

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang menjadi masalah utama kesehatan global.¹ Pada tahun 2019, terdapat 10 juta orang di dunia terinfeksi TB dengan 1,2 juta kematian akibat TB.² Pengobatan yang adekuat merupakan kunci untuk mencapai kesembuhan dari penyakit ini.³ *World Health Organization* (WHO) merekomendasikan pengobatan standar pasien TB selama 2 bulan pada fase awal dan dilanjutkan selama 4 bulan di fase lanjutan secara berturut-turut, rutin, dan tanpa henti.⁴⁻⁶ Kepatuhan pasien selama pengobatan TB berpengaruh kuat terhadap keberhasilan pengobatan hingga mencapai kesembuhan.⁷

Target WHO dalam eliminasi TB secara global yaitu tercapainya keberhasilan pengobatan sebesar 90%. Namun hingga tahun 2019, dari 30 negara dengan beban TB tertinggi, hanya 12 negara yang mencapai 90% angka keberhasilan (*success rate*) pengobatan TB. Kasus putus berobat (*dropout*) TB menjadi salah satu penyebab tidak tercapainya target tersebut di beberapa negara. Dalam *Global Tuberculosis Report 2019* dilaporkan rendahnya *success rate* disebabkan oleh tingkat *dropout* pengobatan TB dan kematian yang tinggi di beberapa wilayah.⁸ *Dropout* pengobatan TB adalah hilang, gugur, atau berhenti dari pengobatan TB. WHO mendefinisikan pasien *dropout* TB sebagai pasien yang menghentikan pengobatan selama 2 bulan atau lebih secara berturut-turut sebelum masa pengobatan selesai.⁹

Indonesia, negara peringkat ketiga negara dengan beban tertinggi kasus TB, merupakan penyumbang 50% kasus TB di dunia.⁸ Tingginya kasus ini disebabkan angka keberhasilan pengobatan TB sejak 2008 hingga 2017 masih belum mencapai target global 90%. Berdasarkan Infodatin Kementerian Kesehatan RI 2018, pada tahun 2017 angka keberhasilan pengobatan sebesar 85,1% meningkat tidak terlalu signifikan dari tahun 2016 yakni 85%. Kasus *dropout* adalah penyumbang tertinggi kegagalan pencapaian target Indonesia dengan angka *dropout* sebesar 5.4%.¹⁰

Penyumbang tingginya kasus *dropout* pengobatan TB di Indonesia salah satunya adalah Kota Semarang. Kota Semarang melaporkan jumlah kasus *dropout* pengobatan TB (HIV-negatif) sebanyak 347 kasus di tahun 2018.¹¹ Berdasarkan studi pedahuluan di Dinas Kesehatan Kota Semarang pada bulan September 2020, sebanyak 105 kasus *dropout* tersebar di 37 Puskesmas Kota Semarang tahun 2018-2020. Adanya kasus *dropout* ini menjadi penyebab belum tercapainya target angka keberhasilan pengobatan (90%). Tercatat angka keberhasilan pengobatan TB Kota Semarang sebesar 84% tahun 2017 dan 74,7% tahun 2018.¹²

Ketidakpatuhan pasien dan *dropout* dari pengobatan akan berdampak pada ancaman kesehatan khususnya bagi masyarakat Kota Semarang, meliputi terjadinya peningkatan penularan, perkembangan penyakit menjadi resisten terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT), dan peningkatan kasus kematian.¹³ Ancaman ini dibuktikan dalam temuan Cahyani dkk. di Puskesmas se-Kota Semarang tahun 2020, bahwa 15,4% pasien memiliki riwayat *dropout* pengobatan TB dan berkembang menjadi TB-MDR (*Multi Drug Resistance*).¹⁴ Didukung

dengan temuan Okethwangu dkk. tahun 2013-2017 di Arua *District*, Uganda, sebanyak 90,9% pasien TB-MDR sebelumnya telah terinfeksi TB (infeksi TB sekunder). Pasien yang memiliki kepatuhan buruk (*dropout*) pada fase awal berisiko 12 kali lebih besar menderita TB-MDR.¹⁵ Penelitian *systematic review* oleh Tiemersma dkk bahkan menyatakan sekitar 70% orang TB Paru BTA-positif dan 20% orang TB Paru BTA-negatif tanpa pengobatan akan meninggal dalam waktu 10 tahun setelah terdiagnosis.¹⁶

