

BAB III. PROGRAM *PUBLIC PRIVATE MIX* (PPM) TUBERKULOSIS PADA FASILITAS KESEHATAN DI KOTA SEMARANG

Sri Ratna Rahayu^{1,2*}, Mahalul Azam¹, Fitri Indrawati¹, Mustafa Daru Affandi¹, Aufiena Nur Ayu Merzistya^{1,4}, Anggun Dessita Wandastuti^{2,3}, Isbandi², Annisa Khoirul Laila¹, Atika Aulia¹

¹Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang, Semarang, Indonesia

²Prodi Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang, Semarang, Indonesia

³Dinas Kesehatan Kota Semarang, Semarang, Indonesia

⁴Magister Epidemiologi, Universitas Diponegoro, Semarang, Indonesia

sriratnarahayu@mail.unnes.ac.id

DOI: <https://doi.org/10.15294/km.v1i1.69>

Abstrak

Peran sektor swasta yang tinggi dalam penyediaan pelayanan kesehatan tidak beriringan dengan peran penemuan kasus TB. Rendahnya peran swasta memerlukan penguatan jejaring sektor publik dan swasta yang disebut *Public Private Mix* (PPM). Peningkatan pemahaman akan peran sektor swasta dan publik dalam penemuan kasus diperlukan sehingga memperkuat manajemen program di pelayanan kesehatan dalam penemuan kasus. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui informasi mendalam dan menganalisis peran pelayanan kesehatan publik maupun swasta di Kota Semarang terhadap pelaksanaan program PPM dari perspektif tenaga kesehatan. Penelitian ini dilakukan dengan rancangan cross sectional survey. Sebanyak 35 tenaga kesehatan Puskesmas dan 5 tenaga kesehatan klinik swasta sebagai sampel penelitian dengan teknik purposive sampling. Analisis data dilakukan secara kuantitatif dengan uji deskriptif dan uji Chi Square. Hasil penelitian ini diketahui bahwa dari sejumlah

35 fasilitas kesehatan baik fasilitas publik (pemerintah) maupun privat (swasta), dengan 38 petugas TB di Puskesmas dan 5 petugas kesehatan di Klinik Swasta. Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar fasilitas kesehatan memiliki pengetahuan yang baik mengenai diagnosis, pengobatan, dan pencatatan dan pelaporan TB. Usia, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja, dan lama kerja pada tenaga kesehatan di Puskesmas dan klinik tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan pengetahuan diagnosis, pengobatan, serta pencatatan dan pelaporan sebagai penunjang penegakkan kasus TB dan upaya PPM. Meski demikian, lebih dari 50% tenaga kesehatan Puskesmas dan Klinik bersedia memberikan pelayanan TB melalui DOTS, pendistribusian Obat Anti TB (OAT), melakukan pencatatan dan pelaporan secara rutin, serta bersedia dalam pelaksanaan Pengawas Menelan Obat (PMO).

Kata kunci: Tuberkulosis, Program TB, *Public Private Mix* (PPM), Tenaga Kesehatan

PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO) melaporkan terdapat 7,1 juta kasus Tuberkulosis (TB) yang dilaporkan terdiagnosis dan ternotifikasi tahun 2019. Banyak negara telah meningkatkan jumlah kasus TB terdiagnosis dan ternotifikasi, namun masih terdapat kesenjangan (gap) besar yakni 2,9 juta antara jumlah kasus terdiagnosis dengan jumlah kasus ternotifikasi. Kesenjangan ini disebabkan oleh kasus terdiagnosis namun tidak dilaporkan dan kasus tidak terdiagnosis (WHO, 2019).

Berasaskan laporan WHO dalam *Tuberculosis Global Report* 2019, Indonesia menjadi salah satu negara dengan penyumbang kesenjangan pelaporan kasus TB terbesar di antara Negara-negara beban tinggi TB di dunia, kesenjangan (gap) tersebut mencapai 10% (WHO, 2019). Penemuan kasus merupakan fokus utama pengendalian TB di Indonesia yang dituangkan dalam strategi TB nasional (Mahendradhata et al., 2017; USAID, 2021). Untuk

mencapai target tersebut, diperlukan peran dari berbagai sektor kesehatan yang kompleks (Mahendradhata et al., 2017).

Indonesia telah memperkuat pelayanan kesehatan primer melalui jaringan pusat pelayanan publik yang disebut Puskesmas dan menghubungkannya dengan pelayanan kesehatan sekunder dan tersier dalam sistem rujukan (Mahendradhata et al., 2017). Tidak hanya sektor publik, sektor swasta memiliki peran besar dalam kesehatan. Bappenas melaporkan, sektor swasta mengelola >50% rumah sakit dan menyediakan 60% perawatan rawat jalan serta 43% rumah sakit (Bappenas, 2014; Mahendradhata et al., 2017). Besarnya peran sektor swasta dalam kesehatan tidak sejalan dengan kontribusinya pada pelaporan kasus TB.

Tahun 2017 Indonesia melakukan studi *Patient Pathway Analysis* (PPA) dan menyatakan peran fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) pemerintah dalam penemuan dan pengobatan TB sebesar 54%, sedangkan fasyankes swasta sebesar 42%. Dalam sistem pencatatan standar (SITT) tidak semua kasus yang diobati ternotifikasi. Fasyankes swasta seperti Dokter Praktik Mandiri (DPM) dan klinik pratama hanya berkontribusi sebesar 1% dan RS swasta sebesar 8% (Tim Challenge TB, 2018).

Rendahnya peran fasyankes swasta memerlukan penguatan jejaring antara fasyankes TB pemerintah dan swasta di wilayah kabupaten/kota (Tim Challenge TB, 2018). Jejaring ini diperkenalkan WHO dengan nama *Public-Private Mix* (PPM) (WHO, 2010). Di Indonesia, pelaksanaan program PPM di bawah koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (DKK), hal ini dikarenakan PPM di Indonesia berbasis kabupaten/kota (district) (DPPM). DPPM sudah sejak lama disosialisasikan, namun pelaksanaannya belum optimal (Tim Challenge TB, 2018), salah satunya di Kota Semarang. Berdasarkan studi pendahuluan Bulan Maret 2021 di DKK Semarang, disampaikan bahwa pelaksanaan DPPM belum optimal dan sedang dalam proses pengoptimalan kembali.

Pemahaman yang lebih kuat tentang standar pengobatan, diagnosis, dan pelayanan TB yang kompleks dibutuhkan untuk meningkatkan penemuan kasus. Pemahaman ini perlu

ditingkatkan oleh tenaga kesehatan maupun pemegang program TB sebagai praktisi atau pelaksana program. Dengan adanya peningkatan pemahaman ini diharapkan akan mampu memperkuat manajemen program dalam penemuan kasus TB (Surya et al., 2017). Maka, diperlukan adanya penelitian untuk mengetahui pelaksanaan *Public Private Mix* (PPM) sebagai upaya mengurangi beban TB di Kota Semarang berdasarkan perspektif tenaga kesehatan baik di fasyankes pemerintah maupun swasta.

TUBERKULOSIS

Tuberkulosis merupakan salah satu penyakit infeksi dengan penularan yang mudah di lingkungan sekitar. Penyakit ini disebabkan bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (M.tb) yang umumnya menyerang paru-paru. Penularan TB dari pasien ke orang lain melalui percik renik (dahak pasien) yang terhisap orang lain ketika pasien bersin, meludah, ataupun batuk-batuk. Seseorang yang terinfeksi bakteri Mtb dapat menghasilkan sekitar 3000 percik dahak dalam sekali batuk (Kemenkes RI, 2014; Zubaidah et al., 2013). Setelah beberapa saat terinfeksi akan timbul gejala-gejala umum seperti batuk 2-3 minggu berturut-turut hingga disertai darah, nafsu makan menurun, malaise, dan demam (Kemenkes, 2014). Respon imun akan bekerja setelah 2-12 minggu setelah terinfeksi. Sekitar seperempat populasi dunia memiliki TB laten, yang merupakan orang dengan infeksi bakteri TB namun belum sakit dengan penyakit ini dan tidak dapat menularkan penyakitnya. Orang yang terinfeksi TB memiliki resiko 5-15% sakit, sedangkan orang dengan kekebalan tubuh terganggu (HIV, malnutrisi, konsumsi tembakau) memiliki risiko sakit lebih tinggi (WHO, 2018).

