

# **Edukasi Kepatuhan Berobat Pada Pasien TB Dengan Pendekatan Modal Sosial Kognitif Di Puskesmas Keputih Surabaya**

Asri<sup>1\*</sup>, Reliani.<sup>1</sup>, Anis Rosyiatul Husna<sup>1</sup>, Minda Septiayana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya

\*email: [kacungasri@gmail.com](mailto:kacungasri@gmail.com)

## **RINGKASAN**

Surabaya dengan jumlah penduduk sebanyak 2.848.583 jiwa ditemukan kasus suspek Tuberculosis (TB) sebanyak 16.616 jiwa dan dengan BTA + sebanyak 2.330 jiwa. Berdasarkan data dinkes kota Surabaya 2015 prevalensi penyakit TB tertinggi di Kecamatan Tandes yaitu ditemukan sebanyak 551 jiwa dengan suspek TB dan 114 jiwa ditemukan dengan BTA +. Tim telah melakukan observasi lapangan tentang pemahaman dan pelaksanaan Manajemen TB, wawancara dengan pihak kecamatan, dinas kesehatan, petugas puskesmas, kader, kelurahan, PMO, penderita tentang pemahaman dan pelaksanaan Manajemen TB, dilanjutkan dengan focus group discussion (FGD). Data kualitatif dalam tahap pra pengembangan model disosialisasikan. Hasil dari pengabdian didapatkan 3 tema utama dan subtheme sebagai berikut: 1. Manajemen TB Komunitas dengan sub tema a. tingkat kewaspadaan ( i. Kemudahan proses administrasi, ii. Efek samping, iii. Kepatuhan ); b. Pelayanan ( i. Fasilitas kesehatan, ii. Dukungan sosial ); c. Pendidikan ( i. Stigma dan mitos, ii. Kesadaran akan bahaya TB); 2. Perspektif Tenaga kesehatan dengan sub tema a. Faktor individu (i. Keterlambatan diagnosis, ii. Beban finansial); b. Pelatihan tenaga kesehatan ( i. Perbanyak pelatihan, ii. Kekurangan tenaga dan sumberdaya); 3. Perspektif kader TB dengan sub tema a. Altruism sebagai faktor motivasional, b. kekurangan kader muda, c. Identifikasi kebutuhan akan peningkatan keahlian dan pelatihan.

**Kata Kunci : Edukasi, Kepatuhan, Pasien TB, Modal Sosial Kognitif, Puskesmas**

### **1.1 Latar Belakang**

*World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa *Tuberculosis* (TB) merupakan masalah kedaruratan global bagi kemanusiaan dan masih menjadi permasalahan penting diberbagai Negara belahan dunia. Di

Indonesia, walaupun strategi DOTS telah terbukti sangat efektif untuk pengendalian TB, tetapi beban penyakit TB di masyarakat masih sangat tinggi. Hal ini karena penerapan strategi DOTS dan program-program penanganan TB dalam penerapannya masih memiliki

tantangan dan masalah di masyarakat. Kendala utamanya adalah kegagalan untuk memobilisasi semua kapasitas masyarakat, melibatkan anggota masyarakat untuk berpartisipasi, dan ketidakjelasan bentuk kontribusi dan siapa yang harus terlibat dalam kegiatan Program Penanganan TB yang mempengaruhi keberlanjutan dan efektivitas program (Depkes RI 2012).

Beberapa upaya yang dilakukan pemerintah untuk menangani TB sampai menghilangkan angka kejadian TB melalui berbagai macam kebijakan dan berbagai program belum mampu menjawab permasalahan yang ada. Sebuah program perlu diadakan melalui pemberdayaan dan pengembangan masyarakat yang dilakukan secara berkelanjutan disertai upaya pemantauan dari petugas kesehatan setempat. Tingkat keberhasilan dan efektivitas program-program tersebut terutama tergantung pada kesiapan kapasitas masyarakat untuk menerima dan menerapkan

program-program tersebut. (Taman dan Lloyd, 2004).

Di Indonesia program utama dalam penanganan kasus TB yaitu dengan menggunakan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*). Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien. Strategi ini akan memutuskan penularan TB, dengan demikian juga akan menurunkan angka kejadian TB di masyarakat. Namun pada penerapannya Fasilitas Pelayanan Kesehatan tidak semuanya menangani pasien TB dengan sistem DOTS. Implementasi dan akselerasi DOTS di Fasilitas Pelayanan Kesehatan selain Puskesmas di Indonesia tahun 2010 menunjukkan bahwa hanya 30% rumah sakit telah menerapkan strategi DOTS. Untuk praktik swasta, strategi DOTS belum diimplementasikan secara sistematis (Stranas TB 2011).