Berbagai interaksi faktor mempengaruhi pasien TB menghentikan pengobatannya. WHO dalam publikasinya "*Adherence to long-term therapies: evidence for action*" menjelaskan bahwa dalam pengobatan TB, ketidakpatuhan pasien dengan *dropout* dari pengobatan dipengaruhi oleh 5 faktor, meliputi faktor sosial ekonomi, faktor diri pasien, faktor kompleksitas pengobatan, faktor kondisi pasien, dan faktor pelayanan kesehatan.¹⁷ Menurut Sahile dkk. (2018), faktor pelayanan kesehatan adalah faktor yang berkontribusi penting namun belum mendapatkan banyak perhatian.¹⁸ Buruknya kualitas pelayanan menjadi penentu rendahnya kepatuhan pengobatan, karenanya pelayanan kesehatan merupakan aspek adekuat dalam pengobatan TB.¹⁹ Dimensi pelayanan kesehatan sebagai faktor yang mempengaruhi *dropout* TB, diantaranya pelayanan kesehatan yang kurang berkembang, hubungan penyedia dan pasien yang buruk, tenaga ahli yang kurang kompeten, serta ketersediaan pelayanan TB tidak memadai.^{17,20}

Pentingnya kualitas dan aksesibilitas pelayanan TB telah menjadi fokus utama Kota Semarang dalam pengendalian TB. Berdasarkan Rencana Aksi Daerah 2017-2021, fokus ini ditetapkan dalam enam strategi dengan mengacu

pada Strategi Nasional Pengendalian TB Kementerian Kesehatan RI untuk mencapai target eliminasi TB tahun 2026 di Kota Semarang.²¹ Peningkatan akses layanan TOSS-TB (Temukan dan Obati Sampai Sembuh pasien Tuberkulosis) yang bermutu serta berpusat pada pasien TB, yang mana menempatkan pasien di jantung pemberian layanan, merupakan satu dari enam strategi tersebut.²¹ Namun faktanya, kualitas pelayanan TB di berbagai fasilitas kesehatan masih menjadi masalah yang ditemukan dalam pengendalian TB di Kota Semarang.

Studi pendahuluan pada Bulan November 2020 di Puskesmas Lebdosari Kota Semarang, ditemukan keluhan oleh pasien karena tidak terjangkau biaya kesehatan. Biaya ini termasuk biaya di luar pengobatan seperti transportasi, makan, maupun tidak bekerja selama pengobatan TB. Penelitian lainnya oleh Tuharea, dkk yang dilakukan di Puskesmas Karangdoro dan Mijen, Kota Semarang mendapati survei pada 7 pasien mengeluhkan tentang kualitas pelayanan TB yang mereka terima. Waktu tunggu saat pemeriksaan dan hasil tes dahak tidak nyaman bagi mereka karena harus menunggu cukup lama.²²

Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan berpusat pada pasien (*patient-centered*) yang menjadi fokus dalam pengendalian TB merupakan pemberian pelayanan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan pasien.²³ Melibatkan dengan mempertimbangkan perspektif atau pandangan mereka terhadap kualitas pelayanan TB akan mampu mengetahui kebutuhan pasien dalam pengobatan sehingga meminimalisir terjadi *dropout* dalam pengobatan.²³ Perspektif pasien dalam memberikan penilaian adalah bagian penting dari evaluasi kualitas pelayanan di fasilitas kesehatan.²⁴ Penilaian dalam perspektif pasien dapat

diketahui dari kepuasan serta pengalaman yang diterima pasien selama melakukan pengobatan.²⁵ Pasien yang merasa puas dengan pelayanan yang diterimanya akan memungkinkan untuk melakukan pengobatan secara teratur, menjaga hubungan dengan petugas kesehatan, mematuhi saran medis, hingga rutin menggunakan layanan medis.²⁵⁻²⁸

