



Persepsi Dokter Praktik Swasta terhadap Sistem Pelaporan Kasus Tuberkulosis di Kota Pontianak Tahun 2020

Namira Alifah Fahiratunnisa,¹ Agus Fitriangga,² Widi Raharjo²

¹Program Sarjana Kedokteran, ²Departemen Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Tanjungpura, Kalimantan Barat, Indonesia

ABSTRAK

Pendahuluan: Masih banyak pasien tuberkulosis (TB) yang tidak mendapat pengobatan sebagaimana mestinya. Salah satu faktor penyebabnya adalah masih banyaknya kasus tuberkulosis yang tidak dilaporkan. Penelitian ini bertujuan mengetahui persepsi dokter praktik mandiri terhadap pelaporan kasus tuberkulosis di Kota Pontianak tahun 2020. **Metode:** Pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus. Sampel penelitian adalah 12 dokter umum praktik mandiri dari 6 kecamatan di Pontianak dan 3 orang pengelola program TB. Sampel penelitian ditentukan dengan teknik sampel purposif, data kualitatif dianalisis menggunakan *content analysis*. **Hasil:** Pengetahuan dan pemahaman dokter praktik mandiri terhadap Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 terkait sistem pelaporan kasus masih kurang. **Simpulan:** Faktor yang memengaruhi rendahnya pelaporan kasus TB antara lain peran puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama yang memiliki program TB, sehingga menjadi rujukan utama pasien TB, terbatasnya pengetahuan dan pemahaman peraturan serta realisasinya, kurangnya koordinasi dan sosialisasi dari pemerintah, baik langsung maupun tidak langsung, kepada dokter praktik mandiri yang bekerja sama dengan BPJS dan dokter praktik klinik swasta, serta pasien yang kurang kooperatif dalam penanganan kasus TB.

Kata kunci: Dokter praktik swasta, sistem pelaporan, tuberkulosis (TB).

ABSTRACT

Introduction: Many tuberculosis (TB) patients do not receive proper treatment. One of the contributing factors is unreported tuberculosis cases. This study observes the perception of independent practice doctors regarding tuberculosis case reporting in Pontianak City in 2020. **Method:** A qualitative approach with a case study design. The sample consists of 12 independent practice doctors from 6 districts in Pontianak City and 3 TB program managers. Samples were determined using the purposive sampling technique, and qualitative data were analyzed using content analysis. **Results:** The study indicates a lack of knowledge and understanding in the private sector regarding the Minister of Health Regulation Number 67 of 2016 related to the case reporting system. **Conclusion:** Key factors in underreporting TB cases from independent practitioners include public health centers serving as the primary referral for TB patients so that they become the main reference for TB patients, limited knowledge and understanding of the regulation and its implementation, lack of coordination and socialization from the government, both directly and indirectly, to independent practitioners who work with BPJS and private clinic doctors, and uncooperative patients in TB case management. **Namira Alifah Fahiratunnisa, Agus Fitriangga, Widi Raharjo. Perception of Private Practice Doctors regarding Tuberculosis Case Reporting in Pontianak City in 2020.**

Keywords: Private practice doctor, reporting system, tuberculosis (TB).



Germin Dunia Kedokteran is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi dengan prevalensi tinggi di seluruh dunia,

menjadi penyebab kematian ke-13 dan penyakit menular kedua paling mematikan setelah COVID-19.¹ Pada tahun 2020,

diperkirakan 10 juta orang terinfeksi TB, Indonesia menjadi negara dengan kasus tertinggi kedua setelah India dengan

Alamat Korespondensi namiraalifah@yahoo.co.id



jumlah kasus tidak dilaporkan sekitar 690.000 kasus (19% total kasus tidak dilaporkan di dunia).^{1,2} Rendahnya akses pengobatan yang tepat menjadi salah satu faktor utama yang memperparah penyebaran dan angka kematian akibat penyakit ini.³

Di Indonesia, pelaporan kasus TB masih menjadi masalah serius. Pada tahun 2018, Kalimantan Barat melaporkan hanya 38% dari total kasus TB yang ditemukan, kemudian pada tahun 2019 pelaporan meningkat, dan kembali menurun pada tahun 2020. Rendahnya deteksi kasus dan diagnosis dini, khususnya di sektor kesehatan swasta, menambah kompleksitas penanganan TB di negara ini.⁴

