

## EVALUASI IMPLEMENTASI *PUBLIC PRIVATE MIX* PENGENDALIAN TUBERKULOSIS DI KABUPATEN ENDE PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR TAHUN 2012

*EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION OF PUBLIC PRIVATE MIX FOR TUBERCULOSIS CONTROL IN ENDE DISTRICT EAST NUSA TENGGARA PROVINCE YEAR 2012*

Maria Agustina P.Tondong<sup>1</sup>, Yodi Mahendradhata<sup>2</sup>, Riris Andono Ahmad<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, Propinsi Nusa Tenggara Timur

<sup>2</sup>Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

### ABSTRACT

**Background:** One of the components of the stop TB strategy is to involve all government service providers, private sector, non-governmental organizations in the implementation of quality DOTS known as Public Private Mix (PPM). Ende has executed the implementation of PPM DOTS approach involving government hospitals, private hospitals and private clinics since 2010, but the program has never been evaluated to determine the problem and found a solution to improve the performance of the TB control program in Ende.

**Objectives:** To evaluate the implementation of the Public Private Mix (PPM) for TB control in Ende

**Methods:** This study used a qualitative design, with descriptive case study approach, to describe the implementation of PPM for TB control in Ende, a district of East Nusa Tenggara Province.

**Result and Discussion:** PPM implementation of TB control in Ende not run optimally, this showed by the low performance of the TB control program that is low TB case detection rate (CDR) <70%, although there was an increase in TB case detection (CDR) of 12% , treatment success rate <85%, the conversion rate <80% and the high dropout rate of TB patients > 10% in the last three years. Factors - factors that inhibited the implementation of PPM for TB control are shortage of human resources, insufficient budget, lack of logistics and facilities infrastructures of TB DOTS unit and dependence on donor resources, the absence of operational guidelines governing cooperation mechanisms, the lack of commitment of the government and partners in the implementation of PPM control TB, lack of communication and coordination between PPM network, caseholding of TB patients

**Conclusion:** Implementation of PPM TB Control has not been optimal as it has not improve the performance of the TB control program in the district of Ende yet.

### Keywords:

Evaluation, Implementation, Public Private Mix (PPM), Tuberculosis

### ABSTRAK

**Latar belakang:** Salah satu komponen strategi stop TB adalah melibatkan seluruh penyedia layanan pemerintah, swasta, lembaga swadaya masyarakat dalam pelaksanaan DOTS yang berkualitas yang dikenal dengan *Public Private Mix* (PPM). Kabupaten Ende sejak tahun 2010 telah melaksanakan pendekatan PPM dalam pelaksanaan DOTS yang melibatkan

rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta dan balai pengobatan swasta, namun belum pernah dilakukan evaluasi untuk mengetahui permasalahan dan ditemukan solusi untuk memperbaiki kinerja program pengendalian TB di Kabupaten Ende

**Tujuan Penelitian:** Untuk mengevaluasi implementasi *Public Private Mix* (PPM) pengendalian TB di Kabupaten Ende

**Metode Penelitian:** Penelitian ini menggunakan rancangan kualitatif, dengan pendekatan studi kasus deskriptif, untuk menggambarkan pelaksanaan PPM pengendalian TB di Kabupaten Ende Provinsi Nusa Tenggara Timur.

**Hasil dan Pembahasan:** Implementasi PPM pengendalian TB di Kabupaten Ende belum berjalan optimal, ini terlihat dari masih rendahnya kinerja program pengendalian TB yaitu rendahnya angka penemuan kasus TB (CDR) < 70%, meskipun ada peningkatan penemuan kasus TB (CDR) sebesar 12 %, angka keberhasilan pengobatan < 85%, angka konversi < 80% dan tingginya angka *drop out* pasien TB > 10% dalam kurun waktu tiga tahun terakhir. Faktor – faktor yang menghambat implementasi PPM pengendalian TB adalah keterbatasan sumber daya manusia, anggaran, logistik TB dan sarana prasarana unit DOTS serta ketergantungan sumber daya terhadap pihak donor, tidak adanya pedoman operasional yang mengatur mekanisme kerjasama, kurangnya komitmen pemerintah maupun mitra dalam implementasi PPM pengendalian TB, kurangnya komunikasi dan koordinasi antara jejaring PPM dalam menjaga keteraturan dan keberlangsungan pengobatan penderita TB.