Propinsi Jawa Timur merupakan salah satu propinsi di Indonesia yang masih mengalami masalah dalam penanggulangan penyakit tuberkulosis dengan prevalensi 110 per 100.000

penduduk. Di Surabaya dengan jumlah penduduk sebanyak 2.848.583 jiwa ditemukan kasus suspek TB sebanyak 16.616 jiwa dan dengan BTA + sebanyak 2.330 jiwa. Berdasarkan data Dinkes kota Surabaya 2015 prevalensi pen1.yakit TB tertinggi di Kecamatan Tandes yaitu ditemukan sebanyak 551 jiwa dengan suspek TB dan 114 jiwa ditemukan dengan BTA +. (Dinkes Kota Surabaya 2015). Pada tahun 2016 Ditemukan sebanyak 109 TB jiwa TB baru dengan keseluruhan jumlah penderita TB adalah 170 dengan angka Sukses Rate sejumlah 88,64% (Dinkes Kota Surabaya 2016). Angka ini termasuk dari tiga besar kejadian TB di Kota Surabaya.

Pemberdayaan Masyarakat dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan merupakan upaya untuk menumbuhkembangkan kemampuan masyarakat agar secara mandiri memiliki pengetahuan dan ketrampilan di bidang kesehatan. Upaya pemberdayaan ini merupakan upaya yang sangat penting. Dalam UU Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana

dinyatakan bahwa setiap orang berkewajiban menjaga kehidupan sosial masyarakat yang harmonis, memelihara keseimbangan, keserasian, keselarasan, dan kelestarian fungsilingkungan hidup; melakukan kegiatan penanggulangan bencana; dan memberikan informasi yang benar kepada publik tentang penanggulangan bencana.

Upaya pemberdayaan masyarakat harus dimulai dari pengenalan masalah dan potensi spesifik daerah, oleh karenanya diperlukan pendelegasian wewenang lebih besar kepada daerah. Kesiapan daerah dalam menerima dan menjalankan kewenangannya sangat dipengaruhi oleh tingkat kapasitas daerah yang meliputi perangkat organisasi dan sumber daya manusianya, serta kemampuan fiskal. Tujuan pemberdayaan masyarakat adalah memampukan masyarakat mengurangi ancaman, menurunkan kerentanan dan meningkatkan kemampuannya menyelesaikan krisis kesehatan.

## **1.2 Tujuan**

## 1 Tujuan Umum

Untuk mensosialisasikan model pengembangan penanganan Tuberculosis (TB) dengan menggunakan Modal Sosial Kognitif.

### 2. Tujuan Khusus

1. Mensosialisasikan model pengembangan penanganan Tuberculosis (TB) dengan menggunakan Modal Sosial Kognitif.
2. Menganalisis model pengembangan penanganan Tuberculosis (TB) dengan menggunakan Modal Sosial Kognitif hasil sosialisasi ke Puskesmas.

## 1.3 Target dan Luaran

Luaran pada pengabdian ini meliputi sebagai berikut:

1. Modul Pusat Krisis Berbasis Masyarakat (PKBM) untuk TB
2. Prosiding konferensi ilmiah internasional

## 1.4 Metode Pelaksanaan

Pengumpulan data dilakukan dengan survey/observasi lapangan dan telah mendapatkan gambaran situasi tentang

penanganan Tuberculosis (TB) yang dilakukan secara nyata. Selain dengan dengan observasi, dilakukan juga wawancara dan *focus group discussion* (FGD) kepada Pihak Kecamatan, Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Puskesmas, Kader Kesehatan, Satgas TB, PMO dan penderita TB di wilayah Kecamatan Kenjeran, Tandes dan Pabean Cantikan Surabaya.

## BAB 5. HASIL YANG

### DIHARAPKAN

#### 5.2.1 Manajemen TB Komunitas

Tiga sub-tema Kepatuhan, Kemudahan Administrasi dan Efek Samping menunjukkan perlunya waspada untuk mengelola dan mengendalikan situasi TB di Indonesia dan dunia. Kepatuhan yang rendah terhadap rejimen medis yang ditentukan adalah masalah di mana-mana. Kurangnya kepatuhan pasien terhadap obat yang diresepkan menimbulkan tantangan serius bagi komunitas perawatan kesehatan global. ALERT akan membantu memantau pasien TB untuk menyelesaikan rejimen pengobatan obat mereka melalui pengingat obat. Ini menjelaskan masalah yang terkait

dengan kepatuhan rezim pengobatan untuk pasien TB.

