

# **Kualitas Pelayanan Kesehatan Tuberkulosis melalui Quote Tb Light sebagai Upaya “To End Tb”**

**Sri Ratna Rahayu<sup>1\*</sup>, Lukman Fauzi<sup>1</sup>, Chatila Maharani<sup>1</sup>,  
Aufiena Nur Ayu Merzistya<sup>1</sup>, Bioladwiko<sup>2</sup>,  
Reinaldi Julfirman Shaleh<sup>2</sup>, Tika Dwi Cahyani<sup>1</sup>,  
Fina Jazilatun<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat,  
Universitas Negeri Semarang, Semarang, Indonesia**

**<sup>2</sup>Program Magister Kesehatan Masyarakat, Pascasarjana,  
Universitas Negeri Semarang, Semarang, Indonesia**

**\*email : sratnarahayu@mail.unnes.ac.id**

## Abstrak

Keterlibatan pasien dalam menilai kualitas pelayanan termasuk salah satu upaya memperbaiki *continuum of care*. Sebab, pasien adalah fokus dalam pelayanan kesehatan, di mana kualitas pelayanan TB menjadi komponen utama dalam pencapaian target "End TB" tahun 2030 di Indonesia. Tujuan penelitian ini untuk menilai kualitas pelayanan TB dalam perspektif pasien di Puskesmas Kota Semarang. Penelitian dengan *cross sectional* deskriptif ini dilakukan di 37 Puskesmas se-Kota Semarang, dengan total responden sebanyak 138 pasien. Kriteria responden yaitu pasien TB yang teregistrasi dan melakukan pengobatan TB di puskesmas (termasuk pasien resisten obat dan *dropout*). Pengumpulan data dengan wawancara menggunakan instrumen QUOTE TB Light yang berisi 9 dimensi kualitas pelayanan. Data dianalisis secara deskriptif. Hasil penelitian ditemukan pada aspek pelayanan yang sama, durasi waktu diskusi, cara penyelesaian masalah, hubungan TB-HIV, ketersediaan air minum, toilet, dan prioritas pasien, kompetensi profesional, serta bantuan untuk pasien yang dinilai pasien perlu adanya perbaikan ( $QI > 1$ ). Maka, disimpulkan bahwa masih perlu adanya perbaikan kualitas pelayanan TB di Puskesmas Kota Semarang. Diharapkan para *provider* dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai pertimbangan peningkatan kualitas pelayanan TB dan sebagai upaya penanggulangan TB untuk mencapai target "End TB".

**Kata Kunci:** kualitas pelayanan, perspektif pasien, *QUOTE TB Light*, tuberkulosis

## A. Pendahuluan

*World Health Organization* (WHO) melaporkan sebanyak 10 juta orang terkena TB pada tahun 2018 (WHO, 2019). Beban penyakit TB di dunia masih menjadi beban penyakit tertinggi yang mencapai 130 kasus baru per 100.000 penduduk (WHO, 2019). Kematian akibat TB sebesar 1,2 juta di tahun yang sama (WHO, 2018). WHO dengan strategi “*End TB*” yang tercetus tahun 2014 menetapkan tiga indikator beserta targetnya yang harus dicapai. Target tersebut yaitu menurunkan jumlah kematian TB sebanyak 95% pada tahun 2035, menurunkan insiden TB sebanyak 90% pada tahun 2035, dan tidak ada keluarga pasien TB yang terbebani dengan pembiayaan pengobatan pada tahun 2035 (WHO, 2015).

Indonesia termasuk salah satu negara yang harus mencapai target tersebut. Hal ini dikarenakan Indonesia merupakan negara ketiga dengan beban kasus TB tertinggi di dunia. Secara global, Indonesia telah menyumbang lebih dari 60% kasus total TB. *Incidence Rate* (IR) TB Indonesia tahun 2018 sebesar 316/100.000 penduduk, dengan cakupan pengobatan pasien TB sebesar 67% (WHO, 2020).

Upaya yang harus dilakukan Indonesia untuk mencapai target tersebut salah satunya dengan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Penyedia pelayanan kesehatan harus memberikan pelayanan terbaiknya untuk meningkatkan derajat kesehatan (Siswanto, dkk., 2015). Kualitas pelayanan kesehatan dapat dilihat dari kualitas karyawan, proses administrasi, proses pelayanan klinis, kenyamanan, keamanan, kepercayaan pasien, akomodasi, kemudahan akses, komunikasi, sarana prasarana, transparansi informasi, kualitas antarbagan, serta infrastruktur (Aagja dan Garg, 2010; Donnell, 2007; Eticha, dkk., 2014; Hadiyati, dkk., 2017; Padma, dkk., 2010; Pai dan Chary, 2011).

Penelitian sebelumnya mengatakan bahwa perspektif pasien merupakan aspek penting dalam penentuan kualitas suatu pelayanan

kesehatan (Eticha, dkk., 2014). Pasien akan menilai kualitas pelayanan kesehatan baik apabila memenuhi harapan atau ekspektasi pasien (Lateef, 2011). Keterlibatan pasien dalam menilai menjadi salah satu cara memperbaiki *continuum of care* sebagai upaya penanganan kasus. Dampak yang ditimbulkan apabila *continuum of care* pada pengobatan TB tidak optimal akan terjadi peningkatan kasus TB Resisten Obat (Farsida, dkk., 2012).

Saat ini sudah dikembangkan suatu alat untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan TB melalui sudut pandang pasien. Instrumen tersebut dikenal dengan *Quality of Care as seen through the Eyes of the Patient* (QUOTE TB Light). Pengembangan QUOTE TB Light baru terjadi di tiga negara, yaitu Kenya, Malawi, dan Uganda. Adanya instrumen ini diharapkan mampu meningkatkan pelayanan kesehatan TB sesuai dengan kebutuhan pasien, meningkatkan kesetaraan, dan akses ke layanan TB (USAID, 2015).

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka diperlukan penelitian untuk mengetahui kualitas pelayanan kesehatan TB dengan menggunakan instrumen QUOTE TB Light yang belum banyak dikembangkan di Indonesia, khususnya kota Semarang. Maka, dengan adanya penelitian ini, diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan TB dalam mencapai target "End TB".

## **B. Tuberkulosis**

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (M.tb) yang umumnya menyerang paru-paru. Penularan TB dari pasien ke orang lain melalui percik renik (dahak pasien) yang terisap oleh orang lain ketika pasien bersin, meludah, ataupun batuk-batuk. Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3.000 percikan dahak (Kemenkes RI, 2014; Zubaidah, dkk., 2013). Setelah beberapa saat terinfeksi, akan timbul gejala-gejala

umum, seperti batuk 2–3 minggu berturut-turut hingga disertai darah, nafsu makan menurun, malaise, dan demam (Kemenkes RI, 2014). Respons imun akan bekerja pada 2–12 minggu setelah terinfeksi (Amir dan Putro, 2012; Ban, dkk., 2015). Pasien TB BTA negatif dapat pula menularkan penyakit TB. Tingkat penularan pasien TB BTA positif sebesar 65%, pasien BTA negatif dengan hasil kultur positif sebesar 26%, sedangkan pasien TB hasil kultur negatif dan foto toraks positif sebesar 17% (Kemenkes RI, 2014).

Sekitar seperempat populasi dunia memiliki TB laten, yang merupakan orang dengan infeksi bakteri TB, namun belum sakit dengan penyakit ini dan tidak dapat menularkan penyakitnya. Orang yang terinfeksi TB memiliki risiko 5–15% sakit, sedangkan orang dengan kekebalan tubuh terganggu (HIV, malnutrisi, konsumsi tembakau) memiliki risiko sakit lebih tinggi (WHO, 2018).