**Kesimpulan:** Implementasi PPM Pengendalian TB belum berjalan optimal karena belum dapat meningkatkan kinerja Program Pengendalian TB di Kabupaten Ende

**Kata kunci:** Evaluasi, Implementasi, Public Private Mix (PPM), Tuberculosis.

### PENGANTAR

Penyakit Tuberkulosis (TB) masih merupakan masalah kesehatan masyarakat dan menjadi tantangan global. Pada tahun 2011 diperkirakan 8–9 juta kasus baru tuberkulosis, 1,1 juta kematian akibat tuberkulosis dan 350.000 kematian pasien HIV dengan TB di seluruh dunia. Sedangkan di Indonesia diperkirakan setiap tahun ada 450,000 kasus baru

dan 64,000 kematian akibat TB<sup>1</sup>. Hasil Riset Kesehatan Daerah (RISKESDAS) tahun 2007 menunjukkan bahwa prevalensi TB di Kabupaten Ende sebesar 15/1000 penduduk<sup>2</sup>.

Salah satu komponen dari strategi Stop TB adalah melibatkan seluruh penyedia pelayanan, pemerintah, lembaga swadaya masyarakat dalam pelaksanaan DOTS yang berkualitas melalui *Public Private Mix* (PPM). Hasil evaluasi PPM di berbagai negara menunjukkan pendekatan ini produktif dan *cost* efektif untuk meningkatkan penemuan kasus 10 - 60%, meningkatkan keberhasilan pengobatan lebih dari 85%, meningkatkan akses pelayanan TB dan mengurangi beban keuangan bagi masyarakat miskin<sup>3</sup> PPM di Kabupaten Ende dimulai dengan *Hospital DOTS Linkage* (HDL) sejak tahun 2010, dengan melibatkan satu unit rumah sakit pemerintah, satu unit rumah sakit swasta dan tiga unit BP swasta. Sarana pelayanan kesehatan swasta ini merupakan asosiasi PERDAKHI.

Hasil pelaksanaan program pengendalian TB di Kabupaten Ende berdasarkan laporan evaluasi Dinas Kesehatan dalam kurun waktu lima tahun terakhir terlihat pada Tabel 1<sup>4</sup>.

Tabel 1, menggambarkan bahwa meskipun kerjasama dengan rumah sakit dan BP Swasta telah dilaksanakan di Kabupaten Ende tetapi belum dapat meningkatkan kinerja program TB, maka peneliti tertarik untuk mengevaluasi implementasi PPM pengendalian TB di Kabupaten Ende. PPM pengendalian TB belum pernah dievaluasi, sehingga perlu dilakukan evaluasi untuk mengetahui semua permasalahan dan ditemukan solusi dalam mengatasi permasalahan tersebut. Oleh karena itu, tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi implementasi PPM pengendalian TB di Kabupaten Ende.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus, yaitu untuk menggambarkan implementasi PPM pengendalian TB di Kabupaten Ende. Penelitian ini melibatkan 36 responden yang terdiri: 2 orang responden dari Dinas Kesehatan, 5 orang responden dari RSUD Ende, 3 orang responden dari RS. St. Antonius Jopu, 3 orang responden dari BP. Martin De Pores, 2 orang responden dari BP Kartini Ndona, 1 orang responden dari BP. Gunung Maria Moni, 1 orang responden dari PERDAKHI wilayah Keuskupan Agung Ende serta 19 responden dari Puskesmas. Lokasi penelitian dilakukan di wilayah Kabupaten Ende. Data diambil secara *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap subjek penelitian, observasi dan telaan dokumen yang terkait dengan masalah penelitian. Analisa data dilakukan dengan cara *content analysis* (transkrip, *cut and paste*, koding dan kategori) selanjutnya data disajikan dalam bentuk tabel atau narasi.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Kabupaten Ende telah melaksanakan PPM pengendalian TB yang melibatkan rumah sakit dan BP swasta sejak tahun 2010. Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan penemuan kasus dan kualitas pengobatan. Hasil dari implementasi PPM pengendalian TB di Kabupaten Ende dapat dilihat pada Tabel 2.

