

## DAMPAK KEMITRAAN PRAKTISI SWASTA TERHADAP KETERLAMBATAN DAN BIAYA PENANGANAN TUBERKULOSIS DI KOTA DENPASAR, BALI

*THE IMPACT OF PRIVATE PRACTITIONER ENGAGEMENT TOWARD DELAY AND COST OF TUBERCULOSIS CASE MANAGEMENT IN DENPASAR MUNICIPALITY, BALI*

Luh Putu Sri Armini<sup>1</sup>, Yodi Mahendradhata<sup>2</sup>, Adi Utarini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Denpasar, Provinsi Bali

<sup>2</sup>Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan dan Bagian IKM, FK UGM, Yogyakarta

### ABSTRACT

**Background:** Private practitioners (PPs) engagement in Tuberculosis (TB) control was initiated in 2002. This initiative was then expanded to a district level through a collaboration with Gadjah Mada University Faculty of Medicine and Fidelis, IUATLD. The impact on this intervention from patient's perspective should, therefore, be evaluated.

**Objective:** This study aimed to evaluate the impact of private practitioner involvement on delay and cost of TB case management.

**Method:** A quasi-experimental study using pre and post-test design with different subjects was applied. The subjects were new smear positive patients before and after PPs involvement with a total sample of 100 patients. Two instruments were used, i.e. the limited access questionnaire from Fidelis, IUATLD and PPM-DOTS evaluation questionnaire developed in Hyderabad. The analysis applied Chi-square and Mann Whitney-U statistical tests.

**Result:** PPs involvement has shortened the duration between start of symptoms and diagnosis. However, it did not affect the duration between diagnosis and treatment initiation, i.e. 3 days. Overall, PPs involvement accelerated case finding and treatment of TB cases in Denpasar municipality. TB drugs are free of charge, therefore, patients did not pay the direct cost. The indirect cost did not differ significantly before and after the partnership ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** The partnership program has accelerated the case finding of new smear positive TB as well as access of TB patients diagnosed at private practices to receive DOTS treatment. However, the program was not able to decrease the cost spent by the patient before and after receiving DOTS treatment.

**Keywords:** private practitioner involvement, public-private mix, delay, cost

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Praktisi swasta (PSw) telah dilibatkan dalam program Tuberculosis (TB) sejak tahun 2002. Inisiatif ini kemudian diperluas melalui kerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dan Fidelis, IUATLD. Dampak intervensi ini perlu dievaluasi dari perspektif pasien.

**Tujuan:** Mengevaluasi dampak kemitraan dengan praktisi swasta terhadap keterlambatan diagnosis dan pengobatan serta biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk penanganan TB.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan rancangan kuasi-eksperimental pre dan post-tes dengan subyek yang berbeda. Subyeknya adalah pasien TB BTA(+) sebelum dan setelah

program kemitraan dengan PSw, total sejumlah 100 pasien. Pengukuran menggunakan dua instrumen yaitu kuesioner penilaian pasien dengan akses terbatas yang disusun oleh Fidelis, IUATLD dan kuesioner evaluasi Public-Private Mix dalam strategi DOTS yang dikembangkan di Hiderabad. Analisis data menggunakan uji Chi-square and Mann Whitney-U.

**Hasil:** Kemitraan PSw dapat memperpendek jarak antara munculnya gejala dengan diagnosis, namun tidak berpengaruh terhadap jarak antara diagnosis dan pengobatan (yaitu 3 hari). Secara umum, kemitraan PPs meningkatkan penemuan kasus dan pengobatan TB di kotamadia Denpasar. Biaya langsung untuk pengobatan TB tidak ada oleh karena obat TB diberikan gratis. Biaya tidak langsung tidak berbeda secara bermakna antara sebelum dan setelah kemitraan berjalan ( $p > 0,05$ ).

**Kesimpulan:** Program kemitraan yang dilaksanakan di Denpasar meningkatkan penemuan kasus TB BTA(+) dan pengobatan pasien TB dengan DOTS di tempat praktik swasta. Meskipun demikian, program kemitraan tersebut belum dapat menurunkan biaya yang dikeluarkan oleh pasien.