TRANSMISI TUBERKULOSIS

Penularan penyakit TB dari manusia ke manusia melalui udara, yaitu lewat percikan dahak atau *droplet nucleus* (<5 microns) yang keluar saat orang yang sakit TB batuk, bersin, atau bicara, namun tidak menutup hidung atau mulut dengan benar. Penularan TB dapat dikatakan penularan cepat dan mudah, karena

percik renik merupakan partikel yang sangat kecil dengan diameter berukuran 1 sampai 5 μm dan dapat menampung 1-5 basilli, memiliki sifat sangat infeksius, serta mampu bertahan di udara hingga 4 jam. Ukuran percik renik yang sangat kecil ini memiliki kemampuan mencapai ruang alveolar dalam paru, sehingga mampu menjadikan tempat bakteri melakukan replikasi. Terdapat 3 faktor dalam penularan bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (M.tb) ke manusia, meliputi:

- 1) Banyaknya organisme yang keluar dari orang yang terinfeksi dan berada di udara.
- 2) Konsentrasi organisme dalam udara, ditentukan oleh volume ruang dan ventilasi.
- 3) Lamanya orang sehat menghirup udara terkontaminasi dengan bakteri

Seseorang dalam sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percik renik, sedangkan dalam sekali bersin mampu menghasilkan hingga 1 juta percik renik. Padahal, suatu infeksi penyakit TB, hanya membutuhkan 1 hingga 10 basil untuk dapat menginfeksi seseorang. Pasien dengan hasil pemeriksaan sputum positif, dengan hasil 3+, merupakan kasus yang paling infeksius. Artinya bahwa seseorang dengan hasil pemeriksaan tersebut akan sangat mudah menularkan ke orang lain di sekitar jika tidak menutup hidung dan mulut saat batuk, bersin, dan berbicara. Namun, untuk pasien dengan hasil sputum negatif, merupakan kasus yang tidak terlalu infeksius atau tidak terlalu menularkan. Pada kasus TB ekstra paru, atau TB yang menyerang organ tubuh selain paru-paru, umumnya tidak infeksius, kecuali apabila seseorang dengan TB ekstra paru juga memiliki infeksi TB pada paru-parunya. Seseorang dengan TB laten tidak bersifat infeksius, hal ini disebabkan bakteri M,Tb di dalam tubuh tidak melakukan replikasi sehingga tidak dapat menularkan ke organisme lainnya. Pasien TB BTA-negatif dapat pula menularkan penyakit TB. Tingkat penularan pasien TB BTA-positif 65%, pasien BTA negatif dengan hasil kultur positif 26%, sedangkan pasien TB hasil kultur negatif dan foto toraks positif 17%. (Kemenkes, 2014).

Ruangan yang gelap dengan sedikit pencahayaan serta minim akan ventilasi udara merupakan tempat yang paling mudah terjadinya penularan TB. Tuberkel basil akan cepat terbunuh apabila terkena cahaya matahari secara langsung. Namun, apabila suatu ruangan tidak cukup pencahayaan matahari dan kurangnya sirkulasi udara, maka bakteri tersebut bertahan lebih lama di dalam ruangan. Penularan TB akan semakin berisiko apabila kontak dekat dengan orang yang terinfeksi TB dalam waktu yang lama. Namun, apabila terinfeksi, perkembangan untuk menjadi sakit TB tergantung pada kondisi imun masing-masing individu. Hanya 10% dari kasus yang berkembang menjadi TB aktif, sebanyak 90% kasus tidak berkembang menjadi penyakit TB yang menularkan. Ditemukan, setengah kasus terjadi setelah adanya infeksi sedangkan setengahnya terjadi dalam hitungan hari kemudian. Pada dua tahun pertama pasca-terinfeksi merupakan risiko tertinggi penularan. Kelompok dengan risiko tertinggi terinfeksi adalah anak-anak dibawah usia 5 tahun dan lanjut usia.

Sebaliknya, orang yang memiliki imunitas yang buruk lebih berisiko untuk terjadi penyakit TB aktif apabila terinfeksi oleh bakteri *M.tb* dibandingkan dengan orang imun normal. Salah satu contoh, yaitu orang dengan HIV-positif. Adanya kasus sebanyak 50-50% orang dengan HIV-positif akan menderita penyakit TB setelah terinfeksi bakteri *M.Tb*. Kasus-kasus lainnya seperti pada kondisi medis lain dengan sistem imun yang buruk seperti diabetes mellitus, silicosis, penggunaan kortikosteroid atau obat-obat immunosupresan lain dalam jangka panjang juga sering ditemukan (Kemenkes RI, 2019).

Percik relik juga dapat dikeluarkan saat pasien TB paru melalui penularan parasit *Mycrobacterium tuberculosis* dapat terjadi dari penderita ke orang lain melalui percik relik (dahak penderita) yang terhisap. Percik relik sebagai sumber infeksi dikeluarkan oleh penderita saat penderita berbicara ataupun saat batuk dan bersin yang kemudian apabila terjadi kontak maka akan menularkan ke orang lain. Percik relik dapat bertahan hingga beberapa hari di udara. Orang lain akan terinfeksi saat menghirup percik relik yang dikeluarkan oleh penderita karena mengandung

Mycobacterium tuberculosis. Partikel ini cukup kecil sehingga mampu mencapai saluran pernafasan bawah dan menginfeksi. Setelah beberapa saat terinfeksi akan timbul gejala-gejala dan respon imun akan bekerja setelah 2-12 minggu setelah terinfeksi (Amir & Putro, 2012; Ban et al., 2015).

PERJALANAN ALAMIAH TUBERKULOSIS

Terdapat 4 tahapan perjalanan ilmiah penyakit TB yang terbagi dalam tahapan paparan, infeksi, sakit, dan meninggal dunia. Tahapan-tahapan tersebut dijelaskan sebagai berikut:

1) Paparan

Papara merupakan tahapan awal dan syarat terjadinya suatu infeksius penyakit.eseorang yang terpapar bakteri TB maka memungkinkan untuk terjadinya infeksi. Setelah terinfeksi, terdapat faktor-faktor yang menentukan seseorang hanya terinfkesi, atau menjadi sakit, dan bahkan memungkinkan untuk meninggal dunia.

Beberapa peluang yang meningkatkan paparan, diantaranya:

- Tingkat daya penulatan dahak dari sumber penularan
- Peluang jontak dengan kasus TB yang menular
- Kedekatan konyak dengan sumber penularan
- Jumlah kasus yang terjadi di masyarakat
- Intensitas batuk sumber penularan
- Lamanya waktu kontak dengan sumber penularan
- Faktor lingkungan: konsentrasi kuman di udara

2) Infeksi

Seseorang yang terinfeksi bakteri M.tb di dalam tubuhnya, setelah 6-14 minggu akan mengalami reaksi, yang diantaranya meliputi:

- Reaksi imunologi (lokal), bakteri M.tb masuk ke alveoli dan ditangkap oleh makrofag dan kemudian terjadi reaksi antigen-antibodi
- Reaksi imunologi (umum), dimana hasil Tuberkulin tes menjadi positif (*Delayed hypersensitivity*)

3) Sakit TB

Seseorang dengan sistem imun yang normal terinfeksi TB, akan memiliki peluang untuk sakit TB hanya sekitar 10%. Ini berbeda dengan orang yang memiliki sistem imun buruk, seperti orang dengan HIV-positif akan lebih berisiko untuk sakit TB setelah terinfeksi bakteri *M.tb*. Penyebarannya bakteri ke aliran darah atau getah bening bening menyebabkan TB di luar organ paru (TB Ekstra Paru). Apabila menyebar secara meluas dan massif melalui aliran darah, maka akan menjadi TB Milier.

Adanya faktor-faktor risiko yang menyebabkan seseorang sakit TB, diantaranya:

- Konsentrasi/jumlah kuman yang terhirup
- Lamanya waktu sejak terinfeksi
- Usia yang terinfeksi
- Tingkat daya tahan tubuh seseorang

4) Meninggal dunia

Pasien TB yang tidak segera melakukan pengobatan TB secara lengkap dan tepat merupakan kasus yang berisiko tinggi (50%) meninggal dunia. Peningkatan risiko meninggal dunia akan semakin tinggi pada pasien dengan HIV positif dan tidak melakukan pengobatan TB maupun HIV. Terdapat faktor-faktor lainnya yang meningkatkan terjadinya kematian akibat TB diantaranya keterlambatan dalam mendiagnosis seseorang terinfeksi TB, pengobatan yang tidak patuh dan tidak adekuat, putus dalam pengobatan, adanya kondisi medis lain yang memperburuk kondisi kesehatan, atau adanya komorbid (Kemenkes, 2014).

