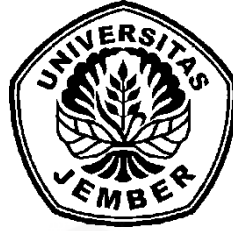


**HUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN TUBERKULOSIS DENGAN
KUNJUNGAN ULANG DI PUSKESMAS PAKUSARI
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh
Ana Mira Qanata
NIM 132110101130

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**HUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN TUBERKULOSIS DENGAN
KUNJUNGAN ULANG DI PUSKESMAS PAKUSARI
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

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

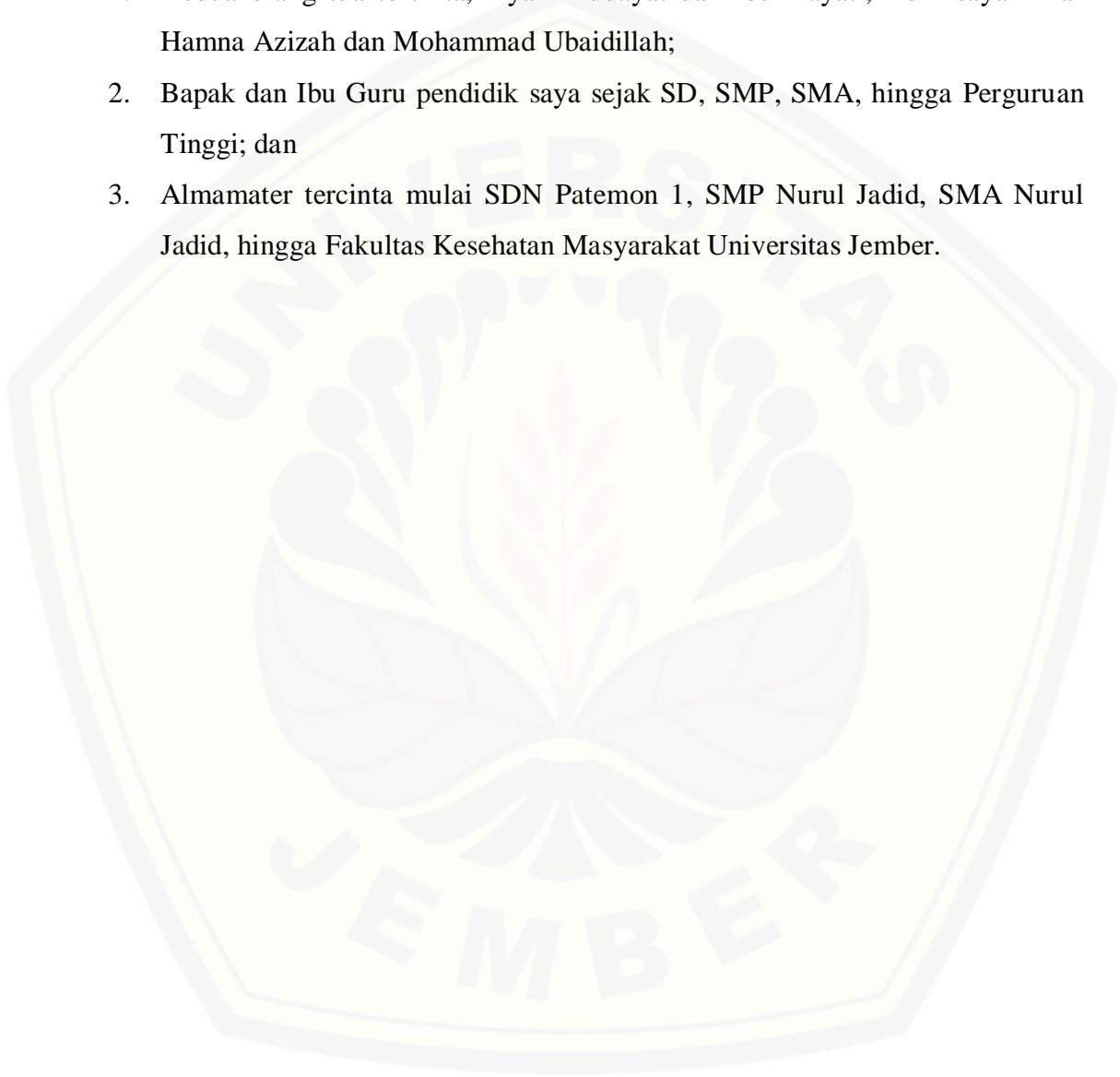
Oleh
Ana Mira Qanata
NIM 132110101130

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Dengan menyebut nama Allah Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, skripsi ini saya persembahkan kepada:

1. Kedua orang tua tercinta, Ayah Mudayat dan Ibu Hayati, Adik saya Finar Hamna Azizah dan Mohammad Ubaidillah;
2. Bapak dan Ibu Guru pendidik saya sejak SD, SMP, SMA, hingga Perguruan Tinggi; dan
3. Almamater tercinta mulai SDN Patemon 1, SMP Nurul Jadid, SMA Nurul Jadid, hingga Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.



MOTTO

Barang siapa merintis jalan mencari ilmu, maka Allah akan memudahkan baginya jalan ke surga.

(HR. Muslim*)

Barang siapa yang bersungguh-sungguh dia akan berhasil,
barang siapa yang bersabar dia akan beruntung.

(Fuadi**)

“.....,Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah keadaan suatu kaum sebelum mereka mengubah keadaan diri mereka sendiri,.....”

(Terjemahan QS Ar-Ra'd ayat 11***)

-
- *) HR. Muslim. 2010. *Sarh Shahih Muslim Jilid 1*. Jakarta: Pustaka Azzam
**) Fuadi, A. 2009. *Negeri 5 Menara*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama
***) Departemen Agama Republik Indonesia. 2010. *Al-Qur'an dan Terjemahan*. Bandung: CV Penerbit Diponegoro

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ana Mira Qanata

NIM : 132110101130

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul “*Hubungan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember*” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa adanya tekanan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika ditemukan pernyataan yang tidak sesuai di kemudian hari.

Jember, 29 November 2018

Yang menyatakan,

Ana Mira Qanata

132110101130

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN KUALITAS PELAYANAN TUBERKULOSIS DENGAN
KUNJUNGAN ULANG DI PUSKESMAS PAKUSARI
KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Ana Mira Qanata

NIM. 132110101130

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Hubungan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 29 November 2018

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP : 198204162010122003

2. DPA : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP : 198207232010121003

Penguji

1. Ketua : Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes (.....)
NIP : 197904112005011002

2. Sekretaris : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP : 197810162009122001

3. Anggota : Drs. M. Sulthony, S.KM. (.....)
NIP : 196310031984121004

Mengesahkan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Hubungan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember; Ana Mira Qanata; 132110101130; 70 Halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember.

Kualitas pelayanan kesehatan merupakan suatu tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan agar dapat memenuhi standar dan memberikan kepuasan kepada pemakai jasa atau pasien. Kualitas pelayanan kesehatan yang rendah dapat mempengaruhi kunjungan ulang. Dalam kasus Tuberkulosis, kepatuhan berobat merupakan faktor yang paling penting untuk sembuh. Kepatuhan berobat dapat dilihat dari kunjungan ulang yang dilakukan oleh pasien untuk mengambil Obat Anti Tuberkulosis (OAT). Kecamatan Pakusari merupakan salah satu kecamatan dengan kasus TBC tertinggi sebanyak 74 kasus dengan angka putus berobat tertinggi di Kabupaten Jember sebanyak 7 orang dan Angka Notifikasi Kasus atau *Case Notification Rate* (CNR) sebesar 170/100.000 penduduk. Berdasarkan data Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Puskesmas Pakusari memperoleh nilai mutu pelayanan dengan kategori cukup pada tahun 2015 sampai dengan tahun 2016. Hal tersebut mengindikasikan perlu perbaikan pelayanan kesehatan di Puskesmas Pakusari khususnya program TBC. Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis hubungan antara kualitas pelayanan tuberkulosis dengan kunjungan ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian analitik dengan desain penelitian *cross sectional*. Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Pakusari dengan populasi seluruh pasien TBC kasus baru dan ulang. Jumlah populasi dalam penelitian ini sebanyak 74 orang. Jumlah sampel sebanyak 63 orang dengan *simple random sampling* sebagai teknik pengambilan sampel. Data hasil penelitian dianalisis menggunakan uji *Pearson Chi-square*.

Hasil penelitian menunjukkan kualitas pelayanan tuberkulosis di Puskesmas Pakusari tergolong baik dengan penjabaran dimensi pelayanan

tuberkulosis sebagai berikut: ketersediaan layanan TBC, komunikasi dan informasi, interaksi dan konseling, infrastruktur, kemampuan, dan stigma mendapat nilai baik, sedangkan pada dimensi kompetensi profesional mendapat nilai cukup. Pada penilaian terhadap kunjungan ulang sebagian besar responden melakukan kunjungan ulang. Selanjutnya, hasil analisis data menunjukkan adanya hubungan antara kualitas pelayanan tuberkulosis dengan kunjungan ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember dengan nilai *Sign.* = 0,000.

Berdasarkan hasil tersebut, saran yang dapat diberikan dari penelitian adalah mendekatkan sarana pelayanan TBC pada pasien dengan cara membuat pos pelayanan terpadu untuk pasien TBC, menerapkan metode partisipasi dan membiasakan petugas untuk membuat pasien mengingat dan membaca kembali informasi yang diterima, menjaga lingkungan Puskesmas agar tetap bersih dan membedakan ruang tunggu antara pasien dan pengantar.

SUMMARY

Correlation between Quality of Tuberculosis Service with Revisit Intention in Pakusari Primary Health Care, Jember District; Ana Mira Qanata; 132110101130; 70 Pages; Departement of Health Policy and Administration, Faculty of Public Health, University of Jember.

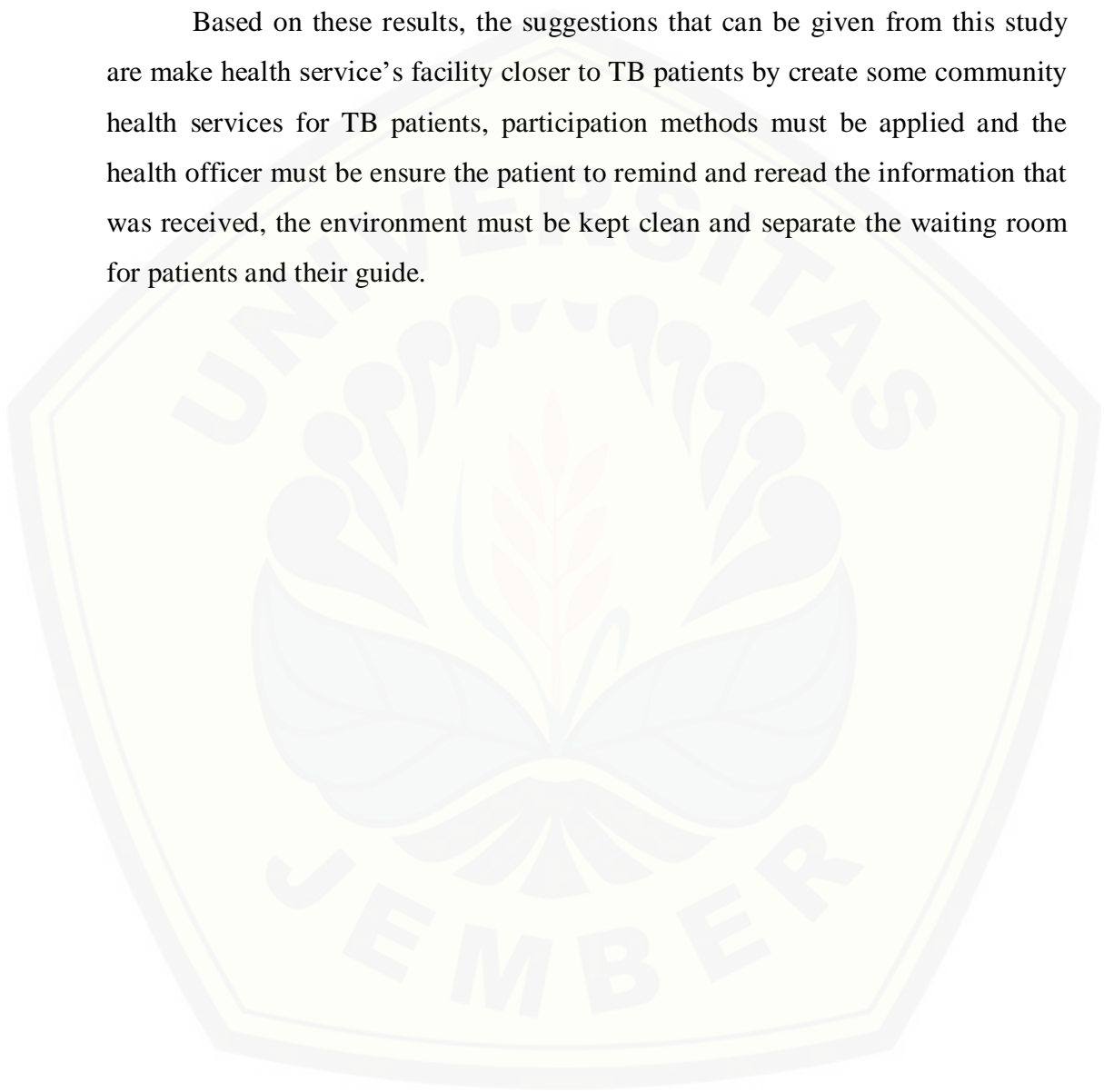
The quality of health services is an action which is done by health officer in order to reach standards and provide satisfaction to service users or patients. Low quality in health services affect to patient's revisit intention of health services. In Tuberculosis case, medication adherence is the most important factor for recovery. Medication adherence can be seen from revisit intention to take Tuberculosis Drugs. Pakusari is one of the highest sub district that has TBC cases in Jember as many as 74 cases, with the highest drop out's number as many as 7 peoples and Case Notification Rate (CNR) is 170/100.000 population. Based on data from Performance Assessment of Primary Health Care which was obtained from Jember Health Office, Pakusari Primary Health Care classified has good enough service quality from 2015 to 2016. It indicates that health services improvement in Pakusari Primary Health Care is needed, especially on the TB program. The objectives of this study was to analyze the correlation between quality of tuberculosis service with revisit intention in Pakusari Primary Health Care, Jember District.

This study used analytic type with cross sectional design that conducted in Pakusari Primary Health Care. The population is all of the new and recurrent TB cases. The population of this study was 74 people. The sample was 63 people using simple random sampling technique. The data was analyzed by using Pearson Chi-square test.

The results showed that the quality of tuberculosis services in Pakusari Primary Health Care was good with the description of tuberculosis service dimensions as follows: availability of TB services, communication and information, interaction and counseling, infrastructure, ability, and stigma was good, while on the dimensions of professional competence was good enough. On

the assessment of revisit intention, most of the respondents revisit the health services. Furthermore, the analysis showed that there is correlation between the quality of tuberculosis services with revisit intention in Pakusari Primary Health Care with Sign value = 0,000.

Based on these results, the suggestions that can be given from this study are make health service's facility closer to TB patients by create some community health services for TB patients, participation methods must be applied and the health officer must be ensure the patient to remind and reread the information that was received, the environment must be kept clean and separate the waiting room for patients and their guide.



PRAKATA

Puji syukur Penulis panjatkan kepada Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya, skripsi berjudul *Hubungan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember*, yang merupakan salah satu syarat akademik dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, dapat terselesaikan.

Pada kesempatan ini, Penulis ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Christyana Sandra, S.KM., M.Kes. selaku dosen pembimbing utama dan Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. selaku dosen pembimbing anggota serta ketua bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan yang telah mendidik, memberikan koreksi, petunjuk dan saran, serta tidak hentinya memotivasi Penulis hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan juga Penulis sampaikan kepada yang terhormat:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M.P.H., selaku Dosen Pembimbing Akademik;
3. Bapak Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes. selaku Ketua Penguji, Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes. selaku Sekretaris Penguji, dan Bapak Drs. M. Sulthony, S.KM. selaku Anggota Penguji sidang skripsi;
4. Ibu dr. Siti Nurul Qomariyah, M.Kes., selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember;
5. Keluarga besar Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember;
6. Ayah Mudayat dan Ibu Hayati selaku orang tua yang selalu memberikan kasih sayang, pendidikan hidup yang sangat berharga, doa yang senantiasa mengalir, serta motivasi tidak pernah berhenti;

7. Finar Hamna Azizah dan Mohammad Ubaidillah selaku saudara yang terus memotivasi dan mendoakan keberhasilan penulis;
8. Keluarga besar “Einstein” yang telah menemani dan memberikan pengalaman yang berarti selama tiga tahun di SMA;
9. Keluarga kost “MKM 43” yang telah memberikan kasih sayang, perhatian dan semangat;
10. Seluruh teman-teman PBL 13 “Sambalado”, AKK 2016 dan FKM UNEJ 2013 atas kebersamaan dan bantuannya selama masa perkuliahan;
11. Seluruh pihak yang telah membantu penelitian ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Demikian skripsi ini telah disusun seoptimal mungkin, namun tidak dapat dipungkiri jika masih terdapat ketidaksempurnaan dalam penulisannya. Kritik dan saran Penulis harapkan demi perbaikan di masa yang akan datang. Semoga karya tulis ini dapat memberikan manfaat bagi siapapun yang membacanya.

