



**EVALUASI INPUT SISTEM SURVEILANS
PENEMUAN SUSPEK TUBERKULOSIS (TB) DI
PUSKESMAS WILAYAH KERJA DINAS
KESEHATAN KABUPATEN MAGELANG**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Fenila Novanty
NIM. 6411410048

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2015**



**EVALUASI INPUT SISTEM SURVEILANS
PENEMUAN SUSPEK TUBERKULOSIS (TB) DI
PUSKESMAS WILAYAH KERJA DINAS
KESEHATAN KABUPATEN MAGELANG**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Fenila Novanty
NIM. 6411410048

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2015**

ABSTRAK

Fenila Novanty

Evaluasi Input Sistem Surveilans Penemuan Suspek Tuberkulosis (TB) di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang

VI + 145 halaman + 8 gambar + 14 lampiran

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan *M. tuberculosis* yang menyerang semua usia dan menyebar melalui droplet orang yang telah terinfeksi. Di Dinkes Kabupaten Magelang terdapat permasalahan input dalam sistem surveilans TB yang menyebabkan rendahnya angka CDR (*Case Detection Rate*) TB. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hasil evaluasi input sistem surveilans penemuan suspek TB di puskesmas wilayah kerja Dinkes Kabupaten Magelang.

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif dengan rancangan studi evaluasi. Informan dalam penelitian ini terdiri dari 6 informan utama dan 5 informan triangulasi yang ditentukan dengan teknik *purposive sampling*. Teknik pengambilan data dengan wawancara terstruktur dan studi dokumentasi. Analisis data dilakukan secara deskriptif dan disajikan dalam bentuk narasi.

Hasil penelitian menunjukkan masih terdapat masalah dalam input *man*, *material*, dan *method* dalam program P2TB puskesmas di wilayah kerja Dinkes Kabupaten Magelang. Serta di salah satu puskesmas sasaran penelitian, besar alokasi dana dalam program P2TB tidak cukup.

Saran yang peneliti rekomendasikan adalah meningkatkan keterampilan dan kompetensi input *man*, melengkapi input *material*, dan memperbaiki input *method* guna mensukseskan program P2TB puskesmas.

Kata Kunci : *Evaluasi, Input Program P2TB, Puskesmas*

Kepustakaan : 58 (2001-2014)

ABSTRACT

Fenila Novanty

The Evaluation of the Surveillance System Input Detection of Tuberculosis (TB) Suspects in a Public Health Center Working Area Magelang District Health Office

xix + 145 pages + 8 picture + 14 attachments

Tuberculosis (TB) is an infectious disease caused by *M. tuberculosis* directly attacking all ages and spread through droplets of infected people. At Magelang District Health Office were input problems in TB surveillance system, the low number of CDR (*Case Detection Rate*) TB. This study aims to determine the results of the evaluation of the surveillance system input detection of TB suspects in a public health center working area Magelang District Health Office.

This research is a qualitative descriptive study with design evaluation studies. Informants in this study consists of 6 main informants and 5 informants triangulation determined by *purposive sampling* technique. Data collection techniques with structured interviews and documentation. The data were analyzed descriptively and presented in narrative form.

The results show there was still a problem in the input *man, materials, and method* in program P2TB public health centers in the region of Magelang District Health Office. In one of public health center of the reseach objectives, funding in P2TB program was not enough.

Suggestions researcher recommended is to increase the skills and competence of man inputs, complement material inputs, and method inputs to improve the success of the program P2TB in Public Health Center.

Keywords : *Evaluation, Program Input P2TB, Public Health Centers*

Bibliography : 58 (2001-2014)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi yang berjudul “**Evaluasi Input Sistem Surveilans Penemuan Suspek Tuberkulosis (TB) di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang**” adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian manapun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam daftar pustaka.

Semarang, Januari 2015



Penulis

PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Fenila Novanty, NIM : 6411410048, dengan judul “**Evaluasi Input Sistem Surveilans Penemuan Suspek Tuberkulosis (TB) di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang**”.

Pada hari : Rabu


Tanggal : 21 Janauari 2015

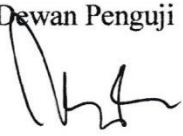
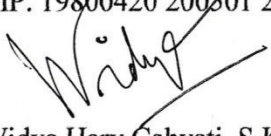
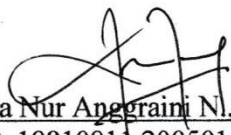


Ketua Panitia,
Dr. H. Harry Pramono, M.Si
NIP. 19591019 198503 1 001

Panitia Ujian

Sekretaris,


Dr. dr. Oktia Woro, KH, M.Kes
NIP. 19591001 198703 2 001

	Dewan Penguji	Tanggal Persetujuan
Ketua Penguji	 1. <u>Mardiana, S.KM, M.Si</u> NIP. 19800420 200501 2 003	<u>29-01-2015</u>
Anggota Penguji	 2. <u>Widya Hary Cahyati, S.KM, M.Kes.</u> NIP. 19771227 200501 2 001	<u>29-01-2015</u>
Anggota Penguji (Pembimbing Utama)	 3. <u>Dina Nur Anggraini Ni, S.KM, M.Kes</u> NIP. 19810911 200501 2 002x	<u>29-01-2015</u>

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

- ❖ Inspirasi akan selalu bernyanyi, karena inspirasi tidak pernah menjelaskan (*Kahlil Gibran*).
- ❖ Yang optimis akan berkata: Terima kasih, akan saya coba. Tapi yang pesimis akan bilang: Ah, gak semudah itu (*Mario Teguh*).
- ❖ Cobalah belajar sesuatu tentang segala sesuatu dan segala sesuatu tentang sesuatu (*Sherlock Holmes*).

PERSEMBAHAN

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada Allah SWT, skripsi ini penulis persembahkan untuk :

1. Bapa (Abdul Karim) dan Mama (Darweti) tercinta atas dorongan, motivasi, dan do'a yang tak pernah henti.
2. Kakak (Andi Ridianto) dan adik (Rima Ameliana) tersayang.
3. Almamaterku Universitas Negeri Semarang, khususnya Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga skripsi yang berjudul “Evaluasi Input Sistem Surveilans Penemuan Suspek Tuberkulosis (TB) di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang” dapat terselesaikan dengan baik. Penyelesaian skripsi ini dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan agar memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Keberhasilan penyelesaian penelitian sampai dengan tersusunnya skripsi ini tidak lepas dari dorongan dan bantuan dari berbagai pihak, dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat, saya menyampaikan terima kasih kepada :

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Dr. H. Harry Pramono, M.Si., atas ijin penelitian yang telah diberikan.
2. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang Drs. Tri Rustiadi, M. Kes., atas ijin penelitian.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Dr. dr. Oktia Woro KH, M. Kes, atas persetujuan penelitian yang telah diberikan.
4. Dosen Pembimbing, Dina Nur Anggraini Ningrum, S.KM, M.Kes., atas bimbingan, arahan, serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Segenap dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama di bangku perkuliahan.

6. Staf TU Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat (Bapak Sungatno) dan seluruh staf TU FIK UNNES yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat perijinan penelitian.
7. Kepala Sie Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Dinkes Kabupaten Magelang.
8. Kepala Puskesmas beserta jajaran staf Puskesmas Salaman II, atas ijin penelitian yang diberikan dan kesediaan memberikan informasi.
9. Kepala Puskesmas beserta jajaran staf Puskesmas Sawangan II, atas ijin penelitian yang diberikan dan kesediaan memberikan informasi.
10. Sahabat-sahabat terbaikku (TTS, Lisna, Dinar, Tika, Wanti, Isa) dan teman seperjuangan (Safa, Upi, Ita, Mba Azmy, Mba Danty, Airi, Mufidz) atas bantuan dan motivasi yang telah diberikan selama penyusunan skripsi ini.
11. Teman-teman Kesehatan Masyarakat UNNES angkatan 2010.
12. Semua pihak yang terlibat dalam penelitian dan penyusunan skripsi.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, Januari 2015

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
<i>ABSTRACT</i>	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
HALAMAN PERSETUJUAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SINGKATAN.....	xix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Rumusan Masalah.....	7
1.2.1.Rumusan Masalah Umum	7
1.2.2.Rumusan Masalah Khusus.....	8
1.3. Tujuan Penelitian	9
1.3.1.Tujuan Umum.....	9
1.3.2.Tujuan Khusus	9

1.4. Manfaat Hasil Penelitian.....	10
1.4.1. Bagi Kepala Dinas Kesehatan Kota Salatiga.....	10
1.4.2. Bagi Kepala Puskesmas Di Wilayah Kerja DKK Salatiga	10
1.4.3. Bagi Mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat UNNES	10
1.4.4. Bagi Peneliti.....	11
1.5. Keaslian Penelitian	11
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	13
1.6.1. Ruang Lingkup Tempat	13
1.6.2. Ruang Lingkup Waktu	13
1.6.3. Ruang Lingkup Keilmuan	14
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	15
2.1. Landasan Teori	15
2.1.1. Sistem Surveilans Epidemiologi.....	15
2.1.2. Tuberkulosis (TB).....	20
2.1.3. Indikator Program TB.....	24
2.1.4. Surveilans Pneumonia Balita	29
2.1.5. Surveilans Pneumonia Balita	50
2.2. Kerangka Teori	56
BAB III METODE PENELITIAN	57
3.1. Alur Pikir.....	57
3.2. Fokus Penelitian	58
3.3. Jenis dan Rancangan Penelitian	61
3.4. Sumber Informasi	61

3.5.	Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data	63
3.6.	Prosedur Penelitian.....	65
3.7.	Pemeriksaan Keabsahan Data	66
3.8.	Teknik Analisis Data	68
BAB IV HASIL PENELITIAN		70
4.1.	Gambaran Umum Tempat Penelitian	70
4.1.1.	Gambaran Umum Kabupaten Magelang	70
4.1.2.	Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang	72
4.1.1.	Gambaran Umum Puskesmas Tempat Penelitian	80
4.2.	Hasil Penelitian	90
4.2.1.	Gambaran Karakteristik Informan Penelitian	90
4.2.2.	Gambaran Input <i>Man</i> dalam Program P2TB Puskesmas.....	93
4.2.3.	Gambaran Input <i>Material</i> dalam Program P2TB Puskesmas	97
4.2.4.	Gambaran Input <i>Method</i> dalam Program P2TB Puskesmas.....	103
4.2.5.	Gambaran Input <i>Money</i> dalam Program P2TB Puskesmas	105
BAB V PEMBAHASAN		108
5.1.	Pembahasan Hasil Penelitian	108
5.1.1.	Evaluasi Input Sistem Surveilans Penemuan Suspek TB di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang.....	108
5.2.	Hambatan dan Kelemahan Penelitian	135
5.2.1.	Hambatan Penelitian	135
5.2.2.	Kelemahan Penelitian	136
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN		137

6.1	Simpulan	137
6.2	Saran	137
	DAFTAR PUSTAKA	142
	LAMPIRAN	146

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1. Keaslian Penelitian.....	12
Tabel 3.1. Fokus Penelitian	58
Tabel 3.2. Data Primer	62
Tabel 3.3. Data Sekunder	63
Tabel 3.4. Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data	64
Tabel 3.5. Pemeriksaan Keabsahan Data.....	67
Tabel 4.1. Sarana Pelayanan esehatan Kabupaten Magelang Tahun 2013	78
Tabel 4.2. Jumlah Tenaga Kesehatan di Kabupaten Magelang Tahun 2013	79
Tabel 4.3. Sarana Kesehatan Puskesmas Salaman II	84
Tabel 4.4. Tenaga Kesehatan Puskesmas Salaman II	84
Tabel 4.5. Jumlah Pegawai Puskesmas Salaman II berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	85
Tabel 4.6. Sarana Pelayanan Kesehatan Puskesmas Sawangan II Kabupaten Magelang Tahun 2013.....	89
Tabel 4.8. Karakteristik Informan Utama	90
Tabel 4.9. Karakteristik Informan Triangulasi.....	91
Tabel 5.1. Perbandingan Tataran Ideal Ketersediaan Tenaga P2TB di Puskesmas dengan Kenyataan di Lapangan	109
Tabel 5.2. Perbandingan Tataran Ideal Ketersediaan Tenaga P2TB Puskesmas Terlatih dengan Kenyataan di Lapangan.....	111

Tabel 5.3. Hasil Perbandingan Antara Tataran Ideal Ketersediaan Tenaga Laboratorium Puskesmas dengan Kenyataan di Lapangan.....	115
Tabel 5.4. Perbandingan Tataran Ideal Ketersediaan Tenaga Laboratorium Puskesmas Terlatih dengan Kenyataan di Lapangan	117
Tabel 5.5. Perbandingan Tataran Ideal Ketersediaan ATK dengan Kenyataan di Lapangan	120
Tabel 5.6. Perbandingan Tataran Ideal Ketersediaan Laboratorium Puskesmas dengan Kenyataan di Lapangan	122
Tabel 5.7. Perbandingan Tataran Ideal Ketersediaan Buku Pedoman Penanggulangan TB Puskesmas dengan Kenyataan di Lapangan ...	123
Tabel 5.8. Perbandingan Tataran Ideal Ketersediaan Buku Petunjuk Prosedur Pemeriksaan Dahak TB Dengan Kenyataan Di Lapangan.....	125
Tabel 5.9. Perbandingan Tataran Ideal Ketersediaan Formulir TB dengan Kenyataan di Lapangan.....	127
Tabel 5.10. Perbandingan Tataran Ideal Ketersediaan Perangkat Surveilans TB Puskesmas dengan Kenyataan di Lapangan.....	128
Tabel 5.11. Perbandingan Tataran Ideal Ketersediaan Target dengan Kenyataan di Lapangan	129
Tabel 5.12. Perbandingan Tataran Ideal Pelatihan Petugas P2TB Puskesmas dengan Kenyataan di Lapangan	131
Tabel 5.13. Perbandingan Tataran Ideal Sumber Dana Program P2TB dengan Kenyataan di Lapangan.....	134

Tabel 5.14. Perbandingan Tataran Ideal Alokasi Dana Untuk Program P2TB dengan Kenyataan di Lapangan.....	135
--	-----

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Kerangka Teori.....	56
Gambar 3.1. Alur Pikir.....	57
Gambar 4.1. Piramida Penduduk Kab. Magelang Tahun 2013.....	71
Gambar 4.2. Peta Wilayah Kerja Puskesmas Salaman II.....	81
Gambar 4.3. Grafik Jumlah Penduduk di wilayah Kerja Puskesmas Salaman II	82
Gambar 4.4. Grafik Proporsi Penduduk Menurut Golongan Umur Tahun 2013	83
Gambar 4.5. Grafik Kepadatan Menurut Desa di Wilayah Puskesmas Sawangan II Tahun 2013	87
Gambar 4.6. Piramida Penduduk Wilayah Kerja Puskesmas Sawangan II Tahun 2013	88

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Tugas Pembimbing	146
Lampiran 2. Surat Permohonan Ijin Penelitian dari Fakultas	147
Lampiran 3. Surat Rekomendasi Penelitian dari BPMD Jateng	150
Lampiran 4. Surat Rekomendasi Penelitian dari Kesbangpol dan Linmas Kabupaten Magelang	152
Lampiran 5. Surat Keterangan Ijin Penelitian dari Badan Penanaman Modal dan Pelayanan Perizinan Terpadu Kabupaten Magelang	153
Lampiran 6. Surat Keterangan Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang	154
Lampiran 7. Penjelas Penelitian	155
Lampiran 8. Pernyataan Kesiediaan Menjadi Informan Penelitian	157
Lampiran 9. Instrumen Penelitian	158
Lampiran 10. Surat Keterangan telah Menyelesaikan Penelitian dari Puskesmas Salaman II	169
Lampiran 11. Surat Keterangan telah Menyelesaikan Penelitian dari Puskesmas Sawangan II	170

Lampiran 12. Hasil Observasi.....	171
Lampiran 13. Contoh Formulir TB01-TB13.....	177
Lampiran 14. Dokumentasi Penelitian.....	179

DAFTAR SINGKATAN

APBD	= Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
APBN	= Anggaran Pendapatan Belanja Negara
ATK	= Alat Tulis Kantor
Bapermas	= Badan Pemberdayaan Masyarakat
BCG	= <i>Bacillus Calmette-Guerin</i>
BOK	= Bantuan Operasional Kesehatan
BP	= Balai Pengobatan
BP4	= Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru
BTA	= Basil Tahan Asam
CDC	= <i>Centers for Disease Control</i>
CDR	= <i>Case Detection Rate</i>
CNR	= <i>Case Notification Rate</i>
DO	= <i>Drop Out</i>
Depkes	= Departemen Kesehatan
Dinkes	= Dinas Kesehatan
DOTS	= <i>Directly Observed Treatment Short-course</i>
IUATLD	= <i>International Union Against Tuberculosis and Lung Disease</i>
Jateng	= Jawa Tengah
Kab.	= Kabupaten
Kemenkes	= Kementerian Kesehatan

KLB	= Kejadian Luar Biasa
LSM	= Lembaga Swadaya Masyarakat
MDGs	= <i>Millenium Development Goals</i>
NPP	= Nilai Prediktif Positif
OAT	= Obat Anti Tuberkulosis
OJT	= <i>On the Job Training</i>
P2TB	= Pemberantasan Penyakit TB
PEMDA-KESRA	= Pemerintah Daerah-Kesejahteraan Rakyat
PIMK	= Pusat Informasi Manajemen Kesehatan
PKK	= Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
PMO	= Pengawas Minum Obat
Prov.	= Provinsi
SDM	= Sumber Daya Manusia
SIMPUS	= Sistem Informasi Puskesmas
SKD	= Sistem Kewaspadaan Dini
SPO	= Standar Prosedur Operasional
TB	= Tuberkulosis
UPK	= Unit Pelayanan Kesehatan
WHO	= <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang semua usia dan menyebar melalui droplet orang yang telah terinfeksi (Kemenkes, 2006). Penyakit TB basil tahan asam positif (BTA+) biasa disebut dengan TB paru (Amiruddin, 2010). Sebagian besar kuman TB dapat menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya seperti tulang, kelenjar, dan otak yang biasa disebut TB ekstra paru. Gejala umum TB yaitu batuk terus-menerus berdahak selama tiga minggu atau lebih, batuk darah, sesak nafas, nyeri dada, dan kadang disertai demam bisa lebih dari satu bulan (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009).

Tuberkulosis menjadi salah satu penyakit yang penanggulangannya menjadi komitmen global dalam MDGs. Penanggulangan TB di Indonesia menggunakan strategi DOTS sejak tahun 1995 yang bertujuan untuk memutuskan penularan dan menurunkan insidensi TB di masyarakat (Depkes, 2006; Kemenkes, 2011a). Untuk menilai kemajuan atau keberhasilan program penanggulangan TB, maka digunakan beberapa indikator. Indikator yang digunakan dalam penanggulangan TB nasional adalah Angka Penemuan Kasus (*Case Detection Rate= CDR*) dan Angka Keberhasilan Pengobatan (*Success Rate= SR*) (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009). Target capaian minimal

CDR nasional yaitu 70% dan target capaian minimal SR nasional adalah 85% (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009; Kemenkes, 2011a).

Untuk menunjang keberhasilan program penanggulangan TB diperlukan adanya data epidemiologi penyakit TB. Data tersebut dapat diperoleh melalui kegiatan surveilans epidemiologi TB (Dinkes Prov. Jateng, 2006). Surveilans TB berperan untuk menyediakan data yang valid bagi manajemen kesehatan untuk menentukan tindakan yang tepat dalam penanggulangan dan pengendalian TB (Dinkes Prov. Jateng, 2006). Serta berperan untuk membantu meningkatkan manajemen kasus serta monitoring program P2TB (Depkes, 2003).

Puskesmas merupakan unit pelayanan kesehatan terdepan yang dekat dengan masyarakat dan juga berperan menyediakan data utama mengenai masalah kesehatan masyarakat bagi manajemen kesehatan. Salah satunya adalah program P2TB yang langsung di bawah komando Dinkes (Nizar, 2010). Untuk mendukung pelaksanaan program P2TB diperlukan sebuah *input* yang akan melakukan pengumpulan data TB hingga penyebaran informasi (proses), sehingga akan dihasilkan sebuah *output* (Depkes, 2003). Dinkes Kab. Magelang membawahi 29 puskesmas dan dua dari 29 puskesmas tersebut akan menjadi informan utama dalam evaluasi *input* sistem surveilans penemuan suspek di puskesmas wilayah kerja Dinkes Kab. Magelang dikarenakan puskesmas tersebut memiliki capaian CDR tertinggi dan terendah. Berdasarkan Profil Kesehatan Kab. Magelang tahun 2011 dan tahun 2012, capaian CDR Puskesmas Salaman II merupakan yang tertinggi dan Sawangan II terendah. Capaian CDR Puskesmas Salaman II tahun 2011 sebesar 58,62% dan tahun 2012 sebesar 72,41%, sedangkan untuk

Puskesmas Sawangan II untuk tahun 2011 dan 2012 capaiannya tetap yaitu sebesar 7,41%. CDR merupakan *output* dari Program P2TB yang tentunya dipengaruhi oleh *input* program.

Kabupaten Magelang merupakan kabupaten dengan capaian CDR TB terendah di Provinsi Jawa Tengah (Prov. Jateng) untuk tahun 2011 dan 2012 (Dinkes Prov. Jateng, 2012). Berdasarkan Profil Kesehatan Kab. Magelang tahun 2010 sampai tahun 2012, capaian CDR TB Kab. Magelang tahun 2009 masih jauh dari target nasional yaitu hanya sebesar 18%, tahun 2010 yaitu hanya mencapai 16,9%, dan tahun 2011 mengalami kenaikan yaitu sebesar 18,52%. Tahun 2012 menunjukkan adanya peningkatan capaian CDR TB dari tahun-tahun sebelumnya yaitu sebesar 21,83% (Dinkes Kab. Magelang, 2013).

Masalah lain yang di Dinkes Kab. Magelang yaitu belum tercapainya target SR. Berdasarkan Profil Kesehatan Kab. Magelang tahun 2012 dan 2013, capaian CDR TB tahun 2011 yaitu hanya 26,48% dan tahun 2012 meningkat menjadi 30,86%. *Case Fatality Rate* (CFR) untuk tahun 2011 yaitu sebesar 2,04% dan untuk tahun 2012 sebesar 5,08%. Indikator lain yang perlu dikaji yaitu angka notifikasi kasus (*Case Notification Rate=CNR*). CNR berguna untuk melihat *trend/kecenderungan* peningkatan atau penurunan penemuan pasien penyakit tertentu pada wilayah tersebut (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009; Nizar, 2010). Menurut data Dinkes Kab. Magelang tahun 2012 hingga 2013, CNR TB Dinkes Kab. Magelang tahun 2011 yaitu sebesar 3,76% dan untuk tahun 2012 sebesar 4,84%. Jika melihat CNR tersebut, maka terjadi kenaikan *trend* dari tahun 2011 ke tahun 2012.

Jadi, peningkatan CDR TB di Dinkes Kab. Magelang ini diikuti pula peningkatan SR, CNR, dan CFR. Seharusnya jika CDR dan SR meningkat, maka yang diharapkan adalah CNR menurun dengan diikuti menurunnya CFR. Karena dengan terjadinya kenaikan CDR, maka pengobatan dini pada pasien baru TB BTA positif dapat dilakukan segera sehingga dapat mencegah meningkatnya CFR.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan ketepatan waktu laporan Dinkes Kab. Magelang tahun 2012 sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu 80%. Untuk target kelengkapannya yaitu 80% dan angka tersebut di bawah target KMK No. 1479/MENKES/SK/2003 yaitu sebesar 90%. Selain itu terdapat masalah pada kelengkapan *input* data pada formulir register TB dan file laporan triwulan TB yang tidak dijadikan dalam satu folder khusus. Petugas P2TB Dinkes Kab. Magelang belum mendapat pelatihan manajemen TB dikarenakan baru dipindahkan ke Dinkes Kab. Magelang sekitar November 2013 dan mendapatkan pelatihan selama Februari 2014 di Bandung. Menurut beliau, masalah dana merupakan salah satu kendala dalam penemuan kasus TB di wilayah Dinkes Kab. Magelang.

Kabupaten Magelang merupakan kabupaten yang berada di Prov. Jateng. Selama lima tahun terakhir capaian CDR TB Provinsi Jateng belum bisa mencapai target nasional. Untuk capaian CDR tahun 2008 yaitu hanya sebesar 47,97%. Untuk tahun-tahun berikutnya menunjukkan adanya peningkatan capaian CDR TB yaitu pada tahun 2009 mencapai 48,15%, tahun 2010 sebesar 55,38%, 2011 mencapai 59,52% dan mengalami penurunan di tahun 2012 dengan capaian sebesar 58,45% (Dinkes Prov. Jateng, 2011; Dinkes Prov. Jateng, 2012).