PENGobatan TUBERKULOSIS

Pada penyakit TB, pengobatan merupakan cara yang paling efektif dan efisien untuk mencapai kesembuhan. Di Indonesia hingga saat ini menerapkan metode pengobatan TB yaitu *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS). Pengobatan TB dengan metode ini berprinsipkan, sebagai berikut:

- a. Pengobatan TB harus diberikan kepada pasien dalam bentuk panduan OAT yang tepat, dengan minimal 3 jenis obat. Hal ini untuk mencegah adanya resistensi obat.
- b. Dosis yang diberikan pasien harus tepat

- c. Konsumsi obat harus secara teratur dan perlu adanya pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO) sampai selesai pengobatan

Pengobatan TB berlangsung dalam jangka waktu minimal 6 bula, yang terbagi dalam tahap awal (intensif – selama 2 bulan pertama) dan tahap lanjutan (4-6 bulan selanjutnya). Pemberian pengobatan secara teratur dalam jangka waktu tersebut untuk menghindari terjadinya kekambuhan (Fauziyah, 2010; Kemenkes, 2014).

Pengobatan TB menggunakan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) dengan metode *Directly Observed Treatment Short-case* (DOTS) terdapat kategori:

- 1) Kategori I (2 HRZE/4 H3R3) diberikan untuk pasien baru, yang belum pernah melakukan pengobatan sebelumnya
- 2) Kategori II (2 HRZES/5 H3R3E3) diberikan untuk pasien dengan kasus pengobatan ulang (pasien yang pada pengobatan kategori I gagal atau kambuh)
- 3) Kategori III (2HRZ/4 H3R3) untuk pasien baru dengan hasil BTA negatif namun hasil rontgen positif
- 4) Sisipan (HRZE) diberikan untuk tambahkan hasil pemeriksaan pada tahap akhir intensif dari pengobatan kategori I atau II ditemukan BTA positif.

Pengobatan TB meliputi 2 tahap:

- Tahap Awal (intensif)

Pengobatan diberikan setiap hari dan dengan pengawasan secara langsung. Panduan pengobatan pada tahap ini dengan tujuan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman dan membunuh kuman secepat-cepatnya. Jika pengobatan pada tahap ini diberikan dengan tepat, penderita BTA positif akan menjadi BTA negatif dalam waktu 2 bulan. Ini dikarenakan yang digunakan 4-5 obat sekaligus yaitu:

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

Obat ini diminum sehari yang setiap hari secara intensif selama 56 hari.

- Tahap Lanjutan

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

Tahap ini diberikan 3x dalam seminggu selama 4 sebulan.

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

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

HASIL PENGOBATAN TUBERKULOSIS

Pasien TB akan dikategorikan dalam beberapa kategori berdasarkan hasil pengobatan TB yang telah dilakukan. Kategori tersebut sebagai berikut (Fauziyah, 2010; Kemenkes, 2014):

- a. Sembuh

Pasien TB berstatus sembuh merupakan pasien yang melakukan pengobatan secara lengkap dengan hasil dalam pemeriksaan ulang dahak paling sedikit 2 kali berturut-turut negatif. Pemeriksaan ulang dahak dilakukan salah satunya di akhir pengobatan.

- b. Pengobatan Lengkap

Pasien TB akan dikategorikan sebagai pasien dengan pengobatan lengkap adalah pasien yang telah melakukan pengobatan secara lengkap dengan salah satu hasil pemeriksaan menyatakan negatif sebelum akhir pengobatan, namun tanpa ada bukti hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan.

- c. Gagal

Pasien dikategorikan sebagai pasien gagal adalah pasien BTA positif yang melakukan pemeriksaan dahak satu bulan sebelum akhir pengobatan atau pada akhir pengobatan hasil yang didapatkan negatif. Pasien tersebut juga mendapatkan

hasil pemeriksaan dahak menjadi positif di akhir bulan ke-2.

d. Meninggal

Pasien TB yang meninggal merupakan pasien TB yang dalam masa pengobatannya dinyatakan meninggal oleh sebab apapun.

e. Tidak di evaluasi

Pasien TB yang tidak di evaluasi merupakan pasien dengan hasil akhir pengobatan yang tidak diketahui oleh fasilitas kesehatan tempat berobatannya.. Kategori ini termasuk pasien pindah (*transfer out*) ke kabupaten/kota lain, yang mana kabupaten/kota yang ditinggalkan tidak mengetahui hasil akhir pengobatannya.

f. Putus Berobat atau *Dropout*

Putus berobat atau *dropout* merupakan pasien TB yang tidak melakukan pengobatan secara teratur dengan tidak mengambil atau meminim OAT selama 2 bulan atau lebih secara berturut-turut selama pengobatan belum dinyatakan selesai. .

PELAYANAN KESEHATAN

Pelayanan kesehatan merupakan suatu upaya yang diselenggarakan oleh perorangan atau bersama-sama dalam bentuk organisasi yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan melalui pencegahan, pemeliharaan, dan penyembuhan penyakit serta memulihkan kesehatan individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat.

Pelayanan kesehatan memiliki beberapa tingkat dengan tujuandan *outcome* yang tergantung pada tingkatan tersebut (Sanders et al., 2016). Tingkatan dalam pelayanan kesehatan meliputi:

a. Pelayanan Kesehatan Primer

Pelayanan kesehatan primer atau utama adalah pelayanan kesehatan pada tingkat pertama yang bertujuan memberikan pelayanan kesehatan masyarakat dengan prinsip mengutamakan tindakan pencegahan dan promotif. Pada

tingkatan pertama ini pelayanan berfokus pada promotif, yaitu memberikan penyuluhan/edukasi kesehatan kepada masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran akan penyakit dan pencegahannya, hidup sehat, serta segala hal tentang kesehatan. Tujuan ini untuk meminimalisir terjadinya penyakit sehingga derajat kesehatan masyarakat semakin meningkat.

b. Pelayanan Kesehatan Sekunder

Pelayanan kesehatan sekunder atau biasa disebut pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang memerlukan perawatan dan pengobatan dengan rawat inap atau masyarakat yang memerlukan monitoring kesehatan dari tenaga kesehatan, seperti dokter, perawat, ahli gizi, spesialis secara lebih intensif.

c. Pelayanan Kesehatan Tersier

Pelayanan kesehatan tersier atau tingkat ketiganya merupakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang memerlukan perawatan dan pengobatan akan penyakitnya namun sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan tingkat pertama dan kedua. Selain itu, pelayanan tingkat ini bagi masyarakat yang membutuhkan tenaga

Dalam penyakit Tuberkulosis (TB), pelayanan TB yang sesuai standar adalah pelayanan kesehatan yang diberikan untuk seluruh orang yang terdiagnosis TB dan memerlukan pengobatan oleh tenaga kesehatan sesuai kewenangan di FKTP (puskesmas dan jaringannya) dan di FKTL baik pemerintah maupun swasta special dalam mengatasi masalah kesehatannya (Aagja & Garg, 2010; Donnell, 2007; Eticha et al., 2014; Hadiyati et al., 2017; Padma et al., 2010; Pai & Chary, 2011).

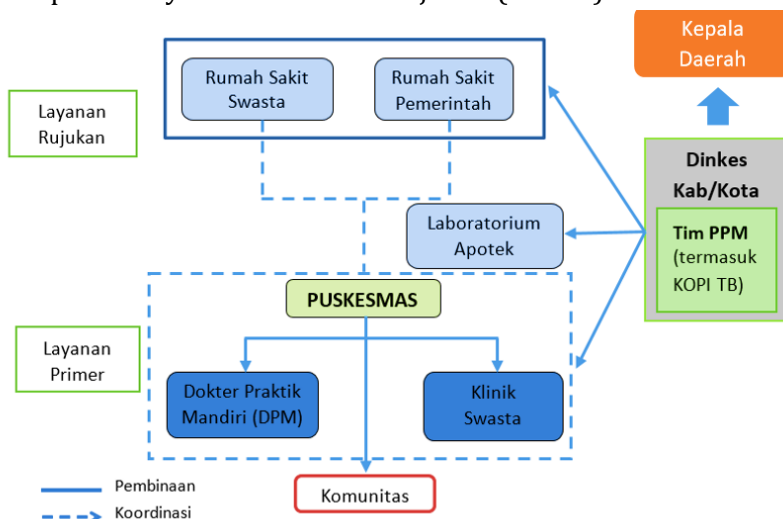
PUBLIC PRIVATE MIX (PPM) BERBASIS KAB/KOTA

Penguatan jejaring antara fasilitas pelayanan kesehatan TB pemerintah dan swasta diperkenalkan WHO dengan nama *Public-Private Mix* (PPM) (WHO, 2010). Di Indonesia, pelaksanaan program PPM di bawah koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (DKK) karena berbasis kabupaten/kota (district)

(DPPM) (Tim Challege TB, 2018). Program *Public Private Mix* (PPM) TB berbasis kabupaten/kota atau *District-based PPM* (DPPM) merupakan upaya yang diselenggarakan bertujuan untuk membangun kolaborasi jejaring antara layanan kesehatan TB pemerintah dan swasta dalam pengendalian TB, yang berfokus pada penemuan kasus TB dan pemastian pemberian pelayanan TB yang berkualitas sampai sembuh kepada pasien TB dengan dukungan organisasi profesi dan komunitas, di bawah koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (DKK) (Tim Challege TB, 2018).