Kualitas pelayanan dapat dinilai dengan membandingkan persepsi para pasien (konsumen) terhadap pelayanan yang secara nyata diterima dengan pelayanan yang sesungguhnya mereka harapkan dan butuhkan pada aspek-aspek pelayanan.²⁹ Dalam kualitas pelayanan TB, penilaian ini telah disajikan pada sebuah alat penilaian kualitas pelayanan TB dari perspektif pasien yang disebut *QUOTE TB Light (Quality of Care as seen through the Eyes of the Patient)*. *QUOTE TB Light* merupakan alat penilaian kualitas pelayanan yang dikembangkan oleh USAID bekerjasama dengan TB CAP dan KNCV *Tuberculosis Foundation and the Royal Tropical Institute (KIT)* dari alat sebelumnya yakni *QUOTE TB Tool*. Dikembangkan dengan lebih sederhana, alat ini mengkombinasikan perhitungan antara penilaian *performance* dan *importance* pada pelayanan TB. Nilai *performance* merupakan penilaian pasien terhadap aspek-aspek pelayanan TB yang mereka terima dan rasakan selama melakukan pengobatan, sedangkan nilai *importance* adalah aspek-aspek pelayanan TB yang pasien anggap penting dan harapkan untuk diperoleh selama pengobatan TB. Dari penilaian ini maka akan menghasilkan sebuah penilaian kualitas pelayanan TB yang disebut *Quality Impact*.³⁰

Penilaian dengan *QUOTE TB Light* ini dapat menjadi salah satu metode dalam melakukan penilaian risiko terhadap kualitas pelayanan TB. Penilaian risiko (*risk assessment*) adalah salah satu dari program manajemen risiko yang bertujuan untuk mengukur atau menentukan besarnya risiko.³¹ Menurut Djojosoedarso (2003), manajemen risiko adalah berbagai cara dalam penanggulangan risiko atau efek buruk yang memungkinkan terjadi.³² Risiko yang memungkinkan terjadi apabila kualitas pelayanan TB yang diterima pasien tidak sesuai harapan dan kebutuhan pasien, maka akan terjadi ketidakpatuhan pasien atau bahkan memutuskan untuk *dropout* dari pengobatan TB.^{17,20} Melalui penilaian kualitas pelayanan TB dengan instrumen *QUOTE TB Light*, dapat memberikan informasi tentang kualitas pelayanan TB yang diterima dan dibutuhkan pasien TB sebagai bahan evaluasi penyedia pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan TB.

Menilai kualitas pelayanan dengan berbagai konsep sebelumnya telah diciptakan. Parasuraman dkk. (1988) telah menghasilkan skala untuk mengukur kualitas pelayanan yang dinamai SERVQUAL. Penilaian ini terdiri dari lima dimensi, yaitu keandalan (*reliability*), tanggungjawab (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), empati (*empathy*), dan bukti fisik (*tangibles*).³³ Namun beberapa ahli seperti Rohini dan Mahadevappa (2006), mengungkapkan pendapat bahwa instrumen memiliki dimensi pelayanan dengan lingkup yang terbatas.³⁴ Selain itu, SERVQUAL dirancang untuk mengukur kualitas pelayanan secara umum, tidak terfokus pada kualitas pelayanan TB, sehingga beberapa dimensi pelayanan TB tidak masuk didalamnya.

Tahun 2009, Padma dkk. membuat sebuah konseptual penilaian kualitas pelayanan kesehatan dalam perspektif pasien. Terdapat 8 dimensi kualitas pelayanan kesehatan yang diciptakannya, meliputi infrastruktur, kualitas personal, proses perawatan klinis, prosedur administrasi, indikator keselamatan, citra fasilitas kesehatan, tanggungjawab, dan kepercayaan terhadap fasilitas kesehatan. Namun seperti halnya SERVQUAL, penilaian ini belum terfokuskan pada pelayanan TB.³⁵

