

HASIL
PENILAIAN KESENJANGAN
PENGOBATAN TUBERKULOSIS
SENSITIF OBAT
DI INDONESIA



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
TAHUN 2024

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

614.542

Ind
h

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal
Penanggulangan Penyakit

**Hasil Penilaian Kesenjangan Pengobatan Tuberkulosis
Sensitif Obat di Indonesia—**

Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2025

1. Judul I. TUBERCULOSIS - PREVENTION AND CONTROL
- II. MEDICINE
- III. COMMUNICABLE DISEASE

HASIL

PENILAIAN KESENJANGAN PENGOBATAN TUBERKULOSIS SENSITIF OBAT DI INDONESIA

**KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
2024**

Hasil Penilaian Kesenjangan Pengobatan Tuberkulosis Sensitif Obat di Indonesia

Penulis:

dr. Ina Agustina Isturini, MKM; drg. Murti Utami, MPH

Penanggung Jawab:

dr. Ina Agustina Isturini, MKM

Penyunting/Editor:

dr. Tiffany Tiara Pakasi; Nurul Badriyah, SKM

Kontributor:

Tim Kerja TBC, Dit. PM, Kemenkes

Alfiko Aditya Mailana, SKM

Amelia Yuri Karlinda, SKM

Andini Ayu Lestari, SKM

Astrid Septrisya, dr.

Galuh Budhi Leksono Adhi, dr.

Kartika Pratiwi, SKM

Linda Devega, SKM

Meilina Farikha, dr., M.Epid

Noerachma Indah Amalia, SKM

R.A. Della Patrisia Pramesti, SKM

Rina Handayani, dr, M.Kes

Sulistyo, SKM, M.Epid

Totok Haryanto, SKM, M.Kes

Sarah Nadhila Rahma, SKM

Shena Masyita Deviernur, SKM, M.Epid

Tim Kerja TBC

Mitra Program Tuberkulosis

Aditiya Bagus Wicaksono, dr.

Agus Fitriangga

Aris Subakti

Betty Nababan, M.Epid

Carel Joseph Peravali

Daniel Sahanggamu

Dikki Pramulya Nuredi

Erik Post

Fauziah Asnely Putri, dr.

Giacinta Archangela Alexandra

Hardini Utami

I Wayan Gede Artawan Eka Putra, M.Epid, Dr. dr.

USAID TBC Leap

Msc for Health-USAID Bebas TBC

PR Konsorsium STPI Penabulu

PR Konsorsium STPI Penabulu

USAID BEBAS TBC

USAID BEBAS TBC

USAID BEBAS TBC

USAID BEBAS TBC

USAID TBPS

Msc for Health-USAID Bebas TBC

USAID BEBAS TBC

KOMLI TBC/ Msc for Health-

USAID Bebas TBC

USAID TBPS

WHO Indonesia

WHO Indonesia

WHO Indonesia

USAID BEBAS TBC

USAID BEBAS TBC

Imran Syed

Maria Regina Loprang, dr.

Retno Kusuma Dewi, dr., MPH

Setiawan Jati Laksono, dr.

Thea Yantra Hutanamon

Trisasi Lestari

Perwakilan Pemangku Kepentingan Terkait	
Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara	Provinsi Sulawesi Utara
Dinas Kesehatan Kota Manado	Kota Manado
BPJS Kantor Cabang	Kota Manado
Kader Kesehatan	Kota Manado
RSU Prof. Dr. R. D Kandou Manado	Kota Manado
RS Siloam	Kota Manado
Puskesmas Tuminting	Kota Manado
TPMD - dr. Rudy Hartoyo	Kota Manado
Klinik Prima Medikom	Kota Manado
Klinik Madani	Kota Manado
Dinas Kesehatan Provinsi Banten	Provinsi Banten
Dinas Kesehatan Kota Serang	Kota Serang
BPJS Kantor Cabang	Kota Serang
Kader Kesehatan	Kota Serang
RSUD Kota Serang	Kota Serang
RS Sari Asih Kota Serang	Kota Serang
Puskesmas Serang Kota	Kota Serang
RS Budi Asih	Kota Serang
RS Citra Arafiq	Kota Serang
Klinik Biddokkes Polda Banten	Kota Serang
Rutan Kelas II B	Kota Serang
Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat	Provinsi Jawa Barat
Dinas Kesehatan Kota Bogor	Kota Bogor
BPJS Kantor Cabang	Kota Bogor
Kader Kesehatan	Kota Bogor
RS Salak	Kota Bogor
RS PMI	Kota Bogor
Klinik Pelita Sehat Barangbung	Kota Bogor
Puskesmas Sempur	Kota Bogor
Klinik Pratama Melania Bruderan	Kota Bogor
Dinas Kesehatan Provinsi Lampung	Provinsi Lampung
Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu	Pringsewu
BPJS Kantor Cabang	Pringsewu
Kader Kesehatan	Pringsewu
RSUD	Pringsewu
RS Wisma Rini	Pringsewu
Klinik MMC	Pringsewu
Klinik BMC	Pringsewu
Puskesmas Pringsewu	Pringsewu
RS Mitra Husada	Pringsewu
RS Surya Asih	Pringsewu
Dinas Kesehatan Provinsi NTBC	Provinsi Nusa Tenggara Barat
Dinas Kesehatan Kota Mataram	Kota Mataram
BPJS Kantor Cabang	Kota Mataram
Kader Kesehatan	Kota Mataram
RS Harapan Keluarga	Kota Mataram
RSUD Provinsi NTBC	Kota Mataram
Puskesmas Pagesangan	Kota Mataram
Klinik Keluarga Sehat	Kota Mataram
Klinik Catur Warga	Kota Mataram

Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat
Dinas Kesehatan Kota Pontianak
BPJS Kantor Cabang
Kader Kesehatan
Puskesmas Perumnas I
Klinik Pelangi Kasih
Klinik Advent
RS Universitas Tanjungpura
RS Mitra Medika
RS Santo Antonius
TPMD - dr. Abdul Salam

Provinsi Kalimantan Barat
Kota Pontianak
Kota Pontianak

Diterbitkan Oleh:

Kementerian Kesehatan

Dikeluarkan Oleh:

Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang.



Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan dengan cara apapun juga, baik secara mekanis maupun elektronik termasuk fotocopy rekaman dan lain-lain tanpa seijin tertulis dari penerbit.

Kata Pengantar

Cita – cita eliminasi tuberkulosis (TBC) membutuhkan keterlibatan banyak pihak termasuk seluruh fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) baik pemerintah maupun swasta. TBC masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia, selain karena beban kasus TBC yang masih memposisikan Indonesia sebagai negara dengan beban kasus TBC tertinggi kedua di dunia, juga karena pencapaian program TBC yang belum optimal.

Apabila ditinjau dari capaian kasus TBC diobati atau melakukan inisiasi pengobatan (*treatment enrollment*) TBC sensitif obat (SO), presentase kasus TBC SO yang telah diobati secara nasional hanya mencapai 88% di tahun 2023. Saat ini belum ada jenis fasyankes apapun yang mencapai 100% *treatment enrollment* TBC SO, masih ada kesenjangan antara jumlah kasus TBC yang ditemukan dengan aksus TBC yang memulai pengobatan di fasyankes. Kasus TBC yang ditemukan namun tidak diberikan tata laksana pengobatan TBC sesuai standar dapat memperburuk kondisi pasien TBC serta menjadi sumber penularan kepada kontak serumah maupun kontak erat pasien.

Pada Juli – Oktober 2024, Kementerian Kesehatan bersama mitra program TBC telah melaksanakan penilaian lebih lanjut terkait kesenjangan inisiasi pengobatan pasien TBC SO di fasyankes. Melalui buku ini, disampaikan hasil penilaian yang ditinjau dari berbagai aspek beserta rekomendasi yang dapat diimplementasikan di berbagai tingkatan.

Kami harapkan buku hasil penilaian ini dapat bermanfaat dan mempermudah semua pihak terkait untuk melaksanakan tugas yang berkaitan dengan program TBC termasuk dalam upaya untuk meningkatkan inisiasi pengobatan TBC SO.

Akhir kata kami ucapkan terima kasih kepada tim penyusun dan semua pihak terkait yang telah berkontribusi dalam proses penilaian dan penyusunan buku ini.

Mari kita wujudkan Indonesia bebas TBC.

Jakarta, Mei 2025

Direktur Penyakit Menular
Kementerian Kesehatan RI



dr. Ina Agustina Isturini, MKM

Daftar Isi

Kata Pengantar	vii
Daftar Singkatan	I
Ringkasan Eksekutif.....	3
Latar Belakang	3
Tujuan.....	3
Metode.....	3
Hasil	3
Rekomendasi Umum.....	4
Rekomendasi Khusus	5
Pendahuluan	10
Latar Belakang	10
Tujuan.....	10
Metode.....	11
Pengumpulan Data.....	11
Hasil dan Pembahasan	13
A. <i>Desk Review</i> Kesenjangan Inisiasi Pengobatan	13
1. Analisis Kesenjangan Inisiasi Pengobatan pada Tingkat Nasional	13
2. Analisis Kesenjangan Inisiasi Pengobatan di 6 Kabupaten/Kota Kunjungan Lapangan...	19
3. Analisis Faktor Terkait Inisiasi Pengobatan Berdasarkan Data SITB	22
4. Informasi Pendukung Berdasarkan Studi Inventaris TBC.....	24
B. Proses Diagnosis dan Inisiasi Pengobatan TBC di Berbagai Fasyankes.....	26
1. Presentasi dan Skrining Awal Pasien	26
2. Pengambilan dan Pengiriman Sampel Dahak	27
3. Konfirmasi Diagnosis dengan Pengujian Diagnostik.....	28
4. Inisiasi Pengobatan	30
C. Faktor Pendukung dan Penghambat Dimulainya Pengobatan TBC Sensitif Obat dari Berbagai Perspektif (Pasien dan Tenaga Kesehatan)	33
1. Perspektif Pasien.....	33
2. Perspektif Kader Kesehatan.....	35
3. Perspektif Tenaga Kesehatan.....	38
D. Proses Koordinasi, Komunikasi, dan Mekanisme Rujukan Terkait dengan Inisiasi Pengobatan TBC Sensitif Obat	50
1. Koordinasi.....	50
2. Proses Komunikasi.....	51

3. Mekanisme Rujukan	52
E. Pelaksanaan Pencatatan dan Pelaporan Data di Fasilitas Kesehatan Pemerintah dan Swasta.....	55
1. Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terstandarisasi.....	55
2. Pengumpulan dan Entri Data	56
3. Mekanisme Pelaporan.....	57
4. Kerahasiaan dan Keamanan Data	58
5. Pelatihan dan Peningkatan Kapasitas.....	59
6. Pemantauan dan Evaluasi	59
Mind Map Ringkasan Penghambatan Inisiasi Pengobatan TBC SO.....	61
Keterbatasan	63
Kesimpulan	64
Rekomendasi	65
Lampiran 1. Referensi	71
Lampiran 2. Panduan Wawancara Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab./Kota	73
Lampiran 3. Panduan Wawancara TBC Technical Officers/Field Executive.....	75
Lampiran 4. Panduan Wawancara Staf Laboratorium	77
Lampiran 5. Panduan Wawancara Staf BPJS	79
Lampiran 6. Panduan Wawancara Dokter Puskesmas	80
Lampiran 7. Panduan Wawancara Dokter Klinik Swasta	81
Lampiran 8. Panduan Wawancara Dokter di Rumah Sakit.....	82
Lampiran 9. Panduan Wawancara Dokter Spesialis (Spesialis Paru dan Anak) .	83
Lampiran 10. Panduan Wawancara Pasien TBC yang telah/sedang Menjalani Pengobatan.....	84
Lampiran 11. Panduan Wawancara Pasien TBC yang tidak/belum Menjalani Pengobatan.....	86
Lampiran 12. Pertanyaan FGD Untuk TBC Program Manager Puskesmas.....	88
Lampiran 13. Pertanyaan FGD untuk TBC Officer di Klinik Swasta dan Pemerintah.....	90
Lampiran 14. Pertanyaan FGD untuk Kader Kesehatan.....	92
Lampiran 15. Pertanyaan FGD untuk Dokter Praktik Umum Swasta.....	93
Lampiran 16. Pertanyaan FGD TBC Officer di Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta	94

Daftar Singkatan

Bansos	Bantuan Sosial
BTA	Basil Tahan Asam
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CSO	<i>Civil Society Organization</i> (Organisasi Masyarakat Sipil)
CSR	<i>Corporate Social Responsibility</i> (Tanggung Jawab Sosial Perusahaan)
CXR	<i>Chest X-Ray</i>
Daring	Dalam jaringan (<i>online</i>)
Dinkes	Dinas Kesehatan
DM	Diabetes Mellitus
DOTS	<i>Directly observed treatment-short course</i>
<i>e-learning</i>	<i>Electronic Learning</i>
<i>Engagement Metrics</i>	Metode Pengukuran Keterlibatan
Fasyankes	Fasilitas Pelayanan Kesehatan
FE	<i>Field Executive</i>
FGD	<i>Focus Group Discussion</i>
FKRTL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
GF	Global Fund
Gx, Xpert	Xpert® MTBC/RIF assay, Cephied
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IK	Investigasi Kontak
IGD	Instalasi Gawat Darurat
Influencer	Pemberi Pengaruh Sosial
IVS	<i>Inventory Study</i> (Studi Inventori)
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
KOPI TBC	Koalisi Organisasi Profesi Indonesia untuk Tuberkulosis
LTFU	<i>Lost To Follow Up</i>
MDR-TBC	<i>Multidrug-Resistant Tuberculosis</i>
MoU	<i>Memorandum of Understanding</i>
NTP	<i>National Tuberculosis Program</i>
OAT	Obat Anti-Tuberkulosis
OJT	<i>On the Job Training</i>
<i>Peer Group</i>	Kelompok Sebaya
Perbup	Peraturan Bupati
Pergub	Peraturan Gubernur
Perwali	Peraturan Walikota
PKB	Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan
Poskesdes	Pos Kesehatan Desa
Posyandu	<i>Integrated Health Service Post</i>

PPI	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
PPM	<i>Public-private mix</i>
PTM	Penyakit Tidak Menular
PKM / Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	Puskesmas Pembantu
RS	Rumah Sakit
SIMRS	Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
SITB	Sistem Informasi TBC
SOP	<i>Standard Operating Procedures</i>
TAT	<i>Turnaround Time</i>
TBC	Tuberkulosis
TBC RO	TBC Resisten Obat
TBC SO	TBC Sensitif Obat
TC	<i>Treatment Coverage</i>
TCM	Tes Cepat Molekuler
TO	<i>Technical Officer</i>
TPMD	Tempat Praktik Mandiri Dokter
TPT	Terapi Pencegahan Tuberkulosis
<i>User Interface</i>	Antarmuka Pengguna
VCT	<i>Voluntary Counseling and Testing</i> (Konseling dan Tes Sukarela)
Wasor	Wakil Supervisor TBC

Ringkasan Eksekutif

Latar Belakang

Indonesia masih menjadi negara dengan beban tuberkulosis (TBC) yang tinggi, dengan lebih dari 1 juta kasus dan angka kematian yang tinggi berdasarkan Laporan TBC Global WHO 2023. Peningkatan notifikasi kasus TBC terutama sensitif obat (SO) sudah meningkat secara nyata dalam 3 tahun terakhir. Saat ini masalah yang menjadi perhatian adalah terdapat kesenjangan antara kasus TBC yang ditemukan dengan yang menginisiasi pengobatan. *Enrollment rate* pasien TBC SO pada tahun 2023 adalah 88%, menurun dari tahun-tahun sebelumnya. Tantangan inisiasi pengobatan TBC SO saat ini meliputi kualitas layanan kesehatan, pencatatan, pelaporan, dan faktor pasien.

Tujuan

Penilaian ini bertujuan untuk menilai kesenjangan dalam inisiasi pengobatan berdasarkan beberapa data dari program TBC seperti data sistem informasi TBC (SITB) dan survei rujukan layanan TBC. Tujuan khusus meliputi menggambarkan proses diagnosis dan inisiasi pengobatan di seluruh penyedia layanan kesehatan publik dan swasta, mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat inisiasi pengobatan dari perspektif pasien dan penyedia layanan, menganalisis mekanisme rujukan, proses koordinasi di antara fasilitas kesehatan dan memberikan rekomendasi untuk meningkatkan inisiasi pengobatan.

Metode

Asesmen ini menggunakan *mix-method*, yang meliputi: *Desk review* dan analisis data terkait TBC, seperti data SITB dan Survei Rujukan Layanan TBC, untuk menggambarkan *enrollment rate* berdasarkan karakteristik pasien, proses diagnostik, komorbid, jenis fasyankes dan menilai faktor terkait. Pendekatan kualitatif dilakukan wawancara informan kunci dan *focus group discussion* (FGD) di enam kabupaten/kota yang dipilih mewakili variasi *enrollment rate*, area geografi, dan kriteria insiden serta *treatment coverage* (TC) yang tinggi. Wawancara informan kunci dengan manajer program TBC, petugas kesehatan, staf laboratorium, petugas BPJS, dan orang dengan TBC. Orang dengan TBC terdiri dari yang sudah memulai pengobatan dan yang tidak memulai pengobatan. FGD dengan pemangku kepentingan, termasuk kader kesehatan dan TPMD.

Hasil

Enrollment rate of untuk TBC SO pada tahun 2023 adalah 88% dan hingga Juli saat penilaian dimulai, tingkat pendaftarannya mencapai 80,1%. Hasil analisis data SITB di tingkat nasional dikonfirmasi melalui hasil wawancara dan FGD di 6 kabupaten yang dikunjungi. Temuan keseluruhan disajikan sebagai berikut:

- I. Faktor-faktor yang berhubungan dengan inisiasi pengobatan:
 - a. Inisiasi pengobatan pada anak lebih tinggi dibandingkan dewasa dan perempuan lebih berpeluang untuk memulai pengobatan dibandingkan dengan laki-laki.
 - b. Penerapan prosedur diagnostik yang sesuai standar secara signifikan meningkatkan inisiasi pengobatan.
 - c. Kasus TBC yang didiagnosis secara klinis dan TBC ekstra paru memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk inisiasi pengobatan.
 - d. Pasien TBC SO yang dilakukan pemeriksaan diabetes melitus (DM) dan HIV memiliki inisiasi pengobatan yang secara nyata lebih tinggi, karena identifikasi dini dari komorbiditas ini mengarah pada rencana pengobatan yang lebih baik dan personal.

- e. *Enrollment rate* pada puskesmas, rumah sakit, dan TPMD secara nyata lebih tinggi dibandingkan dengan klinik swasta.
2. Hambatan untuk inisiasi pengobatan:
 - a. Pengetahuan dan faktor psikologis: kurang pengetahuan dan kesadaran tentang TBC, gejala, tingkat keparahan penyakit, dan pentingnya deteksi dan pengobatan lebih awal. Faktor psikologis, seperti takut, penyangkalan, dan kondisi kesehatan mental seperti kecemasan dan depresi, berpengaruh terhadap keengganan pasien untuk memulai pengobatan.
 - b. Hambatan Sosial Ekonomi: Tantangan finansial dan keterbatasan akses ke layanan kesehatan menghambat pasien untuk memulai pengobatan. Biaya yang pasien harus keluarkan secara mandiri, khususnya di klinik swasta, dan transportasi yang tidak memadai di daerah pedesaan merupakan faktor penghambat.
 - c. Hambatan Geografis dan Administratif: Jarak ke fasilitas rujukan (rumah sakit) dan kompleksitas administratif berkontribusi terhadap keterlambatan diagnosis dan inisiasi pengobatan, terutama bagi pasien dengan penyakit penyerta.
 - d. Keterbatasan Sistem Kesehatan: Fasilitas kesehatan, terutama klinik dan rumah sakit swasta, mengalami keterbatasan kapasitas diagnostik, inisiasi pengobatan, rujukan tepat waktu, pencatatan dan pelaporan.
 - e. Stigma Sosial: Ketakutan akan stigma sosial, diskriminasi (kehilangan pekerjaan), dan pengucilan masyarakat menyebabkan banyak pasien menolak atau menunda memulai pengobatan. Selain itu, terdapat ketidakpuasan pasien terhadap hasil diagnosis, yang mendorong pasien untuk mencari perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan lain atau bahkan menolak pengobatan.
3. Keterlambatan Diagnosis: Waktu tunggu yang lebih lama untuk hasil diagnostik dan kurangnya *update* tepat waktu dalam sistem SITB menyebabkan keterlambatan inisiasi pengobatan. Pasien yang didiagnosis dengan TBC sering kali tidak segera memulai pengobatan karena umpan balik yang terlambat dari fasilitas rujukan.
4. Tantangan Sistem Rujukan: Sistem rujukan untuk pasien TBC tidak efektif, dengan masalah umum seperti keterlambatan rujukan pasien, gangguan komunikasi antara fasilitas rujukan dan penerima, dan tindak lanjut pasien yang buruk. Banyak pasien tidak sampai di tujuan rujukan, yang menyebabkan *initial loss to follow-up* menjadi yang lebih tinggi.
5. Koordinasi dan Komunikasi: hambatan komunikasi, umpan balik yang terlambat, dan pelacakan pasien yang kurang semakin menghambat inisiasi pengobatan TBC. Pertemuan rutin dan pedoman komunikasi antar fasyankes masih kurang optimal.
6. Pencatatan, Pelaporan dan Monitoring: Ketidakkonsistenan dan ketidaklengkapan pencatatan dan pelaporan data pasien TBC. Fasyankes menghadapi tantangan dalam sinkronisasi catatan mereka dengan SITB. Data pasien yang tidak lengkap menyebabkan kesulitan dalam pelacakan pasien.
7. Keterbatasan Jumlah dan Kapasitas SDM dan Infrastruktur: Staf yang terbatas, terutama di klinik swasta, menyebabkan pencatatan, pelaporan yang tidak lengkap dan tindak lanjut yang buruk. Selain itu, banyak klinik swasta dan TPMD belum terlibat dalam layanan TBC.
8. Layanan TBC dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Peserta JKN menghadapi kendala finansial, seperti harus membayar biaya sendiri ketika dirujuk dari klinik swasta ke Puskesmas untuk pengobatan TBC. Beban finansial ini menghambat dimulainya pengobatan.

Rekomendasi Umum

1. Memperkuat sistem rujukan, koordinasi, dan komunikasi: Mengembangkan mekanisme rujukan yang lebih jelas antar penyedia layanan untuk memastikan rujukan yang lancar bagi pasien. Mengoptimalkan mekanisme pelacakan dalam sistem SITB untuk menindaklanjuti pasien yang dirujuk tetapi gagal

- memulai pengobatan. Memperbarui jaringan rujukan TBC sesuai dengan alur rujukan BPJS dan penggunaan mekanisme pembayaran untuk mendorong kepatuhan terhadap sistem rujukan.
2. Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan: Melaksanakan *one-stop service* yang meliputi pengembangan dan penguatan layanan diagnosis dan pengobatan, layanan yang berpusat pada pasien, rujukan laboratorium yang efisien dan edukasi kesehatan yang komprehensif.
 3. Meningkatkan Keterlibatan, Kontribusi, dan Kapasitas Penyedia Layanan Kesehatan Swasta: Meningkatkan keterlibatan dan kontribusi klinik dan dengan mewajibkan partisipasi dalam program TBC sesuai dengan kompetensi dan kewajiban yang mereka emban. Memfasilitasi kebutuhan mereka untuk berkontribusi seperti peningkatan kapasitas melalui pelatihan, *workshop e-learning*, akses diagnosis dan obat TBC.
 4. Meningkatkan Kualitas Pencatatan dan Pelaporan: Meningkatkan kelengkapan pencatatan, kualitas dan validitas pelaporan melalui sinkronisasi data antara sistem informasi fasyankes dengan data SITB dan meningkatkan literasi digital fasyankes terutama klinik swasta dan TPMD melalui *on-the-job training*, video tutorial untuk mengoptimalkan penggunaan fitur SITB.
 5. Mengatasi Faktor Terkait dengan Pasien dan Ekonomi: Memberikan edukasi kesehatan yang komprehensif tentang manfaat pengobatan dan mekanisme dukungan untuk mengelola efek samping. Memberikan sistem dukungan psikososial bagi pasien yang menghadapi stigma, diskriminasi dan tantangan sosial-ekonomi untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan. Upaya ini didukung oleh sistem penghargaan bagi tenaga kesehatan dan kader yang memberikan dukungan komprehensif kepada pasien.
 6. Dukungan Kebijakan Kesehatan Masyarakat, Regulasi, dan Anggaran: Penyusunan dan inisiasi kebijakan, peraturan di level daerah untuk melibatkan *stakeholder*, memberdayakan sumber daya lokal mendukung dan memperkuat implementasi program TBC di daerah termasuk upaya yang lebih tegas memastikan orang dengan TBC bersedia berobat.
 7. Mengatasi Faktor Sosial, Budaya, dan Faktor Eksternal: Melakukan kampanye edukasi kepada masyarakat melalui media sosial pada setiap jenjang, termasuk media sosial fasilitas kesehatan untuk menyampaikan pesan-pesan dalam bahasa lokal yang mudah dipahami untuk menghilangkan mitos dan mengurangi stigma terhadap TBC. Fokus pada intervensi berbasis masyarakat, yang melibatkan kader kesehatan, tokoh masyarakat dan *influencer*, untuk mempromosikan diagnosis dan pengobatan lebih awal.

Rekomendasi Khusus

I. Memperkuat Sistem Rujukan, Koordinasi, dan Komunikasi

- a. Membuat SOP mekanisme rujukan yang mencakup prosedur kerja, pengisian data di SITB, koordinasi dan komunikasi antar fasyankes, prosedur perbaikan jika pasien datang ke fasyankes yang salah, serta mekanisme pelacakan pasien.
- b. Mengelola umpan balik dan melakukan pemantauan rutin antar fasilitas layanan kesehatan untuk meningkatkan koordinasi dan kontinuitas perawatan pasien, sehingga memastikan setiap pasien dirujuk sesuai SOP untuk mendapatkan pengobatan berkelanjutan. Lakukan pemantauan rutin dan kelola umpan balik secara efektif antar fasyankes untuk meningkatkan koordinasi dan kontinuitas perawatan pasien.
- c. Memanfaatkan dan mengecek fitur pengingat di SITB secara berkala (setiap hari) untuk memastikan pasien yang terdiagnosis, memulai pengobatan dan *terupdate* statusnya.
- d. Memperkuat kolaborasi antara kader kesehatan dengan semua fasyankes, termasuk swasta, dengan membuat alur komunikasi yang jelas untuk rujukan dan pelacakan pasien, mekanisme koordinasi rutin antara kader dan tenaga kesehatan untuk mempercepat deteksi, pemantauan, dan tindak lanjut pasien. Sediakan pelatihan bagi kader mengenai prosedur

rujukan, pelacakan, dan mengoptimalkan penerapan sistem pencatatan yang sudah ada agar informasi pasien dapat diakses dengan mudah oleh seluruh pihak terkait.

2. Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan

- a. Memperkuat kolaborasi antara program TBC dengan program terkait, seperti program lansia, diabetes melitus (DM), HIV, gizi, kesehatan ibu dan anak (KIA), serta upaya berhenti merokok (UBM), dengan menerapkan layanan *one-stop service* di fasyankes. Pastikan bahwa di setiap kunjungan pasien TBC, dilakukan skrining dan pengobatan untuk komorbiditas terkait dalam satu alur layanan. Buat panduan (SOP), jadwalkan pelatihan rutin bagi tenaga kesehatan, lakukan sistem pencatatan terintegrasi dan *real-time* untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi perkembangan pasien secara menyeluruh.
- b. Pastikan fasilitas kesehatan menyediakan layanan diagnostik TBC yang lengkap, termasuk tempat pengambilan dan pemeriksaan dahak di lokasi yang mudah diakses oleh pasien. Terapkan alur layanan yang memungkinkan pasien menyelesaikan proses diagnosis dalam satu kunjungan, dengan hasil yang tersedia dalam waktu maksimal 3 hari, sehingga pengobatan dapat dimulai tanpa penundaan. Tingkatkan kapasitas petugas untuk mempercepat proses diagnostik dan lakukan pencatatan hasil segera ke SITB.
- c. Menerapkan sistem rujukan yang efisien dengan prosedur yang sederhana dan jelas, agar pasien dapat segera mengakses layanan perawatan lanjutan, seperti poliklinik paru, diabetes center, poliklinik VCT dan uni layanan lain yang diperlukan. Buat alur rujukan yang memungkinkan pasien langsung menuju unit layanan terkait tanpa harus mengulang proses administrasi dan memastikan data pasien di setiap unit layanan terinput dan tersampaikan secara cepat dan akurat.
- d. Pastikan ketersediaan obat TBC sensitif, termasuk obat khusus untuk anak dan obat alternatif bagi pasien yang mengalami efek samping, di setiap fasyankes. Terapkan sistem distribusi yang terkoordinasi untuk memastikan stok obat selalu tersedia dan mudah diakses. Lakukan pemantauan stok obat secara berkala, mekanisme pelaporan dan permintaan melalui fitur logistik SITB yang sudah tersedia, sehingga distribusi dapat dilakukan segera.
- e. Pastikan distribusi dan ketersediaan logistik non-OAT, seperti pot dahak, formulir rujukan, dan media edukasi, di semua fasilitas kesehatan dalam jaringan. Tetapkan jadwal distribusi rutin dan buat sistem pemantauan stok untuk memastikan setiap fasilitas memiliki persediaan yang cukup. Konsistenkan penerapan mekanisme pelaporan kebutuhan logistik secara *real-time* agar permintaan dapat segera diproses, serta lakukan inspeksi berkala untuk memastikan logistik didistribusikan dan digunakan sesuai standar pelayanan.

3. Meningkatkan Keterlibatan, Kontribusi, dan Kapasitas Penyedia Layanan Kesehatan Swasta

- a. Melakukan pemetaan ulang dan distribusi fasyankes untuk memastikan seluruh klinik dan TPMD memiliki akses ke laboratorium TCM. Pemantauan dan pemeliharaan rutin untuk memastikan mesin TCM beroperasi pada kapasitas optimal. Meningkatkan kapasitas teknis petugas laboratorium terkait pengoperasian dan perawatan mesin TCM, konsistenkan sistem pelaporan kapasitas dan hasil penggunaan TCM secara berkala untuk mendeteksi dan menyelesaikan kendala operasional dengan cepat.
- b. Meningkatkan keterlibatan dan kontribusi klinik dan dengan mewajibkan partisipasi dalam program TBC sebagai syarat proses perizinan praktik dan akreditasi. Klinik yang telah berkontribusi sampai pengobatan agar menjadi champion dan diundang sebagai pembicara untuk berbagi pengalaman mereka.
- c. Memperluas penggunaan pelatihan daring (*e-learning*) dan memperbarui materi pelatihan sesuai dengan isu-isu program terkini, mencakup kasus dan panduan terbaru. Sediakan modul interaktif untuk meningkatkan pemahaman peserta, dan optimalkan sistem pemantauan yang

sudah ada untuk mengevaluasi tingkat partisipasi dan efektivitas *e-learning*. Permudah akses *e-learning* untuk seluruh tenaga kesehatan yang menangani TBC dan sederhanakan *user interface* sehingga lebih mudah digunakan.

- d. Selenggarakan pelatihan rutin bagi tenaga kesehatan mengenai pedoman tuberkulosis terbaru yang diintegrasikan dengan Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB) secara berkala, dapat diakses oleh seluruh tenaga kesehatan dan evaluasi pasca-pelatihan untuk mengukur pemahaman dan penerapan pedoman dalam praktik klinis.
- e. Memanfaatkan mesin TCM di rumah sakit swasta dalam jejaring laboratorium, dengan kartrid yang disediakan oleh program melalui MoU, untuk meningkatkan kapasitas diagnostik

4. Meningkatkan Kualitas Pencatatan dan Pelaporan

- a. Catat dengan cermat data pasien, termasuk alamat lengkap dan nomor telepon, serta informasi kontak anggota keluarga dekat, untuk memudahkan pelacakan pasien. Terapkan prosedur sistematis untuk melakukan panggilan telepon tindak lanjut kepada pasien yang telah dirujuk, dengan tujuan memastikan mereka menghadiri janji pengobatan.
- b. Tingkatkan literasi digital di klinik swasta dan TPMD dengan mengadakan pelatihan pelaporan melalui *hands-on training (on-the-job training)* mengenai penggunaan SITB. Pastikan pelatihan mencakup aspek pencatatan dan pelaporan yang efektif, serta sediakan panduan penggunaan SITB yang jelas. Selenggarakan sesi pelatihan secara berkala dan lakukan evaluasi untuk mengukur pemahaman peserta, serta berikan dukungan teknis berkelanjutan bagi tenaga kesehatan dalam penerapan SITB di lapangan.
- c. Sinkronisasi data antara sistem informasi fasyankes dengan data SITB untuk mencegah *under-reporting* secara berkala (bulan atau triwulan) sebagai metode validasi untuk meningkatkan kualitas dan validitas data.
- d. Membuat dan mengkompilasi video tutorial yang diunggah di Youtube untuk mengoptimalkan penggunaan fitur SITB, seperti entri data, *update* status pasien, dan fitur pengingat/peringatan.

5. Mengatasi Faktor Terkait dengan Pasien dan Ekonomi

- a. Menerapkan pendekatan perawatan yang berpusat pada pasien dengan menyediakan layanan dukungan psikologis untuk membantu pasien TBC memahami diagnosis mereka, mengelola efek samping pengobatan, serta menghadapi dampak emosional, ketakutan, kecemasan, dan stigma sosial. Sediakan sesi konseling rutin dan buat panduan komunikasi bagi tenaga kesehatan untuk memberikan informasi yang jelas dan empatik tentang TBC. Evaluasi kebutuhan dukungan psikologis setiap pasien secara berkala, serta buat mekanisme rujukan untuk layanan psikososial tambahan jika diperlukan.
- b. Dalam memberikan edukasi kesehatan, tenaga kesehatan harus meluangkan waktu yang cukup, menggunakan *checklist* untuk memastikan semua informasi disampaikan dengan tepat, menekankan tanda-tanda klinis, gejala, serta kelainan pada hasil rontgen dada untuk meningkatkan kesadaran pasien terhadap penyakit mereka, serta memberi kesempatan kepada pasien untuk mengajukan pertanyaan.
- c. Memberikan dukungan sosial dan finansial bagi kelompok pasien rentan, terutama mereka yang kurang mampu atau memiliki keterbatasan akses ke layanan kesehatan. Jalin kerja sama dengan pemerintah daerah, organisasi komunitas, dan program *Corporate Social Responsibility (CSR)* perusahaan untuk menyediakan bantuan berupa biaya transportasi dan kebutuhan dasar selama perawatan. Buat mekanisme distribusi bantuan yang tepat sasaran dan mudah diakses oleh pasien yang membutuhkan.
- d. Fasilitasi pembentukan kelompok dukungan pasien TBC (*peer group*) sebagai wadah bagi pasien untuk berbagi pengalaman dan strategi dalam mengelola efek samping pengobatan. Buat grup WhatsApp khusus pasien TBC untuk memudahkan komunikasi dan dukungan secara *real-time*.

- e. Undang pasien yang telah berhasil menyelesaikan pengobatan untuk memberikan testimoni dan berbagi cerita inspiratif dalam grup, guna memotivasi pasien lain dan mengurangi stigma terkait TBC. Sediakan panduan interaksi yang positif di grup untuk menjaga suasana dukungan yang aman dan nyaman bagi seluruh anggota.
- f. Libatkan keluarga pasien dalam proses pengobatan TBC dengan memberikan edukasi yang komprehensif tentang penyakit, penularan, dan pengobatan TBC. Sediakan panduan praktis bagi keluarga tentang cara memberikan dukungan emosional, bantuan langsung (seperti transportasi dan pengingat minum obat). Pastikan mereka memiliki kontak petugas kesehatan untuk bertanya atau melaporkan kendala yang dialami pasien selama pengobatan.
- g. Menjadwalkan kunjungan rumah sebagai tindak lanjut bagi pasien dengan keterbatasan mobilitas atau masalah akses untuk memulai pengobatan TBC di rumah, dan untuk memantau efek samping guna melakukan penyesuaian tepat waktu terhadap rencana pengobatan.
- h. Memastikan layanan TBC dapat diakses oleh masyarakat di daerah terpencil dengan memanfaatkan jaringan Puskesmas (pustu, poskesdes, posyandu, masyarakat dan kader kesehatan) untuk mengidentifikasi terduga, mengambil dahak, dan memberikan obat kepada pasien TBC yang tinggal jauh dari Puskesmas.

6. Dukungan Kebijakan Kesehatan Masyarakat, Regulasi, dan Anggaran

- a. Susun dan terapkan pedoman *one-stop service* TBC yang mencakup layanan diagnosis dan pengobatan terpadu dalam satu lokasi. Pastikan layanan ini menyediakan perawatan dan konseling berpusat pada pasien, rujukan cepat, serta akses laboratorium yang efisien. Tambahkan komponen edukasi komprehensif dan promosi kesehatan untuk meningkatkan pemahaman pasien mengenai TBC dan pentingnya kepatuhan pengobatan. Tetapkan standar operasional prosedur (SOP) untuk setiap layanan, adakan pelatihan bagi tenaga kesehatan, dan monitor pelaksanaan *one-stop service* secara berkala untuk memastikan kualitas layanan.
- b. Menyusun MoU yang terperinci antara dinas kesehatan kabupaten/kota, BPJS, dan klinik serta praktisi yang bekerja sama, mencakup peran, tanggung jawab, *one-stop service*, rujukan pasien, dan pelaporan. Klinik dan yang bekerja sama dengan BPJS harus menandatangani dan mematuhi MoU sebagai bagian dari perjanjian dan persyaratan untuk mengklaim kapitasi. Agar jejaring rujukan TBC sesuai dengan alur rujukan BPJS.
- c. Manfaatkan kebijakan BPJS terkait pembayaran klaim dan kapitasi untuk memastikan fasyankes swasta mematuhi standar perawatan TBC, sistem rujukan, dan pelaporan. Sertakan indikator kepatuhan terhadap standar perawatan TBC sebagai bagian dari indikator kinerja dalam pembayaran kapitasi. Lakukan monitoring secara berkala terhadap kepatuhan terhadap indikator ini, dan berikan dukungan bagi fasyankes yang membutuhkan peningkatan dalam pemenuhan standar layanan TBC.
- d. Menyusun peraturan daerah (pergub, perbup/perwali) tentang program penanggulangan TBC untuk memberdayakan *stakeholder* terkait, sumber daya lokal, mendukung pelaksanaan *one-stop service* dan memastikan semua orang dengan TBC bersedia berobat (misalnya dengan skema Bansos, perlindungan keberlanjutan pekerjaan) dan mendapat layanan sesuai standar wilayah
- e. Tingkatkan alokasi anggaran pemerintah daerah untuk program TBC untuk pelatihan berkala tenaga kesehatan, pemeliharaan dan penambahan alat diagnostik, serta dukungan bagi kegiatan penjangkauan pasien dan kampanye meningkatkan kesadaran tentang TBC. Tetapkan mekanisme pemantauan dan evaluasi penggunaan anggaran secara berkala untuk memastikan dana digunakan sesuai dengan prioritas program TBC.

