tingkat puskesmas (Nugraini *et al.*, 2015:147). Sedangkan tenaga kesehatan ke empat yaitu kepala puskesmas yang berperan sebagai tanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan capaian CDR TBC Paru, bertanggung jawab atas pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan serta memberikan bimbingan kepada pemegang program P2TBC. Pemberian bimbingan dilaksanakan secara rutin setiap akhir bulan untuk mengevaluasi program P2TBC dan pencapaian CDR TBC Paru (Nugraini *et al.*, 2015: 148).

Berdasarkan hasil penelitian Widjanarko *et al.* (2006:47) tidak ada hubungan antara usia dengan praktik penemuan suspek TBC Paru. Hal ini disebabkan karena Puskesmas di Kabupaten Blora rata-rata sudah berumur >40

tahun sehingga secara fisiologis sudah terjadi penurunan kemampuan fisik dan mental. Faktor lain adalah karena bertambahnya kegiatan, tanggung jawab keluarga, kebutuhan ekonomi dan kebutuhan rumah tangga lainnya.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati dan Budiono (2015:119) pengetahuan petugas kesehatan berhubungan dengan pencapaian SR TBC hal ini dibuktikan dengan *p-value* 0,010 lebih kecil dari 0,05 ($0,010 < 0,05$) artinya pengetahuan berhubungan dengan SR TBC Paru di Kabupaten Sragen sikap petugas kesehatan dalam pelayanan pengobatan TBC mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan program pengobatan TBC di puskesmas. Hal ini dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati dan Budiono (2015:119) bahwa ditemukan salah satu petugas P2TBC yang inovatif menemukan cara yang unik dengan memberikan stiker pada penjual sayur keliling. Pemberian stiker kepada pedagang sayur keliling dengan maksud ketika ibu-ibu sedang berbelanja pasti akan ada obrolan satu sama lain, disinilah peran pedagang sayur untuk menyampaikan pesan yang terdapat pada stiker.

Berdasarkan hasil penelitian Widjanarko *et al.* (2006:48) tidak ada hubungan antara jenis kelamin responden dengan peran petugas kesehatan. Perempuan mendapatkan kesempatan untuk memperoleh kedudukan yang sama dengan laki-laki termasuk dalam peran penemuan suspek penderita TBC. Baik tidaknya penemuan tidak berkaitan dengan jenis kelamin. Menurut Nurwanto *et al.* (2015:110) motivasi merupakan faktor yang penting untuk kualitas kinerja petugas kesehatan. Motivasi petugas dalam melaksanakan pekerjaannya dapat dipengaruhi oleh kemauan sendiri atau didapat dari dorongan orang lain yang diperlukan dalam melaksanakan tugas yang menjadi tanggung jawab dalam pekerjaannya. Hal ini dibuktikan dengan hasil analisis uji statistik yang membuktikan bahwa ada hubungan motivasi kinerja dalam penemuan kasus TBC.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Tuharea *et al.* (2014:175) petugas TBC Paru telah mendapat pelatihan, ada yang belum mendapatkan pelatihan yaitu petugas baru. Diupayakan agar semua petugas TBC Paru mendapatkan pelatihan, karena pelatihan merupakan suatu cara untuk menghasilkan hubungan timbal balik antar sesama petugas dan pelatih. Interaksi yang dilakukan diharapkan dapat

menjadikan perubahan pada pengetahuan, keterampilan dan perilaku yang akan mempengaruhi kinerja petugas kesehatan. Jika pelatihan yang didapatkan oleh petugas rendah, maka akan mempengaruhi keterampilan dan perilaku dalam program TBC paru juga rendah.

Penyuluhan kesehatan tentang penyakit TBC diperlukan untuk memberikan pengetahuan kepada masyarakat dan penderita TBC. Penyuluhan merupakan langkah petugas untuk memberikan pemahaman dan pengetahuan tentang penyakit TBC Paru. Tidak semua penderita TBC mengetahui akan penyakit yang diderita dan pengobatan secara benar. Dengan adanya pengetahuan yang baik untuk pasien cenderung teratur dalam menjalankan pengobatan. Pendidikan kesehatan adalah suatu usaha untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat untuk meningkatkan dan memperhatikan kesehatan secara optimal. Untuk itu pentingnya peran petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan kepada penderita agar penderita dapat memahami dan menjalankan proses pengobatan yang benar (Noveyani dan Martini, 2014:260).

Berdasarkan hasil uji statistik *Fisher* didapatkan *p-value* sebesar 0,041 ($0,041 > 0,05$) yang berarti ada hubungan antara supervisi oleh Dinas Kesehatan dengan capaian *SR* TBC Paru di Kabupaten Sragen (Rahmawati dan Budiono, 2015:123). Supervisi merupakan kegiatan yang harus dilaksanakan di semua tingkat dan semua unit pelaksana, karena dimanapun petugas bekerja tetap memerlukan bantuan untuk mengatasi masalah dan kesulitan. Supervisi digunakan untuk umpan balik tentang kinerja yang digunakan untuk memberi dorongan semangat kerja.

h. Sarana Prasarana (Tata Ruang, Infrastruktur, Prasarana dan *Sputum Booth*)

Sarana prasarana dalam pencapaian pengobatan TBC Paru sangat diperlukan untuk menunjang capaian program pengendalian TBC Paru. Berdasarkan wawancara yang dilakukan oleh Nugraini *et al.* (2015:149-150) bahwa sarana prasarana yang digunakan dari Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk kondisi alat dan bahan yang digunakan kegiatan pencapaian CDR TBC Paru masih layak digunakan akan tetapi masih terdapat puskesmas lain tidak memiliki sarana dan prasarana lengkap. Beberapa komponen sarana prasarana yang belum tersedia

yaitu, peralatan laboratorium mikroskopis TBC Paru dan bahan diagnostik, formulir pencatatan dan pelaporan serta buku pedoman penanggulangan TBC.

Kendala dalam pengadaan sarana dan prasarana adalah kualitas cat yang digunakan kurang baik, kurangnya jumlah pot *sputum* dan tidak lengkapnya formulir pencatatan pelaporan karena keterlambatan distribusi. Kendala dialami juga pada pasien yang sulit mengeluarkan dahak dan kualitas dahak yang dikeluarkan kurang baik. Tempat khusus untuk mengeluarkan dahak dan tidak adanya tempat pembuangan limbah juga menjadi kendala (Nugraini *et al.*, 2015:150).

2.6 Pengawasan Menelan Obat (PMO)

Salah satu keberhasilan pengobatan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah adanya PMO sebagai seseorang yang mendampingi dan memantau penderita TBC untuk minum obat secara teratur. Adapun persyaratan, siapa yang menjadi PMO dan tugas pengawas minum obat (Permenkes RI, 2016:112).

2.6.1 Persyaratan PMO

Adapun persyaratan PMO untuk pasien TBC diantaranya :

- a. Seorang PMO adalah orang yang dikenal, dipercaya dan disetujui oleh petugas kesehatan maupun pasien.
- b. Tinggal dekat dengan pasien.
- c. Bersedia dilatih dan mendapat penyuluhan bersama pasien.
- d. Bersedia membantu pasien dengan sukarela.

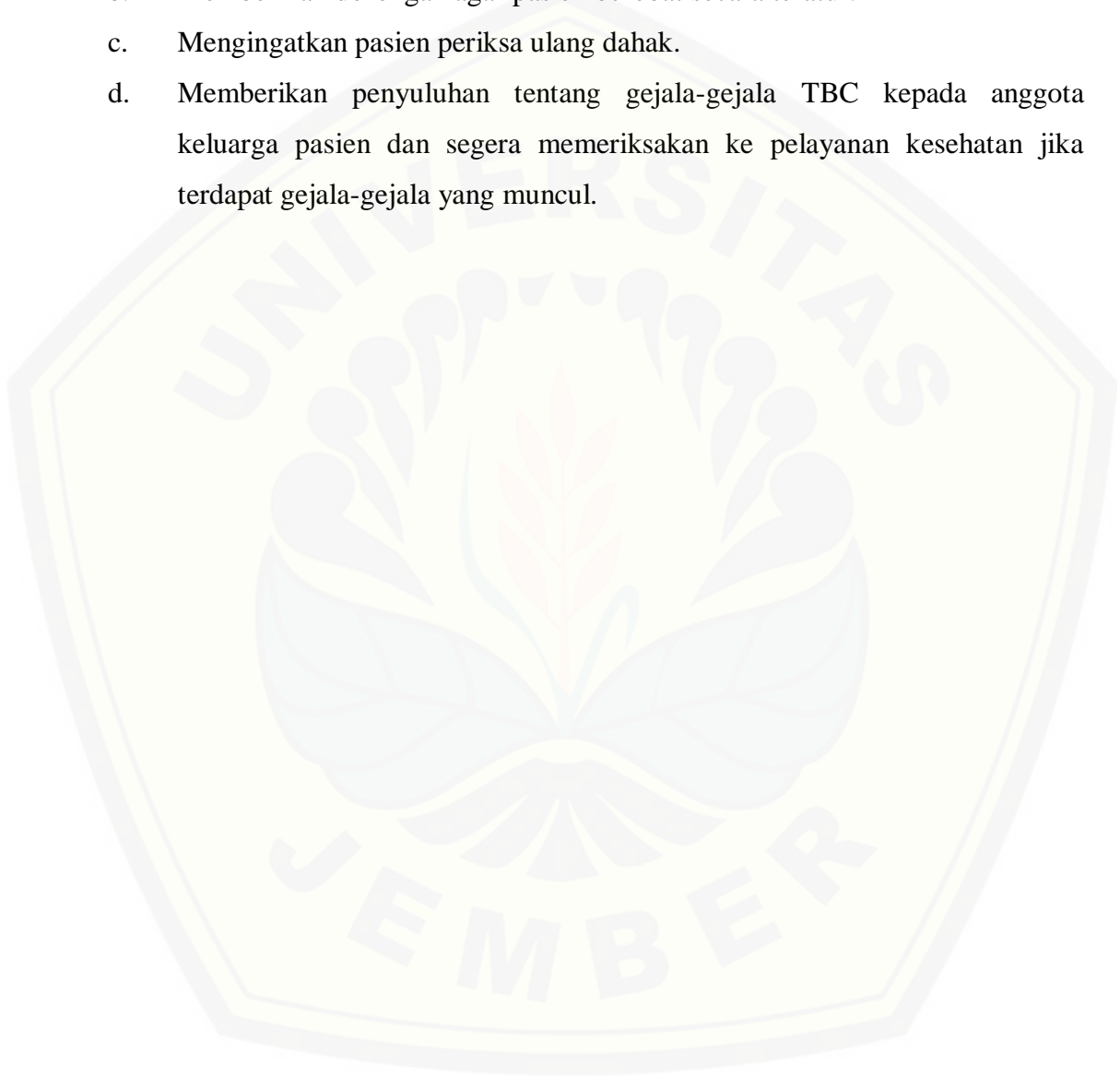
2.6.2 Petugas PMO

PMO sebaiknya adalah petugas kesehatan, misalnya bidan desa, perawat, pekarya, juru imunisasi, sanitarian dan lain-lain. Bila tidak ada petugas kesehatan PMO dapat berasal dari kader kesehatan, anggota PPTI, PKK, guru, anggota keluarga atau tokoh masyarakat.

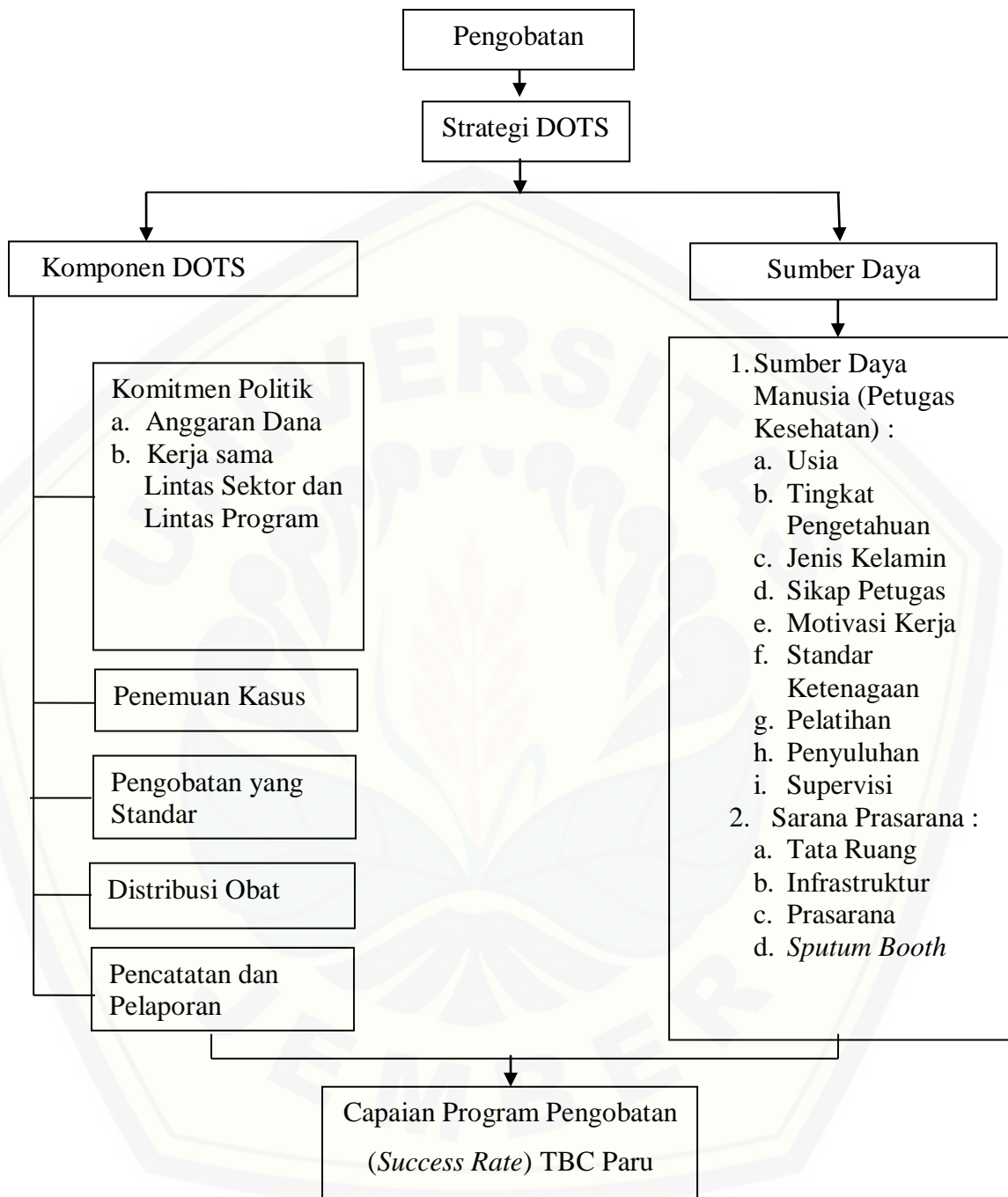
2.6.3 Tugas PMO

Adapun tugas seorang PMO diantaranya :

- a. Mengawasi agar pasien menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan.
- b. Memberikan dorongan agar pasien berobat secara teratur.
- c. Mengingatkan pasien periksa ulang dahak.
- d. Memberikan penyuluhan tentang gejala-gejala TBC kepada anggota keluarga pasien dan segera memeriksakan ke pelayanan kesehatan jika terdapat gejala-gejala yang muncul.



