



# PANDUAN IMPLEMENTASI PROGRAM (PIP)

DANA HIBAH GLOBAL FUND TAHUN 2021-2023  
(PERIODE TAHUN 2023)

Disusun oleh

PRINCIPAL RECIPIENT (PR) KONSORSIUM KOMUNITAS PENABULU - STPI  
Versi 3.0



PR KOMUNITAS  
ELIMINASI TBC  
INDONESIA

### Informasi pengembangan dokumen

<b>Versi</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Informasi perubahan dokumen</b>
1.0	22 Januari 2021	Versi pertama untuk tahun pertama
1.1	2 Februari 2021	Penambahan informasi di ToR/ lampiran penjelasan Budget
1.2	1 April 2021	Penambahan informasi di beberapa Budget Line
2.0	30 September 2021	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penambahan penjelasan alur kerja,</li> <li>2. Penambahan Budget Line D2H dan C19 RM</li> <li>3. Penambahan lokasi DPPM</li> <li>4. Timeline kegiatan hingga S4 (2022)</li> </ol>
2.1	17 Februari 2022	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menambahkan Budget line D2H dan C19 RM yang di tahun 2022</li> <li>2. Menghapus struktur budget. Untuk melihat detail budget merujuk pada POA 2022</li> <li>3. Mengganti font dari Calibri menjadi Roboto</li> <li>4. Timeline kegiatan tahun 2022</li> <li>5. Update table perhitungan kegiatan PPI</li> <li>6. Update Budget line kegiatan advokasi dan kemitraan</li> </ol>
3.0	11 Januari 2023	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan pada pendahuluan</li> <li>2. Menambahkan alur strategi dan alur kerja TBC RO dan DPPM</li> <li>3. Penambahan pada timeline implementasi</li> <li>4. Menambahkan penjelasan kegiatan re-visit pada BL.1</li> <li>5. Menambahkan penjelasan BL.320, BL.322 dan BL.3001</li> <li>6. Menambahkan penjelasan perubahan BL2, BL.91</li> </ol>

## Daftar Isi

A. PENDAHULUAN .....	1
B. STRATEGI IMPLEMENTASI PROGRAM .....	2
B.1. <i>Meningkatkan kualitas layanan TB &amp; TB-HIV berbasis komunitas dan berpusat pada pasien untuk meningkatkan notifikasi dan tingkat keberhasilan pengobatan.</i> .....	2
B.2. <i>Meningkatkan peran OMS/OMP TB dan komunitas yang terkena TB / HIV untuk mempengaruhi kepemimpinan pemerintah daerah untuk mencapai eliminasi TB melalui pendekatan multisektoral dan berpusat pada pasien.</i> .....	3
B.3..... <i>Meningkatkan kapasitas OMS/OMP dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi guna perawatan dan pencegahan TB secara berkelanjutan.</i> .....	3
B.4..... <i>Dukungan komunitas dalam implementasi District Public Private Mix (DPPM).</i> .....	3
C. ALUR KERJA BERDASARKAN JENIS INTERVENSI .....	4
C.1. <i>TB Sensitif Obat</i> .....	4
C.2. <i>TB Resisten Obat</i> .....	8
C.3. <i>TB-HIV</i> .....	11
C.4. <i>Advokasi dan penguatan OMS/OMP</i> .....	12
C.5. <i>Peningkatan Kapasitas dan Pendampingan Program</i> .....	13
C.6. <i>Peran Komunitas Melalui Jejaring DPPM</i> .....	14
D. PERENCANAAN DAN PEMANTAUAN/ PENDAMPINGAN PROGRAM .....	16
D.1. <i>Perencanaan Program</i> .....	16
D.2. <i>Pemantauan/Pendampingan Program</i> .....	16
E. SUMBERDAYA MANUSIA PENDUKUNG PROGRAM .....	16
F. WILAYAH KERJA PROGRAM.....	17
G. TARGET INDIKATOR PROGRAM.....	23
H. LINIMASA IMPLEMENTASI PROGRAM PER-BUDGET LINE TAHUN 2022-2023 .....	24
I. LAMPIRAN PENJELASAN BUDGET LINE .....	29
BL. 1a dan 1b .....	29
Penemuan Kasus Secara Aktif Oleh Kader Komunitas Melalui Kegiatan Kontak Investigasi ....	29
BL. 2 .....	37
Pertemuan Koordinasi Tingkat Kabupaten/Kota: Validasi dan Penyusunan Strategi Penemuan Kasus .....	37
BL. 3a .....	41
Penemuan Kasus Oleh Kader komunitas melalui Kegiatan <i>Community outreach</i> .....	41

<b>BL. 4</b> .....	51
<b>Pemberian Reward/Penghargaan Penemuan Terduga TBC Bagi Kader Komunitas</b> .....	51
<b>BL. 5</b> .....	53
<b>Pemberian Penghargaan/Reward Penemuan Kasus TBC Bagi Kader Komunitas</b> .....	53
<b>BL 06</b> .....	55
<b>Pemberian Penghargaan/Reward Kesembuhan Bagi Kader Komunitas</b> .....	55
<b>Kelompok Masyarakat Peduli (KMP) Penanggulangan Tuberkulosis di Tingkat Kecamatan</b> ....	57
<b>BL.11</b> .....	66
<b>Reward Berbasis Hasil untuk Mendampingi Pasien TBC RO</b> .....	66
<b>BL. 12</b> .....	68
<b>Reward berbasis hasil untuk patient supporter terhadap kesembuhan/ keberhasilan pengobatan pasien TBC RO</b> .....	68
<b>BL 13</b> .....	69
<b>Manajer Kasus TBC RO Komunitas</b> .....	69
<b>BL. 14</b> .....	71
<b>Rumah Singgah Pasien TB Resisten Obat</b> .....	71
<b>BL. 15</b> .....	74
<b>Pelatihan Peningkatan Kapasitas Bagi Manajer Kasus TB RO</b> .....	74
<b>BL. 16</b> .....	78
<b>Pelatihan Patient Supporter (PS)</b> .....	78
<b>BL 17</b> .....	80
<b>Pemberian Dukungan Transport bagi Koordinator Kader Komunitas</b> .....	80
<b>BL. 19</b> .....	83
<b>Implement community-based monitoring feedback to strengthen the service quality of TB program</b> .....	83
<b>BL. 21</b> .....	88
<b>Kampanye Publik 'Ketahui Hak-mu'</b> .....	88
<b>BL.22</b> .....	91
<b>Monitor dan respon kampanye/tindakan negatif yang berpotensi menimbulkan stigma dan diskriminasi terhadap kelompok masyarakat terdampak TBC</b> .....	91
<b>BL.24-25</b> .....	95
<b>Pelatihan Penyegaran Bagi Tim Paralegal Organisasi Penyintas Tuberkulosis (OPT)</b> .....	95
<b>BL.26</b> .....	99

<b>Kolaborasi dengan Advokat/Organisasi Bantuan Hukum untuk Pelayanan Legal Terhadap Pasien TB-HIV .....</b>	<b>99</b>
<b>BL. 27 .....</b>	<b>102</b>
<b>Pertemuan Koordinasi Pasien TBC dan Organisasi Penyintas TBC .....</b>	<b>102</b>
<b>BL.28 .....</b>	<b>106</b>
<b>Koordinasi Organisasi Masyarakat Sipil dalam Penanggulangan TB-HIV .....</b>	<b>106</b>
<b>BL.37 .....</b>	<b>113</b>
<b>Pertemuan Koordinasi Enam Bulanan dengan Dinas Kesehatan Provinsi .....</b>	<b>113</b>
<b>BL.38 .....</b>	<b>117</b>
<b>Rapat Koordinasi TBC RO per Triwulan Tingkat Kabupaten/Kota .....</b>	<b>117</b>
<b>BL.39 .....</b>	<b>121</b>
<b>Penyediaan Enabler untuk Memfasilitasi Pasien TB Resisten Obat yang Terdiagnosis untuk Menyelesaikan Pengobatan.....</b>	<b>121</b>
<b>BL. 40 .....</b>	<b>124</b>
<b>Kunjungan Rumah Pasien TBC Resisten Obat Mangkir yang Berobat di Fasyankes TBC RO ..</b>	<b>124</b>
<b>BL.41 .....</b>	<b>128</b>
<b>Pelibatan Legislatif, Kementerian/Lembaga, Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat dalam Eliminasi TBC di Indonesia.....</b>	<b>128</b>
<b>BL.42 .....</b>	<b>132</b>
<b>Mobilisasi dan Dukungan Pendidik Sebaya (<i>Peer Educator/PE</i>) Untuk Pasien TBC dengan Tujuan Mempromosikan Kesejahteraan (<i>wellbeing</i>) dan Hak Asasi Manusia .....</b>	<b>132</b>
<b>BL.43 .....</b>	<b>136</b>
<b>Hari Tuberkulosis Sedunia (HTBS) di tingkat PR .....</b>	<b>136</b>
<b>BL. 46 .....</b>	<b>138</b>
<b>Supervisi Rutin SR ke SSR Berdasarkan Isu Kinerja dan Kebutuhan Program .....</b>	<b>138</b>
<b>BL. 47 .....</b>	<b>141</b>
<b>Supervisi Rutin PR ke SR Berdasarkan Isu Kinerja dan Kebutuhan Program.....</b>	<b>141</b>
<b>BL. 48 .....</b>	<b>143</b>
<b>Rapat Koordinasi Wilayah (Rakorwil) Tingkat Provinsi .....</b>	<b>143</b>
<b>BL. 55 .....</b>	<b>147</b>
<b>TB Stigma Assessment (CRG).....</b>	<b>147</b>
<b>BL. 56 .....</b>	<b>150</b>
<b>Pengadaan Cetak dan Distribusi Media KIE .....</b>	<b>150</b>
<b>BL. 58 .....</b>	<b>152</b>

<b>Data collection and validation.....</b>	<b>152</b>
<b>BL. 64.....</b>	<b>154</b>
<b>Penyegaran Kader TBC dalam Penemuan dan Pendampingan pasien Tuberkulosis .....</b>	<b>154</b>
<b>BL. 65.....</b>	<b>156</b>
<b>Pengembangan Legalitas Organisasi untuk Kelompok Pasien dan Penyintas Tuberkulosis... </b>	<b>156</b>
<b>BL. 66.....</b>	<b>158</b>
<b>Hari Tuberkulosis Sedunia (HTBS) di tingkat Kabupaten/Kota .....</b>	<b>158</b>
<b>BL. 67 .....</b>	<b>162</b>
<b>Penelitian Pemanfaatan Dana Desa untuk Penanggulangan Tuberkulosis.....</b>	<b>162</b>
<b>BL. 68.....</b>	<b>165</b>
<b>Lokakarya Advokasi Pemanfaatan Dana Desa untuk Penanggulangan Tuberkulosis (Nasional)165</b>	
<b>BL. 69 .....</b>	<b>167</b>
<b>Lokakarya Advokasi Pemanfaatan Dana Desa untuk Penanggulangan Tuberkulosis Tingkat Kabupaten/Kota .....</b>	<b>167</b>
<b>BL. 70 .....</b>	<b>173</b>
<b>Pengadaan Masker untuk Manajer Kasus dan Pendamping Pasien TBC RO.....</b>	<b>173</b>
<b>BL. 71 .....</b>	<b>175</b>
<b>Pengadaan Masker Bedah untuk Kader Komunitas dan indeks serta kontak serumah .....</b>	<b>175</b>
<b>BL.73.....</b>	<b>178</b>
<b>Pengembangan Petunjuk Teknis Bagi Komunitas dalam Mendukung Implementasi Jejaring DPPM .....</b>	<b>178</b>
<b>BL.74 .....</b>	<b>182</b>
<b>BL.75.....</b>	<b>187</b>
<b>Workshop: Implementasi DPPM Tingkat Provinsi .....</b>	<b>187</b>
<b>BL.76.....</b>	<b>192</b>
<b>Pertemuan Komunitas dengan Pemangku Kepentingan dalam Memperkuat Implementasi Jejaring DPPM di Tingkat Kabupaten/Kota.....</b>	<b>192</b>
<b>BL. 77 .....</b>	<b>198</b>
<b>Pertemuan Periodik Komunitas dengan Pemangku Kepentingan untuk Peningkatan Layanan TBC dalam Jejaring DPPM di Kabupaten/Kota .....</b>	<b>198</b>
<b>BL. 78.....</b>	<b>205</b>
<b>Pertemuan Komunitas dan Pemangku Kepentingan Jejaring DPPM untuk Optimalisasi Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) terkait Layanan TBC di Kabupaten/Kota. ....</b>	<b>205</b>
<b>BL.79.....</b>	<b>212</b>

<b>Dukungan Manajer Kasus DPPM Untuk Mendorong Keberhasilan Pengobatan di 18 Provinsi 77 Kabupaten-Kota</b> .....	212
<b>BL. 80</b> .....	224
<b>Pelacakan pasien LTFU oleh Koordinator Kader</b> .....	224
<b>BL. 81</b> .....	230
<b>Dukungan Bagi Kader dalam Melakukan Kunjungan Rumah Pasien <i>Loss to Follow Up</i> – DPPM</b> 230	
<b>BL. 82</b> .....	237
<b>BL. 86</b> .....	243
<b>Insentif Kader Dalam Pengantaran Spesimen Dahak-</b> .....	243
<b>BL. 87 &amp; 3001</b> .....	251
<b>Pengantaran Obat Anti Tuberkulosis (OAT) oleh Kader untuk Mendukung Keberhasilan Pengobatan Pasien TBC</b> .....	251
<b>BL.88</b> .....	259
<b>Pemberian <i>Hand Sanitizer</i> bagi Kader untuk Melakukan Kegiatan Penemuan Kasus</b> .....	259
<b>BL. 91a dan 91b</b> .....	262
<b>Pemberian Penghargaan Kader yang Berhasil dalam Inisiasi TPT (0-14 tahun)</b> .....	262
<b>92.1</b> .....	272
<b>Pengembangan Dokumen Petunjuk Pembayaran Dukungan Enabler untuk Pasien TBC Resisten Obat oleh Komunitas</b> .....	272
<b>92.2</b> .....	274
<b>Sosialisasi Dokumen Petunjuk Pembayaran Dukungan Enabler untuk Pasien TBC Resisten Obat oleh Komunitas</b> .....	274
<b>92.4</b> .....	276
<b>Evaluasi Implementasi Pembayaran Dukungan Enabler untuk Pasien TBC Resisten Obat oleh Komunitas di Tingkat Nasional</b> .....	276
<b>92.5</b> .....	279
<b>Riset Implementasi Pembayaran Dukungan Enabler untuk Pasien TBC Resistan Obat oleh Komunitas</b> .....	279
<b>BL. 314</b> .....	281
<b>Penyusunan Panduan dan Model Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) untuk Fasilitas Non-Kesehatan (<i>Congregate Settings</i>)</b> .....	281
<b>BL. 315</b> .....	287
<b>Diseminasi Panduan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di Fasilitas Non-Kesehatan (<i>Congregate Settings</i>)</b> .....	287
<b>BL. 316</b> .....	291

<b>Workshop Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TBC di <i>Congregate Settings</i> .....</b>	<b>291</b>
<b>BL. 317 .....</b>	<b>307</b>
<b>Supervisi Implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi untuk Lingkungan Non-Fasilitas Kesehatan dan <i>Congregate Settings</i> .....</b>	<b>307</b>



## **A. PENDAHULUAN**

PR GF TB Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI (selanjutnya disingkat PR PB-STPI) adalah konsorsium dari dua lembaga; Penabulu dan STPI yang terpilih sebagai Principal Recipient / Pelaksana dana hibah The Global Fund di Indonesia menggantikan peran Aisyiyah.. Melanjutkan program GF-TB Komunitas yang dilaksanakan Aisyiyah dan LKNU pada periode sebelumnya. Melalui implementasi bersama kader-kader komunitas terlatih dan teruji selama program GF-TB, bahkan ada yang lebih dari 1 dasawarsa terakhir.

Dalam perkembangannya, sumberdaya Manajer Kasus, Patient Supporter terus ditambahkan sesuai kebutuhan disertai peningkatan kapasitas. Strategi lain juga terus dikembangkan untuk menguatkan hak-hak pasien dalam pelayanan dan mengurangi diskriminasi melalui kanal laporan pasien [laportbc.id](http://laportbc.id), hotline psikososial dan layanan paralegal. Penguatan organisasi penyintas pasien TBC (OPT) dan pembentukan kelompok masyarakat peduli TB lebih dikuatkan dalam periode 2021-2023, sehingga dapat menjadi organisasi yang kuat untuk menjalankan program advokasi. Advokasi juga dilaksanakan untuk memperkuat layanan melalui pemantauan Standar Pelayanan Minimum (SPM) yang akan diintegrasikan dengan kanal [laportbc.id](http://laportbc.id).

Pelacakan pasien mangkir di fasilitas pelayanan kesehatan akan dilaksanakan dengan diawali koordinasi untuk pembentukan tim tingkat Kab/Kota yang selanjutnya akan melakukan kunjungan ke rumah pasien. Khusus TBC RO, pelacakan pasien mangkir dan LTFU dilaksanakan oleh Manajer Kasus dan Patient Supporter. Sedangkan untuk menjawab kebutuhan initial LTFU, konsorsium komunitas akan melakukan pelacakan pada pasien terkonfirmasi TBC RO yang belum datang ke fasilitas layanan TBC RO (initial LTFU) dengan dukungan dari penyintas.

Program GF-TB yang kita akan lanjutkan bersama ini tentu pada akhirnya mendukung pencapaian program Eliminasi TB Nasional. Maka menjadi hal yang wajib bagi seluruh pelaksana program di semua tingkatan untuk melakukan komunikasi dan kolaborasi secara intensif dengan Kementerian Kesehatan melalui Tim Kerja TB maupun Dinas Kesehatan di masing-masing tingkatan. Kerjasama dan kolaborasi dengan multi pihak dari Organisasi Masyarakat Sipil, Organisasi Penyintas Pasien TB, sektor swasta dan lainnya juga perlu ditingkatkan dengan cita-cita komunitas TB dapat bertumbuh bersama mendukung eliminasi TB 2030. Serta tidak lupa tetap menerapkan protokol kesehatan dan mendukung Temukan-Obati-Sampai-Sembuh TBC.

Jakarta, 11 Januari 2023

## **B. STRATEGI IMPLEMENTASI PROGRAM**

PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dalam tiga tahun ke depan memiliki tiga strategi utama dalam implementasi Program dana hibah GF, mendukung program Nasional, yaitu:

### **B.1. Meningkatkan kualitas layanan TB & TB-HIV berbasis komunitas dan berpusat pada pasien untuk meningkatkan notifikasi dan tingkat keberhasilan pengobatan.**

Strategi ini merupakan strategi kunci dalam meningkatkan notifikasi kasus TB Sensitif Obat dengan ujung tombak kader-kader komunitas terlatih, membentuk koordinator kader untuk berkoordinasi erat dengan Puskesmas untuk melaksanakan Investigasi Kontak dan *community outreach* hingga pendampingan didukung dengan media KIE yang baik juga disertai penggunaan media aplikasi whatsapp group dan aplikasi mobile.

Untuk TB Resisten Obat (TB RO), implementasi dimulai di RS PMDT melalui koordinasi Manajer Kasus komunitas dengan pengelola program di Rumah Sakit untuk inisiasi awal pengobatan, didukung Patient Supporter/ Peer Educator serta kader yang telah mendapatkan pengetahuan cukup dalam mendampingi pasien TB RO yang telah dirujuk ke Puskesmas terdekat domisili pasien. Program pada periode ini juga menambahkan adanya pelacakan kasus TB RO mangkir, terutama di fasilitas kesehatan swasta bekerjasama dengan Dinas Kesehatan, Tim DPPM dan KOPI TB di daerah tersebut. Pelaksanaan dukungan pengobatan TB RO fokus di 106 Kab/Kota dan berkembang sesuai kebutuhan yang berada di 190 Kab/Kota wilayah kerja. Program TB RO juga masih mendukung pengelolaan shelter di 14 Provinsi terpilih sesuai kebutuhan dan beban kasus/ kebutuhan. Selanjutnya, pada tahun ke-2 dan ke-3 program (2022-2023) PR komunitas akan mengelola enabler untuk pasien TB RO di 190 Kab/Kota. Pada tahun ke-3 juga akan memulai melakukan tracing pada pasien yang sudah terkonfirmasi di layanan pemeriksaan TCM tapi belum mulai pengobatan atau yang disebut *initial LTFU*. Pola tracing yang akan dilakukan akan menggunakan mekanisme khusus yakni dengan membentuk satuan gugus tugas yang disebut *TB ARMY*. Secara khusus TB Army bertujuan untuk menurunkan angka *initial LTFU* pada pasien TBC RO yang telah ditemukan di faskes TCM sekaligus membayarkan enabler pada pasien TBC RO.

Sebagai bagian dari pemantauan kualitas layanan TB, baik TB Sensitif Obat, TB-HIV dan TB Resisten Obat, PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI akan melanjutkan pengembangan Community Based Monitoring & Feedback serta pembaharuan dan penggunaan aplikasi berbasis web dan mobile sesuai kebutuhan pasien dan layanan. Salah satu tindak lanjut dari pemantauan berbasis komunitas, juga mengembangkan hotline dan paralegal terlatih di 20 Kab/Kota yang dikelola oleh SR Tematik (POP TB Indonesia) dalam rangka pengurangan stigma dan diskriminasi serta akan diberikan pengetahuan dan keterampilan mengenai hak asasi manusia dan gender dalam konteks eliminasi TB. Form-form pelaporan juga disiapkan untuk menunjang pemantauan hasil capaian terkait notifikasi TB dan pendampingan. Kanal yang sudah dikembangkan adalah Laportbc.id, aplikasi ini dikembangkan berbasis website yang bertujuan untuk kanal aduan dan sebagai media kampanye ketahui hakmu para pasien dan penyintas TBC, serta sebagai umpan balik dari komunitas untuk perbaikan layanan PR Konsorsium Komunitas akan membuat model Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) pada setting non-fasilitas layanan kesehatan. Fokus pada lokasi *congregate setting*, yaitu dimana sebuah lokasi dengan populasi yang berdiam dan berinteraksi dalam waktu tertentu yang cukup lama, seperti di sekolah asrama, asrama tentara, penjara/lapas dan tempat kerja. Petunjuk Teknis PPI sudah dikembangkan dan akan menjadi acuan dalam pelaksanaan kegiatan di tingkat Kab/Kota. Kegiatan PPI tahun 2023 akan dilakukan secara bertahap yakni tahap 1 dilakukan 40 titik lokasi yang akan didampingi oleh tim PR pada periode S1, kemudian di 40 sisa titiknya akan dilakukan oleh tim SR-SSR pada periode S2 2023. Pengembangan KIE

menjadi kebutuhan tersendiri untuk lokasi/setting kegiatan PPI. Pengembangan jenis KIE berupa poster edukasi yang berkaitan dengan hand hygiene, etika batuk dan penggunaan masker yang merupakan pilar dari PPI akan diberikan setiap lokasi setting yang dijadikan lokus kegiatan.

**B.2. Meningkatkan peran OMS/OMP TB dan komunitas yang terkena TB / HIV untuk mempengaruhi kepemimpinan pemerintah daerah untuk mencapai eliminasi TB melalui pendekatan multisektoral dan berpusat pada pasien.**

Strategi advokasi dan mobilisasi sosial ini bertujuan untuk meningkatkan akses terhadap sumberdaya di pemerintah daerah dalam mendukung eliminasi TBC, baik itu akses terhadap dana desa dan sumber pendanaan lainnya melalui mekanisme swakelola yang diajukan oleh Kelompok Masyarakat Peduli TB (KMP TB). Proses advokasi dilaksanakan dua arah, baik *top down*, dengan melakukan kegiatan di tingkat Nasional dan *bottom up* di tingkat Desa, Kecamatan sampai Kab/Kota. Tahun ke-2 telah terbentuk 20 Kab/Kota KMP dengan beragam identitas dan jenis legalitasnya. Tahun 2023 KMP harus menjadi model dalam gerakan di tingkat kecamatan yang mengkoordinasikan Desa-desa dalam mengarusutamakan isu TBC serta mendorong adanya kebijakan dan terkait dengan alokasi anggaran di Desa. Pada tahun 2022, telah terkumpul inisiasi pengorganisasian masyarakat melalui rencana kerja KMP sebagai hasil dari upaya peningkatan kapasitas. KMP yang telah 'lahir' lebih dulu diluar 20 Kab/kota perlu diidentifikasi ulang dan diaktifkan kembali, sementara KMP yang sudah aktif tetap dijaga dan digerakkan dengan kegiatan-kegiatan sesuai sumber daya yang ada, karena sejatinya KMP adalah bagian dari 'ruh' gerakan di tingkat komunitas yang dapat membantu eliminasi TBC.

Kemampuan komunitas dan organisasi masyarakat sipil pada isu TB juga akan ditingkatkan untuk mendorong dan mengurangi hambatan stigma, gender dan lainnya terkait hak asasi manusia dalam konteks pelayanan TB dan TB/HIV. Komunitas dan OMS /OMP TB akan dilatih menjadi paralegal, kemudian memberikan bantuan hukum bagi pasien yang membutuhkan kerjasama dengan Lembaga Bantuan Hukum sambil melaksanakan kampanye hak-hak masyarakat dalam mengakses layanan TB melalui beragam media dan kegiatan yang melibatkan tokoh, legislatif dan eksekutif.

Salah satu bagian dari mobilisasi sosial dan merupakan kegiatan yang khas dengan TB adalah Peringatan Hari TB Sedunia yang dirayakan tanggal 24 Maret setiap tahunnya baik di nasional maupun di Kabupaten/Kota.

**B.3. Meningkatkan kapasitas OMS/OMP dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi guna perawatan dan pencegahan TB secara berkelanjutan.**

Kapasitas OMS/OMP TB dimulai dengan koordinasi asosiasi/OMP TB secara nasional dan di daerah-tertentu berbasis RS PMDT. Kemudian memberikan dukungan pembentukan badan hukum secara legal untuk OMP agar secara kelembagaan lebih kuat, administrasinya diakui oleh stakeholders dan bisa lebih berdaya serta leluasa dalam melakukan kegiatan-kegiatan penanggulangan TB.

Pengelola program baik tingkat PR-SR-SSR secara tidak langsung dapat bersama-sama membangun kapasitas dengan OMP dan KMP TB dalam kegiatan rutin supervisi.

**B.4. Dukungan komunitas dalam implementasi District Public Private Mix (DPPM).**

Komunitas juga mendukung implementasi District-based Public Private Mix (DPPM), melalui dukungan Investigasi Kontak pasien dari fasilitas layanan swasta. Dukungan ini dilaksanakan oleh Manajer Kasus DPPM dan Koordinator Kader fokus pada layanan swasta, dimulai dengan

serangkaian kegiatan penyusunan panduan, menyusun rencana kerja bersama lintas sektor di 18 Provinsi dan 77 Kabupaten/Kota yang beririsan dengan DPPM secara Nasional. Pemantauan dukungan komunitas pada layanan swasta juga dilaksanakan secara regular untuk memastikan pembagian peran dan dukungan komunitas dapat terus diperbaiki.

STRATEGI	I. Meningkatkan kualitas pelayanan TB dan TB-HIV berbasis komunitas dan berpusat pada pasien untuk meningkatkan notifikasi dan keberhasilan pengobatan.	II. Meningkatkan peran OMS dan komunitas terdampak TB dalam mempengaruhi Pemerintah Daerah mengeliminasi TB melalui pendekatan multi-sektor dan berpusat pada masyarakat.	III. Meningkatkan kapasitas OMS merencanakan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi upaya pencegahan dan pengendalian tuberkulosis secara berkesinambungan.
INTERVENSI	1.1. Pencegahan dan pengobatan infeksi TB 1.2. Screening TB pada populasi beresiko tinggi berbasis masyarakat 1.3. Perawatan TB RO berbasis komunitas 1.4. Promosi respon terhadap perawatan TB yang berbasis HAM melalui mekanisme umpan balik berbasis masyarakat	2.1. Meningkatkan akses dan pelayanan hukum bagi masyarakat terdampak TB 2.2. Pelibatan pemangku kebijakan oleh komunitas dan OMS	3.1. Koordinasi dan mobilisasi sosial untuk program TB dan TB-HIV 3.2. Advokasi dan riset komunitas 3.3. Peningkatan kapasitas dan manajemen data
OUTPUT	# kasus TB semua tipe ternotifikasi oleh komunitas % investigasi kontak pasien TB terkonfirmasi bakteriologis # balita menerima TPT % pasien TB RO LTFU dalam 6 bulan pertama pengobatan # kader, PS, MK aktif	# paralegal komunitas terdampak TB # paralegal magang di organisasi badan hukum # laporan kasus di Onelmpact Sehat # KMIP TB aktif # tim respon kasus (CRG) aktif	# riset operasional (TB Stigma & Dana Desa) # OMS (SR, SSR) menerima peningkatan kapasitas MEL & Keuangan # kegiatan kolaborasi TB-HIV # kelompok pasien memiliki bentuk hukum
OUTCOME	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berkontribusi 24% (2021), 29% (2022), dan 34% (2023) pada target notifikasi pasien TB di 190 K/K dan 30 provinsi</li> <li>Berkontribusi melakukan investigasi kontak terhadap 80% pasien TB terkonfirmasi bakteriologis pada tahun 2023 di 190 K/K dan 30 provinsi</li> <li>Berkontribusi 50% (2021), 65% (2022), 80% (2023) terhadap target TPT Balita di 190 K/K dan 30 provinsi</li> <li>Mencapai 10% proporsi pasien TB RO LTFU dalam 6 bulan pertama pengobatan di 190 K/K dan 30 provinsi</li> <li>TB-09 (outcome): % orang terdiagnosis TB melaporkan pengalaman stigma yang menghambat mereka mencari dan mengakses pelayanan kesehatan (asesmen 2021)</li> </ul>		

## C. ALUR KERJA BERDASARKAN JENIS INTERVENSI

### C.1. TB Sensitif Obat

Implementasi kegiatan TB Sensitif Obat dimulai dengan pelaksanaan kegiatan penyegaran informasi bagi kader untuk daerah lama di 168 Kab/Kota dan pelaksanaan pelatihan bagi kader di 22 Kab/Kota yang baru dibuka di tahun 2021 oleh SSR. Tahun 2022 penyegaran kader dilakukan di 190 Kab/Kota. Penyegaran kader dilakukan untuk memberikan peningkatan pengetahuan pada aspek komunikasi, kualitas pengantaran sputum dan pengetahuan tentang TPT. Pelaksanaan kegiatan penemuan kasus TB SO di masyarakat juga dibantu oleh koordinator kader 2 -4 orang per Kab/Kota yang bersinergi dengan layanan (PKM, posyandu, posbindu). Koordinator kader bersama staf SSR melakukan koordinasi dengan Puskesmas dan Dinas Kesehatan mengenai data indeks kasus dan validasi data. Berdasarkan data indeks kasus tersebut disusun jadwal Investigasi Kontak dan jadwal penyuluhan oleh kader. Hasil-hasil kerja di Kab/Kota akan dikonsultasikan oleh SR dengan Dinas Kesehatan tingkat Provinsi. Selanjutnya, berdasarkan hasil validasi, SSR membayarkan reward atas capaian kader, baik untuk terduga TB, positif TB dan sembuh atau pengobatan lengkap TB.

Sesuai dengan target indikator, untuk TB Sensitif Obat dalam kegiatan Investigasi Kontak memastikan kontak erat dan kontak serumah dengan pasien TBC yang mempunyai gejala utama

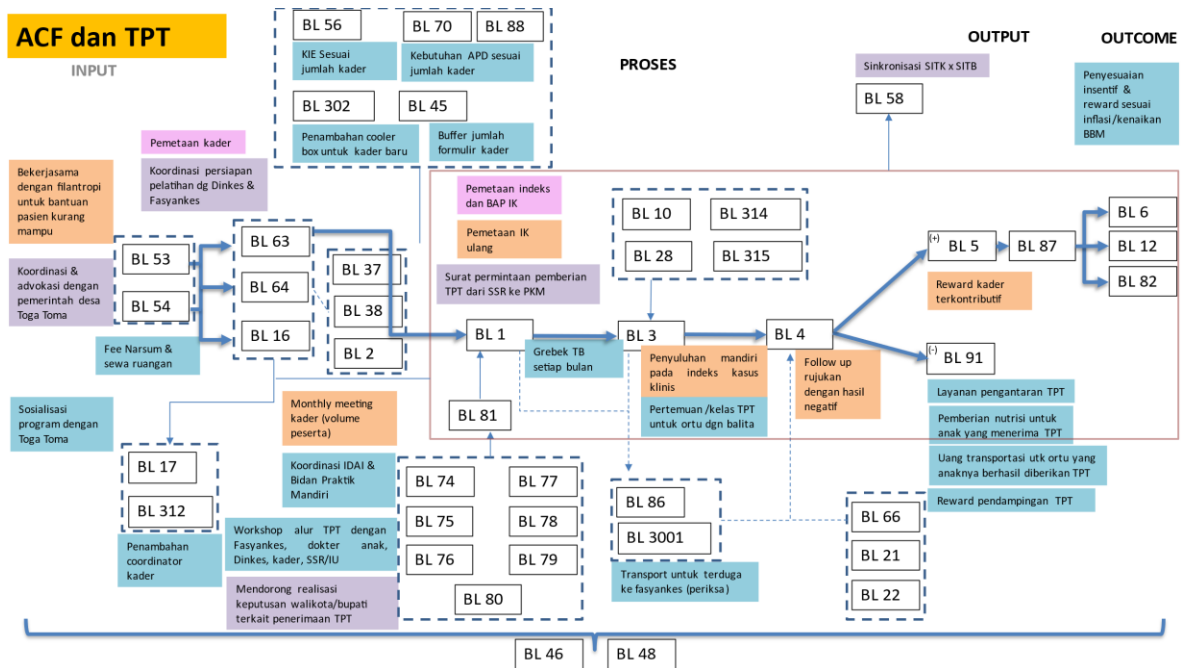
dan faktor risiko dimotivasi dan dirujuk ke Puskesmas untuk diperiksa, dan jika tidak sakit TBC, akan menerima Terapi Pencegahan TBC (TPT).

Seluruh kegiatan yang dilaksanakan harus merujuk pada Panduan atau Juknis yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI.

Pada triwulan ke-4 Tahun 2021, dengan dukungan dana The Global Fund, komunitas juga memperbaiki alur kerja di lapangan dengan memberikan layanan pengantaran sputum bagi kontak serumah dan kontak erat yang memenuhi kriteria rujukan. Diharapkan dengan pengantaran sputum ini mempermudah dan mempercepat proses sputum untuk dilakukan diagnosis oleh fasyankes. Kemudian untuk hambatan minum obat, salah satunya karena kondisi pembatasan mobilisasi masyarakat (PPKM) sebagai dampak dari pandemi, komunitas akan mendukung pengantaran OAT (Obat Anti TBC) kepada pasien yang didampingi. Pada pasien TBC dampingan komunitas yang kemudian terinfeksi Covid-19, komunitas menambah frekuensi pendampingan kepada pasien tersebut untuk memastikan OAT tetap diminum sekaligus edukasi dan motivasi kepada pasien.

Pencapaian di akhir tahun kedua (2022) implementasi program disertai dengan tantangan dan situasi yang dinamis, ditunjang dengan langkah-langkah percepatan, asistensi, mentoring, *coaching*, update capaian dengan durasi yang lebih ketat. Semester-2 tahun 2022 cukup banyak tindakan, modifikasi, adaptasi yang telah dilakukan bersama PR dan SR, yaitu; Koordinasi Nasional, Pelatihan penyegaran kader, bimbingan teknis dari aspek Keuangan, MEL dan Program, asistensi pencatatan-pelaporan MK TBC RO oleh MEL, evaluasi dan asistensi enabler untuk SR dan MK TBC RO dari tim enabler PR, asistensi programatik dan percepatan enabler oleh tim MDR, asistensi SR untuk SPM TB oleh unit AP berkolaborasi dengan Kemendagri dan Adinkes, *mentoring-coaching* Investigasi Kontak oleh tim FP hingga adaptasi dalam mendukung ACF menggunakan CXRay serta uji coba PPI di komunitas. Langkah-langkah tersebut diatas perlu tetap dipertahankan dan terus melakukan perbaikan dari berbagai sisi, mulai dari perencanaan, dan implementasi program.

Pada TA Program yang dilaksanakan di Kaliurang Yogyakarta salah satu rekomendasinya adalah menyusun strategi dengan memaksimalkan seluruh komponen BL untuk mencapai target indikator. Penyusunan alur berbasis BL melibatkan SR untuk memetakan dan berdasarkan pengalaman yang sudah dilakukan. Penyusunan strategi dengan memaksimalkan lintas BL bertujuan untuk meningkatkan capaian indikator temuan kasus dan TPT dengan melihat kesinambungan dan sinergi antar BL. Hasil kolaborasi lintas budget dapat dilihat sebagai berikut:



**Investigasi Kontak.** Kegiatan Investigasi Kontak (IK) menjadi pintu masuk dalam pencapaian terduga, notifikasi dan TPT. Pelaksanaan IK sangat erat hubungannya dengan ketersediaan data indeks di Puskesmas dan maupun di Dinas Kesehatan serta sebaran kader maupun tenaga perbantuan program komunitas lainnya. Proses pelaksanaan IK setidaknya melalui 5 tahapan: (1) Koordinasi, (2) Akses data indeks bakteriologis, (3) Distribusi indeks, (4) Kualitas kegiatan IK, dan (5) Follow-up pasca IK. **Kualitas kegiatan IK;** Tahun 2023, PR konsorsium komunitas menetapkan pelaksanaan Investigasi Kontak **tidak wajib memenuhi 20 kontak**, melainkan **WAJIB** pada seluruh kontak serumah dan kontak erat HANYA yang bergejala dan berisiko (ibu hamil, lansia, diabetes mellitus, perokok dan orang pernah berobat TBC tapi tidak tuntas). Penjaringan kontak erat berisiko dapat dilakukan dengan melakukan identifikasi awal melalui informasi dari Puskesmas atau petugas aparat desa dan pengurus RT setempat. Mempertahankan dan melanjutkan pelaksanaan kegiatan IK dengan melibatkan pihak PJ TB puskesmas. Melalui pendekatan ini, kualitas IK sebagai edukasi dan penjaringan kontak bergejala-berisiko dapat dioptimalkan untuk meningkatkan capaian terduga dan notifikasi. Tim SR-SSR/IU dalam melaksanakan Investigasi Kontak harus memperhatikan kondisi umum pendanaan lokal yang tersedia di masing-masing daerah.

**Terapi Pencegahan TBC (TPT).** Capaian pemberian terapi pencegahan TBC (TPT) saat ini masih sangat rendah walaupun kontribusi untuk capaian Nasional relatif tinggi di 190 Kab/Kota. Pemberian TPT pada kontak serumah di tahun 2022 fokus pada anak usia 0 sd 5 tahun masih menghadapi tantangan yang tidak ringan, mulai dari komunikasi efektif penyampaian mengenai TPT oleh tim kerja komunitas dan kader, pemahaman mengenai regulasi dan alur yang masih belum merata di fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan, stok logistik TPT yang bervariasi, hingga penerimaan keluarga terhadap TPT dan mau mulai memberikan TPT pada anak serumah indeks. Upaya-upaya komunitas di Tahun 2022 mengenai TPT telah dilakukan, mulai dari pengembangan KIE khusus TPT dalam bentuk poster, lomba pengembangan media dalam bentuk film pendek tentang TPT, serta integrasi kegiatan komunitas bersama Dinas Kesehatan dan dokter anak untuk

edukasi TPT kepada tenaga kesehatan khususnya di Puskesmas. Tahun 2023, Global Fund menyetujui *reward* bagi kader untuk capaian pemberian TPT kontak serumah usia 5 sd 14 tahun. Upaya ini dilakukan sebagai bagian dari edukasi dan membujuk orang tua dan kontak serumah untuk menerima TPT, tidak hanya pada usia Balita, tetapi juga pada kelompok usia anak yang lebih tinggi hingga 14 tahun. Melalui pendekatan ini diharapkan penerimaan orang tua lebih baik karena melalui upaya komunitas, tidak hanya fokus pada balita, tetapi juga kakak atau orang yang tinggal serumah dengan indeks pada usia 5-14 tahun ikut mendapatkan TPT. Namun demikian, capaian untuk usia 5 sd 14 tahun tidak dicatatkan khusus sebagai capaian komunitas, namun tetap dilaporkan sebagai indikator proses dan akan dihitung sebagai kontribusi komunitas. Target pencapaian TPT pada tahun 2023 cukup ambisius guna memenuhi rating B, yaitu kenaikan dari 20% menjadi 60%. Upaya integrasi kegiatan IK, Re-Visit, *Community outreach* dan pengembangan KIE khusus harus terus dilakukan untuk memberikan informasi dan edukasi, disertai dengan pemahaman dan kesepakatan pada tenaga kesehatan dan mekanisme distribusi TPT yang diperbaiki bersama melalui pertemuan koordinasi dengan Dinas Kesehatan. Demikian juga halnya dengan kesepakatan memberikan edukasi TPT sejak orang ternotifikasi mendapatkan penjelasan di fasilitas kesehatan. KIE khusus TPT di fasilitas kesehatan dalam format sederhana dan mudah dibaca juga harus dikembangkan untuk mendukung proses penjelasan di fasilitas kesehatan oleh tenaga kesehatan.

**Notifikasi.** Peningkatan capaian notifikasi saat dokumen ini disusun sangat menggembirakan dan diperkirakan mampu mencapai 60% hingga akhir Desember 2022 yang akan dilaporkan pada 20 Januari 2023. Notifikasi rujukan komunitas dihasilkan dari 2 skema; (1) Investigasi Kontak, dan (2) *Community outreach* (sebelumnya disebut IK Non-RT).

Melalui Investigasi Kontak, dengan strategi wajib memberikan rujukan seluruh kontak serumah dan dilakukan re-visit dalam waktu 1 minggu sampai dengan 2 bulan setelah pelaksanaan IK, tim kerja komunitas dan kader memiliki kesempatan untuk memantau hasil IK dan mendorong serta memastikan kontak serumah memeriksakan diri, serta memantau hasil pemeriksaan. Hingga akhir tahun 2022, capaian notifikasi dari IK semakin meningkat proporsinya yang membuktikan proses IK semakin efektif dan akan terus ditingkatkan.

Capaian notifikasi dari komunitas melalui *community outreach* pada tahun 2022 juga meningkat dengan variasi setting/lokasi populasi yang lebih beragam. Notifikasi tertinggi dihasilkan dari kegiatan BL.3 di populasi sekitar rumah indeks, di populasi kumuh-miskin dan sinergi dengan kegiatan komunitas yang lain. Hal ini harus kita lanjutkan dan lebih memfokuskan pada populasi dengan riwayat terjadinya kasus TBC yang berarti telah terjadi penularan. Pemilihan penentuan lokasi kegiatan *community outreach* dapat dilakukan setelah mendapatkan informasi dari keluarga pasien dengan melakukan identifikasi kecenderungan interaksi pasien dengan lingkungan sekitar dan lingkungan sosial misalnya sekolah, posyandu, tempat kerja, majelis taklim, dan tempat-tempat lainnya yang dianggap pernah berkumpul dengan kasus indeks.

Penggunaan teknologi untuk mendukung perencanaan dan pemilihan lokasi *community outreach* seperti *Google Maps* dapat terus dilakukan sehingga dapat membantu identifikasi lokasi-lokasi keberadaan penularan dari indeks (Hot spot TBC) dan memilih lokasi serta menghitung kebutuhan kader serta penjadwalan dan perizinan. Melalui penggunaan *Google Maps* yang disimpan juga akan terlihat pola penyebaran atau penularan serta jika dibutuhkan melakukan Re-IK pada lokasi tertentu. Kegiatan *community outreach* juga sekaligus melakukan penjarangan dengan membagikan pot dahak yang bergejala dan faktor risiko dahak untuk dilakukan pengambilan dahak oleh kader.

Pengambilan dahak oleh kader harus yang berkualitas dengan memperhatikan kekentalan dan warna hijau kekuningan (purulent).

Setelah kegiatan *community outreach* perlu tindak lanjut dengan pengecekan PJ puskesmas hasil pemeriksaan dahak ataupun orang yang sudah dilakukan penyuluhan datang ke PKM untuk diperiksa atau tidak. Pemantauan ini perlu dilakukan agar orang yang datang ke PKM untuk memeriksakan diri menjadi capaian komunitas. Dalam rangka pencegahan dan pengendalian penularan TBC, pada saat kegiatan IK dan *community outreach*, kader, kontak serumah, peserta penyuluhan akan dibekali dengan masker untuk melindungi kader ataupun antar sesama kontak serumah dari transmisi penularan TBC.

Pasca notifikasi, pendampingan dan pelaporan perkembangan pasien TBC SO masih kurang dilaporkan secara berkala dalam sistem komunitas saat ini. Pendampingan dan monitoring pasien yang berobat dapat dikuatkan dengan mekanisme pengantara OAT pada pasien terutama dengan kondisi penyulit dan sosio-ekonomi. Pendampingan terus dilakukan melalui komunikasi antara kader dengan anggota keluarga pasien melalui WA dan dikonsolidasikan oleh Koordinator Kader.

## **C.2. TB Resisten Obat**

### **Intervensi Program TBC RO Komunitas dalam Mendukung Keberlangsungan Pengobatan**

SR Provinsi akan mengidentifikasi Manajer Kasus dan Patient Supporter / Peer Educator yang akan diteruskan peran dan fungsinya berdasarkan tren penambahan jumlah pasien dan sebaran Faskes TBC RO aktif.. Setelah teridentifikasi, selanjutnya dilakukan penambahan sesuai kebutuhan dan identifikasi sdm yang akan dilanjutkan. Selain itu, perkembangan dalam penggunaan rejimen juga harus diimbangi kemampuan para MK dan Patient Supporter. WHO telah merekomendasikan penggunaan rejimen pendek enam bulan sebagai salah satu pilihan pengobatan pasien TBC RO dengan waktu yang lebih singkat. Untuk mendukung peningkatan kapasitas dan kebutuhan update informasi, SR Tematik (Nasional) dan PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI melaksanakan pelatihan untuk Manajer Kasus TB RO sekaligus konsolidasi program TBC RO pada Y3.

Proses pendampingan harus sedapat mungkin dilakukan oleh MK sejak pasien terkonfirmasi, baik yang ditemukan di Faskes TBC RO atau yang terkonfirmasi di Faskes TCM dan sudah datang ke Faskes TBC RO tempat MK bertugas. **Proses pendampingan perlu diawali dengan tahap interaksi dan asesmen awal yang berorientasi kepada kesiapan pasien untuk menjalani pengobatan.** Pada tahap ini dibutuhkan kemampuan MK dalam aspek komunikasi antar pribadi maupun penjelasan dukungan psikososial yang diberikan oleh Tim TBC Komunitas (pendampingan, investigasi kontak, pemberian enabler, shelter, dsb). Hal lain yang juga penting diperhatikan bahwa harus ada integrasi alur dan komunikasi antara Petugas Poli TBC RO untuk memperkenalkan MK dan PS yang akan membantu petugas dalam melakukan pemantauan kepatuhan pengobatan melalui kunjungan rumah dan investigasi kontak.

PR dan SR bersama MK dan PS harus mengembangkan mekanisme *LTFU Early Warning System* (EWS) dimulai dengan informasi mangkir yang **harus teridentifikasi sedini mungkin** oleh PS, MK, dan SR di bulan pendampingan. Melalui EWS ini, pasien sudah teridentifikasi mangkir harus segera dilakukan kunjungan rumah lebih intensif dibandingkan saat tidak ada kondisi mangkir. Kunjungan rumah oleh PS mulai 2023 harus dilakukan sedikitnya 2 kali dalam 1 bulan, sekaligus melakukan Investigasi Kontak dan edukasi secara terus-menerus kepada pasien dan keluarga pasien guna memastikan kepatuhan pengobatan pasien hingga sembuh. Manajer kasus dengan supervisi SR perlu melakukan pemetaan ulang wilayah kerja PS untuk memastikan seluruh PS dapat melakukan pendampingan lebih intensif dan kunjungan rumah pasien secara rutin. Jika dibutuhkan PS baru,



OJT dapat dilakukan sesuai justifikasi kebutuhan lapangan yang disampaikan *by-request* ke Tim PR. Manajer kasus perlu mengoptimalkan kembali peran dan fungsi utama untuk mengelola pendampingan dengan membangun komunikasi-koordinasi yang baik dengan Faskes TBC RO.

Shelter TBC RO sebagai bagian dari dukungan kepada pasien dengan kondisi tertentu dan membutuhkan fasilitas singgah/istirahat/menempel sementara harus ditingkatkan di tahun 2023. Hal ini dilakukan dengan melakukan kajian kembali kebutuhan riil pasien TBC RO dan merencanakan optimalisasi fungsi shelter sebagai salah satu pusat kegiatan/edukasi TBC di masyarakat, tentunya dengan pembagian ruang yang menggunakan prinsip PPI. Pengadaan shelter dalam 2 (dua) tahun terakhir terkendala oleh 2 (dua) hal; (1) Harga sewa, dan (2) Perizinan. Mengenai harga sewa, berdasarkan kajian serapan dana di PR, SR di 14 lokasi dapat mengajukan penyesuaian anggaran shelter yang sesuai rencana semua; dekat dengan RS dan layak huni dengan pencahayaan dan ventilasi yang baik, termasuk akses yang tidak menyulitkan pasien. Sedangkan kendala kedua mengenai perizinan, tim kerja komunitas harus melakukan pendekatan berbeda dari secara "silo" mengurus semua perizinan, menjadi "kolektif" dan mengajak para pihak terutama Faskes TBC RO dan Dinas Kesehatan untuk melakukan audiensi dan edukasi kepada Lurah, RW, RT, Babinsa, Babinkamtibnas, Puskesmas serta TOGA/TOMAS dalam rangka persiapan dan pengelolaan shelter. Shelter TBC RO harus diangkat statusnya menjadi kepedulian bersama untuk menuntaskan penyakit TBC, disertai dengan edukasi PPI dan pengurangan stigma dan diskriminasi.

Dukungan pembayaran enabler sebagai hak pasien TB RO juga harus terus ditingkatkan melalui mekanisme yang semakin memudahkan seluruh pihak, baik pasien, RS, MK TBC RO dan SR. Enabler pada pasien *on-treatment* yang didampingi sudah selayaknya lebih mudah karena data sudah ada dan diketahui pasien masih berobat berdasarkan laporan hasil pendampingan rutin dari MK dan PS yang juga sudah terotorisasi Faskes TBC RO sehingga hal ini dapat menjadi salah satu indikator bahwa pasien dapat dibayarkan enablernya. Program GF TB komunitas akan melakukan pelacakan pasien TB RO terutama di fasilitas layanan kesehatan swasta dengan berkoordinasi Dinas Kesehatan. Tim pelacakan *LTFU* akan dibentuk bersama lintas organisasi/lembaga seperti Dinas Kesehatan, perwakilan RS, PS dan kader. Proses pelacakan pasien mangkir didahului dengan berkoordinasi kepada aparat pemerintah di lokasi/ rumah pasien mangkir.

SR Tematik akan memimpin proses pemantauan dan umpan balik program TB menggunakan kerangka CBMF (community-based monitoring and feedback) serta aplikasi One Impact Sehat yang telah dikembangkan di periode GF-TB 2018-2020 dan akan diperbaharui. Informasi dan data yang masuk akan dianalisa untuk ditentukan respon yang tepat dan sesuai oleh tim yang dibentuk terutama di 20 Kab/Kota wilayah industri terkait stigma dan diskriminasi, termasuk melaksanakan kampanye hak-hak pasien yang dikembangkan salah satunya berdasarkan indeks stigma.

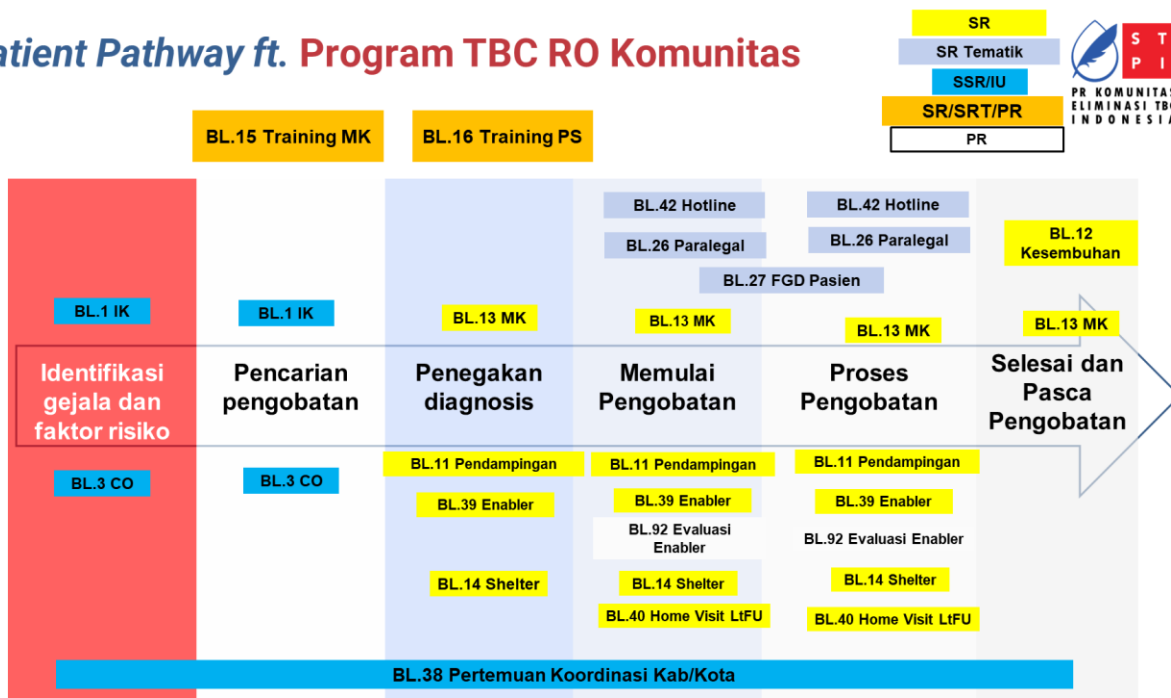
SR Tematik bersama PR akan bekerjasama dengan lembaga bantuan hukum untuk melatih kader dan PS/PE sebagai paralegal, terutama di 20 Kab/Kota industri sehingga kemudian dapat memberikan pendampingan dan bantuan hukum sesuai kebutuhan. Lokakarya bimbingan teknis programatik telah memetakan dan menyusun alur implementasi *Budget Line* pendukung proses implementasi pendampingan TBC RO dan minimalis *LTFU*, selaras dengan output dari SR Tematik POP TB.

Dukungan komunitas untuk pasien TBC RO terutama **pendampingan dan pemberian enabler** perlu dipastikan terlaksana dengan optimal dan diketahui perkembangannya oleh pihak terkait, seperti dinas kesehatan, faskes TBC RO, dan puskesmas satelit. Perkembangan pendampingan pasien TBC RO oleh komunitas dan hasil pengobatannya perlu dilaporkan untuk mendapatkan respon serta dukungan dari pemerintah dan faskes TBC RO setempat, terutama dalam **identifikasi dan tindak**

lanjut pasien TBC RO LtFU, potensial LtFU/mangkir, maupun yang berpotensi mangkir serta kendala lapangan yang dihadapi baik dari sisi pendampingan oleh komunitas maupun pengobatan oleh fasyankes. Selain itu, dukungan untuk pasien TBC RO juga seyogyanya diberikan secara komprehensif dengan kerjasama multipihak sehingga kendala pengobatan, baik dari sisi klinis maupun sosial-ekonomi dapat diidentifikasi alternatif solusi beserta pihak yang dapat mendukung sesuai dengan kapasitasnya. Dengan demikian, **optimalisasi pertemuan BL.38 perlu dioptimalkan sebagai salah satu sarana koordinasi rutin Tim TBC Komunitas tingkat Kabupaten/Kota dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.** Pertemuan ini dilaksanakan sebagai wadah koordinasi rutin terkait dukungan komunitas untuk pasien TBC RO yang diharapkan dapat menghasilkan rencana tindak lanjut, strategi, dan inovasi yang bermanfaat untuk mendukung pengobatan pasien TBC RO.

Selain pendampingan sejak terkonfirmasi hingga selesai pengobatan dan mitigasi LtFU, pada Y3 perlu dilakukan intensifikasi penemuan kasus melalui indeks terkonfirmasi TBC RO, melalui investigasi Kontak dan Penyuluhan / *Community Outreach (CO)*. Kegiatan Investigasi Kontak TBC RO wajib dilakukan sekaligus dengan Kunjungan Awal ke rumah pasien **dan dapat dilakukan oleh PS dengan fokus hanya pada kontak serumah sebagai kelompok risiko tinggi tertular TBC.** Adapun untuk kegiatan Penyuluhan / *Community Outreach (CO)* dilakukan dengan berbasis sebaran kasus TBC dan area congregates settings, seperti pesantren, pabrik, sekolah, asrama, dan sebagainya. Dengan demikian, kontak-kontak yang bergejala dapat segera mengidentifikasi gejala dan tanda TBC serta sesegera mungkin memeriksakan diri ke puskesmas dengan bantuan kader atau patient supporter setempat.

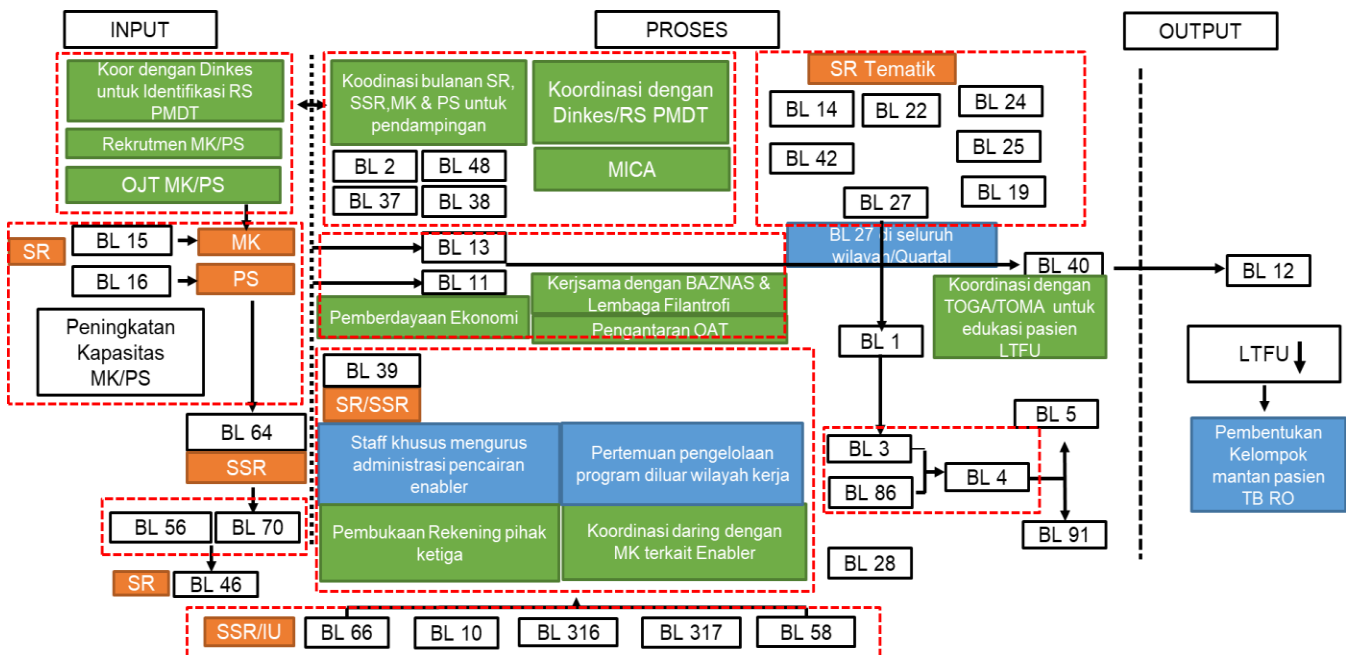
### Patient Pathway ft. Program TBC RO Komunitas



Alur Intervensi TBC RO Komunitas dalam Mendukung Pengobatan Pasien TBC RO hingga Sembuh

## Kolaborasi Lintas Budget Line dan Pelibatan Multipihak dalam Upaya Mitigasi LtFU TBC RO

Target LTFU TBC RO maksimal 15% pada Tahun 2022 dan 10% pada tahun 2023 dari seluruh pasien yang didampingi selama 6 bulan pertama membutuhkan pemahaman implementasi dan pencatatan yang baik oleh semua pihak, mulai dari PS, MK, SR, hingga PR. Berdasarkan hal tersebut, maka saat ini ada dua skema dalam pemantauan dan pelaporan LTFU TBC RO; Skema (1), yaitu Laporan LTFU TBC RO yang telah selesai masa pengobatan 6 bulan pertama. Skema pertama ini tim kerja komunitas tidak dapat melakukan mitigasi maupun perbaikan pada capaian LTFU. Skema (2), yaitu Laporan LTFU TBC RO yang saat ini sedang berjalan saat ini, dengan proporsi LTFU turun menjadi maksimal 10%. Dengan demikian tim program konsorsium komunitas sangat merekomendasikan **pendampingan intensif dan ketat pada periode berjalan terutama pada 6 bulan pertama pengobatan pasien**. Pasien TBC RO yang didampingi dan memulai pengobatan saat ini yang memiliki potensi mangkir berobat atau mangkir berobat perlu diidentifikasi sedini mungkin dan ditindaklanjuti **dengan kunjungan rumah** yang berkolaborasi dengan lintas pihak (petugas TB, dinas kesehatan, tokoh masyarakat setempat) sebagai upaya mitigasi *Lost to Follow Up* dari sisi komunitas. Selain itu, pendampingan pasien TBC RO yang intensif dan ketat tersebut dilakukan dengan dukungan optimal lintas Budget Line dan lintas pihak, terutama optimalisasi dukungan enabler dan output dari SR Tematik (tim paralegal, tim konsultasi online, dan CBMF) sebagaimana telah hasil diskusi sesi kolaborasi lintas kegiatan untuk TBC RO dalam kerangka *Input-Process-Output* pada kegiatan TA Program Agustus 2022 yang lalu.



**Bagan Alur Aktivitas TB RO**

### **C.3. TB-HIV**

Manajer Kasus dan koordinator kader akan berkoordinasi dengan organisasi pendamping ODHIV untuk proses pendampingan pasien TB-HIV, sesuai informasi yang diberikan oleh pasien maupun tim medis di Puskesmas dan RS PMDT.

Pasien TB-HIV dapat melaporkan kepada tim paralegal jika mendapatkan perlakuan diskriminatif untuk kemudian diproses oleh tim tersebut bersama lembaga bantuan hukum.

SR Tematik bersama PR akan bekerjasama dengan lembaga bantuan hukum untuk melatih Koordinator kader, PS/PE dan MK sebagai calon paralegal, dilaksanakan di 20 Kab/Kota irisan program TB-HIV sehingga kemudian dapat memberikan pendampingan dan bantuan hukum sesuai kebutuhan.

Dalam mendukung kegiatan TB HIV, PR Konsorsium telah mengembangkan Buku Kecil TBC-HIV ini akan digunakan oleh koordinator kader, PS, MK dan relawan kesehatan sebagai panduan untuk mensukseskan program kolaborasi TBC-HIV. Buku saku TBC-HIV menjabarkan tentang apa itu TBC-HIV, kenapa perlu pasien TBC periksa HIV dan sebaliknya, periksa TBC pada HIV, bagaimana pemeriksaan TBC-HIV di layanan TBC dan layanan HIV dan peran komunitas TBC dan HIV dalam menanggulangi TBC-HIV.

#### **C.4. *Advokasi dan penguatan OMS/OMP***

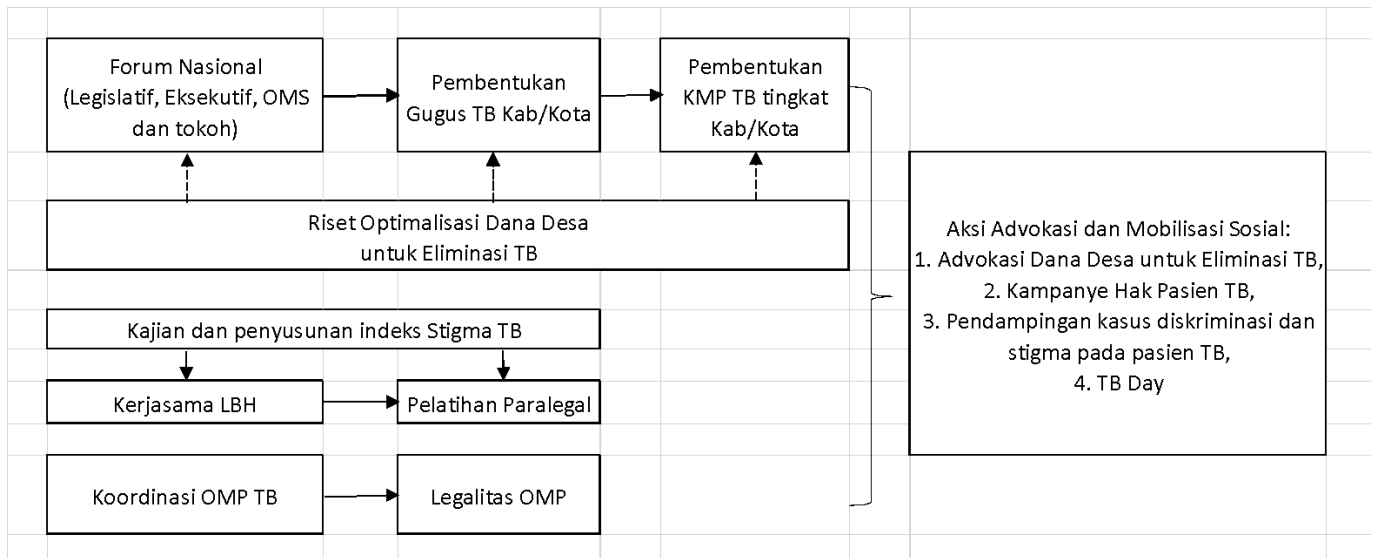
Advokasi dalam program ini menyasar tingkat nasional melalui legislatif dan eksekutif serta di wilayah tapak melalui pemerintahan daerah. Survey/studi akan dilaksanakan terkait optimalisasi dana desa dan potensi penggunaannya untuk TB. Sejalan dengan survey, SSR akan mengembangkan Kelompok Masyarakat Peduli TB (KMP TB) berbasis Kabupaten/Kota di 22 Kab/Kota baru sebagai cikal bakal wadah advokasi lintas pemangku kepentingan TB.

Penguatan OMP TB akan dipimpin SR Tematik untuk mengidentifikasi kebutuhan melalui pertemuan koordinasi rutin baik di tingkat Provinsi di 14 lokasi shelter dan tingkat Nasional. Penguatan OMP TB juga dengan mendukung aspek legal OMP sehingga terdaftar secara resmi di pemerintah daerah setempat dan dapat lebih menguatkan aksi-aksi advokasi.

Sejalan dengan penguatan OMP, SSR bersama Dinas Kesehatan dan multi pihak akan berkolaborasi bersama dalam rangka penggalangan dukungan dana dari pemerintah daerah, yang nantinya bersama OMP dan KMP akan bersama-sama melakukan aksi-aksi advokasi dan fundraising, antara lain memberikan dukungan psikososial ekonomi pasien TBC diluar dana GF dan kementerian sosial dan pelaksanaan peringatan Hari TB Sedunia yang dilaksanakan setiap tahun.

Melalui SR Tematik juga dilaksanakan penelitian pemanfaatan dana desa untuk optimalisasi program TBC di Desa, yang juga sebagai salah satu target Indonesia sesuai Peraturan Presiden tentang Program Penanggulangan TBC.

## Bagan Alur Aktivitas Advokasi

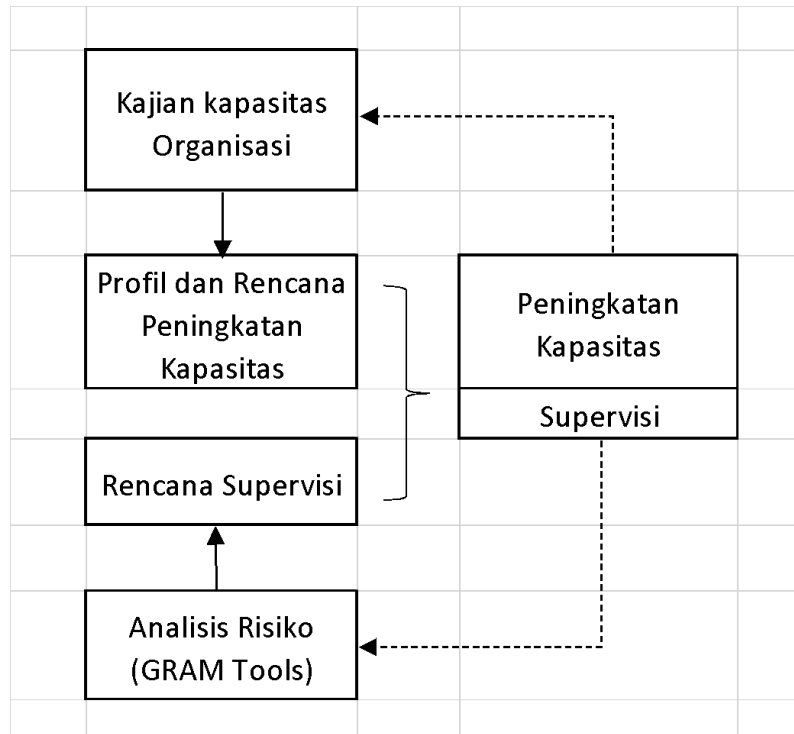


### C.5. Peningkatan Kapasitas dan Pendampingan Program

Tim Program, terdiri dari tim Field Program, Advokasi-Kemitraan dan Spesialis Medis akan memberikan peningkatan kapasitas dan pendampingan program secara regular kepada SR berdasarkan prioritas risiko dan komponen risiko tinggi untuk mengurangi dampak negatif terhadap capaian program. Hal ini akan dilakukan dengan supervisi rutin dan terjadwal sesuai kebutuhan dan berdasarkan analisis dari kaji mandiri menggunakan PERANTI dan Capacity Assessment. Selain itu, Tim Finance dan Tim MEL juga akan memberikan peningkatan kapasitas program melalui pelatihan khusus dan pendampingan. Pada Agustus 2022 tim program juga melakukan bimbingan teknis penyusunan kerangka strategis untuk mencapai indikator program.

Selanjutnya, secara berjenjang dan menggunakan instrumen GRAM Tools yang disyaratkan oleh The Global Fund, PR akan menyusun dan prioritas pendampingan kepada SR, berdasarkan capaian, kondisi manajerial dan tentunya besarnya beban kerja (target) pada wilayah tersebut. Menggunakan instrumen GRAM Tools yang sama, SR juga akan memberikan peningkatan kapasitas dan pendampingan kepada SSR di bawahnya.

## Bagan Alur Aktivitas Peningkatan Kapasitas dan Pendampingan

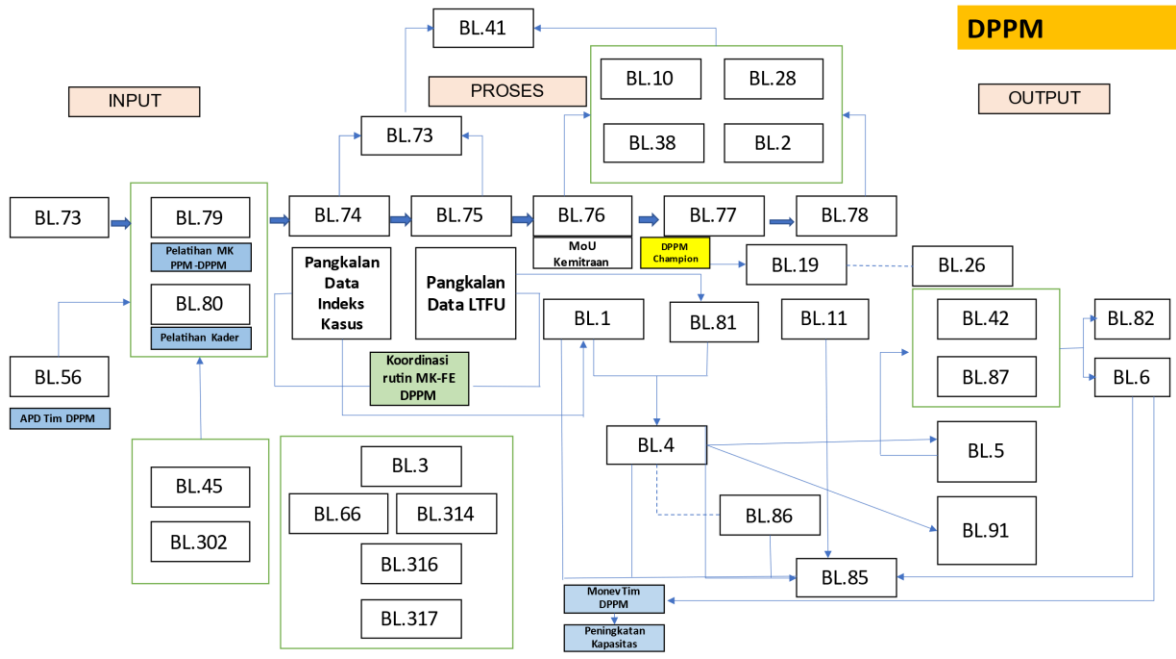


### C.6. Peran Komunitas Melalui Jejaring DPPM

Pada akhir 2021, Tim Kerja Komunitas mengupayakan perluasan intervensi untuk dapat bergerak pada jejaring DPPM di 77 Kab/Kota, 18 Provinsi. Mulai dengan upaya kolaborasi bersama organisasi profesi, organisasi fasyankes, hingga ke pemerintah daerah dan DPRD melalui advokasi pencapaian SPM. Peran komunitas dalam jejaring DPPM diharapkan dapat mendorong dan mendukung agar tantangan, hambatan dan upaya strategis untuk mengimplementasikan DPPM dapat lebih optimal.

Dalam konteks komunitas, Konsorsium telah memiliki akses pada indeks bakteriologis pada jejaring fasyankes pemerintah dan swasta, serta menjadi pihak yang melakukan pelacakan pasien LTFU TB SO secara intensif. Pada tahun 2023, kerja-kerja inisiasi komunitas dalam jejaring DPPM dapat menjadi salah satu perluasan peran komunitas yang perlu dilihat sebagai peluang tidak hanya dalam upaya pelacakan LTFU TB SO, IK di faskes swasta, tetapi juga kerja-kerja advokasi komunitas dalam melibatkan pemangku kepentingan di pemerintah daerah dan organisasi terkait.

Pada TA Program juga telah memetakan dan menyusun alur dan proses implementasi Budget Line intervensi DPPM. Seluruh alur tersebut dilihat keterkaitannya dengan keluaran notifikasi kasus dari proses pelacakan kasus LTFU TB SO dan IK di layanan fasyankes. Alur implementasi DPPM dapat dilihat sebagai berikut:



## **D. PERENCANAAN DAN PEMANTAUAN/ PENDAMPINGAN PROGRAM**

Program GF TB di bawah PR TB PB-STPI menerapkan serangkaian mekanisme dalam perencanaan, implementasi dan pemantauan program sebagai berikut:

### **D.1. Perencanaan Program**

Perencanaan program dilaksanakan setiap 6 bulan berdasarkan Plan of Action berisi timeline dan budget. Perencanaan secara berjenjang, mulai dari PR, SR Tematik, SR Provinsi sampai SSR Kab/Kota. *Plan of Action* 6 bulanan ini akan ditinjau setiap 3 bulan, berdasarkan laporan capaian target indikator yang telah ditetapkan Tim MEL. Perencanaan program juga dilakukan dengan melibatkan SR untuk memetakan antar BL yang berkesinambungan untuk mencapai indikator utama. Salah satu mekanisme perencanaan program yang akan digunakan dalam pemantauan dan pendampingan program adalah menggunakan analisis risiko, dengan instrumen yang ditetapkan The Global Fund, yaitu GRAMS Tools, yang juga di update setiap 6 bulan, pada bulan ke-5 setiap semester.

### **D.2. Pemantauan/Pendampingan Program**

Pemantauan program dilaksanakan setiap saat oleh tim PR kepada SR dan SR kepada SSR berdasarkan timeline, budget dan target yang telah disepakati. Instrumen pemantauan dikembangkan PR untuk SR dan SSR dan akan diisi setiap akhir bulan oleh SR dan SSR untuk menjadi salah satu pijakan dalam pengambilan keputusan pelaksanaan supervisi oleh tim program. Instrumen pemantauan tersedia di Google Drive dalam bentuk spreadsheet sehingga pemantauan dapat dilakukan berkelanjutan oleh PR bersama SR. Tahun 2022-2023 tim program mengembangkan sistem pemantauan *bi-weekly* berkaitan dengan kemajuan pencapaian indikator utama. Tim program dan SR bersama-sama memetakan "*bottleneck*" dari implementasi program dan sekaligus merumuskan strategi untuk dilakukan bulan berikutnya. Memperbaiki kualitas laporan "analisa varian" melalui laporan programatik bulanan juga menjadi salah satu cara melihat situasi dan kondisi dari setiap SR. Supervisi program akan dilaksanakan berdasarkan identifikasi risiko (gram tools), urgensi dan kebutuhan yang berkaitan dengan peningkatan indikator capaian dan manajerial.

## **E. SUMBERDAYA MANUSIA PENDUKUNG PROGRAM**

Sumberdaya Manusia pendukung program berjenjang di setiap tingkatan;

1. Principal Recipient:  
Tim Program: Manajer Program, Koordinator Field Program dan Staf Field Program, Koordinator Advokasi-Kemitraan dan staf, serta Koordinator TB RO dan staf serta Spesialis Medis. Tim Program berkoordinasi erat dengan Tim Finance dan Tim MEL selama perencanaan dan pemantauan/pendampingan program, dengan arahan dari Direktur Program Nasional, Authorized Signatory dan Tim Manajemen Advisor.
2. Sub-Recipient Tematik: Koordinator Program & MEL, Staf Pengembangan Komunitas dan Staf Legal. Berkoordinasi dengan Manajer SR dan Koordinator Keuangan & Operasional.
3. Sub-Recipient Provinsi: Koordinator Program & MEL dan Staf Program. Berkoordinasi dengan Koordinator dan Finance & Operasional serta staf MEL.
4. Sub-Sub-Recipient Kabupaten/Kota: Staf Program berkoordinasi dengan Staf Admin-Finance.

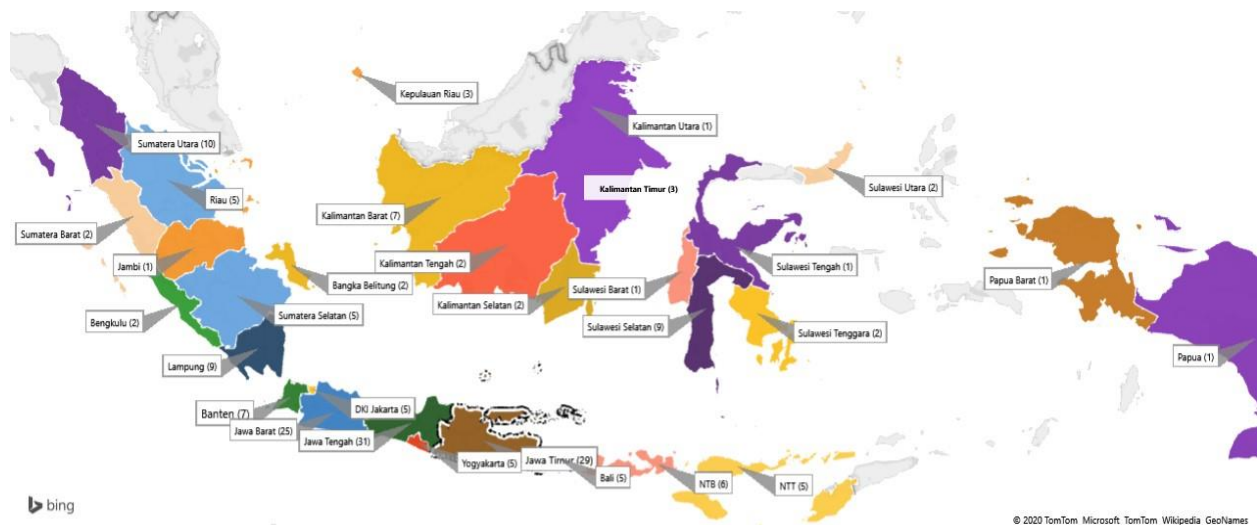


5. RS PMDT: Manajer Kasus yang wilayah kerjanya di 1-2 RS PMDT Provinsi berkoordinasi dengan Koordinator Program SR, Pasien Supporter/Peer Educator dan Koordinator Kader.
6. DPPM; Manajer Kasus DPPM tersedia di tingkat Provinsi (18 Provinsi) dan tingkat Kabupaten/Kota (77 Kabupaten Kota). Manajer Kasus DPPM berkoordinasi dengan SR dan SSR serta Manajer Kasus PMDT jika ditemukan pasien TB RO di fasyankes swasta.
7. DPPM; Koordinator Kader DPPM tersedia di 77 Kabupaten/Kota, berkoordinasi dengan Manajer Kasus DPPM tingkat Kabupaten/Kota dan tim SSR, untuk memilah data dan mendistribusikan kepada kader dalam rangka Investigasi Kontak pasien TBC dari fasyankes.

Untuk memudahkan dan efektifitas koordinasi terkait kegiatan dan pelaporan TB RO, Manager Kasus yang bertugas di RS PMDT Provinsi/Ibu Kota Provinsi dan RS PMDT Kab/Kota tetap dibawah kendali SR Provinsi namun tetap berkoordinasi dengan Koordinator Program SSR.

## F. WILAYAH KERJA PROGRAM

Wilayah kerja PR GF TB PB-STPI mencakup 190 Kab/Kota yang dipilih merujuk pada wilayah prioritas TB dalam Stranas TB 2020-2025 dan keberlanjutan program GF TB komunitas di area tersebut. Dalam wilayah prioritas 1, komunitas akan mengembalikan peran di 137 Kab/Kota dari 22 Kab/Kota prioritas (22 Kab/Kota di antaranya adalah Kab/Kota baru). Sedangkan di wilayah prioritas 2, komunitas akan berperan di 53 Kab/Kota (seluruhnya daerah kerja Aisyiyah dan LKNU di tahun 2018-2020). Dalam konteks DPPM, 18 Provinsi dan 77 Kabupaten/Kota merupakan area kerja DPPM yang beririsan dengan program DPPM Nasional.



Berdasarkan seluruh 190 Kab/Kota tersebut, akan ada fokus program dan layanan, yaitu:

- (a) 14 Kota di 14 Provinsi lokasi RS PMDT untuk penempatan shelter TB RO. Pada kondisi tertentu kebutuhan shelter juga bisa diadakan diluar 14 provinsi tersebut.

- (b) 20 Kab/Kota area industri untuk fokus pada pendampingan kasus diskriminasi dan bantuan hukum.
- (c) 20 Kab/Kota irisan program TB-HIV
- (d) 22 Kab/Kota baru, pelaksanaan dimulai dari awal semenjak preparation plan, rekrutmen dan pelatihan kader serta pembuatan KMP TB.
- (e) 100 Kab/Kota daerah implementasi PPI TBC

Secara lengkap, data seluruh wilayah kerja sesuai dengan fokus program disajikan pada tabel di bawah ini.

No	Propinsi	190 Kab/Kota	22 Kab/Kota Baru	20 Kab/Kota Baru bentuk KMP	20 Kab/Kota Industri	14 Shelter	20 Irisan TB-HIV	77 Kab/Kota Area DPPM	100 Kab/Kota PPI
1	North Sumatera (10 Districts)	Labuhan Batu							
2		Asahan							
3		Simalungun							
4		Karo							
5		Deli Serdang							
6		Langkat							
7		Kota Pematang Siantar							
8		Kota Medan							
9		Kota Binjai							
10		Kota Padangsidimpuan							
11	West Sumatera (2 Districts)	Padang Pariaman							
12		Kota Padang							
13	Riau (6 Districts)	Indragiri Hilir							
14		Rokan Hulu							
15		Bengkalis							
16		Rokan Hilir							
17		Kota Pekanbaru							
18	Kota Dumai								
19	Jambi (1 District)	Kota Jambi							
20	South Sumatra (5 Districts)	Muara Enim							
21		Banyu Asin							
22		Ogan Ilir							
23		Kota Palembang							
24		Kota Prabumulih							
25	Bengkulu	Rejang Lebong							



59		Purwakarta							
60		Karawang							
61		Bekasi							
62		Bandung Barat							
63		Kota Bogor							
64		Kota Sukabumi							
65		Kota Bandung							
66		Kota Cirebon							
67		Kota Bekasi							
68		Kota Depok							
69		Kota Cimahi							
70		Kota Tasikmalaya							
71	Central Java (31 Districts)	Cilacap							
72		Banyumas							
73		Purbalingga							
74		Banjarnegara							
75		Kebumen							
76		Purworejo							
77		Wonosobo							
78		Magelang							
79		Boyolali							
80		Klaten							
81		Sukoharjo							
82		Wonogiri							
83		Karanganyar							
84		Sragen							
85		Grobogan							
86		Blora							
87		Pati							
88		Kudus							
89		Jepara							
90		Demak							
91		Semarang							
92		Temanggung							
93		Kendal							
94		Batang							
95		Pekalongan							
96		Pemalang							
97		Tegal							
98		Brebes							
99		Kota Surakarta							
100		Kota Semarang							

101		Kota Pekalongan							
102	DIY (5 Districts)	Kulon Progo							
103		Bantul							
104		Gunung Kidul							
105		Sleman							
106		Kota Yogyakarta							
107	East Java (29 Districts)	Ponorogo							
108		Trenggalek							
109		Tulungagung							
110		Kediri							
111		Malang							
112		Lumajang							
113		Jember							
114		Banyuwangi							
115		Bondowoso							
116		Situbondo							
117		Probolinggo							
118		Pasuruan							
119		Sidoarjo							
120		Mojokerto							
121		Jombang							
122		Nganjuk							
123		Madiun							
124		Magetan							
125		Ngawi							
126		Bojonegoro							
127		Tuban							
128		Lamongan							
129		Gresik							
130		Bangkalan							
131		Sampang							
132		Pamekasan							
133		Sumenep							
134		Kota Malang							
135		Kota Surabaya							
136	Banten (7 Districts)	Lebak							
137		Tangerang							
138		Serang							
139		Kota Tangerang							
140		Kota Cilegon							
141		Kota Serang							
142		Kota Tangerang Selatan							

143	Bali (5 Districts)	Tabanan							
144		Badung							
145		Gianyar							
146		Buleleng							
147		Kota Denpasar							
148	West Nusa Tenggara (6 Districts)	Lombok Barat							
149		Lombok Tengah							
150		Lombok Timur							
151		Sumbawa							
152		Kota Mataram							
153		Bima							
154	East Nusa Tenggara (5 Districts)	Kota Kupang							
155		Timor Tengah Selatan							
156		Sikka							
157		Sumba Barat Daya							
158		Kupang							
159	West Kalimantan (7 Districts)	Pontianak/ Mempawah							
160		Sanggau							
161		Ketapang							
162		Sintang							
163		Kubu Raya							
164		Kota Pontianak							
165		Kota Singkawang							
166	Central Kalimantan (2 Districts)	Kotawaringin Timur							
167		Kota Palangka Raya							
168	South Kalimantan (2 Districts)	Banjar							
169		Tanah Bumbu							
170	East Kalimantan (3 District)	Kutai Timur							
171		Kota Balikpapan							
172		Kota Samarinda							
173	North Kalimantan (1 District)	Kota Tarakan							
174		Kota Manado							

175	North Sulawesi (2 Districts)	Kota Bitung								
176	Central Sulawesi (1 District)	Kota Palu								
177	South Sulawesi (9 Districts)	Bulukumba								
178		Jeneponto								
179		Gowa								
180		Maros								
181		Bone								
182		Wajo								
183		Sidenreng Rappang								
184		Pinrang								
185		Kota Makassar								
186	Southeast Sulawesi (2 Districts)	Muna								
187		Kota Kendari								
188	West Sulawesi (1 District)	Mamuju								
189	Papua (1 District)	Kota Jayapura								
190	West Papua (1 District)	Kota Sorong								
	<b>Total 30 Province</b>	<b>190</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	

#### G. TARGET INDIKATOR PROGRAM

Terlampir target indikator kerja program selama tiga tahun. Informasi secara detail mengenai target, pencatatan dan pelaporan dapat dilihat dan dipelajari di panduan-panduan/ juknis MEL.