Pada Tabel 2, menggambarkan bahwa implementasi PPM pengendalian TB di Kabupaten Ende belum berjalan optimal. Hal ini dilihat dari masih rendahnya kinerja program pengendalian TB yaitu rendahnya angka penemuan kasus TB (CDR) < 70 %, meskipun telah terjadi peningkatan angka penemuan kasus (CDR) tahun 2012 sebesar 12%. Sementara

Tabel 1. Cakupan Program TB di Kabupaten Ende Tahun 2007 – 2011

Cakupan	2007	2008	2009	2010	2011	Standar Prog. TB
CDR	22,3 %	30,1%	24,5%	22,5%	23,4%	70 %
Konversi rate	80,5%	86%	86%	90%	89%	80%
Succes Rate	86%	81%	80%	87%	80%	>85%
Error rate	12%	8,6%	15%			<5%

Sumber : Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kab.Ende

Tabel 2. Cakupan Program TB di Kabupaten Ende Tahun 2007 – 2012

Cakupan	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	Standar Program TB
CDR	22,3	30,1	24,5	22,5	23,4	35,2	70%
Konversi rate	80,5	86	86	90	89	83	80%
Succes rate	86	81	80	87	80	77	> 85%
Error rate	12	8,6	15				< 5%
Angka Drop Out				>10	> 10	>10	< 10%

angka keberhasilan pengobatan menurun dan belum mencapai target yaitu < 85 % dan tingginya angka *drop out* pasien TB > 10 % dalam kurun waktu tiga tahun terakhir. Hal yang sama ditemukan di Yogyakarta dimana implementasi PPM melalui HDL menunjukkan terjadi peningkatan angka notifikasi dan penemuan kasus TB, namun angka konversi dan keberhasilan pengobatan rendah<sup>5</sup>. Ekspansi DOTS ke fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan bersamaan dengan peningkatan mutu program penanggulangan tuberkulosis di kabupaten/ kota dengan terus berusaha meningkatkan atau minimal mempertahankan, angka konversi lebih dari 80%, angka keberhasilan pengobatan lebih dari 85%, angka kesalahan laboratorium di bawah 5%<sup>6</sup>.

Implementasi PPM pengendalian TB di Kabupaten Ende belum berjalan optimal karena belum dapat meningkatkan kinerja program pengendalian TB, dipengaruhi oleh beberapa faktor dari segi *input* sehingga menyebabkan proses tidak berjalan efektif.

#### **Keterbatasan Sumber Daya dalam Implementasi *PUBLIC PRIVATE MIX* (PPM) Pengendalian Tuberculosis (TB)**

Sumber daya dalam implementasi PPM pengendalian TB terdiri dari Sumber Daya Manusia (SDM) yaitu tenaga terlatih program TB DOTS dan sumber daya non manusia yaitu anggaran/dana, logistik TB serta sarana prasarana unit DOTS.

Keterbatasan sumber daya pendukung dalam implementasi PPM pengendalian TB antara lain: 1). kurangnya sumber daya manusia baik jumlah maupun jenisnya dan beban kerja tinggi tenaga terlatih, 2). minimnya alokasi anggaran untuk kegiatan di fasyankes PPM, 3) logistik TB yang kurang, dan 4). tidak adanya sarana unit DOTS, sehingga menghambat pelaksanaan program TB DOTS di fasilitas pelayanan kesehatan PPM. Penghambat dalam pelayanan TB untuk penegakan diagnosa dan pengobatan disebabkan karena kekurangan tenaga, ketersediaan obat kurang, dan kekurangan sumber daya untuk melakukan pengawasan<sup>7</sup>.