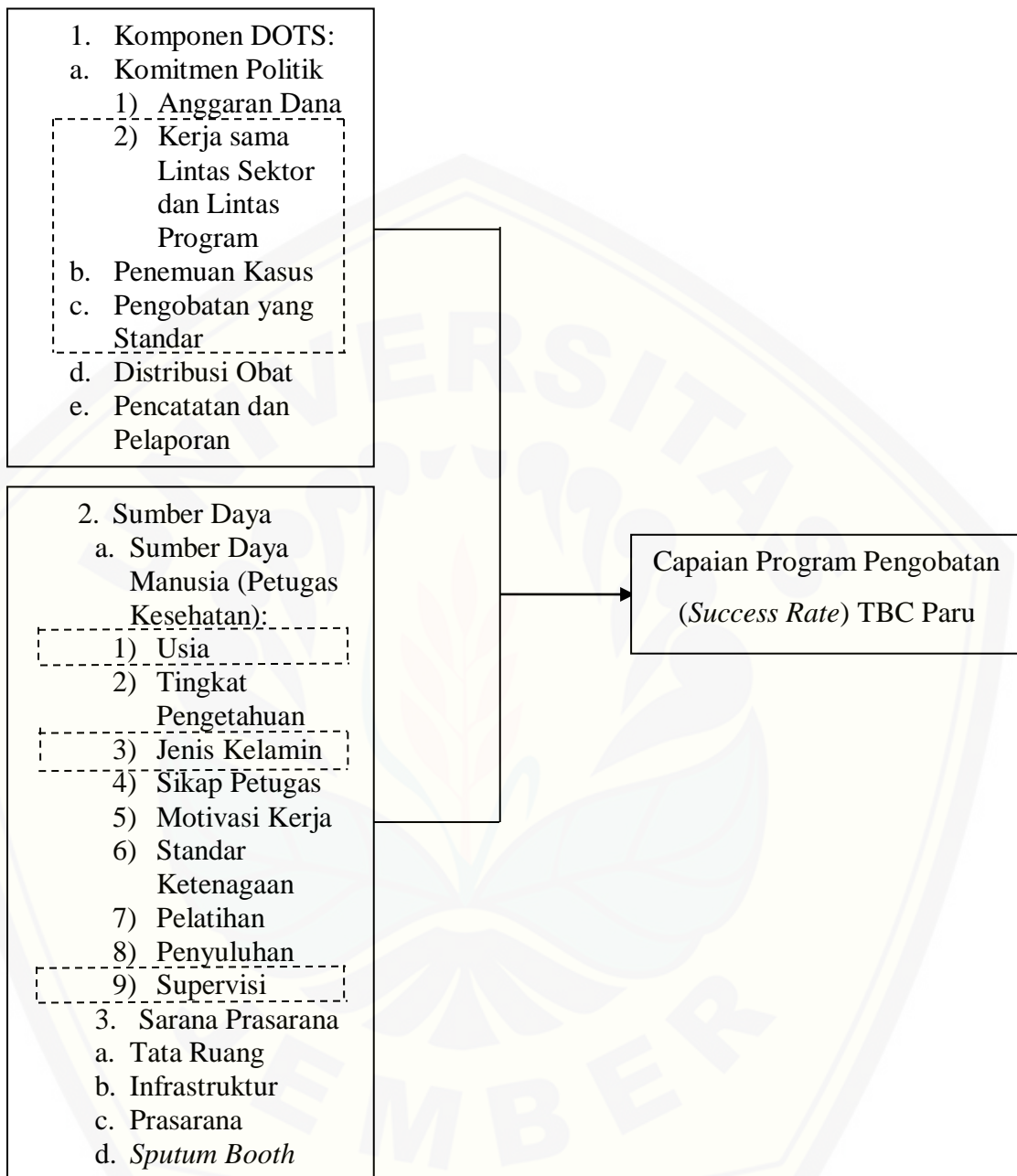
2.7 Kerangka Teori



Sumber : Modifikasi dari Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis (Kemenkes RI, 2011), Standar Pelayanan Laboratorium Tuberkulosis (Kemenkes RI, 2015) dan Faktor Pelayanan Kesehatan yang Berhubungan dengan Keberhasilan Pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Sragen (Rahmawati dan Budiono, 2015).

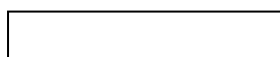
Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.8 Kerangka Konsep

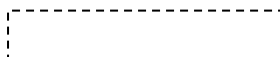


Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan :



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

Berdasarkan kerangka konsep di atas bahwa program nasional pengendalian TBC di Indonesia dengan menerapkan strategi DOTS yang dilaksanakan secara nasional di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan terutama puskesmas sebagai pelayanan kesehatan tingkat dasar sebagai upaya untuk meningkatkan angka kesembuhan dan penemuan penderita TBC. Pengobatan TBC dengan strategi DOTS dikatakan berhasil apabila telah memenuhi lima komponen untuk pelaksanaan yaitu dapat dilihat mulai dari komitmen politik dengan peningkatan dan kesinambungan pendanaan, penemuan kasus dengan melakukan pemeriksaan dahak mikroskopis, pengobatan yang sesuai dengan prosedur untuk mendukung pasien cepat sembuh, pengelolaan OAT dan ketersediaan OAT sesuai dengan kebutuhan serta pencatatan dan pelaporan yang dilakukan untuk mengetahui hasil pengobatan pasien dan berhubungan dengan kualitas petugas dengan baik (Kemenkes RI, 2011:6).

Pada tahap pelaksanaan program DOTS terdapat kebutuhan sumber daya manusia dan sarana prasarana. Penyediaan sumber daya manusia dengan jumlah yang memadai, memiliki pengetahuan, keterampilan dan sikap yang diperlukan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien TBC dalam menjalankan pengobatan serta meningkatkan kepuasan pasien TBC selama menjalani pengobatan, sehingga tujuan pelaksanaan program TBC nasional dapat tercapai. Sedangkan sarana dan prasarana sebagai alat penunjang proses pelayanan pengobatan TBC dan harus tersedia maka, semua kegiatan untuk mencapai target keberhasilan pengobatan TBC dapat mencapai hasil yang sesuai dengan rencana.

2.9 Hipotesis Penelitian

- a. Terdapat hubungan antara komponen DOTS (komitmen politik anggaran dana, distribusi obat, pencatatan dan pelaporan dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.
- b. Terdapat hubungan antara sumber daya manusia (tingkat pengetahuan, sikap petugas, motivasi kerja, standar ketenagaan, pelatihan dan penyuluhan)

dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.

- c. Terdapat hubungan antara sarana prasarana (tata ruang, infrastruktur, prasarana dan *sputum booth*) dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Peneliti melakukan proses analisis terhadap data yang sudah terkumpul dan perlu adanya hipotesis (Sastroasmoro dan Ismail, 2014:108). Pendekatan *cross sectional* yaitu penelitian yang mengumpulkan variabel sebab dan akibat pada waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2012:40). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis variabel independen meliputi komponen DOTS (komitmen politik anggaran dana, distribusi obat, pencatatan dan pelaporan), sumber daya manusia (tingkat pengetahuan, sikap petugas, motivasi kerja, standar ketenagaan, pelatihan dan penyuluhan), sarana prasarana (tata ruang, infrastruktur, prasarana dan *sputum booth*) sedangkan variabel dependen capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC yang diukur dalam waktu yang bersamaan pada pemegang program TBC Paru Puskesmas di Kabupaten Jember.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Tabel 3.1 Tempat Penelitian

No	Nama Puskesmas	No	Nama Puskesmas
1.	Puskesmas Ajung	18.	Puskesmas Mayang
2.	Puskesmas Ambulu	19.	Puskesmas Mumbulsari
3.	Puskesmas Arjasa	20.	Puskesmas Nogosari
4.	Puskesmas Balung	21.	Puskesmas Panti
5.	Puskesmas Bangsalsari	22.	Puskesmas Patrang
6.	Puskesmas Cakru	23.	Puskesmas Puger
7.	Puskesmas Curahnongko	24.	Puskesmas Rambipuji
8.	Puskesmas Gladapakem	25.	Puskesmas Sabrang
9.	Puskesmas Jelbuk	26.	Puskesmas Silo I
10.	Puskesmas Jember Kidul	27.	Puskesmas Silo II
11.	Puskesmas Jenggawah	28.	Puskesmas Sukorambi
12.	Puskesmas Kaliwates	29.	Puskesmas Sukowono
13.	Puskesmas Karangduren	30.	Puskesmas Sumberjambe
14.	Puskesmas Klatakan	31.	Puskesmas Sumbersari
15.	Puskesmas Ledokombo	32.	Puskesmas Tempurejo
16.	Puskesmas Lojejer	33.	Puskesmas Wuluhan
17.	Puskesmas Mangli		

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan November 2019 - Februari 2020. Kegiatan yang dilakukan meliputi studi pendahuluan, penyusunan proposal, pelaksanaan penelitian, analisis hasil penelitian dan penyusunan laporan hasil penelitian.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian dapat diambil kesimpulannya (Sugiyono, 2015:80). Populasi dalam penelitian ini adalah 50 puskesmas di Kabupaten Jember.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah suatu bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2015:81). Penentuan sampel sangat membantu peneliti untuk mengurangi bias dari hasil penelitian, khususnya pada variabel kontrol yang mempunyai pengaruh terhadap variabel yang diteliti (Nursalam, 2017:172). Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah pemegang program pengobatan TBC Paru Puskesmas di Kabupaten Jember.

Dalam penelitian ini, besar sampel dihitung menggunakan rumus Lemeshow sebagai berikut:

$$n = \frac{N \cdot Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + Z\alpha^2 p \cdot q}$$

$$n = \frac{50 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 (1 - 0,5)}{0,1^2(50 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 (1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{47,6825}{1,4435}$$

$$n = 33$$

Keterangan :

- N = Jumlah populasi
 n = Jumlah sampel
 Z = Tingkat kepercayaan sebesar 95% (1,96)
 p = Estimasi proporsi populasi
 q = 1-p
 d = Proporsi *absolute* kesalahan

Berdasarkan perhitungan rumus tersebut, diperoleh jumlah sampel penelitian sebanyak 33 puskesmas. Pengambilan sampel dilakukan secara *simple random sampling*.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik *simple random sampling*, pengambilan sampel dilakukan pada populasi yang homogen secara acak tanpa memperhatikan strata dalam populasi tersebut (Sugiyono, 2015:82). Pengambilan sampel pada penelitian ini berdasarkan tiap puskesmas yang sudah dipilih di Kabupaten Jember yaitu:

Tabel 3.2 Sampel Penelitian

No	Nama Puskesmas	No	Nama Puskesmas
1.	Puskesmas Ajung	18.	Puskesmas Mayang
2.	Puskesmas Ambulu	19.	Puskesmas Mumbulsari
3.	Puskesmas Arjasa	20.	Puskesmas Nogosari
4.	Puskesmas Balung	21.	Puskesmas Panti
5.	Puskesmas Bangsalsari	22.	Puskesmas Patrang
6.	Puskesmas Cakru	23.	Puskesmas Puger
7.	Puskesmas Curahnongko	24.	Puskesmas Rambipuji
8.	Puskesmas Gladapakem	25.	Puskesmas Sabrang
9.	Puskesmas Jelbuk	26.	Puskesmas Silo I
10.	Puskesmas Jember Kidul	27.	Puskesmas Silo II
11.	Puskesmas Jenggawah	28.	Puskesmas Sukorambi
12.	Puskesmas Kaliwates	29.	Puskesmas Sukowono
13.	Puskesmas Karangduren	30.	Puskesmas Sumberjambe
14.	Puskesmas Klatakan	31.	Puskesmas Sumbersari
15.	Puskesmas Ledokombo	32.	Puskesmas Tempurejo
16.	Puskesmas Lojejer	33.	Puskesmas Wuluhan
17.	Puskesmas Mangli		

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015:38).

a. Variabel Bebas (*Independent Variabel*)

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahan terhadap variabel terikat (*dependen*) (Sugiyono, 2015:39). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah komponen DOTS (komitmen politik anggaran dana, distribusi obat, pencatatan dan pelaporan), sumber daya manusia (tingkat pengetahuan, sikap petugas, motivasi kerja, standar ketenagaan, pelatihan, penyuluhan) dan sarana prasarana (tata ruang, infrastruktur, prasarana dan *sputum booth*).

b. Variabel Terikat (*Dependent Variabel*)

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2015:39). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang diukur dalam penelitian, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2012:112). Definisi operasional dalam penelitian ini akan dijabarkan sebagai berikut:

Tabel 3.3 Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala Data
1.	Capaian Program Pengobatan (<i>Success Rate</i>)TBC Paru	Melihat kemajuan atau keberhasilan program pengobatan (<i>Succes Rate</i>)	Wawancara dengan kuisisioner	Kriteria capaian program pengobatan TBC di ukur dengan menggunakan jawaban : a. Tercapai = 1	Nominal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala Data
		TBC Paru yang dilakukan Puskesmas		b. Tidak tercapai = 0 Kategori penilaian 1. Tercapai apabila > 85% 2. Tidak tercapai apabila < 85% (Pedoman Nasional Pengendalian TBC Tahun 2011).	
2. Komponen DOTS					
a.	Komitmen Politik Anggaran Dana	Kecukupan biaya, alokasi biaya, terkait biaya yang bersumber dari APBD, APBN, Dana Hibah, Asuransi Kesehatan dan Swasta untuk pelaksanaan program pengobatan (<i>Succes Rate</i>) TBC Paru di puskesmas	Wawancara dengan kuisisioner	Kriteria ketersediaan biaya program pengobatan TBC di ukur dengan menggunakan jawaban: a. Tersedia = 1 b. Tidak tersedia = 0 Kategori penilaian 1. Memenuhi apabila ≥ 2 2. Tidak memenuhi < 2	Nominal
b.	Distribusi Obat	Kecukupan OAT dan paket kombipak yang dibutuhkan oleh puskesmas dalam pelaksanaan pengobatan yang cukup untuk pasien	Wawancara dengan kuisisioner	Kriteria ketersediaan obat di ukur dengan menggunakan jawaban: a. Tersedia = 1 b. Tidak tersedia = 0 Kategori penilaian 1. Memenuhi apabila ≥ 3 2. Tidak memenuhi < 3	Nominal
c.	Pencatatan dan Pelaporan	Proses pencatatan dan pelaporan hasil pengobatan TBC Paru pada 33 Puskesmas di Kabupaten Jember	Wawancara dengan kuisisioner dan observasi	Pencatatan dan pelaporan dikategorikan menjadi : a. Sesuai, apabila pencatatan tersedia mulai dari, formulir	Nominal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala Data
				TBC.01,TBC.02, TBC.03 (faskes), TBC.04, TBC.05, TBC.06, TBC.09, TBC.10, dan SITT (Sistem Informasi TBC Terpadu) berbasis web.	
				b. Tidak sesuai, apabila pencatatan tidak tersedia. (Pedoman Nasional Pengendalian TBC Tahun 2014).	
3.	Sumber Daya Manusia (Petugas Kesehatan)				
a.	Tingkat Pengetahuan	Tingkat kemampuan responden untuk mendeteksi pasien melakukan pengobatan, melakukan pengawasan secara langsung dan mencegah orang lain terinfeksi	Wawancara dengan kuisisioner	Kuisisioner pengetahuan terdiri dari 10 pertanyaan. Penilaian: a. Jawaban benar = 1 b. Jawaban salah = 0 Jumlah skor yaitu : Maksimal: $1 \times 10 = 10$ Minimal : $0 \times 10 = 0$ Rentang= maks-min = $10 - 0$ = 10 Banyak kelas = 2 Panjang kelas = Rentang/Banyak Kelas = $10 / 2$ = 5 Sehingga pengetahuan dikategorikan menjadi: a. Baik: 6-10	Nominal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala Data
				b. Kurang: 0-5 (Sudjana, 2005).	
b.	Sikap Petugas	Respon secara terbuka responden terhadap hal yang berkaitan dengan capaian program pengobatan (<i>Succes Rate</i>) TBC Paru di puskesmas	Wawancara dengan kuisisioner	<p>Kuisisioner sikap terdiri dari 10 pertanyaan dengan menggunakan skala <i>Likert</i>.</p> <p>Penilaian:</p> <p>a. S (Setuju) =3 b. R (Ragu) = 2 c. TS (Tidak Setuju) = 1</p> <p>Jumlah skor yaitu: Maksimal: $3 \times 10 = 30$ Minimal: $1 \times 10 = 10$ Rentang = maks-min = $30 - 10$ = 20</p> <p>Rentang/Banyak kelas $20/3 = 6$ Sehingga sikap dikategorikan menjadi:</p> <p>a. Baik: 24-30 b. Cukup: 17-23 c. Kurang: 10-16</p>	Ordinal
c.	Motivasi Kerja	Dorongan yang berasal dari diri responden dan dari luar responden untuk mencapai tujuan yang diinginkan	Wawancara dengan kuisisioner	<p>Kuisisioner motivasi terdiri dari 5 pertanyaan dengan menggunakan skala <i>likert</i>, sehingga diperoleh skor:</p> <p>a. S (Setuju) = 2 b. R (Ragu) = 1 c. TS (Tidak Setuju) = 0</p> <p>Maksimal : $2 \times 5 = 10$ Minimal: $0 \times 5 = 5$ Rentang = maks-min = $10 - 0$ = 10</p> <p>Rentang/Banyak kelas $10/2 = 5$ Pengkategorikan skor:</p> <p>a. Tinggi : 6-10 b. Rendah : 0-5</p>	Nominal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala Data
d.	Standar Ketenagaan	Ketersediaan tenaga kesehatan dan pembagian tugas dalam kegiatan pencapaian program pengobatan (<i>Succes Rate</i>) TBC Paru di Kabupaten Jember sesuai dengan Permenkes RI Tahun 2016	Wawancara dengan kuisisioner	Standar ketenagaan SDM (petugas kesehatan) dikategorikan menjadi: a. Memenuhi, apabila tersedia satu dokter, satu perawat/petugas TBC dan satu tenaga laboratorium b. Tidak memenuhi, apabila salah satu dari dokter, perawat/petugas TBC dan tenaga laboratorium tidak tersedia. (Permenkes RI Nomor 67 Tahun 2016).	Nominal
e.	Pelatihan	Pelatihan yang pernah diikuti oleh pelaksana program dalam capaian program pengobatan TBC Paru	Wawancara dengan kuisisioner	Diukur dengan satu pertanyaan, dengan kategori : 1. Pernah : skor 1 2. Tidak pernah : skor 0	Nominal
f.	Penyuluhan	Penyuluhan yang pernah dilakukan oleh responden kepada penderita TBC, keluarga penderita dan masyarakat.	Wawancara dengan kuisisioner	Diukur dengan 3 pertanyaan, dengan kategori: 1. Pernah : skor 1 2. Tidak pernah : skor 0	Nominal
4. Sarana Prasarana					
a.	Tata Ruang	Ruangan khusus yang digunakan untuk pengobatan	Wawancara dengan kuisisioner dan observasi	Tata ruang dikategorikan menjadi : a. Memenuhi, apabila sesuai	Nominal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala Data
		TBC Paru di Puskesmas sesuai dengan Kemenkes RI Tahun 2015		dengan persyaratan minimal laboratorium mikroskopis TBC. b. Tidak memenuhi, apabila tidak sesuai dengan persyaratan minimal laboratorium mikroskopis TBC. (Kemenkes RI Tahun 2015:12).	
b.	Infrastruktur	Fasilitas dasar yang harus dipenuhi oleh pemberi pelayanan kesehatan digunakan untuk pemeriksaan dan pengobatan TBC Paru serta terpisah dari ruang pemeriksaan lainnya sesuai dengan Kemenkes RI Tahun 2015	Wawancara dengan kuisioner dan observasi	Infrastruktur dikategorikan menjadi : a. Memenuhi, apabila sesuai dengan pedoman K3. b. Tidak memenuhi, apabila tidak sesuai dengan pedoman K3. (Kemenkes RI Tahun 2015:10)	Nominal
c.	Prasarana	Segala peralatan yang digunakan untuk pelaksanaan kegiatan pemeriksaan dan program pengobatan TBC Paru di puskesmas	Wawancara dengan kuisioner dan observasi	Prasarana dikategorikan menjadi: a. Memenuhi, apabila sesuai dengan persyaratan prasarana pelayanan laboratorium mikroskopis.	Nominal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala Data
		sesuai dengan Kemenkes RI Tahun 2015		b. Tidak memenuhi, apabila tidak sesuai dengan persyaratan prasarana pelayanan laboratorium mikroskopis. (Kemenkes RI Tahun 2015:11).	
d.	<i>Sputum Booth</i>	Ruangan khusus yang digunakan penderita TBC Paru untuk mengeluarkan dahak sesuai dengan Kemenkes RI Tahun 2015	Wawancara dengan kuisisioner dan observasi	<i>Sputum booth</i> dikategorikan menjadi : a. Memenuhi, apabila sesuai dengan pedoman teknis bangunan dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. b. Tidak memenuhi, apabila tidak sesuai dengan pedoman teknis bangunan dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. (Kemenkes RI Tahun 2015: 11).	Nominal

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2015:137). Data primer yang digunakan dalam penelitian ini meliputi komponen DOTS (komitmen politik anggaran dana, distribusi obat, pencatatan dan pelaporan), sumber daya manusia (tingkat pengetahuan, sikap petugas, motivasi kerja, standar ketenagaan, pelatihan dan penyuluhan), dan sarana prasarana (tata ruang, infrastruktur, prasarana dan *sputum booth*).

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen (Sugiyono, 2015:137). Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yaitu data Pencapaian Program Pengobatan (*Succes Rate*) TBC Paru tahun 2018 dan *Cure Date Rate* (CDR) Tahun 2018.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data dengan wawancara, dokumentasi dan observasi.

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan responden (*face to face*) (Notoatmodjo, 2012:139). Penelitian ini melakukan wawancara secara langsung kepada responden untuk memperoleh data primer mengenai hubungan strategi DOTS dengan pencapaian program pengobatan (*Succes Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.

b. Dokumentasi

Dokumentasi yang digunakan untuk pengumpulan data dapat berupa gambar dan tulisan. Dokumentasi yang berbentuk tulisan misalnya catatan harian, peraturan, kebijakan, biografi dan sejarah kehidupan. Sedangkan dokumentasi berbentuk gambar misalnya gambar hidup, foto, sketsa dan lain-lain (Sugiyono, 2015:240). Teknik dokumentasi yang dilakukan dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data pencapaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru Tahun 2018.

c. Observasi

Observasi adalah suatu prosedur yang berencana, antara lain melihat, mendengar dan mencatat aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungan dengan masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2012:131). Dalam penelitian ini penulis menggunakan teknik observasi langsung untuk memperoleh data yang diperlukan. Observasi dalam penelitian ini digunakan untuk melihat kelengkapan sarana dan prasarana dalam capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati. Secara spesifik semua fenomena ini disebut variabel penelitian (Sugiyono, 2015:102). Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuisisioner. Kuisisioner adalah teknik pengumpulan data yang efisien bila peneliti tahu dengan pasti variabel yang akan diukur dan tahu apa yang bisa diharapkan dari responden (Sugiyono, 2015:142).

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data yang dilakukan dalam analisis data ini adalah sebagai berikut :

a. Pemeriksaan data (*Editing*)

Editing merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mengecek dan memperbaiki kuisioner atau formulir yang telah terisi. Setelah data didapatkan dari hasil wawancara dan angket sudah terkumpul, maka diperlukan penyuntingan terlebih dahulu (Notoatmodjo, 2012:176). Sebelum data diolah, data yang sudah didapat dikumpulkan dan instrumen pengumpulan data akan diperiksa kembali oleh peneliti untuk menghindari adanya keraguan data.

b. Teknik pengolahan data (*Coding*)

Coding merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi angka bilangan. Tujuan pemberian kode adalah untuk mempermudah dalam memasukkan data (*data entry*) (Notoatmodjo, 2012:177). Peneliti memberikan kode pada setiap data untuk mempermudah dalam memasukkan data dari kuisioner.

c. Pemberian nilai (*Scoring*)

Scoring merupakan kegiatan yang dilakukan untuk memberi skor terhadap jawaban yang telah didapatkan dari responden. Untuk mengetahui skor dimulai dari jawaban yang tertinggi sampai terendah untuk mengetahui skor total masing-masing variabel.

d. Tabulasi (*Tabulating*)

Tabulating merupakan kegiatan yang dilakukan untuk membuat tabel-tabel data, sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti (Notoatmodjo, 2012:176). Data yang sudah lengkap dilakukan tabulasi dan sudah dilakukan pengklasifikasian data untuk masing-masing variabel guna mempermudah dalam melakukan analisis.

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data adalah kegiatan pembuatan laporan hasil penelitian supaya data dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan, sehingga data akan tersaji dengan sederhana dan mudah dipahami oleh pembaca. Umumnya terdapat beberapa jenis teknik penyajian data diantaranya bentuk teks, tabel dan grafik (Notoatmodjo, 2012:188). Pada penelitian ini data disajikan dalam bentuk tabel dan diberi penjelasan dalam bentuk narasi agar mudah dipahami.

3.7.3 Teknik Analisis Data

Analisis data diarahkan untuk menjawab rumusan masalah atau menguji hipotesis yang telah dirumuskan dalam proposal (Sugiyono, 2015:243). Data yang telah terkumpul akan dianalisis dengan uji statistik tingkat kepercayaan (α) 95%.

Analisis data meliputi :

a. Analisis Univariabel

Analisis univariabel pada umumnya hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2012:182). Analisis univariabel bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik tiap variabel penelitian yaitu, capaian program pengobatan (*Succes Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember sebagai variabel dependen, sedangkan komponen DOTS (komitmen politik anggaran dana, distribusi obat, pencatatan dan pelaporan), sumber daya manusia (tingkat pengetahuan, sikap petugas, motivasi kerja, standar ketenagaan, pelatihan dan penyuluhan), dan sarana prasarana (tata ruang, infrastruktur, prasarana dan *sputum booth*) sebagai variabel independen.

b. Analisis bivariabel

Analisis bivariabel yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2012:183). Analisis bivariabel dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen maupun dependen. Penelitian ini menggunakan uji *chi-square* untuk menjawab hubungan

variabel bebas dan variabel terikat dengan tingkat kepercayaan 95% dan tingkat signifikansi (tingkat kesalahan (α) = 0,05).