### C. Klasifikasi Tuberkulosis

Diagnosis TB dengan konfirmasi bakteriologis atau klinis dapat diklasifikasikan berdasarkan hal-hal berikut.

1. Klasifikasi berdasarkan lokasi anatomis:
  - a. TB paru adalah kasus TB yang melibatkan parenkim paru atau trakeobronkial. TB milier diklasifikasikan sebagai TB paru karena terdapat lesi di paru. Pasien yang mengalami TB paru dan ekstra paru harus diklasifikasikan sebagai kasus TB paru.
  - b. TB ekstra paru adalah kasus TB yang melibatkan organ di luar parenkim paru, seperti pleura, kelenjar getah bening, abdomen, saluran genitorurinaria, kulit, sendi dan tulang, selaput otak. Kasus TB ekstra paru dapat ditegakkan secara klinis atau histologis setelah diupayakan semaksimal mungkin dengan konfirmasi bakteriologis.

2. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan:
  - a. Kasus baru adalah pasien yang belum pernah mendapat OAT sebelumnya atau riwayat mendapatkan OAT kurang dari 1 bulan (kurang dari 28 dosis bila memakai obat program).
  - b. Kasus dengan riwayat pengobatan adalah pasien yang pernah mendapatkan OAT 1 bulan atau lebih (lebih dari 28 dosis bila memakai obat program). Kasus ini diklasifikasikan lebih lanjut berdasarkan hasil pengobatan terakhir sebagai berikut:
    - 1) Kasus kambuh adalah pasien yang sebelumnya pernah mendapatkan OAT dan dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap pada akhir pengobatan dan saat ini ditegakkan diagnosis TB episode kembali (karena reaktivasi atau episode baru yang disebabkan reinfeksi).
    - 2) Kasus pengobatan setelah gagal adalah pasien yang sebelumnya pernah mendapatkan OAT dan dinyatakan gagal pada akhir pengobatan.
    - 3) Kasus setelah *loss to follow up* adalah pasien yang pernah menelan OAT 1 bulan atau lebih dan tidak meneruskannya selama lebih dari 2 bulan berturut-turut dan dinyatakan *loss to follow up* sebagai hasil pengobatan.
    - 4) Kasus lain-lain adalah pasien sebelumnya pernah mendapatkan OAT dan hasil akhir pengobatannya tidak diketahui atau tidak didokumentasikan.
    - 5) Kasus dengan riwayat pengobatan tidak diketahui adalah pasien yang tidak diketahui riwayat pengobatan sebelumnya sehingga tidak dapat dimasukkan dalam salah satu kategori di atas.

Penting diidentifikasi adanya riwayat pengobatan sebelumnya karena terdapat risiko resistensi obat. Sebelum dimulai pengobatan, sebaiknya dilakukan pemeriksaan biakan dan uji kepekaan obat

menggunakan obat yang telah disetujui WHO (TCM TB MTB/ Rifatau LPA *Hain test* dan *genoscholar*) untuk semua pasien dengan riwayat pemakaian OAT.

3. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan uji kepekaan obat, yakni beberapa klasifikasi TB sebagai berikut:
  - a. *Monoresisten*: resistensi terhadap salah satu jenis OAT lini pertama.
  - b. *Poliresisten*: resistensi terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama selain isoniazid (H) dan rifampisin (R) secara bersamaan.
  - c. *Multidrug resistant* (TB MDR): minimal resistan terhadap isoniazid (H) dan rifampisin (R) secara bersamaan.
  - d. *Extensive drug resistant* (TB XDR): TB-MDR yang juga resistan terhadap salah satu OAT golongan fluorokuinolon dan salah satu dari OAT lini kedua jenis suntikan (kanamisin, kapreomisin, dan amikasin).
  - e. *Rifampicin resistant* (TB RR): terbukti resistan terhadap rifampisin, baik menggunakan metode genotip (tes cepat) atau metode fenotip (konvensional), dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lain yang terdeteksi. Termasuk dalam kelompok TB RR adalah semua bentuk TB MR, TB PR, TB MDR, dan TB XDR yang terbukti resistan terhadap rifampisin.
  
4. Klasifikasi berdasarkan status HIV
  - a. Kasus TB dengan HIV positif adalah kasus TB terkonfirmasi bakteriologis atau terdiagnosis klinis pada pasien yang memiliki hasil tes HIV-positif, baik yang dilakukan pada saat penegakan diagnosis TB atau ada bukti bahwa pasien telah terdaftar di register HIV (register pra ART atau register ART).
  - b. Kasus TB dengan HIV negatif adalah kasus TB terkonfirmasi bakteriologis atau terdiagnosis klinis pada pasien yang

memiliki hasil negatif untuk tes HIV yang dilakukan pada saat ditegakkan diagnosis TB. Bila pasien ini diketahui HIV positif di kemudian hari harus kembali disesuaikan klasifikasinya.

Kasus TB dengan status HIV tidak diketahui adalah kasus TB terkonfirmasi bakteriologis atau terdiagnosis klinis yang tidak memiliki hasil tes HIV dan tidak memiliki bukti dokumentasi telah terdaftar dalam register HIV. Bila pasien ini diketahui HIV positif di kemudian hari, maka harus kembali disesuaikan klasifikasinya. Menentukan dan menuliskan status HIV sangat penting dilakukan untuk mengambil keputusan pengobatan, pemantauan, dan menilai kinerja program. Dalam kartu berobat dan register TB, WHO mencantumkan tanggal pemeriksaan HIV, kapan dimulainya terapi profilaksis kotrimoksazol, dan kapan dimulainya terapi antiretroviral (Kemenkes RI, 2019).

## D. Cara Penularan Tuberkulosis

Tuberkulosis biasanya menular dari manusia ke manusia lain lewat udara melalui percik renik atau *droplet nucleus* (<5 microns) yang keluar ketika seorang yang terinfeksi TB paru atau TB laring sedang batuk, bersin, atau bicara. Prosedur pemeriksaan menghasilkan produk aerosol seperti saat dilakukannya induksi sputum, bronkoskopi, dan juga saat dilakukannya manipulasi terhadap lesi atau pengolahan jaringan di laboratorium.

Percik renik merupakan partikel kecil berdiameter 1–5  $\mu\text{m}$  yang dapat menampung 1–5 basilli, bersifat sangat infeksius dan dapat bertahan di dalam udara sampai 4 jam. Karena ukurannya yang sangat kecil, percik renik ini memiliki kemampuan mencapai ruang alveolar dalam paru, tempat bakteri kemudian melakukan replikasi.

Ada 3 faktor yang menentukan transmisi *Mycobacterium tuberculosis* (M.tb):

1. Jumlah organisme yang keluar ke udara.
2. Konsentrasi organisme dalam udara, ditentukan oleh volume ruang dan ventilasi.
3. Lama seseorang menghirup udara terkontaminasi.

Sekali batuk dapat memproduksi hingga 3.000 percik renik dan satu kali bersin dapat memproduksi hingga 1 juta percik renik. Sedangkan, dosis yang diperlukan terjadinya suatu infeksi TB adalah 1–10 basil. Kasus yang paling infeksius adalah penularan dari pasien dengan hasil pemeriksaan sputum positif, dengan hasil 3+ merupakan kasus paling infeksius. Pasien dengan hasil pemeriksaan sputum negatif bersifat tidak terlalu infeksius. Kasus TB ekstra paru hampir selalu tidak infeksius, kecuali bila penderita juga memiliki TB paru. Individu dengan TB laten tidak bersifat infeksius, karena bakteri yang menginfeksi mereka tidak bereplikasi dan tidak dapat melakukan transmisi ke organisme lain.

