



**DETERMINAN KINERJA TENAGA KESEHATAN DALAM PENEMUAN  
KASUS BARU TB DENGAN INVESTIGASI KONTAK  
DI KABUPATEN JEMBER**

**TESIS**

Oleh

**Reni Dwi Pangestuti  
NIM 162520102011**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
PASCASARJANA  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



**DETERMINAN KINERJA TENAGA KESEHATAN DALAM PENEMUAN  
KASUS BARU TB DENGAN INVESTIGASI KONTAK  
DI KABUPATEN JEMBER**

**TESIS**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat (S2)  
dan mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Reni Dwi Pangestuti  
NIM 162520102011**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
PASCASARJANA  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**

## PERSEMBAHAN

Tesis ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orangtua, terimakasih abah (Didik Iryanto) dan mami (Kusni Dairoh) untuk segala upaya yang selalu maksimal dalam mendukung meraih pendidikan
2. Nenek, terimakasih uti Partinah atas motivasi dan doa yang selalu diberikan
3. Adik, penyemangat yang selalu ada disisi. Terimakasih dek Erni Tri Hastuti
4. Kakak dengan keluarga kecilnya, terimakasih kak Dini Eka Widiastuti dan suami (M. Ilham Dien Akbar) untuk masukan dan saran yang selalu diberikan disaat suka maupun duka. Baby Syakila Noura Din Akbar sebagai moodbooster, penghilang penat disaat lelah dan memberi warna dalam hidup.
5. Dosen Pembimbing, Dr. drg. Sri Hernawati, M. Kes dan Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes, terimakasih atas bimbingan yang selama ini diberikan dengan sangat baik
6. Ketua Prodi Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, terimakasih bapak Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes atas segala hal-hal yang mendukung dan memperlancar proses kuliah hingga Tugas akhir ini
7. Kombi Epidemiologi, alm bapak Dr. Elfian Zulkarnain, SKM., M.Kes, terimakasih bapak atas motivasi, kebaikan dan kelembutan hati seorang dosen dalam membimbing mahasiswa
8. Almater Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Jember.

**MOTTO**

No Sweet Without Sweat

(Eka Wahyu)



**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Reni Dwi Pangestuti

NIM : 162520102011

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Determinan Kinerja Tenaga Kesehatan Dalam Penemuan Kasus Baru TB Dengan Investigasi Kontak Di Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember,

Yang menyatakan,



Reni Dwi Pangestuti

NIM 162520102011

**HALAMAN PEMBIMBINGAN**

**TESIS**

**DETERMINAN KINERJA TENAGA KESEHATAN DALAM PENEMUAN  
KASUS BARU TB DENGAN INVESTIGASI KONTAK  
DI KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Reni Dwi Pangestuti

NIM 162520102011

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Dr. drg. Sri Hernawati, M. Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes

**PERSETUJUAN PEMBIMBING**

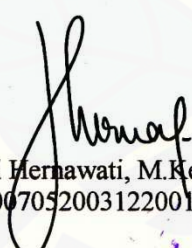
Tesis berjudul "Determinan Kinerja Tenaga Kesehatan Dalam Penemuan Kasus Baru TB Dengan Investigasi Kontak Di Kabupaten Jember" telah disetujui pada :

Hari, tanggal : 31 Mei 2018

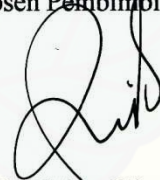
Tempat : Pascasarjana Universitas Jember.

Dosen Pembimbing Utama,

Dosen Pembimbing Anggota



Dr. drg. Sri Hernawati, M.Kes.  
NIP 197007032003122001



Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes.  
NIP 198010092005012002



**PENGESAHAN**

Tesis berjudul "Determinan Kinerja Tenaga Kesehatan Dalam Penemuan Kasus Baru TB Dengan Investigasi Kontak Di Kabupaten Jember" karya Reni Dwi Pangestuti, NIM 162520102011 telah memenuhi persyaratan Keputusan Rektor Universitas Jember, nomor 16887/UN25/SP/2017, tanggal 01 November 2017, tentang Deteksi Dini Tindakan Plagiasi dan Pencegahan Plagiarisme Karya Ilmiah Dosen, Tenaga Kependidikan, dan Mahasiswa Universitas Jember dengan Submission ID 981786157 serta telah diuji dan disahkan pada :

Hari, tanggal : Kamis, 31 Mei 2018

Tempat : Pascasarjana Universitas Jember

Tim Penguji :

Ketua,



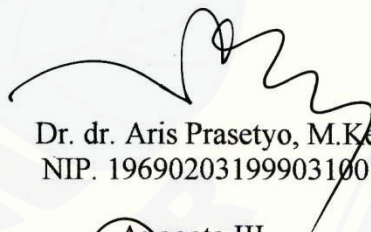
Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes.  
NIP. 197509142008121002

Sekretaris,



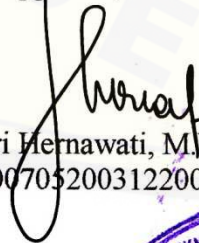
dr. Ancah Caesarina Novi Marchianti, Ph.D.  
NIP. 198203092008122002

Anggota I



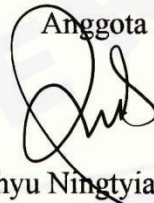
Dr. dr. Aris Prasetyo, M.Kes.  
NIP. 196902031999031001

Anggota II,



Dr. drg. Sri Hernawati, M.Kes.  
NIP. 197007052003122001

Anggota III



Dr. Farida Wahyu Ningtyias, SKM., M.Kes.  
NIP. 198010092005012002



Mengesahkan  
Rektor,

Prof. Dr. Ir. Rudi Wibowo, M.S.  
NIP. 195207061976031006



## RINGKASAN

**DETERMINAN KINERJA TENAGA KESEHATAN DALAM PENEMUAN KASUS BARU TB DENGAN INVESTIGASI KONTAK DI KABUPATEN JEMBER;** Reni Dwi Pangestuti, 162520102011; 2018; xxiv+111 halaman; Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Determinan kinerja merupakan faktor penentu pencapaian hasil kerja secara kualitas dan kuantitas dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan. Pelaksanaan kinerja tenaga kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor, dan saat ini faktor yang paling berpengaruh dalam penemuan kasus TB di Kabupaten Jember belum diketahui. Kinerja tenaga kesehatan yang belum optimal akan menyebabkan kasus TB tetap tinggi. Kinerja tenaga kesehatan dalam program penanggulangan TB (*Tuberculosis*) Paru mencakup kegiatan penemuan kasus (*case finding*), pengamatan dan monitoring penderita TB paru. Penyelenggaraan penanggulangan TB perlu upaya serius, karena saat ini TB masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia yang menimbulkan kesakitan dan kematian yang tinggi.

Jenis penelitian analitik ini menggunakan desain *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 50 tenaga kesehatan pelaksana program TB dengan pengambilan sampel menggunakan *total sampling*. Penelitian dilakukan pada bulan Februari 2018 sampai selesai. Analisis menggunakan regresi logistik ordinal.

Hasil penelitian yang diperoleh dari sebagian besar puskesmas di Kabupaten Jember memiliki kinerja yang baik. Hal tersebut ditunjukkan dengan peningkatan angka penemuan kasus baru TB. Berdasarkan hasil korelasi menunjukkan bahwa model ACHIEVE (*Ability, Clarity, Help, Incentive, Evaluation, Validity, Environment*) terdapat beberapa variabel yang berpengaruh secara signifikan terhadap kinerja. Faktor yang paling berpengaruh terhadap kinerja adalah *ability* dan *help*. Namun faktor *clarity, evaluation* dan *environment* juga dapat dijadikan sebagai prioritas dalam pengambilan kebijakan untuk meningkatkan kinerja tenaga kesehatan dalam menemukan kasus baru TB.

Faktor yang dominan mempengaruhi kinerja adalah kemampuan (*ability*), komponen kunci kemampuan mencakup pendidikan (bimbingan dan pelatihan) dan pengalaman kerja serta keterampilan yang sesuai dengan tugas. Besaran nilai pengaruh dari variabel *clarity* menunjukkan bahwa pada prinsipnya tenaga kesehatan di puskesmas dalam pelaksanaan pelayanan sudah didasari atas nilai-nilai kompetensi dan standar operasional prosedur. Faktor *help* yang penting adalah sarana dalam pelaksanaan investigasi kontak guna mengoptimalkan penemuan kasus baru TB. Faktor *incentive* tidak berpengaruh, karena bagi responden program investigasi kontak ini sangat bermanfaat untuk masyarakat dan mayoritas nakes menyatakan setuju bahwa imbalan yang diterima tidak memberikan dampak pada peningkatan penemuan kasus TB. Kegiatan evaluasi sangat berguna mempermudah pelaksanaan program investigasi kontak dan untuk melihat bagaimana keberhasilan program tersebut. Faktor *validity* tidak terdapat pengaruh terhadap kinerja, karena nakes sebagai pelaksana program investigasi kontak hanya satu perawat yang memberikan pelayanan pasien TB dan melakukan pencacatan serta pelaporan, sehingga akan berdampak pada pelaksanaan program. Faktor lingkungan kerja jika sudah sesuai maka akan mendukung aktivitas kerja dan meningkatkan kinerja.

Saran yang dapat diberikan kepada Dinas terkait adalah memenuhi dan memfasilitasi peralatan laboratorium yang belum lengkap, dan perlu adanya tenaga khusus pengelola program TB paru di Puskesmas. Meningkatkan penyuluhan, terutama penyuluhan di kelompok masyarakat dengan menjalin kerjasama lintas sektor.

## SUMMARY

**THE DETERMINANTS OF HEALTH PERSONNEL PERFORMANCE IN NEW TB CASE DISCOVERY WITH CONTACT INVESTIGATION IN JEMBER DISTRICT.** Reni Dwi Pangestuti, 162520102011; 2018; xxiv+111 pages; Master Program of Public University of Jember.

Determinants of performance is a determinant factor in achieving the results of work in quality and quantity in performing their duties in accordance with the responsibilities given. The performance of health workers is influenced by many factors, and currently the most influential factor in TB case finding in Jember district is unknown. The performance of health personnel that has not been optimal will cause TB cases to remain high. Performance of health workers in TB program (Tuberculosis) Lung includes case finding, monitoring and monitoring of pulmonary TB patients The implementation of TB control needs serious efforts, because today TB is still a public health problem in the world that causes pain and death high.

The study design was cross sectional analytic. The population in this research is 50 health workers implementing TB program. Sampling using Slovin formula, so as to get as many as 45 respondents. The sampling technique used is simple random sampling. The study was conducted in February-March 2018. The analysis used ordinal logistic regression with SPSS 16 software.

The results obtained from most of the puskesmas in Jember Regency have good performance. This is indicated by the increase in new TB case finding rates. Based on the results of the correlation shows that the model ACHIEVE (Ability, Clarity, Help, Incentive, Evaluation, Validity, Environment) there are several variables that significantly affect the performance. The most influential factors on kinrja are ability and help. However, clarity, evaluation and environment factors can also be used as a priority in policy making to improve the performance of health workers in finding new TB cases.

The dominant factors affecting performance are ability, key components of ability include education (guidance and training) and work experience and task-appropriate skills. The magnitude of the influence of clarity variables indicates

that in principle health personnel at the puskesmas in the implementation of services have been based on competency values and operational standards procedures. An important help factor is a means of conducting contact investigations to optimize the discovery of new TB cases. The incentive factor has no effect, because for the respondents this contact investigation program is very beneficial for the community and the majority makes agreed that the benefits received do not have an impact on the increase of case discovery Tb. Evaluation activities are very useful to facilitate the implementation of the contact investigation program and to see how successful the program is. The validity factor does not have any effect on the performance, because makes as the contact investigator program only one nurse providing TB patient service up to the defect and reporting, so that it will impact on the implementation of the program. Work environment factors if it is appropriate it will support work activities and improve performance.

Suggestions that can be given to related offices are able to meet and facilitate laboratory equipment that is not yet complete, and need a specialist manager of pulmonary TB program in Puskesmas. Increasing counseling, especially counseling in community groups by collaborating across sectors.

## PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Determinan Kinerja Tenaga Kesehatan Dalam Penemuan Kasus Baru TB Dengan Investigasi Kontak Di Kabupaten Jember”. Tesis ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata dua (S2) pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Jember.

Penyusunan tesis ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada Dr. drg. Sri Hernawati, M. Kes selaku Dosen Pembimbing Utama dan Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian serta memberikan motivasi sehingga tesis ini dapat terselesaikan dan tersusun dengan baik.

Pada kesempatan kali ini penulis juga mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang tidak terhingga kepada:

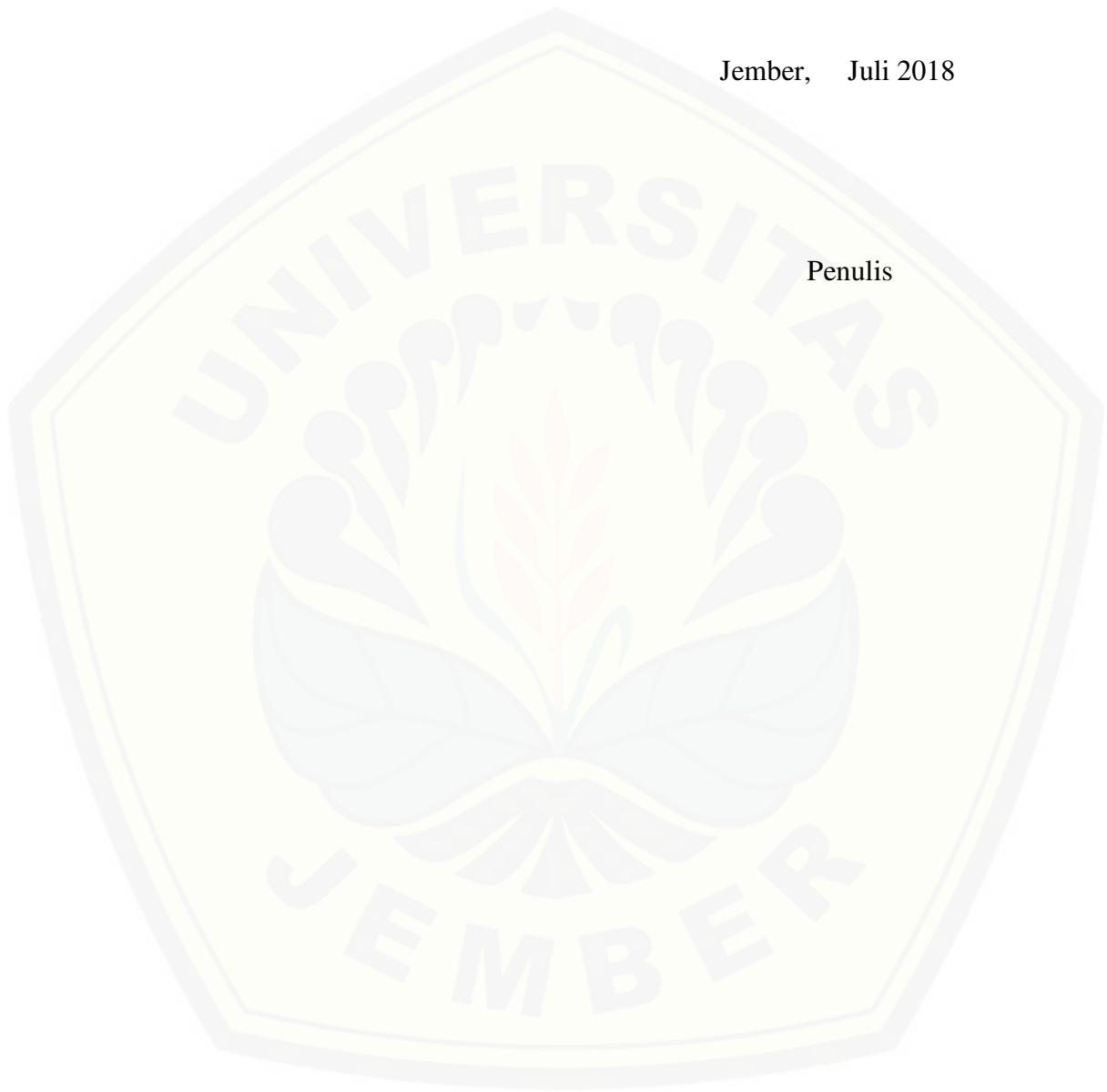
1. Prof. Dr. Ir. Rudi Wibowo, M. S. selaku Direktur Pascasarjana Universitas Jember.
2. Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes. selaku ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat serta selaku penguji 1 pada ujian tesis ini.
3. dr. Ancah Caesarina Novi M., Ph.D. selaku penguji 2 pada ujian tesis ini
4. Dr. dr. Aris Prasetyo, M. Kes selaku penguji 3 pada ujian tesis ini
5. Seluruh dosen kami yang banyak memberikan ilmu yang bermanfaat
6. Kedua orang tuaku, kakak dan adik terimakasih atas kasih sayang dan motivasi yang di berikan, dukungan doa yang tidak ada putusya
7. Seluruh teman Program Pascasarjanan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jember angkatan 2016 yang telah banyak memberikan dukungan dan motivasi sampai terselesaikannya tesis ini
8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu



Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan tesis ini. Akhirnya penulis berharap, semoga tesis ini dapat bermanfaat.

Jember, Juli 2018

Penulis





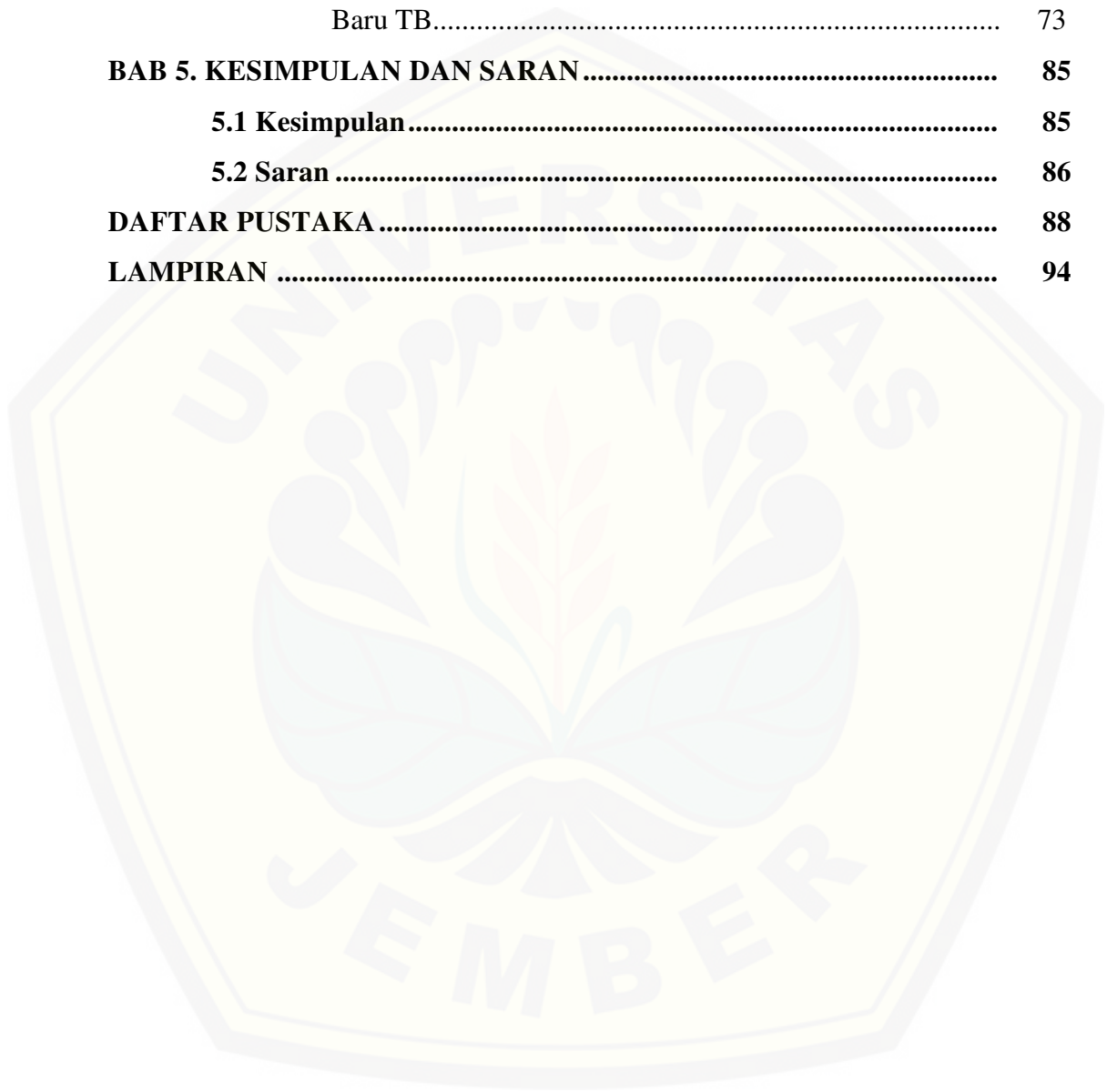
**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	i
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>PERSEMBAHAN</b> .....	iii
<b>MOTTO</b> .....	iv
<b>PERNYATAAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	vi
<b>PERSETUJUAN PEMBIMBING</b> .....	vii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	viii
<b>RINGKASAN</b> .....	ix
<b>SUMMARY</b> .....	xi
<b>PRAKATA</b> .....	xiii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xv
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xix
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xx
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xxi
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xxii
<b>DAFTAR ISTILAH</b> .....	xxiii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	4
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	4
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	4
1.4.2 Manfaat Praktis.....	4
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	6
<b>2.1 Kinerja</b> .....	6

2.1.1	Definisi .....	6
2.1.2	Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja .....	7
2.1.3	Model Kinerja Palu Hersey (ACHIEVE) .....	8
2.1.4	Indikator kinerja .....	13
2.1.5	Pengukuran Kinerja .....	16
2.1.6	Tujuan Pengukuran Kinerja .....	18
<b>2.2</b>	<b>Tenaga Kesehatan.....</b>	<b>19</b>
2.2.1	UU Tenaga Kesehatan.....	19
2.2.2	Definisi .....	20
2.2.3	Kualifikasi Tenaga Kesehatan.....	21
2.2.4	Hak dan Kewajiban Tenaga Kesehatan.....	23
<b>2.3</b>	<b>Tuberkulosis .....</b>	<b>25</b>
2.3.1	Epidemiologi TB .....	25
2.3.2	Penemuan Kasus.....	27
2.3.3	Patogenesis dan Penularan TB .....	28
2.3.4	Diagnosis TB .....	30
2.3.5	Pengobatan TB .....	33
<b>2.4</b>	<b>Investigasi Kontak .....</b>	<b>35</b>
2.4.1	Definisi .....	35
2.4.2	Penatalaksanaan Investigasi Kontak .....	36
2.4.3	Alur Investigasi Kontak.....	37
2.4.4	Operasional Investigasi Kontak.....	39
2.4.5	Prosedur Investigasi Kontak .....	42
<b>2.5</b>	<b>Penelitian Terdahulu.....</b>	<b>43</b>
<b>2.6</b>	<b>Kerangka Teori.....</b>	<b>47</b>
<b>2.7</b>	<b>Kerangka Konseptual.....</b>	<b>48</b>
<b>2.8</b>	<b>Hipotesis.....</b>	<b>49</b>
<b>BAB 3.</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>50</b>
<b>3.1</b>	<b>Jenis Penelitian.....</b>	<b>50</b>
<b>3.2</b>	<b>Tempat dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>50</b>
3.2.1	Tempat Penelitian.....	50

3.2.2 Waktu Penelitian .....	50
<b>3.3 Penentuan Populasi dan Sampel .....</b>	<b>50</b>
3.3.1 Populasi Penelitian .....	50
3.3.2 Sampel Penelitian .....	51
3.3.3 Teknik Sampling .....	51
3.3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	51
<b>3.4 Variabel dan Definisi Operasional .....</b>	<b>52</b>
3.4.1 Variabel Penelitian .....	52
3.4.2 Definisi Operasional.....	52
<b>3.5 Data dan Sumber Data .....</b>	<b>55</b>
3.5.1 Data Primer.....	55
3.5.2 Data Sekunder .....	56
<b>3.6 Teknik dan Instrumen Penelitian.....</b>	<b>56</b>
3.6.1 Teknik Pengumpulan data .....	56
3.6.2 Instrumen Pengumpulan data .....	56
<b>3.7 Teknik Pengolahan dan Analisis Data .....</b>	<b>56</b>
3.7.1 Teknik Pengolahan Data .....	56
3.7.2 Analisis Data .....	57
<b>3.8 Validitas dan Reliabilitas Data .....</b>	<b>58</b>
3.8.1 Uji Validitas .....	58
3.8.2 Uji Reliabilitas.....	59
<b>3.9 Etika Penelitian .....</b>	<b>60</b>
<b>3.10 Alur Penelitian .....</b>	<b>62</b>
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>63</b>
<b>4.1 Hasil Penelitian.....</b>	<b>63</b>
4.1.1 Karakteristik Responden Tenaga Kesehatan Program TB Di Wilayah Kerja Puskesmas Kabupaten Jember.....	63
4.1.2 Determinan kinerja nakes dalam penemuan kasus baru TB di Wilayah Kerja Puskesmas Kabupaten Jember.....	64
4.1.3 Analisis Pengaruh Determinan Kinerja.....	65
<b>4.2 PEMBAHASAN .....</b>	<b>70</b>

4. 2.1 Karakteristik Responden Program TB.....	70
4. 2.2 Determinan kinerja tenaga kesehatan dalam penemuan kasus baru TB.....	72
4. 2.3 Pengaruh Determinan Terhadap Kinerja Penemuan Kasus Baru TB.....	73
<b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>85</b>
<b>5.1 Kesimpulan.....</b>	<b>85</b>
<b>5.2 Saran .....</b>	<b>86</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>88</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>94</b>