Ketersediaan sumber daya baik finansial maupun kompetensi implementor merupakan faktor penting untuk implementasi kebijakan yang efektif<sup>8</sup>. Oleh karena itu *National Tuberculosis Program* (NTP) harus mempunyai kapasitas atau kemampuan yang cukup untuk menjamin ketersediaan obat, pelatihan yang tepat dan melakukan pengawasan sehingga implementasi *Public Private Partnership* (PPP) dapat berhasil<sup>9</sup>.

Penelitian ini juga menunjukkan kapasitas pemerintah daerah kurang untuk menyediakan sumber daya dalam implementasi PPM pengendalian TB,

ini terlihat dari adanya ketergantungan dana terhadap pihak donor *ageny Global Fund* TB untuk pelatihan tenaga dan pelaksanaan program pengendalian TB serta *suplay* logistik TB yang tergantung kepada pemerintah propinsi dan pusat. Hal yang sama terjadi di Tapanuli Selatan bahwa program penanggulangan TB masih menggunakan perencanaan, pelaksanaan, pengawasan kegiatan program yang bersifat *top down* mengingat ada ketergantungan dana dari bantuan *funding* luar<sup>10</sup>. Hubungan ketergantungan yang tinggi antara aktor dapat menyebabkan implementasi kebijakan tidak dapat berjalan efektif<sup>11</sup>. Sedangkan prinsip dasar implementasi PPM pengendalian TB adalah sumber daya keuangan, koordinasi, pelatihan, supervisi dan pengawasan disediakan oleh NTP baik tingkat pusat maupun daerah<sup>3</sup>.

Pedoman *exit strategy* dana hibah *Global Fund* ATM, menegaskan bahwa dana *Global Fund* akan berakhir pada tahun 2015, sehingga kementerian kesehatan perlu menyiapkan langkah-langkah strategis untuk mencegah terjadinya kekurangan pembiayaan dalam pelaksanaan kegiatan pengendalian TB<sup>12</sup>.

#### **Komitmen Pemerintah dan Mitra Kurang dalam Implementasi PPM Pengendalian TB.**

Kebijakan PPM pengendalian TB merupakan kebijakan yang bersifat *top down* bukan inisiatif daerah, dinas kesehatan hanya sebagai pelaksana tingkat kabupaten, menyebabkan respon dinas kesehatan belum siap dalam ekspansi program TB DOTS ke rumah sakit dan balai pengobatan. Disposisi implementor yaitu respon implementor terhadap kebijakan akan mempengaruhi kemauannya dalam melaksanakan kebijakan<sup>8</sup>. Sedangkan tanggung jawab pemerintah baik tingkat pusat maupun daerah adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat termasuk penanggulangan TB dan membangun kemitraannya<sup>13</sup>. Oleh karena itu NTP baik tingkat pusat maupun daerah tidak hanya menunjukkan bagaimana strategi DOTS dapat berhasil diterapkan tetapi harus memiliki kapasitas tambahan termasuk komitmen untuk mendukung kemitraan yang berkelanjutan<sup>3</sup>.

Kurangnya komitmen pemerintah dan mitra, juga dibuktikan dengan tidak adanya perjanjian kerjasama atau MOU antara dinas kesehatan, rumah sakit, balai pengobatan dan Puskesmas, serta kebijakan internal organisasi di rumah sakit maupun balai pengobatan berupa SK tim DOTS dan Standar Operasional Prosedur (SOP) pelayanan TB, dalam implementasi PPM pengendalian TB. Kombinasi antara komitmen organisasi dan kebijakan yang relevan di rumah sakit dan program TB diperlukan untuk mem-

perkuat pelaksanaan DOTS di rumah sakit<sup>14</sup>. Proses implementasi kebijakan harus memiliki dasar hukum yang jelas sehingga menjamin terjadinya kepatuhan para petugas lapangan dan kelompok sasaran, juga dukungan dari para *stakeholders* dan komitmen serta keahlian dari para pelaksana kebijakan sehingga implementasi kebijakan dapat berhasil<sup>15</sup>.