7. Mendukung Faktor Sosial, Budaya, dan Faktor Eksternal

- a. Memperbarui dan mendistribusikan konten edukasi komprehensif yang menekankan pada deteksi dini, manfaat pengobatan, pencegahan, dan melakukan kampanye media massa dengan melibatkan *influencer* untuk meningkatkan kesadaran tentang TBC.
- b. Mendistribusikan materi-materi KIE (brosur, poster, dan leaflet) yang jelas dan mudah dipahami berdasarkan isi standar nasional dengan menggunakan bahasa Indonesia dan bahasa daerah, dengan pesan-pesan yang mudah dipahami dan sesuai dengan budaya masyarakat.
- c. Selenggarakan kampanye media sosial dengan melibatkan *influencer* untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya deteksi dini dan pengobatan TBC. Pilih *influencer* yang memiliki audiens luas dan relevan, serta berikan pelatihan singkat mengenai pesan-pesan kunci terkait TBC. Buat konten kampanye yang menarik, seperti video edukasi, cerita pengalaman pasien, dan tayangkan di platform media sosial dan televisi untuk mencapai jangkauan maksimal. Monitor dampak kampanye melalui *engagement metrics*.
- d. Secara aktif menghilangkan mitos umum tentang TBC, seperti keyakinan yang salah mengenai cara penularannya atau anggapan bahwa TBC adalah penyakit “kotor” atau “terkutuk,” dengan menggunakan bahasa yang netral dan tidak menstigmatisasi. Hindari istilah seperti “pembawa penyakit,” “sumber infeksi,” atau “penyebarkan kuman,” dan gantikan dengan bahasa yang lebih positif, seperti “TBC bisa disembuhkan” atau “pengobatan TBC sangat efektif” untuk mengubah narasi negatif.

Pendahuluan

Latar Belakang

Indonesia merupakan negara dengan beban tinggi tuberkulosis (TBC). Menurut Laporan TBC Global WHO terbaru tahun 2023, jumlah kasus baru per tahun diperkirakan sebanyak 1,060,000 kasus, dengan angka insiden 385 per 100,000 penduduk. Jumlah kematian akibat TBC mencapai 134,000 orang per tahun, atau dengan angka kematian sebesar 48,6 per 100,000 penduduk. Pada tahun 2023, program pengendalian TBC telah menotifikasi 821,200 orang dengan TBC, yang mencakup 77% dari total kasus TBC yang diperkirakan. Ini merupakan peningkatan yang signifikan dibandingkan dengan tahun 2020, dengan 393,323 (48%) kasus yang dilaporkan dan tahun 2021 dengan 443,235 (46%) kasus yang dilaporkan. Pencapaian ini merupakan yang tertinggi dalam sejarah program penanggulangan TBC di Indonesia.

Notifikasi kasus TBC terutama TBC sensitif obat (SO) belum optimal dengan disertai *enrollment rate* pengobatan yang tinggi (>90%). Pada tahun 2023, *enrollment rate* sebesar 88,3%, menurun dibandingkan dengan tahun 2021 sebesar 90,8%. *Enrollment rate* di semua jenis fasilitas kesehatan masih rendah. Terendah pada tempat praktik mandiri dokter (TPMD) sebesar 79%, di klinik swasta sebesar 82%, di klinik pemerintah sebesar 89%, di rumah sakit swasta sebesar 87%, di rumah sakit pemerintah sebesar 86%, dan di puskesmas sebesar 92%. Padahal seharusnya semua orang dengan TBC harus segera memulai pengobatan. Kesenjangan antara jumlah kasus TBC yang dinotifikasi dengan yang memulai pengobatan berdampak terhadap kondisi kesehatan yang semakin memburuk, produktivitas menurun, dan penularan TBC terus berlanjut. Hal ini akan menghambat tercapainya eliminasi TBC di Indonesia.

Prinsip dalam pencegahan dan penanggulangan TBC adalah menemukan dan mengobati orang dengan TBC untuk memperkecil kesenjangan antara jumlah kasus TBC yang diperkirakan dan jumlah kasus yang terdiagnosis dan diobati. Selain itu, mengoptimalkan perawatan dan dukungan bagi orang yang didiagnosis TBC untuk memulai dan memastikan orang-orang ini dirawat dan didukung dengan tepat untuk mencapai tingkat keberhasilan yang lebih tinggi dan meningkatkan upaya pencegahan TBC. Untuk mengatasi tantangan ini, informasi yang diperoleh dari kunjungan lapangan yang sudah dilakukan memberikan informasi dan evaluasi komprehensif tentang proses inisiasi pengobatan, sistem rujukan pasien, dan hambatan terhadap inisiasi pengobatan yang efektif. Informasi ini sangat penting dalam menyusun intervensi yang ditujukan untuk meningkatkan kualitas layanan dan dukungan program TBC di seluruh Indonesia. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan, bekerja sama dengan mitra program TBC, melakukan asesmen ini untuk melaksanakan serangkaian kegiatan yang dirancang untuk mengatasi masalah kesenjangan inisiasi pengobatan TBC SO di Indonesia.

Tujuan

Secara umum, asesmen ini bertujuan untuk menganalisis kesenjangan inisiasi pengobatan TBC SO di Indonesia. Secara khusus, asesmen ini bertujuan untuk:

1. Melakukan *desk review* kesenjangan inisiasi pengobatan berdasarkan data dalam sistem informasi tuberkulosis dan data pendukung lainnya.
2. Mendeskripsikan proses diagnosis dan inisiasi pengobatan TBC di berbagai penyedia layanan kesehatan.
3. Mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat inisiasi pengobatan TBC sensitif obat dari berbagai perspektif (pasien dan penyedia layanan).
4. Memberikan rekomendasi yang dapat ditindaklanjuti untuk meningkatkan tingkat inisiasi pengobatan TBC yang sensitif terhadap obat.

Metode

Asesmen ini menggunakan pendekatan *mix-method*, yang terdiri dari penelitian kuantitatif dan kualitatif. Penelitian kuantitatif meliputi *desk review* dan analisis data SITB untuk menganalisis kesenjangan inisiasi pengobatan berdasarkan data variabel yang tersedia. Tinjauan pustaka dilakukan sebagai data pendukung seperti dari laporan studi inventori dan mengidentifikasi strategi yang efektif dan praktik terbaik dari hasil penelitian sebelumnya untuk meningkatkan inisiasi pengobatan TBC SO. Penelitian kualitatif meliputi wawancara mendalam dengan informan kunci dilakukan di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan fasilitas kesehatan. Wawancara ini menargetkan individu yang terlibat langsung dalam program dan layanan TBC sebagai informan, seperti wasor TBC, petugas teknis, staf laboratorium, dokter dari berbagai fasilitas, dan orang dengan TBC—baik yang telah memulai pengobatan maupun yang belum/tidak. Selain itu, *Focus Group Discussion* (FGD) dilakukan dengan 222 peserta, termasuk wasor TBC, kader kesehatan, TPMD, dan petugas TBC rumah sakit, untuk mengetahui berbagai perspektif dari sektor pemerintah dan swasta mengenai pengobatan dan perawatan TBC.

Selama kunjungan lapangan, kami mewawancarai 150 orang di enam kota/kabupaten, tetapi pada akhirnya berhasil melakukan 105 wawancara. Tantangan utama adalah rendahnya partisipasi dari pasien TBC yang tidak memulai pengobatan, karena hanya sedikit yang bersedia diwawancarai. Beberapa upaya yang dilakukan adalah menghubungi mereka melalui aplikasi pesan beberapa kali dengan pendekatan yang persuasif, tetapi sampai akhir periode asesmen hanya 4 orang pasien yang tidak memulai pengobatan yang bersedia. Untuk mengatasi hal ini, kami melakukan survei secara online menggunakan Google form untuk mengumpulkan informasi dari pasien-pasien ini, tetapi hasilnya tetap sama, tidak ada yang mengisi/memberikan informasi. Selain itu, hanya sejumlah kecil TPMD dan spesialis swasta yang ditemukan terlibat dalam pengobatan TBC. Untuk FGD, kami menargetkan 222 peserta dan berhasil melibatkan 180 orang karena dokter umum praktek mandiri belum memberikan kontribusi yang signifikan sampai pengobatan TBC.

Untuk mencapai tujuan di atas, tema spesifik yang menjadi fokus asesmen ini meliputi:

1. Layanan TBC yang disediakan oleh fasyankes pemerintah dan swasta
2. Mekanisme rujukan termasuk rujukan horizontal, vertikal, dan keberlanjutan layanan untuk pasien yang dirujuk
3. Proses pelaporan oleh fasyankes dan *update* status pasien dalam SITB
4. Akses obat TBC oleh pasien yang menerima perawatan terutama di fasyankes swasta
5. Peran dinas kesehatan kabupaten/kota
6. Peran Puskesmas
7. Peran organisasi masyarakat
8. Kapasitas pemerintah daerah untuk mendukung program TBC termasuk sumber daya dan penganggaran
9. Kebutuhan pasien TBC
10. Faktor penghambat dan pendukung,
11. Tantangan dan praktik terbaik dalam inisiasi pengobatan
12. Peran JKN dalam mendorong keputusan layanan TBC dan inisiasi pengobatan
13. Pengetahuan fasyankes tentang kebijakan, praktik, dan SOP untuk inisiasi perawatan TBC SO dan pemberian perawatan (baik di antara penyedia layanan publik maupun swasta)

Pengumpulan Data

Wawancara dan FGD dilakukan selama kunjungan lapangan ke enam kabupaten/kota. Kunjungan lapangan dilakukan ke enam kabupaten/kota karena keterbatasan waktu dan sumber daya. Pemilihan kabupaten/kota

ini didasarkan pada beberapa faktor utama, termasuk jumlah penduduk, estimasi insiden TBC, angka partisipasi, wilayah geografis, dan status kabupaten/kota. Secara khusus, tiga kabupaten/kota dengan *enrollment rate* tinggi ($\geq 85\%$), insiden tinggi (> 1000), dan *treatment coverage* tinggi ($\geq 45\%$) dipilih: Kota Bogor, Kota Mataram, dan Kabupaten Pringsewu. Selain itu, tiga kabupaten/kota dengan *enrollment rate* rendah ($< 75\%$) tetapi insiden tinggi dan *treatment coverage* tinggi juga dipilih: Kota Pontianak, Kota Manado, dan Kota Serang. Proses pemilihan ini memastikan bahwa berbagai variabel terwakili, sementara juga memastikan keragaman geografis di wilayah barat, tengah, dan timur Indonesia. Dua dari lokasi yang dipilih, Kota Mataram (NTBC) dan Kota Bogor (Jawa Barat), juga termasuk di antara 80 kabupaten yang sedang dilaksanakan PPM, yang selanjutnya meningkatkan relevansi studi ini.

Wawancara dilakukan dengan perwakilan dari dinas kesehatan dan berbagai fasilitas kesehatan, termasuk klinik, puskesmas, rumah sakit, dan pasien TBC. FGD melibatkan perwakilan dari program TBC, seperti pengelola program, petugas dari puskesmas dan klinik, kader kesehatan, dan TPMD. Alasan pemilihan FGD untuk kelompok khusus ini adalah untuk memastikan keseragaman jumlah dan peran di antara peserta, karena mereka memiliki tanggung jawab yang sama. Dengan melakukan FGD dengan minimal 8 peserta, dimungkinkan untuk mengumpulkan informasi yang beragam dari individu-individu dengan peran yang sama, yang memberikan berbagai perspektif tentang isu-isu yang dibahas.

Tim asesmen melakukan kunjungan lapangan ke enam kabupaten/kota, mengunjungi dua secara bersamaan selama periode yang sama. Setiap kunjungan berlangsung selama lima hari. Triangulasi diterapkan selama analisis data, membandingkan informasi dari berbagai sumber untuk memastikan bahwa temuan dan kesimpulan evaluasi tidak bias dan didukung dengan baik oleh bukti. Jadwal seluruh asesmen adalah sebagai berikut:

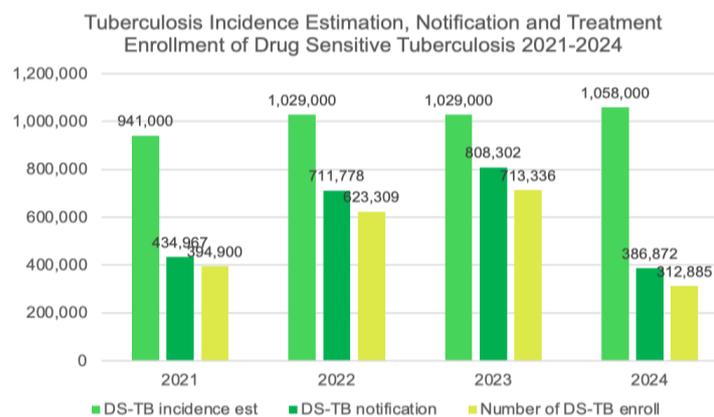
Enrollment Gap Project Assessment Timeline															
Project week	August					September					October				
	1-2	5-9	12-16	19-23	26-30	2-6	9-13	16-20	23-27	30	1-4	7-11	14-18	21-25	28-31
Project Preparation															
Technical Meeting		[1]													
Kick off Meeting															
Pre Visit Orientation															
Preliminary Report															
Field Visit															
1st Field visit															
2nd Field Visit															
3rd Field Visit															
Field Data Visit Processing															
Report															
Data Analysis & Report															
1st report discussion															
2nd report discussion															
3rd report discussion (TBD)															
Dissemination															

Hasil dan Pembahasan

A. Desk Review Kesenjangan Inisiasi Pengobatan

I. Analisis Kesenjangan Inisiasi Pengobatan pada Tingkat Nasional

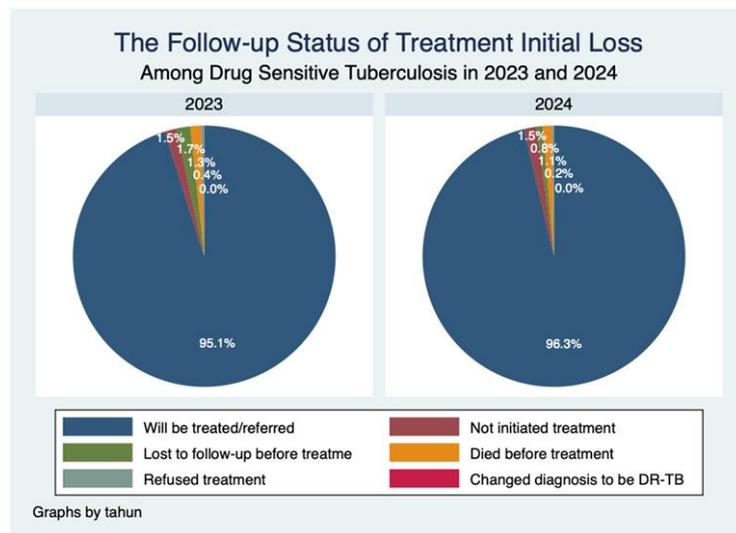
Hasil analisis kesenjangan inisiasi pengobatan pada tingkat nasional berdasarkan data SITB, survei rujukan layan TBC dan tinjauan terhadap laporan studi inventori. Gambar I menyajikan indikator utama dalam program TBC, khususnya TBC SO. Estimasi insiden TBC SO dihitung berdasarkan estimasi insiden semua jenis TBC, dikurangi estimasi insiden TBC yang resisten obat (TBC RO). *Treatment Coverage* (TC) untuk TBC SO dalam tiga tahun terakhir, khususnya sampai 2023, meningkat secara signifikan, sedangkan *enrollment rate* menurun. Data ini dapat menunjukkan apakah penemuan kasus yang lebih intensif telah memengaruhi beban terhadap layanan TBC sehingga *enrollment rate* menurun. Hal ini perlu dikonfirmasi lebih lanjut dengan menganalisis korelasi antara TC dan *Enrollment rate* di tingkat kabupaten/kota.



Gambar I. Estimasi Insidensi, Notifikasi, dan Jumlah Pasien TBC SO yang Memulai Pengobatan Tahun 2021-2024

Penelusuran yang lebih mendalam kesenjangan inisiasi pengobatan TBC SO diperlukan, terutama terkait faktor pasien, kualitas layanan kesehatan terkait TBC, serta pencatatan dan pelaporan. Berdasarkan data SITB, variabel status tindak lanjut TBC SO belum/tidak memulai pengobatan dapat menggambarkan alasan dan faktornya. Status tindak lanjut pasien TBC SO yang paling banyak belum memulai pengobatan adalah “akan dirawat atau dirujuk” yang juga terjadi pada data tahun 2023. Pasien tersebut tidak sampai ke fasilitas kesehatan yang dituju atau tidak tercatat/diperbarui dalam SITB sebagai rujukan yang berhasil, karena fasilitas kesehatan yang dirujuk tidak “menerima” pasien dalam SITB. Pada tahun 2023, status tindak lanjut ini mencapai 95,1% dan meningkat pada tahun 2024 menjadi 96,3%. Hal ini menunjukkan adanya hambatan dalam sistem rujukan bagi pasien TBC SO yang telah terdiagnosis tetapi pengobatannya akan dilakukan di fasilitas kesehatan lain.

Pasien TBC SO yang dirujuk untuk berobat tetapi belum menerima pengobatan lebih dari dua bulan setelah diagnosis diidentifikasi sebagai kasus “*initial loss to follow-up*”. Temuan ini didukung oleh hasil survei rujukan layanan TBC, dimana responden melaporkan kendala paling umum yang mereka hadapi dalam rujukan pengobatan adalah: pasien tidak datang ke fasilitas rujukan, tidak adanya umpan balik dari tempat rujukan saat pasien datang, keterlambatan rujukan dalam sistem (SITB), pasien datang ke fasilitas rujukan tetapi data rujukan SITB tidak diterima oleh fasilitas rujukan, dan rujukan dari dokter/klinik swasta tidak sampai ke Puskesmas tempat tinggal pasien.



Gambar 2. Distribusi Status Tindak Lanjut SITB TBC SO Belum/Tidak Memulai Pengobatan Tahun 2023 dan 2024

Status tindak lanjut lain yang menyebabkan orang dengan TBC SO belum memulai pengobatan antara lain tidak memulai pengobatan, tidak bisa di *follow-up*, meninggal sebelum memulai pengobatan, penolakan, dan perubahan diagnosis menjadi TBC resistan obat (TBC RO). Alasan tidak memulai pengobatan mencapai 1,5% dari seluruh kasus yang tidak inisiasi (Gambar 2). Temuan ini juga muncul dalam survei rujukan layanan TBC, di mana beberapa responden melaporkan bahwa pasien enggan untuk memulai pengobatan karena mereka takut kehilangan pekerjaan atau distigmatisasi oleh masyarakat. Beberapa pasien juga tidak puas dengan diagnosis mereka, menyebabkan keengganan memulai pengobatan.

Alasan mangkir sebelum memulai pengobatan mencapai 0,76-1,69% (Gambar 2). Temuan ini juga dikonfirmasi, dengan responden dalam survei rujukan layanan TBC melaporkan bahwa pasien tidak datang ke fasilitas rujukan untuk memulai pengobatan dan tidak dapat dihubungi. Ketika dilakukan pelacakan, beberapa pasien memiliki alamat dan nomor telepon yang tidak jelas atau tidak dapat dilacak.

Analisis data SITB membandingkan *enrollment rate* berdasarkan karakteristik sosiodemografi, pemeriksaan, penegakan diagnosis, status komorbiditas, dan jenis fasilitas kesehatan. Variabel-variabel ini dapat berfungsi sebagai proksi untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mendukung dan menghambat dimulainya pengobatan. Berdasarkan kelompok usia, *enrollment rate* tertinggi ditemukan di antara anak-anak di bawah usia 15 tahun. Sebaliknya, kelompok usia yang lebih tua cenderung memiliki *Enrollment rate* yang lebih rendah. Tren ini tetap konsisten pada tahun 2023 dan 2024 (Tabel 1). Dari perspektif layanan, hasil ini dapat menunjukkan perawatan TBC anak yang lebih baik dan lebih komprehensif, khususnya mengenai kecepatan diagnostik, edukasi dan konseling. Perhatian dan kesadaran orang tua berpengaruh terhadap perilaku mencari pelayanan kesehatan yang lebih cepat dan memulai pengobatan. Inisiasi pengobatan yang lebih rendah pada orang dewasa terutama lansia menggarisbawahi pentingnya mengintegrasikan atau mengolaborasi layanan TBC dengan program lansia. Dalam program perawatan lansia, skrining TBC meningkatkan notifikasi dan meningkatkan kesadaran tentang TBC sejak tahap awal. Lansia yang didiagnosis dengan TBC, konsultasi dalam program lansia diperlukan untuk memberikan perawatan yang lebih komprehensif, terutama dukungan edukasi dan pengobatan.

Enrollment rate di kalangan perempuan secara konsisten lebih baik dibandingkan laki-laki. Hasil ini dapat dijelaskan dengan teori perilaku yang menggambarkan perilaku kesehatan yang lebih baik pada perempuan. Perempuan cenderung memiliki kesadaran yang lebih tinggi. Temuan ini menunjukkan perlunya memprioritaskan pemberian edukasi dan konseling yang lebih intensif untuk meyakinkan pasien laki-laki yang didiagnosis TBC untuk segera memulai pengobatan.

Tabel 1. Perbandingan *Enrollment rate* Berdasarkan Kelompok Usia dan Jenis Kelamin pada Tahun 2023-2024

Variabel	Enrollment							
	2023 (n=808,302)				2024 (n=386,872)			
	No	%	Yes	%	No	%	Yes	%
Kelompok Umur								
<15 tahun	8,668	6.3	128,075	93.7	5,312	9.5	50,328	90.5
15-59 tahun	63,966	12.1	464,229	87.9	51,322	20.0	205,543	80.0
60+ tahun	22,332	15.6	121,032	84.4	17,353	23.3	57,014	76.7
Sex								
Laki-laki	57,752	12.3	410,329	87.7	45,060	20.0	180,287	80.0
Perempuan	37,214	10.9	303,007	89.1	28,927	17.9	132,598	82.1

*Data 29 Juli 2024

Data pemeriksaan TBC pada SITB merupakan variabel penting yang mencerminkan kualitas layanan, kondisi pasien, dan memberikan petunjuk tentang apa yang perlu dilakukan untuk meningkatkan inisiasi pengobatan. Variabel pemeriksaan TCM pada SITB dapat dikategorikan menjadi negatif, positif, error/tidak valid/tidak ada hasil, dan tidak dilakukan/tidak diketahui. *Enrollment rate* tertinggi ditemukan pada hasil TCM negatif, sebesar 93,6% pada tahun 2023 dan 90,4% pada tahun 2024, sedangkan terendah pada hasil TCM error/tidak valid/tidak ada hasil, sebesar 68,5% dan 73,5%. Yang menarik, *enrollment rate* pada hasil TCM positif hanya sebesar 83,6% dan 72,8%, lebih rendah dibandingkan pada TCM tidak diterapkan/tidak diketahui (Tabel 2). Beberapa faktor dapat memengaruhi hasil ini. Waktu tunggu yang lebih lama dan prosedur tambahan diperlukan saat hasil TCM error/tidak valid/tidak ada hasil. Pasien lebih terdorong untuk memulai pengobatan saat diagnosis sudah terkonfirmasi. Faktor lainnya adalah persepsi pasien, saat hasil TCM negatif atau tidak dilakukan, tetapi diagnosis klinis menunjukkan tanda dan gejala TBC yang jelas, pasien mungkin merasa lebih terdorong untuk segera memulai pengobatan, sebagian karena pemeriksaan klinisnya relatif lebih cepat. Argumen ini sejalan dengan hasil tabulasi silang yang perbandingan *enrollment rate* berdasarkan status pemeriksaan rontgen dada.

Enrollment rate orang dengan TBC yang menjalani rontgen dada, baik hasilnya negatif ataupun positif, menunjukkan angka yang tinggi, yaitu 92,4% dan 91,6% pada tahun 2023 dan 90,0% dan 88,9% pada tahun 2024. Sebaliknya, untuk pasien yang tidak menjalani rontgen dada, *enrollment rate* hanya 80,5% pada tahun 2023 dan 66,4% pada tahun 2024 (Tabel 2). Temuan ini bukan berarti bahwa rontgen dada lebih penting atau harus menjadi pemeriksaan utama. Pemeriksaan utama untuk diagnosis tetap TCM, dengan waktu penyelesaian yang lebih cepat dan prosedur inisiasi pengobatan yang lebih cepat. Rontgen dada penting untuk skrining, terutama pada populasi berisiko tinggi, dan berfungsi untuk diagnosis ketika hasil TCM negatif tetapi gejalanya menunjukkan TBC.

Tabel 2. Perbandingan *Enrollment Rate* Berdasarkan Beberapa Variabel Pemeriksaan pada Tahun 2023 dan 2024

Variabel	Enrollment							
	2023 (n=808,302)				2024 (n=386,872)			
	No	%	Yes	%	No	%	Yes	%
TCM								
Negatif	7,891	6.4	116,061	93.6	5,213	9.6	49,133	90.4
Positif	59,724	16.4	304,972	83.6	55,511	27.4	148,242	72.8

Error/Invalid/No Result	360	31.5	783	68.5	125	26.5	347	73.5
Tidak Dikerjakan/Missing	26,991	8.5	291,520	91.5	13,138	10.2	115,163	89.8
Smear Microscopy								
Laki-laki	2,047	7.2	26,421	92.8	937	10.7	7,835	89.3
Perempuan	4,560	12.6	31,584	87.4	2,236	20.2	8,846	79.8
Tidak Dikerjakan/Missing	88,359	11.9	655,331	88.1	70,814	19.3	296,204	80.7
Pemeriksaan Rontgen Dada								
Negatif	5,497	7.6	67,239	92.4	3,106	10.0	28,022	90.0
Positif	40,822	8.4	445,092	91.6	23,873	11.1	191,815	88.9
Tidak Dikerjakan/Missing	48,647	19.5	201,005	80.5	47,008	33.6	93,048	66.4
Prosedur Diagnosis								
Standar	46,711	7.1	614,471	92.9	34,208	10.1	305,434	89.9
Tidak Standar	14,460	12.8	98,841	87.2	1,133	13.2	7,448	86.8
Tidak Dikerjakan/Missing	33,795	99.9	24	0.1	38,646	99.9	3	0.1
TAT TCM								
≤ 3 hari	52,052	13.5	332,890	86.5	47,373	23.1	157,635	76.9
> 3 hari	15,327	15.3	85,042	84.7	12,840	25.5	37,563	74.5
Tidak Dikerjakan/Missing	27,587	8.5	295,404	91.5	13,774	10.5	117,687	89.5

*Data 29 Juli 2024

Penilaian keseluruhan prosedur diagnosis TBC dibagi menjadi dua kategori: sesuai standar, tidak sesuai standar, dan tidak diketahui. Di antara orang dengan TBC yang didiagnosis sesuai standar, *enrollment rate* lebih tinggi, mencapai 90,9% pada tahun 2023 dan 89,9% pada tahun 2024, dibandingkan dengan diagnosis tidak sesuai standar dengan *enrollment rate* 87,8% dan 86,8%, sedangkan status standar diagnosis tidak diketahui hanya 0,1%. Di antara kasus TBC yang didiagnosis secara klinis, tingkat pendaftaran mencapai 92,2% dan 90,1%, lebih tinggi daripada kasus TBC yang dikonfirmasi secara bakteriologis yaitu 84,0% dan 73,2%. Berdasarkan lokasi infeksi, *enrollment rate* untuk orang dengan TBC paru (87,7% dan 80,0%) lebih rendah daripada untuk TBC ekstra paru (95,1% dan 92,6%). Orang dengan TBC yang hasil tesnya keluar lebih cepat, dengan *turn-around time* (TAT) ≤3 hari, memiliki *enrollment rate* yang lebih tinggi (86,5% dan 76,9%) dibandingkan dengan mereka yang dengan TAT >3 hari (84,7% dan 74,5%) (Tabel 2 dan 3).

Analisis data tentang hubungan antara beberapa variabel pemeriksaan dan tingkat pendaftaran secara keseluruhan menyoroti pentingnya layanan diagnostik TBC berkualitas termasuk untuk meningkatkan inisiasi pengobatan. Penerapan prosedur diagnostik yang sesuai standar dengan lebih cepat terbukti berdampak positif pada tingkat inisiasi pengobatan yang lebih tinggi. Status standar diagnostik yang tidak diketahui tetapi status pengobatannya tercatat menunjukkan kesalahan dalam memasukkan data. Status standar diagnosis yang tidak diketahui juga menunjukkan bahwa status pengobatan sangat mungkin juga tidak tercatat, sehingga mengakibatkan *enrollment rate* yang sangat rendah. Hal ini menggarisbawahi pentingnya pencatatan dan pelaporan yang tepat.

Temuan yang menarik lainnya adalah kasus TBC yang didiagnosis secara klinis dan TBC ekstra paru memiliki *enrollment rate* yang lebih tinggi, mungkin karena pasien ini merasakan penyakitnya dan dengan demikian lebih yakin untuk memulai pengobatan. Hal ini menyoroti pentingnya edukasi dan konseling yang komprehensif, terutama bagi pasien dengan gejala ringan atau tanpa gejala, untuk meningkatkan kesadaran tentang berbagai gejala TBC, manfaat memulai pengobatan sejak dini, dan risiko menunda pengobatan. Skrining pada populasi berisiko tinggi yang asimtomatik harus diperkuat dengan rontgen dada, tidak hanya untuk mencegah peluang deteksi yang terlewatkan tetapi juga untuk membantu meyakinkan pasien segera memulai pengobatan jika hasil diagnosis positif TBC.

Tabel 3. Perbandingan *Enrollment Rate* Berdasarkan Jenis Diagnosis dan Lokasi TBC Tahun 2023 dan 2024

Variabel	Enrollment							
	2023 (n=808,302)				2024 (n=386,872)			
	No	%	Yes	%	No	%	Yes	%
Tipe Diagnosis TBC								
Klinis	32,184	7.8	383,320	92.2	17,284	9.9	157,710	90.1
Bakteriologis	62,782	16.0	330,016	84.0	56,703	26.8	155,175	73.2
Lokasi TBC								
Paru	91,809	12.3	652,230	87.7	71,938	20.0	287,167	80.0
Ekstraparu	3,157	4.9	61,106	95.1	2,049	7.4	25,718	92.6

*Data 29 Juli 2024

DM dan HIV merupakan komorbid penting yang datanya tersedia di SITB. Kolaborasi antara program TBC dengan program DM dan HIV telah berjalan cukup lama, sehingga memungkinkan dilakukannya penilaian terhadap kualitas dan kelengkapan layanan, serta kondisi pasien yang memengaruhi kesadaran mereka untuk memulai pengobatan. Tabel 4 secara jelas dan konsisten menunjukkan dampak kepatuhan petugas TBC terhadap pedoman kolaborasi DM dan HIV terhadap kinerja layanan TBC, khususnya inisiasi pengobatan. Pada orang dengan TBC yang menjalani pemeriksaan DM dan/atau HIV, *enrollment rate* mencapai 98,5%-99,7%, sedangkan pada yang tidak diskriming atau yang statusnya tidak diketahui, hanya 69,6%-80,1% (Tabel 4). Layanan TBC holistik yang berorientasi pada kebutuhan (kondisi) pasien sangat penting dalam meningkatkan kesadaran dan keyakinan mereka untuk memulai pengobatan. Pemeriksaan status komorbiditas, apapun hasilnya, meningkatkan pemahaman mereka tentang keseriusan kondisi mereka dan manfaat memulai pengobatan segera. Memperkuat kolaborasi dengan program Penyakit Tidak Menular (PTM) tidak hanya berdampak pada peningkatan notifikasi tetapi juga inisiasi pengobatan.

Tabel 4. Perbandingan Angka Partisipasi Berdasarkan Status Komorbid DM dan HIV Tahun 2023 dan 2024

Variabel	Enrollment							
	2023 (n=808,302)				2024 (n=386,872)			
	No	%	Yes	%	No	%	Yes	%
Status DM								
Negatif	754	0.3	284,910	99.7	1,541	1.2	126,910	98.8
Positif	156	0.3	49,629	99.7	316	1.5	20,773	98.5
Tidak Dikerjakan/Missing	94,056	19.9	378,797	80.1	72,130	30.4	165,202	69.6
HIV								
Tidak Reaktif	819	0.2	328,489	99.8	1,863	1.4	134,666	98.6
Reaktif	26	0.3	9878	99.7	40	1.0	3,859	99.0
Intermediate	0	0.0	193	100.0	0	0.0	109	100.0
Tidak Dikerjakan/Missing	94,121	20.1	374,776	79.9	72,084	29.3	174,251	70.7

*Data 29 Juli 2024

Jenis fasyankes merupakan faktor penting dalam meningkatkan kinerja program TBC, khususnya dalam konteks *public-private mix* (PPM) dan peningkatan inisiasi pengobatan. Tabel 5 menunjukkan bahwa *enrollment rate* yang rendah terjadi di klinik swasta, yaitu sebesar 81,1% pada tahun 2023 dan 72,2% pada tahun 2024, dan di TPMD, yaitu sebesar 82,0% pada tahun 2023 dan 76,1% pada tahun 2024.

Tabel 5. Perbandingan Enrollment Rate Berdasarkan Jenis Fasyankes Tahun 2023 dan 2024

Variabel	Enrollment							
	2023 (n=808,302)				2024 (n=386,872)			
	No	%	Yes	%	No	%	Yes	%
Tipe Fasyankes								
Puskesmas	24,745	8.2	277,373	91.8	23,569	15.5	128,026	84.5
TPMD	285	18.0	1,301	82.0	186	23.9	591	76.1
Klinik Pemerintah	1,615	10.1	14,391	89.9	884	17.5	4,173	82.5
Klinik Swasta	2,593	18.9	11,161	81.1	1,953	27.8	5,076	72.2
RS Pemerintah	34,783	14.4	206,189	85.6	25,896	22.4	89,473	77.6
RS Swasta	30,945	13.2	202,921	86.8	21,499	21.2	85,546	79.9

*Data 29 Juli 2024

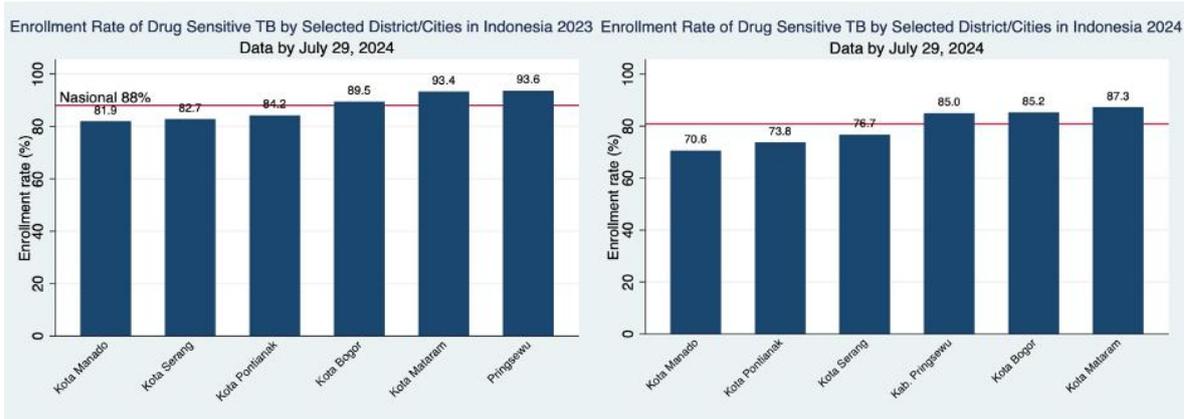
Beberapa faktor yang menyebabkan masih rendahnya angka inisiasi pengobatan di klinik swasta dan dokter praktek swasta diidentifikasi dari survei rujukan layanan TBC. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), peserta yang didiagnosis TBC di klinik swasta yang bertindak sebagai fasilitas perawatan kesehatan primer (FKTP) mereka dikenakan biaya sebagai pasien umum jika dirujuk ke Puskesmas untuk perawatan lanjutan, sehingga membebani secara finansial. Puskesmas sering meminta peserta JKN yang didiagnosis di klinik swasta atau dokter swasta untuk mengubah fasilitas perawatan kesehatan primer mereka ke Puskesmas, tetapi pasien sering tidak mau melakukannya. Selain itu, banyak klinik dan dokter swasta tidak dapat atau tidak mau mengobati TBC dan tidak memiliki sumber daya untuk menindaklanjuti pasien yang belum memulai pengobatan.

