

ACCEPTABILITY NOTIFIKASI WAJIB TUBERKULOSIS (TB) PADA DOKTER PRAKTIK MANDIRI DAN KLINIK PRATAMA SWASTA DI KOTA YOGYAKARTA

ACCEPTABILITY OF THE TUBERCULOSIS (TB) MANDATORY NOTIFICATION ON SELF PRIVATE PRACTITIONERS AND PRIVATE PRIMARY CLINICS AT YOGYAKARTA CITY

Ari Kurniawati¹, Yodi Mahendradhata², Retna Siwi Padmawati³

^{1,2,3} Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

ABSTRAK

Latar Belakang: Diperkirakan 68% kasus Tuberkulosis (TB) di Indonesia tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi. TB merupakan penyakit yang harus dinotifikasi sejak dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Berkaitan dengan notifikasi wajib kasus TB, dokter praktek mandiri dan klinik pratama swasta akan diwajibkan melaporkan kasus TB ke Puskesmas setempat. Pelibatan praktisi swasta memiliki dampak penting terhadap perbaikan program penemuan dan pengobatan TB dan pencegahan meluasnya kasus TB resisten obat. Kota Yogyakarta memiliki beban TB terbesar di DIY dan kepadatan penduduk yang tinggi dengan jumlah praktisi swasta yang cukup besar. Belum terdapat penelitian yang menggali acceptability kebijakan notifikasi wajib TB pada dokter praktik mandiri dan klinik pratama swasta di Kota Yogyakarta. Tujuan: Mendeskripsikan acceptability kebijakan notifikasi wajib TB pada dokter praktik mandiri dan klinik pratama swasta di Kota Yogyakarta. Metode: Penelitian ini menggunakan rancangan kualitatif dengan metode deskriptif. Gambaran acceptability yang digunakan adalah acceptability prospektif dengan menggunakan kerangka Theoretical Framework of Acceptability (TFA). Subjek penelitian adalah dokter praktik mandiri dan dokter klinik pratama swasta, beserta pimpinan klinik pratama swasta di Kota Yogyakarta, pemegang program TB Dinas Kesehatan Provinsi DIY dan Kota Yogyakarta, pemegang program TB Puskesmas, serta organisasi profesi (IDI). Metode pengumpulan data yang akan dilakukan adalah wawancara mendalam. Hasil: Gambaran acceptability (prospektif) kebijakan Notifikasi Wajib TB pada dokter praktik mandiri dan klinik pratama di Kota Yogyakarta dideskripsikan dalam sikap afektif, beban, etisitas, dan koherensi intervensi. Kesimpulan: Pendekatan awal yang tepat, pengenalan sikap afektif dan komunikasi berkelanjutan akan memperingan beban dan mengatasi masalah etisitas tentang notifikasi wajib TB. Selain itu pemahaman awal yang baik ditambah pemahaman lanjut yang komprehensif dan penguatan kapasitas menjadi modal penting bagi koherensi intervensi dalam acceptability notifikasi wajib TB pada praktisi swasta.

Kata kunci: Tuberculosis, Acceptability, Notifikasi wajib kasus, Dokter praktik mandiri dan klinik pratama swasta

ABSTRACT

Background: Estimated that 68% Tuberculosis (TB) cases in Indonesia not notified or not detected. TB is the mandatory notified disease since the Regulation of Health Ministry Number 67 year 2016 about TB Countermeasure is launched. Link with TB Mandatory Notification, self private practitioners

and private primary clinic have to notify TB cases to Puskesmas onsite. Engagement private practitioners have important impact to enhance notification and treatment of TB and prevent MDR TB case spreads. Yogyakarta city have biggest TB burden in DIY provincial and crowded people with large amount of private practitioners. There is no study that explore the acceptability of TB mandatory notification at self private practitioners and private primary clinic in Yogyakarta city. Objective: To describe acceptability of TB mandatory notification at private practitioners of primary care in Yogyakarta city. Method: This study design is qualitative study with descriptive method. Description of acceptability in this study is prospective acceptability using Theoretical Framework of Acceptability (TFA). The subjects are self private practitioners and private primary clinic at Yogyakarta city with the TB programmers in DIY health provincial officer and Yogyakarta city health district officer, Head of Puskesmas (public primary healthcare) and TB programmers of Puskesmas, general practitioner professional organization called Ikatan Dokter Indonesia (IDI). Data collection method is deep interview. Result: Description of prospective acceptability TB mandatory notification at private practitioners of primary care in Yogyakarta city describe with affective attitude, burden, ethicality, and intervention coherence. Conclusion: Good primary approach, introducing affective attitude, and sustainability communication can reduce the burden and ethicality problem about TB mandatory notification. Despite, good primary knowledge added by comprehensive knowledge and capacity development is the urgent capital for intervention coherence and acceptability of TB mandatory notification among private practitioners.

Keywords: Acceptability, TB mandatory notification, Self private practitioners and private primary clinics

PENDAHULUAN

Indonesia saat ini menempati urutan kedua terbesar beban TB di dunia (lebih dari 1 juta perkiraan kasus terjadi per tahun), namun di sisi lain Indonesia merupakan peringkat kedua terbesar dari jumlah perkiraan kasus (690.000) yang tidak dilaporkan pada program Penanggulangan TB Nasional sehingga disebut sebagai kasus yang hilang (*missing cases*). Selain dari 7.500 notifikasi kasus kematian akibat TB, diperkirakan lebih dari 100.000 kematian setiap tahun di antara yang tidak ternotifikasi tersebut (Surya et.al., 2017).