Fasilitas layanan kesehatan, dampak emosional dan dukungan sosial dikelompokkan ke dalam Care sebagai faktor penting dalam mengendalikan dan mengelola situasi TB di Indonesia dan dunia. Sistem perawatan akan membantu pasien menjalani pengobatan dengan pandangan positif dengan menghubungkan mereka dengan kelompok pendukung dan memulihkan pasien dan juga mendukung pemantauan aktif terhadap kemungkinan terpajan TB pada keluarga, teman, atau tetangga. Selain itu, akan memungkinkan pesan dari dokter pribadi dan otoritas kesehatan untuk mendorong pasien untuk menyelesaikan rezim perawatan mereka. Beberapa faktor terkait pasien telah dikutip untuk kepatuhan pengobatan yang buruk oleh pasien seperti pengetahuan yang buruk tentang penyakit, persepsi yang tidak memadai tentang perlunya pengobatan dan kelupaan (WHO, 2003). Meningkatkan kepatuhan terhadap rejimen jangka panjang membutuhkan perhatian dan dukungan sosial dari keluarga dan

teman. Adalah umum bahwa beberapa pasien mengalami depresi dan membutuhkan kata-kata harapan dan dorongan dari orang lain untuk kesejahteraan mental dan sosial mereka. Dengan demikian, merawat fasilitas kesehatan dan memberikan dukungan emosional dan sosial kepada pasien yang tertekan dapat membantu pasien mematuhi rezim pengobatan dan dengan demikian mengendalikan dan mengelola penyebaran penyakit. Mematikan ini.

Studi sebelumnya telah melaporkan sikap sinis dan tidak peduli dari penyedia layanan kesehatan sebagai penghalang utama untuk kepatuhan pengobatan yang efektif (Khan et al., 2005). Dengan demikian, ketidakpatuhan pada pasien tidak hanya karena faktor pribadi seperti lupa dan pengetahuan yang tidak memadai tentang penyakit tetapi juga karena faktor sosial seperti kurangnya jaringan dukungan yang efektif untuk pasien (Capegemini, 2011). Ketika orang memiliki kontak dan dukungan sosial yang lebih banyak, mereka pada dasarnya lebih bahagia dan lebih sehat.

## 1. Pelatihan dan peningkatan Skill

Pengetahuan TB yang buruk dapat memengaruhi perilaku mencari kesehatan dan kepatuhan, berdampak pada pengendalian TB. Dengan basis pengetahuan mereka, Kader mampu mengidentifikasi bidang pengetahuan TB yang kurang pada pasien mereka sehingga mereka merasa terpengaruh oleh manajemen TB. Peran mereka, dikombinasikan dengan hubungan pasien yang baik, idealnya menempatkan mereka untuk meningkatkan kesadaran TB di masyarakat dan mempromosikan kepatuhan di antara pasien. Namun, efektivitas mereka tergantung pada pelatihan dan dukungan yang memadai dari sistem perawatan kesehatan. Sejumlah pengabdian mendukung temuan kami tentang kelemahan dalam pelatihan Kader Tb , sejalan dengan kesimpulan kami tentang pelatihan dasar yang tidak memadai, dengan variabilitas yang tidak dapat diterima dalam kursus konten dan durasi. Kurangnya pelatihan penyegaran terus-menerus, yang ditekankan oleh KADER TB kami, merupakan

komponen penting yang dilaporkan mengakibatkan hilangnya keterampilan dan pengetahuan.

Kebijakan dan pedoman pengobatan TB terus diperbarui, tetapi hanya dapat diterapkan jika semua tingkat pekerja layanan kesehatan diperbarui, suatu kekurangan yang diidentifikasi oleh KADER TB setempat. Saluran komunikasi yang memadai antara KADER TB dan petugas layanan kesehatan lainnya sangat penting karena mereka memberi informasi kepada KADER TB tentang masalah yang muncul. Ketidakmampuan melaporkan KADER TB untuk mengklarifikasi konsep tertentu kepada pasien lebih jauh menekankan perlunya pelatihan pengalaman, mungkin dalam bentuk permainan peran, untuk membiasakan mereka dalam menangani interaksi pasien yang sulit.