3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

3.8.1 Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2012:164). Untuk mengukur apakah kuisisioner yang disusun tersebut mampu mengukur apa yang hendak diukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antara skors (nilai) tiap-tiap item (pertanyaan) dengan skor total kuisisioner. Pada penelitian ini uji validitas dilakukan terhadap 5 responden pemegang program TBC Paru di Puskesmas Jombang, Puskesmas Kencong, Puskesmas Gumukmas, Puskesmas Pakusari dan Puskesmas Kalisat. Teknik korelasi yang dipakai untuk menguji validitas adalah teknik *Product Moment* dengan keputusan r dihitung $>$ tabel maka variabel dikatakan valid dan jika r hitung $<$ r tabel maka dinyatakan variabel tidak valid (Sugiyono, 2014:178).

a. Anggaran Dana

Tabel 3.4 Hasil Uji Validitas Instrumen Anggaran Dana

No	r hitung	r tabel	Keterangan
1	1,000	0,878	Valid
2	1,000	0,878	Valid

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa seluruh item pernyataan nilai r hitung lebih besar dari r tabel sehingga dikatakan valid dan dapat digunakan dalam penelitian.

b. Distribusi Obat

Tabel 3.5 Hasil Uji Validitas Instrumen Distribusi Obat

No	r hitung	r tabel	Keterangan
1	0,968	0,878	Valid
2	0,791	0,878	Valid
3	0,968	0,878	Valid

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa seluruh item pernyataan nilai r hitung lebih besar dari r tabel sehingga dikatakan valid dan dapat digunakan dalam penelitian.

c. Pencatatan dan Pelaporan

Tabel 3.6 Hasil Uji Validitas Instrumen Pencatatan dan Pelaporan

No	r hitung	r tabel	Keterangan
1	1,000	0,878	Valid
2	1,000	0,878	Valid
3	1,000	0,878	Valid
4	1,000	0,878	Valid
5	1,000	0,878	Valid
6	1,000	0,878	Valid
7	1,000	0,878	Valid

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa seluruh item pernyataan nilai r hitung lebih besar dari r tabel sehingga dikatakan valid dan dapat digunakan dalam penelitian.

d. Pengetahuan

Tabel 3.7 Hasil Uji Validitas Instrumen Pengetahuan

No	r hitung	r tabel	Keterangan
1	0,952	0,878	Valid
2	0,952	0,878	Valid
3	0,952	0,878	Valid
4	-0,454	0,878	Tidak valid
5	0,952	0,878	Valid
6	0,952	0,878	Valid
7	0,952	0,878	Valid
8	0,952	0,878	Valid
9	0,952	0,878	Valid
10	0,952	0,878	Valid
11	0,952	0,878	Valid
12	-0,344	0,878	Tidak valid

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa terdapat 10 pertanyaan nilai r hitung lebih besar dari r tabel sehingga dikatakan valid dan dapat digunakan dalam penelitian terkecuali 2 dua item pertanyaan yang tidak valid dihilangkan karena tidak memenuhi syarat uji validitas.

e. Sikap Petugas

Tabel 3.8 Hasil Uji Validitas Instrumen Sikap Petugas

No	r hitung	r tabel	Keterangan
1	0,996	0,878	Valid
2	0,996	0,878	Valid
3	0,996	0,878	Valid
4	0,882	0,878	Valid
5	0,996	0,878	Valid
6	0,996	0,878	Valid

No	r hitung	r tabel	Keterangan
7	0,996	0,878	Valid
8	0,996	0,878	Valid
9	0,996	0,878	Valid
10	0,996	0,878	Valid

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa seluruh item pernyataan nilai r hitung lebih besar dari r tabel sehingga dikatakan valid dan dapat digunakan dalam penelitian.

f. Motivasi Kerja

Tabel 3.9 Hasil Uji Validitas Instrumen Motivasi Kerja

No	r hitung	r tabel	Keterangan
1	0,991	0,878	Valid
2	0,991	0,878	Valid
3	0,904	0,878	Valid
4	0,560	0,878	Tidak valid
5	0,991	0,878	Valid
6	0,991	0,878	Valid

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa terdapat 5 item pernyataan nilai r hitung lebih besar dari r tabel sehingga dikatakan valid dan dapat digunakan dalam penelitian terkecuali satu item pertanyaan yang tidak valid untuk memenuhi syarat uji validitas.

g. Standar Ketenagaan

Tabel 3.10 Hasil Uji Validitas Instrumen Standar Ketenagaan

No	r hitung	r tabel	Keterangan
1	0,913	0,878	Valid
2	0,913	0,878	Valid

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa seluruh item pertanyaan nilai r hitung lebih besar dari r tabel sehingga dikatakan valid dan dapat digunakan dalam penelitian.

h. Pelatihan

Tabel 3.11 Hasil Uji Validitas Instrumen Pelatihan

No	r hitung	r tabel	Keterangan
1	0,913	0,878	Valid
2	0,913	0,878	Valid

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa seluruh item pertanyaan nilai r hitung lebih besar dari r tabel sehingga dikatakan valid dan dapat digunakan dalam penelitian.

i. Penyuluhan

Tabel 3.12 Hasil Uji Validitas Instrumen Penyuluhan

No	r hitung	r tabel	Keterangan
1	0,968	0,878	Valid
2	0,968	0,878	Valid
3	0,968	0,878	Valid

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa seluruh item pertanyaan nilai r hitung lebih besar dari r tabel sehingga dikatakan valid dan dapat digunakan dalam penelitian.

j. Tata Ruang

Tabel 3.13 Hasil Uji Validitas Instrumen Tata Ruang

No	r hitung	r tabel	Keterangan
1	1,000	0,878	Valid
2	1,000	0,878	Valid
3	1,000	0,878	Valid
4	1,000	0,878	Valid

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa seluruh item pernyataan nilai r hitung lebih besar dari r tabel sehingga dikatakan valid dan dapat digunakan dalam penelitian.

k. Infrastruktur

Tabel 3.14 Hasil Uji Validitas Instrumen Infrastruktur

No	r hitung	r tabel	Keterangan
1	0,980	0,878	Valid
2	0,980	0,878	Valid
3	0,980	0,878	Valid
4	0,802	0,878	Tidak valid

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa terdapat tiga pernyataan nilai r hitung lebih besar dari r tabel sehingga dikatakan valid dan dapat digunakan dalam penelitian terkecuali satu item pertanyaan yang tidak valid untuk memenuhi syarat uji validitas dihilangkan.

l. Prasarana

Tabel 3.15 Hasil Uji Validitas Instrumen Prasarana

No	r hitung	r tabel	Keterangan
1	0,910	0,878	Valid
2	0,910	0,878	Valid
3	0,910	0,878	Valid
4	-0,086	0,878	Tidak valid

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa terdapat tiga pernyataan nilai r hitung lebih besar dari r tabel sehingga dikatakan valid dan dapat digunakan dalam penelitian terkecuali satu item pertanyaan yang tidak valid untuk memenuhi syarat uji validitas dihilangkan.

m. *Sputum Booth*

Tabel 3.16 Hasil Uji Validitas Instrumen *Sputum Booth*

No	r hitung	r tabel	Keterangan
1	0,980	0,878	Valid
2	0,980	0,878	Valid
3	0,980	0,878	Valid
4	0,980	0,878	Valid

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa seluruh pernyataan nilai r hitung lebih besar dari r tabel sehingga dikatakan valid dan dapat digunakan dalam penelitian.

3.8.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan (Notoatmodjo, 2012:168). Instrumen yang reliabel adalah instrumen apabila digunakan beberapa kali untuk mengukur objek yang sama, akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2015:121). Pada penelitian ini uji reliabilitas dilakukan terhadap 5 responden pemegang program TBC Paru di Puskesmas Jombang, Puskesmas Kencong, Puskesmas Gumukmas, Puskesmas Pakusari dan Puskesmas Kalisat. Uji reliabilitas menggunakan *Cronbach's Alpha* $> 0,60$ maka dapat dinyatakan pertanyaan yang diuji reliabel. Sedangkan apabila *Cronbach's Alpha* $< 0,60$ maka dinyatakan pertanyaan yang diuji tidak reliabel (Hastono, 2016:61-62).

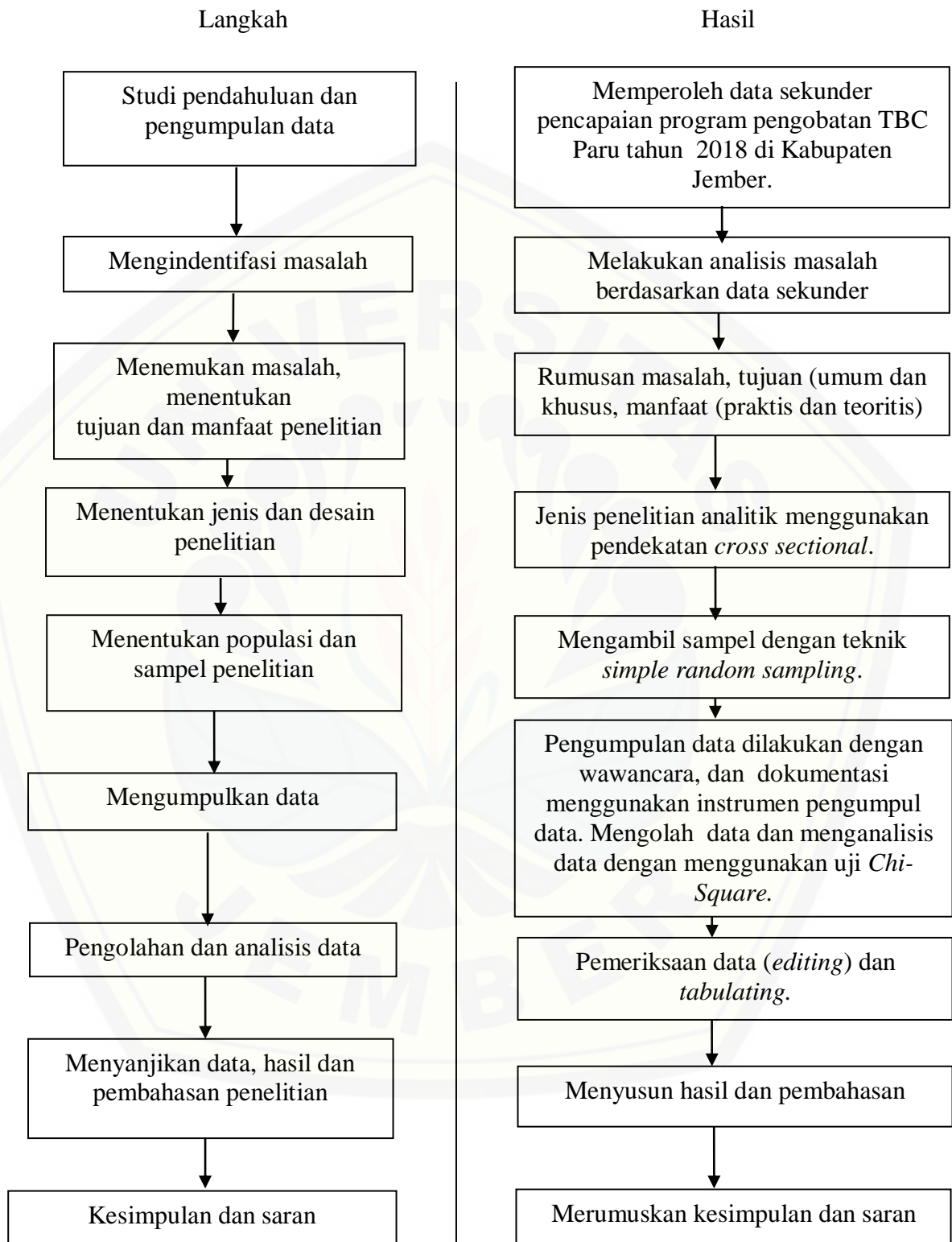
Tabel 3.17 Hasil Uji Reliabilitas

No	Instrumen	R Tabel	Cronbach's Alpha	Keterangan
1.	Anggaran Dana	0,60	1,000	Reliabel
2.	Distribusi Obat	0,60	0,900	Reliabel
3.	Pencatatan dan Pelaporan	0,60	1,000	Reliabel
4.	Pengetahuan	0,60	0,937	Reliabel

No	Instrumen	R Tabel	Cronbach's Alpha	Keterangan
5.	Sikap Petugas	0,60	0,992	Reliabel
6.	Motivasi Kerja	0,60	0,959	Reliabel
7.	Standar Ketenagaan	0,60	0,800	Reliabel
8.	Pelatihan	0,60	1,000	Reliabel
9.	Penyuluhan	0,60	1,000	Reliabel
10.	Tata Ruang	0,60	1,000	Reliabel
11.	Infrastruktur	0,60	0,952	Reliabel
12.	Prasarana	0,60	0,696	Reliabel
13.	<i>Sputum Booth</i>	0,60	1,000	Reliabel

Tabel 3.17 hasil uji reliabilitas diatas dapat disimpulkan bahwa instrumen anggaran dana, distribusi obat, pencatatan dan pelaporan, pengetahuan, sikap petugas, motivasi kerja, standar ketenagaan, pelatihan, penyuluhan, tata ruang, infrastruktur, prasarana dan *sputum booth* yang akan digunakan reliabel karena r hitung lebih besar dari r tabel (0,60).

3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Bagan Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Seluruh anggaran dana, distribusi obat serta sebagian besar pencatatan dan pelaporan di Kabupaten Jember tersedia.
2. Mayoritas pengetahuan pemegang program TBC baik, sikap dan motivasi kerja petugas seluruhnya tinggi dalam melaksanakan program pengobatan (SR) TBC Paru. Tenaga kesehatan di Kabupaten Jember memenuhi hanya satu puskesmas saja yang tidak ada tenaga analis laboratorium, pelatihan yang pernah diikuti pemegang program TBC Paru adalah petugas yang sudah lama dan penyuluhan sudah dilakukan baik kepada pasien, keluarga dan masyarakat.
3. Sebagian besar tata ruang di laboratorium memenuhi persyaratan minimal laboratorium mikroskopis TBC, infrastruktur mayoritas tidak memenuhi dengan pedoman K3, seluruh prasarana di laboratorium tidak memenuhi persyaratan laboratorium mikroskopis. Sedangkan *sputum booth* mayoritas tidak memenuhi syarat pedoman teknis bangunan dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.
4. Mayoritas puskesmas dari sampel sudah mencapai target cakupan program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.
5. Tidak terdapat hubungan antara komitmen politik anggaran dana dan distribusi obat dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember karena hasil tidak dapat dilanjutkan ke uji korelasi *chi-square*. Terdapat hubungan antara pencatatan dan pelaporan dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember. Pencatatan dan pelaporan yang sesuai berisiko dalam tercapainya capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru dibandingkan dengan pencatatan dan pelaporan yang tidak sesuai.

6. Terdapat hubungan antara pengetahuan dan pelatihan dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember. Tidak terdapat hubungan antara sikap petugas, motivasi kerja standar ketenagaan dan penyuluhan dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.
7. Terdapat hubungan antara tata ruang, infrastruktur dan *sputum booth* dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara prasarana dengan capaian program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember karena hasil tidak dapat dilanjutkan ke uji korelasi *chi-square* dan *exhaust hood* hanya tersedia satu dari 33 Puskesmas di Kabupaten Jember.