Inisiasi pengobatan lebih baik di Puskesmas dan rumah sakit menunjukkan layanan TBC yang komprehensif dan sesuai standar. Terutama di Puskesmas, mereka menyediakan penjangkauan pasien di masyarakat, edukasi pasien, dan menerapkan konsep *one-stop service*. Di sisi lain, klinik swasta memiliki kendala financial dan tindak lanjut yang lebih lemah, yang dapat menyebabkan keterlambatan dalam Di semua jenis fasilitas

kesehatan, *enrollment rate* pada tahun 2024 lebih rendah dibandingkan dengan tahun 2023, ini menunjukkan keterlambatan dalam pengambilan/penginputan data ke SITB.

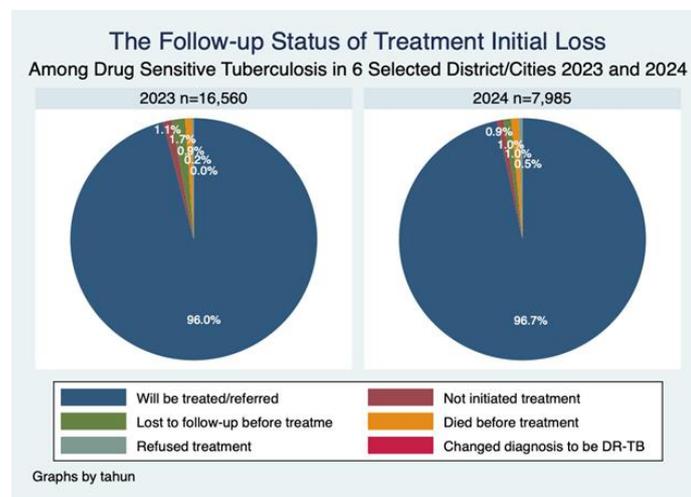
2. Analisis Kesenjangan Inisiasi Pengobatan di 6 Kabupaten/Kota Kunjungan Lapangan

Tinjauan pustaka dan analisis data sekunder dilanjutkan dengan menganalisis data inisiasi pengobatan di 6 kabupaten/kota yang dipilih untuk kunjungan lapangan. Perbandingan *enrollment rate* pada tahun 2023 dan 2024 di enam kabupaten/kota tidak menunjukkan tren yang berbeda dengan tingkat nasional. Tiga kota memiliki *enrollment rate* yang lebih rendah dari rata-rata nasional, sedangkan tiga kota lainnya memiliki tingkat pendaftaran yang lebih tinggi dari rata-rata nasional.



Gambar 3. Enrollment Rate TBC SO di 6 Kabupaten/Kota Terpilih pada Tahun 2023 dan 2024

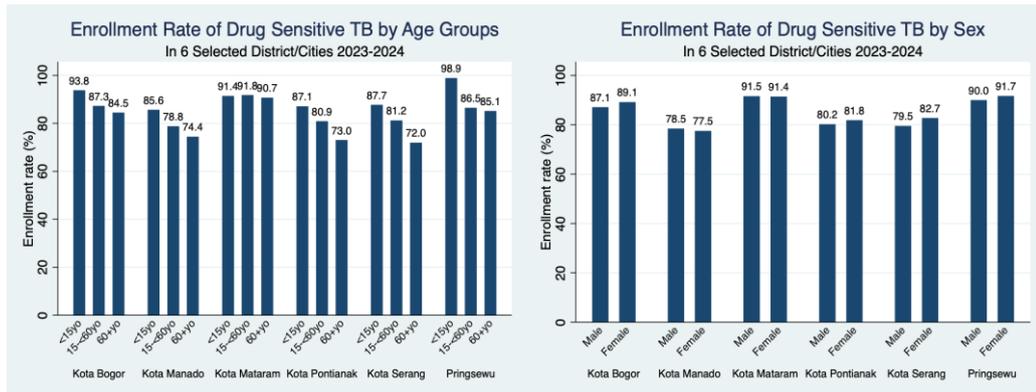
Status tindak lanjut TBC SO yang belum/tidak memulai pengobatan di 6 Kabupaten/kota tidak jauh berbeda dengan pola nasional. Sebagian besar status tindak lanjut pasien yang belum/tidak memulai pengobatan adalah akan dirujuk/diobati di fasilitas kesehatan lain. Alasan lainnya termasuk *loss-to-follow up* sebelum memulai pengobatan, tidak memulai, dan menolak pengobatan (Gambar 4).



Gambar 4. Distribusi Status Tindak Lanjut TBC SO pada Pasien yang Belum/Tidak Memulai pengobatan di Enam Kabupaten/Kota Tahun 2023 dan 2024

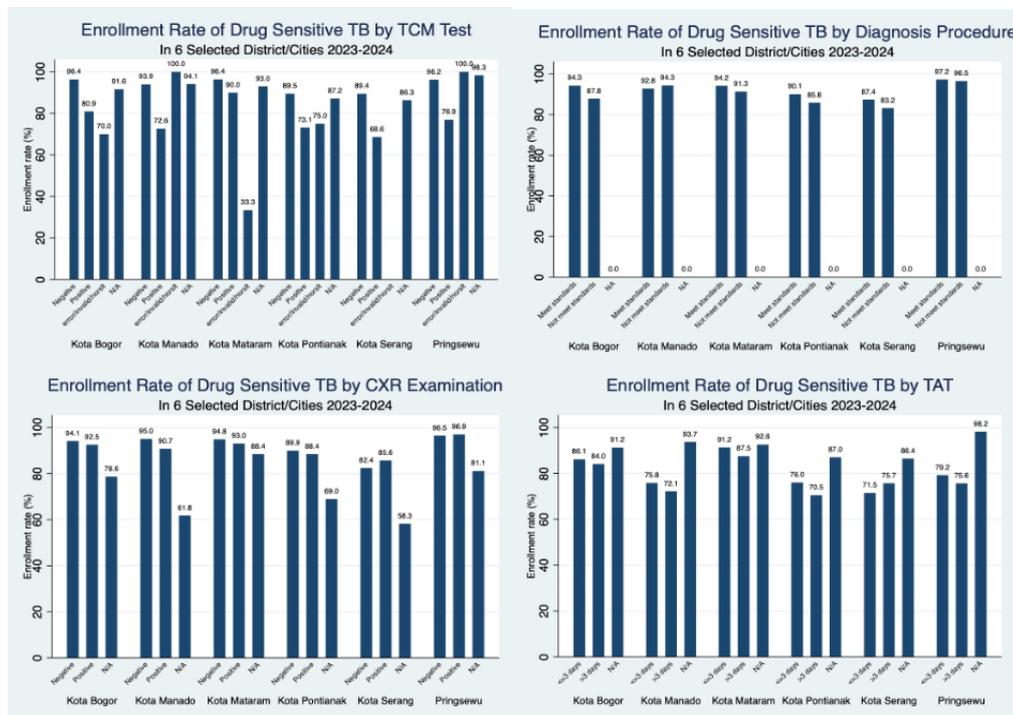
Enrollment rate menurut kelompok umur dan jenis kelamin mengikuti tren yang mirip dengan tingkat nasional. *Enrollment rate* tertinggi secara konsisten terjadi pada anak-anak di bawah usia 15 tahun dan menurun pada kelompok usia yang lebih tua. *Enrollment rate* pada kelompok perempuan juga secara konsisten lebih tinggi dibandingkan kelompok laki-laki. Temuan menarik di Kota Mataram adalah bahwa

enrollment rate secara konsisten lebih tinggi di semua kelompok umur dan jenis kelamin. Faktor-faktor ini dieksplorasi selama kunjungan lapangan untuk memahami strategi di balik tren ini (Gambar 5).



Gambar 5. Enrollment Rate TBC SO Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin di Enam Kabupaten/Kota Tahun 2023 dan 2024

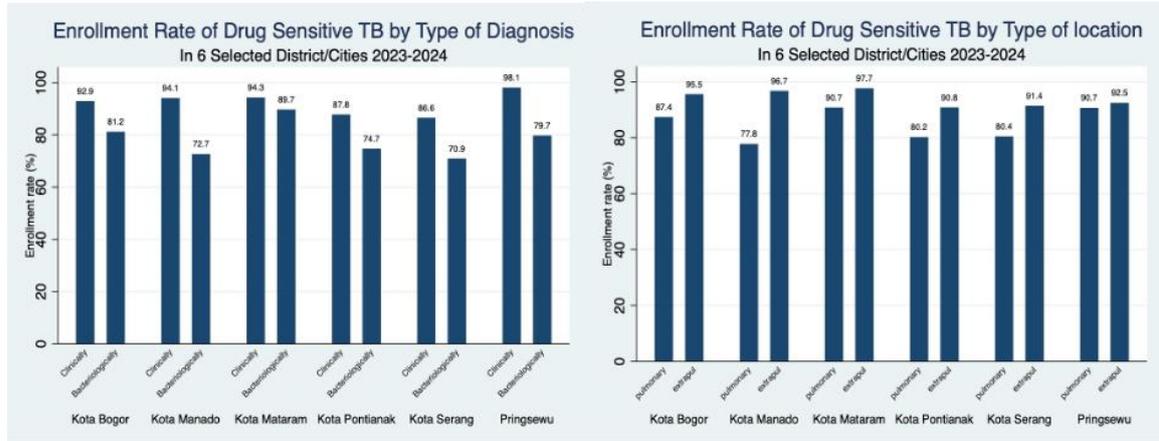
Enrollment rate berdasarkan beberapa variabel pemeriksaan TBC menunjukkan tren yang konsisten dengan tingkat nasional. *Enrollment rate* secara konsisten lebih tinggi untuk hasil TCM negatif, sedangkan terendah pada hasil TCM yang error/tidak valid/tidak diketahui. *Enrollment rate* pada orang dengan TBC SO yang menjalani rontgen dada secara signifikan lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang tidak menjalaninya. Prosedur untuk mendiagnosis TBC sesuai standar menghasilkan *enrollment rate* yang lebih tinggi dibandingkan dengan prosedur yang tidak sesuai standar, dan untuk kasus-kasus yang standar diagnostiknya tidak diketahui, tidak ada yang tercatat memulai pengobatan. Orang dengan TBC yang hasil tesnya keluar lebih cepat atau dengan TAT ≤ 3 hari memiliki *enrollment rate* yang lebih tinggi dibandingkan dengan TAT > 3 hari (Gambar 6).



Gambar 6. Enrollment Rate TBC SO Berdasarkan Profil Pemeriksaan di Enam Kabupaten/Kota Tahun 2023 dan 2024

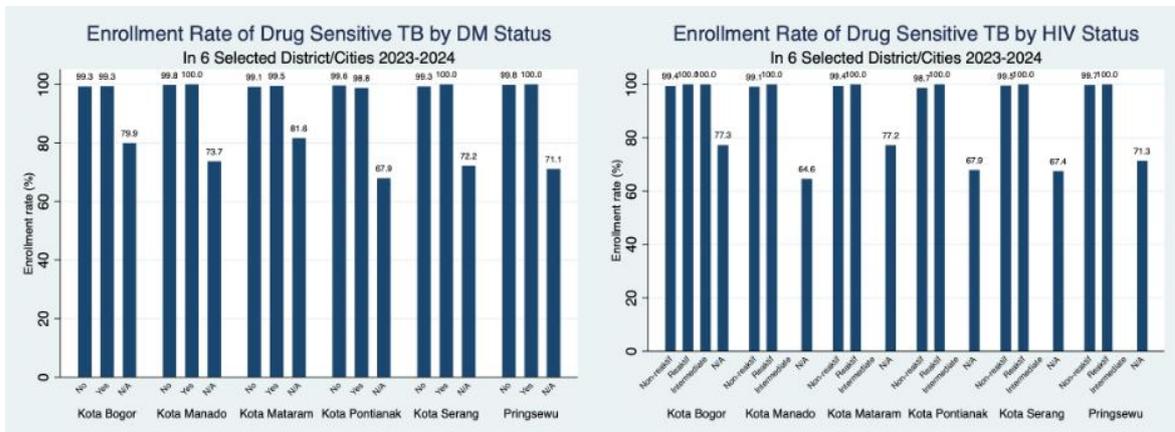
Pada orang-orang dengan TBC SO yang terdiagnosis secara klinis, *enrollment rate* secara signifikan lebih tinggi dibandingkan dengan TBC yang dikonfirmasi secara bakteriologis. Berdasarkan lokasi infeksi,

enrollment rate TBC paru lebih rendah dibandingkan dengan TBC ekstra paru. Hasil ini sejalan dengan temuan di tingkat nasional (Gambar 7).



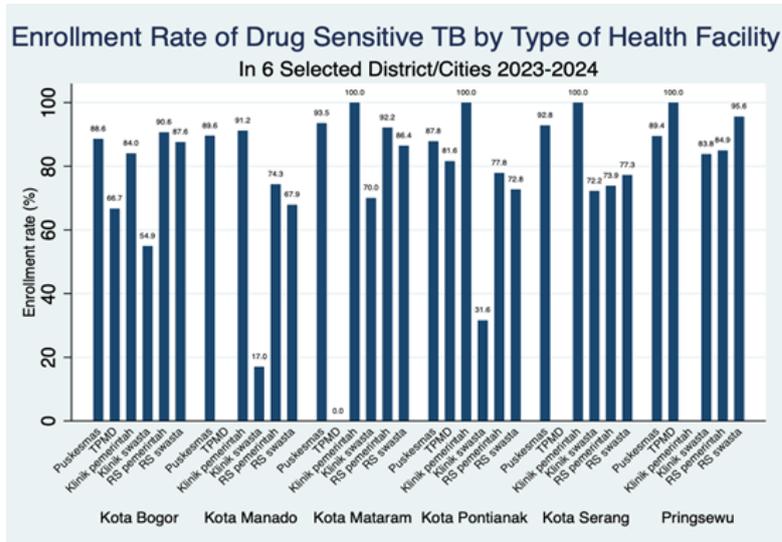
Gambar 7. Enrollment Rate TBC SO Berdasarkan Jenis dan Lokasi Diagnosis di Enam Kabupaten/Kota Tahun 2023 dan 2024

Enrollment rate pada orang dengan TBC SO yang diskriminasi dan diperiksa DM dan/atau HIV, secara signifikan lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang DM dan status HIV tidak diketahui atau tidak dilakukan. Terlepas dari hasil pemeriksaan DM dan HIV, enrollment rate secara konsisten tinggi. Pada tahun 2024, tidak ada hasil pemeriksaan HIV intermediet di 6 kabupaten/kota terpilih (Gambar 8).



Gambar 8. Enrollment Rate TBC SO Berdasarkan Status DM dan HIV di Enam Kabupaten/Kota Tahun 2023 dan 2024

Di 6 kabupaten/kota terpilih untuk kunjungan lapangan, enrollment rate yang lebih rendah diamati di klinik swasta dan TPMD. Hasil ini sejalan dengan temuan tingkat nasional.



Gambar 9. Enrollment Rate TBC SO Berdasarkan Jenis Fasyankes di Enam Kabupaten/Kota Tahun 2023 dan 2024

3. Analisis Faktor Terkait Inisiasi Pengobatan Berdasarkan Data SITB

Analisis faktor terkait inisiasi pengobatan dilakukan terhadap data dari enam kabupaten/kota terpilih untuk kunjungan lapangan maupun tingkat nasional. Berdasarkan hasil analisis Regresi Logistik Berganda, ditemukan bahwa faktor terkait dengan inisiasi pengobatan adalah kelompok usia yang lebih muda. Inisiasi pengobatan TBC pada anak di bawah 15 tahun atau anak lebih baik daripada pada orang dewasa yang menunjukkan perilaku mencari perawatan yang lebih cepat oleh pengasuh, kewaspadaan klinis yang lebih tinggi, intervensi kesehatan yang lebih proaktif, dan pedoman khusus untuk diagnosis dan pengobatan TBC pada anak. Selain itu, sistem kesehatan sering memprioritaskan kesehatan anak karena kerentanan mereka dan konsekuensi serius dari TBC yang tidak diobati pada populasi ini. Hasil ini menunjukkan perhatian dan prioritas populasi tertentu berpengaruh terhadap kinerja layanan.

Tabel 6. Hasil Analisis Faktor-Faktor yang Terkait dengan Inisiasi Pengobatan di 6 Kabupaten/Kota Terpilih dan Tingkat Nasional

Variabel	6 Kabupaten/Kota			Nasional		
	ER	OR (95%CI)	AOR (95%CI)	ER	OR (95%CI)	AOR (95%CI)
Age						
<15 tahun	92.1	2.93(2.56-3.35)	1.46(1.21-1.76)	92.7	2.84(2.79-2.90)	2.49(2.42-2.55)
15-59 tahun	84.4	1.128	1.27(1.12-1.45)	85.3	1.29(1.28-1.31)	1.37(1.35-1.39)
60+ tahun	80.0	Ref	Ref	81.8	ref	ref
Sex						
Female	86.3	1.19(1.11-1.28)	1.05(0.94-1.16)	86.8	1.15(1.13-1.16)	1.02(1.01-1.04)
Male	84.1	Ref	Ref	85.2	ref	ref
Diagnosis procedure						
Meet standards	92.7	1.86(1.67-2.08)	1.44(1.23-1.68)	91.9	1.67(1.64-1.70)	1.32(1.29-1.35)
Not meet standards	87.2	Ref	Ref	87.2	ref	Ref
Tidak Dikerjakan/Missing	0.0	-	-	0.6	<0.001	<0.01
Type of diagnosis						
Clinically	91.5	3.08(2.85-3.32)	1.60(1.38-1.85)	91.6	2.69(2.66-2.72)	1.59(1.56-1.62)
Bacteriologically	77.8	ref	Ref	80.3	Ref	Ref
TBC location						

Extra pulmonary	94.7	3.32(2.65-4.16)	1.42(1.10-1.83)	94.3	2.91(2.82-2.99)	1.43(1.39-1.48)
Pulmonary	84.4	Ref	Ref	85.2	Ref	Ref
DM status						
Known	99.4	52.1(40.2-67.5)	23(15.7-33.83)	99.4	53.2(51.2-55.3)	21.3(20.3-22.2)
Tidak Dikerjakan/Missing	75.7	Ref	Ref	76.6	Ref	Ref
HIV status						
Known	99.3	58.9(46.9-73.9)	30.6(22.1-42.3)	99.4	52.5(50.6-54.6)	20.6(19.7-21.6)
Tidak Dikerjakan/Missing	72.0	Ref	Ref	76.8	Ref	Ref
Type of health facility						
Puskesmas	89.6	7.77(6.12-9.86)	5.16(3.68-7.23)	89.4	2.34(2.26-2.42)	2.14(2.05-2.24)
Private practitioners	80.3	3.67(2.03-6.64)	3.21(1.64-6.27)	80.2	1.13(1.02-1.26)	3.46(2.85-4.19)
Public clinics	92.6	11.2(5.02-25.1)	27.8(6.53-118)	88.1	2.07(1.97-2.17)	1.39(1.30-1.48)
Private Clinic	52.6	ref	Ref	78.2	Ref	Ref
Public hospital	81.9	4.07(3.21-5.16)	3.33(2.42-4.58)	83.0	1.36(1.31-1.41)	1.27(1.21-1.32)
Private hospital	83.6	4.60(3.63-5.83)	4.72(3.43-6.49)	84.6	1.54(1.48-1.59)	1.41(1.35-1.47)

*Data 29 Juli 2024

Perempuan lebih mungkin untuk memulai pengobatan dibandingkan dengan laki-laki terkait dengan faktor seperti perilaku mencari layanan kesehatan yang lebih proaktif, interaksi rutin dengan sistem layanan kesehatan (terutama melalui layanan kesehatan ibu dan anak), tingkat dukungan sosial yang lebih tinggi, dan kemauan yang lebih besar untuk mengatasi masalah kesehatan sejak dini. Sebaliknya, laki-laki mungkin menunda mencari perawatan karena norma budaya, stigma, atau tekanan terkait pekerjaan, yang mengakibatkan diagnosis dan inisiasi pengobatan yang lebih lambat. Selain itu, program dan kampanye kesehatan yang ditargetkan yang ditujukan kepada perempuan semakin meningkatkan peluang mereka untuk pengobatan TBC lebih dini.

Prosedur diagnosis yang memenuhi standar dikaitkan dengan inisiasi pengobatan yang lebih tinggi daripada yang tidak. Prosedur diagnosis sesuai standar memastikan inisiasi pengobatan yang efisien, terarah, dan tepat waktu, yang sangat penting untuk manajemen TBC. Jenis diagnosis TBC yang berhubungan dengan inisiasi pengobatan yang lebih baik adalah TBC yang didiagnosis secara klinis dan TBC ekstra paru (Tabel 6). Kasus TBC yang dikonfirmasi secara klinis biasanya didiagnosis berdasarkan gejala (seperti batuk berkepanjangan, penurunan berat badan, keringat malam) dan rontgen dada. Hal ini memungkinkan diagnosis yang lebih cepat dan pengobatan segera dimulai, terutama dalam situasi di mana pengujian bakteriologis (seperti tes dahak atau kultur) mungkin memerlukan waktu lebih lama atau tidak tersedia. Konfirmasi bakteriologis, seperti pengujian molekuler, mikroskopi apusan dahak, dan kultur, dapat memerlukan waktu. Keterlambatan dalam menerima hasil tes dapat memperlambat dimulainya pengobatan.

Orang dengan TBC SO yang menjalani pemeriksaan DM dan/atau HIV dikaitkan dengan inisiasi pengobatan yang lebih baik. Inisiasi pengobatan TBC lebih baik di antara pasien yang menjalani pemeriksaan diabetes karena identifikasi dan penanganan diabetes sejak dini membantu mencegah komplikasi pengobatan, meningkatkan kepatuhan, dan mendorong pengobatan tepat waktu. Diagnosis dan penanganan TBC dan diabetes yang tepat menghasilkan rencana pengobatan yang lebih personal, mengurangi risiko perkembangan penyakit yang parah, dan menghasilkan kondisi kesehatan jangka panjang yang lebih baik. Selain itu, deteksi dini HIV memungkinkan rencana pengobatan yang lebih komprehensif, yang menangani TBC dan HIV secara bersamaan. Skrining HIV yang tepat memastikan inisiasi pengobatan TBC yang lebih cepat dan lebih efektif, mengurangi risiko komplikasi, meningkatkan kepatuhan terhadap regimen TBC dan ART, dan meningkatkan luaran pengobatan. Di sisi lain, pasien TBC tanpa skrining diabetes dan HIV lebih mungkin menghadapi penundaan, komplikasi, dan hasil keseluruhan yang lebih buruk karena tidak terdiagnosis atau manajemen yang buruk.

Jenis fasilitas kesehatan yang inisiasi pengobatannya secara nyata lebih baik adalah Puskesmas, rumah sakit, klinik pemerintah, dibandingkan dengan klinik swasta. Inisiasi pengobatan yang lebih baik di antara pasien TBC yang didiagnosis di Puskesmas dan rumah sakit menunjukkan layanan diagnostik yang komprehensif dan protokol perawatan yang sesuai standar. Khususnya di Puskesmas, mereka memberikan penjangkauan masyarakat yang lebih kuat, pendidikan pasien, dan pemantauan ketat melalui program pengobatan yang diamati secara langsung dimana semua ini sesuai dengan konsep *one-stop service*. Di sisi lain, klinik swasta mungkin memiliki hambatan finansial kepada pasien dan kemampuan pelacakan yang lebih lemah, menyebabkan keterlambatan dalam inisiasi pengobatan.

Secara keseluruhan, hasil yang sejalan dengan data nasional dapat diartikan bahwa sampel di 6 kabupaten/kota terpilih mewakili keadaan nasional. Langkah selanjutnya memerlukan penyelidikan atau eksplorasi lebih lanjut melalui studi kualitatif dan kunjungan lapangan untuk menjelaskan dan memastikan faktor-faktor yang terkait dan apa artinya dalam merumuskan kebijakan lebih lanjut.

4. Informasi Pendukung Berdasarkan Studi Inventaris TBC

Studi inventori (IVS) merupakan studi *cross-sectional* yang dilakukan oleh NTP, didukung oleh tim peneliti independen dari Juni 2023 hingga Juni 2024. Studi ini bertujuan untuk menghitung tingkat *under-reporting* kasus TBC dalam sistem surveilans TBC Nasional dan memperkirakan insiden TBC nasional. Populasi studi adalah semua kasus TBC yang terdiagnosis atau dirawat di fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta yang mendiagnosis atau merawat TBC minimal satu kasus dalam 3 bulan terakhir sejak pemetaan di 31 kabupaten/kota terpilih.

IVS mendapatkan bahwa 15,6% kasus TBC yang terdiagnosis atau dirawat di fasilitas kesehatan tidak dilaporkan ke SITB. Hasil ini menunjukkan perbaikan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya (41% pada tahun 2016-2017). Angka *under-reporting* bervariasi menurut jenis fasilitas, di Puskesmas sebesar 8,1%, rumah sakit 16,9%, klinik swasta 27,6%, laboratorium 54,8% dan yang tertinggi adalah 77,2%. IVS juga menemukan bahwa *under-diagnosis* kasus TBC sebesar 13,8%.

Under-reporting kasus TBC mengindikasikan masalah *under-reporting* juga terjadi pada inisiasi pengobatan. Di sisi lain, notifikasi kasus TBC merupakan penyebut dari perhitungan *enrollment rate*. *Under-reporting* dan *under-diagnosis* kasus TBC akan menyebabkan *over-estimasi enrollment rate*.

Temuan *under-diagnosis* dan *under-reporting* pada IVS menunjukkan tantangan pada kualitas layanan dan pencatatan pelaporan TBC di fasyankes yang sejalan dengan temuan pada asesmen ini. Banyak penyedia layanan kesehatan swasta, termasuk dan klinik swasta, tidak sepenuhnya terintegrasi ke dalam program. Akibatnya, mereka tidak melaporkan kasus TBC ke SITB atau tidak mengikuti pedoman nasional untuk diagnosis dan pengobatan TBC. Kurangnya kesadaran dan motivasi di antara penyedia layanan swasta untuk melaporkan kasus TBC. Banyak yang menganggap manajemen TBC memakan waktu, terutama jika dibandingkan dengan kondisi medis lain yang dapat lebih menguntungkan secara finansial dalam praktik swasta.

Mekanisme pengendalian mutu di klinik swasta sering kali lebih lemah daripada di pusat kesehatan umum, yang menyebabkan variabilitas dalam standar perawatan TBC. Ketidakkonsistenan ini memengaruhi keakuratan diagnosis, perawatan, dan pelaporan, yang berkontribusi pada kurangnya pelaporan. Bahkan ketika penyedia layanan swasta mendiagnosis atau merawat TBC, mereka sering kali tidak menggunakan SITB untuk pelaporan. Banyak lebih suka menggunakan catatan mereka sendiri, yang menyebabkan kesenjangan antara diagnosis dan data pengawasan nasional. Keengganan penyedia layanan swasta untuk melaporkan kasus karena kekhawatiran tentang kerahasiaan pasien dan otonomi profesional juga menghambat upaya untuk mencapai pelaporan kasus TBC yang komprehensif.

Pemantauan kinerja sektor swasta dan audit pelaporan penting untuk mengatasi tantangan tersebut. Lacak dan nilai kinerja klinik dan rumah sakit secara berkala dalam melaporkan kasus TBC menggunakan data SITB. Identifikasi fasilitas swasta yang berkinerja tinggi dan bagikan praktik terbaik mereka dengan orang lain. Sebaliknya, tawarkan dukungan dan pelatihan tambahan kepada fasilitas yang berkinerja buruk. Melakukan audit rutin terhadap sistem pelaporan yang digunakan oleh fasyankes swasta untuk memastikan bahwa kasus TBC tercatat dan dilaporkan secara akurat. Memberikan tindakan perbaikan bagi fasilitas yang ditemukan tidak mematuhi standar pelaporan.

B. Proses Diagnosis dan Inisiasi Pengobatan TBC di Berbagai Fasyankes

I. Presentasi dan Skrining Awal Pasien

Proses diagnosis dan inisiasi pengobatan untuk TBC bervariasi di berbagai fasyankes, tergantung pada jenis fasilitasnya. Di fasyankes primer, seperti Puskesmas, proses diagnosis biasanya dimulai dengan pasien yang datang dengan gejala umum TBC seperti batuk berkepanjangan, penurunan berat badan, atau berkeringat di malam hari. Tenaga kesehatan akan melakukan evaluasi awal, termasuk pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatan pasien, diikuti dengan tes diagnostik seperti sputum smear microscopy, GeneXpert, atau rontgen dada untuk mengonfirmasi adanya bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Di rumah sakit atau klinik khusus TBC dapat tersedia alat diagnostik yang lebih canggih, seperti tes kultur atau diagnostik molekuler.

Menurut seorang tenaga kesehatan di Rumah Sakit Untan, Kota Pontianak, manajemen TBC sering dimulai selama proses pendaftaran pasien, di mana formulir skrining TBC digunakan untuk pasien rawat jalan maupun pasien instalasi gawat darurat (IGD). Jika seorang pasien diidentifikasi sebagai terduga TBC berdasarkan hasil skrining, mereka akan dirujuk ke klinik TBC-DOTS untuk asesmen lebih lanjut dan pengobatan.

"Jadi kalau manajemen TBC di sini memang screening sebetulnya sudah kita mulai dari pendaftaran. Sesuai dengan survei akreditasi, disitu sudah ada form screening TBC. Termasuk juga dari baik pendaftaran itu rawat jalan maupun dari IGD, itu sudah ada. Kalau ini memang ter-screening, terindikasi, kita curigalah ke arah TBC, maka kami arahkan ke Poli TBC DOTS. Di Poli TBC DOTS nanti disana, untuk kami rumah sakit tipe C, disana ada dokter umum yang menangani. Jika memang ternyata, kemudian kan kita anggap misalnya itu dulu lah ya, misalnya pasien dari pendaftaran, terus kemudian ter-screening ke arah curiga TBC, curiga TBC kemudian dialihkan ke TBC DOTS"

(dokter, RS Untan, Kota Pontianak)

Pada kelompok berisiko tinggi seperti pasien HIV, individu dengan riwayat TBC, dan individu yang memiliki kontak erat dengan pasien TBC aktif, akan menjalani skrining sistematis untuk mencegah penyebaran dan memastikan perawatan yang tepat. Setelah skrining gejala awal, tenaga kesehatan melakukan asesmen risiko secara komprehensif. Termasuk evaluasi riwayat medis pasien dan faktor risiko lainnya, seperti paparan TBC pada waktu dekat atau kondisi yang melemahkan sistem kekebalan tubuh. Kombinasi antara skrining gejala dan asesmen risiko ini memungkinkan tenaga kesehatan untuk membuat keputusan yang tepat mengenai tes diagnostik dan perawatan lanjutan yang diperlukan, yang pada akhirnya meningkatkan kondisi pasien.

Setelah diagnosis TBC dikonfirmasi, inisiasi pengobatan dilakukan dengan mengikuti pedoman nasional, yaitu dimulai dengan regimen obat anti-TBC lini pertama. Namun, di fasilitas kesehatan swasta, penundaan dapat terjadi karena proses rujukan atau kendala biaya. Diagnosis yang tepat waktu, koordinasi efektif antara tenaga kesehatan, dan inisiasi pengobatan yang cepat sangatlah penting untuk mengurangi penyebaran TBC di masyarakat.

Seorang orang tua di Rumah Sakit Antonius, Kota Pontianak, berbagi pengalaman mereka mengenai kesehatan anaknya, menggambarkan perkembangan gejala dan pengobatan:

"Saat itu, anak saya sering mengalami sesak napas saat batuk. Setiap kali batuk, ia merasa sesak napas. Ada kalanya sesak napasnya lebih kuat dari biasanya. Setelah dinebulisasi pun, ia masih sesak napas. Akhirnya, ia dirawat di rumah sakit. Ia ditangani oleh dr. Eveline yang mendiagnosisnya dengan bronkitis dan meresepkan obat. Ia dirawat selama beberapa hari, lalu dipulangkan. Seminggu kemudian, ia kembali untuk kontrol. Dr. Eveline menyebutkan bahwa berat badannya juga rendah dan menyarankan untuk melakukan tes Mantoux."

(Pasien Anak TBC telah Menjalani Pengobatan, RS Antonius, Pontianak)

Proses rujukan dari FKTP ke FKRTL juga memainkan peran penting dalam diagnosis dan manajemen penyakit yang tepat waktu. Ketika seorang pasien diduga memiliki TBC, tenaga kesehatan fasyankes primer akan melakukan asesmen awal. Jika tes diagnostik, seperti TCM, tidak dapat dilakukan atau hasilnya negatif, pasien akan dirujuk ke FKRTL untuk evaluasi lebih lanjut.

"Kalau yang rujukan dari faskes satu biasanya itu sudah di assessment dari faskes satu. Dan misal curiga ke arah TBC tapi pemeriksaan TCM untuk definitifnya tidak bisa dilakukan karena ada sampel atau hasil TCMnya negatif. Biasanya di rujuk ke kita. Di rujuk, di assessment lagi, ada pemeriksaan lanjutan dari kita. "

(dokter, Rumah Sakit Salak, Kota Bogor)

Asesmen ini menekankan terkait variabilitas dalam efektivitas skrining awal di antara tenaga kesehatan. Beberapa fasyankes telah memiliki protokol yang mapan, namun fasyankes lainnya menghadapi tantangan seperti kurangnya pelatihan tenaga kesehatan atau alat skrining yang terstandarisasi. Variabilitas ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam mengidentifikasi kasus terduga TBC, yang pada akhirnya menunda diagnosis dan pengobatan.

2. Pengambilan dan Pengiriman Sampel Dahak

Pengambilan dan pengiriman sampel dahak merupakan langkah penting dalam proses diagnosis TBC. Ketika seorang pasien diduga memiliki TBC, mereka akan diminta untuk memberikan sampel dahak dengan prosedur yang direkomendasikan, yaitu melibatkan pengambilan dua sampel: satu pada kunjungan awal dan satu lagi di pagi hari berikutnya. Pendekatan ini meningkatkan kemungkinan mendeteksi *Mycobacterium tuberculosis*, karena bakteri mungkin lebih terkonsentrasi pada waktu tertentu, terutama di pagi hari. Untuk memastikan kualitas sampel, pasien diberi instruksi yang jelas tentang cara menghasilkan spesimen dahak dengan benar, yaitu melibatkan batuk dalam-dalam untuk mengeluarkan dahak dari paru-paru, yang merupakan faktor penting dalam memperoleh diagnosis yang akurat.

Setelah diperoleh, sampel dahak harus segera dengan aman dikirim ke laboratorium untuk dianalisis. Proses pengiriman sering melibatkan kurir internal dan eksternal, tergantung pada fasyankes. Penanganan sampel dengan cara dan waktu yang tepat sangat penting, karena penundaan atau kesalahan penanganan sampel dapat mengurangi akurasi diagnosis, yang pada akhirnya memengaruhi hasil pengobatan untuk pasien terduga TBC.

"Tahapannya Kita itu menerima sampel sebelumnya, tapi harus ada pengantarnya dulu Pengantar harus lengkap. Setelah itu kita dahak, kita memberi tahu pasien cara berdahak, mengeluarkan dahak. Setelah itu, setelah pasien mengeluarkan dahak, kita periksa dahaknya sesuai atau belum. Setelah itu, kalau memang sudah sesuai, baru kita kerjakan Kalau memang belum sesuai, maka kita minta untuk pengambilan sampel ulang"

(Staf laboratorium, Rumah Sakit Umum Daerah Pringsewu, Kabupaten Pringsewu)

Tenaga kesehatan menekankan pentingnya pengambilan dan penyimpanan sampel yang benar, seperti yang disampaikan oleh staf di Puskesmas Perumnas I, Kota Pontianak:

“Yang pertama, cara pengambilannya. Kita kasih pot dahak steril kepada pasien. Jika pada saat datang pasien bisa mengeluarkan dahak, ya udah kita langsung ambil. Kalau tidak, kita suruh besok paginya. Kita kasih tahu tata cara berdahak dengan baik, mengeluarkan dahak dengan baik. Kemudian, apabila ada sampel, kita lakukan pemeriksaan. Kemudian apabila tadi udah sempat nanya-nanya, kalau misalnya ada yang nganter sore atau siang, biasanya kita simpan di dalam kulkas”

(Staf laboratorium, Puskesmas Perumnas I, Kota Pontianak)

Meskipun pengambilan dan pengiriman sampel sangat penting, survei rujukan layanan TBC mengidentifikasi beberapa tantangan terkait sumber daya manusia dan logistik. Banyak fasyankes, terutama swasta, kekurangan staf yang terlatih untuk mengemas sampel dahak dengan tepat. Selain itu, tidak semua klinik memiliki layanan kurir internal untuk mengirim sampel, yang dapat menyebabkan keterlambatan dalam proses diagnosis. Di beberapa wilayah, jarak yang jauh antara fasilitas kesehatan dan fasilitas TCM, ditambah dengan keterbatasan layanan kurir dari PT Pos, turut menyebabkan keterlambatan signifikan dalam pengiriman sampel dahak.

- *“Kurangnya SDM klinik terkait dengan pengemasan sampel untuk penegakan diagnosis.”*
- *“Tidak semi fasyankes terutama swasta memiliki kurir internal.”*
- *“Sebagian wilayah mengalami kendala lamanya pengambilan sample sputum untuk diantarkan ke faskes tujuan TCM karena jarak dan keterbatasan kurir dari PT Pos”*
- *“Proses pengiriman sampel biasa terhambat dengan alasan tidak adanya kurir pada klinik (internal dan adanya keterlambatan penjemputan sampel yang oleh pihak ketiga/PT POS)”*
- *“Jarak antara faskes penerima (faskes TCM) dan faskes perujuk yang jauh sehingga sampel datang terlambat meskipun sudah menggunakan sitrust.”*

Untuk mengurangi keterlambatan ini, fasyankes dapat menjalin kerjasama dengan layanan kurir eksternal guna memastikan pengiriman sampel dahak tepat waktu, sehingga mempercepat diagnosis dan inisiasi pengobatan.