KADER TB mengutip sumber terbatas dari informasi yang tersedia, yang penting mengidentifikasi kurangnya bahan tertulis yang sesuai. Telah direkomendasikan bahwa program pelatihan harus mengembangkan

materi informasi khusus untuk KADER TB alih-alih menggunakan materi pelatihan yang ditujukan untuk profesional kesehatan formal (WHO, 2010) karena, dengan pendidikan formalnya yang terbatas, kebutuhan informasi KADER TB cenderung berbeda dengan kebutuhan profesional kesehatan lainnya. Karena itu mereka mungkin membutuhkan bahan yang mengandung bahasa yang lebih sederhana, dengan lebih banyak ilustrasi, untuk memenuhi status pendidikan yang lebih rendah (WHO, 2010).

Materi informasi bergambar seperti daftar periksa, kartu, booklet dan leaflet telah berhasil digunakan untuk meningkatkan peran KADER TB dalam malaria, dan dalam kesehatan ibu dan anak dan juga telah terbukti meningkatkan pengetahuan pada pasien dengan kemampuan baca tulis terbatas. Antusiasme yang ditunjukkan oleh KADER TB terhadap konten bergambar dan keinginan mereka untuk memiliki akses ke beberapa bentuk informasi tertulis telah menginformasikan pengabdian kami selanjutnya yang sedang

berlangsung. Kami kemudian mengembangkan dan mengevaluasi dampak dari buku kecil bergambar yang berisi informasi TB terkait untuk KADER TB dan untuk peran edukasi pasien mereka.

### **3. Mitos dan Stigma**

Mitos dan stigma TB, kesadaran dan melek kewarganegaraan semuanya terkait dengan kurangnya pendidikan di kalangan masyarakat umum. Walaupun anggota masyarakat umum tidak diwawancarai untuk pengabdian ini, namun orang yang kami wawancarai adalah profesional medis dan non-medis yang menangani pasien TB dan masyarakat umum secara teratur. Komentar dan pendapat mereka sangat penting karena mereka menyoroti kekurangan utama yang mereka hadapi dalam mengendalikan dan mengelola penyebaran TB. Kebutuhan untuk mendidik masyarakat umum muncul sebagai faktor kunci dalam mengendalikan situasi TB di Indonesia dan negara-negara lain. Oleh karena itu, tiga sub-tema dikelompokkan dalam tema utama pendidikan. Pendidikan akan

menanamkan kewarganegaraan melek huruf di masyarakat umum. Jika sistem Pendidikan TB dikembangkan, itu akan membantu menyebarkan informasi yang tepat waktu tentang daerah rawan TB dan wabah kepada masyarakat umum, rumah sakit dan otoritas kesehatan yang relevan. Dan juga mengurangi mitos dan stigma terkait TB.

#### **4. Altruisme Kader**

Kader yang kami temui dimotivasi oleh kepedulian yang tulus terhadap orang lain, mengungkapkan pengalaman pribadi yang menggerakkan yang mendorong keharusan untuk membantu mereka yang membutuhkan perawatan kesehatan. Pengabdian sebelumnya telah mengakui altruisme sebagai faktor pendorong bagi Kader, dengan dorongan untuk membantu orang lain dipengaruhi oleh keyakinan agama, kisah hidup dan pengalaman (Greenspan et al., 2013, hal. 1485).

Meskipun insentif moneter telah dicatat sebelumnya, dan dukungan finansial dari Kader dianjurkan ini tidak disebutkan sebagai faktor pendorong.

Sebaliknya, tanggapan dari peserta kami mengungkapkan keterlibatan yang intens dan menikmati pekerjaan mereka yang dihargai oleh penghargaan tinggi yang mereka anggap dalam komunitas mereka di mana mereka menerima pengakuan dan rasa hormat yang membuat mereka merasa dihargai atas upaya mereka dalam mencoba untuk membuat sebuah perbedaan.

Meskipun Kader Tb menempati posisi rendah dalam hierarki petugas, hubungan pasien yang baik dan penghargaan yang diterima dari pasien berkontribusi pada kepercayaan dan keyakinan mereka bahwa mereka diposisikan dengan baik dan dapat secara positif mempengaruhi hasil kesehatan, mendukung rasio di balik pengembangan program Kader kesehatan untuk meningkatkan layanan kesehatan di masyarakat setempat. Serupa dengan pengabdian lain, peran utama mereka dipandang sebagai penghubung antara pasien dan sistem perawatan kesehatan. Studi kami mengidentifikasi peran penting lebih lanjut dari Kader dalam masyarakat dalam



mempromosikan pembangunan sosial dan memberdayakan anggota masyarakat melalui pendidikan kesehatan.