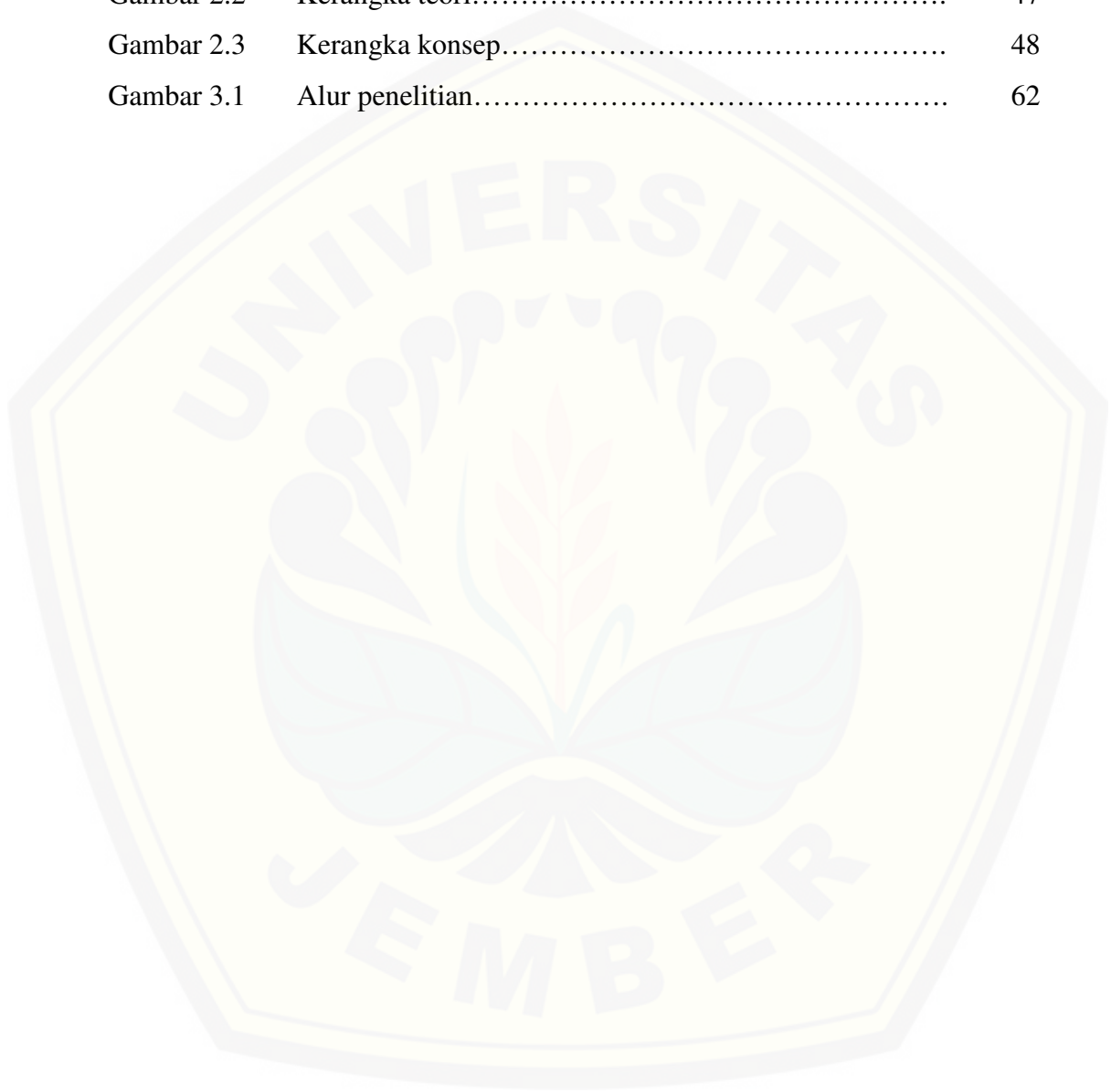


**DAFTAR TABEL**

		Halaman
Tabel 2.1	Prosedur Investigasi Kontak.....	42
Tabel 2.2	Penelitian Terdahulu.....	43
Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	52
Tabel 3.2	Hasil Uji Validitas .....	58
Tabel 3.3	Hasil Uji Realibilitas .....	60
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden .....	63
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Determinan Kinerja .....	64
Tabel 4.3	Hasil Uji Multikolinieritas .....	66
Tabel 4.4	Hasil Uji Goodness of Fit .....	66
Tabel 4.5	Hasil Likelihood Ratio Test .....	67
Tabel 4.6	Hasil Uji Parsial .....	67

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1    ACHIEVE Model.....	9
Gambar 2.2    Kerangka teori.....	47
Gambar 2.3    Kerangka konsep.....	48
Gambar 3.1    Alur penelitian.....	62





**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran A	Lembar Permohonan
Lampiran B	Lembar Persetujuan
Lampiran C	Kuesioner Penelitian
Lampiran D	Hasil Distribusi Frekuensi
Lampiran E	Hasil Analisis Regresi Logistik
Lampiran F	Surat Izin Penelitian
Lampiran G	Formulir TB 16
Lampiran H	Dokumentasi penelitian

**DAFTAR SINGKATAN**

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
BB	: Berat Badan
BTA	: Basil Tahan Asam
CDR	: <i>Case Detection Rate</i>
CNR	: <i>Case Notification Rate</i>
CSF	: <i>Cerebro Spinal Fluid</i>
DM	: <i>Diabetes Mellitus</i>
DOTS	: <i>Directly Observed Treatment Short course</i>
DTPK	: Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan
FASKES	: Fasilitas Kesehatan
FNAB	: <i>Fine Needle Aspirate Biopsy</i>
GAO	: <i>General Accounting Office</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HRZE	: <i>Isoniazid Rifampisin Pirasinamid Etambutol</i>
ILTB	: Infeksi Laten Tuberkulosis
INH	: Isoniazid
ISTC	: <i>International Standard of TB Care</i>
KDT	: Kombinasi Dosis Tetap
KIE	: Konseling Informasi dan Edukasi
LAPAS	: Lembaga Pemasyarakatan
MDG's	: <i>Millenium Development Goals</i>
MDR	: <i>Multi Drug Resistance</i>
MOTT	: <i>Mycobacterium Other Than Tuberculosis</i>
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
MTDS	: Manajemen Terpadu Dewasa Sakit
Nakes	: Tenaga Kesehatan
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
ODHA	: Orang Dengan HIV/AIDS
PAL	: <i>Practical Approach to Lung health</i>
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan



PHBS	:	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PMO	:	Pengawas Menelan Obat
PPK TB	:	Panduan Praktik Klinis Tuberkulosis
PPM	:	<i>Public Private Mix</i>
Puskesmas	:	Pusat Kesehatan Masyarakat
QA	:	<i>Quality Assurance</i>
RI	:	Republik Indonesia
RO	:	Resistan Obat
RUTAN	:	Rumah Tahanan Negara
SDG's	:	<i>Sustainability Development Goals</i>
SOP	:	Standar Operasional Prosedur
TB	:	<i>Tuberculosis</i>
TCM	:	Tes Cepat Molekuler
Tupoksi	:	Tugas Pokok dan Fungsi
UPTD	:	Unit Pelaksana Teknis Dinas
UU	:	Undang-Undang
UUD	:	Undang-Undang Dasar
WHO	:	<i>World Health Organization</i>
XDR	:	<i>Extensively Drug Resistant</i>

### DAFTAR ISTILAH

- Investigasi kontak : Proses sistematis untuk menemukan kasus TB di antara kontak dari kasus indeks.
- Kasus indeks : Semua pasien TB yang merupakan kasus pertama yang ditemukan di suatu rumah atau tempat-tempat lain.
- Kontak : Orang yang terpajan/berkontak dengan kasus indeks.
- Kontak serumah : Orang yang tinggal serumah minimal satu malam, atau sering tinggal serumah pada siang hari dengan kasus indeks dalam 3 bulan terakhir sebelum kasus indeks mulai mendapat obat anti tuberkulosis (OAT).
- Kontak erat : Orang yang tidak tinggal serumah, tetapi sering bertemu dengan kasus indeks dalam waktu yang cukup lama, yang intensitas pajanan/berkontaknya hampir sama dengan kontak serumah. Misalnya orang yang berada pada ruangan/lingkungan yang sama (misalnya tempat kerja, ruang pertemuan, fasilitas umum, rumah sakit, sekolah, tempat penitipan anak) dengan kasus indeks dalam waktu lama, dalam 3 bulan terakhir sebelum kasus indeks minum OAT.

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Determinan kinerja yaitu faktor yang mempengaruhi pencapaian hasil kerja berdasar kualitas dan kuantitas dalam menjalankan tugas sesuai dengan tanggung jawab yang diterima. Pelaksanaan hasil kerja tenaga kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor, dan saat ini faktor yang paling berpengaruh dalam penemuan kasus TB di kabupaten Jember belum diketahui. Kinerja tenaga kesehatan yang belum optimal akan menyebabkan kasus TB tetap tinggi, dimana kinerja tenaga kesehatan sangat penting dalam penanggulangan TB. Kegiatan yang dimulai dari penemuan kasus (*case finding*), pengamatan dan monitoring penderita TB paru merupakan kinerja dari tenaga kesehatan dalam program penanggulangan TB (*Tuberculosis*). Penyelenggaraan penanggulangan TB perlu upaya serius, karena saat ini TB masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia yang menimbulkan kesakitan dan kematian yang tinggi. Data *World Health Organization (WHO) Global Tuberculosis Report 2016* menunjukkan Indonesia adalah negara kedua dengan jumlah kasus TB terbanyak di dunia. Diperkirakan pada tahun 2015 ada 10,4 juta kasus TB baru di seluruh dunia. Jumlah kasus TB di Indonesia menurut Laporan WHO tahun 2015, diperkirakan ada 1 juta kasus TB baru pertahun. Jawa Timur terbanyak nomor dua setelah Jawa Barat dalam jumlah penemuan kasus TB. Hingga pada tingkat kabupaten, Jember menduduki peringkat kedua setelah Surabaya. Jumlah pengidap TB Jember dengan 3.128 pengidap (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2016).

Masalah mendasar yang mengakibatkan semakin tingginya kasus TB yaitu angka penemuan kasus TB yang masih rendah dan masih banyaknya penderita TB yang belum mendapatkan pengobatan OAT (Obat Anti Tuberkulosis). Faktor yang mempengaruhi penemuan kasus rendah adalah belum memadainya tatalaksana TB sesuai dengan standar, baik dalam penemuan kasus, pemantauan pengobatan, pencatatan dan pelaporan. Rendahnya angka penemuan kasus TB juga diakibatkan karena pola penjangingannya masih menerapkan cara lama yaitu *passive case finding*. Jika metode lama tetap digunakan akan dimungkinkan siklus

penyakit TB tetap tinggi. Penemuan dan keberhasilan pengobatan pasien TB, secara spesifik dapat menekan angka morbiditas dan mortalitas kejadian TB, dan kegiatan preventif yang sangat efisien dimasyarakat adalah mengurangi transmisi kuman TB.

Hasil studi pendahuluan pada bulan September 2017 di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan beberapa wilayah kerja puskesmas, menyampaikan bahwa hasil kerja pelaksana program TB paru belum maksimal. Hal tersebut ditunjukkan dengan angka penjarangan suspek (2,44 %) dan penemuan kasus TB (0,13 %) pada bulan Juli dan Agustus 2017. Kinerja yang belum maksimal dimungkinkan metode pasif dalam penemuan kasus kurang efektif. Kegiatan studi ini ketika program investigasi kontak belum dilaksanakan. Permasalahan lain yang berhubungan dengan penemuan kasus oleh petugas kesehatan di puskesmas adalah adanya tugas rangkap, dengan kata lain harus bertanggung jawab terhadap tugas yang lain. Hambatan selanjutnya adalah sarana dan prasarana, hanya ada beberapa wilayah kerja puskesmas yang memiliki alat diagnosis cepat. Terkait dengan program penanggulangan TB, kabupaten Jember telah menerapkan cara baru dalam menemukan kasus baru TB dengan metode investigasi kontak. Kabupaten Jember dipilih sebagai salah satu *pilot project* investigasi kontak karena angka TB yang sangat tinggi. Selain menjaring suspek TB, dalam investigasi kontak juga memberikan penyuluhan dan edukasi kepada masyarakat. Investigasi kontak sangat penting dilakukan karena terjun langsung pada kelompok beresiko TB, dan dapat memutus rantai sumber penularan.

Pencapaian tujuan dalam suatu organisasi sangat tergantung pada kinerja anggota organisasi dalam menjalankan tugasnya. Terdapat banyak faktor yang mempengaruhi kinerja. Teori determinan kinerja menurut Hersey, Blanchard, dan Johnson menyatakan terdapat beberapa faktor mempengaruhi kinerja dengan istilah ACHIEVE (*Ability, Clarity, Help, Incentive, Evaluation, Validity, Environment*). Implementasi hasil kerja tentu dipengaruhi oleh sumber daya manusia dan dalam institusi. Faktor yang bersumber dari sumber daya manusia paling dipengaruhi oleh kemampuan (*ability*) dan pemahaman pekerja akan tugasnya, sedangkan faktor organisasi dipengaruhi oleh kualitas pemimpin dalam



memberdayakan karyawannya. Kualitas pemimpin yang dimaksud adalah cara atau metode dari pemimpin organisasi dalam menghargai dan menganugerahkan penghargaan serta menambah atau mengembangkan kemampuan kerja dengan cara kegiatan *coaching*, *mentoring* dan *counselling* (Wibowo, 2013).

Temuan penelitian Asti Pratiwi (2013) dengan judul Kinerja Petugas Puskesmas Dalam Penemuan Penderita TB Paru Di Puskesmas Kabupaten Wajo. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan memiliki kontribusi dalam peningkatan kinerja petugas P2TB. Petugas P2TB yang memiliki jenjang pendidikan yang tinggi belum tentu memiliki kinerja yang baik. Petugas P2TB yang puas dan memiliki kinerja baik dalam penemuan penderita TB Paru sebesar 60% dan petugas P2TB yang tidak puas dan memiliki kinerja kurang sebesar 61.5%. Hal ini menunjukkan bahwa kepuasan kerja memang dapat meningkatkan kinerja seseorang. Penelitian selanjutnya terkait penggunaan ACHIEVE model, pada penelitian Maryam Yaghoubi (2013) dengan judul *A study of determining factors affecting the performance of nurses based on the achieve model in selected hospital of Isfahan (Iran)*, menunjukkan bahwa kemampuan dan dukungan organisasi merupakan faktor terpenting dalam meningkatkan kinerja perawat, sedangkan validitas dan evaluasi kurang penting. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan perawat merupakan faktor terpenting dalam kinerja perawat.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja merupakan salah satu proses identifikasi dalam pengukuran atau penilaian kinerja, sehingga membuat penilaian faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja sangat penting dilakukan agar kemudian bisa memperbaiki kinerja dan meningkatkan penemuan kasus baru TB. Angka TB yang tinggi membutuhkan kinerja tenaga kesehatan yang baik untuk mengurangi beban TB di kabupaten Jember. Penelitian ini mempunyai kekhususan dalam penemuan kasus baru yaitu dengan menggunakan metode investigasi kontak. Dengan demikian peneliti merasa perlu melakukan penelitian yang terkait dengan determinan kinerja tenaga kesehatan dalam penemuan kasus TB dengan investigasi kontak di Kabupaten Jember.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, dapat dirumuskan masalah “Determinan apakah yang mempengaruhi kinerja tenaga kesehatan dalam penemuan kasus baru TB dengan investigasi kontak di kabupaten Jember?”

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis determinan kinerja tenaga kesehatan dalam penemuan kasus baru TB dengan investigasi kontak di kabupaten Jember.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan penelitian yang ingin dicapai dalam penulisan ilmiah ini adalah :

- a. Menganalisis karakteristik tenaga kesehatan pelaksana program TB
- b. Mengidentifikasi determinan kinerja (ACHIEVE model) tenaga kesehatan dalam penemuan kasus baru TB dengan investigasi kontak
- c. Menganalisis determinan (*ability, clarity, help, incentive, evaluation, validity, environment*) kinerja tenaga kesehatan dalam penemuan kasus baru TB dengan investigasi kontak
- d. Menganalisis faktor yang paling berpengaruh terhadap kinerja tenaga kesehatan dalam penemuan kasus baru TB dengan investigasi kontak

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian diupayakan menambah dan menambah serta meluaskan ilmu pengetahuan dibidang epidemiologi dalam mengoptimalkan program penanggulangan TB.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi pemerintah

Penelitian ini diupayakan dapat digunakan sebagai pertimbangan program pengentasan TB dengan menemukan kasus baru TB secara aktif dan masif berupa investigasi kontak. Program investigasi kontak merupakan metode baru dalam penemuan kasus baru TB, sehingga diharapkan dapat diadopsi dan dijadikan referensi untuk puskesmas di seluruh Indonesia.

b. Bagi Dinas Kesehatan

Diupayakan hasil dalam penelitian ini diperlukan sebagai bahan pertimbangan pengembangan program dalam mengoptimalkan investigasi kontak untuk meningkatkan upaya menekan kejadian TB, yang meliputi cakupan penemuan kasus TB sesuai dengan target yang diharapkan dan peningkatan kesadaran masyarakat, serta komitmen pelaksana program

c. Bagi Puskesmas

Hasil dari penelitian ini diupayakan bisa menambah masukan dan saran dalam meningkatkan prestasi kerja tenaga kesehatan pelaksana investigasi kontak TB pada setiap puskesmas dalam memaksimalkan penemuan kasus baru TB.

d. Bagi masyarakat

Hasil penelitian ini dapat menambah pemahaman tentang penyakit TB dan dapat meningkatkan peran aktif masyarakat dalam mencegah penularan TB sebagai hasil dari metode investigasi kontak

e. Bagi Peneliti

Pelaksanaan hingga hasil studi ini merupakan kesempatan bagi peneliti untuk mengaplikasikan teori maupun studi empiris dalam menambah dan meningkatkan kemampuan dalam menganalisis masalah, sehingga dapat merancang solusi dengan efektif dan efisien.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Kinerja

#### 2.1.1 Definisi Kinerja

Arti kinerja yaitu prestasi atau suatu hasil dari penyelesaian tugas yang berhasil diraih individu ataupun karyawan dalam menjalankan kewajiban yang diterimanya didalam institusi. Kemampuan dan usaha merupakan elemen yang ditunjukkan oleh kinerja dalam menghasilkan prestasi. Hal tersebut harus didukung oleh kemampuan, kemauan, usaha dan dukungan dari lingkungan. Motivasi dihasilkan dari kemauan dan usaha, timbulnya motivasi akan menunjukkan perilaku untuk bekerja. Seseorang dapat berperilaku berbagai bentuk di tempat kerja, tetapi kinerja hanya meliputi perilaku yang berhubungan dengan penciptaan barang atau jasa atau perolehan nilai yang baik, seperti yang dikemukakan Hughes *et al* (2012) bahwa kinerja berkaitan dengan perilaku kearah pencapaian tujuan, misi organisasi, atau produk dan jasa yang dihasilkan dari perilaku tersebut.

Sandy (2015) menerjemahkan pengertian tersebut bahwa keberhasilan atau performa seorang pegawai setelah menerima dan menyelesaikan pekerjaan dengan baik di dalam organisasinya. Fahmi (2013) berpendapat bahwa kinerja merupakan prestasi dalam bekerja yang memiliki relasi yang kuat dan sinkron terhadap tujuan strategis organisasi, kemudian kebahagiaan dan kepuasan pelanggan dalam mempersembahkan kontribusi ekonomi merupakan definisi dari kinerja. Jurnal Rashidi (2015) mengemukakan bahwa “*Performance management system (PMS) defines measurements and develops performance in the most suitable and effective way to enhance organization’s effectiveness. This effective system requires managers to participate in a continuous process of planning, coaching, assessing and reviewing.*” (Sistem manajemen kinerja mendefinisikan pengukuran dan mengembangkan kinerja dalam yang paling cocok dan cara yang efektif untuk meningkatkan efektivitas organisasi. Sistem yang efektif ini memerlukan manajer untuk berpartisipasi dalam berkelanjutan proses perencanaan, pembinaan, menilai dan meninjau).

### 2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Maksud mendirikan suatu organisasi guna meraih misi bersama dalam perserikatan. Bentuk tujuan tersebut seperti memperbaiki servis klien, meningkatkan kualitas hasil produksi maupun jasa dan daya saing serta meningkatnya kinerja organisasi. Setiap organisasi atau tim maupun individu dapat menentukan tujuannya sendiri. Kinerja organisasi didapatkan melalui pelaksanaan berbagai kegiatan dalam suatu wadah penghimpun karyawan. Kegiatan tersebut mengelola manajemen, baik dari segi alat, sarana dan prasarana maupun sumber daya manusia, serta proses dalam implementasi mengerjakan tugas sesuai misi yang dibentuk bersama.

Performa organisasi merupakan sesuatu yang kompleks dan terdiri atas beberapa variabel yang saling berhubungan. Salah satunya adalah kinerja individu setiap anggota organisasi. Sinamblea (2012) mengemukakan bahwa kinerja individu dipengaruhi oleh enam faktor yang meliputi harapan terhadap insentif, motivasi, kemampuan, kebutuhan, persepsi dari segi peran dan insentif serta kepuasan kerja. *Hersey, Blanchard, dan Johnson* (dalam Wibowo, 2013) mendeskripsikan relasi hasil kerja terhadap determinan dengan model satelit. Berdasarkan model satelit, prestasi dalam kerja pada suatu institusi didapat dari timbulnya atau terbentuknya integrasi dari berbagai faktor yang meliputi pengetahuan (*knowledge*), alat atau bahan, kedudukan atau jabatan, implementasi kerja karyawan serta struktur.

Prestasi dalam kerja atau yang biasa disebut kinerja dipandang layak penerimannya dalam keberhasilan mencapai misi dan intensi bisnis dan sosial dimasa mendatang dari faksi yang merekomendasikan. Beberapa faktor yang terdiri dari pengetahuan, masalah teknis, administratif, proses sistem dan manajemen. Perlengkapan pemasokan yang terdiri dari alat dan bahan atau logistik pabrik, lingkungan dan iklim kerja, sistem informasi dan manajemen yang bisa dimanfaatkan dalam organisasi. Kedudukan yang diplomatis yang terdiri dari problematika bisnis maupun bidang usaha, kearifan sosial, sumber daya manusia dan perubahan lingkungan. Kehidupan insani dalam kemanusiaan yang meliputi nilai, sikap, norma, serta interaksi sosial. Sementara itu, struktur mencakup



masalah organisasi, sistem manajemen, sistem informasi, dan plastisitas. Pakar teori kinerja Marshall Goldsmith membentuk beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kinerja dengan istilah singkatan ACHIEVE (*Ability, Clarity, Help, Incentive, Evaluation, Validity, Environment*).

Faktor yang bersumber dari individu dan organisasi akan sangat mempengaruhi pelaksanaan kinerja. Kemampuan atau kompetensi yang dimiliki pekerja sangat mempengaruhi dalam faktor individu, sedangkan dari faktor organisasi dipengaruhi oleh pemberdayaan karyawan oleh pemimpinnya. Cara dan upaya pemimpin dalam menganugerahkan penghargaan (*reward*) kepada karyawan dalam menambah kemampuan dari proses hingga hasil kerja dengan kegiatan *coaching, mentoring, dan counselling* (Hersey, Blanchard, dan Johnson, 2008).

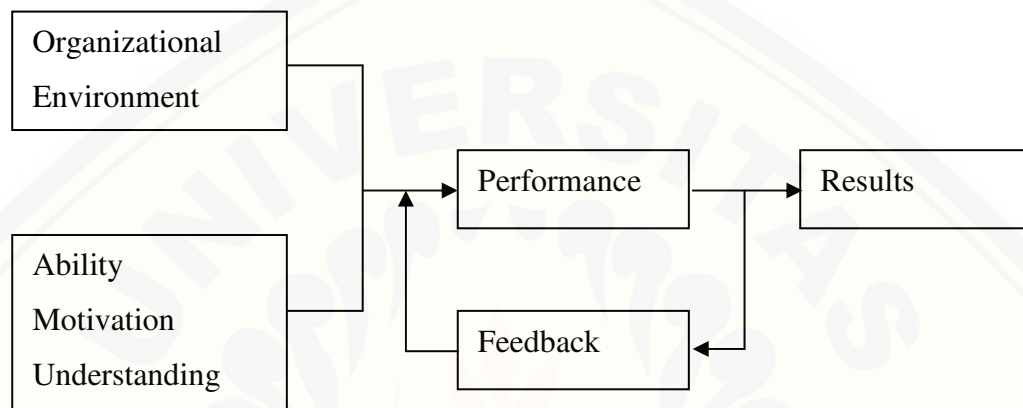
### 2.1.3 Model Manajemen Kinerja Paul Hersey (ACHIEVE Mode)

Organisasi didirikan bermanfaat dalam mewujudkan misi yang telah dibentuk. Hal tersebut berupa perbaikan manajemen dalam memenuhi kebutuhan pasar, meningkatkan mutu produksi dan berkompetensi dengan rival. Setiap organisasi, baik tim ataupun individu dapat menentukan tujuannya sendiri. Terwujudnya tujuan organisasi ditunjukkan dengan performa yang dihasilkan dalam menyelesaikan kewajibannya. Prestasi organisasi didapatkan dari berbagai kegiatan dalam melaksanakan tugasnya. Kegiatan tersebut berbentuk perbaikan manajemen, seperti apras kemudian karyawan dan pengaplikasian dalam mewujudkan misi organisasi.