Prevalensi TB di Jateng tahun 2011 yaitu menunjukkan angka 74,52% dan untuk tahun 2012 terjadi peningkatan yang cukup signifikan yaitu menjadi 106,4% (Dinkes Prov. Jateng, 2011; Dinkes Prov. Jateng, 2012). Jateng menjadi salah satu provinsi di Indonesia dan Pulau Jawa dengan capaian CDR terendah dan kurang dari target nasional (Kemenkes, 2011b; Kemenkes, 2012).

Capaian CDR Indonesia pada tahun 2011 menunjukkan angka 82,20% dan pada tahun 2012 sebesar 82,30%. Hal ini menunjukkan bahwa capaian CDR secara nasional sudah mencapai target yang ditentukan WHO yaitu sebesar 70% (Kemenkes, 2012c). TB menyebabkan 10% kematian dari total mortalitas di Indonesia. Indonesia merupakan negara dengan beban TB tertinggi kelima dunia. TB merupakan penyakit infeksi terbesar nomor dua penyumbang angka mortalitas dewasa yang menyebabkan sekitar 1,7 juta kematian (WHO, 2011). Tahun 2010 ditemukan 8,8 juta kasus baru TB dan 1,45 juta kematian penduduk dunia diakibatkan oleh TB. Kematian TB di dunia diperkirakan akan meningkat dari 40% penderita TB dunia sejak tahun 1990 menjadi 50% pada tahun 2015 (WHO, 2012).

Masalah pada surveilans jika dilihat dari hasil penelitian sebelumnya dan teori yang ada meliputi ketepatan waktu, manajemen program surveilans (*input-proses-output*), umpan balik yang dihasilkan, dan data tidak dianalisis. Permasalahan ketepatan waktu sudah pernah diteliti oleh Hutahean (2010) di BP4 Surabaya dan Saeed KM, *et al* (2013) di Afghanistan. Untuk *input*, proses, dan *output* pernah diteliti oleh Sugiarsi (2005) di Dinkes Kabupaten Sukoharjo, Arsyam (2013) di Kabupaten Barru, dan Sulistya (2006) di Dinkes Kabupaten

Sleman. Dari penelitian Sugiarsi (2005), Arsyam (2013), dan Sulistya (2005) terdapat masalah input *man*, *material*, dan *money*. Penelitian yang telah dilakukan oleh Duhri (2013) di Kab. Wajo terdapat masalah pada input *man* dan *method*. Masalah pada input sebagian besar pada *man*, *material*, *method*, dan *money*. Untuk umpan balik yang dihasilkan dan data tidak dianalisis yang tercantum dalam buku Pedoman Surveilans Epidemiologi Penyakit (Depkes, 2003).

Supaya kegiatan surveilans dapat berjalan sesuai dengan harapan maka diperlukan adanya manajemen sistem surveilans yang baik, yang terdiri dari *input*, proses, dan *output*. *Input* sistem terdiri dari 5M yaitu *Man* (manusia atau tenaga), *Money* (dana), *Material* (sarana-prasarana), *Method* (metode), dan *Market* (sasaran). Proses dimulai dari pengumpulan data sampai pada kajian data dan disseminasi informasi. *Output* yang dihasilkan berupa LKS (Laporan Kegiatan Surveilans), tersedianya dokumen laporan triwulanan TB (Depkes, 2003; Dinkes Prov. Jateng, 2006; Amiruddin, 2012).

Untuk mengetahui keberhasilan dan juga hambatan yang dialami oleh suatu sistem surveilans, dibutuhkan adanya kegiatan evaluasi. Evaluasi dalam sistem surveilans secara umum bertujuan untuk meningkatkan sumber daya yang ada di bidang kesehatan masyarakat secara maksimal melalui pengembangan suatu sistem surveilans yang efektif dan efisien (Depkes, 2003). Menurut KMK RI No. 1116/MENKES/SK/VIII/2003 tentang pedoman penyelenggaraan sistem surveilans epidemiologi kesehatan, evaluasi diukur berdasarkan indikator *input*, proses, dan *output*.

Berdasarkan masalah yang ditemukan pada hasil studi pendahuluan dan penelitian sebelumnya serta pedoman surveilans epidemiologi dan pedoman nasional penanggulangan TB, maka fokus penelitian yang diambil yaitu input dalam sistem surveilans program TB di puskesmas wilayah kerja Dinkes Kabupaten Magelang yang meliputi *man, money, material, dan method*. Proses dan output tidak menjadi prioritas utama dalam penelitian ini karena input lebih diprioritaskan untuk dievaluasi karena input memiliki pengaruh yang cukup besar terhadap proses dan *output*. Untuk input *market* (sasaran) tidak dijadikan sebagai fokus penelitian dikarenakan berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan di Dinkes Kabupaten Magelang bahwa informasi dari hasil pengolahan data sudah digunakan atau disebarluaskan kepada Bidang Perencanaan Dinkes Kabupaten Magelang, PIMK (Pusat Informasi Manajemen Kesehatan), PEMDA-KESRA, Bapermas, dan PKK.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan peneliti menganggap perlu dilakukan penelitian mengenai “Evaluasi Input Sistem Surveilans Penemuan Suspek Tuberkulosis (TB) di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang”, untuk mengetahui gambaran dan evaluasi mengenai input sistem surveilans yang ada.

1.2.Rumusan Masalah

1.2.1. Rumusan Masalah Umum

Berdasarkan uraian pada latar belakang terdapat masalah dalam sistem surveilans TB di Dinkes Kab. Magelang yang meliputi capaian CDR TB yang

belum memenuhi target nasional, target kelengkapan laporan di bawah target KMK No. 1479/MENKES/SK/2003, *input man* dan *method* serta dukungan dana. Oleh karena itu, untuk mengetahui gambaran evaluasi input sistem surveilans TB di Dinkes Kabupaten Magelang tahun 2013, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana gambaran dan evaluasi input sistem surveilans penemuan suspek tuberkulosis (TB) di puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang?”.

1.2.2. Rumusan Masalah Khusus

1. Bagaimana gambaran dan evaluasi *man* (tenaga pelaksana) pada input surveilans TB di puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang?
2. Bagaimana gambaran dan evaluasi *material* (sarana dan prasarana) pada input sistem surveilans TB di puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang?
3. Bagaimana gambaran dan evaluasi *method* (metode) pada input sistem surveilans TB di puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang?
4. Bagaimana gambaran dan evaluasi *money* (pendanaan) pada input sistem surveilans TB di puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang?

1.3.Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran dan evaluasi input sistem surveilans penemuan suspek tuberkulosis (TB) di puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang.

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini antara lain:

1. Untuk mengetahui gambaran dan evaluasi *man* (tenaga pelaksana) pada input sistem surveilans TB di puskesmas wilayah kerja Dinkes Kabupaten Magelang.
2. Untuk mengetahui gambaran dan evaluasi *material* (sarana dan prasarana) pada input sistem surveilans TB di puskesmas wilayah kerja Dinkes Kabupaten Magelang.
3. Untuk mengetahui gambaran dan evaluasi *method* (metode) pada input sistem surveilans TB di puskesmas wilayah kerja Dinkes Kabupaten Magelang.
4. Untuk mengetahui gambaran dan evaluasi *money* (pendanaan) pada input sistem surveilans TB di puskesmas wilayah kerja Dinkes Kabupaten Magelang.

1.4. Manfaat

1.4.1. Bagi Kepala Seksi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit, Bidang Pencegahan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Dinkes Kabupaten Magelang

Memberikan informasi kepada pihak-pihak pengambil kebijakan terkait penanggulangan TB terutama hasil evaluasi input sistem surveilans dalam kegiatan penemuan suspek TB, sehingga dapat digunakan sebagai bahan masukan dan perbaikan input sistem surveilans TB.

1.4.2. Bagi Kepala Puskesmas di Wilayah Kerja Dinkes Kabupaten Magelang

Memberikan informasi hasil evaluasi input sistem surveilans dalam kegiatan penemuan penderita TB puskesmas sebagai bahan masukan dan perbaikan dalam surveilans TB.

1.4.3. Bagi Mahasiswa Jurusan Ilmu kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang (UNNES)

Sebagai tambahan informasi tentang evaluasi surveilans dalam program kesehatan khususnya pada program pengendalian TB dan sebagai bahan telaah lebih lanjut dalam pengembangan ilmu epidemiologi kesehatan masyarakat atau sebagai acuan mahasiswa Ilmu Kesehatan Masyarakat UNNES khususnya peminatan epidemiologi untuk melakukan penelitian selanjutnya mengenai evaluasi sistem surveilans TB.

1.4.4. Bagi peneliti

Dapat menambah pengalaman di lapangan dan menerapkan Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah diperoleh selama berada di bangku perkuliahan ke dalam suatu penelitian, terutama ilmu epidemiologi penyakit menular dan surveilans epidemiologi penyakit khususnya surveilans TB.

1.5.Keaslian Penelitian

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Fokus/Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1	Evaluasi Sistem Surveilans Tuberkulosis Berdasarkan Komponen Dan Atribut Sistem Surveilans Di BP4 Surabaya	Esrawati Huta-haean	2010, BP4 Surabaya	Teknik wawancara, observasi, dan telaah dokumen	Komponen dan atribut surveilans	<ul style="list-style-type: none"> • Alur pelaporannya tidak rumit • Fleksibel karena pernah terjadi perubahan dalam sistem • Datanya dimanfaatkan oleh orang-orang di dalam dan di luar sistem • Tidak diperoleh perhitungan sensitifitas • Nilai prediktif positif 68,12% • Kerepresentatifan mencakup orang dan waktu • Ketepatan waktu 75% • Stabilitasnya mempunyai komponen pendukung yang baik
2	Evaluation of the national tuberculosis surveillance	Saeed KM, Bano R, Asghar RJ	2013, Afghanistan	Telaah dokumen	Atribut surveilans	<ul style="list-style-type: none"> • Kegunaan dan fleksibilitas NTP sistem baik • Stabilitas, kerepresentatifan, dan kualitas data rata-rata • Keterlambatan 3 bulan

	system in Afghanis-					<ul style="list-style-type: none"> • <i>Positif predictive value</i> 11% dan sensitifitas 70%
	tan					<ul style="list-style-type: none"> • Umpan balik sudah baik • Untuk HIMS, fleksibilitas dan kualitas data rata-rata, <i>Positif predictive value</i> 10% , sensitifitas 68%, dan tidak ada KLB
3	Kinerja Petugas dalam Penemuan Penderita TB Paru di Puskesmas Kabupaten Wajo	Asti Pratiwi Duhri	2013, Kabupaten Wajo	<i>Mixed Methodology</i> (penelitian kuantitatif dan kualitatif)	Karakteristik dan kinerja petugas	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil penelitian kuantitatif: 47,8% petugas dengan kinerja baik, 43,5% berpengetahuan baik, 47,8% yang terampil, 82,6% berpendidikan tinggi, dan 43,5% yang merasa puas. Analisis bivariat menunjukkan sebesar 50% petugas dengan pengetahuan dan kinerja baik, 45,5% petugas dengan keterampilan dan kinerja baik, 42,1% petugas dengan tingkat pendidikan tinggi dan kinerja baik, serta 60% petugas dengan kepuasan dan kinerja baik • Hasil penelitian kualitatif: kinerja petugas P2TB dalam penemuan penderita TB paru di setiap puskesmas berbeda tergantung hasil kerjanya.

Perbedaan penelitian-penelitian sebelumnya yang terdapat pada Tabel 1.1.

dengan penelitian yang saya lakukan adalah:

- 1) Esrawati Hutahean (2010), *Evaluasi Sistem Surveilans Tuberkulosis Berdasarkan Komponen Dan Atribut Sistem Surveilans Di BP4 Surabaya.*

Penelitian deskriptif untuk melihat gambaran serta penilaian sistem surveilans

TB di BP4 Surabaya berdasarkan komponen dan atribut surveilans. Penelitian saya yang menjadi fokus penelitian yaitu input sistem surveilans TB yang meliputi *man, money, material*, dan *method* di Dinkes Kabupaten Magelang.

- 2) Saeed KM, Bano R, Asghar RJ (2013), *Evaluation of the national tuberculosis surveillance system in Afghanistan*. Penelitian ini bertujuan untuk melihat kelemahan dan kekuatan dari sistem surveilans berdasarkan atribut surveilans di Afghanistan. Penelitian saya yang menjadi fokus penelitian yaitu input sistem surveilans TB yang meliputi *man, money, material*, dan *method* di Dinkes Kabupaten Magelang.
- 3) Asti Pratiwi Duhri (2013), *Kinerja Petugas Dalam Penemuan Penderita TB Paru di Puskesmas Kabupaten Wajo*. Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat gambaran kinerja petugas P2TB dalam penemuan TB Paru berdasarkan faktor kinerja di Puskesmas Kabupaten Wajo tahun 2012. Penelitian saya yang menjadi fokus penelitian yaitu input sistem surveilans TB yang meliputi *man, money, material*, dan *method* di Dinkes Kabupaten Magelang.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

1.6.1. Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini akan dilakukan di dua puskesmas sebagai informan kunci yaitu Puskesmas Salaman II dan Puskesmas Sawangan II, serta Staf Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Dinkes Kabupaten Magelang.

1.6.2. Ruang Lingkup Waktu

Ruang lingkup waktu dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Penyusunan proposal dimulai pada bulan Januari 2014 hingga bulan Juli 2014;
- 2) Pengumpulan data serta penelitian dilaksanakan bulan September-Oktober 2014;
- 3) Seminar skripsi dilakukan pada bulan Januari 2015.

1.6.3. Ruang Lingkup Materi

Penelitian ini termasuk dalam ruang lingkup yaitu metodologi penelitian kesehatan khususnya metodologi penelitian kualitatif, TB, pedoman penanggulangan TB, surveilans penyakit menular, dan evaluasi program kesehatan masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2.1.1. Sistem Surveilans Epidemiologi

2.1.1.1. Definisi Surveilans Epidemiologi

Definisi surveilans epidemiologi yaitu suatu rangkaian proses pengamatan yang dilakukan secara terus menerus, sistematis, dan berkesinambungan dalam pengumpulan data, analisis, dan interpretasi data kesehatan dalam upaya untuk menguraikan dan memantau suatu kejadian kesehatan agar dapat dilakukan penanggulangan yang efektif dan efisien terhadap masalah kesehatan masyarakat tersebut (Depkes, 2003). Dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1479 tahun 2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu menyebutkan bahwa surveilans epidemiologi yaitu suatu kegiatan menganalisis secara terus menerus dan sistematis terhadap masalah-masalah kesehatan atau penyakit dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah-masalah kesehatan tersebut, agar dapat dilakukan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien melalui proses pengumpulan data, pengolahan, dan penyebaran informasi epidemiologi kepada penyelenggara program kesehatan.

Menurut CDC (2001), surveilans kesehatan masyarakat adalah berkelanjutan, pengumpulan data yang sistematis, analisis, interpretasi, dan disseminasi informasi mengenai kejadian yang berhubungan dengan kesehatan

untuk digunakan dalam pengambilan keputusan atau tindakan kesehatan masyarakat untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas serta untuk meningkatkan derajat kesehatan.

2.1.1.2. Strategi Surveilans Epidemiologi

Menurut Depkes (2003), dalam kegiatan surveilans terdapat beberapa strategi yaitu antara lain:

- 1) Peningkatan mutu data dan informasi epidemiologi.
- 2) Desentralisasi penyelenggaraan surveilans.
- 3) Peningkatan profesionalisme tenaga epidemiologi.
- 4) Peningkatan jaringan komunikasi, informasi elektromedia yang terintegrasi dan interaktif kepada lintas program dan lintas sektor.
- 5) Pengembangan tim epidemiologi (fungsional) yang handal.
- 6) Pengembangan sistem surveilans yang sesuai dengan kebutuhan masing-masing tingkat administrasi kesehatan.
- 7) Penyebaran informasi yang *up to date*.

2.1.1.3. Target Surveilans Epidemiologi

Dalam surveilans terdapat target yang ingin dicapai, selain itu juga memiliki manfaat. Target surveilans menurut Nizar (2010) dan Amiruddin (2013) antara lain:

- 1) Spesifik, merupakan kondisi yang mendeskripsikan tentang tujuan yang hendak dicapai oleh organisasi harus jelas, terfokus, dan terarah serta mudah dipahami, sehingga tidak menimbulkan multi tafsir.

- 2) Dapat diukur, baik secara kualitatif maupun kuantitatif target surveilans haruslah dapat terukur secara objektif sesuai dengan kaidah validitas dan reliabilitas.
- 3) Dapat dilaksanakan, setiap tahapan manajemen yang dimulai dari input, proses, output, manfaat, dan dampak yang menunjukkan keberhasilan dan kemanfaatan sesuai dengan tujuan organisasi.
- 4) Realistis, pencapaian yang diharapkan itu memang benar-benar dapat diterima oleh akal sehat maupun secara ilmiah.
- 5) Ketepatan waktu, menunjukkan rentang waktu pencapaian tingkat keberhasilan yang akan dicapai.

Selain mempunyai target surveilans pun mempunyai manfaat. Manfaat dari sistem surveilans yaitu dapat menjelaskan tindakan setelah mengetahui hasil dari sistem surveilans, subjek pengambil keputusan dan sasaran dari pelaksanaan tindakan, diperolehnya data yang berguna untuk antisipasi kejadian (Nizar, 2010). Sistem surveilans akan bermanfaat jika berkontribusi dalam pengawasan dan pencegahan setiap kejadian kesehatan masyarakat. Termasuk pengembangan pengetahuan kesehatan masyarakat juga dapat mengidentifikasi faktor determinan yang berakibat buruk pada status kesehatan masyarakat.

2.1.1.4. Indikator Surveilans Epidemiologi

Menurut Depkes (2003) yang menjadi indikator surveilans antara lain:

- 1) Kelengkapan Laporan

Kelengkapan laporan adalah metode pengukuran kinerja yang paling sederhana. Jika dirumuskan dengan tepat memberikan dukungan kinerja

surveilans yang tepat dan dapat bermanfaat untuk mengidentifikasi adanya permasalahan kinerja surveilans surveilans lebih fokus dan tepat waktu (Imari, 2012). Menurut Yulianita (2012), kelengkapan laporan yang seharusnya diterima/dikirim dibanding realisasi dalam waktu tertentu laporan yang tidak kelengkapan mempengaruhi hasil atau analisis data. Kelengkapan laporan merupakan salah satu indikator kerja surveilans yang paling sering digunakan, baik di tingkat nasional, provinsi, maupun kabupaten/kota, bahkan juga digunakan pada indikator kinerja surveilans di unit-unit pelayanan dan di masyarakat sebagai laporan kelurahan, desa, atau kelompok-kelompok masyarakat. Rumusan kelengkapan laporan yang baik adalah kelengkapan laporan unit sumber data awal (unit pelayanan), tetapi pada penyelenggaraan sistem surveilans nasional dan provinsi lebih sering berdasarkan pada kelengkapan laporan unit pengumpul data (Dinkes kabupaten/kota/provinsi) (Imari, 2012; Yulianita, 2012).

2) Kualitas dan Kuantitas Kajian Epidemiologi dan Rekomendasi yang Dapat Dihasilkan

Kualitas dan kuantitas kajian epidemiologi berguna dalam pengambilan keputusan dan meningkatkan kapasitas penelitian operasional bagi pengambilan kebijakan (KNCV, 2014). Rekomendasi merupakan salah satu bentuk pendistribusian informasi. Rekomendasi dapat disampaikan pada penanggung jawab program pencegahan dan penanggulangan serta pada pelaksana kegiatan surveilans (Amiruddin, 2013).

3) Terdistribusinya Informasi Epidemiologi Secara Lokal dan Nasional

Penyebaran informasi dimaksudkan untuk memberikan informasi yang dapat dimengerti dan kemudian dimanfaatkan untuk menentukan arah kebijakan, upaya pengendalian, dan evaluasi yang baik berupa interpretasi data dan kesimpulan analisis (Amiruddin, 2013). Jika informasi dapat terdistribusi secara lokal maupun nasional, maka diharapkan baik lokal maupun nasional dapat melakukan tindak lanjut berupa upaya penanggulangan dan mendukung kelancaran program sesuai dengan masalah-masalah kesehatan masyarakat yang terjadi dalam wilayah tertentu (Nizar, 2010).

4) Pemanfaatan Informasi Epidemiologi dalam Manajemen Program Kesehatan

Informasi epidemiologi dalam manajemen program kesehatan berguna untuk mengamati status kesehatan masyarakat, menggambarkan prioritas kesehatan, evaluasi program, dan petunjuk penelitian (Public Health, 2013).

5) Menurunnya Frekuensi Kejadian Luar Biasa (KLB) Penyakit

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 949/MENKES/SK/VIII/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (KLB) pengertian KLB adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu. Sistem surveilans yang berjalan dengan baik dapat menurunkan frekuensi KLB. Keterlambatan dalam mendeteksi KLB akan menyebabkan peningkatan jumlah kasus, durasi wabah, dan kematian (Arsyam, 2013).

6) Meningkatnya Kajian SKD (Sistem Kewaspadaan Dini) Penyakit

Peningkatan kajian SKD penyakit berguna untuk meningkatkan deteksi dini penyakit, deteksi dini kondisi rentan KLB, meningkatkan kewaspadaan masyarakat terhadap penyakit berpotensi KLB, kesiapsiagaan menghadapi KLB, dan penanggulangan cepat dan tepat. Kajian SKD KLB secara teratur setidaknya dilakukan tiap bulan oleh dinkes kabupaten/kota, dinkes provinsi, dan depkes (Permenkes RI Nomor 949/MENKES/SK/VIII/2004).

2.1.1.5. Kegiatan Surveilans Epidemiologi

Menurut Depkes (2003), kegiatan surveilans yang dapat dikembangkan dan perlu dimantapkan penyelenggaraannya agar dapat berfungsi dengan baik adalah:

- 1) Sistem surveilans terpadu penyakit
- 2) Sistem surveilans sentinental
- 3) Sistem surveilans khusus
- 4) SKD dan penyelidikan kasus
- 5) Studi khusus
- 6) Analisis dan interpretasi data.

2.1.2. Tuberkulosis (TB)

2.1.2.1. Definisi TB

TB merupakan masalah kesehatan utama dunia (WHO, 2013). TB merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB

(*Mycobacterium tuberculosis*) (Kemenkes, 2009). Kuman TB sebagian besar menyerang paru-paru (Zulkoni, 2011), tetapi juga dapat juga menyerang organ tubuh lainnya seperti tulang, ginjal, kelenjar, dan paru dan biasa disebut TB ekstra paru (Amiruddin, 2012; WHO, 2013).

2.1.2.2. Epidemiologi TB

2.1.2.2.1. Penyebab dan Penularan TB

Penyebab dari TB adalah *Mycobacterium tuberculosis* (Kemenkes, 2009; WHO, 2012). Sumber penularan TB adalah penderita TB BTA positif (Depkes, 2006). Ketika batuk atau bersin, penderita akan menyebarkan kuman ke udara berbentuk *droplet nuclei* (percikan dahak) dan dalam sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak (Depkes, 2009; Zulkoni, 2011). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan selama beberapa jam pada keadaan yang lembab dan gelap (Depkes, 2009). Pada umumnya penularan akan terjadi di dalam ruangan dan dalam waktu yang lama. Dengan adanya ventilasi yang baik dapat mengurangi jumlah percikan, dan sinar matahari dapat membunuh kuman (Kemenkes, 2011). Daya penularan pasien TB ditentukan oleh berapa banyak kuman TB yang dikeluarkan dari paru-paru penderita. Semakin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak maka akan semakin menular penderita tersebut. Bila hasil pemeriksaan dahak negatif (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular (Zulkoni, 2011). Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB akan ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Kemenkes, 2011a).

Risiko tertular tergantung dari tingkat pajanan dengan percikan dahak (Zulkoni, 2011). Pasien TB paru dengan BTA positif memberikan kemungkinan risiko penularan lebih besar daripada pasien BTA paru dengan BTA negatif. Risiko penularan tiap tahunnya ditunjukkan dengan *Annual Risk of Tuberculosis Infection* (ARTI) yaitu proporsi penduduk yang berisiko terinfeksi TB selama satu tahun (Depkes, 2009). ARTI sebesar 1%, berarti 10 orang diantara 1000 penduduk setiap tahun. ARTI di Indonesia bervariasi antara 1-3%. Infeksi TB dibuktikan dengan perubahan reaksi tuberkulin negatif menjadi positif (KMK No. 364 tahun 2009). Hanya sekitar 10% yang terinfeksi TB akan menjadi sakit (Depkes, 2009).