## 1.5 Kesimpulan dan Saran

### 1. Kesimpulan

Hasil pengabdian mendapatkan 3 tema utama dan subtheme sebagai berikut: 1. Manajemen TB Komunitas dengan sub tema a. tingkat kewaspadaan ( i. Kemudahan proses administrasi, ii. Efek samping, iii. Kepatuhan ); b. Pelayanan ( i. Fasilitas kesehatan, ii. Dukungan sosial ); c. Pendidikan ( i. Stigma dan mitos, ii. Kesadaran akan bahaya TB); 2. Perspektif Tenaga kesehatan dengan sub tema a. Faktor individu (i. Keterlambatan diagnosis, ii. Beban finansial); b. Pelatihan tenaga kesehatan ( i. Perbanyak pelatihan, ii. Kekurangan tenaga dan sumberdaya); 3. Perspektif kader TB dengan sub tema a. Altruism sebagai faktor motivasional, b. kekurangan kader muda, c. Identifikasi kebutuhan akan peningkatan keahlian dan pelatihan.

### 2. Saran

#### 1. Bagi perawat

Diharapkan pengabdian ini dapat menjadi acuan dalam pengembangan penanganan Tuberculosis (TB) dengan menggunakan Modal Sosial Kognitif

#### 2. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil pengabdian ini diharapkan dapat menjadi rujukkan dan menjadi acuan untuk dikembangkan pada pengabdian yang lebih luas, misalnya memperluas sampel yang akan diteliti ataupun yang lainnya.

## DAFTAR PUSTAKA

WHO | Global tuberculosis report 2018. (2019). In *WHO*. Retrieved from [https://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)

*Profil Kesehatan Kota Surabaya Tahun 2017*. (2018). Retrieved from

<https://drive.google.com/file/d/0BwaTO2QdUm2UXpVZFdFc01HZDNWS0NRMkw2TDVpRjNKZm5J/vi ew>

Community-based active case finding for tuberculosis in rural western China: A cross-sectional study. (2018). *Indian Journal of Tuberculosis*, 65(1), 99.

- <https://doi.org/10.1016/J.IJTB.2017.12.008>
- Could repeated prevalence surveys lead to decreasing tuberculosis prevalence in a community? (2015). *Indian Journal of Tuberculosis*, 62(3), 190–191. <https://doi.org/10.1016/J.IJTB.2015.09.022>
- D. I.-P. P. dan P., & 2011, undefined. (n.d.). Strategi Nasional Pengendalian TB. *Origin.Searo.Who.Int*. Retrieved from [http://origin.searo.who.int/entity/indonesia/topics/tb/stranas\\_tb-2010-2014.pdf](http://origin.searo.who.int/entity/indonesia/topics/tb/stranas_tb-2010-2014.pdf)
- Al-Hajoj, S., & Varghese, B. (2013). Qualitative research: Is this a missing link to control tuberculosis in Saudi Arabia? *International Journal of Mycobacteriology*, 2(3), 126–127. <https://doi.org/10.1016/J.IJMYCO.2013.06.004>
- Andrew, S., & Halcomb, E. J. (Eds.). (2009). *Mixed Methods Research for Nursing and the Health Sciences*. <https://doi.org/10.1002/9781444316490>
- Aye, S., Majumdar, S. S., Oo, M. M., Tripathy, J. P., Satyanarayana, S., Kyaw, N. T. T., ... Aung, S. T. (2018). Evaluation of a tuberculosis active case finding project in peri-urban areas, Myanmar: 2014-2016. *International Journal of Infectious Diseases*, 70, 93–100. <https://doi.org/10.1016/J.IJID.2018.02.012>
- Beck, C. T. (2016). *Routledge international handbook of qualitative nursing research*. Routledge.
- Borg, W. R., & Gall, M. D. (1989). *Educational research: an introduction* (5th ed.). Retrieved from <https://www.worldcat.org/title/educational-research-an-introduction/oclc/18520404>
- Boulanger, R. F., Seidel, S., Lessem, E., Pyne-Mercier, L., Williams, S. D., Mingote, L. R., ... Lavery, J. V. (2013). Engaging communities in tuberculosis research. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(6), 540–545. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70042-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70042-2)
- Collins, D., Hafidz, F., & Mustikawati, D. (2017). The economic burden of tuberculosis in Indonesia. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 21(9), 1041–1048. <https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0898>
- Craig, G. M. (2015). The social context of tuberculosis treatment in urban risk groups in the United Kingdom: a qualitative interview study. *International Journal of Infectious Diseases*, 32, 105–110. <https://doi.org/10.1016/J.IJID.2015.01.007>
- de Vries, S. G., Cremers, A. L., Heuvelings, C. C., Greve, P. F., Visser, B. J., B elard, S., ... Grobusch, M. P. (2017).