Berikut metode yang dapat dicoba guna meraih tujuan dengan memanfaatkan model determinan kinerja oleh Paul Hersey dan Marshall Goldsmith. Model tersebut terdapat beberapa faktor yang terdiri dari tujuh poin determinan kinerja dengan istilah akronim ACHIEVE. Model ACHIEVE akan menjadi model ideal yang dapat digunakan karena para pengelola memiliki kesediaan untuk melakukan tugas dan memiliki keterampilan yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas. Model ACHIEVE adalah kerangka kerja manajemen kinerja yang efektif yang secara efektif mengintegrasikan berbagai konsep



manajemen. Dengan model ini, langkah utama yang diperlukan dalam perencanaan kinerja menjadi lebih mudah, termasuk proses pengembangan organisasi yang dapat digunakan untuk memperkuat rencana kinerja dan mengembangkan karyawan dan organisasi. Melakukan *review* kinerja formal menjadi bagian integral dari tinjauan organisasi, yang melengkapi siklus manajemen kinerja (Hersey, Blanchard, dan Johnson, 2008).



Gambar 2.1 ACHIEVE Model

Berikut penjabaran dari ACHIEVE :

a. *Ability* (Pengetahuan dan Keterampilan)

Istilah kemampuan mengacu pada pengetahuan dan keterampilan karyawan. Komponen kunci kemampuan mencakup pendidikan formal dan informal yang relevan, pengalaman kerja sebelumnya dan bakat yang sesuai dengan tugas (potensi atau sifat yang meningkatkan keberhasilan penyelesaian tugas). Dalam menganalisis kinerja karyawan, manajer harus bertanya, "Apakah karyawan ini memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk menyelesaikan tugas ini dengan sukses?" Jika orang tersebut memiliki masalah kemampuan, solusinya mungkin mencakup pelatihan khusus, pembinaan, kursus pendidikan formal, atau penugasan kembali tugas atau tanggung jawab tertentu. Alternatif ini harus dipertimbangkan dari sudut pandang efektivitas dan kemanfaatan. Pemimpin harus mengidentifikasi pengelola yang kurang memiliki kemampuan dan menjadwalkannya untuk mendapatkan pelatihan formal agar mereka dapat mempelajari keterampilan yang diperlukan agar penyelesaian pekerjaan

berhasil. Setelah pelatihan, para pemimpin harus menempatkan para pengelola di setiap situasi yang akan membuat mereka mengalami pengalaman sehingga mereka bisa menjadi pelatih bila diperlukan

b. *Clarity* (Persepsi dan Pemahaman Peran)

Pemahaman mengacu pada seberapa banyak karyawan memahami pekerjaan tersebut. Ini mengacu pada pemahaman dan penerimaannya tentang apa yang harus dilakukan, kapan harus melakukannya, dan bagaimana melakukannya. Untuk memiliki pemahaman yang menyeluruh tentang pekerjaan tersebut, karyawan harus memahami dengan jelas mengenai tujuan dan sasaran utama, bagaimana tujuan dan sasaran ini harus dicapai, dan prioritas sasaran (tujuan mana yang paling penting pada saat apa). Jika karyawan memiliki masalah dalam kejelasan atau pengertian, mungkin ada masalah dalam perencanaan pekerjaan. Dalam banyak kasus, kesepakatan lisan mengenai tujuan tidak mencukupi. Manajer harus memastikan bahwa semua tujuan dicatat secara formal dan dapat diakses untuk rujukan. Karyawan harus didorong untuk mengajukan pertanyaan klarifikasi lebih lanjut. Peran menciptakan perilaku spesifik yang diperlukan untuk melaksanakan tugas atau kelompok tugas yang terdapat dalam posisi atau pekerjaan. Kejelasan juga terjadi ketika individu jelas tentang mengapa mereka berada di sana dan apa yang diharapkan untuk dilakukan dan mereka capai. Bila pengelola tidak memiliki peran yang jelas, mereka tidak memiliki motivasi sehingga merupakan tanggung jawab pemimpin untuk memberi gambaran kepada individu.

c. *Help* (Dukungan Organisasi)

Istilah ini mengacu pada bantuan organisasi atau dukungan yang dibutuhkan karyawan untuk menyelesaikan tugas secara efektif. Beberapa faktor pendukung organisasi mungkin mencakup anggaran, peralatan dan fasilitas yang memadai yang sesuai untuk penyelesaian tugas, dukungan yang diperlukan dari departemen lain, ketersediaan dan kualitas produk, dan ketersediaan sumber daya manusia yang memadai. Jika ada kekurangan bantuan atau dukungan organisasi, manajer harus secara jelas mengidentifikasi di mana masalahnya ada. Jika masalahnya

adalah kekurangan uang, sumber daya manusia, peralatan, atau fasilitas, manajer harus melihat apakah sumber daya yang diperlukan dapat diperoleh dengan biaya yang efektif. Jika sumber daya tidak dapat diperoleh, manajer mungkin harus merevisi tujuan agar tidak memegang karyawan yang bertanggung jawab atas keadaan di luar kendali mereka

d. *Incentive* (Motivasi)

Istilah insentif mengacu pada penghargaan (*tangible* atau *intangible*) yang akan memuaskan kebutuhannya. Dalam mengevaluasi insentif penting untuk diingat bahwa kebanyakan orang tidak termotivasi untuk menyelesaikan tugas yang sama. Banyak karyawan cenderung lebih termotivasi untuk berhasil menyelesaikan tugas yang akan memberi mereka penghargaan. Jika karyawan memiliki masalah insentif, langkah pertama adalah mengecek penggunaan *reward* dan *punishment*. Karyawan harus memahami dengan jelas bahwa kinerja pada tugas ini terkait dengan gaji, promosi, pengakuan, dan keamanan kerja.

e. *Evaluation* (Pembinaan dan Umpan balik kinerja)

Evaluasi mengacu pada umpan balik kinerja sehari-hari maupun tinjauan berkala. Proses umpan balik yang efektif memungkinkan karyawan mengetahui seberapa baik pekerjaan mereka dilakukan secara reguler. Tidak realistis mengharapkan karyawan memperbaiki kinerjanya jika mereka tidak sadar bahwa ada masalah kinerja. Orang harus tahu bagaimana mereka dievaluasi secara reguler sebelum evaluasi periodik formal mereka terjadi. Banyak masalah kinerja disebabkan oleh kurangnya pembinaan dan umpan balik kinerja yang diperlukan. Jika ada masalah evaluasi, ini mungkin disebabkan oleh kurangnya umpan balik dari hari ke hari baik pada kinerja yang efektif maupun tidak efektif. Banyak manajer cenderung berfokus pada berita buruk dan lupa untuk mengenali kapan keadaan berjalan dengan baik. Pengakuan atas pekerjaan yang dilakukan dengan baik dapat menjadi bagian penting dari evaluasi yang sedang berlangsung yang meningkatkan motivasi dan biaya organisasi sangat sedikit.

f. *Validity* (Praktik Personel yang Valid)

Istilah validitas mengacu pada kenyataan, kesesuaian dan legalitas keputusan sumber daya manusia yang dibuat oleh manajer. Manajer perlu memastikan bahwa keputusan dengan hukum, praktik sosial, dan kebijakan perusahaan. Manajer harus memastikan bahwa praktik kepegawaian tidak melakukan diskriminasi terhadap kelompok atau individu tertentu dan harus sadar bahwa organisasi memerlukan evaluasi kinerja, teknik pelatihan, dan kriteria pelaksanaan yang sah dan sah, dan seterusnya. Jika ada masalah validitas, manajer harus memeriksa kebenaran asumsi mereka. Pengalaman harus didokumentasikan dan dibenarkan berdasarkan kriteria berorientasi kinerja. Manajer yang tidak yakin tentang masalah validitas harus mendiskusikannya dengan departemen personalia atau pimpinan organisasi.

g. *Environment* (Kesesuaian dengan Lingkungan)

Istilah lingkungan mengacu pada faktor eksternal yang dapat mempengaruhi kinerja bahkan jika individu memiliki semua kemampuan, kejelasan, bantuan, dan insentif yang diperlukan untuk melakukan pekerjaan itu. Elemen kunci dari faktor lingkungan meliputi persaingan, perubahan kondisi pasar, peraturan pemerintah, pemasok, dan sebagainya. Jika ada masalah lingkungan di luar kendali mereka, karyawan tidak boleh diberi imbalan atau ditegur untuk kinerja. Singkatnya, karyawan harus diharapkan tampil di level yang sesuai dengan keterbatasan lingkungannya ( Hersey, Blanchard, dan Johnson, 2008 ).

Dalam menggunakan model ACHIEVE, manajer dapat mengevaluasi bagaimana masing-masing faktor akan mempengaruhi kinerja aktual atau potensial dari seorang karyawan atau kelompok untuk tugas tertentu. Kemudian manajer harus mengambil langkah-langkah yang "sesuai" untuk mengatasi penyebab dari masalah kinerja. Faktor yang bersumber dari individu dan organisasi akan sangat mempengaruhi pelaksanaan kinerja. Kemampuan atau kompetensi yang dimiliki pekerja sangat mempengaruhi dalam faktor individu, sedangkan dari faktor organisasi dipengaruhi oleh pemberdayaan karyawan oleh pemimpinnya. Metode pemimpin dalam menganugerahkan penghargaan kepada

karyawan serta mengembangkan kemampuan pelaksanaan kinerja dengan tindakan *coaching, mentoring, dan counselling* (Hersey, Blanchard, dan Johnson : 2008).

#### 2.1.4 Indikator Kinerja

Kesukaran memperhitungkan dalam mengukur kinerja administrasi publik timbul disebabkan sasaran dan misi maupun intensi administrasi pemerintahan sering bersifat tidak jelas atau abstraksi, kadangkala juga multidimensional. Realitas bahwa administrasi publik mempunyai para pemangku kepentingan cukup banyak, serta memiliki relevansi yang terkadang bertolak belakang antara satu dan lainnya membentuk administrasi publik yang mengalami kesukaran dalam mewujudkan misi yang konkrit. Alhasil, parameter kinerja pada suatu organisasi publik para pemangku kepentingan menangkap persepsi yang beragam atau berbeda antara satu dengan lainnya. Akan tetapi, terdapat sejumlah poin indeks atau petunjuk yang biasa diaplikasikan dalam menilai kinerja dalam administrasi maupun birokrasi publik (Dwiyanto), diantaranya :

##### a. Produktivitas

Efektivitas pelayanan merupakan salah satu pengukur tingkat efisiensi dalam konsep produktivitas. Produktivitas biasanya dipahami layaknya perbandingan antara masukan (*input*) dan keluaran (*output*). Konsepi atau rancangan tersebut nampak terlampaui parokial, kemudian *General Accounting Office* (GAO) berupaya mengelaborasi yang bermaksud untuk menumbuhkan suatu parameter produktivitas yang lebih luas dengan menerapkan indikator kinerja yang paling penting adalah hasil yang diharapkan dari besarnya pelayanan publik.

##### b. Kualitas Layanan

Kinerja organisasi pelayanan publik dapat dijelaskan secara bermakna terkait dengan isu dalam kualitas layanan. Terdapat sejumlah persepsi negatif yang tertanam pada masyarakat terkait administrasi publik, salah satunya adalah kegagalan masyarakat yang diharapkan merasa nyaman terhadap kualitas dalam pelayanan yang diberikan oleh organisasi publik atau institusi. Dengan demikian,



kepuasan dan kenyamanan masyarakat bisa digunakan sebagai acuan kinerja dalam pelayanan organisasi publik. Profit yang dominan terkait penggunaan kepuasan masyarakat menjadi parameter kinerja, dan hal tersebut menjadi sebuah informasi yang seringkali tersedia secara murah dan mudah. Acapkali berita yang didapat terkait kepuasan masyarakat atas kualitas dalam pemberian pelayanan bisa bersumber dari perangkat informasi maupun komunikasi publik. Dampak dari cara mendapatkan data atas kualitas pelayanan yang diberikan cukup tinggi, maka secara otomatis dapat menjadi suatu indeks kinerja dalam organisasi publik yang cukup efisien dan efektif untuk dimanfaatkan. Kenyamanan masyarakat dapat dijadikan indikator dalam mengukur hasil kerja pada suatu organisasi birokrasi publik.

c. Responsivitas

Definisi responsivitas yakni kejelian suatu organisasi dalam mendeteksi hal-hal yang dibutuhkan oleh masyarakat, kemudian merumuskan dalam menyusun program dan membuat kebutuhan utama layanan, serta membentuk rancangan program berdasar pelayanan publik sinkron dengan kebutuhan dan masukan maupun saran dari masyarakat. Garis besar responsivitas ini mengarah kepada keseimbangan program dan aktivitas layanan sesuai kebutuhan. Responsivitas diklasifikasikan menjadi suatu indeks atau parameter dalam kinerja, dikarenakan hal tersebut secara langsung menjelaskan kompetensi dan kemampuan organisasi atau institusi publik dalam melaksanakan intensi dan tujuan, utamanya dalam merespons dan mengcover kebutuhan atau hal-hal yang diharapkan oleh masyarakat. Akan terlihat responsivitas tersebut rendah yaitu diperlihatkan dengan ketidaksepadanan dalam memberikan pelayanan dan kebutuhan atau hal yang diinginkan oleh masyarakat. Dengan demikian nampak dengan cukup jelas kegagalan organisasi dalam melaksanakan dan menyelesaikan intensi beserta tujuan dari organisasi yang bersangkutan. Jika suatu organisasi tersebut memiliki responsivitas yang rendah, maka secara otomatis para karyawan yang di dalamnya tersebut memiliki kinerja yang buruk.



d. **Responsibilitas**

Responsibilitas mendeskripsikan implementasi aktivitas institusi publik itu dilaksanakan berdasarkan prinsip manajemen yang tepat dan sinkron dengan kearifan maupun strategi institusi, baik eksplisit maupun implisit atau sugestif (Lenvine). Oleh karena itu, responsibilitas bisa saja berbenturan dengan responsivitas pada suatu waktu.

e. **Akuntabilitas**

Akuntabilitas publik mengacu pada sebuah pertanggungjawaban kepada masyarakat sebagai pemberi amanah untuk mengelola dan merancang keputusan yang bijaksana dalam institut publik. Tentunya para pemangku ataupun administrator yang telah ditunjuk langsung oleh masyarakat, secara otomatis akan memenuhi kebutuhan dan kepentingan rakyatnya. Konsep ini dapat diterapkan untuk mengetahui seberapa baik asas yang menjadi pedoman dan kegiatan organisasi publik konsisten berdasar rekomendasi dan kebutuhan seluruh masyarakat. Kinerja dalam birokrasi publik bukan hanya melihat dari internal saja, melainkan dari eksternal juga yang meliputi nilai yang berlaku dalam masyarakat dan dibatasi oleh norma-norma sosial. Suatu organisasi publik dikatakan memiliki akuntabilitas tinggi jika kegiatan yang dilaksanakan berdasarkan sesuatu yang baik dan dianggap penting oleh masyarakat dan yang jelas nilai tersebut berlaku dalam sistem tersebut (Dwiyanto, dkk, 2012).

*Hersey, Blanchard dan Johnson* dalam Wibowo (2013) menyatakan terdapat tujuh indikator dalam kinerja, yang meliputi :

a. **Tujuan**

Tujuan mengarah pada cara untuk mencapai atau menghasilkan kinerja yang baik. Dikatakan baik apabila mampu memenuhi tujuan yang diharapkan.

b. **Standar**

Standar adalah parameter untuk mengukur pencapaian kinerja berdasarkan tujuan yang ingin dicapai. Tanpa adanya standar akan sulit untuk mengetahui misi dalam institusi berhasil diwujudkan. Prestasi kerja individu maupun organisasi dikatakan mampu meraih yang diharapkan apabila bisa menjangkau standar yang telah ditetapkan dan disepakati bersama dalam organisasi tersebut.

c. Umpan Balik

Umpan balik merupakan kegiatan untuk mengukur proses kinerja. Pada dasarnya *feedback* ini mampu memberikan informasi mengenai performa dari karyawan dalam periode tertentu. Dengan kondisi tersebut maka selanjutnya dapat melakukan evaluasi kinerja, sekaligus memberikan pengarahan yang bermanfaat bagi kinerjanya dimasa yang akan datang.

d. Alat atau sarana

Perlengkapan atau fasilitas merupakan faktor yang sangat penting untuk menunjang kinerja. Tanpa alat dan sarana, segala bentuk tugas dan pekerjaan tidak akan diselesaikan dengan baik sebagaimana mestinya.

e. Kompetensi

Kompetensi merupakan suatu pemahaman dan kemampuan yang dimiliki karyawan dalam melakukan aktivitas, sehingga dengan kemampuan tersebut tujuan yang diharapkan oleh organisasi dapat tercapai dengan baik guna meningkatkan kinerja.

f. Motif

Motif merupakan sesuatu yang dapat menimbulkan semangat atau dorongan bekerja guna mencapai tujuan organisasi. Tanpa dorongan motif, kinerja tidak akan berjalan sesuai dengan yang diharapkan.

g. Peluang

Suatu kondisi yang membantu pegawai dalam merencanakan karier masa depan mereka pada suatu organisasi, agar individu tersebut dapat memaksimalkan bakat yang dimilikinya. Suatu organisasi perlu memberikan kesempatan tersebut untuk membuktikan prestasi atau kinerjanya.

### 2.1.5 Pengukuran Kinerja

Wibowo (2013) menyatakan bahwa pengukuran terhadap kinerja sangat penting dilaksanakan. Hal tersebut untuk mendeteksi penyimpangan dari rencana yang ditetapkan dalam proses implementasi kerja. Pengukuran hasil kerja semata-mata dapat diaplikasikan pada kinerja yang jelas dan terukur atau bisa dinilai. Agar dapat merubah kinerja menjadi lebih baik, maka pada situasi dan saat ini

perlu diketahui proses sebelum menjadi hasil dalam kerja. Jika terdapat penyimpangan yang dapat dideteksi dan dinilai maka hal tersebut dapat dirubah menjadi lebih baik dari sebelumnya. Pasolong (2011) menyatakan bahwa pengukuran dalam menilai kinerja adalah suatu upaya yang runtut dan sistematis dalam memberikan penilaian antara apa yang sudah berhasil dicapai oleh individu dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan. Hal tersebut bertujuan untuk memotivasi agar individu dapat mencapai kinerja dan mampu meraih kesuksesan di atas standar.

Kinerja individu dinyatakan berhasil apabila dapat memenuhi standar yang telah ditetapkan dan disepakati bersama dalam organisasi tersebut. Indikator kinerja selanjutnya adalah umpan balik, pelaksanaan *feedback* ini sebagai evaluasi hasil kerja dan selanjutnya dapat dilakukan perbaikan kinerja. Sementara itu alat dan sarana akan berguna sebagai pendukung kelancaran dalam mencapai tujuan. Tanpa alat dan sarana, segala bentuk tugas dan pekerjaan tidak akan diselesaikan dengan baik sebagaimana mestinya. Pada indikator kemampuan, indeks ini memiliki potensi pada individu dalam mencapai misi atau tujuan, yang tentunya berhubungan dengan tugas yang diemban. Seterusnya motivasi menjadikan dorongan bagi karyawan untuk lebih semangat dalam melaksanakan pekerjaannya. Upaya peningkatan kinerja yang harus dilakukan perusahaan atau organisasi adalah memberikan motivasi terhadap karyawan. Motivasi kerja yang diberikan berupa kesejahteraan karyawan berupa insentif dalam bentuk uang, memberikan penghargaan, menentukan tujuan, standar, *feedback*, memberikan dispensasi dalam melaksanakan proses pekerjaan, memfasilitasi sarana dan prasarana yang dibutuhkan dan menghilangkan tindakan yang bersifat tidak merangsang atau tidak memberi insentif. Indikator yang terakhir adalah peluang berprestasi, dimana karyawan membutuhkan kesempatan untuk membuktikan prestasi dalam pekerjaannya.

Keberhasilan dalam mencapai misi suatu organisasi dapat diukur dengan melakukan penilaian kinerja, informasi tersebut sangat pasti bermanfaat bagi pimpinan dapat mengukur dan memberi nilai atas pelayanan yang telah diberikan organisasi dalam mewujudkan keinginan dan harapan masyarakat. Usaha dalam

merubah kinerja menjadi lebih baik dapat diimplementasikan dengan lebih runtun, sistematis dan terfokus. Informasi mengenai hasil atau prestasi kerja sangat vital agar *stakeholders* dapat mereformasi segala kegiatan menjadi lebih baik. Ketersediaan data yang diperoleh terkait perfoma dapat memotivasi *benchmarking* agar kinerja dapat meningkat (Dwiyanto, 2012). Pada dasarnya pengukuran kinerja merupakan metode dalam memberikan nilai dan kontribusi dari karyawan terhadap organisasi. Poin yang krusial dari pengukuran kinerja yakni terkait pemutusan tingkat atau keaktifan peran serta individu dalam proses kerja atau kinerja yang dibentuk dalam bagaimana dapat menyelesaikan tugas-tugas yang menjadi tanggung jawabnya.

#### 2.1.6 Tujuan Pengukuran Kinerja

Pengukuran kinerja, merupakan alat yang penting untuk mengevaluasi *value for money* disektor publik. *Value for money* merupakan konsep pengelolaan organisasi sektor publik yang didasarkan pada tiga elemen utama, yaitu ekonomi, efesiensi dan efektivitas. Sedarmayanti (2003), mengatakan bahwa memberikan nilai kinerja yang dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan dapat member *feedback* yang relevan, maksudnya usaha dalam melakukan perubahan ke arah yang lebih benar untuk meraih keberhasilan dimasa mendatang atau secara perspektif (Pasolong, 2011).

Nasucha (2004), mengatakan bahwa hasil dari pengukuran kinerja dapat digunakan untuk menentukan beberapa hasil antara lain :

- a. Menentukan bahwa keutungan dan pengaruh yang sedang berjalan dapat dicapai
- b. Memperoleh jaminan bahwa tujuan dapat dan sedang dicapai
- c. Memonitor dan mengontrol perkembangan dari rencana yang ditetapkan
- d. Memastikan penggunaan sumber-sumber daya
- e. Menilai efektivitas dari sebuah aktivitas
- f. Menyediakan sebuah dasar untuk menghitung penghargaan dan insentif
- g. Menentukan bahwa *value for money* dapat diperoleh (Pasolong, 2011).

Pengukuran kinerja menurut Mardiasmo dalam Sinambela (2012) menjabarkan beberapa tujuan, diantaranya :

- a. Memotivasi karyawan dalam memaksimalkan kinerja untuk mengoperasikan divisinya secara konsisten sesuai dengan tujuan pokok perusahaan.
- b. Menentukan kontribusi sumber daya dan membuat keputusan pada suatu perusahaan.
- c. Mewujudkan kebutuhan masyarakat dan memperbaiki komunikasi dalam organisasi.

Mahmudi (2013) menyatakan tujuan pelaksanaan penilaian kinerja di sektor publik bertujuan untuk mengetahui tingkat keberhasilan dalam mencapai misi organisasi, menyediakan fasilitas terkait pekerjaan, mengevaluasi kinerja untuk periode selanjutnya, membuat rekomendasi dalam mengambil keputusan pemberian *reward* dan *punishment*, memotivasi pegawai dan menciptakan akuntabilitas publik.

## **2.2 Tenaga Kesehatan**

### **2.2.1 Undang-undang Tenaga Kesehatan**

Pembukaan Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 merupakan dokumen bermakna yang memiliki makna emosional dan menjadi simbol perjuangan kemerdekaan Indonesia. Dalam pembukaan undang-undang tersebut tercantum arti yang sangat mendalam menjadikan tujuan nasional seluruh bangsa tanah air Indonesia, serta sebagai pilar pendiri negara kesatuan Republik Indonesia. Makna yang terkandung didalamnya adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial. Sebagai wujud untuk meningkatkan kesejahteraan bangsa Indonesia yaitu dengan membentuk atau menciptakan kesehatan yang bertujuan memberdayakan masyarakat hidup bersih dan sehat. Tidak hanya tahu dan mau, melainkan mampu meningkatkan derajat kesehatan serta mampu menciptakan sumber daya manusia yang produktif.



Kesehatan merupakan hak asasi manusia, artinya masing-masing individu di seluruh Indonesia memiliki hak yang sama tanpa dibeda-bedakan ataupun dikaitkan dengan golongan, suku dan ras dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau juga merupakan hak seluruh masyarakat Indonesia. Perkembangan zaman yang pesat ini mendukung teknologi dan ilmu pengetahuan juga berkembang tentunya dalam bidang kesehatan, dimana implementasi pembangunan kesehatan sangat dipengaruhi oleh sumber daya kesehatan, khususnya Tenaga Kesehatan yang profesional (UU No. 36, 2014).

Pengadaan dan pemerataan tenaga kesehatan yang dibutuhkan oleh setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus didasarkan pada kebutuhan masyarakat Indonesia, kemudian diimbangi oleh perencanaan pembentukan program kesehatan, serta memfasilitasi ketersediaan nakes (Tenaga Kesehatan). Penyediaan nakes didasarkan dengan jumlah yang dibutuhkan, kemudian penyediaan tersebut dengan membentuk tenaga kerja kesehatan yang kompeten dalam bidangnya melalui pendidikan dan pelatihan, baik oleh pemerintah daerah maupun masyarakat, termasuk swasta. Pemerataan nakes yang berkeadilan merupakan salah satu bentuk dari pemanfaatan nakes, hal lain dalam daya guna tersebut yakni membentuk dan mengembangkan potensi nakes, termasuk peningkatan karier. Pelatihan, bimbingan dan monitoring tenaga kerja kesehatan bertujuan untuk menciptakan dan membentuk tenaga kerja yang profesional, yaitu mampu menyelenggarakan pelayanan dan menjalankan program kesehatan dengan baik sesuai dengan kompetensinya masing-masing. Pembentukan mutu nakes dilaksanakan dengan cara membentuk komitmen dan berkoordinasi dengan *stakeholders* dalam memajukan atau mengarahkan tenaga kesehatan terkait dengan legalitas dalam menjalankan praktik melalui uji kompetensi, registrasi, perizinan, dan hak-hak tenaga kesehatan (UU No. 36, 2014).