Berbeda dengan beberapa penilaian kualitas pelayanan sebelumnya, *QUOTE TB Light* memfokuskan penilaian kualitas pelayanan TB, berdasarkan 9 dimensi pelayanan TB, meliputi 1) komunikasi dan informasi, 2) interaksi dan konseling pasien-petugas TB, 3) ketersediaan pelayanan TB, 4) keterjangkauan biaya, 5) kompetensi tenaga ahli, 6) dukungan, 7) hubungan TB-HIV, 8) infrasktutur, dan 9) stigma.³⁰ Sejauh ini ditemukan beberapa penelitian yang menerapkan alat ini untuk menilai kualitas pelayanan TB. Dalam penelitian Farsida, dkk. yang menilai kualitas pelayanan di Rumah Sakit Swasta dan Pemerintah di Jakarta Utara dengan *QUOTE TB Light*, menjelaskan bahwa pemberian informasi TB serta hubungan TB-HIV menjadi dimensi sangat penting diberikan kepada pasien.²⁴ Penyampaian informasi yang jelas dan lengkap mengenai penyakit dan saran medis yang diberikan petugas kesehatan kepada pasien akan mempengaruhi pasien berperilaku sesuai dengan yang diharapkan petugas kesehatan.^{25,36} Ini sejalan dengan penelitian Mishra, dkk., bahwa sebanyak 45% pasien yang melakukan *dropout* memiliki pengetahuan rendah tentang pengobatan TB. Pasien

merasa tidak banyak diberikan informasi tentang TB oleh petugas yang berakibat ketidaktahuan pasien akan pengobatan TB.³⁷

Penelitian lainnya yang menggunakan *QUOTE TB Light* yakni Eticha dkk. Penelitian tersebut mendapati spek interaksi pasien-petugas TB serta informasi dan komunikasi memiliki skor QI yang rendah. Nilai QI yang rendah ini diharapkan menjadi bahan pertimbangan penyedia pelayanan kesehatan untuk meningkatkan aspek kualitas pelayanan TB. Temuan dari penelitian ini diketahui pula bahwa waktu tunggu lebih singkat, pengawasan dan pemeriksaan asupan obat TB harian, dan pelayanan oleh penyedia kesehatan yang sama memprediksi kepuasan pasien secara keseluruhan.³⁸

Dalam pengobatan jangka panjang, kualitas pelayanan TB dapat menjadi faktor penting yang mempengaruhi pasien untuk *dropout* dari pengobatannya. Penelitian terdahulu dilakukan Finlay, dkk. mendapati hasil bahwa pasien yang tidak menerima kualitas pelayanan TB seperti konseling atau informasi secara rutin dan adekuat dari petugas kesehatan menjadi faktor yang paling berpengaruh dan berisiko 1,2 kali lebih besar untuk terjadi *dropout* pengobatan. Dilaporkan pula bahwa adanya pengalaman pasien terhadap petugas kesehatan yang tidak ramah selama memberikan pelayanan.³⁹ Stigma atau perlakuan negatif yang diterima pasien di pelayanan TB menyebabkan pasien tidak mempercayai petugas. Buruknya sikap dan perlakuan petugas kesehatan menjadi faktor yang paling berpengaruh dan 2,1 kali lebih berisiko terhadap kejadian *dropout* pasien TB.³⁹

Pemberian kualitas ketersediaan pelayanan yang tidak konsisten pula dapat berkontribusi pada rendahnya keberhasilan pengobatan TB dan bahkan

berdampak tingginya pasien yang mangkir.^{40,41} Seperti yang dijelaskan dalam penelitian Ruru dkk. di Puskesmas Jayapura, adanya hubungan antara mobilitas dan akses terhadap kepatuhan pasien. Pasien yang memiliki masalah akses ke pelayanan TB karena biaya transportasi berisiko 12.7 kali lebih besar melakukan *dropout* pengobatan TB. Keterjangkauan biaya juga dirasakan sebagai faktor risiko pasien untuk melakukan *dropout* pengobatan. Biaya pengobatan TB dinilai terlalu tinggi dan ini tidak sesuai dengan pendapatan yang mereka menjadi alasan pasien memiliki kepatuhan pengobatan yang buruk.³⁶