Jember, 29 November 2018

Penulis

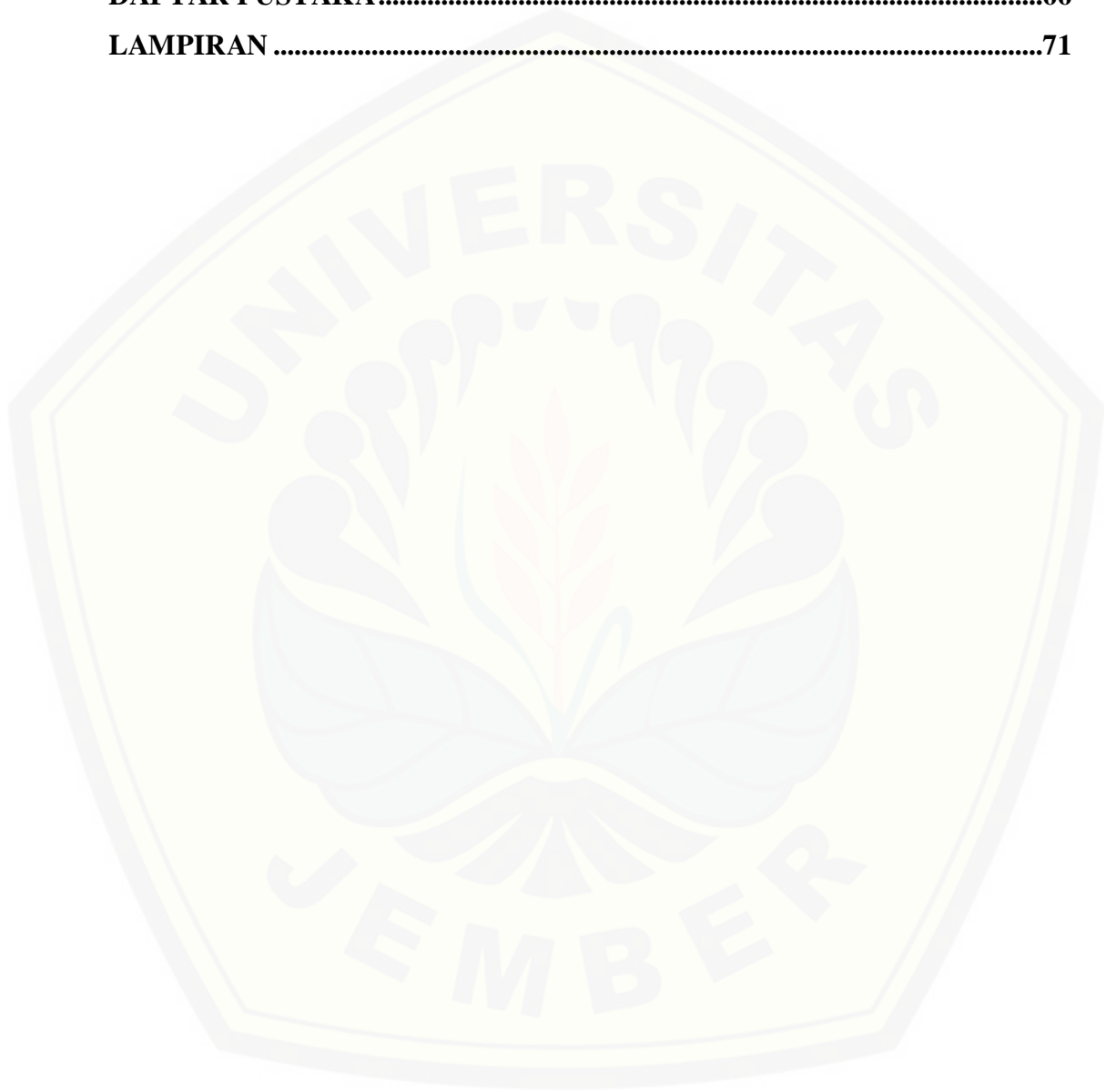
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN.....	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL.....	xviii
DAFTAR GAMBAR.....	xx
DAFTAR LAMPIRAN	xxi
DAFTAR SINGKATAN	xxii
DAFTAR NOTASI.....	xxiii
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4.1 Tujuan umum.....	4
1.4.2 Tujuan khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.3 Manfaat Teoritis	5
1.4.1 Manfaat Praktis.....	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Puskesmas	6

2.1.1.	Definisi Puskesmas.....	6
2.1.2.	Tujuan, Prinsip Penyelenggaraan, Tugas dan Fungsi Puskesmas	6
2.1.3.	Upaya Kesehatan Puskesmas.....	8
2.1.4.	Kategori Puskesmas	9
2.2	Tuberkulosis Paru	12
2.2.1	Definisi Tuberkulosis Paru	12
2.2.2	Pemeriksaan Penunjang	13
2.2.3	Cara Penularan Tuberkulosis paru.....	13
2.2.4	Pengobatan Tuberkulosis Paru	14
2.2.5	Standar Pelayanan TBC	15
2.3	Kualitas Pelayanan Kesehatan	17
2.3.1	Definisi Kualitas Pelayanan Kesehatan	17
2.3.2	Perspektif Pasien Terhadap Kualitas Layanan Kesehatan ..	18
2.4	Kunjungan Ulang	21
2.5	Kerangka Teori.....	23
2.6	Kerangka Konseptual	24
2.7	Hipotesis	25
BAB 3.	METODE PENELITIAN	26
3.1	Jenis Penelitian.....	26
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian.....	26
3.2.1	Tempat Penelitian	26
3.2.2	Waktu Penelitian.....	26
3.3	Populasi dan Sampel Penelitian	26
3.3.1	Populasi Penelitian	26
3.3.2	Sampel dan Besar Sampel.....	27
3.3.3	Teknik Pengambilan Sampel	28
3.4	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	28
3.4.1	Variabel Penelitian	28

3.4.2	Definisi Operasional.....	29
3.5	Data dan Sumber Data	37
3.5.1	Data Primer	37
3.5.2	Data Sekunder.....	37
3.6	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	37
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data.....	37
3.6.2	Instrumen Penelitian.....	38
3.7	Teknik Penyajian dan Analisis Data	39
3.7.1	Teknik Penyajian	39
3.7.2	Analisis Data.....	39
3.8	Validasi dan Reliabilitas	40
3.8.1	Uji Validitas	40
3.8.2	Uji Reliabilitas.....	40
3.9	Alur Penelitian	41
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	42
4.1	Hasil Penelitian	42
4.1.1	Gambaran Tempat Penelitian	42
4.1.2	Distribusi Responden berdasarkan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember ...	43
4.1.3	Distribusi Responden berdasarkan Kunjungan Ulang Pasien Tuberkulosis di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	53
4.1.4	Analisis Hubungan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	54
4.2	Pembahasan.....	57
4.2.1	Hubungan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	57

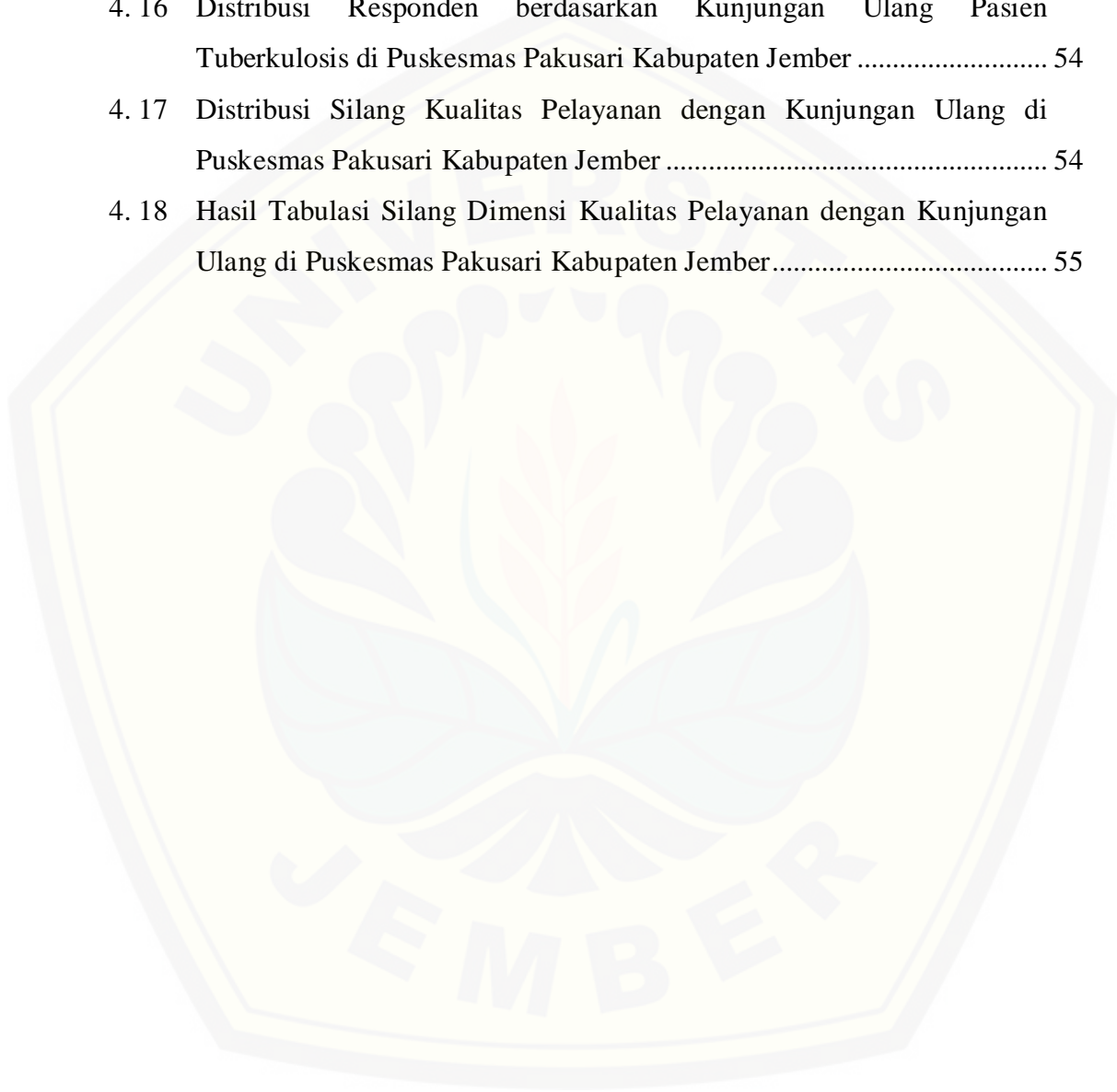
BAB 5. PENUTUP	64
5.1 Kesimpulan	64
5.2 Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	66
LAMPIRAN	71



DAFTAR TABEL

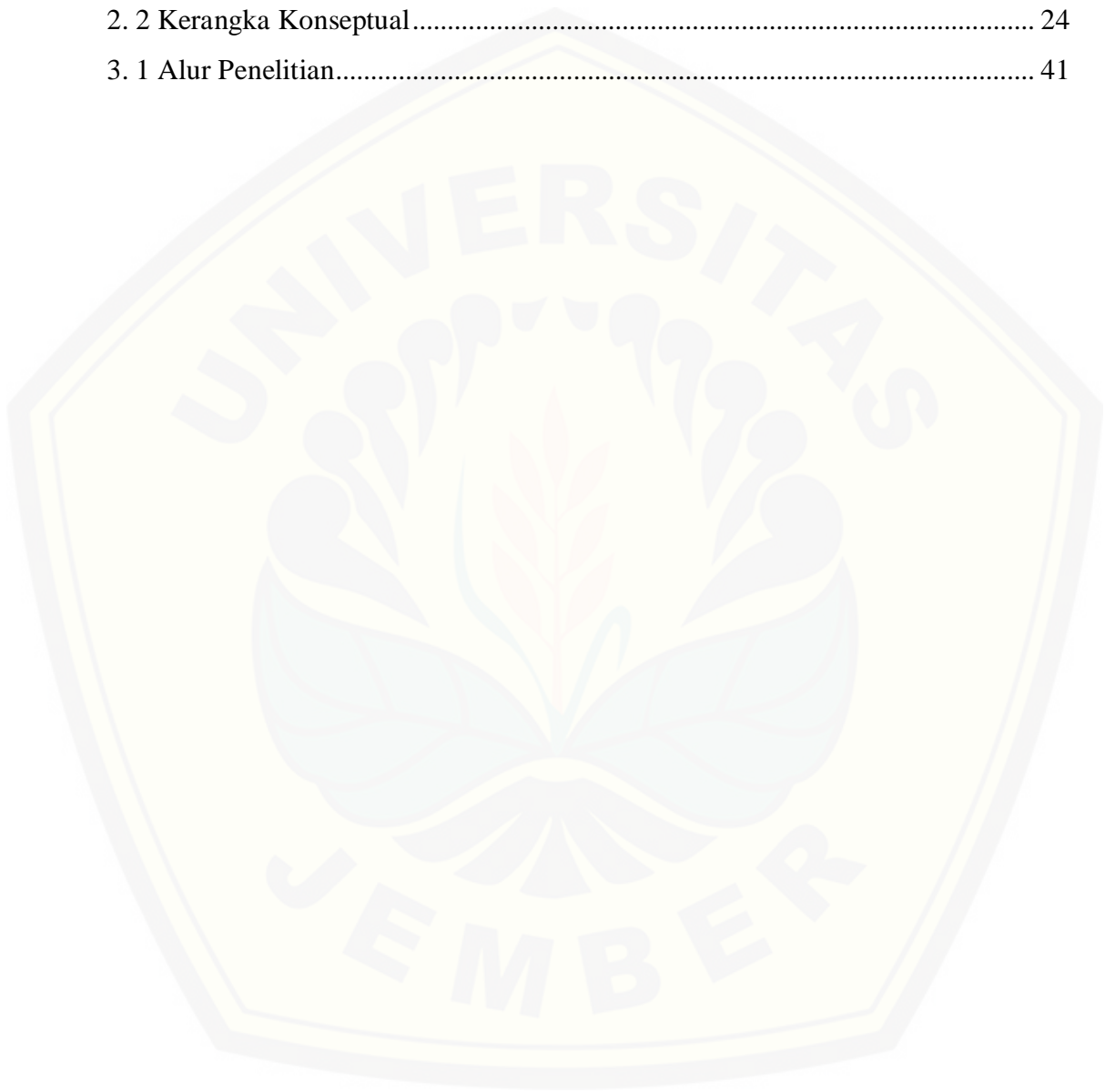
	Halaman
3. 1 Definisi Operasional	29
4. 1 Distribusi Jawaban Responden terhadap Ketersediaan Layanan TBC di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	43
4. 2 Distribusi Responden terhadap Ketersediaan Layanan TBC di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	44
4. 3 Distribusi Jawaban Responden terhadap Komunikasi dan Informasi di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	45
4. 4 Distribusi Responden terhadap Komunikasi dan Informasi di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	46
4. 5 Distribusi Jawaban Responden terhadap Interaksi dan Konseling di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	46
4. 6 Distribusi Responden terhadap Interaksi dan Konseling di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	47
4. 7 Distribusi Jawaban Responden terhadap Infrastruktur di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	48
4. 8 Distribusi Responden terhadap Infrastruktur di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	49
4. 9 Distribusi Jawaban Responden terhadap Kompetensi Profesional di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	49
4. 10 Distribusi Responden terhadap Kompetensi Profesional di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	50
4. 11 Distribusi Jawaban Responden terhadap Kemampuan di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	51
4. 12 Distribusi Responden terhadap Kemampuan di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	51
4. 13 Distribusi Jawaban Responden terhadap Stigma di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	52

4.14	Distribusi Responden terhadap Stigma di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.....	52
4.15	Distribusi Responden terhadap Kualitas Pelayanan TBC di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	53
4.16	Distribusi Responden berdasarkan Kunjungan Ulang Pasien Tuberkulosis di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	54
4.17	Distribusi Silang Kualitas Pelayanan dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember	54
4.18	Hasil Tabulasi Silang Dimensi Kualitas Pelayanan dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.....	55