Coverage Indicators	Baseline	2021	2022	2023
<b>TCP-7c</b> Number of notified TB cases (all forms) contributed by non-national TB program providers – community referrals	67,815	125,332	159,964	187,482
<b>TCP Other-1</b> Percentage of bacteriologically confirmed TB patients whose household contacts screened for TB (contact investigation)	55.8%	Jan-Jun: 55% Jul-Des: 60%	Jan-Jun: 65% Jul-Des: 70%	Jan-Jun: 75% Jul-Des: 80%
<b>TCP-5.1c</b> Number of people in contact with TB patients who began preventive therapy	N/A	12,596	26,884	40,246
<b>MDR TB-4c</b> Percentage of cases with RR-TB and/or MDR-TB started on treatment for MDR-TB who were LTFU during the first six months of treatment	21.8%		15%	10%

Tahun	Semester	Milestone
2021	Jan-Jun 2021	MoU dengan organisasi HAM atau Badan Pembinaan Hukum Nasional
	Jul-Des 2021	Pengembangan modul paralegal untuk TB/HIV
2022	Jan-Jun 2022	2 anggota komunitas TBC (penyintas/kader) di 20 kota/kab dilatih sebagai paralegal (basic-level)
	Jul-Des 2022	2 anggota komunitas TBC (penyintas/kader) di 20 kota/kab dilatih sebagai paralegal (advanced-level)
2023	Jan-Jun 2023	
	Jul-Des 2023	1 paralegal di 5 distrik magang dan berkolaborasi dengan organisasi HAM/organisasi bantuan hukum

#### H. LINIMASA IMPLEMENTASI PROGRAM PER-BUDGET LINE TAHUN 2022-2023

PR		2022-2023					
No BL	Kegiatan	Y1		Y2		Y3	
7	Develop pocket-book for community health workers and patients on the TB-HIV care that the patients will need to access (test, treat, TB preventive treatment)						
8	Improve capacity of community workers to sensitize civil society on TB elimination (training of trainers)						



39	Provide enablers to facilitate diagnosed MDR TB patients to start and finish treatment.						
41	Engagement of legislatives, relevant ministries, religious and community leaders						
43	TB Day in PR Level						
47	Regular supervision based on performance issues and specific needs- PR to SR						
49	Capacity Building Finance Management PR to SR						
50	Capacity Building Monitoring Evaluation and Learning PR to SR						
51	National Coordination Meeting						
55	TB Stigma Assessment						
56	Procurement of IEC						
70	Procurement surgical mask for cadre support MDR TB Patient						
71	Procurement surgical mask for cadre support contact investigation						
72 (a)	Improve capacity of community workers to sensitize civil society on TB elimination (training of trainers)						
73	Develop guideline for community-based treatment monitoring support						
83	Update guideline the virtual contact investigation, including algorithm, form / tools, and the roles of health providers and community health workers						
84 (a)	Socialization meeting the virtual contact investigation for cadre and healthcare worker						
88	PPE Provision for community worker and cadre						
92	Provide enablers to facilitate diagnosed MDR TB patients to start and finish treatment - Development, Socialisation, Supervision, and Evaluation of enabler activities						
93	Provide enablers to facilitate diagnosed MDR TB patients to start and finish treatment - SITK Improvement						
94	Provide enablers to facilitate diagnosed MDR TB patients to start and finish treatment - Design and print enabler payment guidelines, and enabler form						
314	Development of IPC modeling and guideline						
315	Dissemination of IPC guideline to SR & SSR / district						
<b>SR Tematik</b>							
<b>No BL</b>	<b>Kegiatan</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
15	Training for community-based case manager/MDR supporter						
16 (a)	Training for patient supporters						

19	Implement community based monitoring feedback to strengthen the service quality of TB program						
21	Public campaign (know your rights public campaign)						
22	Monitoring and response to negative campaign that potential to create stigma and discrimination to TB patients and related stake holders						
24	Paralegal recruitment and training (basic)						
25	Paralegal recruitment and training (advance)						
27	Coordination of TB patients and survivor association						
42	Peer mobilization and support developed for and by people with tb aimed at promoting well-being and human rights						
65	Development of legal foundations for TB patient organizations in DR-TB						
67	Research on budget village optimation for TB Program						
68	Workshop for budget village advocacy at national level						
69	Workshop for budget village advocacy at district level						
<b>SR Propinsi</b>							
<b>No BL</b>	<b>Kegiatan</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
11	Results based rewards for community supporters of MDR TB patients						
12	Results based rewards for community supporters of MDR TB patients-cured/success						
13	Community-based case manager						
14	Shelter for MDR TB						
16	Training for patient supporter						
37	Six monthly Coordination Meeting with PHO						
40	Home visit for TB patients followed in private sectors who miss the treatment appointment						
46	Regular supervision based on performance issues and specific needs- SR to SSR						
48	Coordination Meeting at Provinsi level/ RAKORWIL						
53	Capacity Building Finance Management SR- SSR						
<b>No BL</b>	<b>Kegiatan</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>

54	Capacity Building Monitoring Evaluation and Learning SR to SSR						
74	Community led advocacy to private hospital association (ARSSI)						
75	Workshop: DPPM implementation by each province						
79	PPM Case Manager						
302	Provision of cooler box						
312	Additional cadre coordinator						
<b>SSR/IU (Kab/Kota)</b>							
<b>No BL</b>	<b>Kegiatan</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
1	The community cadres coordinated by the Puskesmas conduct household contact investigation of bacteriologically confirm TB patients						
2	District coordination and data validation meeting for community cadres coordinate by DHO						
3	The community cadres coordinated by CSO will conduct contact investigation among non-household close contacts (190 kabupaten/kota)						
4	Reward for referring presumptive TB cases among contacts						
5	Reward for positive TB cases detected						
6	Reward for positive TB cases cured / 90% completed						
10	Initiate the creation of TB care communities (Kelompok Masyarakat Peduli TB) to facilitate various advocacies to different sectors and authorities						
17	Transport allowance for subdistricts community cadre coordinators in CSO districts to coordinate TB, TB-HIV, and MDR-TB support						
28	Coordination of community-based organization that support TB control						
38	Six monthly coordination meeting with DHO for loss to follow-up patients						
58	Data Collection and Validation						
63	Training community cadre for 22 New SSR for CI and Active Case Finding						
64	Refreshment community cadre for updating contact investigation						

66	TB Day in SSR Level						
72 (b)	Improve capacity of community workers to sensitize civil society on TB elimination – training in SSR						
<b>No BL</b>	<b>Kegiatan</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
76	Establish partnership between community and private provider to support TB patient						
77	Establish community led oversight for quality of TB service provided by public and private provider through periodic forum meeting						
78	Community led advocacy to district legislatives and executiv						
80	DPPM Coordinator Cadre						
81	To provide incentive for cadre to support tracking and home visit activities for TB patient treated in private providers.						
82	To provide incentive for cadre for patient support						
86	Incentive for cadre in collecting specimen						
87	Home-based treatment delivery to ensure patient adherence by cadre/health workers (OAT Delivery)						
91a	Reward for positive TB cases detected - TPT (Children < 5 years)						
91b	Reward for positive TB cases detected - TPT (Children 0-5 years)						
95	Home-based treatment delivery to ensure patient adherence by cadre/health workers (OAT Delivery) - OAT Form Printing						
96	Home-based treatment delivery to ensure patient adherence by cadre/health workers (OAT Delivery) - Socialization Meeting						
310	Home based treatment to ensure patient adherence by cadre/health workers (incentive)						
316	Workshop of IPC to site (boarding school/factory/army/etc)						
317	Supervision of IPC implementation from SR/SSR to site						
322	Incentive for cadre in collecting specimen						
3001	Home based treatment to ensure patient adherence by cadre/health workers (incentive)						

## I. LAMPIRAN PENJELASAN BUDGET LINE

<b>BL. 1a dan 1b</b>	<b>Penemuan Kasus Secara Aktif Oleh Kader Komunitas Melalui Kegiatan Kontak Investigasi</b>
----------------------	---

### Deskripsi Kegiatan

Indonesia merupakan salah satu dari negara dengan beban Tuberkulosis (TBC) tertinggi di dunia. WHO memperkirakan insiden tahun 2022 sebesar 969.000 atau 367 per 100.000 penduduk, sedangkan TB-HIV sebesar 36.000 kasus per tahunnya atau 14 per 100.000 penduduk. Kematian karena TBC diperkirakan sebesar 107.000 atau 40 per 100.000 penduduk dan kematian akibat TB-HIV sebesar 9.400 atau 3,6 per 100.000 penduduk. Dengan estimasi insiden sebesar 969.000 kasus tahun 2022 dan notifikasi kasus TBC sebesar 443.235 kasus maka masih ada sekitar 55% kasus masih belum ditemukan dan diobati (un-reach) atau sudah ditemukan dan diobati tetapi belum tercatat oleh program (detected, un-notified). Kondisi ini membuat negara Indonesia masih berjuang dalam **menuju eliminasi TB 2030**.

Berdasarkan hal tersebut di atas Program Penanggulangan TBC merubah strategi penemuan pasien TBC tidak hanya “secara pasif dengan aktif promotif” tetapi juga melalui “penemuan aktif secara intensif dan masif berbasis keluarga dan masyarakat”, dengan tetap memperhatikan dan mempertahankan layanan yang bermutu sesuai standar. Salah satu kegiatan yang penting untuk mendukung keberhasilan strategi penemuan aktif ini adalah melalui pelacakan dan investigasi kontak (contact tracing and contact investigation). Investigasi kontak (IK) merupakan kegiatan pelacakan dan investigasi yang ditujukan pada orang-orang yang kontak dengan pasien TBC (indeks kasus) untuk menemukan terduga TBC. Kontak yang terduga TBC akan dirujuk ke layanan kesehatan untuk pemeriksaan lanjutan dan bila terdiagnosis TBC, akan diberikan pengobatan yang tepat dan sedini mungkin. IK mempunyai 2 fungsi yaitu meningkatkan penemuan kasus dan mencegah penularan TBC di masyarakat. Pencegahan transmisi penyakit TBC dapat dilakukan melalui peningkatan keberhasilan minum obat dengan pendampingan oleh kader serta memberikan edukasi ke pada kontak serumah untuk menjalankan terapi pencegahan tuberculosis (TPT).

Kegiatan ini, kader komunitas akan mendapatkan biaya bantuan insentif/reward dalam melakukan investigasi kontak. Investigasi kontak dilaksanakan berdasarkan indeks kasus. Target investigasi kontak berdasarkan kasus per Kab/Kota. Investigasi kontak merupakan kegiatan pelacakan dan investigasi yang ditujukan pada orang-orang yang telah/sering berhubungan/melakukan kontak langsung/erat dengan pasien TBC untuk menemukan orang terduga TBC. Dalam Investigasi Kontak, kontak pasien TBC terdiri dari kontak serumah dan kontak erat. Kontak serumah yakni orang dalam orang yang tinggal satu rumah dan sering melakukan kontak. Contoh: suami, istri, anak, nenek, dan lain-lain. Sementara kontak erat adalah tetangga yang ada di 4-5 rumah di sekeliling rumah pasien TB yang memiliki potensi interaksi dengan pasien TBC. Pada implementasi di lapangan, kegiatan Investigasi Kontak melalui setidaknya 5 tahapan yaitu: (1) Koordinasi, (2) Akses data indeks bakteriologis atau TB Anak, (3) Distribusi data indeks, (4) Kualitas pelaksanaan Investigasi Kontak, dan (5) *Follow-up* pasca Investigasi Kontak.

### Tujuan

1. Menemukan kasus TBC secara dini dengan melakukan skrining gejala dan faktor risiko TBC terhadap seluruh kontak dari pasien TBC
2. Menemukan TBC laten pada anak kontak serumah di bawah 0 - 5 dan 5 -14 tahun dan memberikan pengobatan pencegahan TBC (TPT)

3. Memutus mata rantai penularan TBC di masyarakat
4. Memberikan penghargaan (reward) kepada kader komunitas yang telah melakukan investigasi kontak
5. Memberikan penghargaan (reward) kepada kader komunitas yang telah melakukan Re-visit kontak yang memenuhi syarat rujukan.

## **Kegiatan I: Investigasi Kontak**

### **Deskripsi Kegiatan**

Investigasi Kontak (IK) adalah kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan penemuan kasus TBC dengan cara mendeteksi secara dini dan sistematis terhadap orang yang kontak dengan sumber infeksi TBC. Pedoman WHO menyatakan bahwa kegiatan IK bermanfaat untuk mendeteksi kasus TBC secara dini, mencegah penyakit yang lebih berat serta mengurangi penularan TBC pada orang lain. Selain itu, IK dapat juga menemukan orang dengan infeksi TBC laten yang membutuhkan pengobatan pencegahan. Kegiatan IK diselenggarakan melalui kolaborasi antara pemberi layanan kesehatan dengan komunitas yang ada di masyarakat seperti kader kesehatan, PMO, pendidik sebaya dan sebagainya. Investigasi kontak dilaksanakan untuk semua pasien TBC baru/kambuh yang terkonfirmasi bakteriologis (TBC Sensitif Obat maupun TBC Resisten Obat) dan TBC anak untuk mendeteksi secara dini kemungkinan adanya kasus lain yang menulari kasus indeks atau kasus lain yang tertular oleh kasus indeks, pada kontak serumah atau kontak erat. IK juga dilaksanakan pada semua pasien TBC anak, dengan tujuan mencari kasus lain yang merupakan sumber penularan. Pelaksanaan kegiatan IK harus dicatat dan dilaporkan baik dalam kartu pengobatan pasien TBC yang merupakan kasus indeks (TBC.01) maupun formulir pemeriksaan kontak (TBC.16K).

### **Pelaksana Kegiatan IK**

1. Pelaksana investigasi kontak adalah kader TBC terlatih sesuai petunjuk teknis
2. Pelaksana investigasi kontak adalah Manajer Kasus/Pasien Supporter/Peer Educator yang sudah dilatih.

### **Proses tahapan pelaksanaan Investigasi Kontak (IK)**

#### **1. Koordinasi**

Koordinasi dengan pihak Dinas Kesehatan dan Layanan Kesehatan dapat dilakukan menggunakan *Budget Line 2, 37, 38, dan 77*. Dalam konteks IK, kegiatan koordinasi ini dilakukan untuk mendapatkan update data kasus indeks, melaporkan capaian komunitas (kendala dan praktik baik), serta merumuskan rencana tindak lanjut terhadap kendala di lapangan. Pelaksanaan koordinasi ini juga menjadi pintu masuk alternatif dalam komunikasi persiapan IK dan juga ekspansi kolaborasi antar pihak dalam mendukung tercapainya pemenuhan SPM sekaligus sumberdaya pendukungnya.

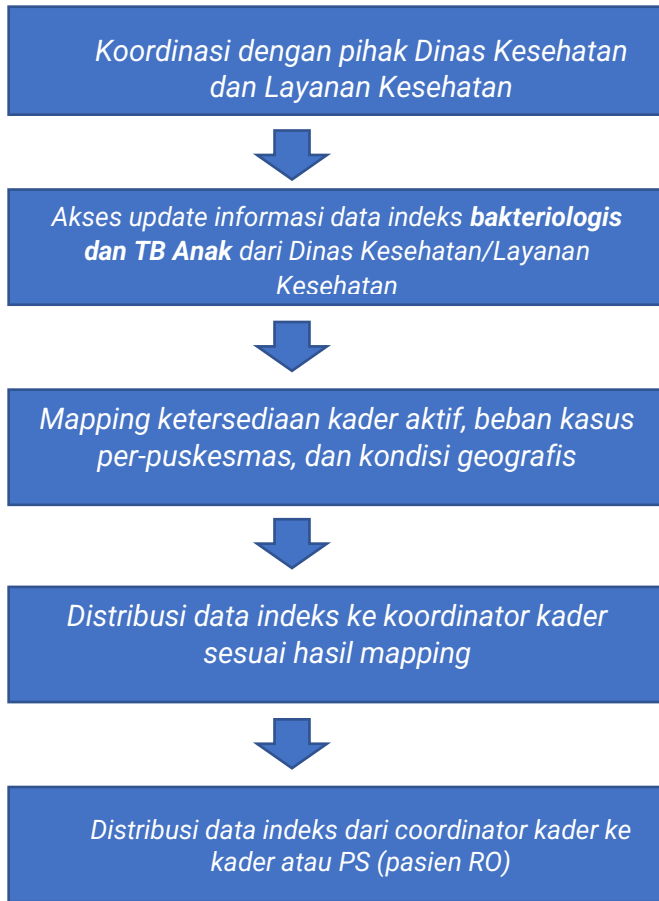
#### **2. Akses data indeks bakteriologis (TB SO-RO) dan TB Anak**

Indeks yang akan dilakukan IK adalah seluruh pasien yang terkonfirmasi bakteriologis baik TB SO ataupun TB RO dan TBC Anak. Data ini dapat diakses melalui pertemuan koordinasi dengan Dinas Kesehatan maupun Layanan Kesehatan (Puskesmas/RS Pemerintah/RS Swasta). Sumber indeks lain bisa didapatkan dari jejaring DPPM dan pasien TB RO.

#### **3. Distribusi data indeks**

Pendistribusian data indeks berdasarkan klasterisasi ketersediaan kader dan relawan TBC di wilayah masing-masing Puskesmas. Perumusan klaster kader berdasarkan beban kasus/ketersediaan indeks menjadi penting dilakukan setiap kali mendistribusikan indeks

karena masih ada kesenjangan antara jumlah kader yang tersedia dengan ketersediaan indeks serta kondisi geografis yang berbeda-beda di setiap Puskesmas. Distribusi data indeks dapat dilakukan secara offline maupun memperkuat fungsi WAG antara SSR/IU, petugas faskes/PKM, koordinator kader dan kader. **Harus selalu diingat, target capaian bukan beban kader, melainkan beban dari tim kerja komunitas.** Sehingga pola-pola manajerial dan komunikasi distribusi indeks harus menggunakan pendekatan yang berbasis komunitas dengan **semangat membangun keterlibatan masyarakat yang bermakna, bukan dengan pola struktural/relasi atasan-bawahan.** Tahapan distribusi indeks dapat dilakukan seperti berikut:



#### 4. Optimalisasi Koordinator Kader

Koordinator kader merupakan bagian yang penting dalam pelaksanaan kegiatan Investigasi kontak. Koordinator kader sangat berperan dalam pembagian distribusi indeks, penguatan kader baru melalui pendekatan *peer assistance* dan melakukan *collecting* laporan sekaligus validasi laporan di Puskesmas. Peran utama koordinator kader dalam investigasi kontak sebagai berikut:

- Berkoordinasi dengan PKM untuk akses data indeks yang akan dilakukan oleh kader.
- Mendistribusikan data indeks kasus sesuai wilayah kerja kader.
- Memastikan seluruh indeks yang sudah dibagikan ke kader dapat terlaksana, terpantau dan dilaporkan dengan baik.
- Melakukan IK pada kasus indeks yang belum dikerjakan oleh kader karena kondisi jarak dan kader tidak aktif.
- Melakukan pembinaan dan mengaktifkan kader.

- Memantau hasil pemeriksaan TCM dan TPT baik pada Balita dan dewasa dari hasil investigasi kontak.
- Melakukan koordinasi di semua jenjang level mulai dari tingkat RT/RW, Desa, Kecamatan/kelurahan dalam rangka kegiatan investigasi kontak.

## 5. Kualitas kegiatan IK

- Tahun 2023, PR konsorsium komunitas menetapkan pelaksanaan Investigasi Kontak **tidak wajib memenuhi 20 kontak**, melainkan **WAJIB pada seluruh kontak serumah dan kontak erat HANYA yang bergejala dan berisiko (ibu hamil, lansia, diabetes mellitus, perokok dan orang pernah berobat TBC tapi tidak tuntas)**.
- Penjaringan kontak erat berisiko dapat dilakukan dengan melakukan identifikasi awal melalui informasi dari Puskesmas atau aparat desa sampai pengurus RT-RW setempat.
- Mempertahankan dan melanjutkan pelaksanaan kegiatan IK dengan melibatkan pihak PJ TB Puskesmas. Melalui pendekatan ini, kualitas IK sebagai edukasi dan penjaringan kontak bergejala-berisiko dapat dioptimalkan untuk meningkatkan capaian terduga dan notifikasi.
- Ketersediaan dana BOK dan tenaga kesehatan yang direncanakan melaksanakan IK di masing-masing faskes serta sinergi program PIS PK, stunting, Posyandu, Posbindu dan program UKBM (Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat) lainnya harus dikolaborasi dengan baik
- Kegiatan IK yang berkualitas ditandai dengan adanya pemahaman seluruh kontak serumah mengenai penyakit TBC, memberikan dukungan kepada pasien agar menuntaskan pengobatan, menjaga penularan infeksi TBC dengan intensi untuk memberikan TPT pada anak usia 0-14 tahun, serta adanya kemauan dari seluruh kontak serumah dan kontak erat yang berisiko untuk memeriksakan diri ke fasyankes. IK yang berkualitas dengan melakukan edukasi terkait pencegahan dan penularan TBC pada kontak yang sehat dengan tahapan sebagai berikut:
  - Menyiapkan KIE berupa lembar balik dan leaflet.
  - Kader melakukan edukasi dengan menyampaikan informasi sesuai urutan yang ada di lembar balik.
  - Kader membagikan poster dan leaflet ke keluarga kontak serumah dan erat.
- Pelaksanaan IK yang berkualitas pada saat *screening* pada kontak serumah dan erat dilakukan dengan beberapa tahapan sebagai berikut:
  - Menanyakan kepada kontak serumah dan erat sesuai dengan gejala utama batuk, gejala lain dan faktor risiko (DM, lansia, HIV, perokok, ibu hamil, malnutrisi, anak usia 0-14 tahun)
  - Menanyakan kepada kontak serumah dan erat yang ada pada saat *screening* sesuai dengan gejala utama, gejala tambahan dan faktor risiko. Apabila saat *screening* kontak tidak ditemui pada saat tatap muka, kader tidak perlu mencatat dalam form 16 K, kader dapat mendatangi kembali di hari berikutnya.
  - Pada saat *screening* kader wajib membawa form 16K dan langsung mencatat dalam form tersebut.
- Pemahaman kontak serumah ini akan diukur dengan melakukan **survey terbuka** kepada kontak serumah secara berkala setelah dilakukan IK. Untuk dapat melakukan survey ini, maka semua kader meminta izin mengundang salah satu anggota keluarga untuk di-*invite* ke dalam WAG yang dibuat sesuai dengan wilayah kerja kader. Dalam WAG tersebut juga ada pihak Puskesmas dan SSR/IU untuk fungsi pemantauan dan penguatan kepada keluarga terdampak TBC.



- Persiapan kader sebelum turun ke lapangan dalam melakukan IK sangat penting untuk dapat menghasilkan IK yang berkualitas. Tahap persiapan yang dapat dilakukan oleh kader adalah sebagai berikut:
  - a. Persiapan diawali dengan koordinasi SSR bersama dinas Kesehatan dan puskesmas sebelum melakukan investigasi kontak.
  - b. SSR berkoordinasi dengan koordinator kader untuk menentukan distribusi data kasus ke kader komunitas sebagai landasan kader komunitas untuk melaksanakan investigasi kontak.
  - c. Menentukan kesepakatan dengan kader komunitas terkait jumlah kasus yang akan dikunjungi (ratio 1 kader dapat melakukan kunjungan 1 kasus dalam 1 minggu)
  - d. Mempersiapkan pengadaan leaflet TBC, Formulir Kontak (form 16K), formulir rekap (form 16 RK), dan ATK. Formulir bagi Kader TBC seperti yang biasa digunakan.
  - e. Mempersiapkan absensi untuk rumah yang akan dilakukan investigasi kontak
  - f. Mempersiapkan APD (masker dan sarung tangan), *cooler box* dan pot dahak.
- Dalam melaksanakan IK, terdapat hal-hal yang harus diperhatikan oleh kader seperti berikut:
  - a. Kader bersama PMO mengunjungi rumah kasus indeks
  - b. Kader melakukan pendataan kontak, **prioritas** pada kasus indeks dan kontak serumahnya, serta minimal 4 rumah terdekat **NAMUN tidak wajib memenuhi 20 kontak**, melainkan **WAJIB pada seluruh kontak serumah dan kontak erat HANYA yang bergejala dan berisiko (ibu hamil, lansia, diabetes mellitus, perokok dan orang pernah berobat TBC tapi tidak tuntas)**. Pelaksanaan investigasi kontak, tetap memperhatikan ruang interaksi warga yang ada disekitar rumah kasus indeks dan kepadatan rumah penduduk.
  - c. Kader melakukan skrining,
    - Kontak serumah berusia < 5 tahun langsung dirujuk ke fasyankes untuk menentukan pemberian TPT atau OAT
    - Kontak berusia ≥ 5 tahun, kader melakukan investigasi terhadap gejala dan faktor risiko.
    - 
    - Kontak erat berusia < 5 tahun yang memenuhi syarat rujukan langsung dirujuk ke fasyankes.
    - Merujuk seluruh kontak serumah ke fasyankes.
  - d. Kader mencatat hasil skrining dalam formulir TBC.16K dan menyerahkan 1 rangkap kepada petugas di fasyankes untuk dilampirkan di formulir TB.01 Indeks.
  - e. Jika menemukan terduga TBC, kader mengisi Surat Pengantar Pemeriksaan TBC dan merujuk kontak untuk mendapat pemeriksaan di layanan. Apabila diperlukan, maka kader mendampingi terduga TBC untuk datang ke layanan.
  - f. Kader mencatat rekapitulasi hasil Investigasi Kontak semua kasus indeks yang menjadi tanggung jawabnya pada formulir TBC.16 RK. Untuk lebih detail silahkan lihat link: [Juknis Investigasi Kontak](#)

### Mekanisme Pembayaran

Pembayaran bantuan transport dengan ketentuan: Kader telah melaksanakan investigasi kontak dan menyerahkan form TBC 16K dan TBC 16 RK yang sudah diotorisasi puskesmas ke pelaksana program kab/kota (Tim SSR)

### Struktur Budget

## Investigasi Kontak

1. BL.1.a adalah pemberian reward kader untuk melaksanakan kegiatan IK. Kader akan mendapatkan alokasi sebesar Rp. 60.000,00 per indeks kasus, kader akan diberikan support transport. (Rp. 60.000,00 x Jumlah Indeks Kasus yang kontakannya sudah diinvestigasi)
2. Kader melakukan investigasi kontak berdasarkan kasus TB terkonfirmasi bakteriologis dan TB Anak.
3. Pemberian reward bagi PS/PE/Kader senilai 60.000 bagi yang melakukan investigasi kontak pada kasus indeks terkonfirmasi bakteriologis (TB RO).
4. Target IK yang disepakati untuk di 190 Kabupaten/Kota
  - o Tahun 1 = 162,148 indeks kasus
  - o Tahun 2 = 201,056 indeks kasus
  - o Tahun 3 = 230,768 indeks kasus

## Output

1. Jumlah indeks kasus yang sudah dilakukan oleh kader
2. Jumlah orang kontak serumah/erat yang dikunjungi oleh kader
3. Jumlah orang yang diedukasi informasi TBC oleh kader komunitas
4. Jumlah kontak serumah dan erat yang memenuhi syarat rujukan datang untuk periksa ke PKM sudah diinvestigasi kontak

## Laporan

Laporan dikirim ke SSR paling lambat 2 minggu setelah kegiatan selesai dengan mencantumkan:

1. Form pengajuan reward kader yang melakukan IK
2. Form 16K dan 16 RK yang sudah divalidasi oleh petugas kesehatan (ditandatangani oleh petugas kesehatan softcopy dan hardcopy) yang didalamnya ada nama kontak yang memenuhi kriteria rujukan

## Kegiatan II: *Re-visit* IK Kontak Serumah-Erat

### Deskripsi Kegiatan

Tantangan Indikator investigasi kontak (TCP Other-1) dan penemuan kasus (TCP-7.c) saling terkait dan perlu dicermati implementasi kegiatan investigasi kontak yang fokus terutama indeks kasus kontak yang memenuhi syarat rujukan yang datang ke PKM dan yang tidak mau datang ke PKM. Selain itu juga perlu melihat terduga TBC yang memenuhi syarat rujukan IK RT dan IK RT kontak serumah, batuk dan tidak batuk juga melihat faktor risiko. Tahun 2022 masih adanya gap kontak yang dirujuk dan kontak yang datang periksa ke layanan 54% (95,494/178,039). Dengan adanya gap tersebut diperlukan dukungan terhadap kader dalam melakukan *re-visit* untuk melakukan edukasi, motivasi dan mendorong kontak serumah dan yang memenuhi syarat rujukan untuk dapat periksa ke PKM.

*Re-visit* adalah kegiatan yang dilakukan oleh kader dengan mengunjungi kembali kontak serumah dan kontak erat yang memenuhi syarat rujukan (pada indeks kasus yang sama) tapi belum bersedia untuk periksa ke layanan. *Re-visit* dilakukan oleh kader untuk memberikan edukasi, motivasi dan membujuk keluarga pasien kontak serumah dan erat untuk memeriksakan diri. Selain itu, *re-visit* untuk memastikan kembali kontak serumah (umur 0-14 tahun) bersedia memulai inisiasi pemberian TPT.

*Re-visit* IK **berbeda dengan Re-IK**. Re-IK dilakukan untuk melakukan kegiatan IK Kembali setelah minimal 6 bulan dari IK pertama kali dilakukan. Adapun ketentuan *Re-visit* IK sebagai berikut:

1. Kegiatan *Re-visit* berfokus pada data indeks (kontak serumah dan kontak erat yang memenuhi syarat rujukan) yang belum datang periksa ke PKM.
2. Kontak serumah dan erat yang mempunyai syarat rujukan dengan masa periode yang disarankan adalah 1-2 bulan (*golden time*) → masa dimana yang paling baik dalam melakukan revisit.
3. Data indeks yang dijadikan acuan revisit adalah maksimal < 6 bulan.

*Contoh kasus:*

Indeks an PASKI HIDAYAT dilakukan IK pada 1 Januari 2023, terdapat 4 kontak serumah dan 3 kontak erat bergejala dan faktor risiko. Dari 7 kontak sampai 31 Januari yang berhasil melakukan pemeriksaan dari hasil IK hanya 2 orang, maka 5 orang sisanya menjadi sasaran kontak untuk di *Re-visit*. Periode *Re-visit* berlaku mulai tanggal 1 Februari s/d 30 April 2023. Jika sudah lewat dari periode 6 bulan sejak dilakukan kegiatan IK maka berlaku kegiatan Re-IK. Periode yang disarankan untuk *Re-visit* adalah periode Golden time kurun waktu 1-2 bulan (1 Februari s/d 31 Maret 2023).

4. Memantau pengobatan pasien TBC saat kader melakukan *Re-visit* IK
5. Tim kerja komunitas, kader, dan Puskesmas harus membentuk komunikasi intensif untuk meningkatkan motivasi keluarga pasien (kontak serumah) agar memeriksakan diri dan menjalani terapi pencegahan TBC (TPT) untuk anak usia 0 -14 tahun.
6. *Re-visit* IK juga digunakan untuk memantau status terduga dan status notifikasi pada kontak serumah dan erat.
7. *Re-visit* bisa digunakan untuk menyebarkan undangan di 25 Kab./Kota yang melaksanakan mobile CXR (yang ditentukan oleh Kemenkes) serta 5 Kab./Kota di SR DIY (*modelling* komunitas)
8. Sistem pencatatan dan pelaporan *Re-visit* IK mengikuti ketentuan yang dibuat oleh MEL
9. Alat pendukung yang harus dibawa oleh kader saat *Re-visit* IK adalah:
  - Daftar nama kontak serumah dan erat yang memenuhi syarat rujukan (dicatat dalam buku agenda)
  - Semua form 16K yang sudah diisi saat melakukan IK sebelumnya.
  - Membawa APD (masker dan sarung tangan), ATK, pot dahak,
  - Membawa media KIE berupa poster, leaflet dan backdrop

## Tujuan

1. Menemukan TBC laten pada anak di bawah 0-5 dan 5 -14 tahun dan memberikan pengobatan pencegahan TBC (TPT)
2. Memberikan penghargaan (reward) kepada kader komunitas yang telah melakukan *Re-visit* kontak yang memenuhi syarat rujukan.

## Struktur Budget

1. BL.1.b adalah reward yang diberikan kepada kader untuk melaksanakan kegiatan *revisit* IK. Kader akan mendapatkan reward senilai Rp. 30.000, per kasus indeks.
2. Kader yang bisa mendapatkan reward apabila kontak yang direvisit melakukan pemeriksaan minimal 1 orang kontak per kasus indeks.

3. Setiap SR maksimal dapat melakukan re-visit sesuai target diberikan oleh PR, apabila ada penambahan dari target yang diberikan, SR dapat menginformasikan permintaan terlebih dahulu ke PR.

Target Re-visit IK untuk 190 Kabupaten/Kota Tahun 3 = 83.359 indeks kasus.

### **Mekanisme Pembayaran *Re-visit* IK**

Pembayaran bantuan transport dengan ketentuan:

1. Kader telah melaksanakan *Re-visit* IK kontak serumah dan yang memenuhi syarat rujukan dan sudah periksa di PKM disertai form A yang sudah diotorisasi puskesmas ke pelaksana program Kab/Kota (Tim SSR).
2. Daftar list nama yang di form 16 K di cek list untuk nama yang sudah dilakukan re-visit.
3. Staf program SSR dibantu oleh koordinator kader telah melakukan verifikasi/validasi formulir hasil *re-visit* kader

### **Output**

1. Jumlah kontak serumah dan kontak yang mempunyai syarat rujukan telah dilakukan dilakukan *Re-visit* IK oleh kader
2. Jumlah orang kontak serumah/erat yang dikunjungi oleh kader
3. Jumlah orang yang diedukasi informasi TBC oleh kader komunitas
4. Jumlah kontak serumah dan erat yang memenuhi syarat rujukan datang untuk periksa ke PKM sudah diinvestigasi kontak

### **Laporan**

Laporan dikirim ke SSR paling lambat 2 minggu setelah kegiatan selesai dengan mencantumkan:

1. Form pengajuan reward kader yang melakukan *Re-visit* IK
2. Form 16K yang sudah di ceklis khusus kontak serumah dan erat bergejala dan memenuhi syarat rujukan
3. Form A hasil *Re-visit* oleh kader (kontak serumah dan erat)

### Deskripsi Kegiatan

Dalam menjalankan program eliminasi TBC melalui grant Global Fund, PR Komunitas Konsorsium Penabulu-STPI fokus pada pelacakan kasus secara aktif melalui Investigasi Kontak yang sejalan dengan fokus program yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan. Selain itu, PR Komunitas Konsorsium Penabulu-STPI juga akan melakukan kegiatan *community outreach* sebagai salah satu upaya dalam melakukan pencarian kasus TBC baru secara aktif dan masif di Masyarakat. Selama implementasi dana Hibah Global Fund, pembelajaran penting yang di dapat ialah masih kurangnya koordinasi dan kerjasama antara tim pelaksana komunitas dengan kader, puskesmas, dan Dinas Kesehatan level Kab/Kota.

Dalam perjalanan penemuan kasus melalui investigasi kontak dan *community outreach* masih perlu mengupayakan lebih maksimal pada penemuan kasus baru saat investigasi kontak. Pengalaman tahun 2022 investigasi kontak Konsorsium Komunitas PB-STPI telah berhasil melakukan screening ke 2.405,40 kontak serumah dan kontak erat, dari hasil screening tersebut telah ditemukan 321,521 atau 13% orang yang memenuhi syarat rujukan. Jumlah kontak yang diperiksa oleh PKM dari hasil rujukan kader sebanyak 11.614 atau 7%. Berdasarkan pengalaman tersebut masih ada gap yang perlu dibenahi bersama terutama meningkatkan kualitas investigasi kontak oleh kader dengan memfokuskan pada kontak serumah serta kontak erat yang mempunyai gejala. Memperkuat koordinasi, komunikasi dan kolaborasi antara kader dan PKM dalam menjalankan kegiatan investigasi kontak dan *community outreach* juga menjadi hal yang penting untuk dilakukan secara konsisten.

Sehubungan dengan hal tersebut, untuk meningkatkan kualitas pelaksanaan program baik kegiatan penemuan kasus baru melalui investigasi kontak maupun *community outreach*, serta pemberian TPT di tengah masyarakat, maka diperlukan pertemuan koordinasi dengan melibatkan dinas kesehatan/wasor kab/kota, puskesmas, dan kader agar tercapainya peningkatan kolaborasi dan kerjasama dalam pelaksanaan program demi cita-cita bersama Eliminasi TBC tahun 2030.

### Tujuan

1. Melakukan koordinasi dan evaluasi terkait hasil capaian indikator dan pelaksanaan kegiatan oleh tim komunitas dengan Dinas Kesehatan maupun Puskesmas
2. Menyampaikan tantangan dalam proses penemuan kasus melalui kegiatan Investigasi Kontak dan *Community outreach* serta pemberian TPT hingga menyusun strategi/RTL disertai timeline
3. Melakukan proses kroscek/validasi data antara hasil capaian indikator tim komunitas dengan data Puskesmas serta Dinas Kesehatan
4. Mendistribusikan data kasus indeks dari Puskesmas/Dinas Kesehatan kepada Tim Komunitas hingga kader
5. Memberikan data kontak/terduga yang perlu dilakukan *re-visit* serta menyampaikan progress tindak lanjut pelaksanaan revisit setiap bulan
6. Meningkatkan kualitas dan kapasitas kader dalam implementasi kegiatan lapangan dan pencatatan dan pelaporan.

## Kegiatan

1. Pelaksanaan kegiatan pertemuan koordinasi pada tahun 2023 tersedia 10 kali dalam kurun waktu setahun, alokasi kegiatan tiap semester dilakukan sebanyak 5 kali pada tingkat kabupaten/kota.
2. Kewenangan SR untuk melakukan relokasi kegiatan di setiap SSR/IU berdasarkan beban kasus, jumlah kader ataupun kebutuhan lainnya dengan mempertimbangkan urgensi dan prioritas pencapaian target.
3. Pada kondisi tertentu dengan melihat kebutuhan, urgensi dan pelibatan peserta, kegiatan dapat dilakukan dengan menggabungkan 2 volume anggaran dalam 1 kali kegiatan.
4. Secara umum konsep kegiatan pertemuan ini meliputi hal-hal yang berkaitan dengan koordinasi, pemantauan, evaluasi, validasi serta peningkatan kapasitas.
5. Persiapan pelaksanaan kegiatan pertemuan koordinasi tingkat kabupaten/kota;
  - Menentukan peserta yang hadir dengan unsur tim SSR/IU, Dinas Kesehatan, Puskesmas, serta koordinator kader dan kader dengan total keseluruhan sebanyak 30 orang. Prinsipnya untuk alokasi jumlah peserta sesuai kebutuhan dengan total 30 orang, namun diharapkan ada perwakilan dari setiap unsur peserta tersebut (Dinkes, Puskesmas dan Kader) di setiap pelaksanaan kegiatan.
  - Menyiapkan bahan paparan (PPT) berisi data hasil capaian indikator, realisasi work plan (baik yang sudah maupun rencana akan dikerjakan), hasil input data SITK, data kasus indeks, calon penerima TPT, serta data revisit kontak/terduga
6. Tim pelaksana program TBC Penabulu-STPI (SSR/IU) bersama Puskesmas menyampaikan progress update program dan kegiatan yang telah dilakukan kepada Dinas Kesehatan yang berisi hal-hal berikut:
  - Hasil capaian indikator program (dalam bentuk laporan maupun hasil input data SITK)
  - Laporan kegiatan yang akan dilaksanakan dan yang sudah dilaksanakan
  - Menyampaikan hasil temuan dan kendala yang muncul di lapangan dan mendiskusikan solusi bersama.
7. Hasil pertemuan dengan Dinas Kesehatan Kab/Kota dikirimkan kepada SR Provinsi agar dapat ditindaklanjuti oleh SR ke tingkat Provinsi

## Peserta

Peserta rapat koordinasi antara SSR/IU bersama Dinas Kesehatan Kab/Kota melibatkan 30 orang:

Tim SSR/IU	: 2 orang
Dinas Kesehatan Kab/Kota	: 2 orang
Perwakilan Puskesmas dan kader	: 26 orang (presentasi perwakilan puskesmas dan kader adalah 70% kader dan 30% PKM, angka ini juga disesuaikan berdasarkan kebutuhan)

#Pada kondisi tertentu alokasi jumlah peserta bisa disesuaikan dengan kebutuhan dengan total 30 orang, namun diharapkan ada perwakilan dari setiap unsur peserta tsb di setiap pelaksanaan kegiatan

#Apabila ada kebutuhan pelibatan peserta diluar unsur di atas harus berkoordinasi dan komunikasi dengan tim PR dengan membuat justifikasi.

## Output

1. Adanya strategi dan rencana tindak lanjut beserta timeline bersama antara tim SSR/IU, Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan Kader.

2. Sinkronisasi data antara hasil kontribusi komunitas dengan data yang ada di Puskesmas/Dinas Kesehatan.
3. Terdistribusi data Indeks kasus maupun data revisit kontak serumah dan erat kepada kader wilayah puskesmas masing-masing.
4. Peningkatan kapasitas dan kualitas perbaikan pelaksanaan kegiatan penemuan kasus di lapangan.
5. Adanya laporan naratif hasil pertemuan koordinasi antara pelaksana program, Puskesmas, Kader, dan Dinas Kesehatan Kab/Kota.
6. Laporan narasi kegiatan dilampirkan pada saat melakukan PJUM, laporan narasi menggunakan template yang sudah ditentukan oleh PR.

### Jadwal Kegiatan

Waktu		Kegiatan	PIC
08.30 08.45	-	Registrasi	Panitia
08.45 09.00	-	Pembukaan dan Sambutan	Tim SSR/IU Dinas Kesehatan Kab/Kota
09.00 09.30	-	Pemaparan hasil <i>progress</i> capaian indikator serta pelaksanaan dan rencana kegiatan dari tim komunitas	Tim SSR/IU
09.30 10.00	-	1. Pemaparan analisis situasi program TBC tingkat Kab/Kota 2. Laporan capaian target indikator program TBC	Dinas Kesehatan Kab/Kota
10.00 10.30	-	Diskusi dan Tanya Jawab	Seluruh peserta
10.30 12.00	-	Validasi data hasil capaian indikator (sumber dari SITK dan SITB)	Tim SSR/IU Puskesmas Dinas Kesehatan Kab/Kota
12.00 13.00	-	ISHOMA	Seluruh peserta
13.00 13.30	-	Pembahasan data indeks kasus <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serah terima data indeks kasus ke tim komunitas</li> <li>- Pembagian target data indeks kasus ke kader</li> </ul>	Puskesmas SSR/IU
13.30 14.00	-	Pembahasan revisit <ul style="list-style-type: none"> <li>- Share data kontak target revisit</li> <li>- Follow up hasil revisit kader</li> </ul>	Tim SSR/IU
14.00 14.30	-	Menyusun RTL bersama berdasarkan hasil diskusi tantangan dan solusi	Tim SSR/IU Puskesmas Dinas Kesehatan Kab/Kota

14.30 16.00	-	Diskusi internal tim dalam upaya peningkatan kapasitas kualitas kader (materi disesuaikan dengan kebutuhan) <ul style="list-style-type: none"><li>- Pencatatan dan pelaporan</li><li>- Investigasi Kontak</li><li>- <i>Community outreach</i></li><li>- Pengantaran specimen dahak</li><li>- TPT</li><li>- dll</li></ul>	Tim SSR/IU
----------------	---	--	------------



## Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu dari negara dengan beban Tuberkulosis (TBC) tertinggi di dunia. WHO memperkirakan insiden tahun 2022 sebesar 969.000 atau 367 per 100.000 penduduk, sedangkan TB-HIV sebesar 36.000 kasus per tahunnya atau 14 per 100.000 penduduk. Kematian karena TBC diperkirakan sebesar 107.000 atau 40 per 100.000 penduduk dan kematian akibat TB-HIV sebesar 9.400 atau 3,6 per 100.000 penduduk. Dengan estimasi insiden sebesar 969.000 kasus tahun 2022 dan notifikasi kasus TBC sebesar 443.235 kasus maka masih ada sekitar 55% kasus masih belum ditemukan dan diobati (*un-reach*) atau sudah ditemukan dan diobati tetapi belum tercatat oleh program (*detected, un-notified*). Kondisi ini membuat negara Indonesia masih berjuang dalam **menuju eliminasi TB 2030**.

Berdasarkan hal tersebut di atas Program Penanggulangan TBC merubah strategi penemuan pasien TBC tidak hanya “secara pasif dengan aktif promotif” tetapi juga melalui “penemuan aktif secara intensif dan masif berbasis keluarga dan masyarakat”, dengan tetap memperhatikan dan mempertahankan layanan yang bermutu sesuai standar. Salah satu kegiatan yang penting untuk mendukung keberhasilan strategi penemuan aktif ini adalah *Community outreach*. Capaian notifikasi dari komunitas melalui *community outreach* pada tahun 2022 juga meningkat dengan variasi setting/lokasi populasi yang lebih beragam. Notifikasi tertinggi dihasilkan dari kegiatan BL.3 di populasi sekitar rumah indeks, di populasi kumuh-miskin dan sinergi dengan kegiatan komunitas yang lain. Hal ini harus kita lanjutkan dan lebih memfokuskan pada populasi dengan riwayat terjadinya kasus TBC yang berarti telah terjadi penularan. Pemilihan penentuan lokasi kegiatan *community outreach* dapat dilakukan setelah mendapatkan informasi dari keluarga pasien dengan melakukan identifikasi kecenderungan interaksi pasien dengan lingkungan sekitar dan lingkungan sosial misalnya sekolah, posyandu, tempat kerja, majelis taklim, dan tempat-tempat lainnya yang dianggap pernah berkumpul dengan kasus indeks

## Tujuan Umum

Pelaksanaan Investigasi Kontak Non-Rumah Tangga bertujuan untuk memperluas penjangkauan skrining TBC di masyarakat, berbasis pada Indeks Kasus yang telah dilakukan Investigasi Kontak. Dengan melaksanakan Investigasi Kontak Non-Rumah Tangga berdasarkan Indeks Kasus, maka komunitas akan melakukan skrining secara sistematis dan terukur, menysasar masyarakat di sekitar indeks kasus dalam satu wilayah tertentu yang Sesuai dengan wilayah kerja pemerintahan; Dusun, Rukun Tetangga atau Rukun Warga.

## Tujuan

1. Memaksimalkan peran kader dalam melakukan *community outreach* tentang TBC.
2. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang penyakit TBC-HIV.
3. Melakukan penyuluhan atau edukasi tentang TBC di daerah *non household contact* dan berisiko tinggi, daerah kumuh, miskin & padat.
4. Melakukan penyuluhan atau edukasi TBC di tempat khusus seperti sekolah, lapas, pondok pesantren dan tempat kerja (pabrik dll)

## Sasaran Kegiatan Penemuan Kasus

1. Sekolah, lapas, pesantren dan tempat kerja
2. Daerah padat penduduk dan daerah penduduk miskin
3. Panti asuhan, panti sosial, majelis taklim,
4. Posyandu, Poslansia dan Pertemuan PKK

## Alur Pelaksanaan Kegiatan

### Persiapan

1. Bersama dengan tim PKM untuk menentukan lokasi penyuluhan sesuai dengan lokasi yang berbasis indeks dan faktor risiko.
2. Pemilihan kader 'handal' yang akan melakukan penyuluhan sesuai target yang ditentukan tim SSR melakukan sosialisasi strategi dan jadwal penyuluhan kepada kader yang akan melaksanakan penemuan kasus.
3. Melakukan identifikasi untuk penentuan lokasi penyuluhan berdasarkan wilayah kerja kader
4. Membuat jadwal, pembagian volume BL.3, penentuan lokasi dengan melibatkan wasor TB, dan PJ TB puskesmas.
5. Kegiatan *community outreach* dilaksanakan di 190 Kabupaten/Kota dengan melibatkan kader yang sudah dilatih.

### Pelaksanaan

1. Kegiatan *community outreach* diupayakan dihadiri 21 orang sesuai paket BL.3, memperhatikan riwayat kasus TBC di lokasi tersebut, baik masih satu lingkungan dengan rumah indeks atau daerah dengan kepadatan masyarakat.
2. Penggunaan teknologi untuk mendukung perencanaan dan pemilihan lokasi *community outreach* seperti *Google Maps* dapat terus dilakukan sehingga dapat membantu identifikasi lokasi-lokasi keberadaan penularan dari indeks (Hot spot TBC).
3. Melalui penggunaan *Google Maps* yang disimpan juga akan terlihat pola penyebaran atau penularan serta jika dibutuhkan melakukan Re-IK pada lokasi tertentu.
4. Kegiatan *community outreach* juga sekaligus melakukan penjarangan dengan membagikan pot dahak yang bergejala dan faktor risiko dahak untuk dilakukan pengambilan dahak oleh kader.
5. Pengambilan spesimen dahak oleh kader harus yang berkualitas dengan memperhatikan volume 3,5-5 ml, kekentalan dan warna hijau kekuningan (purulent).
6. Dalam rangka pencegahan dan pengendalian penularan TBC, pada saat kegiatan IK dan *community outreach*, kader, kontak serumah, peserta penyuluhan akan dibekali dengan masker untuk melindungi kader dari transmisi penularan TBC.
7. Pelaksanaan kegiatan IK non rumah tangga secara teknis dapat dilihat pada petunjuk teknis sebagai berikut: <https://bit.ly/33qtbXG>

### Pemantauan

1. Setelah kegiatan *community outreach* koordinator kader/kader perlu tindak lanjut dengan pengecekan PJ puskesmas hasil pemeriksaan dahak ataupun orang yang sudah dilakukan penyuluhan datang ke PKM untuk periksa atau tidak.
2. Pemantauan ini perlu dilakukan agar orang yang datang ke PKM untuk memeriksakan diri menjadi capaian komunitas.

3. Perlu melakukan evaluasi dan koordinasi pasca kegiatan yang dapat dilakukan pada saat kegiatan BL.2

#### **Output Kegiatan**

1. Terlaksananya edukasi yang dilakukan oleh kader setidaknya 90% dari target per tahun
2. Adanya ditemukan 1 penemuan kasus baru di setiap pelaksanaan kegiatan *community outreach*

#### **Laporan**

1. Laporan narasi beserta foto pada saat pelaksanaan *community outreach*,
2. Laporan form 16 K dan RK hasil kegiatan *community outreach*
3. Absensi peserta penyuluhan dan kader

<b>BL.3b</b>	<b>Skrining X-ray dan Pemberian TPT pada Kontak Serumah Pasien TBC dan Populasi Berisiko di Congregate Setting</b>
--------------	--

Laporan WHO tahun 2022 mencatat bahwa Indonesia menjadi negara peringkat kedua dengan kasus tuberkulosis (TBC) tertinggi di dunia. Program pengendalian TBC nasional telah menerapkan kebijakan pencegahan TBC yang tertuang dalam strategi nasional tahun 2020-2024, yang salah satu strateginya adalah pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) pada kontak serumah, ODHIV, dan kelompok risiko lainnya. Hasil modeling yang dilakukan oleh Dye et al (2013) menunjukkan target *End TB Strategy* pada tahun 2035 hanya dapat dicapai dengan mengkombinasikan upaya pengobatan TBC aktif secara efektif dan upaya pencegahan TBC dengan pemberian TPT pada kasus Infeksi Laten Tuberkulosis (ILTb).

Dalam rangka bagian dari eliminasi TBC, WHO merekomendasikan bahwa selain ODHIV dan kontak anak dibawah 5 tahun juga perlu melakukan intervensi pemberian TPT untuk kontak serumah usia diatas 5 tahun. Untuk meningkatkan temuan kasus ILTB secara aktif dan penemuan kasus TBC aktif dari Investigasi Kontak (IK), maka diperlukan dukungan skrining X-ray pada kontak serumah dan dukungan dari komunitas untuk memobilisasi kontak serumah agar dapat di skrining menggunakan X-ray.

Laporan JEMM 2020 juga menyebutkan bahwa penemuan kasus secara aktif merupakan mekanisme untuk mencari kasus-kasus yang tidak dilaporkan dalam rangka mempercepat diagnosis dan pengobatan sebelum terjadinya penularan. Mekanisme ini dapat menjadi alat bantu yang berguna untuk memobilisasi masyarakat, melibatkan pemerintah daerah, dan menjangkau elemen sektor kesehatan lainnya dalam penanggulangan TBC.

Berdasarkan hal tersebut, peran komunitas dalam kolaborasi eliminasi TBC menjadi hal penting dalam mendukung keberhasilan kegiatan skrining X-ray. Berbagi peran setiap sektor menjadi hal harus dilakukan oleh semua pihak. Sektor layanan menyediakan alat diagnosa X-ray mobil beserta data kontak serumah yang akan diperiksa, sementara peran komunitas memobilisasi dan mengajak kontak serumah untuk dapat dilakukan skrining X-ray dan diagnosa lanjutannya.

Kerjasama ini dilakukan oleh PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI bersama dengan Kementerian Kesehatan RI di 25 Kabupaten/Kota, dan akan akan berkolaborasi di level SSR, dinas Kesehatan, puskesmas dan para kader.

### **Tujuan**

1. Melakukan skrining TBC dan diagnosis TBC untuk diberikan pengobatan atau diberikan TPT pada kontak serumah dan populasi berisiko di *congregate setting*.
2. Menemukan terduga TBC pada kontak serumah,
3. Memberikan TPT pada semua kontak serumah,
4. Merujuk populasi berisiko tanpa gejala dan hasil X Ray normal untuk mendapatkan TPT.

## Sasaran dan Target

Dalam rangka meningkatkan penemuan kasus secara aktif kegiatan dilakukan dengan sasaran, lokasi dan target sebagai berikut:

1. Sasaran dan target kegiatan ini adalah: CXR mendukung diagnosis, mobilisasi kontak untuk skrining CXR kerjasama Kemenkes RI.  
Pelaksanaan: Mobilisasi kontak sesuai jadwal mobile CXR Kemenkes di 25 Kab/Kota.  
Target: Hutang indeks di 25 kab/kota Jan-Jun 2022 dikali 4:  $18.017 \times 4 = 72.068$   
Anggaran: Snack-lunch untuk setiap kontak yang hadir

*#hutang indeks adalah sisa indeks kasus bulan Jan-Jun 22 yang belum dilakukan investigasi kontak*

No	SUMATERA UTARA	4,901
1	Deli Serdang	1,721
2	Kota Medan	3,180
	<b>BANTEN</b>	<b>6,001</b>
1	Kota Tangerang	2,404
2	Tangerang	3,597
	<b>DKI JAKARTA</b>	<b>17,499</b>
1	Kota Jakarta Barat	3,356
2	Kota Jakarta Pusat	3,360
3	Kota Jakarta Selatan	2,678
4	Kota Jakarta Timur	5,184
5	Kota Jakarta Utara	2,921
	<b>JAWA BARAT</b>	<b>30,168</b>
1	Bandung	3,809
2	Bekasi	3,506
3	Bogor	7,361
4	Cirebon	2,871
5	Kota Bandung	2,588
6	Kota Bekasi	2,383
7	Kota Depok	2,290
8	Sukabumi	5,361

	<b>JAWA TENGAH</b>	<b>2,230</b>
1	Kota Semarang	2,230
	<b>JAWA TIMUR</b>	<b>8,347</b>
1	Jember	1,923
2	Malang	1,197
3	Kota Surabaya	3,384
4	Sidoarjo	1,842
	<b>NUSA TENGGARA TIMUR</b>	<b>394</b>
1	Kupang	177
2	Sumba Barat Daya	217
	<b>SULAWESI SELATAN</b>	<b>2,528</b>
1	Kota Makassar	2,528
		<b>72,068</b>

2. Sasaran dan target kegiatan ini adalah: CXR mendukung skrining (mobile) di Sleman DIY kerjasama dengan Zero TB DIY.

Propinsi	Kab-Kota	Target
DIY	Sleman	5.314.

Tujuan: Menemukan kasus TBC aktif pada orang yang kontak dengan kasus indeks TBC melalui penambahan skrining foto Rontgen dada. Pelaksanaan: PR kerjasama dengan Zero TB melaksanakan IK dengan dukungan mobile CXR sesuai jadwal di masing-masing SSR.

Target: Jumlah target indeks tahun 2023 dikali 4 (perkiraan 1 rumah indeks terdapat 4 anggota keluarga sebagai kontak erat) di Sleman  $980 (Q8) + 2.097 (S5) + 2.237 (S6) = 5.314$ .

Anggaran: Rp. 100.000 biaya CXR x 5.314 (jumlah target). Penggunaan biaya untuk sewa vendor CXR Rp. 100.000x5.314 dibebankan pada BL. 3001

Biaya mobilisasi peserta kontak serumah menggunakan BL.3b dengan perhitungan  $260.000 \times 253$  volume penyuluhan (Target XCR  $5.314/21 = 253$ )

Lokasi Pilot: Kab Sleman – DIY atau sesuai hasil diskusi dengan Dinas Kesehatan DIY.

3. Sasaran dan target kegiatan ini adalah: CXR mendukung skrining pada kegiatan *Community outreach* (mobile) di *Non-Congregate Setting*

Tujuan: Menemukan kasus TBC aktif pada orang yang kontak dengan kasus indeks TBC melalui penambahan skrining foto Rontgen dada.

Pelaksanaan: PR bekerjasama dengan vendor CXR dan melaksanakan *Community outreach* dengan dukungan mobile CXR sesuai jadwal di masing-masing SSR.

Target: 50% dari jumlah target BL.3 di 5 Kab/Kota pilot tahun 2023= 25.338 x 50% = 12.669

Anggaran: Rp. 100.000 biaya CXR dan anggaran BL.3 yang telah tersedia untuk 5 kab/kota di 5

Wilayah: Deli Serdang, Garut, Depok, Malang, Kota Malang

4. Sasaran dan target kegiatan ini adalah: aktivitas CXR mendukung skrining pada kegiatan *Community outreach* di 5 kab/kota wilayah IPC.

Lokasi: Akan ditentukan kemudian.

Target: 3.000 orang karyawan pabrik di 5 lokasi pilot IPC = 20.000

Anggaran: 150.000 jasa sewa CXR

Sumberdaya manusia pendukung kegiatan.

Kegiatan kolaborasi dengan Kemenkes akan menggunakan tim kerja komunitas terdiri dari staf SR-SSR, Koordinator Kader dan Kader. Untuk tenaga kesehatan akan mengikuti yang telah disediakan oleh Kemenkes RI.

Kegiatan mandiri baik melalui Investigasi Kontak dan *Community outreach* akan menggunakan tim kerja komunitas terdiri dari staf SR-SSR, Koordinator Kader dan Kader. Sedangkan untuk tenaga kesehatan komunitas akan bekerjasama dengan vendor CXR, didukung oleh 1 Medical Officer di tingkat PR yang akan menjadi pengawas dan memberikan Quality Assurance terhadap seluruh kegiatan.

Waktu Pelaksanaan

## **Persiapan**

### **A. Pendataan;**

- (1) PR akan menarik data kontak serumah (semua kontak -termasuk Balita-, bergejala dan tidak) dan kontak erat (dengan gejala dan risiko) – *Format terlampir*.
- (2) Data akan diberikan kepada SSR di 25 Kabupaten/Kota melalui SR. Format excel data calon skrining ACF-CXR akan digunakan untuk pemantauan dan laporan hasil ACF-CXR hingga hasil TCM jika ada rujukan.
- (3) Data calon peserta skrining ACF-CXR akan diidentifikasi kembali oleh SSR, Koordinator Kader dan Kader untuk dipilah sesuai dengan update status terduga dan diperkirakan dapat dimobilisasi ke lokasi ACF-CXR.
- (4) Data calon peserta ACF-CXR yang telah diidentifikasi diberikan kepada Dinkes atau disalin ke file *excel* atau *spreadsheet* yang disediakan oleh Dinkes.
- (5) Dinkes atau Puskesmas akan memberikan undangan skrining CXR/kegiatan ACF-CXR, untuk di isi (manual) oleh kader dan siap didistribusikan.
- (6) SR dan SSR membantu komunikasi dengan Dinkes untuk identifikasi jadwal, target dan lokasi ACF-CXR agar distribusi undangan disesuaikan dengan jadwal.

- (7) SR-SSR melakukan perhitungan kebutuhan dana reward distribusi undangan menggunakan BL.1 khusus pada kontak serumah dan kontak erat dari kegiatan IK yang telah terlaksana bulan Januari sampai dengan April 2022, menggunakan konsep Re-IK.
- (8) SR-SSR memastikan ke Dinkes jika ada dukungan dari Pemerintah untuk mobilisasi / transport kontak serumah/erat yang mendapatkan undangan.
- (9) SR-SSR memastikan ke Dinkes untuk rencana mobilisasi Balita dan memastikan ketersediaan TST dan TPT.
- (10) Kehadiran Balita dapat dipertimbangkan kembali jika TST dan TPT tidak tersedia yang justru akan menambah rentan Balita terhadap penyakit di lokasi skrining.
- (11) SR, SSR bersama Dinkes dan vendor melakukan konsolidasi laporan hasil CXR dengan agregasi rujukan komunitas sesuai daftar undangan.

## **B. Distribusi Undangan**

- (1) Undangan skrining yang telah diisi oleh kader kemudian siap didistribusikan sesuai jadwal dan lokasi yang dekat dengan lokasi ACF-CXR.
- (2) Distribusi calon peserta skrining ACF-CXR hasil dari IK Januari-April dapat menggunakan BL.1. Sedangkan undangan setelah bulan April 2022 dititipkan kepada kader (tanpa ada reward BL.1).
- (3) Distribusi undangan yang dilakukan oleh kader sekaligus melakukan update perkembangan pengobatan indeks kasus dan kondisi kontak serumah dan kontak erat bergejala serta edukasi dan motivasi.
- (4) Pelaporan distribusi undangan menggunakan beberapa dokumen: **a. Daftar hadir, b. Foto bukti undangan telah diterima, c. Laporan singkat re-IK.**
- (5) Laporan diperiksa secara berjenjang dari Koordinator dan SSR untuk pembayaran *reward* BL.1.
- (6) Laporan hasil pengobatan pada indeks juga dilakukan dan dilaporkan untuk mendapatkan pembayaran *reward* kesembuhan.
- (7) Setiap kontak serumah/erat yang telah dikunjungi dibuatkan WA Group sebagai wahana reminder jadwal dan lokasi CXR.
- (8) SR dan SSR memantau hasil undangan dan perkiraan jumlah undangan yang akan hadir untuk perhitungan penggunaan BL.3 dan persiapan pembelian *snack*.
- (9) Jika terdapat update status terduga, hasil pemeriksaan atau kesembuhan, dicatat di daftar hadir dan di input di SITK menggunakan mekanisme *add check list*.

## **Tahap Pelaksanaan**

### **A. Mobilisasi**

- (1) Kader melalui WA Group mengirimkan pemberitahuan / pengingat mengenai jadwal pelaksanaan skrining ACF-CXR.
- (2) Kader dalam perjalanan menuju lokasi ACF-CXR dapat sekalian singgah pada beberapa rumah indeks yang searah.
- (3) Kader dan Koordinator Kader menunggu di lokasi ACF-CXR pada pagi hari 1 jam sebelum kegiatan dimulai untuk mempersiapkan dokumen sebagai berikut: **a. Daftar hadir yang sudah**



**termasuk kolom informasi hasil CXR, pengambilan TCM, faskes rujukan TCM, b. Laporan singkat disertai foto.**

- (4) Kader kembali hubungi undangan peserta skrining ACF-CXR jika belum hadir di lokasi.

### **B. Skrining CXR**

- (1) Komunitas mengikuti seluruh alur pemeriksaan yang sudah menjadi tugas dan fungsi dari vendor CXR dan panduan dari Pemerintah.
- (2) Kader dan Koordinator Kader mencatat seluruh hasil CXR dan ditulis di daftar hadir dan di Form A.
- (3) Kader dan Koordinator Kader mencatat seluruh undangan yang diarahkan untuk mengeluarkan dahak. Jika dahak telah tersedia, maka kader mencatatkan sebagai **terduga** dan berhak mengajukan reward.
- (4) Kader dan Koordinator Kader mencatat nama faskes TCM lokasi pengiriman/ pemeriksaan sampel untuk kebutuhan *follow up*.
- (5) Kader dan Koordinator kader mencatat hasil pemeriksaan TST dan pemberian TPT baik pada dewasa maupun Balita.
- (6) Dukungan komunitas dalam kegiatan skrining CXR menggunakan BL.3.
- (7) Sebagai pendukung laporan BL.3, disertakan dokumen a. Daftar hadir yang sudah termasuk kolom informasi hasil CXR, pengambilan TCM, faskes rujukan TCM, b. Laporan singkat disertai foto.

### **C. Follow up skrining ACF-CXR**

- (1) Kader dan Koordinator Kader memantau hasil pemeriksaan TCM dan TPT baik pada Balita dan dewasa.
- (2) SR-SSR memastikan excel daftar kontak serumah/kontak erat yang digunakan sejak awal di update sesuai hasil skrining ACF-CXR.
- (3) SR-SSR memastikan update SITB sesuai hasil skrining ACF-CXR dan hasil
- (4) WA Group yang disusun oleh kader dapat dilanjutkan untuk informasi dan edukasi mengenai TBC jika peserta berkenan.

### **Tahap pelaporan dan pembayaran**

- (1) Laporan penyebaran undangan dalam format Re-IK (BL.1) dan Skrining CXR dalam format BL.3 dilaporkan sesuai periode yang berlaku.
- (2) Pembayaran BL.1 dan BL.3 khusus ACF-CXR di 24 KK **hanya menggunakan dokumen yang tersedia. Tidak menggunakan 16-K atau 16-RK.** Karena akan menyebabkan input ganda nama kontak serumah yang sudah pernah diinput dari hasil IK RT.
- (3) Periode pelaporan dan pembayaran sesuai SOP yang berlaku di PR Konsorsium Komunitas.

### **A. Pilihan data selain retrospektif**

Data yang disampaikan pada poin A sampai dengan C di protokol ini merupakan data lama (retrospektif) yang telah dilakukan IK hingga Oktober 2022. SR dan SSR dapat menggunakan data pasien/indeks terbaru yang belum di IK dengan tambahan protokol sebagai berikut:

- (1) Data indeks yang belum di IK perlu diidentifikasi dengan kriteria harus dekat dengan lokasi pelaksanaan ACF-CXR.
- (2) Setelah tersedia data indeks, dijadwalkan IK hanya pada kontak serumah, sehari sebelum pelaksanaan ACF-CXR atau pada pagi hari pelaksanaan sebelum ACF-CXR dimulai.

Pencatatan dan pelaporan indeks baru

### **Pencatatan dan pelaporan**

Laporan kegiatan CXR dilakukan setiap bulan, sesuai dengan laporan rutin programatik yang telah ditentukan oleh PR Konsorsium Komunitas.

### **Verifikasi kegiatan**

Hasil atau produk yang dihasilkan dari kegiatan ini adalah:

1. Hasil skrining gejala TBC yang dibuktikan dengan lembar hasil formulir skrining gejala TBC sesuai standar Kemenkes RI yang digunakan oleh komunitas (Form 16 K dan Form 16 RK);
2. Hasil pembacaan CXR yang dibuktikan lembar hasil berupa score dan interpretasinya;
3. Laporan rekapitulasi data dalam bentuk excel format terlampir; dan
4. Laporan akhir pelaksanaan rangkaian kegiatan (penilaian kuantitatif dan kualitatif) skrining TBC.

### Latar Belakang

Tuberkulosis merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Berdasarkan laporan data WHO dalam Global TB Report tahun 2022, Indonesia merupakan negara peringkat ke-2 dengan kasus terbanyak TBC setelah Cina. Tahun 2021 angka estimasi insiden kasus TBC sebesar 824.000 kasus atau 301 per 100.000 penduduk dan mortalitas 93.000 atau 34 per 100.000 penduduk (selain TBC HIV). Dengan notifikasi kasus TBC sebesar 384.025 kasus maka masih ada sekitar 439.975 kasus (47%) yang belum ternotifikasi baik, belum terjangkau, belum terdeteksi maupun belum dilaporkan.

Indonesia saat ini terus berupaya untuk melakukan pemberantasan penyakit TB. Program pencegahan TB dilakukan melalui upaya promotif dan preventif sekaligus tetap memberi perhatian pada aspek pengobatan dan rehabilitatif yang bertujuan untuk melindungi kesehatan masyarakat, mengurangi kesakitan, mortalitas atau kematian, sekaligus mencegah penularan dan dampak negatif lain yang disebabkan TBC.

Dalam rangka untuk penemuan kasus, saat ini telah melaksanakan pendekatan Investigasi Kontak (IK) sebagai strategi untuk menemukan kasus baru TBC. Selain itu kegiatan penemuan kasus melalui *community outreach*. Pada kegiatan ini ketika kader merujuk orang yang terduga TBC dan diperiksa di Puskesmas maka akan mendapatkan *reward/imbalan*.

### Deskripsi Kegiatan

1. Kegiatan ini kader mendapatkan penghargaan/reward berupa uang atas keberhasilannya menemukan, merujuk, memotivasi terduga TBC untuk melakukan tes di Puskesmas dan mendapatkan hasil pemeriksaan.
2. Kader mendapatkan reward senilai Rp. 15.000 untuk setiap terduga yang ditemukan.
3. Target:
  - Tahun 1 = 877,317 terduga TBC
  - Tahun 2 = 1,119,741 terduga TBC
  - Tahun 3 = 1,312,374 terduga TBC

#Berdasarkan rasio dari pengalaman Aisyiyah, untuk 1 kasus TB baru dapat ditemukan dari 7 terduga TBC.

#Pembagian target per SR-SSR dapat dilihat pada target ME Plan

### Tujuan

Kegiatan pemberian terduga TBC untuk kader komunitas yang berhasil membujuk dan memotivasi orang yang terduga TBC untuk periksa ke Puskesmas.

### Mekanisme Pembayaran

Pembayaran reward suspek dilakukan oleh SR/SSR/IU setelah dilakukan verifikasi menggunakan form verifikasi terduga TBC kasus sesuai mekanisme ME dan dapat dibayarkan setiap bulannya.

**Output**

Adanya pembayaran terduga untuk kader bagi yang menemukan terduga TBC yang sudah diverifikasi oleh M&E

**Laporan**

Laporan dikirim ke SSR setelah kegiatan selesai sesuai dengan mekanisme pencatatan dan pelaporan yang berlaku.

### Latar Belakang

Tuberkulosis merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Berdasarkan laporan data WHO dalam Global TB Report tahun 2021, Indonesia merupakan negara peringkat ke-3 dengan kasus terbanyak TBC setelah India dan Cina. Dengan angka estimasi insiden kasus TBC sebesar 824.000 kasus atau 301 per 100.000 penduduk dan mortalitas 93.000 atau 34 per 100.000 penduduk (selain TBC HIV). Dengan notifikasi kasus TBC sebesar 384.025 kasus maka masih ada sekitar 439.975 kasus (47%) yang belum ternotifikasi baik, belum terjangkau, belum terdeteksi maupun belum dilaporkan.

Indonesia saat ini terus berupaya untuk melakukan pemberantasan penyakit TB. Program pencegahan TB dilakukan melalui upaya promotif dan preventif sekaligus tetap memberi perhatian pada aspek pengobatan dan rehabilitatif yang bertujuan untuk melindungi kesehatan masyarakat, mengurangi kesakitan, mortalitas atau kematian, sekaligus mencegah penularan dan dampak negatif lain yang disebabkan TBC.

Dalam rangka untuk penemuan kasus, saat ini telah melaksanakan pendekatan Investigasi Kontak (IK) sebagai strategi untuk menemukan kasus baru TBC. Selain itu kegiatan penemuan kasus melalui *community outreach*. Investigasi Kontak selama ini dikenal untuk skrining TBC berdasarkan indeks kasus TBC aktif dan fokus pada kontak serumah dan kontak erat. Dalam perkembangannya, Investigasi Kontak juga dapat dikembangkan sebagai salah satu upaya skrining TBC pada populasi yang lebih luas dari target Investigasi Rumah Tangga. Hal ini kemudian dikembangkan oleh PR Konsorsium Komunitas sebagai *community outreach*. *Community outreach*, pendekatan baru yang lebih sistematis dari praktik penyuluhan dan skrining TBC yang selama ini telah dilaksanakan oleh organisasi masyarakat dan kader. Dari dua pendekatan yang dilakukan tersebut dalam menemukan kasus, ketika kader berhasil merujuk orang yang terduga TBC untuk diperiksa kemudian hasil pemeriksaannya dinyatakan positif oleh tenaga Kesehatan (PKM) maka kader akan mendapatkan *reward*/imbalan.

### Tujuan

Kegiatan pemberian *reward* untuk kader komunitas yang berhasil membujuk dan memotivasi untuk diperiksa ke Puskesmas dengan hasil positif.

### Deskripsi Kegiatan

1. Kader komunitas akan mendapatkan *reward* berupa uang atas keberhasilannya menemukan pasien TB semua tipe/case notified (TB Paru, Rontgen, TB ekstra paru, TB Anak, TCM)
2. Pemberian *reward* bagi kader komunitas akan mendapatkan Rp. 40.000 untuk setiap temuan pasien TB +
3. Target
  - o Tahun 1 = 125,331 kasus baru
  - o Tahun 2 = 159,963 kasus baru
  - o Tahun 3 = 187,482 kasus baru

**Mekanisme Pelaksanaan Kegiatan**

Pembayaran reward pasien dilakukan oleh SR/SSR setelah diverifikasi menggunakan form verifikasi penemuan kasus sesuai mekanisme MEL yang berlaku dan dapat dibayarkan setiap bulannya

**Output**

Adanya pembayaran reward untuk kader bagi yang menemukan pasien TB positif yang sudah diverifikasi oleh mekanisme yang berlaku.

**Laporan**

Laporan dikirim ke SSR/IU setelah kegiatan selesai dengan mencantumkan laporan sesuai mekanisme MEL

## Latar Belakang

*Global Tuberculosis Report (GTR) 2022* mengestimasi terdapat 969.000 kasus tuberkulosis (TBC) baru di Indonesia dan menempatkan sebagai negara kedua dengan kasus TBC terbanyak di dunia. Arahan Menteri Kesehatan mengatakan bahwa mulai Januari 2023, pemeriksaan TBC harus mencapai 60.000 kasus/bulan dengan ketentuan *by name, by address*. Target ini ditambahkan untuk mengungkit laju pemeriksaan TBC karena TBC adalah penyakit menular dan sistem surveilans di tingkat kelurahan, kecamatan, kabupaten dan provinsi harus terintegrasi dan tepat.<sup>1</sup> Tambahan target tersebut menjadi tantangan sekaligus menggerakkan segala upaya untuk mendukung eliminasi TBC tahun 2030.

Cakupan pengobatan tuberkulosis belum mencapai target yang direkomendasikan WHO, meskipun meningkat secara substansial dari 53% pada tahun 2017 menjadi 67% (61-73%) pada tahun 2018. Pada tahun 2017, tingkat keberhasilan pengobatan di antara kasus tuberkulosis yang baru dan kambuh serta di antara kasus TBC sensitif obat yang diobati sebelumnya masih di bawah target global 90% (masing-masing 84,7% dan 71,7%).

Indonesia saat ini terus berupaya untuk melakukan pemberantasan penyakit TB. Berdasarkan pencapaian target program tuberkulosis nasional tahun 2019, pemerintah mencanangkan kabupaten/kota dapat mencapai target penemuan dan pengobatan kasus TBC (Treatment Coverage) 90% pada tahun 2024. Upaya utama yang diperlukan untuk meningkatkan jumlah penemuan dan cakupan pengobatan tuberkulosis yaitu salah satunya pendampingan konsumsi OAT sampai selesai dan sembuh; dan mengoptimalkan komunikasi, informasi, dan edukasi tentang tuberkulosis kepada masyarakat. Peran komunitas dalam pendampingan melibatkan kader, kelompok mantan pasien TBC, pekerja sosial dalam investigasi kontak dan pendampingan minum obat sekaligus tetap memberi perhatian pada aspek pengobatan dan rehabilitatif yang bertujuan untuk melindungi kesehatan masyarakat, mengurangi kesakitan, mortalitas atau kematian, sekaligus mencegah penularan dan dampak negatif lain yang disebabkan TBC.

## Tujuan

Pemberian *reward* untuk kader komunitas yang berhasil mendampingi dan memotivasi pasien untuk pengobatan lengkap dan sembuh.

## Deskripsi Kegiatan

1. Kader yang menemukan kasus baru selanjutnya didampingi oleh kader selama proses pengobatan.
2. Kader mendapatkan reward atas keberhasilannya mendampingi pasien TBC semua tipe / CNR (TB Paru, TB ekstra paru, TB Anak, Rontgen+) hingga mendapatkan hasil pengobatan (pengobatan lengkap dan sembuh).
3. Kader mendapatkan reward senilai Rp.50.000 untuk setiap pasien TB semua tipe yang didampingi hingga sembuh.
4. Pembayaran dilakukan setiap bulan setiap selama periode program.

<sup>1</sup> Kementerian Kesehatan. (10 November 2022). *Mulai Januari 2023, Penemuan Kasus TBC Ditargetkan 60 Ribu Per Bulan*. Diambil dari <https://www.kemkes.go.id/article/view/22111000003/mulai-januari-2023-penemuan-kasus-tbc-ditargetkan-60-ribu-per-bulan.html>

## 5. Target

- Tahun 1 = 112,798 kesembuhan pasien
- Tahun 2 = 143,967 kesembuhan pasien
- Tahun 3 = 168,734 kesembuhan pasien

### **Mekanisme Pembayaran**

Pembayaran reward hasil pengobatan dilakukan oleh SR/SSR/IU setelah diverifikasi sesuai mekanisme pencatatan dan pelaporan MEL.

### **Output**

Adanya pembayaran untuk kader yang dapat mendampingi setelah pasien lengkap berobat dan sembuh.

### **Laporan**

Laporan dikirim ke SSR/IU setelah melampirkan form B yang sudah diverifikasi oleh puskesmas.



Kelompok Masyarakat Peduli Tuberkulosis dibentuk untuk mendukung implementasi program pemerintah dalam penanggulangan tuberkulosis di tingkat kecamatan. Intervensi KMP TBC dilaksanakan di 1 kecamatan dengan beban TBC tertinggi pada setiap 20 kabupaten/kota baru yang dikelola *Principal Recipient* Komunitas untuk program TBC pada 2021-2023. KMP TB melibatkan anggota masyarakat dengan membangun pemahaman dan kesadaran terkait pentingnya upaya penanggulangan TBC serta sukarela berupaya mengadvokasi permasalahan TBC di wilayahnya sebagai pemenuhan hak dasar dan kebutuhan masyarakat.

Untuk dapat memberdayakan KMP TBC, maka Tim Kerja Komunitas melakukan 3 tahap kegiatan yakni (1) *tahun pertama*: inisiasi pembentukan KMP TBC; (2) *tahun kedua*: peningkatan kapasitas KMP TB; (3) *tahun ketiga*: pendampingan dan pengorganisasian untuk pelibatan KMP dalam program penanggulangan TBC berbasis komunitas. Dari ketiga tahap tersebut, KMP diharapkan dapat melakukan kegiatan sensitisasi dan sosialisasi isu TBC kepada masyarakat dan pemangku kepentingan serta menjangkau pasien TBC di wilayah setempatnya. Dengan begitu maka KMP dapat mengadvokasikan bahwa isu TBC perlu menjadi isu prioritas.

Pada tahun ketiga, KMP TBC akan didampingi untuk dapat membawa isu TBC menjadi salah satu permasalahan yang perlu ditanggulangi dan masuk dalam prioritas anggaran pada perencanaan di tingkat desa, kecamatan dan kabupaten. Hal ini akan dilakukan dengan (1) pertemuan peningkatan kapasitas; (2) pertemuan periodik rapat koordinasi dan (3) pelibatan KMP TBC dalam program penanggulangan TBC berbasis komunitas (sosialisasi TBC, investigasi kontak rumah tangga dan non rumah tangga bersama kader komunitas).

KMP TBC dapat menjadi unsur masyarakat yang berdaya dalam penanggulangan TBC dengan mendukung dan menguatkan upaya penemuan kasus TBC secara aktif dan pasif serta mendorong menciptakan lingkungan yang mendukung untuk pasien TBC dalam proses pengobatan hingga sembuh, seperti akses ke fasilitas kesehatan, dukungan nutrisi, dukungan psikososial. Di lain sisi, KMP TBC juga melakukan serangkaian sosialisasi TBC untuk dapat memberikan pemahaman terkait pencegahan, pemeriksaan, upaya memutus rantai TBC dengan investigasi kontak dan dukungan masyarakat pada masa pengobatan pasien TBC. Lebih lanjut, KMP TBC juga dapat memberikan dukungan dalam memberdayakan penyintas TBC untuk dapat kembali produktif secara ekonomi, fisik, mental dan sosial.

Dalam konteks advokasi, KMP TBC diharapkan juga dapat membangun kemitraan antara pihak pemerintah kecamatan, pemerintah desa dengan pihak Puskesmas dan fasilitas kesehatan di wilayah kerjanya serta Lembaga yang berkepentingan untuk dapat mendukung upaya promosi kesehatan, pencegahan, memutus mata rantai penularan dan mendukung proses pengobatan.

## **Tujuan**

**Kegiatan Inisiasi Pembentukan Kelompok Masyarakat Peduli Tuberkulosis untuk Memfasilitasi Advokasi Kepada Pemangku Kepentingan Daerah** pada periode 2021 – 2023 bertujuan untuk:

1. Mengorganisasi masyarakat untuk peduli pada persoalan TBC.
2. Membentuk KMP TBC di tingkat Kecamatan.
3. Melakukan pendampingan terhadap kapasitas KMP TBC kecamatan untuk terlibat dalam advokasi pada pemangku kepentingan daerah.
4. Mempengaruhi pemangku kebijakan lintas sektor dan menggalang dukungan masyarakat untuk meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelayanan publik dan upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) di kecamatan dan kabupaten/kota, khususnya dalam penanggulangan TBC.
5. Membangun komitmen dan kemampuan masyarakat untuk memastikan pelayanan publik dan UKBM yang berkualitas tersedia untuk mengatasi penyebaran penyakit TBC.
6. Meningkatkan kualitas upaya pencegahan dan pengendalian TBC yang dibutuhkan masyarakat dengan menggalang dukungan serta mempengaruhi kebijakan lintas sektor.
7. Meningkatkan kapasitas anggota KMP dalam isu dan strategi penanggulangan TBC di tingkat Kecamatan dan Desa

## **Bentuk Kegiatan**

### **Tahun 1 – 2021**

#### **1. Persiapan KMP TBC**

- Kegiatan dilaksanakan di tahun pertama (estimasi - Q2 & Q3 2021) di 1 kecamatan di 20 kabupaten/kota
- Tahap persiapan dilakukan dengan 3 kegiatan yakni (a) koordinasi bersama dengan pemangku kepentingan setempat; (b) pertemuan sosialisasi dan (c) analisa situasi.
- Dalam hal ini, BL.10 dapat digunakan untuk mengadakan 1 kali pertemuan sosialisasi; dua kegiatan lainnya adalah prakondisi yang perlu diupayakan oleh staf program SSR.
- Kegiatan koordinasi bersama pemangku kepentingan setempat dilakukan oleh Staf program SSR kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk memilih 1 kecamatan dengan beban TBC tertinggi. Selanjutnya, Staf program SSR berkoordinasi dengan Camat dan Kepala Puskesmas untuk dapat mengundang perwakilan organisasi masyarakat dan unsur masyarakat untuk berpartisipasi pada kegiatan sosialisasi dan inisiasi KMP TBC.
- Kegiatan sosialisasi mengundang berbagai unsur berkepentingan di tingkat kecamatan. Tujuannya adalah untuk menginformasikan terkait tantangan dan masalah TBC di wilayahnya serta menginisiasi kesepakatan perlunya KMP TBC.
- Kegiatan Analisis situasi dilakukan setelah pertemuan sosialisasi untuk memperdalam temuan permasalahan TBC di wilayah tersebut. Proses Analisis situasi dilakukan dengan mewawancarai beberapa pihak sehingga mendapatkan gambaran yang lebih komprehensif terkait persoalan atau masalah dan hambatan dari persoalan TBC di tingkat kecamatan.

## 2. Pembentukan KMP TBC

- Frekuensi kegiatan 1 kali pertemuan di tahun 2021 (estimasi - Q3 & Q4 2021). Pelaksanaan pada tingkat kecamatan di 20 Kabupaten/Kota.
- SSR berkoordinasi dengan pihak Kecamatan dan Puskesmas untuk *kick-off* pertemuan pembentukan KMP TBC.
- Pelaksanaan pembentukan KMP TBC melibatkan pemangku kebijakan di tingkat kecamatan dan kelurahan/desa serta pihak Puskesmas.
- Kegiatan ini dapat dimulai dengan memberikan informasi terkait proses yang sudah dilakukan dalam persiapan KMP TBC serta hasil Analisa situasi TBC di tingkat kecamatan. Peserta pertemuan dapat menanggapi informasi tersebut dan memberikan pendapat untuk menyepakati pembentukan KMP TBC.
- Setelah terbentuk KMP TBC, maka dilanjutkan dengan diskusi dan menyepakati beberapa hal yakni (a) harmonisasi komitmen dan tujuan KMP TBC; (b) rencana program/kegiatan KMP TBC; (c) rencana pembiayaan KMP TBC.

### Tahun 2 – 2022

#### 1. Peningkatan Kapasitas Anggota KMP TBC

- Frekuensi kegiatan adalah 4 kali dengan jadwal 1 pertemuan/kuartal pada tahun 2022. Pelaksanaan pada tingkat kecamatan di 20 Kabupaten/Kota.
- Kegiatan peningkatan kapasitas KMP merupakan dukungan program konsorsium untuk menunjang KMP dalam mengimplementasikan program kerjanya. Selain itu, pada pertemuan tersebut dapat menjadi ruang diskusi untuk monitoring dan evaluasi program kerja KMP TBC.
- Staf program SSR dapat melihat kesesuaian rencana program kerja KMP dengan kebutuhan peningkatan kapasitas. Namun secara umum, materi peningkatan kapasitas KMP merujuk pada kurikulum **Panduan Peningkatan Kapasitas Kelompok Masyarakat Peduli TBC Edisi 2022**.
- Peningkatan kapasitas akan melibatkan narasumber ahli/aktivis masyarakat serta para anggota KMP TBC.

#### 2. Perencanaan dan Pelaksanaan Program Kerja KMP TBC

- Proses perencanaan dan pelaksanaan program kerja KMP TBC merupakan keluaran dari tahap peningkatan kapasitas KMP TBC. Setiap sesi peningkatan kapasitas telah dirancang keluaran yang terkait dengan topik dan perkembangan pengorganisasian KMP serta bagaimana kontribusinya terhadap upaya penanggulangan TBC komunitas.
- Kegiatan yang telah direncanakan disertai dengan rencana penganggaran. Berkenaan dengan hal ini, KMP mengupayakan proses pencarian dana sekaligus ikut serta dilibatkan dalam program kerja tim komunitas (SSR).

### Tahun 3 – 2023

#### 1. Peningkatan Kapasitas Anggota KMP TBC

- Frekuensi kegiatan adalah 4 kali dengan jadwal 1 pertemuan/kuartal pada tahun 2023. Pelaksanaan pada tingkat kecamatan di 20 Kabupaten/Kota.
- Kegiatan peningkatan kapasitas KMP merupakan dukungan program konsorsium untuk menunjang KMP dalam mengimplementasikan program kerjanya. Selain itu, pada pertemuan tersebut dapat menjadi ruang diskusi untuk monitoring dan evaluasi program kerja KMP TBC.