Komitmen pemerintah dan mitra kurang dalam implementasi PPM pengendalian TB terlihat dari minimnya anggaran yang dialokasikan untuk kegiatan kemitraan program TB dan alokasi dana masih memprioritaskan untuk kegiatan program TB ke puskesmas. Komitmen pemerintah dan mitra kurang dilihat juga dari alokasi sumber daya manusia tenaga terlatih wasor dan tim DOTS rumah sakit yang tidak sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan program. Sementara komitmen dan kemauan pemerintah merupakan unsur yang paling penting dalam implementasi program DOTS di sektor-sektor swasta. NTP bertanggung jawab atas pembiayaan, dukungan teknis, pelatihan, perlengkapan dan obat-obatan<sup>16</sup>. Hasil penelitian di India membuktikan bahwa keberhasilan implementasi PPM pengendalian TB dipengaruhi oleh adanya regulasi yang mengatur kemitraan, adanya komitmen dari pemerintah pelaksana DOTS, adanya pembiayaan dari pemerintah serta pendidikan dan pelatihan bagi sektor swasta<sup>17</sup>.

### **Regulasi dalam Implementasi PPM Pengendalian TB Tidak Ada.**

Implementasi PPM pengendalian TB di Kabupaten Ende, tidak ada pedoman operasional atau juknis PPM yang mengatur mekanisme kerja kemitraan. Petunjuk pelaksanaan hanya disampaikan secara lisan pada saat pertemuan kesepakatan ekspansi program TB DOTS ke rumah sakit dan balai pengobatan swasta pada tahun 2010, selanjutnya implementasi PPM pengendalian TB hanya mengacu pada buku pedoman nasional penanggulangan TB tahun 2007. Sementara pedoman operasional sangat penting untuk menjelaskan peran dan tanggung jawab bersama antara NTP dan penyedia layanan swasta<sup>18</sup>.

Implementasi kebijakan dipengaruhi oleh standar dan sasaran kebijakan. Standar dan sasaran kebijakan tidak jelas akan terjadi multi interpretasi sehingga akan menimbulkan konflik diantara para agen implementasi<sup>8</sup>. Banyak hambatan yang ditemukan akibat tidak adanya pedoman operasional atau juknis PPM yang mengatur mekanisme kerja PPM pengendalian TB terutama dalam menjaga keteraturan dan keberlangsungan pengobatan pasien, karena kurang jelasnya peran dan tanggung

jawab masing-masing jejaring PPM, tidak adanya mekanisme rujukan yang jelas, sehingga menimbulkan konflik antara jejaring PPM DOTS dan ketidakpatuhan petugas dalam memberi pelayanan TB DOTS. Kurangnya kejelasan peran tiap anggota mitra dalam manajemen kemitraan dan tidak adanya pedoman kebijakan yang jelas dapat menghambat pelaksanaan proses kemitraan sehingga menyebabkan kemitraan gagal mencapai tujuan<sup>19</sup>. Salah satu hambatan utama dalam menjalin kerjasama *public private* dari sektor NTP dalam pelayanan TB yaitu tidak ada mekanisme atau regulasi untuk mengatur keterlibatan sektor swasta<sup>20</sup>.

### **Jejaring PPM Pengendalian Tuberculosis Tidak Berfungsi dengan Baik.**

Permasalahan ekspansi DOTS di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya seperti rumah sakit, dokter praktek swasta, klinik memiliki keterbatasan dalam menjaga keteraturan dan keberlangsungan pengobatan pasien sampai selesai jika dibandingkan dengan Puskesmas. Jejaring PPM pengendalian TB di Kabupaten Ende tidak berfungsi dengan baik, hal ini terlihat dari tingginya angka *drop out* pasien TB di fasyankes PPM terutama fasyankes rumah sakit rata-rata > 10%. Suatu sistem jejaring dapat dikatakan berfungsi secara baik apabila angka default < 5 % pada setiap fasyankes<sup>6</sup>.