Penularan TB biasanya terjadi di dalam ruangan yang gelap, dengan minim ventilasi di mana percik renik dapat bertahan di udara dalam waktu yang lebih lama. Cahaya matahari langsung dapat membunuh tuberkel basili dengan cepat, tetapi bakteri ini akan bertahan lebih lama dalam kondisi yang gelap. Kontak dekat dalam waktu yang lama dengan orang terinfeksi meningkatkan risiko penularan. Apabila terinfeksi, proses sehingga paparan tersebut berkembang menjadi penyakit TB aktif bergantung pada kondisi imun individu. Pada individu dengan sistem imun yang normal, 90% tidak akan berkembang menjadi penyakit TB dan hanya 10% dari kasus akan menjadi penyakit TB aktif (setengah kasus terjadi segera setelah terinfeksi dan setengahnya terjadi di kemudian hari). Risiko paling tinggi terdapat pada dua tahun pertama pasca-terinfeksi, di mana setengah dari kasus terjadi.

Kelompok dengan risiko tertinggi terinfeksi adalah anak-anak di bawah usia 5 tahun dan lanjut usia.

Orang dengan kondisi imun buruk lebih rentan mengalami penyakit TB aktif dibanding orang dengan kondisi sistem imun yang normal. Sebanyak 50–60% orang dengan HIV-positif yang terinfeksi TB akan mengalami penyakit TB yang aktif. Hal ini juga dapat terjadi pada kondisi medis lain di mana sistem imun mengalami penekanan seperti pada kasus silikosis, diabetes melitus, dan penggunaan kortikosteroid atau obat-obat immunosupresan lain dalam jangka panjang (Kemenkes RI, 2019).

Percik renik juga dapat dikeluarkan saat pasien TB paru melalui penularan parasit *Mycrobacterium tuberculosis* dapat terjadi dari penderita ke orang lain melalui percik renik (dahak penderita) yang terisap. Percik renik sebagai sumber infeksi dikeluarkan oleh penderita saat penderita berbicara ataupun saat batuk dan bersin yang kemudian apabila terjadi kontak, maka akan menularkan ke orang lain. Percik renik dapat bertahan hingga beberapa hari di udara. Orang lain akan terinfeksi saat menghirup percik renik yang dikeluarkan oleh penderita karena mengandung *Mycrobacterium tuberculosis*. Partikel ini cukup kecil sehingga mampu mencapai saluran pernapasan bawah dan menginfeksi. Setelah beberapa saat terinfeksi, akan timbul gejala-gejala dan respons imun akan bekerja pada 2–12 minggu setelah terinfeksi (Amir dan Putro, 2012; Ban, dkk., 2015).

Pasien TB BTA negatif dapat pula menularkan penyakit TB. Tingkat penularan pasien TB BTA positif 65%, pasien BTA negatif dengan hasil kultur positif 26%, sedangkan pasien TB hasil kultur negatif dan foto toraks positif 17%. Orang akan terinfeksi apabila menghirup udara yang mengandung percik dahak infeksius TB. Percik dahak/*droplet* dikeluarkan pada saat batuk atau bersin. Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak (Kemenkes, 2014).

## E. Perjalanan Alamiyah Tuberkulosis

Ada empat tahapan dalam perjalanan alamiyah TB yang meliputi tahapan paparan, infeksi, menderita sakit, dan meninggal dunia. Tahapan tersebut adalah sebagai berikut:

### 1. Paparan

Paparan kepada pasien TB merupakan syarat terjadinya suatu infeksi atau terinfeksi. Setelah terinfeksi, ada beberapa faktor yang menentukan seseorang hanya terinfeksi, menjadi sakit, dan kemungkinan meninggal dunia. Peluang terjadinya paparan akan semakin meningkat dipengaruhi oleh hal-hal berikut:

- a. jumlah kasus menular di masyarakat;
- b. peluang kontak dengan kasus menular;
- c. tingkat daya tular dahak sumber penularan;
- d. intensitas batuk sumber penularan;
- e. kedekatan kontak dengan sumber penularan;
- f. lamanya waktu kontak dengan sumber penularan; dan
- g. faktor lingkungan: konsentrasi kuman di udara.

### 2. Infeksi

Setelah 6 sampai 14 minggu terinfeksi, selanjutnya daya tahan tubuh akan mengalami suatu reaksi. Reaksi tersebut di antaranya sebagai berikut:

- a. Reaksi imunologi (lokal), kuman TB masuk ke alveoli dan ditangkap oleh makrofag dan kemudian terjadi reaksi antigen-antibodi.
- b. Reaksi imunologi (umum), di mana hasil tuberkulin tes menjadi positif (delayed hypersensitivity).

### 3. Menderita Sakit Tuberkulosis

Seseorang yang terinfeksi TB memiliki peluang hanya sekitar 10% untuk menjadi sakit atau menderita TB, kecuali seseorang dengan HIV positif akan lebih berisiko sakit. Pada umumnya, TB menyerang paru-paru. Penyebarannya melalui aliran darah atau getah bening, menyebabkan TB di luar organ paru (TB ekstra paru). Bila menyebar secara masif melalui aliran darah dapat menyebabkan TB milier.

Terdapat beberapa faktor risiko seseorang menjadi sakit TB, di antaranya sebagai berikut:

- a. konsentrasi/jumlah kuman yang terhirup;
- b. lamanya waktu sejak terinfeksi;
- c. usia yang terinfeksi; dan
- d. tingkat daya tahan tubuh seseorang.

### 4. Meninggal Dunia

Pasien TB yang memiliki risiko tinggi (50%) meninggal dunia adalah pasien yang tidak melakukan pengobatan TB. Risiko ini akan semakin meningkat pada pasien dengan HIV positif. Faktor risiko lainnya di antaranya akibat keterlambatan dalam diagnosis, pengobatan yang tidak adekuat atau tidak teratur, adanya kondisi kesehatan awal yang buruk, atau penyakit penyerta lainnya (Kemenkes, 2014).

## F. Pengobatan Tuberkulosis

Pengobatan TB termasuk salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut dari M.tb. Saat ini, Indonesia menerapkan pengobatan TB dengan metode *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS). Pengobatan TB yang adekuat harus memenuhi prinsip-prinsip berikut:

1. Pengobatan diberikan dalam bentuk panduan OAT yang tepat, mengandung minimal 3 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.
2. Obat diberikan dalam dosis yang tepat.
3. Obat ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO) sampai selesai pengobatan.
4. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu cukup yang terbagi dalam tahap awal (intensif—selama 2 bulan pertama) dan tahap lanjutan (4–6 bulan selanjutnya) untuk mencegah kekambuhan (Fauziah, 2010; Kemenkes RI, 2014).

Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan TB. Pengobatan TB merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut dari kuman TB. Pengobatan TB menggunakan OAT dengan metode *Directly Observed Treatment Short-case* (DOTS). Berikut beberapa kategorinya:

1. Kategori I (2 HRZE/4 H3R3) untuk pasien baru.
2. Kategori II (2 HRZES/5 H3R3E3) untuk pasien ulangan (pasien yang pada pengobatan kategori I gagal atau pasien kambuh).
3. Kategori III (2HRZ/4 H3R3) untuk pasien baru dengan BTA negatif, rontgen positif.
4. Sisipan (HRZE) untuk tambahan bila pada pemeriksaan akhir tahap intensif dari pengobatan kategori I atau II ditemukan BTA positif.