Senada dengan *Joint External Monitoring Mission* (JEMM) yang melaporkan bahwa meskipun program Penanggulangan TB Nasional berhasil mencapai indikator kunci internasional yaitu angka keberhasilan pengobatan (*treatment success rate* > 80%), pelaporan kasus dan diagnosis awal masih menyisakan sebuah tantangan terbesar. Pada tahun 2015, hampir dua pertiga dari perkiraan kasus baru TB tidak ternotifikasi dan status diagnosis dan pengobatan pasien tidak diketahui. Kasus yang hilang ini mencapai 19 % dari total kasus yang hilang di seluruh dunia (JEMM, 2017).

Sebuah penelitian tentang *Patient Pathway Analysis* (PPA) TB level nasional dan sub nasional yang mengungkapkan bahwa hanya 32% kasus ternotifikasi, sehingga diperkirakan terdapat 68% kasus yang hilang. Mayoritas dari kasus yang hilang ini diperkirakan ada pada sektor swasta dan tidak dilaporkan meskipun diantaranya mampu mengakses diagnosis dan pengobatan sekaligus. Penelitian ini juga menemukan bahwa hanya 19% pasien yang mendatangi fasilitas kesehatan dengan kapasitas diagnostik pada saat mereka pertama kali mencari pengobatan. Sebagian besar pasien mencari pengobatan pada sektor swasta dan notifikasi kasus tertinggal pada saat konfirmasi diagnosis di sektor swasta (Surya, et al., 2017).

Sektor swasta memegang lebih dari 50 % rumah sakit di Indonesia, dan diperkirakan terdapat 70.000 praktisi swasta. Secara kasar, 60-70% pegawai pemerintah bekerja di fasilitas kesehatan swasta atau praktek swasta, sehingga diperkirakan kurang lebih 60% pasien rawat jalan dan 43% rawat inap berada pada sektor swasta. Penelitian PPA menemukan bahwa penyedia jasa kesehatan swasta terhitung 73% dari pencarian pengobatan inisial dan 54% pengobatan TB namun sektor swasta hanya berkontribusi dalam notifikasi kasus TB sebesar 9% pada tahun 2015 (JEMM, 2017 dan Surya et al., 2017).

Notifikasi TB saat ini telah diwajibkan oleh peraturan yang memperkuat pentingnya penegakan hukum, yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Aplikasi elektronik untuk memudahkan pelaporan kasus TB telah diujicobakan di 5 kota di Indonesia. Temuan dari penelitian PPA menekankan bahwa sektor swasta memainkan peran penting dalam pelibatan pasien sepanjang pencarian pengobatan mereka. Hal krusial dari pelaporan notifikasi kasus TB dari sektor swasta bagi program Penanggulangan TB nasional adalah untuk mengurangi jumlah kasus yang hilang di Indonesia (JEMM, 2017). Kementerian Kesehatan telah menyusun target

penemuan kasus dan target fasilitas kesehatan yang melaporkan yang melaporkan kasus TB melalui layanan jejaring berbasis Kabupaten/Kota sampai dengan tahun 2020 (Kemenkes RI, 2017).

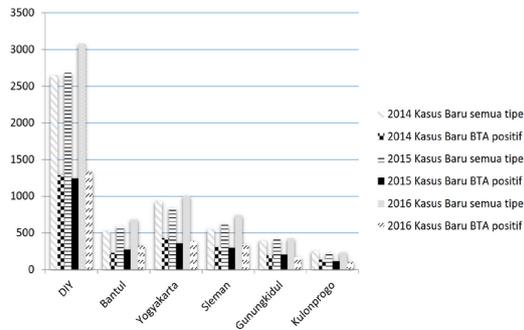
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis menyebutkan tentang notifikasi wajib (*mandatory notification*) TB dalam pasal 23 ayat (1) bahwa "Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib melakukan pencatatan dan pelaporan terhadap setiap kejadian penyakit TB", dan ayat (2) bahwa "Pencatatan dan Pelaporan pasien TB untuk klinik dan dokter praktek perorangan disampaikan kepada Puskesmas setempat". Dalam penjelasan peraturan ini disebutkan bahwa pelanggaran atas kewajiban ini bisa mengakibatkan sanksi administratif sampai pencabutan izin operasional fasilitas kesehatan yang bersangkutan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sistem notifikasi wajib dapat dilakukan secara manual atau melalui sistem elektronik sesuai dengan tata cara dan sistem yang ditentukan oleh program penanggulangan TB.

Menurut penelitian Uplekar et al. (2016), komponen yang diperlukan dalam pelaksanaan notifikasi wajib kasus TB yaitu kebijakan dan peraturan, sistem dan mekanisme pelaporan, orientasi dari penyedia layanan kesehatan, pengawasan dan evaluasi, dan umpan balik. Pemahaman yang komprehensif dan konsisten antara pembuat kebijakan dan pelaksana, mengenai notifikasi wajib dan komponen praktisnya akan mempercepat implementasi di kalangan praktisi swasta. Kelima komponen praktis tersebut adalah kebijakan dan peraturan, sistem dan mekanisme pelaporan, orientasi penyedia layanan, umpan balik, serta pengawasan dan evaluasi. Sedangkan menurut Cadha (2017), di India, walaupun TB sudah ditetapkan sebagai penyakit yang wajib dinotifikasi, pelaporan oleh dokter praktik swasta masih rendah. Perbaikan diperlukan untuk menyediakan mekanisme pelaporan yang mudah, insentif berupa obat TB gratis, pelatihan, umpan balik, dan sanksi bagi yang tidak melaporkan.

Notifikasi wajib kasus TB sangat berkaitan dengan situasi dan kondisi program kemitraan TB (*Public Private Mix* TB). Kemitraan TB di DIY, telah mengalami perkembangan yang cukup pesat. Sejak tahun 1999 program HDL (*Hospital DOTS Linkage*), telah dimulai diujicobakan di DIY, setahun lebih awal dari tingkat nasional. Uji coba kemitraan dengan praktisi swasta dilakukan di Yogyakarta pada tahun 2004.