- o Bagi KMP TBC yang belum menyelesaikan topik/tema/materi dalam kegiatan peningkatan kapasitas pada tahun 2022 (lihat pada Panduan Peningkatan Kapasitas Kelompok Masyarakat Peduli TBC – Edisi 2022), diharapkan dapat melakukan akselerasi/percepatan kegiatan peningkatan kapasitas sesuai dengan perkembangan kapasitas KMP di wilayah kerja masing-masing serta kesesuaian dengan budget kegiatan yang tersedia.
- o Peningkatan kapasitas akan melibatkan narasumber ahli/aktivis masyarakat serta para anggota KMP TBC.
- o Pada tahun 2023, Staf program SSR dapat melihat kesesuaian rencana program kerja KMP dengan kebutuhan peningkatan kapasitas. Namun secara umum, materi peningkatan kapasitas KMP tahun 2023 diperkuat dengan 4 topik utama yakni:

Kuartal	Seria	Topik Peningkatan Kapasitas	Keluaran
1	#1	Informasi tentang Rangkaian Pencegahan TBC, Pemeriksaan TBC dan Terapi Pencegahan TBC (TPT)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. KMP dapat menginisiasi edukasi pencegahan dan pemeriksaan TBC serta pentingnya TPT pada pertemuan pemerintahan dan kemasyarakatan di tingkat kecamatan</li> <li>2. KMP dapat terlibat menjaring terduga TBC secara tersistematis dan kolaboratif</li> </ol>
		Informasi kampanye TBC, mengembangkan komunikasi dan kampanye TBC serta urgensi peringatan HTBS sebagai sebuah Gerakan pegiat TBC.	KMP dapat menginisiasi gerakan HTBS di tingkat kecamatan.
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring dan evaluasi program: pembelajaran dan praktik baik.</li> <li>2. Perencanaan program dan strategi pelaksanaan di tahun 2023.</li> </ol>	KMP memiliki rencana kerja penanggulangan TBC berbasis komunitas tahun 2023.
2	#2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisa permasalahan dan keterkaitan isu TBC dengan isu kesehatan-sosial</li> <li>2. Teknik negosiasi dan komunikasi advokasi</li> </ol>	KMP dapat berpartisipasi dan mengusulkan isu TBC sebagai prioritas di Musrenbang
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Teknik penulisan proposal pendanaan</li> <li>2. Teknik komunikasi persuasif</li> </ol>	KMP dapat mengusulkan proposal kegiatan untuk fundraising

Kuarta I	Seria I	Topik Peningkatan Kapasitas	Keluaran
		1. Teknik fasilitasi dalam pertemuan pemangku kepentingan 2. Strategi advokasi dan kemitraan	KMP dapat menyelenggarakan pertemuan pemangku kepentingan untuk penanggulangan TBC.
3	#3	Strategi investigasi kontak, menemukan dan memotivasi orang terduga periksa ke pelayanan kesehatan.	1. KMP memobilisasi masyarakat untuk perluasan investigasi kontak 2. KMP mengembangkan jejaring komunikasi dalam upaya IK, pendampingan pasien TBC
		Kemitraan dan pelibatan masyarakat dalam penanggulangan TBC (alur koordinasi Puskesmas, KMP, Pemerintah setempat, kader dan masyarakat)	KMP memiliki kemitraan bersama dengan pihak Puskesmas dan Dinkes dalam upaya edukasi, pencegahan dan pengobatan pasien TBC.
		Pemetaan kebutuhan pasien berdasarkan patient pathway, pemetaan potensi sumber dukungan, alur bermitra dan pembuatan pernyataan permohonan dukungan secara tertulis (mini proposal)	KMP bermitra dengan organisasi/lembaga pemerintah dan swasta untuk mendukung sembuh pasien TBC (nutrisi, transportasi, psikososial, dlsb)
4	#4	Strategi penyusunan rencana kerja jangka Panjang (rencana kegiatan, sumber pendanaan dan strategi)	KMP memiliki rencana kerja lima tahunan dalam kontribusi penanggulangan TBC
		Strategi pencarian dana mandiri, swakelola dan	KMP dapat terlibat dalam proses konsultasi dan perencanaan musrenbang

## 2. Pertemuan Periodik Rapat Koordinasi

- Merupakan kegiatan pertemuan koordinasi KMP secara periodik untuk mendukung proses perencanaan, persiapan dan implementasi dari program kerja maupun refleksi dari hasil pelatihan.
- Pertemuan periodik dapat dilakukan setelah pertemuan peningkatan kapasitas dan bertujuan untuk menindaklanjuti keluaran yang diharapkan.
- Kegiatan dilakukan secara mandiri dan dengan didampingi oleh SSR.

## 3. Pelibatan KMP TBC dalam Program Penanggulangan TBC Berbasis Komunitas

- Untuk dapat mengoptimalkan peran dan kontribusi dari KMP TBC, maka perlu adanya pelibatan KMP pada kegiatan/BL dari SSR. Hal ini dapat dilakukan dengan mengoptimalkan dana untuk sosialisasi TBC, investigasi kontak rumah tangga dan non rumah tangga bersama kader, pertemuan periodik dengan dinas kesehatan serta koordinasi dengan puskesmas setempat.

- Dengan alur tersebut diharapkan KMP TBC terlibat dalam alur koordinasi rutin serta dapat diberdayakan oleh berbagai pihak untuk dukung penanggulangan TBC berbasis komunitas.

## **Alur Kegiatan**

### *Tahun 2021*

1. Staf SSR memfasilitasi tahapan persiapan dan pembentukan KMP. Seluruh tahapan kegiatan harap dikoordinasikan dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Pihak Kecamatan dan Puskesmas setempat.
2. Kelompok Masyarakat Peduli TBC perlu melibatkan minimal 15 individu dengan beragam latar belakang dan dapat mewakili unsur Pasien/penyintas TBC, keluarga terdampak TBC, Tokoh Agama (TOGA), Tokoh Masyarakat (TOMA), kader TBC, kader PKK, kader Posbindu, kader Posyandu, kader Pemberdayaan Masyarakat Desa, kader pekerja sosial, Guru, Petugas Kesehatan dan anggota masyarakat lainnya.

### *Tahun 2022*

1. Staf SSR menyusun rencana peningkatan kapasitas merujuk pada dokumen **Panduan Peningkatan Kapasitas Kelompok Masyarakat Peduli TBC Edisi 2022**.
2. Staf SSR berdiskusi dan mengkonsultasikan relevansi dan kebutuhan topik peningkatan kapasitas kepada *stakeholder* dan KMP TBC.
3. Mencari narasumber peningkatan kapasitas sesuai dengan ketentuan. Secara umum diharapkan narasumber dapat memberikan informasi dengan porsi 30% teori dan 70% praktik dengan metode pembelajaran orang dewasa.
4. Mempersiapkan *pre-post test* dari materi narasumber. Hal ini diperlukan untuk mengukur keberhasilan dari peningkatan kapasitas; apakah ada perubahan/peningkatan pengetahuan maupun keterampilan dari peserta dengan adanya pelatihan tersebut?
5. Mempersiapkan logistik dan administrasi pelaksanaan kegiatan serta menginformasikan rencana kegiatan kepada tim SR dan PR.

### *Tahun 2023*

1. Staf SSR menyusun rencana peningkatan kapasitas merujuk pada dokumen **PIP** serta merencanakan pelibatan KMP pada kegiatan-kegiatan SSR (IK RT, IK Non-RT, Koordinasi)
2. Staf SSR berdiskusi dan mengkonsultasikan relevansi dan kebutuhan topik peningkatan kapasitas kepada *stakeholder* dan KMP TBC.
3. Mencari narasumber peningkatan kapasitas sesuai dengan ketentuan. Secara umum diharapkan narasumber dapat memberikan informasi dengan porsi 30% teori dan 70% praktik dengan metode pembelajaran orang dewasa.
4. Mempersiapkan *pre-post test* dari materi narasumber. Hal ini diperlukan untuk mengukur keberhasilan dari peningkatan kapasitas; apakah ada perubahan/peningkatan pengetahuan maupun keterampilan dari peserta dengan adanya pelatihan tersebut?

5. Mempersiapkan logistik dan administrasi pelaksanaan kegiatan serta menginformasikan rencana kegiatan kepada tim SR dan PR.
6. Setelah pelatihan, tim SSR dapat menginisiasi pelibatan KMP pada kegiatan SSR/Penanggulangan TBC berbasis komunitas.
7. Proses inisiasi dan koordinasi dapat dilakukan secara berkala dengan tim KMP TBC.

#### **Peserta, Narasumber dan Panitia**

1. Tahapan Persiapan (18 orang)
  - 1 Narasumber (Dinas Kesehatan)
  - 15 Peserta
  - 2 Panitia (1 SSR, 1 Kecamatan)
2. Tahapan Pembentukan (19 orang)
  - 2 Narasumber (Camat & Kepala Puskesmas)
  - 15 Peserta
  - 2 Panitia (1 SSR, 1 Kecamatan)
3. Tahapan Peningkatan kapasitas (18 orang)
  - 1 Narasumber (Pemerintah Daerah/Organisasi Masyarakat Sipil/Akademisi/Organisasi Badan Hukum)
  - 15 Peserta
  - 2 Panitia (1 SSR, 1 Kecamatan)

#### **Struktur Anggaran**

Mengacu pada POA sesuai periode pelaksanaan kegiatan.

#### **Keluaran Kegiatan**

Keluaran kegiatan pada tahapan peningkatan kapasitas anggota KMP adalah

1. Tahapan Persiapan
  - (1) Adanya peningkatan pemahaman pemangku kepentingan di tingkat kecamatan terkait permasalahan dan isu TBC.
  - (2) Tersedianya dokumen pemetaan masalah dan isu TBC di profil kecamatan.
2. Tahapan Pembentukan
  - (1) Terbentuknya 20 KMP TBC di tingkat kecamatan wilayah kerja komunitas.
  - (2) Disepakatinya struktur organisasi KMP TBC di tingkat kecamatan wilayah kerja komunitas.
  - (3) Tersedianya dokumen legalitas dari pembentukan KMP TBC di tingkat kecamatan.
  - (4) Disepakatinya rencana program dan rencana pembiayaan program KMP TBC.
  - (5) Tersedianya profil KMP TBC di tingkat kecamatan wilayah kerja komunitas.
3. Tahapan Peningkatan Kapasitas – Tahun 2022
  - 1) Anggota KMP dapat memiliki sikap yang positif dan berpihak pada pasien TBC.
  - 2) KMP merencanakan edukasi TBC secara kelompok/massal.
  - 3) KMP memiliki rencana untuk mendukung upaya penemuan kasus dan pendampingan pasien TBC.
  - 4) Adanya pemetaan isu dan permasalahan TBC di wilayah kecamatan.
  - 5) Adanya rencana program KMP TBC.
  - 6) Adanya rencana pemberdayaan masyarakat.
  - 7) KMP memiliki profil organisasi dan proposal program yang dapat diajukan kepada berbagai pihak.

- 8) Adanya rencana fundraising untuk program KMP maupun untuk pemenuhan. kebutuhan kelompok terdampak TBC.
  - 9) Adanya strategi/rencana kerja perubahan kebijakan dan anggaran yang dapat dilakukan oleh KMP.
  - 10) Adanya strategi pelibatan KMP dalam Musrenbang Kecamatan.
  - 11) KMP memiliki rencana dan program (KMP) untuk diusulkan pada Musrenbang.
4. Tahapan Peningkatan Kapasitas – Tahun 2023:
- 1) KMP dapat menginisiasi edukasi pencegahan dan pemeriksaan TBC serta pentingnya TPT pada pertemuan pemerintahan dan masyarakat di tingkat kecamatan
  - 2) KMP dapat terlibat menjaring terduga TBC secara sistematis dan kolaboratif
  - 3) KMP dapat menginisiasi gerakan HTBS di tingkat kecamatan.
  - 4) KMP memiliki rencana kerja penanggulangan TBC berbasis komunitas tahun 2023.
  - 5) KMP dapat berpartisipasi dan mengusulkan isu TBC sebagai prioritas di Musrenbang
  - 6) KMP dapat mengusulkan proposal kegiatan untuk fundraising
  - 7) KMP dapat menyelenggarakan pertemuan pemangku kepentingan untuk penanggulangan TBC.
  - 8) KMP memobilisasi masyarakat untuk perluasan investigasi kontak
  - 9) KMP mengembangkan jejaring komunikasi dalam upaya IK, pendampingan pasien TBC
  - 10) KMP memiliki kemitraan bersama dengan pihak Puskesmas dan Dinkes dalam upaya edukasi, pencegahan dan pengobatan pasien TBC.
  - 11) KMP bermitra dengan organisasi/lembaga pemerintah dan swasta untuk mendukung sembuh pasien TBC (nutrisi, transportasi, psikososial, dlsb)
  - 12) KMP memiliki rencana kerja lima tahunan dalam kontribusi penanggulangan TBC
  - 13) KMP dapat terlibat dalam proses konsultasi dan perencanaan musrenbang

### Laporan Kegiatan

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan setiap bulan:

1. Laporan narasi pelaksanaan kegiatan
2. Dokumen keluaran kegiatan
3. Daftar hadir pertemuan
4. Dokumentasi kegiatan (berupa foto dan video)
5. Laporan PJUM

**Catatan:** laporan narasi pelaksanaan kegiatan, dokumen keluaran kegiatan dan dokumentasi kegiatan harap dikirimkan oleh tim SR kepada Tim Program (email: [program@penabulu-stpi.id](mailto:program@penabulu-stpi.id)) dengan format informasi subject email **[BL.10] Peningkatan Kapasitas Anggota KMP TBC Komunitas – (nama SR) - (periode kuartal dan tahun)**

### Wilayah Intervensi

Kegiatan dilaksanakan oleh SSR di 20 kabupaten/kota baru terkecuali Bangka Belitung karena tidak termasuk 20 provinsi dengan beban TBC tertinggi.

#### 20 KABUPATEN/KOTA WILAYAH BARU PROGRAM TB KOMUNITAS

No.	Provinsi	Kabupaten/Kota
1.	Sumatera Utara	Kota Binjai
2.	Sumatera Utara	Kota Padangsidempuan



<b>No.</b>	<b>Provinsi</b>	<b>Kabupaten/Kota</b>
3.	Sumatera Utara	Kota Pematang Siantar
4.	Jambi	Kota Jambi
5.	Jawa Tengah	Demak
6.	Jawa Timur	Trenggalek
7.	Jawa Timur	Ngawi
8.	Nusa Tenggara Barat	Bima
9.	Nusa Tenggara Timur	Sumba Barat Daya
10.	Bali	Tabanan
11.	Kalimantan Barat	Ketapang
12.	Kalimantan Barat	Sintang
13.	Kalimantan Selatan	Banjar
14.	Kalimantan Selatan	Tanah Bumbu
15.	Kalimantan Utara	Kota Tarakan
16.	Kalimantan Timur	Kutai Timur
17.	Sulawesi Barat	Mamuju
18.	Sulawesi Selatan	Bone
19.	Sulawesi Selatan	Bulukumba
20.	Sulawesi Tengah	Kota Palu
<b>Total</b>	<b>14 Provinsi</b>	<b>20 Kabupaten/Kota</b>

### Deskripsi Kegiatan

Pendampingan pasien TB RO merupakan kegiatan pendampingan yang dilakukan oleh pendamping pasien TB RO yang terdiri dari Manajer Kasus, dan Patient Supporter. Pendampingan pasien bertujuan agar pasien mulai berobat, melakukan pengobatan secara teratur hingga sembuh/lengkap. Pendampingan juga berarti mencegah *Lost to Follow Up* (LTFU), baik sebelum mulai pengobatan dan selama pengobatan. Pendamping pasien melakukan pemantauan, memberikan motivasi dan edukasi agar pasien dapat menjalani pengobatan hingga sembuh. Untuk mendukung hal ini, pemantauan dilakukan oleh pendamping pasien secara rutin. Patient Supporter direkrut oleh Manajer Kasus sesuai kebutuhan pendampingan pasien TBC RO, baik di Faskes TBC RO maupun pengobatan di faskes satelit TBC RO.

Patient Supporter merupakan tim manajemen kasus komunitas yang berperan untuk mendampingi pengobatan pasien TBC RO sejak terkonfirmasi hingga selesai pengobatan. Patient Supporter merupakan individu yang memiliki kepedulian pada program TBC RO yang dilatih kembali/ diberikan *On the Job Training* (OJT) oleh tim kerja komunitas, baik dari penyintas TBC, kader TBC, keluarga pasien, serta relawan.

Pendampingan oleh Patient Supporter perlu dibatasi untuk menjaga kualitas pendampingan agar tetap rutin dan optimal, sehingga 1 orang Patient Supporter dapat mendampingi **maksimal** 15 pasien TBC RO hingga selesai pengobatan.

### Ketentuan Kegiatan

1. Pendamping pasien (PS) diberikan reward berdasarkan laporan kegiatan pendampingan pasien ditambah biaya komunikasi.
2. Pendampingan pasien dilakukan **minimal 4 kali per bulan melalui tatap muka**, dengan jumlah **kunjungan rumah minimal 1 kali dalam sebulan**.
3. Pendampingan untuk setiap pasien dilakukan sebanyak 4 kali dalam 1 bulan.
4. Pada kondisi tertentu, untuk pasien yang berdomisili diluar 190 Kabupaten-Kota, tetapi teregister di faskes TB RO wilayah kerja komunitas dapat didampingi minimal 1 kali setiap bulan pada saat monitoring pengobatan di faskes TB RO, dan sisanya dilakukan secara virtual.
5. Lama waktu pendampingan dilakukan sesuai dengan durasi pengobatan pasien.
6. Pendampingan yang dilakukan setiap bulan **dapat** dilakukan secara virtual jika **dalam kondisi darurat (pendamping sakit)** atau adanya **situasi pandemi / pembatasan sosial** yang dibuktikan dengan dokumen kebijakan pemerintah daerah masing-masing.

### Mekanisme Pembayaran Reward

1. Pendampingan oleh PS diberikan reward Rp. 100.000/ pasien/bulan.
2. Pendampingan oleh PS diberikan subsidi biaya komunikasi Rp. 50.000/pasien/bulan
3. Pembayaran dapat dilakukan oleh SR/SSR/IU setelah laporan pendampingan PS diperiksa oleh MK, diverifikasi perkembangan status pengobatannya berdasarkan pencatatan di Faskes TBC RO, diberikan otorisasi oleh petugas Faskes TBC RO, dan diperiksa oleh SR/SSR/IU
4. Jika pendampingan dilakukan kurang dari empat kali dalam 1 bulan, maka PS harus memberikan keterangan justifikasi yang rasional pada laporan pendampingan.

5. Detail petunjuk teknis untuk pendampingan pasien TBC RO dapat diakses pada:  
<https://bit.ly/33qtbXG>

**Target pendampingan:**

Tahun 3: 6,505 pasien MDR x Rp.150.000

**Output**

Adanya pasien TB RO yang didampingi sejak terkonfirmasi hingga selesai pengobatan oleh patient supporter

**Laporan PS**

PS membuat laporan pendampingan sesuai yang berlaku dalam Juknis Pendampingan dari PR Konsorsium Komunitas.

**BL. 12**

**Reward berbasis hasil untuk patient supporter terhadap kesembuhan/ keberhasilan pengobatan pasien TBC RO**

### **Deskripsi Kegiatan**

Pendampingan pasien TB RO merupakan kegiatan pendampingan yang dilakukan oleh Tim manajemen kasus TB RO komunitas yang terdiri dari Manajer Kasus dan Patient Supporter. Pendampingan pasien bertujuan agar pasien menjalankan pengobatan secara rutin hingga tuntas sehingga PS perlu memberikan motivasi serta perhatian secara rutin sekaligus melakukan pemantauan kemajuan pengobatan agar pasien memiliki kemauan untuk sembuh.

### **Kegiatan**

Kegiatan merupakan pemberian reward bagi patient supporter untuk yang berhasil mendampingi pasien TB RO hingga selesai pengobatan

### **Mekanisme Pembayaran**

1. Pembayaran reward kesembuhan diberikan kepada setiap patient supporter yang berhasil mendampingi pasien TBC RO hingga dinyatakan selesai pengobatan (sembuh atau pengobatan lengkap).
2. Reward kesembuhan TB RO diberikan senilai Rp. 100.000/pasien.
3. Pemberian reward didasarkan pada status pengobatan pasien yang dinyatakan sembuh / pengobatan lengkap sesuai dengan pencatatan di Faskes TBC RO.
4. Pemberian reward kesembuhan didukung dengan salinan/foto/scan dari pencatatan hasil akhir pengobatan pasien yang terdapat di Buku TB.01, SITB, sertifikat kesembuhan, atau dokumen lain yang secara resmi dirilis oleh Faskes TBC RO

### **Target Pendampingan Hingga Selesai Pengobatan**

Tahun 3: 6.505 (75%) dari pasien TB RO yang didampingi sejumlah 4.879 pasien

Detail petunjuk teknis untuk pendampingan pasien TB RO bisa dilihat pada link: [Pendampingan TB RO](#)

### **Output**

Seluruh patient supporter yang mendampingi Pasien TB RO hingga selesai pengobatan diberikan reward.

### **Laporan**

PS membuat laporan setiap bulan yang terdiri dari:

1. Form pemantauan pendampingan TB RO yang sudah yang sudah diotorisasi oleh Petugas PKM/RS PMDT dan Manajer Kasus.
2. Bukti kesembuhan atau lengkap berobat dari PKM/PMDT dan surat selesai pengobatan
3. Surat kesediaan PS mendampingi pasien TB RO.
4. Dokumen kelengkapan lainnya sesuai dengan ketentuan dan mekanisme M&E

## Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan dan kesehatan masyarakat di Indonesia. Begitu pula halnya dengan penanganan TBC Resisten Obat (TBC RO) yang masih memiliki berbagai tantangan dan kendala. Berdasarkan Global TB Report (2022), diestimasikan insidens TB RR/MDR sebanyak 28.000 kasus pada tahun 2021. Pada tahun yang sama, jumlah kasus terdiagnosis TB RR/MDR yang tercatat memulai pengobatan sebanyak 4.817 kasus. Adapun persentase keberhasilan pengobatan sebesar 47% untuk kasus TB RR/MDR dan 32% untuk kasus Pre-XDR/XDR-TB dari kohort pasien yang memulai pengobatan pada tahun 2019. Dengan demikian, angka mulai pengobatan dan keberhasilan menyelesaikan pengobatan masih menjadi perhatian utama dalam penanganan TBC RO di Indonesia.

Pengobatan TBC RO harus dilakukan dan dipantau secara rutin di Fasyankes TBC RO dan memerlukan waktu yang lebih lama (9-11 bulan atau 19–24 bulan) dengan efek samping pengobatan yang lebih berat. Pasien yang menjalani pengobatan TBC RO juga dapat mengalami penurunan produktivitas sehingga seringkali berdampak pada kondisi sosial dan ekonomi pasien serta keluarga. Pasien TBC RO juga rentan untuk mengalami stigma dan diskriminasi dari lingkungan sekitar pasien, baik keluarga, pekerjaan, ataupun masyarakat. Dengan demikian, sebagai salah satu upaya untuk mengatasi kondisi tersebut, dibutuhkan intervensi dukungan psikososial yang komprehensif dan terintegrasi dengan layanan kesehatan TBC RO untuk mendukung kepatuhan pengobatan pasien TBC RO hingga sembuh dan meneka angka putus berobat atau *LTFU* (LtfU) selama pengobatan.

Peran penting berbagai elemen dalam lapisan masyarakat sangat diperlukan dalam mengatasi tantangan terkait pengendalian TB resisten obat. Sebagaimana disebutkan dalam Strategi Pembangunan Kesehatan Nasional 2020-2024, bahwa eliminasi Tuberkulosis akan dicapai dengan penerapan enam strategi, salah satunya adalah peningkatan peran serta komunitas, mitra dan multisektor lainnya. Dukungan tim komunitas untuk TBC resisten obat dapat mencakup berbagai macam aktivitas yang berkontribusi pada peningkatan penemuan kasus dan keberhasilan pengobatan yang dilakukan melalui dukungan sebaya, edukasi, dan pemantauan pengobatan melalui kegiatan pendampingan.

Pendekatan manajemen kasus adalah salah satu pendekatan pekerjaan sosial yang awalnya dilakukan dalam melakukan dukungan pada para imigran di Amerika. Seiring waktu, pendekatan ini kemudian juga dikembangkan dalam bidang-bidang yang lainnya, termasuk kesehatan, terutama untuk pemberdayaan pasien dalam program HIV dan AIDS, Kanker dan Tuberkulosis. Di Indonesia sendiri, program manajemen kasus telah diimplementasikan pada program HIV dan AIDS sejak tahun 2004. Pendampingan pasien TBC resisten obat oleh komunitas dilakukan oleh tim manajemen kasus komunitas yang terdiri dari Manajer Kasus dan Pendukung Pasien. Pendukung pasien berperan dalam melakukan pendampingan dan pemantauan kepatuhan pengobatan secara rutin, baik di lingkup fasilitas pelayanan kesehatan maupun di tempat tinggal pasien. Adapun manajer kasus berperan dalam mengelola dukungan psikososial yang dibutuhkan oleh pasien TBC resisten obat dalam menjalankan pengobatannya. Manajer kasus berfungsi untuk melakukan asesmen awal pasien, menyusun strategi dan mengelola pendampingan pasien, serta memfasilitasi pasien untuk memperoleh dukungan yang dibutuhkan. Selain itu, manajer kasus juga harus berkoordinasi intensif dengan Petugas Poli TBC Resistan Obat di rumah sakit rujukan, pendukung pasien, serta tim pelaksana program setempat lainnya.

## Deskripsi Kegiatan

1. Manajer kasus akan ditempatkan di RS/Balai Pelaksana Layanan TBC RO.
2. Penempatan Manajer Kasus TBC RO dilakukan mengikuti rencana keaktifan fasilitas kesehatan setempat untuk membuka layanan TBC RO dengan mempertimbangkan jumlah pasien dan jarak/kondisi geografis dengan Faskes TBC RO sebelumnya yang terdekat.
3. Manajer kasus bertanggung jawab untuk mengelola dukungan psikososial pasien TBC RO.
4. Manajer kasus bertanggung jawab atas pengelolaan pendampingan pasien TB RO oleh PS yang berada di bawah koordinasinya.
5. Manajer kasus berada di bawah supervisi SR Provinsi.
6. Tugas, peran dan tanggung jawab manajer kasus diatur secara rinci dapat dilihat dalam petunjuk teknis pendampingan pasien TB RO oleh komunitas sebagai berikut: [Juknis Investigasi Kontak](#)

**Manajer kasus agar seoptimal mungkin melakukan pendampingan pasien sejak terkonfirmasi, memastikan pasien memulai pengobatan (enrollment), dan mendampingi pasien hingga sembuh bersama patient supporter**

## Mekanisme Pembayaran

1. Per Tahun 2023, pembayaran insentif manajer kasus TBC RO dilakukan setiap bulan sebesar Rp. 3.600,000 dengan rincian sebagai berikut:
  - o Subsidi Transport (Rp 100,000) x 20 hari (dalam sebulan)
  - o Dukungan komunikasi (voucher) Rp. 100,000/bulan
  - o Insentif Rp 1.400.000 /bulan
  - o Insentif kesehatan Rp 100.000/bulan
2. Dasar pembayaran insentif, yaitu:
  - o Formulir pendaftaran relawan yang sudah ditandatangani (dilampirkan hanya di bulan pertama),
  - o Surat Tugas & Formulir Rekening Bank (dilampirkan hanya di bulan pertama),
  - o Timesheet dan Laporan Bulanan Rutin
3. Tugas dan Tanggungjawab diatur dalam Petunjuk Teknis Pendampingan Pasien TB RO oleh Komunitas

## Laporan

1. Timesheet dan Laporan Bulanan
2. Laporan Narasi kegiatan Pendampingan
3. Laporan data individu pasien, baik aspek pendampingan maupun enabler, yang diinput dan diperbaharui secara rutin setiap bulan melalui SITK
4. Dokumen kelengkapan lainnya sesuai dengan ketentuan dan mekanisme Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

## Latar Belakang

Menurut laporan WHO, Indonesia berada dalam daftar 30 negara dengan beban tuberkulosis tertinggi di dunia dan berdasarkan angka kejadian tuberkulosis menempati peringkat kedua tertinggi di dunia. Berdasarkan Global TB Report (2022), diestimasikan insidens TB RR/MDR sebanyak 28.000 kasus pada tahun 2021. Pada tahun yang sama, jumlah kasus terdiagnosis TB RR/MDR yang tercatat memulai pengobatan sebanyak 4.817 kasus. Adapun persentase keberhasilan pengobatan sebesar 47% untuk kasus TB RR/MDR dan 32% untuk kasus Pre-XDR/XDR-TB dari kohort pasien yang memulai pengobatan pada tahun 2019. Dengan demikian, angka mulai pengobatan dan keberhasilan menyelesaikan pengobatan masih menjadi perhatian utama dalam penanganan TBC RO di Indonesia.

Peran penting berbagai elemen dalam lapisan masyarakat sangat diperlukan dalam mengatasi tantangan terkait pengendalian TB resisten obat. Sebagaimana disebutkan dalam Strategi Pembangunan Kesehatan Nasional 2020-2024, bahwa eliminasi Tuberkulosis akan dicapai dengan penerapan enam strategi, salah satunya adalah peningkatan peran serta komunitas, mitra dan multisektor lainnya. Dukungan tim komunitas untuk TBC resisten obat dapat mencakup berbagai macam aktivitas yang berkontribusi pada peningkatan penemuan kasus dan keberhasilan pengobatan yang dilakukan melalui dukungan sebaya, edukasi, dan pemantauan pengobatan melalui kegiatan pendampingan.

Pada tahun 2018, sekitar 51,2% (4.704 dari 9.180 kasus) pasien TB RO yang didiagnosis tidak memulai pengobatan. Salah satu akar masalahnya adalah terbatasnya akses diagnosis yang berkualitas dan pengobatan yang berpusat pada pasien. Pengobatan TBC RO harus dilakukan dan dipantau secara rutin di Fasyankes TBC RO dan memerlukan waktu yang lebih lama (9-11 bulan atau 19–24 bulan) dengan efek samping pengobatan yang lebih berat. Pasien yang menjalani pengobatan TBC RO juga dapat mengalami penurunan produktivitas sehingga seringkali berdampak pada kondisi sosial dan ekonomi pasien serta keluarga. Pasien TBC RO juga rentan untuk mengalami stigma dan diskriminasi dari lingkungan sekitar pasien, baik keluarga, pekerjaan, ataupun masyarakat. Dengan demikian, sebagai salah satu upaya untuk mengatasi kondisi tersebut, dibutuhkan intervensi dukungan psikososial yang komprehensif dan terintegrasi dengan layanan kesehatan TBC RO untuk mendukung kepatuhan pengobatan pasien TBC RO hingga sembuh dan meneka angka putus berobat atau *LTFU* (LTFU) selama pengobatan.

Salah satu operasionalisasi dalam memastikan layanan tuberkulosis yang berpihak pada pasien dan memberikan solusi pada tantangan pengobatan yang dialami pasien adalah menyediakan tempat singgah sementara (*shelter*) bagi pasien TBC RO. Penyediaan rumah singgah diharapkan dapat digunakan pasien TBC RO saat menunggu proses pemeriksaan baseline, inisiasi pengobatan, maupun monitoring rutin kemajuan pengobatan di Faskes TBC RO, terutama bagi yang berasal dari luar kabupaten/kota lokasi Faskes TBC RO. Selain itu, rumah singgah diharapkan menjadi “rumah aman” bagi pasien TBC RO yang mengalami stigma / diskriminasi di lingkungan sekitarnya dan dapat menjadi “*Community Centre*” khususnya dalam memfasilitasi kegiatan komunitas dalam mendukung pengobatan pasien TBC.

## Tujuan

Tersedianya tempat singgah (*shelter*) untuk Pasien TBC RO yang dekat dengan RS/Balai Pelaksana Layanan TBC RO di 14 Provinsi Wilayah Kerja Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

## Deskripsi Kegiatan

1. Lokasi rumah singgah sangat disarankan maksimum 500 meter sampai dengan 1.000 meter dari Faskes TBC RO.
2. Dalam pelaksanaan program dana hibah periode 2021 – 2023, rumah singgah akan tersedia dalam 36 bulan (3 tahun)
3. Rumah singgah difungsikan sebagai tempat tinggal / tempat singgah sementara bagi pasien TBC RO yang akan melakukan pengobatan.
4. Rumah singgah dapat difungsikan sebagai tempat untuk kegiatan pemberdayaan organisasi masyarakat dan organisasi mantan pasien.
5. Dalam penentuan dan pemilihan shelter, tim kerja komunitas harus melibatkan para pihak terutama RS PMDT dan Dinas Kesehatan untuk melakukan audiensi dan edukasi kepada Lurah, RW, RT, Babinsa, Bhabinkamtibmas, Puskesmas serta TOGA/TOMAS dalam rangka persiapan dan pengelolaan shelter dan dilaksanakan penyuluhan TBC kepada masyarakat.
6. Shelter TBC RO selain menjadi tempat singgah sementara juga menjadi tempat kepedulian bersama untuk menuntaskan penyakit TBC, disertai dengan edukasi PPI dan pengurangan stigma dan diskriminasi pada masyarakat.
7. Pengadaan rumah singgah dilakukan di 14 provinsi wilayah akselerasi TBC RO. Untuk wilayah provinsi lain dapat pula melakukan penyediaan rumah singgah melalui mekanisme pengajuan ke PR dengan membuat justifikasi sesuai kebutuhan dan situasi lapangan. Adapun 14 provinsi yang menjadi wilayah akselerasi TBC RO, yaitu:
  1. Papua
  2. Sulawesi Selatan
  3. Sulawesi Utara
  4. Kalimantan Barat
  5. Banten
  6. Jawa Timur
  7. Jawa Tengah
  8. Jawa Barat
  9. DKI Jakarta
  10. Lampung
  11. Sumatera Selatan
  12. Riau
  13. Sumatera Barat
  14. Sumatera Utara

## Struktur Budget

1. Rumah singgah akan tersedia di 14 lokasi di 14 Provinsi, dengan maksimal anggaran Rp 2.000.000/bulan yang meliputi:
  - o Sewa bangunan
  - o Biaya listrik
  - o Biaya air
  - o Operasional pengelolaan rumah singgah (biaya kebersihan dan keamanan)
2. Pada tahun 2023, SR diberikan kesempatan untuk mengajukan biaya sewa shelter di atas unit cost dengan maksimal biaya sewa sebesar **Rp3.500.000 per bulan.**



3. Pembayaran sewa bangunan/rumah singgah dilakukan berdasarkan kesepakatan antara SR-SSR dengan pemilik rumah.
4. Pengajuan untuk sewa rumah harus sesuai dengan mekanisme keuangan (pengadaan mengikuti juknis keuangan yang berlaku).
5. Pembayaran bisa dilakukan per kuartal, per semester atau per tahun dengan menginformasikan kepada PR TB Konsorsium Penabulu-STPI.

### **Output**

Tersedianya 14 unit atau lebih rumah singgah yang akan digunakan oleh pasien TBC RO untuk mendukung kemajuan pengobatan hingga sembuh

### **Laporan**

1. Pembayaran harus melampirkan kwitansi pembayaran rumah singgah/*shelter*
2. Melampirkan kontrak kerjasama antara SR-SSR/IU dengan pemilik rumah
3. Lain-lain sesuai ketentuan PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

**Latar Belakang**

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan dan kesehatan masyarakat di Indonesia. Begitu pula halnya dengan penanganan TBC Resisten Obat (TBC RO) yang masih memiliki berbagai tantangan dan kendala. Berdasarkan Global TB Report (2022), diestimasikan insidens TB RR/MDR sebanyak 28.000 kasus pada tahun 2021. Pada tahun yang sama, jumlah kasus terdiagnosis TB RR/MDR yang tercatat memulai pengobatan sebanyak 4.817 kasus. Adapun persentase keberhasilan pengobatan sebesar 47% untuk kasus TB RR/MDR dan 32% untuk kasus Pre-XDR/XDR-TB dari kohort pasien yang memulai pengobatan pada tahun 2019. Dengan demikian, angka mulai pengobatan dan keberhasilan menyelesaikan pengobatan masih menjadi perhatian utama dalam penanganan TBC RO di Indonesia.

Pengobatan TBC RO harus dilakukan dan dipantau secara rutin di Fasyankes TBC RO dan memerlukan waktu yang lebih lama (9-11 bulan atau 19–24 bulan) dengan efek samping pengobatan yang lebih berat. Pasien yang menjalani pengobatan TBC RO juga dapat mengalami penurunan produktivitas sehingga seringkali berdampak pada kondisi sosial dan ekonomi pasien serta keluarga. Pasien TBC RO juga rentan untuk mengalami stigma dan diskriminasi dari lingkungan sekitar pasien, baik keluarga, pekerjaan, ataupun masyarakat. Dengan demikian, sebagai salah satu upaya untuk mengatasi kondisi tersebut, dibutuhkan intervensi dukungan psikososial yang komprehensif dan terintegrasi dengan layanan kesehatan TBC RO untuk mendukung kepatuhan pengobatan pasien TBC RO hingga sembuh dan meneka angka putus berobat atau LTFU (Ltfu) selama pengobatan.

Peran penting berbagai elemen dalam lapisan masyarakat sangat diperlukan dalam mengatasi tantangan terkait pengendalian TB resisten obat. Dukungan tim komunitas untuk TBC resisten obat dapat mencakup berbagai macam aktivitas yang berkontribusi pada peningkatan penemuan kasus dan keberhasilan pengobatan yang dilakukan melalui dukungan sebaya, edukasi, dan pemantauan pengobatan melalui kegiatan pendampingan. Principal Recipient (PR) Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dengan dana The Global Fund periode 2021 – 2023 mendukung upaya eliminasi TBC RO di Indonesia melalui berbagai intervensi berbasis komunitas dengan melanjutkan praktik baik Aisyiyah dan LKNU sebagai implementor pada periode sebelumnya Pendampingan pasien TBC resisten obat oleh komunitas dilakukan oleh tim manajemen kasus komunitas yang terdiri dari Manajer Kasus dan Pendukung Pasien. Pendukung pasien berperan dalam melakukan pendampingan dan pemantauan kepatuhan pengobatan secara rutin, baik di lingkup fasilitas pelayanan kesehatan maupun di tempat tinggal pasien. Adapun manajer kasus berperan dalam mengelola dukungan psikososial yang dibutuhkan oleh pasien TBC resisten obat dalam menjalankan pengobatannya. Manajer kasus berfungsi untuk melakukan asesmen awal pasien, menyusun strategi dan mengelola pendampingan pasien, serta memfasilitasi pasien untuk memperoleh dukungan yang dibutuhkan. Selain itu, manajer kasus juga harus berkoordinasi intensif dengan Petugas Poli TBC Resistan Obat di rumah sakit rujukan, pendukung pasien, serta tim pelaksana program setempat lainnya.

Disamping itu, tatalaksana diagnosis dan pengobatan TBC RO juga terus mengalami perkembangan. Pada tahun 2020, WHO mengeluarkan rekomendasi penggunaan paduan

pengobatan baru dalam pengobatan tuberkulosis resistan obat (TBC RO), yakni paduan BPaL (bedaquiline, pretomanid, dan linezolid). Saat ini Indonesia mengimplementasikan paduan BPaL dengan durasi pengobatan 6-9 bulan dalam kerangka penelitian operasional di 6 rumah sakit layanan TBC RO sejak Juli 2022. Selain itu, terdapat update mengenai diagnosis dan tatalaksana TBC RO dengan monoresisten INH dengan adanya petunjuk teknis terbaru yang telah dirilis oleh Kemenkes RI. Adanya perkembangan dan informasi terkini dari sisi layanan juga perlu diketahui dan dipahami dengan baik oleh Tim manajemen kasus untuk dapat mendukung kepatuhan pengobatan dan melakukan pendampingan dengan lebih optimal.

Bentuk dukungan untuk pasien TBC RO oleh komunitas yang sudah tersedia saat ini perlu dipastikan terimplementasi dengan baik dan optimal, baik dari sisi pelaksanaan oleh Manajer Kasus dan Pendukung Pasien, maupun SR sebagai pengelola program di tingkat provinsi. Dukungan komunitas terhadap pasien TBC RO yang semakin komprehensif dan optimal dengan kolaborasi yang baik dengan layanan kesehatan diharapkan dapat menjadi salah satu bentuk upaya komunitas untuk membantu meningkatkan angka mulai pengobatan (enrollment rate), menekan angka LTFU (LTFU) selama pengobatan, dan meningkatkan keberhasilan pengobatan (success rate) TBC RO. Dengan demikian, pada kegiatan pelatihan ini akan sekaligus diberikan penguatan mengenai kerangka program TBC RO komunitas beserta mekanisme keterlibatan tim manajemen kasus komunitas dalam seluruh kegiatan terkait TBC RO yang menjadi intervensi Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI, berikut pencatatan-pelaporan yang rutin, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan.

## **Tujuan**

Pelatihan Manajer Kasus TBC RO Komunitas bertujuan untuk memberikan pengetahuan, pemahaman dan keterampilan Manajer Kasus TBC RO komunitas dalam pengelolaan pendampingan psikososial pada pasien TBC RO berdasarkan tatalaksana pengobatan yang berlaku sesuai koridor Program TBC Komunitas, dengan tujuan khusus antara lain :

1. Menjelaskan Situasi dan Kebijakan Pencegahan dan Pengendalian TBC, terutama TBC RO di Indonesia
2. Menjelaskan Tatalaksana Kasus TBC RO dan Manajemen Efek Samping Obat,
3. Menjelaskan Informasi Dasar dan Tata Cara Pencegahan Pengendalian Infeksi TB Komunitas
4. Menjelaskan Manajemen Dukungan Psikososial Pasien TBC RO
5. Menjelaskan Keterampilan Komunikasi Perubahan Perilaku konteks pendampingan dan kolaborasi multipihak
6. Menjelaskan Jejaring Dukungan Psikososial untuk Pasien TBC RO
7. Menjelaskan struktur dan alur kerja tim manajemen kasus komunitas berdasarkan kerangka kerja program TB RO komunitas
8. Menjelaskan Manajemen Data dan Pencatatan-Pelaporan TBC RO Komunitas

## **Peserta**

Peserta pelatihan: 56 manajer kasus baru (daerah rencana akselerasi TB RO)

Narasumber (4 orang)

1 orang dari Subdit TB

1 orang dari RS PMDT

1 orang dari SR Khusus (POP TB)

1 orang dari STPI – Penabulu  
 Fasilitator (4 orang)  
 3 orang dari PR  
 1 orang SR Khusus (POP TB)  
 Panitia (2 orang)

Penetapan manajer kasus baru 56 orang berdasarkan Rencana Strategi Nasional Kementerian Kesehatan bahwa syarat case manager pada tahun 2024 sebanyak 154. Kemudian berdasarkan koordinasi antara TB-Kemendes, disepakati bahwa program TB akan difokuskan di 137 kabupaten rencana akselerasi TB RO. Saat ini manajer kasus yang sudah dilatih bawah PR TB Aisiyah berjumlah 49 orang dan LKNU sebanyak 32 total ada 81 manajer kasus yang sudah terlatih. Kemudian, ada 56 orang perlu direkrut untuk dilakukan pelatihan.

### **Pelatihan Manajer Kasus TBC RO Tahun 2023**

Kategori Peserta	Tingkat	Jumlah	Keterangan
<b>Tahap -1,2 dan 3</b>			
AS dan NPD	Nasional	2 orang	AS dan NPD– Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI
Fasilitator Internal dan Panitia	PR	10 orang	Tim PR Konsorsium Komunitas PB-STPI
Fasilitator Internal dan Panitia	SR Tematik	7 orang	SR Tematik POP TB Indonesia
Narasumber	Nasional	4 orang	Ketua Tim Kerja TBC-ISPA KEMENKES RI (1), TIM AHLI KLINIS (2)
Pengajar Eksternal	Nasional	2 orang	Fakultas Psikologi UI – Tim Psikolog Klinis
Pengajar Eksternal	Nasional	2 orang	Tim BCC
<b>Peserta Tahap-1 DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Lampung, Bali, Jambi, Kalbar</b>			
Peserta	SR Provinsi	7 orang	Staf Program/MEL (PIC TB RO/Enabler)
Peserta	SR Provinsi	63 orang	Manajer Kasus TBC RO DKI Jakarta (15), Jawa Barat (16), dan Jawa Tengah (22), Lampung (4), Bali (3), Kalbar (2), Jambi (1)
<b>Peserta Tahap-2 DIY, Jawa Timur, Kalsel, Kalteng, Kaltara, NTB, NTT, Papua, Papua Barat, Sulsel, Sumut, Sumbar</b>			
Peserta	SR Provinsi	12 orang	Staf Program/MEL (PIC TB RO/Enabler)
Peserta	SR Provinsi	63 orang	Manajer Kasus TBC RO DIY (5), Jawa Timur (19), Kalsel (2), Kalteng (1), Kaltara (1), NTB (2), NTT (1), Papua (2), Papua Barat (1), Sulsel (8)), Sumut (9), Sumbar (2)

<b>Peserta Tahap-3 Babel, Banten, Bengkulu, Kepri, Riau, Sulbar, Sulteng, Sultra, Sulut, Sumsel, Kaltim</b>			
<b>Peserta</b>	<b>SR Provinsi</b>	<b>11 orang</b>	<b>Staf Program/MEL (PIC TB RO/Enabler)</b>
<b>Peserta</b>	<b>SR Provinsi</b>	<b>45 orang</b>	<b>Babel (1), Banten (11), Bengkulu (1), Kepri (4), , Riau (6), Sulbar (1), Sulteng (1), Sultra (1), Sulut (1), Sumsel (5), Kaltim (2)</b>

### **Output**

Seluruh Manajer Kasus TBC RO komunitas memiliki pengetahuan, pemahaman, dan kemampuan dalam mengelola pendampingan psikososial untuk pasien TB RO berdasarkan tatalaksana pengobatan yang berlaku sesuai koridor Program TBC Komunitas.

### **Laporan**

Laporan dilampirkan pada saat melakukan dengan menggunakan template yang sudah ditentukan oleh PR. Pertum dilakukan maksimal 1 minggu setelah selesai kegiatan

**Deskripsi kegiatan**

Pendamping pasien TB RO adalah ujung tombak sistem komunitas yang menjadi bagian dari sistem kesehatan formal. Seorang pendidik sebaya (*Peer Educator/PE*), kader, dan anggota masyarakat lainnya yang sukarela mendampingi pasien TB RO di kabupaten/kota dapat menjadi pendamping pasien setelah mengikuti pelatihan.

Patient Supporter berperan dalam melakukan pendampingan pengobatan pasien pada tahap awal pengobatan dan membantu manajer kasus dalam menjembatani pasien dan fasilitas kesehatan tempat pengobatan pasien. Patient Supporter dapat berasal dari berbagai latar belakang, seperti penyintas TBC, keluarga penyintas, kader TB, pekerja sosial, dan relawan yang memiliki empati dan kepedulian untuk mendukung pasien TBC RO menjalani pengobatan hingga sembuh.

**Tujuan**

Kegiatan peningkatan kapasitas diperlukan untuk memperkuat pendamping pasien sebagai ujung tombak dalam meningkatkan angka pasien TB RO yang memulai pengobatan dan keberhasilan pengobatan pasien TB RO yang didampingi sampai sembuh.

**Kegiatan**

1. Pelatihan bertujuan untuk peningkatan kapasitas pendamping pasien TBC dalam memberikan dukungan psikososial pada pasien TBC RO sehingga dapat menjalani pengobatan sampai sembuh.
2. Pada tahun pertama (Q1, 2021) kegiatan pelatihan TOT dilakukan selama 5 hari yang dilanjutkan dengan pelatihan ToE selama 4 hari
  - a. Bentuk kegiatan pelatihan oleh SR Tematik: Full-board meeting selama 5 hari menggunakan metode:
    - Belajar orang dewasa dengan pendekatan ceramah, curah pendapat, penugasan kelompok, dan bermain peran serta teknik lain dalam modul
    - Mengupayakan partisipasi semua gender
    - Tersedia pre- dan post-test dari pelatihan
    - Tersedia e-certificate ToT untuk pendamping pasien TB RO
  - b. Bentuk kegiatan pelatihan oleh SR Provinsi: Full-board meeting selama 4 hari (jika menginap, 5 hari 4 malam)
    - Menggunakan metode belajar orang dewasa dengan pendekatan ceramah, curah pendapat, penugasan kelompok, dan bermain peran serta teknik lain dalam modul
    - Mengupayakan partisipasi semua gender
    - Tersedia pre- dan post-test dari pelatihan
    - Tersedia e-certificate untuk pendamping pasien TB RO
  - c. Bentuk kegiatan penyegaran oleh SR Provinsi: Full-board meeting selama 1 hari
    - Menggunakan metode belajar orang dewasa dengan pendekatan ceramah, curah pendapat, penugasan kelompok, dan bermain peran serta teknik lain dalam modul
    - Mengupayakan partisipasi semua gender

3. Pada tahun ketiga (2023), kegiatan pelatihan PS diprioritaskan untuk wilayah yang membutuhkan penambahan PS baru atau terdapat pergantian PS. Kegiatan dilakukan dengan bentuk Orientasi dan *On The Job Training* (OJT) selama 1 hari yang difasilitasi oleh Manajer Kasus TBC RO bersama SR Provinsi.
4. **Kegiatan Orientasi Patient Supporter pada Tahun 2023 dilakukan dengan mekanisme pengajuan permohonan (*request*) pelaksanaan kegiatan dari SR Provinsi ke PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI**
5. Kegiatan orientasi PS tahun 2023 baru difokuskan untuk penambahan PS baru.
6. Waktu pelaksanaan **Orientasi Patient Supporter yaitu Maret 2023**
- a. Modul pelatihan akan diadaptasi dari beberapa materi tentang :
  - a. Tatalaksana TB, TB RO dan TB-HIV;
  - b. Manajemen Dukungan Psikososial untuk Pasien TBC RO
  - c. Komunikasi Perubahan Perilaku
  - d. Investigasi Kontak
  - e. Konsep umpan balik berbasis komunitas;
  - f. Pengantar proses advokasi, HAM, dan kesetaraan gender; dan
  - g. Pencatatan dan pelaporan pendampingan pasien TBC RO berdasarkan panduan MEL Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

#### **Peserta, Fasilitator dan Panitia**

1. Pelatihan oleh SR Tematik (*Training of Trainers*) -2021 :
  - 28 Manajer kasus
  - 3 Narasumber eksternal (OMS/Anggota Profesi/Akademisi)
  - 2 Panitia administrasi SR Tematik
2. Pelatihan oleh SR Provinsi (*Training of End Users*) – 2021 :
  - 212 PS/PE dari 106 SSR kab/kota (2 peserta per kab/kota)
  - 1 Narasumber Dinkes
  - 1 Fasilitator SR Provinsi (Manajer Kasus)
  - 2 Panitia administrasi SR Provinsi
3. Orientasi dan *On The Job Training* (OJT) – 2023  
 Sesuai hasil review PR berdasarkan pemetaan kebutuhan orientasi PS yang diajukan SR

#### **Output**

1. 14 Manajer Kasus mampu melatih 212 pendamping pasien TB RO pada Tahun 2021
2. Pendamping pasien TB RO memiliki kemampuan untuk mendampingi pasien sampai sembuh dan melakukan investigasi kontak

#### **Laporan**

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan:

- Hasil pre- dan post-test
- Daftar hadir
- Laporan narasi kegiatan
- Laporan PJUM
- Foto peserta

Acuan detail teknis pelaksanaan BL.16 dapat merujuk pada tautan berikut: [Juknis TB RO](#)

## Latar Belakang

Global Tuberculosis Report (GTR) 2022 mengestimasi terdapat 969.000 kasus tuberkulosis (TBC) baru di Indonesia dan menempatkan sebagai negara kedua dengan kasus TBC terbanyak di dunia. Beban penyakit tuberkulosis yang tertinggi diperkirakan berada pada kelompok usia 25-34 tahun, dengan prevalensi 753 per 100.000 penduduk. Laki-laki memiliki tingkat prevalensi yang lebih tinggi yaitu 1.083 per 100.000 penduduk dibandingkan dengan prevalensi perempuan sebesar 461 per 100.000 penduduk. Ada beban Tuberkulosis yang lebih tinggi di perkotaan (846 per 100.000 populasi) dibandingkan dengan pedesaan (674 per 100.000 populasi) dan di antara lansia yang berusia di atas 65 tahun (1.582 per 100.000). (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Angka kematian tuberkulosis di Indonesia adalah 35 per 100.000 penduduk artinya sekitar 93.000 orang meninggal karena Tuberkulosis pada tahun 2018 (WHO, 2019a). Jumlah kasus tuberkulosis meningkat tajam sejak tahun 2017 sebagai hasil dari upaya penyisiran kasus tuberkulosis di rumah sakit. Jumlah laporan kasus tuberkulosis pada tahun 2018 adalah 565.869 kasus (WHO, 2019b), sementara itu, jumlah penemuan kasus tuberkulosis pada Global TB Report 2019 adalah sebesar 570.289 kasus (WHO, 2019a).

Untuk lebih memaksimalkan penemuan penemuan kasus tentu perlu melibatkan peran komunitas untuk melakukan penjangkauan. Pelibatan kader-kader yang berpengalaman dalam kegiatan penemuan kasus, investigasi kontak dan pendampingan menjadi bagian yang tidak bisa dipisahkan. Pada sisi lain tantangan yang dihadapi dalam kegiatan penemuan kasus, kegiatan investigasi kontak dan pendampingan adalah karena luasnya area intervensi program serta terbatasnya jangkauan antar kecamatan sehingga menyulitkan bagi pelaksana program untuk berkoordinasi dan berkomunikasi secara intens tentang kegiatan investigasi kontak, memastikan pasien TB RO yang didesentralisasi ke PKM hingga validasi dan verifikasi ke Puskesmas. Oleh karena itu diperlukan koordinator kader untuk memudahkan untuk berkoordinasi dan mensinergikan penemuan kasus, investigasi kontak, dan pendampingan di tingkat kecamatan.

Koordinator kader adalah orang yang bertanggung jawab di tingkat kecamatan untuk melakukan tata kelola dalam hal ini kasus TB SO, TB RO, TB-HIV. Koordinator kader juga bertanggung jawab mulai dari proses penemuan kasus, pasien terdiagnosis sampai memastikan pasien pengobatan serta proses validasi ke PKM.

Koordinator kader mempunyai peran untuk mengembangkan dan mengkoordinasikan rencana implementasi investigasi kontak, (koordinasi dengan Puskesmas termasuk data indeks, menyiapkan PMO untuk memenuhi kebutuhan pasien), melaksanakan kegiatan *community outreach*, menghubungkan pasien TB RO yang didesentralisasi untuk pengobatan di PKM rujukan satelit dan memastikan pasien didampingi oleh kader.

## Tujuan

Membentuk koordinator kader kecamatan/PKM untuk mengkoordinasi setiap kader yang ada di tingkat kecamatan/PKM baik untuk kegiatan investigasi kontak, *community outreach*, pendampingan pasien dan memastikan pasien TB untuk periksa HIV.



## **Deskripsi Kegiatan**

1. Koordinator kader bertanggung jawab untuk mengkoordinasi kegiatan investigasi kontak, *community outreach* dan memastikan pendampingan pasien TB RO yang menjalani pengobatan di PKM.
2. Koordinator kader bekerjasama dengan PKM untuk memberikan menentukan PMO bagi pasien TB SO.
3. Koordinator kader bertugas menghubungkan pasien TB RO kepada layanan (PKM rujukan PMDT) dan kelompok dukungan yang tersedia dari awal hingga selesai pengobatan.
4. Koordinator kader bertanggung jawab dan mengkoordinasikan kader-kader antar kecamatan.
5. Koordinator kader membantu Staf SSR untuk melakukan validasi ke PKM.
6. Koordinator kader dibentuk berdasarkan kecamatan dan dibawah koordinasi staf program SSR/IU.
7. Membuat group WA untuk mengkoordinasikan kegiatan penemuan kasus TBC (investigasi kontak dan *community outreach*).
8. Melakukan koordinasi di semua jenjang level mulai dari tingkat RT/RW, Desa, Kecamatan/kelurahan dalam rangka kegiatan investigasi kontak dan *community outreach*.

## **Koordinator kader setidaknya memiliki kriteria sebagai berikut**

1. Terbuka untuk kader perempuan maupun laki-laki
2. Bersedia dan komitmen sebagai koordinator kader.
3. Merupakan kader terlatih minimal 2 tahun terakhir di program TBC, ATAU kader kesehatan atau mempunyai jiwa relawan.
4. Memiliki kemampuan berkomunikasi dan berinteraksi dengan kader,
5. Memiliki kemampuan melakukan koordinasi dan komunikasi dengan Puskesmas dan kader lintas Kecamatan

## **Tugas Koordinator kader kecamatan/PKM adalah sebagai berikut**

1. Koordinator kader bertanggung jawab dan mengkoordinasikan kader-kader antar kecamatan.
2. Koordinator kader bekerjasama dengan PKM untuk menentukan PMO bagi pasien TB SO.
3. Koordinator kader berkoordinasi dengan Puskesmas dan Peer support HIV untuk memastikan pasien TB-HIV mendapatkan pendampingan.
4. Koordinator kader bertanggung jawab untuk mengkoordinasi kegiatan investigasi kontak dan penyuluhan.
5. Koordinator kader bertugas menghubungkan pasien TB RO kepada layanan (PKM rujukan PMDT) dan kelompok dukungan yang tersedia dari awal hingga selesai pengobatan.
6. Koordinator kader membantu staf program SSR untuk melakukan validasi dan verifikasi ke PKM.

## **Jumlah Koordinator Kader**

Koordinator kader akan direkrut 2 atau lebih orang per Kabupaten/Kota sesuai dengan kebutuhan.

## **Optimalisasi Peran Kader pada Investigasi Kontak**

Koordinator kader merupakan bagian yang penting dalam pelaksanaan kegiatan Investigasi kontak. Koordinator kader sangat berperan dalam pembagian distribusi indeks, penguatan kader baru

melalui pendekatan *peer assistance* dan melakukan *collecting* laporan sekaligus validasi laporan di Puskesmas. Peran utama koordinator kader dalam investigasi kontak sebagai berikut:

- Berkoordinasi dengan PKM untuk akses data indeks yang akan dilakukan oleh kader.
- Mendistribusikan data indeks kasus sesuai wilayah kerja kader.
- Memastikan seluruh indeks yang sudah dibagikan ke kader dapat terlaksana, terpantau dan dilaporkan dengan baik.
- Melakukan IK pada kasus indeks yang belum dikerjakan oleh kader karena kondisi jarak dan kader tidak aktif.
- Melakukan pembinaan dan mengaktifkan kader.
- Memantau hasil pemeriksaan TCM dan TPT baik pada Balita dan dewasa dari hasil investigasi kontak.
- Melakukan koordinasi di semua jenjang level mulai dari tingkat RT/RW, Desa, Kecamatan/kelurahan dalam rangka kegiatan investigasi kontak.

#### **Mekanisme Pembayaran**

1. Pembayaran dilakukan setiap bulan (monthly allowance) Rp. 900.000 dengan rincian: subsidi Transport (150,000) x 6 hari (dalam sebulan)
2. Pembayaran dapat dilakukan setelah melampirkan timesheet dan form validasi di PKM verifikasi dari PKM dan disetujui oleh staf program SSR

#### **Laporan**

1. Koordinator kader harus melampirkan formulir pendaftaran relawan surat sesuai dengan Surat Edaran Perubahan Mekanisme Kontrak. Lampiran data dilakukan hanya bulan pertama.
2. Laporan hasil validasi dari PKM yang sudah diotorisasi oleh Puskesmas.

## Latar Belakang

Dalam program TB, komunitas memiliki peran strategis dalam mengupayakan terwujudnya pencegahan dan pengobatan berkualitas yang berpusat pada pasien. Salah satu upaya yang bisa dilakukan adalah mendorong adanya mekanisme bagi komunitas untuk melakukan pemantauan yang menghasilkan respon atau feedback dari penyedia layanan maupun pemangku kepentingan sehingga kebutuhan pasien dan atau komunitas bisa dipenuhi.

Menurut WHO, monitoring berbasis komunitas sangat efektif dalam memastikan kesetaraan kesehatan serta bagaimana menangani faktor-faktor penentu sosial kesehatan (seperti hak asasi manusia dan kesetaraan gender); menerapkan layanan yang aman, berkualitas tinggi dan berpusat pada komunitas; dan meminta pengambil keputusan yang bertanggung jawab (Global Action Plan For Healthy Lives And Well-Being For All: Accelerator 3: Community And Civil Society Engagement, Discussion Paper for Non-State Actor Consultation on the Global Action Plan, April 2019);<sup>2</sup>

Konsep CBMF membutuhkan tidak hanya infrastruktur berupa tools atau alat, namun juga mekanisme dalam pengelolaan laporan pemantauan, verifikasi dan validasi dan rekomendasi kepada pemangku kepentingan serta mekanisme feedback sehingga bisa tersampaikan kepada komunitas. Bagian implementasi CBMF ini akan dikerjakan oleh SR Tematik.

### A. Serial FGD untuk Pengembangan CBMF

#### Deskripsi Kegiatan

Di tingkat global, Stop TB Partnership telah mengembangkan Tools CBMF yang dinamakan One Impact. Beberapa fungsi utama dari One Impact adalah; *Get Knowledgeable, Get Access, Get Connected, Get Involved*. Menu dan fungsi yang disediakan oleh One Impact sangat lengkap dan powerful.

Di Indonesia, One Impact sudah digunakan dengan nama One Impact Sehat yang dikelola oleh LKNU Bersama dengan POP TB. Dalam program TB Komunitas 2021-2023, One Impact ini akan terus digunakan dengan pengembangan dan penyesuaian berdasarkan kebutuhan saat ini. Dibutuhkan beberapa pertemuan untuk diskusi pengumpulan informasi dan usulan pengembangan CBMF, yaitu;

1. FGD dengan para pihak (CSO, Pemerintah, Mitra Pembangunan) untuk mendapatkan masukan pengembangan CBMF.
2. FGD dengan pengguna layanan TB, pasien dan keluarga pasien dilakukan setidaknya dua kali yaitu; a). pada awal untuk mendapatkan masukan dan usulan, b). pertemuan di akhir proses pengembangan untuk mendapatkan masukan atas draft pengembangan CBMF.

#### Tujuan

1. Mendapatkan informasi tentang Implementasi One Impact di Indonesia pada periode sebelumnya
2. Mendapatkan masukan untuk pengembangan One Impact dari para pihak
3. Mendapatkan masukan untuk pengembangan One Impact dari komunitas (pasien, keluarga pasien) guna memudahkan pasien dalam memberikan laporan monitoring agar kualitas layanan TB meningkat.

---

<sup>2</sup> [https://www.who.int/docs/default-source/global-action-plan/gap-consultation-accelerator-3-discussion-paper-30-april-2019.pdf?sfvrsn=190c0a5f\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/global-action-plan/gap-consultation-accelerator-3-discussion-paper-30-april-2019.pdf?sfvrsn=190c0a5f_2).

### **Bentuk Kegiatan**

1. FGD (Half Day) sebanyak 3 kali, dilakukan di Jakarta
2. FGD dengan komunitas juga dilakukan secara daring dengan melibatkan komunitas dari luar Jakarta.
3. Kegiatan akan dilakukan pada Q2 dan Q3 2021
4. FGD 1: Menggali tanggapan dan input lingkup dan konsep CBMF TB serta fitur One Impact Sehat
5. FGD 2 & 3: Diskusi pengalaman dan pengembangan prototype prosedur dan alur pengelolaan umpan balik/pengaduan

### **Peserta**

1. FGD 1 diikuti oleh 17 orang yang terdiri dari:
  - o 1 orang dari SR tematik
  - o 1 konsultan
  - o 1 orang dari PR Konsorsium Penabulu - STPI
  - o 1 orang dari PR Kementerian Kesehatan
  - o 2 orang dari OMS HIV/AIDS komunitas
  - o 5 orang dari Mitra Pembangunan (WHO, UNAIDS, USAID, DFAT, UN Women)
  - o 4 orang dari Lembaga pemerintah (Ombudsman, Kementerian PAN/RB, Komnas HAM, Kemenkumham)
  - o 2 orang dari organisasi masyarakat sipil (YLKI, LBH/OMS HAM dan Pelayanan Publik lainnya)
2. FGD 2 dan 3 diikuti oleh 12 orang secara tatap muka dan 10 orang secara daring yang terdiri dari:
  - o 1 SR tematik
  - o 1 Konsultan
  - o 1 PR Penabulu - STPI
  - o 1 POP TB
  - o 3 manajer kasus
  - o 3 patient supporter
  - o 2 kader
  - o 10 orang pasien, keluarga pasien dll (secara daring)

### **Output:**

1. Rekomendasi pengembangan konsep dan prosedur CBMF serta perangkat lunak One Impact dari para pihak
2. Rekomendasi finalisasi pengembangan konsep dan prosedur CBMF serta perangkat lunak One Impact dari Komunitas untuk mendapatkan endorsement dari CCM/TWG TB.

### **Laporan:**

1. Notulen
2. Laporan Kegiatan
3. Laporan Pertanggungjawaban keuangan
4. Daftar hadir

## B. Refining CBMF Tools: OnelImpact Indonesia

### Deskripsi Kegiatan:

Refining ini akan dilakukan oleh SR tematik melalui service provider/konsultan yang akan dipilih melalui proses pengadaan jasa sesuai dengan kebijakan yang berlaku. Konsultan akan direkrut sejak awal sehingga akan dilibatkan pada proses-proses pengumpulan informasi dan pengumpulan masukan. Berdasarkan informasi awal dan masukan masukan dari berbagai pihak, konsultan mengembangkan CBMF.

Dalam upaya memastikan tools bisa digunakan oleh komunitas, Konsultan harus melakukan user acceptance testing. Hal ini untuk menguji apakah tools ini bekerja dengan baik dan user friendly. Bisa jadi dalam proses user testing ini, ada temuan-temuan error pada tools sehingga harus dilakukan perbaikan hingga tools siap digunakan. Konsultan harus Menyusun panduan penggunaan tools yang akan didistribusikan kepada komunitas. Proses Refining akan dilakukan pada periode program Q2 dan Q3.

### Tujuan

1. Pengembangan dan penyempurnaan perangkat lunak OnelImpact Sehat sesuai hasil FGD
2. Penyusunan panduan penggunaan perangkat lunak OnelImpact Sehat

### Bentuk Kegiatan

1. Pengembangan perangkat lunak OnelImpact Sehat (perubahan/penambahan variabel, fitur, KIE, Analisa dashboard)
2. Pengembangan panduan OnelImpact Sehat

### Struktur Anggaran

1. Fee konsultan (2 orang x 40 hari kerja x Rp. 2.000.000) = 160 juta
2. Fee penulisan panduan (1 orang x 5 hari kerja x Rp. 2.000.000) = 10 juta
3. Fee layout panduan CBMF (1 orang x 5 hari kerja x Rp. 2.000.000) = 10 juta

### Output

1. Tersedia OnelImpact Sehat yang siap digunakan untuk melaporkan insiden stigma dan diskriminasi, perlakuan buruk, dan pelanggaran HAM yang dialami oleh pasien TBC
2. Tersedia panduan penggunaan perangkat lunak OnelImpact Sehat

### Laporan

1. Mekanisme pelaporan menggunakan model *Deliverable Based Report* yang bisa dibuat dalam skema milestone.
2. Sumber bukti: Aplikasi OnelImpact Sehat, Source code, Panduan

## C. Pengadaan Infrastruktur & Maintenance

### Deskripsi Kegiatan

CBMF sebagai landasan perangkat lunak berbasis daring membutuhkan infrastruktur pendukung. Infrastruktur ini diantaranya adalah server, hosting, maintenance. Pengadaan ini akan dilakukan melalui proses pengadaan barang dan jasa dengan mengikuti ketentuan yang berlaku. Pengadaan infrastruktur akan dilakukan pada Q3.

### Tujuan

1. Beroperasinya perangkat lunak OnelImpact Sehat yang didukung melalui ketersediaan infrastruktur
2. Menampilkan dashboard OnelImpact di website

**Bentuk Kegiatan:**

1. Pengadaan server
2. Pengadaan internet access
3. Biaya maintenance (update, anti malware, dll)

**Output:**

1. Tersedia server
2. Tersedia Hosting dan Maintenance

**Laporan:**

1. Laporan pengadaan barang dan jasa
2. Receipt pembayaran hosting dan maintenance

**D. Launching dan Sosialisasi CBMF****Deskripsi Kegiatan:**

Salah satu strategi agar konsep CBMF dan perangkat lunak Onelmpact Sehat dapat digunakan oleh pemangku kepentingan yang luas adalah melakukan launching. Dalam launching perlu dipikirkan dengan matang waktu dan pihak yang akan melakukan launching. Karena CBMF merupakan tools yang digunakan oleh komunitas untuk pemantauan guna meningkatkan kualitas pelayanan TB yang berbasis prinsip HAM dan kesetaraan gender, sehingga *buy-in* dari Kementerian Kesehatan menjadi sangat penting.

Selain itu, Lembaga pemerintah seperti Ombudsman, Komnas HAM, juga organisasi masyarakat seperti organisasi pasien, organisasi HAM atau lembaga bantuan hukum, Lembaga perlindungan konsumen juga penting untuk dilibatkan. Adanya aktor-aktor terkait pelayanan publik dan hak asasi manusia dapat memastikan bagaimana pengaduan terkait pelayanan TB dapat ditangani lebih lanjut oleh penyelenggara pelayanan publik dan dibantu oleh organisasi HAM/Lembaga bantuan hukum jika diperlukan. Kegiatan launching dilakukan dengan perpaduan antara kegiatan tatap muka namun juga secara daring dengan menggunakan media sosial. Selain launching, CBMF juga harus disosialisasikan kepada kelompok target pengguna. Launching akan dilakukan pada akhir tahun pertama.

**Tujuan**

Memperkenalkan konsep CBMF dan perangkat lunak Onelmpact Sehat kepada para pemangku kepentingan serta target pengguna (kader, manajer kasus, patient supporter, pasien, masyarakat) sebagai upaya meningkatkan kualitas pelayanan TB serta mengelola umpan balik/pengaduan oleh komunitas dan masyarakat secara terkoordinasi, sederhana dan akuntabel

**Bentuk Kegiatan**

1. Pertemuan untuk launching dan memperkenalkan CBMF dan Onelmpact sehat bersama PR Konsorsium dan Kementerian Kesehatan RI
2. Menjelaskan mekanisme dan alur pengelolaan umpan balik/pengaduan dari masyarakat terdampak TB
3. Sosialisasi dengan menggunakan media kampanye berupa poster/audio-visual tentang "Ketahui Hak-mu" (dari BL 21)

**Peserta**

Kegiatan launching melalui tatap muka:

1. 3 orang dari SR tematik
2. 4 orang dari PR Penabulu - STPI
3. 2 orang Konsultan
4. 1 orang dari PR Kementerian Kesehatan
5. 1 orang dari POP TB
6. 3 orang dari Dinas Kesehatan (DKI Jakarta, Jawa Barat, Banten)
7. 1 orang dari TWG TB
8. 2 orang dari PR HIV Komunitas
9. 3 Manajer Kasus (DKI Jakarta, Jawa Barat, Banten)
10. 3 Patient Supporter (DKI Jakarta, Jawa Barat, Banten)
11. 5 orang dari Mitra Pembangunan (WHO, UNAIDS, USAID, DFAT, UN Women)
12. 12 orang dari Lembaga pemerintah (Ombudsman, Kementerian PAN/RB, Komnas HAM, Kemenkumham)
13. 2 orang dari organisasi masyarakat sipil (YLKI, LBH/OMS HAM dan Pelayanan Publik lainnya)
14. 8 jurnalis media nasional
15. Secara daring: Semua SR dan SSR yang mensupervisi 20 kota/kabupaten wilayah industri

**Output:**

1. Pemangku kebijakan dan kepentingan program TBC mendukung mekanisme umpan balik/pengaduan berbasis komunitas untuk peningkatan kualitas layanan TB
2. Siaran pers dan liputan tentang CBMF dan OneImpact Sehat di media

**Laporan**

1. Laporan narasi kegiatan
2. Laporan PERTUM
3. Notulen
4. Dokumentasi

### Deskripsi kegiatan

Kampanye 'Ketahu Hak-mu' adalah kegiatan yang fokus dilakukan di 20 kabupaten/kota wilayah industrial. Pemilihan lokasi tersebut berdasarkan salah satu rekomendasi JEMM 2020, yakni tantangan yang dialami pasien TBC adalah berkaitan dengan akses dan kualitas pelayanan kesehatan, pelanggaran hak asasi manusia (hak atas informasi, hak atas partisipasi, hak atas pekerjaan, dsb) dan hilangnya pendapatan rumah tangga.

Pesan kunci dari kegiatan kampanye ini akan menitikberatkan peran serta masyarakat dan pemerintah lintas sektor dalam menjamin ketersediaan, keterjangkauan, penerimaan, dan kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien TBC serta kelompok populasi kunci dan rentan (Orang dengan HIV/AIDS atau ODHA, pengguna napza suntik, kaum miskin perkotaan, pekerja pabrik, masyarakat yang tinggal di tempat kumuh dan padat termasuk Lapas, buruh dan buruh migran, orang di rumah detensi imigrasi, dan petugas kesehatan pelayanan TBC).

### Tujuan

Aktivitas Kampanye Publik 'Ketahu Hak-mu' bertujuan untuk

1. Meningkatkan partisipasi aktif dari Penyintas/Pasien TBC dan kelompok populasi kunci dan rentan dapat menyuarakan perspektif mereka kepada Pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat.
2. Mengembangkan media edukasi dalam Kampanye Hak-Mu.
3. Menjalani kolaborasi dengan berbagai media massa untuk kampanye Hak-Mu.
4. Meningkatkan pemahaman dan kesadaran masyarakat terhadap informasi TBC dan hak-hak pasien TBC.
5. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang hambatan Sosioekonomi, Hak Asasi Manusia, dan ketidaksetaraan/kekerasan berbasis Gender dalam mengakses pelayanan TBC yang berkualitas.
6. Meningkatkan pemahaman dan keberpihakan pemerintah, sektor swasta dan masyarakat untuk mengatasi hambatan pasien dalam akses layanan TBC yang berkualitas dan berkeadilan.

### Bentuk Kegiatan

Bentuk kegiatan kampanye Hak-Mu dikoordinasikan oleh SR Tematik. Kegiatan ini akan menggunakan saluran informasi berupa radio, media digital dan atau cetak yang dapat diakses publik. Secara umum, kegiatan dilaksanakan oleh SR Tematik dengan jaringan media nasional yang memiliki jaringan di daerah. Terdiri dari 3 bentuk kegiatan yakni:

1. Radio Talkshow
  - Merupakan kegiatan diskusi yang dilakukan di siaran radio.
  - Bertujuan untuk menghadirkan diskusi dan interaksi antara narasumber dengan pendengar radio.
  - Pelaksanaan Talkshow radio adalah setiap triwulan (2021, 2022)
  - Tema talkshow dapat terkait Hak Pasien bersama komunitas dan pemerintah tentang TBC dalam konteks: Pekerjaan, perlindungan sosial, dukungan psikologis, perumahan, dsb.



## 2. Iklan Layanan Masyarakat

- Merupakan iklan yang digunakan untuk menyampaikan informasi persuasif yang bersifat sosial agar masyarakat sebagai audiens dapat bertambah pengetahuan, kesadaran, sikap dan bahkan mengalami perubahan perilaku sesuai dengan pesan sosial yang disampaikan.
- ILM pada Kampanye Hak-Mu bertujuan untuk menyampaikan pesan persuasif proses pencegahan, pengobatan maupun dukungan yang dapat diberikan oleh masyarakat terhadap pasien TBC.
- Bentuk ILM dapat berupa audiovisual/visual/audio dan kombinasi diantaranya.
- Pembuatan Iklan Layanan Masyarakat harian (2021, 2022) dalam 4 Bahasa Daerah, 1 Bahasa Indonesia tentang akses pelayanan TBC gratis dan Terapi Pencegahan Tuberkulosis
- *Placement* ILM dapat dilakukan di berbagai saluran dengan tingkat jangkauan pendengar/pemirsa yang luas – sesuai dengan sasaran program.

## 3. Konferensi Pers

- Merupakan kegiatan peliputan pers dalam rangka menyampaikan pernyataan sikap maupun berbagai informasi pesan kunci dari kampanye Hak-mu. Konferensi Pers dapat dilakukan sebagai penutup rangkaian kampanye Hak-mu setiap tahunnya.
- Tujuan kegiatan ini adalah untuk menjadikan kampanye Hak-mu terdiseminasi dengan baik dan pernyataan sikap dari berbagai pihak dapat menjadi pesan kunci untuk menyuarakan hak-hak pasien TBC.
- Pelaksanaan Konferensi pers melibatkan pemangku kebijakan daerah, sektor swasta, panitia, dan komunitas terdampak TBC.

### Alur Kegiatan

1. Aktivitas kampanye dilakukan berdekatan dengan Hari Tuberkulosis Sedunia untuk memanfaatkan momen dimana TBC menjadi perhatian tertinggi.
2. SR Tematik bertanggungjawab dalam persiapan dan/atau implementasi kegiatan kampanye yang menargetkan kesadaran pasien, kelompok populasi kunci dan rentan TBC, Pemerintah lintas sektor di Daerah, sektor swasta, dan masyarakat umum.
3. Kegiatan kampanye dilakukan melalui kanal media massa (Radio, Media Cetak/Digital)
4. Substansi kegiatan kampanye perlu disiapkan bersama Kementerian Kesehatan RI, kelompok penyintas/pasien TBC dan/atau kelompok populasi kunci dan rentan, organisasi masyarakat sipil lintas sektor.

### Peserta dan Panitia

Kegiatan kampanye 'Ketahui Hak-mu':

1. Konferensi pers
  - Mengundang max. 10 wartawan lokal meliput kegiatan
  - 16 narasumber konferensi pers
  - 2 panitia
2. Iklan Layanan Masyarakat di radio: *Talent*
3. Talk show (Dialog Interaktif) di radio: 2 Narasumber nasional (1 government, 1 private sector/komunitas)

### Struktur Anggaran

Mengacu pada POA sesuai periode pelaksanaan kegiatan.

## Keluaran Kegiatan

Keluaran pada ketiga bentuk Kampanye Hak-mu adalah sebagai berikut:

1. Radio Talkshow
  - a. Adanya rekaman siaran radio talkshow antara masyarakat terdampak TBC dan pemangku kebijakan untuk mengupayakan mengatasi hambatan HAM dan Gender dalam mengakses pelayanan TBC berkualitas dan setara
  - b. Adanya laporan jangkauan pendengar siaran radio talkshow dilaksanakan.
  - c. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang hambatan Sosioekonomi, Hak Asasi Manusia, dan ketidaksetaraan/kekerasan berbasis Gender dalam mengakses pelayanan TBC yang berkualitas.
2. Iklan Layanan Masyarakat
  - a. Dihasilkannya 5 Iklan Layanan Masyarakat tentang akses pelayanan TBC didengar hingga 45 juta penduduk Indonesia.
  - b. Adanya peningkatan pemahaman dan kesadaran masyarakat terhadap informasi TBC dan hak-hak pasien TBC.
3. Konferensi Pers
  - a. Penyintas/Pasien TBC dan kelompok populasi kunci dan rentan dapat menyuarakan perspektif mereka kepada Pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat umum
  - b. Adanya peningkatan pemahaman dan keberpihakan pemerintah, sektor swasta dan masyarakat untuk mengatasi hambatan pasien dalam akses layanan TBC yang berkualitas dan berkeadilan.

## Laporan Kegiatan

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan konferensi pers:

- Daftar hadir
- Laporan narasi kegiatan
- Laporan keluaran kegiatan
- Laporan PJUM

Iklan Layanan Masyarakat & Talk show:

- Soft copy audio
- Laporan keluaran kegiatan
- Kontrak kerja sama
- Bukti siar

**Catatan:** laporan narasi pelaksanaan kegiatan, dokumen keluaran kegiatan dan dokumentasi kegiatan harap dikirimkan oleh tim SR Tematik kepada Tim Program (email: [program@penabulu-stpi.id](mailto:program@penabulu-stpi.id)) dengan format informasi [BL.21] Perkembangan Kampanye Hak-MU – SR Tematik - (periode kuartal dan tahun)

### Deskripsi kegiatan

Aktivitas ini merupakan bagian dari respon terhadap laporan hasil *Community Based Monitoring and Feedback* (CBMF) di tingkat kabupaten/kota dan kecamatan. Proses monitor dan respon akan dikoordinasikan oleh Tim Respon yang diinisiasi dan dibentuk atas kesepakatan para pihak di tingkat kabupaten/kota. Meskipun Tim Respon utamanya bekerja di tingkat kab/kota dan kecamatan, namun, jika diperlukan advokasi lanjutan ke tingkat Provinsi atau Nasional, tim dapat berkoordinasi dengan PR dan/atau SR Provinsi.

Secara umum, kegiatan monitor dan respon tersebut yakni kasus-kasus stigma dan diskriminasi, ketidaksetaraan gender, pelanggaran Hak Asasi Manusia (HAM), dan pelanggaran hukum dapat dilaporkan oleh pasien TBC/pendamping pasien/kader/Pengawas Menelan Obat (PMO) melalui pendokumentasian secara manual atau aplikasi. Setelah laporan kasus diverifikasi oleh SR Tematik, Tim Respon Komunitas di tingkat kabupaten/kota akan melakukan tindak lanjut melalui pertemuan di tingkat kecamatan dan/atau di tingkat kabupaten/kota bersama pemangku kepentingan terkait. Secara khusus, prosedur respon akan mengacu pada mekanisme dan alur rujukan kasus pada panduan CBMF.

### Tujuan

Tujuan dari kegiatan ini adalah

1. Menginisiasi dan membentuk tim respon untuk fungsi monitor dan respon terhadap laporan hasil CBMF serta memperkuat sistem komunitas dalam mempromosikan kesehatan, kesetaraan gender, dan HAM dalam pelayanan TBC.
2. Mengidentifikasi ragam dan *trend* kasus-kasus stigma dan diskriminasi, ketidaksetaraan gender, pelanggaran Hak Asasi Manusia (HAM), dan pelanggaran hukum yang dilaporkan melalui pendokumentasian secara manual atau melalui web based atau aplikasi.
3. Mengidentifikasi berbagai penyelesaian kasus untuk respon terhadap *trend* kasus yang telah terdokumentasikan.
4. Mengidentifikasi tantangan dalam implementasi CBMF.
5. Mengidentifikasi cara dan strategi untuk mempromosikan kesehatan, kesetaraan gender dan HAM dalam penanggulangan TBC kepada pemangku kepentingan terkait di sektor kesehatan dan non-kesehatan.

### Bentuk Kegiatan

1. Jenis kegiatan adalah pertemuan berbagai pemangku kepentingan yang dilakukan di tingkat kabupaten/kota.
2. Tim Respon adalah bagian dari sistem komunitas di dalam sistem kesehatan masyarakat yang lebih luas. Aktivitas tim respon kabupaten/kota terhadap hasil umpan balik berbasis komunitas terhadap stigma dan diskriminasi, pelanggaran HAM dan hukum yang dihadapi pasien TBC dan/atau kelompok populasi kunci dan rentan.
3. Tim Respon terdiri dari Paralegal TB, Koordinator Kader Kecamatan, anggota jaringan Perhimpunan Organisasi Pasien Tuberkulosis (POP TB) setempat, anggota Kelompok Masyarakat Peduli Tuberkulosis (KMP TB), Paralegal HIV/AIDS dan anggota organisasi/komunitas HIV/AIDS, serta Organisasi Bantuan Hukum dan Organisasi Perempuan. Implementasi aktivitas didukung oleh SSR sebagai sekretariat Tim Respon.

4. Pertemuan dengan pemangku kepentingan lainnya adalah bagian dari penanganan kasus dengan melibatkan dengan para stakeholder terkait.

### **Alur Kegiatan**

#### **Tahap 1: Identifikasi awal dan Lanjutan**

Identifikasi Awal. Paralegal Komunitas TBC melakukan identifikasi awal dengan cara bertanya kepada korban (pasien/penyintas TBC atau orang yang rentan) terkait bagaimana kronologi kasusnya, saksi-saksi dan/atau barang bukti yang muncul pada kasus tersebut. Identifikasi Lanjutan. Setelah melakukan identifikasi awal, Paralegal Komunitas TBC meminta persetujuan dari korban dengan cara mengisi dan menandatangani Form Pengaduan untuk kemudian aduannya dimasukkan ke dalam laportbc.id

#### **Tahap 2: Penyelesaian kasus.**

Saat aduan yang telah masuk ke dalam laportbc.id sudah mendapat balasan dari admin laportbc.id untuk ditindaklanjuti, maka Paralegal Komunitas TBC mulai melakukan penyelesaian kasus dengan cara mempertemukan kedua belah pihak yang berselisih dan menyuruh pihak teradu untuk menandatangani Surat Pernyataan sebagai bukti bahwa pihak teradu tidak akan lagi melakukan segala bentuk stigma, diskriminasi dan/atau pelanggaran hak lainnya kepada pasien/penyintas TBC atau orang yang rentan. Tetapi jika kedua belah pihak tidak bersedia dipertemukan, maka Paralegal Komunitas TBC cukup mendatangi pihak teradu untuk menandatangani Surat Pernyataan.

#### **Tahap 3: Follow up**

Setelah Surat Pernyataan berhasil ditandatangani, Paralegal Komunitas TBC mengadakan kunjungan dengan korban/pengadu untuk menanyakan apakah pihak teradu masih melakukan perbuatan stigma, diskriminasi atau pelanggaran hak lainnya kepada korban atau tidak. Secara detail penanganan kasus dapat di akses di link sebagai berikut: [SOP Penanganan Kasus - Google Drive](#)

#### **Tahap 4: Pertemuan Monitoring Aduan**

Kegiatan ini merupakan pelibatan stakeholder terkait dalam monitoring kasus yang ada di Kabupaten/Kota Pertemuan rapat diorganisir oleh Paralegal TB bersama SSR kab/kota dan melibatkan Koordinator Kader Kecamatan, anggota OMS dan komunitas TBC serta HIV/AIDS, Organisasi Bantuan Hukum, dan Organisasi Perempuan.

SR Tematik akan berkoordinasi dengan tim SR terkait dan SSR wilayah industrial untuk teknis pelaksanaan dan isu utama pada setiap pertemuan rapat.

Secara umum, Tim Respon dapat melaksanakan kegiatan respon dan advokasi pada beberapa pemangku kepentingan/kebijakan pada berbagai tingkatan administratif seperti:

- o Kecamatan: Puskesmas, Pejabat Kecamatan, Pejabat Kelurahan, Pejabat Desa, Sekolah, RT/RW
- o Kabupaten/kota: Organisasi Perangkat Daerah lintas sektor, DPRD, Forum, Media, Perusahaan, Organisasi Non-Pemerintah
- o Nasional dan Provinsi (bersama PR dan/atau SR Provinsi): Ombudsman, DPR RI, Kementerian/Lembaga, Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia, Media, Perusahaan, Organisasi Non-Pemerintah.

Pada pertemuan rutin setiap dua bulan sekali, maka setidaknya perlu membahas terkait (a) ragam dan trend kasus; (b) penyelesaian kasus; (c) tantangan dalam implementasi CBMF dan (d) RTL (cara dan strategi) untuk mencegah terjadinya kasus stigma dan diskriminasi pada orang terdampak TBC. Agenda tersebut sesuai dengan tujuan dari kegiatan.

### **Peserta dan Narasumber**

Pertemuan rapat diorganisir oleh Tim Respon dengan mengikutsertakan 10 peserta:

- 2 koordinator kader kecamatan
- 1 organisasi bantuan hukum
- 1 organisasi perempuan
- 2 paralegal
- 1 Tokoh agama/Tokoh masyarakat
- 1 satgas HAM komunitas HIV/AIDS
- 2 organisasi/kelompok pasien (jika sudah terbentuk)

1 narasumber: pengacara pro bono

1 staf SSR membantu administrasi penyelenggaraan pertemuan

### Struktur Anggaran

Mengacu pada POA sesuai periode pelaksanaan kegiatan.

### Keluaran Kegiatan

1. Keterlibatan para pihak dalam merespon laporan aduan yang diterima oleh Komunitas di tingkat kabupaten/kota.
2. Teridentifikasinya ragam dan *trend* kasus yang telah terdokumentasikan disertai dengan berbagai usulan tindak lanjut sebagai upaya penyelesaian kasus.
3. Adanya rekomendasi para stakeholder dalam menyelesaikan kasus dan Langkah preventif agar tidak terjadi tindak diskriminasi

### Laporan Kegiatan

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan setiap bulan:

- Laporan dua bulanan Tim Respon Komunitas
- Laporan narasi kegiatan
- Dokumen keluaran kegiatan
- Daftar hadir pertemuan
- Foto kegiatan Tim Respon Komunitas

**Catatan:** laporan dua bulanan Tim Respon Komunitas, laporan narasi kegiatan, dokumen keluaran kegiatan dan dokumentasi kegiatan harap dikirimkan oleh tim SR Tematik kepada Tim Program (email: [program@penabulu-stpi.id](mailto:program@penabulu-stpi.id)) dengan format informasi [BL.22] Perkembangan Monitor Tim Respon Komunitas – SR Tematik - (periode kuartal dan tahun)

### Wilayah Intervensi

Kegiatan dilaksanakan oleh SR Tematik di 20 kab/kota SSR wilayah industrial.