**Kata Kunci:** kemitraan dengan praktisi swasta, *public-private mix*, keterlambatan diagnosis, biaya

### PENGANTAR

Tuberkulosis (TB) Paru masih merupakan penyakit menular yang menjadi prioritas di Indonesia. Pada tahun 2004 diperkirakan ada 8,9 juta kasus TB baru yang terdiri dari 3,9 juta BTA (+), 741.000 terinfeksi virus HIV. Pada tahun 2003 *directly observed treatment shortcourse* (DOTS) diimplementasikan di 183 negara dengan menysasar 83% dari penderita TB, dengan angka penemuan 51%.<sup>1</sup>

Program pengendalian TB di Indonesia merumuskan tujuh strategi dalam kerangka kerja tahun 2006-2010. Salah satu strategi tersebut adalah melibatkan seluruh penyedia pelayanan. Secara global, inisiatif ini dikenal dengan *Public-Private Mix*.<sup>2</sup> Inisiatif ini juga telah diterapkan di Provinsi Bali dalam bentuk kerja sama dengan rumah sakit dan praktisi swasta.

Pada tahun 2004 penemuan dan pengobatan penderita TB di Bali telah dilakukan di seluruh 107

puskesmas, akan tetapi angka penemuan kasus tetap belum dapat mencapai target program 70%.<sup>3</sup> Situasi yang sama terjadi di kota Denpasar, meskipun sejak tahun 2000 semua puskesmas telah melaksanakan program TB. Sejak tahun 2002, kemitraan dengan praktisi swasta (PSw) mulai dikembangkan secara bertahap. Pada tahun 2002-2004, telah dilakukan sosialisasi mengenai strategi DOTS kepada dokter praktik swasta (DPS), namun pelatihan ini belum diikuti dengan tindak lanjut *monitoring* dan evaluasi penerapan strategi DOTS di DPS.

Sejak September 2004, dilakukan kegiatan kerja sama dengan Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran UGM dan Fidelis IUATLD untuk memperkuat kemitraan Puskesmas dan PSw dokter, bidan dan perawat. Intervensi terdiri dari advokasi ke PSw tentang DOTS dan pilihan peran PSw melalui *lunch seminar*, pelatihan *detailling* bagi petugas TB puskesmas untuk melakukan surveilans ke PSw melalui kunjungan ke tempat praktik, *form* pengiriman pasien untuk diagnosis/pengobatan rangkap tiga (untuk disimpan dokter, dibawa pasien dan diambil petugas TB ketika berkunjung), pertemuan *monitoring* bulanan dengan petugas TB yang diselenggarakan di tingkat Puskesmas Rujukan Mikroskopis, dan pertemuan *monitoring* triwulanan dengan petugas TB/wasor. Kontribusi PSw dalam menemukan BTA(+) mencapai 20% dari total BTA(+) di 3 kabupaten yang diintervensi (Denpasar, Badung dan Buleleng).<sup>5</sup> Namun demikian, dampak intervensi tersebut bagi pasien belum dievaluasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi dampak kemitraan dengan praktisi swasta terhadap keterlambatan

diagnosis dan pengobatan dan untuk mendeskripsikan biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk penanggulangan TB.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuasi-eksperimental dengan rancangan *pre-post test* menggunakan subyek yang berbeda. Penelitian dilaksanakan di kota Denpasar. Sampel penelitian ini adalah 49 pasien TB BTA (+) triwulan III (bulan Juli-September 2004) sebagai kelompok pembanding dan 51 pasien pada triwulan IV (Oktober-Desember) sebagai kelompok intervensi setelah kemitraan.

Variabel utama yang diteliti adalah keterlambatan diagnosis, keterlambatan pengobatan, biaya langsung dan tidak langsung, akses pelayanan kesehatan dan perilaku mencari pengobatan. Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner yang dimodifikasi dari kuesioner *limited access* (LA) Fidelis-IUATLD dan kuesioner evaluasi PPM DOTS yang dilaksanakan di Hyderabad India<sup>6</sup>. Data pasien BTA (+) diperoleh dari register TB kabupaten. Sejumlah lima *surveyor* dilatih untuk menggunakan instrumen dengan cara wawancara pasien. Analisis data menggunakan uji *Chi Square* dan *Mann Whitney-U*.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Perbedaan karakteristik responden yang bermakna sebelum dan sesudah kemitraan adalah dalam hal pekerjaan, khususnya yang bekerja sebagai buruh (6.1% *versus* 21.6%) dan yang tidak bekerja (49.0% *versus* 19.6%).