Tercata dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 67 tahun 2016 pasal 2, menyatakan bahwa penanggulangan TB harus melibatkan segala pihak yang terkait, baik pemerintah, swasta maupun masyarakat yang dibentuk dalam sebuah jejaring kolaborasi PPM berbasis kab/kota. Pihak-pihak yang berkaitan tersebut dikelompokkan sebagai berikut:

- 1) Komponen Dinas Kesehatan Kab/Kota (Tim DPPM, termasuk Koalisi Organisasi Profesi Indonesia untuk penanggulangan TB (KOPI TB))
- 2) Komponen Layanan Kesehatan Primer (FKTM)
- 3) Komponen Layanan Kesehatan Rujukan (FKRTL)



Gambar 3.1. Jejaring Kolaborasi PPM TB berbasis Kabupaten/Kota (Tim Challege TB, 2018).

Kegunaan dibentuknya DPPM adalah sebagai berikut:

- 1) Menjamin ketersediaan pada pelayanan TB yang berkualitas, merata, serta saling berkesinambungan untuk masyarakat yang terdampak penyakit TB serta untuk menjamin kesembuhan pasien TB yang bertujuan untuk eliminasi TB di Indonesia.
- 2) Meningkatkan penemuan kasus dan mengurangi penundaan diagnosis serta wajib notifikasi kasus TB oleh seluruh pemberi layanan.
- 3) Meningkatkan kualitas diagnosis, perawatan dan dukungan pasien dengan pengobatan sesuai standar: DOTS, ISTC, PNPK, PPK-CP.
- 4) Mengurangi biaya perawatan dan perlindungan finansial bagi pasien TB.
- 5) Memastikan pengumpulan data epidemiologi yang penting.
- 6) Meningkatkan kualitas manajemen program penanggulangan TB (kepemilikan dan kepemimpinan program)

KARAKTERISTIK RESPONDEN

Berdasarkan hasil analisis deskriptif, diketahui karakteristik 38 tenaga kesehatan dalam program TB di Puskesmas dan 5 tenaga kesehatan dalam program TB di Klinik Kota Semarang. Hasil tersebut disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 3.1. Karakteristik Tenaga Kesehatan dalam Program TB di Puskesmas dan Klinik Kota Semarang

Karakteristik	Puskesmas		Klinik	
	(n=38)	%	(n=5)	%
Peran dalam Program TB				
Pemegang Program	19	50,0	2	40,0
Ahli Epidemiologi	18	47,4	NA	NA
Dokter	1	2,6	3	60,0
Umur				
≤38 tahun	21	55,3	4	80,0
>38 tahun	17	44,7	1	20,0

Jenis Kelamin				
Laki-laki	13	34,2	2	40,0
Perempuan	25	65,8	3	60,0
Pendidikan				
Diploma (D1/D2/D3)	12	31,6	NA	NA
Sarjana (S1/S2/S3)	26	68,4	5	100,0
Pengalaman kerja				
≤13 tahun	23	60,5	4	80,0
>13 tahun	15	39,5	1	20,0
Lama kerja				
≤12 tahun	23	60,5	5	100,0
>12 tahun	15	39,5	NA	NA

Rata-rata usia tenaga kesehatan dalam program TB di Puskesmas Kota Semarang yaitu 38,29 tahun. Sebagian besar (55,3%) tenaga kesehatan berusia kurang dari atau sama dengan 38 tahun dan 65,8% tenaga kesehatan berjenis kelamin perempuan. Pendidikan terakhir tenaga kesehatan sebagian besar atau sebanyak 68,4% telah menempuh pendidikan Sarjana (S1). Meskipun begitu, rata-rata pengalaman kerja dalam bidang program TB yang dimiliki tenaga kesehatan kurang dari 13 tahun. Terdapat 60,5% tenaga kesehatan yang memiliki pengalaman kerja kurang dari rata-rata (≤13 tahun). Selain itu, diketahui pula bahwa rata-rata tenaga kesehatan telah bekerja di Puskesmas (FKTP milik pemerintah) kurang dari 12 tahun. Lebih dari setengah jumlah tenaga kesehatan yang menjadi responden penelitian ini (60,5%) telah bekerja di Puskesmas selama ≤12 tahun.

Sementara rata-rata usia tenaga kesehatan dalam program TB di Klinik Kota Semarang yaitu 32 tahun. Sebagian besar (80%) tenaga kesehatan berusia kurang dari atau sama dengan 38 tahun dan 60% tenaga kesehatan berjenis kelamin perempuan. Pendidikan terakhir tenaga kesehatan seluruhnya yaitu 100% telah menempuh pendidikan Sarjana (S1). Rata-rata pengalaman kerja dalam bidang program TB yang dimiliki tenaga kesehatan kurang dari 13 tahun. Terdapat 80% tenaga kesehatan yang memiliki pengalaman kerja kurang dari rata-rata (≤13 tahun).

Selain itu, diketahui pula bahwa rata-rata tenaga kesehatan telah bekerja di Klinik kurang dari 12 tahun. Seluruh tenaga kesehatan yang menjadi responden penelitian ini (100%) telah bekerja di Klinik selama ≤ 12 tahun.

PENGETAHUAN TENAGA KESEHATAN DALAM PROGRAM TB DI PUSKESMAS DAN KLINIK KOTA SEMARANG

Tingkat pengetahuan tenaga kesehatan mengenai diagnosis, pengobatan, serta pencatatan dan pelaporan TB pada klinik dan Puskesmas di Kota Semarang, disajikan dalam tabel berikut ini.

Tabel 3.2. Tingkat pengetahuan tenaga kesehatan di Klinik Swasta dan Puskesmas Kota Semarang

	FKTP				<i>p-value</i>
	Klinik (n=5)		Puskesmas (n=38)		
	n	%	n	%	
Tingkat pengetahuan diagnosis TB	2	40,0	16	42,1	1,000
Kurang	3	60,0	22	57,9	
Baik					
Tingkat pengetahuan pencatatan dan pelaporan					
TB	2	40,0	4	10,5	0,135
Kurang	3	60,0	34	89,5	
Baik					

Pada tabel 3.2., pada kelompok tenaga kesehatan di Klinik menunjukkan bahwa sebanyak 60% tenaga kesehatan memiliki tingkat pengetahuan diagnosis TB yang baik. Sebanyak 100% tenaga kesehatan memiliki pengetahuan baik tentang pengobatan TB. Pada pengetahuan pencatatan dan pelaporan TB, sebanyak 60% tenaga kesehatan memiliki pengetahuan yang baik. Sementara pada kelompok tenaga kesehatan di Puskesmas diketahui bahwa sebanyak 57,9% tenaga kesehatan memiliki pengetahuan yang baik tentang diagnosis TB. Sejumlah 71,1%

tenaga kesehatan telah memiliki pengetahuan yang baik tentang pengobatan TB dan sejumlah 89,5% tenaga kesehatan yang menjadi responden dalam penelitian ini memiliki pengetahuan yang baik tentang pencatatan dan pelaporan kasus TB. Meski hasil menunjukkan bahwa pengetahuan tenaga kesehatan di klinik maupun Puskesmas dalam diagnosis, pengobatan, pencatatan dan pelaporan TB baik, berdasarkan hasil uji analisis tidak terdapat hubungan antara pengetahuan diagnosis, pengobatan, pencatatan, dan pelaporan TB dengan jenis FKTP yaitu klinik dan Puskesmas. Hal ini dibuktikan dengan nilai p untuk diagnosis ($p=1,000$), pengobatan ($p=0,306$), dan pencatatan dan pelaporan TB ($p=0,135$).