Pengobatan TB meliputi dua tahap berikut:

### 1. Tahap Awal (Intensif)

Pengobatan diberikan setiap hari dan dengan pengawasan secara langsung. Panduan pengobatan pada tahap ini bertujuan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman dan membunuh kuman secepat-cepatnya. Jika pengobatan pada tahap ini diberikan

dengan tepat, penderita BTA positif akan menjadi BTA negatif dalam waktu 2 bulan. Sebab, pengobatan ini menggunakan 4–5 obat sekaligus yang diminum setiap hari secara intensif selama 56 hari. Obat-obat tersebut yakni sebagai berikut:

- Isoniasid (H) : 1 tablet (@300 mg)
- Rifampisin (R) : 1 kaplet (@450 mg)
- Pirazinamid (Z) : 3 tablet (@500mg)
- Etambutol (E) : 3 tablet (@250 mg)

## 2. Tahap Lanjutan

Pasien pada tahap ini mendapat jenis obat lebih sedikit namun dalam waktu lama. Tujuan tahap ini yaitu untuk membunuh persisten dan menghilangkan sisa-sisa kuman sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

Pada tahap ini, obat diberikan 3x dalam seminggu selama 4 sebulan, yakni obat berikut:

- Isoniasid (H) : 2 tablet (@300mg)
- Rifampisin : 2 kaplet (@450 mg)

Obat diminum 3 kali dalam seminggu selama 16 minggu atau 48 hari (Fauziyah, 2010; Kemenkes, 2014).

## G. Pelayanan Kesehatan Tuberkulosis

Pelayanan kesehatan adalah upaya yang menyelenggarakan perorangan atau bersama-sama dalam organisasi untuk mencegah dan meningkatkan kesehatan, memelihara serta menyembuhkan penyakit, dan memulihkan kesehatan perorangan, kelompok, keluarga dan ataupun masyarakat publik. Pelayanan TB sesuai standar adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seluruh orang dengan TB yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai kewenangannya di FKTP

(puskesmas dan jaringannya) dan di FKTL, baik pemerintah maupun swasta.

Dalam pelayanan kesehatan, pasien merupakan fokus utama. Salah satu dari hal yang harus diperhatikan dalam memberikan pelayanan kepada pasien, yaitu melihat kepuasan pasien. Kepuasan merupakan suatu respons dari seorang pelanggan terhadap pemenuhan kebutuhan dan harapannya. Setiap pelanggan memiliki standar pembandingan untuk menilai kinerja pelayanan yang diterima. Hasil tersebut biasanya diberikan melalui ungkapan rasa kepuasan atau ketidakpuasan berupa tindakan mengulangi kunjungan lagi, memberikan pujian, mengajukan kritik saran, atau menceritakan yang dialami kepada orang lain.

Kualitas pelayanan kesehatan dapat dilihat dari kualitas karyawan, proses administrasi, proses pelayanan klinis, kenyamanan, keamanan, kepercayaan pasien, akomodasi, kemudahan akses, komunikasi, sarana prasarana, transparansi informasi, kualitas antarbagian, serta infrastruktur (Aagja dan Garg, 2010; Donnell, 2007; Eticha, dkk., 2014; Hadiyati, dkk., 2017; Padma, dkk., 2010; Pai dan Chary, 2011).

## H. QUOTE TB Light

*Quality of Care as seen through the Eyes of the Patient* (QUOTE TB Light) merupakan aplikasi yang disederhanakan dari *QUOTE TB Tool*. *QUOTE TB Light* sendiri adalah alat ukur berupa instrumen untuk mengukur kualitas pelayanan kesehatan TB dari sudut pandang pasien TB. Sudut pandang pasien TB merupakan elemen penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, meningkatkan kesetaraan, dan akses ke layanan untuk diagnosis dan pengobatan TB. Oleh karena itu, pasien TB dapat dianggap sebagai salah satu kelompok ahli dalam menilai kualitas pelayanan TB (Massaut, dkk., 2009).

Pengembangan QUOTE TB Light merupakan kolaborasi yang dilakukan oleh Tuberculosis Control Assistance Program (TB CAP), KNCV Tuberculosis Foundation dan The Royal Tropical Institute (KIT). Belum banyak negara yang menggunakan instrumen ini sebagai alat ukur penilaian kualitas pelayanan TB. Pengembangan QUOTE TB baru dilakukan di negara di kawasan Afrika Utara, yaitu Kenya, Malawi, dan Uganda. Pengukuran penilaian dalam QUOTE TB Light berdasarkan sembilan dimensi yang telah ditentukan melalui penelitian kualitatif tentang pasien TB dan penyedia pelayanan kesehatan sebelumnya. Sembilan dimensi tersebut yaitu: (1) komunikasi dan informasi, (2) kompetensi profesional, (3) ketersediaan pelayanan TB, (4) keterjangkauan, (5) interaksi petugas dan pasien serta konseling, (6) dukungan, (7) hubungan TB-HIV, (8) infrastruktur, dan (9) stigma.

Terdapat 3 langkah yang dibutuhkan untuk melakukan QUOTE TB Light menurut paduannya (Massaut, dkk., 2009):

1. Menetapkan rangking skor *Importance* (I) dari dimensi kualitas

Penetapan rangking skor *Importance* (I) dari sembilan dimensi kualitas pelayanan TB dilakukan dengan metode Focus Group Discussion (FGD). Peserta dari FGD merupakan pasien TB yang sudah pernah berkunjung dan melakukan pengobatan TB di fasilitas kesehatan yang ditentukan. Selama melakukan FGD, peserta akan diberikan *pictogram card* untuk membantu peserta merangking sembilan dimensi kualitas pelayanan.

2. Menetapkan skor *Performance* (P) pada pelayanan TB yang disediakan oleh fasilitas kesehatan

Pada langkah kedua, dilakukan wawancara langsung ke pasien TB yang sudah pernah berkunjung dan melakukan pengobatan TB di fasilitas kesehatan yang ditentukan. Pasien TB akan menilai pelaksanaan (*performance*) pelayanan di fasilitas kesehatan

tersebut dengan menggunakan tes kuesioner standar. Penilaian pelaksanaan (*performance*) berdasarkan pada sembilan dimensi kualitas pelayanan TB.

### 3. Menghitung skor *Quality Impact* (QI) pelayanan kesehatan TB

Langkah pertama dan kedua digunakan untuk menghitung QI yang merupakan inti dari QUOTE TB Light. Cara perhitungannya dengan mengalikan hasil dari *Importance* (I) dan *Performance* (P). Hasil dari QI inilah yang dapat digunakan untuk menyimpulkan dimensi kualitas pelayanan mana yang harus dilakukan perbaikan dan peningkatan oleh suatu fasilitas kesehatan.

## I. Gambaran Demografi Responden

Rata-rata usia dari 138 pasien TB yang menyetujui untuk dilakukan wawancara dan semua memberikan respons baik dengan menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan adalah 43,02 tahun dengan nilai Standar Deviasi (SD) yaitu 17,42.

Tabel 3.1. Distribusi Frekuensi Demografi Responden (N=138)

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Umur (mean, SD)	43,02; 17,42	
Jenis kelamin		
Pria	77	55,8
Wanita	61	44,2
Tingkat Pendidikan		
Tidak sekolah	20	14,5
Pendidikan Dasar	108	78,2
Pendidikan Tinggi	10	7,3
Pekerjaan		
Tidak bekerja	76	51,1
Buruh harian	24	17,4
Pegawai atau Wiraswasta	38	27,5

Pasien TB yang berpartisipasi lebih banyak didominasi oleh laki-laki (55,8%) dibandingkan perempuan (44,2%). Sebagian besar pasien memiliki pendidikan formal dasar meliputi sekolah dasar hingga menengah, yaitu sebanyak 78,2%. Meskipun demikian, tidak sedikit pasien TB yang tidak mengenyam pendidikan formal dengan persentase sebesar 14,5%. Sebagian besar dari mereka tidak bekerja di ranah publik, termasuk menjadi ibu rumah tangga (51,1%).