Tabel 1. Karakteristik Responden Penelitian (n=100)

Karakteristik Responden	Sebelum Kemitraan (n 49)		Setelah Kemitraan (n 51)		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Jenis Kelamin</b>						
Laki-laki	25	51.0	25	49.0	0,000	0,999
Perempuan	24	49.0	26	51.0		
<b>Pendidikan</b>						
Tamat SD	14	28.6	15	29.4	0,205	0,977
SMP	11	22.4	12	23.5		
SLTA	21	42.9	20	39.2		
PT	3	6.1	4	7.8		
<b>Pekerjaan</b>						
Buruh	3	6.1	11	21.6	14,389	0,006
PNS	3	6.1	2	3.9		
Karyawan Swasta	16	32.7	18	35.3		
Wiraswasta	3	6.1	10	19.6		
Tidak bekerja	24	49.0	10	19.6		
<b>Memiliki Kartu Sehat</b>						
Ya	10	20.4	10	19.6	0,000	0,999
Tidak	39	79.6	41	80.4		
<b>Status Perkawinan</b>						
Kawin	33	67.3	39	76.5	0,000	0,999
Tidak Kawin	16	32.7	12	23.5		

Pada Tabel 2 dapat dilihat UPK yang pertama kali dikunjungi responden untuk mengobati penyakitnya adalah praktik swasta diikuti oleh pengobat tradisional puskesmas dan rumah sakit. UPK yang pertama kali menganjurkan responden memeriksa dahak pada kelompok sebelum kemitraan masih didominasi Puskesmas. Pada kelompok setelah kemitraan justru PSw yang pertama kali menganjurkan pemeriksaan dahak. UPK tempat pengobatan DOTS terbanyak adalah di Puskesmas, diikuti dengan rumah sakit dan praktik swasta. Hanya sekitar 20% responden baik sebelum maupun setelah kemitraan yang langsung mendapatkan pengobatan DOTS.

Lama sejak mulai muncul gejala hingga diagnosis menunjukkan bahwa program kemitraan mempercepat penemuan kasus TB. Hal tersebut ditunjukkan oleh nilai median (Q2) lama waktu mulai muncul gejala hingga terdiagnosis pada kelompok responden setelah kemitraan lebih kecil

dibandingkan kelompok responden sebelum kemitraan. Perbedaan median tersebut signifikan secara statistik ( $p < 0,05$ ).

Program kemitraan belum mempercepat waktu dari mulai terdiagnosa hingga diobati karena nilai median (Q2) lama waktu mulai terdiagnosis hingga diobati pada kelompok responden setelah kemitraan sama dengan kelompok responden sebelum kemitraan. Perbedaan median tersebut tidak signifikan secara statistik ( $p > 0,05$ ).

Lama waktu dari mulai muncul gejala hingga pasien melakukan kunjungan pertama kali pada suatu UPK pada kelompok sebelum kemitraan dan sesudah kemitraan relatif sama. Hal tersebut ditunjukkan oleh nilai median (Q2) yang relatif sama karena tidak signifikan secara statistik ( $p > 0,05$ ). Program kemitraan belum mampu menurunkan lama muncul gejala hingga pasien berkunjung pertama kali pada suatu UPK.

**Tabel 2. Upaya Mencari Pengobatan Sebelum dan Sesudah mendapatkan Pengobatan DOTS**

Uraian	Sebelum Kemitraan (n 49)		Setelah Kemitraan (n 51)		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>UPK yang pertama kali dikunjungi sebelum pengobatan DOTS</b>						
Tradisional	7	17,5	7	16,7	2,222	0,528
Praktik Swasta	27	67,5	30	71,4		
Puskesmas	4	10,0	5	11,9		
Rumah sakit	2	5,0	0	,0		
<b>UPK yang pernah dikunjungi sebelum pengobatan DOTS</b>						
Tradisional	9	22,5	11	26,2	0,017	0,895
Praktik Swasta	32	80,0	36	85,7	0,155	0,694
Puskesmas	18	45,0	18	42,9	0,001	0,999
Rumah sakit	11	27,5	9	21,4	0,146	0,702
<b>UPK yang menganjurkan pemeriksaan Dahak</b>						
Praktik Swasta	10	20,4	22	43,1	6,763	0,034
Puskesmas	28	57,1	18	35,3		
Rumah sakit	11	22,4	11	21,6		
<b>UPK tempat pengobatan DOTS</b>						
Praktik Swasta	3	6,1	3	5,9	1,501	0,305
Puskesmas	31	63,3	29	56,9		
Rumah sakit	15	30,6	19	37,3		
<b>Sebelumnya mencari pengobatan lain</b>						
Ya	40	81,6	42	82,4	0,001	0,999
Tidak	9	18,4	9	21,6		