2.1.2.2.2. Tanda dan Gejala TB

Gejala-gejala TB menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah (Dinkes Prov.Jateng) (2006) dan Depkes (2009) meliputi batuk terus-menerus dan berdahak selama 3 minggu atau lebih, ditemukannya dahak bercampur darah, sesak nafas dan nyeri dada, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat di malam hari tanpa kegiatan dan meriang lebih dari satu bulan. Gejala-gejala tersebut juga dijumpai pada penderita paru selain TB seperti bronkiektaksis kronis, asma, kanker paru-paru, dan lain-lain (Kemenkes, 2009). Mengingat prevalensi TB di Indonesia saat ini masih tinggi, maka setiap orang yang datang ke saran pelayanan kesehatan dengan gejala tersebut dianggap sebagai suspek pasien TB dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung (Depkes, 2009; Kemenkes, 2009).

2.1.2.2.3. Pengobatan TB

Tujuan pengobatan TB yaitu untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan mata rantai penularan, dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap Obat Anti TB (OAT). Jenis OAT yang digunakan adalah *isoniazid* (H), *rifampicine* (R), *pirazynamide* (Z), *streptomycin* (S), dan *ethambutol* (E) (Depkes, 2009; Kemenkes 2009).

2.1.2.2.4. Pencegahan TB

Supaya tidak tertular TB atau terserang kuman TB, maka perlu dilakukan pencegahan karena mencegah lebih baik daripada mengobati. Pencegahan ini bertujuan untuk memutus mata rantai penularan TB. Pencegahan yang dapat dilakukan menurut Kemenkes (2011a) dan Zulkoni (2011) antara lain:

- 1) Jaga ventilasi, usahakan setiap ruangan terdapat ventilasi agar terjadi pertukaran udara atau membuka jendela dan pintu di siang hari agar cahaya matahari dapat masuk ke dalam ruangan.
- 2) Tidak meludah di sembarang tempat.
- 3) Memakai masker ketika sedang menderita flu atau batuk terutama bagi penderita TB dan dihindari kontak langsung dengan penderita TB.
- 4) Pemberian imunisasi BCG pada bayi usia 0-14 bulan.
- 5) Cukupi kebutuhan gizi dan hindari rokok, alkohol, dan narkoba.
- 6) Pisahkan alat-alat makan dan barang-barang penderita TB.
- 7) Membiasakan berperilaku hidup bersih dan sehat karena dapat menghindarkan kita dari berbagai penyakit termasuk TB.

- 8) Segera periksakan ke layanan kesehatan terdekat jika mengalami gejala-gejala TB, karena deteksi dini dapat mencegah penularan dari penderita ke orang sehat.

2.1.3. Indikator Program TB

Indikator program penanggulangan TB berguna untuk menilai tingkat keberhasilan program penanggulangan TB (Kemenkes, 2009). Indikator penanggulangan TB nasional ada dua yaitu Angka Penemuan Kasus (*Case Detection Rate = CDR*) dan Angka Keberhasilan Pengobatan (*Success Rate = SR*) (Depkes, 2009; Dinkes Prov. Jateng, 2006). Selain itu juga terdapat beberapa indikator proses guna mencapai indikator nasional tersebut. Indikator proses tersebut meliputi angka penjarangan suspek, proporsi pasien TB BTA positif diantara suspek yang diperiksa, proporsi pasien TB BTA positif diantara seluruh pasien TB, proporsi TB anak diantara seluruh pasien, angka notifikasi kasus, angka konversi, angka kesembuhan, dan angka kesalahan laboratorium (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009; Kemenkes, 2009).

2.1.3.1. Case Finding (Angka Penjarangan) TB

Case finding atau angka penjarangan suspek adalah jumlah suspek yang diperiksa dahaknya diantara 100.000 penduduk pada suatu wilayah tertentu dalam satu tahun (Anonim, 2013; Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009; Nizar, 2010). Angka ini digunakan untuk mengetahui upaya penemuan pasien dalam suatu wilayah tertentu dengan memperhatikan kecenderungannya dari waktu ke waktu (triwulan/tahunan) (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009). Rumus

untuk mendapatkan angka penjarangan menurut Anonim (2013), Dinkes Prov. Jateng (2006), Depkes (2009), dan Nizar (2010) adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah suspek yang diperiksa}}{\text{Jumlah penduduk}} \times 100.000$$

2.1.3.2. Proporsi Pasien TB BTA Positif diantara Suspek TB

Adalah presentase pasien TB BTA positif yang ditemukan diantara seluruh suspek yang diperiksa dahaknya (Anonim, 2013; Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009; Nizar, 2010). Angka ini menggambarkan mutu dari proses penemuan sampai diagnosis pasien, serta kepekaan menetapkan kriteria suspek (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009). Rumus untuk menentukan proporsi pasien TB BTA positif diantara suspek adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah pasien TB BTA positif yang disembuhkan}}{\text{Jumlah seluruh suspek TB yang diperiksa}} \times 100\%$$

Angka ini sekitar 5-15%. Jika <5% berarti penjarangan suspek terlalu longgar, atau banyak negatif palsu dan jika >15% berarti penjarangan suspek terlalu ketat, atau banyak positif palsu (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009).

2.1.3.3. Proporsi Pasien TB Paru BTA Positif diantara Semua Pasien TB Paru

Tercatat/Sudah diobati

Adalah persentase pasien TB paru BTA positif diantara semua pasien TB paru tercatat. Indikator ini menggambarkan prioritas penemuan pasien TB yang menular diantara seluruh pasien TB paru yang diobati. Adapun rumusnya adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah pasien TB BTA positif baru + kambuh}}{\text{Jumlah seluruh pasien TB paru (semua tipe)}} \times 100\%$$

Angka ini tidak boleh kurang dari 65%. Jika angka ini rendah, berarti mutu diagnosis rendah, kurang memberikan prioritas untuk menemukan pasien yang menular (pasien BTA positif) (Anonim, 2013; Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009).

2.1.3.4. Proporsi Pasien TB Anak diantara Seluruh Suspek TB

Adalah persentase pasien TB anak (<15 tahun) diantara seluruh pasien TB tercatat. Adapun rumusnya adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah pasien TB Anak < 15 tahun yang ditemukan}}{\text{Jumlah seluruh pasien TB paru yang tercatat}} \times 100\%$$

Angka indikator ini untuk menggambarkan ketepatan diagnosis TB anak yang berkisar 15%. Apabila angkanya >15% kemungkinan over diagnosis anak (Anonim, 2013; Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009).

2.1.3.5. CDR (Case Detection Rate) TB

Angka penemuan kasus (*Case Detection Rate = CDR*) adalah persentase jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dan diobati dibandingkan jumlah pasien baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. CDR menggambarkan cakupan penemuan pasien baru TB BTA positif pada wilayah tersebut. Rumus untuk menghitung CDR TB adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah pasien baru TB BTA positif yang dilaporkan}}{\text{Perkiraan jumlah pasien baru TB BTA positif}} \times 100\%$$

Perkiraan jumlah pasien baru TB BTA positif diperoleh dari penghitungan insidens kasus TB paru BTA positif dikali jumlah penduduk. Target capaian CDR

TB dalam Program Nasional Pengendalian TB yaitu minimal 70% (Anonim, 2013; Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009; Nizar, 2010).

2.1.3.6. CNR (Case Notification Rate) TB

Angka notifikasi kasus (*Case Notification Rate= CNR*) adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang dikendalikan yang ditemukan dan tercatat di antara 100.000 penduduk di suatu wilayah tertentu (Anonim, 2013; Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009; Nizar, 2010). Angka ini bila dikumpulkan serial, akan menggambarkan kecenderungan penemuan kasus dari tahun ke tahun di wilayah tersebut (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009). Adapun rumus dari CNR menurut Anonim (2013), Dinkes Prov. Jateng (2006), Depkes (2009), dan Nizar (2010) yaitu sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah pasien TB (semua tipe) yang dilaporkan}}{\text{Jumlah penduduk}} \times 100.000$$

2.1.3.7. Angka Konversi TB

Angka konversi adalah persentase pasien baru TB paru BTA positif yang mengalami perubahan menjadi BTA negatif setelah menjalani masa pengobatan intensif (Anonim, 2013; Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009). Indikator ini berguna untuk mengetahui secara cepat hasil pengobatan dan untuk mengetahui apakah pengawasan langsung menelan obat dilakukan dengan benar. Angka konversi minimal yang harus dicapai yaitu 80% (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009). Adapun rumus untuk mendapatkan angka konversi menurut Anonim (2013), Dinkes Prov. Jateng (2006), dan Depkes (2009) adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah pasien baru TB BTA positif yang dikonversi}}{\text{Perkiraan jumlah pasien baru TB BTA positif TB yang diobati}} \times 100\%$$

2.1.3.8. Cure Rate (Angka Kesembuhan) TB

Angka konversi adalah persentase pasien baru TB paru BTA positif yang mengalami perubahan menjadi BTA negatif setelah menjalani masa pengobatan intensif (Anonim, 2013; Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009). Indikator ini berguna untuk mengetahui secara cepat hasil pengobatan dan untuk mengetahui apakah pengawasan langsung menelan obat dilakukan dengan benar. Angka konversi minimal yang harus dicapai yaitu 80% (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009). Adapun rumus untuk mendapatkan angka konversi menurut Anonim (2013), Dinkes Prov. Jateng (2006), dan Depkes (2009) adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah pasien baru TB BTA positif yang dikonversi}}{\text{Perkiraan jumlah pasien baru TB BTA positif TB yang diobati}} \times 100\%$$

2.1.3.9. Angka Default Pengobatan TB

Angka *default* adalah persentase pasien TB yang default diantara seluruh pasien TB yang diobati dalam kurun waktu tertentu. Angka default sebaiknya <5% pada setiap rumah sakit (Anonim, 2013; Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009). Rumus untuk mendapatkan angka default menurut Anonim (2013), Dinkes Prov. Jateng (2006), dan Depkes (2009) yaitu sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah pasien default dalam satu triwulan}}{\text{Jumlah pasien TB dalam triwulan yang sama}} \times 100\%$$

2.1.3.10. Success Rate (Angka Keberhasilan Pengobatan) TB

Angka keberhasilan pengobatan adalah angka yang menunjukkan persentase pasien baru TB BTA positif yang menyelesaikan pengobatan (baik yang sembuh maupun pengobatan lengkap) diantara pasien baru TB paru BTA positif yang tercatat (Kemenkes, 2009). Adapun rumus untuk mendapatkan SR menurut Kemenkes (2009) dan Dinkes Prov. Jateng (2006) adalah:

$$\frac{\text{Jml pasien baru TB BTA positif (sembuh + pengobatan lgkp)}}{\text{Jml pasien baru TB BTA positif yang tercatat}} \times 100\%$$

2.1.4. Surveilans TB

2.1.4.1. Klasifikasi Penyakit TB

Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien TB menurut Dinkes Prov. Jateng (2006) dan Kemenkes (2009) memerlukan suatu definisi kasus yang meliputi empat hal berikut:

- 1) Lokasi atau organ tubuh yang sakit ialah paru atau ekstra paru.
- 2) Hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis yang menyatakan BTA positif atau negatif.
- 3) Tingkat keparahan kasus, termasuk dalam kategori ringan atau berat.
- 4) Riwayat pengobatan TB yaitu baru, kambuh, gagal, pengobatan putus setelah berobat (*default*), gagal, pindah, dan lain-lain.

Manfaat dan tujuan dari penentuan klasifikasi dan tipe ialah untuk menentukan paduan pengobatan yang sesuai, registrasi kasus secara benar, menentukan prioritas pengobatan TB BTA positif, dan untuk menganalisis secara

kohort dari hasil pengobatan (Depkes, 2009). Istilah dalam definisi kasus TB menurut Depkes (2009) ada dua antara lain:

- 1) Kasus TB ialah pasien TB yang telah dibuktikan secara mikroskopis.
- 2) Kasus TB pasti (definitif) ialah pasien dengan biakan positif untuk kuman TB atau tidak ada biakan, sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS diperoleh hasil BTA positif.

2.1.4.2. Tujuan Surveilans TB

Tujuan adalah suatu pernyataan guna mencapai suatu kondisi yang spesifik dan terukur yang telah direncanakan bersama dalam kurun waktu tertentu sesuai dengan visi dan misi suatu organisasi yang telah disepakati oleh semua anggota. Tujuan yaitu arah yang hendak dicapai sehingga perlu sebuah pendekatan manajemen yang objektif agar semua komponen sumber daya yang tersedia dapat terkendali dengan efektif dan efisien (Nizar, 2010). Tujuan surveilans TB menurut Nizar (2010) yaitu:

- 1) Mengevaluasi intervensi program untuk menilai kemajuan program dan seberapa jauh pengaruhnya terhadap status kesehatan masyarakat dengan membandingkan antara indikator yang telah ditetapkan dengan capaian program. Indikator yang dimaksud menurut Dinkes Prov. Jateng (2006) dan Depkes (2009) adalah sebagai berikut:
 - a) Proporsi suspek diantara perkiraan suspek dengan target 70%
 - b) Konversi BTA negatif, dengan target 80%
 - c) Kesembuhan dengan target 85%
 - d) *Error rate* <5%

- e) Angka *drop out* <10%
- 2) Memantau perkembangan program (CDC, 2011)
- 3) Memprediksi letusan karena sistem surveilans mampu memperkirakan suatu penyakit atau masalah secara ilmiah dan alami (Nizar, 2010).

2.1.4.3. Atribut Surveilans

Atribut surveilans menurut Depkes (2003), Nizar (2010), Hutahean (2010), Saeed KM, *et al.* (2013), dan Amiruddin (2013) yaitu sebagai berikut:

a) Kesederhanaan (*Simplicity*)

Kesederhanaan dari suatu sistem surveilans mencakup kesederhanaan dalam hal struktur dan kemudahan dalam pengoperasian atau pelaksanaannya (Depkes, 2003). Sistem surveilans sebaiknya dibuat sesederhana mungkin, tetapi masih dapat mencapai tujuan yang diinginkan (Amiruddin, 2013). Instrumen yang digunakan dalam surveilans biasanya berupa kuesioner atau formulir laporan. Variabel-variabel yang digunakan sebaiknya lebih sederhana supaya mudah dimengerti dan dipahami sehingga dapat memenuhi syarat validitas dan realibilitas (Nizar, 2010).

Kesederhanaan suatu sistem surveilans seyogyanya ditinjau dari dua sudut pandang, yaitu rancangan dan besarnya sistem tersebut (Amiruddin, 2013). Salah satu contoh dari sistem yang sederhana yaitu sistem dengan definisi kasus yang mudah diterapkan dan orang yang mengidentifikasi kasus tersebut juga merupakan pemroses atau pengolah data dan juga pengguna informasi yang dihasilkan (Sugiarsi, 2005). Sistem yang lebih

kompleks atau rumit menurut Depkes (2003) kemungkinan akan membutuhkan beberapa hal berikut:

- 1) Pemeriksaan laboratorium untuk mengkonfirmasi kasus.
- 2) Hubungan telepon atau kunjungan rumah oleh petugas kesehatan untuk mengumpulkan keterangan-keterangan yang lebih rinci.
- 3) Ada berbagai tingkat pelaporan.

Kesederhanaan erat kaitannya dengan ketepatan waktu serta akan mempengaruhi jumlah sumber daya atau dana yang dibutuhkan untuk melaksanakan sistem tersebut (CDC, 2001; Depkes, 2003; Nizar, 2010).

b) *Fleksibilitas (Flexibility)*

Suatu sistem surveilans yang fleksibel dapat menyesuaikan diri dengan perubahan informasi yang dibutuhkan atau situasi pelaksanaan tanpa disertai peningkatan yang berarti akan kebutuhan biaya, tenaga, dan waktu (Depkes, 2003). Sistem yang fleksibel dapat menerima, misalnya masalah kesehatan yang baru diidentifikasi, perubahan definisi kasus, dan variasi-variasi dari sumber pelaporan (CDC, 2001). Data yang dilaporkan sesuai dengan kaidah-kaidah epidemiologi yaitu mengandung unsur orang, tempat, dan waktu (Depkes, 2003; Nizar, 2010). Jika akan memodifikasi data dengan melakukan uji statistik, maka harus menelusuri sumber data. Biasanya tercatat di buku register induk, catatan medik yang tercatat dalam angka absolut. Seperti studi, kajian, evaluasi program, atau berbagai penelitian kesehatan (Nizar, 2010).

Fleksibilitas dari suatu sistem akan sangat sulit untuk dinilai apabila sebelumnya tidak ada upaya untuk menyesuaikan sistem tersebut dengan masalah kesehatan lain. Tanpa pengalaman praktis, seseorang masih bisa membuat rancangan dan pelaksanaan sistem. Pada umumnya, semakin sederhana suatu sistem maka akan semakin fleksibel untuk diterapkan pada penyakit atau masalah kesehatan lain serta komponen yang harus diubah akan lebih sedikit (Depkes, 2003; Nizar, 2010).

c) Akseptabilitas (*Acceptability*)

Akseptabilitas menggambarkan kemauan seseorang atau organisasi untuk berpartisipasi dalam melaksanakan sistem surveilans (Depkes, 2003; CDC, 2001). Tingkat penerimaan laporan mengandung beberapa indikator, yang pertama yaitu tingkat partisipasi subjek dimana data yang dilaporkan sudah mewakili populasi masyarakat setempat, sehingga dapat menggambarkan permasalahan kesehatan masyarakat secara utuh atau hanya mewakili akses pelayanan kesehatan. Kedua yaitu masalah kelengkapan laporan. Ketiga yaitu tingkat pelayanan kesehatan yang selama ini belum mencakup seluruh pelayanan kesehatan termasuk sektor swasta seperti rumah sakit swasta, klinik-klinik swasta dokter praktik, perawat atau bidan praktik. Keempat ialah ketepatan waktu meski ketersediaan sarana pendukung sudah memadai (CDC, 2001; Nizar, 2010). Pemerataan infrastruktur masih belum merata ke pelosok desa (Nizar, 2010).

d) Sensitivitas (*Sensitivity*)

Sensitivitas dari suatu sistem surveilans dapat dilihat pada dua tingkatan. Pertama, tingkat pengumpulan data atau pelaporan kasus, proporsi kasus dari suatu masalah kesehatan yang dideteksi (Depkes, 2003; Amiruddin, 2013). Kedua ialah nilai kemampuan sistem (Depkes, 2003).

Menurut CDC (2001), Depkes (2003), dan Amiruddin (2013), sensitivitas dari suatu sistem surveilans dipengaruhi oleh kemungkinan-kemungkinan berikut:

- 1) Orang-orang dengan penyakit/masalah kesehatan tertentu yang mencari upaya kesehatan.
- 2) Penyakit-penyakit/keadaan yang akan didiagnosis. Hal ini menggambarkan keterampilan para petugas kesehatan dan sensitivitas dari hasil tes diagnostik.
- 3) Kasus yang dilaporkan dalam sistem untuk diagnosis tertentu.

Selama sensitivitasnya konstan, meskipun sistem surveilansnya tidak memiliki sensitivitas tinggi tetapi masih dapat digunakan untuk memantau kecenderungan penyakit (Amiruddin, 2013). Sensitivitas merupakan suatu metode untuk mendeteksi suatu penyakit yang benar sakit, sementara spesifitas adalah kemampuan suatu metode untuk mendeteksi seseorang dinyatakan benar-benar tidak sakit. Semakin tinggi nilai sensitivitas dan spesifitas, maka semakin tinggi pula tingkat kevalidannya (Nizar, 2010).

e) Nilai Preditif Positif/NPP (*Predictive Value Positive*)

Sesuai dengan CDC (2001), Depkes (2003), dan Amiruddin (2013), NPP adalah proporsi dari populasi yang diidentifikasi sebagai kasus oleh suatu sistem surveilans yang sesungguhnya memang kasus. Penilaian NPP lebih menekankan pada konfirmasi kasus yang telah dilaporkan melalui sistem surveilans (Depkes, 2003; Amiruddin, 2013). Manfaat NPP dalam bidang kesehatan masyarakat dapat dilihat pada dua tingkatan yaitu tingkat kasus individual dan deteksi KLB (CDC, 2001).

NPP berkaitan erat dengan kejelasan dan spesifitas dari definisi sebuah kasus (Depkes, 2003). NPP juga menggambarkan sensitivitas dan spesifitas dari definisi sebuah kasus dan prevalensi penyakit yang terjadi dalam masyarakat, sehingga NPP akan meningkat jika spesifitas dan prevalensi meningkat (Depkes, 2003; Nizar, 2010).

f) Kerepresentatifan (*Representativeness*)

Kerepresentatifan dalam sistem surveilans adalah dapat menguraikan kesesuaian waktu terhadap peristiwa kesehatan dan distribusinya dalam populasi berdasarkan orang dan tempat (CDC, 2001; Amiruddin, 2013). Penentuan kerepresentatifan dilakukan berdasarkan karakteristik populasi, riwayat alamiah penyakit, upaya kesehatan yang tersedia, dan sumber-sumber data (Depkes, 2003). Kualitas data dipengaruhi oleh kejelasan formulir surveilans, kualitas pelatihan, supervisi dalam menjaga kelengkapan dan ketelitian dalam pelaksanaan data (Nizar, 2010).

g) Ketepatan Waktu (*Timeless*)

Secara operasional ketepatan waktu sering diartikan sebagai tanggal waktu laporan harus sudah diterima (Imari, 2012). Ketepatan waktu menggambarkan kecepatan atau kelambatan dalam setiap tahapan sistem surveilans dengan mempertimbangkan waktu onset, waktu diagnosis, waktu penerimaan laporan, dan waktu pelaksanaan kegiatan pengendalian (Depkes, 2003; Nizar, 2010; Amiruddin, 2013). Ketepatan waktu dalam sistem surveilans kesehatan masyarakat harus dievaluasi dalam artian tersedianya informasi untuk mengontrol hubungan kejadian penyakit, termasuk kontrol terhadap tindakan pencegahan yang segera dilakukan ataupun program jangka panjang (CDC, 2001; Depkes, 2003). Meningkatkan penggunaan data elektronik dan via internet dalam pelaporan dari sumber-sumber data diharapkan dapat meningkatkan ketepatan waktu pelaporan (CDC, 2001).

2.1.4.4. Sumber dan Jenis Data TB

Dalam surveilans TB data yang diperoleh ada tiga jenis yaitu data primer, sekunder, dan tertier. Data-data tersebut yaitu sebagai berikut:

- 1) Data primer didapat melalui penjarangan suspek atau pemeriksaan pada kelompok berisiko di unit pelayanan kesehatan atau di masyarakat (Nizar, 2010). Data tersebut berupa kartu pemeriksaan, catatan medik, daftar tilik yang telah dirumuskan dalam formulir khusus. Pada program TB instrumen tersebut biasa disebut form TB-01, TB-02, TB-03, TB-04, TB-05, TB-06, TB-07 (Dinkes Prov. Jateng, 2006, Depkes, 2009; Nizar, 2010).

- 2) Data sekunder didapat melalui laporan-laporan, seperti form TB-07, TB-11, dan TB-08 (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009; Nizar, 2010).
- 3) Data tertier didapat dari laporan program terkait TB, seperti laporan tahunan program TB, profil kesehatan, profil tahunan RS ataupun puskesmas, dan lainnya (Dinkes Prov. Jateng, 2006, Depkes, 2009).

2.1.4.5. Surveilans TB

Surveilans TB adalah kegiatan yang biasa dilakukan oleh wasor TB di kabupaten/kota, tetapi tidak ditindaklanjuti untuk menghasilkan informasi sebagai reaksi dari program (Nizar, 2010). Salah satu komponen penting dalam surveilans ialah pencatatan data, pelaporan data, pengolahan data, analisis, interpretasi, pengkajian, dan penyebarluasan informasi untuk dimanfaatkan. Data yang dikumpulkan harus valid supaya mudah untuk diolah dan dianalisis. Untuk data program TB dapat diperoleh dari pencatatan di semua unit pelayanan kesehatan yang dilaksanakan dengan satu sistem baku (Kemenkes, 2009).

2.1.4.5.1. Instrumen dalam Pencatatan TB

Instrumen yang digunakan dalam pencatatan TB menurut Dinkes Prov. Jateng (2006), Depkes (2009), dan Nizar (2010) ada 13 formulir sebagai berikut:

- 1) Beberapa formulir yang digunakan untuk mencatat di Unit Pelayanan Kesehatan (UPK). Yang termasuk dalam UPK disini ialah puskesmas, rumah sakit, BP4, klinik dan praktik dokter swasta (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009). Formulir-formulir tersebut meliputi TB-06, TB-05, TB-01, TB-02, TB-03, TB-09, TB-10, dan TB-04 (Dinkes Prov. Jateng, 2006, Depkes, 2009; Nizar, 2010). Khusus untuk dokter praktik swasta, penggunaan

formulir pencatatan TB disesuaikan selama informasi surveilans yang dibutuhkan tersedia (Depkes, 2009). Pada umumnya pencatatan dan pelaporan di puskesmas tidak melibatkan petugas pencatat dan pelaporan puskesmas. Meskipun semua formulir TB terdapat di atas meja, petugas puskesmas selain petugas TB tidak merasa dilibatkan secara aktif untuk mencatat dan melaporkan sehingga banyak formulir yang tidak lengkap, hanya sebatas TB-01 yang mendekati kesempurnaan (Nizar, 2010).