Kota Yogyakarta merupakan bagian dari Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang memiliki jumlah penduduk 422.732 orang dengan

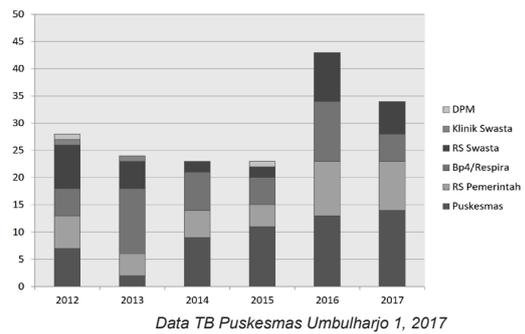
estimasi insiden TB di tahun 2017 sebesar 1381 dengan 18 Puskesmas, 4 RS Pemerintah, 19 RS Swasta. Menurut data tiga tahun terakhir, Kota Yogyakarta merupakan penyumbang kasus TB terbesar di DIY, sebagaimana disajikan dalam Gambar 1.



Sumber : Dinas Kesehatan DIY, 2017
 Gambar 1. Data Kasus Baru TB DIY tahun 2014 s.d. 2016

Dengan berbagai upaya kemitraan TB di DIY, termasuk kota Yogyakarta, kontribusi swasta masih cukup rendah. Menurut pemegang program TB Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, upaya kemitraan yang berjalan adalah kontribusi Rumah Sakit swasta yang terlibat dalam HDL meskipun belum semua Rumah Sakit terlibat. Sedangkan untuk kontribusi dokter praktek mandiri dan dokter praktik di klinik swasta belum terdata kontribusinya, serta belum terdapat koordinasi rutin antara Puskesmas dengan praktisi swasta di wilayah Kota Yogyakarta. Data terakhir pada tahun 2016 dari Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, jumlah seluruh kasus TB sebesar 1024 kasus dengan proporsi 642 kasus dari RS swasta, 329 kasus dari Puskesmas, dan 53 kasus dari RS pemerintah.

Berdasarkan data terakhir Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, lima besar kasus TB tertinggi berasal dari Puskesmas Umbulharjo I, Puskesmas Mergansan, Puskesmas Gondomanan, Puskesmas Gondokusuman I, dan Puskesmas Kotagede I. Pola data kontribusi TB dalam lima tahun terakhir dari kelima Puskesmas tersebut tidak jauh berbeda dengan data Kota Yogyakarta secara keseluruhan yaitu kasus TB yang ternotifikasi berasal dari Puskesmas, RS Pemerintah termasuk BP4 atau RS Paru, RS Swasta, serta kecilnya kontribusi dokter praktik mandiri. Sebagai contoh, potensi jumlah praktisi swasta di kecamatan Umbulharjo sebanyak 22 dokter praktik mandiri dan 12 dokter klinik swasta (Dinas Kesehatan Yogyakarta, 2017), namun masih sangat kecilnya kontribusi notifikasi kasus TB dari tahun ke tahun, sebagaimana disajikan dalam Gambar 2.



Sumber :
 Data TB Puskesmas Umbulharjo 1, 2017
 Gambar 2. Kontribusi TB Puskesmas Umbulharjo 1 Tahun 2012 s.d. Triwulan III Tahun 2017

Kecilnya kontribusi praktisi swasta terhadap notifikasi kasus TB, sedangkan besarnya potensi jumlah praktisi swasta dan pola pencarian pengobatan pasien TB yang cukup besar menyasar sektor swasta menjadikan cukup besarnya kasus TB yang hilang. Kemungkinan rendahnya *acceptability* para praktisi swasta terhadap kebijakan ini dapat berkontribusi pada besarnya kasus TB yang hilang.

Acceptability didefinisikan sebagai persepsi di antara pemangku kepentingan implementasi yang memberikan pelayanan, praktik atau inovasi berupa persetujuan, kecocokan, atau kepuasan (Proctor, 2011). Keberhasilan implementasi tergantung pada *acceptability* terhadap intervensi baik pemberi intervensi maupun penerima intervensi (Sekhon et.al., 2017).

Dalam upaya pengimplementasian kebijakan notifikasi wajib kasus TB sebagaimana amanat Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, belum terdapat penelitian yang mengidentifikasi *acceptability* kebijakan ini pada praktisi swasta, khususnya dokter praktik mandiri dan dokter klinik swasta. Berdasarkan berbagai latar belakang di atas, maka penting dilakukan penelitian yang mengeksplorasi *acceptability* notifikasi wajib TB pada dokter praktik mandiri dan klinik pratama swasta di Kota Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian dengan rancangan kualitatif dengan jenis penelitian deskriptif. Penelitian ini akan mendeskripsikan *acceptability* kebijakan wajib notifikasi wajib TB pada praktisi swasta yaitu dokter praktik mandiri dan klinik pratama swasta di kota Yogyakarta. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Penelitian ini dilaksanakan setelah diterbitkannya Persetujuan Kelaikan Etis (*Ethical Clearance*) oleh Komite Etik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, yaitu pada

bulan Maret sampai dengan April 2018. Metode pengumpulan data dengan wawancara mendalam.

Subjek Penelitian

Subjek penelitian terdiri dari 17 orang responden dari Dokter Praktik Mandiri dan dokter klinik pratama swasta. Sebagai upaya triangulasi dilakukan wawancara kepada para pemegang program dan kebijakan terkait TB di Kota Yogyakarta dari level Dinas Kesehatan, Puskesmas dan organisasi profesi (IDI) Kota Yogyakarta, serta level Dinas Kesehatan provinsi DIY termasuk praktisi program TB dari Global Fund DIY.