### 2.2.2 Definisi

Definisi tenaga kesehatan merupakan seorang profesional baik pria maupun wanita yang bekerja dalam penyedia layanan atau fasilitas pelayanan kesehatan,



baik sebagai praktisi maupun karyawan lembaga dan program kesehatan, yang telah diakui kompeten dan terlatih secara profesional. Tenaga kesehatan yang telah disumpah dalam profesinya bertanggung jawab atas pemberian pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada seluruh penduduk Indonesia. Pelayanan tersebut harus benar-benar dioptimalkan, agar seluruh elemen masyarakat dapat menikmati layanan yang nyaman dengan harapan masyarakat bisa lebih lebih berdaya dalam menciptakan derajat kesehatan dan dapat membentuk sumber daya manusia yang produktif, baik secara sosial maupun ekonomi. Hal tersebut merupakan salah satu bentuk atau wujud dari pembukaan UUD 1945 yang berkaitan dengan kesejahteraan umum (UU No. 36, 2014).

bentuk implementasi dalam menjalankan tanggung jawabnya, pemerintah memiliki wewenang untuk membuat aturan yang berlandaskan kearifan sosial dalam masyarakat dalam menetapkan peraturan terkait nakes secara nasional, tentunya hal ini sesuai dengan peraturan dan kebijakan dalam pembangunan nasional. Perencanaan dalam memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan, maka organisasi atau pemerintah yang memberikan konstitusi harus menjamin mutu dan kualitas nakes. Mutu tersebut berbentuk aktualisasi sertifikasi kompetensi dan penempuhan surat tanda registrasi kesehatan (UU No. 36, 2014).

### 2.2.3 Kualifikasi dan Pengelompokan Tenaga Kesehatan

Pasal 8 huruf a menyatakan bahwa tenaga kesehatan wajib telah menempuh pendidikan dengan kapasitas minimal Diploma Tiga (D3), kecuali paramedis. Selanjutnya kebijakan terkait kapabilitas nakes telah diatur oleh peraturan menteri yang tercantum pada ayat satu (1). Klasifikasi tenaga kesehatan terdiri atas :

a. Tenaga medis

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis

b. Tenaga psikologi klinis

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga psikologi klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b adalah psikologi klinis

c. Tenaga keperawatan

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas berbagai jenis perawat.

d. Tenaga kebidanan

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kebidanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d adalah bidan.

e. Tenaga kefarmasian

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian.

f. Tenaga kesehatan masyarakat

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga

g. Tenaga kesehatan lingkungan

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kesehatan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan.

h. Tenaga gizi

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga gizi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h terdiri atas nutrisionis dan dietisien

i. Tenaga keterampilan fisik

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keterampilan fisik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf i terdiri atas fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur.

j. Tenaga keteknisian medis

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keteknisian medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf j terdiri atas perekam medis dan

informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien/optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis

k. Tenaga teknik biomedika

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga teknik biomedika sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf k terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik

l. Tenaga kesehatan tradisional

Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok Tenaga Kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf l terdiri atas tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan

m. Tenaga kesehatan lain.

Tenaga Kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf m ditetapkan oleh Menteri (UU No. 36, 2014).

#### 2.2.4 Hak dan Kewajiban Tenaga Kesehatan

Berikut terdapat beberapa hak tenaga kesehatan sesuai pasal 57 :

- a. Selama menjalankan tugas dalam memberikan layanan kesehatan, nakes mendapatkan perlindungan hukum asalkan praktir yang diberikan kepada masyarakat berpedoman pada Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, dan Standar Prosedur Operasional.
- b. Ketika sedang melakukan pemeriksaan, nakes mempunyai hak untuk anamnesa dalam memperoleh informasi yang benar dan detail dari penerima pelayanan kesehatan, baik pasien atau klien maupun keluarganya
- c. Setelah memberikan pelayanan, tenaga kesehatan berhak menerima balasan atau upah atas jasanya.
- d. Tenaga kesehatan memiliki hak untuk mendapatkan perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, dan hak untuk diperlakukan sesuai dengan harkat martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai-nilai agama.

- e. Tenaga kesehatan memiliki hak untuk memperoleh kesempatan guna mengeksplor kemampuannya sebagai bentuk peningkatan kompetensi profesinya.
- f. Ketika memberikan pelayanan, tenaga kesehatan berhak menolak keinginan pasien atau pihak lain jika aturan yang ada bertolak belakang dengan kode etik, standar pelayanan dan Standar Prosedur Operasional (SOP) atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan, dan
- g. Tenaga kesehatan memiliki hak lain berdasarkan kebijakan perundang-undangan (UU No. 36, 2014).

Sedangkan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik wajib (dalam pasal 58):

- a. Memberikan pelayanan kesehatan berdasarkan kebijakan atau standar yang berlaku, seperti Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, SOP, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan pasien atau klien
- b. Tenaga kesehatan wajib mendapatkan persetujuan dari pasien/ klien atau keluarganya sebelum dilakukan tindakan atau pelayanan
- c. Menjaga kerahasiaan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan
- d. Pemberi layanan wajib membuat dan menyimpan laporan hasil asuhan yang telah dilakukannya.
- e. Paramedis memiliki kewajiban untuk merujuk pasien kepada tenaga media lainnya ataupun sejawat, tentunya yang lebih berkompeten dan sesuai dengan wewenang yang dimilikinya.

Beberapa hal kewajiban tersebut yang telah disampaikan berpedoman pada ayat satu (1) huruf b dan huruf d hanya berlaku pada nakes yang memberikan pelayanan perseorangan. Sesuai dengan pasal 59, nakes yang bekerja atau melaksanakan praktik pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) wajib dan harus cekatan dan sesegera mungkin dalam memberikan tindakan atau pertolongan kepada pasien dalam segala kondisi, seperti kondisi gawat darurat dan evakuasi dalam kejadian bencana untuk mencegah kesakitan dan kecacatan. Berdasarkan ayat satu (1) tenaga kesehatan dilarang untuk menolak pasien/ klien

dalam kondisi apapun, dan dilarang untuk memungut biaya sebelum memberikan tindakan layanan kesehatan (UU No. 36, 2014).

## 2.3 Tuberkulosis

### 2.3.1 Epidemiologi TB

*Tuberculosis* merupakan tipe penyakit yang mudah menularkan infeksi kepada orang lain, dimana timbulnya TB disebabkan bakteri *mycobacterium tb*, akibat bakteri tersebut seseorang yang terinfeksi dan lalai dalam pengobatan dapat menimbulkan kematian. Banyaknya kasus TB yang terjadi, hal ini masih menjadi masalah utama dalam kesehatan masyarakat di dunia walaupun upaya penanggulangan TB telah dilaksanakan oleh berbagai negara di belahan dunia dari tahun 1995. Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2015, ditingkat global diestimasi 9,6 juta kasus TB baru dengan 3,2 juta kasus diantaranya adalah perempuan. Dengan 1,5 juta kematian karena TB dimana 480.000 kasus adalah perempuan. Dari kasus TB tersebut ditemukan 1,1 juta (12%) HIV positif dengan kematian 320.000 orang (140.000 orang adalah perempuan) dan 480.000 TB Resistan Obat (TB-RO) dengan kematian 190.000 orang. Dari 9,6 juta kasus TB baru, diperkirakan 1 juta kasus TB Anak (di bawah usia 15 tahun) dan 140.000 kematian/tahun. Jumlah kasus TB di Indonesia menurut Laporan WHO tahun 2015, diperkirakan ada 1 juta kasus TB baru pertahun (399 per 100.000 penduduk) dengan 100.000 kematian pertahun (41 per 100.000 penduduk). Diperkirakan 63.000 kasus TB dengan HIV positif (25 per 100.000 penduduk). Angka Notifikasi Kasus (*Case Notification Rate/CNR*) dari semua kasus, dilaporkan sebanyak 129 per 100.000 penduduk. Jumlah seluruh kasus 324.539 kasus, diantaranya 314.965 adalah kasus baru. Secara nasional perkiraan prevalensi HIV diantara pasien TB diperkirakan sebesar 6,2%. Jumlah kasus TB-RO diperkirakan sebanyak 6700 kasus yang berasal dari 1,9% kasus TB RO dari kasus baru TB dan ada 12% kasus TB-RO dari TB dengan pengobatan ulang (Permenkes RI, 2016).

Penyebab utama yang mempengaruhi meningkatnya beban TB antara lain:



- a. Belum optimalnya pelaksanaan program TB selama ini diakibatkan karena masih kurangnya komitmen pelaksana pelayanan, pengambil kebijakan, dan pendanaan untuk operasional, bahan serta sarana prasarana.
- b. Belum memadainya tata laksana TB terutama di fasyankes yang belum menerapkan layanan TB sesuai dengan standar pedoman nasional dan ISTC seperti kesulitan dalam menemukan kasus baru TB karenan diagnosa yang tidak baku, paduan obat yang dirasa masih kurang efektif, serta kelalaian atau sering dianggap remeh pencatatan dan pelaporan.
- c. Masih kurangnya keterlibatan lintas program dan lintas sektor dalam penanggulangan TB baik kegiatan maupun pendanaan.
- d. Belum semua masyarakat dapat mengakses layanan TB khususnya di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK), serta daerah risiko tinggi seperti daerah kumuh di perkotaan, pelabuhan, industri, lokasi permukiman padat seperti pondok pesantren, asrama, barak dan lapas/rutan.
- e. Belum memadainya tatalaksana TB sesuai dengan standar baik dalam penemuan kasus/diagnosis, paduan obat, pemantauan pengobatan, pencatatan dan pelaporan.
- f. Besarnya masalah kesehatan lain yang bisa berpengaruh terhadap risiko terjadinya TB secara signifikan seperti HIV, gizi buruk, diabetes mellitus, merokok, serta keadaan lain yang menyebabkan penurunan daya tahan tubuh.
- g. Meningkatnya jumlah kasus TB Resistant Obat (TB-RO) yang akan meningkatkan pembiayaan program TB.
- h. Faktor sosial seperti besarnya angka pengangguran, rendahnya tingkat pendidikan dan pendapatan per kapita, kondisi sanitasi, papan, sandang dan pangan yang tidak memadai yang berakibat pada tingginya risiko masyarakat terjangkit TB.

Menurut laporan WHO (2015), Indonesia sudah berhasil menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat TB di tahun 2015 jika dibandingkan dengan tahun 1990. Angka prevalensi TB yang pada tahun 1990 sebesar > 900 per 100.000 penduduk, tahun 2015 menjadi 647 per 100.000 penduduk. Dari semua indikator



MDG's untuk TB di Indonesia saat ini baru target penurunan angka insidens yang sudah tercapai. Untuk itu perlu upaya yang lebih besar dan terintegrasi supaya Indonesia bisa mencapai target SDG's pada tahun 2030 yang akan datang (Permenkes RI, 2016).

### 2.3.2 Penemuan Kasus

Deteksi dan pencarian penderita kasus baru TB berguna untuk menemukan pasien baru dengan berbagai aktivitas, yang diawali dengan skrining terduga tuberkulosis, selanjutnya melakukan inspeksi dan palpasi pada fisik terduga, pemeriksaan penunjang yang diperlukan, kemudian mendiagnose dan langkah terakhir adalah mengkategorikan penyakit TB sesuai tipenya. Setelah diagnosis ditetapkan dilanjutkan pengobatan yang adekuat sampai selesai, agar infeksi ini tidak menyebar kepada orang lain disekitarnya. Serangkaian langkah di atas tidak serta merta mudah dilaksanakan. Perlu pemahaman cukup baik pada calon pasien untuk betul-betul memahami gejala dan indikasi yang dialaminya. Dengan hal tersebut memudahkan perawat atau dokter untuk melakukan pemeriksaann.

Strategi Penemuan pasien TB dapat dilaksanakan dengan aktif, pasif, masif dan intensif. Upaya penemuan pasien TB patut disertai edukasi promkes dengan konsisten dan berkesinambungan, agar para calon pasien atau tersangka TB dapat dideteksi sesegera mungkin.

- a. Penemuan pasien TB dilakukan secara pasif intensif di fasilitas kesehatan dengan jejaring layanan TB melalui *Public-Private Mix* (PPM), dan kolaborasi berupa kegiatan TB-HIV, TB-DM (Diabetes Mellitus), TB-Gizi, Pendekatan Praktis Kesehatan paru (PAL = *Practical Approach to Lung health*), Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), Manajemen Terpadu Dewasa Sakit (MTDS).
- b. Penemuan pasien tuberkulosis secara aktif dan/atau masif berbasis keluarga dan masyarakat, dapat dibantu oleh kader dari posyandu, pos TB desa, tokoh masyarakat, dan tokoh agama. Kegiatan ini berupa :
  - 1) Investigasi kontak pada paling sedikit 10-15 orang kontak erat dengan pasien TB.

2) Penemuan di tempat khusus: Lapas/Rutan, tempat kerja, asrama, pondok pesantren, sekolah, panti jompo.

Penemuan di populasi berisiko: tempat penampungan pengungsi, daerah kumuh (Permenkes RI, 2016).

### 2.3.3 Patogenesis dan Penularan TB

*Mycobacterium tuberculosis* merupakan kuman yang menyebabkan terjadinya penyakit Tuberculosis, dimana penyakit ini dapat menular dari orang yang terinfeksi kepada orang lain disekitarnya. Berbagai spesies dari bakteri ini meliputi: *M.tuberculosis*, *M.africanum*, *M. bovis*, *M. Leprae* dsb atau istilah lainnya adalah Bakteri Tahan Asam (BTA). Dalam klasifikasi bakteri ini *MTb* juga dapat menyebabkan gejala pada sistem pernafasan yang disebut dengan MOTT (*Mycobacterium Other Than Tuberculosis*) yang berpotensi menimbulkan kerancuan dengan diagnosa banding.

Berikut berbagai karakteristik *Mycobacterium tuberculosis* yang meliputi :

- a. Basillus dengan ukuran 1-10 mikron, lebar 0,2 – 0,6 mikron
- b. Bakteri ini tahan terhadap asam dalam perwanraan dengan *Ziehl Neelsen Method*, berbentuk batang berwarna merah dalam pemeriksaan dibawah mikroskop.
- c. Dalam menguji bakteri ini membutuhkan media tertentu sebagai biakan, seperti *Lowenstein Jensen* dan *Ogawa*.
- d. *Mycobacterium* ini kebal dengan dingin, tidak heran bila dapat bertahan hingga minus 70°C
- e. Karakteristik selanjutnya adalah kuman ini termasuk bakteri yang tidak tahan terhadap suhu tinggi. Radiasi sinar matahari dan ultra violet dapat membunuhnya dalam waktu relatif singkat. Kuman tersebut di dalam sputum bisa mati pada suhu 30-37°C
- f. Memiliki sifat dorman.

Berikut Penularan dari TB sebagai berikut :

a. Sumber Penularan TB

Sumber penularan adalah pasien TB terutama pasien yang mengandung kuman TB dalam dahaknya. Ketika penderita tuberkulosis sedang batuk atau bersin, maka orang tersebut menyebarkan kuman secara langsung pada orang disekitarnya melalui udara. Bentuk percikan tersebut berupa dahak (*droplet nuclei* / percik renik). Timbul indikasi jika seseorang tidak sengaja maupun sengaja menyapas atau menghirup udara yang terkontaminasi *mycobacterium*. Jika penderita TB tiba-tiba batuk dalam sekali, maka kuman yang dihasilkan sebanyak 0-3500 *M.tuberculosis* dengan menghasilkan sekitar 3000 percik renik. Sedangkan kalau bersin dapat mengeluarkan sebanyak 4500 – 1.000.000 *M.tuberculosis*.

b. Patofisiologis Tuberkulosis

Berikut rangkaian step perjalanan alamiah penyakit tb. Tahapannya meliputi kontak (kontaminasi kuman), infeksi, terjangkit hingga meninggal dunia, sebagai berikut :

1) Paparan

Peluang peningkatan paparan terkait dengan:

- Jumlah kasus menular di masyarakat.
- Peluang kontak dengan kasus menular.
- Tingkat daya tular dahak sumber penularan.
- Intensitas batuk sumber penularan.
- Kedekatan kontak dengan sumber penularan.
- Lamanya waktu kontak dengan sumber penularan.

2) Infeksi

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

### 3) Faktor Risiko

Faktor risiko untuk menjadi sakit TB adalah tergantung dari:

- a) Konsentrasi atau jumlah kuman yang terhirup
- b) Lamanya waktu sejak terinfeksi
- c) Usia seseorang yang terinfeksi
- d) Tingkat daya tahan tubuh seseorang. Seseorang dengan daya tahan tubuh yang rendah diantaranya infeksi HIV AIDS dan malnutrisi (gizi buruk) akan memudahkan berkembangnya TB Aktif (sakit TB).
- e) Infeksi HIV. Pada seseorang yang terinfeksi TB, 10% diantaranya akan menjadi sakit TB. Namun pada seorang dengan HIV positif akan meningkatkan kejadian TB. Orang dengan HIV berisiko 20-37 kali untuk sakit TB dibandingkan dengan orang yang tidak terinfeksi HIV, secara otomatis penularan TB akan semakin meningkat pada seluruh masyarakat.

### 4) Meninggal dunia

Faktor risiko kematian karena TB :

- a) Akibat dari keterlambatan diagnosis
- b) Pengobatan tidak adekuat.
- c) Adanya kondisi kesehatan awal yang buruk atau penyakit penyerta.
- d) Pada pasien TB tanpa pengobatan, 50% diantaranya akan meninggal dan risiko ini meningkat pada pasien dengan HIV positif. Begitu pula pada ODHA, 25% kematian disebabkan oleh TB (Permenkes RI, 2016).

#### 2.3.4 Diagnosis TB

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

##### a. Keluhan dan hasil anamnesis meliputi

- 1) Keluhan yang disampaikan pasien, serta wawancara rinci berdasar keluhan pasien. Pemeriksaan klinis berdasarkan gejala dan tanda TB yang meliputi: indikasi utama seorang yang mengidap TB paru yaitu batuk yang

mengeluarkan dahak kurang lebih atau selama 2 minggu. Batuk yang disertai sputum tersebut dapat juga diikuti dengan bercampurnya darah dan bisa jadi batuk darah, sedangkan gejala lain yaitu gangguan pernafasan, *malaise*, *fatigue*, nafsu makan menurun hingga menyebabkan berat badan yang merosot, tiba-tiba mengeluarkan keringat saat malam hari tanpa melakukan kegiatan fisik, demam disertai meriang terus-menerus. Pasien dengan HIV positif, batuk sering kali bukan merupakan gejala TB yang khas, sehingga gejala batuk tidak harus selalu selama 2 minggu atau lebih.

2) Berbagai gejala diatas dapat ditemui juga pada tuberkulosis ekstra paru yang meliputi bronkitaksis, bronkitis kronis, asma, kanker paru, dan sebagainya. Dengan kondisi jumlah kasus TB di Indonesia yang sangat tinggi, apabila seseorang berkunjung ke puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan memiliki indikasi di atas dianggap sebagai seseorang yang diduga sebagai pasien TB. Dengan kondisi demikian maka orang tersebut harus diperiksa dahak secara mikroskopis langsung.

3) Selain gejala tersebut, perlu dipertimbangkan pemeriksaan pada orang dengan faktor risiko, seperti : kontak erat dengan pasien TB, tinggal di daerah padat penduduk, wilayah kumuh, daerah pengungsian, dan orang yang bekerja dengan bahan kimia yang berrisiko menimbulkan paparan infeksi paru (Permenkes RI, 2016).

b. Alur Diagnosis TB pada Orang Dewasa

Alur diagnosis TB dibagi sesuai dengan fasilitas yang tersedia:

- 1) Faskes yang mempunyai akses pemeriksaan dengan alat tes cepat molekuler
- 2) Faskes yang hanya mempunyai pemeriksaan mikroskopis dan tidak memiliki akses ke tes cepat molekuler.

c. Diagnosis TB ekstra paru

- 1) Tuberkulosis ekstra paru memiliki gejala pada organ tubuh yang diserang selain paru. Gambaran klinis seperti odinofagia (sakit telan) pada epiglotis, kemudian nyeri kepala, muntah dan kaku kuduk pada meningitis. Sesak napas dan edema kaki pada perikarditis. Gejala klinik



tuberkulosis kelenjar getah bening pada keadaan tertentu terdapat demam yang sangat tinggi dengan foto rontgen toraks menunjukkan pembesaran kelenjar limfe.

- 2) Diagnosa tuberkulosis ekstra paru dapat ditentukan dengan memeriksa pasien secara fisik dan bakteriologis atau histopatologis dari pengambilan sampel bagian organ badannya.
- 3) Observasi secara mikroskopis dahak wajib dilakukan untuk memastikan kemungkinan TB Paru.
- 4) Pemeriksaan TCM pada beberapa kasus curiga TB ekstraparu dilakukan dengan contoh uji cairan serebrospinal (*Cerebro Spinal Fluid /CSF*) pada kecurigaan TB meningitis, contoh uji kelenjar getah bening melalui pemeriksaan Biopsi Aspirasi Jarum Halus/ BAJAH (*Fine Needle Aspirate Biopsy/ FNAB*) pada pasien dengan kecurigaan TB kelenjar, dan contoh uji jaringan pada pasien dengan kecurigaan TB jaringan lainnya.

d. Diagnosis TB Resistan Obat

Seperti juga pada diagnosis TB maka diagnosis TB-RO juga diawali dengan penemuan pasien terduga TB-RO

- 1) Terduga TB-RO  
Terduga TB-RO adalah pasien yang memiliki risiko tinggi resistan terhadap OAT, yaitu pasien yang mempunyai gejala TB yang memiliki riwayat satu atau lebih di bawah ini:
  - a) Pasien TB gagal pengobatan Kategori 2
  - b) Pasien TB yang telah menjalankan pengobatan kategori 2 kemudian tidak melakukan transformasi setelah bulan ketiga pengobatan.
  - c) Seorang penderita tuberkulosis yang pernah melakukan pengobatan, namun pengobatan tersebut tidak berdasarkan aturan yang telah ditetapkan. Kemudian pasien tersebut telah menggunakan kuinolon dan pengobatan secara injeksi lini kedua minimal selama 1 bulan.

- d) Pasien tuberkulosis yang belum selesai menjalankan pengobatan dengan waktu yang telah ditentukan pada kategori 1
- e) Pasien yang menjalani pengobatan kategori 1, namun tidak melakukan konversi setelah pengobatan bulan kedua.
- f) Penderita tuberkulosis dengan kasus *relaps*, dengan pengobatan obat anti tuberkulosis (OAT) kategori 1 dan 2.
- g) Pasien tuberkulosis yang kembali menjalankan pengobatan yang sebelumnya menghilangkan, atau tidak berobat (*loss to follow-up/default*)
- h) Terduga TB yang memiliki riwayat kontak erat dengan pasien TB-RO, seperti dalam hal ini warga binaan yang ada di Lapas/Rutan, hunian padat seperti asrama, barak, buruh pabrik.
- i) Pasien *co-infection* TB dengan HIV yang negatif secara bakteriologis maupun klinis terhadap pemberian OAT, (bila pada penegakan diagnosis awal tidak menggunakan TCM TB).

### 2.3.5 Pengobatan TB

#### a. Prinsip Pengobatan

Elemen terpenting dalam pengobatan TB adalah Obat Anti Tuberkulosis (OAT). Pengobatan OAT adalah salah satu tindakan yang paling mutakhir dalam mencegah kuman *mycobacterium* TB menyebar. Berikut prinsip dalam pengobatan OAT :

- 1) Pemberian OAT bebrbentuk paduan dari berbagai macam obat, dengan jumlah yang cukup dan dosis sesuai umur per berat badan berdasarkan tipe penyakit TB atau kategori pengobatan. Tindakan tersebut bertujuan untuk melakukan preventif terhadap *multi drug resistant* (MDR).
- 2) Sebagai jaminan kepatuhan penderita dalam konsumsi obat, pengobatan dilaksanakan dengan monitoring oleh Pengawas Menelan Obat (PMO).

3) Pelaksanaan pengobatan TB dilakukan dengan dua tahap, yaitu tahap intensif (awal) dan lanjutan.

b. Tahapan Pengobatan

Pengobatan TB harus diaplikasikan dengan 2 tahap pengobatan, yang meliputi tahap intensif dan lanjutan dengan elaborasi sebagai berikut:

1) Tahap intensif

Memasuki tahap pertama penderita mengkonsumsi paduan obat yang dilakukan setiap hari tanpa terputus dengan waktu yang sama, dan memerlukan PMO untuk mengantisipasi terjadinya MDR. Apabila pengobatan pada step ini dapat diselesaikan dengan baik, maka penderita tidak akan menularkan kuman tb dalam kurun waktu dua minggu. Mayoritas penderita yang berhasil melalui tahap ini yang semula diagnosis bakteri tahan asam positif akan berubah menjadi negatif atau sering disebut juga dengan konversi jangka waktu dua bulan.

2) Tahap Lanjutan

Langkah selanjutnya penderita menerima paduan atau kombinasi obat yang lebih sederhana tetapi pengobatan berlangsung lebih lama daripada tahap awal. Step ini sangat krusial karena dapat mematikan kuman persister (*dormant*).

c. Kombinasi Obat Anti Tuberkulosis yang diaplikasikan di Indonesia

Kombinasi yang digunakan adalah :

- 1) Kategori 1 : 2HRZE / 4H3R3
- 2) Kategori 2 : 2HRZE / HRZE / 5H3R3E3
- 3) Kategori 3 : 2HRZ / 4H3R3 (anak)
- 4) Paduan OAT bagi pasien TB dengan MDR meliputi OAT lini kedua, yaitu : Kanamisin, Kapreomisin, Levofloksasin, Etionamide, Sikloserin, Moksifloksasin, PAS, Bedaquilin, Clofazimin, Linezolid, Delamanid dan obat TB baru lainnya serta OAT lini pertama, yaitu pirazinamid and etambutol.

(Permenkes RI, 2016).