- 2) Formulir-formulir yang digunakan oleh dinkes kabupaten/kota dalam pencatatan dan pelaporan TB yaitu meliputi TB-03, TB-07, TB-08, TB-11, TB-12, TB-13 (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009; Nizar, 2010), Data situasi ketenagaan program TB, dan data situasi *Public-Private Mix* (PPM) dalam pelayanan TB (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009).

2.1.4.5.2. Pengumpulan dan Pengolahan Data TB

Pengumpulan data TB dikerjakan di tingkat puskesmas/rumah sakit dan di tingkat kabupaten/kota, sehingga instrumennya terbagi dua. Tahapan-tahapan dalam mengumpulkan dan mengolah data TB yaitu sebagai berikut:

- 1) Instrumen Pengumpulan Data TB

Instrumen program P2TB terdiri dari 13 formulir yang harus diisi semua oleh semua pelaksana program TB baik di puskesmas maupun oleh wasor di tingkat kabupaten/kota (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009). Dari 13 formulir tersebut yang dikerjakan pada level puskesmas/rumah sakit menurut Dinkes Prov. Jateng (2006), Depkes (2009), dan Nizar (2010) adalah sebagai berikut:

- a) TB-01 adalah kartu pengobatan pasien TB yang diisi oleh petugas TB.
- b) TB-02 merupakan kartu identitas pasien.
- c) TB-04 merupakan register laboratorium TB yang diisi oleh petugas laboratorium.
- d) TB-05 merupakan formulir permohonan laboratorium TB untuk pemeriksaan dahak yang diisi oleh petugas BP dan kemudian dijawab oleh petugas laboratorium mengenai hasil laboratorium.
- e) TB-06 merupakan daftar tersangka atau suspek yang diperiksa dahak SPS dan diisi oleh petugas di poliklinik/BP guna menjangar suspek TB.
- f) TB-09 merupakan formulir rujukan/pindah pasien dan diisi oleh petugas TB.
- g) TB-10 merupakan formulir hasil akhir pengobatan dari pasien TB rujukan/pindahan.

Formulir yang digunakan oleh petugas wasor di Dinkes kabupaten/kota dalam mencatat dan melaporkan menurut Dinkes Prov. Jateng (2006), Depkes (2009), dan Nizar (2010) adalah sebagai berikut:

- a) TB-03 merupakan register TB kabupaten.
- b) TB-07 merupakan laporan triwulan penemuan dan pengobatan pasien TB.
- c) TB-08 merupakan laporan triwulan hasil pengobatan TB.
- d) TB-11 merupakan laporan triwulan hasil konversi dahak akhir tahap intensif.
- e) TB-12 merupakan formulir pemeriksaan sediaan untuk uji silang dan analisis hasil uji silang kabupaten.

f) TB-13 berisi laporan OAT.

2) Cara Pengumpulan Data TB

Data program TB dapat dilakukan dengan menggunakan sistem surveilans pasif melalui penjangkaran di BP puskesmas, puskesmas pembantu, atau bidan desa (Kemenkes, 2009; Depkes, 2009; Nizar, 2010). Surveilans aktif dilakukan bila petugas mengunjungi masyarakat ketika melakukan penjangkaran penemuan penderita melalui gerakan di masyarakat yang diregulasikan dalam peraturan desa (Depkes, 2009; Nizar, 2010).

Pengumpulan data dengan instrumen di atas merupakan tugas dan wewenang tiap level pelaksana. Puskesmas/rumah sakit sebagai bagian dari pengumpulan data untuk mengisi atau melengkapi daftar isian formulir. Sedangkan wasor kabupaten/kota yaitu melaksanakan pengendalian keteraturan pengobatan setiap triwulan, memeriksa kelengkapan dan kebenaran data yang dikumpulkan oleh puskesmas/rumah sakit, mengisi formulir TB-03, memberikan nomor register kabupaten pada form TB-01, selain itu juga mengevaluasi cakupan program dan membina petugas untuk meningkatkan kinerja dengan membahas permasalahan dan hambatan yang dihadapi dengan metode pemecahan masalah melalui pendekatan sistem yang benar dan utuh (Nizar, 2010).

Pengumpulan data ini bila dilihat dari sesi surveilans termasuk dalam surveilans aktif. Akan tetapi, ada juga wasor kabupaten/kota yang mengerjakannya secara pasif. Kelemahannya ialah wasor tidak dapat

membina petugas mengenai cakupan program dan ini terjadi apabila luas daerah binaan lebih dari 20 unit puskesmas (Nizar, 2010).

3) Pengolahan Data TB

Pengolahan data TB di tingkat kabupaten/kota dilakukan oleh wasor TB. Data yang diolah yaitu data yang bersumber dari TB-03 dan dikelola sesuai kebutuhan. Untuk memudahkan dalam pengolahan data, wasor mengembangkan formulir untuk mengklasifikasi data menurut orang lengkap dengan jenis kelamin dan kelompok usia, menurut waktu dan tempat yang dirinci menurut sumber data (Nizar, 2010).

2.1.4.5.3. Penyajian Data TB

Menurut Nizar (2010), penyajian data bukan hanya sekadar memasang grafik atau tabel yang dipajang di dinding. Penyajian data harus mengarah ke satu persepsi dalam menganalisis dan menginterpretasi, sehingga dapat ditindak lanjuti oleh pihak-pihak yang berkompeten dan berkepentingan. Penyajian data TB yang baik disajikan dalam bentuk grafik dengan menggunakan indikator program TB yaitu CNR menurut usia, tempat, dan jenis kelamin, CDR, angka penjarangan TB, serta angka kesembuhan atau angka kesuksesan pengobatan TB (Nizar, 2010). Yang harus disajikan dalam penyajian data TB adalah sebagai berikut:

1) *Case Notification Rate (CNR) TB*

CNR menggambarkan keadaan penemuan kasus BTA positif yang tercatat dalam TB-07 diantara 100.000 penduduk di suatu wilayah tertentu. Angka ini bila dikumpulkan secara serial berguna untuk menunjukkan kecenderungan atau *trend* penemuan kasus dari tahun ke tahun di wilayah

tersebut apakah terjadi peningkatan atau penurunan *trend*. Adapun rumusnya adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah pasien TB (semua tipe) yang dilaporkan dalam TB - 07}}{\text{Jumlah penduduk}} \times 100.000$$

Dalam menganalisis CNR dirinci menurut usia, jenis kelamin, dan lokasi penderita, sehingga dapat menentukan arah kebijakan dan strategi yang bersifat lokal spesifik (Anonim, 2013; DKP Jateng, 2006; Depkes, 2009; dan Nizar, 2010).

2) *Case Detection Rate* (CDR) TB

Adalah persentase jumlah penderita baru BTA positif yang ditemukan dan diobati diantara jumlah yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut, dapat dihitung dengan rumus:

$$\frac{\text{Jml penderita baru TB BTA positif yang tercatat dlm TB - 07}}{\text{Perkiraan jml penderita baru TB BTA positif}} \times 100.000$$

CDR berguna untuk menggambarkan cakupan penemuan kasus baru BTA positif di wilayah tersebut. Perkiraan jumlah pasien baru TB BTA positif diperoleh berdasarkan perhitungan angka insidens kasus TB paru BTA positif dikali jumlah penduduk. Target CDR program penanggulangan TB nasional minimal 70%. Apabila hal tersebut dapat tercapai maka insiden TB dapat ditekan sebesar 50% (Anonim, 2013; Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009; dan Nizar, 2010).

Penemuan pasien TB dilakukan secara pasif dengan pomosi aktif. Penjaringan tersangka pasien dilakukan di unit pelayanan kesehatan didukung dengan penyuluhan secara aktif, baik oleh petugas kesehatan maupun

masyarakat guna meningkatkan cakupan penemuan suspek TB. Keluarga penderita yang sering melakukan kontak langsung dengan menunjukkan gejala yang sama diharuskan untuk periksa dahak. Penemuan secara aktif dari rumah ke rumah dianggap tidak efektif karena akan menghabiskan banyak tenaga, dana, dan menyita waktu juga (Kemenkes, 2009; Depkes, 2009).

3) *Case Finding*(Angka Penjaringan Suspek) TB

Pada pelaksanaan penjaringan suspek, kriteria suspek harus dipenuhi benar karena tujuan program yaitu untuk memutuskan mata rantai penularan. Jadi sasarannya yaitu penderita dengan BTA positif, sehingga seleksi pada suspek perlu diperketat dan harus dipahami benar oleh wasor. Penjaringan suspek menggambarkan jangkauan pelayanan kesehatan masyarakat terhadap upaya deteksi penderita TB dari perkiraan penderita TB yang berada di tengah masyarakat (Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009; Nizar, 2010). Adapun rumusnya yaitu sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah suspek TB yang diperiksa}}{\text{Perkiraan jumlah suspek}} \times 100.000$$

Jumlah suspek yang diperiksa dapat diperoleh dari formulir daftar suspek (TB-06) UPK yang tidak mempunyai wilayah cakupan penduduk, seperti BP4, rumah sakit atau dokter praktik swasta. Indikator ini tidak dapat dihitung (Anonim, 2013; Dinkes Prov. Jateng, 2006; Depkes, 2009).

4) *Cure Rate* TB

Angka kesembuhan adalah angka yang menunjukkan persentase pasien baru TB paru BTA positif yang sembuh sesudah selesai masa

pengobatan diantara pasien baru TB paru BTA positif. Target nasional angka kesembuhan yaitu 85% (Kemenkes, 2011b), dengan perhitungan rumus sebagai berikut:

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

Di UPK indikator ini dapat dihitung dari kartu pasien TB-01, sedangkan di tingkat kabupaten, propinsi, dan pusat angka ini dapat dihitung dari laporan TB-08. Angka ini berguna untuk mengetahui tingkat keberhasilan program dan masalah kesehatan (Anonim, 2013; Dinkes Prov. Jateng, 2006, Depkes, 2009; Nizar, 2010).

2.1.4.5.4. Analisis dan Interpretasi Data TB

Untuk melihat perkembangan dan kemajuan program setelah data dikumpulkan dan disajikan, sebagai bahan untuk mempermudah melakukan analisis interpretasi. Analisis mengemukakan kenapa temuan tersebut timbul, faktor apa yang dominan menyebabkan hal demikian. Interpretasi menggambarkan pandangan, asumsi temuan terhadap perkembangan program yang dibandingkan dengan beberapa hasil penelitian lain atau berkenaan dengan teori yang mendukung (Nizar, 2010). Berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data maka dapat dibuat rekomendasi untuk menentukan tindakan yang perlu dilakukan oleh pihak yang berkepentingan (Depkes, 2003).

2.1.4.5.5. Prinsip Pengambilan Keputusan dalam Surveilans TB

Akhir dari kegiatan surveilans adalah menghasilkan informasi yang dapat digunakan oleh pengambil keputusan pada tingkat pelaksana dan kebijakan, sehingga menghasilkan reaksi untuk ditindak lanjuti atau untuk mendukung

kelancaran program TB sesuai dengan permasalahan kesehatan masyarakat (Nizar, 2010). Informasi tersebut disampaikan kepada orang yang berkompeten dengan menggunakan bahasa komunikasi yang efektif sehingga mudah untuk dipahami. Bahasa komunikasi yang digunakan dalam menyampaikan informasi berbeda kepada pengambil kebijakan di tiap tingkat program, karena tiap tingkatan memiliki kompetensi yang berbeda. Hal ini bertujuan untuk memudahkan pemahaman pengambil kebijakan terhadap informasi yang diterima (Depkes, 2003; Nizar, 2010).

2.1.4.5.6. Mekanisme Umpan Balik dan Penyebaran Informasi Surveilans TB

Mengkaji data surveilans secara berkala merupakan hal penting dalam penyelenggaraan sistem surveilans. Penyelenggaraan sistem surveilans secara efektif harus dapat memberikan umpan balik terhadap sumber laporan secara berkala sesuai dengan periode waktu penerimaan laporan untuk kemudian dapat disebarluaskan kepada pihak-pihak terkait sebagai informasi. Umpan balik dapat berupa ringkasan atau mungkin koreksi terhadap kekeliruan pengisian formulir (Depkes, 2003; Depkes, 2009).

Umpan balik dan informasi hasil kajian disebarluaskan melalui media dan sarana komunikasi yang dimiliki organisasi secara berkala dan rutin. Mekanisme umpan balik dan penyebaran informasi harus efektif, sehingga semua sumber laporan dan pihak atau unit terkait dapat segera melakukan respon penanggulangan yang cepat dan tepat terhadap permasalahan yang dihadapi (Depkes, 2003).

2.1.4.5.7. Monitoring dan Evaluasi Surveilans TB

Evaluasi terhadap sistem surveilans perlu dipersiapkan untuk melihat kemanfaatan dan kemajuan sistem surveilans yang telah dibentuk terhadap sasaran yang diharapkan. Tujuan dari evaluasi adalah meningkatkan sumber-sumber yang terkandung dalam bidang kesehatan secara maksimal melalui pengembangan sistem surveilans yang efektif dan efisien (Depkes, 2003). Selain itu, tujuan evaluasi sistem surveilans dalam kesehatan masyarakat yaitu untuk memastikan permasalahan penting dari kesehatan masyarakat sehingga perlu adanya monitoring keefisienan dan keefektifan dari suatu sistem surveilans. Dalam menilai sistem perlu mempertimbangkan indikator yang dapat digunakan untuk menilai kinerja surveilans yang meliputi indikator *input*, *process*, dan *ouput* yang dikembangkan tersebut (CDC, 2001).

a) *Input* (Masukan)

Input menurut Depkes (2003) dan Wijono (2000) merupakan unsur-unsur program yang diperlukan yang terdiri dari 5M (*Man, Material, Method, Money, and Market*). Rincian 5M dalam program P2TB di puskesmas yang perlu dievaluasi menurut Pedoman Nasional Pengendalian TB tahun 2011 dan Depkes (2003) adalah sebagai berikut:

1. Sumber daya manusia (*man*), meliputi:
 - a. Jumlah tenaga P2TB puskesmas dengan jumlah minimal yang disebutkan oleh Kemenkes (2009) dan Depkes (2011) antara lain:

- 1) Untuk puskesmas rujukan mikroskopis dan puskesmas mandiri kebutuhan minimal tenaga terlatih adalah 1 dokter, 1 perawat/petugas TB, dan 1 petugas laboratorium
 - 2) Puskesmas satelit kebutuhan minimal tenaga pelaksana adalah 1 dokter dan 1 perawat/petugas TB
 - 3) Puskesmas pembantu kebutuhan minimal tenaga pelaksana adalah 1 perawat/petugas TB
- b. Tenaga P2TB yang terlatih untuk sistem surveilans TB dengan jumlah minimal untuk tiap puskesmas adalah 1 orang.
 - c. Kualifikasi tenaga surveilans, tenaga pengelola program terlatih di kabupaten/kota, tenaga laboratorium yang terlatih dengan jumlah minimal tiap puskesmas adalah 1 orang (Kemenkes, 2009; Amiruddin, 2013).
2. Sarana dan prasarana (*material*) menurut Depkes (2003), Kemenkes (2009), dan Nizar (2010) meliputi:
 - a. Alat Tulis Kantor (ATK)
 - b. Laboratorium puskesmas
 - c. Buku pedoman penanggulangan TB yang harus dimiliki oleh semua petugas P2TB di puskesmas
 - d. Buku petunjuk prosedur pemeriksaan dahak
 - e. Formulir TB yang harus dikerjakan oleh puskesmas meliputi TB-01, TB-02, TB-04, TB-05, TB-06, TB-09, dan TB-10

- f. Perangkat surveilans yang meliputi perangkat lunak dan perangkat keras yang berupa perangkat komputer dan alat komunikasi (HP, telepon, layanan internet).
3. Dana (*money*), meliputi alokasi dana dan sumber dana program yang berasal dari APBD, APBN, *Block Grant*, dan dana bantuan yang berasal dari LSM/Swasta, Luar Negeri (Depkes, 2003; Nizar, 2010).
4. Metode (*method*), meliputi pemberian pelatihan terhadap petugas P2TB, penentuan target capaian penemuan suspek TB sebesar 70%, target capaian keberhasilan pengobatan sebesar 85% (Depkes, 2003; Kemenkes, 2009; Nizar, 2010).
5. Sasaran (*market*). Sasaran dari setiap manajemen surveilans epidemiologi suatu penyakit tidak sama, tergantung pada siapa yang membutuhkan informasi yang dihasilkan dari pelaksanaan kegiatan surveilans baik dari internal puskesmas maupun eksternal puskesmas (Depkes, 2003).

b) *Process* (Proses)

Proses yaitu pengaplikasian fungsi-fungsi manajemen yang dimulai dari perencanaan program sampai pada pelaksanaan program. Dalam sistem surveilans proses dimulai dari pengumpulan data (formulir TB), mengolah data, mengkaji, menganalisis dan menginterpretasi, pengambilan keputusan kemudian penyebaran atau disseminasi informasi (Depkes, 2003).

c) *Output* (Keluaran)

Output yaitu hasil dari pelaksanaan suatu program atau sistem. *Output* ini berupa buletin, informasi register TB, informasi register laboratorium, informasi

pemeriksaan dahak, informasi pasien suspek, ataupun laporan bulanan atau triwulan bahkan tahunan, CDR TB, CNR TB, *case finding* TB, *cure rate* TB, *success rate*, angka DO (Depkes, 2003; Kemenkes, 2009; Kemenkes, 2011a; Nizar, 2010).

d) Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dilakukan untuk mengetahui keberhasilan ataupun kendala yang ada dalam pelaksanaan sistem surveilans dan utamanya dilakukan terhadap proses dan output surveilans. Dengan adanya kegiatan monitoring diharapkan sistem manajemen dapat segera diketahui kelemahannya, sehingga dapat segera diperbaiki. Melalui kegiatan evaluasi dapat ditentukan strategi penyusunan perencanaan kegiatan surveilans di tahun berikutnya. Monitoring dan evaluasi dapat dilakukan melalui kegiatan pertemuan/*review*, kunjungan, penerapan kendali mutu (*quality assurance*), dan seminar. Dalam melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi kinerja unit surveilans disesuaikan dengan setiap tahapan sistem, yaitu berupa indikator input, indikator proses, dan indikator output. Indikator-indikator tersebut disesuaikan dengan jenis kegiatan surveilans dan kondisi setempat (Depkes, 2003).

Evaluasi terhadap sistem surveilans dilakukan dengan tujuan untuk memastikan bahwa masalah kesehatan masyarakat yang ada memerlukan kegiatan surveilans dengan sistem yang efektif dan efisien, sehingga pemanfaatan sumber daya di bidang kesehatan masyarakat dapat ditingkatkan. Evaluasi surveilans kesehatan masyarakat harus dilaksanakan secara teratur dan dapat menghasilkan suatu rekomendasi untuk meningkatkan kualitas, efisiensi, dan kegunaan dari

sistem surveilans yang ada. Evaluasi ini berfokus pada bagaimana sistem berjalan sesuai tujuan (Depkes, 2003).

2.1.5. Evaluasi

2.1.5.1. Definisi Evaluasi

Evaluasi merupakan bagian dari sistem manajemen yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, penyelenggaraan, monitoring, dan evaluasi. Tanpa adanya evaluasi kita tidak akan mengetahui kondisi objek evaluasi tersebut dalam perencanaan, penyelenggaraan, dan bagaimana hasil yang dicapai. Menurut *World Health Organization* (WHO), evaluasi adalah suatu cara belajar yang sistematis dari pengalaman yang dimiliki guna meningkatkan pencapaian, pelaksanaan, dan perencanaan suatu program melalui pemilihan secara seksama pada berbagai kemungkinan yang ada untuk penerapan yang selanjutnya. Menurut *The American Public Association* dalam Azwar (2008), evaluasi adalah suatu proses untuk menentukan tingkat keberhasilan dari pelaksanaan atau penyelenggaraan dari suatu program dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam perencanaan.

Menurut Usman (2011), evaluasi adalah penentuan tingginya capaian kualitas indikator yang telah ditetapkan terhadap pelaksanaan suatu program atau pekerjaan. Menurut Budioro (2002) dan Wijono (2000), evaluasi dapat diartikan sebagai proses membandingkan hasil dengan berbagai tolok ukur yang telah ditetapkan di awal program.

Dari definisi-definisi mengenai evaluasi yang telah dikemukakan oleh beberapa ahli, maka dapat disimpulkan bahwa evaluasi adalah sebuah proses yang dilakukan oleh seseorang untuk melihat sejauh mana tingkat keberhasilan dari suatu program. Keberhasilan dari suatu program dapat dilihat dari pengaruh yang ditimbulkan setelah dilaksanakannya sebuah program tersebut. Karenanya, dalam keberhasilan terdapat dua konsep yaitu efektifitas dan efisiensi.

2.1.5.2. Ruang Lingkup Evaluasi

Menurut Azwar (2008), Budioro (2002), CDC (2011), dan Wijono (2000), ruang lingkup evaluasi dapat dibedakan menjadi:

1) Evaluasi *Input* (Masukan)

Evaluasi terhadap *input* (masukan) meliputi pemanfaatan sumber daya, baik sumber dana (*money*), sumber tenaga (*man*), sumber sarana dan prasarana (*material*), maupun metode (*method*) (Azwar, 2008; Budioro; 2002; CDC, 2011; Wijono, 2000).

2) Evaluasi Proses

Evaluasi terhadap proses lebih menitik beratkan pada pelaksanaan program dan mengevaluasi fungsi-fungsi administrasi (perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan, penyelenggaraan, dan lain-lain) (Azwar, 2008; Budioro; 2002; CDC, 2011; Wijono, 2000). Evaluasi terhadap proses ini bertujuan untuk mendeskripsikan kekuatan, kelemahan, peluang, dan hambatan dari suatu program (Wijono, 2000).

3) Evaluasi *Output* (Keluaran)

Yang dimaksud evaluasi terhadap *output* yaitu evaluasi terhadap hasil yang telah dicapai dari pelaksanaan suatu program (Azwar, 2008; CDC, 2011; Wijono, 2000). Dalam bidang kesehatan biasanya berbentuk program pelayanan dasar maupun rujukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat yang berhubungan dengan masalah kesehatan yang dihadapinya, jumlah kader, jumlah kunjungan pasien ke pelayanan kesehatan, ataupun jumlah balita dan bumil yang berhasil diimunisasi (Budioro; 2002; Wijono, 2000).

4) Evaluasi Dampak

Evaluasi terhadap dampak yaitu mencakup pengaruh positif maupun negatif yang ditimbulkan dari pelaksanaan suatu program karena pada tahap ini biasanya masalah-masalah yang ada dapat teratasi ataupun tidak dapat teratasi dapat dilihat dari indikator yang telah ditetapkan (Azwar, 2008; Budioro; 2002; CDC, 2011; Wijono, 2000). Dampak merupakan hasil akhir dari keseluruhan suatu program (Wijono, 2000).

5) Evaluasi Umpan Balik

Umpan balik biasanya berbentuk data pencatatan dan pelaporan selama kegiatan proses, penyelenggaraan hingga evaluasi sampai sejauh mana tujuan, sasaran maupun dampak yang diinginkan tercapai (Budioro, 2002).

6) Evaluasi Lingkungan

Yaitu lingkungan dimana sistem tersebut berada karena keberhasilan atau kegagalan dari upaya-upaya yang telah direncanakan pada hakekatnya tidak dapat lepas dari pengaruh lingkungan tersebut (Budioro, 2002).

2.1.5.3. Tujuan Evaluasi

Setiap program atau kegiatan pasti memiliki tujuan, begitu pula dengan evaluasi. Tujuan evaluasi surveilans yaitu meningkatkan pemanfaatan sumber-sumber yang tersedia dalam bidang kesehatan secara maksimal melalui pengembangan suatu sistem surveilans yang efektif dan efisien (Depkes, 2003). CDC (2011) mengemukakan bahwa tujuan utama evaluasi adalah memantau kemajuan pencapaian tujuan program. Menurut Arikunto (2002) ada dua tujuan dari evaluasi yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum lebih diarahkan pada program secara keseluruhan, sedangkan tujuan khusus lebih diarahkan pada masing-masing komponen. Menurut Wijono (2000) tujuan evaluasi program kesehatan yaitu untuk memperbaiki program-program kesehatan secara pelayanannya agar kegiatan yang sedang berjalan akan lebih baik di masa mendatang. Inti dari tujuan evaluasi suatu program yaitu untuk memantau, memperbaiki, dan mengembangkan program-program yang sedang berjalan serta meningkatkan pemanfaatan sumber-sumber yang sudah tersedia, sehingga di masa mendatang hasil capaian program akan lebih baik.