No.	Provinsi	Kabupaten/Kota
1.	Jawa Timur	Gresik
2.	Jawa Timur	Pasuruan
3.	Jawa Timur	Kota Sidoarjo
4.	Jawa Timur	Kota Surabaya
5.	DKI Jakarta	Jakarta Timur
6.	DKI Jakarta	Jakarta Utara

<b>No.</b>	<b>Provinsi</b>	<b>Kabupaten/Kota</b>
7.	Kepri	Kota Batam
8.	Sumatera Utara	Deli Serdang
9.	Banten	Kota Tangerang Selatan
10.	Banten	Kab. Tangerang
11.	Banten	Kab. Serang
12.	Banten	Kota Cilegon
13.	Jawa Barat	Purwakarta
14.	Jawa Barat	Kab. Bekasi
15.	Jawa Barat	Kota Bekasi
16.	Jawa Barat	Kab. Bogor
17.	Jawa Barat	Karawang
18.	Jawa Barat	Subang
19.	Jawa Tengah	Kota Semarang
20.	Jawa Tengah	Kendal
<b>Total</b>	<b>7 Provinsi</b>	<b>20 Kabupaten/Kota</b>

BL.24-25

Pelatihan Penyegaran Bagi Tim Paralegal Organisasi Penyintas Tuberkulosis (OPT)

### Deskripsi Kegiatan

Pertemuan pelatihan paralegal merupakan kegiatan lanjutan dari Pelatihan Sensitisasi Hak Asasi Manusia (HAM) dan Gender untuk komunitas. Secara umum, dalam konteks penanggulangan TBC, paralegal dibutuhkan untuk meningkatkan akses pasien TBC terhadap bantuan hukum untuk perkara non-litigasi maupun ranah litigasi sesuai Permenkumham No.1 Tahun 2018. Dengan prinsip untuk pemenuhan akses keadilan bagi masyarakat miskin dan kelompok rentan termasuk komunitas terdampak TBC, paralegal di Indonesia bekerja berdasarkan kesukarelawanan untuk melakukan pemberdayaan hukum bagi masyarakat, khususnya kepentingan komunitasnya.

Sebagaimana diketahui, paralegal merupakan seseorang yang mempunyai keterampilan hukum, namun bukan seorang pengacara (secara professional) dan bekerja di bawah bimbingan seorang pengacara atau yang dinilai mempunyai kemampuan hukum untuk menggunakan keterampilannya. Oleh karena itu, agar dapat menghadirkan paralegal untuk isu TBC, maka diperlukan peningkatan kapasitas melalui pelatihan paralegal tingkat dasar dan lanjutan.

Aktivitas pendidikan hukum ini diharapkan memunculkan aktor-aktor komunitas TBC yang mampu memberi dukungan kepada pasien TBC yang mengalami stigma dan diskriminasi, pelanggaran HAM dan pelanggaran hukum. Pelatihan paralegal tingkat dasar dan lanjutan dilakukan untuk anggota OMS dan penyintas/pasien TBC dari 20 kabupaten/kota wilayah industri karena JMM 2020 mengidentifikasi masalah dan hambatan utama pasien TBC berkaitan dengan lingkungan pekerjaan.

Tahun 2022 sudah dilakukan pelatihan paralegal tingkat dasar dan tingkat lanjutan, peserta yang dilatih berasal dari 20 Kabupaten/Kota *industrial basis* (wilayah yang berdasarkan industrial sesuai dengan rekomendasi JEMM dimana 20 Kabupaten/Kota yang wilayah industri terdapat sumbatan dan masalah yang dihadapi oleh pasien TB di lingkungan pekerjaan. Kegiatan ini diawali dengan perjanjian kerjasama OPT/SR dengan OBH di masing-masing Kabupaten/Kota. Pasca pelatihan paralegal kemudian melakukan kerjasama melalui keterlibatan 20 OBH/LBH sebagai tempat magang paralegal komunitas TBC. Magang di LBH/OBH menjadi tempat untuk paralegal belajar dalam pendampingan pasien yang mengalami diskriminasi. Kanal aduan juga telah dikembangkan oleh POP TB bersama dengan PR Konsorsium Komunitas melalui lapor TBC.

Dalam perjalanannya, paralegal yang telah mendapatkan aduan dari Pasien/Penyintas TBC terkait kasus stigma, diskriminasi dan pelanggaran hak lainnya, dari 5 kasus yang ditangani sebanyak 3 kasus dari 2 Paralegal yang telah di input dalam laportbc.id yang merupakan wadah atau tempat aduan yang telah dibuat oleh POP TB Indonesia. Selain itu juga, paralegal yang sudah dilatih sudah ada yang mengikuti proses mediasi di luar pengadilan, kasus yang melewati proses mediasi pun cukup beragam, salah satunya adalah kasus perselisihan hubungan industrial. Untuk mediasi pada kasus perselisihan hubungan industrial didampingi oleh advokat.

Pada 2023 paralegal yang sudah mengikuti magang dan yang pernah mendampingi kasus perlu mendapatkan materi-materi penyegaran yang berkaitan pendampingan kasus yang dibutuhkan oleh paralegal. Kegiatan penyegaran sebagai bagian dari peningkatan keterampilan dilapangan ketika mendapatkan kasus diskriminasi yang dialami oleh pasien TBC.

### **Tujuan**

Secara umum, kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan keterampilan OPT, OMS dan komunitas tentang pendokumentasian kasus dan pendampingan bagi pasien TBC yang mengalami pelanggaran hukum dan/atau HAM di bawah supervisi Advokat/Organisasi Badan Hukum.

1. Menjalin kemitraan antara SR Tematik dengan Lembaga Bantuan Hukum serta jejaringnya di wilayah kerja prioritas isu HAM-Gender TBC.
2. Mengembangkan modul pelatihan paralegal (tingkat dasar dan lanjut) untuk komunitas TBC.
3. melakukan refreshing materi pendampingan dan penanganan kasus pelanggaran hukum dan atau HAM orang terdampak TBC dan terhubung ke Organisasi Badan Hukum (OBH).

### **Bentuk Kegiatan**

#### **Refreshing Pelatihan Paralegal Tingkat Dasar dan Lanjutan**

1. Identifikasi paralegal yang masih aktif dan berminat untuk tetap menjadi paralegal komunitas TBC di 20 Kab-Kota.
2. Pelatihan ditargetkan untuk peserta yang sudah pernah dilatih komunitas pasien/penyintas TBC per kab/kota.
3. Peserta yang diutamakan adalah penyintas TBC dan/atau memiliki anggota keluarga yang terdampak TBC, bekerja sebagai Manajer Kasus atau menjadi relawan Kader dan Pendamping Pasien TBC resisten obat.
4. Kegiatan pelatihan dilakukan selama 3 hari pada S 1 2023 yang dilaksanakan oleh SR Tematik yang berasal dari 20 kabupaten/kota.
5. Kegiatan pelatihan menggunakan metode belajar orang dewasa dengan pendekatan ceramah, curah pendapat, penugasan kelompok, dan bermain peran serta teknik lain dalam modul. Selain itu, pelatihan juga akan mengupayakan partisipasi semua gender.

### **Alur Kegiatan**

1. Pemutakhiran modul dilakukan oleh SR Tematik dan bermitra dengan LBH/OBH. Modul akan menjadi acuan utama untuk pelatihan refreshing bagi paralegal.
2. Pelatihan paralegal wajib diselenggarakan oleh SR Tematik bersama Organisasi Badan Hukum (OBH) yang memberikan bantuan hukum atau lembaga pemerintah yang menjalankan fungsi di bidang hukum setelah mendapat persetujuan dari Badan Pembinaan Hukum Nasional (BPHN).
3. Kegiatan pelatihan oleh SR Tematik mengundang 2 peserta dari 20 kab/kota:
  - o Tersedia pre- dan post-test dari pelatihan
  - o Tersedia *e-certificate* kegiatan untuk peserta
  - o 3 fasilitator yang diorganisir oleh SR Tematik dari OBH dan/atau lembaga pemerintah di bidang hukum yang mendapat persetujuan BPHN



Acuan detail teknis pelaksanaan BL.24 dapat merujuk pada tautan berikut: <https://bit.ly/3RfPdAW> (mohon untuk dapat mengakses tautan pada periode waktu pelaksanaan BL terkait)

### **Peserta, Fasilitator, dan Panitia**

Pelatihan paralegal oleh SR Tematik di tingkat pusat:

1. Peserta yang sudah dilatih tingkat dasar dan lanjutan, peserta adalah anggota OMS dan komunitas penyintas/pasien TBC
2. 2 Narasumber (Badan Pembinaan Hukum Nasional/OBH dan Komnas HAM/Kemkes RI)
3. 3 Fasilitator pelatihan
4. 1 Panitia administrasi SR Tematik

### **Struktur Budget**

Mengacu pada POA sesuai periode pelaksanaan kegiatan.

### **Output**

Terdapat paralegal yang sudah mendapatkan materi refreshing paralegal (dari OMS dan komunitas pasien/penyintas TBC) memiliki keterampilan dasar untuk penanganan kasus pelanggaran hukum dan atau HAM orang terdampak TBC dan terhubung ke Organisasi Badan Hukum atau BPHN Rata-rata hasil post-test anggota OMS dan komunitas penyintas/pasien yang terlatih adalah 80%.

### **Laporan Kegiatan**

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan:

- Laporan/dokumen keluaran kegiatan
- Hasil dan analisa pre- dan post-test
- Daftar hadir
- Laporan narasi kegiatan
- Laporan OPJ
- Dokumentasi (video, foto)

**Catatan:** laporan narasi kegiatan, dokumen keluaran kegiatan, pre dan post-test serta dokumentasi kegiatan harap dikirimkan oleh tim SR Tematik kepada Tim Program (email: [program@penabulu-stpi.id](mailto:program@penabulu-stpi.id)) dengan format informasi [BL.24] Pelatihan Paralegal Tingkat Dasar – SR Tematik - (periode kuartal dan tahun)

### **Wilayah Intervensi**

**Kegiatan dilaksanakan oleh SR Tematik di 20 kab/kota SSR wilayah industrial**

No.	Provinsi	Kabupaten/Kota
1.	Jawa Timur	Gresik
2.	Jawa Timur	Pasuruan

<b>No.</b>	<b>Provinsi</b>	<b>Kabupaten/Kota</b>
3.	Jawa Timur	Kota Sidoarjo
4.	Jawa Timur	Kota Surabaya
5.	DKI Jakarta	Jakarta Timur
6.	DKI Jakarta	Jakarta Utara
7.	Kepri	Kota Batam
8.	Sumatera Utara	Deli Serdang
9.	Banten	Kota Tangerang Selatan
10.	Banten	Kab. Tangerang
11.	Banten	Kab. Serang
12.	Banten	Kota Cilegon
13.	Jawa Barat	Purwakarta
14.	Jawa Barat	Kab. Bekasi
15.	Jawa Barat	Kota Bekasi
16.	Jawa Barat	Kab. Bogor
17.	Jawa Barat	Karawang
18.	Jawa Barat	Subang
19.	Jawa Tengah	Kota Semarang
20.	Jawa Tengah	Kendal
<b>Total</b>	<b>7 Provinsi</b>	<b>20 Kabupaten/Kota</b>

### Deskripsi Kegiatan

Dalam konteks penanggulangan TBC, paralegal dibutuhkan untuk meningkatkan akses pasien TBC terhadap bantuan hukum untuk perkara non-litigasi maupun ranah litigasi sesuai Permenkumham No.1 Tahun 2018. Dengan prinsip untuk pemenuhan akses keadilan bagi masyarakat miskin dan kelompok rentan termasuk komunitas terdampak TBC, paralegal di Indonesia bekerja berdasarkan kesukarelawan untuk melakukan pemberdayaan hukum bagi masyarakat, khususnya kepentingan komunitasnya.

SR Tematik mengoordinasikan pelatihan paralegal (tingkat dasar dan lanjutan) dan menghasilkan 40 paralegal untuk penanganan kasus isu TBC. Untuk dapat menindaklanjuti hasil pelatihan tersebut, maka terdapat kegiatan Kolaborasi dengan Advokat/OBH untuk pelayanan legal terhadap pasien TBC-HIV.

Kegiatan ini adalah bagian dari kolaborasi komunitas dan LBH/OBH ditingkat Kabupaten/Kota. Pelibatan OBH/LBH untuk membantu penyelesaian tugas-tugas paralegal yang sedang dalam memberikan pelayanan bantuan kepada yang mengalami diskriminasi.

### Tujuan

Secara umum, kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan keterampilan OMS dan komunitas tentang pendokumentasian kasus dan pendampingan bagi pasien TBC yang mengalami pelanggaran hukum dan/atau HAM di bawah supervisi Advokat/Organisasi Badan Hukum.

1. Menjalin kemitraan dan kolaborasi antara komunitas TBC dengan advokat/OBH untuk pelayanan legal terhadap pasien TBC-HIV.
2. Meningkatkan keterampilan paralegal komunitas TBC tentang mekanisme litigasi kasus bagi kaum miskin dan rentan di wilayahnya, khususnya yang terdampak TBC.
3. Menghubungkan alur mekanisme CBMF, layanan *hotline* psikososial dan penanganan kasus terkait pelanggaran hukum dan/atau HAM sebagai kesatuan sistem yang mendukung untuk mengurangi hambatan HAM-Gender layanan TBC.
4. Meningkatkan akses pasien ke bantuan hukum untuk permasalahan non-litigasi maupun litigasi yang berkaitan dengan pemenuhan HAM dan pelaksanaan tanggung jawab pengobatan pasien TBC.
5. Mengidentifikasi ragam dan *trend* kasus yang dilaporkan oleh kelompok terdampak TBC terkait pelanggaran hukum dan/atau HAM.
6. Mengidentifikasi hasil pendampingan penanganan kasus pelanggaran hukum dan/atau HAM yang dilaporkan oleh kelompok terdampak TBC.

### Bentuk Kegiatan

1. Paralegal dan OBH mendapatkan support transport dalam kurun waktu tertentu saat menjalani pendampingan bantuan hukum.
2. Pemberian support transport pada saat melakukan pendampingan kasus mulai dari awal hingga kasusnya terselesaikan.
3. Total paralegal yang sudah dilatih 34 orang dan angka ini bisa bertambah sesuai kebutuhan
4. OBH/LBH yang terlibat di 20 Kabupaten/Kota (list daftar data LBH/OBH)

5. Paralegal Komunitas TBC melakukan penanganan kasus dengan rincian masing-masing minimal 1 (satu) kasus per-Kuartal, sehingga total ada 4 (empat) kasus yang tertangani selama 1 tahun.
6. Namun, jika ternyata dalam 1 (satu) Kuartal ada lebih dari 1 (satu) kasus yang tertangani maka support kebutuhan budget dapat disesuaikan.
7. Dalam melakukan penanganan kasus, Paralegal Komunitas TBC bisa didampingi oleh 1 (satu) orang Advokat yang berasal dari LBH/OBH.
8. Pelaksanaan pendampingan dan penanganan kasus dapat dilakukan melalui SOP sebagai berikut: [SOP Penanganan Kasus - Google Drive](#)

## **Alur Kegiatan**

### **1. Identifikasi Awal**

Paralegal Komunitas TBC melakukan identifikasi awal dengan cara bertanya kepada korban (pasien/penyintas TBC atau orang yang rentan) terkait bagaimana kronologi kasusnya, saksi-saksi dan/atau barang bukti yang muncul pada kasus tersebut.

### **2. Identifikasi Lanjutan**

Setelah melakukan identifikasi awal, Paralegal Komunitas TBC meminta persetujuan dari korban dengan cara mengisi dan menandatangani Form Pengaduan untuk kemudian aduannya dimasukkan ke dalam laportbc.id.

### **3. Penyelesaian Kasus**

Saat aduan yang telah masuk ke dalam laportbc.id sudah mendapat balasan dari admin laportbc.id untuk ditindaklanjuti, maka Paralegal Komunitas TBC mulai melakukan penyelesaian kasus dengan cara mempertemukan kedua belah pihak yang berselisih dan menyuruh pihak teradu untuk menandatangani Surat Pernyataan sebagai bukti bahwa pihak teradu tidak akan lagi melakukan segala bentuk stigma, diskriminasi dan/atau pelanggaran hak lainnya kepada pasien/penyintas TBC atau orang yang rentan. Tetapi jika kedua belah pihak tidak bersedia dipertemukan, maka Paralegal Komunitas TBC cukup mendatangi pihak teradu untuk menandatangani Surat Pernyataan.

### **4. Follow Up Awal Penyelesaian Kasus**

Setelah Surat Pernyataan berhasil ditandatangani, Paralegal Komunitas TBC mengadakan kunjungan dengan korban/pengadu untuk menanyakan apakah pihak teradu masih melakukan perbuatan stigma, diskriminasi atau pelanggaran hak lainnya kepada korban atau tidak.

### **5. Follow Up Lanjutan Penyelesaian Kasus**

Pada tahap ini, Paralegal Komunitas TBC mempunyai kewajiban untuk senantiasa mengikuti perkembangan kasus tersebut untuk memastikan bahwa benar-benar terselesaikan.

**Peserta**

1. 34 Paralegal terlatih
2. 20 advokat perwakilan dari LBH/OBH.

**Keluaran Kegiatan**

1. Adanya layanan pendampingan kasus yang dilakukan oleh paralegal dan LBH/OBH
2. Adanya laporan pendampingan kasus yang oleh paralegal dan OBH/LBH.

**Laporan Kegiatan**

1. Laporan narasi paralegal (kasus yang dilaporkan, kasus yang didampingi, dan informasi pembelajaran dari narasumber di OBH)
2. Dokumentasi kegiatan (video, foto)

**Deskripsi Kegiatan**

Penyintas pasien dan pasien TBC Resisten Obat (TBC RO) yang menjalani pengobatan sampai sembuh membentuk suatu organisasi atau perkumpulan yang tujuannya untuk dapat membantu mengurangi stigma dan diskriminasi pasien TB khususnya pasien TBC RO dengan kegiatan berupa; (a) dukungan psikososial pada pasien TBC RO dan (b) meningkatkan akses terhadap dukungan pengobatan dan perawatan TBC RO.

Organisasi Penyintas pasien TBC RO dibentuk di beberapa kota di wilayah Indonesia dengan berpusat pada POP TB Indonesia yang kemudian menjadi SR Nasional dalam implementasi program dana hibah STPI-Penabulu. Organisasi Pasien TBC di bawah jejaring POP TB Indonesia aktif dalam melakukan pendampingan pasien di faskes pelaksana layanan TBC RO yang tersebar di berbagai provinsi di Indonesia. Dalam konteks ini, diperlukan koordinasi dan kolaborasi antara organisasi di tingkat Nasional dan tingkat Provinsi atau Kabupaten/Kota untuk menyamakan persepsi, berbagi pengalaman, dan mengembangkan jejaring antar organisasi. Maka dari itu dilakukan kolaborasi koordinasi antara organisasi Penyintas pasien dengan PR, Kemenkes RI, dan lembaga komunitas lainnya.

Selain itu, sebagai bentuk dukungan dan kepedulian terhadap pasien TBC RO yang masih menjalani pengobatan, Organisasi Pasien TBC juga mengadakan kegiatan rutin berupa diskusi kelompok pasien TBC RO. Hal ini bertujuan sebagai wadah berbagi informasi, kendala pengobatan, dan motivasi agar mendukung kelancaran pengobatan pasien hingga sembuh. Kegiatan ini dilaksanakan di Faskes TBC RO dengan sasaran peserta pasien dan keluarga pasien dan melibatkan petugas kesehatan setempat.

**A. Pertemuan Koordinasi****Tujuan**

Organisasi penyintas pasien TB dapat berkontribusi dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit TB di Indonesia di tingkat Pusat/Daerah, dengan menyusun rencana bersama untuk mengembangkan jejaring organisasi pasien TB di kab/kota baru dan upaya advokasi yang dipimpin oleh komunitas terdampak TBC

**Bentuk Kegiatan**

Pertemuan koordinasi nasional diadakan 1 (satu) kali per tahun di tingkat nasional. Kegiatan diadakan selama 5 hari.

**Peserta, Narasumber, Panitia**

Pelaksana kegiatan adalah SR Tematik dengan detail komponen sebagai berikut:

1. Dilaksanakan 1 kali dalam setahun di tingkat nasional
2. Peserta rapat koordinasi nasional organisasi pasien: 1-2 orang perwakilan dari tiap organisasi
  - o Daring, 2021 : 20 Organisasi di 13 Provinsi, 32 peserta
  - o Luring, 2022 : 21 Organisasi di 14 Provinsi (1 target provinsi baru), 42 peserta
  - o Luring, 2023 : 23 Organisasi di 16 Provinsi (2 target provinsi baru), 46 peserta
3. 3 Narasumber Kemkes, OMS dan stakeholder terkait
4. 2 orang fasilitator nasional
5. 2 orang panitia SR Tematik

### Output

1. Terlaksananya koordinasi dan kolaborasi antara jaringan organisasi penyintas pasien dan pasien
2. Adanya perencanaan SR Tematik, PR Komunitas, dan K/L terkait

### Laporan

1. Laporan narasi kegiatan dilampirkan pada saat melakukan PERTUM, laporan narasi menggunakan template yang sudah ditentukan oleh PR
2. PERTUM maksimal dilakukan 1 minggu setelah selesai kegiatan

### Peserta

#### A. PERTEMUAN KOORDINASI NASIONAL ORGANISASI PASIEN TBC

Peserta kegiatan dari 20 organisasi diundang dari 13 provinsi

No	Provinsi	Organisasi
1	Kep. Riau	STORI (Stop TB Kepulauan Riau)
2	Sumatera Barat	PUSAKO (Pejuang Untuk Sembuh Ayo Kita Obati)
3	Sumatera Utara	PESAT (Pejuang Sehat Bermanfaat)
4	Lampung	BADAK
5	DKI Jakarta	PETA (Pejuang Tangguh)
6	Jawa Barat	TERJANG (Terus Berjuang)
7	Jawa Tengah	SEMAR (Semangat Membara)
8	Jawa Timur	1. REKAT (Arek Nekat), Surabaya 2. SEKAWANS (Syukur Sabar Semangat Sukses), Jember 3. PETIR (Pejuang TB MDR), Gresik 4. GIBER, Jombang 5. PANTER (Pantang Menyerah), Malang 6. KOMPAS TB, Tulungagung 7. PETRO, Madiun
9	Papua	CTP (Cenderawasih TB Papua)
10	Sulawesi Selatan	1. KAREBA BAJI (Kami Rela Berjuang Bagi Jiwa) 2. DAENG (Pendamping Peduli Kesehatan)
11	Kalimantan Selatan	BEKANTAN (Bersama Antisipasi TB di Kalimantan)
12	Bali	GAMELAN TB (Gerakan Melawan Tuberkulosis)
13	Nusa Tenggara	BERAKSI (Berantas TB Sikka)

	Timur	
--	-------	--

## **B. Diskusi Kelompok Pasien TBC RO dengan OPT di Faskes TBC RO**

### **Tujuan**

1. Sebagai wadah berbagi informasi, kendala pengobatan, dan motivasi untuk mendukung kelancaran pengobatan pasien TBC RO hingga sembuh.
2. Organisasi penyintas pasien TB dapat berkontribusi dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit TB di Indonesia di tingkat Pusat/Daerah, dengan memberikan dukungan sebaya untuk pasien TB resistan obat yang masih menjalani pengobatan di Faskes TBC RO.

### **Ketentuan Kegiatan**

1. Kegiatan dilakukan di 12 titik RS/Balai Pelaksana Layanan TBC RO di wilayah kerja Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI
2. Kegiatan dilaksanakan selama 1 kali di setiap triwulan dengan durasi 1 hari
3. Bentuk kegiatan berupa diskusi kelompok dengan peserta pasien dan keluarga yang difasilitasi oleh anggota OPT sebagai patient supporter/peer educator
4. Kegiatan dilakukan dengan diskusi dua arah antara fasilitator dan pasien/keluarga pasien.
5. Tim OPT wajib memastikan lokasi dan perlengkapan pendukung kegiatan kondusif bagi peserta untuk dapat mengikuti diskusi dengan baik
6. Kegiatan dapat melibatkan perwakilan Tim Ahli Klinis atau petugas kesehatan terkait untuk memperkaya diskusi

### **Peserta dan Fasilitator**

1. Peserta : 22 orang pasien beserta keluarga pasien TB resistan obat
2. Fasilitator : 2 orang dari perwakilan OPT
3. Peserta diskusi kelompok diprioritaskan pasien/keluarga pasien yang berpotensi mangkir/LTFU sehingga membutuhkan dukungan motivasi dan edukasi dari penyintas pasien, petugas kesehatan, maupun sesama pasien TBC RO yang sedang menjalani pengobatan
4. Identifikasi peserta diskusi kelompok pasien dilakukan melalui koordinasi dengan Manajer Kasus TBC RO setempat dan petugas poli TBC RO.

### **Output**

Pasien TBC RO dan keluarga menerima penguatan dukungan berupa informasi, edukasi dan motivasi melalui pelaksanaan diskusi kelompok pasien di faskes TBC RO yang difasilitasi oleh OPT

### **Laporan**

1. Laporan narasi kegiatan dilampirkan pada saat melakukan PERTUM dengan menggunakan template yang sudah ditentukan oleh PR
2. PERTUM maksimal dilakukan 1 minggu setelah selesai kegiatan



**Peserta kegiatan adalah 20 pasien di 12 RS PMDT di 7 Provinsi**

<b>No</b>	<b>Provinsi</b>	<b>RS dan Kab/Kota</b>
1	Riau	1 RS: Kota Pekanbaru
2	Sumatera Utara	1 RS: Kota Medan
3	DKI Jakarta	3 RS: Jakarta Pusat, Jakarta Timur, Jakarta Selatan
4	Jawa Barat	3 RS: Kab. Bogor, Cirebon, Kota Bandung
5	Jawa Tengah	1 RS: Kota Semarang
6	Jawa Timur	1 RS: Surabaya
7	Banten	2 RS: Serang, Kota Tangerang Selatan

### Deskripsi Kegiatan

Tuberkulosis dan HIV masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia dan di Indonesia, yang mendapat prioritas untuk segera diakhiri pada tahun 2030. Di negara dengan beban ganda TBC dan HIV, risiko Orang Dengan HIV/AIDS (ODHIV) mengalami TBC dapat mencapai 29 kali. Menurut WHO, pada tahun 2013, TBC merupakan penyebab kematian utama ODHIV, setiap 1 dari 5 kematian terkait AIDS, sedangkan 1 dari 4 kematian TBC terkait HIV. Faktor utama dibalik kematian TBC di antara orang dengan HIV adalah diagnosis yang terlambat. Risiko kejadian TBC diperkirakan antara 16-27 kali lebih besar pada ODHIV dibandingkan mereka yang tidak terinfeksi HIV.

Sementara studi otopsi di antara orang yang meninggal karena AIDS melaporkan bahwa hampir setengah (46%) dari mereka memiliki TBC yang tidak terdeteksi sebelum kematian. *Global TB Report 2020* menyoroti bahwa secara global 44% ODHIV dengan TBC tidak didiagnosis pada tahun 2019. Oleh karena itu, meningkatkan deteksi TBC di antara orang yang hidup dengan HIV sangatlah penting. Pengobatan pencegahan tuberkulosis (TPT) bagi ODHIV telah terbukti secara signifikan mengurangi kematian karena TBC. Meskipun secara global baru 50% ODHIV yang memulai ART juga memulai TPT pada 2019, perluasan dan peningkatan cakupan TPT telah dimulai di banyak negara.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah menyusun Peta Jalan Eliminasi Tuberkulosis di Indonesia 2020-2030. Dalam dokumen tersebut, disebutkan target penurunan insidensi Tuberkulosis mendekati 65 kasus per 10.000 penduduk pada tahun 2030, yang akan dicapai dengan enam strategi. Dokumen ini diperkuat dengan terbitnya Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Pada Perpres disebutkan mandat dari Kementerian/Lembaga termasuk diantaranya untuk dapat memastikan bahwa perencanaan dan penganggaran program TBC dapat dialokasikan. Dalam hal ini, Kementerian Dalam Negeri telah menyediakan peluang penganggaran dengan optimalisasi pelayanan kesehatan. Hal ini disebutkan melalui Permendagri nomor 84 tahun 2022 yang mana terdapat 4 nomenklatur untuk kegiatan AIDS dan Tuberkulosis. Diantaranya adalah (1) pengelolaan pelayanan kesehatan orang terduga TBC; (2) pengelolaan pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV; (3) pengelolaan pelayanan kesehatan orang dengan tuberkulosis; (4) pengelolaan pelayanan kesehatan orang dengan HIV/AIDS.

Sejak berlakunya UU Otonomi Daerah, Pemerintah Kabupaten/Kota diberikan kewenangan untuk menjalankan urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Salah satu urusan wajib tersebut adalah Urusan Kesehatan. Salah satu upaya untuk menilai kinerja pemerintah daerah dalam urusan Kesehatan adalah dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan. SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal (PP No. 65 Tahun 2005 Pasal 1 Ayat 6).

Pelaksanaan SPM bidang kesehatan khususnya penanggulangan TBC dan HIV/AIDS di Kota/Kabupaten membutuhkan komitmen dari kepala daerah. Komitmen ini bisa ditunjukkan dalam bentuk rencana aksi penanggulangan TBC-HIV yang komprehensif di tingkat kabupaten/kota. Salah satu langkah penting di dalam mewujudkan rencana aksi adalah

memastikan pemerintah daerah memasukkan program TBC dan HIV/AIDS dalam rencana kerja anggaran. Upaya ini harus dilakukan secara konsisten dengan melibatkan berbagai pihak salah satunya adalah organisasi berbasis komunitas advokasi program penanggulangan TB dan HIV/AIDS.

Selain itu, untuk dapat memberikan efek domino, maka setiap daerah dapat merujuk pada acuan strategi nasional yakni (1) Dokumen Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia Tahun 2020-2024 dan (2) Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pengendalian HIV/AIDS dan IMS Tahun 2020-2024/ Kegiatan Kolaborasi TB-HIV yang mencakup hal-hal pokok kebijakan sebagai berikut;

1. **Kegiatan kolaborasi TB-HIV** di Indonesia dilaksanakan sesuai kebijakan penyelenggaraan Penanggulangan TBC dan Penanggulangan HIV/AIDS dan IMS yang berlaku, dengan mengutamakan peningkatan akses layanan tuberkulosis yang bermutu dan berpihak pada pasien, berfungsinya layanan komprehensif berkesinambungan dan terintegrasi, melalui jejaring dan rujukan di antara fasilitas pelayanan kesehatan dan intensifikasi upaya kesehatan dalam rangka penanggulangan tuberkulosis dan HIV, serta penguatan manajemen program dengan koordinasi percepatan penanggulangan tuberkulosis, peran serta masyarakat serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan.
2. **Mekanisme kolaborasi TB-HIV** dibentuk di tingkat nasional, provinsi, kabupaten/kota dan fasilitas kesehatan sebagai upaya untuk mengkoordinasikan kegiatan kolaborasi TB-HIV. Mekanisme kolaborasi dapat berbentuk tim atau kelompok kerja TB-HIV atau forum komunikasi TB-HIV, dengan melibatkan unsur-unsur organisasi terkait dalam kegiatan kolaborasi TB-HIV.
3. **Perencanaan TB-HIV** bersama antara program TBC dan HIV dibutuhkan untuk menentukan arah, tujuan dan strategi pelaksanaan kolaborasi TB-HIV, perencanaan penguatan dan perluasan layanan dan kegiatan TB-HIV, penetapan peran dan tanggung jawab masing-masing program dan organisasi, serta pelaksanaan monitoring dan evaluasi kegiatan kolaborasi TB-HIV.
4. **Surveilans TB-HIV** di Indonesia saat ini dilakukan dengan menggunakan data rutin yang dikumpulkan dari layanan yang sudah melaksanakan kegiatan kolaborasi TB-HIV baik dari layanan TBC dan HIV dengan menggunakan SITB untuk program TBC dan SIHA untuk program HIV. Survei periodik dan survei sentinel dapat dilakukan bila diperlukan dan sumber daya tersedia.
5. **Kegiatan supervisi, monitoring dan evaluasi** memerlukan kerjasama erat dari kedua program dan mitra terkait. Dalam pelaksanaannya dapat diintegrasikan dengan sistem monitoring dan evaluasi yang sudah ada.
6. **Tata laksana pasien dengan koinfeksi TB-HIV** memerlukan kerja sama yang erat antara unit DOTS dan unit HIV.
7. **Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang TBC dan HIV/IMS** merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari program dan dalam pelaksanaannya dapat diintegrasikan ke dalam program TBC dan HIV/AIDS, dengan tujuan untuk mengurangi stigma di masyarakat, menemukan kasus secara dini dan pengobatan segera, serta upaya pencegahan kedua penyakit di masyarakat.
8. **Dukungan kepada pasien TB-HIV** perlu diperkuat dengan melibatkan unsur kelompok masyarakat dan LSM/Komunitas TBC dan HIV dan mitra lainnya.

Untuk dapat menginisiasi hal tersebut, maka komunitas akan melaksanakan pertemuan pemangku kepentingan melalui kegiatan **Koordinasi Organisasi Masyarakat Sipil dalam Penanggulangan TB-HIV** secara periodik.

## Tujuan

Advokasi program penanggulangan TBC dan HIV/AIDS adalah kegiatan yang terencana, terkoordinasi melalui prinsip kemitraan melalui forum kerja sama dengan tujuan umum menempatkan TBC dan HIV/AIDS sebagai hal/perhatian utama dalam agenda politik dan pembangunan. Berikut adalah tujuan khusus dari kegiatan:

1. Memperkuat peran dari OMS dalam monitoring implementasi SPM bidang kesehatan khususnya penanggulangan TB dan HIV/AIDS di Kota/Kabupaten.
2. Mendorong komitmen politik dari pemangku kebijakan yang ditandai adanya peraturan/produk hukum untuk mendukung upaya penanggulangan TB dan HIV/AIDS berbasis komunitas
3. Meningkatkan dan mempertahankan kesinambungan pembiayaan dan sumber daya lainnya untuk penanggulangan TB dan HIV/AIDS berbasis komunitas
4. Memperkuat komunikasi dan koordinasi bagi organisasi TB dan HIV/AIDS berbasis komunitas di tingkat kabupaten/kota.

## Bentuk Kegiatan:

1. Merupakan pertemuan pemangku kepentingan untuk isu TBC dan HIV/AIDS. Pertemuan tersebut berkaitan dengan strategi kemitraan dan advokasi para pihak untuk mengakomodir tantangan dan hambatan yang mungkin dialami oleh pasien TBC-HIV. Pertemuan pemangku kepentingan menjadi salah satu peluang advokasi organisasi masyarakat sipil untuk pemenuhan SPM Pelayanan Kesehatan TB dan HIV/AIDS
2. Pertemuan dilakukan di dinas Kesehatan/kantor organisasi masyarakat sipil secara bergantian selama 3 tahun periode implementasi program.
3. Dengan hadirnya SR RSSH yakni Asosiasi Dinas Kesehatan Indonesia (ADINKES) dengan peran kunci advokasi kepemimpinan daerah untuk isu AIDS, TBC dan Malaria, maka tim komunitas dapat melibatkan aktif ADINKES untuk kolaborasi kegiatan dan advokasi bersama.
4. Metoda pertemuan adalah kombinasi antara diskusi terfokus, diskusi dipimpin dan curah pendapat.
5. Untuk dapat menyelaraskan Gerakan, maka pertemuan antar pihak disebut sebagai **Forum Komunikasi TB-HIV (Forkom)**.
6. Upaya koordinasi dan kolaborasi program TB-HIV dapat dikaitkan dengan upaya ketercapaian indikator proses dan kontribusi komunitas dalam penanggulangan TBC.
7. Pokok bahasan dari Forkom merujuk pada strategi dan intervensi kolaborasi TB-HIV yakni
- 8.

No	Strategi	No.	Intervensi
A.	Memperkuat Mekanisme Kolaborasi antara Program TB & HIV-AIDS	1.	Memperkuat koordinasi dan perencanaan bersama program TBC dan HIV di semua tingkat.
		2.	Memperkuat monitoring, evaluasi dan surveilans TB-HIV.
		3.	Memperkuat peran serta LSM/Komunitas dalam kegiatan TB-HIV.
B.	Menurunkan Beban TBC pada Orang Dengan HIV	1.	Intensifikasi penemuan kasus TBC pada ODHIV dan penemuan aktif kasus TBC pada populasi kunci HIV dan memastikan pengobatan TBC yang berkualitas.

No	Strategi	No.	Intervensi
		2.	Pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT) pada ODHIV
		3.	Penguatan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) TBC di fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan HIV.
C.	Menurunkan Beban HIV pada Pasien TBC	1.	Memastikan semua pasien TBC mengetahui status HIV.
		2.	Meningkatkan pencegahan HIV untuk pasien TBC dan pasien TB-HIV.
		3.	Menyediakan pengobatan pencegahan dengan kortimoksasol untuk pasien TB-HIV.
		4.	Memastikan perawatan, dukungan dan pengobatan pada pasien TB-HIV.

9. Pada setiap pertemuan akan membahas terkait 6 agenda utama (dapat disesuaikan dengan konteks setiap kabupaten/kota), yakni

No	Tematik/Topik	No	Agenda Pembahasan
A.	Informasi capaian dan rencana program TBC dan HIV/AIDS maupun TBC-HIV di tingkat Kabupaten/Kota	1.	Angka prevalensi dan insidensi dari TBC, TBC-HIV dan HIV/AIDS dengan data pilah gender.
		2.	Angka kesembuhan berobat dengan data pilah gender.
		3.	Angka LTFU dengan data pilah gender.
		4.	Angka capaian program lainnya dari program TBC dan HIV/AIDS.
B.	Informasi tantangan dalam layanan TB-HIV	1.	Tantangan yang dialami oleh pasien TBC-HIV dalam mengakses layanan
		2.	Tantangan yang dialami oleh komunitas TBC dan komunitas HIV/AIDS dalam mendampingi pasien TBC-HIV.
		3.	Tantangan kolaborasi program TBC dan HIV/AIDS.
		4.	Tantangan yang dialami oleh pihak pelayanan kesehatan dalam pemenuhan SPM bidang kesehatan untuk TBC dan HIV/AIDS
C.	Memperkuat Mekanisme Kolaborasi antara Program TB & HIV-AIDS	1.	Memperkuat peran serta LSM/Komunitas dalam kegiatan TB-HIV.
		2.	Mengidentifikasi capaian dari rencana kolaborasi pemangku kepentingan TBC dan HIV/AIDS.
		3.	Mengidentifikasi tantangan dan solusi untuk implementasi rencana kolaborasi pemangku kepentingan TBC dan HIV/AIDS tersebut.
D.	Menurunkan Beban TBC pada Orang Dengan HIV	1.	Intensifikasi penemuan kasus TBC pada ODHIV dan penemuan aktif kasus TBC pada populasi kunci HIV .

No	Tematik/Topik	No	Agenda Pembahasan
		2.	Ketersediaan dana SPM TBC dan HIV
		3.	Capaian SPM layanan TBC dan HIV.
E.	Menurunkan Beban HIV pada Pasien TBC	1.	Strategi kampanye informasi HIV kepada pasien TBC.
		2.	Akses layanan pemeriksaan dan pencegahan penyakit HIV kepada pasien TBC.
F.	Penyusunan kesepakatan dan RTL pertemuan	1.	Strategi, program dan kegiatan teknis untuk mengakomodir poin a, b, c dan d.
		2.	Rekomendasi dan solusi untuk penguatan pelayanan TB dan HIV/AIDS yang berkualitas

10. Kegiatan dilakukan oleh SSR di 20 kabupaten/kota wilayah irisan program TB dan HIV/AIDS komunitas untuk 2021-2023
11. Frekuensi kegiatan saku kali setiap 6 bulan atau sebanyak 6 kali selama tahun 2021-2023 untuk setiap kabupaten/kota
12. Setiap pertemuan melibatkan  $\pm$  25 orang dari organisasi berbasis komunitas dan jejaring mitra mereka. Pada wilayah kerja dengan intervensi pelatihan paralegal dan magang paralegal, perlu melibatkan paralegal terkait dan organisasi bantuan hukum setempat.

### Alur Kegiatan

- Tim SR dapat berkomunikasi dengan tim ADINKES Wilayah untuk mengkoordinasikan rencana kerja bersama terkait advokasi isu TB-HIV dan mengoptimalkan sumberdaya yang ada.
- Staf Program SSR melakukan pemetaan unsur/Lembaga/organisasi yang berpotensi untuk diikutsertakan pada pertemuan kolaborasi. Tim SSR berkoordinasi dengan Dinas Kabupaten/Kota setempat untuk menyampaikan usulan hasil pemetaan tersebut.
- Staf Program SSR menjadi fasilitator kegiatan dan melakukan proses fasilitasi sesuai dengan usulan agenda.
- Staf program SSR berkoordinasi dengan pengelola program TBC dan HIV/AIDS untuk meminta kesediaan dalam menyampaikan informasi capaian sebagai pemicu diskusi.
- Hasil keputusan setiap pertemuan akan ditindaklanjuti oleh para pihak dan dilakukan monitoring secara berkala serta didiskusikan pada pertemuan koordinasi rutin.

Acuan bahan baca dapat diakses pada <https://bit.ly/dokumen-referensi-PIP>

### Peserta

Peserta maksimal 25 orang yang terdiri dari

- 2 fasilitator (SR dan Staf program SSR)
- 1 ADINKES Wilayah
- 2 kader koordinator kecamatan
- 2 paralegal (jika ada)
- 2 organisasi HIV/AIDS
- 2 organisasi pemberdayaan masyarakat/pelayanan publik
- 1 tokoh masyarakat/tokoh agama

- 1 organisasi bantuan hukum
- 1 Wasor TB
- 1 Wasor HIV/AIDS

### Struktur Anggaran

Mengacu pada POA sesuai periode pelaksanaan kegiatan.

### Keluaran Kegiatan

1. Terselenggaranya pertemuan koordinasi rutin untuk berbagi informasi dan koordinasi program TB dan HIV/AIDS di tingkat kabupaten/kota, meliputi;
  - Update capaian dan rencana program TB dan HIV/AIDS di tingkat kabupaten/kota
  - Identifikasi hambatan dan permasalahan dalam kolaborasi program TB dan HIV/AIDS
  - Advokasi organisasi masyarakat sipil untuk pemenuhan SPM Pelayanan Kesehatan TB dan HIV/AIDS
2. Adanya hasil pertemuan berupa rekomendasi dan solusi untuk penguatan pelayanan TBC dan HIV/AIDS yang berkualitas.

### Laporan Kegiatan

- Notulensi dan Laporan narasi kegiatan
- Laporan keluaran kegiatan
- Daftar hadir
- Dokumentasi (video, foto)
- Laporan PERTUM

**Catatan:** notulen, laporan narasi kegiatan, laporan keluaran kegiatan dan dokumentasi harap dikirimkan oleh tim SR kepada Tim Program (email: [program@penabulu-stpi.id](mailto:program@penabulu-stpi.id)) dengan format informasi [BL.28] Perkembangan Pertemuan Koordinasi OMS TBC-HIV – (nama SR) - (periode kuartal dan tahun)

### Wilayah Intervensi

Kegiatan dilaksanakan di 20 kabupaten/kota irisan program TB dan HIV/AIDS komunitas 2021-2023

No.	Provinsi	Kabupaten/Kota
1.	Kepulauan Riau	Kota Batam
2.	Sumatera Barat	Kota Padang
3.	Sumatera Utara	Deli Serdang
4.	Jambi	Kota Jambi
5.	Lampung	Kota Bandar Lampung
6.	Sumatera Selatan	Kota Palembang
7.	Banten	Kota Tangerang
8.	DKI Jakarta	Kota Jakarta Utara
9.	Jawa Barat	Kota Bandung
10.	DI Yogyakarta	Kota Yogyakarta
11.	Jawa Tengah	Kota Semarang
12.	Jawa Timur	Kota Surabaya
13.	Bali	Kota Denpasar
14.	Nusa Tenggara Barat	Kota Mataram

<b>No.</b>	<b>Provinsi</b>	<b>Kabupaten/Kota</b>
15.	Nusa Tenggara Timur	Kota Kupang
16.	Papua	Kota Jayapura
17.	Papua Barat	Kota Sorong
18.	Kalimantan Barat	Kota Pontianak
19.	Sulawesi Selatan	Kota Makassar
20.	Sulawesi Utara	Kota Manado
<b>Total</b>	<b>20 Provinsi</b>	<b>20 Kabupaten/Kota</b>



### Deskripsi kegiatan

Pasca ditetapkannya Konsorsium Komunitas Penabulu – STPI sebagai *Principal Recipient* (PR) Program TB *Global Fund* pada tingkat komunitas dan terpilihnya *Sub Recipient* (SR) sebagai pelaksana program tingkat Provinsi, maka diperlukan adanya pertemuan koordinasi program secara periodik.

Pertemuan Koordinasi tingkat provinsi direncanakan dilaksanakan setiap tahun sebagai salah satu wadah untuk mengkoordinasikan pelaksanaan program, mulai dari perencanaan pelaksanaan program, pembelajaran implementasi program dan sebagai wadah pertemuan evaluasi pelaksanaan program. Pertemuan ini juga menjadi bagian harmonisasi program ditingkat provinsi dengan melibatkan Dinas Kesehatan, Rumah Sakit hingga Puskesmas yang berada di wilayah kerja komunitas.

Program penanggulangan TBC fokus pada pelacakan kasus secara agresif melalui Investigasi Kontak yang sejalan dengan fokus program yang dilakukan oleh kementerian kesehatan. Selain itu, Konsorsium Penabulu-STPI juga akan melakukan kegiatan *community outreach* sebagai salah satu usahanya dalam melakukan pencarian kasus TBC baru secara aktif di masyarakat. Lebih lanjut, Konsorsium Penabulu-STPI sebagai pihak komunitas akan berperan untuk melakukan dukungan psikososial bagi pasien TBC. Kegiatan tersebut akan dilakukan oleh kader, *case manager*, *patient supporter* dan *peer educator*. Selain itu, pihak komunitas juga berkomitmen untuk berkontribusi dalam melakukan pelacakan kasus *LTFU*.

Tantangan 2021-2022 sinkronisasi data capaian program antara komunitas dengan data layanan disemua jenjang mulai dari provinsi, Kabupaten/Kota hingga tingkat puskesmas masih perlu dilakukan kesepahaman dan keselarasan. Hasil kerja komunitas berupa capaian investigasi kontak, capaian notifikasi, capaian pemberian *enabler* dan pendampingan pasien TB RO perlu disampaikan setiap periodik kepada dinas kesehatan untuk dapat mensosialisasikan dan mengimplementasikan dukungan komunitas, maka diperlukan pertemuan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi secara rutin. Pertemuan tersebut menjadi media untuk menyampaikan hasil laporan SR berupa update capaian komunitas, update indeks kasus yang tersedia di Puskesmas, update kasus *LTFU* untuk dilakukan tracing, update hasil CBMF, kebutuhan dukungan pasien TBC dan update pembayaran *enabler* serta, serta mengidentifikasi *Initial Loss to Follow Up*. Pada pertemuan ini juga perlu identifikasi tantangan yang dihadapi komunitas dalam mendampingi pasien TBC, tantangan yang dihadapi pasien TBC dalam mengakses layanan TBC serta rencana program/dukungan komunitas untuk penanggulangan TBC. Pertemuan koordinasi diharapkan dapat menjadikan program komunitas, program pemerintah dan berbagai pihak dapat berjalan selaras serta menjadikan fungsi kemitraan berjalan secara optimal. Sehingga sumber daya yang tersedia untuk penanggulangan TBC di tingkat provinsi dapat saling mendukung dan berkolaborasi.

### Tujuan

1. Menyampaikan laporan hasil capaian Komunitas periode satu semester kepada Dinas Kesehatan Provinsi.

2. Update pembayaran enabler oleh komunitas SR Konsorsium Penabulu-STPI Mengidentifikasi tantangan proses investigasi kontak, *community outreach* dan TPT yang sudah dilakukan oleh kader.
3. Menyusun sinergi program dan kegiatan antara SR Konsorsium Penabulu-STPI dan Dinas Kesehatan Provinsi.
4. Mengidentifikasi dan mendiskusikan strategi serta *timeline* pelaksanaan investigasi kontak dan penemuan kasus baru TBC (IK, *community outreach*, TPT, RO dan Enabler) termasuk di dalamnya upaya tracing LTFU dan mengupayakan pasien kembali ke layanan.
5. Menyusun strategi bersama untuk memotivasi dan edukasi pasien Initial LTFU untuk kembali berobat.

### **Bentuk Kegiatan**

1. Pertemuan koordinasi tingkat provinsi ini diadakan setiap semester di 30 Provinsi
2. Metode pertemuan adalah penyampaian informasi, curah pendapat dan diskusi partisipatif.
3. Terdapat 6 agenda yang perlu dibahas pada pertemuan koordinasi (dapat disesuaikan dengan konteks wilayah), diantaranya adalah
  - (a) Paparan informasi *progress update* program SR Konsorsium Penabulu-STPI. Paparan tersebut setidaknya mencakup:
    - o Laporan capaian indikator program selama satu semester (6 bulan)
    - o Laporan kegiatan semester yang sudah dilakukan
    - o Informasi *best practices* yang telah dilakukan oleh SR Konsorsium Penabulu-STPI
    - o Menyampaikan tantangan dan proses investigasi kontak yang sudah dilakukan oleh kader berdasarkan data kasus yang diterima dari Dinas Kesehatan.
  - (b) Tanggapan, rekomendasi dan diskusi terhadap *progress update* program SR Konsorsium Penabulu-STPI
  - (c) Paparan rencana kegiatan Dinas Kesehatan Provinsi dan SR Konsorsium Penabulu-STPI.
  - (d) Diskusi sinergi program dan kegiatan antara SR Konsorsium Penabulu-STPI dan Dinas Kesehatan Provinsi. SR perlu membahas terkait program dan strategi *Active Case Finding* (ACF), advokasi dan berbagai program lainnya selama 1 semester kedepan.
  - (e) Diskusi penyusunan strategi serta *timeline* pelaksanaan investigasi kontak dan penemuan kasus baru TBC (IK, *community outreach*, TPT, RO dan Enabler) termasuk di dalamnya upaya pelacakan LTFU dan mengupayakan pasien kembali ke layanan.
  - (f) Diskusi kesepakatan dan komitmen bersama antara SR Konsorsium Penabulu-STPI dan Dinas Kesehatan Provinsi.

### **Alur Kegiatan**

1. Pertemuan Koordinasi dilakukan di kantor Dinas Kesehatan Provinsi.
2. Pada tahap persiapan, tim SR dapat membuat paparan informasi dengan menggunakan *template* bahan tayang, *cascade* dan/ atau menyusun *factsheet* profil serta capaian per-semester.
3. Tim SR dapat mempersiapkan anggota tim yang perlu terlibat pada pertemuan koordinasi. Pemilihan dapat berdasarkan isu tantangan, *best practices* maupun sesuai strategi.
4. Tim SR dapat meminta kesediaan pihak Dinas Kesehatan Provinsi untuk menyiapkan bahan paparan terkait capaian, rencana dan *timeline* program.
5. Fasilitator diskusi adalah Tim SR Konsorsium Penabulu-STPI.
6. Hasil pertemuan dengan Dinas Kesehatan Provinsi dikirimkan kepada PR agar dapat ditindaklanjuti oleh PR di level nasional. Laporan menggunakan *template* yang sudah ditentukan oleh PR.

Acuan detail teknis pelaksanaan BL.37 dapat merujuk pada tautan berikut: <https://bit.ly/33qtbXG>

### **Peserta**

Peserta rapat koordinasi antara SR bersama Dinas Kesehatan Provinsi melibatkan 8 orang:

- 2 Orang dari SR (SR Manager, Program - MEL Coordinator)
- 2 Orang dari Dinas Kesehatan Provinsi
- 2 Orang perwakilan Manajer Kasus dan/atau koordinator kader (sesuai kebutuhan)
- 1 orang koordinator wilayah TB army (khusus untuk SR Jabar dan DKI)
- 2 Orang dari RS PMDT (sesuai kebutuhan)

### **Struktur Anggaran**

Mengacu pada POA sesuai periode pelaksanaan kegiatan.

### **Jadwal Kegiatan**

Waktu	Kegiatan	Keterangan
08.30 – 09.00	Acara Pembukaan	
09.00 – 10.30	Paparan Tim Komunitas (SR) dengan materi sbb: 1. Update Capaian Komunitas (IK, CN, TPT) 2. Update pembayaran enabler 3. Update dan sinkronisasi data initial LTFU 4. Kegiatan Investigasi Kontak dan Outreach Komunitas	SR
10.30 – 12.00	Paparan Dinkes Provinsi	Dinkesprov
12.00 – 13.00	Istirahat	
13.00 – 15.00	Diskusi hasil paparan, rekomendasi dan rencana tindak lanjut	SR dan Dinkesprov
15.00 – 15.30	Penutupan	

### **Keluaran Kegiatan**

1. Tersampaikan laporan hasil capaian *Progress Update* periode satu semester SR Konsorsium Penabulu-STPI yang disampaikan kepada Dinas Kesehatan Provinsi.
2. Dihasilkannya informasi tantangan dan proses investigasi kontak, *community outreach*, TPT dan enabler yang sudah dilakukan oleh tim SR-SSR.
3. Adanya Dokumen sinergi program dan *timeline* (termasuk strategi ACF, advokasi dan berbagai program lainnya sesuai periode program) antara SR Konsorsium Penabulu-STPI dan Dinas Kesehatan Provinsi.
4. Adanya dokumen strategi pelaksanaan investigasi kontak dan penemuan kasus baru TBC termasuk di dalamnya upaya pelacakan LTFU dan mengupayakan pasien kembali ke layanan.

### **Laporan**

- Laporan narasi kegiatan
- Dokumen keluaran kegiatan

- Notulensi
- Dokumentasi (video, foto)

**Catatan:** laporan narasi, dokumen keluaran, notulensi dan dokumentasi harap dikirimkan oleh tim SR kepada Tim Program (email: [program@penabulu-stpi.id](mailto:program@penabulu-stpi.id)) dengan format informasi [BL.37] Pertemuan Koordinasi SR dengan Dinas Kesehatan Provinsi – (nama SR) - (periode semester dan tahun)

## Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan dan kesehatan masyarakat di Indonesia. Begitu pula halnya dengan penanganan TBC Resisten Obat (TBC RO) yang masih memiliki berbagai tantangan dan kendala. Berdasarkan Global TB Report (2022), diestimasikan insidens TB RR/MDR sebanyak 28.000 kasus pada tahun 2021. Pada tahun yang sama, jumlah kasus terdiagnosis TB RR/MDR yang tercatat memulai pengobatan sebanyak 4.817 kasus. Adapun persentase keberhasilan pengobatan sebesar 47% untuk kasus TB RR/MDR dan 32% untuk kasus Pre-XDR/XDR-TB dari kohort pasien yang memulai pengobatan pada tahun 2019. Dengan demikian, angka mulai pengobatan dan keberhasilan menyelesaikan pengobatan masih menjadi perhatian utama dalam penanganan TBC RO di Indonesia.

Pengobatan TBC RO harus dilakukan dan dipantau secara rutin di Fasyankes TBC RO dan memerlukan waktu yang lebih lama (9-11 bulan atau 19–24 bulan) dengan efek samping pengobatan yang lebih berat. Pasien yang menjalani pengobatan TBC RO juga dapat mengalami penurunan produktivitas sehingga seringkali berdampak pada kondisi sosial dan ekonomi pasien serta keluarga. Pasien TBC RO juga rentan untuk mengalami stigma dan diskriminasi dari lingkungan sekitar pasien, baik keluarga, pekerjaan, ataupun masyarakat sehingga seringkali berakhir dengan putus pengobatan/ *LTFU*. Sebagai salah satu upaya untuk mengatasi kondisi tersebut, dibutuhkan intervensi dukungan psikososial yang komprehensif dan terintegrasi dengan layanan kesehatan TBC RO untuk mendukung kepatuhan pengobatan pasien TBC RO hingga sembuh dan meneka angka *LTFU* (*LtFU*) selama pengobatan.

*Principal Recipient* (PR) Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dengan dana The Global Fund periode 2021 – 2023 mendukung upaya eliminasi TBC RO di Indonesia melalui berbagai intervensi berbasis komunitas dengan melanjutkan praktik baik Aisyiyah dan LKNU sebagai implementer pada periode sebelumnya. Bentuk dukungan utama untuk pasien TBC RO yang telah dilaksanakan oleh PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI, yaitu **Pendampingan psikososial oleh Tim Manajemen kasus komunitas melalui Manajer Kasus dan Pendukung Pasien** sejak pasien terkonfirmasi di Faskes TBC RO dan **Pemberian Dukungan Dana Enabler** sebesar Rp 600.000 per bulan. Adapun bentuk dukungan lainnya yang saat ini sudah terimplementasi antara lain Diskusi Kelompok Pasien dan Keluarga (FGD pasien) yang difasilitasi Organisasi Penyintas, Penyediaan Rumah Singgah/*Shelter*, Layanan Hotline Kesehatan Mental, dan Platform *Community-Based Monitoring and Feedback/CBMF* sebagai wadah untuk menampung dan menindaklanjuti aduan atau keluhan yang dialami pasien.

Dukungan komunitas untuk pasien TBC RO terutama **pendampingan dan pemberian enabler** perlu dipastikan terlaksana dengan optimal dan diketahui perkembangannya oleh pihak terkait, seperti dinas kesehatan, faskes TBC RO, dan puskesmas satelit. Perkembangan pendampingan pasien TBC RO oleh komunitas dan hasil pengobatannya perlu dilaporkan untuk mendapatkan respon serta dukungan dari pemerintah dan faskes TBC RO setempat, terutama dalam **identifikasi dan tindak lanjut pasien TBC RO LtFU, potensial LtFU/mangkir, maupun yang berpotensi mangkir serta kendala lapangan yang dihadapi baik dari sisi pendampingan oleh komunitas maupun pengobatan oleh fasyankes**. Selain itu, dukungan untuk pasien TBC RO juga seyogyanya diberikan secara komprehensif dengan kerjasama multipihak sehingga kendala pengobatan, baik dari sisi klinis maupun sosial-ekonomi dapat diidentifikasi alternatif solusi serta pihak yang dapat mendukung sesuai dengan kapasitasnya. Pertemuan ini juga dapat dioptimalkan sebagai salah satu sarana

koordinasi rutin Tim TBC Komunitas tingkat Kabupaten/Kota dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat terkait dengan intervensi komunitas lainnya, seperti penemuan kasus dan pemberian TPT. Berdasarkan kebutuhan tersebut, diperlukan pertemuan rutin tingkat kabupaten/kota sebagai wadah koordinasi rutin terkait dukungan komunitas untuk pasien TBC RO yang diharapkan dapat menghasilkan rencana tindak lanjut, strategi, dan inovasi yang bermanfaat untuk mendukung pengobatan pasien TBC RO.

### **Tujuan**

1. Melaporkan perkembangan pendampingan dan pemberian enabler oleh komunitas
2. Melakukan identifikasi perkembangan status pengobatan dan pendampingan dari setiap pasien yang didampingi di kabupaten/kota tersebut
3. Melaporkan upaya komunitas dalam menindaklanjuti pasien TBC RO mangkir atau LtFU
4. Mendiskusikan tantangan implementasi berikut alternatif solusi dalam kegiatan pendampingan, pemberian enabler, kunjungan pasien mangkir serta pengobatan pasien TBC RO selama di lapangan bersama dinas kesehatan, faskes TBC RO, Tim TBC komunitas setempat dan pihak lain yang terkait.
5. Melakukan identifikasi tantangan dan menyusun strategi bersama dengan dinas kesehatan berkaitan dengan penemuan kasus dan pemberian TPT.

### **Kegiatan**

1. Pertemuan koordinasi tingkat kabupaten ini dilakukan setiap triwulan (4 kali setahun) di 190 Kabupaten/Kota
2. Kegiatan dilaksanakan oleh SSR/IU Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI, bekerjasama dengan Manajer Kasus TBC RO setempat atau kab/kota terdekat, dengan **urutan agenda pembahasan** sebagai berikut :
  - a. *Overview* capaian indikator program setiap triwulan
  - b. Laporan rekapitulasi hasil pendampingan, perkembangan pemberian enabler, dan tindak lanjut pasien mangkir/LtFU oleh komunitas
  - c. Identifikasi perkembangan status pengobatan, pendampingan, pemberian enabler, dan tindak lanjut pasien mangkir untuk setiap pasien TBC RO yang berdomisili di kab/kota setempat
  - d. Diskusi tantangan implementasi dukungan untuk pasien TBC RO
  - e. Diskusi perkembangan capaian dan tantangan implementasi penemuan kasus serta pemberian TPT
  - f. Rencana tindak lanjut dan penutupan
3. Jika pelaksanaan pertemuan di Kabupaten-Kota belum ada RS PMDT maka wajib mengundang MK dari Kabupaten-Kota yang terdekat atau yang memiliki jumlah pasien dampingan terbanyak dari Kabupaten-Kota tersebut.
4. Fasilitator kegiatan yaitu Tim SSR/IU Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI
5. SSR/IU dan Manajer Kasus TBC RO dapat bekerjasama dengan KOPI TB untuk pelacakan pasien mangkir yang terdapat di Faskes TBC RO Swasta
6. Laporan narasi hasil pertemuan disusun oleh SSR/IU bersama dengan Manajer Kasus TBC RO peserta pertemuan untuk selanjutnya dikirimkan oleh SSR/IU kepada SR Provinsi sebagai bahan monitoring rutin dan tindak lanjut tingkat Provinsi.
7. Pertemuan dilakukan di kantor Dinas Kesehatan Kab/Kota atau lokasi yang dianggap representatif dan kondusif.

8. Rincian Agenda kegiatan Rapat Koordinasi TBC RO Triwulan tingkat Kabupaten/Kota dapat digambarkan sebagai berikut :

<b>Waktu</b>	<b>Agenda</b>	<b>PIC</b>
<b>08.00 - 08.30</b>	Registrasi dan Persiapan	SSR/IU dan MK TBC RO
<b>08.30 - 08.45</b>	Pembukaan Sambutan Dinas Kesehatan Kab/Kota	SSR/IU
<b>08.45 - 09.00</b>	<b>Paparan - Overview Perkembangan Capaian Indikator Utama Kab/Kota</b> (IK, Notifikasi, TPT, LtFU)	SSR/IU
<b>09.00 - 09.45</b>	<b>Paparan - Laporan Perkembangan Dukungan Komunitas untuk Pasien TBC RO di Kab/Kota</b> 1. Laporan hasil pendampingan (Rekap dan Data Individu) 2. Laporan pemberian enabler (Rekap dan Data Individu) 3. Laporan hasil pelacakan dan kunjungan pasien mangkir / LtFU 4. Identifikasi Tantangan dan Poin Diskusi	MK TBC RO
<b>09.45 - 11.00</b>	1. Tanggapan Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Faskes 2. Tanya Jawab dan Diskusi	Fasilitator : SSR/IU Seluruh peserta
<b>11.00 - 11.30</b>	1. Identifikasi Rencana Tindak Lanjut 2. Penutupan	Fasilitator : SSR/IU Seluruh peserta

### **Peserta**

Peserta rapat koordinasi antara SSR bersama Dinas Kesehatan Kab/Kota melibatkan 9 orang:

1. 1 Orang Program Staf SSR/IU
2. 1 Orang Perwakilan Koordinator Kader
3. 2 Orang Perwakilan Manajer Kasus / Manajer kasus dan Patient Supporter

4. 1 Orang Perwakilan Faskes TBC RO
5. 2 Orang Perwakilan Puskesmas Satelit
6. 2 Orang Dinas Kesehatan Kab/Kota (termasuk perwakilan dinkes provinsi untuk 6 SR Provinsi)

**Keterangan:**

Khusus untuk 6 kab/kota (Jambi, Tarakan, Mamuju, Palu, Jayapura dan Kota Sorong) menambah peserta dari Dinas Kesehatan Provinsi.

**Output**

1. Laporan narasi hasil pertemuan koordinasi SSR/IU Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dengan Dinas Kesehatan Kab/Kota
2. Strategi dan rencana tindak lanjut bersama antara Dinas Kesehatan, SSR/IU, dan Tim pelaksana terkait

**Laporan**

1. Laporan narasi kegiatan dilampirkan pada saat melakukan PERTUM, laporan narasi menggunakan template yang sudah ditentukan oleh PR
2. PERTUM maksimal dilakukan 1 minggu setelah selesai kegiatan



## Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Begitu pula halnya dengan penanganan TBC Resisten Obat (TBC RO) yang masih memiliki berbagai tantangan dan kendala. Di tingkat global, Indonesia berada di peringkat 7 dari 30 negara dengan beban TBC RO tertinggi di dunia. Berdasarkan laporan WHO tahun 2019, estimasi insidensi TBC RO di Indonesia sebesar 8,8 (6,2–12) per 100.000 populasi, dengan estimasi jumlah total sebanyak 24.000 kasus. Pada tahun 2019, sebanyak 11.463 kasus terkonfirmasi TB MDR/TB RR dan hanya sebanyak 5.531 yang memulai pengobatan TB MDR/TB RR. Selain itu, berdasarkan kohort pasien tahun 2017, keberhasilan pengobatan pasien TB MDR/RR hanya mencapai 45%, sedangkan untuk pasien TB XDR hanya 25% yang berhasil menyelesaikan pengobatan. Dengan demikian, angka mulai pengobatan dan keberhasilan menyelesaikan pengobatan masih menjadi fokus perhatian utama dalam penanganan TBC RO di Indonesia.

Pengobatan TBC RO memerlukan waktu yang lebih lama (9 – 24 bulan) dan efek samping pengobatan yang lebih berat jika dibandingkan dengan TBC sensitif obat. Penegakan diagnosis dan inisiasi pengobatan yang dilakukan hanya di faskes dengan layanan TBC RO seringkali berdampak pada konsekuensi waktu, tenaga, dan terutama biaya transportasi yang lebih besar. Disamping itu pasien TBC RO juga dapat kehilangan pekerjaannya karena terkendala dengan efek samping obat dan pengobatan rutin yang harus dilakukan. Dengan demikian, selain pendampingan psikososial oleh tim manajemen kasus komunitas, perlu adanya dukungan biaya transportasi untuk memfasilitasi pasien dalam memulai pengobatan dan menjalani pengobatan hingga sembuh.

## Tujuan

1. Memberikan dukungan biaya transportasi bagi pasien TBC RO untuk memudahkan pasien dalam memulai pengobatan dan menjalani pengobatan hingga sembuh
2. Sebagai sarana pendukung program pendampingan psikososial pasien TBC RO oleh Tim Manajemen kasus Penabulu-STPI (Manajer kasus dan Pendukung Pasien)

## Waktu Pelaksanaan Kegiatan

Pemberian dukungan *enabler* dalam bentuk biaya transportasi oleh komunitas dilaksanakan di 190 Kabupaten/Kota, mulai Januari tahun 2022 hingga Desember 2023

## Pelaksana

Pelaksana pembayaran enabler melalui BL 39 dilakukan oleh SR Provinsi dan/atau SSR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

## Sasaran

Pembayaran enabler oleh Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI ditargetkan untuk pasien TB yang terkonfirmasi TB resisten obat di 190 kabupaten/kota wilayah kerja Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI pada tahun 2022 – 2023

## Deskripsi Kegiatan

Pasien terkonfirmasi TBC RO dan tercatat di SITB berhak mendapatkan bantuan transportasi (enabler) sejumlah Rp. 600,000,- (Enam Ratus Ribu Rupiah) setiap bulan secara teratur hingga selesai pengobatan. Mekanisme pemberian/pembayaran *enabler* sebagai berikut:

### Perhitungan pembayaran enabler oleh komunitas

Tahun	Wilayah Sasaran	Perkiraan kasus TB RO mulai pengobatan	50% pasien Short Term Regiment - STR (10 bulan)	50 % pasien Individual/ Long Term Regimen – ITR/LTR (19 bulan)
2022	190 kab/kota wilayah kerja PR komunitas	12.159	6.079	6.080
2023	190 kab/kota wilayah kerja PR komunitas	13.010	6.505	6.505

1. Pemberian enabler dilakukan sebagai bentuk dukungan dalam pendampingan pasien TBC Resistan Obat oleh PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI.
2. Dukungan enabler oleh PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dimulai pada Januari 2022 hingga Desember 2023.
3. Untuk pasien terkonfirmasi TBC RO tahun 2022 dan 2023, pasien diberikan dukungan enabler sekaligus didampingi oleh komunitas
4. Pasien yang dibayarkan enablernya oleh Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI, yaitu:
  - Pasien terkonfirmasi tahun 2022 dan tahun 2023 (pasien baru) -bulan Nol dengan nominal 600.000.
  - Pasien penerima dukungan enabler dari PR Kemenkes RI yang didampingi PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI hingga tahun 2021 (pasien lama yang didampingi), dibayarkan dukungan enabler-nya mulai bulan Januari 2022 dan dilanjutkan pendampingannya oleh komunitas.
  - Pasien penerima dukungan enabler dari Kemenkes RI yang tidak didampingi PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI (pasien lama yang tidak didampingi), dibayarkan mulai bulan Januari 2022 atau setelah data pasien penerima enabler diterima PR Komunitas dari Substansi TBC Kemenkes RI.
  - PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI tidak bertanggungjawab untuk pembayaran enabler periode sebelum Januari 2022.

Untuk detail mekanisme pembayaran dan alur pelaporan enabler dapat dilihat pada [Petunjuk Teknis Pembayaran Enabler oleh Komunitas](#) .

**Pelaksana Kegiatan**

Pembayaran enabler dilakukan oleh SR atau SSR/IU berdasarkan dokumen pengajuan enabler sesuai dengan mekanisme dan ketentuan yang diatur lebih lanjut pada Petunjuk Teknis Pembayaran Enabler oleh Komunitas.

**Keluaran yang Diharapkan**

Seluruh pasien TBC RO di 190 kabupaten/kota wilayah kerja komunitas yang eligible mendapatkan enabler telah menerima dana enabler secara rutin dan tepat waktu hingga pasien selesai pengobatan.

**Laporan**

Laporan pencairan enabler dilakukan sesuai ketentuan PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI yang tercantum pada dokumen Panduan Teknis Pembayaran Enabler oleh Komunitas

### Deskripsi Kegiatan

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan dan kesehatan masyarakat di Indonesia. Begitu pula halnya dengan penanganan TBC Resisten Obat (TBC RO) yang masih memiliki berbagai tantangan dan kendala. Berdasarkan Global TB Report (2022), diestimasikan insidens TB RR/MDR sebanyak 28.000 kasus pada tahun 2021. Pada tahun yang sama, jumlah kasus terdiagnosis TB RR/MDR yang tercatat memulai pengobatan sebanyak 4.817 kasus. Adapun persentase keberhasilan pengobatan sebesar 47% untuk kasus TB RR/MDR dan 32% untuk kasus Pre-XDR/XDR-TB dari kohort pasien yang memulai pengobatan pada tahun 2019. Dengan demikian, angka mulai pengobatan dan keberhasilan menyelesaikan pengobatan masih menjadi perhatian utama dalam penanganan TBC RO di Indonesia.

Pengobatan TBC RO harus dilakukan dan dipantau secara rutin di Fasyankes TBC RO dan memerlukan waktu yang lebih lama (9-11 bulan atau 19–24 bulan) dengan efek samping pengobatan yang lebih berat. Pasien yang menjalani pengobatan TBC RO juga dapat mengalami penurunan produktivitas sehingga seringkali berdampak pada kondisi sosial dan ekonomi pasien serta keluarga. Pasien TBC RO juga rentan untuk mengalami stigma dan diskriminasi dari lingkungan sekitar pasien, baik keluarga, pekerjaan, ataupun masyarakat. Dengan demikian, sebagai salah satu upaya untuk mengatasi kondisi tersebut, dibutuhkan intervensi dukungan psikososial yang komprehensif dan terintegrasi dengan layanan kesehatan TBC RO untuk mendukung kepatuhan pengobatan pasien TBC RO hingga sembuh dan meneka angka putus berobat atau LTFU (LTFU) selama pengobatan.

LTFU (LTFU) menjadi penyebab utama menurunnya tingkat keberhasilan pengobatan terutama jika terjadi selama tahap awal pengobatan. Sejak tahun 2011 LTFU berada di atas 25% per tahun dan masalah tersebut tetap ada meski telah terjadi beberapa perubahan kebijakan dan implementasi (Proposal TB Acceleration Plan, 2019-2020, Hal. 4). Keterbatasan dalam mengakses pengobatan, penundaan pengobatan, kualitas manajemen klinis yang rendah dan dukungan pasien yang terbatas menjadi faktor yang perlu segera diatasi dalam mengurangi kasus LTFU. Dengan demikian diperlukan kegiatan kunjungan rumah (*home visit*) kepada pasien TBC RO yang dilakukan oleh PS atau Manajer Kasus **sejak pasien diketahui mangkir**, baik setelah memulai pengobatan ataupun pasien yang sudah terdapat di Faskes TBC RO tetapi belum memulai pengobatan. Hal ini dilakukan sebagai salah satu upaya komunitas untuk membantu pemerintah dalam mengurangi LTFU, meningkatkan jumlah pasien yang memulai pengobatan, dan meningkatkan jumlah pasien yang berhasil menyelesaikan pengobatan TBC RO hingga sembuh.

### Tujuan

1. Mendukung Dinas Kesehatan, RS PMDT, RS Swasta dalam pelacakan pasien mangkir TB RO
2. Melakukan kunjungan rumah Pasien TB RO mangkir dan melakukan edukasi dan motivasi kepada pasien LTFU untuk kembali berobat

### **Bentuk Kegiatan**

1. Kegiatan dilakukan dalam bentuk kunjungan rumah pasien untuk memberikan edukasi dan motivasi agar menjalani pengobatan TBC RO hingga sembuh.
2. Kunjungan rumah dapat dilakukan sesegera mungkin ketika pasien diketahui mangkir pengobatan sebelum pasien dinyatakan **LTFU**, baik setelah maupun sebelum memulai pengobatan.
3. Kunjungan dilakukan untuk pasien **mangkir dan belum mulai pengobatan** yang terdapat di RS/Balai Layanan TBC RO, **dengan urutan prioritas** sebagai berikut:
  - Pasien mangkir setelah mulai pengobatan (belum dinyatakan LTFU) dalam 6 bulan pertama pengobatan yang didampingi komunitas per Tahun 2023.
  - Pasien **mangkir** setelah mulai pengobatan (belum dinyatakan LTFU) setelah periode 6 bulan pertama pengobatan yang didampingi komunitas per Tahun 2023.
  - Pasien terkonfirmasi 2023 yang mangkir setelah mulai pengobatan (belum dinyatakan LTFU) dan belum didampingi oleh Komunitas.
  - Pasien terkonfirmasi 2023 yang belum memulai pengobatan, tetapi sudah pernah datang ke Faskes TBC RO, baik yang sudah didampingi maupun yang belum.
  - Pasien terkonfirmasi tahun 2022-2023 yang LTFU setelah memulai pengobatan, baik didampingi dan belum didampingi oleh komunitas.
4. Kunjungan rumah dapat dilakukan oleh Patient Supporter. Kunjungan rumah dapat pula dilakukan oleh MK dengan mempertimbang beban jumlah pasien yang sedang didampingi.
5. Kegiatan kunjungan rumah agar dilakukan dengan prinsip pelibatan multipihak, yang terkoordinasi dengan petugas puskesmas dan pengurus wilayah setempat.

**Definisi pasien LTFU:** Pasien terkonfirmasi TBC RO yang **belum memulai pengobatan**, atau kasus TBC RO dalam pengobatan/sudah memulai pengobatan **tetapi tidak melanjutkan pengobatan** kembali setelah 2 bulan atau lebih.

### **Pelaksana**

Manager kasus dan Patients Supporter

### **Struktur Budget**

Pemberian biaya transport kepada Patient Supporter atau Manajer Kasus untuk melakukan kunjungan rumah pasien yang mangkir atau belum memulai pengobatan di Faskes TBC RO, yaitu sebesar **Rp 300.000 per pasien, dengan alokasi jumlah total kunjungan sebanyak 2 kali untuk setiap pasien TBC RO sebagaimana rincian berikut:**

1. Kunjungan pertama diberikan transport sebesar Rp 150,000 dengan hasil sebagai berikut:
  - a. Diketahuinya alasan pasien tidak melanjutkan pengobatan, berdasarkan komunikasi dengan pasien/keluarga pasien
  - b. Pasien/keluarga pasien sudah diberikan edukasi mengenai TBC RO, durasi pengobatan, dampak apabila mangkir berobat, dan pencegahan penularannya

- c. Adanya rencana tindak lanjut yang disepakati dengan pasien/keluarga pasien setelah kunjungan pertama oleh PS/Manajer Kasus TBC RO
2. Kunjungan kedua diberikan transport sebesar Rp 150.000 dengan hasil sebagai berikut:
    - a. Adanya informasi upaya tindak lanjut dari PS / manajer kasus kepada pasien/keluarga dari RTL dari hasil kunjungan pertama
    - b. Diketuainya kondisi dan perkembangan rencana pengobatan pasien.
    - c. Jika pasien akan melanjutkan pengobatan kembali maka perlu diketahui informasi rencana waktu kapan pasien akan berkunjung ke Faskes TBC RO
    - d. Jika pasien belum bersedia melanjutkan pengobatan, maka perlu diketahui penyebab pasien/keluarga pasien masih tidak bersedia melakukan pengobatan

### Output

Pasien TBC RO mangkir dan/atau keluarganya telah menerima informasi dan edukasi dari pendamping pasien mengenai pengobatan TBC RO, akibat jika berobat tidak tuntas, dan pencegahan penularan TBC.

### Laporan

Laporan narasi kunjungan oleh pendamping pasien TB RO dikumpulkan maksimal 1 bulan setelah kunjungan

### Jumlah Alokasi Kunjungan Rumah Pasien TBC RO Mangkir

Estimasi jumlah pasien TBC RO mangkir yang harus dilakukan kunjungan rumah oleh komunitas, yaitu 50% dari estimasi proporsi pasien LTFU (25%) yang didampingi komunitas setiap tahunnya.

- Tahun 1:  $25\% \text{ (LTFU rate)} \times 3127 \text{ pasien} / 2 = 391$
- Tahun 2:  $25\% \text{ (LTFU rate)} \times 4864 \text{ pasien} / 2 = 608$
- Tahun 3:  $25\% \text{ (LTFU rate)} \times 6505 \text{ pasien} / 2 = 813$
- Total pasien TB RO mangkir yang perlu dilacak = 1.812 pasien

Dengan demikian, estimasi jumlah pasien TBC RO mangkir untuk dilacak oleh komunitas per provinsi pada Tahun 2023 sebagai berikut :

PROVINSI/KOTA/ KABUPATEN	Target Ind Proses-04 Pendampingan Pasien RO (BL-04)	Pasien TBC RO Mangkir yang dilakukan kunjungan rumah – Y3 (BL 40)
<b>Tahun 2023</b>		
SUMATERA UTARA	465	58
SUMATERA BARAT	74	9
RIAU	207	26
KEPRI	101	13
SUMATERA SELATAN	190	24

BANGKA BELITUNG	27	3
BENGKULU	34	4
LAMPUNG	259	32
BANTEN	332	42
DKI JAKARTA	517	65
JAWA BARAT	1.386	173
JAWA TENGAH	869	109
DI YOGYAKARTA	99	12
JAWA TIMUR	950	119
BALI	106	13
NUSA TENGGARA BARAT	155	19
NUSA TENGGARA TIMUR	70	9
KALIMANTAN BARAT	119	15
KALIMANTAN TENGAH	30	4
KALIMANTAN SELATAN	35	4
KALIMANTAN TIMUR	86	11
SULAWESI UTARA	33	4
SULAWESI SELATAN	208	26
SULAWESI TENGGARA	24	3
JAMBI	38	5
KALIMANTAN UTARA	12	2
SULAWESI BARAT	11	1
SULAWESI TENGAH	18	2
PAPUA	36	5
PAPUA BARAT	13	2
<b>Total</b>	<b>6.505</b>	<b>813</b>

**Deskripsi kegiatan**

*Global Tuberculosis Report (GTR) 2022* mengestimasi terdapat 969.000 kasus tuberkulosis (TBC) baru di Indonesia dan menempatkan sebagai negara kedua dengan kasus TBC terbanyak di dunia. Angka tersebut mengalami peningkatan dibandingkan dengan estimasi kasus TBC baru di Indonesia pada tahun 2021 yakni sebanyak 824.000, ditambah dengan tingginya jumlah kasus TBC yang belum ternotifikasi sebanyak 525.765 (54%). Permasalahan TBC ini seharusnya menjadi masalah kesehatan prioritas di Indonesia, dimana TBC juga secara langsung dan tidak langsung berpengaruh ke dalam berbagai aspek kehidupan di masyarakat, seperti ekonomi, sosial, sumber daya manusia, pembangunan, pendidikan dan lainnya. Dalam penanggulangan TBC, pelibatan seluruh multi sektor dari lapisan masyarakat sangat diperlukan, baik melalui aksi nyata lewat program penanggulangan TBC maupun komitmen politis dan tak kalah pentingnya terinternalisasi secara prioritas dalam aspek kebijakan dan penganggaran. Gebrakan kebijakan TBC salah satunya melalui terbitnya Perpres 67/2021 ikut menstimulasi kebijakan multi sektor lainnya dalam mendukung penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia. Perpres tersebut diharapkan bisa lebih menghadirkan optimisme bagi para pihak untuk saling berkolaborasi dan memberikan komitmen konkrit.

PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI (PR PB-STPI) adalah konsorsium dari dua lembaga; Penabulu dan STPI yang terpilih sebagai *Principal Recipient* / Pelaksana dana hibah *The Global Fund* di Indonesia. Secara umum, program GF-TB menggunakan sumber daya di tingkat tapak, yaitu kader-kader komunitas yang telah terlatih dan teruji selama program GF-TB lebih dari 1 dasawarsa terakhir, termasuk Manajer Kasus, *Patient Supporter* atau *Peer Educator*. Namun demikian, PR PB-STPI juga mengembangkan strategi lain yang disetujui dan didukung *The Global Fund* dan CCM Indonesia untuk menguatkan aspek hak-hak pasien dalam pelayanan dan mengurangi diskriminasi. Penguatan organisasi penyintas pasien (OPT) dan pembentukan kelompok masyarakat peduli TBC akan lebih dikuatkan dalam periode 2021-2023, sehingga dapat menjadi organisasi yang kuat dan menjadi bagian penting dalam perannya menjalankan program advokasi sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing.

Dengan cita-cita yang besar dalam periode 2021-2023, komunitas TBC dapat tumbuh bersama dan semakin berdaya dalam perannya mendukung eliminasi TBC di Indonesia tahun-2030. Terdapat berbagai tantangan yang ditemukan dalam proses penemuan dan pendampingan kasus TBC. Diantaranya adalah dinamika kondisi kesehatan dan permasalahan beban penyakit lain yang ada di Indonesia. Pada 2020, secara global terdapat tantangan utama berupa pandemi COVID-19 yang menjadi kendala penemuan dan pendampingan kasus TBC. Untuk menghadapi kondisi tersebut diperlukan strategi yang adaptif dengan menerapkan protokol kesehatan dan mendukung *testing-tracing-treatment/isolasi* COVID-19 yang berjalan beriringan dengan Temukan-Obati-Sampai-Sembuh TB (TOSS TBC).

Dalam berbagai aspek dinamika tersebut di atas, tentunya juga terdapat berbagai peluang yang bisa dimanfaatkan bagi Komunitas untuk ikut ambil bagian dalam pelibatan multi sektor untuk penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia. Berbagai kebijakan penanggulangan TBC yang



sudah ada harus dimanfaatkan sebaik mungkin untuk menyasar mitra kerja potensial dari berbagai multi sektor serta pengambil kebijakan (*stakeholder*) dengan memanfaatkan isu-isu strategis yang sedang berkembang di masyarakat. Pelibatan multi sektor dan *stakeholder* secara sporadis dan masif seperti unsur legislatif melalui DPR-RI, Kementerian dan Lembaga Lintas Program-Lintas Sektor, Pemangku Kebijakan di daerah, Akademisi, Praktisi, Riset, Media, Swasta, Perusahaan, OMS, OMP, ToGa, ToMa dan berbagai unsur masyarakat lainnya melalui kegiatan audiensi, advokasi dan sosialisasi isu TBC, akan mendukung dan mendorong lahirnya komitmen, kebijakan dan dukungan politis baru untuk penanggulangan TBC di Indonesia. Tentunya juga dalam rangka sensitisasi isu TBC untuk bisa menjadi salah satu isu prioritas khususnya kesehatan yang ada di Indonesia.

Keterlibatan aktif Tokoh Agama (TOGA) dan/atau Tokoh Masyarakat (TOMAS) juga diperlukan untuk mendorong lahirnya komitmen dan dukungan politis pemangku kebijakan dalam mengimplementasi strategi nasional melawan dan pekerja kesehatan komunitas HIV/AIDS, Tuberkulosis, dan Malaria yang berkelanjutan dalam tata kelola sistem kesehatan nasional. Dimana populasi kunci dan rentan pada program TBC ini adalah orang dengan HIV/AIDS atau ODHA, pengguna napza suntik, kaum miskin perkotaan, pekerja pabrik, masyarakat yang tinggal di tempat kumuh dan padat termasuk Lapas, buruh dan buruh migran, orang di rumah detensi imigrasi, dan petugas kesehatan pelayanan TBC.

Dalam implementasinya, program penanggulangan TBC telah mengalami perkembangan positif dalam perspektif berpihak pada pasien. Perkembangan kebijakan terkini, tantangan dan berbagai praktik baik penanggulangan TBC perlu untuk dikoordinasikan dan didiskusikan secara kolaboratif. Oleh karena itu, Konsorsium Komunitas PB-STPI mengadakan kegiatan **Pelibatan Legislatif, K/L Toga dan Toma dalam Eliminasi TBC di Indonesia** sebagai wadah sensitisasi dan modalitas informasi advokasi berbasis bukti.

### **Tujuan**

1. Menggalang komitmen dan dukungan politis pemangku kebijakan dalam implementasi strategi nasional melawan dan pekerja kesehatan komunitas HIV/AIDS, Tuberkulosis, dan Malaria yang berkelanjutan dalam tata kelola sistem kesehatan nasional.
2. Mendukung fungsi legislasi, penganggaran, dan pengawasan anggota DPR RI terhadap ketersediaan, keterjangkauan, penerimaan, dan kualitas sistem dan pelayanan kesehatan di Indonesia terutama bagi populasi kunci dan rentan TBC, termasuk ODHA.
3. Mendorong penerapan prinsip-prinsip non-diskriminasi, hak atas kesehatan, transparansi, dan akuntabilitas dalam perencanaan, penganggaran, implementasi, monitoring dan evaluasi program/kebijakan kesehatan yang berdampak pada orang dengan TBC dan TB-HIV yang diselenggarakan oleh Pemerintah.
4. Mengidentifikasi tantangan penanggulangan TBC dari berbagai aspek sistem yang berkembang di dalam kehidupan masyarakat
5. Mendorong lahirnya kebijakan, komitmen, strategi yang baru penanggulangan TBC untuk eliminasi tahun 2030
6. Mengidentifikasi peluang kolaborasi multi sektor – antar pihak untuk mitigasi tantangan penanggulangan TBC dari aspek-aspek sendi kehidupan lain di masyarakat yang terdampak.