## J. Penilaian Kualitas Pelayanan Tb di Puskesmas Kota Semarang Berdasarkan 9 Dimensi Quote Tb Light

Berdasarkan tabel 2, disajikan bahwa pada aspek pelayanan yang sama dalam dimensi ketersediaan pelayanan TB (QI=1,15), beberapa pasien menilai bahwa pelayanan dilakukan oleh petugas yang berbeda setiap mereka datang melakukan pengobatan TB atau tidak dilayani dengan petugas yang sama. Ini berarti, dalam pengalaman pasien, aspek pelayanan dengan petugas yang sama dinilai merupakan aspek terpenting yang perlu adanya peningkatan. Pelayanan oleh petugas yang sering berganti-ganti akan memengaruhi pasien untuk melakukan kunjungan. Pasien terkadang sudah merasa nyaman dan terbuka pada satu petugas, sehingga ketika dilayani oleh petugas yang berbeda dalam melakukan pengobatan, baik itu konseling, pengambilan obat, dan lain-lain, akan memengaruhi perilaku pasien dalam pengobatan.

Tabel 3.2. Skor 9 Dimensi Kualitas Pelayanan TB di Puskesmas dari Perspektif Pasien

\*QI>1 = diperlukannya peningkatan atau perbaikan pelayanan TB di Puskesmas

Sembilan Dimensi (Aspek)	Quality Impact (QI)
<b>Ketersediaan Pelayanan TB</b>	
Waktu tunggu	0,16
Pelayanan yang sama	1,15*
Kenyamanan jam buka	0,19

Ketersediaan obat	0,26
Kesulitan komunikasi	0,03
Pergi ke fasilitas lain	0,32
Mudah dijangkau	0,44
Petugas siap melayani	0,06
Komunikasi dan Informasi	
<b>Penularan TB</b>	<b>0,38</b>
TB dapat disembuhkan	0,07
Pendampingan pengobatan/PMO	0,10
Efek samping	0,21
Pemeriksaan dahak	0,19
Durasi pengobatan	0,05
Cara penyimpanan OAT	0,24
Kunjungan kembali ke pelayanan TB	0,05
<b>Interaksi Pasien-Petugas dan Konseling</b>	
Petugas menghormati pasien	0,08
Petugas mendengarkan pasien dengan saksama	0,40
Penjelasan dari petugas	0,49
Waktu cukup untuk diskusi	2,03*
Diskusi tentang masalah pasien	1,99*
Diskriminasi pelayanan	0,08
Menghormati privasi	0,08
Petugas menjelaskan pengaruh TB pada kehidupan	0,81
<b>Hubungan TB-HIV</b>	
Hubungan TB-HIV	5,42*
Pencegahan HIV	5,29*
Tes HIV	1,99*
Pengobatan HIV	7,61*
<b>Infrastruktur</b>	
Air minum yang aman	6,61*
Toilet dapat digunakan	1,61*

Bangku yang nyaman	0,09
Prioritas pada pasien yang datang dengan batuk parah	4,24*
<b>Kompetensi Profesional</b>	
Ketersediaan pemeriksaan dahak di laboratorium	1,02*
Pengobatan TB di rumah	2,18*
Pemeriksaan fisik	0,36
Pemeriksaan dahak	0,29
Durasi mendapatkan hasil pemeriksaan dahak	3,35*
Petugas menanyakan kontak dekat	4,08*
Pengamatan minum OAT	1,68*
<b>Keterjangkauan</b>	
Biaya pelayanan TB	0,05
Biaya tambahan	0,01
Biaya transportasi	0,02
<b>Bantuan</b>	
Bantuan transportasi	7,54*
Bantuan makanan	8,41*
Bantuan uang	6,96*
<b>Stigma</b>	
Perlakuan yang sama antarpelayanan	0,05
Keramahan petugas	0,14
Respons komunikasi petugas ke pasien	0,03
Perlakuan bermartabat pada pasien	0,02

Sejalan dengan beberapa studi yang melaporkan bahwa ketersediaan pelayanan TB berupa akses jarak dan ketersediaan atau pasokan obat yang tidak konsisten dapat berkontribusi pada rendahnya keberhasilan pengobatan TB dan bahkan berdampak pada tingginya pasien yang mangkir (Castelnuovo, 2010; Tadesse, dkk., 2013). Pasien akan patuh dalam melakukan pengobatan apabila fasilitas kesehatan

konsisten dalam memberikan pelayanan yang baik (Dangisso, dkk., 2015). Ini penting dalam upaya mencapai target untuk menanggulangi TB, khususnya di Indonesia, di mana ketersediaan pelayanan TB menjadi indikator standar pelayanan minimal sebuah fasilitas kesehatan (Dwi Laksono, dkk., 2012).

Penyampaian informasi oleh petugas dinilai oleh pasien sudah cukup baik. Ini terlihat dari seluruh aspek dari dimensi komunikasi dan informasi memiliki nilai *Quality Impact* (QI) kurang dari 1, tersajikan dalam tabel 2. Ini artinya, banyak pasien yang sudah mendapatkan paparan informasi secara jelas dari petugas kesehatan tentang penyakit TB, pengobatan, penularan, efek samping, cara penyimpanan OAT, hingga perlunya kunjungan kembali. Penyampaian informasi yang jelas dan lengkap mengenai penyakit dan saran medis yang diberikan oleh petugas kesehatan kepada pasien akan memengaruhi pasien berperilaku sesuai dengan yang diharapkan (Bhatnagar, 2019; Finlay, dkk., 2012; Ruru, dkk., 2018).

Sebaliknya, kegagalan penyampaian informasi oleh petugas kesehatan berdampak pada ketidakpahaman pasien mengenai penyakit dan tindakan medis yang akan atau sedang dijalani, kegagalan untuk kembali menenteramkan diri pasien (*failed reassurance*), hingga ketidakpatuhan pada saran medis dan pengobatannya (Rahmadiana, 2012).

Berbeda dengan hasil penilaian dari dimensi komunikasi dan informasi tersebut, pada dimensi interaksi serta konseling antara pasien petugas kesehatan, diketahui adanya beberapa aspek yang dinilai kurang oleh pasien dan perlu adanya perbaikan. Aspek-aspek tersebut meliputi waktu untuk berdiskusi dengan petugas (QI=3,04), diskusi tentang penyelesaian masalah (QI=2,98), dan penjelasan pengaruh TB pada kehidupan mereka (QI=1,22), tersajikan dalam tabel 3.2. Ketiga aspek tersebut dianggap oleh sebagian besar pasien perlu adanya peningkatan dalam pelayanan TB di puskesmas tempat

mereka melakukan pengobatan. Pasien merasakan waktu yang kurang untuk berdiskusi dan melakukan konseling dengan petugas kesehatan tentang penyakit TB yang mereka alami.