Tidak cukup banyak informasi yang ditemukan mengenai penelitian tentang penilaian kualitas pelayanan TB menggunakan *QUOTE TB Light*. Penelitian yang menerapkan instrumen *QUOTE TB Light* hanya menilai kualitas pelayanan TB. Belum ada yang memfokuskan pada pasien *dropout* dan menentukan risiko terjadi *dropout* pengobatan TB.^{24,38} Begitu pula di Kota Semarang, penilaian kualitas pelayanan TB di fasilitas kesehatan berdasarkan *QUOTE TB Light* belum dilakukan. Apabila melihat hasil penelitian terdahulu, penilaian dengan *QUOTE TB Light* dapat memberikan penilaian secara terfokus pada dimensi-dimensi pelayanan TB yang diterima pasien selama pengobatan TB. Keterlibatan pasien akan memberi informasi tentang harapan dan kebutuhan pasien selama pengobatan TB sehingga mampu menurunkan risiko terjadinya *dropout* pengobatan TB. Maka, peneliti perlu untuk melakukan penelitian mengenai “Penilaian Risiko Kualitas Pelayanan Tuberkulosis Berdasarkan *QUOTE TB Light* terhadap Kejadian *Dropout* Tuberkulosis di Kota Semarang”.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka dapat dirumuskan pertanyaan penelitian ini sebagai berikut:

1. Rumusan Masalah Mayor

Bagaimana hasil penilaian risiko pada kualitas pelayanan TB berdasarkan *QUOTE TB Light* terhadap kejadian *dropout* TB di Puskesmas Kota Semarang?

2. Rumusan Masalah Minor

a. Bagaimana hasil penilaian ketersediaan pelayanan TB berdasarkan *QUOTE TB Light* di Puskesmas Kota Semarang?

b. Bagaimana hasil penilaian komunikasi dan informasi berdasarkan *QUOTE TB Light* di pelayanan TB Puskesmas Kota Semarang?

c. Bagaimana hasil penilaian interaksi dan konseling antar pasien-petugas pelayanan TB berdasarkan *QUOTE TB Light* di Puskesmas Kota Semarang?

d. Bagaimana hasil penilaian infrastruktur pelayanan TB berdasarkan *QUOTE TB Light* di Puskesmas Kota Semarang?

e. Bagaimana hasil penilaian hubungan TB-HIV berdasarkan penilaian *QUOTE TB Light* di pelayanan TB Puskesmas Kota Semarang.

f. Bagaimana hasil penilaian kompetensi tenaga ahli berdasarkan penilaian *QUOTE TB Light* di pelayanan TB Puskesmas Kota Semarang?

g. Bagaimana hasil penilaian keterjangkauan pelayanan TB berdasarkan *QUOTE TB Light* di Puskesmas Kota Semarang?

- h. Bagaimana hasil penilaian dukungan yang diberikan pelayanan TB berdasarkan *QUOTE TB Light* di Puskesmas Kota Semarang
- i. Bagaimana hasil penilaian stigma berdasarkan *QUOTE TB Light* di pelayanan TB Puskesmas Kota Semarang?
- j. Berapa besar risiko terjadinya *dropout* pengobatan TB pada pasien yang menilai kurang baik kualitas pelayanan TB berdasarkan *QUOTE TB Light* di Puskesmas Kota Semarang?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Untuk melakukan penilaian risiko kualitas pelayanan TB berdasarkan *QUOTE TB Light* terhadap kejadian *dropout* TB di Puskesmas Kota Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Menilai ketersediaan pelayanan TB berdasarkan *QUOTE TB Light* di Puskesmas Kota Semarang.
- b. Menilai komunikasi dan informasi berdasarkan *QUOTE TB Light* di pelayanan TB Puskesmas Kota Semarang.
- c. Menilai interaksi dan konseling antar pasien-petugas pelayanan TB berdasarkan *QUOTE TB Light* di Puskesmas Kota Semarang.
- d. Menilai infrastruktur pelayanan TB berdasarkan *QUOTE TB Light* di Puskesmas Kota Semarang.