Meskipun pemerintah telah menetapkan aturan pelaporan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016, banyak dokter praktik swasta masih belum secara optimal melaporkan kasus TB.⁵ Penelitian menunjukkan bahwa rendahnya pemahaman dan kurangnya sosialisasi program menjadi penyebab utama.⁶ Oleh karena itu, penting dilakukan penelitian lebih lanjut untuk memahami persepsi dokter praktik, khususnya di Kota Pontianak, terkait pelaporan kasus TB

untuk mengurangi beban penyakit ini di Indonesia.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam (*in-depth interview*) secara terpimpin oleh peneliti pada informan penelitian. Peneliti menggunakan panduan wawancara, *tape recorder*, dan *fieldnote* (catatan lapangan) untuk membantu proses penelitian.

Pemilihan informan menggunakan teknik sampel purposif. Informan utama adalah dokter praktik mandiri (DPM) yang bekerja sama dengan BPJS dan dokter praktik klinik swasta yang tidak bekerja sama dengan BPJS di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Pontianak Provinsi Kalimantan Barat, dengan total sebanyak 12 informan. Pengumpulan data menggunakan teknik triangulasi sumber, yaitu dengan mewawancarai pelaksana aspek penanggulangan TB, antara lain Kepala Bidang Pemberantasan, Pencegahan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P3PL) dan pengelola program TB Paru di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Pontianak, serta pengelola program TB Paru Dinas Kesehatan Provinsi

Kalimantan Barat.

Studi dilakukan pada 6 kecamatan, masing-masing kecamatan diwakili oleh minimal 1 informan untuk memahami mekanisme dan perkembangan pelaporan kasus TB. Penelitian ini melibatkan 12 dokter umum dari 6 kecamatan di Pontianak serta 3 orang pengelola program TB. Validitas data diperoleh melalui triangulasi sumber dari dokter dan pengelola program. Detail mengenai informan ada pada **Tabel 1**. Sebanyak 15 wawancara dilakukan dengan pengelola program TB dan petugas kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama dari 6 kecamatan di Kota Pontianak mengenai tanggapan (penerimaan) mereka terhadap pelaporan kasus TB di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Pontianak.

Peneliti juga menggunakan metode triangulasi dengan menggabungkan wawancara terbimbing dan wawancara bebas. Analisis data penelitian ini menggunakan analisis data kualitatif dengan sistem analisis isi melalui proses reduksi data untuk memberikan gambaran yang lebih tajam dan spesifik dari gabungan transkrip dan catatan lapangan, melakukan koding dan kategorisasi dalam bentuk deskripsi singkat dan matriks.

Tabel 1. Karakteristik sampel.

No.	Nama	Usia	Jenis Kelamin	Pekerjaan	Lama Bekerja	Mitra BPJS
1.	NS	60	L	Dokter umum	30 tahun	-
2.	NV	30	P	Dokter umum	3 tahun	Ya
3.	KR	55	L	Dokter umum	25 tahun	-
4.	FL	60	P	Dokter umum	22 tahun	-
5.	IN	37	L	Dokter umum	12 tahun	Ya
6.	SP	52	L	Dokter umum	19 tahun	Ya
7.	ER	30	P	Dokter umum	3 tahun	-
8.	KV	29	L	Dokter umum	4 tahun	-
9.	MR	40	P	Dokter umum	5 tahun	Ya
10.	DN	32	L	Dokter umum	6 tahun	-
11.	PS	26	P	Dokter umum	2 tahun	Ya
12.	JP	31	L	Dokter umum	7 tahun	Ya
13.	DG	54	L	Kepala Bidang P3PL Diskes Kota Pontianak	2 tahun	-
14.	FT	43	P	Wasor TB Kota Pontianak	10 tahun	-
15.	HR	49	L	Wasor TB Provinsi Kalimantan Barat	8 tahun	-



Kategori utama yang dirumuskan mengacu pada kerangka *consolidated framework for implementation research* (CFIR) yang terdiri dari 5 domain utama, yaitu *setting internal*, karakteristik intervensi, *setting eksternal*, implementasi kebijakan, dan karakteristik individu.⁷

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini mengeksplorasi persepsi dokter praktik mandiri (DPM) yang bekerja sama dengan BPJS dan dokter klinik swasta di Pontianak mengenai pelaporan kasus TB tahun 2020. Hasil penelitian dikelompokkan menjadi 5 tema utama dan 9 subtema sesuai kerangka konseptual dalam Tabel 2.