**Tabel 3. Lama Waktu Sejak Muncul Gejala, Kunjungan Pertama ke Pelayanan Kesehatan, Diagnosis hingga Pengobatan**

Lama waktu antara:	Sebelum Kemitraan			Setelah Kemitraan			p
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	
Gejala–diagnosis (minggu)	7.00	11.00	21.00	6.00	8.00	12.00	0.016
Diagnosis–pengobatan (hari)	1.00	3.00	4.00	1.00	3.00	5.00	0.264
Gejala–kunjungan pertama ke UPK (minggu)	1.00	6.50	13.75	0.75	6.00	10.00	0.699
Kunjungan pertama–pengobatan (minggu)	4.00	6.50	10.00	1.00	2.50	5.75	0.001
Gejala–pengobatan (minggu)	7.00	11.00	21.00	6.00	9.00	13.00	0.029

Lama waktu dari mulai kunjungan pertama kali ke suatu pelayanan kesehatan hingga diobati menunjukkan bahwa program kemitraan mempercepat pengobatan kasus TB. Hal tersebut ditunjukkan oleh nilai median (Q2) lama waktu mulai kunjungan pertama kali ke suatu pelayanan kesehatan hingga diobati pada kelompok responden setelah kemitraan lebih kecil dibandingkan kelompok responden sebelum kemitraan. Secara statistik perbedaan tersebut signifikan.

Lama waktu dari mulai muncul gejala hingga diobati menunjukkan bahwa program kemitraan juga mempercepat pengobatan kasus TB, karena terdapat perbedaan yang signifikan pada kelompok tersebut. Nilai median (Q2) lama waktu mulai muncul gejala hingga diobati pada kelompok responden setelah kemitraan lebih kecil dibandingkan kelompok responden sebelum kemitraan. Secara statistik perbedaan tersebut signifikan. Dari Tabel 3 dapat disimpulkan bahwa program kemitraan mempercepat penemuan dan pengobatan kasus TB di Kota Denpasar.

Median biaya langsung yang dikeluarkan selama pengobatan DOTS sebesar 0 dan secara

statistik juga menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan ( $p > 0,05$ ). Hal tersebut berarti selama menjalani pengobatan TB kebanyakan responden tidak mengeluarkan biaya atau gratis. Median biaya tak langsung sebesar Rp43.200,00 pada kelompok responden kelompok sebelum kemitraan dan Rp47.400,00 pada kelompok setelah kemitraan namun tidak berbeda secara signifikan ( $p > 0,05$ ). Median total biaya yang dikeluarkan selama pengobatan sebesar Rp69.600,00 pada kelompok sebelum kemitraan dan Rp68.000,00 pada responden setelah kemitraan dan secara statistik juga menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan ( $p > 0,05$ ). Total biaya keseluruhan yang dikeluarkan sebelum mendapatkan pengobatan DOTS, baik biaya langsung, biaya tak langsung maupun total biaya, responden sebelum kemitraan dan setelah kemitraan juga relatif sama karena hasil Mann Withney tidak signifikan ( $p > 0,05$ ).

Biaya yang telah dikeluarkan untuk mencari pengobatan penyakitnya, baik biaya langsung maupun tak langsung dan total biaya yang dikeluarkan, di setiap UPK sebelum mendapatkan pengobatan DOTS terpapar dalam Tabel 5.

Tabel 4. Biaya pengobatan sebelum dan selama pengobatan DOTS

Biaya ke UPK	Sebelum Kemitraan			Setelah Kemitraan			p
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	
<b>Selama Pengobatan DOTS</b>							
Langsung	0	0	34.500	0	0	312.000	0,416
Tidak langsung	10.800	43.200	76.750	9.600	47.400	63.000	0,909
Total	15.400	69.600	316.950	36.000	68.000	353.000	0,370
<b>Sebelum Pengobatan DOTS</b>							
Langsung	90.375	184.500	710.500	116.250	284.250	536.625	0,717
Tidak langsung	6.000	12.000	27.525	5.750	9.800	49.050	0,971
Total	107.350	197.200	763.000	152.200	352.850	659.750	0,304