- Barriers and facilitators to the uptake of tuberculosis diagnostic and treatment services by hard-to-reach populations in countries of low and medium tuberculosis incidence: a systematic review of qualitative literature. *The Lancet Infectious Diseases*, 17(5), e128–e143. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30531-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30531-X)
- Delgado, E., Monedero, I., & Bhavaraju, R. (2017). Resilience and extensively drug-resistant tuberculosis: the unlikely ally. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 21(6), 713–716. <https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0954>
- Engel, N., & Pai, M. (2013). Tuberculosis diagnostics: Why we need more qualitative research. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 3(3), 119–121. <https://doi.org/10.1016/J.JE.GH.2013.04.002>
- Escott, S., & Walley, J. (2005). Listening to those on the frontline: Lessons for community-based tuberculosis programmes from a qualitative study in Swaziland. *Social Science & Medicine*, 61(8), 1701–1710. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2005.03.040>
- Flick, U., Metzler, K., & Scott, W. (n.d.). *The SAGE handbook of qualitative data analysis*.
- Fuady, A., Houweling, T. A. J., Mansyur, M., Burhan, E., & Richardus, J. H. (2019). Effect of financial support on reducing the incidence of catastrophic costs among tuberculosis-affected households in Indonesia: eight simulated scenarios. *Infectious Diseases of Poverty*, 8(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40249-019-0519-7>
- Gall, M. D., Gall, J. P., & Borg, W. R. (2007). *Educational research: an introduction*. Pearson/Allyn & Bacon.
- Okeyo, I., & Dowse, R. (2016). Community care worker perceptions of their roles in tuberculosis care and their information needs. *Health SA Gesondheid*, 21, 245–252. <https://doi.org/10.1016/J.HSAG.2016.05.004>
- Salehitali, S., Noorian, K., Hafizi, M., & Dehkordi, A. H. (2019). Quality of life and its effective factors in tuberculosis patients receiving directly observed treatment short-course (DOTS). *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 15, 100093. <https://doi.org/10.1016/J.JC.TUBE.2019.100093>
- Simeon, D., Yehuda, R., Cunill, R., Knutelska, M., Putnam, F. W., & Smith, L. M. (2007). Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, 32(8–10), 1149–1152. <https://doi.org/10.1016/j.psoneuen.2007.08.005>
- Sissolak, D., Marais, F., & Mehtar, S. (2011). TB infection

- prevention and control experiences of South African nurses - a phenomenological study. *BMC Public Health*, 11(1), 262.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-262>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5.  
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Sundaram, N., James, R., Sreynimol, U., Linda, P., Yoong, J., Saly, S., ... Khan, M. (2018). Strong, vertical TB programme embedded in a developing primary healthcare system: impact on patient and community experiences in Cambodia. *Health Policy and Planning*, 33(2), 313–313.  
<https://doi.org/10.1093/heapol/czx164>
- Tetra Dewi, F. S., Sudiya, S., Supriyati, S., Purwanta, P., Madyaningrum, E., Aulia, F.U., ... Utarini, A. (n.d.). Preparing Short Message Service Reminders to Improve Treatment Adherence among Tuberculosis Patients in Sleman District, Indonesia. *Indian Journal of Community Medicine : Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 44(2), 81–87.  
[https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM\\_207\\_1](https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_207_1)
- Sampah Menggunakan Metode Composting terhadap Keterampilan Ibu-Ibu PKK di RW III Keluarga Boja Kabupaten Kendal.* *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 2(3): 63-73.
- Wahyono, E.H. dan Sudarno. N. (2012). *Pengelolaan Sampah Plastik: Aneka kerajinan dari Sampah Plastik.* Yapeka