Setting Internal: Tindak Lanjut Penanganan Pasien TB

Dokter praktik swasta umumnya merujuk pasien terduga TB ke puskesmas sesuai domisili untuk pemeriksaan lanjutan dan diagnosis, karena puskesmas memiliki program khusus TB serta menyediakan OAT gratis sebagai bagian dari program pemerintah.

“...paling kalau yang ke sini dengan gejala klinis sama... kayaknya curiganya ke arah TB biasanya sih saya sarankan ke puskesmas ya,... kalau misalkan nanti pasiennya bersedia pasiennya akan diarahkan ke puskesmas untuk cek dahak dan kalau seandainya memang di sana nanti positif ya lanjut berobatnya di sana.. saya arahkan ke puskesmas ...untuk obatnya karna itu untuk jangka panjang lama...” (P2.PK_NV)

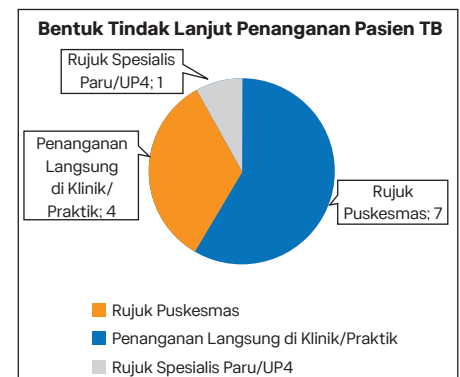
Selain itu, pasien TB terkonfirmasi, baik secara klinis maupun bakteriologis, dengan kondisi kesehatan memburuk atau lanjut

pengobatan diberi penatalaksanaan OAT langsung di tempat praktik, terutama yang menjalin kerja sama dengan program pemerintah. Kondisi pasien sangat menentukan bentuk penanganan dokter praktik swasta sebagaimana ditunjukkan pada **Gambar 1**. Pasien dengan TB paru yang sudah cukup parah akan dirujuk langsung ke spesialis paru atau unit pengobatan paru. Tujuannya agar pasien TB diberikan tata laksana yang berpola sistematis dan berkelanjutan sekaligus dapat dilakukan pemeriksaan lebih lanjut mengenai perkembangan penyakitnya.

“... TB ini kan pengobatan khusus ya bukan sekedar obat batuk selesai tapi dia berpola tersistem dan harus kontinu maka tetap saya arahkan ke yang lebih ahli dalam hal ini dokter spesialis paru atau center-center perawatan TB.” (P12.PK_DN)

Tindak lanjut penanganan pasien terduga TB di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) sesuai pedoman nasional dan International Standards for Tuberculosis Care (ISTC) adalah merujuk pasien atau sediaan dahak ke fasilitas kesehatan primer yang memiliki laboratorium untuk pemeriksaan mikroskopis dahak, seperti puskesmas.^{8,9} Adapun tindak lanjut pasien TB terkonfirmasi adalah kontrol rutin ke dokter dengan didampingi pengawas minum obat (PMO) dan melanjutkan pengobatan tanpa perlu dirujuk ke puskesmas, karena obat anti-tuberkulosis (OAT) sudah tersedia.¹⁰ Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh bentuk tindak lanjut penanganan pasien TB sudah sesuai dengan pedoman nasional TB serta pemeriksaan mikroskopis dahak menjadi metode tersering digunakan FKTP yang

dituju, sesuai dengan penelitian Murrison, et al., tahun 2016 di India.^{5,11}



Gambar 1. Tindak lanjut penanganan pasien TB.

Setting Internal: Bentuk Pelaporan Kasus TB

Keterbatasan pengetahuan dan pemahaman dokter praktik swasta mengenai mekanisme pelaporan kasus TB berimplikasi pada rujukan tidak disertai pelaporan khusus ke puskesmas, sehingga pasien terduga ataupun terkonfirmasi TB yang dirujuk ke puskesmas tidak tercatat sebagai temuan kasus TB oleh fasilitas kesehatan yang merujuk.