Tabel 5. Perbandingan Biaya Pengobatan sebelum Mendapatkan Pengobatan DOTS

Biaya UPK sebelum Pengobatan DOTS	Sebelum Kemitraan			Setelah Kemitraan			p
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	
<b>Pengobatan Tradisional</b>							
Langsung	35.000	60.000	147.500	20.000	30.000	60.000	0,038 <sup>*</sup>
Tidak langsung	6.000	7.200	52.500	15.000	60.000	300.000	0,046 <sup>*</sup>
Total	61.000	120.000	192.900	65.000	150.200	320.000	0,629
<b>Praktik Swasta</b>							
Langsung	87.000	160.000	586.700	90.000	187.000	470.000	0,701
Tidak langsung	4.800	5.000	9.000	4.800	5.000	7.200	0,785
Total	95.850	168.400	591.500	94.000	183.800	458.500	0,486
<b>Puskesmas</b>							
Langsung	6.000	8.250	10.500	3.500	6.000	6.000	0,065
Tidak langsung	4.850	8.000	12.000	2.000	4.800	12.000	0,120
Total	10.800	14.750	23.900	5.500	10.800	18.000	0,424
<b>Rumah Sakit</b>							
Langsung	109.000	292.000	2.660.000	300.000	370.000	1.223.500	0,459
Tidak langsung	5.500	9.400	19.600	3.600	15.000	116.750	1,000
Total	113.200	302.400	2.729.400	304.600	460.000	1.430.250	0,649

Median biaya langsung untuk mencari pengobatan tradisional yang dikeluarkan responden kelompok sebelum kemitraan lebih besar dibandingkan kelompok setelah kemitraan, sebaliknya biaya tak langsung sebelum kemitraan lebih kecil dibandingkan kelompok setelah kemitraan. Total biaya di UPK pengobatan tradisional tidak ada perbedaan yang signifikan ( $p>0,05$ ). Median biaya langsung, biaya tak langsung dan total biaya yang dikeluarkan responden kelompok sebelum kemitraan dan setelah kemitraan tidak terdapat perbedaan baik pada UPK praktik swasta, puskesmas dan rumah sakit ( $p>0,05$ ).

## PEMBAHASAN

### 1. Pembahasan Metodologis

Untuk mengetahui efektifitas pelaksanaan program kemitraan di Kota Denpasar seharusnya dilakukan penelitian komparatif. Penelitian ini tidak dapat membandingkan daerah yang melaksanakan program kemitraan dengan daerah lain yang belum melaksanakan program tersebut. Penggunaan kontrol pelaksanaan program kemitraan dengan daerah lain tidak dilakukan karena pelaksanaan program kemitraan telah dilaksanakan di seluruh Provinsi Bali, sehingga program kemitraan juga telah dilaksanakan di semua kabupaten lain. Pembandingan diambil dari pasien TB BTA(+) triwulan III sebelum kemitraan dilaksanakan.

Biaya yang dianalisis dalam penelitian ini adalah biaya tunai yang dikeluarkan oleh penderita selama mencari pengobatan dan menjalani pengobatan DOTS. Biaya akibat kehilangan waktu kerja selama mencari pengobatan penyakitnya dan menjalani pengobatan DOTS tidak dihitung. Bagi penelitian lain disarankan untuk melakukan penelitian tentang biaya yang harus ditanggung akibat dari pencarian pengobatan penyakitnya dan menjalani pengobatan DOTS.

### 2. Pembahasan Isi dan Konteks Program TB di Denpasar Bali

Program kemitraan mempercepat penemuan kasus TB BTA (+) di UPK praktik swasta dan pasien segera mendapatkan pengobatan DOTS. Akan tetapi tidak semua praktik swasta dipilih menjadi tempat pengobatan DOTS secara rutin bagi penderita TB. Responden yang ditemukan oleh UPK praktik swasta kemungkinan melanjutkan pengobatan DOTS di Puskesmas atau Rumah Sakit. Sesuai kebijakan Dinas Kesehatan Provinsi Bali dan kota Denpasar perluasan TB DOTS dilaksanakan pada lebih banyak rumah sakit swasta dan praktisi swasta termasuk bidan dan perawat, disamping juga akan memperluas

jaringan TB DOTS ke seluruh petugas puskesmas pembantu di Bali termasuk Denpasar.

Keterlibatan UPK praktik swasta yang semakin besar mempercepat waktu dari munculnya gejala hingga terdiagnosis maupun pengobatan DOTS. Semakin banyak UPK praktisi swasta yang terlibat dengan dalam penemuan kasus TB menunjukkan program kemitraan di Denpasar semakin berhasil. Penderita yang lebih dini ditemukan akan mempengaruhi kecepatan pengobatannya.