### **Bentuk Kegiatan**

1. Kegiatan dilaksanakan oleh PR Komunitas Konsorsium Penabulu-STPI

2. Aktivitas ini merupakan serangkaian kegiatan persiapan dan pertemuan untuk dialog advokasi kebijakan antara masyarakat sipil dan anggota DPR RI maupun pengambil kebijakan dan multi sektor lainnya
3. Dilakukan setiap triwulan (4 kali dalam setahun) selama 3 tahun program.
4. PR akan melibatkan narasumber-narasumber di luar struktur manajemen PR dalam pertemuan audiensi
5. PR akan melibatkan perwakilan dari organisasi dan komunitas pasien/penyintas TBC, organisasi/komunitas HIV/AIDS, organisasi masyarakat sipil di bidang kesehatan serta kelompok populasi kunci dan rentan lainnya.
6. Kegiatan dilaksanakan oleh PR di tingkat Pusat bersama pemangku kepentingan nasional. Jika diperlukan, pelibatan individu di tingkat Provinsi dan Kab/Kota untuk berkolaborasi secara daring.
7. Dengan objektif untuk mentransformasi program kesehatan yang berpusat pada masyarakat, berbasis Hak Asasi Manusia (HAM), dan berspektif gender, agenda prioritas advokasi kebijakan mencakup:
  - Kebijakan untuk keberlangsungan pelayanan TBC berbasis komunitas dalam sistem kesehatan nasional (i.e. penemuan kasus, investigasi kontak, pendampingan sampai sembuh).
  - Kebijakan untuk ketersediaan sarana-prasarana program TBC dan TB-HIV bagi pasien di Indonesia, terutama dalam situasi pandemi COVID-19, pandemi di masa mendatang, dan bencana.
  - Kebijakan nasional untuk upaya perlindungan sosial bagi pasien TBC, TB-HIV, dan kelompok populasi kunci dan rentan TBC dari masyarakat miskin perkotaan maupun daerah rural.
8. Terdapat dua bentuk kegiatan yakni:
  - 1. Penyusunan Lembar Informasi/Lembar Kebijakan**
    - Kegiatan berlokasi di kantor PR/WHO/mitra lain yang terlibat dalam kelompok kerja advokasi
    - Dilaksanakan 1 kali setiap triwulan selama Q1 2021 – Q12 2023 (12 pertemuan)
    - Tim penyusun adalah PR bersama perwakilan organisasi profesi, pasien/penyintas TBC, OMS TBC/TB-HIV/kesehatan masyarakat, mitra internasional, TOGA, TOMA
    - Mengidentifikasi objektif, prioritas, dan strategi advokasi kepada para pemangku kepentingan (eksekutif, legislative dan mitra lain) secara berkelanjutan.
  - 2. Pertemuan Dialog Pemangku Kepentingan dan Komunitas**
    - Dialog pemangku kepentingan dengan komunitas dilakukan pada masa kerja anggota legislatif di tingkat pusat.
    - Penyusunan rencana aksi dari Kelompok Diskusi/Kaukus/Aliansi/Pokja Nasional.
    - Penyusunan dan diseminasi edaran lembar kebijakan hasil audiensi kepada seluruh SR dan SSR
    - Dilaksanakan 1 kali setiap triwulan selama Q1 2021 – Q12 2023 (12 pertemuan)
    - Peserta diskusi adalah PR bersama perwakilan organisasi profesi, pasien/penyintas TBC, OMS TBC/TB-HIV/kesehatan masyarakat, mitra internasional, TOGA, TOMA
    - Tim yang melakukan audiensi didampingi oleh narasumber ahli (Eselon I)
    - Kegiatan bertepatan di kantor pemangku kepentingan (eksekutif/legislatif) atau secara daring

## **Peserta, Narasumber dan Panitia**

- Pertemuan penyusunan melibatkan:
  - 2 narasumber ahli
  - 2 staf PR
  - 10 CSO/NGO Nasional
- Pertemuan audiensi melibatkan:
  - 4 orang peserta anggota kelompok kerja advokasi
  - 1 orang anggota DPR RI
  - 1 narasumber ahli (e.g. Eselon I/Organisasi Profesi/Akademisi)
  - 1 staf PR Konsorsium Penabulu-STPI

## **Struktur Anggaran**

Mengacu pada POA sesuai periode pelaksanaan kegiatan

## **Keluaran Kegiatan**

1. Adanya kertas posisi atau lembar kebijakan yang disusun bersama berbagai pihak.
2. Adanya penerimaan organisasi masyarakat sipil dan komunitas untuk Audiensi dengan DPR RI
3. Adanya pernyataan dukungan/himbauan dari anggota DPR RI terkait kebijakan kesehatan yang berdampak pada orang dengan TBC dan TB-HIV
4. Adanya rancangan peraturan untuk implementasi strategi nasional melawan dan pekerja komunitas untuk penanggulangan HIV/AIDS, Tuberkulosis, dan Malaria
5. Adanya komitmen dan dukungan politis pemangku kebijakan dalam implementasi strategi nasional melawan dan pekerja kesehatan komunitas HIV/AIDS, Tuberkulosis, dan Malaria yang berkelanjutan dalam tata kelola sistem kesehatan nasional.
6. Adanya komitmen dan kebijakan fungsi legislasi, penganggaran, dan pengawasan anggota DPR RI terhadap ketersediaan, keterjangkauan, penerimaan, dan kualitas sistem dan pelayanan kesehatan di Indonesia terutama bagi populasi kunci dan rentan TBC, termasuk ODHA
7. Adanya komitmen penerapan prinsip-prinsip non-diskriminasi, hak atas kesehatan, transparansi, dan akuntabilitas dalam perencanaan, penganggaran, implementasi, monitoring dan evaluasi program/kebijakan kesehatan yang berdampak pada orang dengan TBC dan TB-HIV yang diselenggarakan oleh Pemerintah
8. Teridentifikasi secara terstruktur tantangan penanggulangan TBC dari berbagai aspek sistem yang berkembang di dalam kehidupan masyarakat
9. Teridentifikasi peluang kolaborasi multi sektor – antar pihak untuk mitigasi tantangan penanggulangan TBC dari aspek-aspek sendi kehidupan lain di masyarakat yang terdampak.

## **Laporan Kegiatan**

Dilaporkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan:

- Dokumen keluaran kegiatan
- Laporan narasi
- Dokumentasi (video, foto)
- Dokumen kebijakan/rilis/artikel
- Laporan PERTUM PR

BL.42

**Mobilisasi dan Dukungan Pendidik Sebaya (*Peer Educator/PE*) Untuk Pasien TBC dengan Tujuan Mempromosikan Kesejahteraan (*wellbeing*) dan Hak Asasi Manusia**

### Deskripsi kegiatan

Aktivitas ini adalah pengembangan *Hotline* Kesehatan Mental untuk Orang dengan Tuberkulosis. Pendidik Sebaya (*Peer Educator/PE*) yang tergabung dalam Perhimpunan Organisasi Pasien TB akan dilatih untuk menyelenggarakan layanan telekomunikasi dan daring (*Hotline*) untuk memberikan dukungan sebaya dan menghubungkan pasien tuberkulosis di Indonesia kepada layanan psikologis yang dibutuhkan.

Pasien tuberkulosis (TBC) menghadapi berbagai prioritas dan tuntutan sosial dan ekonomi yang mempengaruhi pilihan mereka dalam berobat. Ambivalensi dalam menentukan pilihan saat memulai dan menjalani pengobatan TBC, terutama TBC resisten obat (TBC RO), dapat berdampak negatif pada kesehatan mental pasien dan keberhasilan pengobatan.

Faktor-faktor yang berkaitan dengan TBC seperti kemiskinan, stigma dan diskriminasi, malnutrisi, ditambah dengan efek samping obat serta jangka pengobatan yang panjang dapat meningkatkan kecemasan, depresi, dan risiko bunuh diri pada pasien. Menurut Azam, Fibriani, Indrawati, dan Septiani (2020), 26.4% dari 72 pasien TBC RO berusia >16 tahun di RSUP Dr. Kariadi Semarang mengalami depresi. Persepsi pasien tentang stigma dari masyarakat, *underweight*, komorbiditas dan gender perempuan memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian depresi pada pasien TBC RO (Azam et al., 2020).

Selain itu, menurut kajian Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat (2017) tentang populasi kunci dan rentan, pasien TBC pun mengalami pelanggaran HAM dan perlakuan buruk. Pengalaman tersebut utamanya diterima dari petugas layanan kesehatan, keluarga, dan masyarakat. Dalam studi dokumentasi tersebut dan pengalaman beberapa pendidik sebaya, diketahui bahwa perempuan dengan TBC resisten obat mengalami kekerasan rumah tangga saat menjalani pengobatan.

### Tujuan

1. Mengembangkan modul dan SOP *Hotline* kesehatan mental bagi pasien TBC.
2. Menghasilkan *hotline responder* terlatih dalam mengoperasionalkan *hotline* kesehatan mental bagi pasien TBC.
3. Menghubungkan alur mekanisme CBMF, layanan *hotline* psikososial dan penanganan kasus terkait pelanggaran hukum dan/atau HAM sebagai kesatuan sistem yang mendukung pasien TBC.
4. Mendukung orang dengan TBC mengatasi ambivalensi dalam memulai dan menyelesaikan pengobatan serta menghubungkan pasien yang membutuhkan dukungan psikologis ke layanan kesehatan mental milik Pemerintah atau organisasi masyarakat sipil (OMS).
5. Mengidentifikasi kasus dan *trend* kondisi kesehatan mental pasien TBC yang mengakses *hotline*.

### Bentuk Kegiatan

- Terdapat dua tahapan kegiatan, yakni
  1. **Penyusunan Modul dan SOP *Hotline* Kesehatan Mental bagi Pasien TBC**

- Pertemuan melibatkan konsultan Psikolog Klinis untuk menyusun SOP dan materi pelatihan *Hotline responder*, pre- dan post-test
- Mengupayakan modul yang dikembangkan menjadi dokumen Kementerian Kesehatan untuk kegiatan komunitas terdampak TBC
- Aktivitas ini menjadi tanggung jawab utama SR Tematik
- Dilakukan 4 kali pertemuan di Q4 2021
- Konsultan Psikolog Klinis melakukan review dan memberi masukan terhadap pengembangan modul dan SOP *Hotline* Kesehatan Mental.

## 2. Pelatihan Responder

- Dilakukan secara daring serta difasilitasi oleh SR Tematik dan konsultan Psikolog pada Q5 2022
- Pelatihan sebagai responder diikuti oleh 14 PE jaringan Perhimpunan Organisasi Pasien Tuberkulosis dari 14 kabupaten/kota di 14 Provinsi lokasi shelter TB RO.
- Pelatihan persiapan dilakukan selama 8 hari dalam 1 bulan (i.e. 2 hari/minggu)

## 3. Penyelenggaraan Hotline

- SR tematik mengatur *shift* 14 PE dalam 5 hari kerja
- Setiap PE bertanggung jawab untuk 1 jam setiap hari atau 4 jam per minggu (20 jam per bulan)
- Waktu pelayanan dapat dilakukan 4 jam per hari di atas pukul 16:00 WIB karena pasien berobat dan PE melakukan pendampingan di pagi dan siang hari.
- Setiap PE yang telah mengikuti pelatihan juga akan menerima *e-handbook*

## 4. Pertemuan Penyegaran Triwulan

- Diskusi untuk merefleksikan pengalaman PE dan jenis keluhan/tantangan yang disampaikan oleh pasien yang menghubungi *Hotline*
- Membahas 1 sub-topik berdasarkan materi-materi pelatihan

### Bentuk Kegiatan

1. Aktivitas dilakukan mulai dengan persiapan di Q4 2021 dan dimulai Q5 2022-Q12 2023 oleh SR Tematik
2. SR Tematik menyiapkan materi pelatihan dan SOP layanan telekonseling untuk pasien TBC bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan dan konsultan Psikolog Klinis, mencakup:
  - Komunikasi motivasi
  - Gejala Cemas, Depresi, dan Bunuh Diri
  - Distorsi kognitif dan berpikir positif
  - Formulir DASS untuk mengukur tekanan psikologis umum
  - Sistem dan pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia
  - Rujukan ke jejaring komunitas HIV/AIDS, layanan kekerasan berbasis gender, dan layanan legal
3. SR Tematik menyelenggarakan pelatihan untuk PE dari 14 kabupaten/kota di 14 Provinsi lokasi shelter TB RO, secara daring
4. SR Tematik menyusun SOP dan jadwal layanan, memfasilitasi pelatihan dan penyegaran triwulan (daring) untuk relawan *Hotline*, dan menyelenggarakan layanan Dukungan Psikologis Awal (DPA)-TB dengan konsultan Psikolog Klinis
5. Memberikan dukungan pulsa dan honor untuk PE dan relawan Psikolog Klinis sebagai supervisor *Hotline*.

Acuan detail teknis pelaksanaan BL.42 dapat merujuk pada tautan berikut: <https://bit.ly/33qtbXG> (mohon untuk dapat mengakses tautan pada periode waktu pelaksanaan BL terkait)

### **Peserta, Narasumber dan Panitia**

- Penyusunan modul dan SOP
  - Peserta (10 orang):
    - 1 Subdit Tuberkulosis
    - 1 Subdit Masalah Kesehatan Jiwa Dewasa dan Lanjut Usia
    - 2 OMS Komunitas Tuberkulosis
    - 1 OMS Kesehatan Mental
    - 1 OMS Kekerasan Berbasis Gender
    - 1 OMS HIV/AIDS
    - 1 OMS Pelayanan Publik
    - 1 OMS Hukum/Hak Asasi Manusia
    - 1 OMS Filantropi, dan
    - 1 Konsultan Psikolog Klinis (7 hari)
    - 1 Medical Specialist PR
    - 2 staf SR Tematik
- Pelatihan
  - 14 Pendidik sebaya
  - 4 Narasumber nasional (8 hari)
  - 2 staf SR Tematik
  - 1 Konsultan Psikolog Klinis
- Pelaksanaan *Hotline*
  - 14 Pendidik sebaya
  - 1 staf SR Tematik
- Penyegaran triwulan
  - 1 Konsultan Psikolog Klinis
  - 14 Pendidik sebaya
  - 1 staf SR Tematik

### **Struktur Anggaran**

Mengacu pada POA sesuai periode pelaksanaan kegiatan

### **Keluaran Kegiatan**

1. Dihasilkannya modul dan SOP *Hotline* kesehatan mental bagi pasien TBC.
2. Tersedianya *hotline responder* terlatih dalam mengoperasionalkan *hotline* kesehatan mental bagi pasien TBC.
3. Tersedianya mekanisme untuk jaringan Perhimpunan Organisasi Pasien TBC menghubungkan pasien TBC yang membutuhkan dukungan psikologis, bantuan hukum dan HAM kepada pelayanan publik/organisasi masyarakat sipil terkait
4. Tersedianya pelayanan komunitas untuk pasien TBC yang menghadapi ambivalensi memulai dan menyelesaikan pengobatan
5. Teridentifikasinya kasus dan *trend* kondisi kesehatan mental pasien TBC yang mengakses *hotline*.

## Laporan Kegiatan

- Penyusunan modul dan SOP

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan:

- Laporan narasi
- Dokumen keluaran kegiatan
- Daftar hadir pertemuan
- Dokumentasi
- Laporan PJUM

- Pertemuan Pelatihan dan Penyegaran

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan:

- Laporan narasi
- Dokumen keluaran kegiatan
- Daftar hadir pertemuan
- Foto kegiatan
- Laporan PJUM

- *Hotline*

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai akhir setiap triwulan:

- Laporan narasi triwulan
- Daftar phone call logbook
- Daftar registrasi untuk jadwal *Hotline*
- Laporan PJUM

**Catatan:** laporan narasi kegiatan, dokumen keluaran kegiatan serta dokumentasi kegiatan harap dikirimkan oleh tim SR Tematik kepada Tim Program (email: [program@penabulustpi.id](mailto:program@penabulustpi.id)) dengan format informasi [BL.42] Mobilisasi dan Dukungan Pendidik Sebaya (Hotline Psikososial) – SR Tematik – (bulan dan tahun)

## Wilayah Intervensi

Kegiatan dilaksanakan oleh SR Tematik dengan jangkauan nasional (190 Kab/Kota)

### Deskripsi Kegiatan

Sebagai salah satu cara untuk meningkatkan kesadaran dan kepedulian Negara-Negara di dunia untuk mengeliminasi Tuberkulosis (TBC), maka WHO menetapkan tanggal 24 Maret sebagai Hari TBC Sedunia (HTBS). Penetapan tanggal ini merujuk pada saat pertama kali Robert Koch menemukan bakteri TBC (*Mycobacterium tuberculosis*). Hari Tuberkulosis Sedunia (HTBS) yang diperingati pada setiap tanggal 24 Maret setiap tahunnya, dirancang sebagai salah satu kegiatan kampanye serta membangun kesadaran seluruh elemen masyarakat bahwa TBC sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan utama di dunia dan tentunya di Indonesia.

Peringatan HTBS dimaksudkan untuk meningkatkan peran serta masyarakat dan pemangku kebijakan dalam mendukung program pengendalian TBC serta menempatkan TBC sebagai isu utama dan prioritas dalam semua sektor di berbagai elemen masyarakat. Selain itu, rangkaian kegiatan yang dilaksanakan merupakan upaya penyebaran informasi TBC kepada masyarakat untuk meningkatkan dan mempertahankan pengetahuan serta kepedulian terkait dengan pencegahan penularan dan penanggulangan penyakit TBC yang dimulai dari diri sendiri dan keluarga.

Tema HTBS akan mengacu pada tema-tema yang diusung secara global dan nasional setiap tahunnya dengan pemaknaan sesuai peran dari komunitas. Peringatan HTBS di tingkat PR akan menjadi satu kesatuan upaya kampanye, advokasi dan juga kegiatan mobilisasi massa yang dilakukan di tingkat SSR dan berkoordinasi dengan tingkat SR.

### Tujuan

Mendorong pemerintah, masyarakat terdampak TBC, mitra OMS dan sektor swasta untuk meningkatkan perhatian dan keberpihakan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian TBC.

### Kegiatan

- Terdapat beberapa tahap kegiatan, diantaranya
  - (1) Rapat Persiapan. Dilakukan bersama Kemenkes – Substansi TBC, para mitra program penanggulangan TBC lintas program dan lintas sektor, juga dari sektor swasta. Rapat ditujukan untuk menentukan rangkaian kegiatan kolaborasi bersama dan kesepakatan tema acara pada tingkat nasional mengadaptasi dari tema secara global.
  - (2) Rangkaian kegiatan HTBS PR Konsorsium Penabulu-STPI akan dilaksanakan pada wilayah JABODETABEK, dengan bekerja sama dan berkolaborasi dengan berbagai mitra terkait di atas.
- Waktu pelaksanaan: Menyesuaikan hasil kesepakatan pada rapat koordinasi dengan pihak eksternal terkait dan juga melalui kesepakatan internal dari PR Konsorsium Penabulu-STPI. Periode pelaksanaan adalah Februari-April dan berdekatan dengan peringatan HTBS (24 Maret) setiap tahunnya.
- Tempat: disesuaikan dengan hasil kesepakatan koordinasi dengan berbagai sektor terkait, tema, slogan, target sasaran, jenis kegiatan dan faktor lainnya sesuai dengan yang telah disebutkan sebelumnya).



Acuan detail teknis pelaksanaan BL.43 dapat merujuk pada tautan berikut: <https://bit.ly/33qtbXG> (mohon untuk dapat mengakses tautan pada periode waktu pelaksanaan BL terkait)

### **Peserta Kegiatan**

Rapat Koordinasi Persiapan di tingkat Pusat;

- PR Konsorsium Penabulu-STPI
- Direktur P2PML
- Koordinator Substansi TBC bersama jajaran Sub Koordinator dan staf
- OMS terkait TBC
- Mitra dari Sektor Swasta

### **Struktur Budget**

Mengacu pada POA sesuai periode pelaksanaan kegiatan.

### **Keluaran Kegiatan**

1. Terselenggaranya rangkaian kegiatan peringatan HTBS yang diselenggarakan oleh PR bersama Kemenkes – Substansi TBC, para mitra program penanggulangan TBC lintas program dan lintas sektor, sektor swasta serta seluruh mitra dan sektor terkait lainnya.
2. Terlibatnya unsur pemerintah, masyarakat terdampak TBC, mitra OMS dan sektor swasta dalam peringatan HTBS di tingkat PR.

### **Laporan:**

- Proceeding/Notulensi
- Laporan Kegiatan
- Dokumentasi (video, foto)
- Laporan Pertanggungjawaban keuangan

### Deskripsi Kegiatan

Penemuan kasus dengan cara investigasi kontak merupakan strategi penemuan kasus TB dengan cara mendeteksi secara dini dan sistematis terhadap orang yang kontak dengan sumber terinfeksi TBC. Di sisi lain dari awal menjalankan program penanggulangan TBC, akan melanjutkan strategi penemuan kasus TBC secara konvensional dimana strategi dan cara penemuan kasus ini mengedepankan prinsip pendekatan pemberdayaan dari bawah yang mendorong peran aktif masyarakat untuk dapat memanfaatkan sumberdaya lokal dalam menemukan kasus TBC dengan cara dan proses yang dimiliki oleh masyarakat lokal, dan melakukan edukasi tentang TBC sesuai tingkat pemahaman masyarakat lokal.

Dengan bertambahnya target indikator program yang secara otomatis menambah beban pelaksana Program. Tim SR dan SSR harus mampu mengelola sumberdaya yang tersedia secara maksimal sebagai upaya untuk meningkatkan capaian program sesuai dengan target yang sudah ditetapkan. Salah satu upaya meningkatkan capaian program selain SR/SSR melaksanakan kegiatan sesuai dengan perencanaan/strategi yang sudah disusun dan memperbaiki manajemen secara terus menerus adalah adanya dukungan yang kuat dari pelaksana program PR TB Komunitas Penabulu-STPI dan organisasi mitra di setiap tingkatan kepada tim pelaksana program. Dukungan organisasi bisa dilakukan melalui (1) penguatan kepemimpinan dan kelembagaan sesuai struktur organisasi yang ada (formal) (2) Peran anggota organisasi dan komunitas dalam penanggulangan TB-HIV di wilayah kerja masing-masing (informal)

Untuk meningkatkan capaian program sesuai dengan target yang ditentukan maka supervisi PR ke SSR/IU menjadi sangat penting sebagai bagian dari pemantauan dan evaluasi program secara rutin/berkala dan penguatan kepemimpinan organisasi dan kelembagaan di setiap tingkatan yang diharapkan dapat meningkatkan kontribusi capaian program.

### Tujuan

Tujuan dari supervisi ini secara umum adalah untuk menelusuri dan mengidentifikasi hambatan serta tantangan dalam proses implementasi program maupun pencapaian indikator program dan memberikan bimbingan teknis kepada pelaksana program (staf SSR) agar mampu mencapai target yang sudah ditetapkan.

### Deskripsi Kegiatan

1. Dilaksanakan berdasarkan *Risk Based Assessment (GRAMS Tools)* dan sesuai kebutuhan (*urgent, important* maupun *emergency*) dengan menjadwalkan diskusi dengan Dinas Kesehatan Provinsi maupun Kab/Kota *setiap 6 bulan sekali*. Pada kondisi tertentu supervisi juga dapat dilaksanakan dengan melihat kebutuhan berdasarkan isu SSR yang harus dikunjungi. Selain itu juga supervisi menjadi bagian dari asistensi SR dalam penyusunan strategi yang diturunkan menjadi rencana kerja dan strategi pencapaian target indikator program.
2. SR membuat list kinerja SSR berdasarkan indikator kinerja dalam aspek keuangan, program dan MEL.
3. Perhitungan sasaran supervisi adalah:
  - **Pada tahun pertama**, sasaran supervisi adalah 60% SSR (86 SSR). Supervisi dilakukan kepada 60% SSR dengan indikator capaian kinerja rendah berdasarkan list yang disusun oleh SR. Supervisi dilakukan untuk asistensi teknis dan perbaikan kualitas kinerja SSR

- **Pada tahun kedua**, sasaran supervisi adalah 50% dari SR (74 SSR). Supervisi dilakukan kepada 50% SSR dengan indikator capaian kinerja rendah berdasarkan list yang disusun oleh SR. Supervisi dilakukan untuk asistensi teknis dan perbaikan kualitas kinerja SSR.
  - **Pada tahun ketiga**, sasaran supervisi adalah 40% dari jumlah total SSR. Supervisi dilakukan kepada 40% SSR dengan indikator capaian kinerja rendah berdasarkan list yang disusun oleh SR. Supervisi di tahun ketiga dilakukan kepada 40% SSR sebagai bagian mitigasi risiko untuk pengakhiran program.
4. Dilaksanakan selama 2 kali dalam 1 tahun
  5. Kegiatan dilaksanakan 2 hari di Kab/Kota
  6. Kegiatan supervisi dilakukan oleh Tim SR yang terdiri SR Manager/PMEL/ Finance berdasarkan instrumen RBM ataupun kebutuhan dan dilaporkan dengan menggunakan format pelaporan khusus kegiatan supervisi.
  7. Kegiatan supervisi dilaksanakan dengan melakukan kunjungan kepada tim SSR/IU maupun Dinkes Kab/Kota serta Puskesmas (*sampling*) dalam rangka koordinasi penemuan kasus, data indeks kasus – investigasi kontak, maupun TPT
  8. Kunjungan langsung monitoring kepada kader saat pelaksanaan investigasi kontak/*community outreach* disertai pemberian feedback dan evaluasi hasil pelaksanaan praktek kegiatan
  9. Merumuskan RTL bersama dengan tim SSR/IU dan memberikan rekomendasi peningkatan kualitas pelaksanaan kegiatan investigasi kontak/*community outreach*, maupun rujukan spesimen dahak serta pemberian TPT

#### **Peserta**

1. SR PMELC/Staff
2. SR MEL Coordinator/Staff atau Staf Finance
3. SR manager

#### **Output**

1. Daftar isian masalah SSR
2. Rencana tindak lanjut SR (*quality improvement plan*) atas aspek *program management*, *financial management* dan *MEL management*.

#### **Laporan**

1. Laporan narasi/BTOR kegiatan dilampirkan pada saat melakukan PERTUM menggunakan template yang sudah ditentukan oleh PR
2. Dokumentasi

#### **Rundown Kegiatan**

<b>Hari</b>	<b>Waktu</b>	<b>Deksripsi</b>
H1	07.00 – 09.00	Perjalanan Keberangkatan
	09.00 – 10.30	Diskusi SR-SSR dengan Dinkes Kab/Kota terkait analisa masalah sekaligus merumuskan strategi bersama: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alur layanan TPT</li> <li>● Investigasi kontak (data indeks)</li> <li>● Penemuan kasus berdasarkan data per puskesmas</li> </ul>

	10.30 – 12.00	Diskusi SR-SSR dengan Puskesmas terkait analisa masalah sekaligus merumuskan strategi bersama: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alur layanan TPT</li> <li>● Investigasi kontak (data indeks)</li> <li>● Penemuan kasus berdasarkan data puskesmas</li> <li>● Kualitas dahak dan skrining</li> </ul>
	12.00 – 13.00	ISHOMA
	13.00 – 17.00	Diskusi SR-SSR: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Identifikasi hasil temuan koordinasi dengan Puskesmas dan Dinkes Kab/Kota</li> <li>● Persiapan mentoring dan praktek kegiatan investigasi kontak/<i>community outreach</i></li> </ul>
H-2	09.00 – 12.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mentoring dan praktek kegiatan investigasi kontak/<i>community outreach</i>: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fokus 1 skrining kontak serumah</li> <li>2. Fokus 2 skrining kontak erat sesuai kriteria rujukan dan faktor risiko. Sumber data: indeks PKM/RS</li> </ol> </li> <li>● Feedback dan evaluasi hasil pelaksanaan praktek kegiatan investigasi kontak/<i>community outreach</i></li> <li>● Wawancara kader</li> </ul>
	12.00 – 13.00	ISHOMA
	13.00 – 16.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mentoring resolusi programatik: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigasi Kontak dan <i>Community outreach</i></li> <li>- Revisit</li> <li>- Kualitas rujukan, spesimen dahak</li> <li>- TPT</li> <li>- Koordinasi lintas sektor</li> </ul> </li> <li>● Rekomendasi peningkatan kualitas implementasi investigasi kontak/<i>community outreach</i>, kualitas rujukan dan TPT ke SSR</li> <li>● Menyepakati komitmen peningkatan capaian dan perbaikan kualitas implementasi</li> </ul>
	16.00 – 20.00	Perjalanan Kepulangan

### Deskripsi Kegiatan

Penemuan kasus dengan cara investigasi kontak merupakan strategi penemuan kasus TB dengan cara mendeteksi secara dini dan sistematis terhadap orang yang kontak dengan sumber terinfeksi TBC. Di sisi lain dari awal menjalankan program penanggulangan TBC, akan melanjutkan strategi penemuan kasus TBC secara konvensional dimana strategi dan cara penemuan kasus ini mengedepankan prinsip pendekatan pemberdayaan dari bawah yang mendorong peran aktif masyarakat untuk dapat memanfaatkan sumberdaya lokal dalam menemukan kasus TBC dengan cara dan proses yang dimiliki oleh masyarakat lokal, dan melakukan edukasi tentang TBC sesuai tingkat pemahaman masyarakat lokal.

Dengan bertambahnya target indikator program yang secara otomatis menambah beban pelaksana Program. Tim SR dan SSR harus mampu mengelola sumberdaya yang tersedia secara maksimal sebagai upaya untuk meningkatkan capaian program sesuai dengan target yang sudah ditetapkan. Salah satu upaya meningkatkan capaian program selain SR/SSR melaksanakan kegiatan sesuai dengan perencanaan/strategi yang sudah disusun dan memperbaiki manajemen secara terus menerus adalah adanya dukungan yang kuat dari pelaksana program PR TB Komunitas Penabulu-STPI dan organisasi mitra di setiap tingkatan kepada tim pelaksana program. Dukungan organisasi bisa dilakukan melalui (1) penguatan kepemimpinan dan kelembagaan sesuai struktur organisasi yang ada (formal) (2) Peran anggota organisasi dan komunitas dalam penanggulangan TB-HIV di wilayah kerja masing-masing (informal).

Untuk meningkatkan capaian program sesuai dengan target yang ditentukan maka supervisi PR ke SR/SSR menjadi sangat penting sebagai bagian dari pemantauan dan evaluasi program secara rutin/berkala dan penguatan kepemimpinan organisasi dan kelembagaan di setiap tingkatan yang diharapkan dapat meningkatkan kontribusi capaian program.

### Tujuan

Tujuan dari supervisi ini secara umum adalah untuk memastikan keberlangsungan program di seluruh area intervensi program, memberikan penguatan kepemimpinan dan kelembagaan pimpinan organisasi dan memberikan bimbingan teknis kepada pelaksana program (staf SR) agar mampu mencapai target yang sudah ditetapkan.

Adapun tujuan khusus dari supervisi ini sebagai berikut:

1. Memantau dan mengevaluasi pelaksanaan program
2. Melakukan pengecekan dan memvalidasi seluruh laporan dan data capaian program baik level SR maupun di SSR.
3. Mengidentifikasi permasalahan terkait dengan rendahnya capaian target secara internal (SR/SSR) maupun eksternal.
4. Meningkatkan kapasitas kepemimpinan dan kelembagaan pimpinan organisasi dalam mendukung pelaksanaan program.
5. Meningkatkan kapasitas manajerial Tim SR/SSR melalui sharing pembelajaran implementasi kegiatan serta memperkuat rencana dan strategi pencapaian program dengan mengakselerasi kinerja Tim dan program di level SR dan SSR.

6. Asistensi teknis implementasi kegiatan TB MDR untuk Tim SR mensupervisi SSR, MK dan PS
7. Membangun komitmen staff SR dan SSR agar konsisten dalam mengimplementasikan program.
8. Membuat perencanaan implementasi program di tengah pandemi covid-19

### **Kegiatan**

1. Dilaksanakan berdasarkan analisis GRAMS Tools dan pada kondisi tertentu supervise juga dapat dilaksanakan dengan melihat kebutuhan berdasarkan isu SR yang harus dikunjungi. Selain itu juga supervise menjadi bagian dari asistensi SR dalam penyusunan work plan dan strategi pencapaian program.
2. PR membuat list kinerja SR berdasarkan indikator kinerja dalam aspek keuangan, program dan MEL.
3. Perhitungan sasaran supervisi adalah:
  - o Pada tahun pertama, sasaran supervisi adalah 60% SR dengan dasar bahwa semua SR memiliki resiko yang sama dan memiliki kebutuhan untuk mendapatkan supervisi oleh PR.
  - o Pada tahun kedua, sasaran supervisi adalah 40% dari SR. Supervisi dilakukan kepada 40% SR dengan indikator capaian kinerja rendah berdasarkan list yang disusun oleh PR. Supervisi dilakukan untuk asistensi teknis dan perbaikan kualitas kinerja SR.
  - o Pada tahun ketiga, sasaran supervisi adalah 30% dari SR. Supervisi dilakukan kepada 30% SR dengan indikator capaian kinerja rendah berdasarkan list yang disusun oleh PR. Supervisi di tahun ketiga dilakukan kepada 30% SR sebagai bagian mitigasi risiko untuk pengakhiran program.
4. Dilaksanakan selama 2 kali dalam 1 tahun
5. Kegiatan dilaksanakan 2 hari di kantor SR
6. Kegiatan supervisi dilakukan oleh Team PR yang terdiri dari Finance & Operation, Program Management dan MEL menggunakan instrumen RBM dan dilaporkan dengan menggunakan format pelaporan khusus kegiatan supervisi.

### **Peserta**

1. PR Program Field Manager/Coordinator/Staff
2. PR MEL Manager/Coordinator/Staff
3. PR Finance & Operation Manager/Coordinator/Staff

### **Output**

1. Adanya daftar masalah/tantangan yang dihadapi oleh SR/SSR
2. Rencana tindak lanjut PR (*quality improvement plan*) atas aspek *program management*, *financial management* dan *MEL management*.

### **Laporan**

1. Laporan narasi/BTOR kegiatan dilampirkan pada saat melakukan PERTUM menggunakan template yang sudah ditentukan oleh PR
2. Dokumentasi

## Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu negara dengan TBC Burden tertinggi di dunia. Menurut Global TB Report (WHO, 2019), insiden TBC di Indonesia pada 2018 adalah 845.000 kasus dengan estimasi TBC RO mencapai 12.000 kasus. Dengan mempertimbangkan tingkat notifikasi pada 2018 sebanyak 67% sudah melaporkan sementara sisanya 33% masih belum ditemukan (Kemenkes RI, 2019). Penderita TBC yang tidak terdeteksi tersebut menjadi sumber penularan kepada orang lain di sekitarnya. Sementara kematian akibat TBC saat ini berjumlah 98.3 ribu orang, dimana 5.3 ribu adalah penderita TBC dengan status HIV positif (WHO, 2019). Oleh karena itu hingga kini Indonesia masih terus dan harus berjuang dalam eliminasi TBC.

Pada periode pelaksanaan program tahun 2021-2023, PR Konsorsium Komunitas Penabulu STPI bertanggungjawab dalam mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan di level Sub-Recipients (SRs) sebagai representasi dari *Civil Society Organizations* (CSO) yang saat ini mencakup 19 provinsi and 190 kabupaten/kota di seluruh Indonesia.

Dalam upaya mempersiapkan pelaksanaan program, PR TB Penabulu STPI harus mempersiapkan hal-hal yang diperlukan secara matang dan komprehensif, baik untuk dapat mengawali periode ini dengan sangat baik maupun untuk menyongsong periode program selanjutnya dengan perencanaan dan kesiapan kapasitas organisasi beserta personil yang lebih baik.

Berdasarkan konteks di atas, tentunya kegiatan koordinasi wilayah (RAKORWIL) antara SR dan SSR menjadi strategis dan penting. Selain untuk mempersiapkan program baru, pembelajaran praktik-praktik baik, pengembangan kapasitas, juga untuk koordinasi dan konsolidasi perencanaan persiapan program. Pertemuan RAKORWIL ini digunakan untuk mengawali program dan menyusun perencanaan strategis tingkat SR-SSR. Pelaksanaan RAKORWIL yang serentak akan dilaksanakan setelah rapat koordinasi nasional (RAKORNAS) juga menjadi bagian dari koordinasi di setiap Provinsi untuk membangun pemahaman dan perencanaan bersama Dinas Kesehatan dalam mendukung pencapaian target eliminasi TBC.

Kegiatan pertemuan dengan dinas kesehatan provinsi merupakan kegiatan koordinasi yang rutin untuk menjaga hubungan antara SR dan Dinkes. Pertemuan ini juga membahas tentang isu-isu masalah yang ditemukan dilapangan. Pertemuan koordinasi ini menjadi media untuk menyampaikan hasil laporan SR dan masing-masing pihak dapat mengambil peran dalam memutus mata rantai TBC.

## Tujuan

Tujuan dari pertemuan ini adalah untuk memastikan bahwa hubungan antara SR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dengan fasilitas kesehatan dan Dinas Kesehatan berjalan dengan baik dan masing-masing mampu mengambil peran dalam menyukseskan penanggulangan TBC berbasis komunitas.

## Deskripsi Kegiatan

1. Pertemuan ini membahas strategi dan evaluasi investigasi kontak, *community outreach*, TPT, enabler, DPPM dan PPI (sesuai kab/kota) bersama tim SR-SSR dan melibatkan dinas kesehatan.

2. Pertemuan koordinasi antara SSR/IU dengan SR di tingkat provinsi untuk menyukseskan implementasi program yang mencakup pelayanan TBC SO, TBC RO dan TPT. serta penguatan komunitas.
3. Tim SR membuat daftar permasalahan yang ditemukan di lapangan, materi pencapaian indikator untuk dapat disampaikan kepada peserta.
4. Tim SR memfasilitasi diskusi untuk pemecahan masalah, identifikasi solusi, serta rencana tindak lanjut.
5. Wasor TB dan Wasor HIV diminta juga untuk menyiapkan materi presentasi terkait dengan pencapaian indikator TB-HIV.
6. Pertemuan diadakan 1 tahun - 1 kali ditingkat provinsi dengan durasi 2 hari atau sesuai kebutuhan.

### **Peserta**

Peserta rapat koordinasi tingkat provinsi melibatkan:

1. 5-10 orang perwakilan staf SR sesuai kebutuhan dan ketersediaan dana SR.
2. Manajer Kasus
3. 2 orang perwakilan SSR:
  - o Staf Program
  - o Staf Keuangan

### **Metode**

Metode pelaksanaan kegiatan dilakukan dengan metode sebagai berikut:

1. 2021 - Metode dalam jaringan (daring) tahun pertama
2. 2022 - Metode luar jaringan (luring) tahun kedua
3. 2023 - Metode dalam pertemuan tatap muka tahun ketiga

### **Narasumber**

1 orang Dinas Kesehatan Provinsi sesuai kebutuhan dan ketersediaan budget SR.

### **Output**

1. Tersedianya dokumen kendala/tantangan pengelolaan program di tingkat SSR/IU
2. Adanya dokumen Rencana Tindak Lanjut (RTL) bersama antara SR dengan Dinkes Provinsi terkait masalah/kendala/tantangan serta strategi/solusinya dalam implementasi program.
3. Adanya dokumen strategi pencapaian indikator utama dan indikator proses ditingkat SSR/IU.
4. Adanya POA, dokumen rincian target indikator dan workplan SSR/IU yang dirinci per triwulan (kuartal).

Adanya komitmen SSR/IU dalam meningkatkan capaian indikator utama sesuai target yang sudah ditetapkan dan tertuang dalam Berita Acara/Kesepakatan Peningkatan Capaian Indikator Utama.

### **Laporan**

Laporan narasi kegiatan dilampirkan pada saat melakukan PERTUM, laporan narasi menggunakan template yang sudah ditentukan oleh PR



## Rundown Kegiatan Rakorwil

WAKTU	AGENDA	PIC	KETERANGAN
<b>Hari Pertama</b>			
10.00-12.00	Registrasi peserta Rakorwil	Tim SR	
01.30-14.30	Pembukaan Rakorwil	Tim SR	Pembukaan, laporan panitia dan pengarahan dari SRM.
14.30-15.30	Pemaparan progres report program dan Keuangan SR	Tim SR	Membahas perkembangan program dan keuangan
15.30 - 16.00	Ishoma	Tim SR	
16.00-16.45	Pemaparan materi dari Dinas Kesehatan Provinsi	Tim SR	Membahas situasi dan kondisi terbaru tentang TBC di tingkat Provinsi
16.45-17.30	Pemaparan Tim SR	Tim SR	SR menjelaskan PoA 2023, Panduan Implementasi Program (PIP) Terupdate dan Resolusi Program 2023
17.30-19.30	Istirahat	Tim SR	
19.30 -21.00	Sesi Clinic Class: 1. Class Program/MEL 2. Kelas Finance	Tim SR	1. Kelas Program/MEL diskusi tentang PoA, PIP dan menyusun work plan semester/kuartal/bulanan SSR/IU dan menyusun strategi peningkatan capaian indikator SSR/IU. 2. Kelas Finance membahas Juknis dan laporan keuangan SSR/IU.
21.00-	Istirahat		
<b>Hari Kedua</b>			
08.00-09.30	Lanjut penyusunan Strategi peningkatan capaian indikator, penyusunan Workplan SSR/IU dan laporan keuangan.	Tim SR	Penyusunan strategi bersama dengan tim SR-SSR
09.30-10.30	Pemaparan Workplan dan strategi peningkatan capaian indikator dan Juknis dan pelaporan keuangan.	Tim SSR/IU	1. Staff Program SSR/IU memaparkan hasil kesepakatan kelas Program/MEL terkait PoA, PIP, Work Plan dan Strategi peningkatan capaian indikator program . 2. Staff Finance SSR/IU memaparkan hasil kesepakatan terkait Juknis dan laporan keuangan SSR/IU.
10.30-11.00	Feedback dari SR terkait pemaparan POA, PIP, Workplan, Strategi peningkatan indikator	Tim SR	SR memberikan feedback pertanyaan/usulan SSR/IU terkait PoA, PIP, Workplan SSR/IU dan Juknis dan pelaporan keuangan SSR/IU.

	program dan Juknis dan laporan keuangan SSR/IU		
<b>11.00-11.30</b>	Penandatanganan Komitmen/ Kesepakatan Peningkatan Capaian Indikator SSR/IU	Tim SR	Komitemen bersama antara SR dengan SSR
<b>11.30-12.00</b>	Penutupan Rakorwil	Tim SR	Kegiatan Rakorwil Di tutup secara resmi oleh SRM
<b>13.00 -</b>	Kembali ke wilayah masing2	Tim SSR/IU	

### Deskripsi kegiatan

Menurut Goffman (1963), stigma adalah suatu proses sosial dimana prasangka dan ciri negatif dilekatkan pada seseorang akibat suatu perilaku/kondisi sehingga nilai individu tersebut direndahkan oleh masyarakat secara luas. Stigma dapat terwujud dalam bentuk perilaku yaitu diskriminasi terhadap individu dan/atau kelompok sosial yang direndahkan tersebut.

Deklarasi Politis untuk Tuberkulosis (PBB, 2018) menggarisbawahi salah satu target dunia untuk mengakhiri stigma dan segala bentuk diskriminasi terkait tuberkulosis (TBC). Hal ini menjadi urgensi karena stigma dan diskriminasi menghambat akses orang dengan gejala TBC dan pasien mengakses pelayanan kesehatan serta menurunkan kualitas kehidupan mereka.

Salah satu alat yang telah dikembangkan untuk menilai dan mengukur beban serta dampak stigma terhadap TBC adalah *TB Stigma Assessment* yang dipublikasikan oleh Stop TB Partnership. Memiliki hasil yang terukur dapat menjadi daya ungkit dalam melakukan advokasi anti-stigma dan anti-diskriminasi yang melibatkan orang dengan TBC dan kelompok kunci dan rentan TBC secara bermakna. Asesmen ini diimplementasikan oleh komunitas dengan arahan strategis dari Subdirektorat Tuberkulosis serta pendekatan multi-stakeholder untuk mendapatkan *buy-in* dan aksi pada tingkat tertinggi serta kepemilikan yang kuat oleh komunitas.

### Kegiatan

1. Aktivitas ini meliputi beberapa komponen, yaitu: penyusunan manual implementasi asesmen, pengumpulan dan analisa data, kelompok diskusi terpumpun, diseminasi hasil, pertemuan multi-stakeholder untuk orientasi dan validasi hasil.
2. Kegiatan dilakukan oleh PR dengan koordinasi bersama Subdirektorat Tuberkulosis dan Stop TB Partnership.
3. Aktivitas ini akan dilakukan dengan bekerja sama pihak ketiga, diutamakan institusi penelitian dengan pengalaman di program TBC yang diharapkan melibatkan penyintas TBC sebagai enumerator terlatih.
4. Asesmen dapat dilakukan pada tingkat nasional atau sub-nasional dengan fokus pada populasi umum atau populasi kunci dan rentan tertentu.
5. Panduan implementasi, pengumpulan dan analisis data serta *workbook excel* dalam Bahasa Inggris dari Stop TB Partnership perlu diterjemahkan ke Bahasa Indonesia.
6. Kegiatan membutuhkan 9 bulan dan dilakukan selama tahun 2021 (Baseline Assessment)
7. Kegiatan ini akan berkontribusi untuk melaporkan Outcome Indicator PR Komunitas: **TB O-9** *Percentage of people diagnosed with TB who report stigma in community settings that inhibited them from seeking and accessing TB services*

### Tujuan

*TB Stigma Assessment* diperlukan untuk memahami sejauh mana dan bagaimana stigma terhadap TBC menghambat akses dan ketersediaan pelayanan. Hasil dari asesmen digunakan untuk mengembangkan rekomendasi untuk mengatasi segala bentuk stigma terkait TBC sehingga pelayanan TBC yang berkualitas tersedia, terjangkau dan dapat diterima oleh setiap orang yang terdampak TBC, khususnya populasi kunci dan rentan.

## Bentuk Kegiatan

1. *Call for interest* dan rekrutmen kontrak pihak ketiga sebagai TB Stigma Expert team oleh PR Komunitas TB.
2. Penyusunan panduan dan alat implementasi *TB Stigma Assessment* oleh Expert team.
3. Merekrut penerjemah dan editor dokumen-dokumen.
4. Mengupayakan panduan dikembangkan menjadi dokumen Kementerian Kesehatan.
5. PR TB Komunitas dan Subdirektorat Tuberkulosis membentuk Kelompok Kerja untuk memberikan arahan teknis dan pemantauan implementasi serta memimpin orientasi multi-stakeholder.
6. Melibatkan kementerian kesehatan, organisasi masyarakat sipil kesehatan masyarakat dan legal, TWG TB, akademisi, serta TB Stigma Expert team
7. PR Komunitas TB dan TB Stigma Expert team menyiapkan rapat orientasi kelompok multi-pihak yang melibatkan perwakilan OMS, media, perwakilan anggota legislatif, dan perwakilan yudisial.
8. TB Stigma Expert team menyelesaikan protokol implementasi dan PR Komunitas dengan Subdirektorat TB memproses untuk *Ethics Approval*.
9. TB Stigma Expert team menyiapkan implementasi serta pelatihan data.
10. Melibatkan beberapa penyintas TBC yang memiliki kualifikasi S1 sebagai enumerator
11. PR Komunitas TB dan Subdit TB berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan lokasi pengumpulan data untuk persetujuan pelaksanaan *TB Stigma Assessment*.
12. TB Stigma Expert team melakukan pengumpulan data lapangan dan analisis data.
13. TB Stigma Expert team melakukan diskusi kelompok terpusat dengan kelompok multi-pihak yang terbentuk.
14. TB Stigma Expert team melakukan analisis data dan menyusun hasil serta rekomendasi legal.
15. TB Stigma Expert team melakukan lokakarya validasi konsultasi data dengan Subdit TB, Pokja Stigma TBC, merevisi rancangan laporan.
16. TB Stigma Expert team dan Subdit TB melaksanakan lokakarya untuk menampilkan hasil dan rekomendasi kepada jaringan organisasi pasien dan penyintas TBC secara luas, Donor, Kementerian/Lembaga. Hasil diskusi kelompok akan menjadi masukan untuk pengembangan rencana aksi dan merevisi rancangan laporan.
17. TB Stigma Expert team mengembangkan strategi komunikasi dan materi KIE untuk diseminasi hasil asesmen dan rekomendasi dalam bentuk rencana aksi untuk target audiens yang dipilih.
18. TB Stigma Expert team dan Pokja (dapat merekrut konsultan Finance) mengembangkan *costed Action Plan*.

## Peserta, Narasumber dan Panitia:

Pihak-pihak yang terlibat:

1. Perwakilan Timja Tuberkulosis
2. Perwakilan Konsorsium PR
3. Perwakilan SR Tematik
4. Perwakilan Organisasi masyarakat sipil mewakili populasi kunci dan rentan (ODHA, Penasun, Buruh, Migran)
5. Perwakilan Organisasi masyarakat sipil di bidang Hukum dan bidang Media
6. Perwakilan pemerintah lainnya: Perwakilan Yudisial, Anggota DPR RI, Komnas HAM
7. TB Stigma Expert team (Institusi yang dikontrak PR)

## **Output**

1. Tersedianya publikasi-publikasi yang komprehensif tentang situasi stigma TBC di Indonesia dan rekomendasi kebijakan serta aksi.
2. Pelibatan multipihak dan lintas sektor yang secara konkrit dalam upaya menghapuskan stigma terhadap TBC di Indonesia.
3. Tersedianya dokumen anggaran untuk pembiayaan upaya-upaya mengatasi permasalahan stigma yang menghambat orang dengan TBC memulai dan menyelesaikan pengobatan.

## **Laporan untuk pelaksanaan kegiatan (sesuai Juknis dari PR)**

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan pertemuan:

1. Laporan narasi
2. Daftar hadir pertemuan
3. Foto kegiatan
4. Laporan PERTUM

Dokumen Asesmen, strategi komunikasi, dan *costed* Action Plan dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai persetujuan rancangan terakhir oleh Pokja/Subdit TB dan PR. Kegiatan dilaksanakan oleh PR dengan jangkauan nasional.

### Deskripsi Kegiatan

Indonesia merupakan salah satu negara dengan TBC Burden tertinggi di dunia. Menurut Global TB Report (WHO, 2020), insiden TBC di Indonesia pada 2018 adalah 845.000 kasus dengan estimasi TBC RO mencapai 12.000 kasus. Dengan mempertimbangkan tingkat notifikasi pada 2018 sebanyak 67% sudah dilaporkan sementara sisanya 33% masih belum ditemukan (Kemenkes RI, 2019).

Penderita TBC yang tidak terdeteksi tersebut menjadi sumber penularan kepada orang lain di sekitarnya. Sementara kematian akibat TBC saat ini berjumlah 98.3 ribu orang, dimana 5.3 ribu adalah penderita TBC dengan status HIV positif (WHO, 2019). Oleh karena itu hingga kini Indonesia masih terus dan harus berjuang dalam eliminasi TBC.

Disisi lain, masih banyak masyarakat yang belum mengetahui informasi tentang TB. Stigma mengenai penyakit ini juga masih sangat tinggi, kenyataan di lapangan banyak yang tidak mau memeriksakan dan mengobati gejala serta penyakit TBC nya karena takut dijauhi oleh masyarakat dan lingkungan sekitarnya. Situasi ini menjadikan program penanggulangan TB di Indonesia belum berjalan dengan maksimal.

Sementara ketersediaan materi cetak KIE untuk penyebarluasan informasi dasar dan lengkap serta komprehensif mengenai TBC belum dimiliki oleh masyarakat hingga ke seluruh daerah, sehingga informasi mengenai TBC belum dipahami oleh masyarakat luas sepenuhnya, bahkan beberapa masyarakat masih banyak yang tidak mengetahui bagaimana cara penularan TBC dan juga TBC bisa disembuhkan.

Hal tersebut tentunya mendorong Program untuk terus meningkatkan upaya penyediaan bahan KIE yang bisa mencapai populasi sasaran, masyarakat umum, dan stakeholder sasaran. Pemberian materi KIE yang komprehensif untuk bahan edukasi pasien dan masyarakat umum, akan memungkinkan mereka untuk memahami dan mengikuti semua prosedur yang direkomendasikan untuk keberhasilan pengobatan.

### Tujuan

1. Tersedia KIE tentang TBC
2. KIE terdistribusi kepada para pengelola program, kader dan dimanfaatkan oleh masyarakat
3. KIE digunakan sebagai alat bagi kader untuk komunikasi, informasi dan edukasi

### Kegiatan

Kegiatan dilaksanakan di pada 2021, 2022, dan 2023

Penerima: 39 kader di 190 kabupaten/kota + 1 orang di 30 SR Provinsi = 7440 orang/tahun

- Buku saku komunitas:
  - Tuberkulosis resisten obat (diagnosis, pengobatan, pencegahan, rujukan faskes)
  - Pendampingan TB-HIV (tentang penyakit, diagnosis, pengobatan, pencegahan)
  - Advokasi (isu komunitas, HAM, gender – termasuk penggunaan OnelImpact – serta kebijakan dan proses penganggaran program TBC daerah)
- Lembar balik: 7440 x 3 tahun = 22.320 lembar balik
  - Kader
  - Patient support
- Leaflet: 1.621 rim (2021), 2.011 rim (2022), 2.308 rim (2023)

- Semua tipe tuberkulosis pada orang dewasa
- Tuberkulosis pada anak dan pengobatan pencegahan
- Hak dan Kewajiban pasien & Penggunaan OnelImpact
- Buku Agenda Kader: 7540 x 3 tahun = 22.620 buku

### **Output**

Tersedia media KIE yang terdiri dari:

- Buku saku: 7440 x 3 tahun = 22.320 buku
- Lembar balik: 7440 x 3 tahun = 22.320 lembar balik
- Leaflet: 1.621 rim (2021), 2.011 rim (2022), 2.308 rim (2023)
- Buku Agenda Kader: 7540 x 3 tahun = 22.620 buku
- Ragam jenis media KIE akan dikembangkan selanjutnya sesuai kebutuhan.

### **Pelaksana Pengadaan**

Proses Pengadaan KIE akan sesuai dengan PIM.

### **Laporan**

- Iklan pengadaan
- Daftar dan undangan vendor yang mengirimkan penawaran
- Laporan hasil bidding sesuai format divisi Finance & Operations

### Deskripsi Kegiatan:

Indonesia merupakan salah satu negara dengan TBC Burden tertinggi ketiga di dunia. Menurut laporan WHO, insidensi tuberkulosis di Indonesia pada tahun 2018 adalah 316 per 100.000 penduduk. Sementara itu sekitar 845.000 penduduk menderita tuberkulosis pada tahun 2018 (WHO, 2019a). Indonesia hingga saat ini terus berupaya menanggulangi penyakit TBC yang masih tinggi. Upaya penanggulangan TBC dilakukan dengan menggunakan berbagai cara upaya kesehatan.

PR TB Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI menjalankan kegiatan investigasi kontak sebagai strategi penemuan kasus TB baru di 190 Kota/Kabupaten. Juga menjalankan program untuk memberikan dukungan perawatan untuk mendorong pengobatan hingga sembuh. Terdapat satu standar indikator, 2 custom indikator. Berikut adalah target program PR TB Komunitas periode tahun 2021-2023.

Coverage Indicator	NDP	Baseline	PF - 09 Oct 2020			
			2021	2022	2023	Total
TCP-7c Number of notified TB cases (all forms) contributed by non-national TB program providers – community referrals	N	69.980	99.220	115.835	132.340	347.395
	D	583.167	522.212	551.595	551.417	1.625.224
	P	12%	19%	21%	24%	21%
Number of bacteriologically confirmed TB patients and pediatric TB whose household contacts screened for TB (contact investigation)	N	41.641	239.696	268.075	267.988	775.759
	D		281.995	297.861	297.765	877.621
	P		85%	90%	90%	88%
Number of treated MDR TB patients who receive community support	N	3.383	2.052	3456	4.671	10.179
	D		2.378	3.703	4.952	11.033
	P		86%	93%	94%	92%

Target tersebut dilaksanakan melalui berbagai strategi salah satunya adalah melalui investigasi kontak dan *community outreach* untuk penemuan kasus hingga pendampingan pasien. Semua kegiatan tersebut wajib untuk dicatat dan dilaporkan secara tepat waktu oleh kader kesehatan komunitas kepada SSR.

SSR/IU wajib melakukan pengumpulan data, memvalidasi dan menginput pada sistem yang telah disediakan oleh PR TB Penabulu STPI. Data laporan harus sepenuhnya dikontrol oleh SSR/IU dengan baik. Hal ini wajib dilakukan untuk memastikan tidak ada kesalahan dalam pengisian form, keterlambatan dalam hal pelaporan.

Guna memastikan hal tersebut terlaksana, SSR/IU akan merekrut 1 staff data entry setiap Kab/Kota untuk melakukan *data collection dan validation*. Namun, jika beban pencatatan di SSR cukup besar, maka SSR dapat mempertimbangkan merekrut lebih dari 1 orang staff data entry.

### Tujuan

1. Memastikan adanya data yang berkualitas yang terinput di dalam sistem pelaporan.
2. Memonitor pelaksanaan program sekaligus menjadi alat untuk mengukur kinerja program.
3. Menyediakan supporting dokumen untuk *result based payment* bagi kader.



- Melakukan input data hasil investigasi kontak dan non investigasi kontak/*community outreach* yang sudah dilakukan oleh Kader.

### Pelaksana

Staf data entry di 190 SSR

### Struktur Anggaran dan target nasional

No	Deskripsi	Quantity		Total Budget Data Entry
		Target	Cost per Unit	
<b>1</b>	<b>TBC SO</b>			<b>Rp 5,217,210,913</b>
	a. TBC SO-IK RT	230,768	Rp 8,000	Rp 1,846,140,435
	b. TBC SO-IK Non RT	62,494	Rp 8,000	Rp 499,951,825
	c. TBC SO-TPT Balita (<5 tahun)	40,246	Rp 5,000	Rp 201,228,511
	d. TBC SO-TPT Anak (5-14 tahun)	108,461	Rp 5,000	Rp 542,303,753
	e. TBC SO-Spesimen Dahak	262,475	Rp 5,000	Rp 1,312,373,540
	f. TBC SO-OAT	9,374	Rp 5,000	Rp 46,870,484
	g. TBC SO-DPPM	6,063	Rp 8,000	Rp 48,504,320
	h. TBC SO-Hasil Pengobatan	143,968	Rp 5,000	Rp 719,838,045
<b>2</b>	<b>TBC RO</b>			<b>Rp 1,241,101,373</b>
	a. TBC RO-Pasien (pasien baru)	6,505	Rp 8,000	Rp 52,040,875
	b. TBC RO-Pasien bagian addlist (/pasien/bulan)	6,214	Rp 5,000	Rp 341,770,000
	c. TBC RO-Pelacakan (/pasien)	976	Rp 5,000	Rp 4,878,832
	d. TBC RO-Pelacakan ARMY (/pasien)	4,554	Rp 5,000	Rp 22,767,883
	e. TBC RO-Enabler (pasien baru)	13,010	Rp 8,000	Rp 104,081,750
	f. TBC RO-Enabler bagian addlist (/pasien/bulan)	143,112	Rp 5,000	Rp 715,562,033

Data target pada per SR-SSR sila merujuka pada PoA 2023.

### Output:

Tersedia data entry pelaksanaan program di tingkat SSR

### Laporan:

- Dokumen hardcopy Form-form pelaporan lapangan kader sesuai panduan dan format dari MEL.
- Laporan data input.

# Jika alokasi data entry sudah melebihi Rp 2.000.000,- maka harus mencari data entry lainnya, supaya menjaga efisiensi pekerjaan

### Deskripsi Kegiatan

Pelaksanaan upaya mengakhiri tuberkulosis dapat mencapai tingkat akar rumput melalui pelibatan dan pemberdayaan anggota masyarakat. Upaya tersebut telah didukung berbagai lembaga kesehatan dari organisasi berbasis keagamaan (i.e. 'Aisyiyah, Lembaga Kesehatan Nahdlatul Ulama, PELKESI, PERDHAKI dan organisasi sosial kemasyarakatan seperti Pembinaan Kesejahteraan Keluarga/PKK) Organisasi non-pemerintah dan masyarakat sipil lainnya pun dapat berkontribusi dengan melakukan mobilisasi sosial, advokasi, dan komunikasi terhadap anggota masyarakat untuk menjadi kader TB (i.e. Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia).

Merujuk pada Buku Saku Kader Program Penanggulangan Tuberkulosis (Direktorat Jenderal Pencegahan dan Penyehatan Lingkungan, Departemen Kesehatan RI, 2009), Kader TB adalah anggota masyarakat yang terlatih dan bekerja secara sukarela dengan nilai kemanusiaan dalam membantu program pencegahan dan pengendalian TB di Indonesia. Semua anggota masyarakat yang bersedia, berminat dan mempunyai kepedulian terhadap masalah sosial dan kesehatan, khususnya TB dapat menjadi kader TB, seperti Anggota PKK, Karang Taruna, Pramuka, Pelajar, Tokoh Masyarakat, Tokoh Agama, anggota kelompok keagamaan, tokoh adat dan sebagainya.

Upaya memutus mata rantai TBC di masyarakat membutuhkan peningkatan kapasitas kader sebagai ujung tombak dalam penemuan dan pendampingan orang dengan TBC. Pelibatan kader dalam program penanggulangan TBC mewujudkan upaya berbasis masyarakat dan untuk masyarakat. Sebagai bentuk upaya memandirikan masyarakat dalam mengatasi permasalahan TBC, akan dilakukan pelatihan bagi kader untuk melaksanakan perannya yang mencakup, yaitu:

1. Melaksanakan kegiatan Investigasi Kontak Rumah Tangga
2. Melaksanakan Investigasi Kontak Non Rumah Tangga
3. Melakukan edukasi Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT)
4. Melakukan komunikasi efektif
5. Mengetahui peran dan fungsi kader dan koordinator kader
6. Prosedur Pengambilan, Pengemasan, dan Pengiriman Spesimen Dahak

### Tujuan

1. Melakukan penyegaran dan pelatihan ulang, termasuk untuk kader yang sudah tidak aktif, tentang melakukan investigasi kontak, penemuan suspek dan pendampingan pengobatan pasien TBC semua tipe serta pencatatan dan pelaporannya.
2. Jika jumlah kader aktif tidak memenuhi kuota peserta pelatihan, SSR bisa melakukan rekrutmen dan pelatihan untuk kader baru. Kader baru yang mengikuti kegiatan diprioritaskan kader yang berasal pada kecamatan yang belum diintervensi.
3. Meningkatkan pemahaman dan kemampuan kader TBC komunitas dalam melaksanakan kegiatan penanggulangan TBC di masyarakat yang berpusat pada kebutuhan pasien dan tanpa stigma dan diskriminasi

## **Kegiatan**

1. Bentuk kegiatan: Full day Meeting
2. Pelatihan penyegaran untuk kader dilaksanakan selama 3 hari di aula Dinas Kesehatan Kab/Kota atau tempat yang representatif dengan rincian sebagai berikut:
  - Pelaksanaan pelatihan penyegaran kader dilaksanakan selama 3 hari di kelas. Pelatihan dapat dilaksanakan dengan jeda waktu, sehingga tidak selama tiga hari berturut-turut.
  - Pelatihan untuk 30 kader komunitas di setiap 168 Kab/Kota yang melanjutkan dari periode implementasi 2018-2020. Kegiatan dilaksanakan selama 3 hari mengikuti detail format dan alur pelatihan menggunakan modul-modul yang disediakan oleh PR Konsorsium Penabulu-STPI

## **Alur Kegiatan**

1. Persiapan; SSR bersama Puskesmas dan aparat pemerintah Desa/Kecamatan mengidentifikasi kader yang membutuhkan pelatihan penyegaran ATAU identifikasi calon kader TBC potensial berdasarkan beban kasus TBC di Puskesmas/Kecamatan. Proses identifikasi menggunakan lembar check list standar. Kemudian SSR bersama Puskesmas melakukan validasi keberadaan dan kesanggupan/ komitmen calon kader TBC.
2. Persiapan pelatihan; perlu dilakukan briefing antara SSR dengan tim fasilitator untuk memastikan peran masing-masing fasilitator, kesiapan konten materi pelatihan dan kelengkapan materi narasumber, jadwal acara, dan persiapan kehadiran peserta training. Pelatihan sesi kelas dapat dilakukan terjadwal, dan menggunakan fasilitas ruang kelas yang ada di Dinas Kesehatan/ Puskesmas / Pendopo Kecamatan/ Desa.
3. Pelaksanaan pelatihan; dilaksanakan sesuai jadwal yang disepakati, dimulai dengan pre-test, diakhiri dengan post test. Pelatihan penyegaran hanya sesi kelas, tidak ada sesi lapang. Untuk kader baru, praktik lapang dapat dilakukan pendampingan oleh kader lama/koordinator kader.
4. Kegiatan menggunakan modul yang sudah dikembangkan oleh PR Konsorsium Komunitas PB-STPI <https://bit.ly/3YvsWli>

## **Peserta**

Pelaksanaan peserta refreshment sejumlah 30 kader per Kabupaten/Kota (termasuk koordinator kader).

1. Narasumber 2 orang narasumber (1 orang dinkes dan 1 orang organisasi).
2. Fasilitator 2 orang fasilitator dari Kab/Kota (Fasil terlatih dari Dinkes/Puskesmas/Organisasi)
3. Panitia 2 orang staf SSR Stationary 30 peserta

## **Output**

1. Adanya 30 kader yang memperbaharui pengetahuan dan keterampilan dalam upaya penanggulangan TBC yang dibuktikan dengan sertifikat partisipasi kegiatan
2. Hasil post-test peserta pelatihan harus rata-rata mencapai 80%, jika dibawah 80% SSR akan memberikan pendampingan/coaching kepada yang bersangkutan

## **Laporan**

1. Laporan narasi kegiatan dilampirkan pada saat melakukan PERTUM, laporan narasi menggunakan template yang sudah ditentukan oleh PR
2. Pertum dilakukan maksimal 1 minggu setelah selesai kegiatan
3. Hasil pre dan post test

### Deskripsi Kegiatan

Salah satu akar masalah terkait rendahnya capaian program Tuberkulosis Resisten Obat (TBC RO) adalah terbatasnya peran dan dukungan berbasis komunitas (*Acceleration Plan for GF Visit*, 2018). Hal tersebut melandasi strategi lima dalam nasional program TBC yaitu 'Peningkatan peran serta komunitas, mitra, dan multisektor lainnya dalam eliminasi TBC' dengan target dimana 28 provinsi di Indonesia memiliki jejaring penyintas pasien TBC/*peer support*.

Konsorsium Penabulu-STPI (PB-STPI) memiliki wilayah kerja 30 provinsi dimana 14 diantaranya termasuk provinsi prioritas dalam Rencana Akselerasi TBC RO Kementerian Kesehatan RI. Saat ini telah terbentuk 18 kelompok pasien dan penyintas TBC di 11 provinsi diantara 16 provinsi Akselerasi TBC RO. Namun, hanya 4 provinsi yang memiliki jejaring penyintas TBC RO dengan entitas legal. Terdapat 7 provinsi dengan kelompok penyintas yang belum memiliki status legal dan 5 provinsi yang belum memiliki jaringan pasien dan penyintas. Diantara 5 provinsi yang belum memiliki jaringan, hanya 3 provinsi yang termasuk dalam program GF TB komunitas tahun 2021-2023.

Untuk mendukung upaya penguatan peran serta komunitas terdampak TBC di Indonesia, Konsorsium PB-STPI akan memfasilitasi kelompok pasien dan penyintas mendapatkan entitas legal agar mampu memobilisasi sumber daya swasta maupun pemerintah. Selain itu, melalui SR Tematik Nasional, Konsorsium PB-STPI akan mendukung pembentukan kelompok pasien dan penyintas baru yang akan diikuti dengan proses legal entitasnya.

### Kegiatan

1. Untuk pembentukan OMP:
  - Komponen pertama kegiatan adalah pertemuan konsolidasi AD/ART selama 5 hari. Lokasi rapat diutamakan di kantor Dinas Kesehatan/ruang rapat Rumah Sakit.
  - SR Tematik Nasional akan berkoordinasi dengan SR provinsi untuk pengembangan landasan hukum organisasi kemasyarakatan bersama kelompok pasien/penyintas TBC di Ibu Kota provinsi.
  - Komponen kedua adalah biaya registrasi dengan bantuan notaris (max. Rp 7.000.000) yang akan diberikan sesuai kebutuhan masing-masing daerah
2. Untuk dukungan legalitas;
  - Komponen kedua adalah biaya registrasi dengan bantuan notaris (max. Rp 7.000.000) yang akan diberikan sesuai kebutuhan masing-masing daerah

### Timeline

1. Target 2021 dan 2022 adalah mendukung kelompok pasien dan penyintas TBC RO yang sudah terbentuk dan belum memiliki status legal untuk mendirikan dengan rincian;
  - 2021: 3 provinsi (@ 1 organisasi/provinsi)
  - 2022: 4 provinsi (@ 1 organisasi/provinsi)
2. Pada tahun 2023, SR Tematik akan mengupayakan pembentukan 5 organisasi pasien dan penyintas TBC RO baru dengan status legal di beberapa provinsi bersama Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten sebagai berikut: Aceh, Maluku, Sumatera Selatan, Sulawesi Utara, Kalimantan Barat (@ 1 organisasi/provinsi)

**Peserta**

3 anggota kelompok pasien dan penyintas TBC

**Narasumber**

1 Tenaga Ahli Klinis RS PMDT

1 Perwakilan P2P Dinkes Provinsi

**Panitia**

Staf SR provinsi

1 staf SR tematik

**Output**

Dari setiap organisasi di setiap provinsi:

1. Akta pendirian dengan memuat AD dan ART
2. Daftar program kerja
3. Surat keterangan domisili organisasi
4. Nomor Pokok Wajib Pajak atas nama organisasi
5. Surat keputusan pengesahan status badan hukum

**Laporan**

1. Laporan narasi kegiatan dilampirkan pada saat melakukan PERTUM, laporan narasi menggunakan template yang sudah ditentukan oleh PR
2. Daftar hadir (screenshot dan pengisian formulir)
3. Foto kegiatan
4. Laporan PERTUM maksimal dilakukan 1 minggu setelah selesai kegiatan

### Deskripsi Kegiatan

Global Tuberculosis Report (GTR) 2022 mengestimasi terdapat 969.000 kasus tuberkulosis baru (satu orang setiap 33 detik) di Indonesia dan menempatkan sebagai negara kedua dengan kasus TBC terbanyak di dunia setelah India. Angka tersebut naik 17% dari tahun 2020 yaitu sebanyak 824.000 kasus. Insidensi kasus TBC di Indonesia adalah 35 per 100.000 penduduk yang artinya setiap 100.000 orang di Indonesia terdapat 354 orang diantaranya yang menderita TBC. Angka kematian akibat TBC di Indonesia mencapai 150.000 kasus (satu orang setiap 4 menit), naik 60% dari tahun 2020 sebanyak 93.000 kasus kematian akibat TBC. Dengan tingkat kematian sebesar 55 per 100.000 penduduk<sup>3</sup>

Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin, menargetkan mulai Januari tahun 2023 penemuan insiden TBC harus mencapai 60.000 per bulan by name and address. Salah satu upaya untuk mewujudkan target tersebut Menteri Kesehatan mengarahkan untuk menggencarkan kegiatan penemuan kasus TBC dengan screening X-Ray dan Pemberian Terapi Pencegahan (TPT) TBC pada kontak serumah pasien TBC<sup>4</sup> Untuk dapat mencapai target tersebut sebagai bagian dari strategi menuju tujuh tahun eliminasi TBC pada tahun 2030 diperlukan dukungan, kerjasama dan kolaborasi multisektor, masyarakat dan pihak yang berkepentingan lainnya baik ditingkat pusat, daerah dan masyarakat untuk mengoptimalkan upaya kesehatan masyarakat, upaya kesehatan individu di fasilitas kesehatan dan mengupayakan system yang tangguh dan berkelanjutan untuk kesehatan dalam mencapai eliminasi TBC. Proses Kerjasama dan kolaborasi berbagai pihak dalam mendorong dan mempengaruhi percepatan eliminasi TBC salah satunya melalui Peringatan Hari TB Sedunia (HTBS). Momentum HTBS digunakan oleh PR Konsorsium PB-STPI untuk mendiseminasikan peran dan kontribusi komunitas dalam menggalang sumberdaya untuk mendapatkan dukungan nyata dan bermakna dari berbagai para pihak.

Peringatan Hari TB Sedunia (HTBS) setiap tahun dimaksudkan untuk meningkatkan peran serta masyarakat dan pemangku kebijakan dalam mendukung program pengendalian TBC serta menempatkan TBC sebagai isu utama dalam semua sektor di berbagai elemen masyarakat. Selain itu, rangkaian kegiatan yang dilaksanakan juga sebagai upaya penyebaran informasi TBC kepada masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran serta kepedulian terkait dengan peran penemuan kasus dan diagnosis, pencegahan melalui pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT) pada kontak serumah pasien TBC, akses perawatan hingga pengobatan TBC yang dimulai dari diri sendiri dan keluarga.

Tema TB Day Tahun 2023 yang diangkat oleh PR Komunitas adalah ***“Menuju Tujuh (7) Tahun Target Eliminasi TBC: TPT yang aman untuk menjaga keluarga tetap sehat”***

Berdasarkan pemaparan ketua Tim Kerja ( Timja) Tuberkulosis Kemenkes, dr Tiffany Tiara Pakasi, MA yang disampaikan pada acara Outlook TBC 2023 yang diselenggarakan PR komunitas, capaian indikator treatment coverage sebesar 72%, Treatment Success Rate sebesar 84%, Enrollment Rate

<sup>3</sup> <https://yki4tbc.org/laporan-kasus-tbc-global-dan-indonesia-2022/>

<sup>4</sup> <https://www.kemkes.go.id/article/view/22111000003/mulai-januari-2023-penemuan-kasus-tbc-ditargetkan-60-ribu-per-bulan.html>

TBC RO sebesar 57%, Capaian Treatment Success Rate TBC RO sebesar 51% dan capaian kontak serumah menerima TPT pada tahun 2022 sebesar 14.128 (1,03%) dari target tahun 2022 sebesar 48%.

Dari 5 indikator yang dijelaskan di atas, capaian indikator kontak serumah menerima TPT masih jauh dari target yang diharapkan dan perlu menjadi agenda mendesak dan sangat penting untuk diperhatikan oleh seluruh pemangku kepentingan dari tingkat pusat, daerah dan Masyarakat serta diperlukan upaya kolaborasi yang kuat tenaga kesehatan dan komunitas dan dukungan dari stakeholder dari level provinsi, Kab/Kota sampai tingkat kecamatan dan kelurahan/desa.

Kendala dan tantangan utama Pemerintah Indonesia sejak tahun 2016 pada intervensi Pemberian PP INH, diantaranya adalah (1) kurangnya pengetahuan masyarakat tentang pentingnya PP INH (2) kurangnya kapasitas tenaga kesehatan dalam mendiagnosis dan memberikan PP INH serta (3) kurangnya fasilitas penunjang untuk pemeriksaan ILTB di layanan.<sup>5</sup> Tantangan tersebut sejalan dengan dengan pengalaman komunitas dalam melaksanakan pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT) selama dua (2) tahun terakhir, antara lain: (a) masih rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat mengenai Infeksi Laten Tuberkulosis ( ILTB) dan Terapi Pencegahan TBC ( TPT), termasuk keamanan pemberian TPT; (b) sehingga masih terjadi penolakan yang datang dari orang tua/wali/keluarga anak dengan faktor risiko TBC yang kontak serumah dengan pasien TBC serta (c) pemahaman pada tenaga kesehatan yang masih bervariasi terhadap perlu atau tidaknya Pemberian TPT, serta (d) ketersediaan dan jaminan keberlanjutan logistik TPT di fasilitas kesehatan.

Pemberian pengobatan pencegahan TBC salah satu strategi nasional eliminasi TBC yang tertuang dalam Peraturan Presiden no 67 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis "*Pemberian obat pencegahan sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 9 huruf e ditujukan kepada kontak dengan pasien TBC, orang dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV)/acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) yang tidak terbukti menderita TBC*".

Pemberian TPT harus diimplementasikan secara komprehensif di layanan TBC dan sistem kesehatan. Pasien yang terdiagnosa TBC, maka kontak serumah, khususnya anak menjadi kesatuan penerima layanan TBC. Oleh karena itu, diperlukan upaya terintegrasi untuk dapat memberikan intervensi pendampingan pengobatan dan pencegahan TBC disertai dengan optimalisasi pelayanan tidak hanya dilakukan di layanan pemerintah, namun juga termasuk layanan swasta melalui pendekatan *District-based Public-Private Mix*.

Untuk dapat mengimplementasikan Pemberian TPT, diperlukan kolaborasi antar pihak agar dapat mengupayakan ketersediaan logistik TPT, terbentuknya jejaring pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta serta memobilisasi kelompok rentan dan berisiko tersebut ke pelayanan kesehatan. Untuk mendukung upaya pemerintah Indonesia, maka Komunitas Penabulu-STPI ikut serta dalam berkontribusi pada intervensi Pemberian TPT. Hal ini dilakukan dengan upaya kader TBC pada kegiatan investigasi kontak, penyuluhan, kampanye dan pemberian motivasi terkait TPT kepada kontak serumah maupun sasaran berisiko tinggi, termasuk merujuk anak dibawah usia lima tahun yang kontak serumah dengan pasien TBC.

Untuk dapat mengakomodir tantangan tersebut, maka Tim Kerja Komunitas menginisiasi rangkaian advokasi, kemitraan dan kampanye publik terkait Pemberian TPT dalam kegiatan HTBS 2023. Melanjutkan tema/slogan yang diresonansikan pada peringatan HTBS sebelumnya "*Kita Jaga Kader,*

---

<sup>5</sup> Kementerian Kesehatan. (2021). Petunjuk Teknis Penanganan ILTB. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

*Kader Jaga Kita*” dan *“Yes We Can! Eliminate TB”*, serta dengan slogan TOSS TBC, Temukan TBC, Obati Sampai Sembuh, keberadaan Kader, MK dan PS masih menjadi salah satu pemeran kunci dalam mendukung Eliminasi TBC tahun 2030. Kader, MK dan PS, merupakan garda terdepan dari program berbasis komunitas, salah satunya mendukung kegiatan Investigasi Kontak pada lingkungan pasien TBC di masyarakat. Melalui semangat TOSS TBC, peran keluarga juga sangat dibutuhkan untuk membangun perlindungan keluarga dari penyakit TBC dan membangun kesadaran diri untuk berobat jika memiliki gejala penyakit TBC. Kader, MK dan PS yang merupakan pejuang komunitas untuk berbagai isu, menempatkan dirinya sebagai garda terdepan dengan potensi dan kapasitasnya adalah kunci dari segala bentuk model rekayasa sosial yang dijalankan di masyarakat.

Peringatan HTBS pada dasarnya berupa kampanye untuk menyadarkan publik bahwa TBC masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia dan merupakan penyakit menular yang dapat menyebabkan kematian. Beberapa rangkaian kegiatan peringatan HTBS akan dilaksanakan oleh PR TB Konsorsium Komunitas, mulai dari level SR (Provinsi) dan SSR (Kota/Kabupaten) serta rangkaian puncak pelaksanaan HTBS pada level PR. Untuk dapat menutup rangkaian HTBS, maka PR PB-STPI secara strategis mengadakan rangkaian Peringatan HTBS 2023.

## **Tujuan**

1. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran serta kepedulian masyarakat pencegahan TBC melalui pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT) dan pengendalian TBC.
2. Mengedukasi masyarakat tentang pentingnya Terapi Pencegahan TBC (TPT) pada kontak serumah pasien TBC sebagai kelompok yang berisiko tinggi.
3. Meningkatkan dukungan dan komitmen pemangku kepentingan dalam memperkuat program pencegahan melalui pemberian TPT untuk mendukung eliminasi TBC.
4. Meningkatkan pemahaman para pihak terkait peran dan kontribusi komunitas dalam pencegahan dan pengendalian TBC melalui kegiatan kegiatan penemuan kasus, pemberian TPT dan pendampingan pengobatan pasien.
5. Peningkatan kapasitas staf SR/SSR dalam literasi sebagai media untuk publikasi kegiatan atau kontribusi komunitas di media cetak dan online atau kontens media sosial SR/SSR.
6. Meningkatkan partisipasi kader, MK, PS dan komunitas dalam kegiatan penemuan kasus dan pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT) kepada kontak serumah dengan pasien TBC.
7. Menyebarluaskan KIE TBC Komunitas kepada seluruh lapisan masyarakat.

## **Kegiatan**

1. Rapat persiapan dilakukan bersama Dinas Kesehatan kota/kabupaten dan mitra OMS dan sektor swasta untuk menentukan rangkaian kegiatan.
2. Kegiatan HTBS yang diselenggarakan oleh SSR Konsorsium Penabulu-STPI dapat mengoptimalkan dana yang tersedia dan melakukan penggalangan dana fundraising.
3. Kegiatan HTBS yang diselenggarakan oleh SSR dengan mengikuti panduan HTBS yang telah dikembangkan oleh PR TB Konsorsium Komunitas STPI-Penabulu sesuai dengan Panduan Nasional dari Kementerian Kesehatan RI.
4. Kegiatan HTBS dilaksanakan sejalan dengan penemuan kasus oleh kader, melalui kegiatan berbasis masyarakat sesuai kondisi daerah masing-masing. Misal: ketuk pintu, kolaborasi tracing TBC dan Covid-19, dsb.
5. Kegiatan HTBS dapat dilakukan dengan mengikuti panduan (menyusul)



Hari/tanggal: Menyesuaikan/berdekatan dengan peringatan HTBS, tanggal 24 Maret setiap tahunnya atau selama Bulan Maret.

Tempat: Disesuaikan dengan tema, slogan, target sasaran dan faktor lainnya di daerah masing-masing.

### **Peserta Kegiatan Persiapan**

Rapat persiapan di 190 kota/kabupaten

1. SSR Konsorsium Penabulu-STPI
2. Kepala Dinas Kesehatan
3. Wakil Supervisor TB
4. Kader dan pendamping pasien
5. Pasien dan keluarga pasien
6. Penyintas TBC

### **Peserta**

Menyesuaikan petunjuk teknis yang akan dibuat oleh PR Konsorsium Penabulu-STPI

### **Output**

1. Adanya peningkatan pengetahuan, kesadaran dan kepedulian masyarakat tentang Terapi pencegahan TBC (TPT) dan pengendalian TBC terutama yang dilaksanakan komunitas.
2. Adanya peningkatan dukungan dan komitmen pemangku kepentingan dalam memperkuat sistem dan layanan dalam program pencegahan melalui pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT).
3. Adanya dukungan dari Pemerintah Daerah (PEMDA) tingkat Provinsi dan Kab/Kota (Gubernur/Bupati/Walikota) dalam bentuk Surat Edaran terkait perlunya pemberian TPT bagi kontak serumah dengan pasien TBC terkonfirmasi Bakteriologis.
4. Meningkatnya kapasitas Staff SR/SSR dalam penulisan
5. Peningkatan partisipasi kader, MK, PS dan komunitas dalam penemuan kasus pemberian TPT dan pendampingan pasien TBC.
6. Terdistribusinya KIE TBC Komunitas.

### **Laporan**

1. Proceeding/Notulensi
2. Laporan Kegiatan
3. Laporan Pertanggungjawaban keuangan

#Pelaksanaan TB Day merujuk pada Petunjuk Teknis Pelaksanaan TB Day 2023 dari PR Konsorsium Penabulu-STPI

### Deskripsi Kegiatan

Sejak disahkannya UU No 6 tahun 2014 tentang Desa beserta peraturan pelaksanaannya, pemerintah desa mendapatkan amanat untuk lebih mandiri dalam mengelola pemerintahan dan berbagai sumber daya alam yang dimiliki. Segala kepentingan dan kebutuhan masyarakat desa dituntut untuk dapat diakomodasi dengan lebih baik oleh Pemerintah Desa.

Desa diberi kewenangan dalam menyelenggarakan urusan pemerintahannya. Kewenangan desa meliputi kewenangan di bidang penyelenggaraan pemerintahan desa, pelaksanaan pembangunan desa, pembinaan kemasyarakatan desa, dan pemberdayaan masyarakat desa berdasarkan prakarsa masyarakat, hak asal usul dan adat istiadat Desa.

Peran besar pemerintah desa didukung dengan adanya pendanaan yang besar bagi desa. Desa mendapatkan dukungan pendanaan yang besar melalui mekanisme Dana Desa. Dana desa adalah dana yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara yang diperuntukkan bagi desa. Dana desa ditransfer melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah kabupaten/kota dan digunakan untuk membiayai penyelenggaraan pemerintahan, pelaksanaan pembangunan, pembinaan kemasyarakatan, dan pemberdayaan masyarakat.

Setiap tahun pemerintah mengeluarkan peraturan mengenai prioritas penggunaan Dana Desa. Namun, kebijakan ini secara umum tidak mengalami perubahan dimana Dana Desa diprioritaskan untuk; a). Pembangunan Desa yang salah satu hal utamanya adalah pembangunan sarana dan prasarana untuk pemenuhan kebutuhan dasar seperti pembangunan polindes, b). Pemberdayaan masyarakat yang salah satu fokus utamanya adalah Pembentukan dan peningkatan kapasitas kader pemberdayaan masyarakat desa serta Penyelenggaraan promosi kesehatan dan gerakan hidup bersih dan sehat.

Prioritas tersebut sejalan dengan UU No 39 tentang Kesehatan. Dalam sistem Kesehatan Nasional, tujuan dari Sistem Pemberdayaan Masyarakat adalah meningkatnya kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat, mampu mengatasi masalah kesehatan secara mandiri, berperan aktif dalam, setiap pembangunan kesehatan, serta dapat menjadi penggerak dalam mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan. Diperlukan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), agar upaya kesehatan lebih mudah diakses (*accessible*), lebih terjangkau (*affordable*), serta lebih berkualitas (*quality*).

Desa dengan kewenangan besar dan dukungan pendanaan bisa menjalankan UKBM. Salah satu yang penting bagi Desa—khususnya di daerah *slum*, *dusty area*—adalah permasalahan terkait TB. Dana Desa bisa dimanfaatkan untuk upaya penanggulangan TB di tingkatan Desa. Dana Desa bisa dimanfaatkan untuk aspek pembangunan desa dengan menyediakan sarana dan prasarana pelayanan Kesehatan juga untuk membiayai pemberdayaan masyarakat untuk penguatan kader desa dalam promosi Kesehatan terkait TB, pendukung penemuan kasus dan dukungan perawatan dan pengobatan bagi pasien TB.

Kewenangan Desa ini tentu saja harus didukung oleh komitmen kepala daerah dalam mengatur penggunaan dana desa dalam penguatan penanggulangan TB. Sejak Dana Desa dianggarkan dan disalurkan ke Desa, belum pernah dilakukan studi untuk menggali lebih banyak informasi tentang hambatan dan cerita sukses dalam penggunaan dana desa untuk penanggulangan TB baik di tingkat Desa itu sendiri maupun di tingkat kabupaten melalui dukungan kebijakan dari Kepala Daerah. Studi

akan dilakukan oleh PR melalui konsultan yang dipilih melalui mekanisme pengadaan jasa dengan *steering committee*. Studi akan dilakukan pada Q4 atau akhir tahun pertama pelaksanaan program.

### Tujuan

1. Mendapatkan informasi yang lengkap dan utuh tentang cerita sukses pemanfaatan dana desa dalam program penanggulangan TB.
2. Menarik pembelajaran dari studi kasus pemanfaatan dana desa untuk direplikasi di wilayah lain
3. Sebagai bahan untuk mendorong perubahan kebijakan (*evidence based advocacy*) di wilayah-wilayah yang memiliki potensi yang sama dalam pemanfaatan dana desa untuk penanggulangan TB

### Bentuk Kegiatan

1. Studi kualitatif yang dilakukan dengan metode:
  - o Desk research untuk pengumpulan informasi awal
  - o Field research melalui observasi, *in depth interview*,
  - o FGD untuk konfirmasi, validasi serta menggali informasi lebih mendalam
2. Studi akan dilakukan oleh konsultan
3. Studi diprioritaskan berupa *action research* di 10 kabupaten sebagai wilayah penelitian.

### Output

1. Pengumpulan data dan informasi tentang penggunaan dana desa untuk program TB
2. Adanya hasil studi tentang dana desa dan program penanggulangan TB

### Laporan:

1. Hasil studi dikumpulkan oleh konsultan max. 2 minggu setelah konten dan format laporan disetujui oleh PR Konsorsium Penabulu-STPI
2. Draft panduan penggunaan dana desa untuk Eliminasi TBC

### Kegiatan dilaksanakan oleh SR Tematik di 10 kabupaten SSR wilayah industrial

No	Provinsi	Kab/Kota
1	Jawa Timur	Gresik
2	Jawa Timur	Kab. Sidoarjo
3	Sumatera Utara	Deli Serdang
4	Banten	Kab. Tangerang
5	Banten	Kab. Serang
6	Jawa Barat	Purwakarta
7	Jawa Barat	Kab. Bekasi
8	Jawa Barat	Kab. Bogor
9	Jawa Barat	Karawang

10	Jawa Barat	Subang
<b>Total</b>	4 Provinsi	10 kabupaten

### Deskripsi kegiatan

Pemerintah Indonesia saat ini sudah berkomitmen untuk melakukan upaya penanggulangan TBC dengan menjadikannya sebagai prioritas nasional dengan target Indonesia dapat terbebas dari TBC pada tahun 2030. Presiden Joko Widodo pada 29 Januari 2020 menyatakan bahwa diperlukan dukungan lintas sektor guna mencapai target tersebut. Namun hingga saat ini, desa jarang mendapatkan perhatian dalam diskursus penanggulangan TBC di Indonesia. Berdasarkan data PDDI Kemendes, Indonesia memiliki 74.954 Desa. Desentralisasi pemerintahan hingga tingkat desa dan banyaknya desa menjadi modal utama dalam percepatan upaya eliminasi TBC.

Sebagai salah satu intervensi untuk meningkatkan pembangunan daerah rural adalah Dana Desa (DD) dan Alokasi Dana Desa (ADD) yang dapat digunakan untuk infrastruktur dan pemberdayaan masyarakat. Selama beberapa tahun terakhir, Kesehatan mulai menjadi perhatian untuk prioritas alokasi DD dan ADD terutama kesehatan anak dibawah lima tahun melalui Posyandu dan lansia melalui Posbindu. Hal ini menjadi peluang untuk kelompok masyarakat mengadvokasi agar komitmen dan dukungan Pemerintah Pusat untuk mengakhiri TBC mencapai masyarakat desa.