3. Konfirmasi Diagnosis dengan Pengujian Diagnostik

Konfirmasi diagnosis dan pengujian sangatlah penting untuk mengidentifikasi TBC dan memulai pengobatan dengan tepat. Salah satu alat diagnostik utama yang digunakan di banyak Puskesmas adalah tes diagnostik cepat molekuler atau TCM, yang mendeteksi DNA *Mycobacterium tuberculosis* dan resistensi rifampisin dalam beberapa jam. Tes ini sangat sensitif, sehingga menjadi alat penting untuk diagnosis TBC dengan cepat. Jika hasil TCM menunjukkan resistensi rifampisin, pengujian lanjutan dilakukan untuk mengonfirmasi multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TBC), memastikan pasien menerima regimen pengobatan yang tepat.

Jika hasil tes dahak negatif atau pasien tidak dapat menghasilkan sampel, rontgen dada (CXR) sering digunakan untuk mendeteksi kelainan pada paru-paru yang dapat mengindikasikan infeksi TBC. CXR berfungsi sebagai alat pendukung, terutama ketika tes awal tidak memberikan hasil yang konklusif.

Metode lainnya, yaitu *sputum smear microscopy* melibatkan pemeriksaan sampel dahak di bawah mikroskop untuk mendeteksi basil tahan asam (BTA) menggunakan pewarnaan Ziehl-Neelsen. Meskipun tidak sepeka TCM, metode ini masih banyak digunakan di fasilitas yang tidak memiliki mesin TCM.

Dalam kasus yang lebih kompleks, seperti TBC ekstraparu atau ketika tes diagnostik awal tidak memberikan hasil yang jelas, tenaga kesehatan mungkin akan melaksanakan tes tambahan seperti kultur, histopatologi, atau teknik pencitraan lanjutan untuk mengonfirmasi diagnosis.

Sepanjang proses diagnosis, konseling pasien memainkan peran penting. Tenaga kesehatan memastikan bahwa pasien memahami diagnosis mereka, sifat menular TBC, pentingnya mematuhi pengobatan, serta apa yang diharapkan selama pengobatan. Melibatkan pasien dengan cara ini meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, yang merupakan kunci keberhasilan manajemen TBC dan pencegahan penyebaran penyakit.

“Saya sebagai salah satu staff laboratorium. Kebetulan saya ditaruh di ini, Bagian mikrobiologi, hal-hal mikrobiologi itu. Mencampur juga TBC Kita ada ruang TCM khususnya. Yang mengerjakan itu biasanya analis yang di mikrobiologi Di mikrobiologi itu kita ada 4”

“Semua bisa”?

“Iya semua bisa. Kita ada 2 shift. Shift paginya kita bertiga, 2 shift Dari jam setengah 8 sampai setengah 3. Kalau yang shift sore dari setengah 3 sampai setengah 9. Itu sendiri Semua bisa kerjain TCM Misalnya kapanpun dia datang dia bisa langsung dikerjain”

(Staf laboratorium, RSUD NTBC, Kota Mataram)

Salah satu praktik baik yang diidentifikasi di salah satu rumah sakit pemerintah di Kota Mataram adalah penggunaan daftar periksa untuk memastikan edukasi komprehensif diberikan kepada pasien TBC di klinik DOTS.

“Kami membuat daftar periksa untuk memastikan semua materi edukasi disampaikan, dan sesi edukasi awal bisa memakan waktu hingga 30 menit per pasien.”

(Petugas TBC RS, Kota Mataram)

Meskipun alat diagnostik seperti TCM sangat efisien, survei rujukan layanan TBC menyoroti beberapa tantangan operasional dalam pengujian laboratorium, terutama terkait masalah peralatan dan logistik. Misalnya, jika fasilitas rujukan gagal mengonfirmasi rujukan dan fasilitas penerima kehabisan kartrid, fasilitas rujukan mungkin harus mengambil kembali sampel dahak, yang menyebabkan keterlambatan. Selain itu, hasil laboratorium terkadang tertunda akibat penumpukan sampel, sehingga memaksa pasien untuk meminta rujukan ke rumah sakit.

- *“Jika faskes pengirim lupa melakukan konfirmasi dan faskes tujuan sedang mengalami kekosongan cartridge, maka faskes asal perlu menjemput sampel sputum kembali, hal ini dapat menyebabkan delayed reporting..”*
- *“Hasil laboratorium yang keluar membutuhkan waktu yang lama.”*
- *“Terkadang keluarnya hasil pemeriksaan TCM membutuhkan waktu yang lama akibat penumpukan sampel, sehingga pasien cenderung tidak sabar untuk menunggu dan bersikeras untuk meminta rujukan ke Rumah Sakit.”*

Masalah lain yang teridentifikasi adalah keterbatasan kapasitas tenaga kesehatan untuk melakukan prosedur diagnosis penting seperti mikroskopi BTA. Karena kekurangan staf, beberapa rumah sakit sering merujuk pasien ke fasilitas yang lebih tinggi untuk pengujian dan diagnosis lebih lanjut.

- *“Keterbatasan kemampuan tenaga faskes untuk melakukan pemeriksaan mikroskopis BTA.”*
- *“Karena belum lengkapnya SDM pada Rumah Sakit tersebut maka seringkali dirujuk ke Rumah Sakit yang lebih tinggi.”*
- *“Keterbatasan tenaga di Puskesmas faskes TCM dalam pelayanan penegakkan diagnosa.”*

Penundaan *update* transfer pengobatan, rujukan, dan hasil laboratorium pada SITB semakin memperumit proses diagnosis. Kesalahan komunikasi antar fasyankes, keterlambatan entri data, serta kegagalan dalam koordinasi rujukan sering menyebabkan pasien harus mengulang tes atau menunggu lebih lama untuk mendapatkan hasil. Masalah-masalah ini dapat memperpanjang proses diagnosis, yang pada akhirnya menunda inisiasi pengobatan.

- “Fasyankes tidak menginput rujukan di SITB sehingga saat pasien datang ke fasyankes rujukan, dilakukan pemeriksaan dahak ulang.”
- “Keterlambatan penginputan hasil lab oleh petugas lab.”
- “Permasalahan penginputan pada SITB, biasanya sampel sudah sampai pada faskes rujukan TCM tetapi belum ada permohonan laboratorium.”

Efektivitas proses diagnosis TBC sangat bergantung pada ketepatan waktu dalam pengambilan, pengiriman, dan analisis sampel dahak. Penundaan dalam proses ini, terutama di fasilitas dengan infrastruktur laboratorium yang kurang memadai atau akibat tingginya tingkat pergantian staf, dapat mempengaruhi ketepatan waktu diagnosis dan inisiasi pengobatan. Selain itu, edukasi pasien memegang peranan penting untuk memastikan kepatuhan terhadap pengobatan, meningkatkan keterlibatan pasien, dan pada akhirnya berkontribusi pada manajemen TBC.

4. Inisiasi Pengobatan

Inisiasi pengobatan untuk TBC SO mengikuti regimen yang terstruktur dengan baik, yang dirancang untuk menyembuhkan pasien sekaligus mencegah penularan lebih lanjut. Pengobatan standar berlangsung selama enam bulan, dimulai dengan fase intensif selama dua bulan, di mana empat obat utama (isoniazid, rifampisin, pirazinamid, dan etambutol) diberikan. Obat-obatan ini bekerja secara agresif untuk mengurangi bacterial load dalam tubuh.

Setelah fase intensif, pasien memasuki fase lanjutan selama empat bulan. Pada fase ini pasien akan mengonsumsi isoniazid dan rifampisin untuk menghilangkan bakteri yang tersisa. Strategi ini penting untuk mencegah berkembangnya TBC resisten obat, yang turut menjadi perhatian utama dalam kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang berfokus pada pasien penting untuk memastikan bahwa pasien memahami pentingnya menyelesaikan seluruh rangkaian pengobatan, meskipun mereka mulai merasa lebih baik. Pasien juga diinformasikan terkait efek samping yang mungkin timbul, seperti mual atau nyeri sendi, dan didorong untuk melaporkan jika terjadi reaksi serius. Kunjungan *follow-up* secara teratur sangat penting untuk memantau kemajuan dan mengatasi komplikasi yang mungkin terjadi, sehingga memastikan keberhasilan pengobatan dan mencegah penyebaran TBC di masyarakat.

“Biasanya kadang-kadang pasien itu ada yang denial. Ada juga yang menerima karena mungkin sebelumnya memang pernah ada kontak, jadi sudah tahu kemungkinan akan kena penyakit. Ada juga yang memang sama sekali Bingung, ini kira-kira dapatnya dari mana, bingung tertular dari siapa. Biasanya ada yang seperti itu. Jadi Pertama itu mungkin edukasi, kalau misalnya pasien ini, penyakit ini, bisa disembuhkan. Itu dulu Jadi kita membangun positive thinking mereka kalau misalnya ini akan bisa sembuh”

(dokter, Puskesmas Perumnas I, Kota Pontianak)

Salah satu praktik baik di rumah sakit pemerintah di Kota Manado dan Mataram adalah penggunaan rontgen dada sebagai alat visual untuk membantu pasien memahami kondisi mereka, yang bisa menjadi motivator kuat untuk memulai pengobatan.

"Saya biasanya langsung kasih gambar foto ronsen normal dan foto ronsen dia"

"Begini mereka terdiagnosis itu ya?"

Saya langsung kasih tau, ini yang normal, ini yang punya bapak. Saya langsung ajak mereka. Saya biasanya langsung kasih tau mereka, ini normal, ini yang punya bapak. Ini kanan, ini kiri, kira-kira yang mana yang bermasalah? Terus mereka langsung mau analisa mereka yang masalah dimana. Dengan mereka punya analisa seperti ini, mereka jadi terdorong untuk mau mulai pengobatan. Jadi dia tau, milik parunya begini."

(dokter, RS Kandou, Kota Manado)

"Saya menggunakan rontgen dada sebagai alat untuk meyakinkan pasien."

(TPMD, Kota Mataram)

Pendekatan lain yang efektif di Kota Mataram adalah memanfaatkan testimoni dari pasien yang telah menyelesaikan pengobatan. Seorang petugas TBC di Puskesmas Kota Mataram menjelaskan strategi untuk memotivasi pasien TBC yang baru didiagnosis agar segera memulai pengobatan. Pendekatan ini melibatkan menanyakan latar belakang pasien dan apakah mereka mengenal seseorang di daerah mereka yang pernah menderita TBC. Jika mereka mengenal seseorang, pasien diberi tahu bahwa orang tersebut telah menerima pengobatan, sembuh, dan kini sehat. Selain itu, ketika pasien yang sudah sembuh datang ke puskesmas bersamaan dengan pasien baru, pasien yang sembuh didorong untuk membagikan pengalamannya. Testimoni ini menjadi contoh nyata manfaat memulai pengobatan lebih awal, memberikan rasa percaya diri dan dorongan untuk pasien baru.

"... saya mencoba untuk cari alamatnya mana. Biasanya lingkungan itu ada yang positif saya ceritain itu, 'saya kenal dengan Bapak Ibu dulu dia di TBC sekarang gimana?' 'oh iya sudah sehat' dan paling bekerja dan sebagainya. Dia itu langsung berpikir oh iya ada contoh sudah sehat seperti itu. Kadang kalau misalkan hari Jumat itu hari pelayanan TBC dia itu bertemu sama pasien yang lain, ada yang baru berobat malah saya membuka obrolan terbuka disitu coba ceritain nih ke pasiennya ini sudah berobat berapa lama ada efek sampingnya bagaimana rasanya pasien itu melihat langsung bukti nyata."

(Petugas TBC Puskesmas, Kota Mataram)

Praktik baik lainnya, seorang TPMD di Kota Manado memberikan sertifikat penghargaan kepada pasien TBC yang menyelesaikan pengobatan sebagai bentuk apresiasi positif untuk kepatuhan terhadap pengobatan.

"Saya memberikan sertifikat penghargaan dari diri saya sendiri kepada pasien TBC yang menyelesaikan pengobatan mereka."

(TPMD, Kota Manado)

Namun, meskipun terdapat praktik baik ini, masih ada kesenjangan dalam partisipasi klinik swasta dan TPMD dalam inisiasi pengobatan TBC yang teridentifikasi lewat survei rujukan layanan TBC. Beberapa klinik tidak menyediakan pengobatan TBC karena keterbatasan protokol pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), sehingga merujuk pasien secara horizontal ke Puskesmas. Selain itu, banyak TPMD tidak menangani pengobatan TBC, yang menyebabkan pasien dirujuk lebih lanjut ke fasilitas kesehatan lain.

- *"Belum semua klinik melakukan pengobatan TBC, pasien dirujuk langsung ke RS."*
- *"TPMD/Klinik belum semua melakukan tatalaksana TBC sampai pengobatan, sehingga pasien dirujuk untuk melakukan pengobatan di faskes lain."*

- *"Kendala rujuk balik terjadi apabila RS melakukan rujukan ke klinik namun klinik tersebut belum bisa melakukan pengobatan TBC akibat keterbatasan SDM ataupun sarpras tertentu, sehingga klinik akan melakukan rujukan horizontal ke PKM setempat."*

Protokol pengobatan nasional, terutama strategi Directly Observed Therapy (DOT), sangat penting untuk memastikan kepatuhan pasien terhadap pengobatan TBC. Dalam program DOT, tenaga kesehatan atau sukarelawan terlatih memantau langsung saat pasien mengonsumsi obat. Pendekatan ini bertujuan untuk mencegah munculnya strain TBC yang resisten terhadap obat serta memastikan keberhasilan pengobatan.

Meskipun protokol pengobatan TBC telah terstandarisasi, masih terdapat berbagai hambatan dalam inisiasi pengobatan. Tantangan logistik, seperti keterlambatan ketersediaan obat, terutama di daerah pedesaan atau wilayah yang kekurangan sumber daya, serta faktor-faktor terkait pasien, seperti ketakutan akan efek samping atau kurangnya pemahaman tentang pentingnya menyelesaikan pengobatan, sering menjadi penghalang. Untuk mengatasi hambatan ini, tenaga kesehatan telah mengembangkan berbagai strategi. Misalnya, penggunaan rontgen dada sebagai alat visual untuk meyakinkan pasien, serta melibatkan pasien yang telah sembuh untuk memberikan testimoni, terbukti efektif dalam memotivasi pasien baru agar segera memulai pengobatan.

Asesmen ini menyoroti beberapa praktik baik yang berhasil meningkatkan diagnosis dan inisiasi pengobatan TBC. Praktik-praktik tersebut meliputi penggunaan daftar periksa untuk memastikan edukasi pasien yang komprehensif, melibatkan pasien dalam proses diagnosis melalui alat visual seperti rontgen, serta memberikan insentif berupa sertifikat penghargaan. Praktik-praktik ini menekankan pentingnya pendekatan perawatan yang berpusat pada pasien serta perlunya edukasi berkelanjutan sepanjang proses pengobatan TBC

C. Faktor Pendukung dan Penghambat Dimulainya Pengobatan TBC Sensitif Obat dari Berbagai Perspektif (Pasien dan Tenaga Kesehatan)

I. Perspektif Pasien

Pasien pertama mengalami gejala awal pada malam hari ketika terbangun dengan mimisan (epistaksis). Setelah menggunakan obat tradisional seperti daun sirih, pasien mulai batuk darah, yang membuatnya memutuskan untuk mengunjungi Puskesmas. Pasien kemudian dirujuk ke rumah sakit, di mana beberapa tes dahak menunjukkan hasil negatif, hingga akhirnya dilakukan tes lebih lanjut pada bulan Juni yang menunjukkan hasil positif. Meskipun mengetahui dirinya mengidap TBC, pasien tidak memahami penyebab dan cara penularannya, menunjukkan rendahnya literasi kesehatan terkait TBC.

Setelah memulai pengobatan, pasien menghentikannya setelah satu bulan karena berbagai kendala praktis. Rumah sakit terlalu jauh dari tempat tinggalnya, memerlukan perjalanan sekitar satu setengah jam, sementara transportasi umum di daerah pedesaan tempat tinggalnya jarang tersedia. Selain itu, pasien tidak memiliki kendaraan pribadi dan harus bergantung pada teman untuk mengantarnya ke rumah sakit. Tantangan logistik ini, ditambah dengan ketidaknyamanan saat perjalanan, menyebabkan hilangnya motivasi pasien untuk melanjutkan pengobatan.

Alasan lain yang menyebabkan pasien menghentikan pengobatan adalah karena ia tidak memiliki asuransi kesehatan (BPJS), yang menambah beban finansial dalam mencari pengobatan. Selain itu, pasien merasa takut terhadap potensi efek samping dari obat TBC. Berdasarkan percakapan dengan orang lain yang telah menjalani pengobatan, pasien menjadi khawatir terhadap efek samping yang dianggap parah, seperti merasa sangat panas di malam hari serta ukuran besar obat TBC

Pasien kedua, yang mengalami batuk kronis dan sesak napas, awalnya mengabaikan gejalanya karena kebiasaannya menghindari bantuan medis. Baru setelah didorong oleh anggota keluarga yang bekerja di klinik, pasien memutuskan untuk menjalani tes, yang kemudian mengungkapkan adanya TBC. Namun, hingga saat ini pasien belum memulai pengobatan karena masih menunggu hasil TCM untuk mengonfirmasi diagnosis TBC.

Selain itu, pasien kedua menunjukkan keengganan untuk menemui dokter karena pada umumnya tidak menyukai konsultasi medis. Ia sering kali mengandalkan obat bebas untuk mengatasi penyakit ringan, yang memperpanjang keterlambatan dalam mencari pengobatan yang tepat. Namun, pasien menyadari pentingnya menjaga kesehatannya demi anak-anaknya, yang menunjukkan bahwa ia mungkin akan memulai pengobatan jika hasil TCM mengonfirmasi TBC, terutama karena kekhawatirannya terhadap kesejahteraan keluarganya. Meski demikian, ketakutan akan stigma sosial menjadi faktor signifikan lainnya. Pasien khawatir akan dikucilkan oleh masyarakat, yang membuatnya enggan membagikan diagnosis tersebut, bahkan kepada anggota keluarga dekat. Ketakutan akan penolakan sosial ini semakin menunda inisiasi pengobatan

Berikut merupakan kesimpulan alasan pasien belum memulai pengobatan TBC:

- **Perilaku Mencari Pengobatan**

Pasien pertama mengalami gejala mendadak pada malam hari, dimulai dengan mimisan. Pasien awalnya mencoba pengobatan tradisional sebelum mencari bantuan medis. Setelah mengunjungi Puskesmas, pasien dirujuk ke rumah sakit. Tes dahak awal menunjukkan hasil negatif, namun setelah tes lebih lanjut pada bulan Juni, pasien didiagnosis TBC.

"... Saya lagi tidur malem-malem pak keluar darah dari hidung. Pas itu istri saya ngeliat keluar darah banyak amat... Pas bangun tidur itu mau sholat subuh itu pas lagi rukuk tuh keluar lagi keluar lagi pas si darah itu. Darahnya kental pak campur yang encer sama kental gitu. Udah tuh disitu tuh, enggak langsung kesini pak. Udah lah diobatin dulu pake daun-daunan. Pake daun sirih apa gitu pak. Nah setelah digodog serih, Di pepetin gitu pak ya. Timbul batuk batuk itu ada darahnya itu pak. Nah dari situ saya langsung lari kesini pak, saya ke puskesmas. Dari puskesmas saya di dikasih rujukan kesini. Dan nyampe sini hari pertama suruh cek dahak gak kena. Hari kedua gak kena. Hari ketiga dilakuin ronsen, di ronsen negatif. Tapi saya penasaran gitu pak. akhirnya di cek dahak lagi katanya positif dari itu di bulan juni itu ya iya pak"

- **Kurangnya Pemahaman tentang TBC**

Meskipun menyadari dirinya mengidap TBC, pasien pertama tidak sepenuhnya memahami penyebab atau cara penularan penyakit ini, yang menyebabkan kebingungan dan ketidakpastian mengenai proses pengobatan.

"Tau pak TBC saya paru-paru. Paru-paru lya pak saya taunya itu aja. Gak tau penyebabnya apa... Kurang paham saya. Saya orang awam pak ya. Gak tau darimana berasal penyakitnya"

- **Hambatan Geografis dan Masalah Transportasi**

Setelah sebulan pengobatan, pasien berhenti berobat akibat jarak ke rumah sakit yang memerlukan perjalanan satu setengah jam. Pasien tidak memiliki kendaraan dan harus bergantung pada teman untuk transportasi, sehingga sulit menemui tenaga kesehatan.

"Sempat berobat sebulan. Karena faktor kejauhan rumah sakit dari sini. Jauh pak. Terus angkutan kebun jarang ke kampung saya. Akhirnya ya dari jarak aja yang bikin males lah"

- **Ketakutan terhadap Efek Samping Obat**

Alasan lain yang menyebabkan penghentian pengobatan adalah ketakutan terhadap efek samping obat. Pasien mendengar dari orang lain yang telah menjalani pengobatan TBC bahwa obat tersebut dapat menyebabkan ketidaknyamanan, yang membuatnya enggan melanjutkan pengobatan.

"Orang bilang obatnya bikin terasa sangat panas... pilnya besar dan merah."

- **Faktor Ekonomi**

Pasien juga tidak memiliki asuransi kesehatan (BPJS), sehingga biaya pengobatan menjadi kekhawatiran.

"Ya tadi itulah pak saya tidak punya BPJS. Namanya kalo gak punya penghasilan tetap gimana ya pak ya susah itu"

- **Keengganan dan Stigma**

Pasien kedua menunda pengobatan karena cenderung menghindari dokter. Setelah menjalani tes, pasien masih menunggu hasil. Ketakutan terhadap stigma sosial juga menjadi faktor, karena ia enggan memberitahu keluarganya tentang diagnosis tersebut karena khawatir akan dikucilkan.

"...sesak sih karena faktor batuk itu ya kalau saya sih terbiasa namanya batuk asal batuk pasti sesak soalnya saya tipe orang yang males berobat, males ke dokter. Cuma karena lama ada sepupu juga dia kerja di klinik juga, di Klinik Bawari dia periksa aja takut lamaan khawatir malah ada penyakit yang berbahaya. Akhirnya saya beraniin tuh dokter periksa ke klinik itu ya dari klinik dibidang TBC"

“... makanya itu pun saya kenapa jaga rahasia saya sendiri saya gak mau cerita untuk keluarga pribadi keluarga terdekat itu, artinya yang dikucilkan pasti bukan hanya saya sendiri pasti keluarga juga..”

2. Perspektif Kader Kesehatan

Kader kesehatan memainkan peran penting dalam sistem kesehatan, terutama dalam upaya pengendalian TBC. Berikut merupakan simpulan alasan pasien belum memulai pengobatan TBC berdasarkan persepsi kader:

a. Faktor Psikologis (Penolakan)

Kader seringkali menjadi penghubung utama antara layanan kesehatan dan masyarakat, dengan tugas mengidentifikasi kasus terduga TBC, mendidik pasien, serta memastikan kepatuhan terhadap pengobatan. Salah satu tantangan utama yang mereka hadapi adalah menangani penolakan atau keraguan pasien terhadap diagnosis TBC. Banyak pasien, meskipun sudah menerima hasil tes positif, menolak mempercayai bahwa mereka mengidap TBC karena keyakinan pribadi atau kesalahpahaman tentang penyakit tersebut. Penolakan ini sering diperparah oleh efek samping obat, yang membuat pasien merasa lebih buruk sebelum terjadinya perbaikan kondisi. Dalam situasi seperti ini, kader kesehatan berperan penting dalam memberikan dukungan emosional dan terus mendorong pasien untuk menjalani tes lebih lanjut atau mempertimbangkan kembali keputusan mereka, sehingga mengurangi penolakan terhadap pengobatan.

“... Jadi ketemu karena dia konfirmasi. TCM berarti positif. Dan itu pemeriksaan dia langsung ke PKM, bukan lewat saya. ‘Saya habis makan pedas’, dia kemudian bilang gitu. Dan dia tidak terima dia positif TBC. Tidak terima. Karena saya minum obat, saya tambah sakit katanya. Saya, ‘ayo gimana? Rontgen ke rumah sakit Saya temenin’ Saya bilang, ya tunggu waktu aja soalnya saya masih sibuk dia kan guru. Tapi saya udah WA, ada waktunya saya temenin”.

“Ini warga kami, non-muslim. Tidak usah saya berobat-obat, kalau waktunya mati-mati, sudah. Kita sudah edukasi, kita ada sosialisasi sama programmer di lingkungan-lingkungan. Tapi tetap gitu. Kalau waktunya mati-mati, sudah. Pasrah dia. Belum berperang, sudah pasrah”

“Ada lagi pasien saya, yang sudah positif. Keluarganya kan kita IK. Saya tidak sakit, saya cuma keserut, tersedak. Makanya saya batuk darah. Sudah angkat 2 tahun, katanya. Untung dia tidak mati. Tp sudah sudah positif, Pak. Tapi keluarganya tidak mengakui dirinya itu kalau kena TBC. Saya datang sendiri, dokter dari Masakit Kota. ‘Kalau ada apa-apa, tetap saya telepon. 24 jam datang’. Tapi dia tidak mengakui kalau dirinya itu kena TBC. Orang cuma keserut, istilahnya. Bahasa orang sini kan, bahasa lomboknya itu sedak. Makanya saya itu kena batuk darah”

Dalam upaya meyakinkan pasien agar patuh menjalani pengobatan TBC, beberapa kader di Bogor menggunakan pendekatan yang tegas, termasuk memberikan ancaman terkait keanggotaan BPJS. Ancaman ini digunakan untuk mendorong pasien dan keluarganya agar serius mematuhi pengobatan TBC. Meskipun pendekatan ini terkesan menakut-nakuti, tujuannya adalah untuk mendorong kepatuhan pengobatan guna meningkatkan hasil kesehatan pasien. Kader juga membuat perjanjian, di mana pasien diminta berjanji untuk mengikuti pengobatan hingga selesai.

“Menakut-takuti dalam arti yang positif. Kemudian tadi, buat perjanjian. Supaya isinya berjanji mau berobat dan patuh. Kadang mau aja, kadang tidak patuh. Kalau saya kan ancam BPJS-nya dicabut. Satu keluarga saya ancam kalau BPJS-nya dicabut.”

b. Kesibukan Pasien

Selain penolakan, akses terhadap layanan kesehatan juga menjadi hambatan signifikan bagi pasien TBC. Banyak pasien yang bekerja dalam waktu yang lama atau memiliki jadwal yang tidak

memungkinkan mereka untuk mengunjungi fasyankes selama jam operasional, sehingga hal ini menunda atau mengganggu pengobatan mereka. Kader kesehatan berperan penting dalam menjembatani kesenjangan ini dengan membantu pengambilan obat atau menawarkan solusi alternatif agar pasien tetap dapat melanjutkan pengobatan TBC. Dengan memberikan bantuan dan dukungan logistik, kader kesehatan membantu mencegah terjadinya kesenjangan dalam pengobatan yang berpotensi menyebabkan resistensi obat atau penularan lebih lanjut. Fleksibilitas kader dalam bekerja di komunitas menjadikan mereka sumber daya yang sangat berharga bagi pasien yang menghadapi tantangan tersebut.

“... Dia jualan di Pasar, dia jalannya itu subuh terus pulangny sekitar jam 2. Nah, dia ini sudah 2 minggu positif kok enggak ada balik ke puskesmas mengambil obat. Nah, kemudian saya dihubungi sama programmer saya, kebetulan wilayah di lingkungan saya orangnya saya datengin ternyata orangnya memang bukan karena dia tidak mau minum obat tapi itu karena waktu dia pergi jualan itu subuh pulangny jam 2. Nah, saat kita edukasi dia terima dengan baik seperti itu terus dia bilang malah senang sekali kalau seandainya dia bisa soalnya sudah ke dokter mana pun enggak bisa sembuh ini batuknya dia bilang. Cuma itu karena kendala waktunya aja sih dia enggak bisa saya tawarkan diri dah nanti saya ambilkan”

c. Stigma Terkait TBC

Stigma terkait TBC juga menjadi tantangan besar yang harus dihadapi oleh kader kesehatan. Banyak pasien atau keluarga mereka takut terhadap pandangan masyarakat yang sering kali melihat TBC sebagai penyakit yang memalukan atau menular. Ketakutan ini menyebabkan penolakan terhadap diagnosis TBC, terutama pada orang tua yang sulit menerima bahwa anak mereka bisa mengidap TBC. Kader kesehatan berupaya mengurangi stigma ini dengan memberikan edukasi kepada pasien dan masyarakat tentang sifat penyakit, meluruskan mitos, dan menekankan bahwa TBC dapat disembuhkan. Dengan komunikasi yang efektif, kader bertujuan untuk membangun pemahaman dan penerimaan, sehingga pasien merasa aman untuk mencari pengobatan tanpa takut akan dikucilkan.

“Kalo pengalaman saya ya dok ada yang anaknya terkena TBC. Tapi orang tuanya ini tidak mau menganggap anaknya itu TBC. Dia bilang dia difitnah. Siapa yang fitnah anak saya/ Padahal saya belum ke sana, dok. Baru turun dari Inspirasi namanya. Tapi sudah saya dengar, kebetulan dari dekat rumah, kok ada yang fitnah anak saya TBC, dia bilang. Siapa yang bilang penyakit ini menular? Pokoknya dia ngomong gitu-gitu. Jadi gimana caranya saya untuk mendekati beliau? Sedangkan anaknya ini sudah berobat. Terus saya tanya keluarganya, apakah dia minum obat 6 bulan? Iya, dia bilang gitu. Tapi ibunya anak ini tidak mau mengakui anaknya TBC. Tapi pokoknya saya ngomel-ngomel sambil nyapu ‘siapa yang fitnah anak saya?’”

d. Perilaku Mencari Pengobatan

Keyakinan budaya juga menjadi tantangan dalam kepatuhan terhadap pengobatan TBC, terutama ketika pasien lebih memilih obat alternatif daripada obat TBC. Dalam beberapa kasus, pasien menolak pengobatan rumah sakit karena obat herbal, meyakini bahwa pengobatan tersebut lebih efektif atau sesuai dengan praktik budaya mereka. Kader kesehatan sering kali harus menavigasi sistem keyakinan yang kompleks ini, menghormati preferensi pasien sambil menekankan pentingnya menyelesaikan pengobatan TBC yang telah diberikan tenaga kesehatan. Kader memainkan peran dalam menyeimbangkan sensitivitas budaya dengan kebutuhan akan perawatan medis yang efektif, bekerja untuk membangun kepercayaan pasien sambil memastikan standar kesehatan masyarakat tetap terjaga.

"... Dari Bina Asri ada, saya dikasih nama, suruh turun suruh cek, ada enggak orang ini benar enggak di wilayah ini. Banyak yang ada sih Pak ketemu tapi saya juga tidak tau, karena saya udah juga nanya-nanya sama pasiennya tadi, 'Bapak udah minum obat belum Pak dari rumah sakit? Kenapa enggak minum obat?'. 'Saya enggak mau minum obat itu, saya mau minum obat herbal'. Itu jawabannya udah saya ini kan, saya gimana caranya supaya dia mau kembali lagi ke rumah sakit biar dia minum obat TBC juga memang dia enggak mau. Dia bilang enggak mau saya minum obat Herbal, karena kan kalau hasil dari rumah sakit itu kan kalau untuk ke Puskesmas Kampung Dalam itu ada harus rujukan dulu, dari dokternya atau dari spesialisnya bahwa untuk kembali ke Puskesmas Kampung Dalam"

e. Faktor Psikologis (Rasa Takut)

Pada akhirnya, kader kesehatan berperan sebagai advokat penting bagi pasien TBC, memberikan dukungan selama masa pengobatan. Mereka sangatlah berperan dalam memastikan kepatuhan pasien terhadap regimen pengobatan, mendidik tentang penyakit, dan membantu mengatasi berbagai hambatan yang dihadapi, mulai dari stigma hingga tantangan logistik. Keterlibatan mereka dalam masyarakat memungkinkan mereka menciptakan lingkungan yang mendukung dimana pasien dapat mengakses pengobatan tanpa rasa takut atau ragu. Dengan menangani aspek medis dan sosial dari TBC, kader kesehatan berkontribusi secara signifikan terhadap keberhasilan program pengendalian TBC, memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang mereka butuhkan sekaligus mengurangi penyebaran penyakit.

"Kebanyakan pasien yang didiagnosis dengan TBC tidak ingin menjalani pengobatan. Mereka takut. Mereka takut kehilangan pekerjaan, dan mereka takut dinilai oleh masyarakat. Seperti yang saya sebutkan sebelumnya, banyak yang masih percaya bahwa TBC adalah penyakit yang menjijikkan, seperti kutukan, atau sesuatu yang diturunkan secara turun-temurun. Pada kenyataannya, TBC bisa disembuhkan, terutama sekarang karena pengobatan lebih mudah. Dulu, TBC memang sulit untuk diobati."

"Rasa takut biasanya berasal dari kekhawatiran akan dibully, Pak. Jadi, mereka sering kali memperingatkan orang lain untuk menjaga kerahasiaan. Saya bahkan pernah menerima ancaman terkait hal ini. Jika komunitas saya tahu, mereka akan datang mengejar saya. Oh ya, tidak masalah, kami adalah petugas kesehatan masyarakat, kami diajarkan etika, jadi tidak mungkin kami sembarangan membagikan informasi. Saya bahkan memberikan alamat saya jika ada kecurigaan bahwa Anda tidak mau minum obat."

3. Perspektif Tenaga Kesehatan

a. Faktor Terkait Sistem Kesehatan

Faktor pendukung dan penghambat inisiasi pengobatan TBC SO dipengaruhi oleh berbagai aspek dalam sistem kesehatan, dimana baik pasien maupun tenaga kesehatan menghadapi berbagai dukungan dan tantangan. Salah satu faktor penting adalah aksesibilitas layanan kesehatan. Bagi banyak pasien, jarak geografis ke fasyankes, kurangnya transportasi yang terjangkau, serta jam operasional klinik yang tidak sesuai dengan jadwal kerja atau rutinitas harian pasien menjadi hambatan utama dalam inisiasi pengobatan.

"Mungkin hambatannya karena transportasi. Karena jauh kan. Dari perusahaan. Dari kota Merauke ke perusahaan tempat suami saya di dekat itu jauh.... Jalanannya 8 jam. Melalui jalan darat. Dan itu sangat-sangat jauh."

"Nah, di dekat ibu tinggal ada puskesmas nggak?"

"Ada. Itu bukan puskesmas. Itu cuma klinik. Nah, kalau kita mau ke puskesmas begitu harus kita tunggu lagi ada jam 2 jam."

(Pasien TBC sedang Menjalani Pengobatan, TPMD, Kota Manado)

"Apakah Puskesmas jauh dari rumah Anda?"

"Tidak, tidak jauh. Berapa biaya naik Gojek?"

"Sekitar 10 ribu rupiah untuk pulang pergi."

(Pasien TBC sedang Menjalani Pengobatan, Klinik Catur Warga, Kota Mataram)

Masalah ini juga diungkapkan dalam survei rujukan layanan TBC sebagai salah satu hambatan inisiasi pengobatan. Pasien sering mengungkapkan frustrasi atas jarak jauh yang harus mereka tempuh untuk mengakses layanan kesehatan. Dalam beberapa kasus, pasien tidak mengunjungi fasilitas rujukan yang ditetapkan karena jaraknya lebih jauh daripada Puskesmas tempat mereka pertama kali diperiksa, karena alasan geografis dan administratif.

- *"Seringkali pasien mengeluh karena jarak untuk mengakses pelayanan kesehatan jauh."*
- *"Pasien tidak datang ke layanan rujukan yang dituju, dikarenakan jarak yang lebih jauh di bandingkan dengan puskesmas penemuan terduga. Dengan alasan kondisi geografis dan wilayah administratif puskesmas."*

Bahkan ketika pasien berhasil mencapai fasilitas kesehatan, infrastruktur kesehatan tetap memainkan peran penting. Infrastruktur yang kurang memadai, seperti tidak tersedianya alat diagnostik penting seperti mesin TCM, kekurangan tenaga kesehatan yang terlatih, serta tingginya angka pergantian staf, dapat secara signifikan memperlambat proses diagnosis dan inisiasi pengobatan.

"Kebetulan kami kan rumah sakit baru, kadang kalau kita mau mulai pengobatan pengobatan itu terhambat seperti tadi yang misalnya kan, kita periksa TCM-nya kita sampelnya kirim ke Kandou. Jadi kita mau mulai pengobatan tapi pasiennya sudah pulang, hasil TCM-nya baru muncul di SITB. jadi belum sempat mulai pengobatan tapi hasilnya sudah positif pasiennya sudah tidak ada."

(Petugas TBC Rumah Sakit, Kota Manado)

"Tergantung hasil lab. Biasanya kalau saya pernah ada kasus itu 2 minggu hasilnya keluar dan hasilnya positif. Nah bayangkan hasilnya positif 2 minggu pasien sudah menularkan ke orang lain karena hasil labnya agak telat.."

(Petugas TBC Puskesmas, Kota Manado)

Selain itu, kualitas pelayanan yang dirasakan atau dialami pasien sangat memengaruhi kemauan mereka untuk memulai pengobatan. Waktu tunggu yang lama untuk mendapatkan hasil diagnosis, sikap negatif dari tenaga kesehatan, serta ketersediaan obat atau layanan pendukung yang tidak konsisten sering kali menjadi penghalang bagi pasien untuk memulai dan melanjutkan pengobatan. Sebaliknya, lingkungan pelayanan kesehatan yang terorganisir dengan baik, efisien, dan penuh empati dapat mendorong pasien untuk segera memulai pengobatan.

"Terus berobat selama 6 bulan. Ternyata baru beberapa hari juga malah jadi sakit, bukannya sembuh. Enggak bisa bangun, pusing. Pokoknya enggak bisa bangun. Saya bilang, malah enggak direspon sih. Kalau saya udah bilang kalau minum obat itu malah sakit. Katanya saya salah minum obatnya"

(Pasien TBC sedang Menjalani Pengobatan, Klinik Melania Bruderan, Kota Bogor)

"Ya mudah banget. Jadi tadi itu mbak Atifah Selalu menghubungi saya lewat WA. Mengingatkan, Kalau misalnya waktu ambil obatnya tanggal sekian. Kalau saya tanya juga selalu di respon cepat gitu... Terus pernah juga Saya sekali itu lupa minum obat. Abis itu saya Pertama datang kesini, kebetulan mbak Atifah Waktu itu lagi off. Akhirnya saya di hubungin sama mbak Atifah. Sama mbak Atifah dikonsulkan ke dokter. Katanya diteruskan aja... Kalau kemudahan itu di sini ya, Saya pasien TBC Saya gak melalui antrian yang panjang."