Tabel 3.3. Hubungan Karakteristik Tenaga Kesehatan Puskesmas di Kota Semarang terhadap Tingkat Pengetahuan tentang Diagnosis TB Berdasarkan Karakteristiknya (n=38)

Diagnosis TB Berdasarkan Karakteristiknya (n=58)					
	Tingkat Pengetahuan				<i>p-value</i>
	Diagnosis TB				
	Kurang		Baik		
	n	%	n	%	
Umur					
≤38 tahun	7	43,8	14	63,6	0,224
>38 tahun	9	56,2	8	36,4	
Jenis Kelamin					
Laki-laki	5	31,2	8	36,4	0,743
Perempuan	11	68,8	14	63,6	
Pendidikan					
Diploma	4	25	8	36,5	0,457
(D1/D2/D3)	12	75	14	63,6	
Sarjana					
(S1/S2/S3)					
Pengalaman kerja					
≤13 tahun	9	56,2	14	63,6	0,258
>13 tahun	7	43,8	8	35,4	
Lama kerja					
≤12 tahun	8	50,0	15	68,2	0,646

>12 tahun	8	50,0	7	31,8
-----------	---	------	---	------

p-value<0,05=signifikan

Bila melihat tabel di atas, diketahui bahwa tenaga kesehatan yang berusia >38 tahun cenderung memiliki tingkat pengetahuan kurang tentang diagnosis TB. Proporsi tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan kurang tentang diagnosis TB dan berusia >38 tahun (56,2%) lebih banyak dibandingkan dengan proporsi tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan baik dan berusia >38 tahun (36,4%). Pada kelompok jenis kelamin, tenaga kesehatan berjenis kelamin perempuan cenderung memiliki tingkat pengetahuan yang kurang tentang diagnosis TB dibandingkan dengan laki-laki. Proporsi tenaga kesehatan berjenis kelamin perempuan yang memiliki pengetahuan kurang tentang diagnosis TB (68,8%) lebih banyak dibandingkan dengan proporsi tenaga kesehatan perempuan yang memiliki pengetahuan baik (63,6%).

Tenaga kesehatan yang berpendidikan sarjana cenderung memiliki tingkat pengetahuan yang kurang tentang diagnosis TB. Selain itu, mereka yang memiliki pengalaman kerja dalam program TB ≤13 tahun juga cenderung memiliki tingkat pengetahuan yang kurang tentang diagnosis TB. Proporsi tenaga kesehatan dengan pengalaman kerja memiliki ≤13 tahun dan memiliki tingkat pengetahuan kurang tentang diagnosis TB (43,8%) lebih banyak dibandingkan dengan proporsi tenaga kesehatan dengan pengalaman kerja memiliki ≤13 tahun dan memiliki tingkat pengetahuan baik tentang diagnosis TB (35,4%). Meskipun begitu tidak adanya perbedaan proporsi antara tenaga kesehatan yang memiliki tingkat pengetahuan diagnosis yang buruk dan yang baik berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengalaman kerja, dan lama kerja. Hal ini dibuktikan dengan nilai p di masing-masing kelompok karakteristik kurang dari 0,05 ($p\text{-value}<0,05$).

Tabel 3.4. Hubungan Karakteristik Tenaga Kesehatan Puskesmas di Kota Semarang terhadap Tingkat Pengetahuan tentang Pencatatan dan Pelaporan TB (N=38)

Pencatatan dan Pelaporan TB (N=55)					
	Pengetahuan Pencatatan dan Pelaporan TB				<i>p-value</i>
	Kurang		Baik		
	n	%	n	%	
Umur					
≤38 tahun	2	50,0	19	55,9	0,823
>38 tahun	2	50,0	15	44,1	
Jenis Kelamin					
Laki-laki	1	25,0	12	35,3	0,681
Perempuan	3	75,0	22	64,7	
Pendidikan					
Diploma	1	25,0	11	32,4	0,765
(D1/D2/D3)	3	75,0	23	67,6	
Sarjana (S1/S2/S3)					
Pengalaman kerja					
≤13 tahun	2	50,0	21	61,8	0,649
>13 tahun	2	50,0	13	38,2	
Lama kerja					
≤12 tahun	2	50,0	21	61,8	0,649
>12 tahun	2	50,0	13	38,2	

p-value<0,05=signifikan

Tabel di atas menyakijakn hasil analisis proporsi tingkat pengetahuan tenaga kesehatan tentang pencatatan dan pelaporan. Dari hasil tersebut diketahui bahwa Proporsi tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan kurang tentang pengobatan TB dan berusia >38 tahun (50%) lebih banyak dibandingkan dengan proporsi tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan baik dan berusia >38 tahun (44,1%). Pada kelompok jenis kelamin, tenaga kesehatan perempuan cenderung memiliki tingkat pengetahuan yang kurang tentang pengobatan TB dibandingkan dengan laki-laki. Proporsi tenaga kesehatan perempuan yang memiliki

pengetahuan kurang tentang pengobatan TB (75%) lebih banyak dibandingkan dengan proporsi tenaga kesehatan perempuan yang memiliki pengetahuan baik (64,7%).

Tenaga kesehatan yang berpendidikan sarjana cenderung memiliki tingkat pengetahuan yang kurang tentang pengobatan TB. Selain itu, proporsi tenaga kesehatan dengan pengalaman kerja memiliki >13 tahun dan memiliki tingkat pengetahuan kurang tentang pengobatan TB (50%) lebih banyak dibandingkan dengan proporsi tenaga kesehatan dengan pengalaman kerja memiliki >13 tahun dan memiliki tingkat pengetahuan baik tentang diagnosis TB (38,2%). Proporsi tenaga kesehatan yang telah lama bekerja >12 tahun dan memiliki tingkat pengetahuan kurang tentang pengobatan TB (50%) lebih banyak dibandingkan dengan proporsi tenaga kesehatan yang telah lama bekerja >12 tahun dan memiliki tingkat pengetahuan baik tentang diagnosis TB (38,2%). Meskipun begitu tidak adanya perbedaan proporsi antara tenaga kesehatan yang memiliki tingkat pengetahuan pengobatan TB yang buruk dan yang baik berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengalaman kerja, dan lama kerja. Hal ini dibuktikan dengan nilai p di masing-masing kelompok karakteristik lebih dari 0,05 ($p\text{-value} < 0,05$).

Tabel 3.5. Hubungan Karakteristik Tenaga Kesehatan Klinik Swasta di Kota Semarang terhadap Tingkat Pengetahuan tentang Diagnosis TB (N=5)

	Diagnosis TB (N=5)				<i>p-value</i>
	Pengetahuan Diagnosis TB				
	Kurang		Baik		
	n	%	n	%	
Umur					
≤38 tahun	2	100,0	2	66,7	1,000
>38 tahun	0	0,0	1	33,3	
Jenis Kelamin					
Laki-laki	1	50,0	1	33,3	1,000
Perempuan	1	50,0	2	66,7	
Pengalaman kerja					
≤13 tahun	2	100,0	2	66,7	1,000

>13 tahun	0	0,0	1	33,3
-----------	---	-----	---	------

p-value<0,05=signifikan

Bila melihat tabel di atas, diketahui bahwa 66,7% tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan yang baik tentang diagnosis TB berusia ≤ 38 tahun. Proporsi tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan kurang tentang diagnosis TB adalah 100% berusia ≤ 38 tahun. Pada kelompok jenis kelamin, tenaga kesehatan berjenis kelamin perempuan yaitu 66,7% memiliki tingkat pengetahuan yang baik tentang diagnosis TB dibandingkan dengan laki-laki. Proporsi tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan kurang tentang diagnosis TB berdasarkan jenis kelamin menunjukkan hasil yang sama yaitu 50% laki-laki dan 50% perempuan. Proporsi tenaga kesehatan dengan tingkat pengetahuan diagnosis TB yang baik dimiliki oleh tenaga kesehatan dengan pengalaman kerja ≤ 13 tahun.

Berdasarkan hasil uji analisis, tidak terdapat hubungan antara pengetahuan diagnosis TB dengan usia, jenis kelamin, dan pengalaman kerja. Hal ini dibuktikan dengan nilai p di masing-masing kelompok karakteristik lebih dari 0,05 ($p\text{-value} < 0,05$).