Cara Analisis Data

Analisis data penelitian ini menggunakan analisa data kualitatif dengan sistem *content analysis* (analisis isi atau informasi yang diperoleh dari hasil wawancara) dengan proses membaca transkrip, mereduksi data, melakukan pengkodean, dan melakukan pengkategorian. Kategori yang dirumuskan adalah sesuai kerangka konsep yaitu sikap afektif, beban, etisitas, dan koherensi intervensi. Selanjutnya dilakukan *member checking*, dan melaporkan hasil analisis data dalam bentuk tabel atau narasi (kuotasi).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pelibatan praktisi swasta pada program TB di Kota Yogyakarta telah dimulai sejak tahun 2004, sejak dicanangkannya pendekatan Pelayanan TB Terpadu Pemerintah dan Swasta PPM (*Public Private Mix*) TB. Dengan pelibatan swasta dalam *Hospital DOTS Linkage* (HDL) signifikan meningkatkan penemuan kasus TB dibandingkan penemuan dari Puskesmas saja. Pelibatan DPM (Dokter Praktik Mandiri) telah diinisiasi pada tahun 2013 di berbagai kabupaten/kota di DIY dan bergulir terutama di Kabupaten Bantul, Sleman, dan Gunungkidul.

Pada tahun 2013 Kota Yogyakarta pun telah menginisiasi pelibatan DPM dengan sosialisasi Surat Keputusan (SK) PPM yang juga mengundang sejumlah DPM. Surat Keputusan (SK) PPM juga melibatkan organisasi profesi seperti IDI, IBI (Ikatan Bidan Indonesia), dan IAI (Ikatan Apoteker Indonesia). Selain itu juga diadakan Pelatihan TB DOTS selama tiga sampai empat hari bagi praktisi swasta dan bekerja sama dengan IDI dan menghasilkan kesepakatan kontribusi peran DPM dalam Penatalaksanaan TB, yaitu melakukan rujukan pasien terduga TB. Respon dan kehadiran praktisi swasta tidak seperti yang diharapkan, hanya seperempat yang hadir dari keseluruhan yang diundang karena faktor kesibukan DPM maupun faktor lain. Yang diundang adalah para DPM yang mempunyai link

dengan Dinas Kesehatan, tidak berdasarkan data keseluruhan DPM karena jumlahnya cukup besar. Setelah dilakukan evaluasi, porsi kontribusi pasien oleh praktisi swasta ini tidak berjalan dengan baik, praktisi swasta yang mengirim pasien ke Puskesmas hanya ada sekitar 10 pasien terduga TB yang melaporkan dari tahun ke tahun.

Berdasarkan data pencatatan dan pelaporan TB di beberapa Puskesmas, tidak muncul data kontribusi DPM dalam hal penemuan kasus TB. Hal ini kemungkinan disebabkan karena berbagai faktor seperti DPM ataupun Klinik tidak memiliki fasilitas diagnostik ataupun terdapat penyulit sehingga merujuk ke RS ataupun Puskesmas, sedangkan dalam evaluasi triwulan, RS tidak mencatat data asal rujukan pasien dari DPM atau klinik pratama swasta mana. Kemungkinan lain, Puskesmas memiliki data pasien terduga TB namun juga tidak mencatat asal rujukannya karena yang tercatat adalah data pasien yang telah tegak diagnosa TB yang biasanya berasal dari Rumah Sakit DOTS. Atau kemungkinan pasien TB lebih memilih ke Rumah Sakit untuk berobat dibandingkan ke DPM ataupun Klinik Swasta.

Dengan adanya era BPJS, telah ada pedoman BPJS yang khusus membahas tentang pasien TB. Namun keterbatasan fasilitas Klinik Pratama dan DPM membuat diagnosis TB tidak selesai di tingkat FKTP. Sedangkan data pasien TB di DPM dan Klinik Pratama tidak dapat diketahui dengan pasti karena tidak ada pencatatan pelaporan dikarenakan belum adanya sistem DOTS maupun akreditasi Klinik.

Pada level Puskesmas, sejak tahun 2017 terdapat empat Puskesmas yang ditetapkan sebagai Puskesmas PPM yaitu Puskesmas Umbulharjo I, Jetis, Mergangsan, dan Wirobrajan. Pada tahun 2018 bertambah lima Puskesmas PPM yaitu Puskesmas Gondomanan, Tegalrejo, Kotagede I, serta Danurejan I dan II, sehingga terdapat sembilan Puskesmas PPM. Sedangkan di level Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, pada bulan Maret 2018 telah diluncurkan Peraturan Walikota Nomor 102 Tahun 2017 tentang Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan TB 2017-2021. Dalam RAD ini salah satunya memuat pelibatan praktisi swasta dalam peningkatan penemuan kasus TB.

Gambaran *acceptability* kebijakan Notifikasi Wajib TB pada dokter praktik mandiri dan klinik pratama di Kota Yogyakarta dideskripsikan dalam sikap afektif, beban, etisitas, dan koherensi intervensi sesuai dengan kerangka kerja *Theoretical Framework of Acceptability* (Sekhon, 2017). Konteks *acceptability* dalam penelitian ini adalah *acceptability* prospektif (melihat ke depan), yaitu *acceptability* pada tahap awalan dari kebijakan

notifikasi wajib TB pada dokter praktik mandiri dan klinik pratama swasta Kota Yogyakarta.

Sikap Afektif terhadap Notifikasi Wajib TB pada Dokter Praktek Mandiri dan Klinik Pratama Swasta

Sikap Afektif adalah bagaimana praktisi swasta dan pemangku kepentingan dalam program TB merasakan tentang bagaimana ia mengambil bagian dalam kebijakan notifikasi wajib kasus TB. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa pihak praktisi swasta di Kota Yogyakarta telah merasa terlibat dalam penatalaksanaan TB secara medis, namun sebagian besar tidak melaporkan karena ketidaktahuan atau belum adanya sosialisasi sistem dan mekanisme kebijakan notifikasi wajib TB.