## 2.4 Investigasi Kontak TB

### 2.4.1 Definisi

Investigasi kontak merupakan proses sistematis yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi kontak dari kasus indeks. Kasus indeks merupakan semua pasien TB yang merupakan kasus pertama yang ditemukan di suatu rumah atau tempat-tempat lain (kantor, sekolah, tempat penitipan anak, lapas /rutan, panti, dsb). Sedangkan kontak adalah orang yang terpajan/ berkontak dengan kasus indeks, misalnya orang serumah, sekamar, satu asrama, satu tempat kerja, satu kelas, atau satu penitipan/pengasuhan. Investigasi kontak dilaksanakan pada semua pasien TB aktif dewasa untuk mendeteksi secara dini kemungkinan penularan kepada kontak serumah atau kontak eratnya. Investigasi kontak juga dilaksanakan pada pasien TB anak yang ditemukan untuk mencari sumber penularan. Investigasi kontak terdiri dari dua komponen yaitu identifikasi dan evaluasi klinis. Langkah dalam mengidentifikasi kontak adalah wawancara dengan kasus indeks untuk mendapatkan nama dan umur kontak dan kemudian menilai kontak yang berisiko memiliki gejala TB. Jika ada kontak anak, pasien diminta membawa anak tersebut ke fasyankes atau petugas dapat mendatangi kontak tersebut. Investigasi kontak sangat penting dilaksanakan untuk meningkatkan temuan kasus baru (CDR) dan kesempatan untuk memberikan edukasi kepada masyarakat (*World Health Organization, 2015*).

Investigasi kontak merupakan strategi penemuan kasus TB yang sangat efektif untuk diterapkan. Telaah sistematis terhadap berbagai publikasi dari negara berpenghasilan menengah ke bawah menunjukkan rerata 3.5-5.5% kasus TB yang tidak terdeteksi pada kontak serumah atau kontak erat dari pasien TB yang infeksius. Temuan ini membuktikan bahwa kegiatan investigasi kontak bermanfaat untuk mendeteksi kasus TB secara dini, yang pada akhirnya dapat mencegah penyakit yang lebih berat serta mengurangi penularan TB pada orang lain. Selain itu, investigasi kontak dapat juga menemukan orang dengan infeksi TB laten yang membutuhkan pengobatan pencegahan. Dengan manfaat yang demikian besar, sangat disayangkan bahwa hanya sebagian kecil negara dengan insiden TB yang tinggi atau sedang yang menjalankan investigasi kontak secara

rutin. Tujuan dari investigasi kontak adalah menemukan kasus TB dan TB laten, serta memberikan tatalaksana yang tepat dengan segera. Mencegah keterlambatan diagnosis dan kejadian sakit yang lebih berat, serta mencegah kesakitan pada kontak yang sehat melalui edukasi perilaku hidup bersih dan sehat. Memutus mata rantai penularan TB di masyarakat. Investigasi kontak seharusnya dilakukan terhadap seluruh kontak dari semua kasus indeks. Namun pada situasi dengan sumber daya terbatas, dapat diberikan prioritas pada kasus indeks yang merupakan pasien TB paru BTA positif, pasien atau terduga TB resistan obat, orang dengan HIV/AIDS, atau anak berusia <5 tahun, kontak serumah dan kontak erat (*World Health Organization, 2015*).

#### 2.4.2 Penatalaksanaan Investigasi Kontak

Rekomendasi investigasi kontak mengikuti prosedur WHO sebagai pedoman. Investigasi kontak ditujukan langsung pada kelompok berisiko untuk meningkatkan temuan kasus baru (CDR), dan menemukan kontak yang memiliki infeksi laten TB (ILTB) sehingga mereka dapat diberikan pencegahan (INH profilaksis). Selain itu program ini merupakan kesempatan dalam memberikan promosi kesehatan. Berikut langkah-langkah dalam investigasi kontak (*World Health Organization, 2015*) :

a. Identifikasi kontak

Dilakukan pada saat kasus indeks memulai pengobatan dengan cara wawancara. Mengidentifikasi kontak serumah ataupun kontak erat. Data yang dibutuhkan meliputi nama, jenis kelamin dan usia kontak. Selain itu menanyakan pekerjaan kasus indeks yang berhubungan dengan anak-anak, misalnya guru atau pengasuh. Jika ada anak kontak, pasien diminta membawa anak tersebut ke fasyankes, jika kontak tidak dibawa ke fasyankes, maka petugas/kader kesehatan dapat mendatangi kontak tersebut.

b. Pemeriksaan untuk menentukan ada tidaknya infeksi laten TB atau sakit TB

Jika anak tidak mempunyai gejala TB:

- 1) Usia  $\leq 5$  tahun (tanpa memandang status HIV) diberikan PP INH.
- 2) Anak dengan HIV positif diberikan PP INH.



3) Usia >5 tahun dan HIV negatif dilakukan observasi.

Orang tua diedukasi untuk mengamati ada tidaknya gejala dan tekankan pentingnya membawa anak ke fasyankes untuk pemeriksaan lebih lanjut jika sewaktu-waktu timbul gejala.

c. Pengobatan atau pencegahan yang sesuai

Pengobatan dan pencegahan diberikan kepada kontak yang tidak terbukti sakit TB. Prioritas pemberian pengobatan pencegahan adalah anak balita dan anak dengan infeksi HIV positif semua usia. Dengan tujuan menurunkan beban TB pada anak. Efek perlindungan pengobatan pencegahan dengan pemberian selama 6 bulan dapat menurunkan risiko TB pada anak tersebut di masa datang. Indikasi pengobatan pencegahan diberikan kepada anak dengan kontak TB namun anak terbukti tidak sakit TB dengan kriteria berikut : Usia kurang dari 5 tahun, anak dengan HIV positif, anak dengan kondisi imunokompromais lain (misalnya gizi buruk, diabetes mellitus, keganasan, mendapatkan steroid sistemik jangka panjang, transplantasi organ).

d. Monitoring dan evaluasi (termasuk pencatatan dan pelaporan).

Pemantauan dan evaluasi meliputi keteraturan minum obat, efek samping, dan evaluasi munculnya gejala TB. Pencatatan terkait investigasi kontak diantaranya: TB.01, TB.15 (form pelacakan kontak anak), TB.16 (register kontak), TB.01P (kartu pengobatan pencegahan) (*World Health Organization*, 2015).

#### 2.4.3 Alur Investigasi Kontak

Berikut alur investigasi kontak :

a. Identifikasi kontak

Identifikasi kontak dilakukan oleh petugas kesehatan di Puskesmas pada saat diagnosis TB kasus indeks ditegakkan. Pasien indeks diminta menyebutkan identitas (nama, usia, alamat/no telepon) seluruh kontak serumahnya. Kontak anak usia <15 tahun diminta datang ke Puskesmas untuk pemeriksaan dan tatalaksana sesuai (OAT atau Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid).

b. Kunjungan rumah

Data kontak yang teridentifikasi diberikan kepada kader kesehatan yang bertugas. Kader melaksanakan kunjungan rumah segera setelah kasus indeks ditemukan untuk skrining gejala dan faktor risiko TB. Kunjungan sebaiknya diawali dengan membuat janji terlebih dahulu. Jika saat didatangi kontak tidak dapat ditemui, maka kunjungan rumah dilakukan di lain waktu sesegera mungkin. Pada saat kunjungan rumah, kader perlu memastikan bahwa semua kontak sudah terdata, dan kontak anak usia <15 tahun dibawa ke Puskesmas.

c. Penapisan/ skrining TB

Penapisan/skrining dilakukan oleh kader kesehatan terlatih kepada setiap kontak dewasa yang sudah teridentifikasi. Penapisan/skrining menggunakan form yang telah disiapkan Puskesmas untuk menelusuri gejala dan faktor risiko TB pada kontak.

d. Rujukan terduga TB

Kontak serumah yang hasil skriningnya positif (bergejala atau mempunyai faktor risiko), dirujuk ke Puskesmas untuk mendapat pemeriksaan lebih lanjut. Jika terduga TB tidak datang ke Puskesmas dalam waktu 1 minggu sejak investigasi kontak dilakukan, maka kader harus melacak dan memberikan KIE lebih lanjut.

e. Diagnosis TB

Diagnosis TB ditegaskan Panduan Praktik Klinis TB (PPK TB) untuk Puskesmas. Pemeriksaan bakteriologis dilakukan untuk konfirmasi diagnosis, disertai pemeriksaan klinis dan penunjang lain yang diperlukan. Kontak yang terdiagnosis TB harus diobati dengan tepat, serta dievaluasi kembali untuk melihat kemungkinan adanya kontak yang lain.

f. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) terkait TB

KIE secara umum diberikan kepada pasien dan kontakannya mengenai penyakit TB, gejala, penularan, pencegahan, pemeriksaan dan pengobatan. Secara khusus KIE diberikan kepada:

- 1) Kasus indeks. KIE mengenai cara mengendalikan penularan TB dan pentingnya pemeriksaan bagi kontak.

- 2) Kontak yang bergejala TB KIE untuk memotivasi agar terduga TB bersedia datang ke Puskesmas untuk pemeriksaan lebih lanjut.
- 3) Kontak yang tidak bergejala TB KIE mengenai risiko TB yang dihadapi kontak, agar kontak menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta mewaspadaai gejala TB agar dapat segera memeriksakan diri jika gejala timbul di kemudian hari.

Selama proses investigasi kontak, persetujuan dan kerahasiaan pasien serta kontak perlu selalu dijaga.

#### 2.4.4 Operasional Investigasi Kontak

Pembahasan ini menyajikan syarat operasional yang harus dipertimbangkan dalam melakukan investigasi kontak :

a. Pedoman tertulis

Semua program pengendalian TB harus memiliki pedoman tertulis dalam melaksanakan investigasi kontak. Investigasi kontak adalah komponen standar TB yang diakui program pengendalian TB. Minimal, pedoman harus mencakup penyelidikan kontak, prioritas untuk evaluasi dan peran serta tanggung jawab personil atau pelaksana program dalam penyelidikan dalam mengumpulkan dan mencatat data yang relevan. Jika akan melaksanakan investigasi kontak, protokol dan prosedur standar harus dipersiapkan dan diikuti.

b. Menentukan prioritas investigasi kontak

Program pengendalian TB nasional dan lokal harus menentukan berapa banyak penekanan untuk diterapkan dalam investigasi kontak berdasarkan epidemiologi yang meliputi kapasitas operasional dan sumber daya. Secara umum, investigasi kontak harus menjadi prioritas pada negara-negara atau daerah di mana keberhasilan pengobatan rendah yaitu <85%. Dimana prevalensi HIV, MDR-TB atau XDR-TB yang tinggi, akan mengurangi tingkat keberhasilan pengobatan, sehingga investigasi kontak akan berharga dan penting dilaksanakan.

c. Adaptasi rekomendasi

Rekomendasi ini harus disesuaikan dengan program dan konteks epidemiologi. Program nasional dan lokal harus menentukan nilai potensial dan

kelayakan investigasi kontak di tempat mereka, sejauh mana harus dilakukan dan ruang lingkungannya. Pendekatan akan tergantung pada faktor program seperti ketersediaan staf dan sumber daya, dan definisinya bergantung pada metode diagnostik yang digunakan dan kebiasaan serta kondisi kehidupan penduduk.

d. Identifikasi kontak

Jika investigasi kontak dilakukan, kasus indeks harus diwawancarai segera setelah mungkin setelah diagnosis (umumnya dalam 1 minggu) untuk mendapatkan nama dalam rumah tangga dan kontak yang dekat. Fokusnya harus pada anggota rumah, tetapi orang-orang di tempat kerja dan lainnya yang terpapar tidak boleh diabaikan. Apalagi kontak di perumahan dan penjara, karena mudahnya penularan melalui percikan batuk, maka harus dievaluasi. Idealnya, wawancara seharusnya dilakukan oleh orang yang berbicara bahasa yang sama seperti pasien indeks dan sudah tidak asing lagi dengan konteks sosial dan budayanya.

e. Implementasi investigasi kontak

Jika sumber daya manusia tersedia, selanjutnya petugas melakukan investigasi kontak dengan mengunjungi rumah pasien (kasus indeks) untuk melakukan wawancara dan memastikan semua kontak serumah dievaluasi. Kunjungan rumah akan menandai pentingnya mengidentifikasi dan mengevaluasi kontak agar dapat memastikan pandangan yang lebih akurat tentang keadaan paparan. Pengunjung rumah bisa membuat penilaian lingkungan tempat tinggal dan memeberikan konseling dan edukasi kepada keluarga mengenai penyakit TB. Hal ini terutama berlaku untuk anak-anak dan orang dengan infeksi HIV, di antaranya TB dapat terjadi dengan cepat. Kunjungan ke rumah juga dapat memberi kesempatan untuk mengidentifikasi kebutuhan akan masalah dukungan sosial.

f. Monitoring dan evaluasi

Data dari penyelidikan kontak harus dikumpulkan dalam format standar, yaitu formulir yang digunakan. Program pengendalian TB harus dilakukan secara rutin untuk mengevaluasi efektivitas investigasi kontak dan intervensi untuk memperbaiki kinerja. Hasil investigasi kontak dan kejadian TB aktif dan LTBI

harus dievaluasi untuk mengetahui apakah intervensi tersebut memberikan hasil yang diinginkan. Minimum, informasi berikut yang harus dikumpulkan adalah jumlah investigasi kontak yang sudah dilaksanakan, meliputi jumlah, usia (terutama anak-anak <5 tahun), jenis kelamin dan status HIV dari kontak yang diidentifikasi. Pengumpulan data selama penyelidikan kontak memiliki banyak tujuan. Pertama, informasi yang baik penting bagi manajemen dan tindak lanjut dari kasus indeks dan kontak mereka. Kedua, pengumpulan data secara sistematis akan memungkinkan analisis hasil pencapaian investigasi kontak secara keseluruhan dan kelompok tertentu sesuai epidemiologi. Ketiga, data tentang indikator perawatan berguna untuk mengevaluasi sasaran kinerja program. Pengumpulan dan penyimpanan data membutuhkan pekerjaan yang signifikan, sebuah investasi harus dilakukan dalam merancang alat pengumpulan data dan pengaturan protokol untuk pengumpulan, proses dan analisis data. Jika data dikumpulkan tapi tidak dianalisis dan digunakan untuk membimbing program, maka usaha tersebut akan terbuang sia-sia.

g. Kerahasiaan dan persetujuan

Menjaga kerahasiaan selama melakukan investigasi kontak merupakan tantangan karena bersifat sosial di antara kasus indeks dan kontak mereka. Semua orang harus diobati dengan hormat, dan kerahasiaan harus dijaga. Pedoman program tentang kerahasiaan dan persetujuan harus dipatuhi.

h. Pelatihan petugas

Investigasi kontak harus menjadi kegiatan rutin program pengendalian TB. Dimana penyelidikan kontak belum pernah dilakukan sebelumnya, karena staf yang berdedikasi, jika memungkinkan, akan sangat mendukung prosesnya. Bergantung pada sumber daya, orang-orang yang melakukan investigasi kontak, jika dilatih dengan benar, mungkin sukarelawan atau komunitas bahkan mantan pasien TB atau penyedia layanan kesehatan akan sangat membantu dalam pelaksanaan investigasi kontak. Terlepas dari latar belakang mereka, petugas layanan kesehatan yang meneliti kasus indeks (pasien) harus berbicara dengan bahasa pasien dan sebisa mungkin akrab dengan lingkungan sosial dan budaya masyarakat tempat mereka bekerja. Mereka harus dilatih tentang pentingnya



investigasi kontak dalam pengendalian TB dalam wawancara, pengumpulan data, tindak lanjut dan pelaporan (*World Health Organization*, 2015).

#### 2.4.5 Prosedur Investigasi Kontak

No	Langkah	Pelaksana
1.	Identifikasi kontak pada kasus indeks yang ditemukan di Puskesmas, catat identitas kontak pada TB.01 kasus indeks	Petugas Puskesmas
2.	Pindahkan data kontak dari TB.01 kasus indeks ke form TB.16	Petugas Puskesmas
3.	Anjurkan kasus indeks untuk membawa kontak anak usia <15 tahun ke Puskesmas untuk pemeriksaan. Beri KIE mengenai cara penularan TB, risiko dan pencegahan TB pada anak	Petugas Puskesmas
4.	Berikan data kontak kepada kader wilayah domisili atau giliran, sebertugas (berdasarkan kesepakatan). Kader mencatat data pada buku saku kader	Petugas Puskesmas dan kader
5.	Kader berkomunikasi dengan kasus indeks untuk melaksanakan kunjungan rumah	Kader
6.	Saat kunjungan rumah, kader memastikan data kontak sudah benar dan kontak anak dibawa ke Puskesmas	Kader
7.	Kader melakukan penapisan gejala dan faktor risiko TB kepada setiap kontak dewasa. Hasil penapisan dicatat di form skrining dan buku saku kader	Kader
8.	Jika kontak tidak dapat ditemui, kader menghubungi kontak untuk menjadwalkan pertemuan di lain waktu	Kader
9.	Kontak dengan hasil skrining positif dianjurkan datang ke Puskesmas dengan membawa tindakan form skrining yang sudah terisi	Kader
10.	Kontak dengan hasil skrining negatif diberi KIE tentang PHBS dan kewaspadaan gejala TB. Jika gejala TB timbul di kemudian hari, kontak perlu datang ke Puskesmas untuk pemeriksaan TB	Kader
11.	Pasien dan kontak serumah diberi KIE tentang penyakit TB, pentingnya pengobatan tuntas, serta pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah	Kader
12.	Hasil investigasi kontak dilaporkan ke Puskesmas dan dicatat di TB.16	Petugas Puskesmas dan kader
13.	Kontak terduga TB yang datang ke Puskesmas diperiksa apusannya untuk mengetahui diagnosis TB. Hasil pemeriksaan dicatat di TB.16 dan pasien diberi tatalaksana sesuai	Petugas Puskesmas
14.	Setiap akhir minggu, petugas Puskesmas bersama kader memeriksa TB.16 untuk memastikan bahwa semua kontak sudah diinvestigasi. Kontak terduga TB yang belum datang dihubungi dan dimotivasi kembali.	Petugas Puskesmas dan kader

## 2.5 Penelitian Terdahulu

No.	Author / Tahun / Judul teks / Artikel	Ruang lingkup masalah / Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
	Rosmila Tuharea / 2014 / Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Implementasi Penemuan Pasien TB Paru dalam Program Penanggulangan TB di Puskesmas Kota Semarang.	Hasil penemuan kasus baru TB di Kota Semarang beragam, dari 37 puskesmas hanya ada 2 puskesmas saja yang dapat memenuhi target. Sedangkan sisanya atau sebagian besar puskesmas belum mampu mencapai target yang telah ditentukan. / tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui faktor yang berhubungan dengan implementasi penemuan pasien TB Paru dalam penanggulangan TB di puskesmas kota Semarang.	Jenis penelitian <i>Explanatory Research</i> dengan <i>Cross Sectional design</i> . Analisis data menggunakan univariat dan bivariat.	Terdapat hubungan secara spesifik antara faktor komunikasi dengan penemuan pasien TB Paru ( $p=0,009$ ). Terdapat hubungan faktor sumber daya dan penemuan pasien TB ( $p = 0,010$ ). Terdapat hubungan antara disposisi dengan penemuan pasien TB ( $p = 0,016$ ) Terdapat hubungan yang signifikan faktor SOP dan penemuan pasien TB Paru ( $p=0,012$ ).
	Yayun Maryun / 2006 / Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Program TB Paru Terhadap Cakupan Penemuan Kasus Baru BTA (+) di Kota Tasikmalaya	Penemuan kasus baru BTA positif oleh Petugas Program TB Paru Puskesmas di Kota Tasikmalaya dalam kurun waktu 3 tahun terakhir belum menggambarkan keberhasilan yang diharapkan (tahun 2004 sebanyak 62%, tahun 2005 30% dan pada tahun 2006 sebesar 62,5%) / Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor	Penelitian observasional, data dianalisis secara kuantitatif dengan uji <i>Spearman Rank Test</i>	Faktor yang berhubungan dalam penelitian ini adalah pengetahuan ( $p=0,000$ ), pelatihan ( $p=0,024$ ), persepsi terhadap pekerjaan ( $p=0,002$ ), persepsi terhadap kepemimpinan ( $p=0,002$ ), persepsi terhadap sarana ( $p=0,004$ ), sikap ( $p=0,006$ ).

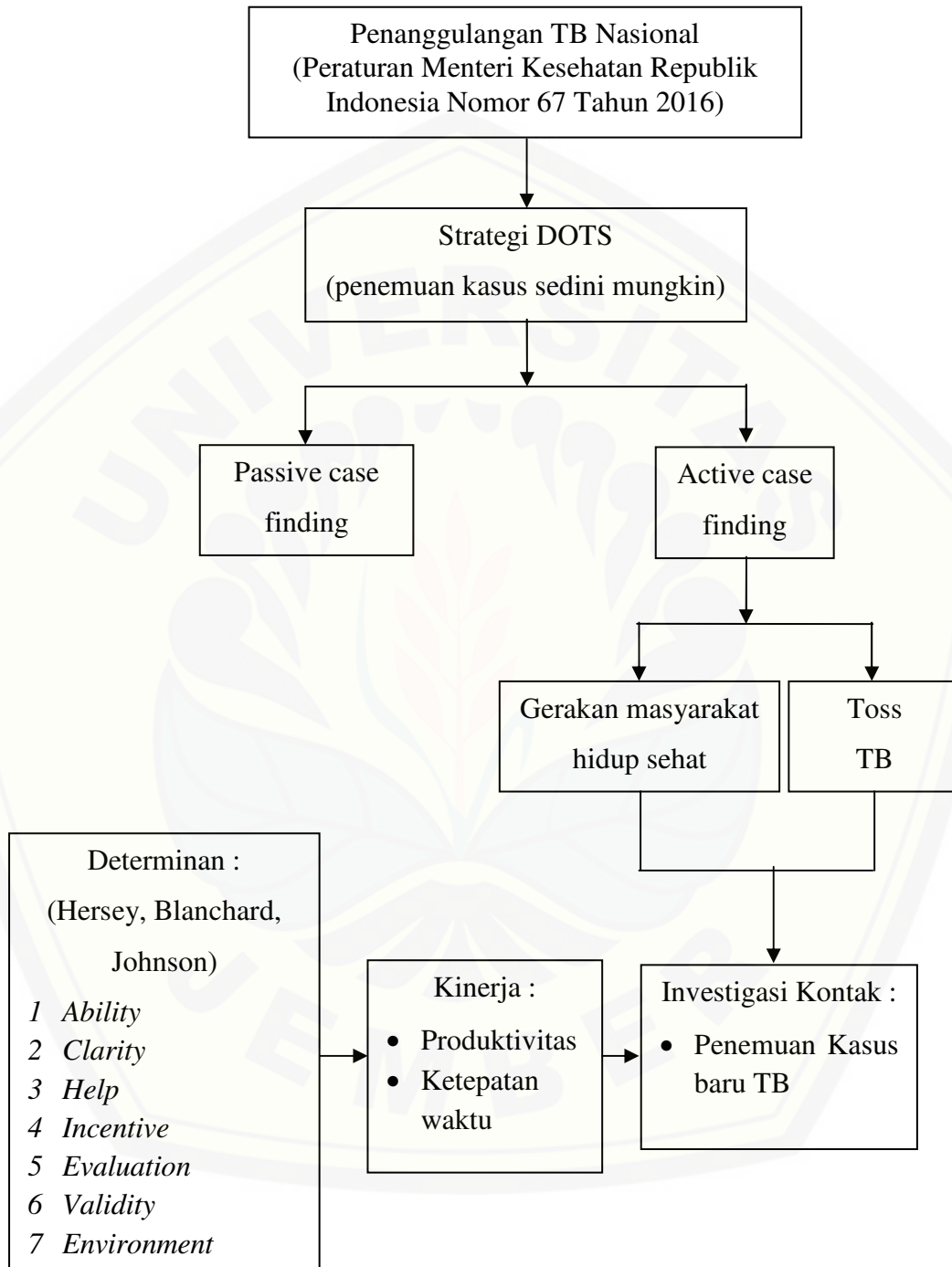
No.	Author / Tahun / Judul teks / Artikel	Ruang lingkup masalah / Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
		yang berhubungan terhadap kinerja petugas pelaksana program TB paru terhadap cakupan penemuan kasus BTA (+) di kota Tasikmalaya.		
	Asti Pratiwi / Kinerja Petugas Puskesmas Dalam Penemuan Penderita TB Paru Di Puskesmas Kabupaten Wajo / 2013	Pencapaian angka CDR oleh petugas P2TB di beberapa puskesmas Kabupaten Wajo belum menunjukkan keberhasilan yang memuaskan, dari 23 puskesmas, 57% diantaranya memiliki angka CDR di bawah 70% pada tahun 2011. Penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran kinerja petugas P2TB dalam menemukan kasus TB Paru berdasarkan faktor kinerja di wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Wajo tahun 2012	Penelitian ini menggunakan rancangan Mixed Methodology. Analisis data kuantitatif dilakukan dengan analisis univariat dan tabulasi silang, sementara data kualitatif dilakukan dengan menggunakan Model Miles and Huberman	penelitian menunjukkan 47,8% petugas dengan kinerja baik, 43,5% berpengetahuan baik, 47,8% yang terampil, 82,6% berpendidikan tinggi, dan 43,5% yang merasa puas. Analisis bivariat menunjukkan sebesar 50% petugas dengan pengetahuan dan kinerja baik, 45,5% petugas dengan keterampilan dan kinerja baik, 42,1% petugas dengan tingkat pendidikan tinggi dan kinerja baik, dan 60% petugas dengan kepuasan dan kinerja baik. Hasil penelitian kualitatif menunjukkan bahwa kinerja petugas P2TB dalam menemukan pasien TB paru di setiap puskesmas berbeda tergantung hasil kerjanya. Penelitian ini menyarankan agar petugas P2TB meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dalam penegakan diagnosis. Wasor TB sebaiknya menambah intensitas supervis dan

No.	Author / Tahun / Judul teks / Artikel	Ruang lingkup masalah / Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
				bagi peneliti selanjutnya agar melakukan wawancara mendalam kepada petugas mikroskopis puskesmas
	Payam Farhadi / 2013 / Study of factors affecting the productivity of nurses based on the ACHIEVE model and prioritizing them using analytic hierarchy process technique / 2012	Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi produktivitas sumber daya manusia dengan menggunakan model ACHIEVE dari sudut pandang perawat dan kemudian memprioritaskan dari perspektif kepala perawat dengan menggunakan teknik Analytic Hierarchy Process (AHP).	Penelitian deskriptif, cross sectional dan analitik. Dianalisis dengan menggunakan SPSS 15.0 dan beberapa uji statistik termasuk Independent-Samples T-Test dan koefisien korelasi Pearson, serta perangkat lunak Super Decisions (Beta Terbaru)	Hasil kerja karyawan berhubungan secara signifikan dengan jenis kelamin perawat ( $P = 0,008$ ), status perkawinan ( $P < 0,001$ ), tingkat pendidikan ( $P < 0,001$ ), dan semua faktor kuesioner ( $P < 0,05$ ). Produktivitas perawat dari perspektif mereka di bawah rata-rata ( $44,97 \square 7,43$ ). Faktor utama dapat mempengaruhi performa perawat sesuai model ACHIEVE berdasar sudut pandang perspektif kepala perawat menerapkan metode AHP, dari kebutuhan utaman hingga yang paling rendah yaitu: pemahaman peran, kompetensi, motivasi atau insentif, Evaluasi, dukungan organisasi, Lingkungan dan Validity
	Arash Ziapour / 2015 / Identification and Analysis of Labor Productivity Components Based on ACHIEVE	Identifikasi dan analisis komponen produktivitas ke berdasarkan model ACHIEVE dilakukan di antara karyawan di berbagai bagian Kermanshah	Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasional melalui metode stratified random sampling. Data	Hasilnya menunjukkan bahwa tujuh faktor lingkungan, penilaian kinerja, validitas, motivasi, dukungan organisasi, kejelasan, dan kemampuan efektif dalam meningkatkan

No.	Author / Tahun / Judul teks / Artikel	Ruang lingkup masalah / Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
	Model (Case Study: Staff of Kermanshah University of Medical Sciences)	University of Medical Sciences pada tahun 2014	dianalisis dengan perangkat lunak SPSS-18 dengan menggunakan statistik deskriptif dan inferensial.	produktivitas tenaga kerja. Analisis status staf universitas saat ini dalam sudut pandang karyawan menunjukkan bahwa dua faktor lingkungan dan evaluasi, yang memiliki dampak terbesar pada produktivitas tenaga kerja pada sudut pandang staf, berada dalam kondisi yang menguntungkan dan perlu diambil lebih lanjut.