Tabel 3.6. Hubungan Karakteristik Tenaga Kesehatan Klinik Swasta di Kota Semarang terhadap Tingkat Pengetahuan tentang Pencatatan dan Pelaporan Kasus TB (N=5)

	Pengetahuan Pencatatan dan Pelaporan TB				<i>p-value</i>
	Kurang		Baik		
	n	%	N	%	
Umur					
≤38 tahun	2	100,0	2	66,7	1,000
>38 tahun	0	0,0	1	33,3	
Jenis Kelamin					
Laki-laki	1	50,0	1	33,3	1,000
Perempuan	1	50,0	2	66,7	
Pengalaman kerja					
	2	100,0	2	66,7	1,000

≤13 tahun	0	0,0	1	33,3
>13 tahun				

p-value<0,05=signifikan

Bila melihat tabel di atas, diketahui bahwa 66,7% tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan yang baik tentang pencatatan dan pelaporan TB berusia ≤38 tahun. Proporsi tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan kurang tentang pencatatan dan pelaporan TB adalah 100% berusia ≤38 tahun. Pada kelompok jenis kelamin, tenaga kesehatan berjenis kelamin perempuan yaitu 66,7% memiliki tingkat pengetahuan yang baik tentang pencatatan dan pelaporan TB dibandingkan dengan laki-laki. Proporsi tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan kurang tentang pencatatan dan pelaporan TB berdasarkan jenis kelamin menunjukkan hasil yang sama yaitu 50% laki-laki dan 50% perempuan. Proporsi tenaga kesehatan dengan tingkat pengetahuan pencatatan dan pelaporan TB yang baik dimiliki oleh tenaga kesehatan dengan pengalaman kerja ≤13 tahun.

Berdasarkan hasil uji analisis, tidak terdapat hubungan antara pengetahuan diagnosis TB dengan usia, jenis kelamin, dan pengalaman kerja. Hal ini dibuktikan dengan nilai p di masing-masing kelompok karakteristik lebih dari 0,05 ($p\text{-value}<0,05$).

Dalam penelitian ini, poin yang ditekankan dalam pengetahuan diagnosis TB meliputi gejala-gejala TB, pemeriksaan penunjang diagnosis TB, pengambilan spesimen sputum pasien yang diduga TB, cara menentukan diagnosis TB Paru, cara menentukan diagnosis TB Ekstra Paru, cara menentukan diagnosis TB pada Orang Dengan HIV AIDS (ODHA), cara menentukan diagnosis TB pada anak, dan cara menentukan diagnosis TB-MDR. Pengetahuan Pengobatan TB yang diamati dalam penelitian ini adalah pengetahuan mengenai lama pengobatan TB, dosis obat/resep yang direkomendasikan, persyaratan Pengawas Menelan Obat (PMO), tugas PMO, dan pernyataan terkait pemantauan kemajuan pengobatan TB. Pengetahuan Pencatatan dan Pelaporan TB yang diamati meliputi form konfirmasi pencatatan dan pelaporan, aplikasi Wifi TB sebagai sarana

pencatatan dan pelaporan, waktu pelaporan TB, dan jenis pelaporan TB.

Pengetahuan tentang TB merupakan salah satu komponen kunci untuk diagnosis, pengobatan, pengendalian dan eliminasi TB. Pengetahuan mengenai TB yang baik mengurangi risiko, menghilangkan hambatan dan menyukseskan eliminasi TB secara efisien. Pengetahuan yang kurang tentang TB di antara petugas kesehatan dapat mengakibatkan pengobatan TB di bawah standar, penyediaan layanan yang tidak efektif, penggunaan sumber daya yang tidak efisien, dan berdampak pada hasil kesehatan serta meningkatkan risiko penularan TB dan pengembangan resistensi terhadap pengobatan TB. Selain itu, pengetahuan dan sikap petugas kesehatan terhadap TB akan menentukan jenis dan kualitas informasi yang disampaikan kepada pasien (Merzistya et al., 2021).

Kolaborasi antara *public-private* dalam PPM ini terjalin melalui fasilitas layanan kesehatan pemerintah yang memulai *National TB Program* (NTP) dan bertanggung jawab atas kebijakan, pedoman pembangunan dan perencanaan, serta pembiayaan program dan penyediaan OAT, sarana pemeriksaan, atau penunjang lainnya (Lei et al., 2015). Fasilitas kesehatan privat/swasta kemudian mendeteksi kemungkinan adanya suspek atau kasus yang dicurigai dan merujuk kasus ke fasilitas yang berafiliasi dengan NTP untuk pengobatan, atau memberi tahu fasilitas kesehatan pemerintah dengan mencatat hasil tes laboratorium dan memberikan perawatan TB sendiri.

Memastikan bahwa fasilitas kesehatan swasta memiliki keterampilan yang diperlukan untuk mendiagnosis dan mengelola pasien TB akan meningkatkan angka notifikasi, meningkatkan hasil pengobatan, dan mencegah perkembangan TB-MDR. Kebutuhan untuk pelaporan kasus TB sangat penting untuk pengendalian TB. Kurangnya pencatatan dan pelaporan oleh hampir dua pertiga dari fasilitas kesehatan swasta, adalah tugas bagi pelaksana NTP yaitu fasilitas kesehatan pemerintah untuk terlibat dengan fasilitas kesehatan swasta dan bekerjasama di bawah koordinasi Dinas

Kesehatan Kabupaten/Kota (DKK) menjalankan program PPM (Joudyian et al., 2021b).

KESEDIAAN TENAGA KESEHATAN PUSKESMAS DAN KLINIK KOTA SEMARANG DALAM MENDUKUNG PROGRAM PPM TUBERKULOSIS

Kesediaan tenaga kesehatan dalam mendukung program jejaring TB dengan fasilitas kesehatan swasta atau yang disebut PPM TB di Kota Semarang, disajikan dalam tabel berikut ini.

Tabel 3.7. Kesediaan Tenaga Kesehatan Puskesmas dan Klinik Swasta Kota Semarang dalam Mendukung PPM

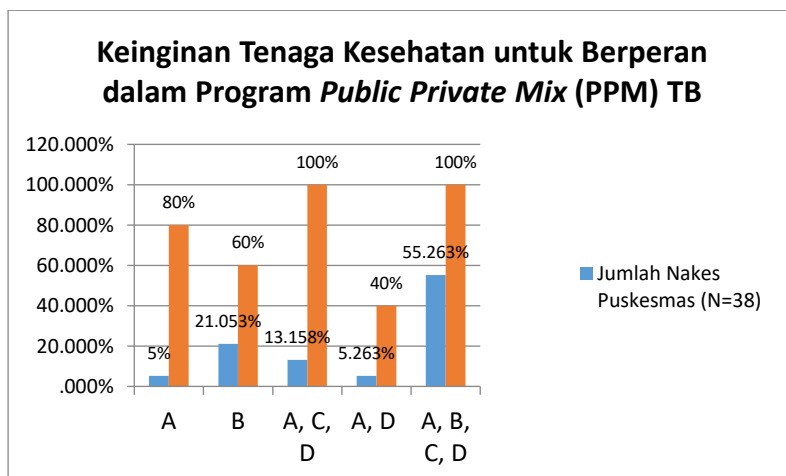
Kesediaan dalam Mendukung Program PPM	Puskesmas		Klinik	
	n	%	n	%
Bersedia dalam pelaksanaan DOTS	37	97,37	5	100,0
Bersedia dalam pendistribusian Obat Anti TB (OAT)	36	94,74	4	80,0
Bersedia melakukan pencatatan dan pelaporan rutin	36	94,74	5	100,0
Bersedia dalam pelaksanaan Pengawas Menelan Obat (PMO)	33	86,84	3	60,0

Sebanyak 97,37% tenaga kesehatan di 30 Puskesmas Kota Semarang menyatakan kesediaannya dalam pelaksanaan DOTS pada pengobatan TB untuk turut mendukung pelaksanaan PPM TB di Kota Semarang. Selain itu, hampir seluruhnya atau 94,74% tenaga kesehatan yang berperan dalam program TB juga menyatakan kesediaan mereka untuk berperan dalam pendistribusian OAT dan melakukan pencatatan dan pelaporan rutin kasus TB yang ditemukan di wilayah kerja Puskesmas tempat mereka bekerja. Namun, tidak sebanyak kesediaan sebelumnya, pada kesediaan dalam pelaksanaan PMO, hanya 86,84% tenaga

kesehatan yang menyatakan bersedia dalam pelaksanaan Pengawasan Menelan Obat (PMO) di Puskesmas.