Interaksi antara pasien dengan petugas kesehatan adalah indikator yang kuat dari suatu kualitas pelayanan kesehatan yang dapat menentukan perilaku manajemen diri dan hasil dari pengobatan pasien (Matusitz dan Spear, 2014). Dalam perspektif pasien, mereka menginginkan komunikasi yang lebih baik dengan petugas kesehatan (Geist-Martin, dkk., 2003). Mereka juga merasa membutuhkan kesempatan untuk dapat berbicara, membahas masalah yang dialami selama kunjungan, bahkan dapat lebih banyak berpartisipasi dalam pengambilan keputusan selama pengobatan (Wright, dkk., 2008). Kefeektifan interaksi ini akan berdampak pada hasil pengobatan yang diharapkan dan peningkatan kepatuhan pengobatan (Menawati dan Kurniawan, 2015). Hal ini diperlukan dalam pengobatan TB, karena jangka waktu pengobatan yang cukup lama serta kepatuhan pengobatan sangat penting untuk kesembuhan pasien dan mengurangi penularan ke orang lain.

Dimensi keempat kualitas pelayanan TB yang dinilai oleh 138 pasien TB yaitu dimensi hubungan TB-HIV. Dari hasil survei, diketahui bahwa dimensi ini adalah dimensi yang paling banyak dinilai pasien perlu adanya perbaikan. Ini terlihat dari seluruh aspek sebanyak 4 aspek dalam dimensi hubungan TB-HIV bernilai  $QI > 1$ , meliputi hubungan TB-HIV ( $QI=5,42$ ), pencegahan HIV ( $QI=5,29$ ), tes HIV ( $QI=1,99$ ), dan pengobatan HIV ( $QI=7,61$ ). Pasien menilai petugas kurang memberikan informasi terkait hubungan TB-HIV, pencegahan HIV pada pasien TB, menawarkan untuk tes HIV, maupun penjelasan pengobatan HIV bila suatu saat mereka membutuhkan. Bahkan, ketika kami memberikan pertanyaan terkait HIV, tidak banyak dari mereka yang tidak mengerti tentang penyakit tersebut serta kurangnya pengetahuan mereka terkait TB-HIV.

Temuan ini sejalan dengan studi di Ethiopia, di mana pasien TB tidak mendapatkan informasi jelas dan optimal terkait dengan TB-HIV, sehingga pasien tidak memiliki cukup informasi dan pengetahuan mengenai HIV dan pencegahannya (Girma, dkk., 2010). Tuberkulosis dan HIV sendiri merupakan penyakit yang saling memiliki keterkaitan. WHO melaporkan, terdapat 10 juta orang dengan TB di tahun 2018, di mana 251.000 kematian merupakan orang TB dengan HIV positif (WHO, 2019). Orang dengan HIV memiliki risiko 19 kali lebih besar terinfeksi TB dan berkembang menjadi TB aktif (WHO, 2020b). Hal ini disebabkan oleh jumlah dan fungsi sel CD4 pada orang dengan HIV menurun secara progresif dan adanya gangguan fungsi pada makrofag serta monosit. Makrofag dan CD4 memiliki peran penting untuk sistem pertahanan tubuh manusia. Bila terjadi gangguan pada keduanya, seseorang akan mudah tertular penyakit lain, salah satunya TB (Mulyadi dan Fitrika, 2010).

Dimensi kualitas pelayanan TB di Puskesmas Kota Semarang lainnya yang dinilai pasien perlu adanya perbaikan yakni dimensi infrastruktur. Tiga dari empat aspek yang diajukan untuk dinilai oleh pasien mendapati hasil  $QI > 1$ . Aspek-aspek tersebut di antaranya ketersediaan air minum yang aman ( $QI=6,61$ ), ketersediaan toilet yang dapat digunakan ( $QI=1,61$ ), dan prioritas pada pasien yang datang dengan kondisi batuk parah ( $QI=4,24$ ), tersajikan dalam tabel 2. Beberapa pasien menjelaskan sesuai pengalaman mereka melakukan pengobatan di puskesmas, jarang adanya air minum yang disediakan di ruang tunggu pasien. Bahkan, bila merasa haus, mereka harus membeli minum di kantin atau pedagang kecil di puskesmas dengan uang mereka sendiri. Selain itu, banyak di antara mereka mengeluhkan toilet di puskesmas karena kondisinya yang kurang nyaman dan tidak dapat digunakan. Pasien yang datang dalam kondisi batuk juga tidak diprioritaskan oleh petugas untuk dilakukan pemeriksaan. Mereka

harus tetap mengantre sesuai pendaftaran yang sebelumnya mereka lakukan.

Berdasarkan hasil penilaian ini, dapat disimpulkan bahwa infrastruktur pelayanan TB merupakan aspek penting dalam kualitas pelayanan kesehatan, khususnya puskesmas sebagai pelayanan kesehatan primer di kota Semarang. Sumber daya fasilitas, termasuk kondisi fisik, komponen organisasi, teknis, sangat penting bagi *provider* dalam menawarkan pelayanan kesehatan yang berkualitas (Scholz, dkk., 2015). Pada penelitian di Brazil tahun 2018, menyimpulkan bahwa untuk mencapai pengendalian TB yang memuaskan, perbaikan besar perlu dilakukan pada aspek infrastruktur di fasilitas kesehatan (Baumgarten, dkk., 2018). Sama halnya dengan studi di Ethiopia Selatan yang menemukan bahwa kenyamanan dan kebersihan fasilitas kesehatan yang mereka rasakan menjadi faktor prediktor kepuasan pasien selama melakukan pengobatan. Adanya kepuasan yang tinggi ini memengaruhi kepatuhan mereka dalam pengobatan TB (Nezenega, dkk., 2013).

Dimensi kompetensi tenaga ahli pun merupakan dimensi yang dianggap oleh pasien sebagai dimensi yang perlu adanya perbaikan dalam penyediaan pelayanan kesehatan di puskesmas. Hasil penilaian pasien terhadap kompetensi profesional diketahui bahwa hampir seluruh aspek dalam dimensi ini memiliki nilai  $Q > 1$ , meliputi ketersediaan pemeriksaan dahak di laboratorium ( $Q=1,02$ ), penawaran pengobatan TB di rumah (2.18), durasi mendapatkan hasil pemeriksaan dahak ( $Q=3,35$ ), pemeriksaan kontak dekat ( $Q=4,08$ ), dan pengamatan minum OAT dari petugas ( $Q=1,68$ ), tersajikan dalam tabel 2.

Komptensi tenaga ahli adalah kemampuan dan keterampilan petugas kesehatan dalam melakukan standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam hal pemeriksaan pasien, pendampingan pengobatan, maupun hal-hal yang berhubungan dengan pemberian pelayanan kepada pasien (Bustami, 2011). Kompetensi yang dimiliki petugas

kesehatan haruslah memadai dalam melakukan perawatan kesehatan untuk tercapainya kualitas pelayanan yang baik. Seperti halnya penelitian di Ethiopia yang mengungkapkan bahwa penerimaan pelayanan secara profesional menjadi faktor prediktor kepuasan pasien dalam melakukan pengobatan. Kepuasan ini akan memengaruhi mereka untuk patuh dalam pengobatan (Nezenega, dkk., 2013).

Pasien tidak banyak yang mengeluhkan terkait keterjangkauan biaya pelayanan TB, terlihat pada tabel 2, seluruh aspek keterjangkauan biaya memiliki nilai  $QI < 1$ . Sebagaimana besar dari pasien merasa bahwa pengobatan TB dari segi biaya sangatlah terjangkau. Hal ini karena pengobatan TB di puskesmas telah mendapatkan bantuan dari pemerintah atau gratis. Pengobatan TB saat ini sudah masuk dalam perhatian dunia. WHO menyatakan salah satu upaya untuk mencapai target "End TB" di dunia dengan cara memastikan setiap wilayah di suatu negara dapat menjangkau pelayanan kesehatan, baik secara jarak maupun biaya (WHO, 2015). Dengan begitu, masyarakat dapat melakukan pengobatan TB tanpa terhambat oleh akses.