“Jadi memang kalau di kota Yogya ini saya belum pernah melihat ada koordinasi antara DPM dengan Puskesmas dalam arti kata jejaring bahwa kita itu adalah juga satelit nya puskesmas..dalam arti kata penemuan TB memang ada indikasi juga banyak pasien-pasien itu malu kalau berobatnya di Puskesmas.. memang sebenarnya kalau TB itu kan juga program pemerintah ...ya kewilayahan sebetulnya ..tapi wilayah itu sebenarnya jika di situ ada kasus TB, Puskesmas harus tahu sampai tahu berobatnya di mana-mana mana... nah itu sebenarnya ...nah itu seharusnya ada kontak jejaring yang dia bisa sistem pelaporannya itu ada... tapi ya di kota ini saya belum pernah melihat atau mendengar atau sosialisasi tentang hal ini.. belum ada istilahnya bagaimana saya harus melaporkan kalau ada kasus TB” (DPM dokter umum 04)

“Yang di rumah wong ndak ada formulir apa-apa ya saya ndak melaporkan apa-apa. Kalau yang di Rumah Sakit sudah dilaporkan..kalau Rumah Sakit kan memang obatnya dari paket, jadi ya harus lapor, Tidak pakai obat paket pun lapor, karena di Rumah Sakit memang sudah ada sistemnya, ada form-nya”(DPM dokter spesialis 01)

Sikap afektif dalam penelitian ini dinilai dalam kondisi sebelum secara formal berjalannya kebijakan notifikasi wajib TB sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016, sebagai bagian dari konstruk *acceptability* prospektif berdasarkan kerangka kerja TFA. Hal ini berbeda konteksnya dengan penelitian yang berjudul *They Know, They Agree, but They Don't Do"- The Paradox of Tuberculosis Case Notification by Private Practitioners in Alappuzha District, Kerala, India* (Phillip, et al., 2015) yang menemukan sikap paradoks para praktisi swasta dalam situasi telah berjalannya sistem notifikasi TB di wilayah tersebut. Mereka telah mengetahui dan menyepakati namun kontradiksi dalam pelaksanaannya.

Hal ini bermakna bahwa sikap afektif praktisi swasta akan sangat beragam, baik di awal sebelum sistem berjalan, maupun nantinya ketika sebuah

sistem telah dijalankan atau disosialisasikan. Diperlukan pendekatan yang tepat seperti komunikasi dan pendekatan awal untuk mengikat para praktisi swasta ketika sistem masih baru awal berjalan, sosialisasi berkala, sosialisasi informal sekaligus pendekatan tertentu, atau yang mencakup keseluruhan praktisi swasta dengan melibatkan sistem perijinan praktik dokter atau pemangku kepentingan lain seperti organisasi profesi.

Pelibatan praktisi swasta dalam Notifikasi wajib TB merupakan bagian kecil dari program PPM TB secara keseluruhan. Sebuah penelitian kualitatif di India Selatan tentang perspektif praktisi swasta dalam keterlibatan program TB, menemukan bahwa meskipun para praktisi swasta merasa bertanggung jawab terhadap pasien TB, namun mereka merasa kesulitan mempersepsikan posisinya sebagai mitra program TB. Salve, Sheikh & Porter (2016) dalam penelitian ini kemudian menyimpulkan bahwa pengenalan, pemahaman dan dukungan terhadap perspektif praktisi swasta menentukan keterlibatan jangka panjang mereka.

Beban terhadap Notifikasi Wajib TB pada Dokter Praktek Mandiri dan Klinik Pratama Swasta

Dalam kerangka TFA disebutkan bahwa konstruk beban berfokus pada beban yang terkait dengan partisipasi dalam intervensi, misalnya partisipasi juga memerlukan banyak waktu atau biaya, atau terlalu banyak usaha kognitif, bukan dalam hal kepercayaan individu dalam terlibat dalam intervensi (Sekhon, 2017).

Penelitian ini menemukan bahwa beban terhadap notifikasi wajib TB yang cukup memberatkan bagi praktisi swasta yang belum memahami atau belum terpapar program TB, meskipun ada yang berpendapat bukan merupakan beban yang berat, asalkan telah ada sistem dan mekanisme yang mudah dan praktis seperti bantuan teknologi informasi, yang telah dikomunikasikan atau disosialisasikan sebelumnya.

“Sebetulnya mungkin SDM-nya ya. Ketika dokter praktek swasta itu tidak mampu untuk melakukan sendiri kan sebetulnya bisa dialihkan ke pihak lain.. rekam medis lah. Kalau dari klinik mungkin bisa, tapi kalau untuk praktek mandiri mungkin memberatkan” (Dokter umum Klinik Pratama 02)

“Berat ya dok ya kalau sanksinya seperti itu. Kalau di klinik kami biasanya kami rujuk ya untuk TB. Karena kita merujuk pasien ya mungkin agak repotnya di situ..kecuali kalau kita mengobati sendiri mungkin kita memang harus melapor ya karena berhubungan dengan pengobatannya. Mungkin ini peraturannya harus ada persyaratannya penjelasan atau sosialisasinya dulu ya dibikin teknisnya bagaimana ya” (Dokter umum Klinik Pratama 05)

Sejalan dengan hal tersebut, Thomas et al

(2016) menyarankan bahwa untuk memfasilitasi notifikasi TB di kalangan praktisi swasta yang efektif, diperlukan strategi intervensi yang efektif dan ramah pengguna (*user-friendly*) dengan bermacam-macam varian opsi khususnya telepon seluler seperti telepon langsung, SMS, atau aplikasi *mobile*.