Sementara pada Klinik di Kota Semarang, sebanyak 100% tenaga kesehatan di 5 klinik menyatakan kesediaannya dalam pelaksanaan DOTS pada pengobatan TB untuk turut mendukung pelaksanaan PPM TB di Kota Semarang. Selain itu, hampir seluruhnya atau 80% tenaga kesehatan yang berperan dalam program TB juga menyatakan kesediaan mereka untuk berperan dalam pendistribusian OAT. Seluruh tenaga kesehatan (100%) bersedia melakukan pencatatan dan pelaporan rutin kasus TB yang ditemukan di wilayah kerja Puskesmas tempat mereka bekerja. Namun, pada kesediaan dalam pelaksanaan PMO, hanya 60% tenaga kesehatan yang menyatakan bersedia dalam pelaksanaan Pengawasan Menelan Obat (PMO) di klinik.

Gambar 3.2 berikut ini menyajikan kesediaan tenaga kesehatan apabila diberi kesempatan untuk dapat memilih berperan dalam pelaksanaan program TB, meliputi penemuan kasus TB, pengobatan TB, pemantauan pengobatan, maupun pencatatan dan pelaporan kasus TB.



Keterangan:

A : Penemuan kasus TB

B : Pengobatan TB

C : Pemantauan pengobatan TB

D : Pencatatan dan pelaporan

Gambar 3.2. Keinginan Tenaga Kesehatan untuk Berperan dalam Program PPM sebagai Upaya Penanggulangan TB

Sebanyak 55,26% petugas TB di 30 Puskesmas Kota Semarang memilih untuk berperan dalam seluruh pelaksanaan program TB, baik penemuan kasus, pengobatan TB, pemantauan TB, serta pencatatan dan pelaporan kasus TB untuk mendukung program PPM TB di Kota Semarang. Lainnya, sebanyak 5,26% memilih setidaknya hanya berperan dalam penemuan kasus TB maupun penemuan kasus dan pencatatan pelaporan saja dan 5% petugas Puskesmas berkeinginan hanya berperan dalam penemuan kasus TB. Adanya keinginan petugas kesehatan Puskesmas yang hanya berperan dalam satu atau dua tugas pada program pengendalian TB, bukan tidak ada alasan. Hasil wawancara pada penelitian ini, melaporkan beberapa diantara petugas TB mengatakan bahwa hal ini disebabkan karena kurangnya tenaga dan fasilitas penunjang untuk melakukan semua peran dalam pengendalian TB. Kasus TB yang tercatat tidak sedikit di Kota Semarang dengan pengobatan jangka panjang menyebabkan perlu tenaga lebih dalam melakukan peran tersebut. Selain itu, adanya pandemi COVID-19 juga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi program pelaksanaan PPM tidak terlaksana secara maksimal.

Keinginan tenaga kesehatan di 5 klinik swasta juga menunjukkan bahwa seluruh tenaga kesehatan bersedia untuk mendukung program PPM dalam hal berperan untuk melakukan penemuan kasus, pengobatan, pencatatan pelaporan kasus, serta pengawasan minum obat pasien TB. Namun, berdasarkan wawancara yang dilakukan peneliti, diketahui bahwa terbatasnya tenaga di klinik yang menghambat mereka dalam melaksanakan peran tersebut. Mereka mengatakan rendahnya penemuan kasus TB di klinik swasta sebagian besar disebabkan oleh tidak adanya tenaga khusus dalam pengendalian program TB untuk mendukung pelaksanaan PPM. Terbatasnya jumlah tenaga ini juga disebabkan

karena terbatasnya dana yang mereka miliki. Oleh karena itu, pelaksanaan PPM tidak maksimal dilakukan oleh klinik-klinik swasta.

Komponen-komponen penting dalam melaksanakan strategi upaya pengendalian TB yaitu adanya satu kesatuan dari peraturan, kebijakan, penyedia pelayanan, sistem, mekanisme pelaporan, umpan balik, dan monitoring evaluasi. Pembuat kebijakan, pelaksana program, serta komponen praktis harus memahami komponen-komponen yang diperlu dalam mempercepat implementasi pelaksanaan PPM di kalangan swasta. Tidak tercapainya program TB sesuai tujuan disebabkan tatalaksana kasus yang tidak memadai, pelayanan TB yang sulit terakses oleh masyarakat, penemuan kasus TB tidak terstandar, tidak adanya pemantauan kasus, hingga terjadinya gagal pengobatan. Untuk menghadapi hal tersebut, kolaborasi antara fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta harus ditingkatkan dengan komitmen tinggi diantara keduanya dalam pelaksanaan pengendalian TB (Mukund Uplekar et al., 2016).

Lebih dari tiga perempat dari fasilitas kesehatan swasta tidak memiliki kapasitas untuk mendiagnosis atau mengelola kasus tuberkulosis dan merujuk pasiennya ke fasilitas publik/pemerintah (Joudyian et al., 2021a). Meski demikian, lebih dari 95% Puskesmas dan Klinik bersedia memberikan pelayanan TB melalui DOTS. Sebanyak lebih dari 90% tenaga kesehatan di Puskesmas dan 80% petugas kesehatan di klinik bersedia dalam pendistribusian Obat Anti TB (OAT). Serupa dengan kesediaan untuk memberikan pelayanan DOTS, lebih dari 90% tenaga kesehatan di Puskesmas dan klinik bersedia melakukan pencatatan dan pelaporan secara rutin. Serta hanya sejumlah 86,84% tenaga kesehatan di Puskesmas dan 60% di klinik yang bersedia dalam pelaksanaan Pengawas Menelan Obat (PMO).

Sebagian besar penyedia layanan kesehatan, baik milik pemerintah maupun swasta, memiliki hasil yang lebih optimal dalam menjalankan program standar TB ketika terlibat dalam PPM. Tingkat keberhasilan pengobatan secara keseluruhan di 39 layanan kesehatan yang menerapkan program TB ditemukan

meningkat 60% setelah diperkenalkannya PPM, termasuk penyelesaian pengobatan dan penyembuhan kasus sputum BTA-positif. Angka kesembuhan di 18 layanan kesehatan yang menjalankan program TB mencapai 85% di 8 negara berbeda (Lei et al., 2015).

Sebanyak 29 studi tentang program PPM melaporkan manajemen kasus, termasuk rujukan kasus yang dicurigai, kasus yang ternotifikasi, pelacakan pasien dan *follow up*, serta diagnosis kasus yang dikonfirmasi ditemukan meningkat signifikan sebagai hasil dari implementasi PPM di banyak program di 6 negara berbeda. Jika Strategi End TB pendekatan pemerintah benar-benar diterapkan, mengoptimalkan PPM dengan melibatkan semua lembaga sektor publik dalam perawatan dan pencegahan TB dapat dilakukan melalui peningkatan kapasitas dan koordinasi yang efektif dalam sektor publik (M Uplekar, 2016).

IMPLIKASI BAGI PROGRAM *PUBLIC-PRIVATE MIX* (PPM) TUBERKULOSIS DI KOTA SEMARANG

Penelitian ini menyoroti perspektif petugas TB di fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta terhadap pelaksanaan pengendalian TB dalam program *Public Private Mix* (PPM) Tuberkulosis. Beberapa hal penting yang peneliti soroti dari penelitian yang telah dilakukan, yang mana dapat menjadi pertimbangan bagi pihak-pihak bersangkutan yang terkait dalam pelaksanaan program Public Private Mix Tuberkulosis di Kota Semarang. Pertama, temuan dalam penelitian ini menyimpulkan bahwa petugas kesehatan di Puskesmas dan Klinik Swasta dalam program PPM TB memiliki pengetahuan tentang pengendalian TB yang sudah cukup baik. Pengetahuan petugas tentang TB menjadi kunci pokok untuk mereka melakukan diagnosis, pengobatan, pengendalian agar mencapai eliminasi TB. Hal ini karena petugas merupakan bagian penyedia kesehatan yang memberikan pelayanan bagi pasien, sehingga bila petugas memiliki pengetahuan baik mengenai penyakit yang di derita pasien maka dapat memberikan pelayanan yang baik pula bagi pasien. Pengetahuan mengenai TB yang baik mengurangi risiko,

menghilangkan hambatan dan menyukkseskan eliminasi TB secara efisien. Bagi penyedia pelayanan kesehatan, perlu memberikan pelatihan secara rutin terhadap petugas kesehatan, dalam hal ini petugas TB. Hal ini penting dilakukan, karena pengetahuan dalam dunia kesehatan akan terus berkembang seiring berjalannya waktu. Petugas kesehatan juga perlu mengembangkan ilmu pengetahuannya agar dapat memberikan pelayanan terbaik kepada pasien. Pemberian pelayanan dengan baik akan mempengaruhi pasien untuk patuh akan saran medis, pengobatan, hingga tercapainya kesembuhan.