5.2 Saran

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

Diharapkan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dapat memberikan dukungan kepada pemegang program TBC untuk mengajukan formulir pencatatan dan pelaporan yang belum terpenuhi, infrastruktur berupa ukuran ruangan yang masih belum memenuhi persyaratan infrastruktur laboratorium TBC dan prasarana yaitu *exhaust hood* dalam membantu petugas untuk melakukan pewarnaan sediaan dahak yang belum memenuhi untuk membantu dalam pelaksanaan program pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember, melengkapi *sputum booth* yang memenuhi syarat pedoman teknis bangunan dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama serta melakukan pelatihan bagi petugas baru maupun lama untuk meningkatkan kemampuan dan motivasi petugas dalam melaksanakan tanggung jawab dalam mencapai tujuan capaian program pengobatan TBC Paru.

2. Bagi Puskesmas

Mempertahankan sikap dan motivasi petugas untuk mencapai target cakupan serta memberi dorongan yang kuat kepada penderita untuk melaksanakan pengobatan secara lengkap sampai sembuh.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan dapat melakukan penelitian lanjutan seperti:

1. Hubungan kerja sama lintas sektor dan lintas program terhadap capaian program pengobatan TBC di Kabupaten Jember.
2. Implementasi penemuan kasus TBC dan pengobatan yang standar dengan jenis penelitian kualitatif.



DAFTAR PUSTAKA

- Anengsih, C.P. 2017. Implementasi Penanggulangan TBC Paru Dengan Strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) Di Wilayah Kerja Puskesmas Batupanga Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2017. *Skripsi*. Makasar. Universitas Alauddin Makasar.
- Alsagaff, H. dan H. A. Mukty. 2010. *Dasar-dasar Ilmu Penyakit Paru*. Cetakan ke-7. Surabaya: Airlangga University Press.
- CDC. 2013. *Core Curriculum On Tuberculosis : What The Clinician Should Know*. [Serial Online].
https://www.cdc.gov/TBC/education/corecurr/pdf/corecurr_all.pdf [19 Juli 2019]
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2016*. Surabaya: Dinas Kesehatan Jawa Timur.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2018. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2017*. Surabaya: Dinas Kesehatan Jawa Timur.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2018. *Profil Kesehatan Kabupaten Jember 2017*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Deswinda., Rasyid, R, dan Firdawati. 2019. Evaluasi Penanggulangan Tuberkulosis Paru di Puskesmas dalam Penemuan Penderita Tuberkulosis Paru di Kabupaten Sijunjung. *Jurnal Fk Unand*, 8 (2): 211-219.
- Faizah, I.L & Raharjo, B.B. 2019. Penanggulangan Tuberkulosis Paru dengan Strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course*). *Jurnal of Public Health Reseach and Development*, 3 (3): 430-441.
- Faradis, N.A. dan Indarjo, S. 2018. Implementasi Kebijakan Permenkes Nomor 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis. *Higeia Journal Of Public Health Research and Development*, 2 (1): 307-319.

- Hana, E. E. P. 2018. Analisis Pelaksanaan Strategi DOTS dalam Program Penanggulangan TBC (P2TBC) di Puskesmas Aras Kabu Kecamatan Beringin Kabupaten Deli Serdang Tahun 2017. *Skripsi*. Sumatera. Universitas Sumatera Utara.
- Inayah, S. dan Wahyono, B. 2019. Penanggulangan Tuberkulosis Paru dengan Strategi DOTS. *Jurnal of Public Health Reseach and Development*, 3 (2): 223-233.
- Irianto, J. 2003. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Irianto, K. 2014. *Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular*. Bandung: Alfabeta.
- Kasim, F., Soen, M., dan Hendranata, K.F. 2012. Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse* sebagai Upaya Penanggulangan Tuberculosis di Puskesmas yang Berada dalam Lingkup Pembinaan Dinas Kesehatan Kabupaten Subang. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 1 (3): 134-143.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberculosis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberculosis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Standar Pelayanan Laboratorium Tuberculosis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2018*. Jakarta: Ditjen P2P.

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 364/MENKES/SK/V/2009 tentang Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis (TBC).

Kurniawan, A.H., Andrajati, R., dan Supardi, S. 2017. Perbandingan Kualitas Pelayanan Puskesmas Kecamatan Koja dan Tarumajaya terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Tuberkulosis. *Jurnal*, 45 (3): 187-196.

Latifah, M., dan Suharjo. 2017. Motivasi Kerja, Manajemen Kinerja Petugas Surveilans Epidemiologi Puskesmas dan Angka Notifikasi Kasus Tuberkulosis di Kabupaten Jepara.

Marsriadi. 2017. *Epidemiologi Penyakit Menular*. Depok: Rajawali Pers. Cetakan ke 2.

Mertaniasih, N. M., Koendhori, E.B., dan Kusumaningrum, D. 2013. *Tuberkulosis Diagnostik Mikrobiologis*. Surabaya: Airlangga University Pres.

Minardo, J., Sriatun, A., dan Arso, S.P. 2015. Analisis Determinan Motivasi Petugas Tuberkulosis Paru dalam Penemuan Kasus di Kabupaten Semarang (Studi Kasus di Beberapa Puskesmas). *Jurnal Manajemen Kesehatan*, 3 (1). 1-10.

Mursyaf, Nur A.F., Nurdinayah., dan Ibrahim, Hasbi. 2018. Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis (TBC) Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Penambungan Kota Makasar. *Jurnal Higiene*, 4 (1): 32-40.

Nasution, L.Y. 2018. Implementasi Penanggulangan TBC Paru di Puskesmas Medan Sunggal Kecamatan Medan Sunggal Kota Medan Tahun 2018. *Skripsi*. Makasar. Universitas Sumatera Utara.

- Nizar, M. 2017. *Pemberantasan dan Penanggulangan Tuberkulosis*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Promosi Kesehatan Teori & Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novanty, F., dan Ningrum, D.N. 2016. Evaluasi Input Sistem Surveilans Penemuan Suspek Tuberkulosis (TBC) di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang. *Jurnal of Public Health*, 5 (2): 120-128.
- Noveyani, A. E. dan Martini, S. 2014. Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis Paru dengan Strategi DOTS di Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 2 (2): 251-262.
- Nuraisyah, M., Adi, M.S., dan Saraswati, L.D. 2018. Gambaran Faktor yang Terkait dengan Penemuan Kasus Tuberkulosis Paru di Kabupaten Batang Berdasarkan Karakteristik, Kinerja Petugas dan Fasilitas Laboratorium Puskesmas. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6 (2): 34-42.
- Nurmadya., Medison, I., dan Bachtiar, H. 2015. Hubungan Pelaksanaan Strategi *Directly Observed Treatment Short Course* dengan Hasil Pengobatan Tuberkulosis Paru Puskesmas Padang Pasir Kota Padang 2011-2013. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4 (1): 207-211.
- Nursalam. 2017. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurwanto, B., Farich, A., dan Samino. 2015. Kepemimpinan, Motivasi, Pelatihan, dan Intensif dengan Kinerja Petugas Dalam Penemuan Kasus TBC Paru di Kabupaten Tanggamus 2014. *Jurnal Dunia Kesmas*, 4 (2): 107-113.
- Nugraini, K.E., Cahyati, W.H., dan Farida, E. 2015. Evaluasi Input Capaian Case Detection Rate (CDR) TBC Paru dalam Program Penanggulangan Penyakit TBC Paru (P2TBC) Puskesmas Tahun 2012 (Studi Kualitatif di Kota Semarang). *Jurnal of Public Health*, 4 (2): 143-152.

- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Temukan Obati Sampai Sembuh*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. *Temukan Obati Sampai Sembuh*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis.*
- Putri, F.A., Suryawati, C., dan Kusumastuti, W. 2020. Evaluasi Pelaksanaan Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru (P2TB) di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8 (3): 215-226.
- Pongoh, Natasha E.G., Palandeng, Henry M.F., dan Rombot, D.V. 2015. Gambaran Perilaku Tenaga Kesehatan Terhadap Pengobatan Tuberkulosis Paru di Puskesmas Kota Manado. *Jurnal Kedokteran Komunitas dan Tropik*, 3(2): 108-117.
- Rahayu, S. 2016. Analisis Sistem DOTS (Directly Observed Treatment Shorcourse) sebagai Upaya Pengendalian Penyakit Tuberkulosis di Puskesmas Parakan Kabupaten Temanggung Tahun 2015. *Skripsi*. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Negeri Semarang.
- Rahmi, N., Medison, I., dan Suryadi, I. 2017. Hubungan Tingkat Kepatuhan Penderita Paru dengan Perilaku Kesehatan, Efek Samping OAT dan Peran Serta PMO pada Pengobatan Fase Intensif di Puskesmas Seberang Padang September 2012- Januari 2013. *Artikel Penelitian*, 2: (6): 345-350.
- Rahmawati, D. dan Budiono, I. 2015. Faktor Pelayanan Kesehatan yang Berhubungan dengan Keberhasilan Pengobatan (*Succes Rate*) TBC Paru di Kabupaten Sragen. *Journal Of Public Health*, 4 (4): 115-125.
- Ratnasari, D. 2015. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pencapaian Petugas terhadap *Case Detection Rate* (CDR) pada Program TBC Paru di Kabupaten Palembang. *Skripsi*. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Negeri Semarang.

- Sastroasmoro, S. dan Ismael. 2011. *Dasar-dasar Metode Penelitian Klinis*. Jakarta: Agung Seto.
- Satrianegara, M. F. 2018. *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: Salemba Medika.
- Setyowati, I., Saraswati, L.D., dan Adi, M.S. 2018. Gambaran Faktor-faktor yang Terkait dengan Kinerja Petugas dalam Penemuan Kasus Pada Program Tuberkulosis Paru di Kabupaten Grobogan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6 (1): 264-273.
- Sofiyatun, V. 2019. Implementasi Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru. *Journal of Public Health Research and Development*, 3 (1): 74-86.
- Sormin, P.P., Rochhadi, R.L., dan Alam, B.K. 2015. Gambaran Peran Serta Petugas Terhadap Kepatuhan Berobat Penderita TBC Paru di Kelurahan Gambir Baru Kecamatan Kisaran Timur Tahun 2014. *Jurnal*.
- Saomi, E.E, Cahyati, W.H., dan Indarjo, S. Hubungan Karakteristik Individu Dengan Penemuan Kasus TBC Paru di EKS Keresidenan Pati Tahun 2013. *Unnes Journal of Public Health* 4 (1): 15-22.
- Suarli, S. dan Bahtiar, Y. 2011. *Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Jakarta: Erlangga.
- Sudjana. 2005. *Metode Statistika*. Bandung : PT Tarsito.
- Sugiyono. 2015. *Metode penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Sulistiawati. 2017. Implementasi Strategi DOTS dalam Pengendalian Tuberkulosis di Puskesmas Gunung Tabur Kabupaten Berau. *Skripsi*. Program Magister Ilmu Administrasi Publik. Universitas Terbuka.

- Tambunan, E. M. 2017. Analisis Penataklaksanaan Program Penanggulangan TBC Paru dengan Strategi DOTS di Puskesmas Belawan Kecamatan Medan Belawan Tahun 2017. *Skripsi*. FKM. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Tuharea, R., Suparwati, A., dan Sriatmi, A. 2014. Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Implementasi Penemuan Pasien TBC Paru dalam Program Penanggulangan TBC di Puskesmas Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Indonesia*, 2 (2): 168-178.
- Trisna, E. dan Ilyas., H. 2013. Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Perawat Dalam Pelaksanaan Tuberkulosis. *Jurnal Keperawatan*, IX (1): 71-78.
- Ulya, F. dan Thabrany, H. 2017. Efektivitas Biaya Strategi DOTS Program Tuberkulosis antara Puskesmas dan Rumah Sakit Swasta Kota Depok. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 3 (1): 109-117.
- Utami, N.A., Tunru, Insan S.A., dan Yusnita. 2018. Hubungan Tingkat Pengetahuan Terhadap Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis di Puskesmas Kecamatan Johar Baru Tahun 2016. *Jurnal Profesi Medika*, 12 (2): 46-52.
- Wibowo. 2016. *Manajemen Kinerja*. Jakarta: Rajawali Pres.
- Widjanarko, B., Prabamurti, P.N., dan Widayat, E. 2006. Pengaruh Karakteristik Petugas Pemegang Program Tuberkulosis Paru Puskesmas Terhadap Penemuan Suspek TBC Paru di Kabupaten Blora. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 1 (1): 41-52.
- World Health Organization. 2018. *Global Tuberculosis Report 2018*. Geneva : World Health Organization.
- Wulandari, H.P. 2015. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Pasien Tuberkulosis Paru Tahap Lanjutan Untuk Minum Obat di RS Rumah Sehat Terpadu Tahun 2015.

Yusi, N., Widagdo, L., dan Cahyo, K. 2018. Analisis Hubungan antara Dukungan Psikososial dengan Perilaku Keberhasilan Pengobatan Pasien TBC di Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6 (5): 768-779.

Zarwita, D., Rasyid, R., dan Abdiana. 2019. Analisis Implementasi Penemuan Pasien TBC Paru dalam Program Penanggulangan TBC Paru di Puskesmas Balai Selasa. *Jurnal FK Unand*, 8 (3): 689-699.



LAMPIRAN

Lampiran A. Pengantar Wawancara

Yth. Bapak/Ibu

Di Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Dalam rangka menyelesaikan perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM), penulis melakukan penelitian sebagai salah satu bentuk tugas akhir dan kewajiban yang harus diselesaikan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis Hubungan Strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) dengan Capaian Program Pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.

Untuk mencapai tujuan tersebut, maka peneliti dengan sangat hormat meminta kesediaan Bapak/Ibu untuk membantu dalam menjawab wawancara yang peneliti ajukan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Perlu diketahui bahwa penelitian ini hanya semata-mata sebagai bahan penyusunan skripsi.

Peneliti mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu dalam mengisi kuesioner yang peneliti ajukan.

Jember, 2020

(Ambarwati)

Lampiran B. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

No. Telp/HP :

Menyatakan setuju untuk menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Ambarwati

NIM : 152110101085

Judul : Hubungan Strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) dengan Capaian Program Pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember.

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun terhadap responden. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar. Oleh karena itu, saya bersedia menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut secara jujur.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subjek penelitian (responden) dalam penelitian ini.

Jember,.....2020

Responden

(.....)