Program kemitraan telah berhasil mempengaruhi perilaku UPK untuk mencurigai pasien yang batuk dan keluhan dada lain untuk diperiksa lebih lanjut terutama pada praktik swasta dan rumah sakit. Di Provinsi Bali khususnya di Kota Denpasar masih banyak potensi pelayanan praktisi swasta yang memungkinkan untuk dilibatkan dalam penemuan kasus TB. Hasil Survei prevalensi TB tahun 2004 menemukan bahwa proporsi pasien yang mendapat pengobatan awal di puskesmas hampir sama dengan praktik swasta yaitu sekitar 40-60%, di ikuti dengan rumah sakit umum, rumah sakit swasta dan klinik swasta, sehingga banyak fasilitas pelayanan kesehatan selain puskesmas yang harus dilibatkan.<sup>7</sup> Responden kelompok sebelum kemitraan yang berkunjung ke UPK praktik swasta lebih banyak tidak menganjurkan pemeriksaan dahak, sedangkan pada responden kelompok setelah kemitraan justru lebih banyak yang telah dianjurkan untuk memeriksakan dahak. Perubahan tersebut karena program kemitraan yang dilakukan dengan melatih UPK praktik swasta untuk menemukan TB. Keterlambatan tersebut kemungkinan karena pasien disebut "*patient delay*" yaitu rentang waktu antara gejala dimulai sampai pasien mengunjungi fasilitas kesehatan.<sup>8</sup> Beberapa hal yang mempengaruhi keterlambatan dari pasien antara lain : pengetahuan pasien tentang TB, tempat tinggal pasien yang jauh dari fasilitas kesehatan dan bila pasien itu seorang pecandu alkohol.<sup>9</sup>

Biaya yang dikeluarkan oleh penderita TB untuk mencari pengobatan sebelum menjalani pengobatan DOTS baik responden sebelum kemitraan maupun setelah kemitraan tidak berbeda bermakna. Hal tersebut menunjukkan bahwa perilaku masyarakat dalam pencarian untuk penyakit yang dideritanya baik pada kelompok responden sebelum kemitraan maupun setelah kemitraan masih relatif sama. Berbeda dengan hasil evaluasi ekonomi yang dilaksanakan pada pelaksanaan PPM DOTS di Hyderrabad dan New Delhi India, PPM DOTS yang dilaksanakan di Hyderrabad dan New Delhi India mengurangi biaya yang dikeluarkan oleh pasien, perbedaan tersebut karena di Hyderrabad dan New

Delhi India pelaksanaan PPM DOTS dilaksanakan oleh lebih banyak sektor praktisi swasta, rumah sakit swasta, perawat swasta, dan laboratorium swasta yang tidak memungut bayaran pada pasien TB yang berobat, sedangkan di Denpasar yang tidak dibayar oleh pasien hanya alat TB (di semua UPK dan praktisi) dan laboratorium (di Puskesmas).

### 3. Implikasi Hasil Penelitian terhadap Kebijakan dan Program TB di Denpasar

Program kemitraan yang dilakukan di Kota Denpasar telah meningkatkan penemuan kasus TB BTA (+) dan memperpendek waktu dari munculnya gejala hingga diagnosis dan pengobatan. Hal tersebut berarti keterlibatan praktik swasta di Kota Denpasar terhadap pemberantasan TB semakin besar, walaupun belum optimal. Hasil penelitian menemukan masih terdapat UPK praktik swasta yang tidak menganjurkan pemeriksaan dahak kepada pasien dengan gejala TB. Pemeriksaan dahak merupakan salah satu upaya untuk menegakkan diagnosis TB pada pasien yang diduga terjangkit TB. Diagnosis TB paru pada orang dewasa dapat ditegakkan dengan ditemukannya BTA pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis dilakukan terhadap dahak sewaktu pagi sewaktu (SPS) secara mikroskopis identik dengan pemeriksaan secara kultur atau biakan.<sup>10</sup>