(Pasien TBC sedang Menjalani Pengobatan, Klinik Pelita Sehat, Kota Bogor)

Keterbatasan ketersediaan obat TBC yang sesuai untuk anak-anak serta obat TBC alternatif bagi pasien yang mengalami efek samping dari obat standar menjadi hambatan signifikan dalam memulai pengobatan TBC. Ketika obat-obatan ini sulit diperoleh, inisiasi pengobatan sering tertunda, yang dapat memperburuk kondisi pasien dan meningkatkan risiko penularan TBC kepada orang lain. Kendala ini memperlambat upaya untuk mencapai pengobatan yang optimal, karena pasien tidak menerima terapi yang tepat dan aman, sehingga mengurangi efektivitas program penanggulangan TBC secara menyeluruh.

"...obat lepasan itu kan jatahnya hanya seminggu. Jadi kita nggak bisa ngasih lebih. Pernah kita coba-coba ngasih 10 hari, cuman tetap aja 7 hari dikasih yang obat lepasannya. Sampai BPJS kan memang udah aturan. Udah aturan BPJS, kita nggak bisa nambahin obat lagi. Nah, itu pasiennya rumahnya jauh-jauh. Nah, apalagi sekarang ini menggunakan finger sidik jari."

(Petugas TBC RS, Kota Mataram)

"Ini yang pasien anak. Kalau pasien anak kan obatnya baru bisa diminta permintaan kalau sudah ada pasiennya. Bergantung. Kalau stok obatnya ada berarti bisa langsung diambil keesokan harinya setelah terdiagnosa. Tapi kalau misalnya masih mau ambil lagi di provinsi atau memang stok obat kosong, bisa berbulan-bulan. Pengalaman paling lama itu kalau tidak salah 1-2 bulan berbulan-bulan."

(Petugas TBC Puskesmas, Kota Manado)

Sistem rujukan yang tidak efisien turut mempersulit proses pengobatan. Kurangnya komunikasi dan koordinasi yang baik antara berbagai tingkatan layanan kesehatan, seperti antara sistem kesehatan kabupaten, kota, dan provinsi, sering kali menyebabkan penundaan dalam mendapatkan diagnosis dan

perawatan yang tepat. Meningkatkan aspek ini dalam sistem kesehatan dapat meningkatkan kemungkinan pasien TBC SO untuk memulai dan menyelesaikan pengobatan.

Pernyataan dari Wasor TBC Kota Manado mengungkapkan bahwa masalah utama dalam rujukan pengobatan TBC adalah kurangnya koordinasi antara fasilitas kesehatan yang merujuk dan yang menerima pasien, terutama ketika rujukan dilakukan antar kabupaten atau kota. Idealnya, rumah sakit seharusnya dapat melayani pasien TBC secara langsung. Namun, masalah muncul ketika pasien harus dirujuk ke fasilitas lain, dan proses tindak lanjut (*follow-up*) sering kali terabaikan. Hal ini menyebabkan kesulitan dalam memastikan kelanjutan perawatan pasien, terutama ketika jarak geografis antar daerah menjadi penghalang. Minimnya koordinasi antara fasilitas kesehatan tersebut memperburuk situasi, dan mengakibatkan banyak kasus yang tidak terpantau dengan baik, yang pada akhirnya dapat menghambat keberhasilan pengobatan TBC secara menyeluruh.

“Nah kemudian yang tadi, kalau misalnya yang dari rumah sakit. harusnya rumah sakit sudah bisa melayani. Yang jadi masalah yang ketika mereka rujuk, itu yang kadang tidak ter-follow up itu, apalagi sudah antar kabupaten kota, kemungkinan besar itu yang memang susah di-follow up. Memang koordinasi kurang antara faskes yang mau merujuk sama yang menerima. Karena di sini paling banyak itu.”

(Wasor TBC, Kota Manado)

Dari survei rujukan layanan TBC, kualitas pelayanan juga terbukti menjadi hambatan dalam inisiasi pengobatan. Pasien yang dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKRTL) sering kali tidak menerima pemantauan yang intensif, yang dapat meningkatkan risiko penghentian pengobatan. Selain itu, terdapat kendala dalam pengambilan sampel dahak dari terduga TBC karena kesulitan menghasilkan dahak, yang pada akhirnya mempersulit proses diagnosis. Tenaga kesehatan harus mampu memberikan panduan yang tepat serta membantu pasien dalam menghasilkan dahak untuk meningkatkan hasil diagnosis dan memastikan pengobatan yang tepat.

- *“Terkadang pasien yang dirujuk ke FKRTL kurang mendapatkan pemantauan secara intensif sehingga memperbesar peluang terjadinya Lost-To- Follow Up.”*
- *“Terkendala dengan pengambilan sputum terduga TBC yang terkadang tidak bisa dengan mudah mengeluarkan sputum dahak”*

Salah satu hambatan terbesar yang diidentifikasi dalam asesmen ini adalah aksesibilitas layanan kesehatan. Hambatan geografis, seperti jarak perjalanan yang jauh dan transportasi yang tidak memadai, muncul sebagai hambatan kritis bagi pasien yang ingin memulai pengobatan TBC secara tepat waktu. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa tantangan logistik, terutama di daerah terpencil, sangat membatasi akses ke layanan kesehatan. Misalnya, pasien dari Merauke memerlukan perjalanan selama 8 jam ke fasilitas kesehatan terdekat, membuat kunjungan rutin menjadi tantangan. Infrastruktur kesehatan juga berperan penting, dengan penundaan diagnosis sering kali disebabkan oleh kurangnya alat diagnostik penting seperti mesin TCM dan klinik yang kekurangan staf. Kekurangan dalam sistem kesehatan ini semakin memperburuk penundaan, terutama di rumah sakit pedesaan atau yang baru berdiri, di mana pasien mungkin dipulangkan sebelum hasil diagnostik tersedia. Sebaliknya, lingkungan pelayanan kesehatan yang terorganisir dengan baik dapat mendorong kepatuhan terhadap pengobatan. Asesmen ini menyoroti bahwa peningkatan alat diagnostik dan komunikasi antar fasilitas kesehatan dapat mengurangi penundaan diagnostik dan mendukung inisiasi pengobatan yang lebih cepat.

b. Faktor Terkait Pasien

Faktor yang berkaitan dengan pasien memiliki peran penting dalam menentukan apakah pasien mencari pengobatan tepat waktu. Salah satu tantangan utama yang dihadapi adalah kurangnya pengetahuan dan kesadaran tentang TBC. Banyak pasien tidak sepenuhnya memahami gejala TBC, tingkat keparahan penyakit, serta pentingnya pengobatan dini, yang sering mengakibatkan keterlambatan dalam mencari pengobatan.

“Pertama kan rasanya tuh nggak mungkin ya Pak. Di rumah kan tidak ada yang menyeritakan. Tapi setelah dokter menjelaskan dengan hasil laboratorium, dengan hasil ronsen, dan dengan hasil mantoux, kami jadi yakin dan tidak ragu-ragu dengan diagnosa dokter. Untuk menjalani pengobatan pun rasanya tuh tenang. Nggak pikir takutnya diagnosanya salah. Karena minum obat TBC kan bukan gampang selama 6 bulan. Terus anak kan masih umur 2 tahun, banyak dramanya lah Pak. Kalau masih obat baru-baru, belum lagi dengan keluhan mualnya, yang tidak mau makan. Jadi begitu rumah sakit tuh bisa menyakinkan kami bahwa memang harus diobati dan memang ini obatnya.”

(Pasien TBC Anak sedang Menjalani Pengobatan, RS Santo Antonius, Kota Pontianak)

Selain itu, beberapa pasien memberikan alamat yang tidak sesuai dengan KTP, sehingga menyulitkan kader atau petugas kesehatan dalam melacak mereka. Faktor psikologis, seperti ketakutan terhadap diagnosis atau penyangkalan penyakit, dapat menunda inisiasi pengobatan. Banyak pasien menunda memulai pengobatan karena mereka mencari opini kedua, mengunjungi banyak dokter, atau “shopping” fasilitas kesehatan untuk mengonfirmasi diagnosis. Keraguan ini tidak hanya memperpanjang proses pengobatan, tetapi juga dapat diperburuk oleh kondisi kesehatan mental seperti depresi atau kecemasan, yang semakin mengurangi kemauan pasien untuk menjalani atau mematuhi pengobatan.

“Saya pesan sama PJ nya, ‘bu atau bapak tolong yang ada kader baru yang bukan dari saya atau dari rumah sakit pasien tadi, tolong telepon saya saya tetap hadir saya dampingi dari awal dia datang ke Puskesmas’. Jadi saya tanya benar-benar sekarang rumahnya itu tempat tinggal sama dengan alamat KK atau bukan, seperti itu. Terus saya dampingi karena memang harus tahu rumahnya dimana kalau tidak gitu pak, saya cari sama bapak alamat palsu pak, mau cari kemana itulah kendalanya iya, banyak sih, masih sih masih kemarin kami acuan dari yang dari Bina Asri itu alamatnya lengkap tapi tidak ada tidak ada orang dari situ.”

(Kader kesehatan, Kota Pontianak)

"Biasanya yang kalangan menengah keatas. ‘Saya bukan TBC’, denial. Gak mungkin saya kena TBC karena keluarga saya, Intinya TBC kan penyakit gitu. Jadi akhirnya mereka denial, Mereka gak mau lagi, yaudah Itu saya udah bingung."

(dokter, Rumah Sakit Kandou, Kota Manado)

“...Ada satu pasien yang denial. Awalnya kita ingin Mewawancarai pasien ini. Kayaknya ga balik lagi ke sini deh, Abis denial itu. Dia kayaknya shopping kemana-mana. Ke sini, ke sini. Kayaknya ga balik lagi ke sini.”

(Spesialis anak, RS Santo Antonius Pontianak)

Selain itu, persepsi pasien tentang TBC sering kali dipengaruhi oleh stigma dan kesalahpahaman. Di banyak komunitas, TBC dianggap sebagai penyakit keturunan, kutukan, atau penyakit orang miskin, yang menyebabkan rasa malu dan isolasi, serta menghalangi individu untuk mencari pengobatan.

"Stigma terkait TBC itu masih buruk bagi masyarakat. Semua lapisan, baik yang ekonomi rendah, menengah, dan tinggi. Mereka itu menganggap TBC kalau kita berinteraksi menular. Bisa menular lah. Banyak juga berkaitan dengan pekerjaan, dia dilarang bekerja. Kita pernah mendapat pasien, dia bukan guru, dia petugas lah salah satu sekolah elit dekat sini. Yang TK-nya itu berbahasa Inggris. Itu mereka sangat ketakutan dari pihak sekolah, sampai minta penjelasan tertulis dari dokter, dari saya, sehingga saya harus membuat penjelasan tertulis dalam bahasa Inggris gitu, mengenai penyakit petugas ini. Termasuk juga pasien yang ekonominya menengah ke atas. Mereka pun memiliki stigma yang buruk tentang TBC. Mereka enggan dikunjungi pihak puskesmas karena khawatir ketahuan misalkan tetangga depan rumah, sebelah rumah. Jadi stigma-nya itu masih buruk. Padahal TBC ini penyakit yang bisa sembuh dan sangat multifaktorial. Bukan berarti orang yang kena TBC itu murni jorok lah, atau tidak menjaga kebersihan, asupannya. Sangat multifaktorial."

(dokter, Puskesmas Sempur, Kota Bogor)

Dalam beberapa kasus, status sosial dan pengaruh pasien dalam sistem menciptakan hambatan terhadap perawatan TBC yang tepat waktu dan efektif. Individu dengan status sosial atau profesional yang lebih tinggi seringkali memiliki pengaruh besar terhadap proses layanan kesehatan, dan preferensi mereka dapat menekan tenaga kesehatan untuk menyimpang dari protokol standar.

"Kalau dari klinik kita karena anggota tadi ya, itu pangkat. Ada kasus pasien itu kambuh jadi dia membandingkan dengan pengobatan yang lalu, dia di rumah sakit. Jadi setiap kita ada tes dahak ulang, susah karena itu tadi. Kalau kita mau berdebat juga sulit karena pangkat. Kita ga enak juga ke orang puskesmas, soalnya bapak itu marah-marah ke puskesmas."

(Petugas TBC Klinik, Kota Bogor)

Pengenalan gejala adalah faktor penting lainnya. Banyak pasien tidak mengenali gejala awal TBC atau mengabaikannya sebagai hal sepele, percaya bahwa mereka sehat dan merasa "baik-baik saja," sehingga menunda diagnosis. Wawancara dengan dokter spesialis paru, FGD dengan TPMD, dan analisis survei data SITB mengungkapkan bahwa pengenalan gejala adalah penentu utama inisiasi pengobatan.

"Awalnya kalau masih Belum terlalu parah mereka anggap hanya batuk-batuk biasa aja sih. Anggap enteng. Enggak terlalu peduli. Mereka akan takut bila udah batuk darah. Begitu batuk darah langsung cepat-cepat cari pertolongan medis. Kalau sebelum batuk darah Dibiarin aja biasanya. Dianggap itu mungkin cuman karena ini itu. Walaupun batuknya udah berlangsung lebih dari 1 bulan. Sudah ada dahaknya, Sudah ada sesaknya. Itu tidak terlalu dianggap. Karena kan biasanya orang sini merokok juga, jadi dianggap sama seperti akibat merokok."

(dokter, Klinik Prima Medikom, Kota Bogor)

Selain itu, perilaku mencari pengobatan dapat memengaruhi interaksi pasien dengan sistem kesehatan. Pengalaman negatif dengan tenaga kesehatan atau preferensi terhadap pengobatan tradisional dapat menyebabkan beberapa pasien menunda atau bahkan menghindari pengobatan medis modern. Komorbiditas seperti HIV, diabetes, atau penyakit kronis lainnya juga dapat memperumit kondisi klinis pasien, membuat mereka lebih sulit memprioritaskan atau mengelola pengobatan TBC bersamaan dengan masalah kesehatan lainnya. Mengatasi faktor-faktor ini sangat penting untuk memastikan diagnosis dini dan kepatuhan terhadap pengobatan TBC.

"Ternyata baru beberapa hari juga malah jadi sakit, bukannya sembuh. Enggak bisa bangun, pusing. Pokoknya enggak bisa bangun... Ya, jadi saya berobat. Saya jadi, saya juga enggak bilang saya jadi di-off itu obatnya... Saya takut kan ini minum obatnya, jadi saya melakukan minum obat herbal."

(Pasien TBC sedang Menjalani Pengobatan, Klinik Melania Bruderan, Kota Bogor)

Informasi dari kader kesehatan menunjukkan bahwa mereka sering mengantarkan obat kepada pasien yang tidak memiliki waktu untuk mengambilnya. Di Kota Mataram, sejak awal pengobatan, pasien telah menerima layanan pengantaran obat oleh kader karena kesibukan bekerja di pasar.

“Dia jualan di Pasar, dia jalannya itu subuh terus pulanginya sekitar jam 2. Nah, dia ini sudah 2 minggu positif kok enggak ada balik ke puskesmas mengambil obat. Nah, kemudian saya dihubungi sama programmer saya, kebetulan wilayah di lingkungan saya orangnya saya datengin ternyata orangnya memang bukan karena dia tidak mau minum obat tapi itu karena waktu dia pergi jualaninya itu subuh pulanginya jam 2. Nah, saat kita edukasi dia terima dengan baik seperti itu terus dia bilang malah senang sekali kalau seandainya dia bisa soalnya sudah ke dokter mana pun enggak bisa sembuh ini batuknya dia bilang. Cuma itu karena kendala waktunya aja sih dia enggak bisa saya tawarkan diri dah nanti saya ambilkan.”

(Kader Kesehatan, Kota Mataram)

Hambatan terkait pasien lainnya yang diidentifikasi melalui survei rujukan layanan TBC termasuk: pasien tidak mengunjungi atau menunda kunjungan ke fasilitas kesehatan rujukan untuk memulai pengobatan; pasien yang dirujuk secara horizontal tidak pergi ke fasilitas rujukan; pasien datang ke fasilitas rujukan tanpa mengonfirmasi dengan penyedia layanan kesehatan asal; pasien menolak pengobatan di Puskesmas karena lebih percaya pada dokter spesialis.

- *“Pasien tidak segera menuju FKTP/FKRTL, sehingga terjadi delay pengobatan.”*
- *“Pasien yang dirujuk secara horizontal tidak datang ke tempat faskes yang dirujuk sehingga pengobatan tidak bisa segera dimulai.”*
- *“Pasien pindah faskes tanpa konfirmasi kepada petugas RS kemudian datang ke faskes 2 yang belum memiliki akun SITB sehingga terjadi peningkatan jumlah LTFU di RS.”*
- *“Shopping treatment yang dilakukan oleh pasien yang diakibatkan oleh ketidakpuasan pasien atas diagnosisnya.”*
- *“Pasien tidak datang ke fasyankes tujuan dan atau malah datang ke fasyankes lain”*
- *“Banyak pasien yang tidak mau dirujuk horizontal karena pasien lebih percaya ke dokter spesialis”*

Berdasarkan kunjungan lapangan, diketahui bahwa petugas kesehatan telah mengambil langkah-langkah tegas dalam menangani pasien yang menolak pengobatan, terutama dengan mengaitkan keputusan mereka dengan akses terhadap bantuan sosial dari pemerintah. Petugas kesehatan menekankan bahwa penolakan pengobatan dapat dianggap sebagai bentuk ketidakdukung terhadap program pemerintah. Pendekatan ini memberikan tekanan kepada pasien, membuat mereka sadar bahwa menolak berpartisipasi dalam program pengobatan dapat mempengaruhi kelayakan mereka untuk menerima manfaat sosial dari pemerintah.

“Pasien menolak pengobatan. Jadi sebelum buat surat pernyataan, jika pasien ada bantuan-bantuan sosial dari pemerintah. Kalau bisa menolak pengobatan berarti tidak mendukung program pemerintah. gitu, jadi ada sedikit tekanan untuk program pemerintah”

(TO TBC, Kota Manado)

Banyak pasien tidak menyadari gejala TBC, tingkat keparahan penyakit, atau pentingnya pengobatan yang tepat waktu. Ketidaktahuan ini seringkali menyebabkan keterlambatan dalam mencari pengobatan, seperti yang dibuktikan oleh banyaknya pasien yang baru mencari pengobatan setelah mengalami gejala parah seperti batuk darah. Selain itu, faktor psikologis, termasuk penyangkalan, ketakutan terhadap diagnosis, dan stigma terkait TBC, semakin menghambat perilaku mencari perawatan tepat waktu. Stigma terkait TBC sangat menonjol, di mana TBC sering dianggap sebagai penyakit terkait kemiskinan, takhayul, atau rasa malu. Stigma ini membuat pasien enggan mencari

pengobatan karena takut dikucilkan oleh komunitas. Oleh karena itu, upaya untuk mendidik masyarakat dan mengurangi stigma sangat penting untuk mendorong diagnosis dini dan kepatuhan terhadap pengobatan. Tenaga kesehatan harus mengatasi hambatan ini dengan menciptakan lingkungan yang mendukung.

c. Faktor Sosial Budaya

Faktor sosial dan budaya sangat mempengaruhi inisiasi dan kepatuhan terhadap pengobatan TBC. Stigma sosial dan diskriminasi adalah masalah yang sering terjadi, terutama di komunitas di mana TBC dikaitkan dengan kemiskinan, HIV, atau persepsi negatif lainnya. Stigma ini sering kali menyebabkan pasien menunda mencari pengobatan karena takut dihakimi atau dikucilkan. Akibatnya, banyak pasien TBC menghindari pengobatan tepat waktu, yang menyebabkan kondisi kesehatan mereka memburuk dan meningkatkan penularan penyakit.

"Penyakit TBC ini di Manado dibilang penyakit guna-guna. kutukan. Macam penyakit kusta. Mereka merasa terisolasi. Kita edukasi. Penyakit ini berbahaya, tapi kalau torang mau berobat, torang bisa sembuh. Banyak orang mengira ini guna-guna."

(Kader Kesehatan, Kota Manado)

"Merasa malu saja dengan masyarakat. Jadi dia itu tidak mau diketahui banyak. Minimal tetangganya. Kadang ketemu kader baru ketemu saja. Dia sudah lari-lari. Padahal kita mau edukasi ngingetin minum obat, sudah lari saja. Minder kali ya"

"Kalau pengalaman saya, kita datang kunjungan rumah itu malah pintunya ditutupin semua. Jadi merasa TBC itu kayak aib ya. 'Itu saya jadi dikucilkan sama tetangga, kader datang nanya-nanya'. Jadi merasa minder"

"Kalau saya juga sama. Jadi kalau bu Eha sudah turun, 'pasti ada pasien TBC nih disini'. Padahal saya mau kunjungan, mau lihat wilayah saja. Jadi mereka enggak mau 'nanti saja bu'."

(Petugas TBC Puskesmas, Kota Bogor)

Ini juga didukung oleh survei rujukan layanan TBC, di mana pasien beralih fasyankes untuk menghindari kembali ke fasyankes lokal mereka, karena khawatir akan stigma. Selain itu, beberapa pasien enggan memulai pengobatan karena takut dikeluarkan dari tempat kerja atau dijauhi oleh masyarakat sekitar.

- *"Pasien pindah faskes biar tidak kembali ke faskes wilayah alasan stigma."*
- *"Pasien tidak mau melakukan pengobatan karena takut tidak diperbolehkan kerja atau dijauhi oleh masyarakat."*

Dukungan keluarga dan komunitas juga memainkan peran penting dalam inisiasi pengobatan. Ketika pasien menerima dorongan dari keluarga atau komunitas, mereka lebih cenderung mematuhi regimen pengobatan. Sebaliknya, kurangnya dukungan dapat membuat pasien kehilangan motivasi, yang berujung pada ketidakpatuhan atau bahkan penghentian pengobatan.

"Biasanya sih, saya lebih kaitkan ke keluarga. Saya tanya, bapak punya anak, punya cucu gitu, kalau misalnya tinggal sama anak sama cucu. Kalau seandainya punya cucu, punya anak, saya lebih gampang edukasinya. Saya selalu bilang, ini penyakit menular, penularannya sangat cepat. Jadi lebih baik bapak minum obat biar tidak menularkan anggota keluarga yang lain. Dan yang penting anak cucunya yang tinggal sama bapak, minta tolong dibawa juga ke dokter spesialis anak."

(dokter, RS PMI, Kota Bogor)

Survei rujukan layanan TBC juga mengungkapkan bahwa keluarga terkadang dapat menjadi penghambat. Dalam beberapa kasus, anggota keluarga menentang keputusan pasien untuk menjalani

pengobatan, yang dapat menghalangi pasien dalam melanjutkan perawatan. Kurangnya dukungan ini dapat menyebabkan penundaan atau penolakan terhadap pengobatan TBC yang diperlukan, sehingga memperumit upaya untuk mengelola kesehatan pasien dan mencapai hasil pengobatan yang optimal.

- *"Selain itu ada keluarga yang tidak setuju apabila pasien berobat."*

Keyakinan budaya juga memengaruhi cara pasien memandang dan merespon TBC. Di beberapa budaya, ketergantungan pada pengobatan tradisional atau herbal masih terjadi, yang dapat menunda diagnosis dan pengobatan dari tenaga kesehatan. Keyakinan ini terkadang membuat pasien tidak mempercayai pengobatan modern atau mencari pengobatan alternatif terlebih dahulu, yang semakin memperumit manajemen TBC. Memahami dan menangani faktor sosial dan budaya ini sangat penting untuk meningkatkan hasil pengobatan TBC dan mengurangi penyebaran penyakit.

"Sekitar empat lima bulan Baru ke puskes. Karena pandang enteng. Dianggap batuk seperti biasa saja gitu."

"Oh dianggap batuk biasa gitu. Kemudian selama batuk Empat sampai lima bulan sebelum ke puskesmas, Sempat enggak Berobat sendiri? Beli obat sendiri atau ke dokter?"

"Minum Ramuan Di kampung. Seperti temulawak, Jahe, Gula merah."

(Pasien TBC sedang Menjalani Pengobatan, RS Kandou, Kota Manado)

Asesmen ini menemukan bahwa dukungan dari keluarga dan komunitas sangat memengaruhi inisiasi dan kepatuhan terhadap pengobatan. Pasien yang menerima dorongan dari anggota keluarga lebih mungkin menyelesaikan pengobatan, sedangkan mereka yang tidak mendapat dukungan seringkali mengalami kesulitan dalam mematuhi pengobatan. Keyakinan budaya terkait TBC, termasuk preferensi untuk pengobatan tradisional, juga menunda diagnosis dan pengobatan. Dalam beberapa kasus, pasien mengandalkan pengobatan herbal untuk waktu yang lama sebelum mencari perawatan medis formal, yang semakin memperburuk kondisi mereka.

d. Faktor Ekonomi

Faktor ekonomi berperan penting dalam menentukan apakah seseorang menginisiasi dan mematuhi pengobatan TBC. Meskipun biaya pengobatan TBC sering kali gratis atau disubsidi di banyak fasyankes, biaya tidak langsung seperti transportasi, hilangnya waktu kerja, dan pengeluaran lainnya dapat menjadi hambatan yang signifikan. Bagi individu yang tinggal di daerah pedesaan atau terpencil, biaya transportasi saja bisa menjadi penghalang untuk secara rutin mengunjungi fasyankes guna mendapatkan diagnosis atau pengobatan. Status sosial ekonomi turut memperburuk situasi ini; mereka yang berasal dari latar belakang ekonomi rendah seringkali memiliki akses terbatas ke layanan kesehatan, tidak memiliki asuransi, dan mungkin lebih memprioritaskan kebutuhan finansial mendesak daripada perawatan kesehatan jangka panjang.

"Kalau di rumah sakit kami ya dok kebetulan si pasiennya menengah kebawah gitu dok, dia beralasan untuk berobatnya aja untuk ongkosnya aja tidak ada, jarak yang jauh, kita bingung sih dok kalau udah ngomongin finansial gitu."

(Petugas TBC RS, Kota Bogor)

"Nggak kali ya (dikenakan biaya untuk pengobatan), orang nggak punya duit juga, gimana mintanya juga. Kadang-kadang gini, ini dalam masalah BPJS ya, BPJS itu kan kalau orang kerja punya BPJS. Tapi kalau dia kan kebanyakan yang udah PHK ya, sekarang nggak kerja. Jadi dia kan, kalau misalnya berobat biasa sih, kadang saya minta juga untuk harga obatnya. Tapi untuk pasien ini saya nggak minta, karena saya tahu lah ya, keluarganya gitu, yaudah kan biar lah obatnya ada ini, jadi dia datang, ambil obat aja, sama konseling, konsultasi, atau apa gitu."

(TPMD, Kota Bogor)

Hasil wawancara juga mengungkap adanya biaya tambahan yang harus ditanggung oleh pasien selama proses pengobatan, termasuk biaya untuk pembuatan kartu kesehatan, seperti kartu pasien dan lainnya. Selain itu, pasien juga sering kali harus menanggung biaya transportasi ke fasilitas kesehatan, pembelian suplemen atau obat yang tidak ditanggung oleh program pemerintah, serta pengeluaran terkait hilangnya produktivitas selama masa perawatan. Biaya-biaya ini semakin memperberat beban ekonomi, terutama bagi pasien dari kalangan ekonomi rendah, yang pada akhirnya dapat memengaruhi kelangsungan pengobatan dan proses kesembuhan mereka.

“Di salah satu rumah sakit, ada dikenakan biaya kartu pasien. dari pengalaman teman di sana”

(Wasor TBC, Kota Mataram)

Hambatan ekonomi dalam proses pengobatan TBC juga teridentifikasi dalam survei rujukan layanan TBC, di mana pasien sering dikenakan biaya tambahan yang tidak diinformasikan sebelumnya, sehingga menimbulkan keluhan. Selain itu, pasien yang KTP-nya terdaftar di luar domisili fasilitas kesehatan harus membayar biaya pendaftaran (retribusi), yang semakin menambah beban finansial. Oleh karena itu, komunikasi yang jelas dan konsisten kepada semua fasilitas kesehatan mengenai ketersediaan pengobatan TBC gratis di bawah program nasional sangat penting. Pasien harus diberitahu bahwa layanan TBC tidak boleh menimbulkan biaya tambahan.

- *“Pasien rujukan horizontal masih tetap dikenakan biaya admin dan seringkali pasien tidak diinfokan hal tersebut sehingga terjadi komplain dari pasien.”*
- *“Jika KTP pasien diluar Kota Yogyakarta, Pasien dikenakan biaya retribusi untuk pendaftaran”*

Stabilitas pekerjaan dan keuangan juga menjadi perhatian utama, karena pengobatan TBC mengharuskan pasien berkomitmen pada regimen jangka panjang, yang sering kali berlangsung selama enam bulan atau lebih. Ketakutan kehilangan pekerjaan, pendapatan, atau bahkan kemampuan untuk mendukung keluarga selama pengobatan dapat membuat beberapa orang ragu untuk menginisiasi atau menyelesaikan pengobatan. Tanpa dukungan keuangan yang memadai atau kebijakan akomodatif dari pemberi kerja, banyak pasien dihadapkan pada pilihan sulit yang dapat berdampak negatif pada hasil kesehatan mereka. Mengatasi hambatan ekonomi ini sangat penting untuk meningkatkan tingkat inisiasi dan penyelesaian pengobatan TBC.

e. Kebijakan dan Program Kesehatan Masyarakat

Kebijakan dan program kesehatan masyarakat sangat penting untuk memastikan keberhasilan pengelolaan TBC di tingkat populasi. Dukungan programatik menjadi faktor krusial, karena program kesehatan masyarakat yang komprehensif sering kali mencakup inisiatif penjangkauan masyarakat, edukasi pasien, serta berbagai layanan dukungan yang membantu mengakses sistem kesehatan. Program-program ini dirancang untuk meningkatkan kesadaran tentang TBC, mengurangi stigma, dan memastikan bahwa pasien mendapatkan akses ke perawatan yang diperlukan, termasuk bimbingan untuk menjaga kepatuhan terhadap pengobatan.

"Dari perspektif kebijakan, kami sudah mengeluarkan surat edaran untuk mengingatkan rekan-rekan kami di kabupaten dan kota agar mendorong fasilitas kesehatan untuk menetapkan SOP terkait penanganan deteksi kasus hingga inisiasi pengobatan."

(Wasor TBC, Provinsi Kalimantan Barat)

Kebijakan yang mendukung, seperti kebijakan yang melawan stigma, menawarkan insentif bagi pasien, dan mengintegrasikan layanan TBC dengan program kesehatan lain, seperti perawatan HIV, dapat meningkatkan keterlibatan pasien dan meningkatkan hasil pengobatan. Program yang memberikan insentif finansial atau gizi bagi pasien yang menyelesaikan pengobatan TBC juga dapat memotivasi mereka untuk mematuhi seluruh regimen pengobatan.

Beberapa pemeriksaan penting yang dibutuhkan dalam manajemen TBC, seperti tes laboratorium khusus atau pemeriksaan penunjang lainnya, tidak sepenuhnya ditanggung oleh Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Hal ini menambah beban finansial yang harus ditanggung pasien, terutama bagi mereka yang berasal dari keluarga dengan keterbatasan ekonomi. Akibatnya, pasien seringkali harus menunda atau bahkan mengabaikan pemeriksaan tersebut karena tidak mampu menanggung biayanya. Kondisi ini berpotensi menghambat pengelolaan TBC secara optimal dan mempengaruhi keberhasilan pengobatan, serta meningkatkan risiko komplikasi atau penularan lebih lanjut.

"Kalau ada rujukan dari dokter & ada indikasi medis bisa ditanggung BPJS. Namun bila untuk skrining keluarga pasien, tidak bisa ditanggung BPJS"

(Wasor TBC, Kabupaten Pringsewu)

Pernyataan tersebut juga tergambar pada survei layanan TBC dimana peserta JKN yang didiagnosis TBC terkadang dikenakan biaya tambahan sebagai pasien umum ketika dirujuk untuk melanjutkan pengobatan.

- *"Pasien BPJS nya di klinik swasta, ketika di diagnosa TBC, pasien tersebut akan di rujuk untuk pengobatan di puskesmas, pasien tersebut akan dikenakan tarif umum di puskesmas."*
- *"Pasien TBC perlu mengeluarkan biaya mandiri jika menolak rujuk balik."*

Selain itu, Puskesmas sering pasien TBC yang merupakan peserta JKN untuk memindahkan keanggotaan layanan primer mereka dari klinik swasta ke Puskesmas agar mempermudah rujukan ke FKTL. Namun, banyak pasien yang enggan memindahkan keanggotaan mereka, yang menyebabkan kebingungan selama rujukan vertikal.

"Saya sudah merasa nyaman dengan layanan yang saya terima saat ini. Pelayanan disini sangat baik, dan saya merasa sudah terbiasa dengan dokter dan perawat di sini. begitu pak,, ditambah dokter dan perawatnya sudah mengenal kondisi saya, dan saya percaya gitu pak, perawatan yang terbaik untuk saya."

(Pasien TBC sedang Menjalani Pengobatan, Kota Serang)

Hal tersebut juga teridentifikasi dalam survei rujukan layanan TBC, di mana salah satu kendala yang sering dihadapi adalah permintaan dari pihak Puskesmas agar pasien TBC memindahkan keanggotaan BPJS mereka dari klinik asal ke Puskesmas.

- *"Ketika rujukan vertikal dilakukan oleh faskes yang bukan merupakan kepesertaan BPJS pasien, menyebabkan alur yang bolak-balik sehingga membingungkan pasien"*
- *"Puskesmas meminta FKTP kepesertaan BPJS pasien TBC dipindahkan ke Puskesmas yang awalnya Klinik supaya mudah dalam merujuk FKTL tapi pasien tidak berkenan dipindah"*

Penjelasan terkait Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menunjukkan bahwa masih terdapat hambatan dalam pengobatan TBC, terutama dalam hal pembiayaan. Salah satu contoh yang terungkap adalah pengalaman pasien di Rumah Sakit Citra Arafiq (RSCA), di mana pada saat kontrol bulan kedua, pasien tiba-tiba harus membayar biaya pengobatan secara umum, padahal sebelumnya menggunakan layanan

BPJS. Ketidakjelasan mengenai perubahan status pembiayaan ini bahkan membingungkan tenaga kesehatan yang menangani pasien, termasuk dokter IGD yang berusaha membantu. Kondisi ini menimbulkan keberatan dari pihak keluarga pasien, yang merasa terbebani secara finansial dan tidak paham mengapa mereka harus menanggung biaya di luar BPJS. Hambatan seperti ini memperlihatkan adanya celah dalam manajemen layanan kesehatan yang dapat mengganggu kelancaran akses pengobatan TBC bagi pasien yang membutuhkan.

“Di RSCA kemudian saat kontrol bulan kedua ternyata harus pake umum Pasiennya Itu, mungkin manajemen yang lebih tau Kenapa dari BPJS kok jadi umum Saya juga gak paham, saya sampe dibantuin sama dokter IGDnya Kenapa jadi pake umum. Keberatan, Keluarganya keberatan”

(TPMD, Kota Serang)

Survei juga mengungkapkan bahwa beberapa pemeriksaan yang diperlukan untuk manajemen TBC tidak ditanggung oleh JKN, yang menambah beban finansial pasien. Misalnya, pemeriksaan toraks (rontgen dada) dan tes untuk TBC ekstrapulmoner, serta skrining tambahan untuk pasien dengan penyakit penyerta seperti diabetes, sering kali tidak dapat diklaim melalui BPJS, sehingga pasien harus membayar secara mandiri.

- *“Pemeriksaan thoraks untuk pemeriksaan skrining dan DM masih belum bisa diklaim BPJS. Hal ini terkadang memberatkan terduga TBC untuk melakukan pemeriksaan secara mandiri. Terutama saat ini pemberian TPT wajib disertai dengan pemeriksaan thorax, hal ini juga berpengaruh terhadap capaian pemberian TPT.”*
- *“Pasien dengan DM kesulitan untuk skrining radiologis ke rumah sakit (kepesertaan BPJS).”*
- *“Terdapat beberapa TPMD/Klinik dan Puskesmas yang memiliki hasil pemeriksaan TCM negatif ingin melakukan foto thorax untuk meyakinkan diagnosis, akan tetapi asuransi kesehatan tidak dapat diklaim.”*
- *“PKM mempunyai kemampuan untuk menegakan diagnosa TBC ekstra paru hanya untuk pemeriksaan penunjang belum bisa di lakukan sedangkan di rujukan bpjs itu tidak bisa di lakukan hanya untuk pemeriksaan penunjang saja.”*

Ketersediaan sumber daya seperti obat-obatan, alat diagnostik, dan tenaga kesehatan terlatih sangat penting untuk memastikan pasien menerima diagnosis yang tepat waktu dan akurat, serta dapat mengakses pengobatan yang sesuai. Tanpa dukungan infrastruktur kesehatan masyarakat yang memadai dan kebijakan yang memprioritaskan perawatan TBC, upaya pengendalian dan eliminasi TBC dapat terhambat secara signifikan. Kebijakan yang efektif, seperti kebijakan yang mengurangi stigma dan mengintegrasikan perawatan TBC dengan layanan lain seperti perawatan HIV, dinilai penting untuk meningkatkan keterlibatan pasien. Selain itu, program yang memberikan insentif finansial atau gizi bagi pasien yang menyelesaikan pengobatan membantu mengurangi hambatan ekonomi. Hal ini menunjukkan bahwa program kesehatan masyarakat yang komprehensif dan didukung dengan baik sangat penting untuk mendorong inisiasi dan penyelesaian pengobatan TBC

f. Faktor Eksternal

Kampanye media dan kesadaran publik adalah alat yang sangat efektif untuk meningkatkan pemahaman tentang TBC, gejalanya, serta pentingnya pengobatan. Kampanye yang efektif dapat mengurangi kesalahpahaman, melawan stigma, dan mendorong individu untuk segera mencari diagnosis dan pengobatan. Peran penjangkauan masyarakat tidak bisa diabaikan.