Lampiran C. Lembar Panduan Wawancara Terstruktur

PANDUAN WAWANCARA TERSTRUKTUR

Puskesmas :

Tanggal Wawancara :

Panduan Pengisian

1. Mohon dengan hormat bantuan dan ketersediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang diajukan oleh peneliti.
2. Mohon menjawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

1. Identitas Responden

Nama Responden :

Jenis Kelamin :

No.Telp/HP :

2. Komponen DOTS

a) Anggaran Dana

No.	Pernyataan	Jawaban
1.	Dari mana sumber pembiayaan kegiatan program pengobatan TBC yang di dapat oleh puskesmas	a. APBN b. APBD c. Dana Hibah d. Asuransi Kesehatan e. Swasta
2.	Pembiayaan yang di dapat oleh Puskesmas tersedia untuk pelaksanaan program pengobatan TBC?	a. Tersedia b. Tidak tersedia
3.	Alokasi dana tersebut cukup untuk menanggung ketersediaan sarana prasarana yang diajukan oleh puskesmas (kecukupan)	a. Tersedia b. Tidak tersedia

b) Distribusi Obat

No.	Pernyataan	Jawaban
1.	OAT dan paket Obat kombipak selalu tersedia pada saat jadwal pengambilan obat di Puskesmas	a. Tersedia b. Tidak tersedia
2.	Jumlah OAT dan paket kombipak yang diperoleh tersedia dalam keadaan baik dan lengkap	a. Tersedia b. Tidak tersedia
3.	Kualitas OAT dan paket kombipak yang diperoleh dari gudang farmasi tersedia dengan keadaan baik dan lengkap	a. Tersedia b. Tidak tersedia

c) Pencatatan dan Pelaporan

No.	Pernyataan	Jawaban
1.	Puskesmas melakukan daftar terduga TBC yang diperiksa dahaknya (TBC.06)	a. Sesuai b. Tidak sesuai
2.	Puskesmas menyediakan formulir laboratorium untuk pemeriksaan dahak (TBC.05)	a. Sesuai b. Tidak sesuai
3.	Puskesmas menyediakan kartu pengobatan pasien TBC (TBC.01) dan kartu identitas pasien (TBC.02)	a. Sesuai b. Tidak sesuai
4.	Puskesmas melakukan register TBC fasilitas kesehatan (TBC. 03 faskes)	a. Sesuai b. Tidak sesuai
5.	Puskesmas menyediakan formulir rujukan/pindah pasien (TBC.09) dan menyediakan formulir hasil akhir pengobatan dari pasien TBC pindahan (TBC.10)	a. Sesuai b. Tidak sesuai

6.	Puskesmas melakukan register laboratorium TBC (TBC.04)	a. Sesuai b. Tidak sesuai
7.	Puskesmas dalam melaksanakan pencatatan dan pelaporan menggunakan Sistem Informasi TBC Terpadu (SITT) yang berbasis web dan terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan secara Nasional	a. Sesuai b. Tidak sesuai

Keterangan : Sesuai apabila formulir pencatatan dan pelaporan tersedia di puskesmas yaitu formulir pengobatan pasien TBC (TBC.01), formulir identitas pasien TBC (TBC.02), register TBC fasilitas kesehatan (TBC. 03 faskes). register laboratorium TBC (TBC.04), Formulir permohonan laboratorium TBC untuk pemeriksaan dahak (TBC. 05), daftar terduga TBC yang diperiksa dahak (TBC.06), formulir rujukan/pindah pasien (TBC. 09), formulir hasil akhir pengobatan dari pasien TBC pindahan (TBC.10) dan SITT (Sistem Informasi TBC Terpadu) (Kemenkes RI, 2014: 121).

3. Sumber Daya Manusia

a) Tingkat Pengetahuan

1. Apa yang perlu dilakukan saat penemuan kasus TBC?
 - a. Melakukan pemeriksaan kepada keluarga yang kontak dengan pasien dan semua tetangga diperiksa
 - b. Melakukan pemeriksaan hanya pada anggota keluarga yang terdekat saja
 - c. Seseorang yang dengan gejala utama saja yang perlu melakukan pemeriksaan
 - d. Melakukan pemeriksaan kepada orang yang pernah bertemu penderita
2. Tindakan apa yang perlu dilakukan jika ditemukan penderita lewat survey kontak ditemukan seorang anak, terdapat riwayat kontak penderita TBC (ibu)?
 - a. Melakukan pemeriksaan biopsi kulit
 - b. Melakukan pemeriksaan secara berulang-ulang
 - c. Melakukan pengobatan langsung terhadap anak tersebut
 - d. Melakukan pemeriksaan uji tuberkulin

3. Apa yang akan dilakukan untuk mencegah pasien yang drop out?
 - a. Mengadakan pelatihan yang akan dijalankan pihak puskesmas untuk keluarga pendamping penderita
 - b. Memberikan obat sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan
 - c. Mengadakan sesi konsultasi kepada penderita dan pendamping penderita
 - d. Memperbaiki pelayanan yang baik dan ramah untuk pasien
4. Berikut merupakan komponen strategi DOTS, kecuali?
 - a. Komitmen politik
 - b. Penyuluhan dan pelatihan
 - c. Penemuan kasus
 - d. Pencatatan dan pelaporan
5. Apakah peran PMO penting dalam pengawasan penderita menelan obat?
 - a. Tidak penting karena ada petugas kesehatan
 - b. Penting untuk pengawasan menelan obat
 - c. Penting untuk kepentingan di puskesmas
 - d. Tidak penting karena penderita bisa melakukan sendiri
6. Apakah yang menjadi sebab sebuah program pengobatan TBC mengalami kegagalan kecuali?
 - a. Infrastruktur kesehatan yang buruk
 - b. Tata laksana pengobatan yang memadai sesuai dengan diagnosis
 - c. Tidak memadainya komitmen politik dan pendanaan
 - d. Kurang terjaminnya akses dan penemuan kasus/diagnosis tidak terstandar
7. Apakah penyebab utama meningkatnya beban masalah TBC, sehingga TBC menjadi permasalahan di dunia kesehatan kecuali?
 - a. Meningkatnya jumlah penduduk dan perubahan struktur umur kependudukan
 - b. Kemiskinan yang di alami masyarakat
 - c. Perubahan gaya hidup masyarakat yang mengesampingkan kesehatan
 - d. Dampak pandemi HIV

8. Penyimpanan merupakan kegiatan menyimpan dan memelihara yang mencakup tempat instalasi farmasi, barang dan administrasi. Standar penyimpanan yang sesuai dengan peraturan adalah?
 - a. Penyimpanan di ruangan yang khusus dan diletakkan di terpisah dengan ruang penyimpanan lain
 - b. Aman dari pencurian, kebakaran dan bencana alam
 - c. Barang yang diterima dan dikeluarkan harus tercatat
 - d. Ruangan harus tersedia dengan cukup untuk penyimpanan, tersedia ventilasi, sirkulasi udara dan penerangan yang memadai
9. Apa saja langkah-langkah yang perlu dilakukan untuk implementasi manajemen TBC resisten obat, kecuali?
 - a. Mendapatkan komitmen yang kuat dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk membantu dalam penanganan pasien TBC yang resisten obat
 - b. Melatih petugas/tim seperti tenaga medis, paramedis, laboratorium, rekam medis, farmasi dan tenaga terkait
 - c. Mendapatkan komitmen yang kuat dari pihak pimpinan manajemen
 - d. Melakukan penyediaan biaya operasional untuk penanganan pasien TBC yang resisten
10. Dalam sebuah pelaksanaan program perlu dilakukan perencanaan terlebih dahulu, apa saja indikator perencanaan yang baik?
 - a. Khusus, menyeluruh dan biasanya tidak dijabarkan lebih lanjut
 - b. Berjangka sangat panjang dan mempunyai jangkauan ke depan
 - c. Lentur, dinamis, statis dan tanggap terhadap berbagai perubahan
 - d. Melakukan pemantauan di setiap kesempatan

b) Sikap Petugas

No	Pernyataan	Jawaban
1.	Pengobatan TBC paru dengan strategi DOTS efektif untuk mencapai target keberhasilan pengobatan.	a. Setuju b. Ragu-ragu c. Tidak Setuju
2.	Penetapan target cakupan pengobatan ditetapkan sebelum melaksanakan pengobatan TBC.	a. Setuju b. Ragu-ragu c. Tidak Setuju

No	Pernyataan	Jawaban
3.	Pemberian informasi terkait dengan penyakit TBC dan cara pengobatan kepada penderita, keluarga penderita dan masyarakat dilakukan sebelum melaksanakan pengobatan.	a. Setuju b. Ragu-ragu c. Tidak Setuju
4.	Pemberian jadwal pemeriksaan ulang perlu dilakukan sebelum melaksanakan pengobatan.	a. Setuju b. Ragu-ragu c. Tidak Setuju
5.	Perhatian petugas kesehatan kepada penderita dan memberikan dukungan sampai pengobatan lengkap dan penderita dinyatakan sembuh.	a. Setuju b. Ragu-ragu c. Tidak Setuju
6.	Peran PMO terlibat dalam pelaksanaan pengobatan dan sebagai pengawas bagi penderita.	a. Setuju b. Ragu-ragu c. Tidak setuju
7.	Petugas kesehatan memberikan penjelasan kepada anggota keluarga penderita atau pendamping penderita untuk melakukan pengobatan secara lengkap.	a. Setuju b. Ragu-ragu c. Tidak Setuju
8.	Petugas memberikan penjelasan sebelum dan sesudah melaksanakan pengobatan TBC agar pasien mendapat penjelasan mengenai penyakit TBC dan pengobatannya.	a. Setuju b. Ragu-ragu c. Tidak setuju
9.	Petugas memberikan penjelasan kepada penderita untuk melaksanakan pengobatan TBC dan memberikan dukungan agar penderita tidak merasa takut selama menjalankan pengobatan	a. Setuju b. Ragu-rag c. Tidak Setuju
10.	Petugas melakukan pemantauan terhadap pasien agar mengetahui pasien tidak mangkir dalam melaksanakan pengobatan.	a. Setuju b. Ragu-ragu c. Tidak Setuju

c) Motivasi Kerja

No	Pernyataan	Jawaban
1.	Saya ingin menjadikan wilayah kerja saya mencapai target keberhasilan pengobatan TBC	a. Setuju b. Ragu-ragu c. Tidak Setuju
2.	Pemberian intensif tidak pernah terhambat dalam meningkatkan produktivitas	a. Setuju b. Ragu-ragu c. Tidak Setuju
3.	Jumlah imbalan/insentif yang cukup sebagai penanggung jawab program pengobatan TBC meningkatkan kinerja petugas	a. Setuju b. Ragu-ragu c. Tidak Setuju
4.	Dukungan pimpinan penting dalam mengelola program pengobatan TBC di Puskesmas	a. Setuju b. Ragu-ragu c. Tidak Setuju
5.	Dalam melaksanakan tugas sebagai pemegang program pengobatan TBC perlu didukung dengan	a. Setuju b. Ragu-ragu

	sarana dan prasarana yang memadai	c. Tidak setuju
--	-----------------------------------	-----------------

d) Standar Ketenagaan

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Bagaimana ketersediaan dokter dalam pelaksanaan program pengobatan TBC di Puskesmas?	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi
2.	Bagaimana ketersediaan perawat dalam pelaksanaan program pengobatan TBC di Puskesmas?	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi
3.	Bagaimana ketersediaan tenaga analis laboratorium dalam pelaksanaan program pengobatan TBC di Puskesmas?	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi
4.	Bagaimana tingkat pendidikan terakhir yang ditempuh oleh pemegang program TBC dalam pelaksanaan program pengobatan TBC di Puskesmas?	a. Pendidikan menengah b. Pendidikan tinggi
5.	Berapa lama anda berkerja sebagai pemegang program TBC dalam pelaksanaan kegiatan program TBC di Puskesmas?	a. Baru b. Lama

Keterangan :

Memenuhi : Satu dokter, satu perawat/petugas TBC dan satu tenaga laboratorium.

Tidak memenuhi : Salah satu dari dokter, perawat/petugas TBC dan satu tenaga laboratorium tidak tersedia

Pendidikan menengah : SMA, MA, SMK, MAK/ sederajat

Pendidikan tinggi : Diploma (DI, DII, DIII, DIV), S1, S2, Spesialis , S3

Baru : <2 Tahun

Lama : > 2 Tahun

e) Pelatihan

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah anda pernah mendapatkan pelatihan yang berkaitan dengan pelaksanaan program pengobatan TBC Paru?	a. Pernah b. Tidak Pernah
2.	Apakah anda pernah melakukan pelatihan kepada PMO?	a. Pernah b. Tidak Pernah
3.	Siapa yang menyelenggarakan pelatihan tersebut?	a. Pemerintah Pusat

No.	Pertanyaan	Jawaban
		b. Dinas Kesehatan Kabupaten c. IDI

f) Penyuluhan

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah petugas TBC melakukan penyuluhan saat pasien berobat?	a. Pernah d. Tidak pernah
2.	Apakah petugas TBC melakukan penyuluhan kepada keluarga pasien?	a. Pernah b. Tidak pernah
3.	Apakah petugas TBC melakukan penyuluhan kepada masyarakat?	a. Pernah b. Tidak Pernah

7. Sarana Prasarana

a) Tata Ruang

No.	Pernyataan	Jawaban
1.	Puskesmas terdapat ruang tunggu	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi
2.	Puskesmas terdapat <i>sputum booth</i>	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi
3.	Puskesmas terdapat ruang administrasi	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi
4.	Puskesmas terdapat ruang kerja	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi

b) Infrastruktur

No.	Pernyataan	Jawaban
1.	Puskesmas mempunyai ruang administrasi dan pengambilan darah berukuran 3m x 7m	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi
2.	Puskesmas untuk loket penyerahan dahak dilengkapi dengan sistem <i>passing box</i>	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi
3.	Puskesmas untuk dinding, langit-langit dan lantai terbuat dari bahan yang mudah dibersihkan, warna terang dan tidak berpori	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi

c) Prasarana

No.	Pernyataan	Jawaban
1.	Laboratorium di puskesmas tersedia ventilasi	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi
2.	Laboratorium di puskesmas tersedia pencahayaan dengan lampu PLC berjumlah 3	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi
3.	Laboratorium di puskesmas tersedia sanitasi yang memadai dan cukup dengan jumlah pasien yang datang	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi

d) *Sputum Booth*

No.	Pernyataan	Jawaban
1.	Laboratorium di Puskesmas tersedia <i>sputum booth</i> ?	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi
2.	Wastafel di laboratorium dilengkapi dengan zat pencuci tangan?	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi
3.	<i>Sputum booth</i> dilengkapi dengan tempat sabun, tempat tisu dan tempat sampah tertutup?	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi
4.	Bangunan <i>sputum booth</i> mudah dibersihkan?	a. Memenuhi b. Tidak memenuhi