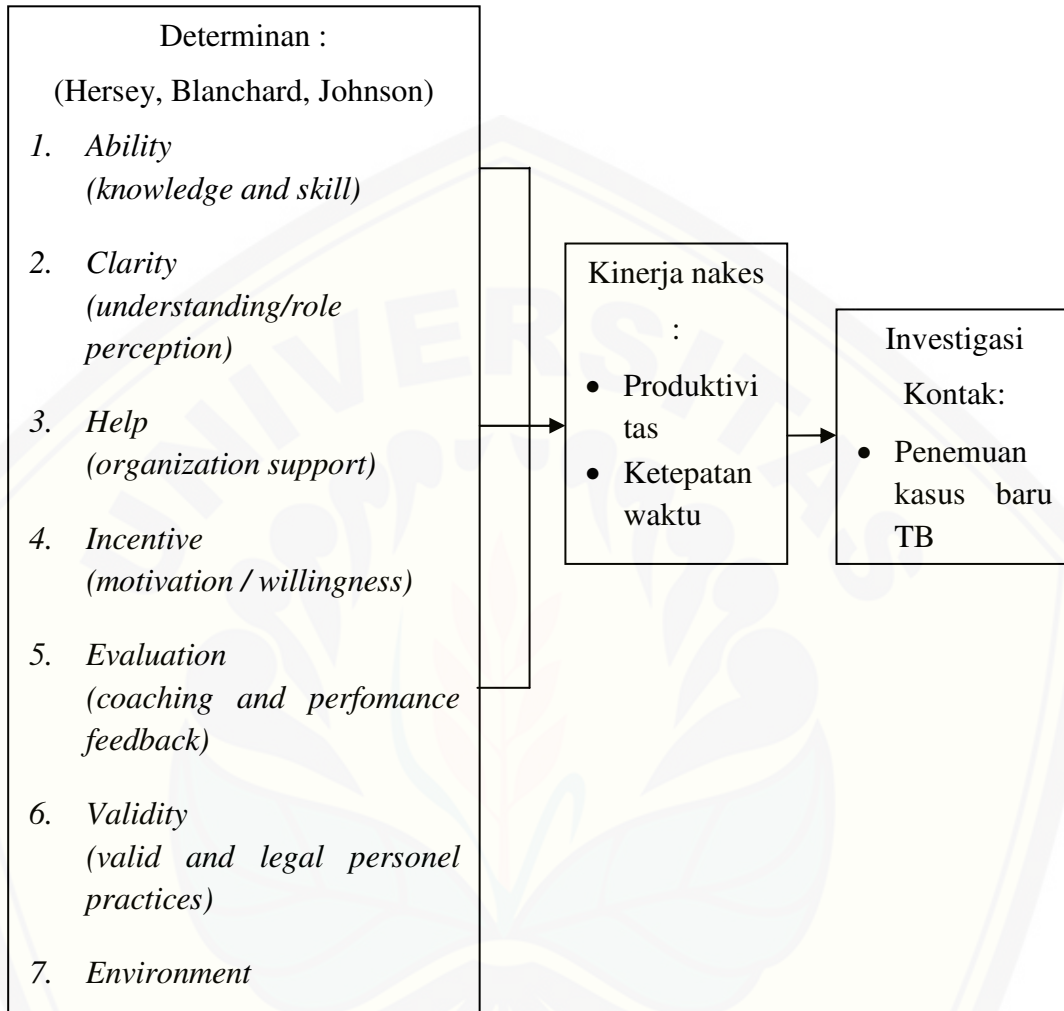


## 2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Bagan kerangka teori Permenkes RI No. 67 tahun 2016 yang dimodifikasi dengan Teori Determinan Hersey, Blanchard, Johnson Paul Hersey (2008)

## 2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

## 2.8 Hipotesis

Hipotesis adalah suatu pendapat yang masih lemah sehingga perlu melakukan pengujian agar dapat menegaskan hipotesis tersebut ditolak atau diterima. Hipotesis yang dapat dimunculkan dalam penelitian ini :

- a. Terdapat pengaruh antara *ability* terhadap kinerja tenaga kesehatan dalam penemuan kasus baru TB dengan investigasi kontak
- b. Terdapat pengaruh antara *clarity* terhadap kinerja tenaga kesehatan dalam penemuan kasus baru TB dengan investigasi kontak
- c. Terdapat pengaruh antara *help* terhadap kinerja tenaga kesehatan dalam penemuan kasus baru TB dengan investigasi kontak
- d. Terdapat pengaruh antara *incentive* terhadap kinerja tenaga kesehatan dalam penemuan kasus baru TB dengan investigasi kontak
- e. Terdapat pengaruh antara *evaluation* terhadap kinerja tenaga kesehatan dalam penemuan kasus baru TB dengan investigasi kontak
- f. Terdapat pengaruh antara *validity* terhadap kinerja tenaga kesehatan dalam penemuan kasus baru TB dengan investigasi kontak
- g. Terdapat pengaruh antara *environment* terhadap kinerja tenaga kesehatan dalam penemuan kasus baru TB dengan investigasi kontak

## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Metode dalam penelitian ini menerapkan analitik dengan observasional secara kuantitatif. Teknik kuantitatif adalah penelitian yang analisisnya lebih fokus pada data-data numerikal (angka) yang diolah dengan menggunakan metode statistika (Sugiyono, 2012). Desain dalam penelitian ini menggunakan *Cross Sectional* yakni penelitian yang dilakukan dengan mengukur objek atau subjek penelitian dilakukan dalam satu kali waktu, dengan maksud pengukuran atau pengamatan tersebut dilakukan satu kali. Pendekatan ini digunakan untuk melihat pengaruh variabel independen terhadap independen.

Sesuai rumusan masalah dan tujuan yang telah dipaparkan, penelitian ini bermaksud menganalisis pengaruh variabel independen terhadap dependen. Variabel independen atau yang berarti bebas dalam penelitian ini terdiri dari *ability, clarity, help, incentive, evaluation, validity, environment*. Sedangkan variabel dependennya adalah kinerja tenaga kesehatan. Penelitian ini mengukur pengaruh antara determinan (*ability, clarity, help, incentive, evaluation, validity, environment*) terhadap kinerja tenaga kesehatan dalam penemuan kasus baru TB dengan investigasi kontak di Kabupaten Jember.

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

#### 3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada seluruh wilayah kerja Puskesmas di Kabupaten Jember, yaitu sebanyak 50 puskesmas.

#### 3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dimulai bulan Februari hingga Maret 2018.

### 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah suatu totalitas subjek yang akan diteliti dimana didalamnya terdapat karakteristik atau kualitas khusus yang sudah ditentukan oleh peneliti

agar bisa dipelajari dan disimpulkan (Sugiyono, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah semua tenaga kesehatan yang melaksanakan program investigasi kontak TB di puskesmas kabupaten Jember. Jumlah petugas tersebut sebanyak 50 nakes.

### 3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel yaitu anggota dari populasi yang dicuplik dengan memperhatikan keterwakilan populasi (Hastono, 2013). Sampel yang akan digunakan pada penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang dianggap mewakili populasi pada seluruh puskesmas di Kabupaten Jember. Jumlah sampel yang didapatkan sebanyak 45 nakes.

### 3.3.3 Teknik Sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses dalam memilih dan memilah yang diambil dari populasi dan dapat merepresentasikannya. Teknik sampling yang digunakan adalah *total sampling*, yaitu semua anggota populasi dijadikan sebagai sampel penelitian.

### 3.3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Terdapat beberapa kategori dalam memilih subyek penelitian, yakni kriteria inklusi dan eksklusi. Kepentingan ini digunakan untuk memastikan sampel layak atau tidak digunakan dan mengurangi hasil penelitian yang bias. Berikut dua kriteria tersebut :

#### a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan tipe atau standar yang memenuhi syarat untuk bisa menjadi sampel penelitian (Notoatmodjo, 2012). Kriteria inklusi dalam penelitian ini sebagai berikut :

- 1) Semua tenaga kesehatan pelaksana program TB
- 2) Bersedia sebagai partisipan

#### b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria yang ditetapkan untuk mengeluarkan subyek dari penelitian karena terdapat keadaan yang mengganggu atau



menghambat jalannya penelitian (Nursalam, 2008). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Responden yang termasuk dalam uji validitas dan reliabilitas
- 2) Responden yang tidak bisa hadir atau ketika tidak berada di ruang kerja saat dilakukan pengamatan atau observasi.

### 3.4 Variabel dan Definisi Operasional

#### 3.4.1 Variabel Independent dan Variabel Dependen

Variabel independen atau sering disebut variabel yang mempengaruhi atau menjelaskan faktor yang diukur. Variabel bebas dalam penelitian ini yaitu determinan atau faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja tenaga kesehatan.

Variabel dependen juga disebut dengan variabel yang dipengaruhi oleh variabel independen. Variabel terikat juga disebut sebagai variabel efek, hasil, outcome, atau event. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kinerja tenaga kesehatan dalam penemuan kasus baru TB dengan investigasi kontak di kabupaten Jember.

#### 3.4.2 Definisi Operasional

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara pengukuran	Skala data
<b>Determinan Kinerja</b>				
1.	<i>Ability</i>	Pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki tenaga kesehatan dalam melakukan pekerjaannya.	Mengukur kemampuan menggunakan kuesioner, mengajukan 10 pertanyaan dengan 2 pilihan jawaban. Jawaban benar diberi skor 1, dan jawaban yang salah diberi skor 0. Kriteria penilaian : 1. Baik : skor 8-10 2. Cukup : skor 5-7 3. Kurang : skor <4	Ordinal
2.	<i>Clarity</i>	Pemahaman terhadap pekerjaannya dan persepsi peran yang dimilikinya di dalam pekerjaan	Mengukur persepsi menggunakan kuesioner, sebanyak 5 pertanyaan dengan 2 pilihan jawaban. Jawaban benar diberi skor 1, dan jawaban yang salah diberi skor 0.	Nominal

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara pengukuran	Skala data
			Kriteria penilaian : 1. Positif : skor 3-5 2. Negatif : skor <2	
3.	<i>Help</i>	Upaya organisasi dalam mendukung pelaksanaan investigasi kontak baik dari segi kepemimpinan dalam membantu meningkatkan kemampuan kinerja dan melengkapi sarana dan prasarana sesuai kebutuhan	Mengukur dukungan organisasi dengan mengacu pada indikator kepemimpinan memberdayakan pekerjanya menggunakan kuesioner, sebanyak 5 pertanyaan., dengan pilhan jawaban : 1. Sangat baik : 5 2. Baik : 4 3. Cukup baik : 3 4. Kurang baik : 2 5. Tidak baik : 1 Skor tertinggi : $5 \times 5 = 25$ Skor terendah : $5 \times 1 = 5$ Kriteria penilaian : 1. Baik : skor antara 25-17 2. Cukup : skor antara 16-9 3. Kurang baik : skor > 8	Ordinal
4.	<i>Incentive</i>	Dorongan yang timbul pada tenaga kesehatan untuk melaksanakan tugas dengan baik	Mengukur motivasi dengan mengacu pada indikator kerelaan pada nakes menggunakan kuesioner, sebanyak 5 pertanyaan dengan 2 pilihan jawaban. Jawaban Ya diberi skor 1, dan jawaban yang Tidak diberi skor 0. Kriteria penilaian : 1. Baik : skor 3-5 2. Kurang : skor <2	Nominal
5.	<i>Evaluation</i>	Bagian dari suatu proses dalam menilai langkah kerja yang bertujuan meningkatkan kemampuan nakes dalam melaksanakan investigasi kontak	Mengukur evaluasi dengan mengacu pada indikator pembinaan dan umpan balik kinerja menggunakan kuesioner, sebanyak 5 pertanyaan dengan 2 pilihan jawaban. Jawaban Ya diberi skor 1, dan jawaban yang Tidak diberi skor 0 Kriteria penilaian : 1. Baik : skor 3-5 2. Kurang : skor <2	Nominal

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara pengukuran	Skala data
6.	<i>Validity</i>	Tindakan nakes dalam melaksanakan investigasi kontak sesuai dengan tupoksi dan sop	Mengukur implementasi dengan mengacu pada indikator praktik personil (nakes) yang valid menggunakan kuesioner, sebanyak 5 pertanyaan dengan 2 pilihan jawaban. Jawaban Ya diberi skor 1, dan jawaban yang Tidak diberi skor 0 Kriteria penilaian : 1. Baik : skor 3-5 2. Kurang : skor <2	Nominal
7.	<i>Environment</i>	Kesesuaian nakes dengan lingkungan ketika melaksanakan investigasi kontak di lapangan yang dapat mempengaruhi kinerja	Mengukur lingkungan dengan mengacu pada indikator lingkungan fisik dan non fisik menggunakan kuesioner, sebanyak 5 pertanyaan. Skoring dengan skala likert : 1. Sangat sesuai : 5 2. Sesuai : 4 3. Kurang sesuai : 3 4. Tidak sesuai : 2 5. Sangat tidak sesuai : 1 Skor tertinggi : $5 \times 5 = 25$ Skor terendah : $5 \times 1 = 5$ Kriteria penilaian : 1. Baik : skor antara 25-17 2. Cukup : skor antara 16-9 3. Kurang baik : skor > 8	Ordinal
<b>Variabel Dependen</b>				
8.	Kinerja	Hasil penemuan pasien TB oleh tenaga kesehatan dengan waktu yang telah ditentukan menggunakan metode investigasi kontak	Mengukur kinerja menggunakan kuesioner sebanyak 3 pertanyaan, dengan menjawab berupa angka. Hasil kinerja disesuaikan dengan target perwilayah kerja puskesmas yang telah ditetapkan oleh dinkes (form TB. 16). Cara pengukuran : 1. Item nomor 1, nilai 0 untuk jumlah kontak yang diinvestigasi kurang dari standar,	Ordinal

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara pengukuran	Skala data
			nilai 1 jika mendapatkan lebih dari target 2. Item nomor 2, nilai 0 untuk penemuan kasus kurang dari standar, nilai 1 jika memenuhi target, nilai 2 jika dapat melebihi target 3. Item nomor 3, nilai 0 untuk waktu yang dibutuhkan melebihi dari standar, nilai 1 jika tepat waktu, nilai 2 jika dapat menyelesaikan kurang dari waktu yg telah ditentukan Kriteria penilaian : 1. Melebihi target : Bila item nomor 2 dan 3 memiliki nilai 2 2. Sesuai dengan target : Bila semua item nilainya 1 3. Tidak tercapai : Bila terdapat salah satu item memiliki nilai 0	

Sumber : (Paul Hersey dan Marshall Goldsmith, 2008)

### 3.5 Data dan Sumber Data

#### 3.5.1 Data Primer

Informasi yang didapatkan peneliti sebagai data primer ini dikumpulkan secara langsung oleh peneliti yang ditemukan langsung dari sumbernya, yaitu tenaga kesehatan pelaksana investigasi kontak pada seluruh puskesmas di Kabupaten Jember. Teknik yang diaplikasikan berguna dalam mengumpulkan data dengan menyebarkan kuesioner, meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan, lama bekerja dan terkait determinan kinerja diantaranya *ability*, *clarity*, *help*, *incentive*, *evaluation*, *validity*, *environment*.

### 3.5.2 Data Sekunder

Informasi sekunder merupakan informasi yang cara untuk mendapatkannya tidak langsung melalui narasumber, melainkan didapatkan dari dokumen-dokumen dari Dinas Kesehatan dan Puskesmas di kabupaten Jember. Data sekunder terdiri dari laporan bulanan puskesmas untuk dinas kesehatan, berupa form TB 16 dan data target penemuan kasus baru setiap wilayah kerja puskesmas Kabupaten Jember yang ditentukan oleh Dinas Kesehatan kabupaten Jember.

## 3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

### 3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Metode yang diterapkan oleh peneliti dalam mengumpulkan informasi menggunakan kuesioner dengan wawancara. Kuesioner adalah instrumen penggalan data yang dioperasionalkan ke dalam bentuk item pertanyaan maupun pernyataan tertulis. Angket atau kuesioner merupakan metode pengumpulan data, instrumennya disebut sesuai dengan nama metodenya.

### 3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen berfungsi sebagai alat bantu dalam mengumpulkan data yang diperlukan. Bentuk instrumen berkaitan dengan metode pengumpulan data. Metode angket atau kuesioner instrumennya berupa angket atau kuesioner. Jenis kuesioner yang digunakan adalah kuesioner bentuk pertanyaan tertutup (disediakan alternatif jawaban). Kuesioner dalam penelitian ini menilai determinan terhadap kinerja tenaga kesehatan puskesmas dalam penemuan kasus TB dengan investigasi kontak. Variabel dalam determinan tersebut meliputi *ability, clarity, help, incentive, evaluation, validity, environment*.

## 3.7 Teknik Pengolahan Data dan Analisis Data

### 3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Informasi didapat selanjutnya diproses dalam tahap pengolahan data, tahapan kegiatan meliputi :

- 1) Persiapan

Meliputi kelengkapan identitas pengisian dan kelengkapan data.



## 2) *Editing*

Hasil pengumpulan data yang didapatkan kemudian dirubah sesuai dengan petunjuk pengisian kuesioner yang telah ditentukan. Jika terdapat hasil kuesioner yang tidak mengikuti aturan, dan tidak mungkin pengamatan ulang maka kuesioner tersebut dikeluarkan.

## 3) *Coding*

Instrumen untuk mencatat data dan informasi dengan cara konvensional menggunakan lembaran berisi kolom. Lembaran tersebut berisi nomor responden dan nomor pertanyaan

## 4) *Entry*

Mengisi kolom atau lembar kode dengan jawaban masing-masing pertanyaan

## 5) *Tabulasi*

Membuat tabel data sesuai dengan tujuan yang diinginkan oleh peneliti

### 3.7.2 Teknik Analisis Data

Teknik analisis data pada penelitian ini menggunakan 2 tahap yaitu

#### 1. *Analisis univariate*

Analisis ini dilakukan dengan membuat tabel distribusi frekuensi dan sebaran data dalam bentuk tabel sehingga dihasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel mendeskripsikan variabel penelitian. Data yang ditampilkan dalam analisa univariat adalah distribusi frekuensi dari karakteristik sampel terkait, meliputi umur, jenis kelamin, lama bekerja, dan pendidikan terakhir dan determinan kinerja.

#### 2. *Analisis multivariate*

Adalah suatu metode satistika yang tujuan digunakannya adalah untuk menganalisis data yang terdiri dari banyak variabel serta diduga antar variabel tersebut saling berhubungan satu sama lain. Penelitian ini menggunakan lebih dari 2 variabel bebas dan satu variabel terikat, serta terdapat korelasi atau keterikatan antara variabel satu dengan lainnya. Variabel bebas dalam penelitian ini meliputi determinan yang meliputi

*ability, clarity, help, incentive, evaluation, validity, environment* terhadap kinerja tenaga kesehatan layaknya variabel dependen. Penelitian ini mengaplikasikan metode analisis dengan Regresi Logistik Ordinal. Regresi logistik ordinal merupakan salah satu analisis regresi yang diterapkan untuk menganalisis pengaruh antara variabel respon dan variabel prediktor, dimana variabel respon bersifat polikotomus dengan skala ordinal. Analisa diawali pengolahan data menggunakan *Microsoft Excel*, kemudian pengujian akan dilaksanakan dengan menggunakan software *SPSS 16.0* sehingga akan mengeluarkan hasil berdasar teknik yang digunakan.

### 3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

#### 3.8.1 Uji Validitas

Validitas angket dalam penelitian menggunakan korelasi *Pearson Product Moment*, yaitu langkah uji korelasi antar skor tiap-tiap variabel dengan skor total untuk mengetahui derajat keeratan hubungan. Item pertanyaan dapat dikatakan valid jika hasil skor tiap pertanyaan signifikan dengan skor total. Dikatakan signifikan jika  $t_{hitung} > t_{tabel}$  pada derajat kepercayaan 95%.

Tabel 3.2 Hasil Uji Validitas

Variabel	Item Pertanyaan	R <sub>hitung</sub>	R <sub>tabel</sub>	Keterangan
<i>Ability</i>	Q1	0,721	0,288	Valid
	Q2	0,721		
	Q3	0,721		
	Q4	0,721		
	Q5	0,371		
	Q6	0,380		
	Q7	0,774		
	Q8	0,774		
	Q9	0,702		
	Q10	0,702		
<i>Clarity</i>	Q11	0,371	0,288	Valid
	Q12	0,371		
	Q13	0,721		
	Q14	0,774		
	Q15	0,702		

Variabel	Item Pertanyaan	R <sub>hitung</sub>	R <sub>tabel</sub>	Keterangan
<i>Help</i>	Q16	0,613	0,288	Valid
	Q17	0,626		
	Q18	0,637		
	Q19	0,535		
	Q20	0,449		
<i>Incentive</i>	Q21	0,302	0,288	Valid
	Q22	0,596		
	Q23	0,575		
	Q24	0,613		
	Q25	0,474		
<i>Evaluation</i>	Q26	0,620	0,288	Valid
	Q27	0,592		
	Q28	0,471		
	Q29	0,575		
	Q30	0,325		
<i>Validity</i>	Q31	0,404	0,288	Valid
	Q32	0,416		
	Q33	0,407		
	Q34	0,416		
	Q35	0,416		
<i>Environment</i>	Q36	0,340	0,288	Valid
	Q37	0,678		
	Q38	0,544		
	Q39	0,596		
	Q40	0,467		
Kinerja	Q41	0,560	0,288	Valid
	Q42	0,536		
	Q43	0,536		

### 3.8.2 Uji Reliabilitas

Parameter yang digunakan untuk mengukur suatu alat, agar alat tersebut dapat diakui keajegannya. Kepercayaan tersebut dapat ditunjukkan dengan hasil dari pengukuran alat dengan beberapa kali dilakukan pengukuran. Hasil dari pengukuran tersebut menghasilkan jawaban yang konsisten atau tetap atau tidak berubah. Uji Reliabilitas dilakukan untuk mengukur konsistensi dan stabilitas dari skor (skala pengukuran). Kriteria yang digunakan untuk mengetahui tingkat

reliabilitas adalah besarnya nilai *cronbach's alpha*. Instrumen penelitian dapat dikatakan ajeg apabila hasil yang didapatkan menunjukkan alpha lebih besar dari 0,6 (dalam Ghozali, 2013). Untuk keperluan uji kuesioner, responden yang digunakan adalah pada lokasi yang berbeda dengan lokasi penelitian namun memiliki karakteristik yang sama. Jumlah responden yang digunakan adalah 10% dari jumlah sampel penelitian, sehingga didapatkan beberapa responden di wilayah kerja puskesmas kabupaten Jember yang meliputi Puskesmas Semboro, Kalisat, Karangduren, Tempurejo, dan Wuluhan.