Peran serta masyarakat di tingkat desa perlu difasilitasi oleh pemerintah desa mengikuti Strategi Nasional Tuberkulosis 2020-2024. Tuberkulosis sudah masuk ke dalam daftar kegiatan prioritas bidang pemberdayaan masyarakat desa dan dapat disesuaikan dengan kewenangan Desa dan diputuskan dalam musyawarah desa agar difasilitasi dalam pembiayaan daerah. Dalam mewujudkan penanggulangan TBC di tingkat Desa, pemerintahan desa membutuhkan panduan untuk mengarahkan APBD Desa, regulasi untuk penanggulangan TBC di desa, dan sensitisasi isu TBC pada pemerintah desa.

### Tujuan

Mengadvokasi pemangku kepentingan di Kementerian/Lembaga dan organisasi masyarakat sipil di bidang kesehatan serta pembangunan desa untuk menyusun kerangka panduan penggunaan Dana Desa untuk upaya penanggulangan TBC berbasis masyarakat

### Bentuk Kegiatan

1. Aktivitas ini adalah pertemuan lokakarya yang diinisiasi oleh PR TB Konsorsium Penabulu-STPI bekerja sama dengan PR TB Kementerian Kesehatan dan PR RSSH.
2. Kegiatan ini adalah tindak lanjut dari kegiatan riset pemanfaatan dana desa (BL 67) dengan bahan telaah hasil FGD pemangku kepentingan nasional
3. Fasilitator pertemuan dari tim konsultan dan dapat dibantu panitia dari tim PR TB Konsorsium Penabulu-STPI.

### Peserta

15 participants (Luring) - *menyesuaikan*

1. Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, KEMKES
2. Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Langsung, KEMKES
3. Direktorat Pelayanan Dasar Sosial, KEMENDES PDTT
4. Direktorat Anggaran Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, KEMENKEU
5. Direktorat Gizi dan Kesehatan Masyarakat, BAPPENAS
6. Komite Ahli Tuberkulosis (KOMLI TB)
7. Perhimpunan Organisasi Pasien Tuberkulosis

8. WHO Indonesia
9. Stop TB Partnership Indonesia
10. Yayasan Penabulu
11. OMS dengan fokus pada anggaran (e.g. Sekretariat Nasional FITRA/dsb.)
12. OMS dengan fokus pada bidang kesehatan dalam pembangunan desa (e.g. PATTIRO/KOMPAK/dsb.)
13. Asosiasi Dinas Kesehatan Indonesia (ADINKES)
14. Asosiasi Pemerintah Desa Seluruh Indonesia (APDESI)
15. Asosiasi Pemerintah Kabupaten Seluruh Indonesia (APKASI)

*Kegiatan dapat ditayangkan secara daring untuk partisipasi langsung lebih banyak peserta*

**Narasumber**

2 narasumber nasional

- Kementerian PDTT
- Kementerian Kesehatan

**Fasilitator**

1 Fasilitator pertemuan adalah tim konsultan riset

**Output**

Poin-poin kesepakatan untuk menyusun kebijakan penanggulangan TBC berbasis masyarakat desa yang mencakup upaya pencegahan TBC, penemuan kasus di masyarakat, dan pendampingan pasien sampai sembuh.

**Laporan**

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan:

- Daftar hadir
- Laporan narasi kegiatan
- Laporan PJUM

### Deskripsi kegiatan

Pemerintah Indonesia saat ini sudah berkomitmen untuk melakukan upaya penanggulangan TBC dengan menjadikannya sebagai prioritas nasional dengan target Indonesia dapat terbebas dari TBC pada tahun 2030. Presiden Joko Widodo pada 29 Januari 2020 menyatakan bahwa diperlukan dukungan lintas sektor guna mencapai target tersebut. Namun hingga saat ini, desa jarang mendapatkan perhatian dalam diskursus penanggulangan TBC di Indonesia. Berdasarkan data PDDI Kemendesa, Indonesia memiliki 74.954 Desa. Desentralisasi pemerintahan hingga tingkat desa dan banyaknya desa menjadi modal utama dalam percepatan upaya eliminasi TBC.

Sebagai salah satu intervensi untuk meningkatkan pembangunan daerah pedesaan adalah Dana Desa (DD) dan Alokasi Dana Desa (ADD) yang dapat digunakan untuk infrastruktur dan pemberdayaan masyarakat. Selama beberapa tahun terakhir, Kesehatan mulai menjadi perhatian untuk prioritas alokasi DD dan ADD terutama kesehatan anak dibawah lima tahun melalui Posyandu dan lansia melalui Posbindu. Hal ini menjadi peluang untuk kelompok masyarakat mengadvokasi agar komitmen dan dukungan Pemerintah Pusat untuk mengakhiri TBC mencapai masyarakat desa.

Peran serta masyarakat di tingkat desa perlu difasilitasi oleh pemerintah desa sejalan dengan Strategi Nasional Tuberkulosis 2020-2024. Tuberkulosis sudah masuk ke dalam daftar kegiatan prioritas bidang pemberdayaan masyarakat desa dan dapat disesuaikan dengan kewenangan Desa dan diputuskan dalam musyawarah desa agar difasilitasi dalam pembiayaan daerah. Pada 2021, SR Tematik mengoordinasikan penelitian "Optimalisasi Pemanfaatan Dana yang Ada di Desa sebagai Pendukung Program Penanggulangan TBC". Menindaklanjuti rekomendasi hasil penelitian tersebut, maka diperlukan upaya advokasi dengan keluaran adanya Peraturan Bupati/Walikota (kabupaten/kota) untuk menetapkan pemanfaatan dana yang ada di desa. Strategi dan rasionalisasi proses advokasi tersebut adalah

Dasar kebijakan. (1) Peraturan Pemerintah 43 tahun 2014, tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa; (2) Permendesa PDTT 21/2020 tentang Pedoman Umum Pembangunan Desa dan Pemberdayaan Masyarakat Desa; (3) Peraturan Presiden No.67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan TBC.

Dalam pembangunan desa, terdapat prasyarat perencanaan di bidang kesehatan yang perlu dilihat keterpaduannya dengan pembangunan daerah. Sehingga upaya/intervensi di bidang kesehatan sudah menjadi kewajiban bagi pemerintah desa. Dalam konteks perencanaan pembangunan desa, terdapat dua dokumen utama yakni (1) Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa (RPJM Desa) yang menjadi acuan pembangunan desa dalam 6 tahun; (2) Rencana Kerja Pemerintah Desa (RKP Desa) yang merupakan dokumen penjabaran dari RPJM Desa untuk jangka waktu satu tahun. Dalam hal ini, petunjuk teknis penyusunan RPJM Desa dan RKP Desa serta petunjuk teknis pelaksanaan kegiatan pembangunan desa diatur dengan peraturan bupati/walikota. Sehingga Pemerintah Kab/Kota memiliki peran dalam memberikan penetapan kewenangan desa sesuai dengan peraturan undang-undang.

Oleh karena itu, untuk menanggulangi TBC dari dapat dilakukan dengan komitmen kebijakan di tingkat kab/kota. Upaya pencegahan, pengendalian TBC yang akan dikelola oleh Desa dengan

sumber pembiayaan dari keuangan desa harus masuk ke dalam peraturan Bupati/Walikota tentang daftar kewenangan desa berdasarkan hak asal-usul dan kewenangan lokal berskala desa.

Hal tersebut sejalan dengan mandat Perpres yang menyebutkan bahwa dalam penyelenggaraan penanggulangan TBC berbasis kewilayahan diperlukan pembentukan desa siaga TBC yang berfungsi optimal berlandaskan situasi dan nilai budaya setempat untuk dorong tercapainya kab/kota yang bebas TBC. Lebih lanjut, dalam rangka meningkatkan upaya pemberdayaan masyarakat untuk pencegahan dan pengendalian TBC, maka perlu adanya alokasi dana desa dalam intervensi percepatan eliminasi TBC.

Dalam mewujudkan penanggulangan TBC di tingkat Desa, pemerintahan desa membutuhkan panduan untuk mengarahkan APBD Desa, regulasi untuk penanggulangan TBC di desa, dan sensitisasi isu TBC pada pemerintah desa. Oleh karena itu, diperlukan adanya kegiatan lokakarya advokasi pemanfaatan dana desa yang melibatkan pihak pemerintah daerah.

### **Tujuan**

1. Mengadvokasi pemerintah daerah (eksekutif dan legislatif) dalam merencanakan dan menganggarkan upaya penanggulangan tuberkulosis berbasis masyarakat di Desa.
2. Mengembangkan acuan mengenai operasional pengusulan dan penggunaan DD/ADD untuk mendukung implementasi penanggulangan tuberkulosis berbasis masyarakat.
3. Mengadvokasikan adanya pencantuman/klausul upaya pencegahan dan penanggulangan TBC dalam Peraturan Penetapan Kewenangan dan Pemanfaatan Dana di Desa.

### **Bentuk Kegiatan**

1. Lokakarya akan dilakukan selama 1 hari (full-day meeting) di 10 kabupaten/kota wilayah industrial.
2. Metode pertemuan adalah curah pendapat, diskusi terfokus dan partisipatif.
3. Pada tahun 2022, SR Tematik akan berkoordinasi dengan SR dan SSR wilayah intervensi untuk memberikan *briefing* konten dan teknis sesuai dengan rencana advokasi.
4. Pada tahun 2023, kegiatan BL.69 akan dikelola oleh SSR dan berkoordinasi dengan SR. Kegiatan akan dilaksanakan 4 kali dalam setahun (1 kali/Quartal).
5. Dalam perencanaan di desa terdapat linimasa yang perlu diperhatikan. RKP Desa disusun pada Juli tahun berjalan dan ditetapkan pada akhir September tahun berjalan. Sehingga, upaya advokasi di tingkat kab/kota perlu dilakukan dalam kurun waktu 6 bulan sebelum RKP tahun 2024 ditetapkan. Atau dapat diupayakan untuk mengadvokasikan RKP Desa Perubahan tahun berjalan.
6. Peluang kemitraan: RSSH ADINKES diketahui juga bergerak pada isu advokasi dana desa dan masuk dalam konteks kemitraan dana desa. Hal ini dapat berpeluang untuk menjadi mitra kerja proses advokasi di 10 Kab/Kota (9 dari 10 Kab/kota beririsan dengan ADINKES).



7. Dengan adanya pertemuan inisiasi pada tahun 2022, maka tahun 2023 akan fokus pada 4 agenda advokasi utama yakni:

Keg	Agenda	Keluaran
1, Q1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasi perkembangan hasil advokasi tahun 2022 dan perkembangan RTL.</li> <li>2. Informasi Analisa situasi TBC berdasarkan desa di kab/kota tahun 2022.</li> <li>3. Diskusi dan curah pendapat terkait tantangan (dari aspek administrasi, proses dan implementasi) dalam penganggaran TBC di tingkat desa.</li> <li>4. Diskusi dan curah pendapat terkait strategi untuk mendapatkan penganggaran TBC di tingkat desa.</li> <li>5. Diskusi dan curah pendapat terkait kebutuhan pembentukan satuan tugas/gugus/kelompok kerja untuk advokasi poin 3 dan 4.</li> <li>6. Penyusunan RTL 3 bulan untuk tahapan advokasi anggaran dana desa.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dihasilkannya informasi perkembangan advokasi tahun 2022 dan perkembangan RTL.</li> <li>2. Tersedianya Analisa situasi TBC tahun 2022 berdasarkan desa di kab/kota terkait.</li> <li>3. Dihasilkannya informasi terkait tantangan dalam penganggaran TBC di tingkat desa.</li> <li>4. Dihasilkannya kesepakatan strategi untuk mendapatkan penganggaran TBC di tingkat desa.</li> <li>5. Dihasilkannya kesepakatan untuk kebutuhan pembentukan tim kerja dalam advokasi anggaran dana desa.</li> <li>6. Dihasilkannya kesepakatan RTL 3 bulan untuk tahapan advokasi anggaran dana desa.</li> </ol>
2, Q2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasi perkembangan hasil advokasi dan perkembangan RTL pertemuan Q1.</li> <li>2. Penyusunan rasionalisasi (draft factsheet) usulan adanya pencantuman/klausul upaya pencegahan dan penanggulangan TBC dalam Peraturan Penetapan Kewenangan dan Pemanfaatan Dana di Desa.</li> <li>3. Penyusunan usulan untuk kegiatan TBC dalam rapat RKP Desa.</li> <li>4. Pemetaan wilayah prioritas desa dengan kasus TBC tertinggi.</li> <li>5. Diskusi untuk rencana kerja sensitisasi isu TBC pada desa dengan kasus TBC tertinggi.</li> <li>6. Diskusi dan curah pendapat terkait peluang mengajukan advokasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dihasilkannya informasi perkembangan advokasi dan RTL pertemuan Q1.</li> <li>2. Dihasilkannya dokumen rasionalisasi (draft factsheet) usulan adanya pencantuman/klausul upaya pencegahan dan penanggulangan TBC dalam Peraturan Penetapan Kewenangan dan Pemanfaatan Dana di Desa.</li> <li>3. Tersedianya dokumen usulan kegiatan TBC dalam rapat RKP Desa.</li> <li>4. Tersedianya informasi wilayah prioritas desa dengan kasus TBC tertinggi</li> </ol>

Keg	Agenda	Keluaran
	<p>anggaran dana desa pada RKP Desa Perubahan tahun 2023.</p> <p>7. Penyusunan RTL 3 bulan untuk tahapan advokasi Peraturan Penetapan Kewenangan dan Pemanfaatan Dana di Desa.</p>	<p>5. Dihasilkannya rencana kerja sensitisasi isu TBC pada desa dengan kasus TBC tertinggi.</p> <p>6. Dihasilkannya kesepakatan terkait advokasi anggaran dana desa pada RKP Desa Perubahan tahun 2023.</p> <p>7. Dihasilkannya kesepakatan RTL 3 bulan untuk tahapan advokasi anggaran dana desa.</p>
3, Q3	<p>1. Informasi perkembangan hasil advokasi dan perkembangan RTL pertemuan Q2.</p> <p>2. Diskusi finalisasi usulan untuk RKP Desa 2024.</p> <p>3. Diskusi dan curah pendapat terkait perkembangan dan RTL usulan Peraturan Penetapan Kewenangan dan Pemanfaatan Dana di Desa.</p> <p>4. Diskusi dan curah pendapat terkait perluasan untuk sensitisasi isu TBC di desa prioritas.</p> <p>5. Penyusunan RTL 3 bulan untuk tahapan advokasi Peraturan Penetapan Kewenangan dan Pemanfaatan Dana di Desa.</p>	<p>1. Dihasilkannya informasi perkembangan advokasi dan RTL pertemuan Q2.</p> <p>2. Dihasilkannya dokumen final untuk usulan RKP Desa 2024.</p> <p>3. Dihasilkannya kesepakatan dan finalisasi usulan Peraturan Penetapan Kewenangan dan Pemanfaatan Dana di Desa.</p> <p>4. Dihasilkannya kesepakatan terkait perluasan sensitisasi isu TBC di desa prioritas.</p> <p>5. Dihasilkannya kesepakatan RTL 3 bulan untuk tahapan advokasi Peraturan Penetapan Kewenangan dan Pemanfaatan Dana di Desa.</p>
4, Q4	<p>1. Informasi perkembangan hasil advokasi dan perkembangan RTL pertemuan Q3.</p> <p>2. Diskusi refleksi tahunan upaya advokasi anggaran dana desa.</p> <p>3. Penyusunan rencana kerja untuk pengusulan RKP 2025.</p>	<p>1. Dihasilkannya informasi perkembangan advokasi dan RTL pertemuan Q3.</p> <p>2. Dihasilkannya informasi refleksi tahunan upaya advokasi anggaran dana desa.</p> <p>3. Dihasilkannya rencana kerja untuk pengusulan RKP 2025.</p>

- Hasil dan kesepakatan diskusi dapat menjadi bahan advokasi untuk penanggulangan TBC di wilayah kerja KMP maupun wilayah kerja Konsorsium Komunitas secara umum.

Informasi Keluaran dapat diakses pada tautan berikut: <https://bit.ly/Keluaran-Advokasi-Dana-Desa>

## Narasumber, Fasilitator dan Peserta

**Narasumber** terdiri dari 2 orang:

- Kepala Bidang P2P, Dinas Kesehatan
- Kepala Bidang Pemberdayaan Masyarakat, Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Desa

**Fasilitator** terdiri dari 1 orang: Fasilitator pemberdayaan masyarakat (dapat diusulkan dari program PNPM / PKH / Musrenbang)

### Peserta

15 orang:

1. BAPPEDA (1 orang)
2. Dinas Kesehatan (1 orang)
3. Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Desa (1 orang)
4. Pendamping Desa (2 orang)
5. Puskesmas (2 orang)
6. Kader (2 orang)
7. Kantor Kecamatan (2 orang)
8. Kantor Desa (2 orang)
9. Badan Permusyawaratan Desa (2 orang)
10. DPRD (1 orang – *tidak boleh menerima fee*)

### Struktur Anggaran:

Mengacu pada POA sesuai periode pelaksanaan kegiatan.

### Laporan Kegiatan

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan:

- Laporan narasi
- Dokumen keluaran kegiatan
- Daftar hadir pertemuan
- Dokumentasi (video, foto)
- Laporan PERTUM

## A. Wilayah Intervensi

Kegiatan dilaksanakan di 10 kabupaten SSR wilayah industrial.

No.	Provinsi	Kabupaten/Kota
1.	Jawa Timur	Gresik
2.	Jawa Timur	Kab. Sidoarjo
3.	Sumatera Utara	Deli Serdang
4.	Banten	Kab. Tangerang
5.	Banten	Kab. Serang
6.	Jawa Barat	Purwakarta

<b>No.</b>	<b>Provinsi</b>	<b>Kabupaten/Kota</b>
7.	Jawa Barat	Kab. Bekasi
8.	Jawa Barat	Kab. Bogor
9.	Jawa Barat	Karawang
10.	Jawa Barat	Subang
<b>Total</b>	<b>4 Provinsi</b>	<b>10 Kabupaten/Kota</b>

**Latar Belakang**

Menurut Global TB Report tahun 2021, Indonesia berada di peringkat ketiga di dunia dengan kasus Tuberkulosis (TBC) terbanyak. Diperkirakan estimasi insidensi sebesar 824.000 kasus atau 301 per 100.000 penduduk. Lebih lanjut, data Kemenkes RI per November 2021 menunjukkan bahwa capaian cakupan penemuan kasus TBC sebesar 33% (target 85%), angka keberhasilan pengobatan sebesar 76% (target 90%).

Situasi ini merupakan tantangan utama bagi program penanggulangan TBC di Indonesia, diperburuk dengan tingkat kompleksitas yang semakin tinggi seperti koinfeksi TB-HIV, TB yang resisten terhadap obat (TB-RO), TB pada anak serta dengan adanya pandemi COVID-19. Berdasarkan hal tersebut, program pengendalian TBC perlu mengubah strategi penemuan pasien TBC secara aktif dan masif (penemuan aktif yang intensif dan masif berdasarkan keluarga dan masyarakat) serta secara paralel tetap memperhatikan dan mempertahankan layanan berkualitas dengan memperhatikan protokol kesehatan.

Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI sebagai PR Program TB Global Fund mengimplementasikan program TBC pada 30 provinsi dan 190 kota/kabupaten di seluruh Indonesia pada kurun waktu 2021-2023. Terdapat 4 strategi utama yang diupayakan oleh konsorsium untuk dapat menanggulangi TBC di Indonesia. Salah satunya adalah meningkatkan kualitas pelayanan TB dan TB-HIV berbasis komunitas dan berpusat pada pasien untuk meningkatkan notifikasi dan tingkat keberhasilan program. Untuk mencapai strategi tersebut, PR Konsorsium PB-STPI bersama organisasi masyarakat sipil di tingkat provinsi dan kabupaten/kota mengorganisir sumber daya sukarelawan yakni kader TBC.

Keterlibatan Manajer Kasus, Patient Supporter dan kader dalam pencegahan tuberkulosis (TB) adalah salah satu upaya untuk memberdayakan masyarakat melalui kegiatan memberi informasi, mendidik dan membantu masyarakat untuk berperan aktif dalam penemuan kasus TBC. Namun demikian, sebagai bagian untuk menjaga MK, PS dan kader untuk tetap peran aktif kader perlu dibekali dengan masker pada saat melakukan kegiatan *active case finding* dan *case holding*. Penggunaan masker oleh kader dapat mencegah penularan transmisi bakteri TB melalui droplet.

**Tujuan**

Pengadaan masker N95 sebagai sarana pendukung program pendampingan pasien TBC RO oleh Tim Manajemen kasus STPI-Penabulu dan tim tracing LTFU:

1. Manajer Kasus dan Pasien Suporter/Pasien Educator TBC RO di RS PMDT.
2. TB Army (tim tracing LTFU)

**Sasaran**

Masker N95 diperuntukkan bagi Tim Manajemen Kasus TBC RO, yaitu: Manager Kasus (MK) dan Pasien Supporter (PS)/Peer Educator (PE)/Kader TB RO.

**Output**

1. Tersedianya vendor yang menyediakan masker N95,
2. Tersedianya masker N95 yang akan digunakan oleh MK, PS/PE dan TB Army.

### Justifikasi Kebutuhan Masker

1. Masker yang dibutuhkan adalah N95 tipe 1870+ merujuk pada "Petunjuk Teknis Penatalaksanaan Tuberkulosis Resistan Obat Di Indonesia" Halaman 145.
2. Target Pasien TBC RO yang didampingi komunitas menggunakan baseline target tahun 2022 sejumlah 4,873 + buffer 20% dengan estimasi ada peningkatan pasien di tahun 2023 jadi total 5,848 pasien TB RO
3. Estimasi jumlah PS yang melakukan pendampingan selama 1 tahun sejumlah 1037 Pasien Supporter (dengan perhitungan: 1 PS minimal mendampingi 5 pasien)
4. Kebutuhan masker per-PS per-bulan 4 pcs dengan perhitungan 1 minggu 1 pcs masker
5. Perhitungan kebutuhan masker dilakukan 12 bulan, isi masker per box 20 per pcs
6. Total MK sejumlah 162 (137 tahun 2022 + 25 estimasi tambahan MK tahun 2023) dengan kebutuhan masker per-MK / bulan (1 minggu 1 pcs masker)
7. Total Kader TB RO sejumlah 207 orang dengan kebutuhan masker per-MK / bulan (1 minggu 1 pcs masker)
8. Total TB Army untuk Tracing LTFU + 14 SDM OPT sebanyak 52 orang (38 TB army + 14 staf OPT) yang juga membutuhkan masker.
9. Total keseluruhan masker untuk MK, PS, kader TB RO dan TB Army sebanyak 3,768 box

Perkiraan kebutuhan masker dan biaya masker sebagai berikut:

Jenis masker	Harga/unit cost	Jumlah Box (kebutuhan 12 bulan)	Total harga
Masker N95, 3M 1870+ (1 Box/20 Pcs)	430,000	3,768	1,620,303,595
Biaya kirim 190 kota/kabupaten			107,180,867
<b>Total</b>			<b>1,727,484,461</b>

Note: lihat lampiran detail perhitungan

### Jenis Masker

Sesuai Dokumen "Petunjuk Teknis Penatalaksanaan Tuberkulosis Resistan Obat Di Indonesia" Halaman 145, jenis masker N95 yang direkomendasikan salah satunya adalah N95 tipe 1870+.

### Metode Pengadaan

Metode Pengadaan masker melalui lelang terbuka berdasarkan aturan PPP (Pedoman Pengelolaan Program) yang berlaku di PR TB Konsorsium Penabulu-STPI.

**Latar Belakang**

Menurut Global TB Report tahun 2022, Indonesia menduduki peringkat KEDUA di dunia dengan kasus Tuberkulosis (TBC) terbanyak. Diperkirakan estimasi insidensi sebesar 969.000 kasus atau 354 per 100.000 penduduk. Situasi ini merupakan tantangan utama bagi program penanggulangan TBC di Indonesia, ditambah dengan kompleksitas yang semakin tinggi seperti koinfeksi TB-HIV, TB yang resisten terhadap obat (TB-RO), TB pada anak serta pandemi COVID-19. Berdasarkan hal tersebut, program pengendalian TBC perlu mengubah strategi penemuan pasien TBC secara aktif dan masif (penemuan aktif yang intensif dan masif berdasarkan keluarga dan masyarakat) serta secara paralel tetap memperhatikan dan mempertahankan layanan berkualitas dengan memperhatikan protokol kesehatan.

Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI sebagai PR Program TB Global Fund mengimplementasikan program TBC pada 30 provinsi dan 190 kota/kabupaten di seluruh Indonesia pada kurun waktu 2021-2023. Terdapat 4 strategi utama yang diupayakan oleh konsorsium untuk dapat menanggulangi TBC di Indonesia. Salah satunya adalah meningkatkan kualitas layanan TB berbasis komunitas dan berpusat pada pasien untuk meningkatkan notifikasi dan tingkat keberhasilan program. Untuk mencapai strategi tersebut, PR Konsorsium PB-STPI bersama organisasi masyarakat sipil di tingkat provinsi dan kabupaten/kota mengorganisir sumber daya sukarelawan yakni kader TBC.

Kader kesehatan (TBC) dan petugas kesehatan bekerja sama dalam kemitraan untuk melaksanakan kegiatan investigasi kontak dan *outreach* di lapangan. Peran kader secara umum adalah mendukung petugas kesehatan / fasilitas kesehatan dalam meningkatkan penemuan kasus TBC serta kampanye perubahan perilaku masyarakat menuju Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam upaya penanggulangan TBC, melalui pemberian edukasi, penemuan kasus di masyarakat umum, melakukan investigasi kontak, dan melakukan pendampingan. Peran kader secara khusus dalam upaya penemuan kasus TBC di masyarakat adalah sebagai berikut:

- a) Melakukan persiapan penyelenggaraan kegiatan IK RT dan IK Non RT
- b) Mendata kasus TBC dengan kriteria bakteriologis
- c) Mendata kontak serumah dan kontak erat bergejala/berisiko kasus indeks sebagai dasar kegiatan Investigasi Kontak dan *Outreach*.
- d) Melakukan skrining TBC terhadap setiap kontak serumah dan kontak erat bergejala dan berisiko dan outreach untuk dirujuk melakukan pemeriksaan TBC dan memberikan Terapi Pencegahan TBC (TPT) untuk semua kontak serumah.

Dengan demikian, sebagai bagian untuk menjaga kader untuk tetap dapat berperan aktif serta melindungi dari infeksi, kader perlu dibekali dengan masker pada saat melakukan kegiatan aktif case finding dan case holding. Penggunaan masker oleh kader dapat mencegah penularan

transmisi bakteri TB melalui droplet. Masker juga dipertimbangkan untuk diberikan kepada pasien dan kontak serumah sebagai bagian dari edukasi dan pencegahan infeksi.

Masker dibutuhkan kader dalam proses Investigasi Kontak dan Re-Visit, dan diberikan kepada kontak serumah sebagai edukasi dan mencegah penularan selama dilaksanakan Kontak Investigasi.

### Tujuan

Pengadaan masker bedah 3 Ply sebagai sarana pendukung program kegiatan aktif case finding melalui kegiatan investigasi kontak dan kegiatan *outreach*.

### Sasaran

Masker bedah 3 Ply diperuntukan bagi kader dan kontak serumah dalam kegiatan aktif case finding, case holding dan pelacakan pasien mangkir.

### Keluaran

Tersedianya masker bedah 3 PLY yang akan digunakan oleh kader komunitas dan kontak serumah.

### Justifikasi Kebutuhan Masker

1. Masker yang dibutuhkan adalah Merk Sensi/sejenis 3 PLY Surgical Face Mask Earloop 50's (box/50pcs)
2. Perhitungan kebutuhan masker dilakukan 1 tahun, isi masker per box 50 per pcs
3. Target Jumlah Indeks Kasus (TCP Other1) yang dilakukan IK - BL 1 sejumlah 162,147
4. Target kontak serumah, rata-rata 4 orang per-rumah indeks, sejumlah 515,985
5. Target kegiatan penyuluhan/community outreach oleh kader sejumlah 49,886

Perkiraan kebutuhan masker dan biaya masker sebagai berikut:

Jenis masker	Harga/unit cost	Jumlah Box (kebutuhan 1 tahun)	Total harga	Sasaran
3 PLY tipe IIR, ear loop, fluid resistant, (50 pcs/box)	44,000	14,598	642,294,670	Kader dan kontak serumah
Biaya kirim 190 kota/kabupaten	1	1	31,347,240	
<b>Total</b>			<b>673,641,909</b>	

*Note: perhitungan detail lihat file excel*

### Jenis Masker

Jenis masker yang digunakan adalah 3 PLY tipe IIR, ear loop, hypoallergenic, fluid resistant, fiberglass free (50 pcs/box) dengan merek Sensi/sejenis 3 PLY Surgical Face



**Metode Pengadaan**

Metode Pengadaan masker melalui lelang terbuka berdasarkan aturan PPP (Pedoman Pengelolaan Program) yang berlaku di PR TB Konsorsium Penabulu-STPI.

## Latar Belakang

Mengacu pada Global TBC Report tahun 2020, Indonesia merupakan negara kedua dengan beban TBC tertinggi di dunia. Diperkirakan terdapat 845.000 orang dengan TBC di Indonesia dengan angka kematian 98.000 orang atau setara dengan 11 kematian/jam. Dari jumlah kasus tersebut, hanya 67% dari total kasus yang ditemukan dan diobati dan sebanyak 33% pasien TBC yang belum diobati. Kondisi ini berisiko menjadi sumber penularan TBC maupun berisiko meningkatkan angka kematian akibat TBC.

Adanya persoalan kasus TBC yang belum ditemukan dan diobati tersebut, salah satunya disebabkan karena rendahnya kontribusi notifikasi kasus TBC di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Swasta. Hal ini sejalan dengan Studi inventori TBC 2016-2017 yang mengestimasi bahwa mayoritas kasus-kasus TBC yang belum dilaporkan adalah pasien dari dokter praktek mandiri, klinik, laboratorium dan rumah sakit swasta. Informasi tersebut mengindikasikan bahwa mayoritas orang sakit TBC yang berobat di faskes swasta belum terjangkau pelayanan psikososial yang optimal sebab faskes swasta pada umumnya tidak memiliki fungsi kesehatan masyarakat. Sektor swasta memiliki peran penting dalam pelibatan pasien sepanjang proses pencarian pengobatan. Hal krusial dari pelaporan notifikasi kasus TBC dari sektor swasta adalah mengurangi jumlah kasus yang hilang di Indonesia.

Untuk dapat menanggulangi hal tersebut, diupayakan pendekatan Public-Private Mix (PPM). Pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 67 tahun 2016 disebutkan bahwa PPM adalah pelibatan semua fasilitas pelayanan kesehatan dalam upaya ekspansi layanan pasien TBC dan kesinambungan program penanggulangan TBC secara komprehensif melalui kemitraan dengan lintas program atau sektor terkait dan layanan keterpaduan pemerintah dan swasta. PPM juga diimplementasikan dalam rangka meningkatkan akses layanan TBC yang bermutu dan berpihak pada pasien.

Dalam rangka mendukung DPPM, PR Konsorsium Penabulu-STPI ikut serta mengambil peran sebagai pihak komunitas. Peran komunitas untuk mendukung jejaring DPPM diantaranya adalah (1) melakukan upaya advokasi dan membangun kemitraan untuk implementasi DPPM pada wilayah kerja; (2) bermitra dengan Faskes Pemerintah dan Swasta untuk proses pendampingan pasien dalam jejaring DPPM; (3) pelacakan kasus dengan melakukan kunjungan rumah untuk pasien LTFU (LTFU) di Faskes Pemerintah dan Swasta; (4) pendampingan pasien LTFU yang kembali melakukan pengobatan dan (5) Investigasi kontak dari indeks kasus LTFU yang kembali melakukan pengobatan dan indeks kasus TBC aktif (yang terkonfirmasi bakteriologis) di Faskes Pemerintah dan Swasta. Terdapat 18 Provinsi dan 77 kabupaten/kota wilayah kerja prioritas untuk dukungan komunitas dalam implementasi DPPM.

Menyadari potensi manfaat perluasan peran komunitas dalam pelayanan kesehatan, maka PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI akan mengembangkan dan mendiseminasi Petunjuk Teknis Bagi Komunitas dalam Mendukung Implementasi Jejaring *District-Based Public-Private Mix* (DPPM). Untuk memenuhi standar pendampingan dan penyesuaian jejaring DPPM, maka Petunjuk Teknis ini akan dikembangkan bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan dan berbagai organisasi profesi serta organisasi fasilitas pelayanan kesehatan di tingkat pusat yang mengelola Rumah Sakit dan Klinik. Selain itu, pengembangan juknis juga melibatkan pihak komunitas dari 18 SR dan 77 SSR beserta Dinas Kesehatan terkait di wilayah kerja DPPM.

Secara umum, telah tersedia dokumen acuan berupa panduan penerapan jejaring pelayanan TBC di fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta berbasis kabupaten/kota (District-based Public-Private Mix/DPPM) yang telah diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI pada 2019. Selain itu, untuk pendampingan pasien TBC berbasis komunitas juga telah tersedia dua acuan utama yakni (1) petunjuk teknis investigasi kontak pasien TBC bagi petugas kesehatan dan kader yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2019 serta (2) petunjuk teknis pendampingan pasien TBC resisten obat oleh komunitas yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2020. Dalam proses pengembangan petunjuk teknis akan merujuk pada dokumen-dokumen tersebut yang disesuaikan dengan konteks pendampingan pasien TBC berbasis komunitas di pelayanan sektor swasta.

### **Tujuan Kegiatan**

Mengembangkan dan mendiseminasi Petunjuk Teknis Bagi Komunitas dalam Mendukung Implementasi Jejaring DPPM sesuai dengan standar.

### **Bentuk Kegiatan**

1. Merupakan kegiatan penyusunan dan pengembangan dokumen Petunjuk Teknis yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan yang terlibat dalam program penanggulangan TBC.
2. Kegiatan dilakukan PR pada periode Q4 2021
3. Terdiri dari 2 tahap yaitu (1) Pertemuan pengembangan panduan dan (2) Pertemuan sosialisasi panduan.
4. Fasilitator kegiatan adalah tenaga ahli untuk memfasilitasi pelibatan para pemangku kepentingan dalam penyusunan panduan, mereview dan mengedit tulisan, memfinalkan penulisan panduan.
5. Terdapat 8 kali pertemuan serial untuk efektivitas dan percepatan pembuatan Petunjuk Teknis. Berikut adalah alur dari serial pertemuan tersebut:
  - a. Pertemuan 1: pemetaan situasi stakeholders, pembentukan tim penyusun petunjuk teknis.
  - b. Pertemuan 2: penyesuaian persepsi tujuan dan sistematika petunjuk teknis.
  - c. Pertemuan 3-6: Pemaparan kerangka isi setiap bab-bab petunjuk teknis dan umpan balik.
  - d. Pertemuan 7: Konsolidasi konten bab-bab menjadi satu panduan dan peninjauan keseluruhan panduan
  - e. Pertemuan 8: Pemaparan dan validasi konten panduan kepada pimpinan organisasi yang terlibat dalam penyusunan panduan
6. Pertemuan sosialisasi panduan dilaksanakan secara luring (dihadiri tim penyusun dan narasumber) dan secara daring (mengundang 18 Dinkes Propinsi dan SR Komunitas, 77 Dinkes Kab-Kota dan SSR komunitas serta KOPI TB di 18 Provinsi).

### **Peserta**

Peserta pertemuan pengembangan petunjuk teknis melibatkan 11 orang:

1. 1 orang fasilitator
2. 1 orang dari Substansi Tuberkulosis Kemenkes RI
3. 1 orang dari Ditjen Yankes (Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan / Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan / Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer)
4. 1 anggota Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI)
5. 1 anggota Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN)

6. 1 anggota Majelis Pembina Kesehatan Umum PP Muhammadiyah
7. 1 anggota Lembaga Kesehatan Nahdlatul Ulama (LKNU)
8. 1 anggota Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia (PERDHAKI)
9. 1 anggota Persekutuan Pelayanan Kristen untuk Kesehatan di Indonesia (PELKESI)
10. 1 anggota Perhimpunan Dokter Paru Indonesia
11. 1 anggota KOPI TB

Peserta pertemuan sosialisasi petunjuk teknis melibatkan:

Narasumber (luring)

1. Substansi Tuberkulosis Kemenkes RI
2. PDPI
3. ASKLIN
4. Majelis Pembina Kesehatan Umat Muhammadiyah
5. Anggota Pokja penyusun panduan

Peserta (luring)

- IDI
- ARSSI
- LKNU
- PERDHAKI
- PELKESI
- POP TB Indonesia
- KOPI TB
- YKI (Mandiri TB)
- Mentari TB
- USAID TB PS

Peserta (daring)

1. 18 Dinkes Provinsi
2. 18 SR Komunitas (Irisan daerah PPM)
3. 77 Dinkes Kab-Kota
4. 77 SSR Komunitas (Irisan daerah PPM)
5. 77 KOPI TB

### **Struktur Anggaran**

Mengacu pada POA sesuai periode pelaksanaan kegiatan.

**Keluaran Kegiatan**

Tersedianya Petunjuk Teknis Bagi Komunitas dalam Mendukung Implementasi Jejaring DPPM yang sesuai standar.

Petunjuk Teknis dapat diakses pada tautan berikut: <https://bit.ly/Juknis-DPPM>

**Laporan**

- Notulensi kegiatan
- Laporan narasi kegiatan
- Dokumentasi foto
- Laporan pertanggungjawaban keuangan

## Latar Belakang

Dalam tiga tahun terakhir, kesenjangan penemuan pasien TBC di Indonesia diantara orang yang diestimasikan sakit TBC setiap tahunnya masih melebihi 30 persen, dimana mayoritas notifikasi berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan (faskes) publik. Namun, sektor swasta mengelola lebih dari 50 persen rumah sakit di Indonesia dan sekitar 70 ribu dokter praktik mandiri/DPM. Selain itu, lebih dari 60 persen tenaga kesehatan publik memiliki pekerjaan kedua di faskes swasta atau praktik mandiri. ([BCG & USAID, 2018](#))

Melengkapi banyaknya keterlibatan sektor swasta dalam menyediakan layanan kesehatan di Indonesia, minat dari masyarakat untuk mengakses layanan swasta pun sangat besar. Pada umumnya, kebanyakan orang yang memiliki gejala TBC seperti batuk terus menerus memilih mengakses layanan swasta sebelum mereka mendapatkan diagnosis yang akurat. [Asik, Setyaningsih, Nasution, et al., 2017](#) memetakan bahwa 74 persen orang dengan gejala TBC mengakses layanan swasta dan 52 persen diantaranya mengakses farmasi/warung obat. Hanya 19 persen orang dengan gejala batuk mengakses layanan kesehatan ke faskes dengan fasilitas diagnosis di tahap awal perawatannya.

Pada tahun 2017, hanya 13 persen kasus TBC yang ternotifikasi berasal dari penyedia layanan kesehatan swasta ([BCG & USAID, 2018](#)). Selain itu, Studi Inventori TBC 2016-2017 mengestimasi mayoritas kasus-kasus TBC yang belum dilaporkan adalah pasien di DPM, Klinik, Laboratorium, dan Rumah Sakit swasta. Informasi tersebut mengindikasikan bahwa mayoritas orang sakit TBC yang berobat di faskes swasta belum terjangkau pelayanan psikososial yang optimal sebab faskes swasta pada umumnya tidak memiliki fungsi kesehatan masyarakat.

Indonesia mengembangkan strategi Public-Private-Mix berbasis kabupaten/kota (DPPM) untuk meningkatkan penemuan kasus dan memastikan perawatan TBC yang sesuai standar. Dinas Kesehatan kota/kabupaten, di bawah arahan Dinas Kesehatan Provinsi, memimpin koordinasi jaringan DPPM bersama Puskesmas dan organisasi profesi. Jaringan ini dinilai akan menerima manfaat dengan melibatkan organisasi masyarakat untuk memperkuat fungsi kesehatan masyarakat (i.e. investigasi kontak, edukasi masyarakat, pendampingan pasien dan PMO, pelacakan pasien mangkir) bagi pasien-pasien yang dirawat di faskes sektor swasta ([BCG & USAID, 2018](#)).

Dalam rangka mendukung DPPM, PR Konsorsium Penabulu-STPI ikut serta mengambil peran sebagai pihak komunitas. Peran komunitas untuk mendukung jejaring DPPM diantaranya adalah (1) melakukan upaya advokasi dan membangun kemitraan untuk implementasi DPPM pada wilayah kerja; (2) bermitra dengan Faskes Pemerintah dan Swasta untuk proses pendampingan pasien dalam jejaring DPPM; (3) pelacakan kasus dengan melakukan kunjungan rumah untuk pasien LTFU (LTFU) di Faskes Pemerintah dan Swasta; (4) pendampingan pasien LTFU yang kembali melakukan pengobatan dan (5) Investigasi kontak dari indeks kasus LTFU yang kembali melakukan pengobatan dan indeks kasus TBC aktif (yang terkonfirmasi bakteriologis) di Faskes Pemerintah dan Swasta. Terdapat 18 Provinsi dan 77 kabupaten/kota wilayah kerja prioritas untuk dukungan komunitas dalam implementasi DPPM.

Untuk mewujudkan peran tersebut, maka PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI telah mengembangkan “**Petunjuk Teknis bagi Komunitas dalam Mendukung Implementasi Jejaring DPPM**” sebagai acuan kerja. Selanjutnya, SR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI berperan untuk melakukan pemetaan pemangku kepentingan dan sasaran serta menerjemahkan panduan petunjuk teknis tersebut menjadi strategi di wilayah kerja masing-masing. Sebagai unsur dalam jaringan DPPM, SR tetap perlu melibatkan Dinkes Provinsi selaku koordinator di wilayah kerja dan berbagai organisasi profesi maupun organisasi faskes swasta di Provinsi dalam pengembangan strategi pelibatan komunitas untuk pelacakan dan pendampingan pasien TBC *lost to follow-up* (LTFU) di faskes pemerintah dan swasta pada tingkat provinsi dan kota-kabupaten.

Untuk dapat ikut serta dalam melakukan proses dukungan komunitas tersebut, maka SR Konsorsium Penabulu-STPI sebagai salah satu anggota konsorsium PB-STPI mengadakan kegiatan pertemuan komunitas dan pemangku kepentingan. Terdapat dua pertemuan serial, yakni (1) pertemuan komunitas dan pemangku kepentingan untuk pemetaan kerjasama dan memperkuat DPPM serta (2) pertemuan komunitas dan pemangku kepentingan untuk strategi implementasi DPPM Layanan TBC.

### **Tujuan Kegiatan**

Pertemuan serial 1:

1. Mengidentifikasi kesenjangan program TBC yang tercatat di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta.
2. Mengidentifikasi potensi peran komunitas dalam jejaring DPPM tingkat provinsi maupun kabupaten/kota.
3. Mengidentifikasi potensi alur pelibatan komunitas dalam jejaring DPPM tingkat provinsi maupun kabupaten/kota.
4. Mengidentifikasi organisasi dan pemangku kepentingan yang perlu dilibatkan dalam implementasi DPPM di kabupaten/kota wilayah kerja.

Pertemuan serial 2:

1. Mengidentifikasi dan menyepakati alur pelibatan komunitas dalam jejaring DPPM tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
2. Menyusun strategi implementasi pendampingan pasien TBC berbasis komunitas dalam jejaring DPPM.

### **Deskripsi Kegiatan**

Merupakan kegiatan pertemuan berbagai pemangku kepentingan dalam rangka mengupayakan advokasi dan kemitraan public-private mix (PPM) layanan TB di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Pertemuan ini adalah bentuk dari peran komunitas untuk dapat mendorong dan memperkuat sistem pelayanan kesehatan melalui jaringan pemangku kepentingan

Terdapat dua serial pertemuan, yakni

#### Pertemuan #1 - Identifikasi Stakeholder:

1. Kegiatan dilaksanakan oleh SR pada Q4 2021 bersama Dinas Kesehatan dan stakeholder.
2. Kegiatan dilakukan secara luring selama 2 hari untuk pemetaan situasi dan pemangku kepentingan lintas sektor yang berpengaruh terhadap keberlangsungan penemuan dan pendampingan pasien TBC LTFU yang berobat di sektor swasta.

### Pertemuan #2 - Pengembangan strategi implementasi:

1. Kegiatan dilakukan luring (full day meeting) selama 3 hari untuk mengembangkan strategi implementasi penemuan dan pendampingan pasien TBC LTFU sektor pemerintah dan swasta di kota-kabupaten wilayah kerja SR.
2. SR mengundang Dinkes Provinsi, organisasi profesi, asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta di Provinsi masing-masing.
3. Kegiatan pertemuan di provinsi melibatkan narasumber dan fasilitator nasional.
4. Pertemuan penyusunan dokumen strategi yang didalamnya terdapat daftar pemangku kepentingan serta peran yang akan dilakukan untuk menyelenggarakan kemitraan yang baik antara komunitas dan fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta di bawah arahan Dinkes.
5. Pertemuan penyusunan rencana kerja triwulan yang disusun untuk 1 tahun
6. Fasilitator pada kegiatan ini bertanggung jawab untuk menyiapkan bahan pengantar diskusi, memfasilitasi diskusi, merangkum proses lokakarya, dan mengembangkan dokumen strategi implementasi.

Acuan detail teknis pelaksanaan BL.74 dapat merujuk pada tautan berikut:  
<https://bit.ly/JUKLAK-PPM>

### **Peserta**

Peserta pertemuan #1 - Identifikasi Stakeholder melibatkan 16 orang (15 peserta dan 1 orang fasilitator:

1. 1 orang Fasilitator (KOPI TB provinsi)
2. 1 orang Kepala Dinas Kesehatan
3. 1 orang Wasor Program Tuberkulosis Dinkes Provinsi
4. 1 orang Program Yankes untuk layanan swasta di Dinkes Provinsi
5. 1 anggota Persatuan Rumah Sakit Swasta Indonesia (PERSI)
6. 1 anggota Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI)
7. 1 anggota Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN)
8. 3 orang perwakilan CSO dengan pelayanan kesehatan tingkat Provinsi
9. 1 anggota Ikatan Dokter Indonesia (IDI)
10. 1 anggota Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI)
11. 1 anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PRNI)
12. 1 orang SR Manager SR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI
13. 1 orang Program dan MEL Coordinator
14. 1 orang MK PPM SR
15. 1 orang TO PPM Dinkes

Peserta pertemuan #2 (Lokakarya pengembangan strategi implementasi) dilakukan secara luring selama 3 hari:

1. 1 orang Narasumber Nasional (Substansi TBC Kemenkes-RI)
2. 1 orang Fasilitator (i.e. dapat dilibatkan KOPI TB/Dinkes provinsi)
3. 1 orang Kepala Dinas Kesehatan
4. 1 orang Wasor Program Tuberkulosis Dinkes Provinsi
5. 1 orang Program Yankes untuk layanan swasta di Dinkes Provinsi



6. 1 anggota Persatuan Rumah Sakit Swasta Indonesia (PERSI)
7. 1 anggota Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI)
8. 1 anggota Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN)
9. 1 orang MPKU
10. 1 orang LKNU
11. 1 orang PERDHAKI
12. 1 orang PELKESI
13. 1 anggota Ikatan Dokter Indonesia
14. 1 anggota Perhimpunan Dokter Paru Indonesia
15. 1 anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia
16. 1 orang SR Manager SR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI
17. 1 orang Program dan MEL Coordinator
18. 1 orang MK PPM SR

**Peserta dapat disesuaikan kebutuhan dan ketersediaan organisasi pendukung DPPM atau jejaring Big Chain Hospitals.**

### **Struktur Anggaran**

Mengacu pada POA sesuai periode pelaksanaan kegiatan.

### **Keluaran Kegiatan**

Keluaran dari kegiatan BL.74 adalah 5 dokumen yang terdiri dari 3 dokumen keluaran pada pertemuan serial 1 dan 2 dokumen keluaran pada pertemuan serial 2.

#### *Pertemuan serial 1*

1. Dokumen analisa situasi dan pemangku kepentingan lintas sektor PPM.
2. Dokumen daftar pemangku kepentingan yang akan terlibat (termasuk komunitas) dalam strategi implementasi DPPM
3. Dokumen usulan alur pelibatan komunitas dalam skema PPM Provinsi maupun Kab/Kota

#### *Pertemuan serial 2*

1. Dokumen kesepakatan skema PPM dan alur pelibatan komunitas tingkat provinsi dan kabupaten/kota
2. Dokumen strategi implementasi pendampingan pasien TBC di faskes pemerintah dan swasta pada Kabupaten/Kota

### **Laporan**

Pelaporan dilakukan paling lambat 1 minggu setelah pelaksanaan kegiatan dengan menyertakan dokumen:

- Laporan narasi kegiatan
- Dokumen keluaran kegiatan
- Dokumentasi (video, foto)
- Laporan keuangan

**Catatan:** laporan narasi, dokumen keluaran dan dokumentasi kegiatan harap dikirimkan oleh tim SR kepada Tim Program (email: [program@penabulu-stpi.id](mailto:program@penabulu-stpi.id)) dengan format informasi [BL.74] Community Led Advocacy DPPM – (nama SR) - (periode kuartal dan tahun)

## Wilayah Intervensi

18 Provinsi di wilayah kerja yang berurusan dengan komunitas.

Daftar PPM Priority Provinces (source: Indonesia PPM Operational Plan, 2021)

No	Provinsi	Komunitas	#PPM TO NTP	# K/K	# K/K Prioritas Nasional	# K/K Prioritas DPPM	Estimasi inside TB 334 K/K di provinsi (2020)	# Layanan Kesehatan di K/K prioritas nasional (2019)				
								PKM	Klinik public	RS Publik	Klinik swasta	RS swasta
1	Sumut	Ya	3	33	26	5	59.919	553	30	45	847	165
2	Sumbar	Ya	2	19	12	1	18.986	214	14	24	206	37
3	Riau	Ya	2	12	11	1	26.968	222	3	23	140	48
4	Sumsel	Ya	2	17	13	1	31.018	308	22	35	219	44
5	Lampung	Ya	2	15	12	3	27.028	258	11	17	254	55
6	Banten	Ya	3	8	8	4	33.098	210	2	15	774	98
7	DKI Jakarta	Ya	2	6	5	5	47.243	324	38	55	659	134
8	Jabar	Ya	5	27	27	16	128.057	1.084	27	70	1.003	285
9	Jateng	Ya	5	35	35	18	83.076	875	35	77	1.031	221
10	DIY	Ya	1	5	5	3	9.074	121	7	14	159	69
11	Jatim	Ya	5	38	38	13	95.925	964	48	101	966	282
12	Sulsel	Ya	3	24	16	1	25.571	326	32	41	245	54
13	Aceh	I	I	23	8	1	11.998	166	5	15	52	28
14	Bali	Ya	1	9	8	1	11.872	108	4	20	126	45
15	Jambi	Ya	1	11	9	2	12.038	167	10	15	154	24
16	Kalbar	Ya	1	14	11	1	15.546	213	10	24	103	21
17	Kaltim	Ya	1	10	6	2	12.209	136	15	19	208	28
18	Kepri	Ya	1	7	3	1	9.231	40	12	7	204	17
19	NTB	Ya	1	10	8	1	16.552	152	14	17	89	18
<b>19 Provinces</b>			<b>42</b>	<b>323</b>	<b>261</b>	<b>80</b>	<b>675.409</b>	<b>6.441</b>	<b>339</b>	<b>634</b>	<b>7.439</b>	<b>1.673</b>
<b>Indonesia</b>			<b>N/A</b>	<b>514</b>	<b>334</b>	<b>514</b>	<b>844.000</b>	<b>10.142</b>	<b>471</b>	<b>998</b>	<b>8.248</b>	<b>1.853</b>
<b>Proportion</b>			<b>N/A</b>	<b>63%</b>	<b>78%</b>	<b>16%</b>	<b>80%</b>	<b>64%</b>	<b>72%</b>	<b>64%</b>	<b>90%</b>	<b>90%</b>

## Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) merupakan salah satu penyebab utama kesakitan dan kematian di dunia. Menurut *Global TB Report* tahun 2021, Indonesia berada di peringkat ketiga di dunia dengan kasus TBC terbanyak. Diperkirakan estimasi insidensi sebesar 824.000 kasus atau 301 per 100.000 penduduk. Lebih lanjut, data Kemenkes RI per November 2021 menunjukkan bahwa capaian cakupan penemuan kasus TBC sebesar 33% (target 85%), angka keberhasilan pengobatan sebesar 76% (target 90%). Pada GTR 2020, dari jumlah kasus yang tercatat, hanya 67% dari total kasus yang ditemukan dan diobati dan sebanyak 33% pasien TBC yang belum diobati.<sup>6</sup> Tantangan yang teridentifikasi dalam Penanggulangan TBC di Indonesia beberapa di antaranya adalah keterlibatan multisektor yang belum optimal serta Kurangnya pelaporan kasus TB, terutama di rumah sakit (baik pemerintah maupun swasta) dan juga layanan primer swasta. Dalam tiga tahun terakhir, kesenjangan penemuan pasien TBC di Indonesia diantara orang yang diestimasi sakit TBC setiap tahunnya masih melebihi 30 persen, dimana mayoritas notifikasi berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan (faskes) publik. Namun, sektor swasta mengelola lebih dari 50 persen rumah sakit di Indonesia dan sekitar 70 ribu dokter praktik mandiri/DPM. Selain itu, lebih dari 60 persen tenaga kesehatan publik memiliki pekerjaan kedua di faskes swasta atau praktik mandiri. ([BCG & USAID, 2018](#))

Melengkapi banyaknya keterlibatan sektor swasta dalam menyediakan layanan kesehatan di Indonesia, minat dari masyarakat untuk mengakses layanan swasta pun sangat besar. Pada umumnya, kebanyakan orang yang memiliki gejala TBC seperti batuk terus menerus memilih mengakses layanan swasta sebelum mereka mendapatkan diagnosis yang akurat. [Asik, Setyaningsih, Nasution, et al., 2017](#) memetakan bahwa 74 persen orang dengan gejala TBC mengakses layanan swasta dan 52 persen diantaranya mengakses farmasi/warung obat. Hanya 19 persen orang dengan gejala batuk mengakses layanan kesehatan ke faskes dengan fasilitas diagnosis di tahap awal perawatannya.

Pada tahun 2017, hanya 13 persen kasus TBC yang ternotifikasi berasal dari penyedia layanan kesehatan swasta ([BCG & USAID, 2018](#)). Selain itu, Studi Inventori TBC 2016-2017 mengestimasi mayoritas kasus-kasus TBC yang belum dilaporkan adalah pasien di DPM, Klinik, Laboratorium, dan Rumah Sakit swasta. Informasi tersebut mengindikasikan bahwa mayoritas orang sakit TBC yang berobat di faskes swasta belum terjangkau pelayanan psikososial yang optimal sebab faskes swasta pada umumnya tidak memiliki fungsi kesehatan masyarakat.

Indonesia mengembangkan strategi Public-Private-Mix berbasis kabupaten/kota (District Private Public Mix/DPPM) untuk meningkatkan penemuan kasus dan memastikan perawatan TBC yang sesuai standar. Dinas Kesehatan kota/kabupaten, di bawah arahan Dinas Kesehatan Provinsi, memimpin koordinasi jaringan DPPM bersama Puskesmas dan organisasi profesi. Jaringan ini dinilai akan menerima manfaat dengan melibatkan organisasi masyarakat untuk memperkuat fungsi kesehatan masyarakat (i.e. investigasi kontak, edukasi masyarakat, pendampingan pasien

---

<sup>6</sup> World Health Organization. (2020). *Global TB Report*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

dan PMO, pelacakan pasien mangkir) bagi pasien-pasien yang dirawat di faskes sektor swasta ([BCG & USAID, 2018](#)).

Dalam rangka mendukung DPPM, PR Konsorsium Penabulu-STPI ikut serta mengambil peran sebagai pihak komunitas. Peran komunitas untuk mendukung jejaring DPPM diantaranya adalah (1) melakukan upaya advokasi dan membangun kemitraan untuk implementasi DPPM pada wilayah kerja; (2) bermitra dengan Faskes Pemerintah dan Swasta untuk proses pendampingan pasien dalam jejaring DPPM; (3) pelacakan kasus dengan melakukan kunjungan rumah untuk pasien *LTFU* (LTFU) di Faskes Pemerintah dan Swasta; (4) pendampingan pasien LTFU yang kembali melakukan pengobatan dan (5) Investigasi kontak dari indeks kasus LTFU yang kembali melakukan pengobatan dan indeks kasus TBC aktif (yang terkonfirmasi bakteriologis) di Faskes Pemerintah dan Swasta. Terdapat 18 Provinsi dan 77 kabupaten/kota wilayah kerja prioritas untuk dukungan komunitas dalam implementasi DPPM.

Untuk mewujudkan peran tersebut, maka PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI telah mengembangkan **“Petunjuk Teknis bagi Komunitas dalam Mendukung Implementasi Jejaring DPPM”** sebagai acuan kerja. Selanjutnya, SR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI berperan untuk melakukan pemetaan pemangku kepentingan dan sasaran serta menerjemahkan panduan petunjuk teknis tersebut menjadi strategi di wilayah kerja masing-masing. Sebagai unsur dalam jaringan DPPM, SR tetap perlu melibatkan Dinkes Provinsi selaku koordinator di wilayah kerja dan berbagai organisasi profesi maupun organisasi faskes swasta di Provinsi dalam pengembangan strategi pelibatan komunitas untuk pelacakan dan pendampingan pasien TBC *lost to follow-up* (LTFU) di faskes pemerintah dan swasta pada tingkat provinsi dan kota-kabupaten.

Meskipun implementasi DPPM dilaksanakan di tingkat Kota/Kabupaten, namun pada level Provinsi sebagaimana sistem pemerintahan di Indonesia memiliki peran besar untuk mengkoordinir pelaksanaan DPPM juga memberikan supervisi dan bimbingan teknis. Di tingkat provinsi DPPM akan dilaksanakan melalui koordinasi dari Dinas Kesehatan Provinsi dan juga bekerjasama dengan 18 wilayah kerja prioritas DPPM di SR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI. Implementasi DPPM di tingkatan kabupaten/kota(komunitas) akan dimulai dengan melaksanakan Workshop di 18 Provinsi dengan melibatkan para pemangku kebijakan untuk menyusun rencana kerja DPPM di tingkat komunitas sesuai dengan konteks kewilayahan dan kebutuhan provinsi.

### **Tujuan**

1. Membangun pemahaman dan komitmen bersama pemangku kepentingan PPM terkait alur dan pelibatan komunitas dalam jejaring DPPM (*hasil kesepakatan BL.74*)
2. Mengembangkan rencana kerja operasional pelibatan komunitas dalam jejaring DPPM.

### **Bentuk Kegiatan**

1. Workshop ini akan menjadi panduan dan arah pelaksanaan DPPM khususnya bagi pelaksana program di tingkat komunitas melalui kerja sama erat dengan Dinas Kesehatan khususnya DPPM *Provincial Technical Team*, dan para pemangku kepentingan.
2. Bahan diskusi workshop perlu mengacu pada Petunjuk Teknis bagi Komunitas dalam Mendukung Implementasi DPPM.
3. Kegiatan dilaksanakan dalam bentuk workshop selama 3 hari
4. Kegiatan dilaksanakan di 18 Provinsi pada Q1 Tahun 2022 secara luring
5. Kegiatan melibatkan pelaksana PPM dari Dinas Kesehatan (TO & FE PPM) dan para pemangku kepentingan pada tingkat PPM di Provinsi (pelibatan lintas program, BPJS, Asosiasi Fasyankes Swasta, Organisasi Profesi/KOPI TB, asosiasi klinik swasta, DPM, Farmasi, Laboratorium dll)

6. Kegiatan akan menghadirkan satu orang Narasumber Nasional (Program TB Nasional) dan juga dua orang Narasumber dari Provinsi (Dinkes Provinsi dan PERSI/KOPI TB di tingkat Provinsi). Fasilitator adalah tim SR Konsorsium Penabulu-STPI.
7. Agenda kegiatan terdiri dari 6 hal yakni:
  - Paparan terkait perkembangan kebijakan dan program kerja pemerintah dalam memperkuat DPPM (Narasumber Nasional)
  - Paparan terkait perkembangan kebijakan dan program kerja pemerintah dalam memperkuat DPPM dan kolaborasi dengan komunitas (Narasumber Provinsi).
  - Paparan terkait peran fasyankes swasta dalam jejaring DPPM (Narasumber Provinsi)
  - Paparan SR Konsorsium Komunitas terkait hasil kesepakatan pertemuan BL.74 dan program kerja Komunitas untuk DPPM.
  - Diskusi curah pendapat terkait tantangan dan usulan solusi dalam memperkuat peran fasyankes swasta dalam jejaring DPPM, kolaborasi antara pihak pemerintah, komunitas dan fasyankes swasta.
  - Penyusunan rencana operasional terkait pelibatan peran komunitas dalam implementasi DPPM.

Acuan detail teknis pelaksanaan BL.75 dapat merujuk pada tautan berikut:  
<https://bit.ly/JUKLAK-PPM>

### **Peserta**

Kegiatan melibatkan 48 orang peserta yang terdiri dari:

1. 1 orang Kabid P2P Program Tuberkulosis Dinkes Provinsi
2. 1 orang Wasor Program Tuberkulosis Dinkes Provinsi
3. 1 orang Program Yankes untuk layanan swasta di Dinkes Provinsi
4. 1 orang PPM Technical Officer
5. 1 orang Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI)
6. 5 orang perwakilan RS swasta jaringan ARSSI
7. 1 orang Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN)
8. 5 orang perwakilan dari jaringan Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN)
9. 1 orang KOPI TB
10. 1 orang dari BPJS Kesehatan Provinsi
11. 1 orang MPKU Muhammadiyah Wilayah
12. 2 orang perwakilan Fasyankes jaringan Muhammadiyah Wilayah
13. 1 orang perwakilan LKNU Wilayah
14. 2 orang perwakilan Fasyankes NU
15. 1 orang perwakilan PERDHAKI
16. 2 perwakilan Fasyankes jaringan PERDHAKI
17. 1 orang PELKESI
18. 2 orang perwakilan Fasyankes PERDHAKI
19. 2 orang dari Asosiasi Apotik
20. 2 orang dari laboratorium swasta
21. 2 orang Ikatan Dokter Indonesia
22. 2 orang Perhimpunan Dokter Paru Indonesia
23. 2 orang Persatuan Perawat Nasional Indonesia
24. 1 orang SR Manager
25. 1 orang program MEL dan Koordinator

26. 1 orang MK PPM
27. 1-5 orang perwakilan MK DPPM wilayah kerja kab/kota

Peserta dapat disesuaikan kebutuhan dan kondisi ketersediaan jaringan rumah sakit dan CSO di Kabupaten/Kota.

**Narasumber:**

1. 1 orang narasumber nasional (Koordinator Substansi Tuberkulosis – Kemenkes RI)
2. 1 orang narasumber Provinsi (Kepala Dinas Kesehatan/ yang mewakili)
3. 1 orang narasumber Provinsi (PERSI/KOPI TB Provinsi)

**Struktur Anggaran**

Mengacu pada POA sesuai periode pelaksanaan kegiatan.

**Keluaran Kegiatan**

1. Terbangunnya komitmen bersama pemangku kepentingan PPM terkait alur dan pelibatan komunitas dalam jejaring DPPM di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
2. Disepakatinya rencana kerja operasional pelibatan komunitas dalam jejaring DPPM.

**Laporan**

1. Laporan narasi kegiatan
2. Dokumen keluaran kegiatan
3. Dokumentasi (video, foto)
4. Laporan keuangan

**Catatan:** laporan narasi, dokumen keluaran dan dokumentasi kegiatan harap dikirimkan oleh tim SR kepada Tim Program (email: [program@penabulu-stpi.id](mailto:program@penabulu-stpi.id)) dengan format informasi [BL.75] Workshop DPPM Implementation – (nama SR) - (periode kuartal dan tahun)

**Wilayah Intervensi**

18 Provinsi wilayah kerja DPPM:

1. Sumatra Utara
2. Sumatra Barat
3. Riau
4. Jambi
5. Sumatra Selatan
6. Lampung
7. Banten
8. DKI Jakarta
9. Jawa Barat
10. Jawa Tengah
11. DIY
12. Jawa Timur
13. Sulawesi Selatan
14. Bali
15. Kalimantan Barat
16. Kalimantan Timur

- 17. Kepulauan Riau
- 18. NTB

<b>BL.76</b>	<b>Pertemuan Komunitas dengan Pemangku Kepentingan dalam Memperkuat Implementasi Jejaring DPPM di Tingkat Kabupaten/Kota</b>
--------------	--

## Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) merupakan salah satu penyebab utama kesakitan dan kematian di dunia. Menurut *Global TB Report* tahun 2021, Indonesia berada di peringkat ketiga di dunia dengan kasus TBC terbanyak. Diperkirakan estimasi insidensi sebesar 824.000 kasus atau 301 per 100.000 penduduk. Lebih lanjut, data Kemenkes RI per November 2021 menunjukkan bahwa capaian cakupan penemuan kasus TBC sebesar 33% (target 85%), angka keberhasilan pengobatan sebesar 76% (target 90%). Pada GTR 2020, dari jumlah kasus yang tercatat, hanya 67% dari total kasus yang ditemukan dan diobati dan sebanyak 33% pasien TBC yang belum diobati.<sup>7</sup>

Tantangan yang teridentifikasi dalam Penanggulangan TBC di Indonesia beberapa di antaranya adalah keterlibatan multisektor yang belum optimal serta Kurangnya pelaporan kasus TB, terutama di rumah sakit (baik pemerintah maupun swasta) dan juga layanan primer swasta. Dalam tiga tahun terakhir, kesenjangan penemuan pasien TBC di Indonesia diantara orang yang diestimasikan sakit TBC setiap tahunnya masih melebihi 30 persen, dimana mayoritas notifikasi berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan (faskes) publik. Namun, sektor swasta mengelola lebih dari 50 persen rumah sakit di Indonesia dan sekitar 70 ribu dokter praktik mandiri/DPM. Selain itu, lebih dari lebih dari 60 persen tenaga kesehatan publik memiliki pekerjaan kedua di faskes swasta atau praktik mandiri. ([BCG & USAID, 2018](#))

Melengkapi banyaknya keterlibatan sektor swasta dalam menyediakan layanan kesehatan di Indonesia, minat dari masyarakat untuk mengakses layanan swasta pun sangat besar. Pada umumnya, kebanyakan orang yang memiliki gejala TBC seperti batuk terus menerus memilih mengakses layanan swasta sebelum mereka mendapatkan diagnosis yang akurat. [Asik, Setyaningsih, Nasution, et al., 2017](#) memetakan bahwa 74 persen orang dengan gejala TBC mengakses layanan swasta dan 52 persen diantaranya mengakses farmasi/warung obat. Hanya 19 persen orang dengan gejala batuk mengakses layanan kesehatan ke faskes dengan fasilitas diagnosis di tahap awal perawatannya.

Pada tahun 2017, hanya 13 persen kasus TBC yang ternotifikasi berasal dari penyedia layanan kesehatan swasta ([BCG & USAID, 2018](#)). Selain itu, Studi Inventori TBC 2016-2017 mengestimasi mayoritas kasus-kasus TBC yang belum dilaporkan adalah pasien di DPM, Klinik, Laboratorium, dan Rumah Sakit swasta. Informasi tersebut mengindikasikan bahwa mayoritas orang sakit TBC yang berobat di faskes swasta belum terjangkau pelayanan psikososial yang optimal sebab faskes swasta pada umumnya tidak memiliki fungsi kesehatan masyarakat.

Indonesia mengembangkan strategi Public-Private-Mix berbasis kabupaten/kota (District Private Public Mix/DPPM) untuk meningkatkan penemuan kasus dan memastikan perawatan TBC yang sesuai standar. Dinas Kesehatan kota/kabupaten, di bawah arahan Dinas Kesehatan Provinsi, memimpin koordinasi jaringan DPPM bersama Puskesmas dan organisasi profesi. Jaringan ini dinilai akan menerima manfaat dengan melibatkan organisasi masyarakat untuk memperkuat fungsi kesehatan masyarakat (i.e. investigasi kontak, edukasi masyarakat, pendampingan pasien

<sup>7</sup> World Health Organization. (2020). *Global TB Report*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



dan PMO, pelacakan pasien mangkir) bagi pasien-pasien yang dirawat di faskes sektor swasta ([BCG & USAID, 2018](#)).

Dalam rangka mendukung DPPM, PR Konsorsium Penabulu-STPI ikut serta mengambil peran sebagai pihak komunitas. Peran komunitas untuk mendukung jejaring DPPM diantaranya adalah (1) melakukan upaya advokasi dan membangun kemitraan untuk implementasi DPPM pada wilayah kerja; (2) bermitra dengan Faskes Pemerintah dan Swasta untuk proses pendampingan pasien dalam jejaring DPPM; (3) pelacakan kasus dengan melakukan kunjungan rumah untuk pasien *LTFU* (LTFU) di Faskes Pemerintah dan Swasta; (4) pendampingan pasien LTFU yang kembali melakukan pengobatan dan (5) Investigasi kontak dari indeks kasus LTFU yang kembali melakukan pengobatan dan indeks kasus TBC aktif (yang terkonfirmasi bakteriologis) di Faskes Pemerintah dan Swasta. Terdapat 18 Provinsi dan 77 kabupaten/kota wilayah kerja prioritas untuk dukungan komunitas dalam implementasi DPPM.

Untuk mewujudkan peran tersebut, maka PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI telah mengembangkan "**Petunjuk Teknis bagi Komunitas dalam Mendukung Implementasi Jejaring DPPM**" sebagai acuan kerja. Selanjutnya, SR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI berperan untuk melakukan pemetaan pemangku kepentingan dan sasaran serta menerjemahkan panduan petunjuk teknis tersebut menjadi strategi di wilayah kerja masing-masing. Sebagai unsur dalam jaringan DPPM, SR tetap perlu melibatkan Dinkes Provinsi selaku koordinator di wilayah kerja dan berbagai organisasi profesi maupun organisasi faskes swasta di Provinsi dalam pengembangan strategi pelibatan komunitas untuk pelacakan dan pendampingan pasien TBC *lost to follow-up* (LTFU) di faskes pemerintah dan swasta pada tingkat provinsi dan kota-kabupaten.

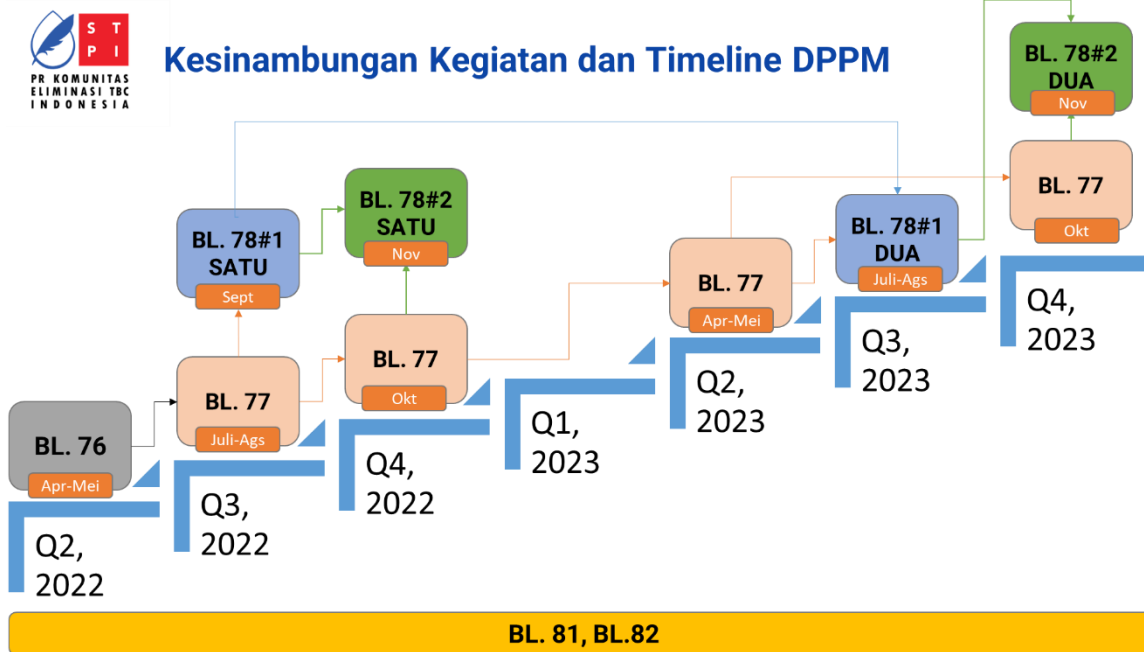
Dalam upaya membangun kerja sama yang erat antara organisasi komunitas dengan Fasyankes Pemerintah dan Swasta, terlebih dahulu dilakukan pemetaan terhadap layanan kesehatan yang potensial untuk dilibatkan dalam kerja sama DPPM dengan pelibatan organisasi komunitas yang disepakati di tingkat provinsi. Layanan kesehatan yang teridentifikasi kemudian diundang dalam workshop guna menghasilkan kesepakatan dan kemitraan dalam implementasi DPPM. Secara umum kegiatan workshop akan mengacu pada kesepakatan pelibatan komunitas di jejaring DPPM tingkat Provinsi dan mengacu pada Petunjuk Teknis Bagi Komunitas dalam Mendukung DPPM serta Petunjuk Pelaksanaan Kegiatan DPPM.

### **Tujuan**

1. Membangun pemahaman bersama antara tim komunitas SSR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dengan Fasyankes Pemerintah dan Swasta yang sudah teridentifikasi, guna memberikan dukungan layanan bagi pasien TB.
2. Membangun dukungan dan koordinasi kegiatan dari tim DPPM (*District Technical Team*) Kab/Kota dan para pemangku kepentingan dalam kolaborasi antara komunitas dengan pelayanan pemerintah dan swasta.
3. Membuat kesepakatan bersama alur kolaborasi komunitas dalam implementasi program kerja DPPM di tingkat kab/kota dan kemitraan antara SSR Komunitas dengan Pelayanan Kesehatan pemerintah dan swasta.
4. Mengembangkan rencana operasional implementasi program kerja DPPM yang disusun bersama antara SSR dengan layanan kesehatan dan melibatkan para pemangku kepentingan yang terlibat.
5. Menyetujui mekanisme dan indikator pemantauan dan umpan balik layanan TBC.

## Bentuk Kegiatan

### 1. Kesenambungan kegiatan dan timeline DPPM



- Kegiatan BL.76 akan dilaksanakan dalam bentuk workshop selama 2 hari di tingkat Kabupaten/Kota.
- Kegiatan dilaksanakan di 77 Kota/Kabupaten pada Q2 Tahun 2022 secara luring.
- Kegiatan dilaksanakan oleh SSR Konsorsium Komunitas dengan mengundang Pimpinan Manajemen Pelayanan Kesehatan Pemerintah dan Swasta yang sudah diidentifikasi serta melibatkan *DPPM Technical Team* dan KOPI TB di 77 Kota/Kabupaten.
- Kegiatan akan menghadirkan 1 Narasumber provinsi (Dinkes Provinsi) dan 1 narasumber dari Dinkes Kab/Kota serta 1 orang dari KOPI TB
- Kegiatan ini diharapkan menghadirkan pimpinan manajemen Fasyankes Pemerintah dan Swasta yang potensial dan telah teridentifikasi pada kegiatan koordinasi sebelumnya, juga akan melibatkan Tim DPPM di tingkat Kabupaten/Kota dan para pemangku kepentingan seperti asosiasi organisasi profesi.
- Agenda kegiatan membahas 8 hal (dapat disesuaikan dengan konteks wilayah), yakni
  - Paparan terkait perkembangan kebijakan dan program kerja pemerintah dalam memperkuat DPPM dan kolaborasi dengan komunitas (Narasumber Provinsi)
  - Paparan terkait situasi terkini DPPM dan rencana implementasi DPPM di Kabupaten/Kota (Narasumber Kabupaten/Kota)
  - Paparan terkait peran pemangku kepentingan untuk memperkuat jejaring DPPM (KOPI TB)
  - Paparan SSR Konsorsium Komunitas terkait a) peran komunitas dalam jejaring DPPM dan b) informasi hasil kesepakatan tingkat provinsi terkait implementasi DPPM dan pelibatan komunitas dalam jejaring DPPM.
  - Diskusi dan curah pendapat terkait tantangan dan usulan solusi dalam memperkuat peran Fasyankes Pemerintah dan Swasta dalam jejaring DPPM, kolaborasi antara pihak pemerintah, komunitas dan fasyankes pemerintah dan swasta
  - Diskusi dan curah pendapat kesepakatan bersama terkait alur pelibatan komunitas dalam implementasi program kerja DPPM di tingkat kab/kota dan kemitraan antara SSR Komunitas dengan fasyankes pemerintah dan swasta.

- Diskusi dan curah pendapat terkait rencana operasional implementasi program kerja DPPM yang disusun bersama antara SSR dengan Layanan Kesehatan dan melibatkan para pemangku kepentingan yang terlibat. Termasuk diantaranya alur pelacakan kasus LTFU di fasyankes pemerintah dan swasta, investigasi kontak dan pendampingan bagi pasien TBC.
- Paparan terkait CBMF oleh SSR, dilanjutkan diskusi dan curah pendapat terkait inisiasi pembentukan tim pemantauan dan umpan balik berbasis komunitas termasuk rencana kerja pemantauan dan umpan balik layanan TBC berbasis komunitas

Acuan Petunjuk Pelaksanaan Kegiatan dapat diakses pada <https://bit.ly/JUKLAK-DPPM>

### **Peserta**

Kegiatan pertemuan workshop melibatkan 22 orang peserta yang terdiri dari:

1. 1 orang Kabid P2P Kabupaten/Kota
2. 1 orang Program Yankes untuk layanan swasta di Dinkes Kab/Kota
3. 1 orang TO DPPM Dinkes Kab/Kota
4. 11 perwakilan manajemen Pelayanan Kesehatan Swasta (RS, Klinik, DPM)
5. 1 orang perwakilan ASKLIN Kab/Kota
6. 1 orang perwakilan PERSI Kab/Kota
7. 1 orang dari SSR Konsorsium Komunitas
8. 1 orang MK DPPM Kabupaten/Kota
9. 1 orang Koordinator Kader DPPM

### **Narasumber**

1. 1 orang narasumber Provinsi (Kepala Dinas Kesehatan)
2. 1 orang narasumber Dinkes Kabupaten/Kota
3. 1 orang narasumber dari KOPI TB

### **Struktur Anggaran**

Mengacu pada POA sesuai periode pelaksanaan kegiatan.

### **Keluaran Kegiatan**

1. Terbentuknya komitmen bersama implementasi DPPM di kabupaten/kota.
2. Adanya dokumen kesepakatan bersama terkait alur pelibatan komunitas dalam implementasi program kerja DPPM di tingkat kab/kota dan kemitraan antara SSR Komunitas dengan Layanan Kesehatan Pemerintah dan Swasta.
3. Dokumen rencana operasional implementasi program kerja DPPM yang disusun bersama antara SSR dengan Layanan Kesehatan dan melibatkan para pemangku kepentingan yang terlibat. Termasuk diantaranya alur pelacakan kasus LTFU di fasyankes pemerintah dan swasta, investigasi kontak dan pendampingan bagi pasien TBC.
4. Terbentuknya tim pemantauan dan umpan balik berbasis komunitas dan rencana kerja pemantauan dan umpan balik layanan TBC berbasis komunitas

### **Laporan**

1. Laporan narasi kegiatan
2. Dokumen keluaran kegiatan

3. Dokumentasi (video, foto)
4. Laporan keuangan

**Catatan:** laporan narasi, dokumen keluaran dan dokumentasi kegiatan harap dikirimkan oleh tim SR kepada Tim Program (email: [program@penabulu-stpi.id](mailto:program@penabulu-stpi.id)) dengan format informasi [BL.76] Establish Partnership DPPM – (nama SR) - (periode kuartal dan tahun)

### Wilayah Intervensi

Wilayah Kerja DPPM beririsan dengan Konsorsium komunitas (77 Kabupaten/Kota)

No.	Provinsi	No	Kabupaten/Kota
	BALI	1.	Badung
1)	BANTEN	2.	Tangerang
	BANTEN	3.	Kota Tangerang
	BANTEN	4.	Kota Tangerang Selatan
	BANTEN	5.	Serang
2)	DIY	6.	Bantul
	DIY	7.	Sleman
	DIY	8.	Kota Yogyakarta
3)	DKI JAKARTA	9.	Kodya Jakarta Barat
	DKI JAKARTA	10.	Kodya Jakarta Selatan
	DKI JAKARTA	11.	Kodya Jakarta Timur
	DKI JAKARTA	12.	Kodya Jakarta Pusat
	DKI JAKARTA	13.	Kodya Jakarta Utara
4)	JABAR	14.	Indramayu
	JABAR	15.	Subang
	JABAR	16.	Purwakarta
	JABAR	17.	Kota Bogor
	JABAR	18.	Kota Bandung
	JABAR	19.	Kota Cirebon
	JABAR	20.	Kota Bekasi
	JABAR	21.	Kota Depok
	JABAR	22.	Kota Cimahi
	JABAR	23.	Sukabumi
	JABAR	24.	Bandung
	JABAR	25.	Garut
	JABAR	26.	Cirebon
	JABAR	27.	Karawang
JABAR	28.	Bekasi	
JABAR	29.	Bogor	
5)	JAMBI	30.	Kota Jambi
6)	JATENG	31.	Cilacap
	JATENG	32.	Banyumas
	JATENG	33.	Kebumen
	JATENG	34.	Boyolali
	JATENG	35.	Klaten

No.	Provinsi	No	Kabupaten/Kota
	JATENG	36.	Sukoharjo
	JATENG	37.	Wonogiri
	JATENG	38.	Sragen
	JATENG	39.	Grobogan
	JATENG	40.	Pati
	JATENG	41.	Kudus
	JATENG	42.	Pemalang
	JATENG	43.	Tegal
	JATENG	44.	Brebes
	JATENG	45.	Kota Surakarta
	JATENG	46.	Kota Semarang
	JATENG	47.	Kota Pekalongan
	JATENG	48.	Karanganyar
7)	JATIM	49.	Kediri
	JATIM	50.	Malang
	JATIM	51.	Banyuwangi
	JATIM	52.	Pasuruan
	JATIM	53.	Sidoarjo
	JATIM	54.	Mojokerto
	JATIM	55.	Jombang
	JATIM	56.	Kota Malang
	JATIM	57.	Kota Surabaya
	JATIM	58.	Tulungagung
	JATIM	59.	Jember
	JATIM	60.	Gresik
8)	KALBAR	61.	Kota Pontianak
9)	KALTIM	62.	Kota Balikpapan
	KALTIM	63.	Kota Samarinda
10)	KEPRI	64.	Kota Batam
11)	LAMPUNG	65.	Lampung Tengah
	LAMPUNG	66.	Kota Bandar Lampung
	LAMPUNG	67.	Lampung Selatan
12)	NTB	68.	Kota Mataram
13)	RIAU	69.	Kota Pekanbaru
14)	SULSEL	70.	Kota Makassar
15)	SUMBAR	71.	Kota Padang
16)	SUMSEL	72.	Kota Palembang
17)	SUMUT	73.	Asahan
	SUMUT	74.	Deli Serdang
	SUMUT	75.	Langkat
	SUMUT	76.	Kota Binjai
	SUMUT	77.	Kota Medan
<b>Total</b>	<b>18 Provinsi</b>		<b>77 Kabupaten/Kota</b>

<b>BL. 77</b>	<b>Pertemuan Periodik Komunitas dengan Pemangku Kepentingan untuk Peningkatan Layanan TBC dalam Jejaring DPPM di Kabupaten/Kota</b>
---------------	---

### Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) merupakan salah satu penyebab utama kesakitan dan kematian di dunia. Menurut *Global TB Report* tahun 2021, Indonesia berada di peringkat ketiga di dunia dengan kasus TBC terbanyak. Diperkirakan estimasi insidensi sebesar 824.000 kasus atau 301 per 100.000 penduduk. Lebih lanjut, data Kemenkes RI per November 2021 menunjukkan bahwa capaian cakupan penemuan kasus TBC sebesar 33% (target 85%), angka keberhasilan pengobatan sebesar 76% (target 90%). Pada GTR 2020, dari jumlah kasus yang tercatat, hanya 67% dari total kasus yang ditemukan dan diobati dan sebanyak 33% pasien TBC yang belum diobati.<sup>8</sup>

Tantangan yang teridentifikasi dalam Penanggulangan TBC di Indonesia beberapa di antaranya adalah keterlibatan multisektor yang belum optimal serta Kurangnya pelaporan kasus TB, terutama di rumah sakit (baik pemerintah maupun swasta) dan juga layanan primer swasta. Dalam tiga tahun terakhir, kesenjangan penemuan pasien TBC di Indonesia diantara orang yang diestimasikan sakit TBC setiap tahunnya masih melebihi 30 persen, dimana mayoritas notifikasi berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan (faskes) publik. Namun, sektor swasta mengelola lebih dari 50 persen rumah sakit di Indonesia dan sekitar 70 ribu dokter praktik mandiri/DPM. Selain itu, lebih dari 60 persen tenaga kesehatan publik memiliki pekerjaan kedua di faskes swasta atau praktik mandiri. ([BCG & USAID, 2018](#))

Melengkapi banyaknya keterlibatan sektor swasta dalam menyediakan layanan kesehatan di Indonesia, minat dari masyarakat untuk mengakses layanan swasta pun sangat besar. Pada umumnya, kebanyakan orang yang memiliki gejala TBC seperti batuk terus menerus memilih mengakses layanan swasta sebelum mereka mendapatkan diagnosis yang akurat. [Asik, Setyaningsih, Nasution, et al., 2017](#) memetakan bahwa 74 persen orang dengan gejala TBC mengakses layanan swasta dan 52 persen diantaranya mengakses farmasi/warung obat. Hanya 19 persen orang dengan gejala batuk mengakses layanan kesehatan ke faskes dengan fasilitas diagnosis di tahap awal perawatannya.

Indonesia mengembangkan strategi Public-Private-Mix berbasis kabupaten/kota (District Private Public Mix/DPPM) untuk meningkatkan penemuan kasus dan memastikan perawatan TBC yang sesuai standar. Dinas Kesehatan kota/kabupaten, di bawah arahan Dinas Kesehatan Provinsi, memimpin koordinasi jaringan DPPM bersama Puskesmas dan organisasi profesi. Jaringan ini dinilai akan menerima manfaat dengan melibatkan organisasi masyarakat untuk memperkuat fungsi kesehatan masyarakat (i.e. investigasi kontak, edukasi masyarakat, pendampingan pasien dan PMO, pelacakan pasien mangkir) bagi pasien-pasien yang dirawat di faskes sektor swasta ([BCG & USAID, 2018](#)).

Dalam rangka mendukung DPPM, PR Konsorsium Penabulu-STPI ikut serta mengambil peran sebagai pihak komunitas. Peran komunitas untuk mendukung jejaring DPPM diantaranya adalah (1) melakukan upaya advokasi dan membangun kemitraan untuk implementasi DPPM pada wilayah kerja; (2) bermitra dengan Faskes Pemerintah dan Swasta untuk proses pendampingan pasien dalam jejaring DPPM; (3) pelacakan kasus dengan melakukan kunjungan rumah untuk pasien Lost

<sup>8</sup> World Health Organization. (2020). *Global TB Report*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

to Follow Up (LTFU) di Faskes Pemerintah dan Swasta; (4) pendampingan pasien LTFU yang kembali melakukan pengobatan dan (5) Investigasi kontak dari indeks kasus LTFU yang kembali melakukan pengobatan dan indeks kasus TBC aktif (yang terkonfirmasi bakteriologis) di Faskes Pemerintah dan Swasta. Terdapat 18 Provinsi dan 77 Kabupaten/Kota wilayah kerja prioritas untuk dukungan komunitas dalam implementasi DPPM.

Dalam mendukung peningkatan akses dan pengobatan, masyarakat memiliki peran strategis dalam mengupayakan terwujudnya pencegahan dan pengobatan berkualitas yang berpusat pada pasien termasuk dalam isu atau program TB. Salah satu upaya yang bisa dilakukan adalah mendorong adanya mekanisme bagi masyarakat untuk melakukan pemantauan yang menghasilkan respon atau *feedback* dari penyedia layanan maupun pemangku kepentingan sehingga kebutuhan pasien dan atau masyarakat bisa dipenuhi.

PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI bersama Mitra telah mengembangkan mekanisme pemantauan dan umpan balik berbasis komunitas atau *Community Based Monitoring & Feedback* (CBMF) yang akan digunakan untuk mendorong pemantauan terhadap layanan TB. Melalui CBFM, pemantauan dan umpan balik untuk layanan swasta, khususnya di 77 Kabupaten/Kota juga dapat digunakan sebagai basis dalam penentuan kebijakan dan perbaikan layanan kesehatan.