Lampiran D. Lembar Observasi

Puskesmas :

Tanggal Wawancara :

1. Pencatatan dan Pelaporan

No	Pernyataan	Jawaban	
		Ada	Tidak
1.	Daftar terduga TBC yang diperiksa dahak (TBC.06)		
2.	Formulir permohonan laboratorium TBC untuk pemeriksaan dahak (TBC.05)		
3.	Kartu pengobatan pasien TBC (TBC.01)		
4.	Kartu identitas pasien TBC (TBC.02)		
5.	Register TBC fasilitas kesehatan (TBC.03 faskes)		
6.	Formulir rujukan/pindah pasien (TBC.09)		
7.	Formulir hasil akhir pengobatan dari pasien TBC pindahan (TBC.10)		
8.	Register Laboratorium TBC (TBC.04)		
9.	SITT (Sistem Informasi TBC terpadu) berbasis web		

2. Standar Pelayanan Laboratorium

No	Pernyataan	Jawaban	
		Ada	Tidak
1.	Tata Ruang		
	Ruang tunggu		
	<i>Sputum booth</i>		
	Ruang administrasi		
	Ruang kerja		
2.	Infrastruktur		
	Ukuran ruangan minimal 3m x 7 m (ruang administrasi dan pengambilan darah)		
	Loket penyerahan dahak dilengkapi dengan sistem <i>passing box</i>		
	Dinding, langit-langit dan lantai terbuat dari bahan yang mudah dibersihkan, warna terang dan tidak berpori		
	Bak cuci tangan diletakkan dekat pintu ruang laboratorium		
3.	Prasarana		
a.	Ventilasi		
	Luas ventilasi 1/3 luas lantai		
	<i>Fan</i> yang dipakai adalah <i>fan</i> berdiri ukuran 30 cm dan <i>fan</i> dinding ukuran 35 cm untuk ruangan pengambilan sampel dan administrasi.		
	Arah angin <i>fan</i> harus mengarah ke pasien		
	Diatas meja laboratorium menggunakan <i>fan</i> jenis <i>exhaust</i>		

No	Pernyataan	Jawaban	
		Ada	Tidak
	<i>hood</i>		
b.	Pencahayaan		
	Intensitas cahaya minimal 300 Lux (3 buah lampu PLC 18 watt)		
c.	Sanitasi		
	Tersedia air bersih mengalir		
	Kapasitas, kualitas memadai		
	Keandalan penyaluran kesinambungan dan keamanan yang memadai		
	Tersedia tempat penampungan sementara		
	Tersedia pengelolaan limbah cair		
	Tersedia pengelolaan limbah padat		
	Jas laboratorium		
	Sabun		
	Sarung tangan		
4.	<i>Sputum booth</i>		
	<i>Sputum booth</i> di lahan sesuai kondisi setempat dengan ukuran 1,50 x 1,50 m.		
	Wastafel dilengkapi dengan zat pencuci tangan, tisu pembersih, dan kran menggunakan sistem sentuh		
	Dilengkapi dengan tempat sabun, tempat tisu dan tempat sampah tertutup		
	Material bangunan mudah dibersihkan		

Lampiran E. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Anggaran Dana

Correlations

		TOT_A
A1	Pearson Correlation	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	5
A2	Pearson Correlation	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	5
TOT_A	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	5

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
1,000	2

2. Distribusi Obat

Correlations

		TOT_D
D1	Pearson Correlation	,968**
	Sig. (2-tailed)	,007
	N	5
D2	Pearson Correlation	,791
	Sig. (2-tailed)	,111
	N	5
D3	Pearson Correlation	,968**
	Sig. (2-tailed)	,007
	N	5
TOT_D	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	5

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,900	3

3. Pencatatan dan Pelaporan

Correlations

		TOT_PT
PT1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000** ,000 5
PT2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000** ,000 5
PT3	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000** ,000 5
PT4	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000** ,000 5
PT5	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000** ,000 5
PT6	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000** ,000 5
PT7	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000** ,000 5

TOT_PT	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	5

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
1,000	7

4. Tingkat Pengetahuan

Correlations

		TOT_PG
PG1	Pearson Correlation	,952*
	Sig. (2-tailed)	,013
	N	5
PG2	Pearson Correlation	,952*
	Sig. (2-tailed)	,013
	N	5
PG3	Pearson Correlation	,952*
	Sig. (2-tailed)	,013
	N	5
PG4	Pearson Correlation	-,454
	Sig. (2-tailed)	,442
	N	5
PG5	Pearson Correlation	,952*
	Sig. (2-tailed)	,013
	N	5
PG6	Pearson Correlation	,952*
	Sig. (2-tailed)	,013
	N	5
PG7	Pearson Correlation	,952*
	Sig. (2-tailed)	,013
	N	5
PG8	Pearson Correlation	,952*
	Sig. (2-tailed)	,013
	N	5
PG9	Pearson Correlation	,952*
	Sig. (2-tailed)	,013
	N	5
PG10	Pearson Correlation	,952*
	Sig. (2-tailed)	,013

	N	5
PG11	Pearson Correlation	,952*
	Sig. (2-tailed)	,013
	N	5
PG12	Pearson Correlation	-,344
	Sig. (2-tailed)	,570
	N	5
TOT_PG	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	5

**, Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*, Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,937	12

5. Sikap Petugas

Correlations

		TOT_S
S1	Pearson Correlation	,996**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	5
S2	Pearson Correlation	,996**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	5
S3	Pearson Correlation	,996**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	5
S4	Pearson Correlation	,882*
	Sig. (2-tailed)	,048
	N	5
S5	Pearson Correlation	,996**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	5
S6	Pearson Correlation	,996**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	5
S7	Pearson Correlation	,996**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	5
S8	Pearson Correlation	,996**

	Sig. (2-tailed)	,000
	N	5
S9	Pearson Correlation	,996**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	5
S10	Pearson Correlation	,996**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	5
TOT_S	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	5

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,992	10

6. Motivasi Kerja

Correlations

	TOT_M	
M1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,991** ,001 5
M2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,991** ,001 5
M3	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,904* ,035 5
M4	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,560 ,326 5
M5	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,991** ,001 5
M6	Pearson Correlation	,991**

	Sig. (2-tailed)	,001
	N	5
TOT_	Pearson	1
M	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	
	N	5

**, Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*, Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,958	6

7. Standar Ketenagaan

Correlations

		TOT_ST
ST1	Pearson	,913*
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	,030
	N	5
ST2	Pearson	,913*
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	,030
	N	5
TOT_S	Pearson	1
T	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	
	N	5

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,800	2

8. Pelatihan

Correlations

		TOT_P
P1	Pearson Correlation	,913*
	Sig. (2-tailed)	,030
	N	5
P2	Pearson Correlation	,913*
	Sig. (2-tailed)	,030
	N	5
TOT_P	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	5

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
1,000	2

9. Penyuluhan

Correlations

		TOT_P Y
PY1	Pearson Correlation	,968**
	Sig. (2-tailed)	,007
	N	5
PY2	Pearson Correlation	,968**
	Sig. (2-tailed)	,007
	N	5

PY3	Pearson Correlation	,968**
	Sig. (2-tailed)	,007
	N	5
TOT_P Y	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	5

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
1,000	3

10. Tata Ruang

Correlations

		TOT_TR
TR1	Pearson Correlation	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	5
TR2	Pearson Correlation	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	5
TR3	Pearson Correlation	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	5
TR4	Pearson Correlation	1,000**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	5
TOT_T R	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	5

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
1,000	4

11. Infrastruktur

Correlations

		TOT_I
I1	Pearson Correlation	,980**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	5
I2	Pearson Correlation	,980**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	5
I3	Pearson Correlation	,980**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	5
I4	Pearson Correlation	,802
	Sig. (2-tailed)	,103
	N	5
TOT_ I	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	5

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,952	4

12. Prasarana

Correlations

		TOT_P R
PR1	Pearson Correlation	,910*
	Sig. (2-tailed)	,032
	N	5
PR2	Pearson Correlation	,910*
	Sig. (2-tailed)	,032
	N	5
PR3	Pearson Correlation	,910*

	Sig. (2-tailed)	,032
	N	5
PR4	Pearson Correlation	-,086
	Sig. (2-tailed)	,891
	N	5
TOT_P R	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	5

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,696	4

13. Sputum Booth

Correlations

		TOT_DH
DH1	Pearson Correlation	,980*
	Sig. (2-tailed)	,020
	N	4
DH2	Pearson Correlation	,980*
	Sig. (2-tailed)	,020
	N	4
DH3	Pearson Correlation	,980*
	Sig. (2-tailed)	,020
	N	4
DH4	Pearson Correlation	,980*
	Sig. (2-tailed)	,020
	N	4
TOT_D H	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	4

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
1,000	4

Lampiran F. Hasil Analisis

a. Analisis Univariat

1) Komitmen Politik Anggaran Dana

Anggaran dana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tersedia	33	100,0	100,0	100,0

2) Distribusi Obat

Distribusi obat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tersedia	33	100,0	100,0	100,0

3) Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sesuai	20	60,6	60,6	60,6
Tidak Sesuai	13	39,4	39,4	100,0
Total	33	100,0	100,0	

4) Pengetahuan

Pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	5	15,2	15,2	15,2
Baik	28	84,8	84,8	100,0
Total	33	100,0	100,0	

5) Sikap Petugas

Sikap petugas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	33	100,0	100,0	100,0

6) Motivasi Kerja

Motivasi kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tinggi	33	100,0	100,0	100,0

7) Standar Ketenagaan

Standar ketenagaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Memenuhi	32	97,0	97,0	97,0
Tidak Memenuhi	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

8) Pelatihan

Pelatihan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pernah	24	72,7	72,7	72,7
Tidak Pernah	9	27,3	27,3	100,0
Total	33	100,0	100,0	

9) Penyuluhan

Penyuluhan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pernah	33	100,0	100,0	100,0

10) Tata Ruang

Tata ruang

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Memenuhi	24	72,7	72,7	72,7
Tidak Memenuhi	9	27,3	27,3	100,0
Total	33	100,0	100,0	

11) Infrastruktur

Infrastruktur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Memenuhi	2	6,1	6,1	6,1
Tidak Memenuhi	31	93,9	93,9	100,0
Total	33	100,0	100,0	

12) Prasarana

Prasarana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Memenuhi	33	100,0	100,0	100,0

13) Sputu Booth

Sputum booth

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Memenuhi	2	6,1	6,1	6,1
Tidak Memenuhi	31	93,9	93,9	100,0
Total	33	100,0	100,0	

b. Analisis Bivariat

1) Analisis Pencatatan dan Pelaporan dengan Capaian Program Pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember

Pencatatan dan pelaporan * CP Crosstabulation

			CP		Total
			Tercapai	Tidak Tercapai	
Pencatatan dan pelaporan	Sesuai	Count	19	1	20
		Expected Count	16,4	3,6	20,0
		% within	95,0%	5,0%	100,0%
		Pencatatan dan pelaporan			
Pencatatan dan pelaporan	Tidak Sesuai	Count	8	5	13
		Expected Count	10,6	2,4	13,0
		% within	61,5%	38,5%	100,0%
		Pencatatan dan pelaporan			
Total		Count	27	6	33
		Expected Count	27,0	6,0	33,0
		% within	81,8%	18,2%	100,0%
		Pencatatan dan pelaporan			

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5,930 ^a	1	,015		
Continuity Correction ^b	3,894	1	,048		
Likelihood Ratio	6,029	1	,014		
Fisher's Exact Test				,025	,025
Linear-by-Linear Association	5,750	1	,016		
N of Valid Cases	33				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,36.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pencatatan dan pelaporan (Sesuai / Tidak Sesuai)	11,875	1,190	118,498
For cohort CP = Tercapai	1,544	,993	2,400
For cohort CP = Tidak Tercapai	,130	,017	,990
N of Valid Cases	33		

- 2) Analisis Pengetahuan dengan Capaian Program Pengobatan (*Success Rate*)
TBC Paru di Kabupaten Jember

Pengetahuan * CP Crosstabulation

			CP		Total
			Tercapai	Tidak Tercapai	
Pengetahuan Kurang	Count	2	3	5	
	Expected Count	4,1	,9	5,0	
	% within Pengetahuan	40,0%	60,0%	100,0%	
Baik	Count	25	3	28	
	Expected Count	22,9	5,1	28,0	
	% within Pengetahuan	89,3%	10,7%	100,0%	
Total	Count	27	6	33	
	Expected Count	27,0	6,0	33,0	
	% within Pengetahuan	81,8%	18,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,927 ^a	1	,008	,031	,031
Continuity Correction ^b	4,010	1	,045		
Likelihood Ratio	5,495	1	,019		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6,717	1	,010		
N of Valid Cases	33				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,91.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Kurang / Baik)	,080	,009	,689
For cohort CP = Tercapai	,448	,152	1,321
For cohort CP = Tidak Tercapai	5,600	1,547	20,276
N of Valid Cases	33		

- 3) Analisis Standar Ketenagaan dengan Capaian Program Pengobatan TBC Paru di Kabupaten Jember

Standar ketenagaan * CP Crosstabulation

		CP		Total
		Tercapai	Tidak Tercapai	
Standarketenagaan Memenuhi	Count	26	6	32
	% of Total	78,8%	18,2%	97,0%
Tidak	Count	1	0	1

	Memenuhi	% of Total	3,0%	0,0%	3,0%
Total		Count	27	6	33
		% of Total	81,8%	18,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,229 ^a	1	,632		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,408	1	,523		
Fisher's Exact Test				1,000	,818
Linear-by-Linear Association	,222	1	,637		
N of Valid Cases	33				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort CP = Tercapai	,813	,688	,960
N of Valid Cases	33		

4) Analisis Pelatihan dengan Capaian Program Pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember

Pelatihan * CP Crosstabulation

		CP		Total
		Tercapai	Tidak Tercapai	
Pelatihan Pernah	Count	22	2	24
	Expected Count	19,6	4,4	24,0
	% within Pelatihan	91,7%	8,3%	100,0%
Tidak Pernah	Count	5	4	9
	Expected Count	7,4	1,6	9,0