Jejaring internal tidak berfungsi dengan baik dalam menjaga keteraturan dan keberlangsungan pengobatan pasien disebabkan karena: 1) kurangnya komitmen manajemen rumah sakit dalam penerapan DOTS di rumah sakit, 2) Tim DOTS tidak bekerja optimal karena beban kerja tinggi atau tugas rangkap, 3) tidak ada unit DOTS khusus dalam pelayanan TB yang komprehensif di rumah sakit sehingga menyebabkan kesulitan koordinasi antara unit dan jejaring eksternal, dan 4) kurangnya komunikasi dan koordinasi antara unit-unit jejaring internal.

Salah satu unsur penting dalam penerapan DOTS di rumah sakit adalah komitmen yang kuat dari pimpinan rumah sakit, komite medik dan profesi lain dan profesi lain termasuk dukungan administrasi dan operasional lainnya. Untuk itu harus ada sumber daya pendukung antara lain dibentuk tim DOTS rumah sakit yang melibatkan seluruh komponen terkait dalam penanganan pasien TB, dan disediakan ruangan untuk unit DOTS sebagai tempat penanganan pasien dan pusat informasi TB. Koordinasi kegiatan dilaksanakan oleh tim DOTS rumah sakit yang dikukuhkan dengan SK Direktur/ Pimpinan rumah sakit<sup>20</sup>. Pentingnya proses *case holding* terutama komitmen, sistem yang baik dan komunikasi

untuk mencapai keberhasilan pengobatan, serta rumah sakit tidak bisa mencapai kualitas kinerja yang baik tanpa adanya jejaring yang tepat dengan puskesmas<sup>21</sup>.

Jejaring eksternal PPM pengendalian TB tidak berfungsi dengan baik disebabkan karena: 1) tidak adanya komunikasi dan koordinasi antara jejaring PPM untuk *case holding* penderita TB, 2) mekanisme rujukan tidak jelas dan kurangnya dukungan kerjasama antara fasyankes dalam rujukan penderita TB seperti rujukan tidak menggunakan surat rujukan (TB 09), hasil pemeriksaan laboratorium (TB 05), 3) tidak ada alat bantu kelancaran proses rujukan (formulir rujukan, daftar nama dan nomor telepon petugas penanggung jawab di fasyankes), dan 4) dinas kesehatan belum berperan aktif dalam mengkoordinir jejaring PPM.

Jejaring dapat berjalan baik diperlukan seorang koordinator jejaring DOTS yang bekerja penuh waktu, peran aktif wasor, mekanisme jejaring antar institusi yang jelas, tersedianya alat bantu kelancaran proses rujukan, dukungan dan kerjasama antara fasyankes dalam kegiatan rujukan pasien TB, pertemuan koordinasi secara berkala minimal tiga bulan sekali diantara fasyankes yang dikoordinasi oleh dinas kesehatan dengan melibatkan semua pihak lain yang terkait<sup>6</sup>. Untuk itu sistem rujukan yang efektif harus dibangun antara unit pelayanan. Mekanisme rujukan yang tepat secara lokal serta sumber daya untuk memonitor rujukan dan memastikan pasien yang didiagnosa TB tidak putus setelah dirujuk untuk pengobatan<sup>3</sup>.

Dinas Kesehatan dalam jejaring PPM berfungsi untuk melakukan koordinasi antar fasilitas pelayanan kesehatan, menyusun protap jejaring layanan pasien TB, memastikan protap berjalan, pembinaan, monitoring dan evaluasi penerapan DOTS, kegiatan TB lainnya di fasyankes dan memastikan sistem surveilans (pencatatan dan pelaporan) berjalan<sup>6</sup>, namun penelitian ini menunjukkan dinas kesehatan belum berperan aktif dalam jejaring PPM untuk melakukan koordinasi antara fasyankes PPM. Hal ini ditunjukkan dengan tidak adanya pertemuan koordinasi secara intensif setiap triwulan antara jejaring PPM, pertemuan hanya melalui pertemuan monitoring namun masalah kemitraan jarang dibahas dan para *stakeholders* terkait tidak dilibatkan dalam pertemuan. Belum ada advokasi atau pendekatan ke rumah sakit, maupun koordinasi melalui supervisi serta validasi data kasus rujukan antara fasyankes PPM belum berjalan dengan baik.