Undang-Undang Praktik Kedokteran No. 29/2004 secara spesifik menyebutkan adanya kewajiban dari semua praktisi dokter untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar yang artinya praktisi swasta seharusnya mengetahui dan menerapkan *International Standar TB Care* (ISTC) yaitu manajemen DOTS. Secara kualitas maupun kuantitas, keterlibatan praktik swasta harus ditingkatkan dengan melibatkan UPK yang lebih banyak karena pada tahap awal UPK praktik swasta yang dilibatkan, termasuk UPK praktik swasta paramedis dan bidan. Advokasi DOTS dan promosi standar pelayanan TB dari Dinas Kesehatan Kota Denpasar diperlukan memperkuat jejaring antara klinik praktik swasta, rumah sakit dan pelayanan kesehatan yang lain yang belum menerapkan DOTS. Hal tersebut dikarenakan kebijakan kesehatan merupakan kewenangan daerah akibat dari desentralisasi masalah kesehatan.

Peran Dinas Kesehatan yang lebih besar dibutuhkan untuk melibatkan lebih banyak praktisi swasta yang ada di Denpasar. Hal tersebut tidaklah mudah karena banyaknya praktisi swasta yang ada di Denpasar dan memerlukan pembiayaan untuk melaksanakan ekspansi tersebut. Saat ini ekspansi

DOTS di Denpasar didanai dari Global Fund (GF), diperlukan juga suatu komitmen dari pemerintah kota untuk pembiayaan DOTS ini kalau GF sudah tidak mensubsidi dana lagi. Perluasan manajemen DOTS di Denpasar dikaitkan juga dengan regulasi perijinan dokter praktik swasta yang mencari izin praktik.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Kesimpulan studi ini adalah bahwa program kemitraan Puskesmas-praktisi swasta di Denpasar dapat mempercepat penemuan kasus TB BTA (+) dan mempersingkat jarak antara diagnosis dan pengobatan dengan DOTS. Akan tetapi program kemitraan ini belum dapat menurunkan biaya yang dikeluarkan oleh pasien, baik sebelum maupun sesudah memperoleh pengobatan DOTS.

### Saran

Disarankan agar Dinas Kesehatan membuat kebijakan untuk melanjutkan model kemitraan Puskesmas-PSw ini. Selain itu, petugas TB Puskesmas menyarankan PSw untuk melakukan promosi kesehatan terhadap pasien dan memberikan penjelasan mengenai kemungkinan kunjungan oleh Puskesmas apabila terjadi mangkir pengobatan. Penelitian lebih lanjut disarankan untuk menghitung total biaya pasien, termasuk *opportunity cost*. Kelompok perbandingan (yaitu kabupaten yang belum melaksanakan kemitraan Puskesmas-PSw) dapat memperkuat rancangan penelitiannya.

## KEPUSTAKAAN

1. WHO. WHO Report 2006: Global Tuberculosis Control. 2006.
2. Arora, V.K., Lonroth, K. & Sarin, R. Improved Case Detection of Tuberculosis through a Public-Private Partnership Indian Journal of Chest Disease & Allied sciences. 2004;46:133-6.
3. Sub Dinas PPM & PLP Dinas Kesehatan Provinsi Bali. Laporan Hasil P2 Tuberculosis di Bali. 2004.
4. Sub Dinas P2P Dinas Kesehatan Denpasar Bali. Laporan Hasil P2 Tuberculosis di Denpasar. 2004.
5. Utarini, A., Mahendradhata, Y., Syahrizal, B.M. Project Report Program Akselerasi Kemitraan Pemerintah – Praktisi Swasta Dalam Pengendalian Tuberculosis di Provinsi DIY dan Bali. PMPK FK UGM, Fidelis & IUATLD. 2005.
6. Murthy, K.J.R., Frieden, T.R., Yazdani, A., Hreshikesh, P., (2001). Public-Private Partnership in Tuberculosis Control: Experience in Hyderabad, India. The International Journal

- of Tuberculosis and Lung Disease. 2001;5 (4): 354-9.
7. Soemantri, S. Senewe, F.P. eds. Tuberculosis Prevalence Survey in Indonesia 2004; Project DOTS Expansions GF ATM. 2005.
  8. Demissie, M, Lindtjorn, B, & Berhane, Y. Patient and Health Service Delay in the Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis in Ethiopia. *Biomedcentral Public Health*. 2002; 2(23):1-7.
  9. Rajeswari, R., Chandrasekaran V., Suhader, M., Siva Subramaniam, S., Sudha, G., Renu, G. Factors Associated with Patient and Health System Delays in The Diagnosis of Tuberculosis in South India. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2002;6 (9): 789-95.
  10. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Jakarta. 2002.