	% within Pelatihan	55,6%	44,4%	100,0%
Total	Count	27	6	33
	Expected Count	27,0	6,0	33,0
	% within Pelatihan	81,8%	18,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,738 ^a	1	,017	,034	,034
Continuity Correction ^b	3,567	1	,059		
Likelihood Ratio	5,160	1	,023		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5,564	1	,018		
N of Valid Cases	33				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,64.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pelatihan (Pernah / Tidak Pernah)	8,800	1,245	62,194
For cohort CP = Tercapai	1,650	,909	2,996
For cohort CP = Tidak Tercapai	,188	,041	,853
N of Valid Cases	33		

5) Analisis Tata Ruang dengan Capaian Program Pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember

Tata ruang * CP Crosstabulation

			CP		Total
			Tercapai	Tidak Tercapai	
Tataruang Memenuhi	Count	22	2	24	
	Expected Count	19,6	4,4	24,0	
	% within Tataruang	91,7%	8,3%	100,0%	
Tidak Memenuhi	Count	5	4	9	
	Expected Count	7,4	1,6	9,0	
	% within Tataruang	55,6%	44,4%	100,0%	
Total	Count	27	6	33	
	Expected Count	27,0	6,0	33,0	
	% within Tataruang	81,8%	18,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,738 ^a	1	,017	,034	,034
Continuity Correction ^b	3,567	1	,059		
Likelihood Ratio	5,160	1	,023		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5,564	1	,018		
N of Valid Cases	33				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,64.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper

Odds Ratio for Tataruang (Memenuhi / Tidak Memenuhi)	8,800	1,245	62,194
For cohort CP = Tercapai	1,650	,909	2,996
For cohort CP = Tidak Tercapai	,188	,041	,853
N of Valid Cases	33		

- 6) Analisis Infrastruktur dengan Capaian Program Pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember

Infrastruktur * CP Crosstabulation

			CP		Total
			Tercapai	Tidak Tercapai	
Infrastruktur Memenuhi	Count	0	2	2	
	Expected Count	1,6	,4	2,0	
	% within Infrastruktur	0,0%	100,0%	100,0%	
Infrastruktur Tidak Memenuhi	Count	27	4	31	
	Expected Count	25,4	5,6	31,0	
	% within Infrastruktur	87,1%	12,9%	100,0%	
Total	Count	27	6	33	
	Expected Count	27,0	6,0	33,0	
	% within Infrastruktur	81,8%	18,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,581 ^a	1	,002		
Continuity Correction ^b	4,620	1	,032		

Likelihood Ratio	7,452	1	,006		
Fisher's Exact Test				,028	,028
Linear-by-Linear Association	9,290	1	,002		
N of Valid Cases	33				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort CP = Tidak Tercapai	7,750	3,105	19,342
N of Valid Cases	33		
Odds Ratio for Prasarana (Tidak Memenuhi / .)	. ^a		

a. No statistics are computed because Prasarana is a constant.

7) Analisis *Sputum Booth* dengan Capaian Program Pengobatan (*Success Rate*) TBC Paru di Kabupaten Jember

Sputum booth* CP Crosstabulation

			CP		Total
			Tercapai	Tidak Tercapai	
Sputumbooth	Memenuhi	Count	0	2	2
		Expected Count	1,6	,4	2,0
		% within Sputumbooth	0,0%	100,0%	100,0%
Sputumbooth	Tidak Memenuhi	Count	27	4	31
		Expected Count	25,4	5,6	31,0
		% within Sputumbooth	87,1%	12,9%	100,0%
Total		Count	27	6	33
		Expected Count	27,0	6,0	33,0
		% within Sputumbooth	81,8%	18,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,581 ^a	1	,002	,028	,028
Continuity Correction ^b	4,620	1	,032		
Likelihood Ratio	7,452	1	,006		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	9,290	1	,002		
N of Valid Cases	33				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort CP = Tidak Tercapai	7,750	3,105	19,342
N of Valid Cases	33		

c. Hasil Uji Univariat Kusioner

1. Anggaran Dana

Statistics

		AD	AD1	AD2	AD3
N	Valid	33	33	33	33
	Missing	0	0	0	0

AD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	APBN	33	100,0	100,0	100,0

AD1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	APBD	33	100,0	100,0	100,0

AD2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tersedia	33	100,0	100,0	100,0

2. Distribusi Obat

Statistics

		DO1	DO2	DO3
N	Valid	33	33	33
	Missing	0	0	0

DO1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tersedia	33	100,0	100,0	100,0

DO2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tersedia	33	100,0	100,0	100,0

DO3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tersedia	33	100,0	100,0	100,0

3. Pencatatan dan Pelaporan

Statistics

		PP1	PP2	PP3	PP4	PP5	PP6	PP7
N	Valid	33	33	33	33	33	33	33
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

PP1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sesuai	33	100,0	100,0	100,0

PP2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sesuai	33	100,0	100,0	100,0

PP3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sesuai	33	100,0	100,0	100,0

PP4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sesuai	33	100,0	100,0	100,0

PP5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sesuai	16	48,5	48,5	48,5
Tidak Sesuai	17	51,5	51,5	100,0
Total	33	100,0	100,0	

PP6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sesuai	33	100,0	100,0	100,0

PP7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sesuai	33	100,0	100,0	100,0

4. Pengetahuan Petugas

Statistics

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
N	Valid	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

P1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Salah	7	21,2	21,2	21,2
Benar	26	78,8	78,8	100,0
Total	33	100,0	100,0	

P2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Salah	1	3,0	3,0	3,0
Benar	32	97,0	97,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

P3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Salah	15	45,5	45,5	45,5
Benar	18	54,5	54,5	100,0
Total	33	100,0	100,0	

P4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Salah	22	66,7	66,7	66,7
Benar	11	33,3	33,3	100,0
Total	33	100,0	100,0	

P5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Benar	33	100,0	100,0	100,0

P6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Salah	10	30,3	30,3	30,3
Benar	23	69,7	69,7	100,0
Total	33	100,0	100,0	

P7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Salah	22	66,7	66,7	66,7
Benar	11	33,3	33,3	100,0
Total	33	100,0	100,0	

P8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Salah	22	66,7	66,7	66,7
Benar	11	33,3	33,3	100,0
Total	33	100,0	100,0	

P9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Benar	29	87,9	87,9	87,9
2,00	4	12,1	12,1	100,0
Total	33	100,0	100,0	

P10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Salah	25	75,8	75,8	75,8
Benar	8	24,2	24,2	100,0
Total	33	100,0	100,0	

5. Sikap Petugas

Statistics

		SP1	SP2	SP3	SP4	SP5	SP6	SP7	SP8	SP9	SP10
N	Valid	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

SP1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	33	100,0	100,0	100,0

SP2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	31	93,9	93,9	93,9
Ragu-ragu	1	3,0	3,0	97,0
Tidak Setuju	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

SP3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	33	100,0	100,0	100,0

SP4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	32	97,0	97,0	97,0
Tidak Setuju	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

SP5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	32	97,0	97,0	97,0
Ragu-ragu	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

SP6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	32	97,0	97,0	97,0
Ragu-ragu	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

SP7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	33	100,0	100,0	100,0

SP8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	33	100,0	100,0	100,0

SP9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	33	100,0	100,0	100,0

SP10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	33	100,0	100,0	100,0

6. Motivasi Kerja

Statistics

		MK1	MK2	MK3	MK4	MK5
N	Valid	33	33	33	33	33
	Missing	0	0	0	0	0

MK1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	33	100,0	100,0	100,0

MK2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	30	90,9	90,9	90,9
Ragu-ragu	2	6,1	6,1	97,0
Tidak Setuju	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

MK3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	31	93,9	93,9	93,9
Ragu-ragu	2	6,1	6,1	100,0
Total	33	100,0	100,0	

MK4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	32	97,0	97,0	97,0
Ragu-ragu	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

MK5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Setuju	32	97,0	97,0	97,0
Ragu-ragu	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

7. Standar Ketenagaan

Statistics

	SK1	SK2	SK3	SK4	SK5
N Valid	33	33	33	33	33
Missing	0	0	0	0	0

SK1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Memenuhi	33	100,0	100,0	100,0

SK2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Memenuhi	32	97,0	97,0	97,0
Tidak Memenuhi	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

SK3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Memenuhi	32	97,0	97,0	97,0
Tidak Memenuhi	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

SK4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pendidikan Tinggi	31	93,9	93,9	93,9
Pendidikan Menengah	2	6,1	6,1	100,0
Total	33	100,0	100,0	

SK5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baru	6	18,2	18,2	18,2
Lama	27	81,8	81,8	100,0
Total	33	100,0	100,0	

8. Pelatihan

PL1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pernah	24	72,7	72,7	72,7
Tidak Pernah	9	27,3	27,3	100,0
Total	33	100,0	100,0	

PL2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pernah	32	97,0	97,0	97,0
Tidak Pernah	1	3,0	3,0	100,0
Total	33	100,0	100,0	

PL3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pemerintah Pusat	13	39,4	54,2	54,2
Dinas Kesehatan Kabupaten	11	33,3	45,8	100,0
Total	24	72,7	100,0	
Missing System	9	27,3		
Total	33	100,0		

9. Penyuluhan

PY1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pernah	33	100,0	100,0	100,0

PY2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pernah	33	100,0	100,0	100,0

PY3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pernah	33	100,0	100,0	100,0

10. Tata Ruang

Statistics

		TR1	TR2	TR3	TR4
N	Valid	33	33	33	33
	Missing	0	0	0	0

TR1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Memenuhi	33	100,0	100,0	100,0

TR2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Memenuhi	24	72,7	72,7	72,7
Tidak Memenuhi	9	27,3	27,3	100,0
Total	33	100,0	100,0	

TR3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Memenuhi	33	100,0	100,0	100,0

TR4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Memenuhi	33	100,0	100,0	100,0

11. Infrastruktur

Statistics

		IF1	IF2	IF3
N	Valid	33	33	33
	Missing	0	0	0

IF1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Memenuhi	2	6,1	6,1	6,1
	Tidak Memenuhi	31	93,9	93,9	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

IF2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Memenuhi	33	100,0	100,0	100,0

IF3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Memenuhi	33	100,0	100,0	100,0

12. Prasarana

Statistics

		PS1	PS2	PS3
N	Valid	33	33	33
	Missing	0	0	0

PS1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Memenuhi	1	3,0	3,0	3,0
	Tidak Memenuhi	32	97,0	97,0	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

PS2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Memenuhi	21	63,6	63,6	63,6
Tidak Memenuhi	12	36,4	36,4	100,0
Total	33	100,0	100,0	

PS3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Memenuhi	33	100,0	100,0	100,0

13. Sputum Booth

Statistics

		PD1	PD2	PD3	PD4
N	Valid	33	33	33	33
	Missing	0	0	0	0

PD1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Memenuhi	24	72,7	72,7	72,7
Tidak Memenuhi	9	27,3	27,3	100,0
Total	33	100,0	100,0	

PD2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Memenuhi	9	27,3	27,3	27,3
Tidak Memenuhi	24	72,7	72,7	100,0
Total	33	100,0	100,0	

PD3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Memenuhi	5	15,2	15,2	15,2
Tidak Memenuhi	28	84,8	84,8	100,0
Total	33	100,0	100,0	

PD4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Memenuhi	17	51,5	51,5	51,5
Tidak Memenuhi	16	48,5	48,5	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Lampiran G. Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624 JSC FAI: (0331) 425222
Website : dinkes.jemberkab.go.id
E-mail : dinas.kesehatan@jemberkab.go.id

JEMBER

Kode Pos 68111

Jember, 18 Desember 2019

Nomor : 440 / ~~69445~~ / 311 / 2020
Kepada :
Yth. Sdr. Kepala Bidang Pencegahan dan P2
Dinas Kesehatan Kab. Jember
Plt. Kepala Puskesmas Se - Kabupaten
Jember

Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Penelitian

Menindak Lanjuti Surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten
Jember Nomor: 072/3245/2019 Tanggal 09 Desember 2019, Perihal Penelitian, dengan ini
harap Saudara dapat memberikan Data seperlunya kepada :

Nama / NIM : Ambarwati / 152110101085
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : ➤ Melaksanakan Penelitian Terkait, Hubungan Strategi
DOTS (Directly Observed Treatment Short Course)
dengan Capaian Program Pengobatan TB di Puskesmas Se
- Kabupaten Jember.

Waktu Pelaksanaan : 18 Desember 2019 s/d 18 Februari 2020

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Kegiatan Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan
4. **Menyerahkan hasil kegiatan studi terkait dalam bentuk Softcopy / CD ke Sub Bag Program dan Informasi Dinas Kesehatan Kab. Jember**

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Plt. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER
Ka. Bid. Sumber Daya Kesehatan



DYAH KUSWORINI INDRIASWATI, S.KM, M.Si

Pembina (IV/a)

NIP. 19680929 199203 2 014

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

Lampiran H. Dokumentasi



Gambar 1. Wawancara kepada Responden



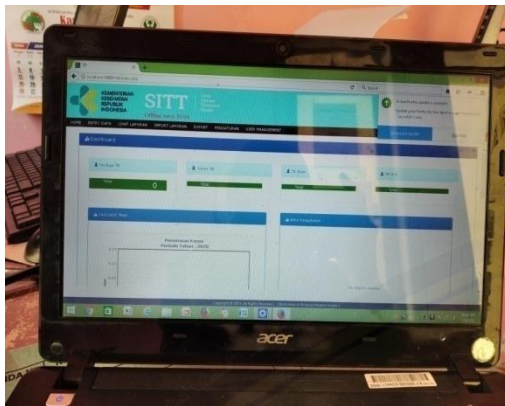
Gambar 2. Wawancara kepada Responden



Gambar 3. Observasi *Sputum Booth*



Gambar 4. Bentuk IPAL



Gambar 5. Bentuk SITT



Gambar 6. Bentuk *Exhaust Hood*



Gambar 7. Tempat Penampungan
Sementara



Gambar 8. *Passing Box*



Gambar 9. Ruang laboratorium dan Fan Berdiri



Gambar. 10 Fan Dinding



Gambar 11. Ruang Tunggu



Gambar 12. Ruang Pemeriksaan TBC



Gambar 13. Sputum booth



Gambar 14. AC Ruang
Laboratorium



Gambar 15. Jas Laboratorium
& Sarung Tangan



Gambar 16. Ventilasi dan Lampu
PLC



Gambar 17. Bak Cuci Tangan di Ruang Gambar 18. Tandon Air Bersih
Laboratorium TBC