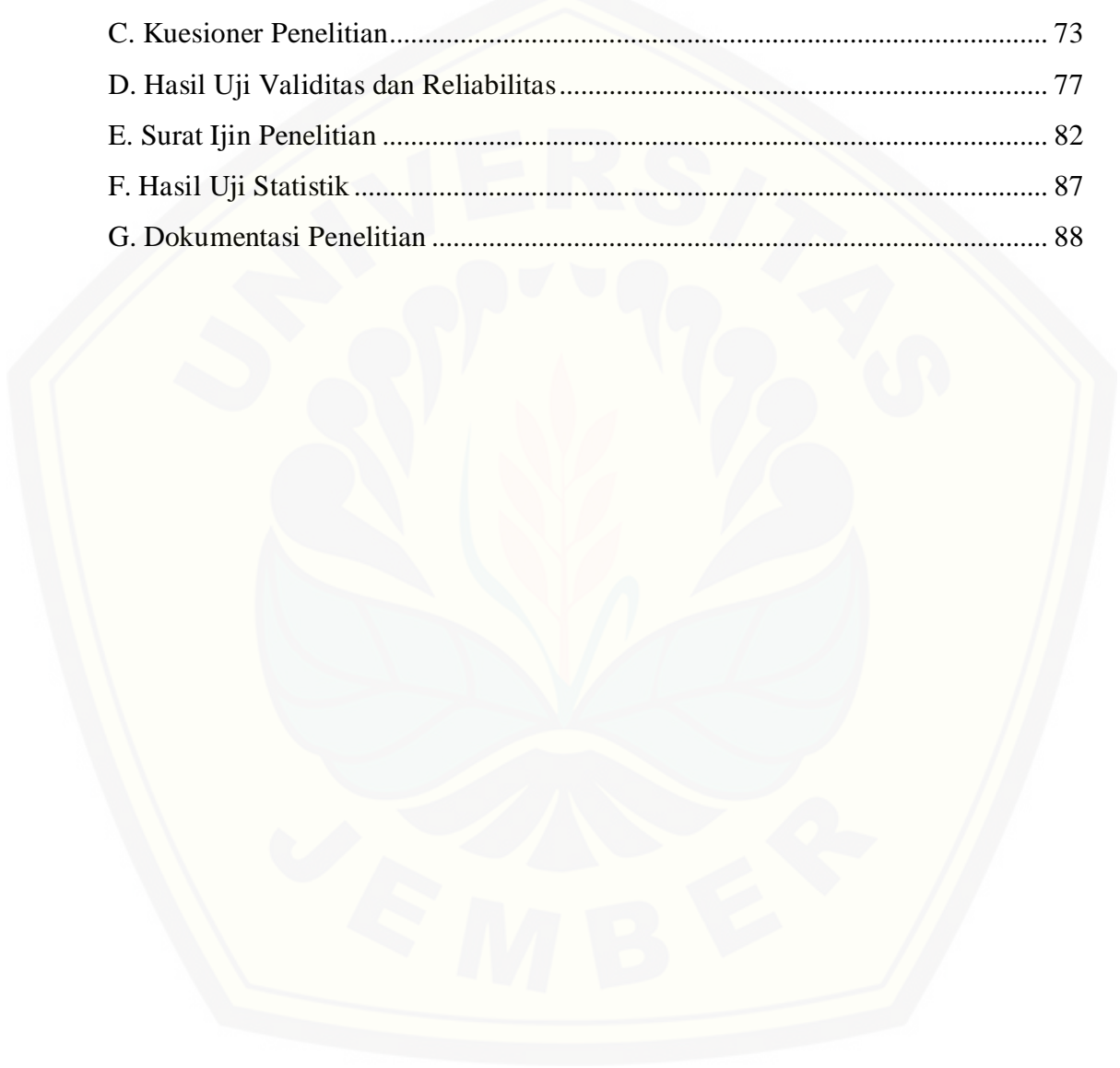
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2. 1 Kerangka Teori.....	23
2. 2 Kerangka Konseptual.....	24
3. 1 Alur Penelitian.....	41



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Pengantar Kuesioner	71
B. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	71
C. Kuesioner Penelitian.....	73
D. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	77
E. Surat Ijin Penelitian	82
F. Hasil Uji Statistik	87
G. Dokumentasi Penelitian	88

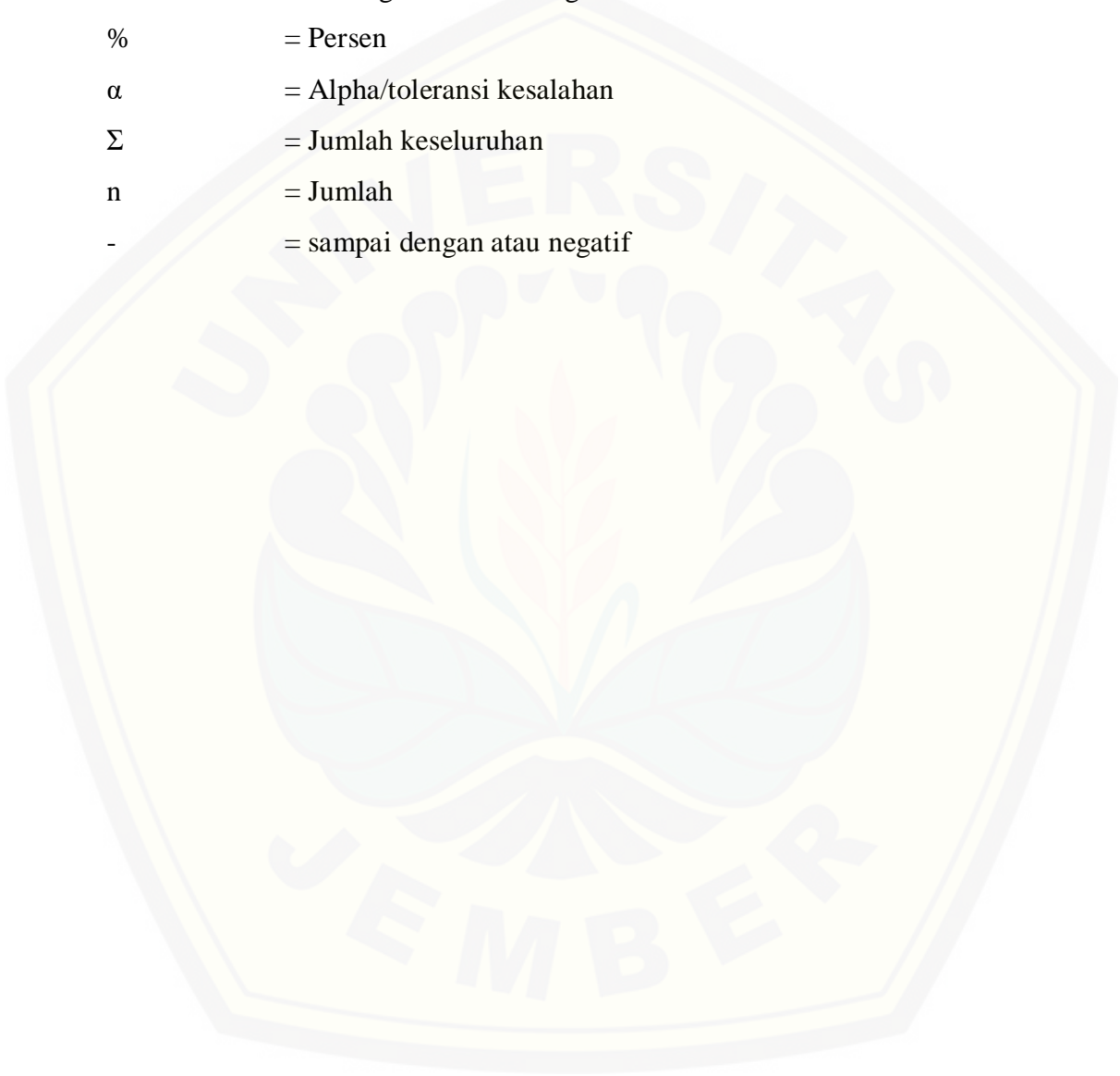


DAFTAR SINGKATAN

AIDS	= <i>Acquired Immune Defeciency Syndrome</i>
CNR	= <i>Case Notification Rate</i>
FKTP	= Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKTL	= Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut
HIV	= <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
MDR	= <i>Multi Drug Resistant</i>
OAT	= Obat Anti Tuberkulosis
ODHA	= Orang Dengan HIV AIDS
PKP	= Penilaian Kinerja Puskesmas
PRM	= Puskesmas Rujukan Mikroskopik
Puskesmas	= Pusat Kesehatan Masyarakat
QUOTE	= <i>Quality of Care as seen through the Eyes of the Patient</i>
SOP	= Standar Operasional Prosedur
TBC	= Tuberkulosis
UKM	= Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	= Upaya Kesehatan Perseorangan
WHO	= <i>World Health Organization</i>

DAFTAR NOTASI

$<$	= Kurang dari
$>$	= Lebih dari
\leq	= Kurang dari sama dengan
$\%$	= Persen
α	= Alpha/toleransi kesalahan
Σ	= Jumlah keseluruhan
n	= Jumlah
$-$	= sampai dengan atau negatif



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang paru dan organ lainnya (Permenkes, 2016). TBC merupakan masalah kesehatan global, sepertiga populasi dunia terinfeksi *Mycobacterium tuberculosis* dan berisiko menderita TBC. Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2016, terdapat 10,3 juta kasus baru tuberkulosis dengan 490.000 kasus *multidrugresistant*. Indonesia merupakan salah satu negara di Asia yang menyumbang kasus TBC terbesar kedua setelah India yaitu sebesar 10% (Kemenkes, 2016).

Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016 menyebutkan jumlah kasus TBC meningkat 6,4% dari tahun sebelumnya yaitu sebanyak 351.893. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah. Jawa Timur merupakan provinsi dengan kasus terbanyak kedua setelah Jawa Barat yaitu mencapai 48.808 orang. Kabupaten Jember menempati urutan kedua di Provinsi Jawa Timur sebagai kabupaten penyumbang kasus TBC terbanyak setelah Kota Surabaya sebesar 2.153 (Dinkes Jatim, 2016).

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2017 menyebutkan Kecamatan Pakusari termasuk dalam lima kecamatan dengan kasus TBC tertinggi sebanyak 74 kasus dengan angka putus berobat tertinggi di Kabupaten Jember sebanyak 7 orang dan Angka Notifikasi Kasus atau *Case Notification Rate* (CNR) sebesar 170/100.000 penduduk. Kecamatan Pakusari juga merupakan salah satu kecamatan di Kabupaten Jember yang memiliki program khusus inovasi dari Rumah Sakit Paru berupa program Pakusari merdeka TB. Program Pakusari merdeka TB merupakan program yang bertujuan untuk menuntaskan masalah TBC yang ada di Pakusari mulai tahun 2016-2020. Dengan adanya program tersebut, diharapkan penularan TBC di Kecamatan Pakusari dapat terhenti.

Penyakit TBC mempunyai perjalanan penyakit yang kronis, membutuhkan pengobatan lama, serta kesembuhan lambat, maka masalah yang sering terjadi

adalah kepatuhan berobat. Kepatuhan minum obat merupakan faktor kunci keberhasilan pengobatan (Octovianuset al, 2015). Menurut Probandari (2013) dalam penelitiannya, kepatuhan pasien dalam berobat sangat mungkin dipengaruhi oleh ketidakpuasan masyarakat terhadap pelayanan puskesmas. Adanya ketidakpuasan ini menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan puskesmas belum mampu memenuhi harapan masyarakat. Kepuasan pasien merupakan salah satu indikator kualitas pelayanan yang telah diberikan (Supriyanto dan Ernawaty, 2010:303). Kualitas pelayanan kesehatan dapat diukur dari dua perspektif yaitu perspektif penyedia layanan dan pengguna terutama pasien. Dari perspektif penyedia layanan, pelayanan kesehatan disebut berkualitas jika standar pelayanan klinis diimplementasikan secara konsisten. Dari perspektif pengguna, mutu pelayanan kesehatan diukur dengan sejauh mana kebutuhan, hak serta harapan pasien dapat dipenuhi (Supriyanto dan Ernawaty, 2010:307).

Kepatuhan berobat menjadi faktor penting dalam pengobatan TBC. Kepatuhan berobat dapat dilihat dari kunjungan ulang yang dilakukan oleh penderita untuk mengambil Obat Anti Tuberkulosis (OAT). Menurut WHO, besarnya angka ketidakpatuhan pengobatan sulit dinilai, namun lebih dari seperempat pasien TBC gagal dalam menyelesaikan pengobatan 6 bulan. Ketidakpatuhan pengobatan meningkatkan risiko kegagalan pengobatan dan relaps, serta dianggap sebagai salah satu penyebab paling penting munculnya TBC Resisten Obat. Secara khusus TBC Resisten Obat (TBC-RO) memunculkan ancaman serius terhadap kesehatan masyarakat (Dhiyantari, 2013).

TBC RO merupakan suatu kasus yang salah satu penyebabnya adalah tata laksana pengobatan pasien TBC yang tidak adekuat sehingga penderita akan lebih dituntut mengikuti prosedur pengobatan yang lebih intensif dan lebih patuh dalam menjalani pengobatan. TBC RO mengakibatkan penderita diharuskan untuk menerima pengobatan lini kedua di mana biaya yang dibutuhkan menjadi lebih mahal dengan jangka waktu lebih lama dibanding standar pengobatan sebelumnya. Kepatuhan dalam pengobatan tersebut harus dilakukan, jika pasien lalai dan mengacuhkan pengobatan, maka akan berdampak pada risiko kematian sebesar 50% (Yuni, 2017). Berdasarkan data dari *Global Tuberculosis Report*

tahun 2017, disebutkan bahwa beban pembiayaan kesehatan kasus TBC reguler khusus pengobatan sekitar Rp 570.000 dan biaya satu kasus TBC RO sekitar Rp 28.600.000 sampai Rp 71.500.000 hingga sembuh.

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes, 2014). Dengan adanya Puskesmas diharapkan masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan bermutu dengan akses termudah dan terjangkau (Bappenas, 2009). Sehingga agar tetap dapat menjadi fasilitas layanan pilihan pasien, Puskesmas Pakusari harus terus meningkatkan kualitas pelayanannya.

Menurut data Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Puskesmas Pakusari memperoleh nilai mutu pelayanan dengan kategori cukup pada tahun 2015 sampai dengan tahun 2016. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada Hari Rabu, tanggal 2 Mei 2018, terdapat tujuh dari sepuluh pasien TBC yang memberikan nilai rendah pada angket tentang kualitas pelayanan yang dibagikan oleh peneliti. Hal ini menandakan bahwa kualitas pelayanan di Puskesmas Pakusari masih rendah. Dewasa ini, perspektif pasien dalam menilai kualitas suatu pelayanan dianggap sebagai bagian yang penting dari evaluasi kualitas pelayanan kesehatan. Keterlibatan pasien dalam penanganan penyakit dipandang penting untuk memperbaiki *continuum of care* agar keberhasilan penanganan kasus lebih baik. Hal ini terutama penting pada konteks penyakit kronis seperti TBC.

WHO telah mengembangkan suatu instrumen berupa kuesioner yang dikenal dengan *Quality of Care as seen through the Eyes of the Patient* (QUOTE TB). Instrumen ini digunakan untuk mengukur secara khusus kualitas perawatan TBC dari perspektif pasien. Setelah QUOTE TB diaplikasikan di beberapa negara, kemudian WHO meluncurkan kembali instrumen ini dalam bentuk *QUOTE TB Light* yang telah direvisi dari instrumen sebelumnya. Aplikasi ini bertujuan untuk mengidentifikasi aspek yang membutuhkan perbaikan berdasarkan pengalaman pasien (Massaut, 2009).

Dengan tingginya jumlah kasus TBC dan angka putus berobat serta rendahnya kualitas pelayanan berdasarkan studi pendahuluan di Puskesmas Pakusari, dirasa perlu untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas, maka rumusan masalah penelitian ini sebagai berikut “Apakah ada hubungan antara kualitas pelayanan tuberkulosis dengan kunjungan ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menganalisis hubungan kualitas pelayanan tuberkulosis dengan kunjungan ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.

1.4.2 Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi kualitas layanan tuberkulosis di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.
- b. Mengidentifikasi kunjungan ulang pasien tuberkulosis di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.
- c. Menganalisis hubungan kualitas pelayanan tuberkulosis dengan kunjungan ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.3 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, penelitian ini diharapkan mampu menambah ilmu pengetahuan tentang kesehatan masyarakat khususnya bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan mengenai hubungan kualitas pelayanan dengan kunjungan ulang.

1.4.1 Manfaat Praktis

a. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah literatur di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, dan dapat menjadi sumber referensi bagi pihak lain yang membutuhkan untuk melakukan penelitian mengenai hubungan antara kualitas pelayanan tuberkulosis dengan kunjungan ulang.

b. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan menjadi tambahan wawasan dan pengalaman peneliti dalam mempraktekan teori yang didapat.

c. Bagi Puskesmas Pakusari

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi bahan pertimbangan dalam perbaikan kualitas pelayanan tuberkulosis.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Puskesmas

2.1.1. Definisi Puskesmas

Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 menyebutkan bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok (Satrianegara, 2014:72).

2.1.2. Tujuan, Prinsip Penyelenggaraan, Tugas dan Fungsi Puskesmas

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas dilaksanakan untuk mendukung terwujudnya kecamatan sehat dan bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang :

- a. Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat;
- b. Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
- c. Hidup dalam lingkungan sehat; dan
- d. Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Puskesmas dalam penyelenggaraannya memiliki prinsip :

- a. Paradigma sehat,
- b. Pertanggungjawaban wilayah,
- c. Kemandirian masyarakat,

- d. Pemerataan,
- e. Teknologi tepat guna, dan
- f. Keterpaduan dan kesinambungan.

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugas, Puskesmas menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- b. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Dalam menyelenggarakan fungsi penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya, Puskesmas berwenang untuk:

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait;
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat;
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan; dan
- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

Dalam menyelenggarakan fungsi penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya, Puskesmas berwenang untuk:

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
- b. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- c. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
- d. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
- e. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
- f. Melaksanakan rekam medis;
- g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan;
- h. Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan;
- i. Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- j. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.

2.1.3. Upaya Kesehatan Puskesmas

Upaya menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama.

- a. Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama

Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama meliputi upaya kesehatan esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan.