- e. Menilai hubungan TB-HIV berdasarkan penilaian *QUOTE TB Light* di pelayanan TB Puskesmas Kota Semarang.
- f. Menilai kompetensi tenaga ahli berdasarkan penilaian *QUOTE TB Light* di pelayanan TB Puskesmas Kota Semarang.
- g. Menilai keterjangkauan pelayanan TB berdasarkan *QUOTE TB Light* di Puskesmas Kota Semarang.
- h. Menilai dukungan yang diberikan pelayanan TB berdasarkan *QUOTE TB Light* di Puskesmas Kota Semarang.
- i. Menilai stigma berdasarkan *QUOTE TB Light* di pelayanan TB Puskesmas Kota Semarang.
- j. Mengukur besar risiko terjadinya *dropout* pengobatan TB pada pasien yang menilai kurang baik kualitas pelayanan TB di Puskesmas Kota Semarang berdasarkan *QUOTE TB Light*.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Penyedia Pelayanan Kesehatan
 - a. Temuan penelitian ini dapat dijadikan masukan dan saran bagi para penyedia pelayanan kesehatan khususnya pelayanan TB untuk meningkatkan kualitas pelayanan dalam 9 dimensi tersebut agar angka kejadian *dropout* pengobatan TB di fasilitas kesehatan Kota Semarang dapat semakin menurun.
 - b. Penelitian ini dapat dijadikan bahan pertimbangan bagi penyedia pelayanan kesehatan untuk mengikutsertakan pasien TB dalam

memberikan penilaian kualitas pelayanan TB agar mengetahui kebutuhan dan pengalaman pasien selama pengobatan TB

- c. Sebagai bahan informasi tambahan bagi penyedia pelayanan kesehatan tentang gambaran kualitas pelayanan TB di fasilitas kesehatan di Kota Semarang serta dapat menerapkan penilaian kualitas pelayanan TB dengan instrument *QUOTE TB Light*.

2. Bagi Program Studi Magister Epidemiologi

- a. Sebagai tambahan kepustakaan dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat mengenai kualitas pelayanan kesehatan dalam kejadian *dropout* pasien TB di Kota Semarang.
- b. Sebagai bahan masukan dan informasi bagi penelitian selanjutnya untuk dapat mengembangkan penelitian mengenai kualitas pelayanan TB dan kejadian *dropout* pasien TB untuk memberikan kontribusi melalui penelitian dalam penanganan masalah TB khususnya di Kota Semarang.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian terkait yang pernah dilakukan:

Tabel 1.1 Penelitian yang relevan

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1	<i>Patient and provider-level risk factors associated with default from tuberculosis treatment, South</i>	Alyssa Finlay, Joey Lancaster, Timothy H Holtz, Karin Weyer, Abe Miranda,	2004-2005, Afrika Selatan	<i>Case-control</i>	- Variabel terikat: kejadian putus berobat (<i>default</i>) pengobatan TB - Variabel bebas: faktor karakteristik	Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian putus berobat (<i>default</i>) pengobatan TB pada pasien meliputi rendahnya sikap petugas pelayanan

<i>Africa, 2002: a case-control study.</i> ³⁹	dan Martie van der Walt	sosial ekonomi, faktor hubungan pasien, faktor kondisi pasien, faktor hubungan dengan terapi, serta faktor sistem dan petugas di pelayanan kesehatan	kesehatan dan perubahan residen selama pengobatan TB. Pada pasien baru, faktor risikonya yaitu tidak memiliki pendidikan, merasa malu sakit TB, tidak mendapatkan konseling TB yang memadai selama pengobatan, konsumsi alkohol, dan berobat ke dukun selama pengobatan. Pada pasien diobati ulang, faktor risikonya meliputi merasa lebih baik, adanya riwayat putus berobat TB sebelumnya, dan perasaan bahwa persediaan makanan yang dimiliki mampu membantu menyelesaikan pengobatan.		
2 <i>Factors associated with non-adherence during tuberculosis treatment among patients treated with DOTS strategy in Jayapura, Papua Province, Indonesia.</i> ⁴²	Yacob Ruru, Mariana Matasik, Antonius Oktavian, Rosliana Senyorita, Yunita Mirino, Lukman Hakim Tarigan, Marieke J. van der Werf, Edine Tiemersma, dan Bacht Alisjahbana	2007-2008, Kota Jayapura, Indonesia	<i>Case-control</i>	- Variabel terikat: kepatuhan berobat pasien TB - Variabel bebas: umur, jenis kelamin, hasil pengobatan, tempat wawancara, memiliki gejala saat wawancara, konsumsi alkohol, etnis, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan keluarga, riwayat	Terdapat hubungan antara sulitnya akses ke fasilitas kesehatan (jarak, biaya, dan riwayat pindah residen), kurangnya pengetahuan TB (kurang pengetahuan tentang penularan TB dan penyebab TB, dan ketidaksadaran akan konsekuensi berhenti pengobatan), dan pengalaman pengobatan (kurang edukasi yang diberikan oleh perawat TB dan penggunaan kombinasi dosis