Kedua, kesediaan tenaga kesehatan dalam mendukung pelaksanaan program PPM sebagai upaya pengendalian TB dipengaruhi berbagai faktor pendukung. Tenaga kesehatan bersedia berperan dalam berbagai upaya untuk pengendalian TB namun adanya hambatan diantara keterbatasan tenaga, waktu, dan fasilitas menyebabkan tenaga kesehatan kesulitan melaksanakan peran mereka secara optimal. Penyedia pelayanan dan pihak-pihak terkait dalam pelaksanaan PPM perlu menyoroti hal ini. Komponen-komponen penting dalam melaksanakan sttategi upaya pengendalian TB yaitu adanya satu kesatuan dari peraturan, kebijakan, penyedia pelayanan, sistem, mekanisme pelaporan, umpan balik, dan monitoring evaluasi. Pembuat kebijakan, pelaksana program, serta komponen praktis harus memahami komponen-kompenen yang diperlu dalam mempercepat implementasi pelaksanaan PPM di kalangan swasta. Tidak tercapainya program TB sesuai tujuan disebabkan tatalaksana kasus yang tidak memadai, pelayanan TB yang sulit terakses oleh masyarakat, penemuan kasus TB tidak terstandar, tidak adanya pemantauan kasus, hingga terjadinya gagal pengobatan. Untuk menghadapi hal tersebut, kolaborasi antara fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta harus ditingkatkan dengan komitmen tinggi diantara keduanya dalam pelaksanaan pengendalian TB.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil uji analisis, didapatkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pengetahuan diagnosis, pengobatan,

pencatatan, dan pelaporan TB dengan jenis FKTP yaitu klinik dan Puskesmas. Lebih dari 85% Puskesmas bersedia untuk melaksanakan DOTS, pendistribusian Obat Anti TB (OAT), pencatatan dan pelaporan rutin, serta pelaksanaan Pengawas Menelan Obat (PMO). Sementara pada fasilitas kesehatan klinik, lebih dari 80% klinik bersedia untuk melaksanakan DOTS, pendistribusian Obat Anti TB (OAT), dan pencatatan dan pelaporan rutin, tetapi hanya 60% jumlah klinik bersedia melaksanakan Pengawas Menelan Obat (PMO).

Daftar Pustaka

- Aagja, J.P., & Garg, R., 2010. Measuring Perceived Service Quality for Public Hospitals (PubHosQual) in the Indian Context Jayesh. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4(1), pp.60–83.
- Amir, L., & Putro, S.G., 2012. Tuberkulosis Nosokomial. *Jurnal Tuberkulosis Indonesia*, 8, 30–35.
- Ban, A., Sanou, A., Anh, N.T.V., & Godreuil, S., 2015. Mycobacterium tuberculosis : Ecology and Evolution of a Human Bacterium. *Journal of Medical Microbiology*, 64, 1261–1269.
- Bappenas., 2014. *Health Sector Review 2014*.
- Donnell, O.O., 2007. Access to Health Care in Developing Countries : Breaking Down Demand Side Barriers. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 23(12), pp.2820–2834.
- Eticha, B.M., Atomsa, A., & Berheto, T.M., 2014. Patients' Perspectives of the Quality of Tuberculosis Treatment Services in South Ethiopia. *American Journal of Nursing Science*, 3(4), pp.48–55.
- Fauziyah, N., 2010. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Drop Out Pengobatan pada Penderita TB Paru di Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4) Salatiga. *Skripsi*. Universitas Negeri Semarang.
- Hadiyati, I., Sekarwana, N., Sunjaya, D.K., & Setiawati, E.P., 2017. Konsep Kualitas Pelayanan Kesehatan berdasar atas Ekspektasi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional. *MKB*, 49(2), pp.102–109.

- Joudyian, N., Doshmangir, L., Mahdavi, M., Tabrizi, J.S., & Gordeev, V.S., 2021a. Public-Private Partnerships in Primary Health Care: A Scoping Review. *BMC Health Services Research*, 21(1), pp.4.
- Joudyian, N., Doshmangir, L., Mahdavi, M., Tabrizi, J.S., & Gordeev, V.S., 2021b. Public-Private Partnerships in Primary Health Care: A Scoping Review. *BMC Health Services Research*, 21(1), pp.4.
- Kemenkes., 2014. Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis. In *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI, 2014. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Kemenkes RI, 2019. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/755/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata laksana Tuberkulosis*.
- Lei, X., Liu, Q., Escobar, E., Philogene, J., Zhu, H., Wang, Y., & Tang, S., 2015. Public-Private Mix for Tuberculosis Care and Control: A Systematic Review. *International Journal of Infectious Diseases*, 34, pp.20–32.
- Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., & Prawira, J., 2017. *The Republic of Indonesia Health System Review*, 7(1).
- Merzistya, A.N.A., Adi, M.S., Sutiningsih, D., & Rahayu, S.R., 2021. The Quality of Tuberculosis Services in Patients' Perspectives: a Literature Review. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 9(1), pp.67.
- Padma, P., Rajendran, C., & Lokachari, P.S., 2010. Service Quality and Its Impact on Customer Satisfaction in Indian Hospitals. *Benchmarking: An International Journal*, 17(6), pp.807–841.
- Pai, Y.P., & Chary, S.T., 2011. Dimensions of Hospital Service Quality : A Critical Review Perspective of Patients from Global Studies. *IJHCQA*, 26(4), pp.308–339.
- Sanders, G.D., Neumann, P.J., Basu, A., Brock, D.W., Feeny, D., Krahn,

- M., Kuntz, K.M., Meltzer, D.O., Owens, D.K., Prosser, L.A., Salomon, J.A., Sculpher, M.J., Trikalinos, T.A., Russell, L.B., Siegel, J.E., & Ganiats, T.G., 2016. Recommendations for Conduct, Methodological Practices, and Reporting of Cost-effectiveness Analyses: Second Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine. *JAMA*, 316(10), pp.1093–1103.
- Surya, A., Setyaningsih, B., Suryani Nasution, H., Gita Parwati, C., Yuzwar, Y.E., Osberg, M., Hanson, C.L., Hymoff, A., Mingkwan, P., Makayova, J., Gebhard, A., & Waworuntu, W., 2017. Quality Tuberculosis Care in Indonesia: Using Patient Pathway Analysis to Optimize Public-Private Collaboration. *Journal of Infectious Diseases*, 216(7), pp.S724–S732.
- Tim Challenge TB., 2018. *Petunjuk Teknis: Penerapan Public Private Mix Berbasis Kabupaten/Kota Area Binaan Challenge TB in 2018*. United States Agency for International Development (USAID).
- Uplekar, M., 2016. Public-private Mix for Tuberculosis Care and Prevention. What Progress? What Prospects? *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease: The Official Journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease*, 20(11), pp.1424–1429.
- Uplekar, M., Atre, S., Wells, W.A., Weil, D., Lopez, R., Migliori, G.B., & Raviglione, M., 2016. Mandatory Tuberculosis Case Notification in High Tuberculosis-incidence Countries: Policy and Practice. *European Respiratory Journal*, 48(6), pp.1571–1581.
- USAID., 2021. *Indonesia Tuberculosis Roadmap Overview, Fiscal Year 2021*.
- WHO., 2010. *Public-Private Mix for TB care and Control: A Toolkit*. World Health Organization.
- WHO., 2018. *Global Tuberculosis Report 2018*. World Health Organization.
- WHO., 2019. *Global Tuberculosis Report: Executive Summary 2020*. World Health Organization.
- Zubaidah, T., Setyaningrum, R., & Ani, F.N., 2013. Faktor yang Mempengaruhi Penurunan Angka Kesembuhan TB di

Kabupaten Banjar Tahun 2013. *Jurnal Epidemiologi Dan Penyakit Bersumber Binatang*, 4(4), pp.192–199.