2.1.5.4. Prosedur Evaluasi

Menurut Azwar (2008), prosedur dalam melakukan evaluasi program antara lain:

- 1) Memahami dahulu program yang akan dinilai.
- 2) Menentukan macam dan ruang lingkup evaluasi.
- 3) Menyusun rencana evaluasi. Pada dasarnya rencana evaluasi harus memenuhi semua kriteria rencana yang baik, yaitu memuat keterangan tujuan evaluasi,

macam data, sumber data, cara mendapatkan data, dan cara mengambil kesimpulan.

- 4) Melaksanakan evaluasi tersebut dan mencatat semua hasil kegiatan atau program yang diperoleh.
- 5) Melakukan penarikan sebuah kesimpulan. Dalam menarik sebuah kesimpulan harus sesuai dengan cara yang telah ditetapkan dalam rencana evaluasi. Pada dasarnya ada dua macam kesimpulan yang sering dirumuskan yaitu kesimpulan program dan kesimpulan nilai program.
- 6) Menyusun saran-saran sesuai dengan hasil evaluasi. Tujuannya yaitu untuk lebih memperbaiki pelaksanaan program di masa mendatang.

Menurut Wijono (2000) dan Usman (2011) terdapat langkah-langkah spesifik dalam melakukan evaluasi terhadap program. Langkah-langkah tersebut yaitu sebagai berikut:

- 1) Menentukan sasaran program dan sasaran harus SMART (*Specific, Measurable, Attainable, Realistic, and Time-bounding*).
- 2) Menentukan ukuran dasar mengenai situasi ketika sasaran sudah ditentukan.
- 3) Mengetahui status program terhadap sasaran, sehingga evaluator dapat mengetahui tingkat keberhasilan program yang diharapkan.
- 4) Memberi umpan balik.

2.1.5.5. Standar Evaluasi

Menurut *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2011), terdapat 30 standar dalam mengevaluasi suatu program atau kegiatan yang dikelompokkan menjadi empat, antara lain:

1) *Utility* (Kegunaan)

Hasil evaluasi hendaknya berguna bagi manajemen untuk pengambilan keputusan atas program yang sedang berjalan.

2) *Feasibility* (Kelayakan)

Hendaknya proses evaluasi yang dirancang dapat dilaksanakan secara layak. Standar kelayakan dimaksudkan untuk memastikan bahwa evaluasi akan menjadi realistis, bijaksana, diplomatik, dan hemat.

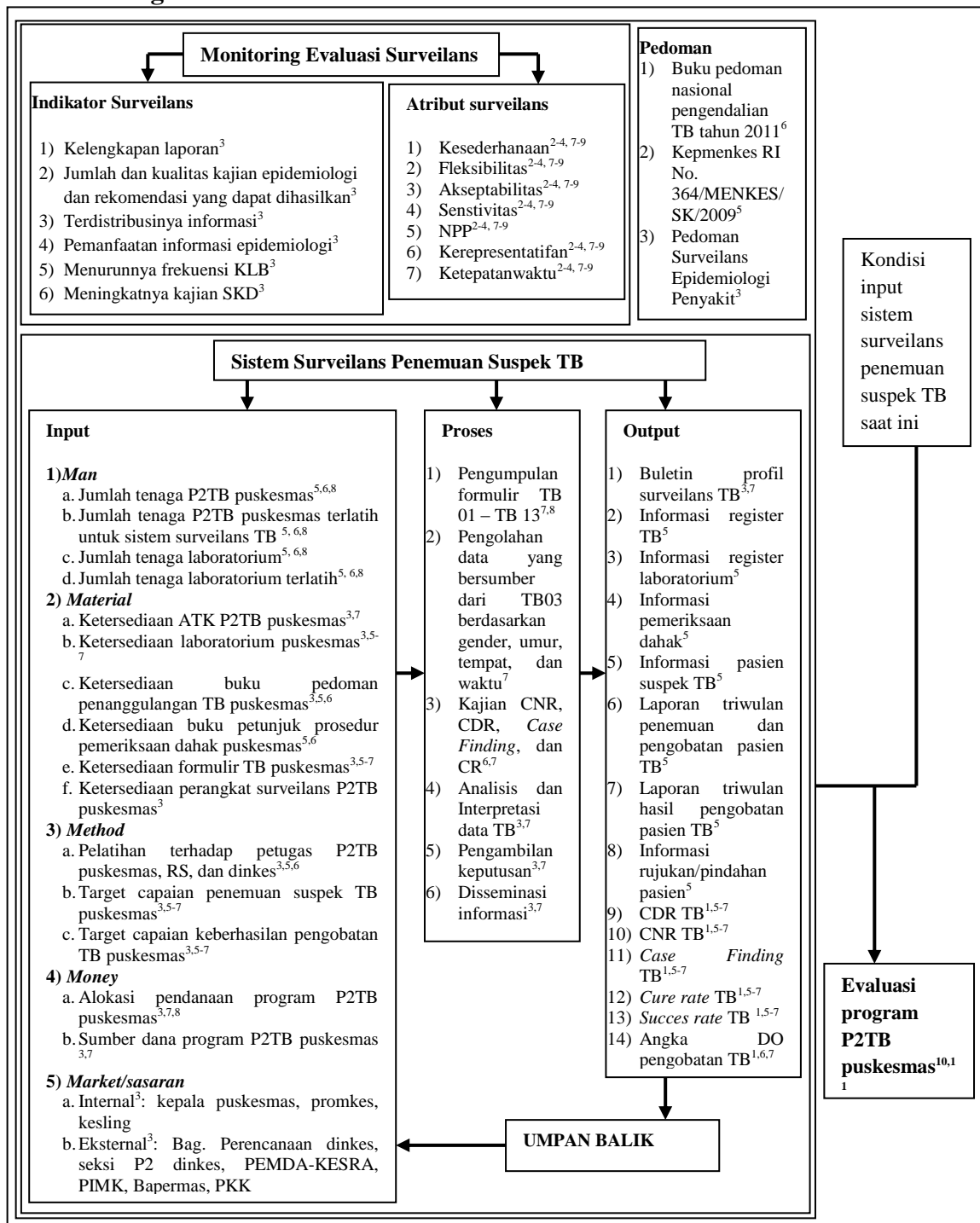
3) *Propriety* (Kepatutan)

Dalam mengevaluasi program harus memperhatikan atau melindungi hak-hak dan kesejahteraan individu-individu atau masyarakat yang terlibat atau paling merasakan dampak akibat dari pelaksanaan program.

4) *Accuracy* (Keakuratan)

Informasi dari hasil evaluasi hendaklah memiliki keakuratan atau ketepatan yang tinggi.

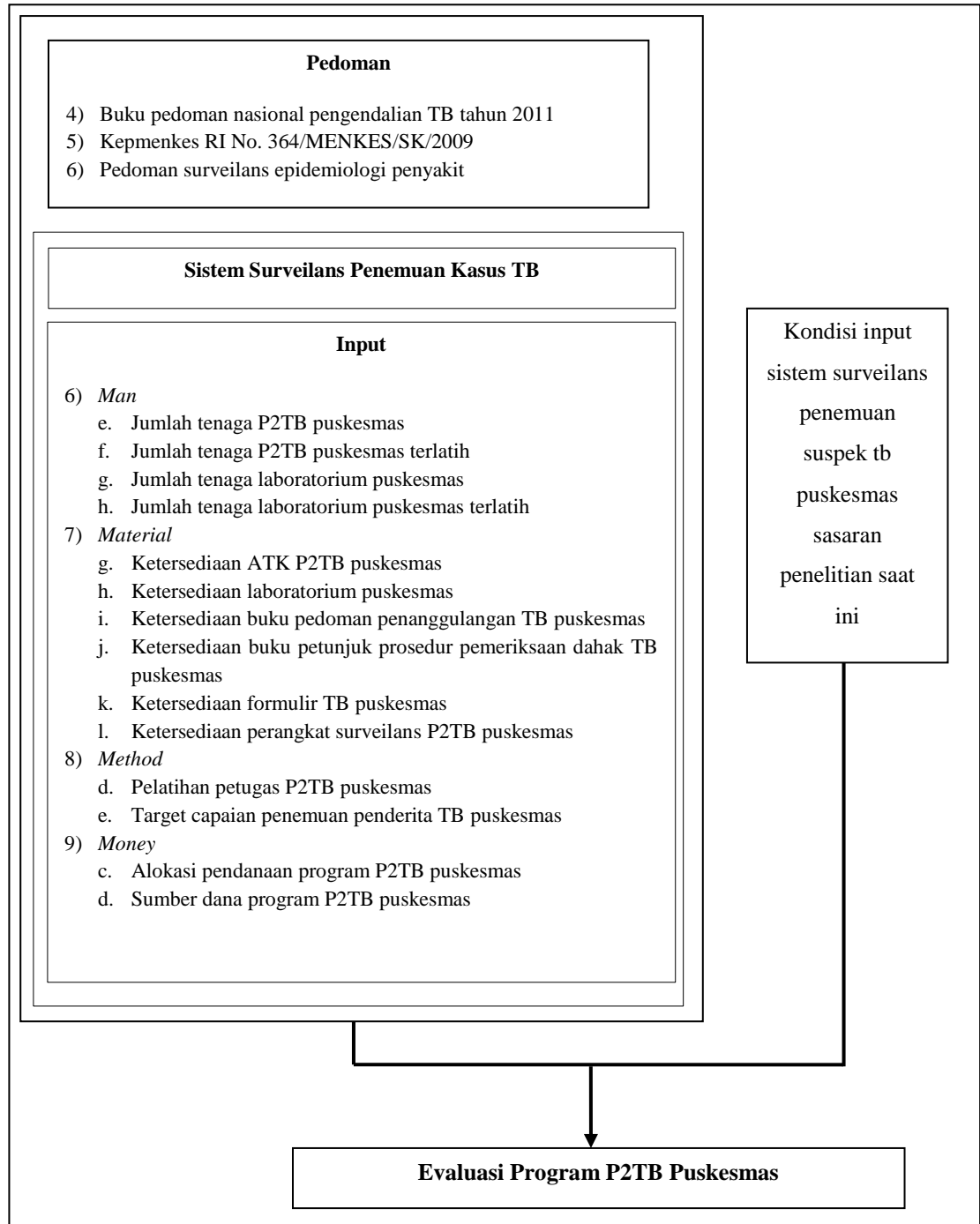
2.2. Kerangka Teori



Sumber: 1. Anonim; 2. CDC (2001); 3. Depkes (2003); 4. Hutahean (2010); 5. Kemenkes RI (2009); 6. Kemenkes RI (2011a); 7. Nizar (2010); 8. Amiruddin (2013); 9. Saeed KM, et al. (2013); 10. Azwar (2008); 11. Wijono (2001).

BAB III METODE PENELITIAN

3.1. Alur Pikir



Gambar 3.1. Alur Pikir

3.2. Fokus Penelitian

Fokus penelitian dan definisi operasional evaluasi input sistem surveilans TB di puskesmas wilayah kerja Dinkes Kabupaten Magelang adalah sebagai berikut:

1. Sistem Surveilans TB

Adalah semua kegiatan surveilans TB yang dilakukan oleh petugas P2TB baik tingkat puskesmas maupun tingkat kabupaten/kota sebagai dasar pengambilan keputusan atau kebijakan dalam Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Seksi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit terutama pada program P2TB (Depkes, 2003; Nizar, 2010). Dalam sistem surveilans TB terdapat input, proses, dan output.

2. Input

Adalah segala sesuatu yang dimasukkan ke dalam sistem surveilans TB yang terdiri dari unsur 5M (*man, material, method, money, dan market*) untuk diproses selanjutnya menghasilkan output (Depkes, 2003; Wijono, 2000).

Fokus penelitian dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1. Fokus Penelitian

Fokus Penelitian		Definisi Operasional
Input	Jumlah tenaga P2TB puskesmas	Informasi banyaknya SDM P2TB yang tersedia untuk menjalankan fungsinya sebagai petugas P2TB di puskesmas (Kemenkes, 2009; Depkes, 2011). Jumlah minimal petugas P2TB menurut Kemenkes (2009) dan Depkes (2011) antara lain:
	<i>Man</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk puskesmas rujukan mikroskopis dan puskesmas mandiri kebutuhan minimal tenaga terlatih adalah 1 dokter, 1 perawat/petugas TB, dan 1 petugas laboratorium 2. Puskesmas satelit kebutuhan minimal tenaga pelaksana adalah 1 dokter dan 1 perawat/petugas TB 3. Puskesmas pembantu kebutuhan minimal

		tenaga pelaksana adalah 1 perawat/petugas TB
		4. Informasi banyaknya SDM P2TB dibuktikan dengan surat tugas sebagai tenaga P2TB puskesmas.
	Jumlah tenaga P2TB puskesmas terlatih	Informasi banyaknya SDM P2TB puskesmas yang pernah mendapat pelatihan surveilans TB baik sebelum atau selama memegang program P2TB dengan jumlah minimal 1 orang yang dibuktikan dengan sertifikat pelatihan yang pernah diikuti (Kemenkes, 2009; Depkes, 2011).
	Jumlah tenaga laboratorium puskesmas	Informasi banyaknya SDM laboratorium puskesmas yang tersedia untuk menjalankan tugas dan fungsinya sebagai petugas laboratorium puskesmas dibuktikan dengan surat tugas. Jumlah minimal tenaga laboratorium puskesmas untuk tiap puskesmas adalah 1 orang (Depkes, 2011).
	Jumlah tenaga laboratorium puskesmas terlatih	Informasi banyaknya SDM laboratorium puskesmas yang pernah mendapat pelatihan pemeriksaan dahak mikroskopis pada suspek atau penderita TB. Jumlah minimal tenaga laboratorium puskesmas terlatih untuk tiap puskesmas adalah 1 orang yang dibuktikan dengan sertifikat pelatihan pemeriksaan dahak mikroskopis yang pernah diikuti (Kemenkes, 2009; Depkes, 2011).
<i>Material</i>	Ketersediaan ATK (Alat Tulis Kantor) P2TB puskesmas	Informasi mengenai ada/tidaknya media atau perlengkapan yang dimiliki dan dipakai petugas P2TB puskesmas dalam melaksanakan sistem surveilans TB, seperti printer, tinta printer, pulpen, kertas HVS kosong, kalkulator, pensil, penggaris, stempel beserta tinta (Depkes, 2003).
	Ketersediaan laboratorium puskesmas	Informasi mengenai ada/tidaknya bagian dari pelayanan laboratorium kesehatan di puskesmas yang mempunyai peran penting dalam penanggulangan TB berkaitan dengan kegiatan deteksi pasien TB paru, pemantauan keberhasilan pengobatan, serta menetapkan hasil akhir pengobatan TB (Depkes, 2009).
	Ketersediaan buku pedoman penanggulangan TB puskesmas	Informasi mengenai ada/tidaknya sebuah buku acuan dalam upaya menanggulangi TB puskesmas yang di dalamnya memuat indikator pengendalian TB, pengembangan sumber daya manusia, dan panduan pengisian formulir (Kemenkes, 2009; Depkes, 2011).
	Ketersediaan buku petunjuk prosedur pemeriksaan dahak TB puskesmas	Informasi ada atau tidaknya sebuah buku yang dijadikan sebagai acuan puskesmas dalam melakukan pemeriksaan dahak mikroskopis sesuai dengan prosedur yang benar guna menemukan

		penderita baru TB paru BTA positif (Depkes, 2009).
	Ketersediaan formulir puskesmas TB	Informasi ada/tidaknya, mencukupi atau tidaknya, dan cara pengadaan sebuah dokumen berupa lembaran-lembaran yang harus diisi tenaga P2TB puskesmas yang meliputi form TB01, TB02, TB04, TB 05, TB06, TB09, dan TB10 (Kemenkes, 2009; Nizar, 2010; Depkes, 2011).
	Ketersediaan perangkat surveilans puskesmas	Informasi ada atau tidaknya perlengkapan yang digunakan oleh tenaga P2TB puskesmas untuk pengumpulan data, pengolahan data, analisis data, menyimpan file, menyebarluaskan informasi, dan melaporkan data dalam pelaksanaan program P2TB yang terdiri dari perangkat lunak (Ms. Excel) dan perangkat keras yang berupa perangkat komputer dan alat komunikasi (<i>handphone</i> (HP), telepon, serta layanan internet) (Depkes, 2003).
	Pelatihan terhadap petugas puskesmas P2TB	Salah satu upaya peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang diberikan kepada petugas P2TB dalam rangka meningkatkan mutu dan kinerja petugas P2TB puskesmas (Kemenkes, 2007; Depkes, 2009).
<i>Method</i>		
	Target capaian penemuan penderita TB puskesmas	Deskripsi capaian persentase jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dan diobati dibandingkan jumlah pasien baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah kerja puskesmas tersebut (Kemenkes, 2009; Nizar, 2010). Target capaian penemuan penderita TB nasional adalah 70%.
<i>Money</i>	Alokasi pendanaan program puskesmas TB	Deskripsi ada/tidaknya serta cukup/tidaknya dana dan jumlah rupiah yang dialokasikan untuk pelaksanaan program surveilans TB puskesmas (Depkes, 2003).
	Sumber program puskesmas dana TB	Deskripsi sumber pendanaan untuk biaya surveilans penemuan penderita TB di tingkat puskesmas (Depkes, 2003).

3. Menurut Budioro (2002) dan Wijono (2000), evaluasi dapat diartikan sebagai proses membandingkan hasil dengan berbagai tolok ukur yang telah ditetapkan di awal program.

3.3. Jenis Dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan studi evaluasi. Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dikarenakan untuk menyelidiki, menemukan, menggambarkan, menjelaskan, menganalisis, dan mengevaluasi permasalahan kesehatan terutama sistem surveilans TB di puskesmas wilayah kerja Dinkes Kabupaten Magelang secara kualitatif, sehingga peneliti dapat menyampaikan hasil penelitian secara mendalam dan tidak bertujuan untuk digeneralisasikan (Ghony dan Fauzan, 2012; Saryono dan Mekar, 2013). Selain itu, dengan penelitian kualitatif, peneliti sendiri merupakan instrumen dalam pengumpulan data utama, sehingga peneliti dapat ikut berpartisipasi langsung di tempat penelitian untuk mengamati, mencatat, dan menganalisis informan atau hal yang ditemukan di tempat penelitian serta membuat laporan penelitian secara mendetail (Ghony dan Fauzan, 2012; Moleong, 2002; Sugiyono, 2008). Rancangan studi yang digunakan adalah studi evaluasi dikarenakan untuk melihat tingkat keberhasilan atau kemajuan program kesehatan yang dilaksanakan guna meningkatkan dan memperbaiki program tersebut (CDC, 2011; Notoatmodjo, 2010).

3.4. Sumber Informasi

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu berupa data primer dan sekunder yang akan diolah menjadi informasi sesuai kebutuhan.

3.4.1. Data Primer

Rincian data primer dalam beserta teknik pengambilan sampel (teknik *sampling*) dapat dilihat pada Tabel 3.2.

Tabel 3.2. Data Primer

Data	Sumber	Teknik <i>Sampling</i> , Kriteria Sampel	Teknik Pengumpulan Data
1. Jumlah tenaga P2TB puskesmas	1. Kepala puskesmas sasaran penelitian 2. Data kepegawaian		Studi dokumentasi
2. Jumlah tenaga P2TB puskesmas terlatih untuk sistem surveilans TB	Petugas P2TB puskesmas		Wawancara terstruktur dan studi dokumentasi
3. Jumlah tenaga laboratorium puskesmas	1. Kepala puskesmas sasaran penelitian 2. Data kepegawaian		Studi dokumentasi
4. Jumlah tenaga laboratorium puskesmas terlatih	Petugas laboratorium puskesmas	<i>Purposive sampling</i> , kriteria puskesmas yang dijadikan sampel yaitu: capaian penemuan penderita TB tertinggi dan terendah pada tahun 2013.	Wawancara terstruktur dan studi dokumentasi
5. Ketersediaan ATK	Petugas puskesmas		Observasi
6. Ketersediaan laboratorium puskesmas	Kepala puskesmas	Puskesmas yang akan dijadikan sampel atau informan utama adalah Puskesmas Salaman II dan puskesmas Sawangan II.	Observasi
7. Ketersediaan buku pedoman penanggulangan TB	Petugas puskesmas		Observasi
8. Ketersediaan buku petunjuk prosedur pemeriksaan dahak mikroskopis TB	1. Petugas puskesmas 2. Petugas laboratorium puskesmas		Observasi
9. Ketersediaan formulir TB (TB01-TB13)	Petugas puskesmas		Observasi
10. Ketersediaan perangkat surveilans	Petugas puskesmas		Observasi
11. Pelatihan petugas P2TB puskesmas	1. Kepala puskesmas		Wawancara terstruktur dan

	2. Petugas P2TB puskesmas	studi dokumentasi
12. Target penemuan penderita TB	Petugas P2TB puskesmas	Wawancara terstruktur dan studi dokumentasi
13. Alokasi pendanaan	1. Kepala puskesmas 2. Petugas P2TB puskesmas	Wawancara terstruktur dan studi dokumentasi
14. Sumber dana program P2TB	1. Kepala puskesmas 2. Petugas P2TB puskesmas	Wawancara terstruktur dan studi dokumentasi

Apabila data yang diperoleh dari informan belum mampu memberikan informasi yang memuaskan, maka ditentukan penambahan informan lain yang dapat digunakan sebagai sumber data dengan pertimbangan tertentu menggunakan teknik *snowball sampling* (Sugiyono, 2008).

3.4.2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan pelengkap dan penunjang data primer. Data sekunder dalam penelitian ini terdapat pada Tabel 3.3.

Tabel 3.3. Data Sekunder

Data	Sumber Referensi	Teknik Pengumpulan Data
1. Data TB tingkat dunia	WHO, 2013	Dokumentasi
2. Data TB tingkat Indonesia	Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011 dan 2012	Dokumentasi
3. Data TB tingkat Jawa Tengah	Profil Kesehatan Jawa Tengah Tahun 2011 dan 2012	Dokumentasi
4. Data TB tingkat Kabupaten Magelang	Profil Kesehatan Kabupaten Magelang Tahun 2009, 2010, 2011, dan 2012	Dokumentasi
5. Data laporan triwulanan TB Kabupaten Magelang tahun 2010-2012	Laporan triwulan TB Kabupaten Magelang tahun 2012	Dokumentasi

3.5. Instrumen Penelitian Dan Teknik Pengambilan Data

Instumen penelitian dan teknik pengambilan data yang akan digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 3.4.

Tabel 3.4. Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data

No.	Tujuan	Sasaran	Teknik Pengambilan Data	Instrumen
1.	Mengetahui jumlah tenaga P2TB puskesmas	1. Kepala Puskesmas 2. Data kepegawaian	Studi dokumentasi	Lembar dokumentasi
2.	Mengetahui jumlah tenaga P2TB puskesmas terlatih	Petugas puskesmas	1. Wawancara terstruktur 2. Studi dokumentasi	1. Pedoman wawancara terstruktur 2. Lembar dokumentasi
3.	Mengetahui jumlah tenaga laboratorium puskesmas	1. Kepala puskesmas 2. Data kepegawaian	Studi dokumentasi	Lembar dokumentasi
4.	Mengetahui jumlah tenaga laboratorium puskesmas terlatih	Petugas laboratorium puskesmas	1. Wawancara terstruktur 2. Studi dokumentasi	1. Pedoman wawancara terstruktur 2. Lembar dokumentasi
5.	Mengetahui gambaran ketersediaan ATK P2TB puskesmas	Petugas puskesmas	Observasi	Lembar observasi
6.	Mengetahui gambaran ketersediaan laboratorium puskesmas	Kepala puskesmas	Observasi	Lembar observasi
7.	Mengetahui gambaran ketersediaan buku pedoman penanggulangan TB puskesmas	Petugas puskesmas	Observasi	Lembar observasi
8.	Mengetahui gambaran ketersediaan buku petunjuk prosedur pemeriksaan dahak TB puskesmas	1. Petugas puskesmas 2. Petugas laboratorium	Observasi	Lembar observasi
9.	Mengetahui gambaran ketersediaan formulir TB (TB01-TB13)	Petugas puskesmas	Observasi	Lembar observasi
10.	Mengetahui gambaran ketersediaan perangkat surveilans puskesmas	Petugas puskesmas	Observasi	Lembar observasi
11.	Mengetahui gambaran pelatihan petugas puskesmas	1. Kepala puskesmas 2. Petugas puskesmas	1. Wawancara terstruktur 2. Studi dokumentasi	1. Pedoman wawancara terstruktur 2. Lembar

					dokumentasi
12.	Mengetahui gambaran target capaian penemuan penderita TB puskesmas	Petugas puskesmas	P2TB	1. Wawancara terstruktur 2. Studi dokumentasi	1. Pedoman wawancara terstruktur 2. Lembar dokumentasi
13.	Mengetahui gambaran alokasi pendanaan dalam pelaksanaan program P2TB puskesmas	1. Kepala puskesmas 2. Petugas puskesmas	P2TB	1. Wawancara terstruktur 2. Studi dokumentasi	1. Pedoman wawancara terstruktur 2. Lembar dokumentasi
14.	Mengetahui gambaran sumber dana dalam pelaksanaan program P2TB puskesmas	1. Kepala puskesmas 2. Petugas puskesmas	P2TB	1. Wawancara terstruktur 2. Studi dokumentasi	1. Pedoman wawancara terstruktur 2. Lembar dokumentasi

3.6. Prosedur Penelitian

Prosedur pelaksanaan penelitian terdiri dari tiga tahap antara lain tahapan pra penelitian, pelaksanaan penelitian, dan pasca penelitian.