Dialog atau komunikasi yang aktif dan intensif antara *stakeholders* merupakan kunci keberhasilan untuk mendapat dukungan *stakeholders* yang kuat

dalam pengembangan PPM pengendalian TB dan menyelesaikan potensi konflik yang muncul antara *stakeholders* dalam PPM pengendalian TB serta adanya sistem rujukan dan informasi yang sederhana<sup>17</sup>. Selain dialog atau komunikasi yang intensif, bekerja sama dan saling menghargai antara mitra serta pentingnya mendorong sikap positif terhadap PPP merupakan salah satu faktor yang dapat membuat PPP pengendalian TB sukses<sup>9</sup>.

Peran dinas kesehatan kurang dalam mengkoordinir jejaring PPM pengendalian TB juga disebabkan karena keterbatasan tenaga, koordinasi antara jejaring PPM dilaksanakan oleh wasor, sedangkan koordinator jejaring DOTS atau komite DOTS belum terbentuk. Hambatan utama dalam menjalin kerjasama antara *public private* dalam pelayanan TB yaitu kurangnya sumber daya untuk melakukan koordinasi dan supervisi<sup>22</sup>, koordinasi penggerak kemitraan yang tidak profesional dalam menjalankan kemitraan yang menyebabkan sebuah kemitraan gagal mencapai tujuannya<sup>19</sup>, sehingga penting membangun *stakeholders* yaitu komite DOTS sebagai penghubung untuk koordinasi DOTS antara NTP dan berbagai penyedia layanan kesehatan, untuk memperkuat sistem rujukan, koordinator rujukan ditunjuk dan diawasi oleh komite DOTS. Jika terjadi permasalahan dalam rujukan pelacakan kasus dilakukan oleh puskesmas dan komunikasi penting dilaksanakan dengan koordinator rujukan<sup>5</sup>.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Implementasi PPM di Kabupaten Ende dapat meningkatkan penemuan kasus (CDR) namun angka keberhasilan pengobatan, dan angka konversi menurun dan serta masih tingginya angka *drop out* penderita TB. Implementasi PPM belum berjalan optimal karena belum dapat meningkatkan kinerja program pengendalian TB disebabkan karena faktor-faktor: 1) keterbatasan sumber daya baik sumber daya manusia maupun sumber daya non manusia (anggaran, logistik TB, dan sarana unit DOTS) serta ketergantungan sumber daya terhadap pihak donor *agency Global Fund*, pemerintah pusat dan provinsi, 2) regulasi atau pedoman operasional yang mengatur mekanisme kerja PPM tidak ada, 3) komitmen pemerintah dan mitra kurang dalam mendukung implementasi PPM pengendalian TB antara lain tidak ada MOU antara dinas kesehatan, rumah sakit, dan balai pengobatan, kebijakan internal organisasi, alokasi anggaran terbatas untuk PPM, alokasi sumber daya masih memprioritaskan untuk peningkatan kinerja program TB di puskesmas, dan 4) jejaring PPM tidak berfungsi dengan baik dalam menjaga keteraturan dan keberlangsungan pengobatan pasien TB ( *case*

*holding*) karena kurangnya komunikasi dan koordinasi antara jejaring PPM.

### Saran

Pemerintah diharapkan dapat menjamin ketersediaan logistik TB, pelatihan tenaga program TB, peningkatan alokasi anggaran untuk PPM pengendalian TB. Dinas Kesehatan perlu melakukan advokasi kepada pengambil kebijakan di daerah dan mitra untuk meningkatkan komitmen mereka terhadap program TB, membuat MOU dengan rumah sakit, balai pengobatan serta pedoman operasional PPM, meningkatkan fungsi jejaring PPM melalui advokasi, supervisi, pertemuan koordinasi dan validasi data, dan membuat buku saku rujukan kasus. Rumah Sakit dan Balai Pengobatan menyusun kebijakan internal organisasi (SK Tim DOTS dan SOP pelayanan TB), alokasi dana untuk program TB DOTS, menyediakan unit dots di rumah sakit, mengoptimalkan tim DOTS, serta dukungan/ komitmen kerjasama dalam rujukan kasus dengan dinas kesehatan dan Puskesmas.