“...pelaporan em biasanya sih saya suruh pasiennya langsung ke puskesmas sih untuk ngambil terapi. Nda ada dilapor ke dinas sih, belum pernah lapor jadi pasiennya dikasih rujukan untuk ngambil obatnya di puskesmas.” (P13.PK_PS)

Menurut pengelola program, peran utama dokter dalam pengendalian TB adalah pada aspek penatalaksanaannya, sehingga untuk perhatian terhadap masalah pelaporan kasus masih dikesampingkan atau tidak terlalu diperhatikan. Dokter praktik tergolong pelaksana aspek

Tabel 2. Kerangka konseptual.

Tema	Sub-tema
Setting internal	<ul style="list-style-type: none"> Tindak lanjut penanganan pasien TB Bentuk pelaporan kasus
Karakteristik intervensi	<ul style="list-style-type: none"> Pengalaman sektor swasta memperoleh intervensi Bentuk intervensi pengelola program terhadap notifikasi TB
Setting eksternal	<ul style="list-style-type: none"> Pengetahuan dan penerapan terhadap Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016
Implementasi kebijakan	<ul style="list-style-type: none"> Kendala pelaporan kasus TB Sinergisme pemerintah dan sektor swasta dalam pelaporan kasus TB
Karakteristik individu	<ul style="list-style-type: none"> Penanggulangan kasus TB yang tidak ternotifikasi



penatalaksanaan TB, sehingga lebih mengutamakan pemberian tata laksana dibanding pelaporan kasus. Hal ini yang diyakini melatarbelakangi minimnya pelaporan kasus TB dari dokter praktik.

“Kalau laporan si dah nda masalah lah kawan-kawan itu terutame yg fasyankes pemerintah lah, kalau swasta-swasta tu masih belum... kalau dokter praktik mandiri ini karne kan gini ni bed eem kalau dokter praktik mandiri ni kan lebih banyak mati fokus ke klinik seorang pasien si pasien, laporan tu nanti-nantilah, masukan tu nanti-nanti lah kan gitu.” (P10.PP_DG)

Pelaporan kasus TB dapat secara manual atau elektronik sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016, FKTP melapor ke puskesmas, yang kemudian meneruskan laporan ke Dinas Kesehatan.⁵ Penelitian menunjukkan hanya 3 dari 12 informan yang memahami mekanisme pelaporan TB (**Gambar 2**), sementara banyak dokter praktik hanya merujuk pasien ke puskesmas tanpa melaporkan kasus sesuai prosedur, sebagaimana ditunjukkan dalam penelitian Yeole (2015) dan Kurniawati (2019).^{6,12}



Gambar 2. Pelaporan kasus TB oleh informan.

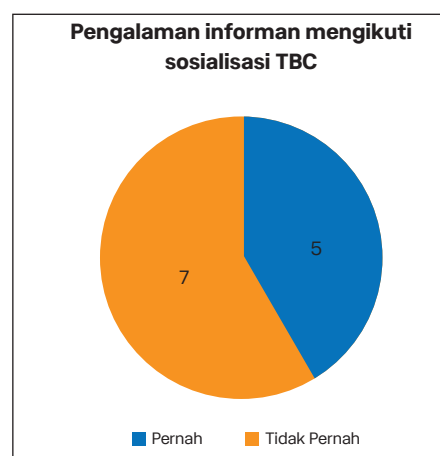
Karakteristik Intervensi: Pengalaman Dokter Praktik Memperoleh Intervensi
Minimnya pengalaman sosialisasi dokter praktik berdampak pada rendahnya pelaporan kasus TB karena keterbatasan pengetahuan dan pemahaman terkait mekanisme pelaporan kasus (**Gambar 3**). Adapun pelatihan dan penyuluhan yang

tidak berkesinambungan juga menjadi salah satu penyebab keterbatasan ini.

“...ikut sosialisasi langsung itu tidak pernah tapi kalau... baca slide dari teman yang ikut pelatihan pernah, jadi ketika saya baca materinya dari teman yang ikut sosialisasinya itu memang lengkap sekali sih harapan pemerintah ni udah lengkap sekali buat tata laksana pencegahan promosi kesehatan ya, untuk menekan angka TB di Indonesia ini sudah bagus sekali sebenarnya tinggal pelaksanaannya aja nih.” (P12.PK_DN)

Pembinaan yang kurang optimal inilah yang diyakini oleh para dokter praktik menjadi penyebab rendahnya pelaporan kasus TB oleh DPM yang bekerja sama dengan BPJS dan dokter praktik klinik swasta. Hal ini sejalan dengan penelitian Datta tahun 2010 di India, bahwa dokter praktik tidak hanya membutuhkan sekedar kesadaran akan pentingnya pelaporan kasus tersebut, melainkan butuh pemahaman lebih melalui pelatihan-pelatihan terkait pelaporan kasus tersebut.¹³

Karakteristik Intervensi: Bentuk Intervensi Pengelola Program Terhadap Notifikasi TB



Gambar 3. Pengalaman informan.