Namun demikian, dalam sebuah penelitian tentang sebuah aplikasi notifikasi TB berbasis suara yang ditemukan berkinerja sub-optimal, menyimpulkan bahwa meskipun penggunaan bantuan teknologi memberikan manfaat praktis dan sederhana, tetaplah penting memperhatikan konteks dan faktor-faktor non-teknis dalam sistem notifikasi TB (Velayutham et al., 2015). Hal ini menguatkan bahwa sistem dan mekanisme praktis dengan bantuan teknologi informasi memang membantu meringankan beban, namun konteks dan faktor-faktor non-teknis seperti karakteristik praktisi swasta yang belum terpapar dan memahami program TB akan memerlukan pendekatan komunikasi untuk terus-menerus melibatkan dan memahami mereka.

Etisitas terhadap Notifikasi Wajib TB pada Dokter Praktek Mandiri dan Klinik Pratama Swasta

Etisitas yang dimaksud adalah seberapa besar kebijakan notifikasi wajib kasus TB memiliki kesesuaian yang baik dengan sistem nilai dokter praktik mandiri dan klinik pratama swasta dan pemangku kepentingan dalam program TB. Masalah etisitas yang dijumpai di kalangan praktisi swasta baik dalam hubungan dokter dengan pasien ataupun hubungan dengan pihak lain seperti Puskesmas dalam penelitian ini antara lain, kemungkinan terbukanya data pasien TB (privasi) untuk kepentingan pelaporan, atau permasalahan merasa diambilnya pasien oleh sesama FKTP, serta kurangnya komunikasi dengan Puskesmas.

"Betul... jadi nanti kalau kita melaporkan lalu pasiennya tahu malah dia marah kepada kita itu juga repot juga dalam arti kata "lho dokter kok melaporkan saya ke puskesmas? saya berobat ke sini kan biar ini ini ini"...nah nanti kalau ada koordinasi kita ada dasarnya ini ini ..."pak, ini masuk wilayah puskesmas ini itu seperti itu dan ini melaporkan ke Puskesmas itu bukan terus disebar luas kan tapi ini adalah untuk kepentingan program pemerintah..." di mana puskesmas itu wajib untuk memantau wilayahnya walaupun pasien itu bukan PPK di Puskesmas tetapi ini kan basis kewilayahan begitu lho ..." (DPM dokter umum 02)

"Kalau masalah "rebutan pasien"... Ya yang penting komunikasi sih yang paling penting..Ya sama-sama saling lah ya.. Sebetulnya kalau orang kan milih PPK 1 untuk JKN ya.. PPK 1 di swasta tapi tidak di Puskesmas, itu mesti alasannya Puskesmas itu jam layanannya terbatas, tidak 24 jam, kemudian antreannya lebih panjang, dan

harapannya di Klinik swasta itu, yang bekerja sama dengan BPJS itu, diperiksanya "luwih temenan". Asumsi mereka..." (DPM dokter umum 03)

Sejalan dengan hal ini, Thomas et al (2016) meneliti tentang masukan saran atau perspektif praktisi swasta terhadap notifikasi TB, dan menemukan bahwa ada kekhawatiran sebagian praktisi swasta bahwa notifikasi akan mengganggu masalah privasi atau kerahasiaan pasien. Selanjutnya peneliti ini mengusulkan adanya perbaikan strategi komunikasi yang lebih berdampak, model advokasi yang menggandeng organisasi profesi ataupun akademisi, serta intervensi dan komunikasi berkelanjutan dari penanggungjawab kewilayahan agar dapat mengklarifikasi persepsi-persepsi praktisi swasta. Dengan demikian masalah-masalah etisitas akan teratasi seiring intensitas koordinasi dan komunikasi dalam kemitraan.

Koherensi Intervensi terhadap Notifikasi Wajib TB pada Dokter Praktek Mandiri dan Klinik Pratama Swasta

Yang dimaksud dengan Koherensi Intervensi adalah seberapa jauh dokter praktik mandiri dan klinik pratama swasta dan pemangku kepentingan dalam program TB secara awal memahami kebijakan notifikasi wajib kasus TB. Penelitian ini menemukan bahwa para DPM dan dokter di Klinik Pratama swasta, maupun para pemangku kepentingan secara awal telah memahami bahwa notifikasi wajib TB merupakan kebijakan penting dalam kesehatan masyarakat yang berperan bagi peningkatan penemuan kasus dan untuk menekan angka *drop-out* pasien TB.

"Menurut saya sih tidak apa-apa ada kewajiban tambahan notifikasi ini. Karena ya memang bagaimanapun kalau tidak dilaporkan akhirnya tidak bisa dilacak . Dampak kalau tidak dilacak ketika drop out itu tidak bisa menelusuri lebih lanjut" (Dokter umum klinik pratama 01)

"Belum ada kebijakan misalnya di kota itu masing-masing pukesmas itu mengkoordinasi swasta yang di wilayahnya untuk kemudian pelaporan TB itu memang belum ada karena memang dari awal belum ada level dia pengambilan porsi swasta nya untuk TB itu belum ada"(P2 Dinkes Kota)

Uplekar et al. (2016) memaparkan lima komponen praktis yang dibutuhkan untuk memungkinkan sistem notifikasi wajib TB bisa dijalankan. Pemahaman yang komprehensif dan konsisten antara pembuat kebijakan dan pelaksana, mengenai notifikasi wajib dan komponen praktisnya akan mempercepat implementasi di kalangan praktisi swasta.

Sementara itu, belajar dari sebuah penelitian tentang kemitraan program TB nasional dengan rumah sakit di DIY, (Probandari, Utarini,

Lindholm, & Hurtig, 2011) sebuah kemitraan TB sangat memerlukan adanya kapasitas pemangku kepentingan (pemerintah) yang baik dalam hal *skill* organisasi dan kepemimpinan yang kuat (termasuk kemampuan negosiasi, komunikasi interpersonal, kontekstual pemecahan masalah, dan keterampilan dalam perencanaan kontingensi), motivasi, dan komitmen. Proses kemitraan dalam tata kerja kemitraan TB (PPM TB) bersifat dinamis. Strategi, kekuatan, dan interaksi antara aktor adalah aspek penting dari proses kolaborasi dalam kemitraan TB.