### REFERENSI

1. WHO. Global Tuberculosis Control Report 2011. Geneva. 2011.
2. Departemen Kesehatan RI. Laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Tahun 2007 Propinsi NTT. Departemen Kesehatan RI. Jakarta. 2008.
3. WHO. Engaging All Health Care Provides In TB Control: Guidance On Implementing Public Privat Mix Approaches, Geneva. 2006.
4. Dinkes Kabupaten Ende. Laporan Tahun 2007-2011, Ende: Dinas Kesehatan Kabupaten Ende. 2011.
5. Irawati SR, Basri C, Arias MS, Prihartini S, Rintiswati N, Voskens J, Kimerling ME. Hospital DOTS Linkage in Indonesia : a model for DOTS expansion into government and private hospitals, *Int J 7 Lung Dis.* 2007;11(1):33-39
6. Kemenkes RI. Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta. 2011.
7. Mahendradhata Y, Lambert ML, Vandeun A, Matthys F, Boelaert, Van der Stuyift F. Stong General Health Care System: a prerequisite to reach global tuberculosis control targets, *Int J Health Plann Mgmt*, 2003;83:53-65.
8. Subarsono AG. Analisis Kebijakan Publik. Pustaka Belajar. Yogyakarta. 2005.
9. Newell JN, Pande SB, Baral SC, Bam DS, Malla P. Leaderships, Management and Technical Lesson Learnt From a success public privat partnerships for TB Control in Nepal, *Int J Tuberc Lung Dis.* 2005;9:1013-1017.
10. Fahmi I, Andono R, Hasanbasri M. (2007) Desain Organisasi Penanggulangan Tuberkulosis, Implementasi Strategi DOTS di Tapanuli Selatan, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2007;18(02).
11. Nugroho R. Public Policy: Dinamika Kebijakan, Analisis Kebijakan, Manajemen Kebijakan. PT Alex Media Komputindo, Kompas Gramedia. Jakarta. 2012.
12. Kemenkes RI. Pedoman Exit Strategi Dana Hibah Global Fund AIDS. Tuberkulosis dan Malaria. Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta. 2012.
13. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Departemen Kesehatan RI. Jakarta. 2007.
14. Probandari A, Lindholm L, Stendlud H, Utarini A, Hurting AK. (2010) Missed Oportunity For Standardrized Diagnosis and Treatment Patients in Hospital Involved in Public Privat Mix for Directly Observed Treatment Short-Course Strategy in Indonesia, *BMC Health Services Research Journal.* 2010;10:113.
15. Purwanto EA dan Sulistyastuti DR. Implementasi Kebijakan Publik, Konsep dan Aplikasinya di Indonesia, Gava Media. Yogyakarta. 2012.
16. WHO. Public Privat Mix for DOTS: Pratical tools to help implementation, Geneva. 2003.
17. Lonnorth K, Uplear M, Arora VK, Juvekar S, Lan NTN, Mwaniki D, Pathania V. Public Privat Mix for DOTS Implementation: what makes it work? *Bulletin World Health Organization.* 2004;82:580-86.
18. WHO. Public Privat Mix TB Care and Control: A Tool Kit, Geneva. 2010.
19. Wildridge V, Childst S, Madget B. How to create successful partnerships – a reiew of the literature. *Health Information and Library Journal.* 2004;21: 3-19.
20. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Penerapan DOTS di Rumah Sakit, Departemen Kesehatan RI. Jakarta. 2007.
21. Probandari A, Utarini A, Hurting AK. Achieving Quality in the Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS) strategi implementation process: a challenge for Hospital Public Privat Mix, *Glob Health Action Journal.* 2008;17:1.
22. Upklear M. Involving Private Health Care providers in delivery of TB care: global strategi, *Tuberkulosis.* 2003;83:156-164.