Tabel 3.2 Hasil Uji Reliabilitas

Cronbach Alpha	N of items
0,909	43

### 3.9 Etika Penelitian

Penelitian kesehatan pada umumnya dan penelitian kesehatan masyarakat pada khususnya menggunakan manusia sebagai objek yang diteliti di satu sisi, dan sisi yang lain manusia sebagai peneliti atau yang melakukan penelitian. Hal ini berarti bahwa ada hubungan timbal balik antara orang sebagai peneliti dan orang sebagai yang diteliti. Hubungan antara peneliti dengan yang diteliti adalah sebagai hubungan antara mereka yang memerlukan informasi dan mereka yang memberikan informasi Notoatmodjo, (2010). Oleh sebab itu masalah etika dalam penelitian harus diperhatikan.

Masalah etika dalam penelitian ini mencakup (Hidayat, 2009) :

a. *Information for consent*

*Information for consent* adalah bentuk permohonan peneliti kepada responden untuk dapat menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan dengan memberikan lembaran permohonan yang diberikan sebelum dilakukan penelitian.

b. *Informed consent*

*Informed consent* adalah formulir persetujuan yang berisi informasi kepada calon subjek penelitian sebelum mereka memutuskan kesediaannya untuk menjadi responden sebagai bentuk partisipasi dalam penelitian. salah satu manfaat dari *informed consent* subjek atau responden mendapatkan perlindungan dan jaminan

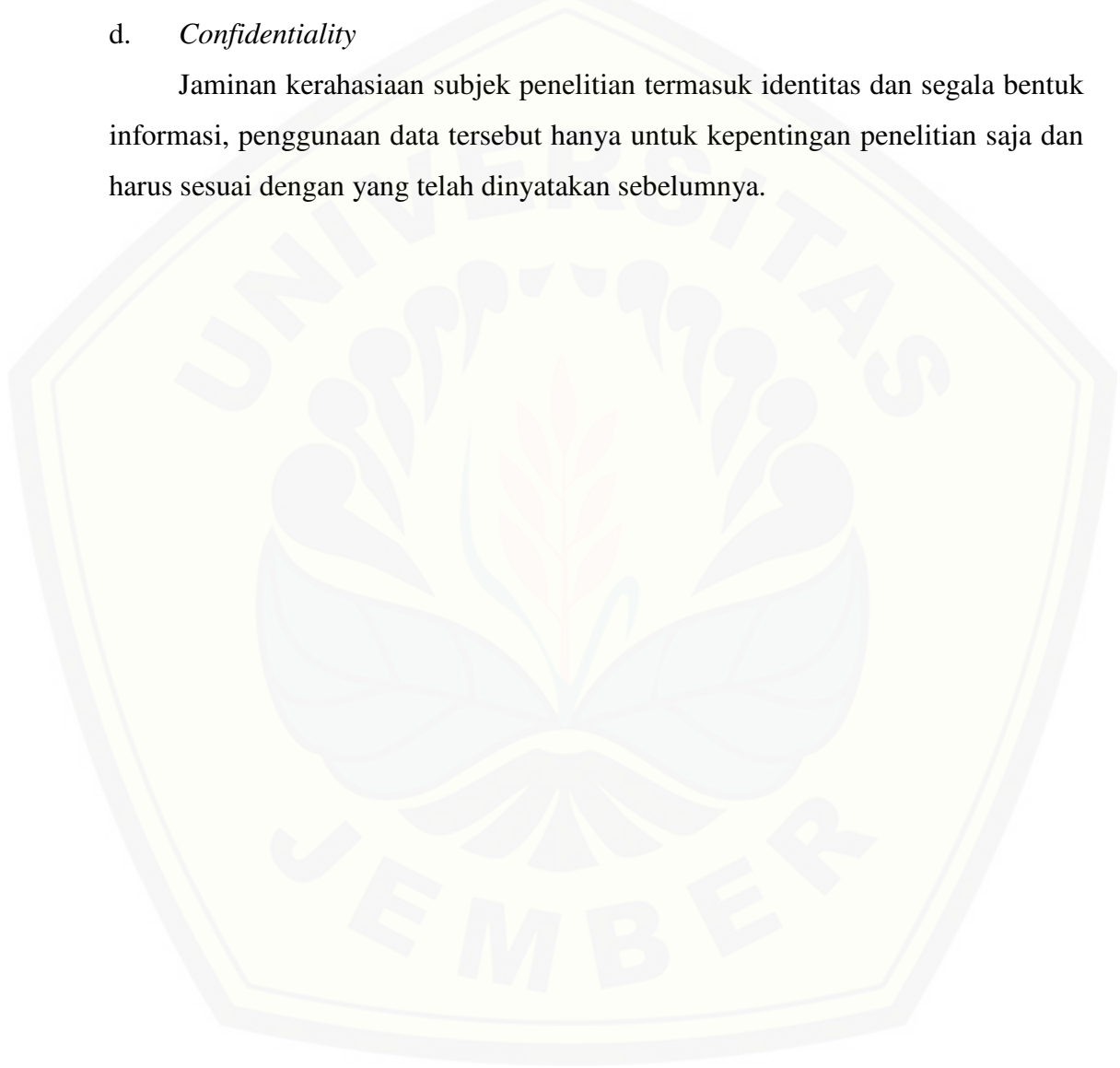
terhindar dari hal-hal yang tidak diinginkan. Kesiediaan responden untuk menjadi subyek dengan bentuk tandatangan formulir persetujuan, jika responden menolak tandatangan maka peneliti harus menerima dan menghargai keputusan tersebut.

c. *Anonimity*

Pada lembar alat ukur, identitas responden hanya ditulis dengan kode.

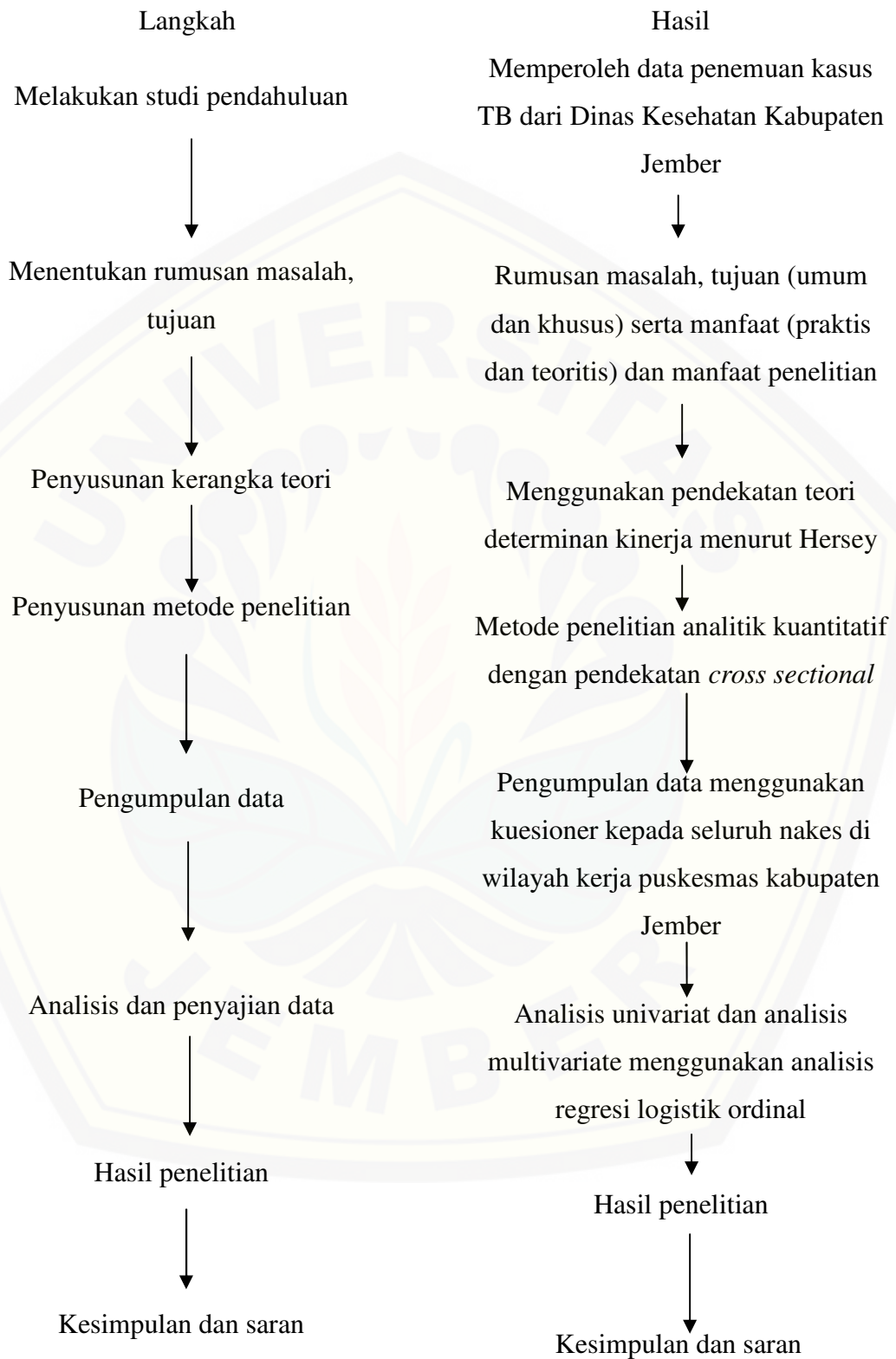
d. *Confidentiality*

Jaminan kerahasiaan subjek penelitian termasuk identitas dan segala bentuk informasi, penggunaan data tersebut hanya untuk kepentingan penelitian saja dan harus sesuai dengan yang telah dinyatakan sebelumnya.





### 1.10 Alur Penelitian



## BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

Analisis faktor yang mempengaruhi (determinan) kinerja tenaga kesehatan dalam penemuan kasus baru TB dengan investigasi kontak di kabupaten jember telah dibahas pada bab 4, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

- a. Karakteristik responden tenaga kesehatan program TB dalam penelitian ini umur dan lama bekerja berpengaruh terhadap kinerja. Jenis kelamin dan pendidikan terakhir tidak berpengaruh terhadap kinerja.
- b. Sebagian besar responden terklasifikasi baik, positif dan melebihi target dalam faktor *ability*, *clarity*, *help*, *incentive*, *validity* dan kinerja. Sedangkan *environment* dominan berkategori cukup.
- c. Pengaruh determinan terhadap kinerja :
  - 1) Terdapat pengaruh *ability* terhadap kinerja, penelitian ini menunjukkan bahwa semakin baik kemampuan (*ability*) yang dimiliki seseorang maka semakin baik pula kinerja orang tersebut.
  - 2) *Clarity* berpengaruh terhadap kinerja. Penelitian ini menunjukkan bahwa semakin baik pemahaman dan persepsi peran nakes dalam pekerjaannya maka akan mempengaruhi hasil kerja menjadi baik pula.
  - 3) Terdapat pengaruh antara *help* (dukungan organisasi) terhadap kinerja. Sarana yang ada di puskesmas sangat membantu petugas dalam meningkatkan kinerja, sehingga sarana tersebut sangat penting dalam pelaksanaan investigasi kontak guna mengoptimalkan penemuan kasus baru TB.
  - 4) Tidak terdapat pengaruh antara *incentive* secara signifikan terhadap kinerja, karena insentif dalam pelaksanaan investigasi kontak diberikan kepada kader.
  - 5) Terdapat pengaruh *evaluation* secara signifikan terhadap kinerja, karena evaluasi merupakan proses umpan balik yang efektif memungkinkan karyawan mengetahui seberapa baik pekerjaan yang sudah mereka lakukan atau kerjakan.

- 6) Tidak terdapat pengaruh antara *validity* terhadap kinerja. *Validity* mengacu pada kesesuaian nakes dengan SOP, termasuk pencatatan serta pelaporan.
  - 7) Terdapat pengaruh antara faktor *environment* secara signifikan terhadap kinerja. Suasana lingkungan kerja yang sesuai dapat memotivasi tenaga kesehatan agar lebih semangat bekerja dan puas dengan pekerjaannya, sehingga menumbuhkan tanggung jawab untuk menyelesaikan tugas menjadi lebih baik.
- d. Berdasarkan hasil akhir faktor yang paling berpengaruh terhadap kinerja adalah *ability*. Namun faktor *clarity*, *help*, *evaluation* dan *environment* juga dapat dijadikan sebagai prioritas dalam pengambilan kebijakan untuk meningkatkan kinerja tenaga kesehatan dalam menemukan kasus baru TB

## 5.2 Saran

Menurut kesimpulan sebagaimana disebutkan pada poin sebelumnya, maka saran yang perlu dipertimbangkan oleh peneliti adalah sebagai berikut :

- a. Bagi dinas kesehatan
  - 1) Dalam peningkatan dan efektivitas kinerja, skrining investigasi kontak agar dilakukan dengan menetapkan jarak atau radius dari lingkungan pasien TB. Mengadopsi dari negara Uganda yang telah mengaplikasikan investigasi kontak, penggunaan peta GIS sangat bermanfaat untuk kegiatan pelacakan kontak.
  - 2) Perlu adanya pelatihan (*training*) dan *workshop* untuk meningkatkan kinerja pengelola program TB dalam memaksimalkan program investigasi kontak.
  - 3) Perlu adanya tenaga khusus sebagai pelaksana pencatatan dan pelaporan (sistem informasi), agar tenaga kesehatan pemberi layanan lebih fokus dalam memaksimalkan program investigasi kontak.
  - 4) Dinas Kesehatan Kabupaten Jember diharapkan dapat memenuhi dan memfasilitasi peralatan laboratorium yang belum lengkap ataupun yang tidak layak pakai yang dimiliki oleh tiap puskesmas melalui

pengadaan peralatan yang baru bagi puskesmas yang belum memilikinya sehingga akan memperlancar pekerjaan dalam penemuan kasus baru.

5) Perlunya menjalin kerjasama antar lintas sektor untuk menunjang keberhasilan program TB.

b. Bagi puskesmas

Diharapkan puskesmas lebih meningkatkan penyuluhan, terutama penyuluhan di kelompok masyarakat dengan berkoordinasi serta melibatkan tokoh masyarakat/tokoh agama, organisasi masyarakat, dan lintas sektor lainnya. Puskesmas juga diharapkan lebih memberdayakan tenaganya dalam mengevaluasi serta menentukan strategi pencapaian penemuan kasus suspek tuberkulosis.

c. Bagi tenaga kesehatan

Diharapkan tenaga kesehatan pelaksana program TB dapat melaksanakan sosialisasi dan penyuluhan kepada perorangan dan kelompok masyarakat dilakukan secara berkala dan berkeinambungan sehingga mampu meningkatkan pengetahuan masyarakat terhadap program-program yang ada dan dapat meningkatkan pola dan budaya hidup sehat di lingkungannya. Sehingga pada akhirnya penyakit tuberkulosis dapat direduksi dan dieliminasi.

d. Bagi peneliti

Dalam penelitian ini berfokus pada interaksi antara faktor apa saja yang mempengaruhi kinerja. Ukuran sampel yang digunakan dalam penelitian ini tidak terlalu besar, sehingga diharapkan untuk penelitian selanjutnya menggunakan sampel yang lebih besar dan temuannya perlu ditafsirkan dengan hati-hati terkait dengan generalisasi. Sehingga penelitian selanjutnya perlu dikaji secara kualitatif bagaimana faktor-faktor ini dapat saling mempengaruhi.

**Daftar Pustaka**

- Alfianto, Sandy, dan Dhini, S. 2015. Pengaruh Profesionalisme, Komitmen Organisasi, Struktur Audit terhadap Kinerja Auditor *Accounting Analysis Journal*, 4 (1) : 2252-6765.
- Ammons, D. N., Liston, E. G., dan Jones, J. A. 2013. Performance management purpose, executive engagement, and reported benefits among leading local governments. *Journal State & Local Government*, 45(3), 172–179.
- Amron dan Imran, T. 2009. Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Produktivitas Tenaga kerja Outlet Telekomunikasi Seluler Kota Makassar. *Jurnal Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Nobel Indonesia*,7(2) : 167-179
- Annual Report. 2017. *Bending the curve-ending TB 2030* : WHO
- Annual Report. 2015. *Challenge TB. United States Government* : United States Agency for International Development (USAID)
- Armstrong, M. 2000. *Performance management: Key strategies and practical guidelines (2nd ed.)*. London, UK: Kogan Page
- Askari, R., Rafiei, S., dan Montazerolfaraj, R., Tafti, A, D. 2016. Quality of Working Life and Its Association with Organizational Performance: A Model Applied for Healthcare Workers. *Biotech Health Sci. inpress(inpress)*: e42050
- Bangun, W. 2012. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta: Erlangga
- Bititci, U., Cocca, P., dan Ates, A. 2015. Impact of Visual Performance Management Systems On The Performance Management Practice Of Organizations. *International Journal of Production Research*, 54 (6) : 1571-1593.
- Cho, Y. J., dan Lee, J. W. 2012. Performance Management and Trust in Supervisors. *Journal of Public Personnel Administration*, 32(3), 236–259.
- Danang, S. 2013. *Metodologi Penelitian Akuntansi*. Bandung : PT Refika Aditama Anggota Ikapi.
- Dwiyanto, A. 2007. *Kinerja Tata Pemerintahan Daerah di Indonesia*. Yogyakarta : PSKK.UGM
- Dwiyanto, A. 2008. *Reformasi Birokrasi Publik di Indonesia*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
- Dwiyanto, A. 2012. *Reformasi Birokrasi Public Di Indonesia*.Yogakarta: Gadjah



Mada University Press.

Eldridge, F., dan Dembkowski, S. 2004. *The Achieve Coaching Model*. United Kingdom : Fenman Limited.

European Centre for Disease Prevention and Control. 2017. *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2017*. WHO

Fahmi, I. 2011. *Analisa Laporan Keuangan*. Bandung : Alfabeta

Fahmi, I. 2013. *Pengantar Manajemen Keuangan*. Bandung : Alfabeta.

Farshadgohar, N. 2016. Study the Effect of Achieve Model on Employee Performance in Bank Melli Iran. *The Caspian Sea Journal ISSN: 1578-7899 Volume 10, Issue 1, Supplement 4 (2016) 247-251*

Farhadi, P. 2013. Study of factors affecting the productivity of nurses based on the ACHIEVE model and prioritizing them using analytic hierarchy process technique, 2012. *Arch Pharma Pract* 2013;4:63-70

Ghozali, I. 2013. *Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program IBM SPSS 21 Update PLS Regresi*. Semarang : Badan Penerbit Universitas Diponegoro.

Gitosudarmo. 2008. *Manajemen Pemasaran, edisi pertama, cetakan keempat*. Yogyakarta : BPFE

Gusnetti. 2014. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Karyawan pada PT. Garuda Indonesia Pekanbaru. *Journal FISIP Universitas Riau*, 1(2), 1–11.

Gustiana, B. 2015. Pengaruh Dukungan Organisasi dan Komitmen Organisasional Terhadap Kinerja Karyawan Kontrak. *Jurnal Sains Manajemen*. ISSN : 2302-1411 Volume IV, Nomor 1, April 2015

Guy, E. S., dan Mallampalli, A. 2008. Managing TB in the 21st century: existing and novel drug therapies. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*, 2(6), 401–408.

Haghighi, Dorosti, Rahnama, dan Hoseinpour. 2012. Evaluation of Factors Affecting Customer Loyalty In The Restaurant Industry. *African Journal Of Business Management*. Vol. 6 (14), pp. 5039-5046.

Hasibuan, M. 2012. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta : PT Bumi Aksara

Harsuko, R. 2011. *Mendongkrak Motivasi dan Kinerja : Pendekatan Pemberdayaan SDM*. Malang : UB Press.

Hastono, S., dan Sabri. 2010. *Statistik Kesehatan*. Jakarta : PT. Raya Grafindo

Persada.

Hastono, S.P., dan Sabri, L. 2011. *Statistik Kesehatan*. Jakarta : Rajawali Press.

Health Resources and Services Administration. 2011. *Performance Management And Measurement*. United States : U. S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration

Hersey, P., Blanchard, K. H., dan Johnson, D. E. 1996. *Management of organizational behavior: Utilizing human resource*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Hersey, P., Blanchard, K. H, dan Johnson, D. E. 2008. *Pengelolaan Perilaku Organisasi* ( ed . 9 ). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Hidayat. 2009. *Metode Penelitian dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika

Hughes, R. L., Ginnet, R. C., & Curphy, G. J. 2012. *Leadership : Memperkaya Pelajaran dari Pengalaman. Edisi Ketujuh*. Jakarta : Salemba Humanika.

Ilyas, Y. 2012. *Kinerja, Teori, Penilaian dan Penelitian*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM Universitas Indonesia.

Infodatin Tuberkulosis. 2016. *Temukan Obati Sampai Sembuh*. Jakarta: Kemenkes RI.

Jacobsen, C. B., dan Andersen, L. B. 2014. Performance Management In The Public Sector: Does It Decrease Or Increase Innovation And Performance. *International Journal of Public Administration*, 37(14), 1011–1023

Karki, Kittel, Bolokan, dan Duke. 2017. Active Community-Based Case Finding for Tuberculosis With Limited Resources. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 29(1), 17–27.

Kashani, F. H., dan Shamsavarani, H.R. 2015. The Impact of Participative Management on the Performance of Tehran Regional Water Company's Staff. *J. Appl. Environ. Biol. Sci.*, 5(2)63-70, 2015.

Liu, Cheng, Wang Zhang, dan Chu. 2010. A Systematic Review Of The Investigation And Management Of Close Contacts Of Tuberculosis In China. *Journal of Public Health*, 32(4), 461–466.

Mahmudi. 2013. *Manajemen Kinerja Sektor Publik*. Sekolah Tinggi IlmuManajemen YKPN, Yogyakarta

Mahsun, M. 2006. *Pengukuran Kinerja Sektor Publik*, Edisi Pertama, Yogyakarta: BPFE

- Mangkunegara, A. P. 2005. *Evaluasi Kinerja Sumber Daya Manusia*, Cetakan 1, Bandung: PT. Refika Aditama.
- Maryun, Y. 2007. Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Program TB Paru Terhadap Cakupan Penemuan Kasus Baru BTA (+) di Kota Tasikmalaya Tahun 2006. *Tesis*. Semarang : Mahasiswa IKM Universitas Diponegoro
- Mathis, Robert, L., John, H., dan Jackson. 2006. *Human Resource Management, terjemahan, Edisi Kesepuluh*, Jakarta: Salemba Empat.
- Moulana, F. 2017. Pengaruh Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan Melalui Variabel Mediator Motivasi Kerja. *Jurnal Administrasi Bisnis (JAB)*, 44 (1) : 178-185
- Mutmainah, S. 2006. Studi Tentang Perbedaan Evaluasi Etis, Intensi Etis, dan Orientasi Etis Dilihat dari Gender dan Disiplin Ilmu : *Simposium Nasional Akutansi 9*, Padang.
- Nasucha, C. 2004. *Reformasi Administrasi Publik*. Jakarta: PT. Grasindo.
- Nurdiana, I. 2015. *Studi Komparasi Implementasi Kurikulum 2013 Di Kelas X Antara Sekolah Menengah Atas Negeri 1 Taman Sidoarjo Dengan Madrasah Aliyah Negeri Sidoarjo*. Undergraduate thesis, UIN Sunan Ampel
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Pasolong, H. 2007. *Teori Administrasi Publik*. Bandung : Alfabeta
- Pasolong, H. 2011. *Teori Administrasi Publik*. Bandung : Alfabeta.
- Pasolong, H. 2013. *Kepemimpinan Birokrasi*. Bandung : CV. Alfabeta
- Permenkes RI. 2016. *Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta : Permenkes RI.
- Pratiwi, A. 2013. Kinerja Petugas Puskesmas Dalam Penemuan Penderita TB Paru Di Puskesmas Kabupaten Wajo. *Tesis*. Unhas: Makassar
- Prawirosentono, S. 2008. *Manajemen Sumberdaya Manusia “Kebijakan Kinerja Karyawan”*, Yogyakarta: BPFE UGM
- Ranupendoyo dan Saud. 2015. *Managemen Personality*. Yogyakarta : Pustaka Binawan Presindo FE-UGM

- Rashidi, R. 2015. *International Journal of Academic Research* . Vol. 7 Issue 1, p210-214. 5p.
- Robbins, S. P., dan Timothy, A. 2008. *Perilaku Organisasi*, Edisi ke 12, Jakarta: Salemba Empat
- Robbins, S. P. 2009. *Organizational behavior*. San Diego: San Diego State University.
- Rosmila, T., Anneke, S., dan Ayun, S. 2014. *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Implementasi Penemuan Pasien Tb Paru dalam Program Penanggulangan Tb di Puskesmas Kota Semarang*. Indonesia, Manajemen Kesehatan Kasus, Penemuan Program, Implementasi, 2(2).
- Sandy, M., dan Muhammad. 2015. *Karakteristik Pekerjaan dan Kinerja Dosen Luar Biasa UIN Sunan Gunung Djati Bandung: Komitmen Organisasi Sebagai Variabel Moderating*. Tesis : Universitas Widayatama Bandung
- Sedarmayanti. 2003. *Sumber Daya Manusia dan Produktivitas Kerja*. Bandung : Ilham Jaya
- Simanjuntak, P J. 2011. *Manajemen dan Evaluasi Kinerja*. Jakarta: Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia
- Sinambela, L. 2012. *Kinerja Pegawai: Teori, Pengukuran dan Implikasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta
- Sun, R., dan Van, R. G. 2014. *Performance Management Practices Associated With Better Outcomes Empirical evidence from New York Public Schools*. *American Review of Public Administration*, 44(3), 324–338.
- Tarwaka. 2010. *Ergonomi Industri*. Surakarta : Harapan Press
- TB Care. 2015. *Adaptation and Implementation Guide for Recommendations for Investigating Contacts of Persons with Infectious Tuberculosis in Low- and Middle-income Countries*. United States Agency for International Development (USAID).
- Tjiptono, F. 2007. *Pemasaran Jasa*. Malang : Bayumedia
- Undang-Undang Republik Indonesia. 2014. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan*. Jakarta : UU RI



- WHO. 2012. *Recommendations For Investigating Contacts Of Persons With Infectious Tuberculosis In Low- And Middle-Income Countries*. Geneva: WHO Press.
- WHO. 2015. *Global Tuberculosis Report*. Geneva: World Health Organization
- Wibowo. 2006. *Manajemen Perubahan*, Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Wibowo. 2007. *Manajemen Kinerja*, Jakarta: Rajawali Pers.
- Wibowo. 2013. *Manajemen Kinerja*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Wirawan. 2015. *Budaya dan Iklim Organisasi Teori Aplikasi dan Penelitian*, Jakarta: Salemba Empat
- Wongsosudono, C. 2012. Hubungan Komitmen Organisasi, Umur, Dan Motivasi Terhadap Kinerja Dosen STIE IBBI Medan. *Jurnal Keuangan & Bisnis Program Studi Magister Manajemen Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Harapan*, 4 (2) : 127-136
- Wongsosudono, Corinna, dan Chrissa. 2013. Analisis Rasio Keuangan Untuk Memprediksi Financial Distress Pada Perusahaan Sektor Keuangan Yang Terdaftar Di Bursa Efek Indonesia. *Jurnal Bina Akuntansi IBBI*, 19 (2) : 1-14
- Yousef, N. 2015. The Interaction Of The Performance Factors In ACHIEVE Model: A study in Iran. *International Journal of Organizational Leadership* 4(2015) 170-180
- Zelda, B. 2011. Pengaruh Kemampuan Kerja, Persepsi Peran dan Motivasi Kerja terhadap Kinerja Pegawai Administrasi Universitas Negeri Jakarta. *Jurnal Manajemen Pendidikan*, 2 (1) : 246-256
- Ziapor, A. 2015. Effect of Knowledge Management on Organizational Learning in the Areas of Staff Kermanshah University of Medical Sciences. *A Journal of Multidisciplinary Research*. 3 (8) : 1-7



***INFORMATION FOR CONSENT***

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penyusunan Tesis sebagai salah satu tugas penyelesaian pendidikan magister kesehatan masyarakat, maka dengan ini saya mengajukan permohonan kepada Bapak dan Ibu sebagai informan pada penelitian yang akan dilaksanakan. Tujuan dari studi ini adalah mengetahui sejauhmana pengaruh antara determinan terhadap kinerja. Adapun judul penelitian ini adalah “Determinan Kinerja Tenaga Kesehatan Dalam Penemuan Kasus Baru TB Dengan Investigasi Kontak. Kami meminta kesediaan bapak dan ibu secara sukarela untuk menjadi informan dalam studi ini. Hasil studi ini sangat tergantung pada informasi yang didapat dari bapak dan ibu sebagai informan.