3.6.1. Pra Penelitian

Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini antara lain:

- 1) Melakukan studi pustaka melalui dokumen-dokumen atau sumber-sumber yang relevan sebagai data sekunder.
- 2) Menyusun instrumen studi pendahuluan.
- 3) Melakukan studi pendahuluan ke instansi terkait yaitu Dinkes Kabupaten Magelang untuk menentukan besaran masalah yang sebenarnya dan untuk memantapkan keputusan pengambilan fokus penelitian.
- 4) Menyusun rancangan awal penelitian.
- 5) Pemantapan desain penelitian, fokus penelitian, dan penentuan informan.
- 6) Mempersiapkan instrumen penelitian.
- 7) Melakukan koordinasi dan proses perijinan penelitian.

3.6.2. Pelaksanaan Penelitian

Pada tahap ini, peneliti melakukan pengambilan data di lapangan dengan metode wawancara terstruktur, observasi, dan studi dokumentasi. Wawancara terstruktur dilakukan kepada informan dengan menggunakan pedoman wawancara terstruktur. Metode observasi dilakukan untuk mengamati ketersediaan *material* (sarana dan prasarana) yang digunakan dalam pelaksanaan sistem surveilans dalam penemuan penderita TB di tingkat puskesmas dengan menggunakan lembar observasi. Dokumentasi dalam penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan bukti sebagai penguat pernyataan informan dengan menggunakan lembar dokumentasi dan alat perekam.

3.6.3. Pasca Penelitian

Pada tahap ini peneliti melakukan kegiatan pemeriksaan keabsahan data, menganalisis data, menyajikan data, dan mengevaluasi berdasarkan pedoman yang ada, kemudian melakukan penarikan kesimpulan dan pemberian saran.

3.7. Pemeriksaan Keabsahan Data

Pemeriksaan keabsahan data dalam penelitian ini yaitu dengan menggunakan teknik triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut (Moleong, 2002). Pelaksanaan triangulasi ini adalah untuk mengkonfirmasi kebenaran informasi yang disampaikan oleh informan ketika dilakukan wawancara terstruktur. Dengan demikian, validasi silang antara sumber dapat dilakukan

sehingga hasil dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya. Rincian pemeriksaan keabsahan data dapat dilihat pada Tabel 3.5.

Tabel 3.5. Pemeriksaan Keabsahan Data

No.	Data	Sasaran	Triangulasi
1.	Jumlah tenaga P2TB puskesmas	1. Kepala puskesmas 2. Data kepegawaian	Kepala TU puskesmas
2.	Jumlah tenaga P2TB puskesmas terlatih untuk sistem surveilans TB	Petugas P2TB puskesmas	Kepala TU puskesmas
3.	Jumlah tenaga laboratorium puskesmas	1. Kepala puskesmas 2. Data kepegawaian	Kepala TU puskesmas
4.	Jumlah tenaga laboratorium puskesmas terlatih	Petugas laboratorium puskesmas	Kepala TU puskesmas
5.	Ketersediaan ATK P2TB puskesmas	Petugas P2TB puskesmas	Staf bagian administrasi puskesmas
6.	Ketersediaan laboratorium TB	Kepala puskesmas	Kepala TU puskesmas
7.	Ketersediaan buku pedoman penanggulangan TB	Petugas P2TB puskesmas	Petugas P2TB Dinkes Kabupaten Magelang
8.	Ketersediaan buku petunjuk prosedur pemeriksaan dahak TB puskesmas	1. Petugas P2TB puskesmas 2. Petugas laboratorium	Petugas P2TB Dinkes Kabupaten Magelang
9.	Ketersediaan formulir TB puskesmas	Petugas P2TB puskesmas	Petugas P2TB Dinkes Kabupaten Magelang
10.	Ketersediaan perangkat surveilans puskesmas	Petugas P2TB puskesmas	Staf bagian administrasi puskesmas
11.	Pelatihan terhadap petugas P2TB puskesmas	1. Kepala puskesmas 2. Petugas P2TB puskesmas	Petugas P2TB Dinkes Kabupaten Magelang
12.	Target capaian penemuan penderita TB puskesmas	Petugas P2TB puskesmas	Petugas P2TB Dinkes Kabupaten Magelang
13.	Alokasi pendanaan dalam pelaksanaan program P2TB puskesmas	1. Kepala puskesmas 2. Petugas P2TB puskesmas	1. Kepala TU puskesmas 2. Petugas P2TB Dinkes Kabupaten Magelang
14.	Sumber dana dalam pelaksanaan program P2TB puskesmas	1. Kepala puskesmas 2. Petugas P2TB puskesmas	1. Kepala TU puskesmas 2. Petugas P2TB Dinkes Kabupaten Magelang

3.8. Teknik Analisis Data

Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan akan dipelajari, serta membuat kesimpulan, sehingga mudah dipahami diri sendiri maupun orang lain (Sugiyono, 2008). Menurut Miles and Huberman dalam Ghony dan Fauzan (2012), langkah-langkah dalam proses analisis data adalah sebagai berikut:

1) Reduksi Data

Setelah peneliti melakukan pengambilan data di lapangan, maka akan diperoleh suatu data. Oleh karena itu perlu segera dilakukan analisis data melalui reduksi data. Reduksi data adalah suatu bentuk analisis yang merangkum, memfokuskan, menggolongkan, mengarahkan, menghilangkan yang tidak perlu, dan mengorganisasi dengan cara sedemikian rupa, sehingga kesimpulan akhir dapat ditarik dan diverifikasi. Dengan demikian, maka akan memberikan gambaran data yang lebih jelas dan mempermudah peneliti dalam pengambilan data selanjutnya serta mencarinya bila diperlukan.

2) Penyajian Data

Setelah melakukan reduksi data, maka langkah selanjutnya adalah melakukan penyajian data. Dalam penelitian kualitatif, penyajian data yang sering digunakan adalah bentuk uraian singkat yang bersifat naratif. Selain itu juga dapat disajikan dalam bentuk grafik, matrik, *network* (jejaring kerja), dan *chart*. Semua

itu dirancang untuk menggabungkan informasi yang tersusun agar mudah dipahami. Dengan demikian, peneliti sekaligus penganalisis dapat melihat apa yang sedang terjadi dan menentukan langkah selanjutnya.

3) Evaluasi

Peneliti melakukan evaluasi dengan cara membandingkan tataran ideal fokus penelitian berdasarkan “buku pedoman Surveilans Epidemiologi Penyakit dan Pedoman Nasional Penanggulangan TB” dengan kenyataan di tempat penelitian untuk diidentifikasi bagian fokus penelitian yang belum memenuhi pedoman tersebut, sehingga peneliti dapat mengidentifikasi masalah dan memberikan alternatif penyelesaian masalah yang didapatkan.

4) Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi

Penarikan kesimpulan dalam penelitian kualitatif dibuat didasarkan pada pemahaman terhadap data-data yang telah disajikan dengan menggunakan kalimat yang mudah dipahami dan mengacu pada pokok permasalahan yang diteliti.

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1. Gambaran Umum

4.1.1. Gambaran Umum Kabupaten Magelang

4.1.1.1. *Letak Geografis*

Kabupaten Magelang merupakan salah satu kabupaten yang ada di wilayah Provinsi Jawa Tengah. Secara geografis, Kabupaten Magelang terletak diantara $110^{\circ} - 01' - 51''$ Bujur Timur, $110^{\circ} - 26' - 58''$ Bujur Timur, $7^{\circ} - 19' - 13''$ Lintang Selatan dan $7^{\circ} - 42' - 16''$ Lintang Selatan. Kabupaten Magelang berbatasan dengan beberapa kabupaten/kota di Provinsi Jawa Tengah. Sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Semarang dan Kabupaten Temanggung, sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Purworejo dan Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Semarang dan Kabupaten Boyolali, sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Temanggung dan Kabupaten Wonosobo. Selain berbatasan dengan 5 kabupaten dan 1 daerah istimewa di sebelah utara, selatan, timur, dan barat Kabupaten Magelang juga berbatasan dengan Kota Magelang yang terletak di tengah-tengah.

4.1.1.2. *Letak Administratif*

Kabupaten Magelang secara administratif dibagi menjadi 21 kecamatan yang terdiri dari 367 desa dan 5 kelurahan. Luas wilayah Kabupaten Magelang kurang lebih $1.085,73 \text{ km}^2$ (108.573 ha) atau kurang lebih 3,34% dari luas wilayah Provinsi Jawa Tengah. Luas wilayah Kabupaten Magelang yang paling

besar yaitu Kecamatan Kajoran sebesar 83,41 km² atau 8.341 ha. Wilayah yang paling kecil wilayahnya yaitu Kecamatan Ngluwar sebesar 22,44 km² atau 2.244 ha.

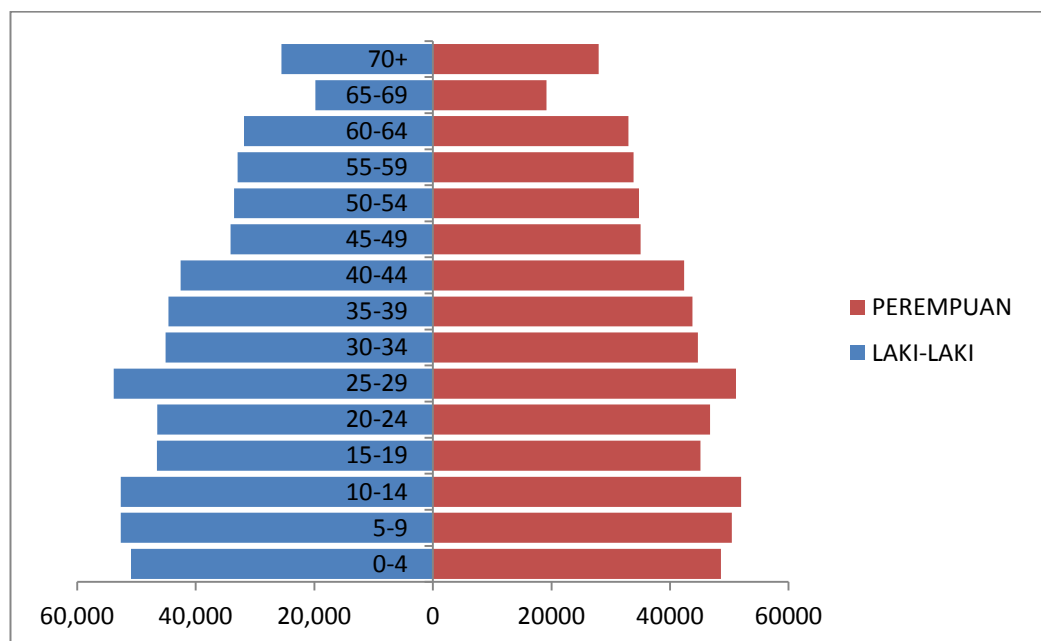
4.1.1.3. *Demografi*

4.1.1.3.1. *Kepadatan Penduduk*

Berdasarkan proyeksi laju pertumbuhan penduduk tahun 2013 menunjukkan bahwa jumlah penduduk Kabupaten Magelang tahun 2013 sebesar 1.219.371 jiwa. Jumlah penduduk Kabupaten Magelang terbesar berada di Kecamatan Mertoyudan yaitu sebesar 109.770 jiwa, sedangkan yang terkecil adalah Kecamatan Ngluwar yaitu sebesar 30.595 jiwa.

4.1.1.3.2. *Proporsi Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin*

Gambaran jumlah penduduk berdasarkan kelompok umur dan jenis kelamin di Kabupaten Magelang dapat dilihat pada piramida penduduk berikut.



Gambar 4.1. Piramida Penduduk Kab. Magelang Tahun 2013
(Sumber: BPS Kab. Magelang Tahun 2014)

Berdasarkan piramida penduduk di atas terlihat, bahwa jumlah penduduk paling besar berada kelompok umur 25-29 tahun, sedangkan penduduk paling kecil berada pada kelompok umur 65-69 tahun. Proporsi penduduk menurut jenis kelamin di Kabupaten Magelang tahun 2013 adalah cenderung seimbang dengan proporsi penduduk laki-laki lebih besar yaitu sejumlah 613.112 jiwa (50,17%) dibandingkan penduduk perempuan yaitu 608.569 jiwa (49,83%).

4.1.2. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang

4.1.2.1. *Visi, Misi, dan Struktur Organisasi Dinkes Kabupaten Magelang*

4.1.2.1.1. *Visi dan Misi Dinkes Kabupaten Magelang*

Visi Dinkes Kabupaten Magelang adalah “Terwujudnya Kabupaten Magelang Sehat Melalui Pelayanan Kesehatan Profesional didukung Kemandirian Masyarakat”. Misi dari Dinkes Kabupaten Magelang antara lain:

1. Meningkatkan profesionalisme sumber daya kesehatan.
2. Peningkatan aksesibilitas, pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat.
3. Mewujudkan ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau.
4. Menggerakkan kemitraan dan peran serta masyarakat dalam mewujudkan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.
5. Mewujudkan lingkungan sehat dan perilaku hidup sehat dalam mengendalikan dan mencegah penyakit serta penanggulangan penyakit luar biasa dan bencana.

6. Mewujudkan pembiayaan kesehatan masyarakat.
7. Mengembangkan perencanaan dan sistem informasi kesehatan yang terpadu dan terintegrasi.

4.1.2.1.2. Struktur Organisasi Dinkes Kabupaten Magelang

Struktur organisasi Dinkes Kabupaten Magelang terdiri atas:

1. Kepala Dinas
2. Sekretariat, terdiri atas:
 - a. Subbag Perencanaan Monitoring, Evaluasi, dan Pelaporan
 - b. Subbag Keuangan
 - c. Subbag Umum dan Kepegawaian
3. Bidang Pelayanan Kesehatan, terdiri atas:
 - a. Seksi Upaya Kesehatan dan Rujukan
 - b. Seksi Gizi
 - c. Seksi Kesehatan Keluarga
4. Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, terdiri atas:
 - a. Seksi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit
 - b. Seksi Surveilans dan Penanggulangan KLB
 - c. Seksi Penyehatan Lingkungan
5. Bidang Kemitraan dan Promosi Kesehatan, terdiri atas:
 - a. Seksi Pemberdayaan Masyarakat dan Kemitraan
 - b. Seksi Pembiayaan dan Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat
 - c. Seksi Promosi Kesehatan
6. Bidang Sumber Daya Kesehatan, terdiri atas:

- a. Seksi Pengembangan SDM dan Organisasi Profesi
 - b. Seksi Farmasi Makanan dan Perbekalan Kesehatan
7. Unit Pelaksana Teknis
 8. Kelompok Jabatan Fungsional

4.1.2.2. Tugas Pokok dan Fungsi Dinkes Kabupaten Magelang

Tugas pokok dan fungsi Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang antara lain:

1. Dinas kesehatan mempunyai tugas pokok melaksanakan urusan Pemerintah Daerah di bidang kesehatan berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan.
2. Untuk melaksanakan tugas pokok dan sebagaimana dimaksud dalam pasal (1) Dinas Kesehatan menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:
 - a) Perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan,
 - b) Pendukung atas penyelenggaraan pemerintah daerah di bidang kesehatan,
 - c) Pembinaan serta pelaksanaan tugas di bidang kesehatan,
 - d) Pelaksanaan pelayanan kesekretaritan dinas,
 - e) Pelaksana tugas lain dari bupati.
3. Untuk melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) maka Kepala Dinas memiliki tugas sebagai berikut:
 - a) Merumuskan kebijakan teknis di bidang kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan,
 - b) Merumuskan rencana strategis sebagai pedoman menyusun rencana kerja,
 - c) Menetapkan rencana kerja dinas sebagai pedoman melaksanakan tugas,

- d) Melaksanakan tugas sebagai pengguna anggaran dan pengguna barang sesuai ketentuan yang berlaku,
- e) Mengkoordinir pelaksanaan kegiatan secara internal dan eksternal demi kelancaran pelaksanaan tugas,
- f) Melaksanakan pembinaan serta monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan lingkup internal dinas guna mengendalikan pelaksanaan tugas,
- g) Melaksanakan sistem pengendalian internal pemerintah lingkup dinas,
- h) Menetapkan standar pelayanan publik dan standar operasional prosedur lingkup dinas,
- i) Melaporkan realisasi kegiatan dinas secara berkala maupun sewaktu sesuai ketentuan berlaku sebagai wujud pertanggungjawaban telah melaksanakan tugas,
- j) Membagi tugas dan memberi petunjuk kepada bawahan supaya diperoleh hasil optimal,
- k) Membina dan mengawasi pelaksanaan tugas bawahan untuk kelancaran pelaksanaan tugas,
- l) Membina dan mengawasi pengelolaan unit pelaksana teknis (UPT) dinas,
- m) Menilai prestasi kerja bawahan,
- n) Melaksanakan tugas lain dari bupati sesuai tugas pokok dan fungsi.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai evaluasi input sistem surveilans penemuan suspek TB di puskesmas wilayah kerja Dinkes Kabupaten Magelang tahun 2013 dapat disimpulkan bahwa:

1. Puskesmas sumber data merupakan puskesmas satelit. Ketersediaan tenaga P2TB di puskesmas sudah sesuai dengan pedoman Pengendalian TB Nasional. Namun, jumlah tenaga P2TB di puskesmas sumber masing-masing berjumlah 1 orang sehingga tidak sesuai dengan pedoman yang sedianya berjumlah 2 orang. Latar belakang pendidikan petugas pemegang program P2TB tidak sesuai dengan pedoman karena seharusnya pemegang program P2TB merupakan perawat tetapi di salah satu puskesmas merupakan bidan.
2. P2TB puskesmas sudah mendapat pelatihan *refreshing* TB tetapi pelatihan manajemen TB yang diikuti tidak lengkap sehingga belum sesuai dengan pedoman Pengendalian TB Nasional. Ketersediaan tenaga P2TB terlatih dalam manajemen program P2TB sudah sesuai dengan pedoman. Menurut pedoman, pelatihan yang harus diikuti oleh petugas P2TB antara lain pendidikan dan pelatihan dalam tugas yang berupa aspek klinis dan manajemen program berupa pelatihan dasar (pelatihan penuh, ulangan, *refreshing*, OJT) dan lanjutan.
3. Ketersediaan tenaga laboratorium puskesmas sudah sesuai dengan Permenkes Nomor 37 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Laboratorium Puskesmas,

tetapi belum ada tenaga non teknis karena seharusnya ada 1 tenaga teknis dan 1 tenaga non teknis. Latar belakang pendidikan tenaga laboratorium puskesmas sudah sesuai dengan pedoman yaitu DIII Analisis Kesehatan.

4. Ketersediaan tenaga laboratorium terlatih di puskesmas belum sesuai dengan pedoman Permenkes Nomor 37 tahun 2012. Dikarenakan petugas laboratorium di salah satu puskesmas sumber belum mendapatkan pelatihan.
5. Ketersediaan sarana dan prasarana Alat Tulis Kantor belum sesuai dengan pedoman Surveilans Epidemiologi Penyakit karena untuk kebutuhan pulpen, pensil, penggaris merupakan milik pribadi padahal seharusnya disediakan oleh puskesmas.
6. Ketersediaan laboratorium puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan mikroskopis TB sudah sesuai dengan pedoman nasional Pengendalian TB.
7. Ketersediaan buku pedoman penanggulangan TB sudah sesuai pedoman nasional Pengendalian TB karena tiap petugas P2TB puskesmas sudah memiliki buku tersebut.
8. Ketersediaan buku petunjuk prosedur pemeriksaan dahak TB di puskesmas tidak sesuai dengan pedoman nasional Pengendalian TB karena kedua puskesmas sumber tidak memiliki buku tersebut yang seharusnya tiap petugas laboratorium memilikinya.
9. Ketersediaan dan kecukupan formulir TB puskesmas sudah sesuai Kepmenkes RI No. 364/MENKES/SK/2009 dengan pedoman yaitu untuk puskesmas tersedia form TB 01, TB 02, TB 04, TB 05, TB 06, TB 09, dan TB 10.

10. Ketersediaan perangkat surveilans P2TB puskesmas sudah sesuai dengan pedoman Surveilans Epidemiologi Penyakit yaitu berupa alat komunikasi (telepon atau HP), komputer lengkap dengan program Ms. Excell, SIMPUS beserta layanan internet yang telah disediakan oleh puskesmas.
11. Ketersediaan target dan besar target penemuan suspek TB BTA positif sudah sesuai dengan pedoman nasional Pengendalian TB yaitu 70% dari jumlah penduduk yang berisiko tertular TB.
12. Pelatihan manajemen program dan aspek klinis TB terhadap petugas P2TB puskesmas tidak lengkap sehingga belum sesuai dengan pedoman nasional Pengendalian TB. Petugas P2TB puskesmas hanya mendapat pelatihan *refreshing* TB. Petugas laboratorium salah satu puskesmas mendapatkan pelatihan *refreshing* TB dan OJT, sedangkan petugas laboratorium di satu puskesmas yang lain belum mendapat pelatihan.
13. Sumber dana dan alokasi dana untuk program P2TB sudah sesuai dengan Petunjuk Teknis Penggunaan dana BOK yaitu sumber dana dari BOK (Bantuan Operasional Kesehatan) dan ada alokasi dana khusus untuk program P2TB puskesmas tetapi salah satu puskesmas mengalami kekurangan dana.

6.2. Saran

Berdasarkan simpulan hasil penelitian, beberapa saran yang dapat diberikan yaitu:

6.2.1. Bagi Pihak Dinkes Kabupaten Magelang

1. Sebaiknya Pihak Dinkes Kab. Magelang melakukan supervisi sekurang-kurangnya 3 bulan sekali terhadap petugas P2TB dan petugas laboratorium puskesmas yang telah mendapat pelatihan manajemen program TB.
2. Melakukan pendataan terhadap petugas P2TB dan petugas laboratorium yang belum mendapatkan pelatihan program TB untuk diberikan pelatihan awal.
3. Membuat kebijakan atau petunjuk teknis untuk melakukan pemeriksaan mikroskopis TB agar semua petugas laboratorium puskesmas di wilayah kerja Dinkes Kab. Magelang melakukan pemeriksaan tersebut sesuai dengan petunjuk teknis yang sama.

6.2.2. Bagi Pihak Puskesmas di Wilayah Kerja Dinkes Kabupaten Magelang

1. Memperkuat komitmen kerjasama lintas program maupun lintas sektor guna mensukseskan program P2TB di tingkat puskesmas.
2. Bersinergi dengan Dinkes Kabupaten Magelang untuk menentukan syarat minimal yang harus dipenuhi tenaga kesehatan puskesmas dan melakukan pendataan terkait pelatihan-pelatihan yang pernah diikuti oleh tenaga kesehatan puskesmas untuk memudahkan manajemen puskesmas dalam menentukan pemegang program sesuai kompetensi.
3. Memberikan SK atau surat delegasi dan uraian tugas bagi petugas pemegang program P2TB dan petugas laboratorium agar dapat menjalankan kewajiban, tugas, dan fungsinya lebih terarah, terencana, dan sesuai yang diharapkan.

6.2.3. Bagi Peneliti Selanjutnya

1. Dapat menggali informasi lebih dalam mengenai permasalahan rendahnya penemuan suspek pasien TB BTA positif di puskesmas wilayah kerja Dinkes Kabupaten Magelang.
2. Dapat melanjutkan dan mengembangkan penelitian Evaluasi Input Surveilans Penemuan Suspek TB di Puskesmas Wilayah Kerja Dinkes Kabupaten Magelang dengan tidak hanya meneliti mengenai input tetapi juga mencoba meneliti mengenai faktor proses dan output.