- 1) Upaya kesehatan masyarakat esensial harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas untuk mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota bidang kesehatan, meliputi :

- a) Pelayanan promosi kesehatan
 - b) Pelayanan kesehatan lingkungan
 - c) Pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana
 - d) Pelayanan gizi, dan
 - e) Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.
- 2) Upaya kesehatan pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan/atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing Puskesmas.
- b. Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan dalam bentuk:
- 1) Rawat jalan
 - 2) Pelayanan satu hari (*one day care*)
 - 3) Pelayanan gawat darurat
 - 4) *Home care* dan
 - 5) Rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

2.1.4. Kategori Puskesmas

Pemenuhan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kebutuhan dan kondisi masyarakat, Puskesmas dapat dikategorikan berdasarkan karakteristik wilayah kerja dan kemampuan penyelenggaraan. Berdasarkan karakteristik wilayah kerjanya, Puskesmas dikategorikan menjadi:

- a. Puskesmas kawasan perkotaan

Puskesmas kawasan perkotaan merupakan Puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi paling sedikit 3 (tiga) dari 4 (empat) kriteria kawasan perkotaan sebagai berikut :

- 1) Aktivitas lebih dari 50% (lima puluh persen) penduduknya pada sektor non agraris, terutama industri, perdagangan dan jasa.
- 2) Memiliki fasilitas perkotaan antara lain sekolah radius 2,5 km, pasar radius 2 km, memiliki rumah sakit radius kurang dari 5 km bioskop, atau hotel.
- 3) Lebih dari 90% (sembilan puluh persen) rumah tangga memiliki listrik.
- 4) Terdapat akses jalan raya dan transportasi menuju fasilitas perkotaan.

Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan oleh Puskesmas kawasan perkotaan memiliki karakteristik sebagai berikut:

- 1) Memprioritaskan pelayanan UKM.
- 2) Pelayanan UKM dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat.
- 3) Pelayanan UKP dilaksanakan oleh Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah atau masyarakat.
- 4) Optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan.
- 5) Pendekatan pelayanan yang diberikan berdasarkan kebutuhan dan permasalahan yang sesuai dengan pola kehidupan masyarakat perkotaan.

b. Puskesmas kawasan pedesaan

Puskesmas kawasan pedesaan sebagaimana merupakan Puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi paling sedikit 3 (tiga) dari 4 (empat) kriteria kawasan pedesaan sebagai berikut:

- 1) Aktivitas lebih dari 50% (lima puluh persen) penduduk pada sektor agraris.
- 2) Memiliki fasilitas antara lain sekolah radius lebih dari 2,5 km, pasar dan perkotaan radius lebih dari 2 km, rumah sakit radius lebih dari 5 km, tidak memiliki fasilitas berupa bioskop atau hotel.
- 3) Rumah tangga dengan listrik kurang dari 90% (Sembilan puluh persen).

4) Terdapat akses jalan dan transportasi menuju fasilitas.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas kawasan pedesaan memiliki karakteristik sebagai berikut:

- 1) Pelayanan UKM dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat.
- 2) Pelayanan UKP dilaksanakan oleh Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat.
- 3) Optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan.
- 4) Pendekatan pelayanan yang diberikan menyesuaikan dengan pola kehidupan masyarakat pedesaan.

c. Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil.

Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil merupakan Puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan dengan karakteristik sebagai berikut:

- 1) Berada di wilayah yang sulit dijangkau atau rawan bencana, pulau kecil, gugus pulau, atau pesisir;
- 2) Akses transportasi umum rutin 1 kali dalam 1 minggu, jarak tempuh pulang pergi dari ibukota kabupaten memerlukan waktu lebih dari 6 jam, dan transportasi yang ada sewaktu-waktu dapat terhalang iklim atau cuaca; dan
- 3) kesulitan pemenuhan bahan pokok dan kondisi keamanan yang tidak stabil.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil memiliki karakteristik sebagai berikut:

- 1) Memberikan pelayanan UKM dan UKP dengan penambahan kompetensi tenaga kesehatan.
- 2) Dalam pelayanan UKP dapat dilakukan penambahan kompetensi dan kewenangan tertentu bagi dokter, perawat, dan bidan.
- 3) Pelayanan UKM diselenggarakan dengan memperhatikan kearifan lokal.

- 4) Pendekatan pelayanan yang diberikan menyesuaikan dengan pola kehidupan masyarakat di kawasan terpencil dan sangat terpencil.
- 5) Optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan.
- 6) Pelayanan UKM dan UKP dapat dilaksanakan dengan pola gugus pulau/cluster dan/atau pelayanan kesehatan bergerak untuk meningkatkan aksesibilitas.

2.2 Tuberkulosis Paru

2.2.1 Definisi Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis paru adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium tuberculosis*. Kelompok bakteri *Mycobacterium* selain *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menimbulkan gangguan pada saluran nafas (Kemenkes RI, 2014:2). *Mycobacterium tuberculosis* tersebut biasanya masuk kedalam tubuh manusia melalui udara (pernafasan) ke dalam paru-paru, kemudian kuman tersebut menyebar dari paru-paru ke organ tubuh yang lain melalui peredaran darah, kelenjar limfe, saluran pernafasan, penyebaran langsung ke organ tubuh lain.

Kuman tuberkulosis paru yang masuk melalui saluran pernapasan akan bersarang di jaringan paru sehingga akan terbentuk suatu sarang *pneumoni*, yang disebut sarang primer atau efek primer. Sarang primer ini mungkin akan timbul di bagian mana saja dalam paru, berbeda dengan sarang reaktivitasi. Dari sarang primer akan terlihat peradangan saluran getah bening menuju hilus (limfangitis lokal). Peradangan tersebut diikuti oleh pembesaran kelenjar getah bening di hilus (limfadenitis regional). Efek primer bersama-sama dengan limfangitis regional dikenal sebagai kompleks primer. Kompleks primer akan mengalami salah satu keadaan sebagai berikut:

- a. Sembuh dengan tidak meninggalkan cacat sama sekali;
- b. Sembuh dengan meninggalkan sedikit bekas (antara lain sarang ghon, garis fibrotik, sarang perkapuran di hilus);

- c. Menyebar (menyebar kesekitarnya, penyebaran secara bronkogen serta penyebaran secara hematogen dan limfogen) (PDPI, 2006).

2.2.2 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien tuberkulosis paru adalah:

- a. *Sputum culture*
- b. *Chest X-ray*
- c. *Skin test (PPD, mantoux, tine and vollmer, patch)*
- d. Histologi atau kultur jaringan : positif untuk granuloma tuberkulosis paru, adanya sel-sel besar yang mengindikasikan nekrosis
- e. Elektrolit
- f. *Bronkografi*
- g. Tes fungsi paru-paru dan pemeriksaan darah (Djojodibroto, RD. 2007).

2.2.3 Cara Penularan Tuberkulosis paru

Penularan tuberkulosis paru dikenal melalui udara, utamanya pada udara tertutup seperti udara dalam rumah yang pengap dan lembab, udara dalam pesawat terbang antar benua, gedung pertemuan dan kereta api berpendingin. Prosesnya tentu tidak serta merta menghirup udara bercampur bakteri tuberkulosis paru lalu terinfeksi sehingga menderita tuberkulosis paru tidak demikian. Masih banyak faktor atau variabel yang berperan dalam timbulnya tuberkulosis paru pada seseorang, meski orang tersebut menghirup udara yang mengandung kuman (Achmadi, 2005:274).

Sumber penularan adalah penderita tuberkulosis paru dengan BTA positif. Apabila penderita tuberkulosis batuk, berbicara atau bersin, maka ribuan bakteri tuberkulosis berhamburan bersama “droplet” penderita yang bersangkutan, khususnya pada penderita tuberkulosis paru aktif dan luka terbuka parunya (Achmadi, 2005:275). Pada waktu batuk atau bersin pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak. Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak (Kemenkes RI, 2014:3).

2.2.4 Pengobatan Tuberkulosis Paru

a. Tujuan Pengobatan

- 1) Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup;
- 2) Mencegah terjadinya kematian karena tuberkulosis paru atau dampak buruk selanjutnya;
- 3) Mencegah terjadinya kekambuhan tuberkulosis paru;
- 4) Menurunkan angka penularan tuberkulosis paru;
- 5) Mencegah terjadinya dan penularan tuberkulosis paru yang resisten obat.

b. Prinsip Pengobatan Tuberkulosis Paru

Obat Anti Tuberkulosis (OAT) paru adalah komponen terpenting dalam pengobatan tuberkulosis paru. Pengobatan tuberkulosis paru merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut dari kuman tuberkulosis paru. Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip:

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

c. Tahapan Pengobatan Tuberkulosis Paru

Pengobatan tuberkulosis paru harus selalu meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan dengan maksud:

- 1) Tahap awal : pengobatan diberikan setiap hari. Paduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara aktif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resisten

sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, harus diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu.

- 2) Tahap lanjutan : pengobatan tahap lanjutan merupakan tahap yang penting untuk membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh khususnya kuman pesister sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan (Kemenkes RI, 2014:20-21).

2.2.5 Standar Pelayanan TBC

Pelayanan kesehatan TBC yang sesuai standar adalah pelayanan kesehatan diberikan kepada seluruh orang dengan TBC yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai kewenangannya di FKTP (puskesmas dan jaringannya) dan di FKTL baik pemerintah maupun swasta. Pelayanan yang diberikan harus sesuai Pedoman Penanggulangan TBC yang berlaku antara lain:

- a. Penegakan diagnosis TBC dilakukan secara bakteriologis dan klinis serta dapat didukung dengan pemeriksaan penunjang lainnya.
- b. Dilakukan pemeriksaan pemantauan kemajuan pengobatan pada akhir pengobatan intensif, bulan ke 5 dan akhir pengobatan.
- c. Pengobatan dengan menggunakan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) dengan panduan OAT standar (Permenkes, 2016).

Adapun prosedur pelayanan TBC sebagai berikut:

- a. Pasien mendaftar diloket kartu.
- b. Petugas kartu menanyakan dan mencatat identitas pasien : nama, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat lengkap, dan pekerjaan pasien, kemudian mencari dan mengisi buku famili folder penderita.
- c. Buku famili folder pasien dibawa ke ruang dokter berdasarkan nomor urutan pendaftaran.
- d. Pasien dipersilahkan duduk sambil menunggu namanya di panggil.
- e. Penderita masuk di ruang dokter.

- f. Dokter melakukan anamnesa penderita mengenai keluhan ada batuk/tidak, berapa lama batuk dan bila tersangka TBC, dokter merujuk untuk pemeriksaan dahak ke pengelola TBC.
- g. Penderita ke ruang pengelola TBC.
- h. Penderita dipersilahkan masuk dan duduk.
- i. Pengelola melakukan anamnesa ulang dan mencatat mengenai berapa lama batuk, berdahak/tidak, dahak bercampur darah/tidak, sesak nafas/tidak, nyeri dada/tidak, kurang nafsu makan/tidak, berat badan menurun/tidak, riwayat kontak dengan penderita TBC dan apakah pernah minum obat paru-paru selama kurang dari 1 bulan atau lebih dari 1 bulan.
- j. Mengisi buku daftar suspek form. TBC.06.
- k. Pengelola memberi penjelasan mengenai pentingnya pemeriksaan dahak dan cara batuk yang benar untuk mendapatkan dahak yang kental dan purulen.
- l. Memberikan pot dahak sewaktu kunjungan pertama dan pengambilan dilakukan di bilik dahak yang ada di Puskesmas.
- m. Memeriksa kekentalan, warna dan volume dahak. Dahak yang baik untuk pemeriksaan adalah berwarna kuning kehijau-hijauan (mukopurulen), kental, dengan volume 3-5ml. Bila volumenya kurang, pengelola harus meminta agar penderita batuk lagi sampai volumenya mencukupi.
- n. Jika tidak ada dahak keluar, pot dahak dianggap sudah terpakai dan harus dimusnahkan untuk menghindari kemungkinan terjadinya kontaminasi kuman.
- o. Memberikan label pada dinding pot yang memuat nomor identitas sediaan dahak sesuai dengan form TBC.06.
- p. Memberikan pot dahak pagi yang sudah diberi label untuk diisi di rumah penderita dan disuruh datang besok pagi membawa dahak paginya dan kemudian petugas mengambil dahak sewaktu kunjungan kedua.
- q. Membuat apusan dahak penderita pada slide yang sudah diberi label dengan menggunakan ose.

- r. Mengisi form. TBC.05, sediaan yang sudah di fiksasi segera disimpan kedalam kotak sediaan untuk menghindari risiko pecah atau dimakan serangga.
- s. Mengirim sediaan ke PRM dilakukan paling lambat 1 minggu sekali disertai formulir laboratorium TBC untuk pemeriksaan dahak (TBC.05) (Noviantosc, 2016).

2.3 Kualitas Pelayanan Kesehatan

2.3.1 Definisi Kualitas Pelayanan Kesehatan

Menurut Azrul Azwar dalam Satrianegara (2014:198), kualitas atau mutu pelayanan kesehatan adalah tindakan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi. Sedangkan menurut Mary R Zimmerman dalam Satrianegara (2014:198), mutu layanan kesehatan adalah sesuatu yang memenuhi dan melebihi kebutuhan serta harapan pelanggan melalui peningkatan yang berkelanjutan atas seluruh proses. Pelanggan meliputi pasien, keluarga, dan lainnya yang datang untuk mendapatkan pelayanan atau lainnya.

Secara umum pengertian mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan pelayanan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau puskesmas secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan norma, etika, hukum, dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah serta masyarakat sebagai konsumen (Satrianegara, 2014:198). Setiap orang akan menilai mutu layanan kesehatan berdasarkan standar dan atau karakteristik/kriteria yang berbeda-beda. Salah satu kesulitan dalam merumuskan pengertian mutu layanan kesehatan adalah karena mutu layanan kesehatan itu sangat melekat dengan faktor-faktor subjektivitas orang yang berkepentingan, baik pasien/konsumen, pemberi layanan kesehatan

(*provider*), penyanggah dana, masyarakat, ataupun pemilik sarana layanan kesehatan (Pohan, 2006:13).

2.3.2 Perspektif Pasien Terhadap Kualitas Layanan Kesehatan

Pasien melihat layanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakannya dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit. Pandangan pasien/masyarakat ini sangat penting karena pasien yang merasa puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang berobat kembali. Dimensi mutu layanan kesehatan yang berhubungan dengan kepuasan pasien dapat memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Pasien/masyarakat sering menganggap bahwa dimensi efektivitas, akses, hubungan antar manusia, kesinambungan, dan kenyamanan sebagai suatu dimensi mutu layanan kesehatan yang paling penting.

Pemberi layanan kesehatan harus memahami status kesehatan dan kebutuhan layanan kesehatan masyarakat yang dilayaninya dan mendidik masyarakat tentang layanan kesehatan dasar dan melibatkan masyarakat dalam menentukan bagaimana cara yang paling efektif dalam menyelenggarakan layanan kesehatan. Masyarakat tidak akan mampu menilai dimensi kompetensi teknis dan tidak mengetahui layanan kesehatan apa yang dibutuhkannya. Agar dapat menjawab pertanyaan tersebut, perlu dibangun suatu hubungan yang saling percaya antara pemberi layanan kesehatan dengan pasien/masyarakat (Pohan, 2006:13-14).

Menurut Pohan dalam Hamidiyah (2013), untuk mengukur sebuah kualitas pelayanan adalah dengan mengetahui persepsi tentang pelayanan tersebut dari kaca mata seorang konsumen atau pelanggan. Begitu juga dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan dengan mengetahui penilaian atau persepsi pelayanan tersebut oleh pasien. Persepsi pasien ini sangat penting karena pasien yang puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang berobat kembali.

Menurut Massaut *et al* (2009), terdapat sembilan dimensi dalam menilai kualitas pelayanan dari sudut pandang pasien atau *Quality of care as seen through the eyes of the patient* (QUOTE TB). QUOTE TB adalah alat manajemen yang secara khusus mengukur kualitas perawatan TBC dari perspektif pasien. Penggunaan QUOTE TB pada level fasilitas/sarana kesehatan bertujuan untuk mengidentifikasi pengalaman pasien dari *performance* pelayanan TBC dan untuk memilih aspek yang membutuhkan perbaikan dari perspektif pasien. Setelah QUOTE TB diaplikasikan di beberapa negara, kemudian WHO meluncurkan kembali instrumen ini dalam bentuk QUOTE TB *Light* yang telah direvisi dari instrumen sebelumnya. Adapun sembilan dimensi tersebut sebagai berikut:

- a. Ketersediaan Layanan TBC menurut Brown *et al* dalam Bustami (2011:3-4) maksudnya adalah pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh kendala geografis, organisasi dan bahasa. Akses geografis dapat diukur dengan beberapa hal seperti jarak ditempuh untuk mendapatkan pelayanan. Akses organisasi berkaitan dengan sejauh mana organisasi pelayanan kesehatan dapat menjamin dan diatur untuk kenyamanan dan ketertiban pelanggan. Akses bahasa dalam konteks pelayanan berarti pelanggan dapat memahami dan mengerti dengan jelas apa yang disampaikan oleh petugas kepada pelanggan.
- b. Komunikasi dan Informasi menurut Parasuraman *et al* dalam Tjiptono (2000:70) adalah memberikan informasi kepada pelanggan dalam bahasa yang dapat mereka pahami. Komunikasi berarti pengiriman dan penerimaan pesan, berita atau amanat, rencana tindakan, atau harapan antara dua orang atau lebih dengan cara yang tepat sehingga pesan yang dimaksud dapat dipahami atau dimengerti (Supriyanto, 2010).
- c. Interaksi dan Konseling menurut Brown *et al* dalam Bustami (2011:4) yaitu berkaitan dengan hubungan antara petugas dengan pasien/masyarakat. Bentuk dari hubungan antar manusia ini antara lain dapat berupa menghargai, menjaga rahasia, menghormati, mendengarkan keluhan, responsif, dan memberikan perhatian. Hubungan yang baik akan memberikan andil yang besar dalam konseling yang efektif.