Peran penjangkauan masyarakat tidak bisa diabaikan. Program penjangkauan aktif yang melibatkan tenaga kesehatan masyarakat atau relawan dapat secara langsung mengatasi hambatan seperti

kurangnya pengetahuan dan keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan. Dengan membawa layanan lebih dekat kepada pasien, program-program ini tidak hanya meningkatkan *enrollment rate*, tetapi juga memperbaiki kepatuhan terhadap pengobatan dan kesehatan pasien. Melalui intervensi yang ditargetkan yang berfokus pada edukasi, pengurangan stigma, peningkatan akses, dan dukungan ekonomi, *enrollment rate* pengobatan TBC dapat meningkat secara signifikan, yang pada akhirnya menghasilkan hasil kesehatan yang lebih baik bagi Masyarakat

"... kalau saya sendiri Pak, wilayah saya dari sini sekitar 20 km, jadi masuk di register 22, jadi itu wilayahnya itu masuk di kawasan, dan jalannya memang rusak, terus wilayahnya itu kebun, rumah, kebun, rumah. Jadi kalau misalnya memang begitu dia positif, saya harus datang kesana, saya harus datang menyampaikan bahwa besok pagi kita ke puskes, ini hasilnya positif, nggak perlu khawatir, obat itu nggak bayar, obat itu gratis, dan kita dampingi sampai 6 bulan. Jadi kita juga nanti begitu, biasanya pengobatan pertama datang ke puskes, kita datang, kita dampingi, kan ada penampungan bahwa nanti kita ketemu di puskes ya Bu, saya juga datang"

(Kader Kesehatan, Kabupaten Pringsewu)

"...ya karena pertama gini ya, pertama acuan dari TBC01, dari Puskesmas, kemudian PJ Puskesmas kasih informasi ke kita ya kita langsung turun sekaligus dengan pendampingan ke pasien tersebut, kita selalu kasih edukasi, kita kasih semangat, kita kasih pengertian sama mereka-mereka ini gitu, memang sih segala sesuatu aja, yang kesulitannya nih, untuk warga sekitar nih kadang, kadang sekarang kan masih termindset ya, kalau TBC ini kan, penyakit yang memalukan itu yang memang yang beban buat kita"

(Kader Kesehatan, Kota Pontianak)

Hal ini juga dinyatakan dalam survei rujukan layanan TBC, di mana dalam beberapa kasus, pasien yang didiagnosis TBC tidak kembali ke fasyankes rujukan untuk melanjutkan pengobatan. Akibatnya, staf Puskesmas sering kali perlu mengunjungi rumah pasien untuk memastikan tindak lanjut dan kelanjutan pengobatan. Dalam situasi seperti ini, bantuan dari organisasi masyarakat kadang-kadang diperlukan untuk melacak dan menjangkau pasien, memastikan mereka menerima perawatan yang diperlukan.

- *"Terkadang pasien tidak langsung datang ke fasyankes rujukan, sehingga kami meminta bantuan komunitas untuk melakukan pelacakan pasien."*

D. Proses Koordinasi, Komunikasi, dan Mekanisme Rujukan Terkait dengan Inisiasi Pengobatan TBC Sensitif Obat

I. Koordinasi

Koordinasi sangat penting untuk manajemen TBC yang efektif, yang membutuhkan kolaborasi di berbagai tingkat sistem perawatan kesehatan. Di dalam fasilitas kesehatan, tim perawatan kesehatan—dokter, perawat, teknisi laboratorium, dan petugas TBC—harus bekerja sama secara erat, mengadakan pertemuan rutin untuk membahas kasus dan memastikan pencatatan yang akurat. Di tingkat antar-fasilitas, jalur rujukan yang jelas antara pusat perawatan primer dan rumah sakit khusus sangat penting, bersama dengan komunikasi hasil diagnostik dari laboratorium yang tepat waktu. Selain itu, penyesuaian dengan program TBC nasional dan melibatkan petugas kesehatan masyarakat (kader) dalam tindak lanjut dan pendidikan pasien memperkuat perawatan secara keseluruhan. Koordinasi yang efektif memastikan orang dengan TBC menerima perawatan dan pemantauan yang komprehensif, sehingga meningkatkan hasil.

“... Kalau koordinasi dengan kabupaten kota yang lain untuk orang dengan TBC itu kan biasanya itu kami ada valdat 2-3 bulan sekali. Nah disitu kami sering, di valdat itu kan kita ngumpulin semua petugas TBC puskesmas, rumah sakit sama klinik yang capaiannya banyak, jadinya disitu mereka bisa saling merujuk dan memastikan pasiennya sudah datang atau belum ke faskesnya. Misalnya sudah ternyata belum di input berarti delay reporting. Nah kita juga bisa langsung di pertemuan itu melist pasien-pasien luar daerah yang belum diterima rujukannya Atau ternyata di input ulang, jadinya kita bisa konfirmasi waktu pertemuan itu langsung kita konfirmasi...”

(Wasor TBC, Kabupaten Pringsewu)

Meskipun beberapa perbaikan harus dilakukan untuk proses koordinasi antar fasilitas kesehatan, karena proses tindak lanjut dan umpan balik masih kurang.

“Bagi pasien yang dirujuk dari rumah sakit, sering kali ada banyak tantangan. Misalnya, ketika seorang pasien dirujuk setelah didiagnosis di rumah sakit, mereka biasanya dikirim ke fasilitas kesehatan, paling sering ke Puskesmas. Namun terkadang tidak ada tindak lanjut. Jadi, mereka didiagnosis di rumah sakit, tetapi tidak ada pengobatan yang dimulai. Ini masih menjadi masalah yang signifikan di kabupaten-kabupaten di Sulawesi Utara, di mana tindak lanjutnya kurang.”

(Wasor TBC, Provinsi Sulawesi Utara)

Survei rujukan TBC memperkuat temuan ini, dengan menyoroti bahwa sering kali tidak ada umpan balik dari fasilitas rujukan yang menunjukkan apakah pasien yang dirujuk telah tiba. Hal ini membuat mereka sulit melacak pasien. Beberapa fasilitas kesehatan gagal memberikan umpan balik tentang pasien yang telah dirujuk kembali, yang menyebabkan ketidakpastian tentang tindak lanjut pengobatan. Selain itu, bahkan ketika rujukan dilakukan melalui sistem SITB, fasilitas rujukan mungkin tidak mengonfirmasi rujukan dengan fasilitas tujuan. Akibatnya, ketika pasien tiba, fasilitas rujukan mungkin mendaftarkan pasien sebagai kasus dugaan baru, yang menyebabkan kebingungan dan keterlambatan dalam perawatan.

- *“Tidak ada feedback dari faskes rujukan tujuan apakah pasien datang atau tidak terlebih untuk pasien yang alamat KTP dan domisilinya berbeda, sehingga pasien sulit untuk dilacak.”*
- *“Masih adanya faskes yang belum memberikan feedback terkait pasien yang dirujuk balik.”*
- *“Tidak ada feedback dari tempat rujukan jika pasien sudah datang.”*
- *“Fasyankes asal sudah melakukan rujukan melalui SITB namun petugas belum konfirmasi ke fasyankes tujuan. Hal ini menyebabkan saat pasien datang, petugas FKRTL menginput pasien sebagai terduga baru.”*

Survei rujukan TBC juga mengidentifikasi masalah lain, yaitu tantangan komunikasi yang sering muncul antara fasilitas kesehatan, sehingga menyulitkan koordinasi perawatan pasien dan meningkatkan risiko pasien LTFU. Koordinasi yang buruk antara staf di berbagai fasilitas mempersulit rujukan horizontal untuk perawatan TBC, yang menyebabkan situasi di mana pasien mungkin tidak datang ke tempat rujukan yang dituju.

- *“Faskes tujuan/faskes awal sulit dihubungi, pasien rawan LTFU”*
- *“Tantangannya adalah pada koordinasi antar petugas di masing - masing faskes. Rujukan horizontal dalam pengobatan riskan membuat pasien tidak datang ke tempat rujukan yang dituju.”*

Rujukan yang tidak lengkap selama pemindahan pengobatan merupakan masalah lain yang teridentifikasi dalam survei rujukan TBC. Klinik terkadang merujuk pasien ke Puskesmas tanpa mengirimkan obat TBC (OAT) yang tersisa atau formulir yang diperlukan (seperti TBC01, TBC02, TBC09). Dalam beberapa kasus, klinik merujuk pasien yang telah diobati dengan obat TBC nonstandar, sehingga menyebabkan kebingungan di Puskesmas.

- *“Terkadang klinik yang merujuk pasien ke Puskesmas di tengah pengobatan tidak membawa sisa OAT program”*
- *“Terkendala dari kelengkapan rujukan (TBC 01, TBC 02, TBC 09, OAT)”*
- *“kurangnya koordinasi dan komunikasi antara FKRTL dan FKTP sehingga pada saat merujuk pasien terkadang terdapat persyaratan yang belum dilengkapi”*
- *“Terkadang klinik yang merujuk pasien ke Puskesmas di tengah pengobatan tidak membawa sisa OAT program, terkadang juga saat dilakukan rujukan oleh klinik ke Puskesmas, sebelumnya pasien menggunakan OAT tidak standar sehingga sering mengakibatkan kebingungan di Puskesmas.”*

Koordinasi dalam fasilitas kesehatan dan antara berbagai tingkat perawatan terbukti penting untuk manajemen TBC yang efektif. Hal ini khususnya terlihat dalam kebutuhan kolaborasi interdisipliner antara penyedia layanan kesehatan seperti dokter, perawat, dan petugas TBC, yang harus bekerja sama secara erat untuk memantau dan membahas kasus secara teratur. Namun, masalah yang berulang, khususnya di Sulawesi Utara, adalah kurangnya tindak lanjut ketika pasien dirujuk dari rumah sakit ke Puskesmas. Seperti yang dicatat oleh perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi, pasien mungkin didiagnosis di rumah sakit tetapi gagal memulai pengobatan karena tidak adanya mekanisme tindak lanjut yang memadai. Hal ini mencerminkan kesenjangan dalam koordinasi antara perawatan primer dan sekunder, yang mengakibatkan hasil pengobatan yang buruk.

Studi ini menggarisbawahi pentingnya pertemuan rutin antara berbagai fasilitas dan penyedia layanan kesehatan. Misalnya, pertemuan validasi di Kabupaten Pringsewu diadakan setiap 2-3 bulan untuk memastikan rujukan pasien dilacak dan ditangani dengan benar. Praktik ini menyoroti bagaimana koordinasi terstruktur dapat meningkatkan manajemen pasien, meminimalkan kehilangan tindak lanjut, dan memastikan dimulainya pengobatan.

2. Proses Komunikasi

Komunikasi yang efektif sangat penting dalam perawatan TBC, memastikan bahwa pasien dan penyedia layanan kesehatan mendapatkan informasi yang lengkap dan terlibat selama proses perawatan. Komunikasi yang berpusat pada pasien dimulai dengan konseling awal, di mana pasien diberikan informasi yang jelas dan mudah dipahami tentang TBC, rejimen pengobatan mereka, dan pentingnya mematuhi. Tindak lanjut rutin melalui panggilan telepon atau pengingat lebih lanjut mendukung kepatuhan. Secara internal, penyedia layanan kesehatan harus menjaga komunikasi yang konsisten, melakukan diskusi kasus untuk kasus yang kompleks dan berbagi *update* tentang kemajuan pasien melalui rapat atau catatan kesehatan

digital. Secara eksternal, pelaporan rutin sangat penting untuk pemantauan dan pengawasan TBC, sementara keterlibatan masyarakat membantu meningkatkan kesadaran, mengurangi stigma, dan mempromosikan diagnosis dan pengobatan dini mendorong lingkungan yang lebih mendukung untuk manajemen TBC.

"Misalnya ada yang seminggu atau dua minggu tidak hadir, Tidak datang ambil obat, Itu biasanya orang PJTBC-nya datang ke si pasiennya. Atau misalnya telepon, atau komunikasi lah gitu. Dan bisa dibantu juga oleh komunitas, biasanya sih gitu.."

(Petugas TBC Puskesmas, Kota Banten)

Asesmen menunjukkan bahwa komunikasi yang berpusat pada pasien sangat penting untuk mendorong kepatuhan terhadap rejimen pengobatan. Konseling awal yang memberikan informasi yang jelas tentang penyakit dan pentingnya kepatuhan dapat meningkatkan hasil pasien secara signifikan. Tindak lanjut yang konsisten melalui panggilan telepon atau kunjungan petugas kesehatan masyarakat diidentifikasi sebagai metode penting untuk membuat pasien tetap terlibat dalam proses pengobatan mereka. Komunikasi yang konsisten di antara penyedia layanan kesehatan memastikan bahwa kemajuan pasien dipantau secara ketat dan bahwa kasus-kasus yang kompleks didiskusikan dan dikelola secara efektif. Komunikasi internal ini dilengkapi dengan komunikasi eksternal dengan otoritas kesehatan, yang penting untuk pengawasan dan pemantauan TBC. Selain itu, upaya keterlibatan masyarakat membantu mengurangi stigma dan mendorong diagnosis dini, yang mengarah pada inisiasi pengobatan lebih awal dan hasil kesehatan yang lebih baik.

3. Mekanisme Rujukan

Mekanisme rujukan yang terstruktur dengan baik sangat penting untuk memastikan bahwa pasien TBC menerima perawatan yang tepat dan tepat waktu, terutama dalam kasus yang kompleks atau ketika perawatan khusus diperlukan. Prosesnya dimulai dengan menetapkan kriteria yang jelas untuk rujukan, seperti dugaan TBC yang resisten terhadap obat atau komplikasi yang memerlukan perawatan tingkat tinggi. Penilaian pasien secara berkala membantu mengidentifikasi kapan rujukan diperlukan. Proses rujukan itu sendiri melibatkan dokumentasi standar rincian pasien, komunikasi langsung dengan fasilitas penerima, dan mendidik pasien dan keluarga mereka tentang alasan rujukan dan apa yang diharapkan. Setelah rujukan, umpan balik antara fasilitas memastikan *update* tentang kemajuan pasien dan memungkinkan kesinambungan perawatan yang terkoordinasi. Pelacakan dan pemantauan pasien yang dirujuk melalui registri membantu mencegah kehilangan tindak lanjut dan memastikan hasil pengobatan yang berhasil

"Kalau di Kota Bogor itu alurnya puskesmas itu kan punya jejaring. Sebelum mereka MOU dengan Puskesmas, mereka itu ketika menemukan terduga mengirim ke puskesmas. Merujuk pasiennya. Iya. Jadi misalnya klinik-klinik swasta, mereka merujuk ke puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan lanjutan. Jadi di klinik itu masih menemukan terduga. Begitu awalnya. Nah kita terus berproses ya. pertemuan-pertemuan. Kita meminta puskesmas dengan jejangnya ber-MOU agar sampai ke pengobatan. Jadi Ketika itu alurnya adalah ketika menemukan terduga mereka mengumpulkan dahak. Nanti kan diambil oleh PT. POS, nanti mengirim ke Faskes yang punya TCM. Kami kan ada 13, 13 punya TCM. Dan sudah kami SK-kan. Kami punya SK misalnya Klinik ini Ke sini. Sudah pakai SK kan"

(Wasor TBC, Kota Bogor)

"...Kalau TPMD dan klinik biasanya kan mereka MOU dengan puskesmas setempat. Nah biasanya kalau yang sudah berMOU mereka melakukan permohonan logistik itu dengan puskesmas. Jadi klinik itu membuat permohonan ke puskesmas. Lalu puskesmas bisa permohonan ke rumah sakit kota. Jadi rata-rata itu kalau klinik atau TPMD ke puskesmas di wilayahnya. Kecuali rumah sakit ada yang langsung minta ke Dinas Kesehatan Kota".

(Wasor TBC, Kota Banten)

“Jadi kita input waktu mau kita rujuk, kan kita bisa lihat di riwayat itu. Ternyata sudah di input lagi sama mereka. Gimana kalau masih di wilayah Pringsewu kan masih bisa kita hapus salah satu. Kalau sudah di luar wilayah paling inputan itu nanti kita lihat mereka. Mereka berarti sudah berobat dong sebenarnya. Tapi ini rujukan malah nggak diterima malah di input lagi jadi pasien baru. Yaudah kita terusin aja punya kita itu daripada kita hapus-hapus sama pasien”

(Wasor TBC, Kabupaten Pringsewu)

Meskipun ada sistem rujukan, berdasarkan survei rujukan TBC, tantangan masih tetap ada. Terutama ketika FKRTL enggan merujuk pasien TBC yang stabil kembali ke FKTP untuk perawatan lanjutan. Dalam beberapa kasus, fasilitas FKRTL lebih memilih untuk tetap merawat pasien agar dapat mengklaim lebih banyak dana JKN.

- *“Masih ada layanan yang tidak merujuk balik pasien ke FKTP agar pasien berobat di FKRTL sehingga bisa melakukan klaim JKN lebih banyak”*
- *“Pasien hanya diobati sampai waktu rujukan BPJS berlaku, jika sudah habis FKRTL meminta rujuk balik ke Faskes Pertama pasien untuk dibuatkan rujukan baru padahal pasien tidak memiliki komorbid/kondisi lain sehingga dapat diobati di FKTP.”*
- *“Bila rujukan untuk penegakkan diagnosa di FKRTL bila sudah tegak diagnosa terkadang tidak dikembalikan ke FKTP yang merujuk.”*

Rujukan TBC juga teridentifikasi mengalami kesulitan ketika domisili pasien saat ini berbeda dengan alamat KTP mereka. Koordinasi juga menjadi tantangan ketika pasien dirujuk ke luar daerah asal, dengan banyak kasus TBC yang diduga tidak sampai ke Puskesmas yang sesuai.

- *“Kendala koordinasi antar faskes jika pasien di rujuk ke luar daerah.”*
- *“Terduga masih banyak yg belum sampai ke puskesmas dan rujukan faskes pertama nya d luar daerah masih banyak..”*

Dari survei tersebut juga ditegaskan bahwa kerja sama antara Dinas Kesehatan Kabupaten, JKN, dan fasilitas kesehatan sering kali bersifat informal, dengan banyaknya klinik yang bekerja sama dengan BPJS yang tidak menandatangani nota kesepahaman dengan Dinas Kesehatan Kabupaten. Hal ini menyebabkan banyaknya kasus TBC yang tidak dilaporkan dari klinik. Nota kesepahaman antara klinik dan Puskesmas juga tidak lengkap, terutama dalam hal prosedur rujukan laboratorium.

- *“Klinik yang bekerjasama dengan BPJS belum semua MOU penanggulangan TBC dengan Dinas Kesehatan sehingga masih banyak data yang under reporting dari klinik.”*
- *“MoU Klinik dan Puskesmas belum terlalu rinci terkait pelaksanaan rujukan laboratorium”*

Peraturan rujukan saat ini terkadang menimbulkan hambatan terhadap dimulainya pengobatan TBC tepat waktu. Terdapat dinamika persaingan antara Puskesmas dan klinik swasta karena target kinerja. Ini berarti Puskesmas harus memprioritaskan penghitungan beban TBC berdasarkan wilayah layanan mereka, daripada berfokus pada kinerja masing-masing fasilitas. Dengan mengakui dan mempromosikan kontribusi klinik swasta dan penyedia layanan kesehatan lainnya dalam manajemen TBC, efektivitas keseluruhan program TBC dapat ditingkatkan. Pendekatan ini akan menekankan kolaborasi daripada persaingan, sehingga meningkatkan cakupan dan kualitas layanan TBC.

- *“Puskesmas dengan adanya target capaian sehingga merasa bersaing dengan Klinik/TPDM.”*
- *“Terkadang dari FKTP merujuk ke FKRTL dikarenakan adanya target capaian suspek dan pasien TBC di FKTP.”*
- *“Pasien yang diobati Puskesmas tercatat sebagai peserta BPJS atas nama Klinik/TPMD sedangkan kapitasi BPJS masuk ke Klinik/TPMD sehingga Puskesmas merasa tidak mendapatkan imbalan*

sedangkan Klinik/TPMD banyak yang belum bersedia melakukan pengobatan TBC karena pencatatan dan pelaporan yang rumit.”

Masih terdapat kesenjangan yang nyata dalam sistem koordinasi, komunikasi, dan rujukan, khususnya di tingkat antar fasilitas dan dalam praktik tindak lanjut. Temuan ini memiliki implikasi penting untuk mengatasi masalah ini, seperti pentingnya memperkuat koordinasi antara rumah sakit dan Puskesmas untuk memastikan tindak lanjut pada inisiasi pengobatan. Meningkatkan komunikasi yang berpusat pada pasien dengan meningkatkan mekanisme konseling dan tindak lanjut, mungkin melalui peningkatan penggunaan alat kesehatan digital. Menetapkan umpan balik yang lebih kuat antara fasilitas rujukan dan penerima untuk memastikan kesinambungan perawatan bagi pasien yang dirujuk. Mempromosikan keterlibatan masyarakat untuk mengurangi stigma terkait TBC dan mendorong diagnosis dan pengobatan dini.

E. Pelaksanaan Pencatatan dan Pelaporan Data di Fasilitas Kesehatan Pemerintah dan Swasta

I. Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terstandarisasi

Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terstandarisasi sangat penting untuk manajemen pasien TBC yang efisien dan memastikan pengumpulan data yang akurat. Penggunaan alat terstandarisasi seperti daftar pasien membantu dalam mendokumentasikan informasi penting secara sistematis seperti rincian demografi, hasil diagnostik, rejimen pengobatan, dan hasil. Kartu pengobatan TBC menyediakan catatan individual tentang kemajuan pasien, termasuk kepatuhan pengobatan dan efek samping, sementara formulir rujukan memastikan kesinambungan perawatan selama rujukan ke fasilitas tingkat yang lebih tinggi.

"... dari setiap klinik rawat jalan, kami punya register, Pak, dan register itu terhubung dengan sistem informasi rumah sakit (SIMRS). Saya juga minta kepada vendor SIMRS untuk membuat menu khusus supaya saya bisa tarik data TBC setiap hari—berapa banyak kasus baru atau yang sudah ada. Untuk kasus baru, saya masukkan ke sistem SITB, dan untuk yang sudah ada, kami lanjutkan pengobatannya. Jadi dari setiap klinik, baik itu pediatri, pulmonologi, atau bahkan klinik luar paru, saya tarik datanya dari SIMRS."

(Petugas TBC RS, Kabupaten Pringsewu)

"... Jadi, karena kasus TBC banyak sekali, dan banyak sekali formulir yang harus diisi, yang saya andalkan adalah buku register dan SITB saya. Kalau ada pasien yang mau datang atau bolos pengobatan, saya punya nomor teleponnya, dan saya akan langsung telepon. Kadang kalau pasiennya susah, tidak mau datang, saya jelaskan efek sampingnya, baru mereka datang lagi. Ada yang diinput ke sistem SITB, Bu? Kayak bulan lalu atau kapan pun, tidak ada yang diinput karena ada kendala sistem. Sistemnya memang tidak jalan, memang semua orang dari seluruh Indonesia harus masuk ke situs itu. Kadang dinas kesehatan menyarankan untuk coba sistem ini atau itu, tapi tetap saja rusak, Pak. Datanya banyak sekali, jadi menumpuk semua"

(Petugas TBC RS, Kota Serang)

Selain itu, penerapan rekam medis elektronik dapat meningkatkan keakuratan pelaporan data, menyederhanakan pembagian data, dan memungkinkan pemantauan hasil pasien yang lebih baik. Pelatihan petugas kesehatan dalam entri data dan memastikan *update* sistem yang tepat waktu merupakan kunci untuk mempertahankan proses pelaporan yang kuat dan andal.

"Satu lagi kita juga, kalau untuk rontgen juga, kita rontgennya udah online semua. Jadi pasien rontgen, pasien belum balik ke poli, kita udah lihat di komputer. Jadi alhamdulillah rumah sakitnya bagus."

(dokter, RS PMI, Kota Bogor)

Namun, dari survei rujukan TBC diketahui bahwa kurangnya sumber daya manusia yang memadai di dokter praktik swasta mempengaruhi efektivitas sistem pencatatan dan pelaporan TBC. Dalam beberapa kasus, dokter praktik swasta tidak memiliki asisten, sehingga dokumentasi rujukan horizontal di SITB tidak lengkap. Akibatnya, kasus TBC *presumptive* sering kali dicatat secara manual oleh Puskesmas berdasarkan rujukan tertulis dari dokter praktik swasta. Selain itu, banyak dokter praktik swasta yang belum mengintegrasikan SITB ke dalam operasi mereka, sehingga rujukan tidak terlacak dengan baik dan berkontribusi pada hilangnya kontak dengan pasien TBC *presumptive*.

- *"Ada beberapa DPM yang tidak memiliki asisten, sehingga rujukan horizontal terkadang tidak dilakukan pencatatan di Wifi TBC ataupun SITB. Sehingga pencatatan terduga masih dilakukan oleh Puskesmas dengan menulis rujukan dari DPM."*

- "Selama rujukan berlangsung tidak ada kendala namun untuk pencatatan dan pelaporan kebanyakan masih dilakukan secara manual terutama pada DPM."
- "Masih banyak TPMD yang belum melakukan pencatatan dan pelaporan di SITB."
- "Masih banyak ditemukan rujukan TPMD/Klinik yang tidak melakukan penginputan melalui WIFI TBC, sehingga banyak terduga yang hilang kontak."

Begitu pula SITB dan PCare, sistem pencatatan dan pelaporan yang digunakan secara nasional, sering mengalami waktu henti dan kesalahan. Temuan dari survei rujukan TBC ini menegaskan perlunya perbaikan. Tantangan lainnya termasuk koneksi jaringan yang lambat dan tidak stabil, sehingga sulit mengelola rujukan di sistem SITB dan PCare secara efektif.

- "Aplikasi SITB sering down."
- "Sistem PCare sering eror dan diberberapa faskes terdapat kuota untuk rujukan setiap harinya sehingga pasien harus merubah jadwal rujukannya."
- "Jaringan tidak stabil untuk merujuk di SITB."

Temuan ini menunjukkan perlunya menggunakan sistem pencatatan dan pelaporan yang terstandarisasi untuk melacak pasien TBC secara efektif. Alat-alat seperti register pasien, kartu perawatan, dan formulir rujukan berperan penting dalam memastikan kesinambungan perawatan dan dokumentasi informasi pasien yang konsisten. Khususnya, penerapan rekam medis elektronik, seperti yang terlihat di rumah sakit Kabupaten Pringsewu, telah meningkatkan akurasi dan efisiensi pengumpulan data secara signifikan. Integrasi sistem informasi rumah sakit (SIMRS) dengan sistem SITB memungkinkan data TBC dikumpulkan secara *real-time*, sehingga meningkatkan pelacakan dan pelaporan pasien. Metode ini dapat menjadi model untuk memperluas penggunaan sistem elektronik di fasilitas kesehatan di seluruh wilayah, karena mengurangi kesalahan manusia dan keterlambatan dalam entri data.

2. Pengumpulan dan Entri Data

Pengumpulan dan entri data sangat penting untuk mengelola pasien tuberkulosis (TBC) secara efektif. Selama pendaftaran pasien awal, petugas kesehatan mengumpulkan dan mendokumentasikan rincian penting seperti demografi pasien, faktor risiko TBC, hasil tes diagnostik (misalnya, mikroskopi dahak, Xpert MTBC/RIF), dan status HIV.

Pengenal unik diberikan kepada setiap pasien, memastikan pelacakan yang tepat dan mencegah duplikasi dalam sistem. Selama perawatan, staf layanan kesehatan harus memantau kemajuan perawatan dengan memperbarui daftar pasien dan kartu perawatan secara berkala dengan informasi tentang kepatuhan, efek samping, dan hasil tes tindak lanjut. Di akhir perawatan, mereka mencatat hasil perawatan pasien, seperti kesembuhan, penyelesaian perawatan, gagal, kegagalan, atau kematian, yang menyediakan data penting untuk evaluasi program dan kesinambungan perawatan pasien.

"Yang penting mereka punya KTP, jadi bisa langsung dimasukkan ke sistem SITB. Setelah itu, setelah pasien didiagnosis TBC oleh dokter, mereka diarahkan ke klinik TBC DOTS untuk mendapatkan obat, baik pasien rawat inap, IGD, maupun rawat jalan."

(Petugas TBC RS, Kota Mataram)

"Itu sih udah delegasi coba nanti. Kalau kita di sentra, saya punya perawat, Yang perawat itu selalu menyiapkan obat itu pasien akan datang tanggal segini. Kalau ternyata dia gak datang, kan obatnya masih disitu kan. Itu yang kita telepon. Jadi kita ada rak obat disitu "

"Satu box, satu pasien?"

"Iya. Kok dia tanggal segini, kok di minggu ini gak datang. Itu akan jadi reminder buat kita"

(dokter, RS Kandou, Kota Manado)

"inisiatif untuk pencatatan pelaporan saya tuh kadang bawel untuk ke seluruh rumah sakit ini ya, terutama perawatnya dari pintu pertama IGD poli, rawat inap. Namanya TBC kan menyeluruh ya pak ya. Palingnya itu saya minta yang penting ada yang yang terdiagnosa TBC. Walaupun dia belum ada hasil misalkan baru cek ronsen atau baru TCM hubungi saya cuman kasih ini aja NIK Atau kirim aja KTP Biasanya. Walaupun saya mau dimanapun, saya lagi cuti, kalau untuk ada misalkan laboratorium WA saya silakan, 'Rima ini ada yang TCM Ini nomor ini baru'. Saya input di rumah atau saya dimanapun sampai dibawa ke rumah."

(Petugas TBC RS, Kota Serang)

Prosesnya dimulai dengan mendaftarkan pasien dan menetapkan pengenal unik untuk memastikan pelacakan yang tepat. Memperbarui data pasien secara berkala selama perawatan sangat penting untuk memantau kepatuhan, mendeteksi efek samping, dan memastikan kesinambungan perawatan. Seperti yang dibuktikan di fasilitas seperti Rumah Sakit Kandou, Kota Manado, staf layanan kesehatan memantau jadwal pengobatan pasien dan menindaklanjuti pasien yang tidak datang tepat waktu. Pendekatan proaktif ini, khususnya menetapkan tanggung jawab kepada personel tertentu untuk memantau kepatuhan pasien, merupakan strategi penting untuk meningkatkan tingkat penyelesaian perawatan.

Namun, meskipun ada upaya untuk memastikan keakuratan data, tantangan tetap ada. *Double entry* dalam sistem SITB menyoroti perlunya cleaning data dan pemeriksaan kualitas secara berkala untuk menjaga integritas sistem pelaporan. Menerapkan penilaian kualitas data rutin dapat membantu menghindari ketidaksesuaian dan memastikan bahwa catatan pasien lengkap dan akurat.

3. Mekanisme Pelaporan

Mekanisme Pelaporan memainkan peran penting dalam pelacakan dan pengelolaan kasus TBC secara efektif. Pelaporan rutin melibatkan penyusunan dan penyerahan laporan bulanan dan triwulanan kepada otoritas kesehatan setempat dan program TBC nasional. Laporan ini mencakup informasi penting seperti deteksi kasus, inisiasi pengobatan, kepatuhan, dan hasil, yang memastikan pemantauan tren TBC yang tepat waktu. Untuk memastikan cakupan yang komprehensif, mekanisme pelaporan sektor swasta harus ditetapkan, yang mengintegrasikan fasilitas kesehatan swasta ke dalam sistem pelaporan nasional.

Dalam hal agregasi dan analisis data, data dari berbagai fasilitas kesehatan dikumpulkan untuk memberikan gambaran umum tren TBC, seperti tingkat deteksi kasus dan pola resistensi obat. Selain itu, pemeriksaan kualitas data secara berkala sangat penting untuk memastikan keakuratan dan kelengkapan laporan, serta menjaga integritas sistem pengawasan TBC.

"...untuk pelaporan dan analisis data, kami selalu membersihkan data terlebih dahulu, Pak. Hanya saja, dalam sistem SITB, bisa saja terjadi entri ganda. Jadi, bagaimana kami menangani entri ganda? Dalam proses pelaporan kami, ada prosedurnya, Pak—kami membersihkan data terlebih dahulu, memprosesnya menggunakan tabel pivot, dan seterusnya, sebelum dilaporkan. Saat membersihkan, prosesnya biasanya melibatkan pengecekan seberapa lengkap data atau membandingkan tanggal. Jika kedua entri lengkap, kami mengambil tanggal yang lebih awal. Namun, jika satu entri tidak lengkap, meskipun berasal dari tanggal yang lebih awal, entri tersebut akan digantikan oleh entri yang lengkap."

(TO TBC, Kota Pontianak)

" Biasanya dari faskes A itu mereka minta info juga ke kami, karena kadang si faskes B yang terujukan itu, mereka nggak klik data di SITB. Padahal pasiennya sudah mulai pengobatan di faskes B. Jadi kadang di faskes awal itu masih menggantung. Jadi koordinasi dengan kami, kami yang memastikan ke faskes terujukannya."

(TO TBC, Kota Bogor)

Studi ini mengidentifikasi pentingnya penyampaian laporan rutin kepada otoritas kesehatan setempat dan program TBC nasional, yang mencakup data penting seperti tingkat deteksi kasus, inisiasi pengobatan, dan hasil pengobatan pasien. Namun, hasil tersebut juga menggarisbawahi perlunya integrasi fasilitas kesehatan swasta yang lebih baik ke dalam sistem pelaporan nasional. Keterlibatan klinik dan rumah sakit swasta melalui jaringan yang mapan, seperti yang terlihat di Kota Bogor, meningkatkan cakupan kasus TBC dan memastikan pengawasan penyakit yang lebih komprehensif.

Proses agregasi data untuk analisis, diikuti dengan pelaporan rutin, memastikan bahwa penyedia layanan kesehatan dapat memantau tren TBC, termasuk pola resistensi obat. Upaya ini juga memungkinkan intervensi tepat waktu dan alokasi sumber daya, yang penting untuk mengendalikan TBC di tingkat lokal dan nasional.

4. Kerahasiaan dan Keamanan Data

Memastikan kerahasiaan dan keamanan data merupakan hal terpenting dalam mengelola informasi pasien TBC. Kerahasiaan pasien dijaga dengan menjaga akses yang aman dan terbatas ke catatan pasien, baik yang disimpan sebagai dokumen kertas maupun secara elektronik. Hanya personel yang berwenang yang boleh memiliki akses, untuk memastikan informasi sensitif tetap terlindungi. Selain itu, persetujuan yang diinformasikan harus diperoleh dari pasien sebelum data mereka dikumpulkan atau dibagikan, dengan penjelasan yang jelas tentang bagaimana informasi mereka akan digunakan.

Dalam hal keamanan data, sistem elektronik yang aman dengan perlindungan kata sandi dan enkripsi sangat penting untuk melindungi dari akses yang tidak sah dan potensi pelanggaran data. Prosedur pencadangan dan pemulihan secara berkala juga harus dilakukan untuk menyimpan catatan pasien dan memulihkan data jika terjadi kegagalan sistem. Langkah-langkah ini memastikan kerahasiaan dan integritas data pasien.

"Terus, ada beberapa pasien yang kami agak sedikit bingung untuk menjawabnya. Kan kami tau kalau pasien TBC itu kan link ya dok. Nah mereka tanya "kok dokter tau? Bukannya itu rahasia?" Nah jadi ditanya kok bisa tau saya gini gini gini. Akhirnya kami agak kesulitan menerangkan ke pasien kalau TBC ini datanya se Indonesia bisa tau, tapi tidak sampai ke masalah hukum sih jadi mereka paham kalau ini program untuk pemberantasan TBC, sudah ada perpresnya, jadi rahasia tentang diri Bapak tetap kami simpan. Tapi untuk pemeriksaan Bapak dimana saja periksanya semua tau. Akhirnya meyakinkan itu lah dok."

"Ya, maksudnya pasiennya itu merahasiakan pernah periksa TBC waktu datang ke dokter gitu ya?"

"Iya. Tiba-tiba kita lihat di SITB kan, cerita, bapak dulu periksanya disini ya, disini ya. Ada pasien yang kritis gitu kan. "Kok dokter bisa tau? Bukannya itu rahasia?" Setelah kita terangkan kalau ini program TBC, pasien bisa paham sih dok. Tapi kedepannya mungkin ada baiknya kita sampaikan ke pasien."

(dokter, RS Salak, Kota Bogor)

Studi ini menemukan bahwa kerahasiaan pasien biasanya terjaga dengan baik melalui protokol akses aman dan penanganan data terbatas. Tenaga Kesehatan seperti Rumah Sakit Salak di Kota Bogor menghadapi tantangan dalam menjelaskan kepada pasien bagaimana riwayat TBC mereka dapat diakses secara nasional, yang terkadang menimbulkan kekhawatiran tentang privasi. Hal ini menyoroti perlunya komunikasi yang jelas dengan pasien mengenai penggunaan data mereka dalam program pemberantasan TBC nasional.

Memastikan keamanan data melalui perlindungan kata sandi, enkripsi, dan pencadangan yang aman sangat penting untuk mencegah akses tidak sah atau pelanggaran data. Fasilitas juga harus terus mendidik petugas kesehatan tentang pentingnya menjaga kerahasiaan dan prosedur untuk menjaga keamanan data pasien.

5. Pelatihan dan Peningkatan Kapasitas

Pelatihan dan peningkatan kapasitas sangat penting untuk pengelolaan dan pelaporan data TBC yang efektif. Pelatihan staf memastikan penyedia layanan kesehatan dan memahami prosedur yang benar untuk mencatat dan melaporkan data TBC. Ini termasuk penggunaan register pasien, kartu perawatan, dan sistem elektronik yang tepat, dengan peningkatan kapasitas yang berkelanjutan untuk terus memberi tahu staf tentang pedoman pelaporan dan praktik terbaik yang diperbarui.