Sedangkan dalam sebuah penelitian *action research* yang berjudul Model Kemitraan Puskesmas dan Praktisi Swasta dalam Penanggulangan Tuberkulosis Paru di Kecamatan Kalasan Kabupaten Sleman Propinsi DIY (Prasudi & Utarini, 2005), peneliti merefleksikan bahwa penerimaan praktisi swasta terhadap notifikasi wajib TB akan sangat bergantung kepada pendekatan yang dilakukan baik oleh Dinas Kesehatan maupun Puskesmas sebagai aktor-aktor kunci yang juga harus diperkuat kapasitasnya internalnya.

KESIMPULAN

Pendekatan awal yang tepat, pengenalan sikap afektif dan komunikasi berkelanjutan akan memperingan beban dan mengatasi masalah etisitas tentang notifikasi wajib TB. Selain itu pemahaman awal yang baik ditambah pemahaman lanjut yang komprehensif dan penguatan kapasitas menjadi modal penting bagi koherensi intervensi dalam *acceptability* notifikasi wajib TB pada praktisi swasta.

DAFTAR PUSTAKA

1. Campos, K. D. P., Norman, C. D., & Jadad, A. R. (2011). Product development public private partnerships for public health: A systematic review using qualitative data. *Social Science & Medicine* 73 (2011) 986e994. Disitasi dari www.elsevier.com/locate/socscime
2. Chadha, S. S., Nagaraja, S. B., Trivedi, A., Satapathy, S., Devendrappa, N. M., & Sagili, K. D. (2017). Mandatory TB notification in Mysore city, India: Have we heard the private practitioner's plea? *BMC Health Services Research* (2017) 17:1 DOI 10.1186/s12913-016-1943-z
3. Creswell, J. W. (2003). *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Method Approach*. Second Edition. Sage Publication. USA: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data
4. Davies, G. P., Harris, M., Perkins, D., Rolland, M., Williams, A., Larsen, K., & McDonald, J. (2006). Coordination of Care Within Primary Health Care and With Other Sectors: A Systematic Review. *Australian Primary Health Care Research Institute The University of New South Wales & University of Manchester*. Disitasi dari <http://hdl.handle.net/1885/119231>
5. Dinas Kesehatan DIY. (2016). *Profil Kesehatan DIY 2016*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan DIY.
6. Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. (2016). *Profil Kesehatan Kota Yogyakarta 2016*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta
7. Idris, F. (2004). *Manajemen Public Private Mix Penanggulangan Tuberkulosis Strategi DOTS Dokter Praktek Swasta*. Seri Manajemen Pemberantasan Penyakit Menular. Disitasi dari http://eprints.unsri.ac.id/305/1/1._Publik_privat_miks-NI.pdf
8. Joint External Monitoring Mission (JEMM). (2017). *The Republic of Indonesia Joint External Monitoring Mission Tuberculosis 2017 Final Report*. Tidak dipublikasikan.
9. Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Survei Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. Badan Litbangkes.
10. Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Rencana Aksi Nasional Public Private Mix Tuberculosis Indonesia : 2011-2014*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
11. Kementerian Kesehatan RI. (2014a). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
12. Kementerian Kesehatan RI. (2014b). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktek Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*.
13. Kementerian Kesehatan RI. (2014c). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*.
14. Kemenkes RI & WHO. (2014). *National strategy for implementation and operational research to support prevention and control of tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases 2016–2019*.
15. Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Petunjuk Teknis Pelayanan Tuberkulosis bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
16. Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Peraturan*

- Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis.
17. Khan, M. S., Schwanke-Khilji, S., Yoong, J., Tun, Z. M., Watson, S., & Coker, R.J. (2017). Large funding inflows, limited local capacity and emerging disease control priorities: a situational assessment of tuberculosis control in Myanmar. *Health Policy and Planning*, 32, 2017, ii22–ii31. doi: 10.1093/heapol/czx062
 18. Lawrence, A. P., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. & Hoagwood, K. (2015). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Adm Policy Ment Health (2015)* 42:533–544 DOI 10.1007/s10488-013-0528-y
 19. Lestari, B. W., Arisanti, N., Siregar, A. Y. M., Sihaloho, E. D., Budiman, G., Hill, P. C., Alisjahbana, B., & McAllister, S. (2017). Feasibility study of strengthening the public-private partnership for tuberculosis case detection in Bandung City Indonesia. *BMC Res Notes (2017)* 10:404. DOI 10.1186/s13104-017-2701-y
 20. 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 Disease* 34 (2015) 20-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.201502.015>
 21. Lonroth, K., Uplekar, M., Arora, V. K., Juvekar, S., Lan, N. T. N., Mwaniki, D., & Pathania, V. (2004). Public-private mix for DOTS implementation: what makes it work? *Bulletin of World Health Organization Agustus 2004* 82 (8).
 22. Mahendradhata, Y., Lestari, T., Probandari, A., Indriarini, L. E., Burhan, E., Mustikawati, D., & Utarini, A. (2015). How do private general practitioners manage tuberculosis cases? A survey in eight cities in Indonesia Public Health. *BMC Research Notes October 2015*. DOI: 10.1186/s13104-015-1560-7. Disitasi dari <https://www.researchgate.net/publication/283551753>
 23. Matthews, J. H. (2012). Role of Professional Organizations in Advocating for the Nursing Profession. *The Online Journal of Issues in Nursing Vol 17 No 1 Jan 2012*. DOI: 10.3912/OJIN.Vol17No01Man03
 24. McDermott, A. M., Hamel, L. M., Steel, D., Flood, P. C., & Mkee, L. (2015). Hybrid Healthcare Governance for Improvement? Combining Top-down and Bottom-up Approaches to Public Sector Regulation. *Public Administration Volume 93, Issue 2, Pages 324-344 June 2015*. <https://doi.org/10.1111/padm.12118>
 25. Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, model, and frameworks. *Implementation Science (2015)*10:53. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4406164/pdf/13012_2015_Article_242.pdf .DOI 10.1186/s13012-015-0242-0.
 26. Peters, D.H., Tran, N.H. & Adam, T. (2013). *Implementation research in health : a practical guide*. WHO Library Cataloguing in Publication Data.
 27. Phalkey, R. K., Butsch, C., Belesova, K., Kroll, M., & Kraas, F. (2017). From habits of attrition to modes of inclusion: enhancing the role of private practitioners in routine disease surveillance. *BMC Health Services Research (2017)* 17:599. DOI 10.1186/s12913-017-2476-9
 28. Philip, S., Isaakidis, P., Sagili, K. D., Meharunnisa, A., Mrithyunjayan, S., Kumar, A. M. V. (2015). “They Know, They Agree, but They Don’t Do”- The Paradox of Tuberculosis Case Notification by Private Practitioners in Alappuzha District, Kerala, India. *PLoS ONE 10(4): e0123286*. doi:10.1371/journal.pone.0123286
 29. Prasudi, A. & Utarini, A. (2005). Model Kemitraan Puskesmas dan Praktisi Swasta dalam Penanggulangan Tuberkulosis Paru di Kecamatan Kalasan Kabupaten Sleman Propinsi DIY. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Volume 8 Nomor 03 September 2005*.
 30. Probandari, A., Utarini, A., Lindholm, L., & Hurtig, A. K. (2011). Life of a partnership: The process of collaboration between the National Tuberculosis Program and the hospitals in Yogyakarta, Indonesia. *Journal of Social Science and Medicine volume 73*. Disitasi dari www.elsevier.com/locate/socscimed.
 31. Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: An emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(1), 24–34.
 32. Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research (2011)* 38:65–76.DOI 10.1007

- s10488-010-0319-7
33. Salve, S., Sheikh, K., & Porter, J. D. H. (2016). Private Practitioners' Perspective on Their Involvement with TB Control Programme in a Southern Indian State. *Int J Health Policy Manag* 2016, 5(11), 631-642. <http://ijhpm.com/doi/10.15171/ijhpm.2016.52>.
 34. Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research* (2017) 17:88 DOI 10.1186/s12913-017-2031-8
 35. Smith, B., Hurth, J., Pletcher, L., Shaw, E., Whaley, K., Peters, M., & Dunlap, G. (2014). A Guide to Implementation Process: Stages, Steps, and Activities. *The National Implementation Research Network (NIRN) University of North Carolina Chapel Hill*. Diakses dari <http://ectacenter.org/~pdfs/implementationprocess/implementationprocess-stagesandsteps.pdf>
 36. Surya, A. (2017). *Strategi Akselerasi dalam Eliminasi TB*. Kemenkes RI. Tidak dipublikasikan.
 37. Surya, A., Setyaningsih, B., Nasution, H. S., Parwati, C. G., 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. *The Journal of Infectious Diseases* 2017;216(S7):S724-32. Disitasi dari https://academic.oup.com/jid/article-abstract/216/suppl_7/S724/4595551
 38. Thomas, B. E., Velayutham, B., Thiruvengadam, K., Nair, D., Barman, S. B., Jayabal, L., Ovung, S., & Swaminathan, S. (2016). Perceptions of Private Medical Practitioners on Tuberculosis Notification: A Study from Chennai, South India. *PLoS ONE* 11(1):e0147579. doi:10.1371/journal.pone.0147579
 39. Tjekyan S. (2007). *Model Jejaring Penanganan Tuberculosis Paru Dokter Swasta dan Pemerintah Tingkat Kelurahan di Propinsi Sumatera Selatan*. Surabaya: Universitas Airlangga
 40. Tondong, M. A., Mahendradhata, Y., & Ahmad, R. A. (2012). Evaluasi Implementasi PPM TB di Kabupaten Ende Propinsi NTT pada Tahun 2012. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia Volume 03 No.01 2012*.
 41. Upleaker, M. (2016). Public-private mix for tuberculosis care and prevention. What progress? What prospects?. *International Journal Tuberculosis and Lung Disease* 20(11):1424-1429. Dari <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.15.0536>
 42. Uplekar, M., Atre, S., Wells, W. A., Weil, D., Lopez, R., Battista, G., & Raviglione, M. (2016). Mandatory tuberculosis case notification in high tuberculosis-incidence countries: policy and practice. *European Respiratory Journal* DOI: 10.1183/13993003.00956-2016
 43. Velayutham, B., Thomas, B., Nair, D., Thiruvengadam, K., Prashant, S., Kittusami, S., Vijayakumar, H., Chidambaram, M., Shivakumar, S. V. B. Y., Jayabal, L., Jhunhunwala, A., & Swaminathan, S. (2015). The Usefulness and Feasibility of Mobile Interface in Tuberculosis Notification (MITUN) Voice Based System for Notification of Tuberculosis by Private Medical Practitioners – A Pilot Project. *PLoS ONE* 10(9): e0138274. doi:10.1371/journal.pone.0138274
 44. Walikota Yogyakarta. (2017). Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 102 Tahun 2017 tentang Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TB Tahun 2017-2021.
 45. WHO. (2014). *Implementation Research Toolkit*. WHO Library Cataloguing in Publication Data.
 46. WHO. (2016). *Global tuberculosis report 2016*. WHO Library Cataloguing in Publication Data.