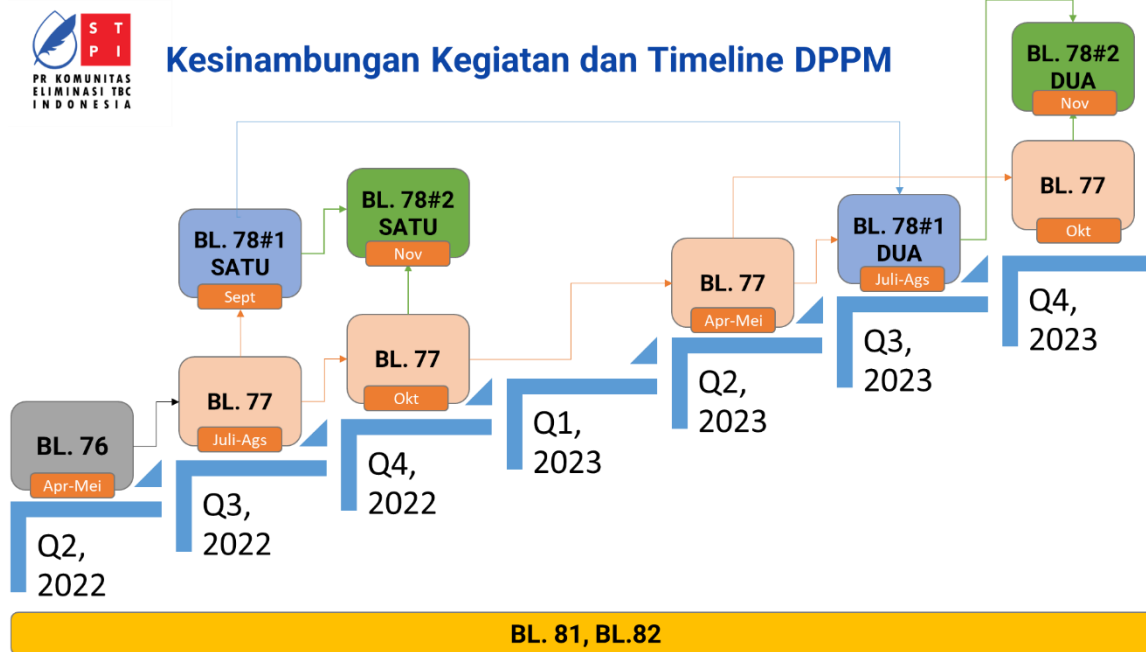
Pada pertemuan komunitas dengan para pemangku kepentingan terkait implementasi DPPM, telah dihasilkan kesepakatan kemitraan antara komunitas dan layanan kesehatan di 77 Kabupaten/Kota, serta pembentukan tim pemantauan berbasis komunitas yang disepakati bersama komunitas dengan fasyankes swasta. Kegiatan pemantauan akan menggunakan aplikasi CBFM yang telah dikembangkan oleh PR Konsorsium komunitas PB STPI bersama dengan mitra. Berdasarkan mekanisme CBFM, beberapa umpan balik dan keluhan dapat dilaksanakan langsung di tingkat layanan, namun untuk hal-hal yang membutuhkan koordinasi dan kolaborasi lebih lanjut, perlu ada pertemuan reguler setiap semester, untuk mengidentifikasi bagaimana pemantauan dan umpan balik telah berjalan dan telah dilaksanakan.

### **Tujuan**

1. Mengkoordinasikan dan memantau bentuk pengawasan yang bersumber dari masyarakat untuk kualitas layanan TBC dalam jejaring DPPM.
2. Mengidentifikasi dan monitoring kualitas layanan program TBC yang berpusat pada pasien dalam jejaring DPPM.
3. Melakukan evaluasi perkembangan pemantauan dan umpan balik (CBMF) dalam jejaring DPPM.
4. Mengidentifikasi fasyankes pemerintah dan swasta yang sudah menjalankan tata laksana TB SO sesuai standar dan memberikan penghargaan (sesuai kesepakatan dan prosedur) terhadap fasyankes tersebut.

## Bentuk Kegiatan

### 1. Kesenambungan kegiatan dan timeline DPPM



2. Pertemuan BL.77 dapat dilaksanakan setelah implementasi kegiatan BL.76
3. Pertemuan dilaksanakan 1 kali setiap semester di Q3 dan Q4 tahun 2022 serta Q2 dan Q4 2023 untuk memantau kualitas pelayanan TBC di fasyankes pemerintah dan swasta oleh SSR di 77 Kab/Kota.
4. SSR akan mengundang tim pemantauan umpan balik yang telah terbentuk (Dinas Kesehatan, KOPI TB, pihak RS/Klinik Swasta dan jaringan CSO/OMP).
5. Metode kegiatan adalah curah pendapat, diskusi partisipatif dan terfokus.
6. Agenda pertemuan terdiri dari 5 hal (dapat disesuaikan dengan konteks di wilayah):

Pertemuan	Agenda Utama
1 – Q3 2022	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemutahiran mekanisme CBMF.</li> <li>2. Monev mekanisme CBMF.</li> <li>3. Menyepakati syarat, ketentuan dan kriteria <i>DPPM Champion</i> dan penghargaan yang dapat diterima.</li> <li>4. RTL penguatan CBMF dan kaitannya dengan optimalisasi jejaring DPPM #1</li> <li>5. Rekomendasi hasil pelaporan CBMF untuk kegiatan BL.78 #1 (Q3 2022) – Workshop Situasi TB dalam Konteks SPM.</li> </ol>
2 –Q4 2022	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monev RTL penguatan CBMF dan kaitannya dengan optimalisasi jejaring DPPM #1</li> <li>2. Monev mekanisme CBMF.</li> <li>3. Memberikan penghargaan pada <i>DPPM Champion</i>.</li> <li>4. RTL penguatan CBMF dan kaitannya dengan optimalisasi jejaring DPPM #2</li> </ol>



Pertemuan	Agenda Utama
	5. Rekomendasi hasil pelaporan CBMF untuk kegiatan BL.78 #1 (Q4 2022 dan Q1 2023) – Workshop Situasi TB dalam Konteks SPM.
3 – Q2 2023	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monev RTL penguatan CBMF dan kaitannya dengan optimalisasi jejaring DPPM #2</li> <li>2. Monev mekanisme CBMF.</li> <li>3. Memberikan penghargaan pada <i>DPPM Champion</i>.</li> <li>4. RTL penguatan CBMF dan kaitannya dengan optimalisasi jejaring DPPM #3</li> <li>5. Rekomendasi hasil pelaporan CBMF untuk kegiatan BL.78 #1 (Q3 2023) – Workshop Situasi TB dalam Konteks SPM.</li> <li>6. <i>Exit Strategy</i>: Mekanisme pembiayaan dan pengelolaan kegiatan CBMF serta pertemuan periodik secara mandiri.</li> </ol>
4 – Q4 2023	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monev RTL penguatan CBMF dan kaitannya dengan optimalisasi jejaring DPPM #3</li> <li>2. Monev rencana kerja CBMF.</li> <li>3. Monev mekanisme CBMF.</li> <li>4. Memberikan penghargaan pada <i>DPPM Champion</i>.</li> <li>5. RTL penguatan CBMF dan kaitannya dengan optimalisasi jejaring DPPM #4</li> <li>6. <i>Exit Strategy</i>: Komitmen pembiayaan dan pengelolaan kegiatan CBMF serta pertemuan periodik secara mandiri.</li> </ol>

Acuan Petunjuk Pelaksanaan Kegiatan dapat diakses pada <https://bit.ly/JUKLAK-DPPM>

### Peserta

Pertemuan pemantauan kualitas layanan melibatkan peserta:

1. 2 orang Kabid P2P Dinas Kesehatan
2. 1 orang TO DPPM
3. 1 orang KOPI TB
4. 2 orang dari SSR Konsorsium Komunitas
5. 2 orang Koordinator kader
6. 1 orang koordinator kader DPPM
7. 1 orang MK PPM Kabupaten-Kota
8. 10 orang perwakilan fasilitas swasta/pemerintah/klinik/dokter praktek swasta
9. 10 orang perwakilan Puskesmas

### Struktur Anggaran

Mengacu pada POA sesuai periode pelaksanaan kegiatan.

### Keluaran Kegiatan

1. Dihasilkannya informasi evaluasi pemantauan dan umpan balik terhadap layanan TBC yang berpusat kepada pasien sesuai standar minimum layanan yang bersumber dari masyarakat.
2. Dihasilkannya informasi evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan respon umpan balik yang tercatat di aplikasi CBMF.
3. Teridentifikasinya layanan pemerintah dan swasta yang menjalankan Wajib Notifikasi TBC dengan baik dan berpotensi menjadi DPPM Champion.
4. Rekomendasi perbaikan dari hasil evaluasi perkembangan dan pemantauan umpan balik (CBMF)

### Laporan

1. Laporan Narasi kegiatan
2. Dokumen keluaran kegiatan
3. Laporan keuangan
4. Dokumentasi (video, foto)

**Catatan:** laporan narasi, dokumen keluaran dan dokumentasi kegiatan harap dikirimkan oleh tim SR kepada Tim Program (email: [program@penabulu-stpi.id](mailto:program@penabulu-stpi.id)) dengan format informasi [BL.77] Establish Community Led Oversight – (nama SR) - (periode kuartal dan tahun)

### Wilayah Intervensi

Wilayah Kerja DPPM beririsan dengan Konsorsium komunitas (77 Kabupaten/Kota)

No.	Provinsi	No	Kabupaten/Kota
	BALI	78.	Badung
	BANTEN	79.	Tangerang
	BANTEN	80.	Kota Tangerang
	BANTEN	81.	Kota Tangerang Selatan
	BANTEN	82.	Serang
	DIY	83.	Bantul
	DIY	84.	Sleman
	DIY	85.	Kota Yogyakarta
	DKI JAKARTA	86.	Kodya Jakarta Barat
	DKI JAKARTA	87.	Kodya Jakarta Selatan
	DKI JAKARTA	88.	Kodya Jakarta Timur
	DKI JAKARTA	89.	Kodya Jakarta Pusat
	DKI JAKARTA	90.	Kodya Jakarta Utara
	JABAR	91.	Indramayu
	JABAR	92.	Subang
	JABAR	93.	Purwakarta
	JABAR	94.	Kota Bogor
	JABAR	95.	Kota Bandung
	JABAR	96.	Kota Cirebon
	JABAR	97.	Kota Bekasi
	JABAR	98.	Kota Depok
	JABAR	99.	Kota Cimahi
	JABAR	100.	Sukabumi

No.	Provinsi	No	Kabupaten/Kota
	JABAR	101.	Bandung
	JABAR	102.	Garut
	JABAR	103.	Cirebon
	JABAR	104.	Karawang
	JABAR	105.	Bekasi
	JABAR	106.	Bogor
	JAMBI	107.	Kota Jambi
	JATENG	108.	Cilacap
	JATENG	109.	Banyumas
	JATENG	110.	Kebumen
	JATENG	111.	Boyolali
	JATENG	112.	Klaten
	JATENG	113.	Sukoharjo
	JATENG	114.	Wonogiri
	JATENG	115.	Sragen
	JATENG	116.	Grobogan
	JATENG	117.	Pati
	JATENG	118.	Kudus
	JATENG	119.	Pemalang
	JATENG	120.	Tegal
	JATENG	121.	Brebes
	JATENG	122.	Kota Surakarta
	JATENG	123.	Kota Semarang
	JATENG	124.	Kota Pekalongan
	JATENG	125.	Karanganyar
	JATIM	126.	Kediri
	JATIM	127.	Malang
	JATIM	128.	Banyuwangi
	JATIM	129.	Pasuruan
	JATIM	130.	Sidoarjo
	JATIM	131.	Mojokerto
	JATIM	132.	Jombang
	JATIM	133.	Kota Malang
	JATIM	134.	Kota Surabaya
	JATIM	135.	Tulungagung
	JATIM	136.	Jember
	JATIM	137.	Gresik
	KALBAR	138.	Kota Pontianak
	KALTIM	139.	Kota Balikpapan
	KALTIM	140.	Kota Samarinda
	KEPRI	141.	Kota Batam
	LAMPUNG	142.	Lampung Tengah
	LAMPUNG	143.	Kota Bandar Lampung
	LAMPUNG	144.	Lampung Selatan
	NTB	145.	Kota Mataram

No.	Provinsi	No	Kabupaten/Kota
	RIAU	146.	Kota Pekanbaru
	SULSEL	147.	Kota Makassar
	SUMBAR	148.	Kota Padang
	SUMSEL	149.	Kota Palembang
	SUMUT	150.	Asahan
	SUMUT	151.	Deli Serdang
	SUMUT	152.	Langkat
	SUMUT	153.	Kota Binjai
	SUMUT	154.	Kota Medan
<b>Total</b>	<b>18 Provinsi</b>		<b>77 Kabupaten/Kota</b>

BL. 78	<b>Pertemuan Komunitas dan Pemangku Kepentingan Jejaring DPPM untuk Optimalisasi Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) terkait Layanan TBC di Kabupaten/Kota.</b>
--------	---

## Latar Belakang

Indonesia menjadi negara ketiga dengan kasus tuberkulosis (TBC) terbanyak di dunia (2021). Persoalan TBC memberikan beban ekonomi bagi Indonesia, yang mana dampak total kerugian akibat penyakit TBC adalah sekitar 136,7 miliar per tahun. Kematian akibat TBC pada 2015-2030 diperkirakan dapat merugikan 0.7% PDB Indonesia di tahun 2030 atau 123.6 Milyar USD.

Untuk dapat menanggulangi TBC diperlukan intervensi dari berbagai pihak melalui komitmen politik yang terinternalisasi dalam kebijakan dan penganggaran. Pada tahun 2021, pemerintah Indonesia merealisasikan komitmen politik tersebut melalui Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 67 tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis.

Dalam konteks penguatan sistem pendanaan TBC, pada Perpres 67/2021 menyebutkan bahwa perlu upaya penyediaan anggaran yang memadai dalam penanggulangan TBC. Mandat tersebut ditunjukkan kepada Kementerian Dalam Negeri sebagai penanggung jawab utama. Kemendagri telah berkomitmen dengan menerbitkan Permendagri No.59 tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM). Terdapat klausul yang menjelaskan bahwa Pemerintah Daerah perlu memprioritaskan Jenis Pelayanan Dasar (JPD) TBC sebagai layanan dasar. Secara khusus, tertulis bahwa penemuan kasus adalah kewajiban minimal Pemerintah Daerah yang harus dicapai 100%.

Komitmen Kemendagri didukung penuh oleh Kementerian Kesehatan serta Asosiasi Dinas Kesehatan Seluruh Indonesia (ADINKES). Hal ini ditindaklanjuti dengan adanya nota kesepahaman (nomor 119/7099/SJ, Desember 2021) antara Kemendagri dengan ADINKES untuk peningkatan koordinasi, sinergi dan Kerjasama dalam penguatan perencanaan dan penganggaran AIDS, Tuberkulosis dan Malaria (ATM) di Pemerintah Daerah.

Untuk mengoptimalkan capaian SPM tersebut, Perpres juga memberikan mandat berkenaan dengan akses layanan TBC. Hal ini diupayakan melalui pelaksanaan sistem rujukan yang mengikuti alur pelayanan TBC yang ditetapkan oleh pemerintah daerah. Upaya tersebut menjadi tanggung jawab dari Kemendagri untuk mengkoordinasikan Pemerintah Daerah agar menyediakan regulasi sistem rujukan diagnosis dan pengobatan pasien TBC serta tersedianya dukungan pendanaan untuk sistem rujukan diagnosis/pengobatan, pengiriman sampel uji dan obat dari Pemerintah Daerah. Tercatat pada tahun 2022 Kemendagri telah memfasilitasi dengan menyediakan penambahan nomenklatur TBC yang lebih spesifik mengakomodasi kebutuhan penganggaran kegiatan pembiayaan rujukan orang terduga TBC dan orang dengan TBC.

Dalam rangka penyediaan layanan kesehatan yang berpusat pada pasien TBC, maka Pemerintah Indonesia mengadopsi pendekatan District Public-Private Mix (DPPM). Stranas TBC 2020-2024 menyebutkan bahwa kegiatan penemuan, pengobatan dan pencegahan TBC wajib dilaksanakan oleh seluruh faskes pemerintah dan swasta baik FKTP dan FKRTL. DPPM menjadi salah satu strategi yang diproyeksikan dapat mengatasi tantangan terkait pelibatan multisektoral, implementasi SPM dalam layanan TBC, rendahnya pelaporan kasus dan kualitas layanan TBC serta

skema pembiayaan TBC. Dengan DPPM, maka diharapkan juga dapat mengatasi notifikasi TBC yang rendah dan kualitas pelayanan TBC yang belum standar di fasyankes.

Dengan adanya indikator SPM, maka akan menjadi modalitas bagi faskes dalam menjalankan perannya untuk menyediakan layanan kesehatan bagi terduga maupun pasien TBC. Dari aspek implementasi SPM, jejaring DPPM akan dapat menjadi sistem pemungkin untuk adanya layanan yang terintegrasi. Oleh karena itu, kedua intervensi ini dapat saling melengkapi sebagai satu kesatuan penguatan sistem kesehatan untuk TBC.

PR Konsorsium Penabulu-STPI sebagai entitas komunitas penanggulangan TBC mengupayakan rangkaian advokasi dan kemitraan untuk memperkuat jejaring DPPM di 18 Provinsi dan 77 kabupaten/kota prioritas. Berdasarkan analisa situasi DPPM di wilayah tersebut, diketahui diperlukan adanya sinergitas antara perencanaan dan penganggaran program TBC melalui implementasi SPM. Sehingga kedua pendekatan tersebut dapat terpenuhi dan menjadi sistem kesehatan yang lebih berpihak pada pasien TBC.

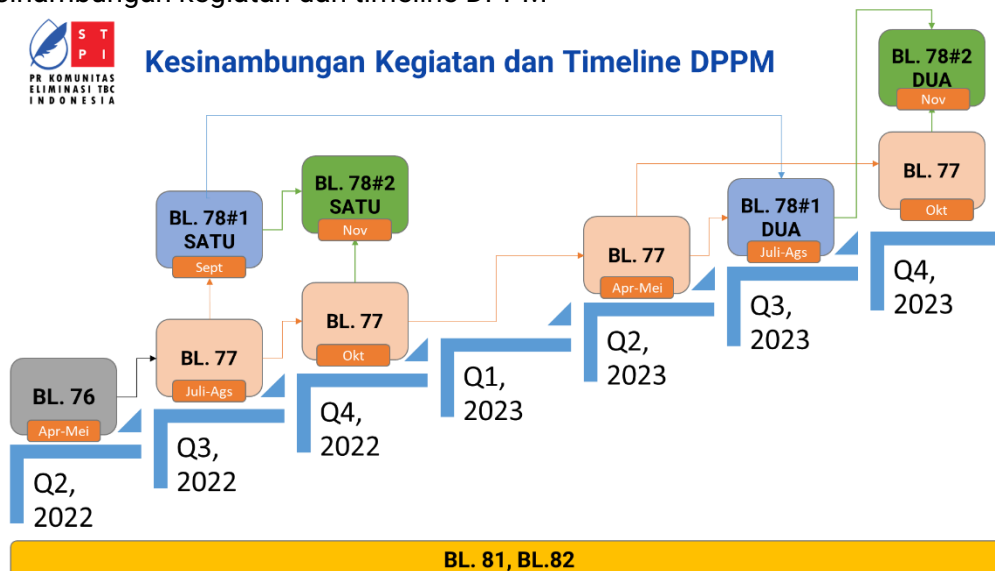
Berkaitan dengan hal tersebut, Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI mengadakan kegiatan Pertemuan Komunitas dengan Pemangku Kepentingan Jejaring DPPM untuk Optimalisasi Implementasi SPM Layanan TBC di 77 Kabupaten/Kota. Pertemuan tersebut akan berkolaborasi dengan Ditjen Pembangunan Daerah Kemendagri dan ADINKES

### Tujuan

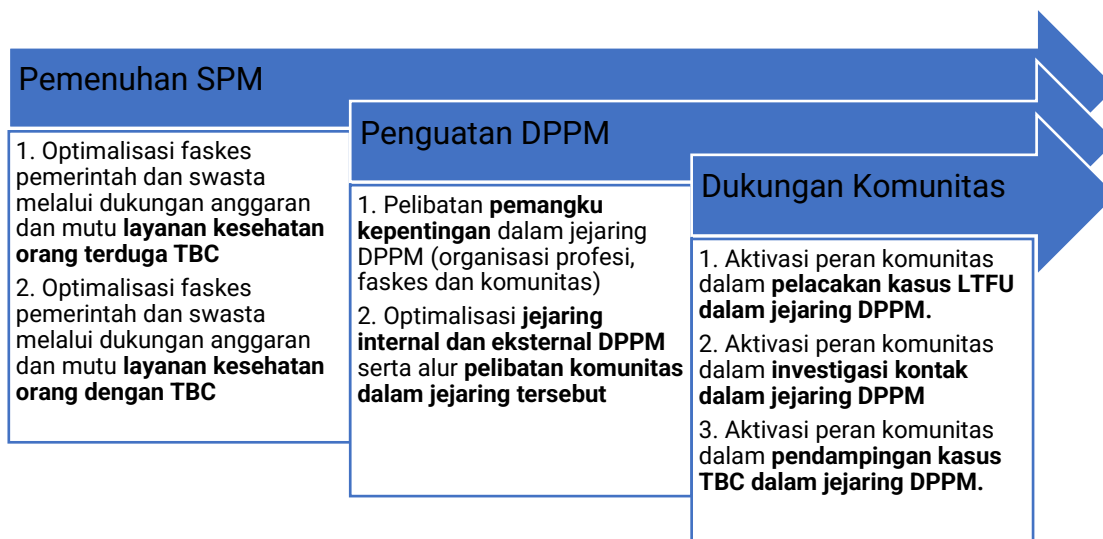
1. Sinergitas implementasi SPM layanan TBC dan penguatan jejaring DPPM.
2. Meningkatkan sensitisasi pemangku kepentingan TBC dalam implementasi SPM layanan TBC dan penguatan jejaring DPPM.
3. Mengembangkan rencana kolaborasi pemenuhan SPM dan wajib notifikasi kasus dalam jejaring DPPM.
4. Melakukan *press conference* tentang komitmen bersama untuk meningkatkan layanan TBC.

### Bentuk Kegiatan

1. Kesenambungan kegiatan dan timeline DPPM



2. Merupakan pertemuan yang diinisiasi oleh Tim Kerja Komunitas di tingkat Kab/Kota dengan melibatkan pemangku kepentingan jejaring DPPM seperti Dinas Kesehatan Kab/Kota, KOPI TB, Asosiasi Fasyankes (Tingkat pertama dan lanjutan), Tim Penerapan SPM serta Anggota DPRD.
3. Terdapat 5 pembahasan utama yakni (1) analisa situasi TBC; (2) perkembangan jejaring DPPM untuk dukung penemuan dan notifikasi kasus; (3) perkembangan implementasi SPM; (4) peran strategis DPRD, ADINKES, organisasi faskes, organisasi profesi dan komunitas dalam implementasi DPPM dan SPM; serta (5) komitmen dan rencana kolaborasi implementasi SPM dan wajib notifikasi kasus dalam jejaring DPPM.
4. Bentuk kegiatan berupa workshop oleh SSR di Kabupaten/Kota (77 Kab/Kota) mengenai situasi TB dan konteks SPM, dengan melibatkan pihak lintas sektor, legislatif dan eksekutif. Proses akan diawali dengan audiensi oleh SSR di 77 Kab/Kota kepada pihak DPRD masing-masing daerah untuk menjelaskan pentingnya peran DPRD dalam proses eliminasi TB, dan peran layanan swasta.
5. SSR juga melakukan pertemuan-pertemuan dengan layanan pemerintah dan swasta di daerah masing-masing dan mendorong keterlibatan layanan swasta untuk melaporkan temuan kasus TB kepada Dinas Kesehatan/PKM. Setelah proses audiensi dengan berbagai pihak dilakukan dan disepakati bersama peran masing-masing pihak, maka dilakukan kegiatan workshop selama dua hari mengenai TB dalam konteks SPM di daerah.
6. Keterkaitan upaya pemenuhan SPM, penguatan DPPM dan dukungan komunitas dapat terlihat dalam alur berikut:



### **Kegiatan #1 Workshop Situasi TB dalam Konteks SPM**

1. Pertemuan dilaksanakan 1 kali (Q3) tahun 2022. Tahun 2023 dilaksanakan 1 kali (Q3) Tahun 2023.
2. Pertemuan workshop untuk identifikasi dan pendataan jumlah kasus notifikasi TBC yang ditemukan di faskes pemerintah dan swasta.
3. Kegiatan workshop untuk membahas situasi TBC dalam konteks SPM terutama pada tata kelola TBC di fasyankes pemerintah dan swasta.
4. Kegiatan workshop melibatkan pembicara nasional dari Ditjen Bangda dan ADINKES.
5. Kegiatan workshop dapat menghasilkan keterlibatan layanan pemerintah dan swasta untuk melaporkan notifikasi TBC kepada dinas Kesehatan/PKM.
6. Secara strategis, kegiatan diharapkan menghasilkan Kerjasama dan kolaborasi yang lebih kuat untuk dapat mengoptimalkan pemenuhan SPM dalam jejaring DPPM.
7. Membuat rencana kerja bersama untuk meningkatkan penemuan kasus TBC dan pendampingan agar bisa tercatat dan dilaporkan secara periodik.

### **Kegiatan #2 Konferensi Pers (Press Conference) - Statement bersama DPRD, Komunitas dan layanan swasta.**

1. Kegiatan akan dilaksanakan pada Q4 tahun 2022 dan Q4 2023.
2. Kegiatan pra persiapan konferensi pers dapat dilakukan diantaranya:
  - Membuat draft press rilis bersama antara DPRD, Komunitas dan layanan
  - Melakukan identifikasi media yang dikenal luas oleh masyarakat
  - Menentukan lokasi kegiatan secara bersama-sama untuk dilakukan konferensi pers
  - Menentukan narasumber atau juru bicara untuk menyampaikan pesan kunci yang akan dilakukan
3. Kegiatan press conference dilakukan untuk mendorong kesadaran menyebarkan informasi positif kepada publik serta masyarakat luas tentang TBC dan bagaimana keterlibatan para pihak sangat dibutuhkan untuk dapat eliminasi TBC.
4. Kegiatan ini dilakukan untuk mendorong peningkatan dan penemuan kasus secara aktif serta dalam proses pencatatan dan pelaporannya di layanan Kesehatan pemerintah dan swasta.

Acuan Petunjuk Pelaksanaan Kegiatan dapat diakses pada <https://bit.ly/JUKLAK-DPPM>  
Acuan bahan baca dapat diakses pada <https://bit.ly/dokumen-referensi-PIP>

### **Peserta dan Narasumber**

#### **Kegiatan #1 Workshop Situasi TB dalam Konteks SPM**

Narasumber 5 orang:

Narasumber nasional

1. 1 orang perwakilan Kemendagri yang mengurus Anggaran Daerah - Ditjen Bangda
2. 1 orang perwakilan ADINKES Pusat

Narasumber Provinsi-Kabupaten-Kota

1. 1 orang ADINKES Wilayah
2. 1 orang Dinas Kesehatan Provinsi
3. 1 orang Dinas Kesehatan Kabupaten Kota

Peserta 15 orang:



1. 1 orang KOPI TB Kab/Kota
2. 1 orang DPRD
3. 1 orang Bagian SPM/Perencana Dinas Kesehatan
4. 1 orang Tata Pemerintahan Pemerintah Daerah
5. 2 orang Dinas Kesehatan Kab/Kota (Wasor dan TO DPPM)
6. 2 orang perwakilan RS Swasta
7. 2 orang perwakilan RS Pemerintah
8. 1 orang perwakilan Klinik
9. 2 orang perwakilan Puskesmas
10. 1 orang staff program SSR/IU
11. 1 orang MK DPPM

**Kegiatan #2 Konferensi Pers (Press Conference) - Statement bersama DPRD, Komunitas dan layanan swasta.**

**Peserta dan narasumber berjumlah 16 orang:**

1. 8 orang Media lokal
2. 1 orang staf program SSR
3. 1 orang MK DPPM
4. 1 orang anggota DPRD
5. 1 orang Dinkes
6. 1 orang KOPI TB
7. 1 orang Puskesmas
8. 1 orang RS Swasta
9. 1 orang Narasumber

**Struktur Anggaran**

Mengacu pada POA sesuai periode pelaksanaan kegiatan.

**Keluaran Kegiatan**

**Kegiatan 78#1**

1. Terbentuknya kesepahaman dan sinergitas dalam implementasi SPM layanan TBC dan penguatan jejaring DPPM.
2. Terbentuknya kesepakatan rencana kolaborasi pemenuhan SPM dan wajib notifikasi kasus dalam jejaring DPPM.

**Kegiatan 78#2**

1. Adanya dokumen rilis media terkait kolaborasi upaya penanggulangan TBC di Kab/Kota.
2. Adanya laporan peliputan media massa terkait kolaborasi upaya penanggulangan TBC di Kab/Kota.

**Laporan**

1. Laporan Narasi kegiatan
2. Dokumen keluaran kegiatan
3. Dokumentasi (video, foto)
4. Press Release

**Catatan:** laporan narasi, dokumen keluaran dan dokumentasi kegiatan harap dikirimkan oleh tim SR kepada Tim Program (email: [program@penabulu-stpi.id](mailto:program@penabulu-stpi.id)) dengan format informasi [BL.78]

Community Led Advocacy to District Legislatives and Executives – (nama SR) - (periode kuartal dan tahun).

### Wilayah Intervensi

Wilayah Kerja DPPM berisikan dengan Konsorsium komunitas (77 Kabupaten/Kota)

No.	Provinsi	No	Kabupaten/Kota
		.	
1)	BALI	1.	Badung
2)	BANTEN	2.	Tangerang
	BANTEN	3.	Kota Tangerang
	BANTEN	4.	Kota Tangerang Selatan
	BANTEN	5.	Serang
3)	DIY	6.	Bantul
	DIY	7.	Sleman
	DIY	8.	Kota Yogyakarta
4)	DKI JAKARTA	9.	Kodya Jakarta Barat
	DKI JAKARTA	10.	Kodya Jakarta Selatan
	DKI JAKARTA	11.	Kodya Jakarta Timur
	DKI JAKARTA	12.	Kodya Jakarta Pusat
	DKI JAKARTA	13.	Kodya Jakarta Utara
5)	JABAR	14.	Indramayu
	JABAR	15.	Subang
	JABAR	16.	Purwakarta
	JABAR	17.	Kota Bogor
	JABAR	18.	Kota Bandung
	JABAR	19.	Kota Cirebon
	JABAR	20.	Kota Bekasi
	JABAR	21.	Kota Depok
	JABAR	22.	Kota Cimahi
	JABAR	23.	Sukabumi
	JABAR	24.	Bandung
	JABAR	25.	Garut
	JABAR	26.	Cirebon
	JABAR	27.	Karawang
	JABAR	28.	Bekasi
JABAR	29.	Bogor	
6)	JAMBI	30.	Kota Jambi
7)	JATENG	31.	Cilacap
	JATENG	32.	Banyumas
	JATENG	33.	Kebumen
	JATENG	34.	Boyolali
	JATENG	35.	Klaten
	JATENG	36.	Sukoharjo
	JATENG	37.	Wonogiri
	JATENG	38.	Sragen
	JATENG	39.	Grobogan

No.	Provinsi	No	Kabupaten/Kota
	JATENG	40.	Pati
	JATENG	41.	Kudus
	JATENG	42.	Pemalang
	JATENG	43.	Tegal
	JATENG	44.	Brebes
	JATENG	45.	Kota Surakarta
	JATENG	46.	Kota Semarang
	JATENG	47.	Kota Pekalongan
	JATENG	48.	Karanganyar
8)	JATIM	49.	Kediri
	JATIM	50.	Malang
	JATIM	51.	Banyuwangi
	JATIM	52.	Pasuruan
	JATIM	53.	Sidoarjo
	JATIM	54.	Mojokerto
	JATIM	55.	Jombang
	JATIM	56.	Kota Malang
	JATIM	57.	Kota Surabaya
	JATIM	58.	Tulungagung
	JATIM	59.	Jember
	JATIM	60.	Gresik
9)	KALBAR	61.	Kota Pontianak
10)	KALTIM	62.	Kota Balikpapan
	KALTIM	63.	Kota Samarinda
11)	KEPRI	64.	Kota Batam
12)	LAMPUNG	65.	Lampung Tengah
	LAMPUNG	66.	Kota Bandar Lampung
	LAMPUNG	67.	Lampung Selatan
13)	NTB	68.	Kota Mataram
14)	RIAU	69.	Kota Pekanbaru
15)	SULSEL	70.	Kota Makassar
16)	SUMBAR	71.	Kota Padang
17)	SUMSEL	72.	Kota Palembang
18)	SUMUT	73.	Asahan
	SUMUT	74.	Deli Serdang
	SUMUT	75.	Langkat
	SUMUT	76.	Kota Binjai
	SUMUT	77.	Kota Medan
Total	<b>18 Provinsi</b>		<b>77 Kabupaten/Kota</b>

BL.79	<b>Dukungan Manajer Kasus DPPM Untuk Mendorong Keberhasilan Pengobatan di 18 Provinsi 77 Kabupaten-Kota</b>
-------	---

## Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) merupakan salah satu penyebab utama kesakitan dan kematian di dunia. Menurut *Global TB Report* tahun 2021, Indonesia berada di peringkat ketiga di dunia dengan kasus TBC terbanyak. Diperkirakan estimasi insidensi sebesar 824.000 kasus atau 301 per 100.000 penduduk. Lebih lanjut, data Kemenkes RI per November 2021 menunjukkan bahwa capaian cakupan penemuan kasus TBC sebesar 33% (target 85%), angka keberhasilan pengobatan sebesar 76% (target 90%). Pada GTR 2020, dari jumlah kasus yang tercatat, hanya 67% dari total kasus yang ditemukan dan diobati dan sebanyak 33% pasien TBC yang belum diobati.<sup>9</sup>

Adanya persoalan kasus TBC yang belum ditemukan dan diobati tersebut, salah satunya disebabkan karena rendahnya kontribusi notifikasi kasus TBC di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Swasta. Hal ini sejalan dengan Studi inventori TBC 2016-2017 yang mengestimasi bahwa mayoritas kasus-kasus TBC yang belum dilaporkan adalah pasien dari dokter praktek mandiri, klinik, laboratorium dan rumah sakit swasta. Padahal, hal krusial dari pelaporan notifikasi kasus TBC dari sektor swasta adalah mengurangi jumlah kasus yang hilang di Indonesia.<sup>10</sup> Lebih lanjut, sektor swasta juga diketahui memiliki peran penting dalam pelibatan pasien sepanjang proses pencarian pengobatan.

Untuk dapat menanggulangi hal tersebut, diupayakan pendekatan *District-based Public-Private Mix* (DPPM). Pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 67 tahun 2016 disebutkan bahwa PPM adalah pelibatan semua fasilitas layanan kesehatan dalam upaya ekspansi layanan pasien TBC dan kesinambungan program penanggulangan TB secara komprehensif melalui kemitraan dengan lintas program atau sektor terkait dan layanan keterpaduan pemerintah dan swasta. DPPM juga diimplementasikan dalam rangka meningkatkan akses layanan TBC yang bermutu dan berpihak pada pasien.

Dalam rangka mendukung DPPM, PR Konsorsium Penabulu-STPI ikut serta mengambil peran sebagai pihak komunitas. Peran komunitas untuk mendukung jejaring DPPM diantaranya adalah (1) melakukan upaya advokasi dan membangun kemitraan untuk implementasi DPPM pada wilayah kerja; (2) bermitra dengan Faskes Pemerintah dan Swasta untuk proses pendampingan pasien dalam jejaring DPPM; (3) pelacakan kasus dengan melakukan kunjungan rumah untuk pasien *Lost to Follow Up* (LTFU) di Faskes Pemerintah dan Swasta; (4) pendampingan pasien LTFU yang kembali melakukan pengobatan dan (5) Investigasi kontak dari indeks kasus LTFU yang kembali melakukan pengobatan dan indeks kasus TBC aktif (yang terkonfirmasi bakteriologis) di Faskes Pemerintah dan Swasta. Terdapat 18 Provinsi dan 77 kabupaten/kota wilayah kerja prioritas untuk dukungan komunitas dalam implementasi DPPM.

<sup>9</sup> World Health Organization. (2020). *Global TB Report*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>10</sup> Joint External Monitoring Mission (JEMM). (2017). *The Republic of Indonesia Joint External Monitoring Mission Tuberculosis 2017 Final Report*.

Untuk mewujudkan peran tersebut, maka PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI telah mengembangkan **“Petunjuk Teknis bagi Komunitas dalam Mendukung Implementasi Jejaring DPPM”** sebagai acuan kerja. Selanjutnya, SR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI berperan untuk melakukan pemetaan pemangku kepentingan dan sasaran serta menerjemahkan panduan petunjuk teknis tersebut menjadi strategi di wilayah kerja masing-masing. Sebagai unsur dalam jaringan DPPM, SR tetap perlu melibatkan Dinkes Provinsi selaku koordinator di wilayah kerja dan berbagai organisasi profesi maupun organisasi faskes swasta di Provinsi dalam pengembangan strategi pelibatan komunitas untuk pelacakan dan pendampingan pasien TBC *lost to follow-up* (LTFU) di faskes pemerintah dan swasta pada tingkat provinsi dan kota-kabupaten.

Dalam rangka mengimplementasikan program kerja dukungan komunitas, maka dilakukan penyediaan tenaga atau SDM yang terdiri dari Manajer Kasus (MK) PPM di 18 Provinsi wilayah kerja dan MK DPPM dan Koordinator Kader DPPM pada 77 kabupaten/kota wilayah kerja. Seluruh MK PPM, MK DPPM dan Koordinator Kader DPPM tersebut ada di bawah koordinasi SR dan SSR wilayah kerja Konsorsium Komunitas PB-STPI.

Salah satu tantangan dalam program penanggulangan TBC adalah rendahnya proporsi/kontribusi pemberitahuan TB di fasilitas pelayanan kesehatan Swasta sehingga kualitas pelayanan TB tidak sesuai dengan standar. Laporan tahun 2020 menggambarkan adanya penurunan jumlah Puskesmas, Rumah Sakit Swasta dan Dokter Umum/Klinik yang melaporkan kasus TB sedangkan terjadi peningkatan jumlah Rumah Sakit Umum dan Klinik. Keterlibatan penyedia layanan kesehatan pemerintah dan swasta penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan TB dan pemberitahuan kasus TB. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan Public Private Mix (PPM) untuk meningkatkan kualitas pelayanan TB dan juga meningkatkan penemuan kasus TBC. Adanya persoalan tersebut pelibatan komunitas untuk bersama-sama meningkatkan penemuan kasus di RS Swasta dan dokter umum/klinik menjadi suatu kebutuhan. Peran komunitas untuk memastikan kepatuhan berobat pasien TBC agar menekan angka Lost to Follow Up (LTFU). Dengan demikian di tingkat provinsi dan kabupaten/kota diperlukan tambahan Case Manager untuk mendukung program tersebut.

Pendekatan manajemen kasus adalah salah satu pendekatan pekerjaan sosial yang awalnya dilakukan dalam melakukan dukungan pada para imigran di Amerika. Seiring waktu, pendekatan ini kemudian juga dikembangkan dalam bidang-bidang yang lainnya, termasuk kesehatan, terutama untuk pemberdayaan pasien dalam program HIV dan AIDS, Kanker dan Tuberkulosis. Di Indonesia sendiri, program manajemen kasus telah diimplementasikan pada program HIV dan AIDS sejak tahun 2004.

Manajer kasus adalah orang yang bertanggung jawab melakukan tata kelola dalam hal ini kasus TBC SO mulai dari pasien terdiagnosis sampai menyelesaikan pengobatan. Manajer kasus bertanggung jawab untuk mengkoordinasi dukungan bagi pasien, baik dukungan medis maupun psikososial.

Manajer kasus mempunyai peran menilai kebutuhan pasien TBC SO, mengembangkan rencana tatalaksana kasus secara individual (termasuk strategi/intervensi/sumber daya untuk memenuhi kebutuhan pasien), menghubungkan pasien kepada pelayanan spesialisik dan kelompok dukungan yang tersedia dari awal hingga selesai pengobatan.

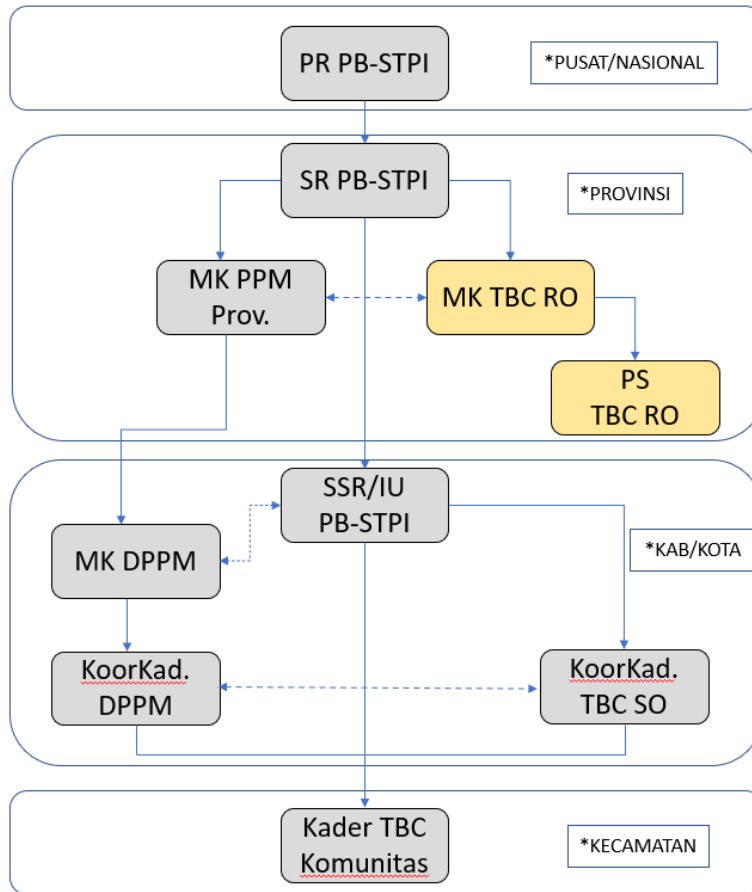
## **Deskripsi Kegiatan**

1. Kegiatan dimulai pada Q3 2021 hingga tahun 2023.
2. Manajer kasus PPM akan ditempatkan di 18 Provinsi untuk melakukan fungsi advokasi, kemitraan untuk memperkuat jejaring DPPM serta mengoordinasikan peran MK DPPM dalam pelacakan kasus LTFU, pendampingan pasien LTFU yang kembali berobat serta IK di fasyankes pemerintah dan swasta di tingkat kabupaten/kota.
3. Manajer kasus DPPM akan ditempatkan di 76 Kabupaten-Kota untuk melakukan fungsi advokasi, kemitraan untuk memperkuat jejaring DPPM serta melakukan peran komunitas dalam pelacakan kasus LTFU, pendampingan pasien LTFU yang kembali berobat serta IK di fasyankes pemerintah dan swasta di tingkat kabupaten/kota.
4. MK PPM Provinsi dan MK DPPM bersama dengan stakeholder yang terdiri dari asosiasi fasilitas kesehatan, organisasi profesi/KOPI TB, Jaminan Kesehatan Nasional/BPJS, komite akreditasi dan rumah sakit/apotek/laboratorium dan CSO mendukung dinas kesehatan dalam hal penemuan dan pendampingan kasus serta menekan angka LTFU.
5. Manajer kasus bertanggung jawab untuk mengkoordinasi dukungan bagi pasien, baik dukungan medis maupun psikososial.
6. Manager kasus memastikan pelaksanaan tata laksana pendampingan komunitas sesuai dengan pedoman nasional.
7. Manajer kasus mempunyai peran menilai kebutuhan pasien TBC, mengembangkan rencana tatalaksana kasus secara individual (termasuk strategi/intervensi/sumber daya untuk memenuhi kebutuhan pasien), menghubungkan pasien kepada layanan dan kelompok dukungan yang tersedia dari awal hingga selesai pengobatan.
8. Manajer kasus bertanggung jawab atas pengelolaan pendampingan pasien TB SO hingga didampingi oleh kader.
9. Manajer kasus berada dibawah koordinasi SR Provinsi dan SSR Kab/Kota, serta akan berkoordinasi dengan TO PPM di Dinas Kesehatan tingkat provinsi dan tingkat kabupaten kota.

Petunjuk Teknis dapat diakses pada tautan berikut: <https://bit.ly/Juknis-DPPM>

### Alur Koordinasi MK Provinsi dan Kabupaten-Kota

Struktur pengelola program komunitas dalam Jejaring DPPM terdiri dari tingkat nasional/pusat, provinsi, kabupaten/kota dan kecamatan. Berikut adalah bagan dari struktur tersebut:



Bagan 1. Struktur Pengelola Program Komunitas dalam Jejaring DPPM

#### Keterangan Bagan

→ : Alur pembinaan

---> : Alur koordinasi

Kolom Kuning : Untuk Kasus TBC RO

Berdasarkan Bagan 1. dapat terlihat alur pembinaan yang dilakukan secara berjenjang. Alur pembinaan diartikan sebagai proses komunikasi intensif, pemberian arahan dan pertanggung jawaban (pelaporan). Sedangkan untuk alur koordinasi, dilakukan untuk berkomunikasi secara intensif untuk pelaksanaan kegiatan. Berikut adalah penjelasan dari peran dan bagan 1:

No	Unsur	Keterangan Akronim	Alur dan Tanggung Jawab
1.	PR PB-STPI	<i>Principal Recipient</i> Konsorsium Penabulu – STPI (Pusat/Nasional)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan advokasi dan membangun kemitraan yang merupakan peran komunitas dalam jejaring DPPM di tingkat nasional.</li> <li>- Memberikan arahan dan strategi advokasi dan kemitraan kepada SR.</li> <li>- Memberikan arahan kepada SR terkait pelaksanaan kegiatan advokasi, kemitraan dan pendampingan pasien TBC dalam jejaring DPPM.</li> <li>- Melakukan proses monitoring dan evaluasi secara berkala kepada SR.</li> <li>- Membuat laporan pertanggungjawaban tingkat nasional dari dukungan advokasi, kemitraan dan pendampingan pasien TBC dalam jejaring DPPM.</li> </ul>
2.	SR PB-STPI	<i>Sub-Recipient</i> Konsorsium Penabulu – STPI (Provinsi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan advokasi dan kemitraan bersama dengan MK PPM Provinsi sebagai bagian dari peran komunitas dalam jejaring DPPM di tingkat provinsi</li> <li>- Memberikan arahan dan strategi advokasi dan kemitraan kepada MK PPM Provinsi dan SSR</li> <li>- Memberikan arahan kepada SSR terkait pelaksanaan kegiatan advokasi, kemitraan dan pendampingan pasien TBC dalam jejaring DPPM.</li> <li>- Melakukan proses monitoring dan evaluasi secara berkala kepada SSR.</li> <li>- Berkoordinasi dengan MK PPM Provinsi dalam pembuatan laporan pertanggungjawaban tingkat provinsi dari kegiatan advokasi, kemitraan dan pendampingan pasien TBC dalam jejaring DPPM</li> </ul>
3.	MK PPM Prov.	Manajer Kasus <i>Public-Private Mix</i> tingkat Provinsi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan advokasi dan kemitraan bersama dengan SR sebagai bagian dari peran komunitas dalam jejaring DPPM di tingkat provinsi.</li> <li>- Mengoordinasikan MK DPPM (Kab/Kota) di wilayah kerjanya. Dalam hal ini memastikan rencana, implementasi dan monitoring-evaluasi kegiatan advokasi, kemitraan dan pendampingan pasien TBC dalam jejaring DPPM.</li> <li>- Menjalin kemitraan dengan pemangku kepentingan jejaring DPPM di tingkat provinsi.</li> <li>- Berkoordinasi dengan MK TBC RO jika menemukan pasien terkonfirmasi TBC RO di fasyankes swasta non PMDT.</li> </ul>



No .	Unsur	Keterangan Akronim	Alur dan Tanggung Jawab
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berkoordinasi dengan SR dalam pembuatan laporan pertanggungjawaban tingkat provinsi dari kegiatan advokasi, kemitraan dan pendampingan pasien TBC dalam jejaring DPPM.</li> </ul>
4.	MK TBC RO	Manajer Kasus Tuberkulosis Resisten Obat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menindaklanjuti hasil penyisiran MK PPM Provinsi untuk pasien terkonfirmasi TBC RO di faskes pemerintah dan swasta non PMDT.</li> <li>- Berkoordinasi dengan PS untuk pendampingan pasien terkonfirmasi TBC RO yang ditemukan di faskes pemerintah dan swasta non PMDT untuk persiapan pengobatan TBC RO di faskes PMDT.</li> </ul>
5.	PS TBC RO	<i>Patient Supporter</i> Tuberkulosis Resisten Obat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan proses pendampingan pada pasien TBC RO sesuai prosedur.</li> <li>- Proses pendampingan pasien TBC RO diatur pada juknis yang terpisah.</li> <li>- Pada 13 Provinsi, proses pendampingan pasien TBC RO dilakukan oleh <i>patient supporter</i> dari 20 organisasi pasien TBC jejaring POP TB Indonesia.</li> <li>- Untuk pelacakan kasus LTFU TBC RO dilakukan oleh MK TBC RO dan PS di RS Rujukan TB RO (faskes pemerintah dan swasta) wilayah kerja PR PB-STPI.</li> </ul>
6.	SSR/IU PB-STPI	<i>Sub-Sub Recipient</i> Konsorsium Penabulu – STPI (Kabupaten/Kota )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan advokasi dan kemitraan bersama MK DPPM sebagai bagian dari peran komunitas dalam jejaring DPPM di tingkat kabupaten/kota</li> <li>- Berkoordinasi dengan MK DPPM dan Koordinator Kader DPPM terkait pelaksanaan kegiatan dukungan advokasi, kemitraan dan pendampingan pasien TBC dalam jejaring DPPM.</li> <li>- Melakukan proses monitoring dan evaluasi secara berkala kepada MK DPPM dan Koordinator Kader DPPM.</li> <li>- Berkoordinasi dengan MK DPPM dan Koordinator Kader DPPM dalam pembuatan laporan pertanggungjawaban tingkat kabupaten/kota dari kegiatan dukungan advokasi, kemitraan dan pendampingan pasien TBC dalam jejaring DPPM</li> </ul>
7.	MK DPPM	Manajer Kasus <i>District Based Public-Private Mix</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan advokasi dan kemitraan bersama dengan SSR sebagai bagian dari peran komunitas dalam jejaring DPPM di tingkat kabupaten/kota.</li> </ul>

No	Unsur	Keterangan Akronim	Alur dan Tanggung Jawab
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkoordinasikan Koordinator Kader DPPM di wilayah kerjanya. Dalam hal ini memastikan rencana, implementasi dan monitoring-evaluasi kegiatan advokasi, kemitraan dan pendampingan pasien TBC dalam jejaring DPPM.</li> <li>- Menjalin kemitraan dengan pemangku kepentingan jejaring DPPM di tingkat kabupaten/kota.</li> <li>- Bertanggungjawab untuk mengembangkan strategi pelacakan pasien LTFU dari faskes pemerintah dan swasta.</li> <li>- Menilai kebutuhan pasien LTFU yang kembali berobat dengan mengembangkan rencana tatalaksana kasus secara individual untuk memenuhi kebutuhan pasien, menghubungkan pasien kepada layanan dan kelompok dukungan yang tersedia dari awal hingga selesai pengobatan.</li> <li>- Bertanggungjawab untuk memastikan kepatuhan berobat pasien LTFU yang memutuskan kembali pengobatan dari faskes pemerintah dan swasta.</li> <li>- Memastikan tata laksana pendampingan komunitas dilaksanakan sesuai dengan pedoman nasional.</li> <li>- Berkoordinasi dengan SSR dalam pembuatan laporan pertanggungjawaban tingkat kabupaten/kota dari kegiatan advokasi, kemitraan dan pendampingan pasien TBC dalam jejaring DPPM.</li> </ul>
8.	KoorKad. DPPM	Koordinator Kader untuk <i>District Based Public-Private Mix</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membantu kerja MK DPPM dalam pelacakan kasus LTFU dan pendampingan pasien LTFU yang kembali berobat.</li> <li>- Melakukan proses pemilihan data pasien LTFU sesuai kecamatan.</li> <li>- Berkoordinasi dengan Koordinator Kader TBC SO untuk pembagian tugas kader sesuai domisili.</li> <li>- Berkoordinasi dengan Koordinator Kader TBC untuk mendistribusikan data pasien LTFU kepada kader, sesuai lokasi kecamatan domisili pasien.</li> <li>- Mengkoordinir kader untuk pelacakan kasus pasien LTFU, proses pendampingan pasien yang kembali berobat.</li> <li>- Koordinator kader DPPM bersama kader melakukan pelacakan kasus pasien LTFU, proses</li> </ul>

No	Unsur	Keterangan Akronim	Alur dan Tanggung Jawab
.			<p>pendampingan pasien LTFU yang kembali berobat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi PMO untuk pasien putus berobat yang kembali melakukan pengobatan.</li> <li>- Melaporkan data pelacakan kasus pasien putus berobat, proses pendampingan pasien LTFU yang kembali berobat kepada MK.</li> </ul>
9.	KoorKad TBC SO	Koordinator Kader Tuberkulosis Sensitif Obat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berkoordinasi dengan Koordinator Kader DPPM untuk pembagian tugas kader sesuai domisili.</li> <li>- Berkoordinasi dengan Koordinator Kader DPPM untuk mendistribusikan data pasien LTFU kepada kader, sesuai lokasi kecamatan domisili pasien.</li> <li>- Mengkoordinir kader untuk investigasi kontak dari indeks kasus pasien LTFU yang kembali berobat dari faskes pemerintah dan swasta.</li> <li>- Koordinator kader TBC SO bersama kader melakukan investigasi kontak dari indeks kasus pasien LTFU yang kembali berobat dan kasus pasien TBC aktif (yang terkonfirmasi bakteriologis) dari faskes pemerintah dan swasta.</li> <li>- Melaporkan data investigasi kontak dari indeks kasus pasien LTFU yang kembali berobat dan kasus pasien TBC aktif (yang terkonfirmasi bakteriologis) dari faskes pemerintah dan swasta.</li> </ul>
10.	Kader TBC	Kader Tuberkulosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan kegiatan pelacakan kasus pasien LTFU, proses pendampingan pasien LTFU yang kembali berobat dan investigasi kontak dari indeks kasus pasien LTFU yang kembali berobat dari fasyankes swasta.</li> <li>- Melakukan koordinasi dengan fasyankes, Koordinator Kader DPPM dan Koordinator Kader TBC SO.</li> <li>- Melakukan kegiatan pencatatan dan pelaporan sesuai prosedur yang berlaku dan menyerahkan laporan kepada Koordinator Kader DPPM.</li> </ul>

Tabel 1. Tanggung Jawab Pengelola Program Komunitas dalam Jejaring DPPM

### Mekanisme Pembayaran

1. Pembayaran dilakukan setiap bulan (monthly allowance) Rp. 3.000,000 dengan rincian sebagai berikut:
  - o Subsidi Transport (100,000) x 20 hari (dalam sebulan)
  - o Dukungan komunikasi (voucher) Rp. 100,000/bulan
  - o Insentif 900,000 /bulan/manager kasus
2. Pembayaran dapat dilakukan setelah melampirkan *copy timesheet* kegiatan yang berkaitan dengan RS Swasta/Pemerintah.

3. Tugas dan Tanggungjawab akan diatur dalam Surat Perjanjian Kerja (SPK)

### Laporan

1. Manager kasus harus melampirkan SPK dan timesheet (template timesheet) – SPK dilampirkan pada saat pertama kali allowance diberikan
2. Laporan bulanan Manajer Kasus kegiatan yang berkaitan dengan PPM
3. Dokumen kelengkapan lainnya sesuai dengan ketentuan dan mekanisme M&E

Unsur	No	Bentuk Laporan	Sasaran Pelaporan	Metoda Dokumen	Penyerahan
MK DPPM	1.	Timesheet Bulanan	MK PPM Provinsi dan Koordinator SSR	Prosedur pelaporan mengikuti manajemen HR di SSR.	
	2.	Laporan Bulanan			
	3.	Laporan Narasi Bulanan			
	4.	Rekap pencatatan dan pelaporan untuk pelacakan kasus LTFU, IK dan pendampingan pasien dari fasyankes pemerintah dan swasta di tingkat Kab/Kota.		Prosedur pencatatan dan pelaporan mengikuti alur <i>Data Management</i> .	
MK PPM Provinsi	1.	Timesheet Bulanan	Tim SR	Prosedur pelaporan mengikuti manajemen HR di SR.	
	2.	Laporan Bulanan			
	3.	Laporan Narasi Bulanan MK PPM Provinsi <i>(disertai dengan melampirkan laporan narasi bulanan MK DPPM wilayah kerja)</i>	1. Tim SR 2. Tim Program PR PB-STPI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelaporan kepada SR sesuai alur pencatatan dan pelaporan di tingkat SR.</li> <li>- Email kepada tim Program (<a href="mailto:program@penabulu-stpi.id">program@penabulu-stpi.id</a>) dengan subject email [Laporan DPPM] Perkembangan Program DPPM – (nama provinsi) – (nama bulan dan tahun)</li> </ul>	
	4.	Rekap Laporan dan <i>output</i> Kegiatan (BL) yang dilaksanakan di tingkat Kab/Kota			
	5.	Rekap pencatatan dan pelaporan untuk pelacakan kasus LTFU, IK dan pendampingan pasien dari fasyankes pemerintah dan swasta di tingkat provinsi			

Unsur	No	Bentuk Laporan	Sasaran Pelaporan	Metoda Dokumen	Penyerahan
	.		PR PB-STPI	Program ( <a href="mailto:program@penabulustpi.id">program@penabulustpi.id</a> ) dengan subject email [Laporan DPPM] Perkembangan Pendampingan Kasus DPPM – (nama provinsi) – (nama bulan dan tahun)	

### Wilayah Intervensi

#### Daftar Kebutuhan Manajer Kasus per Provinsi dan Kabupaten-Kota

Province	Jumlah MK PPM Propinsi	District	Jumlah MK DPPM
BALI	1	Badung	1
BANTEN	1	Tangerang	1
BANTEN		Kota Tangerang	1
BANTEN		Kota Tangerang Selatan	1
BANTEN		Serang	1
DIY	1	Bantul	1
DIY		Sleman	1
DIY		Kota Yogyakarta	1
DKI JAKARTA	1	Kodya Jakarta Barat	1
DKI JAKARTA		Kodya Jakarta Selatan	1
DKI JAKARTA		Kodya Jakarta Timur	1
DKI JAKARTA		Kodya Jakarta Pusat	1
DKI JAKARTA		Kodya Jakarta Utara	1
JABAR	1	Indramayu	1
JABAR		Subang	1
JABAR		Purwakarta	1
JABAR		Kota Bogor	1
JABAR		Kota Bandung	1
JABAR		Kota Cirebon	1
JABAR		Kota Bekasi	1
JABAR		Kota Depok	1
JABAR		Kota Cimahi	1
JABAR		Sukabumi	1
JABAR		Bandung	1
JABAR		Garut	1
JABAR		Cirebon	1
JABAR		Karawang	1
JABAR		Bekasi	1

Province	Jumlah MK PPM Propinsi	District	Jumlah MK DPPM
JABAR		Bogor	1
JAMBI	1	Kota Jambi	0
JATENG	1	Cilacap	1
JATENG		Banyumas	1
JATENG		Kebumen	1
JATENG		Boyolali	1
JATENG		Klaten	1
JATENG		Sukoharjo	1
JATENG		Wonogiri	1
JATENG		Sragen	1
JATENG		Grobogan	1
JATENG		Pati	1
JATENG		Kudus	1
JATENG		Pemalang	1
JATENG		Tegal	1
JATENG		Brebes	1
JATENG		Kota Surakarta	1
JATENG		Kota Semarang	1
JATENG		Kota Pekalongan	1
JATENG		Karanganyar	1
JATIM	1	Kediri	1
JATIM		Malang	1
JATIM		Banyuwangi	1
JATIM		Pasuruan	1
JATIM		Sidoarjo	1
JATIM		Mojokerto	1
JATIM		Jombang	1
JATIM		Kota Malang	1
JATIM		Kota Surabaya	1
JATIM		Tulungagung	1
JATIM		Jember	1
JATIM		Gresik	1
KALBAR	1	Kota Pontianak	1
KALTIM	1	Kota Balikpapan	1
KALTIM		Kota Samarinda	1
KEPRI	1	Kota Batam	1
LAMPUNG	1	Lampung Tengah	1
LAMPUNG		Kota Bandar Lampung	1
LAMPUNG		Lampung Selatan	1
NTB	1	Kota Mataram	1
RIAU	1	Kota Pekanbaru	1
SULSEL	1	Kota Makassar	1
SUMBAR	1	Kota Padang	1
SUMSEL	1	Kota Palembang	1
SUMUT	1	Asahan	1

<b>Province</b>	<b>Jumlah MK PPM Propinsi</b>	<b>District</b>	<b>Jumlah MK DPPM</b>
SUMUT		Deli Serdang	1
SUMUT		Langkat	1
SUMUT		Kota Binjai	1
SUMUT		Kota Medan	1
	<b>18</b>		<b>77</b>

### **Latar Belakang**

Tuberkulosis (TBC) merupakan salah satu penyebab utama kesakitan dan kematian di dunia. Menurut *Global TB Report* tahun 2021, Indonesia berada di peringkat ketiga di dunia dengan kasus TBC terbanyak. Diperkirakan estimasi insidensi sebesar 824.000 kasus atau 301 per 100.000 penduduk. Lebih lanjut, data Kemenkes RI per November 2021 menunjukkan bahwa capaian cakupan penemuan kasus TBC sebesar 33% (target 85%), angka keberhasilan pengobatan sebesar 76% (target 90%). Pada GTR 2020, dari jumlah kasus yang tercatat, hanya 67% dari total kasus yang ditemukan dan diobati dan sebanyak 33% pasien TBC yang belum diobati.<sup>11</sup>

Adanya persoalan kasus TBC yang belum ditemukan dan diobati tersebut, salah satunya disebabkan karena rendahnya kontribusi notifikasi kasus TBC di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Swasta. Hal ini sejalan dengan Studi inventori TBC 2016-2017 yang mengestimasi bahwa mayoritas kasus-kasus TBC yang belum dilaporkan adalah pasien dari dokter praktek mandiri, klinik, laboratorium dan rumah sakit swasta. Padahal, hal krusial dari pelaporan notifikasi kasus TBC dari sektor swasta adalah mengurangi jumlah kasus yang hilang di Indonesia.<sup>12</sup> Lebih lanjut, sektor swasta juga diketahui memiliki peran penting dalam pelibatan pasien sepanjang proses pencarian pengobatan.

Untuk dapat menanggulangi hal tersebut, diupayakan pendekatan *District-based Public-Private Mix* (DPPM). Pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 67 tahun 2016 disebutkan bahwa PPM adalah pelibatan semua fasilitas pelayanan kesehatan dalam upaya ekspansi layanan pasien TBC dan kesinambungan program penanggulangan TB secara komprehensif melalui kemitraan dengan lintas program atau sektor terkait dan layanan keterpaduan pemerintah dan swasta. DPPM juga diimplementasikan dalam rangka meningkatkan akses layanan TBC yang bermutu dan berpihak pada pasien.

Dalam rangka mendukung DPPM, PR Konsorsium Penabulu-STPI ikut serta mengambil peran sebagai pihak komunitas. Peran komunitas untuk mendukung jejaring DPPM diantaranya adalah (1) melakukan upaya advokasi dan membangun kemitraan untuk implementasi DPPM pada wilayah kerja; (2) bermitra dengan Faskes Pemerintah dan Swasta untuk proses pendampingan pasien dalam jejaring DPPM; (3) pelacakan kasus dengan melakukan kunjungan rumah untuk pasien LTFU (LTFU) di Faskes Pemerintah dan Swasta; (4) pendampingan pasien LTFU yang kembali melakukan pengobatan dan (5) Investigasi kontak dari indeks kasus LTFU yang kembali melakukan pengobatan dan indeks kasus TBC aktif (yang terkonfirmasi bakteriologis) di Faskes Pemerintah dan Swasta. Terdapat 18 Provinsi dan 77 kabupaten/kota wilayah kerja prioritas untuk dukungan komunitas dalam implementasi DPPM.

Untuk mewujudkan peran tersebut, maka PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI telah mengembangkan **"Petunjuk Teknis bagi Komunitas dalam Mendukung Implementasi Jejaring**

<sup>11</sup> World Health Organization. (2020). *Global TBC Report*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>12</sup> Joint External Monitoring Mission (JEMM). (2017). *The Republic of Indonesia Joint External Monitoring Mission Tuberculosis 2017 Final Report*.



**DPPM**” sebagai acuan kerja. Selanjutnya, SR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI berperan untuk melakukan pemetaan pemangku kepentingan dan sasaran serta menerjemahkan panduan petunjuk teknis tersebut menjadi strategi di wilayah kerja masing-masing. Sebagai unsur dalam jaringan DPPM, SR tetap perlu melibatkan Dinkes Provinsi selaku koordinator di wilayah kerja dan berbagai organisasi profesi maupun organisasi faskes swasta di Provinsi dalam pengembangan strategi pelibatan komunitas untuk pelacakan dan pendampingan pasien TBC *lost to follow-up* (LTFU) di faskes pemerintah dan swasta pada tingkat provinsi dan kota-kabupaten.

Dalam rangka mengimplementasikan program kerja dukungan komunitas, maka dilakukan penyediaan tenaga atau SDM yang terdiri dari Manajer Kasus (MK) PPM di 18 Provinsi wilayah kerja dan MK DPPM dan Koordinator Kader DPPM pada 77 kabupaten/kota wilayah kerja. Seluruh MK PPM, MK DPPM dan Koordinator Kader DPPM tersebut ada di bawah koordinasi SR dan SSR wilayah kerja Konsorsium Komunitas PB-STPI.

Salah satu tantangan dalam program penanggulangan TBC adalah rendahnya proporsi/kontribusi pemberitahuan TB di fasilitas pelayanan kesehatan Swasta sehingga kualitas pelayanan TB tidak sesuai dengan standar. Laporan tahun 2020 menggambarkan adanya penurunan jumlah Puskesmas, Rumah Sakit Swasta dan Dokter Umum/Klinik yang melaporkan kasus TB sedangkan terjadi peningkatan jumlah Rumah Sakit Umum dan Klinik. Keterlibatan penyedia layanan kesehatan publik dan swasta penting untuk meningkatkan kualitas layanan TB dan pemberitahuan kasus TB. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan Public Private Mix (PPM) untuk meningkatkan kualitas pelayanan TB dan juga meningkatkan penemuan kasus TBC. Adanya persoalan tersebut pelibatan komunitas untuk bersama-sama meningkatkan penemuan kasus di RS Swasta dan dokter umum/klinik menjadi suatu kebutuhan.

Peran komunitas untuk memastikan kepatuhan berobat pasien TBC agar menekan angka LTFU (LTFU). Pada tingkat provinsi dan kabupaten/kota tersedia MK PPM Provinsi dan MK DPPM. Sebagai bagian mendukung kegiatan PPM Public Private Mix (PPM) untuk meningkatkan kualitas pelayanan TB dan juga meningkatkan penemuan kasus di tingkat kabupaten akan dibutuhkan tambahan Kader Koordinator untuk mendukung kegiatan di 77 kabupaten, setiap kabupaten akan didukung oleh 1 koordinator kader. Koordinator kader akan mengkoordinir dan melacak pasien Lost-to-Follow-Up (LTFU) di faskes pemerintah dan swasta di setiap kabupaten, serta mendistribusikan data LTFU kepada kader. Koordinator Kader ini akan fokus mendukung kegiatan DPPM untuk TB sensitif obat (TB SO).

### **Tujuan**

1. Menyiapkan koordinator kader DPPM yang akan mengkoordinir kader untuk melacak pasien Lost-to-Follow-Up (LTFU) di faskes pemerintah dan swasta di setiap Kabupaten/Kota, serta mendistribusikan data LTFU kepada kader untuk dilakukan pelacakan, pendampingan dan IK sesuai dengan tahapan dan ketentuan yang berlaku.
2. Membentuk koordinator kader DPPM untuk mendukung kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan DPPM

### **Deskripsi Kegiatan**

1. Koordinator kader DPPM dibentuk berdasarkan kecamatan wilayah kerja dan dibawah koordinasi koordinator SSR dan tim DPPM.

2. Koordinator kader DPPM akan mengkoordinir dan melacak pasien Lost-to-Follow-Up (LTFU) di faskes pemerintah dan swasta di setiap kabupaten/kota, serta mendistribusikan data LTFU kepada kader.
3. Koordinator kader DPPM bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan kegiatan investigasi kontak bagi pasien berobat di faskes pemerintah dan Swasta.
4. Koordinator kader DPPM bekerjasama dengan PKM untuk menentukan PMO bagi pasien TB SO yang ditemukan di faskes pemerintah dan swasta.
5. Koordinator kader DPPM bekerjasama dengan koordinator kader reguler mengkoordinasikan kader-kader antar kecamatan.

#### **Kriteria Minimal Koordinator Kader DPPM**

1. Terbuka untuk kader perempuan maupun laki-laki
2. Bersedia dan komitmen sebagai koordinator kader DPPM.
3. Merupakan kader terlatih minimal 2 tahun terakhir di program TBC, ATAU pengalaman sebagai kader kesehatan (dibuktikan dengan sertifikat pelatihan kesehatan dari Puskesmas/Dinas Kesehatan)
4. Memiliki kemampuan berkomunikasi dengan Fasilitas Layanan Kesehatan
5. Memiliki kemampuan berkomunikasi dan mampu mengkoordinasikan kader

Petunjuk Teknis dapat diakses pada tautan berikut: <https://bit.ly/Juknis-DPPM>

#### **Waktu Pelaksanaan Kegiatan**

Kegiatan dilaksanakan mulai Q4 tahun 2021 sampai dengan tahun 2023.

#### **Sasaran**

Akan direkrut 1 koordinator kader DPPM Komunitas di 77 Kabupaten/Kota irisan antara Konsorsium Komunitas dan wilayah kerja DPPM.

#### **Tugas dan Tanggung Jawab Koordinator Kader DPPM**

1. Membantu kerja MK DPPM dalam pelacakan kasus LTFU dan pendampingan pasien LTFU yang kembali berobat.
2. Melakukan proses pemilihan data pasien LTFU sesuai kecamatan.
3. Berkoordinasi dengan Koordinator Kader TBC SO untuk pembagian tugas kader sesuai domisili.
4. Berkoordinasi dengan Koordinator Kader TBC untuk mendistribusikan data pasien LTFU kepada kader, sesuai lokasi kecamatan domisili pasien.
5. Mengkoordinir kader untuk pelacakan kasus pasien LTFU, proses pendampingan pasien yang kembali berobat.
6. Koordinator kader DPPM bersama kader melakukan pelacakan kasus pasien LTFU, proses pendampingan pasien LTFU yang kembali berobat.
7. Mengidentifikasi PMO untuk pasien putus berobat yang kembali melakukan pengobatan.
8. Melaporkan data pelacakan kasus pasien putus berobat, proses pendampingan pasien LTFU yang kembali berobat kepada MK.

## Mekanisme Pembayaran

1. Tunjangan transportasi bagi koordinator kader di Kabupaten/Kota untuk mengkoordinasikan dukungan TB, TB-HIV, dan MDR-TB dan PPM, dengan mendapatkan Rp 900.000 per bulan, terdiri dari 150.000 x 6 hari (dalam sebulan).
2. Pembayaran dapat dilakukan setelah melampirkan timesheet yang disetujui oleh staf program SSR.
3. Tugas dan Tanggungjawab akan diatur dalam Surat Perjanjian Kerja (SPK).

## Laporan

1. Koordinator kader harus melampirkan SPK dan timesheet (template timesheet) – SPK dilampirkan pada saat pertama *allowance* diberikan.
2. Laporan hasil validasi dari faskes pemerintah swasta

Unsur	No	Bentuk Laporan	Sasaran Pelaporan	Metoda Penyerahan Dokumen
Koordinator Kader DPPM	1.	Laporan Bulanan	MK DPPM dan Koordinator SSR	Prosedur pelaporan mengikuti manajemen HR di SSR.
	2.	Form-form pencatatan dan pelaporan untuk pelacakan kasus LTFU, IK dan pendampingan pasien dari fasyankes pemerintah dan swasta.		Prosedur pencatatan dan pelaporan mengikuti alur <i>Data Management</i> .

## Wilayah Intervensi

Wilayah kerja 77 Koordinator Kader DPPM

No.	Provinsi	No	Kabupaten/Kota
1.	BALI	1.	Badung
2.	BANTEN	2.	Tangerang
	BANTEN	3.	Kota Tangerang
	BANTEN	4.	Kota Tangerang Selatan
	BANTEN	5.	Serang
3.	DIY	6.	Bantul
	DIY	7.	Sleman
	DIY	8.	Kota Yogyakarta
4.	DKI JAKARTA	9.	Kodya Jakarta Barat
	DKI JAKARTA	10.	Kodya Jakarta Selatan
	DKI JAKARTA	11.	Kodya Jakarta Timur
	DKI JAKARTA	12.	Kodya Jakarta Pusat
	DKI JAKARTA	13.	Kodya Jakarta Utara
5.	JABAR	14.	Indramayu
	JABAR	15.	Subang
	JABAR	16.	Purwakarta
	JABAR	17.	Kota Bogor
	JABAR	18.	Kota Bandung

No.	Provinsi	No	Kabupaten/Kota
	JABAR	19.	Kota Cirebon
	JABAR	20.	Kota Bekasi
	JABAR	21.	Kota Depok
	JABAR	22.	Kota Cimahi
	JABAR	23.	Sukabumi
	JABAR	24.	Bandung
	JABAR	25.	Garut
	JABAR	26.	Cirebon
	JABAR	27.	Karawang
	JABAR	28.	Bekasi
	JABAR	29.	Bogor
6.	JAMBI	30.	Kota Jambi
7.	JATENG	31.	Cilacap
	JATENG	32.	Banyumas
	JATENG	33.	Kebumen
	JATENG	34.	Boyolali
	JATENG	35.	Klaten
	JATENG	36.	Sukoharjo
	JATENG	37.	Wonogiri
	JATENG	38.	Sragen
	JATENG	39.	Grobogan
	JATENG	40.	Pati
	JATENG	41.	Kudus
	JATENG	42.	Pemalang
	JATENG	43.	Tegal
	JATENG	44.	Brebes
	JATENG	45.	Kota Surakarta
	JATENG	46.	Kota Semarang
	JATENG	47.	Kota Pekalongan
	JATENG	48.	Karanganyar
8.	JATIM	49.	Kediri
	JATIM	50.	Malang
	JATIM	51.	Banyuwangi
	JATIM	52.	Pasuruan
	JATIM	53.	Sidoarjo
	JATIM	54.	Mojokerto
	JATIM	55.	Jombang
	JATIM	56.	Kota Malang
	JATIM	57.	Kota Surabaya
	JATIM	58.	Tulungagung
	JATIM	59.	Jember
	JATIM	60.	Gresik
9.	KALBAR	61.	Kota Pontianak
10.	KALTIM	62.	Kota Balikpapan
	KALTIM	63.	Kota Samarinda

No.	Provinsi	No	Kabupaten/Kota
11.	KEPRI	64.	Kota Batam
12.	LAMPUNG	65.	Lampung Tengah
	LAMPUNG	66.	Kota Bandar Lampung
	LAMPUNG	67.	Lampung Selatan
13.	NTB	68.	Kota Mataram
14.	RIAU	69.	Kota Pekanbaru
15.	SULSEL	70.	Kota Makassar
16.	SUMBAR	71.	Kota Padang
17.	SUMSEL	72.	Kota Palembang
18.	SUMUT	73.	Asahan
	SUMUT	74.	Deli Serdang
	SUMUT	75.	Langkat
	SUMUT	76.	Kota Binjai
	SUMUT	77.	Kota Medan
<b>Total</b>	<b>18 Provinsi</b>		<b>77 Kabupaten/Kota</b>

<b>BL. 81</b>	<b>Dukungan Bagi Kader dalam Melakukan Kunjungan Rumah Pasien <i>Loss to Follow Up</i> – DPPM</b>
---------------	---

### **Deskripsi Kegiatan**

Mengacu pada WHO Global TB Report tahun 2020, Indonesia merupakan salah satu negara dengan beban TBC tertinggi di dunia dengan perkiraan jumlah orang yang jatuh sakit akibat TBC mencapai 845.000 (312 per 100.000 penduduk) dengan angka kematian sebanyak 98.000 (34 per 100.000 penduduk) atau setara dengan 11 kematian/jam (WHO Global TB Report, 2020). Dari jumlah kasus tersebut, baru 67% yang ditemukan dan diobati, sehingga terdapat sebanyak 283.000 ( 33%) pasien TBC yang belum diobati dan berisiko menjadi sumber penularan bagi orang disekitarnya.

Masih adanya pasien TBC yang belum ditemukan dan diobati sekitar 283.000 ( 33%) salah satunya disebabkan karena rendahnya proporsi/kontribusi pemberitahuan TBC di fasilitas pelayanan kesehatan Swasta sehingga kualitas pelayanan TBC tidak diterapkan sesuai dengan standar. Rendahnya proporsi /kontribusi pemberitahuan TBC karena fasilitas pelayanan Kesehatan swasta di Indonesia sangat besar dan terfragmentasi sehingga tidak semuanya bisa dilibatkan dalam pengendalian TBC.

Berdasarkan data tahun 2020 (diupdate per tanggal 18 Januari 2021) dari 9 indikator yang tertuang dalam Renstra 2020-2024,ada 5 indikator terkait fasilitas layanan swasta yang belum tercapai secara maksimal: Jumlah RS Swasta (bekerjasama dengan BPJS Kesehatan) yang melaporkan kasus TBC 911 (49%) atau turun 11% dari jumlah kasus yang dilaporkan pada tahun 2019 ,sebesar 934 (60% dari target 2019), Jumlah Dokter/Klinik Swasta yang dikontrak oleh BPJS yang melaporkan kasus TB 79 ( 1% dari target 8.428 ) atau turun 1% dari kasus yang dilaporkan pada tahun 2019 sebesar 262 (2% dari target 11.608), Proporsi pemberitahuan kasus TB dari rumah sakit swasta 47,844 ( 15% dari target 316.001 ) atau turun 3% dari kasus yang dilaporkan pada tahun 2019 sebesar 104.841 ( 19% dari target 563.456), Proporsi pemberitahuan kasus TB dari dokter/klinik swasta 2.116 (1% dari target 316.001) dan Persentase tingkat keberhasilan pengobatan di fasilitas swasta 53,304 ( 49%) pada tahun 2019 ( PPM Operational Plan,2021)

Berdasarkan data di atas dan untuk memastikan pasien TBC yang periksa di fasilitas layanan swasta maupun pemerintah sudah melakukan pengobatan sesuai standar yang ditetapkan maka perlu ada kerjasama antara stakeholders terkait di tingkat Kab/Kota: Puskesmas, RS/klinik swasta/dokter praktek pribadi dan CSO untuk memetakan, melakukan kunjungan ke rumah pasien (home visit), sebagai bagian dari peningkatan kualitas layanan TB dan meningkatkan notifikasi kasus dengan pendekatan Public Private Mix ( PPM)

### **Tujuan**

1. Mendukung Dinas Kesehatan dan Fasilitas Layanan Pemerintah dan Swasta (RS, Puskesmas, klinik, DPM) untuk mengurangi pasien TBC *LTFU*
2. Melakukan kunjungan ke rumah Pasien TBC untuk mengecek atau memastikan pasien TBC sudah minum obat secara teratur. Jika ada pasien mangkir kader mendorong agar pasien kembali berobat.
3. Mendukung DPPM dalam pelacakan pasien *LTFU* di fasilitas Kesehatan pemerintah dan swasta.

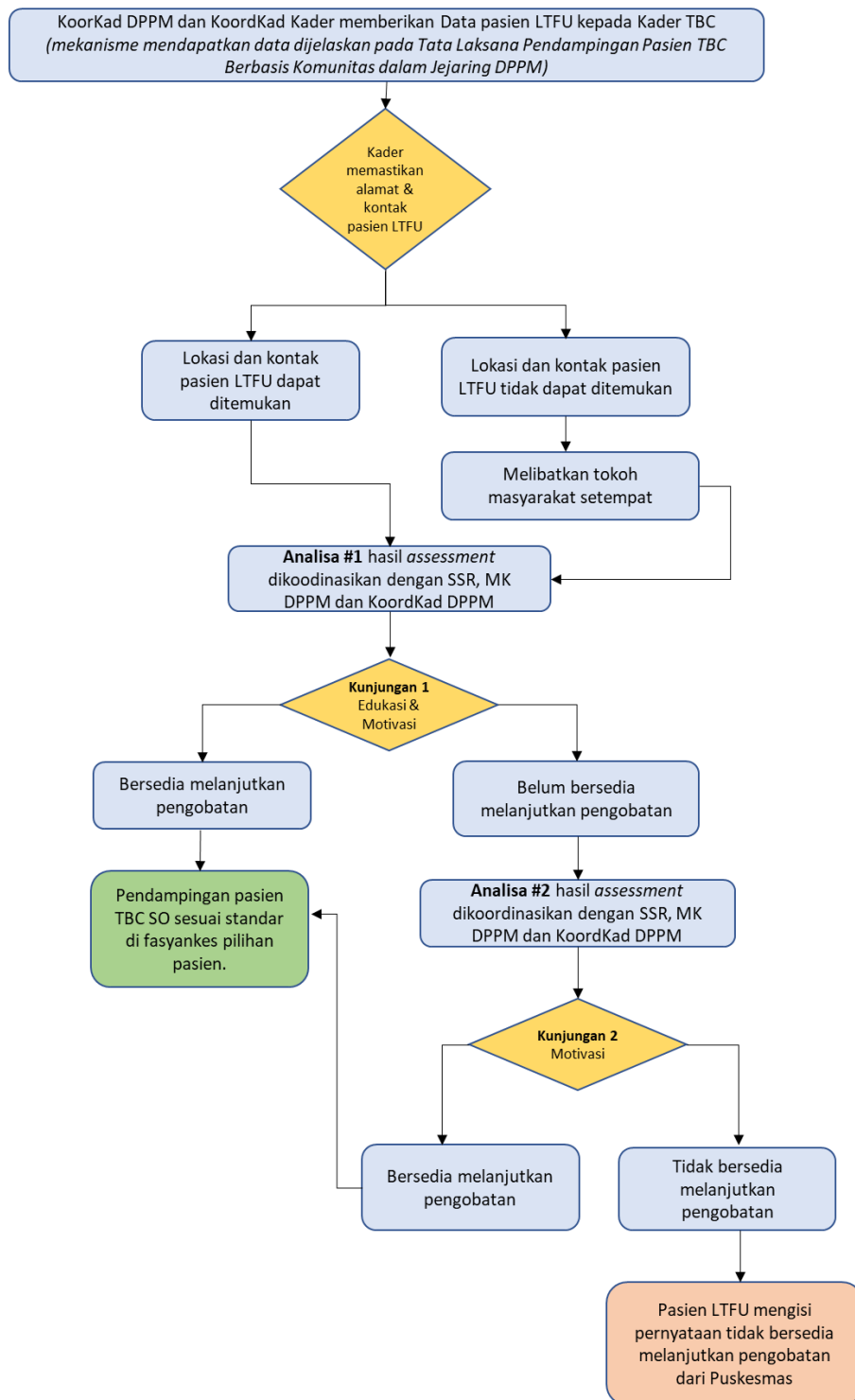
### **Bentuk Kegiatan**

1. Tim SSR/IU, MK DPPM dan Koordinator kader DPPM berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan serta fasyankes pemerintah dan swasta untuk memetakan pasien TBC yang dilaporkan dan tercatat di SITB.
2. TIM SSR/IU dan koordinator kader melakukan pertemuan dengan Dinkes dan fasilitas layanan pemerintah dan swasta untuk mendiskusikan terkait pengobatan pasien TBC dan pelacakan pasien LTFU yang periksa fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta dan tercatat di SITB. Pertemuan bisa bersamaan dengan BL 38.
3. SSR/IU dan Koordinator kader berkoordinasi dengan kader yang sesuai dengan lokasi pasien LTFU dari faskes pemerintah dan swasta untuk dilakukan kunjungan.
4. Kader melakukan kunjungan rumah (home visit) pasien TB SO untuk memastikan pasien TBC melakukan pengobatan sesuai standar dan jika pasien tersebut terbukti LTFU, kader mengidentifikasi penyebab pasien tersebut LTFU dan mendorong/memotivasi pasien untuk melanjutkan pengobatan.
5. Memberikan penyuluhan/edukasi tentang TBC kepada pasien yang sedang melakukan pengobatan atau pasien LTFU dan keluarganya.

#### **Ketentuan**

1. Berdasarkan Halaman 94, Tabel 14, Hasil Pengobatan Pasien TBC pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis.  
***"Putus Berobat (Loss to Follow-Up) adalah pasien TB yang tidak memulai pengobatannya atau yang pengobatannya terputus terus menerus selama 2 bulan atau lebih."***
2. Pasien terdiagnosa positif TBC dan dinyatakan LTFU tercatat di SITB.
3. Pasien LTFU yang dilakukan home visit adalah sesuai definisi operasional ketentuan poin 1 dan 2.
4. Home visit/kunjungan rumah dapat dilaksanakan selama 1 minggu minimal 1 -2 pasien LTFU per kader. Jika pada saat kunjungan pertama pasien tidak melanjutkan atau memulai pengobatan, maka kader melakukan kunjungan ulang di hari berikutnya untuk memastikan pasien kembali berobat.

## Alur Pelacakan LTFU



Bagan 2. Proses Pelacakan Pasien LTFU dari Faskes Pemerintah dan Swasta



Pada bagan disebutkan beberapa proses yang perlu dilalui oleh komunitas dalam melakukan pelacakan pasien LTFU dari faskes Pemerintah dan Swasta, diantaranya adalah

- a. Koordinator Kader DPPM berkoordinasi dengan Koordinator Kader TBC memberikan data pasien LTFU kepada Kader TBC.
- b. Kader TBC memastikan alamat dan kontak pasien LTFU:
  - Jika lokasi dan kontak pasien LTFU dapat ditemukan, maka dapat dilanjutkan untuk Analisa #1 pasien LTFU.
  - Jika lokasi dan kontak pasien LTFU tidak dapat ditemukan, maka kader TBC dapat meminta bantuan tokoh masyarakat setempat untuk memastikan lokasi dan kontak pasien LTFU. Setelah ditemukan, maka dapat dilakukan Analisa #1 kondisi pasien LTFU.
- c. Setelah melakukan Analisa #1, didapatkan hasil *assessment* yang dikoordinasikan dengan SSR, MK DPPM dan Koordinator Kader DPPM. Dari proses tersebut akan didapatkan strategi untuk melakukan edukasi dan membangkitkan motivasi sesuai dengan kondisi pasien LTFU tersebut.
- d. Kader TBC melakukan kunjungan 1 – Edukasi dan motivasi pasien LTFU. Terdapat 2 pilihan keputusan pasien LTFU:
  - Bersedia melanjutkan pengobatan, maka dapat diteruskan proses sesuai prosedur pendampingan.
  - Belum bersedia melanjutkan pengobatan, maka perlu dilakukan Analisa #2. Hasil *assessment* didiskusikan dengan SSR, MK DPPM dan Koordinator Kader DPPM. Dari proses tersebut akan didapatkan strategi untuk membangkitkan motivasi sesuai dengan kondisi pasien LTFU tersebut.
- e. Kader TBC melakukan kunjungan 2 – Motivasi pasien LTFU. Terdapat 2 pilihan keputusan pasien LTFU:
  - Bersedia melanjutkan pengobatan, maka dapat diteruskan proses sesuai prosedur pendampingan.
  - Belum bersedia melanjutkan pengobatan, maka pasien LTFU diminta membuat pernyataan tidak bersedia melanjutkan pengobatan dari Puskesmas.

Acuan detail terdapat pada Petunjuk Teknis bagi Komunitas dalam Mendukung Jejaring DPPM. Dokumen dapat diakses pada tautan berikut: <https://bit.ly/Juknis-DPPM>

## Sasaran

Kunjungan rumah pada pasien TBC LTFU yang berobat di Faskes Pemerintah dan Swasta dilakukan oleh kader berdasarkan data dari faskes pemerintah dan swasta serta Dinas Kesehatan. Target jumlah pasien TBC Sensitif Obat LTFU diestimasi sebanyak 20% dari yang tercatat di Faskes Pemerintah dan Swasta.