Pihak pengelola program TB mengakui bahwa sosialisasi pelaporan kasus TB terutama di dokter praktik sudah sering dilakukan melalui pertemuan *public private mix* (PPM) serta telah mengupayakan keikutsertaan tiap sektor dan spesialisasi dalam terlaksananya pelaporan kasus TB

dengan membentuk Koalisi Organisasi Profesi (KOPI). Namun, karena keterbatasan tenaga untuk disosialisasikan satu per satu, alternatif pelaksanaannya yaitu dengan sosialisasi yang bersifat mengundang seluruh dokter praktik dalam satu waktu sehingga risikonya sangat sedikit pihak yang hadir tanpa diwakili.

“Kite kalau sosialisasi, ini kan sifatnya biase ni kan ape ye mengundang ye, ...kite undang sekalian gitu kalau satu per satu kan kite ni keterbatasan tenaga, disini aja pemegang program 1 orang, ...kalau dari sisi antusiasnya mereka, biase kalau kite undang jarang nda hadir, rata-rata hadir lah kecuali dokter-dokter yang dah benar-benar sibuklah. Itu pon adalah perwakilannya biasenye, walaupun nda dokternya nda bisa datang, biasenye ade dari ke adminnye yang mewakili. Dah kite anggap 80% ...untuk terlibat dalam proses mekanisme pelaporan secara terpadu ini.” (P10.PP_DG)

Proses jejaring yang kurang optimal menjadi salah satu faktor penyebab masih banyaknya dokter praktik yang belum pernah mendapat sosialisasi pelaporan kasus TB meskipun telah ada upaya pembinaan sebelumnya. Upaya yang dilakukan selain melalui PPM yaitu melalui jalinan kerja sama dengan perhimpunan profesi ataupun KOPI. KOPI TB adalah gabungan beberapa organisasi profesi yang memiliki komitmen terlibat dalam penanggulangan TB di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota melalui jejaring PPM TB.¹⁴

Setting Eksternal: Pengetahuan dan Penerapan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016

Sebagian dokter praktik masih tidak mengetahui isi aturan tersebut (**Gambar 4**). Adapun yang mengetahui dan paham mengenai isi aturan tersebut mengungkapkan masih kurangnya realisasi aturan tersebut, sehingga berdampak pada rendahnya angka pelaporan kasus TB di Kota Pontianak.

“...permenkes 67 tahun 2016 itu tentang program ya pengendalian pencatatan dan edukasi buat ini ya TB paru TB ... tapi



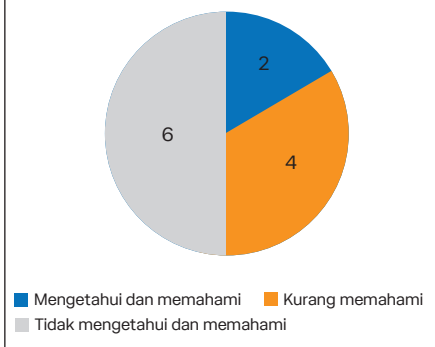
apa-apa ee prakteknya mungkin belum optimal ya belum optimal belum optimal tersosialisasikan, dijalankan juga belum ya, karena oleh sebab itulah salah satu faktor sehingga TB di Indonesia masih menjadi PR besar yang belum belum tuntas untuk diselesaikan, masih proses semuanya." (P12.PK_DN)

Rendahnya pengetahuan serta perhatian dokter praktik diyakini dipengaruhi oleh kurangnya penyuluhan mengenai peraturan tersebut, sehingga berdampak pada kurangnya realisasi aturan tersebut.¹⁵ Pengelola program mengakui telah diterapkannya berbagai sistem pelaporan kasus TB dari yang berbasis offline hingga online serta menekankan kedudukan peraturan ini sebagai pedoman program TB, sehingga dibentuk PPM agar penanganan pasien TB di setiap sektor pemerintah maupun swasta mengacu pada aturan tersebut.