					anggota keluarga TB, pengalaman pengobatan, akses dan keterjangkauan fasilitas kesehatan, dan pengetahuan pasien tentang TB	longgar dan tetap) terhadap ketidakpatuhan pasien selama pengobatan TB.
3	<i>The Quality of Tuberculosis Services in Health Care Centres in a Rural District in Uganda: The Providers' and Clients' Perspective.</i> 43	Lilian Bulage, Juliet Sekandi, Omar Kigenyi, dan Ezekiel Mupere	2010, Kamuli district, South Eastern TB Zone of Uganda	Deskriptif cross-sectional	<ul style="list-style-type: none"> - Kualitas aspek struktural pelayanan TB - Tingkat kepegawaian laboratorium fasilitas kesehatan - Persepsi umum petugas pada tiap tingkat - Kualitas proses pelayanan TB - Jumlah uji ZN yang dilakukan laboratorium 	Sebanyak 150 (87,21%) pasien TB tidak menyadari tanda untuk berhenti pengobatan TB, dan 100 (25,51%) pasien menerima hasil laboratorium setelah jangka waktu 3–5 hari kerja. Tantangan utama yang dihadapi petugas kesehatan adalah sikap sesama petugas kesehatan yang buruk, pasien tidak berobat, dan takut tertular TB. Salah satu indikator kinerja terburuk adalah persentase kesembuhan yang rendah.
4	Kualitas Layanan Tuberculosis menurut Sudut Pandang Pasien di Rumah Sakit Pemerintah Dan Swasta di Jakarta Utara. ²⁴	Farsida, Yodi Mahendradhata, dan Ari Probandari	2011, Kotamadya Jakarta Utara	Deskriptif cross-sectional	<p>Kualitas pelayanan TB dalam 8 dimensi <i>QUOTE TB Light</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketersediaan pelayanan - Hubungan pasien-petugas - Infrastruktur - Biaya dan pembayaran - Bantuan - Pemberian informasi - Prosedur dan 	Tujuh aspek yang perlu adanya perbaikan pada kedua RS yaitu waktu tunggu, air minum yang aman, biaya pelayanan TB, biaya pelayanan, bantuan transportasi, makanan, keterkaitan TB dan HIV serta pencegahannya. Di RS pemerintah, aspek diskriminasi