Meskipun berdasarkan penilaian pasien tidak banyak mengeluhkan biaya dan menilai baik keterjangkauan biaya pengobatan, namun hal ini tetap harus menjadi perhatian penyedia pelayanan kesehatan. Keterjangkauan biaya menjadi faktor penting kepatuhan pasien dalam pengobatan, yang dapat berdampak pada kegagalan pengobatan (Long, dkk., 2011) dan peningkatan penularan rumah tangga hingga kematian (Xu, dkk., 2010). Penelitian di Ghana tahun 2018 mendapati bahwa pengeluaran untuk perawatan TB menyebabkan peningkatan yang signifikan proporsi keluarga yang hidup di bawah kemiskinan (Pedrazzoli, dkk., 2018). Dalam penelitian yang kami lakukan, beberapa di antara pasien mengutarakan meskipun pengobatan TB gratis, namun mereka tetap mengeluarkan biaya lainnya, seperti biaya transportasi, akomodasi, dan biaya pengganti selama melakukan pengobatan karena tidak dapat bekerja.

Penilaian kualitas pelayanan TB lainnya yaitu bantuan. Bantuan dalam penilaian QUOTE TB Light meliputi bantuan berupa uang, makanan, dan transportasi. Pada dimensi ini, pasien menilai bahwa bantuan adalah aspek penting bagi penyedia pelayanan TB untuk meningkatkan kualitasnya. Mereka menilai bahwa puskesmas tidak banyak memberikan bantuan atau dukungan berupa bantuan transportasi, makanan, hingga uang. Ini yang menyebabkan pada aspek bantuan transportasi (QI=6,30), bantuan makanan (QI=7,71), serta bantuan uang (QI=5,76) perlu adanya perbaikan dan peningkatan. Data tersebut disajikan dalam tabel 2.

Pengobatan TB merupakan pengobatan dengan durasi yang cukup lama, yakni minimal 6 bulan (Kemenkes, 2014) dengan efek samping OAT yang tidak sedikit menyebabkan pasien merasa semakin parah (Sariem, dkk., 2015). Ini menyebabkan sebagian besar pasien tidak dapat melakukan aktivitas berat hingga harus berhenti bekerja, yang berdampak pada tidak adanya pendapatan untuk memenuhi kebutuhan (McIntyre, dkk., 2006). Pasien mengungkapkan tetap mengeluarkan biaya di luar pengobatan selama menjalani perawatan. Hal inilah yang memungkinkan mendasari kebutuhan akan bantuan dan dukungan dari puskesmas akibat kondisi yang mereka alami. Aspek ini juga memungkinkan dapat mempengaruhi kepatuhan pengobatan pasien.

Dimensi kualitas pelayanan TB di Puskesmas Kota Semarang yang terakhir dinilai oleh pasien adalah dimensi stigma. Stigma merupakan perlakuan atau pandangan negatif terhadap seseorang. Berdasarkan hasil survei, didapati skor QI diseluruh aspek stigma mendapatkan skor  $QI < 1$ , yang berarti pasien merasa bahwa perlakuan, keramahan, respons komunikasi yang diterima oleh pasien dari petugas kesehatan di puskesmas yang mereka kunjungi sudah baik dan tidak perlu adanya perbaikan. Sikap petugas kepada mereka yang ramah, tidak membedakan dengan pasien lain, dan berlaku adil sudah membuat mereka

nyaman dalam melakukan pengobatan ke puskesmas. Stigma di dalam fasilitas kesehatan merupakan hal penting untuk memberikan pelayanan dan perawatan kesehatan yang berkualitas dan untuk tercapai derajat kesehatan yang optimal.

Hasil tersebut berbeda dengan beberapa studi yang menemukan terjadinya stigma di fasilitas kesehatan, meliputi penolakan pelayanan terhadap pasien, pemberian pelayanan di bawah standar, terjadi pelecehan pada pasien, membiarkan pasien menunggu lama dan tidak mendapatkan perawatan secara profesional (Dodor, dkk., 2009; Hamann, dkk., 2014; Nyblade, dkk., 2009; Ross dan Goldner, 2009). Adanya stigma yang terjadi di fasilitas kesehatan akan mempengaruhi diagnosis, pengobatan, hingga keberhasilan pengobatan pasien. Sebaliknya, mengurangi stigma pada pasien di fasilitas kesehatan akan meningkatkan kualitas perawatan oleh petugas kesehatan, hasil pengobatan pasien yang terstigma, dan mengurangi risiko sosial pada pasien selama melakukan pengobatan (Nyblade, dkk., 2019).

## **K. Simpulan**

Pelayanan TB di puskesmas di kota Semarang dalam beberapa dimensi memerlukan adanya perbaikan dan peningkatan kualitas pelayanan TB. Hal yang paling disoroti oleh pasien dalam peningkatan kualitas yakni pada dimensi hubungan TB-HIV, infrastruktur pelayanan TB, kompetensi tenaga ahli kesehatan, dan bantuan untuk pasien. Beberapa aspek dalam dimensi ketersediaan pelayanan TB, seperti mendapatkan pelayanan yang tidak sama, waktu diskusi yang kurang dengan petugas kesehatan dalam aspek interaksi serta konseling antara pasien dan petugas kesehatan juga dianggap oleh pasien perlu dilakukan perbaikan kualitas. Penilaian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan penyedia pelayanan dalam meningkatkan kualitas pelayanan TB sesuai dengan harapan pasien. Pasien sebagai

fokus utama dalam pelayanan kesehatan, sudah selayaknya dapat berkontribusi dalam pengembangan kualitas pelayanan untuk menuju target "End TB" di tahun 2030.

## Daftar Pustaka

- Aagja, J.P. Aagja, J. P., & Garg, R. (2010). Measuring perceived service quality for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4(1), 60–83.
- Amir, L. and Putro, S.G. (2012), Tuberkulosis Nosokomial, *Jurnal Tuberkulosis Indonesia*, 8, 30–35.
- Ban, A., Sanou, A., Anh, N.T. Van and Godreuil, S. (2015), Mycobacterium tuberculosis: Ecology and Evolution of a Human Bacterium, *Journal of Medical Microbiology*, 64, 1261–1269.
- Baumgarten, A., Hilgert, J.B., Pinto, I.C., Zacharias, F.C.M. and Bulgarelli, A.F. (2018), Facility infrastructure of primary health services regarding tuberculosis control: A countrywide cross-sectional study, *Primary Health Care Research and Development*, 20(e67), 1–9.
- Bhatnagar, H. (2019). User-experience and patient satisfaction with quality of tuberculosis care in India: a mixed-methods literature review. *Journal of clinical tuberculosis and other mycobacterial diseases*, 17, 100127.
- Bustami. (2011), Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dan Akseptabilitasnya, Erlangga, Jakarta.
- Castelnuovo, B. (2010). Review of compliance to anti tuberculosis treatment and risk factors for defaulting treatment in Sub Saharan Africa. *African health sciences*, 10(4), 320-324.