"...sebetulnya permenkes 67 tahun 2016 itu sebagai patokan/pedoman yang dipake di dalam program TB... baik dari provinsi, kabupaten/kota itu juga.. melakukan yang namanya PPM... bahwa semua teman-teman baik rumah sakit swasta, rumah sakit pemerintah, klinik, dan sebagainya itu ya harus mengacu kepada permenkes 67 dalam penanganan program TB" (P15.PP_HR)

Bentuk penerapan Permenkes No. 67 Tahun 2016 telah termaktub dalam Bab III Pasal 6 diwujudkan melalui 6 kegiatan penanggulangan TB meliputi promosi kesehatan, surveilans TB, pengendalian faktor risiko, penemuan dan penanganan kasus TB, pemberian kekebalan, dan pemberian obat pencegahan.⁵ Menurut Edwards, terdapat beberapa faktor untuk menunjang realisasi kebijakan pemerintah, meliputi komunikasi, sumber daya, sikap pelaksana, dan struktur birokrasi.¹⁶ Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Adrian (2020), yaitu ketidakselarasan sikap pemerintah dengan teori implementasi menghambat terlaksananya implementasi Permenkes No. 67 Tahun 2016 dengan efektif dan efisien.¹⁵

Pengetahuan informan terhadap PERMENKES No. 67 Tahun 2016



Gambar 4. Pengetahuan informan.

Implementasi Kebijakan: Kendala Pelaporan Kasus TB

Rendahnya angka pelaporan kasus TB di Kota Pontianak disebabkan oleh jarangny penangan kasus TB di dokter praktik, yang mengurangi pemahaman dan keterlibatan mereka dalam pelaporan.¹⁷ Kendala lain yang diungkapkan oleh beberapa informan yaitu termasuk kurangnya sosialisasi tentang panduan pelaporan, terbatasnya sarana dan SDM untuk diagnosis langsung, dan stigma negatif yang membuat pasien enggan terekspos.^{12,18}

"Kadang pasiennya itu yang memang tidak ee apa ya takut dengan stigma... Nah responsnya itu kebanyakan agak merasa keberatan gitu loh." (P2.PK_NV)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Thomas (2016) yang menunjukkan kekhawatiran praktisi swasta mengenai privasi pasien dalam pelaporan.¹⁷ Di India, rendahnya pelaporan kasus TB disebabkan oleh keterbatasan waktu, masalah kerahasiaan, kekhawatiran menyinggung pasien, kurangnya pengetahuan, sistem pelaporan yang rumit, dan kurangnya koordinasi antara dokter praktik dan pemerintah.^{11,19} Melibatkan swasta, pemerintah, dan masyarakat dalam PPM penting untuk keberhasilan kebijakan notifikasi TB. Kendala pelaporan kasus TB disebabkan oleh kurangnya koordinasi dan sosialisasi antara pemerintah dan dokter praktik. Sistem pengendalian TB yang dibuat oleh pemerintah dinilai kurang

memfasilitasi dokter praktik karena fokus sumber daya hanya pada puskesmas.

"Menurut saya sih memang eemm kaya gimana ya, program TB nya sendiri tidak, tidak memfasilitasi dokter praktik mandiri terlibat... karna kan semua sumber daya fokusnya ke puskesmas, obat dropnya puskesmas, pelatihan kasinya puskesmas seperti itu, jadinya kami ga punya akses... saya aja untuk dapat obat saya harus ngorbanin jam kerja saya, ...untuk ...dapat ini saya harus pergi ke dinas, ngadap dulu nanya si a si b, nah syukurnya orang dinasnya kerja sama kan jadi cepat dapat. Tapi kan ga semua dokter sempat punya waktu untuk itu kan, ya gitu." (P14.PM_JP)

Pemegang program TB mengidentifikasi kendala dalam penerapan Permenkes No. 67 Tahun 2016, termasuk kurangnya kepatuhan pihak swasta yang lebih mengandalkan pengalaman daripada peraturan. Kontrol pelaporan perlu diperkuat untuk semua penyakit. Selain itu, pandemi COVID-19 menyulitkan penyuluhan dan pelatihan sistem pelaporan kasus TB.