Diharapkan bapak dan ibu dapat berpartisipasi dengan mengemukakan pendapat, pikiran dan perasaannya dengan sejujurnya dan apa adanya. Jawaban yang bapak dan ibu berikan sangat penting untuk penelitian ini. Kuesioner terdiri dari 45 pertanyaan dengan petunjuk pengisian yang sudah disediakan. Informasi dari bapak dan ibu hanya akan digunakan dalam penelitian ini saja. Untuk menjaga keakuratan hasil kuesioner, keterangan yang diberikan oleh Bapak dan Ibu dapat dirahasiakan oleh peneliti dan hanya akan menjadi sumber data dalam penyelesaian penelitian ini. Penelitian ini hanya untuk kepentingan ilmu pengetahuan tanpa ada maksud lain, tanpa adanya resiko atau dampak apapun yang terjadi pada responden penelitian.

Demikian permohonan ini, atas perhatian dan bantuan Bapak/ Ibu peneliti mengucapkan terimakasih.

Hormat Saya,

Peneliti

Reni Dwi Pangestuti

NIM. 162520102011

**INFORMED CONSENT**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

Umur : .....

No. Telepon : .....

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Reni Dwi Pangestuti

Judul : Determinan Kinerja Tenaga Kesehatan Dalam Penemuan Kasus Baru TB Dengan Investigasi Kontak

Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan risiko dan dampak apapun terhadap subjek penelitian, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban kuisisioner yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Oleh karena itu, saya bersedia menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut dengan jujur dan sungguh-sungguh.

Jember, 2018

Responden

(.....)

## Kuesioner

No. Responden : \_\_\_\_\_ (Diisi oleh peneliti)

Tanggal/Bulan/Tahun : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Petunjuk Pengisian : Jawablah pertanyaan atau pernyataan berikut ini dengan mengisi jawaban pada titik-titik yang telah disediakan atau dengan memberi tanda cek (√) pada kotak pilihan jawaban yang telah disediakan. Jawablah pernyataan tersebut dengan sejujurnya. Kuesioner ini hanya dipergunakan untuk bahan penelitian semata.

### I. Identitas Responden

1. Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan
2. Umur : ..... Tahun
3. Pendidikan Terakhir :  
 SPK  Diploma  Sarjana  Pascasarjana (S2,S3)
4. Lama bekerja : ..... Tahun

### A. Determinan Kinerja Tenaga Kesehatan

Pada bagian ini, Bapak/Ibu diminta membubuhkan tanda cek (√) pada salah satu alternatif jawaban yang menurut Bapak/Ibu paling tepat pada kolom yang telah tersedia.

#### 1. Ability

No	Pernyataan	Jawaban	
		Benar	Salah
	Pengetahuan		
1.	Penemuan kasus TB secara aktif dilakukan melalui investigasi dan pemeriksaan kasus kontak merupakan penanggulangan tuberkulosis yang diatur pada permenkes RI nomor 67 tahun 2016		
2.	Kasus indeks merupakan semua pasien TB yang merupakan kasus pertama yang ditemukan di suatu rumah atau tempat-tempat lain		
3.	Investigasi kontak adalah proses sistematis untuk menemukan kasus TB di antara kontak dari kasus indeks		
4.	Sasaran Investigasi kontak adalah seluruh kontak dari semua kasus indeks		
5.	Investigasi Kontak bermanfaat untuk menemukan kasus TB dan TB laten, serta memberikan tatalaksana yang tepat dengan segera		
	Keterampilan		
6.	Identifikasi kontak dilakukan oleh petugas kesehatan di Puskesmas pada saat diagnosis TB kasus indeks ditegakkan.		
7.	Menganjurkan kasus indeks untuk membawa kontak anak usia <15 tahun ke Puskesmas untuk pemeriksaan, dan memberi KIE mengenai cara penularan TB, risiko dan pencegahan TB pada anak		
8.	Dalam pelaksanaan skrining terdapat Kontak serumah yang hasil skriningnya positif, maka segera dirujuk ke Puskesmas untuk mendapat pemeriksaan lebih lanjut.		
9.	Jika terduga TB tidak datang ke Puskesmas dalam waktu 1 minggu sejak investigasi kontak dilakukan, maka petugas harus melacak dan memberikan KIE lebih lanjut		
10.	Kontak terduga TB yang datang ke Puskesmas		

	diperiksa apusan dahaknya untuk mengetahui diagnosis TB. Hasil pemeriksaan dicatat di TB.16 dan pasien diberi tatalaksana sesuai		
Total			

## 2. *Clarity*

No	Pernyataan	Jawaban	
		Pemahaman tugas dan Persepsi peran	Benar
11.	Saudara memahami secara komprehensif tentang sasaran yang harus dicapai dan apa yang harus dilakukan untuk mencapai sasaran tersebut.		
12.	Selama proses investigasi kontak, persetujuan dan kerahasiaan pasien serta kontak perlu selalu dijaga		
13.	Tenaga kesehatan mengidentifikasi kontak dari kasus indeks TB yang ditemukan di layanan dan mengkoordinir pelaksanaan kunjungan rumah		
14.	Tanggung jawab seorang tenaga kesehatan untuk memberikan konseling, informasi dan edukasi kepada pasien dalam pengobatan TB sampai sembuh		
15.	Peran tenaga kesehatan sangat penting sebagai edukator, motivator, dan fasilitator dalam upaya peningkatan capaian angka kesembuhan		
Total			

## 3. *Help*

No	Pernyataan	Alternatif Jawaban				
		Dukungan Organisasi	Sangat Baik	Baik	Cukup Baik	Kurang Baik
16.	Saudara menerima pembekalan pengetahuan dan keterampilan untuk melaksanakan investigasi kontak dalam mencapai target yang telah ditetapkan					
17.	Alat dan bahan (logistik) untuk kebutuhan investigasi kontak selalu tersedia (tanpa kendala)					
18.	Fasilitas peralatan kantor yang disediakan oleh instansi					



	sudah cukup lengkap dan memadai					
19.	Atasan memberikan penghargaan bagi bawahan yang berprestasi bilamana mampu menyelesaikan pekerjaan dengan baik dan tepat waktu					
20.	Hubungan kerja antara tenaga kesehatan / petugas dengan kader baik dan tidak kaku					
Total						

#### 4. *Incentive*

No	Pernyataan	Jawaban		
		Motivasi	Ya	Tidak
21.	Saya merasa senang dengan pekerjaan yang saya jalani saat ini karena dapat memberikan manfaat bagi masyarakat			
22.	Gaji yang diperoleh sebagai tenaga kesehatan di puskesmas ini sudah sesuai dengan pekerjaan yang dilakukan			
23.	Sistem reward yang diberikan instansi meningkatkan motivasi kerja tenaga kesehatan.			
24.	Pemberian penghargaan bagi tenaga kesehatan yang berprestasi jarang dilakukan di puskesmas ini			
25.	Selama ini instansi mengakui dan menghargai hasil kerja saya			
Total				

#### 5. *Evaluation*

No	Pernyataan	Alternatif Jawaban		
		Evaluasi	Ya	Tidak
26.	Pelatihan dan bimtek penatalaksanaan investigasi kontak sudah cukup dan sesuai			
27.	Pembekalan mengenai pencatatan dan penyusunan laporan sudah cukup dan sesuai			
28.	Pimpinan memberikan arahan dan			

	komunikasi yang jelas dan rinci mengenai penemuan kasus baru TB yang harus saya lakukan		
29.	Pertemuan koordinasi pelaksana investigasi kontak rutin setiap akhir minggu untuk evaluasi data, memastikan bahwa semua kontak sudah diinvestigasi..		
30.	Supervisi rutin dilakukan oleh dinas kesehatan dalam mengevaluasi penatalaksanaan investigasi kontak		
Total			

#### 6. *Validity*

No	Pernyataan Implementasi	Alternatif Jawaban	
		Ya	Tidak
31.	Saudara mampu menguasai pelaksanaan investigasi kontak sesuai dengan prosedur		
32.	Petugas puskesmas melaksanakan identifikasi kontak pada kasus indeks yang ditemukan di Puskesmas pada form TB.01		
33.	Saudara mampu memberikan konseling dan memotivasi pasien untuk berobat sampai sembuh		
34.	Saudara mampu melakukan skrining dan pemeriksaan dalam mendiagnosis TB		
35.	Saudara mampu menjalin kerjasama dan kolaborasi dengan kader dalam melaksanakan investigasi kontak tanpa ada masalah		
Total			

#### 7. *Environment*

No	Pernyataan Lingkungan	Alternatif Jawaban				
		Sangat sesuai	Sesuai	Kurang sesuai	Tidak sesuai	Sangat tidak sesuai
36.	Ruang pelayanan TB sudah sesuai dengan kebutuhan					

37.	Kesehatan kerja dan alat pelindung diri sudah diperhatikan dengan baik					
38.	Fasilitas peralatan kantor yang disediakan oleh puskesmas sudah cukup lengkap dan memadai					
39.	Jumlah unit komputer yang tersedia saat ini sudah cukup memadai untuk mendukung aktivitas kerja					
40.	Hubungan antara sesama rekan kerja saling terbuka dalam berkomunikasi bila ada permasalahan atau konflik di lingkungan kerja					
Total						

#### B. Kinerja

No	Pertanyaan	Jawaban
41.	Cakupan investigasi kontak (Jumlah kontak yang diinvestigasi)	..... Orang
42.	Jumlah penemuan pasien TB yang dihasilkan dengan investigasi kontak TB (Jumlah kontak yang didiagnosis TB)	..... Orang
43.	Waktu yang dibutuhkan dalam mencapai target yang telah ditentukan	..... Bulan

## Lampiran Analisis

### Distribusi Responden Menurut Karakteristik Responden

#### 1. Umur

**UMUR**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26-35 tahun	7	15.6	15.6	15.6
	36-45 tahun	17	37.8	37.8	53.3
	46-55 tahun	20	44.4	44.4	97.8
	56-65 tahun	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

**Crosstab**

Count					
		KINERJA			
		1	2	3	Total
UMUR	26-35 tahun	1	4	2	7
	36-45 tahun	0	5	12	17
	46-55 tahun	2	10	8	20
	56-65 tahun	0	1	0	1
	Total	3	20	22	45

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33.559 <sup>a</sup>	6	.000
Likelihood Ratio	37.672	6	.000
Linear-by-Linear Association	25.455	1	.000
N of Valid Cases	45		

a. 8 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .16.

## 2. Jenis Kelamin

JK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	26	57.8	57.8	57.8
	perempuan	19	42.2	42.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Crosstab

Count		KINERJA			Total
		1	2	3	
JK	laki-laki	0	14	12	26
	perempuan	3	6	10	19
Total		3	20	22	45

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.424 <sup>a</sup>	2	.066
Likelihood Ratio	6.539	2	.038
Linear-by-Linear Association	.247	1	.619
N of Valid Cases	45		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.27.



3. Pendidikan Terakhir

**PENDIDIKAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SPK	4	8.9	8.9	8.9
	D3	33	73.3	73.3	82.2
	S1	7	15.6	15.6	97.8
	S2	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

**Crosstab**

Count					
		KINERJA			
		1	2	3	Total
PENDIDIKAN	SPK	0	1	3	4
	D3	3	13	17	33
	S1	0	5	2	7
	S2	0	1	0	1
Total		3	20	22	45

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.178 <sup>a</sup>	6	.404
Likelihood Ratio	7.141	6	.308
Linear-by-Linear Association	.674	1	.412
N of Valid Cases	45		

a. 9 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .16.

## 4. Lama Bekerja

LAMA\_KERJA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5 tahun	5	11.1	11.1	11.1
	10 tahun	40	88.9	88.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Crosstab

Count		KINERJA			Total
		1	2	3	
LAMA_KERJA	5 tahun	0	2	3	5
	10 tahun	3	18	19	40
Total		3	20	22	45

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30.536 <sup>a</sup>	2	.000
Likelihood Ratio	23.019	2	.000
Linear-by-Linear Association	18.333	1	.000
N of Valid Cases	45		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .78.

**Uji Multikolinieritas**

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	.024	1.200		.020	.984		
	Clarity	-.023	.212	-.022	-.109	.914	.405	2.472
	Help	.094	.061	.236	1.531	.134	.703	1.422
	Incentive	.723	.359	.668	2.017	.051	.153	6.543
	Evaluation	-.550	.312	-.516	-1.765	.086	.196	5.096
	Validity	.067	.164	.065	.409	.685	.669	1.494
	Environment	.073	.057	.187	1.279	.208	.783	1.277

a. Dependent Variable: Kinerja

## Model Fitting Information

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	82.778			
Final	40.295	42.482	24	.011

Link function: Logit.

## Uji Kesesuaian Model

Goodness-of-Fit

	Chi-Square	df	Sig.
Pearson	60.268	95	.998
Deviance	48.122	95	1.000

Link function: Logit.

## Uji R-Square

Pseudo R-Square

Cox and Snell	.711
Nagelkerke	.877
McFadden	.745

Link function: Logit.

## Hasil Uji Serentak

Likelihood Ratio test

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	82.778			
Final	40.295	42.482	24	.011

Link function: Logit.

Hasil Uji Parsial

Parameter Estimates

		Estimate	Std. Error	Wald	df	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Location	[Ability=5]	-19.476	10.475	3.457	1	.063	-40.006	1.054
	[Ability=6]	6.925	7.791	.790	1	.374	-8.344	22.195
	[Ability=7]	-26.906	9.953	7.309	1	.007	-46.413	-7.400
	[Ability=8]	-23.448	8.935	6.887	1	.009	-40.961	-5.936
	[Ability=9]	-24.068	8.143	8.736	1	.003	-40.029	-8.108
	[Ability=10]	0 <sup>a</sup>	.	.	0	.	.	.
	[Clarity=2]	-24.019	25.957	.856	1	.355	-74.894	26.856
	[Clarity=3]	-16.720	10.634	2.472	1	.116	-37.562	4.122
	[Clarity=4]	-15.778	5.544	8.099	1	.004	-26.644	-4.912
	[Clarity=5]	0 <sup>a</sup>	.	.	0	.	.	.
	[Help=17]	-20.438	9.572	4.559	1	.639	-39.198	-1.677
	[Help=18]	22.788	15.256	2.231	1	.135	-7.113	52.689
	[Help=19]	20.236	13.216	2.344	1	.126	-5.668	46.139
	[Help=20]	-6.225	7.844	.630	1	.427	-21.599	9.148
	[Help=21]	-16.218	9.627	2.838	1	.092	-35.086	2.651

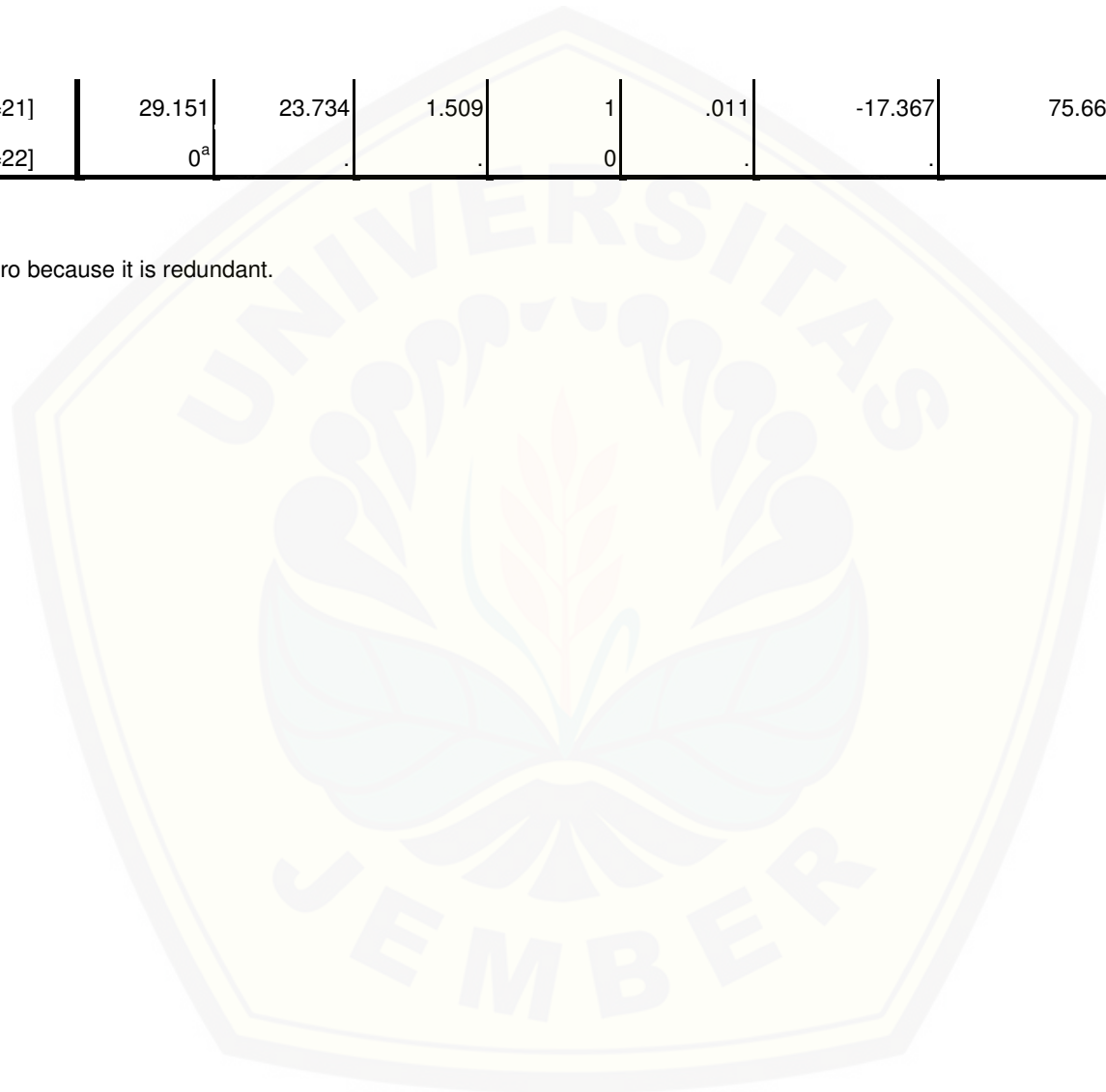


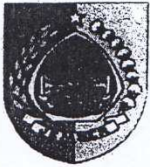
[Help=22]	4.380	9.337	.220	1	.033	-13.920	22.680
[Help=23]	0 <sup>a</sup>	.	.	0	.	.	.
[Incentive=3]	6.799	3.730	3.322	1	.068	-.512	14.109
[Incentive=4]	-17.853	8.279	4.651	1	.051	-34.079	-1.627
[Incentive=5]	0 <sup>a</sup>	.	.	0	.	.	.
[Evaluation=0]	32.932	32.116	1.051	1	.305	-30.014	95.879
[Evaluation=1]	5.139	4.714	1.188	1	.276	-4.100	14.378
[Evaluation=2]	-26.754	11.628	5.294	1	.021	-49.545	-3.963
[Evaluation=3]	-5.014	5.417	.857	1	.355	-15.631	5.603
[Evaluation=4]	-19.259	8.921	4.660	1	.031	-36.745	-1.774
[Evaluation=5]	0 <sup>a</sup>	.	.	0	.	.	.
[Validity=4]	5.359	5.343	1.006	1	.316	-5.113	15.832
[Validity=5]	0 <sup>a</sup>	.	.	0	.	.	.
[Environment=14]	47.856	18.825	6.462	1	.219	10.959	84.752
[Environment=15]	-26.366	24.582	1.150	1	.283	-74.545	21.813
[Environment=16]	-4.566	21.832	.044	1	.834	-47.356	38.224
[Environment=17]	-19.662	29.970	.430	1	.512	-78.403	39.078
[Environment=18]	-7.644	24.770	.095	1	.758	-56.191	40.904
[Environment=19]	7.776	22.562	.119	1	.730	-36.444	51.996
[Environment=20]	-2.345	22.993	.010	1	.919	-47.411	42.721

[Environment=21]	29.151	23.734	1.509	1	.011	-17.367	75.669
[Environment=22]	0 <sup>a</sup>	.	.	0	.	.	.

Link function: Logit.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.





**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624  
 Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id) E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

Jember, 13 Pebruari 2018

Nomor : 440 /9083/311/ 2018  
 Sifat : Penting  
 Lampiran : -  
 Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :  
 Yth. Sdr 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2  
 Dinas Kesehatan Kab. Jember  
 2. Plt. Kepala Puskesmas se-  
 Kabupaten Jember

di -  
**JEMBER**

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/301/415/2018, Tanggal 7 Pebruari 2018, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Reni Dwi Pangestuti  
 NIM : 132110101130  
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember  
 Fakultas : Prodi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang :  
 > Determinan Kinerja Tenaga Kesehatan Dalam Penemuan Kasus Baru TB Dengan Investigasi Komtak Di Kabupaten Jember  
 Waktu Pelaksanaan : 13 Pebruari 2018 s/d 30 April 2018

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

1. 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

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

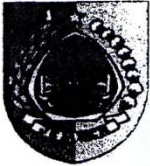
Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.



dr. SITI NURUL QOMARIYAH, MKes  
 Pembina Tingkat I  
 NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:  
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan





**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624  
 Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id) E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

Jember, 13 Pebruari 2018

Nomor : 440 /9082/311/ 2018  
 Sifat : Penting  
 Lampiran : -  
 Perihal : Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas

Kepada :  
 Yth. Sdr 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2  
 Dinas Kesehatan Kab. Jember  
 2. Plt. Kepala Puskesmas se-  
 Kabupaten Jember

di -  
**JEMBER**

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/301/415/2018, Tanggal 7 Pebruari 2018, Perihal- Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Reni Dwi Pangestuti  
 NIM : 132110101130  
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember  
 Fakultas : Prodi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
 Keperluan : Melaksanakan Uji Validitas dan Reliabilitas Tentang :  
 > Determinan Kinerja Tenaga Kesehatan Dalam Penemuan Kasus Baru TB Dengan Investigasi Komtak Di Kabupaten Jember

Waktu Pelaksanaan : 13 Pebruari 2018 s/d 31 Maret 2018

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

1. Uji Validitas dan Reliabilitas ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.



**dr. SITI NURUL OMARIYAH, M.Kes**  
 Pembina Tingkat I  
 NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:  
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
 di Temnat



Lampiran Dokumentasi



Gambar 1.1 wawancara dengan petugas pelaksana TB terkait pelaksanaan investigasi kontak



Gambar 1.2 Kader memberikan penyuluhan kepada kontak TB dari kasus indeks.



Form TB 16

REGISTER KONTAK TUBERKULOS								
Unit Pelaksana Kesehatan Kabupaten/ Kota								
No	NIK Kontak	Kasus Indeks			Nama Kontak	Umur Kontak		Alamat Kontak
		Nama	Sensitif/Resistan	Alamat		L	P	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Keterangan:</b>		(6) Nama Kontak diisi nama semua orang yang kontak serumah atau kontak erat dengan penderita TB, baik anak maupun dewasa		(7,8) Umur Kontak diisi umur kontak dalam satuan tahun. Apabila umur kontak kurang dari 1 tahun, ditulis dalam bulan dan disertakan satuannya		(9) Alamat kontak diisi dengan alamat kontak. Bagi yang kontak serumah, alamat sama dengan		(10,11,12) Hasil akhir diisi dengan memberikan tanda rumput pada penilaian akhir dari semua pemeriksaan menurut analisis dokter yang memeriksa.