- d. Hubungan TBC-HIV, TBC merupakan infeksi oportunistik yang paling sering dijumpai pada Orang Dengan HIV AIDS (ODHA) (sekitar 50%) dibandingkan dengan penyakit oportunistik lain. Seseorang dengan kedua penyakit ini memiliki masalah kesehatan yang serius dan dapat menyebabkan kematian (Kemenkes RI, 2012:62).
- e. Infrastruktur menurut Brown *et al* dalam Bustami (2011:5) merupakan dimensi mutu yang tidak berkaitan langsung dengan efektivitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien untuk mau datang memperoleh pelayanan berikutnya. Dimensi kenyamanan berkaitan dengan penampilan fisik tempat pelayanan, peralatan medis dan non medis, kebersihan, sarana yang tersedia, dan sebagainya.
- f. Kompetensi Profesional menurut Brown *et al* dalam Bustami (2011:3) yaitu berupa keterampilan, kemampuan dan penampilan petugas, manajer dan staf pendukung, serta bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam hal kepatuhan, ketepatan, kebenaran, dan konsistensi.
- g. Kemampuan menurut Brown *et al* dalam Bustami (2011:4) merupakan akses ekonomi yang berkaitan dengan kemampuan membayar pasien untuk menjangkau dan mendapatkan pelayanan.
- h. Dukungan adalah segala bentuk informasi baik verbal maupun nonverbal yang bersifat saran, bantuan, dan tingkah laku yang diberikan kepada pasien. Dukungan dapat berupa dukungan kebijakan yang diberikan para pimpinan institusi di semua tingkat dan semua sektor yang terkait dalam rangka mewujudkan pembangunan di sektor kesehatan (Notoatmodjo, 2007:85-86).
- i. Stigma menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) merupakan ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya.

2.4 Kunjungan Ulang

Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan merupakan suatu fungsi dari mutu pelayanan, kepuasan dipengaruhi secara terpisah oleh mutu pelayanan dan kepuasan hidup. Dengan kepuasan pelanggan atas pelayanan yang merupakan fungsi dari mutu pelayanan akan membuat pelanggan benar-benar merasa puas dan pelanggan akan memunculkan keinginan untuk terus menjalin hubungan kemitraan (minat untuk membeli ulang). Keinginan tersebut akan muncul apabila terjadi persamaan persepsi antara pelanggan dengan pihak manajemen tentang berbagai faktor yang mempengaruhi kepuasan (Woodside, 1989).

Hellier *et al* dalam Hsuan Li (2011), menyatakan bahwa minat pembelian ulang merupakan penilaian individu tentang pembelian ulang di perusahaan yang sama. Menurut Wathne *et al* dalam Hsuan Li (2011), alasan yang membuat pelanggan memutuskan untuk memilih penyedia layanan yang sama dan membeli kembali layanan yang sama didasarkan atas pengalaman mereka. Begitu pula menurut Ranaweera *et al* dalam Hsuan Li (2011), bahwa minat pembelian kembali merupakan kecenderungan pelanggan untuk melakukan pembelian ulang dengan perusahaan yang sama dalam waktu dekat.

Fornell dalam Hsuan Li (2011) mengemukakan bahwa pembelian kembali merupakan konsep yang paling penting dalam pemasaran. Selain itu, pembelian kembali juga menjadi konsep inti dari loyalitas pelanggan. Sebagaimana yang disebutkan Parasuraman dan Grewal dalam Hsuan Li (2011) bahwa minat pembelian kembali menunjukkan kemungkinan klien berulang kali membeli barang atau jasa di masa depan dan hal itu berkaitan erat dengan loyalitas pelanggan. Kunjungan ulang merupakan bagian dari perilaku purna beli, jika konsumen puas dengan pelayanan yang didapatkan, ia akan melakukan kunjungan atau pemanfaatan kembali (Kotler, 2008:183).

Menurut Swastha dan Handoko (dalam Anggraeni, 2015), faktor utama yang mempengaruhi kunjungan ulang adalah sebagai berikut:

- a. Kualitas Produk

Kualitas produk yang baik secara langsung akan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien, dan apabila hal tersebut berlangsung secara terus-

menerus akan mengakibatkan konsumen yang selalu setia membeli atau menggunakan produk tersebut.

b. Kualitas Pelayanan

Kualitas pelayan juga merupakan faktor yang mempengaruhi kunjungan ulang selain kualitas produk. Kualitas pelayanan identik dengan jasa yang diberikan kepada konsumen.

c. Emosional

Emosional diartikan sebagai keyakinan penjual itu sendiri agar lebih maju dalam usahanya. Keyakinan tersebut nantinya akan mendatangkan ide-ide yang dapat meningkatkan usahanya.

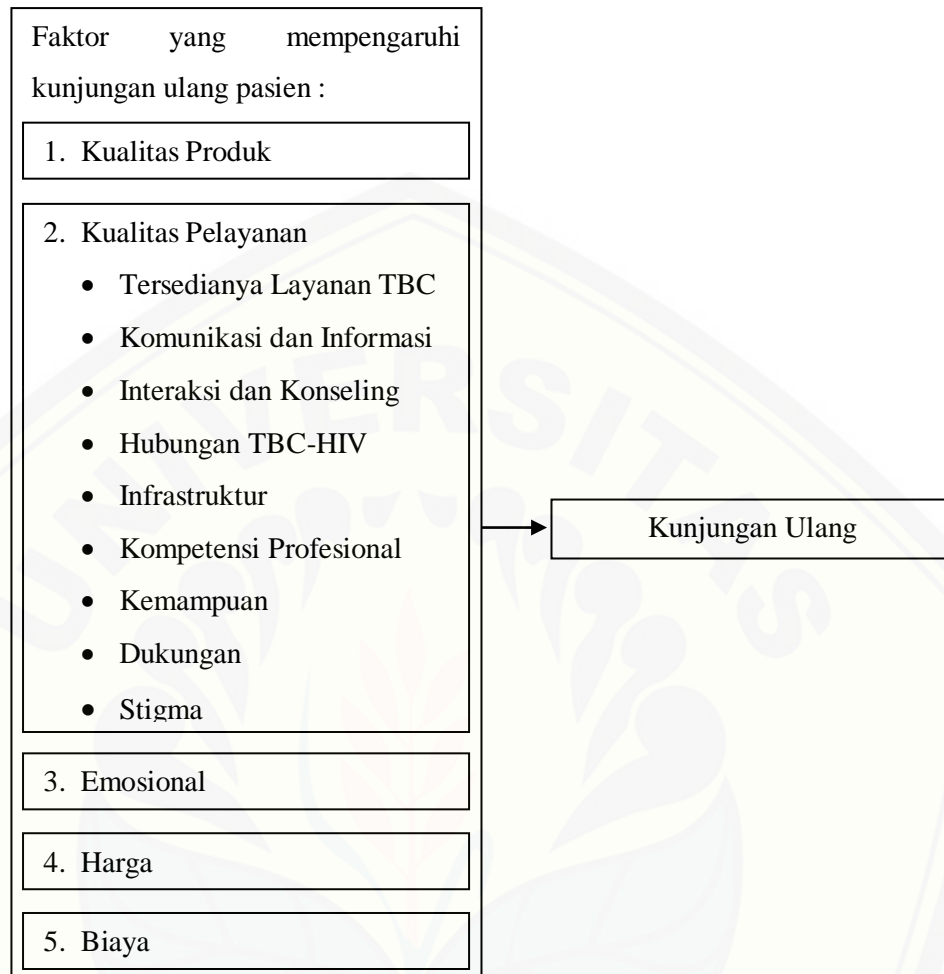
d. Harga

Sebagian besar konsumen menginginkan barang atau kualitas yang bagus dengan harga yang lebih murah atau bersaing. Harga dalam konteks ini lebih diartikan sebagai akibat, atau dengan kata lain harga yang tinggi adalah akibat dari kualitas produk tersebut yang bagus, atau harga yang tinggi sebagai akibat dari kualitas pelayanan yang bagus.

e. Biaya

Masyarakat berpikir bahwa perusahaan yang berani mengeluarkan biaya yang banyak dalam sebuah promosi, atau produksi pasti produk yang akan dihasilkan bagus dan berkualitas, sehingga pasien lebih loyal terhadap produk tersebut.

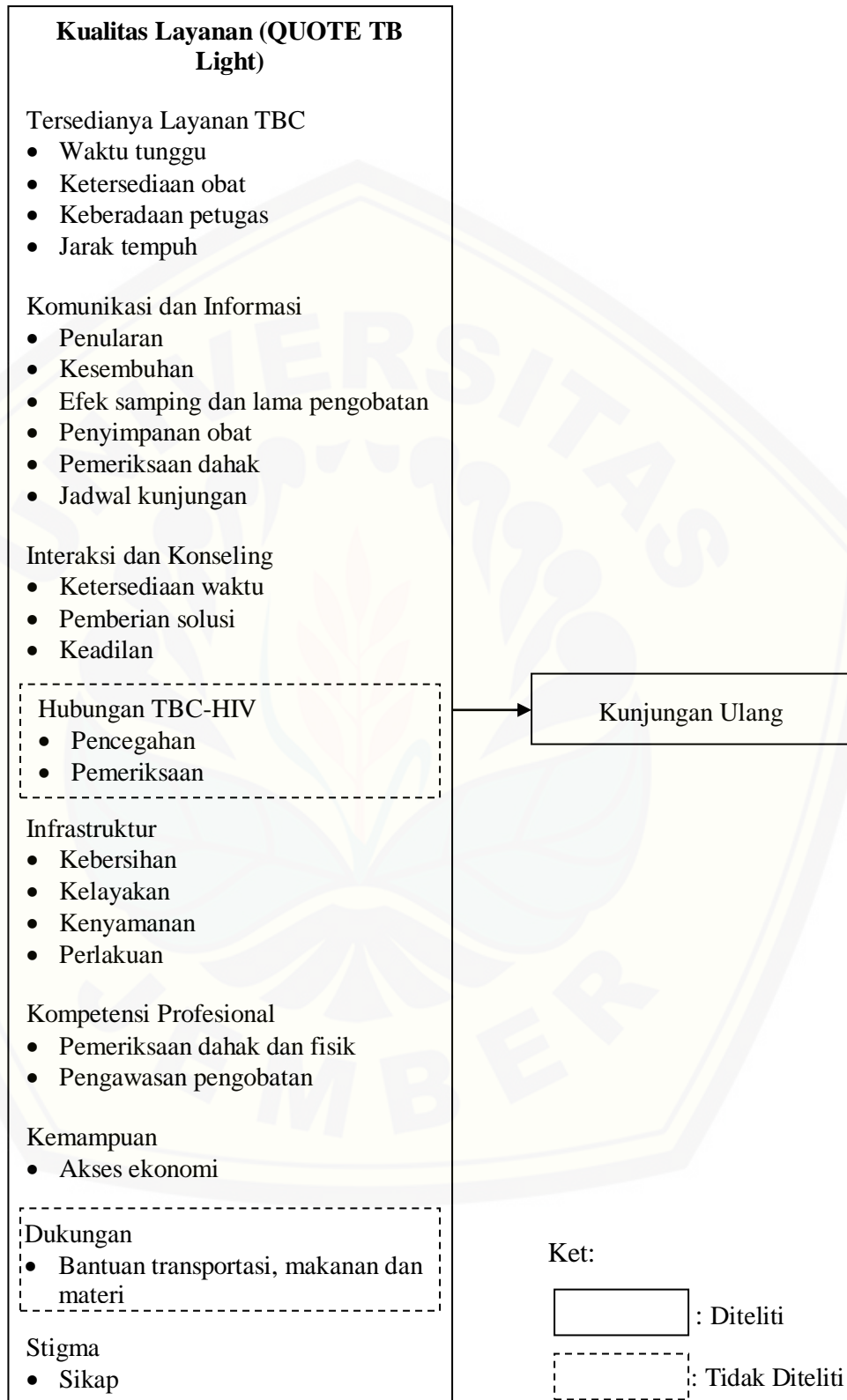
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Modifikasi Kualitas Pelayanan QUOTE TB Light (Massaut, 2009), Swastha dan Handoko (dalam Anggraeni, 2015), SOP Pengobatan TBC Puskesmas Pakusari (2018)

2.6 Kerangka Konseptual



Gambar 2. 2 Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual yang disusun dalam penelitian ini merupakan gabungan antara teori Massaut, dengan Swastha dan Handoko. Menurut Massaut, penilaian pelayanan TBC dapat dilihat dari beberapa komponen, yaitu ketersediaan layanan TBC, komunikasi dan informasi, interaksi dan konseling, infrastruktur, kompetensi profesional, kemampuan dan stigma. Dimensi dukungan dan hubungan TBC-HIV tidak diteliti karena tidak sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) pengobatan TBC Puskesmas Pakusari. Menurut Swastha dan Handoko, terdapat lima faktor utama yang mempengaruhi kunjungan ulang pasien, yaitu kualitas produk, kualitas pelayanan, emosional, harga dan biaya. Dalam penelitian ini, peneliti ingin meneliti hubungan kualitas pelayanan dengan kunjungan ulang tanpa melihat kualitas produk, emosional, harga dan biaya. Delapan komponen penilaian pelayanan menurut Massaut tersebut merupakan variabel bebas dari penelitian ini, sedangkan variabel terikat dari penelitian ini adalah kunjungan ulang pasien TBC.

2.7 Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus di uji validitasnya secara empiris. Hipotesis tidak dinilai benar atau salah, melainkan diuji dengan data empiris apakah sah (valid) atau tidak (Sastroasmoro dan Ismale, 2014:45). Adapun hipotesis pada penelitian ini sebagai berikut:

Ada hubungan antara kualitas pelayanan dengan kunjungan ulang pasien TBC di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik karena bertujuan untuk menguji hipotesis antara variabel bebas dengan variabel terikat. Penelitian analitik adalah suatu metode penelitian yang digunakan untuk menguji hipotesis dan mengadakan interpretasi yang lebih dalam tentang hubungan-hubungan variabel bebas dengan variabel terikat (Nazir, 2011:89).

Berdasarkan waktu penelitian, maka penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* karena penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya, tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2010:37-38).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Januari sampai dengan November 2018. Mulai dari pembuatan proposal hingga penyusunan laporan hasil penelitian.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk

dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2015:80). Jumlah populasi dalam penelitian ini merupakan populasi *finit*. Populasi *finit* adalah populasi yang jumlahnya diketahui dengan pasti. Populasi pada penelitian ini adalah pasien TBC kasus baru dan ulang di Puskesmas Pakusari sebanyak 74 orang.

3.3.2 Sampel dan Besar Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tertentu. Sampel yang diambil dari populasi harus betul-betul representatif (mewakili) (Sugiyono, 2015:81). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien TBC di Puskesmas Pakusari.

Penelitian ini menggunakan rumus *Lemeshow* (Lemeshow, 1997:54) untuk menentukan jumlah sampel dengan nilai proporsi 0,5 (50%) dan derajat kesalahan 0,05 (5%). Rumusnya sebagai berikut:

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

$$n = \frac{74 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5(1-0,5)}{(74-1)(0,05)^2 + (1,96)^2 \cdot 0,5(1-0,5)}$$

$$n = \frac{74 \cdot 3,8416 \cdot 0,25}{(73 \cdot 0,0025) + (3,8416 \cdot 0,25)}$$

$$n = \frac{71,0696}{1,1429} =$$

$$n = 62,18 \approx 63$$

Keterangan:

N = Besar populasi yaitu 74

n = Besar sampel

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2$ = Nilai distribusi pada derajat kemaknaan (biasanya 95% = 1,96)

P = Proporsi 50% = 0,5

D = Derajat penyimpangan terhadap populasi (5% = 0,05)

Berdasarkan perhitungan tersebut dapat diketahui bahwa jumlah sampel dalam penelitian ini sejumlah 62,18 dibulatkan menjadi 63 responden yang merupakan pasien TBC di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Simple Random Sampling*. Dikatakan *simple* karena pengambilan anggota sampel dari populasi dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi (Sugiyono, 2014:82). Agar karakteristik sampel tidak menyimpang dari populasi, maka sebelum dilakukan pengambilan sampel perlu ditentukan kriteria inklusi (Notoatmodjo, 2010:130). Kriteria inklusi adalah ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010:130). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah pasien TBC yang berusia 15-50 tahun karena TBC menyerang kelompok umur produktif.

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah segala sesuatu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya. Berdasarkan hubungan antara satu variabel dengan variabel yang lain maka dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:

a. Variabel bebas (*independent variable*)

Variabel bebas sering disebut sebagai variabel *stimulus*, *prediktor*, *antecedent*. Variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (terikat). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah kualitas pelayanan (Ketersediaan Layanan TBC, Komunikasi dan Informasi, Interaksi dan Konseling, Infrastruktur, Kompetensi Profesional, Kemampuan, Stigma).

b. Variabel terikat (*dependent variable*)

Variabel terikat sering disebut sebagai dengan variabel output, kriteria, konsekuen. Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kunjungan ulang pasien TBC di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember (Sugiyono, 2015:38-39).

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010:112).