Karakteristik Individu: Penanganan Kasus Hilang

Keaktifan puskesmas dalam melakukan pembinaan dan pendampingan kepada dokter praktik di wilayah sarasannya dengan mengirimkan format dan poin-poin penting pengobatan pasien TB sangat diharapkan sesuai dengan upaya puskesmas yang mengutamakan aspek promotif dan preventif.

"Saya kira puskesmas harus aktif lagi melakukan pembinaan dan pendampingan ke dokter praktik yang berada di wilayah binaan mereka... harusnya dikirimkan format kemudian mungkin poin-poin penting di dalam praktik mandiri yang menggambarkan adanya ciri-ciri TB jenis baru misalnya, yang format itu tinggal kita conteng untuk memudahkan kita mengirim laporan." (P1.PM_NS)

Instrumen pelaporan yang terlalu



kompleks menjadi salah satu penyebab meningkatnya kasus yang hilang di Kota Pontianak. Perlu penyederhanaan instrumen pelaporan serta sosialisasi rutin mekanisme pelaporan dari dinas kesehatan. Penyederhanaan instrumen termasuk kuesioner dan segala hal di dalamnya akan mengefisienkan waktu pengisian serta kelengkapan dan keakuratan data.¹²

“Simpelkan instrumen, instrumen itu segala kuesionernya, pengisian datanya, itu supaya pengisiannya lebih efisien dan cepat. Namun datanya akurat dan lengkap sehingga tidak memberatkan para tenaga medis untuk buat laporan.. Yang kedua... rutinitas dari dinkes untuk melakukan sosialisasi atau istilahnya update mengenai data informasi tentang TB gitu, atau melalui puskesmas kita juga

ga masalah, karena kan kalau dilakukan dinkes mungkin terlalu cakupannya luas...” (P5.PK_IN)

Untuk memaksimalkan pembinaan, puskesmas harus memperkuat pendampingan dokter praktik swasta dan memanfaatkan teknologi informasi untuk mempercepat pelaporan kasus TB.¹⁷ Penelitian menunjukkan bahwa surveilans TB berbasis internet, seperti yang diterapkan di India, Tiongkok, dan Korea, efektif meningkatkan pelaporan dan mengurangi stigma.^{19–23} Langkah penting termasuk kebijakan pelaporan yang jelas, sistem pelaporan komprehensif, kepatuhan penyedia layanan, dan tinjauan berkala untuk meningkatkan kerja sama dan efisiensi. Komunikasi yang baik dan informasi yang memadai penting untuk implementasi kebijakan TB yang efektif.¹⁵

SIMPULAN

Faktor yang memengaruhi rendahnya pelaporan kasus TB di dokter praktik swasta di antaranya adalah peran puskesmas sebagai FKTP yang memiliki program untuk pasien TB sehingga menjadi rujukan utama pasien TB, selain itu ada faktor keterbatasan pengetahuan mengenai Permenkes No. 67 Tahun 2016 serta realisasinya, kurangnya koordinasi dan sosialisasi dari pemerintah, baik secara langsung maupun tidak langsung, kepada dokter praktik swasta serta pasien yang kurang kooperatif dalam penanganan kasus TB.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada semua pihak atas segala bimbingan dan saran kepada penulis sehingga penelitian dapat selesai pada waktunya.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Global tuberculosis report 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>.
2. CDC. Finding the missing 4 million: the role of enhanced diagnostics and case-finding in reaching all people with TB [Internet]. Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2015. Available from: <https://www.cdc.gov/globalhivtb/who-we-are/resources/keyareafactsheets/finding-the-missing-4-million.pdf>.
3. National TB Programme Manager MOH Indonesia. Mandatory notification TBC in Indonesia [Internet]. 2018. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-tuberculosis/global-task-force-on-tb-impact-measurement/meetings/2018-05/tf7_p03_indonesia_mandatory_notification.pdf?sfvrsn=a88cd73b_5.
4. Dinas Kesehatan Kota Pontianak. Profil kesehatan kota Pontianak tahun 2017. 2018.
5. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2016. Available from: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/114486/permenkes-no-67-tahun-2016>.
6. Kurniawati A, Mahendradhata Y, Padmawati RS. Acceptability notifikasi wajib tuberkulosis (TB) pada dokter praktik mandiri dan klinik pratama swasta di kota Yogyakarta. J Kebijak Kesehat Indones. 2019;08(01):1–9.
7. Keith RE, Crosson JC, O'Malley AS, Crompt DA, Taylor EF. Using the consolidated framework for implementation research (CFIR) to produce actionable findings: a rapid-cycle evaluation approach to improving implementation. Implementation Science [Internet]. 2017. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0550-7>.
8. Hartati NS, Sulistiawati E, Susilawati D, Penelitian P, Sumber K, Kesehatan P, et al. Pelaksanaan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) di Puskesmas. Media LitBangKes. 2021;30(3):161–70. <https://doi.org/10.22435/mpk.v3i13.3381>.
9. Hopewell PC, Pai M, Maher D, Uplekar M, Raviglione MC. International Standards for Tuberculosis Care. Lancet Infectious Diseases 2006;6(11):710–th25. doi:10.1016/S1473-3099(06)70628-4.
10. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. Pedoman diagnosis dan penatalaksanaan tuberkulosis di Indonesia. Jakarta: Perhimpunan Dokter Paru Indonesia; 2011. p. 1–55.
11. Murrison LB, Ananthakrishnan R, Sukumar S, Augustine S, Krishnan N, Pai M, et al. How do urban indian private practitioners diagnose and treat tuberculosis? a cross-sectional study in Chennai. PLoS One 2016;11(2):1–14. doi: 10.1371/journal.pone.0149862.
12. Yeole RD, Khillare K, Chadha VK, Lo T, Kumar AM V. Tuberculosis case notification by private practitioners in Pune, India: how well are we doing? Public Health Action. 2015;5(3):173–9. doi:10.5588/pha.15.0031.