Melibatkan sektor swasta sama pentingnya, karena penyedia layanan kesehatan swasta memainkan peran penting dalam pendeteksian dan pengobatan TBC. Memberikan sesi pelatihan kepada penyedia layanan kesehatan swasta tentang perangkat standar untuk pelaporan data TBC, beserta insentif untuk partisipasi mereka, dapat secara signifikan meningkatkan integrasi fasilitas swasta ke dalam kerangka pelaporan TBC nasional. Upaya ini secara kolektif memperkuat keakuratan dan kelengkapan sistem pelaporan data TBC.

"Untuk di lab memang yang kemarin dikirim untuk pelatihan alat TCM memang baru saya. Cuma karena ini kan rumah sakit 24 jam ya Pak ya. Jadi saya melatih teman-teman yang ada di lab Tidak hanya untuk memeriksa sampel TCM itu untuk segera keluar hasilnya Tapi juga melatih teman-teman untuk melihara alat TCM yang tersebut Dari juknis yang kita dapatkan dari Dingkes Disitu kan ada panduannya, prosedurnya bagaimana pemeliharaan harian, Mingguan, Bulanan, Tahunan"

(Staf Laboratorium, RS Swasta, Kota Serang)

Survei rujukan TBC menyoroti perlunya pelatihan tambahan, khususnya terkait penggunaan sistem SITB untuk memantau pasien yang dirujuk. Banyak petugas kesehatan yang belum sepenuhnya memahami semua fitur sistem, termasuk mekanisme peringatan yang dapat meningkatkan pelacakan pasien dan memastikan kesinambungan perawatan.

- "Pasien yang dirujuk tidak seluruhnya datang dan belum ada mekanisme pemantauan pasien yang dirujuk."
- "Belum ada mekanisme pemantauan pasien yang dirujuk."

Hasilnya menekankan perlunya sesi pelatihan rutin untuk membiasakan petugas kesehatan dengan perangkat standar, seperti daftar pasien dan sistem elektronik. Seperti yang terlihat di rumah sakit swasta di Serang, pelatihan staf laboratorium tentang prosedur teknis dan pemeliharaan peralatan meningkatkan kualitas manajemen TBC secara keseluruhan. Melibatkan penyedia layanan kesehatan swasta dalam program pelatihan memastikan bahwa mereka selaras dengan fasilitas kesehatan publik dalam hal praktik pelaporan. Memberikan insentif kepada sektor swasta yang berpartisipasi dalam pengobatan TBC dapat lebih meningkatkan peran mereka dalam sistem pelaporan TBC nasional, yang mengarah pada data TBC yang lebih komprehensif dan akurat.

6. Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dan evaluasi merupakan komponen penting dari keberhasilan program TBC. Pemantauan rutin melibatkan pelaksanaan kunjungan pengawasan rutin ke fasilitas kesehatan publik dan swasta untuk memastikan kepatuhan terhadap protokol pencatatan dan pelaporan TBC. Kunjungan ini juga memberikan kesempatan untuk pelatihan di tempat kerja bila diperlukan.

Rapat tinjauan data berkala dengan staf fasilitas sangat penting untuk membahas kinerja pelaporan, mengidentifikasi kesenjangan, dan membuat strategi untuk perbaikan. Dalam hal evaluasi, melakukan audit kualitas data membantu memastikan bahwa data TBC lengkap, akurat, dan diserahkan tepat waktu. Yang terpenting, penggunaan data ini harus lebih dari sekadar pelaporan—pemanfaatan data menginformasikan pengambilan keputusan kesehatan masyarakat, distribusi sumber daya, dan penyesuaian program, yang pada akhirnya memperkuat upaya pengendalian dan pengelolaan TBC.

“...kenapa capaian rendah disitu kita sampaikan Pak. Nah, nanti tindak lanjutnya adalah teman-teman kebanyakan memang delay report. delay reporting nah, hasil dari kegiatan monev yang sudah kami lakukan, kami selanjutnya melakukan OJT. OJT SITB jadi kami lakukan per kecamatan, nah disitulah kami entry kembali pasien-pasien yang belum di entry yang belum dilakukan IK, yang belum sembuh itu tadi pak kami lakukan peng-entry-an langsung di wilayah itu...”

(Wasor TBC, Kota Pontianak)

“Sekarang untukantisipasi pasien yang belum terlapor SITB itu, berapa sering sekarang melakukan pengecekan data SITB? Setiap minggu kah Jimmy lakukan pengecekan data SITB atau setiap bulan?”

“Setiap bulan pengecekan.”

“Dan mencocokkan datanya?”

“Ya, mencocokkan data.... Jadi saya dapat ketika setiap bulan saya periksa satu-satu apakah pasiennya sudah ada atau belum ada di SITB. Saya tanya ke fasyankes A, dia ada pasiennya berapa? 10. Saya lihat di SITB apakah sudah banyak 10 atau belum. Misalnya baru 9, saya cari satunya itu.”

(TO TBC, Kota Manado)

Asesmen ini menyoroti evaluasi data bulanan di mana petugas kesehatan memeriksa ulang catatan pasien untuk memastikan bahwa semua kasus dimasukkan ke dalam sistem SITB. Praktik ini membantu meminimalkan risiko pasien terlewat dalam proses pelaporan dan memastikan data yang lebih akurat. Temuan ini memiliki implikasi penting bagi manajemen TBC seperti memperluas penggunaan sistem kesehatan elektronik di lebih banyak fasilitas kesehatan untuk menyederhanakan proses entri data dan pelaporan. Melakukan pemeriksaan kualitas data secara berkala untuk mencegah kesalahan dan ketidaksesuaian, khususnya dalam sistem elektronik seperti SITB. Memperkuat keterlibatan penyedia layanan kesehatan swasta dalam program TBC nasional melalui pelatihan dan insentif. Selain itu, meningkatkan komunikasi dengan pasien tentang bagaimana data TBC mereka digunakan sambil menjaga kerahasiaan dan keamanan data.

Mind Map Ringkasan Penghambatan Inisiasi Pengobatan TBC SO

Mind Map menggambarkan berbagai hambatan terhadap pendaftaran pasien TBC SO, yang dikategorikan ke dalam beberapa area utama. Faktor Terkait Sistem Kesehatan merupakan salah satu tantangan signifikan yang teridentifikasi. Faktor-faktor tersebut meliputi aksesibilitas layanan kesehatan, kecukupan infrastruktur kesehatan, dan kualitas keseluruhan layanan kesehatan yang diberikan. Jika fasilitas kesehatan kekurangan sumber daya penting atau petugas kesehatan tidak terlatih dengan baik, pasien dapat mengalami penundaan atau perawatan yang tidak tepat. Sistem rujukan juga memainkan peran penting dalam membimbing pasien melalui berbagai tingkat layanan kesehatan, dan mekanisme rujukan yang tidak memadai dapat menyebabkan penghentian pengobatan. Selain itu, dukungan dari petugas kesehatan dalam hal bimbingan dan bantuan sangat penting untuk memastikan bahwa pasien merasa terdorong untuk melanjutkan pengobatan, yang menyoroti pentingnya interaksi petugas kesehatan-pasien dalam proses pengobatan.

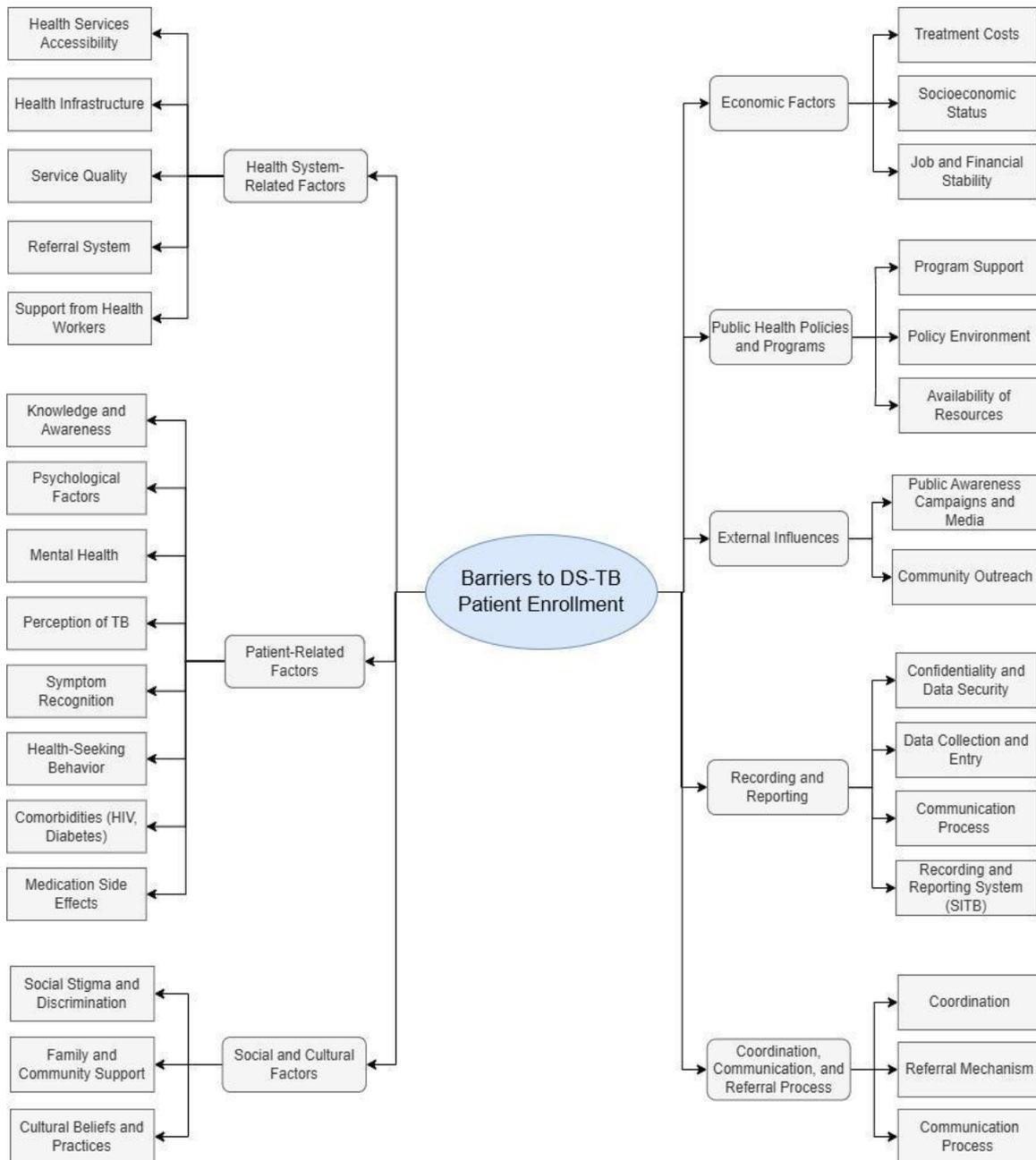
Faktor terkait pasien membentuk kategori penting lainnya dalam peta pikiran. Faktor-faktor ini meliputi pengetahuan dan kesadaran pasien tentang tuberkulosis, kesejahteraan psikologis, dan status kesehatan mental mereka. Banyak pasien mungkin tidak mengenali tingkat keparahan TBC, gejalanya, atau perlunya perawatan tepat waktu, yang mengakibatkan perilaku mencari layanan kesehatan yang tertunda. Faktor psikologis seperti kecemasan, depresi, atau penyangkalan, bersama dengan stigma seputar TBC, juga dapat mencegah individu mencari perawatan. Lebih jauh lagi, kondisi kesehatan yang mendasarinya, seperti HIV dan diabetes, dapat mempersulit proses perawatan. Efek samping pengobatan, mengganggu secara fisik dan mental, semakin membuat pasien enggan mematuhi pengobatan. Faktor ini menunjukkan pentingnya menangani kesehatan fisik dan psikologis saat menangani pendaftaran pasien TBC.

Faktor Ekonomi juga menjadi hambatan utama untuk pendaftaran pengobatan TBC. Beban keuangan pengobatan, dikombinasikan dengan status sosial ekonomi pasien, dapat menghalangi individu untuk mencari atau melanjutkan pengobatan. Pasien dari latar belakang berpenghasilan rendah mungkin memprioritaskan kebutuhan keuangan langsung lainnya daripada kesehatan mereka. Stabilitas pekerjaan dan keuangan sama pentingnya, karena ketakutan kehilangan pekerjaan selama pengobatan dapat membuat pasien enggan mencari perawatan medis. Kebijakan dan Program Kesehatan Masyarakat, termasuk dukungan pemerintah dan lingkungan kebijakan, secara langsung memengaruhi ketersediaan sumber daya yang diperlukan untuk pengobatan TBC. Kebijakan kesehatan masyarakat yang efektif yang mempromosikan dan mendukung pengobatan TBC dapat membantu mengurangi hambatan ekonomi dan sistemik ini.

Mind Map tersebut lebih jauh menyoroti pengaruh Faktor Sosial dan Budaya terhadap pendaftaran pasien. Stigma dan diskriminasi sosial yang terkait dengan TBC dapat menciptakan hambatan psikologis yang signifikan, karena pasien mungkin merasa malu atau dikucilkan oleh komunitas mereka. Selain itu, kurangnya dukungan keluarga dan komunitas dapat mengakibatkan pasien merasa terisolasi dalam perjalanan pengobatan mereka. Kepercayaan dan praktik budaya juga berperan, karena metode penyembuhan tradisional atau kesalahpahaman tentang perawatan kesehatan modern dapat menunda atau mencegah pengobatan.

Pengaruh Eksternal, seperti efektivitas kampanye kesadaran publik dan penjangkauan masyarakat, sangat penting dalam mendorong pendaftaran pasien. Kampanye yang berhasil mendidik masyarakat tentang TBC dan mengurangi stigma dapat berdampak positif pada perilaku pasien. Proses Pencatatan dan Pelaporan dalam sistem perawatan kesehatan juga memengaruhi *Enrollment rate*. Masalah seputar kerahasiaan dan keamanan data dapat menghalangi pasien memberikan informasi yang akurat, sementara inefisiensi dalam sistem pengumpulan data, komunikasi, dan pelaporan dapat menghambat kelancaran pengelolaan kasus TBC.

Proses Koordinasi, Komunikasi, dan Rujukan dalam sistem perawatan kesehatan penting untuk pengobatan yang efektif. Koordinasi yang tepat di antar fasyankes, bersama dengan komunikasi yang jelas dan mekanisme rujukan yang efisien, memastikan bahwa pasien menerima diagnosis dan pengobatan yang tepat waktu. Kemampuan sistem perawatan kesehatan untuk mengelola tugas koordinasi dan komunikasi yang rumit ini dapat secara signifikan memengaruhi inisiasi pengobatan. Secara keseluruhan, peta pikiran ini memberikan pandangan komprehensif tentang berbagai hambatan yang harus diatasi untuk meningkatkan pendaftaran pasien TBC SO, dengan menekankan perlunya intervensi yang terintegrasi, berpusat pada pasien, dan sistemik.



Gambar 12. Mind Map Kendala Inisiasi Pengobatan TBC SO

Keterbatasan

Asesmen dilakukan di 6 Kabupaten/kota dan fasyankes yang terbatas, yang belum sepenuhnya mewakili kondisi Indonesia secara keseluruhan. Variasi dalam akses layanan kesehatan, infrastruktur, dan demografi pasien memengaruhi tingkat inisiasi pengobatan di berbagai wilayah. Wawancara dan FGD dengan petugas layanan kesehatan, pasien, dan manajer program sangat bergantung pada data yang mereka laporkan sendiri, yang dapat menimbulkan recall bias atau interpretasi subjektif tentang tantangan dalam inisiasi pengobatan sesuai persepsi mereka. Keakuratan temuan dapat dipengaruhi oleh kemampuan peserta untuk mengingat informasi dan persepsi mereka tentang masalah yang dibahas.

Metode pengumpulan data, khususnya untuk data sekunder, menghadapi tantangan seperti perbedaan kualitas dan kelengkapan pelaporan di berbagai fasyankes. Variasi dalam kualitas data SITB di berbagai fasilitas memengaruhi kelengkapan dan keakuratan data. Wawancara dengan pasien telah mencakup pasien yang memulai dan yang tidak memulai pengobatan, tetapi sebagian besar pasien yang tidak memulai pengobatan menolak dan hanya empat orang yang bersedia. Informasi dari perspektif pasien yang tidak memulai pengobatan sebagian besar terlewat. Pemahaman lebih lanjut terhadap pasien ini seharusnya dapat memberikan gambaran lebih terhadap hambatan pengobatan.

Kesimpulan

Faktor yang berhubungan dengan inisiasi pengobatan adalah karakteristik sosiodemografi (umur, jenis kelamin), prosedur diagnostik sesuai standar, dilakukan foto toraks, pemeriksaan DM dan HIV, dan kualitas layanan yang baik. Kurangnya pengetahuan, kesadaran, faktor psikologis seperti rasa takut terhadap diagnosis, penyangkalan, dan dampak TBC terhadap kesehatan mental seperti kecemasan dan depresi, berkontribusi pada keengganan pasien untuk memulai pengobatan. Hambatan inisiasi pengobatan meliputi keterbatasan sosial ekonomi, geografis, administratif, sistem kesehatan, dan stigma sosial. Jarak ke fasilitas rujukan dan kompleksitas administratif berkontribusi pada keterlambatan diagnosis dan inisiasi pengobatan. Klinik dan rumah sakit swasta mengalami hambatan keterbatasan kapasitas diagnostic dan pengobatan, rujukan tepat waktu, pencatatan dan pelaporan. Stigma sosial, diskriminasi dan pengucilan menyebabkan pasien menunda bahkan menolak pengobatan.

Proses diagnosis TBC dan inisiasi pengobatan menghadapi penundaan karena waktu tunggu yang lebih lama untuk hasil diagnostik, umpan balik yang tertunda dari fasilitas rujukan, dan kurangnya *update* tepat waktu dalam SITB. Staf yang terbatas, terutama di klinik swasta, berkontribusi pada dokumentasi kasus TBC yang tidak lengkap dan tindak lanjut yang buruk. Selain itu, banyak klinik swasta dan TPMD tidak sepenuhnya terintegrasi ke dalam pencegahan dan perawatan TBC nasional, yang berdampak pada tingkat inisiasi pengobatan. Koordinasi, proses komunikasi, dan mekanisme rujukan tidak efektif, dengan masalah umum seperti gangguan komunikasi antara fasilitas rujukan dan penerima, umpan balik yang tertunda, rujukan pasien yang tertunda, dan tindak lanjut pasien yang buruk. Komunikasi yang tidak efektif antara penyedia layanan kesehatan, terutama antara sektor publik dan swasta, menghambat inisiasi pengobatan.

Asesmen menemukan ketidakkonsistenan dan ketidaklengkapan dalam pencatatan dan pelaporan data TBC. Banyak fasilitas kesehatan menghadapi tantangan dalam menyinkronkan catatan mereka dengan SITB yang menyebabkan masalah seperti pelaporan yang kurang dan *double entry*. Data pasien yang tidak lengkap menyebabkan kesulitan dalam pelacakan pasien. Beberapa temuan tersebut menunjukkan pentingnya strategi meningkatkan inisiasi pengobatan dengan memperkuat sistem rujukan, koordinasi, komunikasi, meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, keterlibatan, kontribusi, dan kapasitas penyedia layanan kesehatan swasta. Upaya ke depan perlu meningkatkan kualitas pencatatan pelaporan, mengatasi faktor pasien, dukungan kebijakan kesehatan masyarakat, regulasi, anggaran, dan mengatasi faktor sosial, budaya.

Rekomendasi

No	Rekomendasi	Leading Parties	Key Stakeholders	Jangka Waktu	Anggaran
I. Memperkuat Sistem Rujukan, Koordinasi, dan Komunikasi					
a	Membuat SOP mekanisme rujukan yang memuat apa saja yang dikerjakan, data yang perlu diinput ke SITB, koordinasi, komunikasi antar fasyankes, mekanisme perbaikan rujukan jika pasien datang ke fasyankes lain (bukan fasyankes tujuan awal), dan mekanisme pelacakan jika pasien tidak datang (melapor).	NTP, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium, Komunitas dan Kader Kesehatan	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs
b	Pastikan setiap pasien dirujuk antar fasyankes dan/atau wilayah sesuai SOP sehingga mendapat pengobatan berkelanjutan. Lakukan pemantauan rutin dan kelola umpan balik secara efektif antar fasyankes untuk meningkatkan koordinasi dan kontinuitas perawatan pasien.	NTP, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium, Komunitas dan Kader Kesehatan	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs
c	Memfaatkan dan mengecek fitur pengingat di SITB secara berkala (setiap hari) untuk memastikan pasien yang terdiagnosis, memulai pengobatan dan <i>terupdate</i> statusnya.	Dinkes Kab/Kota	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium	Mulai Q4 2024	-
d	Memperkuat kolaborasi antara kader kesehatan dengan semua fasyankes, termasuk swasta, dengan membuat alur komunikasi yang jelas untuk rujukan dan pelacakan pasien, mekanisme koordinasi rutin antara kader dan tenaga kesehatan untuk mempercepat deteksi, pemantauan, dan tindak lanjut pasien. Sediakan pelatihan bagi kader mengenai prosedur rujukan, pelacakan, dan optimalkan penerapan sistem pencatatan yang sudah ada agar informasi pasien dapat diakses dengan mudah oleh seluruh pihak terkait.	NTP, Dinkes Kab/Kota, CSOs	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium, Komunitas, and Kader Kesehatan	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs
2. Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan					
a	Memperkuat kolaborasi antara program TBC dengan program terkait, seperti program lansia, diabetes melitus (DM), HIV, gizi, kesehatan ibu dan anak (KIA), serta upaya berhenti merokok (UBM), dengan menerapkan layanan <i>one-stop service</i> di fasyankes. Pastikan bahwa di setiap kunjungan pasien TBC, dilakukan skrining dan pengobatan untuk komorbiditas terkait dalam satu alur layanan. Buat panduan (SOP), jadwalkan pelatihan rutin bagi tenaga kesehatan, lakukan sistem pencatatan terintegrasi dan <i>real-time</i> untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi perkembangan pasien secara menyeluruh.	NTP, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, KOPI TBC, Asosiasi Fasilitas Kesehatan, BPJS	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs, BPJS
b	Pastikan fasilitas kesehatan menyediakan layanan diagnostik TBC yang lengkap, termasuk tempat pengambilan dan pemeriksaan dahak di lokasi yang mudah diakses oleh pasien. Terapkan alur layanan yang memungkinkan pasien menyelesaikan proses diagnosis dalam satu kunjungan, dengan hasil yang tersedia dalam waktu maksimal 3 hari, sehingga pengobatan dapat dimulai tanpa penundaan. Tingkatkan kapasitas petugas untuk mempercepat proses diagnostik dan lakukan pencatatan hasil segera ke SITB.	NTP, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, KOPI TBC, Asosiasi Fasilitas Kesehatan, BPJS	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium	Mulai Q4 2024	Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs, BPJS
c	Menerapkan sistem rujukan yang efisien dengan prosedur yang sederhana dan jelas, agar pasien dapat segera mengakses layanan perawatan lanjutan, seperti poliklinik paru, diabetes center, poliklinik VCT dan uni layanan lain yang diperlukan. Buat alur rujukan yang memungkinkan pasien langsung menuju unit layanan terkait tanpa	NTP, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, KOPI TBC, Asosiasi	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium	Mulai Q4 2024	Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs, BPJS

	harus mengulang proses administrasi dan memastikan data pasien di setiap unit layanan terinput dan tersampaikan secara cepat dan akurat.	Fasilitas Kesehatan, BPJS			
d	Pastikan ketersediaan obat TBC sensitif, termasuk obat khusus untuk anak dan obat alternatif bagi pasien yang mengalami efek samping, di setiap fasyankes. Terapkan sistem distribusi yang terkoordinasi untuk memastikan stok obat selalu tersedia dan mudah diakses. Lakukan pemantauan stok obat secara berkala, mekanisme pelaporan dan permintaan melalui fitur logistik SITB yang sudah tersedia, sehingga distribusi dapat dilakukan segera.	NTP	Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Lab, Perusahaan Farmasi	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat
e	Pastikan distribusi dan ketersediaan logistik non-OAT, seperti pot dahak, formulir rujukan, dan media edukasi, di semua fasilitas kesehatan dalam jaringan. Tetapkan jadwal distribusi rutin dan buat sistem pemantauan stok untuk memastikan setiap fasilitas memiliki persediaan yang cukup. Konsistenkan penerapan mekanisme pelaporan kebutuhan logistik secara <i>real-time</i> agar permintaan dapat segera diproses, serta lakukan inspeksi berkala untuk memastikan logistik didistribusikan dan digunakan sesuai standar pelayanan.	NTP, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF
3. Meningkatkan Keterlibatan, Kontribusi, dan Kapasitas Penyedia Layanan Kesehatan Swasta					
a	Melakukan pemetaan ulang dan distribusi fasyankes untuk memastikan seluruh klinik dan TPMD memiliki akses ke laboratorium TCM. Pemantauan dan pemeliharaan rutin untuk memastikan mesin TCM beroperasi pada kapasitas optimal. Meningkatkan kapasitas teknis petugas laboratorium terkait pengoperasian dan perawatan mesin TCM, konsistenkan sistem pelaporan kapasitas dan hasil penggunaan TCM secara berkala untuk mendeteksi dan menyelesaikan kendala operasional dengan cepat.	Dinkes Kab/Kota	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF,
b	Meningkatkan keterlibatan dan kontribusi klinik dan dengan mewajibkan partisipasi dalam program TBC sebagai syarat proses perizinan praktik dan akreditasi. Klinik yang telah berkontribusi sampai pengobatan agar menjadi champion dan diundang sebagai pembicara untuk berbagi pengalaman mereka.	NTP, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, BPJS	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, BPJS
c	Memperluas penggunaan pelatihan daring (<i>e-learning</i>) dan memperbarui materi pelatihan sesuai dengan isu-isu program terkini, mencakup kasus dan panduan terbaru. Sediakan modul interaktif untuk meningkatkan pemahaman peserta, dan optimalkan sistem pemantauan yang sudah ada untuk mengevaluasi tingkat partisipasi dan efektivitas <i>e-learning</i> . Permudah akses <i>e-learning</i> untuk seluruh tenaga kesehatan yang menangani TBC dan sederhanakan <i>user interface</i> sehingga lebih mudah digunakan.	NTP, Dinkes Provinsi, Kab/ Kota, KOPI TBC, Asosiasi fasyankes, BPJS	Semua tenaga kesehatan yang terkait TBC di semua fasyankes	Mulai Q4 2024	Pemerintah Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota, GF, BPJS
d	Selenggarakan pelatihan rutin bagi tenaga kesehatan mengenai pedoman tuberkulosis terbaru yang diintegrasikan dengan Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB) secara berkala, dapat diakses oleh seluruh tenaga kesehatan dan evaluasi pasca-pelatihan untuk mengukur pemahaman dan penerapan pedoman dalam praktik klinis.	NTP, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, KOPI TBC, akademisi, peneliti	Semua tenaga kesehatan yang terkait TBC di semua fasyankes	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF
e	Memfaatkan mesin TCM di rumah sakit swasta dalam jejaring laboratorium, dengan kartrid yang	NTP, Dinkes Provinsi,	RS Swasta, Laboratorium Swasta	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi,

	disediakan oleh program melalui MoU meningkatkan kapasitas diagnostik	Dinkes Kab/Kota			dan Kabupaten/Kota, GF
4. Meningkatkan Kualitas Pencatatan dan Pelaporan					
a	Catat dengan cermat data pasien, termasuk alamat lengkap dan nomor telepon, serta informasi kontak anggota keluarga dekat, untuk memudahkan pelacakan pasien. Terapkan prosedur sistematis untuk melakukan panggilan telepon tindak lanjut kepada pasien yang telah dirujuk, dengan tujuan memastikan mereka menghadiri janji pengobatan.	Dinkes Kab/Kota	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Kabupaten/Kota
b	Tingkatkan literasi digital di klinik swasta dan TPMD dengan mengadakan pelatihan pelaporan melalui <i>hands-on training (on-the-job training)</i> mengenai penggunaan SITB. Pastikan pelatihan mencakup aspek pencatatan dan pelaporan yang efektif, serta sediakan panduan penggunaan SITB yang jelas. Selenggarakan sesi pelatihan secara berkala dan lakukan evaluasi untuk mengukur pemahaman peserta, serta berikan dukungan teknis berkelanjutan bagi tenaga kesehatan dalam penerapan SITB di lapangan.	Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Provinsi, dan Kabupaten/Kota
c	Sinkronisasi data antara sistem informasi fasyankes dengan data SITB untuk mencegah <i>under-reporting</i> secara berkala (bulan atau triwulan) sebagai metode validasi untuk meningkatkan kualitas dan validitas data.	Dinkes Kab/Kota	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Kabupaten/Kota
d	Membuat dan mengkompilasi video tutorial yang diunggah di Youtube untuk mengoptimalkan penggunaan fitur SITB, seperti entri data, <i>update</i> status pasien, dan fitur pengingat/peringatan.	NTP	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, GF
5. Mengatasi Faktor Terkait dengan Pasien dan Ekonomi					
a	Menerapkan pendekatan perawatan yang berpusat pada pasien dengan menyediakan layanan dukungan psikologis untuk membantu pasien TBC memahami diagnosis mereka, mengelola efek samping pengobatan, serta menghadapi dampak emosional, ketakutan, kecemasan, dan stigma sosial. Sediakan sesi konseling rutin dan buat panduan komunikasi bagi tenaga kesehatan untuk memberikan informasi yang jelas dan empatik tentang TBC. Evaluasi kebutuhan dukungan psikologis setiap pasien secara berkala, serta buat mekanisme rujukan untuk layanan psikososial tambahan jika diperlukan.	Dinkes Kab/Kota, KOPI TBC, Asosiasi Fasilitas Kesehatan, BPJS, CSOs	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Lab, Komunitas, Kader, Pasien dan Penyintas TBC	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs
b	Dalam memberikan edukasi kesehatan, tenaga kesehatan harus meluangkan waktu yang cukup, menggunakan <i>checklist</i> untuk memastikan semua informasi disampaikan dengan tepat, menekankan tanda-tanda klinis, gejala, serta kelainan pada hasil rontgen dada untuk meningkatkan kesadaran pasien terhadap penyakit mereka, serta memberi kesempatan kepada pasien untuk mengajukan pertanyaan.	Dinkes Kab/Kota, KOPI TBC, Asosiasi Fasilitas Kesehatan, BPJS	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF
c	Memberikan dukungan sosial dan finansial bagi kelompok pasien rentan, terutama mereka yang kurang mampu atau memiliki keterbatasan akses ke layanan kesehatan. Jalin kerja sama dengan pemerintah daerah, organisasi komunitas, dan program <i>Corporate Social Responsibility (CSR)</i> perusahaan untuk menyediakan bantuan berupa biaya transportasi dan kebutuhan dasar selama perawatan. Buat mekanisme distribusi bantuan yang tepat sasaran dan mudah diakses oleh pasien yang membutuhkan.	NTP, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, CSOs	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium, Komunitas, Kader Kesehatan	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs

d	Fasilitasi pembentukan kelompok dukungan pasien TBC (<i>peer group</i>) sebagai wadah bagi pasien untuk berbagi pengalaman dan strategi dalam mengelola efek samping pengobatan. Buat grup WhatsApp khusus pasien TBC untuk memudahkan komunikasi dan dukungan secara <i>real-time</i> .	Dinkes Kab/Kota, KOPI TBC, CSOs	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium, Komunitas, and Kader Kesehatan, Pasien dan Penyintas TBC	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs
e	Undang pasien yang telah berhasil menyelesaikan pengobatan untuk memberikan testimoni dan berbagi cerita inspiratif dalam grup, guna memotivasi pasien lain dan mengurangi stigma terkait TBC. Sediakan panduan interaksi yang positif di grup untuk menjaga suasana dukungan yang aman dan nyaman bagi seluruh anggota.	Dinkes Kab/Kota, KOPI TBC, CSOs	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium, Komunitas, dan Kader Kesehatan, and Pasien dan Penyintas TBC	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs
f	Libatkan keluarga pasien dalam proses pengobatan TBC dengan memberikan edukasi yang komprehensif tentang penyakit, penularan, dan pengobatan TBC. Sediakan panduan praktis bagi keluarga tentang cara memberikan dukungan emosional, bantuan langsung (seperti transportasi dan pengingat minum obat). Pastikan mereka memiliki kontak petugas kesehatan untuk bertanya atau melaporkan kendala yang dialami pasien selama pengobatan.	Dinkes Kab/Kota, KOPI TBC, CSOs	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium, Komunitas, dan Kader Kesehatan, and Pasien dan Penyintas TBC	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs
g	Menjadwalkan kunjungan rumah sebagai tindak lanjut bagi pasien dengan keterbatasan mobilitas atau masalah akses untuk memulai pengobatan TBC di rumah, dan untuk memantau efek samping guna melakukan penyesuaian tepat waktu terhadap rencana pengobatan.	Dinkes Kab/Kota, Puskesmas	Klinik, TPMD, RS, Laboratorium, Komunitas, dan Kader Kesehatan	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs
h	Memastikan layanan TBC dapat diakses oleh masyarakat di daerah terpencil dengan memanfaatkan jaringan Puskesmas (pustu, poskesdes, posyandu, masyarakat dan kader kesehatan) untuk mengidentifikasi terduga, mengambil dahak, dan membantu dalam pemantauan pengobatan pasien TBC yang tinggal jauh dari Puskesmas.	Dinkes Kab/Kota, Puskesmas	pustu, poskesdes, posyandu, Komunitas, dan Kader Kesehatan	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Kabupaten/Kota, GF, CSOs
6. Dukungan Kebijakan Kesehatan Masyarakat, Regulasi, dan Anggaran					
a	Susun dan terapkan pedoman <i>one-stop service</i> TBC yang mencakup layanan diagnosis dan pengobatan terpadu dalam satu lokasi. Pastikan layanan ini menyediakan perawatan dan konseling berpusat pada pasien, rujukan cepat, serta akses laboratorium yang efisien. Tambahkan komponen edukasi komprehensif dan promosi kesehatan untuk meningkatkan pemahaman pasien mengenai TBC dan pentingnya kepatuhan pengobatan. Tetapkan standar operasional prosedur (SOP) untuk setiap layanan, adakan pelatihan bagi tenaga kesehatan, dan monitor pelaksanaan <i>one-stop service</i> secara berkala untuk memastikan kualitas layanan.	NTP	KOPI TBC, CSOs	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, GF, CSOs
b	Menyusun MoU yang terperinci antara dinas kesehatan kabupaten/kota, BPJS, dan klinik serta praktisi yang bekerja sama, mencakup peran, tanggung jawab, <i>one-stop service</i> , rujukan pasien, dan pelaporan. Klinik dan yang bekerja sama dengan BPJS harus menandatangani dan mematuhi MoU sebagai bagian dari perjanjian dan persyaratan untuk mengklaim kapitasi. Agar jejaring rujukan TBC sesuai dengan alur rujukan BPJS.	Dinkes Kab/Kota, BPJS	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Kabupaten/Kota, GF, CSOs

c	Manfaatkan kebijakan BPJS terkait pembayaran klaim dan kapitasi untuk memastikan fasyankes swasta mematuhi standar perawatan TBC, sistem rujukan, dan pelaporan. Sertakan indikator kepatuhan terhadap standar perawatan TBC sebagai bagian dari indikator kinerja dalam pembayaran kapitasi. Lakukan monitoring secara berkala terhadap kepatuhan terhadap indikator ini, dan berikan dukungan bagi fasyankes yang membutuhkan peningkatan dalam pemenuhan standar layanan TBC.	NTP, BPJS	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, GF
d	Menyusun peraturan daerah (pergub, perbup/perwali) tentang program penanggulangan TBC untuk memberdayakan <i>stakeholder</i> terkait, sumber daya lokal, mendukung pelaksanaan <i>one-stop service</i> dan memastikan semua orang dengan TBC bersedia berobat (misal dengan skema Bansos, perlindungan keberlanjutan pekerjaan) dan mendapat layanan sesuai standar di wilayah.	Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota	CSOs, Akademisi, Peneliti	2025	Anggaran Pemerintah Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs
e	Tingkatkan alokasi anggaran pemerintah daerah untuk program TBC untuk pelatihan berkala tenaga kesehatan, pemeliharaan dan penambahan alat diagnostik, serta dukungan bagi kegiatan penjangkauan pasien dan kampanye meningkatkan kesadaran tentang TBC. Tetapkan mekanisme pemantauan dan evaluasi penggunaan anggaran secara berkala untuk memastikan dana digunakan sesuai dengan prioritas program TBC.	Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota	CSOs, Akademisi, Peneliti	2025	-
7. Mengatasi Faktor Sosial, Budaya, dan Pengaruh Eksternal					
a	Memperbarui dan mendistribusikan konten edukasi komprehensif yang menekankan pada deteksi dini, manfaat pengobatan, pencegahan, dan melakukan kampanye media massa dengan melibatkan <i>influencer</i> untuk meningkatkan kesadaran tentang TBC.	NTP, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, KOPI TBC, CSOs	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium, Komunitas, Kader Kesehatan, Pasien dan Penyintas TBC	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs
b	Mendistribusikan materi-materi KIE (brosur, poster, dan leaflet) yang jelas dan mudah dipahami berdasarkan isi standar nasional dengan menggunakan bahasa Indonesia dan bahasa daerah, dengan pesan-pesan yang mudah dipahami dan sesuai dengan budaya masyarakat.	Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, KOPI TBC, CSOs	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium, Komunitas, Kader Kesehatan, Pasien dan Penyintas TBC	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs
c	Selenggarakan kampanye media sosial dengan melibatkan <i>influencer</i> untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya deteksi dini dan pengobatan TBC. Pilih <i>influencer</i> yang memiliki audiens luas dan relevan, serta berikan pelatihan singkat mengenai pesan-pesan kunci terkait TBC. Buat konten kampanye yang menarik, seperti video edukasi, cerita pengalaman pasien, dan tayangkan di platform media sosial dan televisi untuk mencapai jangkauan maksimal. Monitor dampak kampanye melalui <i>engagement metrics</i> .	NTP, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, KOPI TBC, CSOs	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium, Komunitas, Kader Kesehatan, Pasien dan Penyintas TBC	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs
d	Secara aktif menghilangkan mitos umum tentang TBC, seperti keyakinan yang salah mengenai cara penularan atau anggapan bahwa TBC adalah penyakit "kotor" atau "terkutuk," dengan menggunakan bahasa yang netral dan tidak menstigmatisasi. Hindari istilah seperti "pembawa penyakit," "sumber infeksi," atau "penyebarkan kuman," dan gantikan dengan bahasa yang lebih positif, seperti "TBC bisa disembuhkan" atau	NTP, Dinkes Provinsi, Dinkes Kab/Kota, KOPI TBC, CSOs	Puskesmas, Klinik, TPMD, RS, Laboratorium, Komunitas, Kader Kesehatan, Pasien dan Penyintas TBC	Mulai Q4 2024	Anggaran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, GF, CSOs