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

NO	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Hasil Pengukuran
Variabel Dependent (Terikat)					
	Kunjungan Ulang	Tindakan seseorang dalam menggunakan kembali layanan kesehatan berupa pengambilan OAT.	Studi Dokumentasi dengan <i>Cheklis</i>	Nominal	Dilihat dari kohort pasien yang dimiliki Puskesmas dengan 1 pertanyaan yang dikategorikan menjadi: 1= Tidak 2= Ya
Variabel Independent (Bebas)					
	Kualitas Pelayanan	Derajat tampilan pelayanan TBC yang dinilai dari persepsi pasien yang memanfaatkan pelayanan TBC berdasarkan dimensi QUOTE TB Light.	Wawancara dengan kuesioner	Ordinal	Diukur dengan 30 Pertanyaan dengan rincian 16 pertanyaan dengan menggunakan skala <i>Likert</i> dengan pilihan jawaban: a. Tidak Pernah b. Kadang-kadang c. Biasanya d. Selalu Skor penilaian: a. Skor Maksimal = $4 \times 16 = 64$ b. Skor Minimal = $1 \times 16 = 16$ 1 pertanyaan dengan pilihan jawaban:

NO	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Hasil Pengukuran
					<p>a. 5 Hari Lebih b. 3-5 Hari c. 0-2 Hari Skor penilaian: a. Skor Maksimal = $3 \times 1 = 3$ b. Skor Minimal = $1 \times 1 = 1$</p> <p>13 pertanyaan dengan pilihan jawaban: a. Tidak b. Ya Skor penilaian: a. Skor Maksimal = $2 \times 13 = 26$ b. Skor Minimal = $1 \times 13 = 13$</p> <p>Jumlah skor : a. Skor Maksimal = $64 + 3 + 26 = 93$ b. Skor Minimal = $16 + 1 + 13 = 30$ Panjang kelas interval dengan perhitungan (nilai maks - nilai min) = $93 - 30 = 63$ Banyak kelas: 3, Panjang kelas = $63/3 = 21$ Sehingga skor kualitas pelayanan dapat dilihat dari banyak skor yang diperoleh dari kategori: a. Nilai 30 – 51 = kualitas pelayanan puskesmas kurang. b. Nilai 52 – 72 = kualitas pelayanan puskesmas cukup. c. Nilai 73 - 93 = kualitas pelayanan puskesmas baik.</p>
1.	Ketersediaan Layanan TBC	Kesiapan penyedia layanan TBC memberikan	Wawancara dengan kuesioner		Diukur dengan 5 pertanyaan menggunakan skala

NO	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Hasil Pengukuran
		pelayanan meliputi waktu tunggu, ketersediaan obat, keberadaan petugas dan jarak tempuh.			<p><i>Likert</i> dengan pilihan jawaban:</p> <p>a. Tidak Pernah b. Kadang-kadang c. Biasanya d. Selalu</p> <p>Skor penilaian:</p> <p>a. Skor maksimal = $4 \times 5 = 20$ b. Skor minimal = $1 \times 5 = 5$</p> <p>1 pertanyaan dengan pilihan jawaban:</p> <p>a. Tidak b. Ya</p> <p>Skor penilaian:</p> <p>a. Skor maksimal = $2 \times 1 = 2$ b. Skor minimal = $1 \times 1 = 1$</p> <p>Jumlah skor :</p> <p>a. Skor Maksimal = $20 + 2 = 22$ b. Skor Minimal = $5 + 1 = 6$</p> <p>Panjang kelas interval dengan perhitungan (nilai maks - nilai min)</p> <p>$= 22 - 6$ $= 16$</p> <p>Banyak kelas: 3, Panjang kelas = $16/3 = 5,33$</p> <p>Sehingga skor ketersediaan layanan TBC dapat dilihat dari banyak skor yang diperoleh dari kategori:</p> <p>a. Nilai $6 - 11,33 =$ ketersediaan layanan TBC di puskesmas kurang. b. Nilai $11,34 - 16,66 =$ ketersediaan layanan TBC di puskesmas cukup. c. Nilai $16,67 - 22 =$ ketersediaan layanan TBC di puskesmas</p>

NO	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Hasil Pengukuran
					baik.
2.	Komunikasi dan Informasi	Pesan atau informasi yang disampaikan oleh petugas kepada pasien TBC meliputi penularan, kesembuhan, efek samping dan lama pengobatan, penyimpanan obat, pemeriksaan dahak, serta jadwal kunjungan selanjutnya.	Wawancara dengan kuesioner		Diukur dengan 8 pertanyaan dengan pilihan jawaban: a. Tidak b. Ya Skor penilaian: a. Skor Maksimal = $2 \times 8 = 16$ b. Skor Minimal = $1 \times 8 = 8$ Panjang kelas interval dengan perhitungan (nilai maks - nilai min) = $16 - 8 = 8$ Banyak kelas: 3, Panjang kelas = $8/3 = 2,66$ Sehingga skor komunikasi dan informasi TBC dapat dilihat dari banyak skor yang diperoleh dari kategori: a. Nilai 8 – 10,66 = komunikasi dan informasi TBC di puskesmas kurang. b. Nilai 10,67 – 13,32 = komunikasi dan informasi TBC di puskesmas cukup. c. Nilai 13,33 - 16 = komunikasi dan informasi TBC di puskesmas baik.
3.	Interaksi dan Konseling	Suatu komunikasi dan bentuk perhatian dari petugas untuk pasien TBC yang meliputi ketersediaan waktu, pemberian solusi dari masalah secara adil tanpa adanya perlakuan yang berbeda.	Wawancara dengan kuesioner		Diukur dengan 5 pertanyaan menggunakan skala <i>Likert</i> dengan pilihan jawaban: a. Tidak Pernah b. Kadang-kadang c. Biasanya d. Selalu Skor penilaian: a. Skor Maksimal = $4 \times 5 = 20$

NO	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Hasil Pengukuran
					<p>b. Skor Minimal = $1 \times 5 = 5$</p> <p>Panjang kelas interval dengan perhitungan (nilai maks - nilai min) = $20 - 5 = 15$</p> <p>Banyak kelas: 3, Panjang kelas = $15/3 = 5$</p> <p>Sehingga skor interaksi dan konseling dapat dilihat dari banyak skor yang diperoleh dari kategori:</p> <p>a. Nilai 5 – 10 = interaksi dan konseling di puskesmas kurang. b. Nilai 10,1 – 15 = interaksi dan konseling di puskesmas cukup. c. Nilai 15,1 - 20 = interaksi dan konseling di puskesmas baik.</p>
4.	Infrastruktur	Fasilitas yang diberikan untuk mendukung terselenggaranya pelayanan TBC yang nyaman meliputi kebersihan, kelayakan, kenyamanan dan perlakuan.	Wawancara dengan kuesioner		<p>Diukur dengan 2 pertanyaan menggunakan skala <i>Likert</i> dengan pilihan jawaban:</p> <p>a. Tidak Pernah b. Kadang-kadang c. Biasanya d. Selalu</p> <p>Skor penilaian: a. Skor maksimal = $4 \times 2 = 8$ b. Skorminimal = $1 \times 2 = 2$</p> <p>2 pertanyaan dengan pilihan jawaban: a. Tidak b. Ya</p> <p>Skor penilaian: a. Skor maksimal = $2 \times 2 = 4$ b. Skor minimal = 1</p>

NO	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Hasil Pengukuran
					$\times 2 = 2$ Jumlah skor : a. Skor Maksimal = $8 + 4 = 12$ b. Skor Minimal = $2 + 2 = 4$ Panjang kelas interval dengan perhitungan (nilai maks - nilai min) $= 12 - 4$ $= 8$ Banyak kelas: 3, Panjang kelas = $8/3 = 2,66$ Sehingga skor infrastruktur dapat dilihat dari banyak skor yang diperoleh dari kategori: a. Nilai 4 – 6,66 = infrastruktur di puskesmas kurang. b. Nilai 6,67 – 9,32 = infrastruktur di puskesmas cukup. c. Nilai 9,33 - 12 = infrastruktur di puskesmas baik.
5.	Kompetensi Profesional	Kesesuaian antara pelayanan yang diberikan dengan standar dan alur yang meliputi pemeriksaan dan fisik serta pengawasan pengobatan.	Wawancara dengan kuesioner		Diukur dengan 1 pertanyaan menggunakan skala <i>Likert</i> dengan pilihan jawaban: a. Tidak Pernah b. Kadang-kadang c. Biasanya d. Selalu Skor penilaian: a. Skor maksimal = $4 \times 1 = 4$ b. Skor minimal = $1 \times 1 = 1$ 1 pertanyaan menggunakan skala <i>Likert</i> dengan pilihan jawaban: a. 5 Hari Lebih b. 3-5 Hari c. 0-2 Hari

NO	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Hasil Pengukuran
					<p>Skor penilaian: a. Skormaksimal = $3 \times 1 = 3$ b. Skorminimal = $1 \times 1 = 1$</p> <p>2 pertanyaan dengan pilihan jawaban: a. Tidak b. Ya</p> <p>Skor penilaian: a. Skor maksimal = $2 \times 2 = 4$ b. Skor minimal = $1 \times 2 = 2$</p> <p>Skor penilaian: a. Skor Maksimal = $4 + 3 + 4 = 11$ b. Skor Minimal = $1 + 1 + 2 = 4$</p> <p>Panjang kelas interval dengan perhitungan (nilai maks - nilai min) $= 11 - 4$ $= 7$</p> <p>Banyak kelas: 3, Panjang kelas = $7/3 = 2,33$</p> <p>Sehingga skor kompetensi profesional dapat dilihat dari banyak skor yang diperoleh dari kategori: a. Nilai $4 - 6,33 =$ kompetensi profesional di puskesmas kurang. b. Nilai $6,34 - 8,66 =$ kompetensi profesional di puskesmas cukup. c. Nilai $8,67 - 11 =$ kompetensi profesional di puskesmas baik.</p>
6.	Kemampuan	Kemudahan pasien TBC untuk menuju dan mendapatkan pengobatan dilihat	Wawancara dengan kuesioner		Diukur dengan 1 pertanyaan menggunakan skala <i>Likert</i> dengan

NO	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Hasil Pengukuran
		dari akses ekonomi.			<p>pilihan jawaban: a. Tidak Pernah b. Kadang-kadang c. Biasanya d. Selalu</p> <p>Skor penilaian: a. Skor Maksimal = $4 \times 1 = 4$ b. Skor Minimal = $1 \times 1 = 1$</p> <p>Panjang kelas interval dengan perhitungan (nilai maks - nilai min) $= 4 - 1$ $= 3$</p> <p>Banyak kelas: 3, Panjang kelas = $3/3 = 1$</p> <p>Sehingga skor kemampuan dapat dilihat dari banyak skor yang diperoleh dari kategori: a. Nilai 1 – 2 = kemampuan di puskesmas kurang. b. Nilai 2,1 – 3 = kemampuan di puskesmas cukup. c. Nilai 3,1 – 4 = kemampuan di puskesmas baik.</p>
7.	Stigma	Pandangan dan sikap petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien TBC.	Wawancara dengan kuesioner		<p>Diukur dengan 2 pertanyaan menggunakan skala <i>Likert</i> dengan pilihan jawaban: a. Tidak Pernah b. Kadang-kadang c. Biasanya d. Selalu</p> <p>Skor penilaian: a. Skor Maksimal = $4 \times 2 = 8$ b. Skor Minimal = $1 \times 2 = 2$</p> <p>Panjang kelas interval dengan perhitungan (nilai maks - nilai min) $= 8 - 2$</p>

NO	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data	Hasil Pengukuran
					= 6 Banyak kelas: 3, Panjang kelas = $6/3$ = 2 Sehingga skor stigma dapat dilihat dari banyak skor yang diperoleh dari kategori: a. Nilai 2 – 4 = stigma di puskesmas kurang. b. Nilai 4,1 – 6 = stigma di puskesmas cukup. c. Nilai 6,1 - 8 = stigma di puskesmas baik.

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2015:137). Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari hasil pengisian kuesioner dari responden terkait kualitas pelayanan di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah sumber tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2015:137). Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari Puskesmas Pakusari yaitu jumlah pasien yang menggunakan layanan TBC dan kohort pasien tentang kunjungan ulang pengambilan OAT.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Tanpa

mengetahui teknik pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standar data yang ditetapkan (Sugiyono, 2015:224). Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah menggunakan cara sebagai berikut:

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2010:139). Pada penelitian ini menggunakan wawancara terstruktur untuk memperoleh data terkait kualitas pelayanan TBC di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.

b. Dokumentasi

Dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan peristiwa yang sudah terjadi (Sugiyono, 2015:225). Teknik dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data jumlah pasien yang menggunakan layanan TBC dan riwayat kunjungan pasien untuk mengambil OAT di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.

3.6.2 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2010:87). Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah lembar kuesioner (daftar pertanyaan). Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberikan seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2015:142). Penelitian ini menggunakan kuesioner dari WHO (2009).

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian

Cara penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai bentuk. Pada umumnya dikelompokkan menjadi tiga, yakni penyajian dalam bentuk teks (*tekstular*), penyajian dalam bentuk tabel, dan penyajian dalam bentuk grafik (Notoatmodjo, 2010:188). Teknik penyajian dalam penelitian ini menggunakan teknik teks (*tekstular*) dan bentuk tabel.

3.7.2 Analisis Data

Pengolahan data kuantitatif dapat dilakukan dengan tangan atau melalui proses komputerisasi. Dalam pengolahan ini mencakup tabulasi data dan perhitungan-perhitungan statistik (Notoatmodjo, 2010:174). Teknik analisis data dalam penelitian ini sesuai dengan prosedur tahapannya sebagai berikut:

a. Analisis *Univariate* (Analisis Deskriptif)

Analisis *univariate* bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010:182). Analisis *univariate* dalam penelitian ini adalah mengidentifikasi kualitas pelayanan (Ketersediaan Layanan TBC, Komunikasi dan Informasi, Interaksi dan Konseling, Infrastruktur, Kompetensi Profesional, Kemampuan, Stigma) dan kunjungan ulang.

b. Analisis *Bivariate*

Analisis *bivariate* dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010:183). Analisis *bivariate* dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui hubungan kualitas pelayanan dengan kunjungan ulang pasien TBC di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember, menggunakan uji *Pearson Chi-square* dengan tingkat kesalahan 5% (0,05). Sehingga apabila nilai *Approx Sig.* > α maka tidak terdapat hubungan antara variabel *independent* dan variabel *dependent* dan apabila nilai *Approx Sig.* < α maka terdapat hubungan antara variabel *independent* dan variabel *dependent*.

3.8 Validasi dan Reliabilitas

3.8.1 Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Untuk mengetahui apakah kuesioner yang disusun tersebut mampu mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antara *skors* (nilai) tiap-tiap item (pertanyaan) dengan *skors* total kuesioner tersebut bila semua pertanyaan itu mempunyai korelasi yang bermakna (*construct validity*) (Notoatmodjo, 2010:164-165).

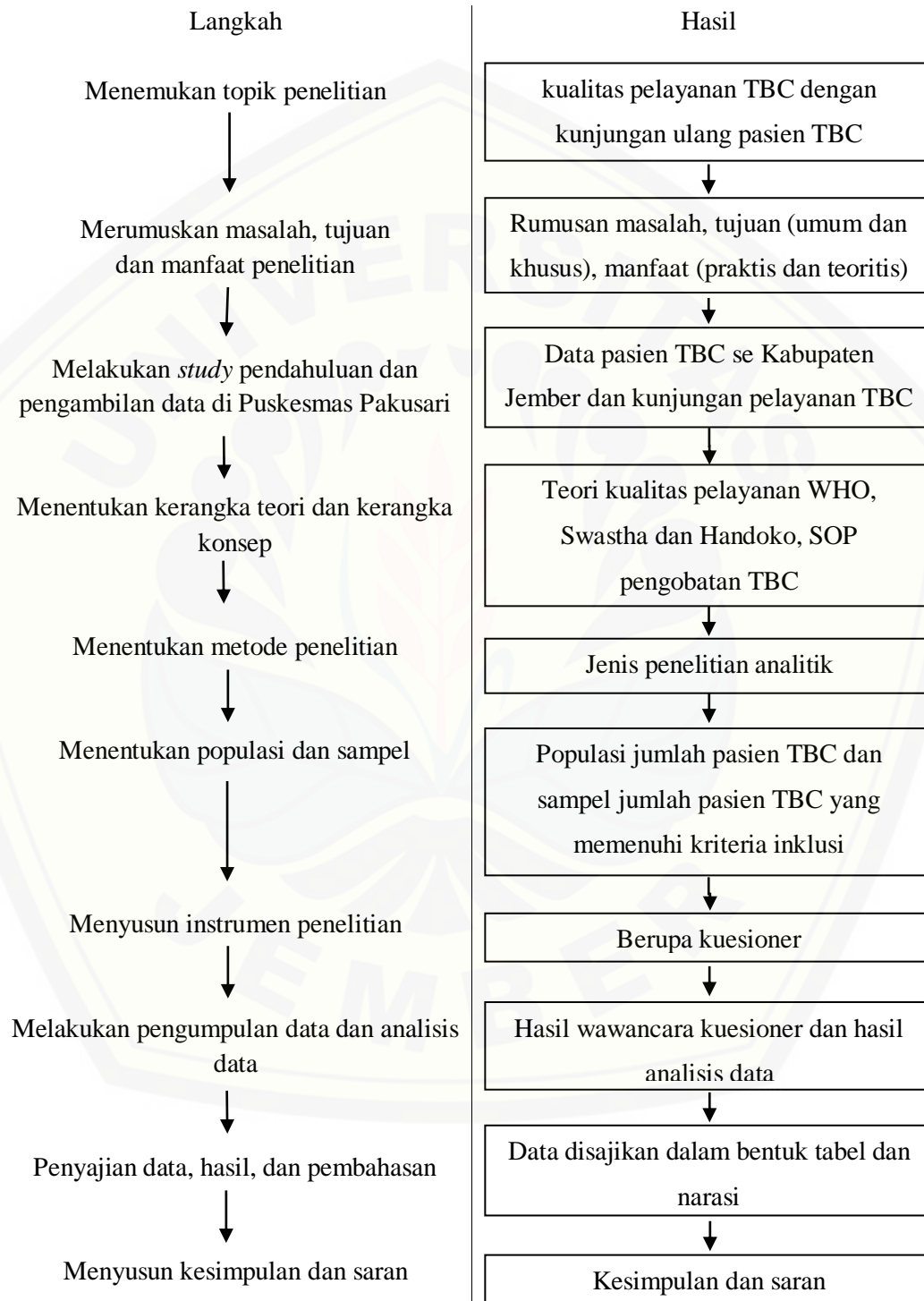
Dalam penelitian ini uji validitas dipakai untuk memilah item-item pertanyaan yang relevan untuk dianalisis. Perhitungan dilakukan dengan rumus korelasi *Product Moment* (r). Pengujian validitas ini menggunakan taraf signifikan yang digunakan adalah 5%. Uji validitas dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember pada 21 responden. Nilai r tabel dalam penelitian ini adalah 0,3610. Dasar pengambilan keputusan ada dua yaitu valid apabila r hitung $>$ r tabel dan tidak valid apabila r hitung $<$ r tabel dengan menggunakan program SPSS yaitu *Bivariate Pearson*. Diperoleh r tabel 0,4329 sehingga terdapat dua pertanyaan yang dihapus karena tidak valid.