- Dangisso, M. H., Datiko, D. G., & Lindtjørn, B. (2015). Accessibility to tuberculosis control services and tuberculosis programme performance in southern Ethiopia. *Global health action*, 8(1), 29443.
- Dodor, E. A., Kelly, S., & Neal, K. (2009). Health professionals as stigmatisers of tuberculosis: insights from community members and patients with TB in an urban district in Ghana. *Psychology, health & medicine*, 14(3), 301-310.
- O'Donnell, O. (2007). Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cadernos de saude publica*, 23, 2820-2834.
- Laksono, A. D., Astuti, W. D., & Waty, E. (2012). Kajian Standar Pelayanan Minimal Penyakit Tuberkulosis Terkait Indikator Millenium Development Goals. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 15(3), 21350.
- Eticha, B. M., Atomsa, A., Tsehaineh, B., & Berheto, T. M. (2014). Patients' perspectives of the quality of tuberculosis treatment services in South Ethiopia. *American Journal of Nursing*, 3(4), 48-55.
- Farsida, Mahendradhata, Y., and Probandari (2012). Kualitas Layanan Tuberkulosis Menurut Sudut Pandang Pasien di Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta di Jakarta Utara. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 15(04), 161-165
- Fauziyah, N. (2010), Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Drop Out Pengobatan Pada Penderita TB Paru Di Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4) Salatiga, *Doctoral dissertation*, Universitas Negeri Semarang.
- Finlay, A., Lancaster, J., Holtz, T. H., Weyer, K., Miranda, A., & van der Walt, M. (2012). Patient-and provider-level risk factors

- associated with default from tuberculosis treatment, South Africa, 2002: a case-control study. *BMC public health*, 12(1), 1-12.
- Geist-Martin, P., Sharf, B. F., & Ray, E. B. (2003). *Communicating health: Personal, cultural, and political complexities*. Wadsworth/Thomson Learning.
- Girma, A., & Deribe, K. (2010). Quality of tuberculosis care in six health facilities of Afar Region, Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 48(3), 195-202.
- Hadiyati, I., Sekarwana, N., Sunjaya, D. K., & Setiawati, E. P. (2017). Konsep Kualitas Pelayanan Kesehatan berdasar atas Ekspektasi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional. *Majalah Kedokteran Bandung*, 49(2), 102-109.
- Hamann, H. A., Ostroff, J. S., Marks, E. G., Gerber, D. E., Schiller, J. H., & Lee, S. J. C. (2014). Stigma among patients with lung cancer: a patient-reported measurement model. *Psycho-Oncology*, 23(1), 81-92.
- Kemenkes. (2014), Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Kemenkes RI. (2014), Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta.
- Kemenkes RI. (2019), Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/755/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Tuberkulosis.
- Lateef, F. (2011). Patient expectations and the paradigm shift of care in emergency medicine. *Journal of emergencies, trauma and shock*, 4(2), 163-167

- Long, Q., Smith, H., Zhang, T., Tang, S., & Garner, P. (2011). Patient medical costs for tuberculosis treatment and impact on adherence in China: a systematic review. *BMC public health*, 11(1), 1-9.
- Massaut, S., Broek, J. van den and Kwaak, A. van der. (2009), QUOTE TB Light, *TB Care Publications*, Project Management Unit TB CAP, The Hague.
- Matusitz, J., & Spear, J. (2014). Effective doctor–patient communication: an updated examination. *Social work in public health*, 29(3), 252-266.
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low-and middle-income country contexts? *Social science & medicine*, 62(4), 858-865.
- Menawati, T., & Kurniawan, H. (2015). Pentingnya Komunikasi Dalam Pelayanan Kesehatan Primer. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 15(2), 120-124.
- Mulyadi, M., & Fitrika, Y. (2011). Hubungan tuberkulosis dengan HIV/AIDS. *Idea Nursing Journal*, 2(2), 162-166.
- Nezenega, Z. S., & Tafere, T. E. (2013). Patient satisfaction on tuberculosis treatment service and adherence to treatment in public health facilities of Sidama zone, South Ethiopia. *BMC health services research*, 13(1), 1-8.
- Nyblade, L., Stangl, A., Weiss, E., & Ashburn, K. (2009). Combating HIV stigma in health care settings: what works?. *Journal of the international AIDS Society*, 12(1), 1-7.
- Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Mc Lean, R Mitchell, E.M.H & Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities:

why it matters and how we can change it. *BMC medicine*, 17(1), 1-15.

Padma, P., Rajendran, C., & Lokachari, P. S. (2010). Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals: Perspectives of patients and their attendants. *Benchmarking: An International Journal*. 17(6), 807–841.

Pai, Y. P., & Chary, S. T. (2013). Dimensions of hospital service quality: A critical review: Perspective of patients from global studies. *International journal of health care quality assurance*. 26(4), 308–339.

Pedrazzoli, D., Siroka, A., Boccia, D., Bonsu, F., Nartey, K., Houben, R., & Borghi, J. (2018). How affordable is TB care? Findings from a nationwide TB patient cost survey in Ghana. *Tropical medicine & international health*, 23(8), 870-878.

Rahmadiana, M. (2012). Komunikasi kesehatan: Sebuah tinjauan. *Jurnal Psikogenesis*, 1(1), 88-94.

Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16(6), 558-567.

Ruru, Y., Matasik, M., Oktavian, A., Senyorita, R., Mirino, Y., Tarigan, L. H., van der Werf, M.J. & Alisjahbana, B. (2018). Factors associated with non-adherence during tuberculosis treatment among patients treated with DOTS strategy in Jayapura, Papua Province, Indonesia. *Global health action*, 11(1), 1510592.

Sariem, C. N., Nanlir, Z. S., Banwat, S. B., & Dapar, M. P. (2015). Factors influencing tuberculosis medication adherence: a cognitive intervention in a resource limited setting. *World Journal of Pharmaceutical Sciences*, 3(9), 1912–1920

- Scholz, S., Ngoli, B. and Flessa, S. (2015), Rapid assessment of infrastructure of primary health care facilities – a relevant instrument for health care systems management, *BMC Health Services Research*, 15(1), 183.
- Siswanto, H. (2015). Analisis Kualitas Pelayanan Kesehatan Dalam Operasioanalisis Program Mobil Sehat (Studi Pada Unit Pelaksana Teknis Pusat Kesehatan Masyarakat Lamongan Kabupaten Lamongan). *Jurnal Administrasi Publik*, 3(11), 1821-1826.
- Tadesse, T., Demissie, M., Berhane, Y., Kebede, Y., & Abebe, M. (2013). Long distance travelling and financial burdens discourage tuberculosis DOTs treatment initiation and compliance in Ethiopia: a qualitative study. *BMC public health*, 13(1), 1-7.
- USAID. (2015), "QUOTE TB Light", TB Care Publications, p. 3.
- WHO. (2015), The End TB Strategy, World Health Organization, World Health Organization, Geneva, available at:<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- WHO. (2018), Tuberculosis, Media Centre: Fact Sheets, available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/> (accessed 11 February 2018).
- WHO. (2019), Global Tuberculosis Report 2019, World Health Organization, Geneva, available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf>.
- WHO. (2020a), Tuberculosis Country Profile, Geneva, available at: [https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO\\_HQ\\_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=ID&LAN=EN&outtype=pdf](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=ID&LAN=EN&outtype=pdf).
- WHO. (2020b), "Tuberculosis", Key Facts.

Wright, K. B., Sparks, L., & O'hair, H. D. (2008). *Health communication in the 21st century*. John Wiley & Sons.

Xu, L., Gai, R., Wang, X., Liu, Z., Cheng, J., Zhou, C., Liu, J. & Tang, W. (2010). Socio-economic factors affecting the success of tuberculosis treatment in six counties of Shandong Province, China. *The International journal of tuberculosis and lung disease*, 14(4), 440-446.

Zubaidah, T., Setyaningrum, R., Banjarbaru, P. U., Ani, F. N., & Banjarbaru, P. U. (2019). Faktor yang mempengaruhi penurunan angka kesembuhan TB di Kabupaten Banjar tahun 2013. *Jurnal Epidemiologi dan Penyakit Bersumber Binatang*, 4(4), 192–199.