13. Datta K, Bhatnagar T, Murhekar M. Private practitioners' knowledge, attitude and practices about tuberculosis, Hooghly District, India. *Indian J Tuberc*. 2010;57(4):199–206. PMID: 21141338.
14. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Panduan operasional koalisi organisasi profesi Indonesia untuk penanggulangan tuberculosis (KOPI TB). Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2018.
15. Adrian MM, Purnomo EP, Agustiyara AW. Implementasi kebijakan pemerintah Permenkes no 67 Tahun 2016 dalam penanggulangan tuberculosis di kota Yogyakarta. *J Kebijak Kes Indones JKKI*. 2020;09(2):83–8. <https://doi.org/10.22146/jkki.55965>.
16. Edwards GC. Implementing public policy [Internet]. 2nd ed. Congressional Quarterly Press; 1980. Available from: <https://books.google.co.id/books?id=nQtHAAAAMAAJ>.
17. Thomas BE, Velayutham B, Thiruvengadam K, Nair D, Barman SB, Jayabal L, et al. Perceptions of private medical practitioners on tuberculosis notification: a study from Chennai, South India. *PLoS One* 2016;11(1):e0147579. doi:10.1371/journal.pone.0147579
18. Philip S, Isaakidis P, Sagili KD, Meharunnisa A, Mrithyunjayan S, Kumar AMV. "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* 2015;10(4):e0123286. doi:10.1371/journal.pone.0123286.
19. Uplekar M. Public-private mix for tuberculosis care and prevention. What progress? what prospects? *Internat J Tuberculosis Lung Dis*. 2016;20(11):1424–9. doi:10.5588/ijtld.15.0536.
20. Siddaiah A, Ahmed MN, Kumar AMV, D'Souza G, Wilkinson E, Maung Maung T, et al. Tuberculosis notification in a private tertiary care teaching hospital in South India: a mixed-methods study. *BMJ Open* 2019;9:e023910. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023910.
21. Wang L, Liu X, Huang F, Hennig C, Uplekar M, Jiang S. Engaging hospitals to meet tuberculosis control targets in china: using the internet as a tool to put policy into practice. *Bull WHO*. 2010;88(12):937–42. doi:10.2471/BLT.09.071753.
22. Huang F, Cheng SM, Du X, Chen W, Scano F, Falzon D, et al. Electronic recording and reporting system for tuberculosis in China: experience and opportunities. *J Am Med Informatics Assoc*. 2014;21(5):938–41. doi:10.1136/amiajnl-2013-002001.
23. Lew WJ, Lee EG, Bai JY, Kim HJ, Bai GH, Ahn DI, et al. An Internet-based surveillance system for tuberculosis in Korea. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2006;10(11):1241–7.