3.8.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas ialah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap asas (*ajeg*) bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2010:168). Uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan program SPSS dengan uji statistik *Cronbach's Alpha*. Dasar pengambilan keputusan adalah reliabel apabila nilai r hitung $>$ r tabel. Diperoleh r tabel 0,4329 dan r hitung 0,827 sehingga dapat diartikan bahwa kuesioner reliabel.

3.9 Alur Penelitian

Alur penelitian dalam penelitian hubungan kualitas pelayanan TBC dengan kunjungan ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember sebagai berikut:



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai Hubungan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember, didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Kualitas pelayanan tuberkulosis di Puskesmas Pakusari termasuk dalam kategori baik, namun masih terdapat beberapa keluhan yang diungkapkan oleh pasien, hal tersebut dapat dilihat dari jawaban sebagian responden terhadap beberapa aspek pelayanan seperti jarak tempuh, informasi pentingnya pengawas minum obat dan cara menyimpan obat, petugas kesehatan kurang mendengarkan pasien, petugas kesehatan memberikan penjelasan yang sulit dipahami, ketersediaan waktu yang sangat terbatas untuk berdiskusi dengan pasien, kebersihan lingkungan, kenyamanan tempat tunggu, waktu yang dibutuhkan untuk mengetahui hasil tes dahak yang lama, kurangnya pengawasan pengobatan oleh petugas kesehatan langsung, sulitnya akses ekonomi menuju puskesmas, serta sikap petugas saat memberikan pelayanan.
2. Kunjungan ulang pasien tuberkulosis di Puskesmas Pakusari sebagian besar responden melakukan kunjungan ulang untuk mengambil OAT.
3. Terdapat hubungan antara kualitas pelayanan tuberkulosis dengan kunjungan ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.

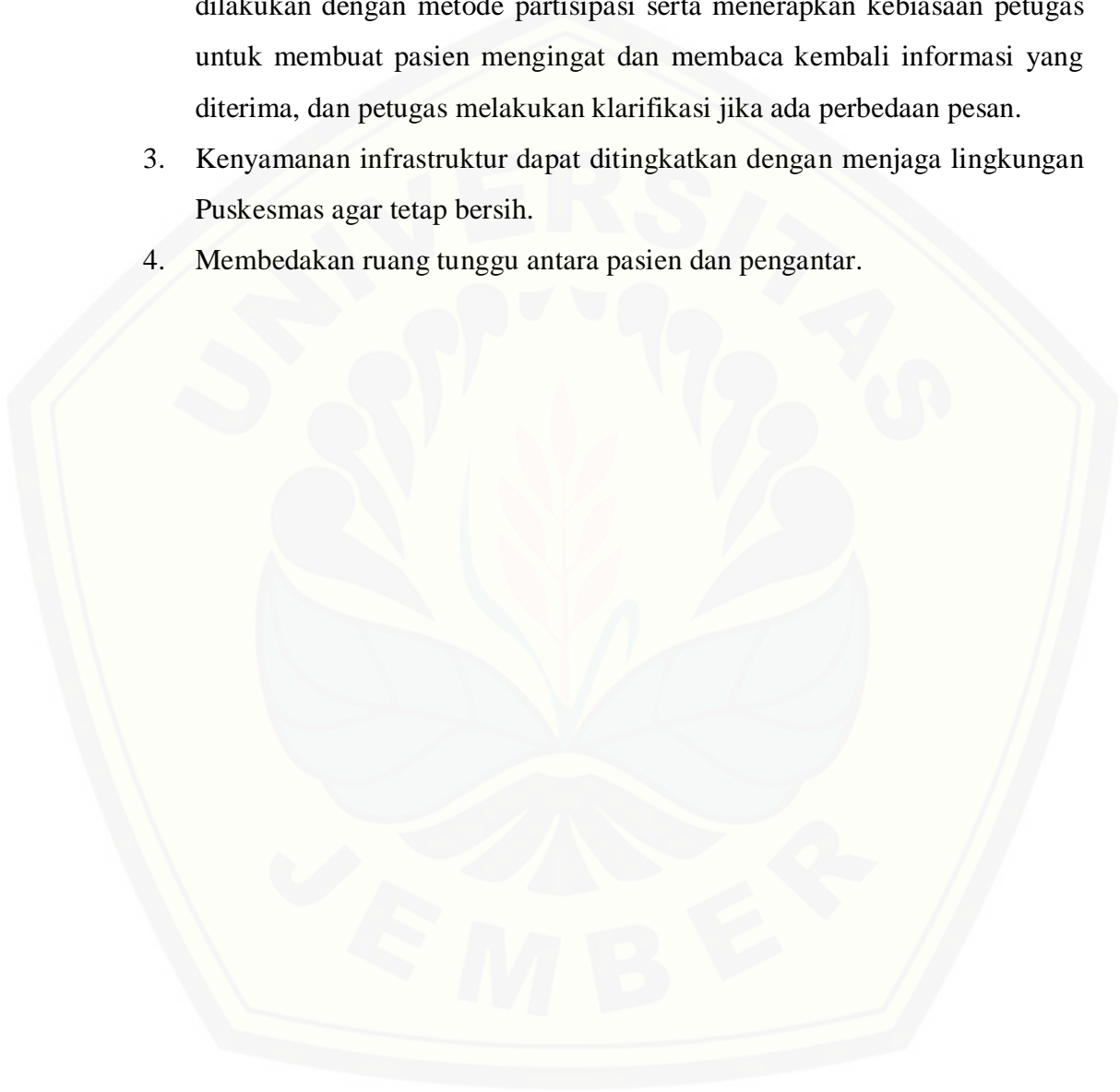
5.2 Saran

Adapun saran yang dapat diberikan sebagai bahan masukan bagi Puskesmas Pakusari untuk mengoptimalkan kualitas pelayanan tuberkulosis sebagai berikut:

1. Upaya pendekatan sarana pelayanan kesehatan agar terciptanya pelayanan kesehatan yang mudah dicapai (jarak) dan mudah dijangkau (biaya transportasi) dapat dilakukan dengan cara kunjungan rumah, sehingga

petugas dan kader TBC dapat melakukan pengawasan pengobatan langsung sekaligus membantu pasien yang mengalami kesulitan karena jarak dan biaya transportasi.

2. Membangun komunikasi, interaksi dan konseling yang efektif dapat dilakukan dengan metode partisipasi serta menerapkan kebiasaan petugas untuk membuat pasien mengingat dan membaca kembali informasi yang diterima, dan petugas melakukan klarifikasi jika ada perbedaan pesan.
3. Kenyamanan infrastruktur dapat ditingkatkan dengan menjaga lingkungan Puskesmas agar tetap bersih.
4. Membedakan ruang tunggu antara pasien dan pengantar.



DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, U. F. 2005. *Manajemen Penyakit Berbasis Lingkungan*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.
- Anggraeni, D. S. 2015. Implementasi Komunikasi Pemasaran Rumah Sakit Awal Bros Pekanbaru dalam Mempertahankan Loyalitas Konsumen. *Jom Fisip*. 2(1): 1-14.
- Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi 3*. Jakarta: Binarupa Aksara Publisher.
- Bappenas. 2009. *Peningkatan Akses Masyarakat Terhadap Kesehatan yang Berkualitas*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Bustami, 2011. *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan dan Akseptabilitasnya*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Cobb_Walgren, C. J., C. A. Ruble, dan N. Donthu. 1995. Brand Equity, Brand Preference and Purchase Intent. *Journal of Advertising*. 24(3): 25-40.
- Dermawanti. 2014. Hubungan Komunikasi Interpersonal Petugas Kesehatan terhadap Kepatuhan Pasien Menjalani Pengobatan TB Paru di Puskesmas Sunggal Medan 2014. *Skripsi*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- Dhiyantari, N. P. A. R., R. F. Trasia., K. D. Indrayani. 2013. Gambaran Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Babandem, Karangasem. *Skripsi*. Bali: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2016. *Laporan PKP Tahunan Tahun 2015*. Jember: Sub Bagian Program dan Informasi.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2017. *Laporan PKP Tahunan Tahun 2016*. Jember: Sub Bagian Program dan Informasi.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2018. *Laporan Tahunan Tahun 2017*. Jember: Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2016*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Djojodibroto, R. D. 2007. *Respirologi*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Dodds, W. B., K. B. Monroe, dan D. Grewal. 1991. Effect of Price, Brand and Store Information on buyers' Product Evaluations. *Journal of Marketing Study*. 28(August): 307-319.
- Hamidiyah, A. 2013. Hubungan Persepsi Pasien tentang Kualitas Pelayanan dengan Minat Kunjungan Ulang di Klinik Umum Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada Kota Tangerang Selatan Tahun 2013. *Skripsi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Hsuan Li, M. 2011. The Influence of Perceived Service Quality on Brand Image, Word of Mouth, and Repurchase Intention: A Case Study of Min-Sheng General Hospital in Taoyuan, Taiwan. *Journal of Marketing*. 4(1): 91-105.
- Irawan, H. 2009. Pengaruh Konseling Kesehatan terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien TBC Paru di Puskesmas Campurejo Kota Kediri. *Jurnal Ilmu Kesehatan*. 4(1): 87-94.
- Karyati, S. B. 2006. Analisis Pengaruh Persepsi Pasien tentang Mutu Pelayanan Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi dengan Minat Kunjungan Ulang Pasien di Instalasi Rawat Jalan RSI Sultan Agung Semarang. *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Petunjuk Teknis Tata Laksana Klinis Ko-Infeksi TB-HIV*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis Paru*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kotler. P., G. Armstrong. 2008. *Prinsip-Prinsip Pemasaran Jilid 1 Edisi 12*. Jakarta: Penerbit Erlangga.

- Lemeshow, S., Hosmer Jr, D. W., Klan, J. dan Lwanga, S. K. 1997. *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Massaut, S., Broek, J. V. D. dan Kwaak, A. V. D. 2009. *Quote TB Light*. Netherlands: Project Management Unit TB CAP.
- Nazir, M. 2009. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Niven, N. 2002. *Psikologi Kesehatan Pengantar untuk Perawat dan Profesional Kesehatan Lain*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Noviantosc. 2016. *Standar Pelayanan TB Paru*.
<https://dokumen.tips/documents/standar-pelayanan-tb-parudocx.html>.
[Diakses 29 Januari 2017].
- Octovianus, L., Suhartono, dan T. Kuntjoro. 2015. Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Drop Out Penderita TB Paru di Puskesmas Kota Sorong. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*. 3(3): 228-234.
- Rosmaliani, A. 2018. *Panduan Pemberian Informasi dan Edukasi*.
https://www.academia.edu/32494372/PANDUAN_PEMBERIAN_INFOR_MASI_DAN_EDUKASI. [diakses 7 November 2018].
- PDPI. 2006. *Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan Di Indonesia*.
<https://www.klikpdpi.com/konsensus/tb/tb.html>. [Diakses 25 Januari 2017].
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75. 2014. Jakarta: Berita Negara Republik Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43. 2016. Jakarta: Berita Negara Republik Indonesia.
- Pohan, S. I. 2006. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Prayoga, A. H. I. 2013. Fakto-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis Paru di Puskesmas Pamulang Kota Tangerang Selatan Propinsi Banten Periode Januari 2013. *Skripsi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Probandari, A. 2013. Peningkatan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis di Rumah Sakit di Indonesia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 16(1): 1-2.
- Puskesmas Pakusari. 2016. *Profil Puskesmas Pakusari Tahun 2016*. Jember: Puskesmas Pakusari.
- Puskesmas Pakusari. 2017. *Laporan Tahunan Kunjungan Pasien TB Tahun 2017*. Jember: Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
- Puskesmas Pakusari. 2018. *Standar Operasional Prosedur Pelayanan TB Tahun 2018*. Jember: Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
- Puspasari. 2014. Karakteristik Pasien yang Memperoleh Pengobatan Kategori 2 di UP4 Provinsi Kalimantan Barat tahun 2009-2012. *Naskah Publikasi*. Kalimantan Barat: Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura.
- Rachmawati, S. Darmawansyah, dan M. Y. Amir. 2014. Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar. *Skripsi*. Makassar: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
- Rosyid, F. N. 2010. Faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Pasien TB Paru ke Puskesmas Banyuates. *Media Informasi Ilmiah*. Surabaya: Universitas Muhammadiyah Surabaya.
- Sartika. 2014. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kunjungan Pasien Rawat Jalan pada Poli Umum di Puskesmas Jeulingke Kecamatan Syiah Kuala Tahun 2014. *Skripsi*. Banda Aceh: Universitas U'Budiyah Indonesia.
- Sastroasmoro, S, dan Ismael, S. 2014. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ke-5. Jakarta: Mandar Maju.
- Satrianegara, M. S. 2014. *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta. Salemba Medika.

- Satrianegara, M. F., Surahmawati, dan Asriani. 2016. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan pada Pasien TB Paru di RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2016. *Public Health Science Journal*. 8(1): 49-59.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Supriyanto, S, dan Ernawaty. 2010. *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan Edisi 1*. Yogyakarta: CV Andi Offset. 1(2): 102-112.
- Su'udi, A., H. Hendarwan. 2017. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Sasaran Program Jaminan Tabalung Sehat di Kabupaten Tabalong Kalimantan Selatan. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*. 1(2): 102-112.
- Tjiptono, F. 2000. *Manajemen Jasa Edisi 2*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- WHO. 2017. *Global Tuberculosis Report*. France: WHO.
- Widuri, R. 2010. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Responsiveness Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Puskesmas Gambir Tahun 2009. *Tesis*. Depok: Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Woodside, A. G., L. L. Frey, dan R. T. Daly. 1989. Linking Service Quality, Customer Satisfaction and Behavioral Intention. *Journal of Health Care Marketing*. 9(4): 5-17.
- Yuni, I. D. 2017. Hubungan Fase Pengobatan TB dan Pengetahuan tentang MDR TB dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien TB. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 4(3): 301-312.

LAMPIRAN**Lampiran A. Pengantar Kuesioner**

Judul : Hubungan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.

Kepada Yth. Bapak/Ibu
di

Dengan Hormat,

Dalam rangka pelaksanaan penelitian skripsi yang berjudul “**Hubungan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember**”, kami mohon partisipasi Bapak/Ibu/Saudara secara sukarela untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut secara benar dan jujur dengan mengisi lembar persetujuan (*Informed consent*) yang telah disediakan terlebih dahulu. Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko dan dampak apapun terhadap Bapak/Ibu sebagai responden penelitian karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah. Kerahasiaan dari jawaban yang akan Bapak/Ibu/Saudara berikan, dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Atas Partisipasi Bapak/Ibu, kami ucapkan terima kasih.

Jember,2018

Peneliti

Ana Mira Qanata

NIM. 132110101130

Lampiran B. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Judul : Hubungan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.

LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Umur :

Menyatakan persetujuan saya untuk menjadi subjek (responden) dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Ana Mira Qanata

NIM : 132110101130

Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat

Judul : Hubungan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.

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

Jember,.....2018

(Responden)

Lampiran C. Kuesioner Penelitian

Judul : Hubungan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.

KUESIONER WAWANCARA

Keterangan pengumpul data :

Nama pengumpul data :

Tanggal pengumpul data :

Nama responden
Alamat
Desa

I. Kualitas Pelayanan

Petunjuk Pengisian

Pilihlah satu jawaban yang tersedia yang menurut Bapak/Ibu/Saudara benar.

Berilah tanda cek (√) pada salah satu pilihan jawaban.