	“pengobatan TBC sangat efektif” untuk mengubah narasi negatif.				
--	--	--	--	--	--

Lampiran I. Referensi

1. Abdu M, Balchut A, Girma E, Mebratu W. Patient Delay in Initiating Tuberculosis Treatment and Associated Factors in Oromia Special Zone, Amhara Region. *Pulm Med.* 2020 Jun 11;2020:6726798. doi: 10.1155/2020/6726798. Erratum in: *Pulm Med.* 2020 Nov 10;2020:9505083. doi: 10.1155/2020/9505083. PMID: 32577313; PMCID: PMC7306089.
2. Ali SM, Naureen F, Noor A, Fatima I, Viney K, Ishaq M, Anjum N, Rashid A, Haider GR, Khan MA, Aamir J. *Loss-to-follow-up* and delay to treatment initiation in Pakistan's national tuberculosis control programme. *BMC Public Health.* 2018 Mar 9;18(1):335. doi: 10.1186/s12889-018-5222-2. PMID: 29523100; PMCID: PMC5845151.
3. Artawan Eka Putra IWG, Purnama Dewi NPE, Probandari AN, Notobroto HB, Wahyuni C. The Implementation of Comprehensive Health Education to Improve Household Contacts' Participation in Early Detection of Tuberculosis. *Health Educ Behav.* 2023 Feb;50(1):136-143. doi: 10.1177/10901981211001829. Epub 2021 Apr 8. PMID: 33829894.
4. Chandra A, Kumar R, Kant S, Krishnan A. Diagnostic Pathways and Delays in Initiation of Treatment among Newly Diagnosed Tuberculosis Patients in Ballabgarh, India. *Am J Trop Med Hyg.* 2021 Feb 22;104(4):1321-1325. doi: 10.4269/ajtmh.20-1297. PMID: 33617478; PMCID: PMC8045650.
5. Craig, G. M., Daftary, A., Engel, N., O'Driscoll, S., & Ioannaki, A. (2017). Tuberculosis stigma as a social determinant of health: A systematic mapping review of research in low incidence countries. *International Journal of Infectious Diseases*, 56, 90–100. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.10.011>
6. Directorate General of Disease Prevention and Control, Technical Guidelines for Tuberculosis Service Networks in Government and Private Health Service Facilities Based on Districts/Cities (District-Based Public-Private Mix/DPPM), Ministry of Health of the Republic of Indonesia, Jakarta; 2024.
7. Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behaviour and health education: Theory, research, and practice* (4th ed.). Jossey-Bass.
8. Health Development Policy Agency, Indonesia Tuberculosis Inventory Study Report 2023-2024, , Ministry of Health of the Republic of Indonesia, Jakarta; 2024
9. Ismail IM, Kibballi Madhukeshwar A, Naik PR, Nayarmoole BM, Satyanarayana S. Magnitude and Reasons for Gaps in Tuberculosis Diagnostic Testing and Treatment Initiation: An Operational Research Study from Dakshina Kannada, South India. *J Epidemiol Glob Health.* 2020 Dec;10(4):326-336. doi: 10.2991/jegh.k.200516.001. Epub 2020 May 23. PMID: 32959619; PMCID: PMC7758854.
10. Izudi J, Tamwesigire IK, Bajunirwe F. Association between GeneXpert Diagnosis and Same-Day Initiation of Tuberculosis Treatment in Rural Eastern Uganda. *Am J Trop Med Hyg.* 2020 Oct;103(4):1447-1454. doi: 10.4269/ajtmh.19-0900. PMID: 32783795; PMCID: PMC7543837.
11. Kidy F, McCarthy N, Seers K. From symptom onset to treatment initiation: protocol for a narrative study exploring the journey of older adults with tuberculosis in the English Midlands, UK. *BMJ Open.* 2023 Nov 17;13(11):e070933. doi: 10.1136/bmjopen-2022-070933. PMID: 37977875; PMCID: PMC10660672.
12. Ministry of Health Republic of Indonesia. Prevent and treat TBC with tuberculosis preventive therapy. Jakarta: Ministry of Health Republic of Indonesia; 2024.
13. Ministry of Health Republic of Indonesia. *Update Situasi dan Kebijakan serta Implementasi PPM dalam Penanggulangan Tuberculosis di Indonesia.* Jakarta: Ministry of Health Republic of Indonesia; 2024.
14. Mwansa-Kambafwile JRM, Chasela C, Levin J, Ismail N, Menezes C. Treatment initiation among tuberculosis patients: the role of short message service (SMS) technology and Ward-based outreach teams (WBOTs). *BMC Public Health.* 2022 Feb 15;22(1):318. doi: 10.1186/s12889-022-12736-6.
15. Pambudi I. *Update on the Situation and Policy of Drug-Resistant Tuberculosis and the Progress of BPAL-M Implementation in Indonesia.* Jakarta: Papra Indonesia; 2024.

16. Shete PB, Nalugwa T, Farr K, Ojok C, Nantale M, Howlett P, Haguma P, Ochom E, Mugabe F, Joloba M, Chaisson LH, Dowdy DW, Moore D, Davis JL, Katamba A, Cattamanchi A. Feasibility of a streamlined tuberculosis diagnosis and treatment initiation strategy. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2017 Jul 1;21(7):746-752. doi: 10.5588/ijtld.16.0699. PMID: 28633698; PMCID: PMC5479151.
17. Sullivan BJ, Esmaili BE, Cunningham CK. Barriers to initiating tuberculosis treatment in sub-Saharan Africa: a systematic review focused on children and youth. *Glob Health Action*. 2017;10(1):1290317. doi: 10.1080/16549716.2017.1290317. PMID: 28598771; PMCID: PMC5496082.
18. Tedla K, Medhin G, Berhe G, Mulugeta A, Berhe N. Factors associated with treatment initiation delay among new adult pulmonary tuberculosis patients in Tigray, Northern Ethiopia. *PLoS One*. 2020 Aug 21;15(8):e0235411. doi: 10.1371/journal.pone.0235411. PMID: 32822368; PMCID: PMC7442238.
19. World Health Organization. 2022 TBC JEMM Indonesia Report. Geneva: World Health Organization; 2022.
20. World Health Organization. 2023 Global Tuberculosis Report. Geneva: World Health Organization; 2023.
21. Zawedde-Muyanja S, Manabe YC, Cattamanchi A, Castelnovo B, Katamba A. Patient and health system level barriers to and facilitators for tuberculosis treatment initiation in Uganda: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2022 Jun 28;22(1):831. doi: 10.1186/s12913-022-08213-w. PMID: 35764982; PMCID: PMC9513807.

Lampiran 2. Panduan Wawancara Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab./Kota

Provinsi :		Kab/Kota :	Tanggal :
Waktu mulai :		Waktu selesai :	
Nama Responden :		Umur :	Sex : M/F
No. HP :		Edukasi :	Lama Bekerja :
No	Pertanyaan	Jawaban	
1	<p>Bagaimana alur pelaksanaan jejaring pengobatan TBC di tingkat kabupaten/kota hingga ke fasilitas kesehatan di wilayah Anda? Dan bagaimana koordinasinya di berbagai wilayah, termasuk antara kabupaten/kota dan provinsi?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apa hambatan utamanya dan bagaimana hal ini diantisipasi? ● Bagaimana pelibatan fasyankes (termasuk klinik dan TPMD) dan kader? 		
2	<p>Dapatkah Anda menjelaskan kebijakan lokal dan Prosedur Operasi Standar (SOP) terkait inisiasi pengobatan TBC sensitif obat yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan setiap fasilitas kesehatan?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bagaimana kebijakan (termasuk kebijakan BPJS) dan prosedur yang ada memastikan inisiasi pengobatan pasien TBC sensitif obat berlangsung secara efektif dan konsisten? ● Bagaimana dukungan untuk membantu TPMD dan klinik dalam proses diagnosis, pengobatan, pencegahan, dan rujukan? ● Apakah dilakukan <i>active case finding</i> (ACF) di wilayah anda? Bagaimana inisiasi pengobatan dari ACF tersebut? 		
3	<p>Apa saja sumber daya (manusia, logistik, fasilitas, dan infrastruktur) dan kapasitas pendanaan terkait program TBC di wilayah Anda?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apakah sumber daya tersebut cukup? Apa saja yang masih kurang? ● Bagaimana cara mengalokasikan sumber daya tersebut? 		

4	<p>Apakah dinas kesehatan sudah pernah melakukan evaluasi terkait inisiasi pengobatan di prov/ kab/kota ? Lalu apa saja hal yang mempengaruhi enrollment pasien ?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Menurut anda, apa hambatan/penyebab utama pasien tidak sepenuhnya memulai pengobatan ● Bagaimana Anda merespon tantangan/hambatan tersebut dan bagaimana hal ini diantisipasi? ● Siapa yang memiliki wewenang untuk merespons dan mengambil tindakan berdasarkan data yang dianalisis? ● Dan apa langkah-langkah yang biasanya diambil ketika terdapat masalah dengan inisiasi pengobatan pasien? 	
5	<p>Apa ada kegiatan atau kebijakan dari dinkes dalam mengoptimalkan inisiasi pengobatan di fasyankes?</p> <p>Probing: Apa dampaknya untuk meningkatkan jumlah pasien yang memulai berobat?</p>	

Lampiran 3. Panduan Wawancara TBC Technical Officers/Field Executive

Provinsi :		Kab/Kota :	Tanggal :
Waktu mulai :		Waktu selesai :	
Nama Responden :		Umur :	Sex : M/F
No. HP :		Edukasi :	Lama Bekerja :
No	Pertanyaan	Jawaban	
1	Apa peran dan tanggung jawab Anda dalam inisiasi pengobatan TBC sensitif obat?		
2	<p>Bagaimana tindak lanjut pasien yang dirujuk antar fasilitas kesehatan?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bagaimana tindak lanjut pasien yang memulai pengobatan di wilayah Anda? ● Bagaimana tindak lanjut pasien yang telah pindah tempat tinggal dan melanjutkan pengobatan di fasilitas baru? ● Bagaimana tindak lanjut pasien yang dirujuk kembali ke penyedia layanan primer setelah menerima perawatan khusus? 		
3	<p>Bagaimana pencatatan dan pelaporan data TBC dilakukan di fasilitas kesehatan di wilayah Anda?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apakah ada pasien TBC yang sedang berobat tetapi pengobatannya belum tercatat di SITB dan apa alasannya? ● Berapa lama (hari) yang untuk memasukkan data pada setiap tahap layanan (<i>cascade</i>)? ● Siapa yang bertanggung jawab untuk menganalisis data terkait inisiasi pengobatan pasien TBC? ● Apa yang dilakukan terkait kualitas data dalam pencatatan dan pelaporan inisiasi pengobatan pasien TBC? 		
4	<p>Apa tantangan atau hambatan yang dihadapi dalam memotivasi pasien TBC untuk menginisiasi pengobatan di fasilitas kesehatan Anda?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bagaimana Anda merespon tantangan/hambatan tersebut? 		

	<ul style="list-style-type: none"> ● Inisiatif apa yang telah dilaksanakan untuk menginisiasi pengobatan pasien? 	
5	<p>Apa praktik baik dalam inisiasi pengobatan di fasilitas kesehatan?</p> <p>Probing: Apakah ada praktik baik lainnya dalam mekanisme rujukan di dalam fasilitas (<i>internal linkage</i>) dan antar fasilitas kesehatan (<i>external linkage</i>) untuk meningkatkan inisiasi pengobatan pasien?</p>	

Lampiran 4. Panduan Wawancara Staf Laboratorium

Provinsi :	Kab/Kota :	Tanggal :
Nama Faskes :	Waktu mulai :	Waktu selesai :
Nama Responden :	Umur :	Sex : M/F
No. HP :	Edukasi :	Lama Bekerja :
No	Pertanyaan	Jawaban
1	<p>Bisakah Anda menjelaskan tanggung jawab utama Anda terkait diagnosis dan layanan TBC di lab ini?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bagaimana Anda memastikan akurasi dan reliabilitas dari tes TBC? ● Apakah terdapat tugas tambahan yang Anda lakukan ketika <i>peak times</i> dan ketika terjadi wabah? Apakah dapat dikelola dengan baik? 	
2	<p>Tes diagnostik TBC spesifik apa yang dilakukan di laboratorium Anda?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bisakah Anda menjelaskan bagaimana cara Anda mengambil, menyimpan, dan memproses sampel TBC? ● Bagaimana cara anda melakukan <i>quality control</i> ketika proses diagnosis? 	
3	<p>Bagaimana data TBC dicatat dan dilaporkan di laboratorium Anda?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apakah ada tantangan yang Anda hadapi dalam mencatat dan melaporkan data TBC dengan akurat? Bagaimana hal tersebut diantisipasi? 	
4	<p>Bagaimana hasil tes TBC dikomunikasikan kepada penyedia layanan kesehatan, dan metode apa yang digunakan untuk memastikan komunikasi hasil tes tepat waktu?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Berapa lama biasanya waktu yang dibutuhkan untuk mengomunikasikan hasil tes kepada penyedia layanan kesehatan? ● Bagaimana Anda menangani hasil tes TBC yang mendesak? 	

	<ul style="list-style-type: none"> ● Apakah ada tantangan dalam proses komunikasi ini, dan bagaimana hal tersebut diatasi? 	
5	<p>Apa saja tantangan paling umum yang Anda hadapi dalam mendiagnosis TBC, dan bisakah Anda memberikan contoh kasus di mana terjadi keterlambatan yang signifikan dalam memulai pengobatan?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apa faktor internal, eksternal yg memengaruhi tantangan ini? ● Seberapa sering terjadinya keterlambatan, dan apa penyebab utamanya? 	
6	<p>Berdasarkan pengalaman Anda, apa saran Anda untuk meningkatkan proses diagnosis TBC dan koordinasi dengan penyedia layanan kesehatan untuk memastikan inisiasi pengobatan tepat waktu?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Perubahan prosedur, kebijakan apa (termasuk BPJS) yang membantu meningkatkan inisiasi pengobatan? ● Apakah ada sumber daya atau dukungan tambahan yang Anda perlukan untuk mendiagnosis dan melaporkan kasus TBC? ● Bagaimana komunikasi dan koordinasi dengan penyedia layanan kesehatan ditingkatkan? ● Bisakah Anda berbagi praktik baik atau strategi yang telah bekerja dengan baik berdasarkan pengalaman Anda? 	

Lampiran 5. Panduan Wawancara Staf BPJS

Provinsi :		Kab/Kota :	Tanggal :
Waktu mulai :		Waktu selesai :	
Nama Responden :		Umur :	Sex : M/F
No. HP :		Edukasi :	Lama Bekerja :
No	Pertanyaan	Jawaban	
1	Bagaimana pembiayaan JKN mendukung program TBC, khususnya dalam hal diagnosis dan pengobatan TBC?		
2	Kebijakan atau regulasi apa dari JKN yang mendorong fasilitas kesehatan untuk memberikan layanan TBC berkualitas tinggi, terutama dalam inisiasi pengobatan, pencatatan, dan pelaporan?		
3	Upaya apa yang telah dilakukan BPJS untuk memfasilitasi proses rujukan layanan TBC, baik secara horizontal maupun vertikal?		
4	Apakah ada tantangan dalam implementasi JKN yang menyebabkan keterlambatan atau akses terbatas terhadap pengobatan TBC di fasilitas kesehatan? Jika ada, bagaimana BPJS mengatasi tantangan ini?		

Lampiran 6. Panduan Wawancara Dokter Puskesmas

Provinsi :	Kab/Kota :	Tanggal :
Nama Faskes :	Waktu mulai :	Waktu selesai :
Nama Responden :	Umur :	Sex : M/F
No. HP :	Edukasi :	Lama Bekerja :
No	Pertanyaan	Jawaban
1	<p>Bagaimana manajemen pasien dimulai dari skrining hingga pengobatan dan pelaporan di fasilitas kesehatan Anda?</p> <p>Probing: apa saja KIE yang anda sampaikan?</p> <p>Bagaimana tindak lanjut pasien yang dirujuk antar fasilitas kesehatan?</p>	
2.	<p>Apa peran Anda dalam inisiasi pengobatan TBC sensitif obat?</p> <p>Probing: Apa yang anda lakukan jika ada pasien TBC yang tidak memulai pengobatan?</p>	
3	<p>Bagaimana Anda menggambarkan perilaku kepatuhan pasien TBC dalam memulai pengobatan berdasarkan pengalaman Anda?</p> <p>Probing: Apakah ada pengalaman pada pasien tertentu seperti: obat yang dibeli sendiri, diagnosis dari hasil rontgen, pasien tersebut lebih cepat memulai dan patuh berobat?</p>	
4	<p>Apa tantangan/hambatan yang dihadapi dalam memotivasi pasien TBC untuk menginisiasi pengobatan di fasilitas kesehatan Anda?</p> <p>Probing: Bagaimana Anda merespons tantangan/hambatan tersebut dan bagaimana hal ini diantisipasi?</p>	
5	<p>Apa praktik baik dalam inisiasi pengobatan pasien di fasilitas kesehatan?</p>	

Lampiran 7. Panduan Wawancara Dokter Klinik Swasta

Provinsi :	Kab/Kota :	Tanggal :
Nama Faskes :	Waktu mulai :	Waktu selesai :
Nama Responden :	Umur :	Sex : M/F
No. HP :	Edukasi :	Lama Bekerja :
No	Pertanyaan	Jawaban
1	<p>Bagaimana manajemen pasien dimulai dari skrining hingga pengobatan dan pelaporan di fasilitas kesehatan Anda?</p> <p>Probing: apa saja KIE yang anda sampaikan?</p> <p>Bagaimana tindak lanjut pasien yang dirujuk antar fasilitas kesehatan?</p>	
2.	<p>Apa peran Anda dalam inisiasi pengobatan TBC sensitif obat?</p> <p>Probing: Apa yang anda lakukan jika ada pasien TBC yang tidak berobat?</p>	
3	<p>Bagaimana Anda menggambarkan perilaku kepatuhan pasien TBC dalam memulai pengobatan berdasarkan pengalaman Anda?</p> <p>Probing: Apakah ada pengalaman pada pasien tertentu seperti: obat yang dibeli sendiri, diagnosis dari hasil rontgen, pasien tersebut lebih cepat memulai dan patuh berobat?</p>	
4	<p>Apa tantangan/hambatan yang dihadapi dalam memotivasi pasien TBC untuk menginisiasi pengobatan di fasilitas kesehatan Anda?</p> <p>Probing: Bagaimana Anda merespons tantangan/hambatan tersebut dan bagaimana hal ini diantisipasi?</p>	
5	<p>Apa praktik baik dalam inisiasi pengobatan pasien di fasilitas kesehatan?</p> <p>Probing: Apa dampaknya untuk meningkatkan jumlah pasien yang memulai berobat?</p>	

Lampiran 8. Panduan Wawancara Dokter di Rumah Sakit

Provinsi :	Kab/Kota :	Tanggal :
Nama Faskes :	Waktu mulai :	Waktu selesai :
Nama Responden :	Umur :	Sex : M/F
No. HP :	Edukasi :	Lama Bekerja :
No	Pertanyaan	Jawaban
1	<p>Bagaimana manajemen pasien dimulai dari skrining hingga pengobatan dan pelaporan di fasilitas kesehatan Anda?</p> <p>Probing: apa saja KIE yang anda sampaikan?</p> <p>Bagaimana tindak lanjut pasien yang dirujuk antar fasilitas kesehatan?</p>	
2	<p>Apa peran Anda dalam inisiasi pengobatan TBC sensitif obat?</p> <p>Probing: Apa yang anda lakukan jika ada pasien TBC yang tidak berobat?</p>	
3	<p>Bagaimana Anda menggambarkan perilaku kepatuhan pasien TBC dalam memulai pengobatan berdasarkan pengalaman Anda?</p> <p>Probing: Apakah ada pengalaman pada pasien tertentu seperti: obat yang dibeli sendiri, diagnosis dari hasil rontgen, pasien tersebut lebih cepat memulai dan patuh berobat?</p>	
4	<p>Apa tantangan/hambatan yang dihadapi dalam memotivasi pasien TBC untuk menginisiasi pengobatan di fasilitas kesehatan Anda?</p> <p>Probing: Bagaimana Anda merespon tantangan/hambatan tersebut dan bagaimana hal ini diantisipasi?</p>	
5	<p>Apa praktik baik dalam inisiasi pengobatan pasien di faskes Anda?</p> <p>Probing: Apa dampaknya untuk meningkatkan jumlah pasien yang memulai berobat?</p>	

Lampiran 9. Panduan Wawancara Dokter Spesialis (Spesialis Paru dan Anak)

PProvinsi :		Kab/Kota :	Tanggal :
Nama Faskes :		Waktu mulai :	Waktu selesai :
Nama Responden :		Umur :	Sex : M/F
No. HP :		Edukasi :	Lama Bekerja :
No	Pertanyaan	Jawaban	
1	<p>Bagaimana manajemen pasien dimulai dari skrining hingga pengobatan dan pelaporan di fasilitas kesehatan Anda?</p> <p>Probing: apa saja KIE yang anda sampaikan?</p> <p>Bagaimana tindak lanjut pasien yang dirujuk antar fasilitas kesehatan?</p>		
2	<p>Apa peran Anda dalam inisiasi pengobatan TBC sensitif obat?</p> <p>Probing: Apa yang anda lakukan jika ada pasien TBC yang tidak berobat?</p>		
3	<p>Bagaimana Anda menggambarkan perilaku kepatuhan pasien TBC dalam memulai pengobatan berdasarkan pengalaman Anda?</p> <p>Probing: Apakah ada pengalaman pada pasien tertentu seperti: obat yang dibeli sendiri, diagnosis dari hasil rontgen, pasien tersebut lebih cepat memulai dan patuh berobat?</p>		
4	<p>Apa tantangan/hambatan yang dihadapi dalam memotivasi pasien TBC untuk menginisiasi pengobatan di fasilitas kesehatan Anda?</p> <p>Probing: Bagaimana Anda merespon tantangan/hambatan tersebut dan bagaimana hal ini diantisipasi?</p>		
5	<p>Apa praktik baik dalam inisiasi pengobatan pasien di faskes Anda?</p> <p>Probing: Apa dampaknya untuk meningkatkan jumlah pasien yang memulai berobat?</p>		

Lampiran 10. Panduan Wawancara Pasien TBC yang telah/sedang Menjalani Pengobatan

Provinsi :		Kab/Kota :	Tanggal :
Waktu mulai :		Waktu selesai :	
Nama Responden:		Usia :	Sex : M/F
Edukasi :		Pekerjaan :	No.Hp :
Status Pernikahan :			
No	Pertanyaan	Jawaban	
1	Bisakah Anda menjelaskan tahap mencari pengobatan dari awal munculnya gejala hingga memulai pengobatan?		
2	Mohon menceritakan pengalaman layanan kesehatan yang anda terima sejak pertama kali datang dengan gejala TBC sampai berobat saat ini? Probing: Apakah ada kemudahan akses yang diberikan? Apakah ada hambatan yang timbul dalam Upaya mencari pengobatan (jarak, waktu, dll)		
3	Mohon jelaskan mengapa Anda memulai dan mengikuti pengobatan TBC. Probing: Apa alasan dan motivasi anda berobat		
4	Faktor apa saja yang mendukung atau menghambat Anda dalam memulai atau melanjutkan pengobatan TBC? Contoh: Dukungan dari keluarga dan teman, stigma, diskriminasi, keyakinan budaya dan agama, akses ke layanan kesehatan, kepemilikan BPJS, hambatan sosial ekonomi, hambatan geografis, kekhawatiran kerahasiaan, serta efek samping yang dikhawatirkan/dirasakan		
5	Dukungan apa yang Anda terima dari petugas kesehatan terkait TBC? Probing: Edukasi, motivasi, <i>reminder</i> untuk memulai dan mematuhi pengobatan? Bentuk konseling dan informasi apa yang Anda terima? Apa Informasi dan dukungan lain yang anda perlukan untuk yakin segera memulai pengobatan?		

6	<p>Apa yang Anda ketahui dan yakini tentang TBC?</p> <p>Probing: Bagaimana pemahaman tentang penyebab, cara penularan, cara pencegahan, dan bahaya TBC Bagaimana persepsi Anda tentang TBC? Bagaimana kerentanan dan keyakinan tentang TBC</p>	
7	<p>Apa pendapat Anda tentang layanan kesehatan terkait TBC yang sedang Anda terima atau pernah Anda terima?</p> <p>Probing: Apa kekurangan yang perlu ditingkatkan/diperbaiki?</p>	

Lampiran II. Panduan Wawancara Pasien TBC yang tidak/belum Menjalani Pengobatan

Provinsi :		Kab/Kota :	Tanggal :
Waktu mulai :		Waktu selesai :	
Nama Responden:		Usia :	Sex : M/F
Edukasi :		Pekerjaan :	No.Hp :
Status Pernikahan :			
No	Pertanyaan	Jawaban	
1	Jika anda mengalami keluhan dengan tanda/gejala di paru dan saluran napas, kemana anda biasanya mencari pengobatan		
2	<p>Bisakah Anda menjelaskan tahap mencari pengobatan dari awal munculnya gejala hingga terdiagnosis?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tolong jelaskan prosesnya mulai dari saat pertama kali Anda menyadari gejala, mencari perhatian medis, menjalani tes diagnostik (misalnya, pengumpulan dahak), menerima hasil tes, dan akhirnya memulai pengobatan. ● Apa tanggal dan bulan di setiap tahap? 		
3	<p>Menurut Anda apa sakit yang alami saat ke fasyankes yang terakhir ini?</p> <p>Probing: Bagaimana pemahaman tentang penyebab, cara penularan, cara pencegahan, dan bahaya sakit tersebut?</p>		
4	<p>Mohon jelaskan alasan mengapa Anda belum memulai atau menunda pengobatan TBC.</p> <p>Probing:</p> <p>Apa faktor penghambat, anda mengikuti pengobatan</p> <p>Apa kekhawatiran atau ketakutan yang Anda rasakan</p> <p>Contoh: Dukungan dari keluarga dan teman, stigma, diskriminasi, keyakinan budaya dan agama, akses ke layanan kesehatan, kepemilikan BPJS, hambatan sosial ekonomi, hambatan geografis, kekhawatiran kerahasiaan, serta efek samping yang dikhawatirkan/dirasakan</p>		

5	<p>Apakah Anda menerima konseling, informasi, dan edukasi kesehatan terkait TBC?</p> <p>Probing: Bentuk konseling dan informasi apa yang Anda terima? Apakah informasi ini membantu Anda lebih memahami keseriusan TBC dan pentingnya pengobatan?</p> <p>Informasi dan dukungan apa yang anda perlukan untuk yakin segera memulai pengobatan?</p>	
6	<p>Apa pendapat Anda tentang layanan kesehatan terkait TBC yang sedang Anda terima atau pernah Anda terima?</p> <p>Probing: Apa kekurangan yang perlu ditingkatkan/diperbaiki?</p>	

Lampiran 12. Pertanyaan FGD Untuk TBC Program Manager Puskesmas

Nama Responden 1:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 2:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 3:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 4:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 5:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 6:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 7:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 8:		Tempat Bekerja:
No	Pertanyaan	Jawaban
1	<p>Apa peran Anda dalam inisiasi pengobatan TBC sensitif obat?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Jika terdapat pasien terdiagnosis TBC, apa saja KIE yang anda sampaikan? ● Apa yang anda lakukan jika ada pasien TBC yang tidak memulai pengobatan? 	
2	<p>Apa tantangan/hambatan yang dihadapi dalam memotivasi pasien TBC untuk memulai pengobatan di setiap jenis fasilitas kesehatan?</p> <p>Probing: Bagaimana Anda merespon tantangan/hambatan tersebut dan bagaimana hal ini diantisipasi?</p>	
3	<p>Bagaimana alur pelaksanaan jejaring layanan TBC antar fasilitas kesehatan di wilayah Anda?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bagaimana tindak lanjut pasien yang dirujuk antar fasilitas kesehatan? ● Apa hambatan utamanya dan bagaimana hal ini diantisipasi? 	
4	<p>Apa praktik baik dalam inisiasi pengobatan di fasilitas kesehatan?</p> <p>Probing: Apa dampaknya untuk meningkatkan jumlah pasien yang memulai berobat?</p>	
5	<p>Bagaimana pencatatan dan pelaporan data TBC dilakukan di fasilitas kesehatan di wilayah Anda?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apakah ada pasien TBC yang sedang menjalani pengobatan tetapi pengobatannya belum tercatat di SITB dan apa alasannya? 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Berapa lama (hari) waktu yang diperlukan untuk memasukkan data pada setiap tahapan (<i>cascade</i>)? • Siapa yang bertanggung jawab untuk menganalisis data terkait inisiasi pengobatan pasien TBC? • Inisiatif apa yang telah diimplementasikan terkait kualitas data untuk memastikan pencatatan dan pelaporan inisiasi pengobatan pasien TBC? 	
6	Kegiatan rutin apa yang dilakukan untuk memantau inisiasi pengobatan pasien TBC? Dan seberapa sering kegiatan pemantauan ini dilakukan?	
7	Apa masukan Anda untuk meningkatkan layanan TBC khususnya untuk meningkatkan inisiasi pengobatan?	

Lampiran 13. Pertanyaan FGD untuk TBC Officer di Klinik Swasta dan Pemerintah

Nama Responden 1: Tempat Bekerja:		
Nama Responden 2: Tempat Bekerja:		
Nama Responden 3: Tempat Bekerja:		
Nama Responden 4: Tempat Bekerja:		
Nama Responden 5: Tempat Bekerja:		
Nama Responden 6: Tempat Bekerja:		
Nama Responden 7: Tempat Bekerja:		
Nama Responden 8: Tempat Bekerja:		
No	Pertanyaan	Jawaban
1	<p>Apa peran Anda dalam inisiasi pengobatan TBC sensitif obat?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Jika terdapat pasien terdiagnosis TBC, apa saja KIE yang anda sampaikan? ● Apa yang anda lakukan jika ada pasien TBC yang tidak memulai pengobatan? 	
2	<p>Apa tantangan/hambatan yang dihadapi dalam memotivasi pasien TBC untuk memulai pengobatan di setiap jenis fasilitas kesehatan?</p> <p>Probing: Bagaimana Anda merespon tantangan/hambatan tersebut?</p>	
3	<p>Bagaimana alur pelaksanaan jejaring layanan TBC antar fasilitas kesehatan?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bagaimana tindak lanjut pasien yang dirujuk antar fasilitas kesehatan? ● Apa hambatan utamanya dan bagaimana hal ini diantisipasi? 	
4	<p>Apa praktik baik dalam inisiasi pengobatan di fasilitas kesehatan?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Probing: Apa dampaknya untuk meningkatkan jumlah pasien yang memulai berobat? 	
5	<p>Bagaimana pencatatan dan pelaporan data TBC dilakukan di fasilitas kesehatan di wilayah Anda?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apakah ada pasien TBC yang sedang menjalani pengobatan tetapi pengobatannya belum tercatat di SITB dan apa alasannya? 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Berapa lama (hari) waktu yang diperlukan untuk memasukkan data pada setiap tahapan (<i>cascade</i>)? • Siapa yang bertanggung jawab untuk menganalisis data terkait inisiasi pengobatan pasien TBC? <p>Inisiatif apa yang telah diimplementasikan terkait kualitas data untuk memastikan pencatatan dan pelaporan inisiasi pengobatan pasien TBC?</p>	
6	Kegiatan rutin apa yang dilakukan untuk memantau inisiasi pengobatan pasien TBC? Dan seberapa sering kegiatan pemantauan ini dilakukan?	
7	Apa masukan Anda untuk meningkatkan layanan TBC khususnya untuk meningkatkan inisiasi pengobatan?	

Lampiran 14. Pertanyaan FGD untuk Kader Kesehatan

Nama Responden 1:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 2:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 3:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 4:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 5:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 6:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 7:		Tempat Bekerja:
No	Pertanyaan	Jawaban
1	<p>Apa peran kader dalam jejaring layanan TBC yang dilaksanakan di wilayah puskesmas?</p> <p>Probing: Mohon jelaskan keterlibatan kader kesehatan dalam penemuan kasus TBC, edukasi, dan rujukan untuk diagnosis.</p>	
2	<p>Apa peran kader dalam mendukung pasien untuk memulai pengobatan?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Berdasarkan pengalaman kader, apa penyebab pasien tidak memulai pengobatan ? ● Bagaimana proses pendampingan yang dilakukan oleh kader untuk memastikan pasien melakukan pengobatan TBC ? termasuk bagaimana pemberian informasi kepada pasien yang dilakukan oleh kader? 	
4	<p>Apa tantangan atau hambatan yang dihadapi dalam mendorong atau memotivasi pasien TBC untuk memulai dan mematuhi pengobatan?</p> <p>Probing: Bagaimana Anda merespons tantangan/hambatan tersebut dan bagaimana hal ini diantisipasi?</p>	
5	<p>Apa praktik baik yang Anda ikuti dalam membantu pasien TBC memulai pengobatan?</p> <p>Probing: Apa dampaknya dalam meningkatkan jumlah pasien yang memulai pengobatan?</p>	

Lampiran 15. Pertanyaan FGD untuk Dokter Praktik Umum Swasta

Nama Responden 1:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 2:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 3:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 4:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 5:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 6:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 7:		Tempat Bekerja:
No	Pertanyaan	Jawaban
1	<p>Bagaimana manajemen pasien dimulai dari skrining hingga pengobatan dan pelaporan di fasilitas kesehatan Anda?</p> <p>Probing: apa saja KIE yang anda sampaikan?</p> <p>Bagaimana tindak lanjut pasien yang dirujuk antar fasilitas kesehatan?</p>	
2	<p>Apa peran Anda dalam inisiasi pengobatan TBC sensitif obat?</p> <p>Probing: Apa yang anda lakukan jika ada pasien TBC yang tidak berobat?</p>	
3	<p>Bagaimana Anda menggambarkan perilaku kepatuhan pasien TBC dalam memulai pengobatan berdasarkan pengalaman Anda?</p> <p>Probing: Apakah ada pengalaman pada pasien tertentu seperti: obat yang dibeli sendiri, diagnosis dari hasil rontgen, pasien tersebut lebih cepat memulai dan patuh berobat?</p>	
4	<p>Apa tantangan/hambatan yang dihadapi dalam memotivasi pasien TBC untuk menginisiasi pengobatan di fasilitas kesehatan Anda?</p> <p>Probing: Bagaimana Anda merespons tantangan/hambatan tersebut?</p>	
5	<p>Apa praktik baik dalam inisiasi pengobatan pasien di fasilitas kesehatan?</p> <p>Probing: Apa dampaknya untuk meningkatkan jumlah pasien yang memulai berobat?</p>	

Lampiran 16. Pertanyaan FGD TBC Officer di Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta

Nama Responden 1:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 2:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 3:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 4:		Tempat Bekerja:
Nama Responden 5:		Tempat Bekerja:
No	Pertanyaan	Jawaban
1	<p>Apa peran Anda dalam inisiasi pengobatan TBC sensitif obat?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Jika terdapat pasien terdiagnosis TBC, apa saja KIE yang anda sampaikan? ● Apa yang anda lakukan jika ada pasien TBC yang tidak memulai pengobatan? 	
2	<p>Apa tantangan/hambatan yang dihadapi dalam memotivasi pasien TBC untuk memulai pengobatan di setiap jenis fasilitas kesehatan?</p> <p>Probing: Bagaimana Anda merespon tantangan/hambatan tersebut?</p>	
3	<p>Bagaimana alur pelaksanaan jejaring layanan TBC antar fasilitas kesehatan Anda?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bagaimana tindak lanjut pasien yang dirujuk antar fasilitas kesehatan? ● Apa hambatan utamanya dan bagaimana hal ini diantisipasi? 	
4	<p>Apa praktik baik dalam inisiasi pengobatan di fasilitas kesehatan?</p> <p>Probing: Apa dampaknya untuk meningkatkan jumlah pasien yang memulai berobat?</p>	
5	<p>Bagaimana pencatatan dan pelaporan data terkait TBC dilakukan di fasilitas kesehatan di wilayah Anda?</p> <p>Probing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apakah ada pasien TBC yang sedang menjalani pengobatan tetapi pengobatannya belum tercatat di SITB dan apa alasannya? ● Berapa lama (hari) waktu yang diperlukan untuk memasukkan data pada setiap tahapan (<i>cascade</i>)? 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Siapa yang bertanggung jawab untuk menganalisis data terkait inisiasi pengobatan pasien TBC? <p>Inisiatif apa yang telah diimplementasikan terkait kualitas data untuk memastikan pencatatan dan pelaporan inisiasi pengobatan pasien TBC?</p>	
6	Kegiatan rutin apa yang dilakukan untuk memantau inisiasi pengobatan pasien TBC? Dan seberapa sering kegiatan pemantauan ini dilakukan?	
7	Apa masukan Anda untuk meningkatkan layanan TBC khususnya untuk meningkatkan inisiasi pengobatan?	