					pemeriksaan - Hubungan HIV-TB	pelayanan perlu adanya perbaikan pula. Sedangkan di RS swasta, ada 6 aspek tambahan yang perlu perbaikan, meliputi konsistensi, jam buka, ketersediaan pelayanan, biaya tambahan, hubungan HIV-TB, dan juga tes- pengobatan HIV.
5	<i>Patient satisfaction on tuberculosis treatment service and adherence to treatment in public health facilities of Sidama zone, South Ethiopia.</i> ¹⁸	Zekariyas Sahile Nezenega, Yohannes H/Michael Gacho, dan Tadese Ejigu Tafere	2011, Sidama Zone, South Ethiopia	<i>Cross-sectional</i>	- Variabel terikat: kepatuhan pengobatan TB - Variabel bebas: fase pengobatan dan aspek pelayanan kesehatan secara umum, persepsi pasien pada interaksi petugas kesehatan, kepuasan pasien secara keseluruhan	Sebanyak 90% pasien dalam penelitian ini puas dengan pelayanan TB. Pasien menerima pelayanan yang professional, durasi waktu dengan petugas kesehatan, aksesibilitas, kompetensi petugas, kenyamanan (kebersihan) pelayanan TB, serta konsultasi dan hubungan empati petugas-pasien sebagai faktor prediktor kepuasan pasien secara keseluruhan. Selain itu waktu tunggu berhubungan dengan kepuasan pasien. Adanya hubungan antara status pekerjaa, wilayah residen, waktu bersama petugas kesehatan, aksesibilitas, waktu tunggu, penerimaan pelayanan professional, dan kepuasan pasien terhadap kepatuhan pengobatan TB. Waktu tunggu di

						resepsionis dan fase pengobatan sebagai faktor prediktor kepatuhan pengobatan TB
6	<i>Patients' Perspectives of the Quality of Tuberculosis Treatment Services in South Ethiopia.</i> ³⁸	Belay Mergya Eticha, Alemayehu Atomsa, BirtukanTs ehaineh, Tezera Moshago Berheto	2012, Fasilitas Kesehatan Masyarakat (Rumah Sakit dan Puskesmas) wilayah Hadiya	Deskriptif <i>Cross-sectional</i>	Dimensi <i>QUOTE TB Tool</i> : - Ketersediaan pelayanan TB - Informasi dan Edukasi - Hubungan Pasien-Penyedia Pelayanan - Infrastruktur - Hubungan TB-HIV - Masalah finansial atau biaya kesehatan	Aspek akomodasi, interaksi dan hubungan pasien-penyedia, informasi dan komunikasi kesehatan, ketersediaan pelayanan memiliki skor <i>Quality Impact</i> yang rendah. Skor <i>Quality Impact</i> tertinggi adalah hubungan TB-HIV dan biaya pengobatan, Waktu tunggu lebih singkat ($\beta = -1.85$), pengawasan dan pemeriksaan asupan obat TB harian ($\beta = -1.26$) dan pelayanan oleh penyedia kesehatan yang sama ($\beta = 1.13$) memprediksi kepuasan pasien secara keseluruhan.
7	Perbandingan Kualitas Pelayanan Puskesmas Kecamatan Koja dan Tarumajaya terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Tuberkulosis. ⁴⁴	Adin Hakim Kurniawan, Retnosari Andrajati, dan Sudibyo Supardi	2016, Puskesmas Kecamatan Koja dan Tarumajaya, Kabupaten Bekasi, Indonesia	<i>Cross-sectional</i>	- Variabel terikat: kepatuhan minum obat pasien TB paru - Variabel bebas: kualitas pelayanan TB meliputi: keterjangkauan lokasi puskesmas, waktu tunggu loket pendaftaran, sarana tempat duduk pasien, waktu tunggu berobat,	Penilaian pelayanan TB secara akses, ketersediaan tempat duduk yang cukup, dan adanya PMO di Puskesmas Koja lebih baik dibandingkan Puskesmas Tarumajaya. Terdapat hubungan antara pelayanan fasilitas tempat duduk yang cukup dan lokasi puskesmas yang terjangkau terhadap tingkat kepatuhan minum OAT pada pasien TB. Selain

kebersihan ruangan, keramahan petugas, lama berobat, kejelasan informasi, ketersediaan obat	itu, pelayanan obat yang baik dan peran PMO yang aktif sebagai determinan peningkatan kepatuhan minum OAT pasien TB.
---	--

F. Ruang Lingkup

1. Ruang Lingkup Waktu

Waktu penelitian dilaksanakan pada tahun Juli 2021 sampai Agustus 2021.

2. Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di 14 Puskesmas se Kota Semarang.

3. Ruang Lingkup Materi

Materi penelitian ini termasuk dalam Epidemiologi Manajerial khususnya dalam *risk assessment* (penilaian risiko).

SEKOLAH PASCASARJANA