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, Dedi, 2011, *Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Jogjakarta: Nuha Medika.
- Amiruddin, Ridwan, 2012, *Kebijakan dan Respons Epidemik Penyakit Menular*, Bogor: IPB Press.
- , 2013, *Surveilans Kesehatan Masyarakat*, Bogor: IPB Press.
- Amsyah, Zulkifli, 2001, *Manajemen Sistem Informasi*, Jakarta: PT Gramedia.
- Anonim, 2013, *Indikator Program TB*, Sumatera Utara: Dept. Mikrobiologi USU.
- Arikunto, Suharsimi, 2002, *Prosedur Penelitian*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Arsyam, Ar Muhammad, 2013, *Evaluasi Penerapan Sistem Informasi Surveilans Berbasis EWARS dalam Upaya Deteksi Dini Kejadian Luar Biasa di Kabupaten Barru*, Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Azwar, Azrul, 2008, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Jakarta: Bina Aksara.
- B, Budioro, 2002, *Pengantar Administrasi Kesehatan Masyarakat*, Semarang: Undip.
- CDC, 2001, *Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance System*, MMWR, (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>).
- , 2011, *Introduction to Program Evaluation for Public Health Programs: A Self Study Guide*, U.S.A.: U.S. Department of Health and Human Service, Centers for Disease Control and Prevention, (<http://www.cdc.gov/eval/>).
- Depkes, 2003, *Surveilans Epidemiologi Penyakit (PEP) Edisi I*, Jakarta: Ditjend P2PL Depkes RI.
- , 2006, *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Edisi II*, Jakarta: Depkes RI.
- , 2009, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 364/MENKES/SK/V/2009 tentang Pedoman Penanggulangan TB*, Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang, 2012, *Profil Kesehatan Kabupaten Magelang 2011*, Magelang: Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang.
- , 2013, *Profil Kesehatan Kabupaten Magelang 2012*, Magelang: Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang.

- , 2014, *Profil Kesehatan Kabupaten Magelang 2013*, Magelang: Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang.
- Dinkes Prov. Jateng, 2006, *Pedoman Surveilans Penyakit*, Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Dinkes Prov. Jateng, 2010, *Pedoman Dasar Pelaksanaan Surveilans Provinsi Jawa Tengah*, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.
- , 2011, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2010*, Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- , 2012, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2011*, Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- , 2013, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2012*, Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Duhrai, Asti Pratiwi, 2013, *Kinerja Petugas Puskesmas Dalam Penemuan Penderita TB Paru di Puskesmas Kabupaten Wajo*, Skripsi, Universitas Hassanudin, Makassar, Diakses tanggal 17 Juni 2014, (http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/4237/Asti%20Pratiwi_K11109374.pdf?sequence=1).
- Ghony, Djunaidi dan Fauzan Almanshur, 2012, *Penelitian Kualitatif*, Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Hutahean, Esrawati, 2010. *Evaluasi Sistem Surveilans Tuberkulosis Berdasarkan Komponen dan Atribut Sistem Surveilans di BP4 Surabaya*, Tesis, Universitas Airlangga, Surabaya.
- Imari, Sholah, *Rumusan Indikator Kinerja Surveilans*, Sabtu 26 Mei 2012, diakses tanggal 3 Juni 2014, (<http://www.majalahepidemiologi.blogspot.com/2012/05/indikator-kinerja-surveilans-pengertian.html>).
- Kemenkes, 2003, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1116/MENKES/SK/VIII/2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan*, Evaluasi, Jakarta: Kemenkes RI.
- , 2003, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1479/MENKES/SK/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular Terpadu*, Jakarta: Kemenkes RI.
- , 2004, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 949/MENKES/SK/VIII/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (KLB)*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kemenkes, 2004, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 81/MENKES/SK/I/2004 Tentang Pedoman Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota, Serta Rumah Sakit*, Jakarta: Kemenkes RI.

-----, 2006, *Kerangka Kerja Pengendalian TBC Indonesia 2006-2010*, Jakarta: Kemenkes RI.

-----, 2007, *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 370/MENKES/SK/III/2007 Tentang Standar Profesi Ahli Teknologi Laboratorium Kesehatan*, Jakarta: Kemenkes RI.

Kemenkes, 2009, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 364/MENKES/SK/2009 Tentang Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis*, Jakarta: Kemenkes RI.

-----, 2011a, *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberculosis*, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

-----, 2011b, *Strategi Nasional Pengendalian TB 2010–2014*, Jakarta: Kemenkes RI.

-----, 2012a, *Modul Pelatihan Pemeriksaan Mikroskopis TB*, Jakarta: Kemenkes RI.

-----, 2012b, *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 037 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Laboratorium Pusat Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: Kemenkes RI.

-----, 2012c, *Profil Kesehatan Indonesia 2011*, Jakarta: Kemenkes RI.

-----, 2012d, *Standar Prosedur Operasional Pemeriksaan Mikroskopis TB*, Jakarta: Kemenkes RI.

-----, 2013, *Profil Kesehatan Indonesia 2012*, Jakarta: Kemenkes RI.

-----, 2014a, *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan*, Jakarta: Kemenkes RI.

-----, 2014b, *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: Kemenkes RI.

KNCV, 2013, *Monitoring dan Evaluasi, Surveilans, Riset Operasional*, (<http://kncv.or.id/page/32/monitoring-evaluasi-surveilans-riset-operasional>).

Moleong, Lexy J., 2002, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

- Nizar, Muhammad, 2010, *Pemberantasan dan Penanggulangan Tuberkulosis*, Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Public Health, *Data Surveilans Kesmas*, Saturday 21 Sept 2013, diakses tanggal 9 Juni 2014, (<http://www.indonesia-publichealth.com/2013/09/pemafaatan-data-surveilans.html>).
- Saeed, KM, *et al.*, 2013. *Evaluation of The National Tuberculosis Surveillance System in Afghanistan*, *EMHJ*, Vol. 9, No. 2, 2013, hlm. 200-207.
- Salaman II, 2014, *Profil Kesehatan Puskesmas Salaman II Tahun 2013*, Salaman: Puskesmas Salaman II.
- Sawangan II, 2014, *Profil Kesehatan Puskesmas Sawangan II Tahun 2013*, Sawangan: Puskesmas Sawangan II.
- Saryono dan Mekar Dwi Anggraeni, 2010, *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*, Yogyakarta: NuhaMedika.
- Sugiarsi, Sri, 2005, *Pengembangan Sistem Informasi Surveilans TB untuk Mendukung Evaluasi Hasil Kegiatan P2TB di Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo*, Tesis, Universitas Diponegoro, Semarang.
- Sugiyono, 2008, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*, Bandung: Alfabet.
- Sulistya, Sulistya, 2006, *Evaluasi Kegiatan Pelaksanaan Surveilans Malaria di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman Tahun 2005*, Tesis, Universitas Diponegoro, Semarang.
- Usman, Husaini, 2011, *Manajemen: Teori, Praktik, dan Riset Pendidikan*, Jakarta: Bumi Aksara.
- WHO, 2011, *The Global Plan Stop TB 2011-2015*, Geneva, Switzerland: WHO.
- , 2012, *Global Tuberculosis Report 2012*, Geneva, Switzerland: WHO.
- Wijono, Djoko, 2000, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Surabaya: Airlangga University Press.
- Yulianita, Tri, *Surveilans Epidemiologi*, 08 April 2012, diakses tanggal 2 Juni 2014, (<http://triyulianita.blogspot.com/2012/04/surveilans-epidemiologi.html>).
- Zulkoni, Akhsin, 2011, *Parasitologi*, Yogyakarta: Nuha Medika.

Lampiran 1. Surat Tugas Pembimbing


KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
Nomor: 778/FIK/2013

Tentang
PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER
GASAL/GENAP
TAHUN AKADEMIK 2013/2014

Menimbang : Bahwa untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk menjadi pembimbing.

Mengingat : 1. SK. Rektor UNNES No. 164/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (S1) UNNES;
 2. SK Rektor UNNES No.162/O/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES;
 3. Undang-undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Tambahhar Lembaran Negara RI No.4301, penjelasan atas Lembaran Negara RI Tahun 2003 Nomor 78)

Menimbang : Usulan Ketua Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Tanggal 31 Oktober 2013

MEMUTUSKAN

Menetapkan :
PERTAMA : Menunjuk dan menugaskan kepada:
 Nama : Dina Nur Angraini Ningrum, S.KM
 NIP : 198109112005012002
 Pangkat/Golongan : III/A
 Jabatan Akademik : Asisten Ahli
 Sebagai Pembimbing
 Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :
 Nama : FENILA NOVANTY
 NIM : 6411410048
 Jurusan/Prodi : Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat
 Topik : epidemiologi penyakit menular

KEDUA : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Tembusan
 1. Pembantu Dekan Bidang Akademik
 2. Ketua Jurusan
 3. Dosen Pembimbing
 4. Petinggal


 DINA NUR ANGRAINI NINGRUM, M.Si.
 NIP. 198510191995031001

6411410048
 FM-03-AKD-24/Rev. 00

Lampiran 2. Surat Permohonan Ijin Penelitian dari Fakultas



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
Gedung F1 Lt. 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang 50229
Telepon: 024-8508007
Laman: <http://fik.unnes.ac.id>, surel: fik_unnes@telkom.net

Nomor : 3421/UN37.1.6/LT/2014
Lamp. : -
Hal : Ijin Penelitian

Kepada

Yth. Kepala Badan Penanaman Modal Daerah Jawa Tengah Semarang
di Semarang

Dengan Hormat,

Bersama ini, kami mohon ijin pelaksanaan penelitian untuk menyusun skripsi/tugas akhir oleh mahasiswa sebagai berikut:

Nama : FENILA NOVANTY
NIM : 6411410048
Program Studi : Kesehatan Masyarakat (Epidemiologi dan Biostatistik), S1
Topik : Evaluasi Input Sistem Surveilans Penemuan Suspek Tuberkulosis (TB)
di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Semarang, 6 Agustus 2014

Dr. H. Harry Pramono, M.Si.
NIP. 195910191985031001

Lanjutan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
 FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
 Gedung F1 Lt. 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang 50229
 Telepon: 024-8508007
 Laman: <http://fik.unnes.ac.id>, surel: fik_unnes@telkom.net

Nomor : 3422/UN37.1.6/LT/2014
 Lamp. : -
 Hal : Ijin Penelitian

Kepada
 Yth. Kepala Kesbangpolinmas Kabupaten Magelang
 di Kabupaten Magelang

Dengan Hormat,
 Bersama ini, kami mohon ijin pelaksanaan penelitian untuk menyusun skripsi/tugas akhir oleh mahasiswa sebagai berikut:

Nama : FENILA NOVANTY
 NIM : 6411410048
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat (Epidemiologi dan Biostatistik), S1
 Topik : Evaluasi Input Sistem Surveilans Penemuan Suspek Tuberkulosis (TB) di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Semarang, 6 Agustus 2014

M. Harry Pramono, M.Si.
 NIP. 195910191985031001

Lanjutan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
 Gedung F1 Lt. 2, Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang 50229
 Telepon: 024-8508007
 Laman: <http://fik.unnes.ac.id>, surel: fik_unnes@telkom.net

Nomor : 3423/UN37.1.6/LT/2014
 Lamp. : -
 Hal : Ijin Penelitian

Kepada
 Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang
 di Kabupaten Magelang

Dengan Hormat,
 Bersama ini, kami mohon ijin pelaksanaan penelitian untuk menyusun skripsi/tugas akhir oleh mahasiswa sebagai berikut:

Nama : FENILA NOVANTY
 NIM : 6411410048
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat (Epidemiologi dan Biostatistik), S1
 Topik : Evaluasi Input Sistem Surveilans Penemuan Suspek Tuberkulosis (TB) di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Semarang, 6 Agustus 2014

(Signature)
 A. Harry Pramono, M.Si.
 NIP. 195910191985031001

Lampiran 3. Surat Rekomendasi Penelitian dari BPMD Jawa Tengah

	PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH BADAN PENANAMAN MODAL DAERAH
	Alamat : Jl. Mgr. Soegiopranoto No. 1 Telepon : (024) 3547091 – 3547438 – 3541487 Fax : (024) 3549560 E-mail : bpmd@jatengprov.go.id http://bpmd.jatengprov.go.id Semarang - 50131

Nomor : 090/1042 Lampiran : 1 (Satu) Lembar Perihal : <u>Rekomendasi Penelitian</u>	Semarang, 07 Agustus 2014 Kepada Yth. Bupati Magelang u.p. Kepala Kantor Kesbangpol Kab. Magelang
---	---

Dalam rangka memperlancar pelaksanaan kegiatan penelitian bersama ini terlampir disampaikan Rekomendasi Penelitian Nomor 070/1711/04.1/2014 Tanggal 07 Agustus 2014 atas nama FENILA NOVANTY dengan judul proposal EVALUASI INPUT SISTEM SURVEILANS PENEMUAN SUSPEK TUBERKULOSIS (TB) DI PUSKESMAS WILAYAH KERJA DINAS KESEHATAN KABUPATEN MAGELANG, untuk dapat ditindaklanjuti.

Demikian untuk menjadi maklum dan terimakasih.

KEPALA BADAN PENANAMAN MODAL DAERAH
 PROVINSI JAWA TENGAH

 H. YUN ASTUTI, MA.
 Pembina Utama Muda
 NIP.19620621 198709 2 001

Tembusan :

1. Gubernur Jawa Tengah (sebagai laporan);
2. Kepala Badan Kesbangpol dan Linmas Provinsi Jawa Tengah;
3. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang;
4. Sdr. FENILA NOVANTY;
5. Arsip,-

UPT PTSP BPMD 07/08/2014



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
BADAN PENANAMAN MODAL DAERAH**

Alamat : Jl. Mgr. Soegiopranoto No. 1 Telepon : (024) 3547091 – 3547438 – 3541487
Fax : (024) 3549560 E-mail : bpmd@jatengprov.go.id <http://bpmd.jatengprov.go.id>
Semarang - 50131

REKOMENDASI PENELITIAN

NOMOR : 070/1711/04.1/2014

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tanggal 20 Desember 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian;
2. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Terpadu Satu Pintu Pada Badan Penanaman Modal Daerah Provinsi Jawa Tengah;
3. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 67 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Jawa Tengah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 27 Tahun 2014.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang Nomor : 3421/UN37.1.6/LT/2014 tanggal 06 Agustus 2014 Hal : Permohonan Ijin Penelitian.

Kepala Badan Penanaman Modal Daerah Provinsi Jawa Tengah, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : FENILA NOVANTY.
2. Alamat : Sengon Rt 006/Rw 003 Kel. Sengon, Kec. Tanjung, Kab. Brebes, Provinsi Jawa Tengah.
3. Pekerjaan : Mahasiswa.

- Untuk : Melakukan penelitian dalam rangka penyusunan skripsi dengan rincian sebagai berikut :
- a. Judul Proposal : EVALUASI INPUT SISTEM SURVEILANS PENEMUAN SUSPEK TUBERKULOSIS (TB) DI PUSKESMAS WILAYAH KERJA DINAS KESEHATAN KABUPATEN MAGELANG.
 - b. Tempat / Lokasi : 1. Dinas Kesehatan Kab. Magelang.
2. Puskesmas Salaman II Kab. Magelang.
3. Puskesmas Sawangan II Kab. Magelang.
 - c. Bidang Penelitian : Kesehatan Masyarakat.
 - d. Waktu Penelitian : Agustus s.d. September 2014.
 - e. Penanggung Jawab : Dina Nur Anggraini Ningrum, S.KM, M.Kes
 - f. Status Penelitian : Baru.
 - g. Anggota Peneliti : -
 - h. Nama Lembaga : Universitas Negeri Semarang.

Ketentuan yang harus ditaati adalah :

- a. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat setempat /Lembaga swasta yang akan di jadikan obyek lokasi;
- b. Pelaksanaan kegiatan dimaksud tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan;
- c. Setelah pelaksanaan kegiatan dimaksud selesai supaya menyerahkan hasilnya kepada Kepala Badan Penanaman Modal Daerah Provinsi Jawa Tengah;
- d. Apabila masa berlaku Surat Rekomendasi ini sudah berakhir, sedang pelaksanaan kegiatan belum selesai, perpanjangan waktu harus diajukan kepada instansi pemohon dengan menyertakan hasil penelitian sebelumnya;
- e. Surat rekomendasi ini dapat diubah apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.


Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Semarang, 07 Agustus 2014

KEPALA BADAN PENANAMAN MODAL DAERAH
PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH



Lampiran 4. Surat Rekomendasi Ijin Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Magelang

 **PEMERINTAH KABUPATEN MAGELANG**
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Soekarno-Hatta No. 007, ☎ (0293) 788616
KOTA MUNGKID 56511

Kota Mungkid, 8 Agustus 2014.

Nomor : 070 / 571 / 14 / 2014
Lampiran : -
Perihal : Rekomendasi.


Yth,
Kepada :
Kepala Badan Penanaman Modal
dan Pelayanan Perijinan Terpadu
Kabupaten Magelang.

Di -
KOTA MUNGKID

1. Dasar : Surat dari BPMD Provinsi Jawa Tengah
Nomor : 070/1711/04.1/2014
Tanggal : 6 Agustus 2014
Tentang : Rekomendasi penelitian
2. Dengan hormat diberitahukan bahwa kami tidak keberatan atas pelaksanaan Penelitian/Riset/Survey/PKL di Kabupaten Magelang yang dilakukan oleh :
 - a. Nama : FENILA NOVANTY
 - b. Pekerjaan : Mahasiswi
 - c. Alamat : Sengon RT 006/RW 003 Kel Sengon Kec Tanjung Kab Brebes Provinsi Jawa Tengah
 - d. Penanggung Jawab : Dina Nur Anggraeni Ningrum, S.KM, M.Kes
 - e. Lokasi : Kabupaten Magelang
 - f. Waktu : Agustus s/d September 2014.
 - g. Tujuan : mengadakan penelitian dengan judul:
 * **EVALUASI INPUT SISTEM SURVEILANS PENEMUAN SUSPEK TUBERKULOSIS (TB) DI PUSKESMAS WILAYAH KERJA DINAS KESEHATAN KABUPATEN MAGELANG** *
3. Sebelum melakukan kegiatan, terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Pemerintah setempat untuk mendapat petunjuk seperlunya.
4. Pelaksanaan Penelitian/Survey/Riset tidak disalah gunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan, dan tidak membahas masalah politik dan/atau agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban.
5. Setelah pelaksanaan selesai agar menyerahkan hasilnya kepada Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Magelang.
6. Surat Rekomendasi ini dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang surat ini tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku.



Demikian untuk menjadikan periksa dan guna seperlunya.

An. KEPALA KANTOR KESBANGPOL
KABUPATEN MAGELANG
Kepala Seksi Politik dan Kewaspadaan Nasional


WARDI SUTRISNO, BA
Penata Tk. I
NIP. 19590205 198503 1 01

Tembusan,
1. Bupati Magelang (sebagai laporan).
2. Kepala Badan / Dinas / Kantor / Instansi Ybs.

Lampiran 5. Surat Keterangan Ijin Penelitian dari Badan Penanaman Modal dan Pelayan Perizinan Terpadu Kabupaten Magelang

	<p>PEMERINTAH KABUPATEN MAGELANG BADAN PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN PERIZINAN TERPADU Jl. Soekarno Hatta No. 20 (0293) 788249 Faks 789549 Kota Mungkid 56511</p>
	Kota Mungkid, 8 Agustus 2014
Nomor : 070 /260 / 59 /2014	Yth Kepada : FENILA NOVANTY
Sifat : Amat segera	Sengon RT 006 RW 003 Desa Sengon
Perihal : Izin Penelitian	Kec.Tanjung Kab. Brebes
	di BREBES
<p>Dasar : Surat Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Magelang Nomor : 070 /571/14/2014 Tanggal 8 Agustus 2014, Perihal Kegiatan Rise/Penelitian/PKL di Kabupaten Magelang.</p>	
<p>Dengan ini kami tidak keberatan dan menyetujui atas pelaksanaan Kegiatan Riset/ Penelitian /PKL di Kabupaten Magelang yang dilaksanakan oleh Saudara :</p>	
Nama :	FENILA NOVANTY
Pekerjaan :	Mahasiswi , UNNES
Alamat :	Sengon RT 006 RW 003 Desa Sengon Kec. Tanjung Kab. Brebes
Penanggung Jawab :	Dina Nur Anggraeni Ningrum, S,KM, M.Kes
Lokasi :	Kabupaten Magelang
Waktu :	Agustus s.d September 2014
Peserta :	-
Tujuan :	Mengadakan Penelitian dengan Judul : " EVALUASI INPUT SISTEM SURVEILANS PENEMUAN SUSPEK TUBERKOLOSIS (TB) DI PUSKESMAS WILAYAH KERJA DINAS KESEHATAN KABUPATEN MAGELANG "
<p>Sebelum Melaksanakan Kegiatan Penelitian/PKL agar Saudara Mengikuti Ketentuan- ketentuan sebagai berikut :</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Melapor kepada Pejabat Pemerintah setempat untuk mendapat petunjuk seperlunya. 2. Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku 3. Setelah pelaksanaan kegiatan selesai agar melaporkan hasilnya kepada Kepala Badan Penanaman Modal dan Pelayanan Perizinan Terpadu Kabupaten Magelang 4. Surat izin dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku, apabila pemegang surat ini tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku. 	
Demikian untuk menjadikan periksa dan guna seperlunya	
	<p>An. PIt. KEPALA BADAN PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN PERIZINAN TERPADU KABUPATEN MAGELANG Kepala Bidang Pelayanan Perizinan</p>  TRI PURWANTI, S.Sos Pembina NIP. 19630811 198607 2 001
TEMBUSAN :	
1. Bupati Magelang	
2. Kepala Badan/ Dinas.Kantor/Instansi terkait	

Lampiran 6. Surat Keterangan Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten
Magelang



PEMERINTAH KABUPATEN MAGELANG
DINAS KESEHATAN
Jl. Soekarno-Hatta No. 47 Kota Mungkid Telp./ Fax. (0293) 789572
Magelang – Kotak Pos 56511

Magelang, 11 Agustus 2014

Nomor : 800.2/ 2919 /21/2014
Lamp. : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada:
Yth. 1. Kepala Bidang P2PL
2. Kepala Puskesmas se-Kabupaten
Magelang
3. Kepala PIMK
di
MAGELANG

Menindaklanjuti surat dari Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik
Pemerintah Kabupaten Magelang, Nomor: 070/571/14/2014 tanggal 8 Agustus 2014
tentang surat Permohonan Ijin Penelitian, atas nama:

Nama : Fenila Novanty
NIM/NIK/ID/NIP : 6411410048
Pekerjaan : Mahasiswi
Alamat : Gdg. F1 Lt. 2 Kampus Sekaran Gunungpati Semarang 50229
Instansi : Prodi. S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Semarang
Penanggung Jawab : Dina Nur Anggraeni Ningrum, S.KM, M.Kes.
Waktu : Agustus – Oktober 2014
Judul Penelitian : Evaluasi Input Sistem Surveilans Penemuan Suspek
Tuberkulosis (TB) di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas
Kesehatan Kabupaten Magelang

Untuk kelancaran kegiatan tersebut kami minta Saudara membantu memfasilitasi
dan memberikan data kaitannya dengan judul diatas, dan setelah selesai agar yang
bersangkutan menyerahkan laporannya ke Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang.
Demikian atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

A.n. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN MAGELANG
KABID. SUMBER DAYA KESEHATAN
DINAS KESEHATAN
SRI KUSWANTI S.ST
Pembina
NIP. 19590102 198007 2 001

Tembusan:
1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang sebagai laporan
2. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang

Lampiran 7. Penjelas Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
Kampus Sekaran Gunungpati Semarang 50229 Telp.(024) 7499375

PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fenila Novanty

NIM : 6411410048

Status : Mahasiswa Program Sarjana (S1) Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang

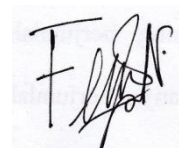
Bermaksud mengadakan penelitian yang berjudul “Evaluasi Input Sistem Surveilans Penemuan Suspek TB di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang”. Penelitian ini akan menggunakan desain kualitatif. Oleh karena itu, berikut ini saya menjelaskan beberapa hal terkait dengan penelitian yang akan saya lakukan, yaitu:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hasil Evaluasi Input Sistem Surveilans Dalam Kegiatan Penemuan Penderita TB di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang.
2. Manfaat penelitian ini secara garis besar adalah memperbaiki/ menyempurnakan Sistem Surveilans Penemuan Suspek TB di puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang.
3. Informan dalam penelitian ini adalah Kepala Puskesmas, tenaga surveilans P2TB Puskesmas, dan Tenaga Laboratorium Puskesmas dari Puskesmas yang menjadi sasaran penelitian di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang.
4. Pengambilan data dalam penelitian ini akan dilakukan dengan wawancara, observasi, dan dokumentasi.

5. Wawancara dilakukan secara terstruktur beberapa kali dengan informan dan berlangsung selama 60-90 menit untuk setiap informan atau sesuai kesepakatan. Selama wawancara berlangsung, informan diharapkan dapat menyampaikan informasi secara utuh.
6. Waktu dan tempat wawancara disesuaikan dengan keinginan informan.
7. Selama wawancara, peneliti akan menggunakan alat bantu penelitian berupa catatan, *camera*, dan *recorder* untuk membantu kelancaran pengumpulan data.
8. Semua catatan dan data yang berhubungan dengan penelitian ini akan disimpan dan dijaga kerahasiaannya.
9. Pelaporan hasil penelitian ini nantinya akan menggunakan kode, bukan nama sebenarnya dari informan.
10. Penelitian ini tidak akan berpengaruh terhadap penilaian kinerja anda dari atasan.
11. Informan dalam penelitian ini bersifat sukarela dan berhak untuk mengajukan keberatan pada peneliti jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan dan selanjutnya akan dicari penyelesaian masalahnya berdasarkan kesepakatan antara peneliti dan informan.
12. Setelah selesai dilakukan wawancara, peneliti akan memberikan transkrip hasil wawancara kepada informan untuk dibaca dan melakukan klarifikasi.