Ket:

TP : Tidak Pernah

KK : Kadang-kadang

B : Biasanya

S : Selalu

Ketersediaan Layanan TBC

No.	Pertanyaan	Alternatif Jawaban				Skor
		TP	KK	B	S	
1.	Seberapa sering waktu pelayanan pengobatan TBC di Puskesmas ini membuat anda tidak nyaman?					
2.	Seberapa sering obat yang anda butuhkan tidak tersedia?					
3.	Seberapa sering perbedaan bahasa menjadi kendala untuk memperoleh layanan TBC?					
4.	Seberapa sering anda harus pergi ke Puskesmas lain untuk mendapat layanan pengobatan TBC?					
5.	Seberapa sering petugas layanan TBC ada di Puskesmas?					

6. Apakah Puskesmas ini mudah dijangkau (jarak)?

a. Ya

b. Tidak

TOTAL

Komunikasi Dan Informasi

7. Apakah petugas kesehatan di Puskesmas ini memberitahu jika anda berhenti berobat akan menyebarkan TBC ke orang lain?

a. Ya

b. Tidak

8. Apakah petugas kesehatan di Puskesmas ini memberitahu anda bahwa TBC dapat disembuhkan?

a. Ya

b. Tidak

9. Apakah petugas kesehatan di Puskesmas ini memberitahu tentang pentingnya pengawasan pengobatan?

a. Ya

b. Tidak

10. Apakah petugas kesehatan di Puskesmas ini memberitahu anda tentang efek samping obat TBC?

a. Ya

b. Tidak

11. Apakah petugas kesehatan di Puskesmas ini memberitahu anda tentang kebutuhan untuk tes dahak pada waktu tertentu selama jadwal pengobatan anda?

a. Ya

b. Tidak

12. Apakah petugas kesehatan di Puskesmas ini memberitahu anda tentang lama pengobatan TBC?

a. Ya

b. Tidak

13. Selama kunjungan anda ke Puskesmas ini, apakah petugas kesehatan memberitahu anda tentang bagaimana cara menyimpan obat-obatan yang diperoleh untuk perawatan anda?

a. Ya

b. Tidak

14. Apakah petugas kesehatan di Puskesmas ini memberitahu anda jadwal untuk datang kembali ke layanan TBC?

a. Ya

b. Tidak

TOTAL

Interaksi Dan Konseling

No.	Pertanyaan	Alternatif Jawaban				Skor
		TP	KK	B	S	
15.	Selama kunjungan anda ke Puskesmas ini, seberapa sering petugas kesehatan mendengarkan anda dengan cermat?					
16.	Selama kunjungan anda ke Puskesmas ini, seberapa sering petugas kesehatan menjelaskan hal-hal dengan cara yang dapat anda pahami?					
17.	Selama kunjungan anda ke Puskesmas ini, seberapa sering anda memiliki waktu yang cukup untuk mendiskusikan masalah kesehatan anda?					
18.	Selama kunjungan anda ke Puskesmas ini, seberapa sering petugas layanan kesehatan memberi solusi bagaimana menghadapi masalah anda?					
19.	Selama kunjungan anda ke Puskesmas ini, seberapa sering anda mengalami diskriminasi karena anda menderita TBC?					
TOTAL						

Infrastruktur

No.	Pertanyaan	Alternatif Jawaban				Skor
		TP	KK	B	S	
20.	Seberapa sering Puskesmas ini bersih?					
21.	Seberapa sering toilet di Puskesmas ini dapat digunakan?					
22.	Apakah Puskesmas menyediakan tempat untuk menunggu yang nyaman? a. Ya b. Tidak					<input type="checkbox"/>
23.	Apakah petugas kesehatan menjadikan orang-orang dengan batuk sebagai prioritas? a. Ya b. Tidak					<input type="checkbox"/>
TOTAL						

Kompetensi Profesional

24. Apakah petugas Puskesmas memeriksa dahak anda?
a. Ya
b. Tidak

25. Apakah ada pemeriksaan fisik saat kunjungan pertama anda ke Puskesmas ini?
 a. Ya
 b. Tidak
26. Berapa hari kerja yang dibutuhkan untuk mengetahui hasil tes dahak sejak pemeriksaan?
 a. 0-2 hari
 b. 3-5 hari
 c. 5 hari lebih

No.	Pertanyaan	Alternatif Jawaban				Skor
		TP	KK	B	S	
27.	Seberapa sering ada pengawas pengobatan yang memeriksa asupan harian obat TBC anda?					
TOTAL						

Kemampuan

No.	Pertanyaan	Alternatif Jawaban				Skor
		TP	KK	B	S	
28.	Seberapa sering biaya transportasi menjadi kendala untuk mendapatkan pelayanan di Puskesmas?					
TOTAL						

Stigma

No.	Pertanyaan	Alternatif Jawaban				Skor
		TP	KK	B	S	
29.	Apakah penyedia kesehatan berbicara dengan cara yang sama ketika anda menerima layanan selain TBC? (Ramah)					
30.	Apakah penyedia kesehatan menyambut anda dengan baik ketika mengunjungi layanan TBC?					
TOTAL						

II. Kunjungan Ulang

31. Pasien rutin melakukan kunjungan ulang untuk mengambil OAT
 a. Ya
 b. Tidak

TOTAL						
--------------	--	--	--	--	--	--

Q19	Sig. (2-tailed) N	,022 21	,022 21	,263 21	,087 21	,263 21	,022 21	,022 21	,022 21	,022 21	,087 21	,022 21	,022 21	,022 21	,022 21	,087 21	,022 21	,022 21	,022 21	,000 21
	Pearson Correlation	,611**	,611**	,331	,495*	,331	,611**	,611**	,611**	,495*	,495*	,611**	,611**	,611**	,495*	,495*	,611**	,611**	,611**	,776**
Q22	Sig. (2-tailed) N	,003 21	,003 21	,143 21	,022 21	,143 21	,003 21	,003 21	,003 21	,022 21	,022 21	,003 21	,003 21	,003 21	,022 21	,022 21	,003 21	,003 21	,003 21	,000 21
	Pearson Correlation	,611**	,611**	,331	,495*	,331	,611**	,611**	,611**	,495*	,495*	,611**	,611**	,611**	,495*	,495*	,611**	,611**	,611**	,776**
Q23	Sig. (2-tailed) N	,495* 21	,495* 21	,256 21	,382 21	,256 21	,495* 21	,495* 21	,495* 21	,382 21	,382 21	,495* 21	,495* 21	,495* 21	,022 21	,022 21	,022 21	,022 21	,022 21	,001 21
	Pearson Correlation	,611**	,611**	,331	,495*	,331	,611**	,611**	,611**	,495*	,495*	,611**	,611**	,611**	,495*	,495*	,611**	,611**	,611**	,681**
Q29	Sig. (2-tailed) N	,003 21	,003 21	,143 21	,022 21	,143 21	,003 21	,003 21	,003 21	,022 21	,022 21	,003 21	,003 21	,003 21	,022 21	,022 21	,003 21	,003 21	,003 21	,000 21
	Pearson Correlation	,611**	,611**	,331	,495*	,331	,611**	,611**	,611**	,495*	,495*	,611**	,611**	,611**	,495*	,495*	,611**	,611**	,611**	,776**
Q30	Sig. (2-tailed) N	,003 21	,003 21	,143 21	,022 21	,143 21	,003 21	,003 21	,003 21	,022 21	,022 21	,003 21	,003 21	,003 21	,022 21	,022 21	,003 21	,003 21	,003 21	,000 21
	Pearson Correlation	,611**	,611**	,331	,495*	,331	,611**	,611**	,611**	,495*	,495*	,611**	,611**	,611**	,495*	,495*	,611**	,611**	,611**	,776**
Q31	Sig. (2-tailed) N	,495* 21	,495* 21	,256 21	,382 21	,256 21	,495* 21	,495* 21	,495* 21	,382 21	,382 21	,495* 21	,495* 21	,495* 21	,022 21	,022 21	,022 21	,022 21	,022 21	,001 21
	Pearson Correlation	,611**	,611**	,331	,495*	,331	,611**	,611**	,611**	,495*	,495*	,611**	,611**	,611**	,495*	,495*	,611**	,611**	,611**	,681**
Q32	Sig. (2-tailed) N	,003 21	,003 21	,143 21	,022 21	,143 21	,003 21	,003 21	,003 21	,022 21	,022 21	,003 21	,003 21	,003 21	,022 21	,022 21	,003 21	,003 21	,003 21	,000 21
	Pearson Correlation	,776**	,776**	,434*	,650**	,519*	,776**	,776**	,776**	,712**	,712**	,776**	,776**	,776**	,681**	,681**	,776**	,776**	,776**	,846**
TOTALQ	Sig. (2-tailed) N	,000 21	,000 21	,049 21	,001 21	,016 21	,000 21	,000 21	,000 21	,000 21	,000 21	,000 21	,000 21	,000 21	,001 21	,001 21	,000 21	,000 21	,000 21	,000 21
	Pearson Correlation	,611**	,611**	,331	,495*	,331	,611**	,611**	,611**	,495*	,495*	,611**	,611**	,611**	,495*	,495*	,611**	,611**	,611**	,846**

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

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

Q20	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	
	Pearson Correlation	,000	,040	-,389	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198
	Sig. (2-tailed)	1,000	,863	,081	,390	,390	,390	,390	,390	,390	,390	,390	,390	,390	,390	,390	,390	,390	,390	,390	,390	,390	,390	,390	,390
Q21	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
	Pearson Correlation	-,115	-,080	-,309	,157	,157	,157	,157	,157	,157	,157	,157	,157	,157	,157	,157	,157	,157	,157	,157	,157	,157	,157	,157	,157
	Sig. (2-tailed)	,621	,732	,172	,496	,496	,496	,496	,496	,496	,496	,496	,496	,496	,496	,496	,496	,496	,496	,496	,496	,496	,496	,496	,496
Q24	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
	Pearson Correlation	,224	-,062	,181	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230
	Sig. (2-tailed)	,330	,789	,433	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316
Q25	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
	Pearson Correlation	,289	,240	,117	,495*	,149	,117	,117	,117	,117	,117	,117	,117	,117	,117	,117	,117	,117	,117	,117	,117	,117	,117	,117	,117
	Sig. (2-tailed)	,204	,294	,614	,022	,521	,614	,614	,614	,614	,614	,614	,614	,614	,614	,614	,614	,614	,614	,614	,614	,614	,614	,614	,614
Q26	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
	Pearson Correlation	,316	,482*	,309	,298	,298	,298	,298	,298	,298	,298	,298	,298	,298	,298	,298	,298	,298	,298	,298	,298	,298	,298	,298	,298
	Sig. (2-tailed)	,163	,027	,173	,189	,189	,189	,189	,189	,189	,189	,189	,189	,189	,189	,189	,189	,189	,189	,189	,189	,189	,189	,189	,189
Q27	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
	Pearson Correlation	,224	-,062	,392	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230	,230
	Sig. (2-tailed)	,330	,789	,079	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316	,316
TOTALQ	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	
	Pearson Correlation	,621**	,461*	,473*	,639**	,527*	,502*	,509*	,497*	,668**	,173	,071	,606**	,580**	,530*	,574**	,1	,574**	,530*	,574**	,530*	,574**	,530*	,574**	,530*
	Sig. (2-tailed)	,003	,036	,030	,002	,014	,020	,018	,022	,001	,453	,759	,004	,006	,013	,007		,007	,013	,007	,013	,007	,013	,007	,013

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

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

Correlations

		Q28	TOTALQ
Q28	Pearson Correlation	1	1,000**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	21	21
TOTALQ	Pearson Correlation	1,000**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	21	21

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

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	21	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	21	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,827	30

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1	82,76	21,890	,694	,811
Q2	82,76	23,290	,268	,824
Q3	82,71	23,814	,151	,827
Q4	82,71	23,214	,360	,822
Q5	82,81	22,062	,562	,814
Q6	84,95	22,248	,410	,819
Q7	85,00	24,400	-,061	,839
Q8	85,14	21,629	,516	,815
Q9	84,81	23,262	,238	,826
Q10	84,81	23,562	,160	,828
Q11	85,14	22,629	,299	,824
Q12	84,90	23,590	,121	,831
Q13	84,95	22,348	,387	,820
Q14	84,86	23,229	,221	,827
Q15	82,71	23,414	,290	,824
Q16	82,76	22,190	,600	,814
Q17	82,76	22,690	,447	,819
Q18	82,81	22,262	,507	,816
Q19	82,76	22,590	,478	,818
Q22	82,76	22,890	,387	,821
Q23	82,81	23,162	,264	,825
Q24	84,90	23,390	,166	,829
Q25	84,76	23,490	,210	,826
Q26	84,86	23,529	,148	,829
Q27	84,90	22,090	,469	,817
Q28	83,71	24,514	-,086	,833
Q29	82,76	22,090	,632	,813
Q30	82,76	22,490	,508	,817
Q31	82,81	22,862	,344	,822
Q32	82,76	21,790	,725	,810

Lampiran E. Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -
 JEMBER

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/089/415/2018

Tentang

PENGAMBILAN DATA

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 11 Januari 2018 Nomor : 210/UN25.1.12/SP/2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIK. : Ana Mira Qanata / 132110101130
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
 Keperluan : Mengadakan pengambilan data terkait jumlah kunjungan pasien TB
 Lokasi : Dinas Kesehatan dan Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember
 Waktu Kegiatan : Januari s/d Pebruari 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 15-01-2018

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid. Kajian Strategis dan Politis

ACHMAD DAVID, S.Sos

Penata
 NIP. 19640821956021001

- Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
 2. Yang Bersangkutan.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

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

Jember, 16 Januari 2018

Nomor : 440 /4059/311/ 2018
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Pengambilan Data

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

di - JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/089/415/2018, Tanggal 15 Januari 2018, Perihal Ijin Pengambilan Data, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Ana Mira Qanata
 NIM : 132110101130
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember
 Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Keperluan : Melaksanakan Pengambilan Data Tentang :
 ➤ Jumlah kunjungan Pasien TB
 Waktu Pelaksanaan : 16 Januari 2018 s/d 28 Pebruari 2018

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

1. Pengambilan Data 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.

KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER

DINAS KESEHATAN
dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan
 di Tempat



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -
 J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/1535/415/2018

Tentang

PENELITIAN

- Dasar :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember
- Memperhatikan :
- Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 21 Mei 2018 Nomor : 2452/UN25.1.12/SP/2018 perihal Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Ana Mira Qanata / 132110101130
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
 Keperluan : Mengadakan Penelitian untuk penyusunan skripsi dengan judul :
 "Hubungan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis Dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember"
 Lokasi : Dinas Kesehatan dan Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember
 Waktu Kegiatan : Juni s/d Agustus 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 31-05-2018

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid. Kajian Strategis dan Politik

ACHMAD DAVID M. S.Sos

Penata
 NIP. 19690912 199602 1 001

- Tembusan :
- Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
 2. Yang Bersangkutan.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
 Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 6 Juni 2018

Nomor : 440/32603/311/2018
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
 Yth. Sdr 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2
 Dinas Kesehatan Kab. Jember
 2. Pjt. Kepala Puskesmas Pakusari

di -
JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/1535/415/2018, Tanggal 31 Mei 2018, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Ana Mira Qanata
 NIM : 132110101130
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember
 Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang :
 ➤ Hubungan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis dengan Kunjungan Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember
 Waktu Pelaksanaan : 6 Juni 2018 s/d 30 Juli 2018

Sehubungan 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.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN JEMBER**

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

Tembusan:
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan
 di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
UPT. PUSKESMAS PAKUSARI
JL. PB. SUDIRMAN NO. 87 PAKUSARI TELP. (0331) 334010
J E M B E R

Kode Pos 68181

Jember, 23 Juni 2018

Nomor : 445/657 / 311.38 / 2018
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada
Yth.1. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember
di
JEMBER

Menindaklanjuti surat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember nomor :
440/32603/311/2018, tanggal 6 Juni 2018, perihal ijin penelitian, dengan ini
kami menerangkan bahwa :

Nama : ANA MIRA QANATA
NIM : 13211010130
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Judul : Melaksanakan penelitian tentang :
Hubungan Kualitas Pelayanan Tuberkulosis dengan Kunjungan
Ulang di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas pada prinsipnya kami tidak keberatan
untuk pengambilan data untuk penelitian.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Plt. KEPALA UPT. PUSKESMAS PAKUSARI



dr. YENI RACHMAWATI K
NIP. 198301032010012018

Lampiran F. Hasil Uji Statistik

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KualitasPelayanan * KunjunganUlang	63	100,0%	0	0,0%	63	100,0%

KualitasPelayanan * KunjunganUlang Crosstabulation

		KunjunganUlang		Total
		berkunjung ulang	tidak berkunjung ulang	
kurang	Count	0	1	1
	Expected Count	1,0	,0	1,0
	% within KualitasPelayanan	0,0%	100,0%	100,0%
Kualitas Pelayanan cukup	Count	3	0	3
	Expected Count	2,9	,1	3,0
	% within KualitasPelayanan	100,0%	0,0%	100,0%
baik	Count	58	1	59
	Expected Count	57,1	1,9	59,0
	% within KualitasPelayanan	98,3%	1,7%	100,0%
Total	Count	61	2	63
	Expected Count	61,0	2,0	63,0
	% within KualitasPelayanan	96,8%	3,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,019 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	7,598	2	,022
Linear-by-Linear Association	16,438	1	,000
N of Valid Cases	63		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,574	,000
N of Valid Cases	63	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Lampiran G. Dokumentasi Penelitian