Semarang, Agustus 2014

Peneliti



(Fenila Novanty)

Lampiran 8. Pernyataan Kesiediaan Menjadi Informan Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
 Kampus Sekaran Gunungpati Semarang 50229 Telp.(024) 7499375

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI INFORMAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
 Tempat, Tanggal Lahir :
 Jabatan :

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat dari pengambilan data untuk penelitian yang berjudul “Evaluasi Input Sistem Surveilans Penemuan Suspek TB di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang”. Untuk itu secara sukarela saya menyatakan bersedia menjadi informan penelitian tersebut. Adapun bentuk kesediaan saya:

1. Saya bersedia ditemui dan memberikan keterangan yang sebenarnya sesuai data yang diperlukan untuk penelitian.
2. Saya tidak akan menuntut terhadap segala kemungkinan yang akan terjadi di dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan dengan penuh kesadaran tanpa paksaan.

Semarang, Agustus 2014

Informan

Peneliti

(.....)

(Fenila Novanty)

Lampiran 9. Instrumen Penelitian

**PEDOMAN WAWANCARA TERSTRUKTUR
EVALUASI INPUT SISTEM SURVEILANS PENEMUAN SUSPEK TB DI
PUSKESMAS WILAYAH KERJA DINAS KESEHATAN KABUPATEN
MAGELANG**

Subjek yang diwawancarai : Kepala Puskesmas

Kode Informan :

Hari, tanggal :

Nama UPK :

Petunjuk Umum Wawancara

1. Mengucapkan terima kasih atas kesediaan diwawancarai
2. Melakukan perkenalan dua arah, baik peneliti maupun informan mulai dari nama, umur, pendidikan, pekerjaan, jabatan.
3. Menjelaskan bahwa maksud dan tujuan wawancara adalah untuk mengetahui dukungan *input* (*Man* dan *Money*) dalam pelaksanaan kegiatan penemuan penderita di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang.
4. Dalam diskusi informan bebas mengeluarkan pendapat.
5. Menjelaskan bahwa pendapat, saran dan pengalaman informan sangat berharga.
6. Dalam wawancara tidak ada jawaban yang benar atau salah serta dijamin kerahasiaannya dan tidak akan berpengaruh terhadap penilaian atasan terhadap kinerja informan.

I. Identitas Informan

1. Nama :
2. No. HP :
3. Tanggal Lahir :
4. Jenis Kelamin : 1) Laki-laki 2) Perempuan
5. Pendidikan Terakhir :
6. Lama Bertugas Sebagai Kepala Puskesmas ini : tahun

Input Sistem Surveilans Dalam Kegiatan Penemuan Suspek TB

No.	Pertanyaan	Hasil Wawancara	Kode
II. Man (Sumber Daya Manusia) dalam Program P2TB puskesmas			
1.	Berapakah jumlah tenaga P2TB yang tersedia dalam puskesmas ini?		D.1 D.2
	Jumlah tenaga P2TB		D.3
	- Dokter		
	- Perawat		
	- Petugas laboratorium		
Tindak lanjut:			
III. Material (Sarana dan Prasarana) dalam Program P2TB Puskesmas			
1.	Bagaimanakah dengan ketersediaan laboratorium di puskesmas ini?		O
	Tindak lanjut:		
IV. Money (Pendanaan)			D.7
1.	Apakah ada dana yang dialokasikan khusus untuk pelaksanaan program/kegiatan P2TB? Jika tidak, mengapa?		
	2.	Berapa besar alokasi pendanaan untuk program P2TB?	
Tindak lanjut:			
3.	Apakah dana tersebut cukup untuk pelaksanaan program P2TB puskesmas? Jika tidak, mengapa?		D.7
4.	Darimanakah sumber dana tersebut berasal?		
Menyimpulkan wawancara:			
Terima kasih kepada yang diwawancarai dan memastikan bahwa beliau akan menerima salinan hasil wawancara.			
Komentar dan catatan umum:			

Lanjutan

**PEDOMAN WAWANCARA TERSTRUKTUR
EVALUASI INPUT SISTEM SURVEILANS PENEMUAN SUSPEK TB DI
PUSKESMAS WILAYAH KERJA DINAS KESEHATAN KABUPATEN
MAGELANG**

Subjek yang diwawancarai : Petugas P2TB Puskesmas

Kode Informan :

Hari, tanggal :

Nama UPK :

Petunjuk Umum Wawancara

1. Mengucapkan terima kasih atas kesediaan diwawancarai
2. Melakukan perkenalan dua arah, baik peneliti maupun informan mulai dari nama, umur, pendidikan, pekerjaan, jabatan.
3. Menjelaskan bahwa maksud dan tujuan wawancara adalah untuk mengetahui dukungan *input* (*Man, Material, Method, dan Money*) dalam pelaksanaan kegiatan penemuan penderita TB di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang.
4. Dalam diskusi informan bebas mengeluarkan pendapat.
5. Menjelaskan bahwa pendapat, saran dan pengalaman informan sangat berharga.
6. Dalam wawancara tidak ada jawaban yang benar atau salah serta dijamin kerahasiaannya dan tidak akan berpengaruh terhadap penilaian atasan terhadap kinerja informan.

I. Identitas Informan

1. Nama :
2. No. HP :
3. Tanggal Lahir :
4. Jenis Kelamin : 1) Laki-laki 2) Perempuan
5. Pendidikan Terakhir :
6. Lama Bertugas Sebagai Petugas P2TB Puskesmas ini : tahun

Input Sistem Surveilans Dalam Kegiatan Penemuan Penderita TB

No.	Pertanyaan	Hasil Wawancara					Kode
II. Man (Dukungan Sumber Daya Manusia) dalam Program P2TB puskesmas							
1.	Apakah pernah mendapat pelatihan surveilans TB?					D.4	
	Jenis Pelatihan	Pernah	Belum Pernah	Tanggal Pelatihan	Penyelenggara		Bukti
	a. Pelatihan surveilans TB						
	b. Pelatihan manajemen program penanggulangan TB						
Tindak lanjut:							
III. Material (Dukungan Sarana dan Prasarana) dalam Program P2TB puskesmas							
1.	Bagaimana dengan ketersediaan ATK (Alat Tulis Kantor) berikut:					O.1.a O.1.b O.1.c O.1.d O.1.e O.1.f O.1.g O.1.h O.1.i	
	Item (Jenis ATK)	Ada	Tidak ada				
	a. Pulpen						
	b. Pensil						
	c. Penggaris						
	d. Printer						
	e. Tinta printer						
	f. Kertas print/HVS kosong						
	g. Kalkulator						
	h. Stempel						
	i. Tinta stempel						
Tindak lanjut:							
2.	Bagaimana dengan ketersediaan buku pedoman penanggulangan tuberkulosis (TB) dan buku pedoman pemeriksaan mikroskopis dahak TB?					O.2 O.3	
	Jenis pedoman	Ada	Tidak ada	Tahun pengadaan			
	a. Buku pedoman penanggulangan tuberkulosis (TB)						
	b. Buku pedoman pemeriksaan mikroskopis dahak						

	TB							
Tindak lanjut:								
3.	Bagaimana ketersediaan formulir TB yang harus dikerjakan oleh pihak puskesmas berikut:						O.4.a	
	Nama formulir	Ketersediaan		Kecukupan		Cara pengadaan	O.4.b	
		Tersedia	Tidak tersedia	Cukup	Tidak cukup		O.4.c	
	a. TB-01						O.4.d	
	b. TB-02						O.4.e	
	c. TB-04						O.4.f	
	d. TB-05						O.4.g	
	e. TB-06							
	f. TB-09							
	g. TB-10							
Tindak lanjut:								
4.	Bagaimanakah dengan ketersediaan perangkat surveilans berikut:						O.5.a	
	Item	Ketersediaan					O.5.b	
		Tersedia	Tidak tersedia				O.5.c	
	a. Perangkat lunak/software (program Ms. Excel)							
	b. Seperangkat komputer							
	c. Alat komunikasi							
	- HP							
	- Telepon							
	- Jaringan internet							
Tindak lanjut:								
IV. Method (Dukungan Metode) dalam Program P2TB puskesmas								
1.	Apakah diberikan pelatihan terhadap petugas P2TB guna meningkatkan kinerja?						D.4	
	Jenis pelatihan	Pernah	Belum pernah	Tanggal pelatihan	Penye-lenggara	Bukti		
	a. Pelatihan surveilans TB							
	b. Pelatihan manajemen program penang-gulangan TB							
Tindak lanjut:								

2.	Ketersediaan Target Penemuan Penderita TB		D.6
	a. Seberapa besar target penemuan penderita TB puskesmas ini? Tindak lanjut:		
	b. Seberapa besar capaian target tersebut pada tahun 2012-2013? Tindak lanjut:		
V. Money (Dukungan Pendanaan) dalam Program P2TB puskesmas			
1.	Apakah tersedia dana khusus untuk pelaksanaan program P2TB? Tindak lanjut:		D.7
2.	Seberapa besar pengalokasian dana untuk program P2TB? Tindak lanjut:		
3.	Apakah dana tersebut mencukupi untuk pelaksanaan program P2TB puskesmas? Jika tidak, mengapa? Tindak lanjut:		
4.	Berasal dari manakah sumber pendanaan tersebut? Tindak lanjut:		
Menyimpulkan wawancara:			
Terima kasih kepada yang diwawancarai dan memastikan bahwa beliau akan menerima salinan hasil wawancara			
Komentar dan Catatan Umum:			

Lanjutan

**PEDOMAN WAWANCARA TERSTRUKTUR
EVALUASI INPUT SISTEM SURVEILANS PENEMUAN SUSPEK TB DI
PUSKESMAS WILAYAH KERJA DINAS KESEHATAN KABUPATEN
MAGELANG**

Subjek yang diwawancarai : Petugas Laboratorium Puskesmas

Kode Informan :

Hari, tanggal :

Nama UPK :

Petunjuk Umum Wawancara

1. Mengucapkan terima kasih atas kesediaan diwawancarai.
2. Melakukan perkenalan dua arah, baik peneliti maupun informan mulai dari nama, umur, pendidikan, pekerjaan, jabatan.
3. Menjelaskan bahwa maksud dan tujuan wawancara adalah untuk mengetahui dukungan *Man* dan *Material*) dalam pelaksanaan sistem surveilans dalam kegiatan penemuan penderita TB di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang.
4. Dalam diskusi informan bebas mengeluarkan pendapat.
5. Menjelaskan bahwa pendapat, saran dan pengalaman informan sangat berharga.
6. Dalam wawancara tidak ada jawaban yang benar atau salah serta dijamin kerahasiaannya dan tidak akan berpengaruh terhadap penilaian atasan terhadap kinerja informan.

I. Identitas Informan

1. Nama :
2. No. HP :
3. Tanggal Lahir :
4. Jenis Kelamin : 1) Laki-laki 2) Perempuan
5. Pendidikan Terakhir :
6. Lama Bertugas Sebagai Petugas Lab. Puskesmas ini : tahun

Input Sistem Surveilans Dalam Kegiatan Penemuan Penderita TB di Puskesmas

No	Pertanyaan	Hasil Wawancara					Kode
II. Man (Sumber Daya Manusia) P2TB puskesmas							
1.	Apakah pernah mendapat pelatihan pemeriksaan dahak mikroskopis TB?						D.4
	Jenis pelatihan	Per-nah	Belum pernah	Tgl pelatih-an	Penyeleng-gara	Bukti	
	Pelatihan pemeriksaan dahak mikroskopis TB						
	Tindak lanjut:						
III. Material (Sarana dan Prasarana) dalam Program P2TB puskesmas							
1.	Bagaimana dengan ketersediaan buku pedoman penanggulangan tuberkulosis (TB) dan buku pedoman pemeriksaan mikroskopis dahak TB?						O.2
	Jenis pedoman	Ada	Tidak ada	Tahun pengadaan			
	Buku pedoman pemeriksaan mikroskopis dahak TB						
	Tindak lanjut:						
2.	Bagaimana ketersediaan formulir TB-04 yang harus diisi oleh petugas laboratorium puskesmas berikut:						O.4.c O.4.d
	Nama formulir	Ketersediaan		Kecukupan		Cara pengadaan	
		Terse-dia	Tidak tersedia	Cukup	Tidak cukup		
	TB-04						
	TB-05						
	Tindak lanjut:						
IV. Method (Metode) dalam Program P2TB puskesmas							
1.	Apakah diberikan pelatihan terhadap petugas laboratorium guna meningkatkan kinerja?						D.5
	Jenis pelatihan	Per-nah	Belum pernah	Tgl pelatih-an	Penyeleng-gara	Bukti	
	Pelatihan pemeriksaan dahak mikroskopis TB						
	Tindak lanjut:						

Menyimpulkan wawancara: Terima kasih kepada yang diwawancarai dan memastikan bahwa beliau akan menerima salinan hasil wawancara.	
Komentar dan catatan umum:	

Lanjutan

Lembar Observasi Deskripsi *Material* (Sarana dan Prasarana) Program

P2TB puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang

Objek : Ketersediaan *material* dalam program P2TB puskesmas

Tujuan : Mendapatkan gambaran ketesediaan material dalam program P2TB

Nama UPK :



No.	Item Observasi	Ketersediaan		Keterangan
		Tersedia	Tidak tersedia	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	ATK (Alat Tulis Kantor)			
	a. Pulpen			
	b. Pensil			
	c. Penggaris			
	d. Printer			
	e. Tinta printer			
	f. Kertas HVS kosong			
	g. Kalkulator			
	h. Stempel			
	i. Tinta stempel			
2.	Buku pedoman penanggulangan TB			
3.	Buku petunjuk prosedur pemeriksaan dahak TB			
4.	Formulir TB			
	a. TB-01			
	b. TB-02			
	c. TB-04			
	d. TB-05			
	e. TB-06			
	f. TB-09			
	g. TB-10			
5.	Perangkat surveilans			
	d. Perangkat lunak/software (program Ms. Excel)			
	e. Seperangkat komputer			
	f. Alat komunikasi			
	- HP			
	- Telepon			
	- Jaringan internet			

Lanjutan

Lembar Dokumentasi**Evaluasi Input Sistem Surveilans Dalam Kegiatan Penemuan Penderita Tuberkulosis (TB) di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang**

Tanggal dan Jam	Dokumen	Sumber	No. Dokumen
	Data kepegawaian puskesmas: <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah tenaga P2TB - Jumlah tenaga laboratorium - Pendidikan terakhir - Lama bekerja - Riwayat pekerjaan/jabatan 		D.1
	SK petugas P2TB pukesmas		D.2
	SK petugas laboratorium puskesmas		D.3
	Sertifikat pelatihan yang diikuti oleh petugas P2TB puskesmas		D.4
	Sertifikat pelatihan yang diikuti petugas laboratorium puskesmas		D.5
	Target capaian penemuan suspek TB: <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah penduduk di wilayah kerja puskesmas - Laporan triwulanan TB puskesmas - Perkiraan jumlah kasus baru TB BTA positif yang ditemukan 		D.6
	Data Keuangan: <ul style="list-style-type: none"> - Laporan alokasi pendanaan Program P2TB - Rincian dana program P2TB - Sumber dana program P2TB 		D.7

Lampiran 10. Surat Keterangan telah Menyelesaikan Penelitian dari
Puskesmas Salaman II

	PEMERINTAH KABUPATEN MAGELANG PUSKESMAS SALAMAN II Jl. Raya Magelang-Purworejo Km.21 Krasak, Kec. Salaman Telp. (0293) 5516442	
Nomor	: 800/ 918 /X/2014	Salaman, 23 Oktober 2014
Lampiran	:	
Perihal	: Keterangan Selesai Pengambilan Data	
<p>Dengan hormat,</p> <p>Dengan ini kami selaku Kepala Puskesmas Salaman II Kecamatan Salaman, Kabupaten Magelang menyatakan bahwa:</p> <p>Nama : Fenila Novanty NIM : 6411410048 Jurusan : S1, Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang</p> <p>Judul Skripsi : Evaluasi Input Sistem Surveilans Penemuan Suspek Tuberkulosis (TB) di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang</p> <p>Mahasiswa tersebut telah selesai melakukan pengambilan data untuk kepentingan penyelesaian skripsi pada bulan September-Oktober 2014.</p> <p>Demikian untuk menjadikan periksa dan guna seperlunya.</p>		
<p>Kepala Puskesmas Salaman II</p>  <p><u>Sugeng Supriyanto, S.KM</u> NIP. 19631211 198805 1 007</p>		

Lampiran 11. Surat Keterangan telah Menyelesaikan Penelitian dari Puskesmas Sawangan II

 **PEMERINTAH KABUPATEN MAGELANG**
PUSKESMAS SAWANGAN II
Jl. Tembus Boyolali Km 6 Margowangsan Telp (0293) 782276

Sawangan , 19 Nopember 2014

Nomor : 800/ 698 /21.09//XI/2014
Lampiran :
Pe rihal : Keterangan Selesai Penelitian

Dengan hormat,
Dengan ini kami selaku Kepala Puskesmas Sawangan II Magelang menyatakan bahwa:

Nama : Fenila Novanty
NIM : 6411410048
Prodi : S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Semarang

Mahasiswa Program S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang telah selesai melakukan penelitian pada bulan September – Nopember 2014.

Demikian surat ini kami sampaikan, untuk menjadikan periksa dan digunakan seperlunya


Kepala Puskesmas Sawangan II

Dr. ROCHMI WARLIFAH
NIP. 19700224 200212 2 002

Lampiran 12. Hasil Observasi

Lembar Observasi Deskripsi *Material* (Sarana dan Prasarana) Program P2TB puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang

Objek : Ketersediaan *material* dalam program P2TB puskesmas

Tujuan : Mendapatkan gambaran ketesediaan material dalam program P2TB

I. Nama UPK : Puskesmas Salaman II

No.	Item Observasi	Ketersediaan		Keterangan
		Tersedia	Tidak tersedia	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	ATK (Alat Tulis Kantor)			
	a. Pulpen	✓		2 buah
	b. Pensil	✓		1 buah
	c. Penggaris	✓		1 buah
	d. Printer	✓		2 buah dalam kondisi baik
	e. Tinta printer	✓		2 buah
	f. Kertas HVS kosong	✓		1 rim ukuran F4
	g. Kalkulator	✓		1 buah dalam kondisi baik
	h. Stempel	✓		1 buah
	i. Tinta stempel	✓		1 buah
2.	Buku pedoman penanggulangan TB	✓		1 buah dipegang oleh pemegang program TB dengnn tahun keluaran 2008
3.	Buku petunjuk prosedur pemeriksaan dahak TB		✓	
4.	Formulir TB			
	a. TB-01	✓		Berupa cetakan/buku diperoleh dari Dinkes Kab. Magelang dan ketersediaannya cukup
	b. TB-02	✓		
	c. TB-04	✓		
	d. TB-05	✓		
	e. TB-06	✓		
	f. TB-09	✓		
	g. TB-10	✓		
5.	Perangkat surveilans			
	1. Perangkat lunak/software (program Ms. Excel)	✓		Kondisi baik (masih bisa digunakan)
	2. Seperangkat komputer	✓		Kondisi baik (masih bisa digunakan), terdapat di ruang TU dan SIMPUS

3. Alat komunikasi			
- HP	✓		Kondisi baik (masih bisa digunakan) HP milik pribadi tetapi pemegang program P2TB tidak memiliki HP Telp. : ada di ruang TU
- Telepon	✓		
- Jaringan internet	✓		Menggunakan layanan Speedy

II. Nama UPK : Puskesmas Sawangan II

No.	Item Observasi	Ketersediaan		Keterangan
		Tersedia	Tidak tersedia	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	ATK (Alat Tulis Kantor)			
	a. Pulpen	✓		3 buah
	b. Pensil	✓		1 buah
	c. Penggaris	✓		1 buah
	d. Printer	✓		3 buah dalam kondisi baik
	e. Tinta printer	✓		2 buah
	f. Kertas HVS kosong	✓		2 rim ukuran F4
	g. Kalkulator	✓		1 buah dalam kondisi baik
	h. Stempel	✓		1 buah
	i. Tinta stempel	✓		1 buah
2.	Buku pedoman penanggulangan TB	✓		1 buah dipegang oleh pemegang program TB dengan tahun keluaran 2008
3.	Buku petunjuk prosedur pemeriksaan dahak TB		✓	
4.	Formulir TB			
	a. TB-01	✓		Berupa cetakan/buku diperoleh dari Dinkes Kab. Magelang dan ketersediaannya cukup
	b. TB-02	✓		
	c. TB-04	✓		
	d. TB-05	✓		
	e. TB-06	✓		
	f. TB-09	✓		
	g. TB-10	✓		
5.	Perangkat surveilans			
	1. Perangkat lunak/software (program Ms. Excel)	✓		Kondisi baik (masih bisa digunakan)
	2. Seperangkat komputer	✓		Kondisi baik (masih bisa digunakan), terdapat di ruang TU, Administrasi, dan SIMPUS

3. Alat komunikasi			
- HP	✓		Kondisi baik (masih bisa digunakan) HP milik pribadi Telp. : ada di ruang TU
- Telepon	✓		
- Jaringan internet	✓		Menggunakan layanan Speedy

Lanjutan

Lembar Dokumentasi

**Evaluasi Input Sistem Surveilans Dalam Kegiatan Penemuan Penderita
Tuberkulosis (TB) di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang**

I. Nama UPK : Puskesmas Salaman II

Tanggal dan Jam	Dokumen	Ada	Tidak Ada	Sumber	Keterangan
	Data kepegawaian puskesmas: 1. Jumlah tenaga P2TB 2. Jumlah tenaga laboratorium 3. Pendidikan terakhir 4. Lama bekerja 5. Riwayat pekerjaan/jabatan	✓		Kepegawaian Puskesmas	Hanya ada data jumlah tenaga puskesmas dan tingkat pendidikan tenaga puskesmas
	SK petugas P2TB puskesmas	✓		Petugas P2TB	Berupa surat delegasi
	SK petugas laboratorium puskesmas		✓		
	Sertifikat pelatihan yang diikuti oleh petugas P2TB puskesmas	✓		Petugas P2TB	
	Sertifikat pelatihan yang diikuti petugas laboratorium puskesmas	✓		Petugas laboratorium	
	Target capaian penemuan suspek TB: 1. Jumlah penduduk di wilayah kerja puskesmas 2. Laporan triwulanan TB puskesmas 3. Perkiraan jumlah	✓		Staff TU dan Petugas P2TB	Hanya ada data No. 1

	kasus baru TB BTA positif yang ditemukan				
	Data Keuangan: 1. Laporan alokasi pendanaan Program P2TB 2. Rincian dana program P2TB 3. Sumber dana program P2TB		✓		Petugas P2TB tidak bersedia menunjukkan data tersebut

II. Nama UPK : Puskesmas Sawangan II

Tanggal dan Jam	Dokumen	Ada	Tidak Ada	Sumber	Keterangan
	Data kepegawaian puskesmas: 1. Jumlah tenaga P2TB 2. Jumlah tenaga laboratorium 3. Pendidikan terakhir 4. Lama bekerja 5. Riwayat pekerjaan/jabatan	✓		Kepegawaian Puskesmas	
	SK petugas P2TB puskesmas		✓		
	SK petugas laboratorium puskesmas		✓		
	Sertifikat pelatihan yang diikuti oleh petugas P2TB puskesmas	✓		Petugas P2TB	
	Sertifikat pelatihan yang diikuti petugas laboratorium puskesmas		✓		Belum pernah mengikuti pelatihan dari Dinkes Prov. Jateng
	Target capaian penemuan suspek TB:	✓		Staff TU dan Petugas P2TB	Hanya ada data No. 1

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah penduduk di wilayah kerja puskesmas 2. Laporan triwulanan TB puskesmas 3. Perkiraan jumlah kasus baru TB BTA positif yang ditemukan 				
	<p>Data Keuangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Laporan alokasi pendanaan Program P2TB 2. Rincian dana program P2TB 3. Sumber dana program P2TB 		✓		Hanya bersedia menunjukkan biaya kunjungan suspek

Lampiran 14. Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Wawancara terstruktur dengan kepala puskesmas



Gambar 2. Wawancara terstruktur dengan pemegang program P2TB puskesmas



Gambar 3. Wawancara terstruktur dengan Petugas Laboratorium Puskesmas



Gambar 4. Wawancara terstruktur dengan informan triangulasi