## Struktur Anggaran

Pemberian insentif kepada kader kunjungi rumah pasien TBC SO LTFU dari Faskes Pemerintah dan Swasta sebesar Rp. 50.000/pasien dengan rincian:

1. Tahun 2021 sebanyak 3.011 x Rp. 50.000
2. Tahun 2022 sebanyak 6.021 x Rp. 50.000
3. Tahun 2023 sebanyak 6.021 x Rp. 50.000

## Keluaran Kegiatan

1. Jumlah pasien TB SO yang sudah diperiksa dan tercatat di Faskes Pemerintah dan Swasta yang dikunjungi oleh kader dengan melakukan home visit/kunjungan rumah
2. Estimasi: Target komunitas 6.021 pasien TB LTFU di penyedia swasta (perkiraan data tahun 2019 sebagai baseline). Target 2021 hanya mencakup 50% (3.011).
3. Kegiatan dilaksanakan di 77 Kab/Kota wilayah kerja PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

## Laporan

1. Laporan narasi kunjungan kader ke rumah pasien TB SO dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah kunjungan.
2. Jika pasien ada pasien mangkir tidak bersedia melanjutkan pengobatan, diperlukan surat pernyataan diri bahwa pasien TB tidak bersedia melanjutkan pengobatan diketahui oleh petugas TBC PKM/Lurah/Babinsa/RT/RW setempat.

## Wilayah Intervensi

Daftar 77 Kabupaten/Kota Irisan Wilayah Prioritas PPM dan Wilayah Intervensi PR Komunitas

No	Provinsi	Kabupaten/Kota	Jumlah Kasus TB LTFU dari Layanan Swasta Tahun 2019	Target Komunitas	Target Y2
				56%	50%
1	BALI	Badung	6	3	1,7
2	BANTEN	Tangerang	90	50	25,2
3	BANTEN	Kota Tangerang	444	249	124,3
4	BANTEN	Kota Tangerang Selatan	77	43	21,6
5	BANTEN	Serang	167	94	46,8
6	DIY	Bantul	1	1	0,3
7	DIY	Sleman	47	26	13,2
8	DIY	Kota Yogyakarta	54	30	15,1
9	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Barat	149	83	41,7
10	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Selatan	211	118	59,1
11	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Timur	134	75	37,5
12	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Pusat	217	122	60,8
13	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Utara	200	112	56,0
14	JABAR	Indramayu	29	16	8,1
15	JABAR	Subang	152	85	42,6
16	JABAR	Purwakarta	1	1	0,3
17	JABAR	Kota Bogor	385	216	107,8
18	JABAR	Kota Bandung	672	376	188,2

No	Provinsi	Kabupaten/Kota	Jumlah Kasus TB LTFU dari Layanan Swasta Tahun 2019	Target Komunitas	Target Y2
19	JABAR	Kota Cirebon	50	28	14,0
20	JABAR	Kota Bekasi	1.150	644	322,0
21	JABAR	Kota Depok	385	216	107,8
22	JABAR	Kota Cimahi	21	12	5,9
23	JABAR	Sukabumi	-	-	-
24	JABAR	Bandung	79	44	22,1
25	JABAR	Garut	58	32	16,2
26	JABAR	Cirebon	482	270	135,0
27	JABAR	Karawang	150	84	42,0
28	JABAR	Bekasi	2.087	1.169	584,4
29	JABAR	Bogor	161	90	45,1
30	JAMBI	Kota Jambi	-	-	-
31	JATENG	Cilacap	518	290	145,0
32	JATENG	Banyumas	70	39	19,6
33	JATENG	Kebumen	10	6	2,8
34	JATENG	Boyolali	16	9	4,5
35	JATENG	Klaten	31	17	8,7
36	JATENG	Sukoharjo	8	4	2,2
37	JATENG	Wonogiri	6	3	1,7
38	JATENG	Sragen	5	3	1,4
39	JATENG	Grobogan	-	-	-
40	JATENG	Pati	31	17	8,7
41	JATENG	Kudus	15	8	4,2
42	JATENG	Pemalang	-	-	-
43	JATENG	Tegal	91	51	25,5
44	JATENG	Brebes	134	75	37,5
45	JATENG	Kota Surakarta	31	17	8,7
46	JATENG	Kota Semarang	37	21	10,4
47	JATENG	Kota Pekalongan	36	20	10,1
48	JATENG	Karanganyar	3	2	0,8
49	JATIM	Kediri	58	32	16,2
50	JATIM	Malang	156	87	43,7
51	JATIM	Banyuwangi	13	7	3,6
52	JATIM	Pasuruan	58	32	16,2
53	JATIM	Sidoarjo	109	61	30,5
54	JATIM	Mojokerto	27	15	7,6

No	Provinsi	Kabupaten/Kota	Jumlah Kasus TB LTFU dari Layanan Swasta Tahun 2019	Target Komunitas	Target Y2
55	JATIM	Jombang	18	10	5,0
56	JATIM	Kota Malang	90	50	25,2
57	JATIM	Kota Surabaya	152	85	42,6
58	JATIM	Tulungagung	15	8	4,2
59	JATIM	Jember	13	7	3,6
60	JATIM	Gresik	22	12	6,2
61	KALBAR	Kota Pontianak	4	2	1,1
62	KALTIM	Kota Balikpapan	2	1	0,6
63	KALTIM	Kota Samarinda	12	7	3,4
64	KEPRI	Kota Batam	241	135	67,5
65	LAMPUNG	Lampung Tengah	-	-	-
66	LAMPUNG	Kota Bandar Lampung	-	-	-
67	LAMPUNG	Lampung Selatan	-	-	-
68	NTB	Kota Mataram	9	5	2,5
69	RIAU	Kota Pekanbaru	161	90	45,1
70	SULSEL	Kota Makassar	358	200	100,2
71	SUMBAR	Kota Padang	114	64	31,9
72	SUMSEL	Kota Palembang	272	152	76,2
73	SUMUT	Asahan	1	1	0,3
74	SUMUT	Deli Serdang	37	21	10,4
75	SUMUT	Langkat	52	29	14,6
76	SUMUT	Kota Binjai	-	-	-
77	SUMUT	Kota Medan	131	73	36,7
			<b>10.826</b>	<b>6.063</b>	<b>3.031</b>

#Tabel diatas adalah data tahun 2019, akan tetapi sebagai acuan SSR Komunitas bisa menggunakan data LTFU yang teraktual yang didapatkan dari Faskes Pemerintah dan Swasta atau dinas kesehatan.

## Latar Belakang

Mengacu pada WHO Global TB Report tahun 2020, Indonesia merupakan salah satu negara dengan beban TBC tertinggi di dunia dengan perkiraan jumlah orang yang jatuh sakit akibat TBC mencapai 845.000 (312 per 100.000 penduduk) dengan angka kematian sebanyak 98.000 (34 per 100.000 penduduk) atau setara dengan 11 kematian/jam (WHO Global TB Report, 2020). Dari jumlah kasus tersebut, baru 67% yang ditemukan dan diobati, sehingga terdapat sebanyak 283.000 ( 33%) pasien TBC yang belum diobati dan berisiko menjadi sumber penularan bagi orang disekitarnya.

Masih adanya pasien TBC yang belum ditemukan dan diobati sekitar 283.000 ( 33%) salah satunya disebabkan karena rendahnya proporsi/kontribusi pemberitahuan TBC di fasilitas pelayanan kesehatan Swasta sehingga kualitas pelayanan TBC tidak diterapkan sesuai dengan standar. Rendahnya proporsi /kontribusi pemberitahuan TBC karena fasilitas pelayanan Kesehatan swasta di Indonesia sangat besar dan terfragmentasi sehingga tidak semuanya bisa dilibatkan dalam pengendalian TBC.

Data TB nasional tahun 2020 menggambarkan adanya penurunan jumlah Puskesmas, Rumah Sakit Swasta dan Dokter Umum/Klinik yang melaporkan kasus TB sedangkan terjadi peningkatan jumlah Rumah Sakit Umum dan Klinik. Selain itu, beberapa orang lebih memilih untuk mendapatkan diagnosis dan pengobatan di fasilitas pelayanan kesehatan umum sementara yang lain lebih memilih untuk dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan swasta. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa terdapat potensi kasus TB tidak dilaporkan/ternotifikasi dari fasilitas pelayanan kesehatan publik dan swasta yang tidak terlibat, demikian juga dengan kualitas pelayanan TB. Untuk mengatasi kedua masalah tersebut, diperlukan upaya mewujudkan pelayanan TB yang berkualitas di semua fasilitas pelayanan kesehatan melalui pendekatan public-private mix (PPM). Oleh karena itu, diperlukan pendekatan Public Private Mix (PPM) untuk mengoptimalkan keterlibatan penyedia layanan kesehatan publik dan swasta penting untuk notifikasi kasus TB dan meningkatkan kualitas layanan TB.

Salah satu fokus rencana operasional dari implementasi PPM di Indonesia, yaitu meningkatkan kualitas layanan pengobatan TB dimana persentase tingkat keberhasilan pengobatan di fasilitas swasta masih sebesar 49% pada tahun 2019 (PPM Operational Plan 2021-2023). Dengan demikian, PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI berupaya untuk mendukung peningkatan layanan TB di fasilitas pemerintah dan swasta melalui dukungan pelacakan pasien, kunjungan rumah untuk pasien LTFU dari Faskes Pemerintah dan Swasta dan mendorong untuk dapat menyelesaikan pengobatan TB hingga sembuh/lengkap. Dengan demikian, adanya dukungan komunitas diharapkan dapat menurunkan angka LTFU pasien TB di Faskes Pemerintah dan Swasta.dalam rangka mendukung peningkatan kualitas layanan TB.

## Tujuan Kegiatan

1. Mendukung upaya peningkatan kualitas layanan TB di Faskes Pemerintah dan Swasta secara khusus untuk menekan angka LTFU pada wilayah intervensi DPPM.
2. Memberikan dukungan kepada kader komunitas berupa reward bagi kader yang berhasil mendampingi pengobatan lengkap dan atau sembuh pada pasien yang ditemukan di Faskes Pemerintah dan Swasta.

## Bentuk kegiatan

1. Kegiatan dilaksanakan mulai semester-2 tahun 2021 sampai dengan tahun 2023.
2. Pasien yang didampingi adalah pasien sudah diidentifikasi LtFU yang berasal dari Faskes Pemerintah dan Swasta.
3. Kader melakukan pendampingan pasien yang LtFU dari Faskes Pemerintah dan Swasta yang telah diidentifikasi menggunakan BL.81
4. Kader melakukan proses pendampingan pasien TBC dengan prosedur pendampingan TBC SO sesuai standar serta memperhatikan persetujuan lokasi pengobatan pasien (baik di faskes pemerintah maupun swasta).
  - o Jika lokasi pengobatan di faskes swasta, maka kader perlu berkoordinasi dengan tenaga kesehatan atau penanggung jawab dari faskes terkait dan memastikan adanya pelaporan notifikasi wajib dari faskes swasta.
  - o Jika lokasi pengobatan di faskes pemerintah, maka kader dapat berkoordinasi dengan pemegang program TBC di Puskesmas maupun RS Pemerintah.
5. Kader melakukan pendampingan pada pasien yang ditemukan di Faskes Pemerintah dan Swasta hingga dinyatakan lengkap berobat atau sembuh
6. Kader yang berhasil mendampingi hingga sembuh atau pengobatan lengkap akan mendapatkan reward.

Petunjuk Teknis dapat diakses pada tautan berikut: <https://bit.ly/Juknis-DPPM>

### 1. Sasaran Kegiatan

Kegiatan ini dilakukan di 77 kabupaten/kota wilayah prioritas implementasi PPM yang berisikan dengan wilayah kerja PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI, dengan estimasi sasaran sebesar 90% dari pasien TB sensitif obat LtFU dari Faskes Pemerintah dan Swasta yang dilacak oleh komunitas, yaitu sebesar sebesar 2.710 kasus pada tahun 2021 dan 5.419 kasus pada tahun 2022 dan 2023.

### 2. Keluaran yang diharapkan

Pasien TB sensitif obat dari Faskes Pemerintah dan Swasta yang LtFU dapat didorong kembali untuk melanjutkan dan **menyelesaikan pengobatan** hingga sembuh/pengobatan lengkap.

### 3. Struktur pembiayaan

Kader yang berhasil mendampingi pasien LtFU di Faskes Pemerintah dan Swasta untuk melanjutkan dan menyelesaikan pengobatan hingga sembuh/pengobatan lengkap diberikan dukungan sebesar Rp 50.000 /pasien.

Tahun 2021 : 2.710 pasien x Rp 50.000

Tahun 2022 : 5.419 pasien x Rp 50.000

Tahun 2023 : 5.419 pasien x Rp 50.000

## Laporan

1. Surat keterangan/salinan laporan dari Faskes Pemerintah dan Swasta terkait yang menyatakan bahwa pasien sudah sembuh/selesai pengobatan, yang ditanda tangan dan terotorisasi oleh tenaga kesehatan yang bertanggungjawab terhadap pasien ybs.
2. Form B - Pemantauan pengobatan

## Wilayah Intervensi

Target kesembuhan di 77 Kabupaten/Kota Irisan Wilayah Prioritas PPM dan Wilayah Intervensi PR Komunitas.

No	Provinsi	Kabupaten/Kota	Jumlah Kasus TB LTFU dari Layanan Swasta Tahun 2019	Target Komunitas	Target Komunitas Q4	Target Kesembuhan 90%
				56%	50%	90%
1	BALI	Badung	6	3	1,7	1,5
2	BANTEN	Tangerang	90	50	25,2	22,7
3	BANTEN	Kota Tangerang	444	249	124,3	111,9
4	BANTEN	Kota Tangerang Selatan	77	43	21,6	19,4
5	BANTEN	Serang	167	94	46,8	42,1
6	DIY	Bantul	1	1	0,3	0,3
7	DIY	Sleman	47	26	13,2	11,8
8	DIY	Kota Yogyakarta	54	30	15,1	13,6
9	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Barat	149	83	41,7	37,5
10	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Selatan	211	118	59,1	53,2
11	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Timur	134	75	37,5	33,8
12	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Pusat	217	122	60,8	54,7
13	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Utara	200	112	56,0	50,4
14	JABAR	Indramayu	29	16	8,1	7,3
15	JABAR	Subang	152	85	42,6	38,3
16	JABAR	Purwakarta	1	1	0,3	0,3
17	JABAR	Kota Bogor	385	216	107,8	97,0
18	JABAR	Kota Bandung	672	376	188,2	169,3

No	Provinsi	Kabupaten/Kota	Jumlah Kasus TB LTFU dari Layanan Swasta Tahun 2019	Target Komunitas	Target Komunitas Q4	Target Kesembuhan 90%
19	JABAR	Kota Cirebon	50	28	14,	12,6
20	JABAR	Kota Bekasi	1.150	644	322,0	289,8
21	JABAR	Kota Depok	385	216	107,8	97,0
22	JABAR	Kota Cimahi	21	12	5,9	5,3
23	JABAR	Sukabumi	-	-	-	-
24	JABAR	Bandung	79	44	22,1	19,9
25	JABAR	Garut	58	32	16,2	14,6
26	JABAR	Cirebon	482	270	135,0	121,5
27	JABAR	Karawang	150	84	42,0	37,8
28	JABAR	Bekasi	2.087	1.169	584,4	525,9
29	JABAR	Bogor	161	90	45,1	40,6
30	JAMBI	Kota Jambi	-	-	-	-
31	JATENG	Cilacap	518	290	145,0	130,5
32	JATENG	Banyumas	70	39	19,6	17,6
33	JATENG	Kebumen	10	6	2,8	2,5
34	JATENG	Boyolali	16	9	4,5	4,0
35	JATENG	Klaten	31	17	8,7	7,8
36	JATENG	Sukoharjo	8	4	2,2	2,0
37	JATENG	Wonogiri	6	3	1,7	1,5
38	JATENG	Sragen	5	3	1,4	1,3
39	JATENG	Grobogan	-	-	-	-
40	JATENG	Pati	31	17	8,7	7,8
41	JATENG	Kudus	15	8	4,2	3,8
42	JATENG	Pemalang	-	-	-	-
43	JATENG	Tegal	91	51	25,5	22,9
44	JATENG	Brebes	134	75	37,5	33,8
45	JATENG	Kota Surakarta	31	17	8,7	7,8
46	JATENG	Kota Semarang	37	21	10,4	9,3
47	JATENG	Kota Pekalongan	36	20	10,1	9,1



No	Provinsi	Kabupaten/Kota	Jumlah Kasus TB LTFU dari Layanan Swasta Tahun 2019	Target Komunitas	Target Komunitas Q4	Target Kesembuhan 90%
48	JATENG	Karanganyar	3	2	0,8	0,8
49	JATIM	Kediri	58	32	16,2	14,6
50	JATIM	Malang	156	87	43,7	39,3
51	JATIM	Banyuwangi	13	7	3,6	3,3
52	JATIM	Pasuruan	58	32	16,2	14,6
53	JATIM	Sidoarjo	109	61	30,5	27,5
54	JATIM	Mojokerto	27	15	7,6	6,8
55	JATIM	Jombang	18	10	5,0	4,5
56	JATIM	Kota Malang	90	50	25,2	22,7
57	JATIM	Kota Surabaya	152	85	42,6	38,3
58	JATIM	Tulungagung	15	8	4,2	3,8
59	JATIM	Jember	13	7	3,6	3,3
60	JATIM	Gresik	22	12	6,2	5,5
61	KALBAR	Kota Pontianak	4	2	1,1	1,0
62	KALTIM	Kota Balikpapan	2	1	0,6	0,5
63	KALTIM	Kota Samarinda	12	7	3,4	3,0
64	KEPRI	Kota Batam	241	135	67,5	60,7
65	LAMPUNG	Lampung Tengah	-	-	-	-
66	LAMPUNG	Kota Bandar Lampung	-	-	-	-
67	LAMPUNG	Lampung Selatan	-	-	-	-
68	NTB	Kota Mataram	9	5	2,5	2,3
69	RIAU	Kota Pekanbaru	161	90	45,1	40,6
70	SULSEL	Kota Makassar	358	200	100,2	90,2
71	SUMBAR	Kota Padang	114	64	31,9	28,7
72	SUMSEL	Kota Palembang	272	152	76,2	68,5
73	SUMUT	Asahan	1	1	0,3	0,3
74	SUMUT	Deli Serdang	37	21	10,4	9,3
75	SUMUT	Langkat	52	29	14,6	13,1
76	SUMUT	Kota Binjai	-	-	-	-

No	Provinsi	Kabupaten/Kota	Jumlah Kasus TB LTFU dari Layanan Swasta Tahun 2019	Target Komunitas	Target Komunitas Q4	Target Kesembuhan 90%
77	SUMUT	Kota Medan	131	73	36,7	33,0
			<b>10.826</b>	<b>6.063</b>	<b>3.031</b>	<b>2.728</b>

**Latar Belakang**

Angka peningkatan kasus covid-19 terus meningkat di Indonesia adalah 4.178.164 kasus positif COVID-19 dengan 3.953.519 juta pasien di antaranya sembuh, sedangkan 139.682 pasien meninggal (<https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19>, diakses pada 16 September 2021). Masih ada 84.963 kasus aktif (<https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19>, diakses 16 September 2021). Kemenkes RI melaporkan, ada 47 varian baru impor COVID-19 yang ditemukan di Indonesia per 16 Juni 2021. Jumlah kejadian kasus COVID-19 bersifat dinamis. Biasanya meningkat pada hari libur karena mobilitas penduduk yang tinggi pada periode tersebut. Semua 34 provinsi dan 494 kabupaten pernah melaporkan kasus COVID-19. Saat ini, Pemerintah Indonesia sedang mempercepat cakupan vaksinasi COVID-19 untuk memutus penularan di masyarakat.

Program TB tentu terganggu dengan ada pandemic covid-19 terutama karena lima hal yang utama (1) Pengalihan sumber daya pengendalian TB ke kegiatan pengendalian COVID 19 meliputi pengalihan sumber daya manusia, infrastruktur, dan pendanaan; (2) Terganggunya kegiatan rutin pengendalian TB, seperti pengangkutan dahak, pemeriksaan laboratorium, pencatatan dan pelaporan; (3) Keterlambatan kegiatan terencana dan inovatif untuk mencapai target ambisius eliminasi TB, seperti penemuan kasus aktif, rencana percepatan PMDT, rencana percepatan TPT, dan rencana pencegahan dan perawatan TB campuran pemerintah swasta; (4) Pasien TB di masyarakat mengalami penurunan akses ke fasilitas kesehatan yang mempengaruhi perilaku mencari perawatan, dan (5) Rencana kegiatan pelibatan masyarakat untuk mendukung kegiatan TB mengalami keterlambatan pelaksanaan akibat keterbatasan gerak dan berkurangnya sumber daya.

Deteksi kasus TB tahun 2020 mengalami penurunan sebesar 38% dibandingkan tahun 2019. Kematian terkait TB dan mangkir meningkat yang ditunjukkan dengan penurunan angka keberhasilan pengobatan sebesar 1%. Angka TB MDR meningkat menjadi 65%, namun deteksinya kurang dari 50% dari target yang sudah ditetapkan.

Melihat kondisi diatas, PR TB, mitra, dan pemangku kepentingan mengembangkan rencana pemulihan untuk mengatasi gangguan layanan TB. Beberapa strategi dalam rencana pemulihan, yang terutama terkait dengan masalah pertama (prioritas sumber daya) dan (perilaku pencarian kesehatan orang dengan TB). Dukungan yang diberikan untuk mendorong penemuan kasus secara aktif yakni dengan memaksimalkan orang yang terduga TBC mau periksa Puskesmas dengan cara membantu orang yang terduga mengantarkan dahak ke Puskesmas untuk diperiksa oleh tenaga kesehatan.

**Tujuan**

1. Kader komunitas melakukan pengumpulan dan mengirimkan dahak untuk diperiksa oleh tenaga kesehatan di Puskesmas
2. Kader komunitas mendapatkan insentif untuk mengumpulkan dan mengirimkan dahak terduga TBC ke Puskesmas untuk diperiksa.

**Kegiatan**

Kegiatan ini dilakukan oleh kader ketika melaksanakan penemuan kasus TBC melalui investigasi kontak dan Investigasi Kontak Non Rumah Tangga/*Community outreach* dengan cara mengambil

dan mengumpulkan dahak tersebut serta mengirimkan ke Puskesmas untuk diperiksa. Tahapan pelaksanaan pengumpulan dan pengiriman dahak sebagai berikut:

1. Kader setelah melakukan investigasi kontak atau *community outreach*, lalu mencatat di form 16K serta membuat surat pengantar untuk kontak yang memenuhi syarat rujukan;
2. Kader melakukan komunikasi terlebih dahulu dengan orang terduga TBC untuk memastikan kesediaan pengambilan dahak.
3. Terduga TBC yang memenuhi syarat rujukan tersebut, dahaknya akan diambil dan dikumpulkan oleh kader lalu dibawa ke puskesmas untuk diperiksa.
4. Pengambilan spesimen dahak/sputum dilakukan pada saat pemeriksaan awal dilakukan 2 kali Sewaktu dan Pagi (SP) untuk 1 orang terduga TBC.
5. Pada kondisi tertentu, kader juga dapat melakukan pengambilan spesimen dahak/sputum dilakukan pada saat:
  - o Akhir awal tahap pengobatan fase intensif (2 bulan pengobatan). Apabila pasien tidak mampu karena kondisi fisik, jarak geografis dan faktor ekonomi.
2. Kader yang mengumpulkan dan membawa dahak tersebut harus sudah dilatih oleh Puskesmas tentang cara pengambilan dahak yang berkualitas sehingga mengurangi pengambilan dahak ulang;
3. Pengambilan spesimen dahak oleh kader harus yang berkualitas dengan memperhatikan volume 3,5-5 ml, kekentalan dan warna hijau kekuningan (purulent). Kader menggunakan form bukti pengambilan dan pengumpulan dahak/sputum yang telah disiapkan oleh staf program.
4. Pengantaran dahak oleh kader setiap SR/SSR dibatasi hanya 20% dari target terduga TBC.

#### **Ketentuan Pengambilan dahak/sputum**

1. Pengumpulan dahak terduga TBC oleh kader ke Puskesmas ketika ada kesulitan jarak geografis, lokasi yang jauh maupun keterbatasan sumber daya di Puskesmas dan kondisi ekonomi pasien.
2. Kader yang akan melakukan pengumpulan dahak sudah mendapatkan pelatihan atau orientasi singkat tentang cara pengambilan dahak yang berkualitas oleh Puskesmas.
3. Kader mempunyai pot dahak yang sudah disediakan oleh puskesmas
4. Kader membawa cooler box yang sudah disediakan oleh staf program SSR
5. Kader menggunakan masker, hand sanitizer dan sarung tangan (gloves) pada saat pengambilan dahak/sputum yang telah disediakan oleh staf program SSR
6. Pengambilan dan pengantaran dahak/sputum maksimal 10-15 orang terduga TBC per kader per bulan.
7. Sampel dahak yang diambil oleh kader harus memenuhi kriteria yang ditentukan oleh Puskesmas (dapat dilakukan pemeriksaan lab oleh petugas kesehatan puskesmas)
8. Sampel dahak yang rusak atau kurang berkualitas harus dilakukan pengambilan ulang oleh kader.

#### **Peserta**

Target pemberian insentif dana untuk kader di masing-masing SR yang membawa spesimen dahak bisa melihat tabel terlampir dengan jumlah sebagai berikut:

1. 175.463 (estimasi 20% dari target suspek tahun 2021)
2. 223.948 (estimasi 20% dari target suspek tahun 2022)
3. 262.475 (estimasi 20% dari target suspek tahun 2023 di 190 kota/kab)

### Struktur Budget

1. Tahun 2021 Budget insentif untuk kader yang membawa spesimen dahak sebesar Rp. 15.000 x 175.463
2. Tahun 2022 Budget insentif untuk kader yang membawa spesimen dahak sebesar Rp. 15.000 x 223.948
3. Tahun 2023 Budget insentif untuk kader yang membawa spesimen dahak sebesar Rp. 15.000 x 262.475

### Mekanisme Pembayaran Insentif

1. Setelah kader mengantarkan dahak/sputum, maka Puskesmas membuat bukti pengantaran dahak oleh kader yang diterima dan ditandatangani oleh petugas Puskesmas.
2. Kader menyerahkan form yang telah ditandatangani oleh Petugas Puskesmas kepada koordinator kader/staf program.
3. Insentif dibayarkan kepada kader sejumlah 15.000 per orang terduga TBC berdasarkan spesimen dahak yang diantar oleh kader (spesimen Sewaktu atau spesimen Pagi).
4. Proses pembayaran insentif bisa bersamaan dengan pembayaran reward IK maupun IK non Rumah Tangga yang sudah dilaksanakan oleh kader di bulan tersebut, yang data-data nya sudah diverifikasi oleh koordinator kader dan sudah disetujui pembayarannya oleh SSR/IU.

### Output

Terdapat pengumpulan dahak terduga TBC oleh kader ke Puskesmas ketika ada kesulitan geografis, lokasi yang jauh maupun keterbatasan sumber daya di Puskesmas.

### Laporan

1. Surat pengantar rujukan terduga TBC yang dibuat oleh kader;
2. Tanda terima bukti pengantaran spesimen dahak yang diterima oleh kader dari pihak puskesmas;
3. Bukti verifikasi dari Koordinator Kader yang menyatakan bahwa kader sudah mengirimkan dahak ke Puskesmas.

### Target Pengumpulan Dahak/Sputum oleh Kader

PROVINSI/KOTA/ KABUPATEN	Target Terduga	Target Ind Proses-09 Spesimen Dahak
	2023	2023
		20%
SUMATERA UTARA	91,662	18,332
1 Asahan	5,291	1,058
2 Deli Serdang	16,919	3,384
3 Karo	2,843	569
4 Kota Binjai	2,358	472
5 Kota Medan	41,010	8,202
6 Kota Padangsidimpuan	2,794	559
7 Kota Pematang Siantar	3,274	655

8	Labuhan Batu	3,881	776
9	Langkat	5,761	1,152
10	Simalungun	7,531	1,506
	<b>SUMATERA BARAT</b>	<b>14,474</b>	<b>2,895</b>
1	Kota Padang	11,135	2,227
2	Padang Pariaman	3,339	668
	<b>RIAU</b>	<b>42,652</b>	<b>8,530</b>
1	Bengkalis	4,262	852
2	Indragiri Hilir	3,232	646
3	Kota Dumai	3,545	709
4	Kota Pekanbaru	19,356	3,871
5	Rokan Hilir	6,056	1,211
6	Rokan Hulu	6,200	1,240
	<b>KEPRI</b>	<b>19,749</b>	<b>3,950</b>
1	Karimun	2,239	448
2	Kota Tanjung Pinang	2,674	535
3	Kota Batam	14,836	2,967
	<b>SUMATERA SELATAN</b>	<b>39,217</b>	<b>7,843</b>
1	Banyu Asin	6,966	1,393
2	Kota Prabumulih	2,200	440
3	Kota Palembang	21,589	4,318
4	Muara Enim	5,032	1,006
5	Ogan Ilir	3,430	686
	<b>BANGKA BELITUNG</b>	<b>5,100</b>	<b>1,020</b>
1	Bangka	2,249	450
2	Kota Pangkal Pinang	2,851	570
	<b>BENGKULU</b>	<b>5,943</b>	<b>1,189</b>
1	Kota Bengkulu	4,298	860
2	Rejang Lebong	1,646	329
	<b>LAMPUNG</b>	<b>43,841</b>	<b>8,768</b>
1	Kota Bandar Lampung	10,343	2,069
2	Lampung Selatan	6,348	1,270
3	Lampung Tengah	7,259	1,452
4	Lampung Timur	5,694	1,139
5	Lampung Utara	3,857	771
6	Pesawaran	2,472	494
7	Pringsewu	2,679	536
8	Tanggamus	3,607	721
9	Tulangbawang Barat	1,582	316
	<b>BANTEN</b>	<b>72,088</b>	<b>14,418</b>
1	Kota Cilegon	3,311	662
2	Kota Serang	4,709	942
3	Kota Tangerang	16,319	3,264

4	Tangerang	21,461	4,292
5	Kota Tangerang Selatan	11,570	2,314
6	Lebak	6,611	1,322
7	Serang	8,106	1,621
	<b>DKI JAKARTA</b>	<b>106,848</b>	<b>21,370</b>
1	Kota Jakarta Barat	22,590	4,518
2	Kota Jakarta Pusat	15,518	3,104
3	Kota Jakarta Selatan	21,158	4,232
4	Kota Jakarta Timur	32,197	6,439
5	Kota Jakarta Utara	15,385	3,077
	<b>JAWA BARAT</b>	<b>285,603</b>	<b>57,121</b>
1	Bandung	24,682	4,936
2	Bandung Barat	8,425	1,685
3	Bekasi	17,594	3,519
4	Bogor	37,780	7,556
5	Ciamis	5,506	1,101
6	Cianjur	13,159	2,632
7	Cirebon	14,080	2,816
8	Garut	12,223	2,445
9	Sumedang	6,668	1,334
10	Indramayu	8,284	1,657
11	Kota Cirebon	2,695	539
12	Karawang	11,472	2,294
13	Kota Bandung	21,480	4,296
14	Kota Bekasi	17,560	3,512
15	Kota Bogor	8,776	1,755
16	Kota Cimahi	4,946	989
17	Kota Depok	14,855	2,971
18	Kota Tasikmalaya	5,053	1,011
19	Kota Sukabumi	2,652	530
20	Sukabumi	13,683	2,737
21	Kuningan	6,274	1,255
22	Majalengka	6,455	1,291
23	Purwakarta	4,590	918
24	Subang	8,499	1,700
25	Tasikmalaya	8,211	1,642
	<b>JAWA TENGAH</b>	<b>179,012</b>	<b>35,802</b>
1	Banjarnegara	4,639	928
2	Kebumen	5,998	1,200
3	Banyumas	8,912	1,782
4	Purbalingga	4,735	947
5	Batang	4,136	827
6	Blora	4,161	832

7	Grobogan	6,585	1,317
8	Boyolali	4,878	976
9	Klaten	6,352	1,270
10	Brebes	9,835	1,967
11	Cilacap	8,752	1,750
12	Demak	5,980	1,196
13	Kudus	4,840	968
14	Jepara	6,714	1,343
15	Pati	6,352	1,270
16	Karanganyar	4,578	916
17	Kendal	5,109	1,022
18	Pemalang	7,240	1,448
19	Kota Pekalongan	2,502	500
20	Pekalongan	4,876	975
21	Kota Semarang	12,130	2,426
22	Semarang	5,427	1,085
23	Kota Surakarta	4,179	836
24	Sragen	4,427	885
25	Magelang	6,511	1,302
26	Purworejo	3,572	714
27	Sukoharjo	4,961	992
28	Wonogiri	4,653	931
29	Tegal	7,860	1,572
30	Temanggung	3,838	768
31	Wonosobo	4,282	856
	<b>DI YOGYAKARTA</b>	<b>19,392</b>	<b>3,878</b>
1	Bantul	5,201	1,040
2	Sleman	6,162	1,232
3	Gunung Kidul	3,130	626
4	Kota Yogyakarta	2,890	578
5	Kulon Progo	2,009	402
	<b>JAWA TIMUR</b>	<b>195,830</b>	<b>39,166</b>
1	Bangkalan	4,516	903
2	Banyuwangi	7,783	1,557
3	Bojonegoro	6,054	1,211
4	Tuban	5,849	1,170
5	Bondowoso	4,014	803
6	Situbondo	3,937	787
7	Gresik	7,235	1,447
8	Lamongan	5,950	1,190
9	Jember	13,009	2,602
10	Lumajang	5,207	1,041
11	Jombang	6,345	1,269



12	Mojokerto	5,141	1,028
13	Kediri	7,431	1,486
14	Nganjuk	4,679	936
15	Kota Malang	7,497	1,499
16	Malang	11,852	2,370
17	Kota Surabaya	26,656	5,331
18	Sidoarjo	12,090	2,418
19	Madiun	3,400	680
20	Ponorogo	4,081	816
21	Magetan	2,897	579
22	Ngawi	3,567	713
23	Pamekasan	4,135	827
24	Sampang	4,138	828
25	Pasuruan	8,735	1,747
26	Probolinggo	5,634	1,127
27	Sumenep	5,070	1,014
28	Trenggalek	3,070	614
29	Tulungagung	5,855	1,171
	<b>BALI</b>	<b>16,444</b>	<b>3,289</b>
1	Badung	2,592	518
2	Kota Denpasar	7,284	1,457
3	Buleleng	3,946	789
4	Gianyar	1,329	266
5	Tabanan	1,293	259
	<b>NUSA TENGGARA BARAT</b>	<b>33,563</b>	<b>6,713</b>
1	Bima	1,636	327
2	Kota Mataram	4,794	959
3	Lombok Barat	5,968	1,194
4	Lombok Tengah	7,372	1,474
5	Lombok Timur	10,105	2,021
6	Sumbawa	3,689	738
	<b>NUSA TENGGARA TIMUR</b>	<b>14,248</b>	<b>2,850</b>
1	Kota Kupang	2,103	421
2	Kupang	4,853	971
3	Sikka	2,606	521
4	Sumba Barat Daya	2,088	418
5	Timor Tengah Selatan	2,598	520
	<b>KALIMANTAN BARAT</b>	<b>19,475</b>	<b>3,895</b>
1	Ketapang	2,734	547
2	Kota Pontianak	4,848	970
3	Kota Singkawang	2,422	484
4	Kubu Raya	3,125	625

5	Pontianak	1,430	286
6	Sanggau	2,624	525
7	Sintang	2,291	458
	<b>KALIMANTAN TENGAH</b>	<b>5,710</b>	<b>1,142</b>
1	Kota Palangka Raya	2,432	486
2	Kotawaringin Timur	3,278	656
	<b>KALIMANTAN SELATAN</b>	<b>7,281</b>	<b>1,456</b>
1	Banjar	4,420	884
2	Tanah Bumbu	2,861	572
	<b>KALIMANTAN TIMUR</b>	<b>17,984</b>	<b>3,597</b>
1	Kota Balikpapan	6,518	1,304
2	Kota Samarinda	8,608	1,722
3	Kutai Timur	2,859	572
	<b>SULAWESI UTARA</b>	<b>6,764</b>	<b>1,353</b>
1	Kota Bitung	2,094	419
2	Kota Manado	4,670	934
	<b>SULAWESI SELATAN</b>	<b>43,975</b>	<b>8,795</b>
1	Bone	5,755	1,151
2	Bulukumba	3,006	601
3	Gowa	5,976	1,195
4	Kota Makassar	15,706	3,141
5	Jeneponto	2,611	522
6	Maros	2,513	503
7	Pinrang	2,846	569
8	Sidenreng Rappang	2,444	489
9	Wajo	3,118	624
	<b>SULAWESI TENGGARA</b>	<b>4,158</b>	<b>832</b>
1	Kota Kendari	2,630	526
2	Muna	1,528	306
	<b>JAMBI</b>	<b>3,782</b>	<b>756</b>
1	Kota Jambi	3,782	756
	<b>KALIMANTAN UTARA</b>	<b>2,569</b>	<b>514</b>
1	Kota Tarakan	2,569	514
	<b>SULAWESI BARAT</b>	<b>2,266</b>	<b>453</b>
1	Mamuju	2,266	453
	<b>SULAWESI TENGAH</b>	<b>3,672</b>	<b>734</b>
1	Kota Palu	3,672	734
	<b>PAPUA</b>	<b>7,872</b>	<b>1,574</b>
1	Kota Jayapura	7,872	1,574
	<b>PAPUA BARAT</b>	<b>1,200</b>	<b>240</b>
1	Kota Sorong	1,200	240
		<b>1,312,374</b>	<b>262,475</b>

## Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Berdasarkan Global TB Report (2020), angka estimasi kasus TB di Indonesia sebesar 845.000 dengan total kasus TB ternotifikasi sebesar 566.846, dengan persentase keberhasilan pengobatan sebesar 83% pada tahun 2019. Berbagai upaya dan sinergi untuk mendukung eliminasi TB di Indonesia telah dilakukan, baik dari sisi penguatan kebijakan, maupun penemuan kasus dan pendampingan pengobatan oleh layanan serta dukungan dari komunitas. Namun demikian, hadirnya pandemi Covid-19 menjadi tantangan baru bagi upaya eliminasi TBC di Indonesia. Seperti yang diketahui bahwa sejak kasus Covid-19 pertama kali terkonfirmasi pada Maret 2020, angka kasus Covid-19 sampai saat ini terus mengalami peningkatan. Sejak Januari 2021, total kasus terkonfirmasi mencapai 2.877.476 kasus dan kematian sebesar 73.582 orang. Selain itu belum optimalnya upaya 3T (*Testing, Tracing, and Treatment*) dan vaksinasi, semakin banyaknya tenaga kesehatan yang terinfeksi, serta semakin terbatasnya ketersediaan perawatan covid di layanan kesehatan menunjukkan bahwa situasi Covid-19 di Indonesia masih belum dapat terkendali. Situasi seperti ini membuat respon terhadap Covid-19 menjadi fokus utama kegiatan pemerintah dan layanan hingga ke daerah sehingga berdampak pada upaya penanggulangan penyakit lainnya, terutama TBC.

Selama pandemi Covid-19 hampir semua fasilitas pelayanan kesehatan dipersiapkan untuk fokus menangani lonjakan kasus Covid19 di berbagai level. Hal ini dapat menimbulkan potensi keterbatasan pasien TB untuk mengakses pelayanan diagnostik maupun pengobatan. Di samping itu dengan situasi Covid-19 saat ini, orang dengan gejala TB dan pasien TB yang sedang menjalani pengobatan dapat mengalami keraguan untuk melanjutkan pemeriksaan dan melanjutkan pengobatannya karena khawatir terhadap adanya penularan Covid-19 di fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan data TB nasional, diketahui terdapat peningkatan angka *LTFU* dari Q4 2019 sebesar 5% menjadi 11,3% pada Q3 2020. Dengan demikian, PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI mendorong upaya komunitas untuk menurunkan angka *LTFU* pada pasien TB dengan dukungan dari kader kesehatan setempat untuk mengantarkan OAT secara berkala, sekaligus memantau dan memastikan kepatuhan pengobatan pasien sampai dengan selesai pengobatan. Dengan demikian kegiatan ini diharapkan dapat menjadi salah satu upaya komunitas untuk dapat menjembatani akses pasien TB terhadap pengobatan sehingga mengurangi potensi terjadinya *LTFU* selama pengobatan.

## Tujuan

Kegiatan *home-based TB treatment delivery / OAT Delivery* bertujuan untuk mengurangi potensi terjadinya *LTFU* pada pasien TB Sensitif Obat melalui dukungan dari kader komunitas dengan mengantarkan OAT secara berkala ke rumah pasien sekaligus memantau dan memastikan kepatuhan pengobatan pasien sampai dengan selesai pengobatan.

## Waktu Pelaksanaan Kegiatan

Kegiatan dilaksanakan mulai Q4 Semester-2 tahun 2021 sampai dengan akhir tahun 2023.

## Sasaran Kegiatan

Kegiatan ini dilakukan di 190 kabupaten/kota wilayah kerja PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI, dengan estimasi sasaran sebesar 5% dari angka temuan kasus komunitas yaitu sebesar 5.112 kasus pada Semester-2 tahun 2021, 18.078 kasus pada tahun 2022 dan 9.374 pada tahun 2023.

Kegiatan *home-based TB treatment delivery* ini dilakukan oleh kader TBC terlatih PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI kepada pasien TBC yang ditemukan dari kegiatan penemuan kasus TB aktif oleh komunitas, baik melalui investigasi kontak dan penyuluhan/*community outreach*. Adapun kriteria pasien yang dapat difasilitasi dengan *home-based TB treatment delivery* ini adalah sebagai berikut:

1. Pasien TBC terkonfirmasi tahun 2023 **TEMUAN KADER KOMUNITAS** yang berada di wilayah kerja PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI;
2. Pasien TBC tidak datang ke puskesmas untuk menerima OAT selama 2 minggu /lebih ATAU sesuai jadwal yang telah disepakati sebelumnya (sesuai kondisi pasien), kondisi tersebut harus berdasarkan hasil konfirmasi dengan petugas TB puskesmas setempat;
3. Pasien setuju untuk mendapat kunjungan dan diantarkan OAT-nya oleh kader.

## Pelaksanaan Kegiatan

*Home-based TB treatment delivery* dijelaskan sebagaimana berikut:

1. Apabila dalam situasi pandemi, sesuai dengan protokol layanan TB dalam masa pandemic Covid-19 (Kemenkes RI, 2020), pasien TB akan menerima OAT dengan interval 14-28 hari untuk tahap pengobatan intensif dan 28 – 56 hari untuk pasien tahap pengobatan lanjutan. Jika diketahui pasien TB tidak datang untuk ke puskesmas pada waktu yang telah ditentukan oleh petugas TB atau mendapat informasi dari kader, maka **petugas TB akan menghubungi pasien untuk mengingatkan** jadwal pengambilan OAT selanjutnya.
2. Kondisi pasien yang tidak dapat mengambil OAT ke Puskesmas dikarenakan kondisi jarak geografis, ekonomi dan kondisi fisik pasien.
3. Jika dengan upaya di atas pasien belum juga datang ke puskesmas, maka petugas TB menghubungi kembali atau mengunjungi pasien.
4. Petugas TB puskesmas menginventarisir pasien yang membutuhkan OAT dan bersedia diantarkan OAT.
5. Petugas TB Puskesmas menghubungi tim SSR/koordinator kader/kader untuk melakukan penghantaran OAT dan mencatat di lembar persetujuan.
6. Petugas memberikan arahan kepada kader mengenai informasi yang harus diketahui baik oleh pasien maupun oleh kader terkait dengan OAT tersebut, termasuk dosis dan frekuensi minum obat, cara penyimpanan, efek samping obat, dan sebagainya.
7. Kader melakukan kunjungan untuk memberikan OAT sesuai dengan arahan petugas TB puskesmas sekaligus melakukan pendampingan pengobatan dengan memantau kondisi pasien secara umum, dan memberikan informasi/edukasi terkait pentingnya kepatuhan pengobatan dan pencegahan penularan TB di lingkungan rumah.
8. Serah terima OAT dari kader ke pasien dicatat oleh kader pada lembar serah terima OAT yang ditandatangani pasien/keluarga pasien, kader pelaksana, dan diketahui oleh petugas puskesmas.
9. Adapun untuk pencatatan pendampingan, pemantauan kemajuan pengobatan dan pemberian KIE dicatat hasilnya di Form B oleh kader yang mendampingi sejak kasus ditemukan.
10. Pasien TB akan terus dilakukan kunjungan berkala sampai dengan pasien dapat kembali datang ke puskesmas atau sampai pasien menyelesaikan pengobatan.

11. Setiap SR-SSR mendapatkan target OAT delivery 5% dari total target kasus ternotifikasi tahun 2023

#### Insentif Kegiatan Home-Based TB Treatment Delivery untuk Kader

1. Tahun 2021 (semester 2): 5.112 x Rp 50.000 x 6 bulan
2. Tahun 2022 (semester 1 dan 2): 18.078 x Rp 50.000 x 6 bulan
3. Tahun 2023 (semester 1 dan 2): 9.374 x Rp 50.000 x 6 bulan

#### Output

1. Kader yang melakukan kegiatan *home-based TB treatment delivery* akan diberikan dukungan sebesar Rp 50.000/bulan/pasien, sampai dengan pasien menyelesaikan pengobatan TB sensitif obat (6 bulan pengobatan).
2. Setiap kader dapat melakukan pengantaran OAT maksimal 10 kasus setiap bulan untuk pasien dalam 1 wilayah administratif yang sama dengan domisili pasien (Kecamatan).
3. Insentif diberikan setelah selesai pengantaran OAT dibuktikan dengan tanda terima OAT.

#### Laporan

1. Lembar / screenshot persetujuan pasien home-based TB treatment delivery
2. Formulir serah terima OAT yang ditandatangani dan distempel oleh Petugas Puskesmas, serta ditandatangani oleh pasien/ keluarga pasien dan kader.

Jumlah pasien TB sensitif obat yang dapat difasilitasi dengan *home-based TB treatment delivery* di 190 Kab/Kota wilayah kerja PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI (terlampir)

Target OAT Delivery tahun 2023 PROVINSI/KOTA/ KABUPATEN		Target TCP-7C	Target Ind Proses-10 OAT
		2023	2023
			5%
<b>SUMATERA UTARA</b>		<b>13,095</b>	<b>655</b>
1	Asahan	756	38
2	Deli Serdang	2,417	121
3	Karo	406	20
4	Kota Binjai	337	17
5	Kota Medan	5,859	293
6	Kota Padangsidempuan	399	20
7	Kota Pematang Siantar	468	23
8	Labuhan Batu	554	28
9	Langkat	823	41
10	Simalungun	1,076	54
<b>SUMATERA BARAT</b>		<b>2,068</b>	<b>103</b>
1	Kota Padang	1,591	80
2	Padang Pariaman	477	24
<b>RIAU</b>		<b>6,093</b>	<b>305</b>
1	Bengkalis	609	30

2	Indragiri Hilir	462	23
3	Kota Dumai	506	25
4	Kota Pekanbaru	2,765	138
5	Rokan Hilir	865	43
6	Rokan Hulu	886	44
	<b>KEPRI</b>	<b>2,821</b>	<b>141</b>
1	Karimun	320	16
2	Kota Tanjung Pinang	382	19
3	Kota Batam	2,119	106
	<b>SUMATERA SELATAN</b>	<b>5,602</b>	<b>280</b>
1	Banyu Asin	995	50
2	Kota Prabumulih	314	16
3	Kota Palembang	3,084	154
4	Muara Enim	719	36
5	Ogan Ilir	490	25
	<b>BANGKA BELITUNG</b>	<b>729</b>	<b>36</b>
1	Bangka	321	16
2	Kota Pangkal Pinang	407	20
	<b>BENGKULU</b>	<b>849</b>	<b>42</b>
1	Kota Bengkulu	614	31
2	Rejang Lebong	235	12
	<b>LAMPUNG</b>	<b>6,263</b>	<b>313</b>
1	Kota Bandar Lampung	1,478	74
2	Lampung Selatan	907	45
3	Lampung Tengah	1,037	52
4	Lampung Timur	813	41
5	Lampung Utara	551	28
6	Pesawaran	353	18
7	Pringsewu	383	19
8	Tanggamus	515	26
9	Tulang Bawang Barat	226	11
	<b>BANTEN</b>	<b>10,298</b>	<b>515</b>
1	Kota Cilegon	473	24
2	Kota Serang	673	34
3	Kota Tangerang	2,331	117
4	Tangerang	3,066	153
5	Kota Tangerang Selatan	1,653	83
6	Lebak	944	47
7	Serang	1,158	58
	<b>DKI JAKARTA</b>	<b>15,264</b>	<b>763</b>
1	Kota Jakarta Barat	3,227	161
2	Kota Jakarta Pusat	2,217	111
3	Kota Jakarta Selatan	3,023	151

4	Kota Jakarta Timur	4,600	230
5	Kota Jakarta Utara	2,198	110
	<b>JAWA BARAT</b>	<b>40,800</b>	<b>2,040</b>
1	Bandung	3,526	176
2	Bandung Barat	1,204	60
3	Bekasi	2,513	126
4	Bogor	5,397	270
5	Ciamis	787	39
6	Cianjur	1,880	94
7	Cirebon	2,011	101
8	Garut	1,746	87
9	Sumedang	953	48
10	Indramayu	1,183	59
11	Kota Cirebon	385	19
12	Karawang	1,639	82
13	Kota Bandung	3,069	153
14	Kota Bekasi	2,509	125
15	Kota Bogor	1,254	63
16	Kota Cimahi	707	35
17	Kota Depok	2,122	106
18	Kota Tasikmalaya	722	36
19	Kota Sukabumi	379	19
20	Sukabumi	1,955	98
21	Kuningan	896	45
22	Majalengka	922	46
23	Purwakarta	656	33
24	Subang	1,214	61
25	Tasikmalaya	1,173	59
	<b>JAWA TENGAH</b>	<b>25,573</b>	<b>1,279</b>
1	Banjarnegara	663	33
2	Kebumen	857	43
3	Banyumas	1,273	64
4	Purbalingga	676	34
5	Batang	591	30
6	Blora	594	30
7	Grobogan	941	47
8	Boyolali	697	35
9	Klaten	907	45
10	Brebes	1,405	70
11	Cilacap	1,250	63
12	Demak	854	43
13	Kudus	691	35

14	Jepara	959	48
15	Pati	907	45
16	Karanganyar	654	33
17	Kendal	730	36
18	Pemalang	1,034	52
19	Kota Pekalongan	357	18
20	Pekalongan	697	35
21	Kota Semarang	1,733	87
22	Semarang	775	39
23	Kota Surakarta	597	30
24	Sragen	632	32
25	Magelang	930	47
26	Purworejo	510	26
27	Sukoharjo	709	35
28	Wonogiri	665	33
29	Tegal	1,123	56
30	Temanggung	548	27
31	Wonosobo	612	31
	<b>DI YOGYAKARTA</b>	<b>2,770</b>	<b>139</b>
1	Bantul	743	37
2	Sleman	880	44
3	Gunung Kidul	447	22
4	Kota Yogyakarta	413	21
5	Kulon Progo	287	14
	<b>JAWA TIMUR</b>	<b>27,976</b>	<b>1,399</b>
1	Bangkalan	645	32
2	Banyuwangi	1,112	56
3	Bojonegoro	865	43
4	Tuban	836	42
5	Bondowoso	573	29
6	Situbondo	562	28
7	Gresik	1,034	52
8	Lamongan	850	43
9	Jember	1,858	93
10	Lumajang	744	37
11	Jombang	906	45
12	Mojokerto	734	37
13	Kediri	1,062	53
14	Nganjuk	668	33
15	Kota Malang	1,071	54
16	Malang	1,693	85
17	Kota Surabaya	3,808	190



18	Sidoarjo	1,727	86
19	Madiun	486	24
20	Ponorogo	583	29
21	Magetan	414	21
22	Ngawi	510	25
23	Pamekasan	591	30
24	Sampang	591	30
25	Pasuruan	1,248	62
26	Probolinggo	805	40
27	Sumenep	724	36
28	Trenggalek	439	22
29	Tulungagung	836	42
	<b>BALI</b>	<b>2,349</b>	<b>117</b>
1	Badung	370	19
2	Kota Denpasar	1,041	52
3	Buleleng	564	28
4	Gianyar	190	9
5	Tabanan	185	9
	<b>NUSA TENGGARA BARAT</b>	<b>4,795</b>	<b>240</b>
1	Bima	234	12
2	Kota Mataram	685	34
3	Lombok Barat	853	43
4	Lombok Tengah	1,053	53
5	Lombok Timur	1,444	72
6	Sumbawa	527	26
	<b>NUSA TENGGARA TIMUR</b>	<b>2,035</b>	<b>102</b>
1	Kota Kupang	300	15
2	Kupang	693	35
3	Sikka	372	19
4	Sumba Barat Daya	298	15
5	Timor Tengah Selatan	371	19
	<b>KALIMANTAN BARAT</b>	<b>2,782</b>	<b>139</b>
1	Ketapang	391	20
2	Kota Pontianak	693	35
3	Kota Singkawang	346	17
4	Kubu Raya	446	22
5	Pontianak	204	10
6	Sanggau	375	19
7	Sintang	327	16
	<b>KALIMANTAN TENGAH</b>	<b>816</b>	<b>41</b>

1	Kota Palangka Raya	347	17
2	Kotawaringin Timur	468	23
	<b>KALIMANTAN SELATAN</b>	<b>1,040</b>	<b>52</b>
1	Banjar	631	32
2	Tanah Bumbu	409	20
	<b>KALIMANTAN TIMUR</b>	<b>2,569</b>	<b>128</b>
1	Kota Balikpapan	931	47
2	Kota Samarinda	1,230	61
3	Kutai Timur	408	20
	<b>SULAWESI UTARA</b>	<b>966</b>	<b>48</b>
1	Kota Bitung	299	15
2	Kota Manado	667	33
	<b>SULAWESI SELATAN</b>	<b>6,282</b>	<b>314</b>
1	Bone	822	41
2	Bulukumba	429	21
3	Gowa	854	43
4	Kota Makassar	2,244	112
5	Jeneponto	373	19
6	Maros	359	18
7	Pinrang	407	20
8	Sidenreng Rappang	349	17
9	Wajo	445	22
	<b>SULAWESI TENGGARA</b>	<b>594</b>	<b>30</b>
1	Kota Kendari	376	19
2	Muna	218	11
	<b>JAMBI</b>	<b>540</b>	<b>27</b>
1	Kota Jambi	540	27
	<b>KALIMANTAN UTARA</b>	<b>367</b>	<b>18</b>
1	Kota Tarakan	367	18
	<b>SULAWESI BARAT</b>	<b>324</b>	<b>16</b>
1	Mamuju	324	16
	<b>SULAWESI TENGAH</b>	<b>525</b>	<b>26</b>
1	Kota Palu	525	26
	<b>PAPUA</b>	<b>1,125</b>	<b>56</b>
1	Kota Jayapura	1,125	56
	<b>PAPUA BARAT</b>	<b>171</b>	<b>9</b>
1	Kota Sorong	171	9
		<b>187,482</b>	<b>9,374</b>

**Latar Belakang**

Indonesia adalah salah satu negara dengan beban Tuberkulosis (TBC) tertinggi di dunia. Laporan tahun 2013-2014 TB Indonesia dari Survei Prevalensi TBC, diperkirakan prevalensi TBC total sebanyak 1.600.000 kasus. Namun, saat ini diperkirakan terdapat 842.000 kasus baru setiap tahunnya, dan yang ditemukan baru mencapai 68%, artinya masih terdapat 32% kasus di masyarakat yang berpotensi menularkan. Sementara target 2030 eliminasi TBC di Indonesia telah ditetapkan. Mereka yang belum ditemukan adalah sumber penularan TBC di masyarakat.

Situasi ini merupakan tantangan utama bagi program pencegahan TBC di Indonesia, diperburuk dengan tingkat kompleksitas yang semakin tinggi seperti koinfeksi TBC-HIV, TBC yang resistan terhadap obat (TBC-RO), TBC pada anak serta dengan adanya pandemi COVID-19 yang diperkirakan akan terus masih ada ditahun-tahun mendatang.

Berdasarkan laporan WHO tahun 2019, rasio insidensi TBC RO di Indonesia ialah 8,8 (6,2–12) per 100.000 populasi, dengan estimasi jumlah total sebanyak 24.000 kasus. Di tingkat global, Indonesia berada di peringkat 7 dari 30 negara dengan beban TBC RO tertinggi di dunia. Program penanggulangan TBC RO di Indonesia masih memiliki berbagai kendala. Pada tahun 2018, dari 24.000 estimasi kasus TBC RO, cakupan pengobatan TBC RO hanya sekitar 18,6% (4476). Pengobatan yang lama dan beratnya efek samping yang ada maka diperlukan adanya dukungan dari komunitas yang akan mendampingi pasien TBC RO dari sejak awal terdiagnosis, masa pengobatan, hingga lengkap dan sembuh. Dukungan PR Penabulu-STPI sebagai tim di level komunitas salah satunya yaitu memberikan pendampingan ini; yang bertujuan agar pasien tetap berada pada proses pengobatan hingga sembuh, sehingga kasus TBC RO dapat segera tereradikasi. Pendampingan ini dilakukan oleh tim yang terdiri dari *Peer Educator*, *Patient Supporter*, dan kader yang dikoordinasikan oleh seorang Manajer Kasus.

Keterlibatan kader dalam pencegahan tuberkulosis adalah salah satu upaya untuk memberdayakan masyarakat melalui kegiatan memberi informasi, mendidik dan membantu masyarakat untuk berperan aktif dalam penemuan kasus TBC. Begitu juga dengan peran pendukung manajer kasus dan pendamping pasien khusus untuk pasien TBC RO. Peran kader salah satunya adalah dengan melakukan pengambilan sputum dahak ketika saat melakukan kegiatan investigasi kontak maupun kegiatan *community outreach*. Sebagai bagian dari pencegahan penularan transmisi kuman TBC, kader perlu dibekali hand hygiene berupa *hand sanitizer* pada saat melakukan kegiatan penemuan kasus secara aktif di masyarakat.

**Tujuan**

Melakukan proses pengadaan hand sanitizer, untuk mendukung kegiatan penemuan (investigasi kontak, penyuluhan) dan pendampingan aktif serta kunjungan pasien TBC oleh kader komunitas, pendamping pasien dan manajer kasus, di level SR dengan peruntukkan untuk level SSR.

**Sasaran**

Kegiatan pengadaan ini diperuntukkan bagi kader komunitas, pendamping pasien dan manajer kasus di level SR dan SSR Konsorsium Komunitas PB-STPI.

## Mekanisme Pengadaan

1. Metode pengadaan hand sanitizer akan dilaksanakan pada tingkat SSR/IU berdasar aturan Pedoman Pengelolaan Program (PPP) dan SOP keuangan yang berlaku di Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI
2. Panduan Pengadaan Hand Sanitizer sebagai berikut:
  - a. Pengadaan hand sanitizer dilaksanakan sesuai dengan Plan of Action (PoA) yang sudah diterima oleh masing-masing SR.
  - b. Unit cost pengadaan hand sanitizer adalah Rp 29,150,- / botol (satuan 500 ml)
  - c. Standar kualitas hand sanitizer
    1. Komposisi Ethyl alkohol 70%, Deionize Water Carbomer, TEA, PEG 40, Color.
    2. Aseptic gel/alkohol yang digunakan sebagai antiseptik cuci tangan tanpa bilas air.
    3. Hand sanitizer yang sangat efektif untuk mencegah infeksi.
    4. Ditambahkan bahan pelembut kulit sehingga tangan tidak terasa kering dan kasar.
    5. Tidak lengket di tangan.
    6. Aroma fresh yang tidak membosankan.
3. Pembelian hand sanitizer dengan anggaran dibawah Rp 10,000,000,- dapat dilakukan dengan metode pembelian langsung. SSR/IU bisa mengecek di toko atau pasar terdekat dan jika harganya tidak melebihi budget silahkan langsung dilakukan pembelian. Jika harganya melebihi budget, SSR/IU bisa menjajaki pembelian melalui toko online seperti Tokopedia, Bukalapak dan lainnya.
4. Unit Procurement PR akan memberikan asistensi untuk pembelian hand sanitizer melalui toko online jika diperlukan.
5. Beberapa toko online yang menyediakan hand sanitizer adalah sebagai berikut:

Toko 1, <https://www.tokopedia.com/filosofiaroma/lanco-hand-sanitizer-gel-500-ml-berizin-edar-kemenkes-ri-cappocino?src=topads>

Toko 2, <https://www.tokopedia.com/cvgoldencare/hand-sanitizer-cair-500ml-pump-amber-aloevera?src=topads>

Toko 3, <https://www.tokopedia.com/crystalclean/hand-sanitizer-cair-pump-500ml-crystal-clean>

## Waktu Pelaksanaan

Kegiatan dilaksanakan mulai:

1. Tahun 2021 (semester 2) pengadaan Hand Sanitizer dan Glove
2. Tahun 2022 (semester 1 dan 2) Hand Sanitizer, Glove dan N-95
3. Tahun 2023 (semester 1 dan 2) Hand Sanitizer,

## Keluaran

Tersedianya Hand sanitizer untuk digunakan oleh kader komunitas

## Perhitungan kebutuhan APD:

1. Kebutuhan hand sanitizer sesuai dengan jumlah kader yang teregistrasi pada tahun 2022

2. Apabila ada perubahan kebutuhan sesuai jumlah kader terupdate tahun 2023 hand sanitizer dapat disesuaikan dengan ketersediaan budget POA 2023 (mengikuti aturan tidak over 5% pada cost grouping)

## Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu dari negara dengan beban Tuberkulosis (TBC) tertinggi di dunia. WHO memperkirakan insiden tahun 2022 sebesar 969.000 atau 367 per 100.000 penduduk, sedangkan TB-HIV sebesar 36.000 kasus per tahunnya atau 14 per 100.000 penduduk. Kematian karena TBC diperkirakan sebesar 107.000 atau 40 per 100.000 penduduk dan kematian akibat TB-HIV sebesar 9.400 atau 3,6 per 100.000 penduduk. Dengan estimasi insiden sebesar 969.000 kasus tahun 2022 dan notifikasi kasus TBC sebesar 443.235 kasus maka masih ada sekitar 55% kasus masih belum ditemukan dan diobati (un-reach) atau sudah ditemukan dan diobati tetapi belum tercatat oleh program (detected, un-notified). Kondisi ini membuat negara Indonesia masih berjuang dalam **menuju eliminasi TB 2030**.

Program pencegahan TB dilakukan melalui upaya promotif dan preventif sekaligus tetap memberi perhatian pada aspek pengobatan (kuratif) dan rehabilitatif yang bertujuan untuk melindungi kesehatan masyarakat, mengurangi angka kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas), sekaligus mencegah dampak negatif lain yang disebabkan oleh penyakit TBC. Dalam rangka penemuan kasus baru TBC, saat ini komunitas telah melaksanakan pendekatan Investigasi Kontak (IK). Selain itu strategi lain kegiatan penemuan kasus baru adalah dengan pendekatan *Community outreach*.

Situasi penemuan kasus TBC anak mengalami kenaikan pada tahun 2018 ke 2019, namun pada tahun 2020 menurun hampir setengahnya dari tahun sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh pandemic COVID-19 sejak Maret 2020 berdampak besar pada capaian program TBC termasuk pada capaian TB Anak.

Meskipun Penemuan Kasus TB RO anak semakin meningkat dari tahun ke tahun, namun yang memulai pengobatan tidak jauh dari angka 50% bahkan kurang, hanya pada tahun 2017 persentase yang memulai pengobatan di angka 73%. Pada tahun selanjutnya sampai tahun 2020 mengalami penurunan dan hanya berkisar pada angka 30 an persen. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan, tren cakupan TPT balita di Indonesia dari tahun 2018 sampai tahun 2021 mengalami penurunan dan kurang dari 10%. Terutama pada tahun 2020, target nasional diharapkan pada angka 40% namun capaian hanya pada angka 1,6%.

Tantangan yang paling sering ditemui dari pengalaman kegiatan mendorong pemberian TPT yang dilakukan oleh komunitas dapat dilihat dari (1) kurangnya pengetahuan masyarakat tentang pentingnya terapi pencegahan TBC, (2) kurangnya pengetahuan tenaga kesehatan dalam mendiagnosis dan memberikan TPT, (3) kurangnya fasilitas penunjang untuk pemeriksaan TB laten di fasyankes dan keterbatasan logistik.

Dengan adanya permasalahan diatas, komunitas akan memaksimalkan kegiatan Investigasi Kontak (IK) dengan merujuk anak usia 0 – 14 tahun yang ada pada **kontak serumah** pasien TBC untuk memeriksakan diri ke fasyankes dan memulai inisiasi terapi TPT. Berdasarkan hasil review yang dilakukan terhadap paduan pengobatan, bahwa pengobatan laten TBC dapat mengurangi risiko reaktivasi sekitar 60% sampai 90%.

Tahun 2023, Global Fund menyetujui reward bagi kader untuk capaian pemberian TPT kontak serumah usia 5 sd 14 tahun. Upaya ini dilakukan sebagai bagian dari edukasi dan membujuk orang tua dan kontak serumah untuk menerima TPT, tidak hanya pada usia Balita, tetapi juga pada kelompok usia anak yang lebih tinggi hingga 14 tahun. Melalui pendekatan ini diharapkan penerimaan orang tua lebih baik karena melalui upaya komunitas, tidak hanya fokus pada balita, tetapi juga kakak atau orang yang tinggal serumah dengan indeks pada usia 5-14 tahun ikut mendapatkan TPT. Namun demikian, capaian untuk usia 5 sd 14 tahun tidak dicatatkan khusus sebagai capaian komunitas, namun tetap dilaporkan sebagai indikator proses dan akan dihitung sebagai kontribusi komunitas.

### Pengertian Infeksi Laten TBC

Infeksi Laten Tuberkulosis (ILT) adalah suatu keadaan dimana sistem kekebalan tubuh orang yang terinfeksi tidak mampu mengeliminasi bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dari tubuh secara sempurna tetapi mampu mengendalikan bakteri TBC sehingga tidak timbul gejala sakit TBC. Orang dengan ILTB apabila dilakukan *Tuberculin Skin Test (TST)* atau pemeriksaan *Interferon Gamma-Release Assay (IGRA)* hasilnya akan positif, tetapi hasil pemeriksaan rontgen thorax normal serta hasil pemeriksaan dahak dan Xpert MTB/Rif® negatif. Secara sederhana ILTB sebagai berikut:

<i>Individual/Manusia</i>	Kuman
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak sakit TB</li> <li>2. Tidak ada gejala</li> <li>3. Tidak Menular</li> <li>4. Foto toraks Normal</li> <li>5. IGRA or Mantoux test positif</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hidup tapi dorman/tidur</li> <li>2. Dikendalikan imun sistem</li> <li>3. BTA negatif</li> <li>4. Kuman tidak terdeteksi pemeriksaan TCM/foto thorax</li> </ol>

### Pengertian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT)

Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) adalah terapi yang ditawarkan kepada individu berisiko untuk mengurangi risiko penyakit tuberkulosis. TPT pada ODHIV terdiri dari 2 yakni TPT primer dan sekunder. TPT primer adalah TPT yang diberikan pada ODHIV yang tidak memiliki TBC aktif, atau ODHIV tanpa riwayat pemberian terapi OAT sebelumnya. Sedangkan TPT Sekunder adalah TPT yang diberikan pada ODHIV sebagai suatu kelanjutan setelah menyelesaikan terapi OAT dan dinyatakan sembuh/pengobatan lengkap. Beberapa hasil studi menunjukkan, sekitar 5-10% orang dengan ILTB akan berkembang menjadi TBC aktif, biasanya terjadi dalam 5 tahun sejak pertama kali terinfeksi. Pada orang dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah, terutama Orang dengan HIV/AIDS (ODHA), malnutrisi, orang yang sedang menjalani pengobatan kanker atau sedang menjalani dialisis berisiko mengalami penyakit TBC lebih tinggi daripada orang dengan sistem kekebalan tubuh normal. Risiko penyakit TBC pada ODHA, anak kontak serumah dengan pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis dan kelompok berisiko lainnya dapat dikurangi dengan pemberian TPT.

Sebuah review yang dilakukan terhadap paduan pengobatan menemukan bahwa pengobatan laten TBC dapat mengurangi risiko reaktivasi sekitar 60% sampai 90%. Selain itu ujicoba randomisasi terkontrol yang dilakukan di negara dengan beban TBC tinggi menunjukkan bahwa terapi pencegahan pada ODHA dapat memberikan perlindungan hingga lebih dari 5 tahun. Oleh karenanya pedoman

WHO tahun 2018 merekomendasikan TPT jangka pendek yang lebih dapat ditoleransi dan memiliki efikasi yang baik sehingga dapat meningkatkan angka kepatuhan pengobatan

a) Manfaat TPT

Pemberian TPT kepada populasi berisiko terbukti menurunkan risiko berkembangnya penyakit tuberkulosis di kemudian hari. Sebuah review yang dilakukan terhadap paduan pengobatan menemukan bahwa pengobatan laten TBC dapat mengurangi risiko reaktivasi sekitar 60% sampai 90%. Selain itu uji coba randomisasi terkontrol yang dilakukan di negara dengan beban TBC tinggi menunjukkan bahwa terapi pencegahan pada ODHIV dapat memberikan perlindungan hingga lebih dari 5 tahun.

b) Kelompok sasaran TPT

Kelompok sasaran pemberian TPT adalah **Kontak serumah** dengan pasien TBC paru yang terkonfirmasi bakteriologis antara lain:

- o Anak usia < **5 tahun**
- o Anak usia **5-14 tahun**.

**Tujuan**

1. Kegiatan pemberian reward untuk kader komunitas yang berhasil merujuk dan memulai inisiasi TPT anak 0-5 tahun
2. Pemberian reward untuk kader komunitas yang berhasil untuk merujuk dan memulai inisiasi TPT anak 5-15 tahun

**Kegiatan**

1. Pemberian reward bagi kader komunitas sebesar Rp. 40.000 untuk setiap kontak serumah usia 0 – 5 tahun yang berhasil dirujuk ke Puskesmas dan menerima TPT.
2. Pemberian reward bagi kader komunitas sebesar Rp. 40.000 untuk setiap kontak serumah 5-14 tahun yang berhasil dirujuk ke Puskesmas dan menerima TPT
3. Perhitungan target TPT tahun 2023 dibagi menjadi 2 yaitu:
  - o Target TPT anak <5 tahun
  - o Target TPT anak usia 5 – 14 tahun.

**Target kontak serumah usia 0 - 5 tahun yang menerima TPT**

ACTIVITY DESCRIPTION	KETERANGAN	TARGET		
		2021	2022	2023
<b>[BL.91.a] Reward for positive TB cases detected - TPT (Children &lt; 5 years)</b>				
Target TCP 5.1c		12.596	26.283	40.246
Rewards for TCP 5.1c (BL.91.a)	Tahun 2021 dihitung proporsional 4 bulan	7.271	26.283	40.246



1. Tahun 2021 (September-Desember 2021) = 7,271 (Target 10 SR Prioritas)
2. Tahun 2022 = 26,863
3. Tahun 2023 = 40,246

#### Target kontak serumah usia 5 – 14 tahun yang menerima TPT

ACTIVITY DESCRIPTION	KETERANGAN	TARGET		
		2021	2022	2023
<b>[BL.91.b] Reward for positive TB cases detected - TPT (Children 5 – 14 years)</b>				
Target TCP 5.1c		-	-	74.165
Rewards for TCP 5.1c (BL.91.b)	Reward TPT kontak serumah usia 5 – 14 tahun dimulai di tahun 3	-	-	74.165

#### Pelaksanaan Kegiatan

1. Koordinator kader dan kader menyiapkan data berupa form 16 K yang sebelumnya sudah dilakukan IK oleh kader. Kemudian kader melakukan identifikasi dan membuat daftar nama yang kontak serumah dan erat yang mempunyai kriteria rujukan.
2. Membuat grup whatsapp antara RT, PJ TB dan Koordinator kader/Kader untuk membuat perencanaan dan kunjungan Re-visit oleh kader.
3. Membuat jadwal untuk *Re-visit* sesuai urutan daftar nama anak kontak serumah 0-14 tahun yang sudah diidentifikasi.
4. Kader/Koordinator kader melakukan edukasi dan memotivasi kontak serumah usia 0-14 tahun yang mendapatkan TPT ke Puskesmas melalui metode Investigasi Kontak Rumah Tangga dan *Re-visit* IK Rumah Tangga.
5. Pada kondisi tertentu, apabila kontak serumah belum mau periksa dan inisiasi TPT maka dapat melakukan hal sebagai berikut:
  1. Menggunakan dana BL.1b untuk melakukan Re-visit dengan memberikan edukasi dan motivasi dan dukungan poster TPT.
  2. Apabila anak 0-14 ditemukan dalam 1 RT/RW (lingkungan yang berdekatan) terdapat kontak serumah dari kasus indek dapat dilakukan edukasi dengan mengumpulkan para orang tua dari anak tersebut untuk dilakukan edukasi menggunakan BL.3.
  3. Pelaksanaan kegiatan BL.3 dapat dilakukan di posyandu/posbindu.
  4. Pada pelaksanaan BL.3 edukasi dan motivasi dapat melibatkan PJ TB PKM untuk secara langsung memberikan informasi TPT.

#### Pembayaran Reward

1. Kader menyerahkan data rujukan dan jumlah kontak serumah usia 0 – 14 tahun yang menerima/mendapatkan TPT kepada Koordinator Kader.

- Pembayaran reward pasien dilakukan oleh SR/SSR setelah diverifikasi setiap bulannya menggunakan form verifikasi TPT sesuai mekanisme ME dan dapat dibayarkan dilakukan pada bulan berikutnya.

### Output

Pembayaran reward untuk kader bagi yang berhasil merujuk kontak serumah usia 0 – 14 tahun dan menerima TPT yang sudah diverifikasi oleh Tim M&E

### Laporan

Laporan dikirim ke SSR paling lambat 2 minggu setelah kegiatan selesai dengan mencantumkan laporan sesuai mekanisme M&E

Lampiran indikator TCP-5.1C pemberian reward TPT per SR-SSR

PROVINSI/KOTA/KABUPATEN		TARGET 2023 TCP-5.1C PER BULAN (BL.91.a 0-5 tahun)	TARGET 2023 TCP-5.1C PER BULAN (BL.91.b 5-14 tahun)
	<b>SUMATERA UTARA</b>	<b>240</b>	<b>631</b>
1	Asahan	14	36
2	Deli Serdang	44	117
3	Karo	7	20
4	Kota Binjai	6	16
5	Kota Medan	107	282
6	Kota Padangsidempuan	7	19
7	Kota Pematang Siantar	9	23
8	Labuhan Batu	10	27
9	Langkat	15	40
10	Simalungun	20	52
	<b>SUMATERA BARAT</b>	<b>38</b>	<b>100</b>
1	Kota Padang	9	77
2	Padang Pariaman	29	23
	<b>RIAU</b>	<b>107</b>	<b>294</b>
1	Bengkalis	12	29
2	Indragiri Hilir	11	22
3	Kota Dumai	8	24
4	Kota Pekanbaru	46	133
5	Rokan Hilir	15	42
6	Rokan Hulu	15	43
	<b>KEPRI</b>	<b>52</b>	<b>136</b>

1	Karimun	6	15
2	Kota Tanjung Pinang	7	18
3	Kota Batam	39	102
	<b>SUMATERA SELATAN</b>	<b>98</b>	<b>270</b>
1	Banyu Asin	17	48
2	Kota Prabumulih	5	15
3	Kota Palembang	54	149
4	Muara Enim	13	35
5	Ogan Ilir	9	24
	<b>BANGKA BELITUNG</b>	<b>14</b>	<b>35</b>
1	Bangka	7	15
2	Kota Pangkal Pinang	7	20
	<b>BENGKULU</b>	<b>17</b>	<b>41</b>
1	Kota Bengkulu	13	30
2	Rejang Lebong	5	11
	<b>LAMPUNG</b>	<b>133</b>	<b>302</b>
1	Kota Bandar Lampung	31	71
2	Lampung Selatan	19	44
3	Lampung Tengah	22	50
4	Lampung Timur	17	39
5	Lampung Utara	12	27
6	Pesawaran	8	17
7	Pringsewu	8	18
8	Tanggamus	11	25
9	Tulangbawang Barat	5	11
	<b>BANTEN</b>	<b>171</b>	<b>496</b>
1	Kota Cilegon	8	23
2	Kota Serang	11	32
3	Kota Tangerang	39	112
4	Tangerang	51	148
5	Kota Tangerang Selatan	27	80
6	Lebak	16	46
7	Serang	19	56
	<b>DKI JAKARTA</b>	<b>267</b>	<b>736</b>
1	Kota Jakarta Barat	60	156
2	Kota Jakarta Pusat	37	107
3	Kota Jakarta Selatan	56	146
4	Kota Jakarta Timur	76	222
5	Kota Jakarta Utara	37	106
	<b>JAWA BARAT</b>	<b>715</b>	<b>1.967</b>
1	Bandung	59	170

2	Bandung Barat	23	58
3	Bekasi	48	121
4	Bogor	90	260
5	Ciamis	15	38
6	Cianjur	31	91
7	Cirebon	33	97
8	Garut	35	84
9	Sumedang	16	46
10	Indramayu	22	57
11	Kota Cirebon	6	19
12	Karawang	31	79
13	Kota Bandung	51	148
14	Kota Bekasi	48	121
15	Kota Bogor	21	60
16	Kota Cimahi	12	34
17	Kota Depok	38	102
18	Kota Tasikmalaya	12	35
19	Kota Sukabumi	6	18
20	Sukabumi	34	94
21	Kuningan	15	43
22	Majalengka	16	44
23	Purwakarta	12	32
24	Subang	20	59
25	Tasikmalaya	21	57
	<b>JAWA TENGAH</b>	<b>448</b>	<b>1.233</b>
1	Banjarnegara	12	32
2	Kebumen	15	41
3	Banyumas	22	61
4	Purbalingga	12	33
5	Batang	10	28
6	Blora	10	29
7	Grobogan	16	45
8	Boyolali	12	34
9	Klaten	16	44
10	Brebes	25	68
11	Cilacap	22	60
12	Demak	15	41
13	Kudus	12	33
14	Jejara	17	46
15	Pati	16	44
16	Karanganyar	11	32

17	Kendal	13	35
18	Pemalang	18	50
19	Kota Pekalongan	6	17
20	Pekalongan	12	34
21	Kota Semarang	30	84
22	Semarang	14	37
23	Kota Surakarta	10	29
24	Sragen	11	30
25	Magelang	16	45
26	Purworejo	9	25
27	Sukoharjo	12	34
28	Wonogiri	12	32
29	Tegal	20	54
30	Temanggung	10	26
31	Wonosobo	11	29
	<b>DI YOGYAKARTA</b>	<b>51</b>	<b>134</b>
1	Bantul	14	36
2	Sleman	16	42
3	Gunung Kidul	8	22
4	Kota Yogyakarta	8	20
5	Kulon Progo	5	14
	<b>JAWA TIMUR</b>	<b>490</b>	<b>1.349</b>
1	Bangkalan	12	31
2	Banyuwangi	21	54
3	Bojonegoro	14	42
4	Tuban	14	40
5	Bondowoso	10	28
6	Situbondo	9	27
7	Gresik	17	50
8	Lamongan	14	41
9	Jember	31	90
10	Lumajang	12	36
11	Jombang	17	44
12	Mojokerto	14	35
13	Kediri	20	51
14	Nganjuk	13	32
15	Kota Malang	18	52
16	Malang	34	82
17	Kota Surabaya	63	184
18	Sidoarjo	32	83
19	Madiun	8	23

20	Ponorogo	10	28
21	Magetan	7	20
22	Ngawi	9	25
23	Pamekasan	10	28
24	Sampang	11	28
25	Pasuruan	21	60
26	Probolinggo	14	39
27	Sumenep	12	35
28	Trenggalek	8	21
29	Tulungagung	14	40
	<b>BALI</b>	<b>55</b>	<b>113</b>
1	Badung	10	18
2	Kota Denpasar	21	50
3	Buleleng	9	27
4	Gianyar	9	9
5	Tabanan	6	9
	<b>NUSA TENGGARA BARAT</b>	<b>80</b>	<b>231</b>
1	Bima	4	11
2	Kota Mataram	11	33
3	Lombok Barat	14	41
4	Lombok Tengah	18	51
5	Lombok Timur	24	70
6	Sumbawa	9	25
	<b>NUSA TENGGARA TIMUR</b>	<b>36</b>	<b>98</b>
1	Kota Kupang	6	14
2	Kupang	12	33
3	Sikka	6	18
4	Sumba Barat Daya	6	14
5	Timor Tengah Selatan	8	18
	<b>KALIMANTAN BARAT</b>	<b>62</b>	<b>134</b>
1	Ketapang	9	19
2	Kota Pontianak	15	33
3	Kota Singkawang	6	17
4	Kubu Raya	11	22
5	Pontianak	5	10
6	Sanggau	9	18
7	Sintang	8	16
	<b>KALIMANTAN TENGAH</b>	<b>15</b>	<b>39</b>
1	Kota Palangka Raya	7	17
2	Kotawaringin Timur	9	23
	<b>KALIMANTAN SELATAN</b>	<b>18</b>	<b>50</b>

1	Banjar	11	30
2	Tanah Bumbu	7	20
	<b>KALIMANTAN TIMUR</b>	<b>44</b>	<b>124</b>
1	Kota Balikpapan	16	45
2	Kota Samarinda	21	59
3	Kutai Timur	7	20
	<b>SULAWESI UTARA</b>	<b>17</b>	<b>47</b>
1	Kota Bitung	5	14
2	Kota Manado	12	32
	<b>SULAWESI SELATAN</b>	<b>107</b>	<b>303</b>
1	Bone	14	40
2	Bulukumba	8	21
3	Gowa	14	41
4	Kota Makassar	38	108
5	Jeneponto	7	18
6	Maros	6	17
7	Pinrang	7	20
8	Sidenreng Rappang	6	17
9	Wajo	7	21
	<b>SULAWESI TENGGARA</b>	<b>12</b>	<b>29</b>
1	Kota Kendari	8	18
2	Muna	4	11
	<b>JAMBI</b>	<b>19</b>	<b>26</b>
1	Kota Jambi	19	26
	<b>KALIMANTAN UTARA</b>	<b>6</b>	<b>18</b>
1	Kota Tarakan	6	18
	<b>SULAWESI BARAT</b>	<b>6</b>	<b>16</b>
1	Mamuju	6	16
	<b>SULAWESI TENGAH</b>	<b>9</b>	<b>25</b>
1	Kota Palu	9	25
	<b>PAPUA</b>	<b>19</b>	<b>54</b>
1	Kota Jayapura	19	54
	<b>PAPUA BARAT</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
1	Kota Sorong	7	8
		<b>3.354</b>	<b>9.038</b>

## Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Begitu pula halnya dengan penanganan TBC Resisten Obat (TBC RO) yang masih memiliki berbagai tantangan dan kendala. Di tingkat global, Indonesia berada di peringkat 7 dari 30 negara dengan beban TBC RO tertinggi di dunia. Berdasarkan laporan WHO tahun 2019, estimasi insidensi TBC RO di Indonesia sebesar 8,8 (6,2–12) per 100.000 populasi, dengan estimasi jumlah total sebanyak 24.000 kasus. Pada tahun 2019, sebanyak 11.463 kasus terkonfirmasi TB MDR/TB RR dan hanya sebanyak 5.531 yang memulai pengobatan TB MDR/TB RR. Selain itu, berdasarkan kohort pasien tahun 2017, keberhasilan pengobatan pasien TB MDR/RR hanya mencapai 45%, sedangkan untuk pasien TB XDR hanya 25% yang berhasil menyelesaikan pengobatan. Dengan demikian, angka mulai pengobatan dan keberhasilan menyelesaikan pengobatan masih menjadi fokus perhatian utama dalam penanganan TBC RO di Indonesia.

Pengobatan TBC RO memerlukan waktu yang lebih lama (9 – 24 bulan) dan efek samping pengobatan yang lebih berat jika dibandingkan dengan TBC sensitif obat. Penegakan diagnosis dan inisiasi pengobatan yang dilakukan di RS tertentu yang merupakan rujukan TBC RO (RS PMDT) seringkali berdampak pada konsekuensi waktu, tenaga, dan terutama biaya transportasi yang lebih besar. Disamping itu pasien TBC RO juga dapat kehilangan pekerjaannya karena terkendala dengan efek samping obat dan pengobatan rutin yang harus dilakukan. Dengan demikian, selain pendampingan psikososial oleh tim manajemen kasus komunitas, perlu adanya dukungan biaya transportasi untuk memfasilitasi pasien dalam memulai pengobatan dan menjalani pengobatan hingga sembuh.

PR Konsorsium Komunitas Penabulu - STPI akan mengelola pembayaran dukungan enabler untuk periode 2022 – 2023 untuk 190 kabupaten/kota wilayah intervensi komunitas. Dalam rangka mempersiapkan proses tersebut, pada kuartal-4 tahun 2021 PR Komunitas perlu menyelenggarakan pertemuan pengembangan dokumen petunjuk pembayaran enabler oleh komunitas untuk memperoleh pembelajaran baik dari implementasi sebelumnya dan mengembangkan mekanisme pembayaran yang efektif dan efisien bagi komunitas untuk mendukung pengobatan pasien TBC RO hingga sembuh.

## Tujuan

1. Mengidentifikasi tantangan dan pembelajaran dari implementasi pembayaran enabler pada periode sebelumnya oleh Kemenkes RI
2. Mengembangkan dokumen standar prosedur operasional untuk pembayaran dukungan enabler pasien TBC RO oleh komunitas

## Waktu Pelaksanaan Kegiatan

Pertemuan pengembangan dokumen standar prosedur operasional untuk pembayaran dukungan enabler pasien TBC RO oleh komunitas dilaksanakan pada Triwulan-4 2021



## **Pelaksana Kegiatan**

Pertemuan pengembangan dokumen standar prosedur operasional untuk pembayaran dukungan enabler pasien TBC RO oleh komunitas dilaksanakan oleh PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI.

## **Target Peserta Kegiatan**

Target peserta pertemuan pengembangan dokumen standar prosedur operasional untuk pembayaran dukungan enabler pasien TBC RO akan melibatkan Kemenkes RI, TWG TB CCM dan organisasi penyintas pasien, dengan rincian sebagai berikut :

1. Subdit TB Kemenkes RI
2. TWG TB CCM Indonesia
3. Tenaga ahli/Narasumber
4. POP TB
5. Jaringan POP TB/OMP
6. SR Konsorsium Komunitas
7. PR TB Konsorsium Komunitas

## **Deskripsi Kegiatan**

Pertemuan pengembangan dokumen standar prosedur operasional untuk pembayaran dukungan enabler pasien TBC RO dilakukan pada Triwulan-4 Tahun 2021 sebanyak satu kali secara daring (online). Kegiatan diselenggarakan oleh PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dengan total peserta sebanyak 30 orang, dengan rincian sebagai berikut :

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1. Subdit TB Kemenkes RI      | : 2 orang  |
| 2. TWG TB CCM Indonesia       | : 3 orang  |
| 3. Tenaga ahli/Narasumber     | : 2 orang  |
| 4. POP TB                     | : 1 orang  |
| 5. Jaringan POP TB/OMP        | : 10 orang |
| 6. SR Konsorsium Komunitas    | : 10 orang |
| 7. PR TB Konsorsium Komunitas | : 2 orang  |

## **Struktur Pembiayaan**

Alokasi total pembiayaan untuk pertemuan pengembangan dukungan enabler pasien TBC RO yaitu sebesar Rp Rp 2.550.000 dengan rincian sebagai berikut :

1. Paket internet peserta : Rp 25.000 x 30 orang
2. Fee tenaga ahli : Rp 900.000 x 2 orang

## **Keluaran yang Diharapkan**

Tersusunnya dokumen standar prosedur operasional untuk pembayaran dukungan enabler pasien TBC RO oleh komunitas

## **Laporan**

Laporan kegiatan dan keuangan pertemuan pengembangan dokumen pembayaran enabler pencairan enabler dilakukan sesuai ketentuan PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

## Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Begitu pula halnya dengan penanganan TBC Resistan Obat (TBC RO) yang masih memiliki berbagai tantangan dan kendala. Di tingkat global, Indonesia berada di peringkat 7 dari 30 negara dengan beban TBC RO tertinggi di dunia. Berdasarkan laporan WHO tahun 2019, estimasi insidensi TBC RO di Indonesia sebesar 8,8 (6,2–12) per 100.000 populasi, dengan estimasi jumlah total sebanyak 24.000 kasus. Pada tahun 2019, sebanyak 11.463 kasus terkonfirmasi TB MDR/TB RR dan hanya sebanyak 5.531 yang memulai pengobatan TB MDR/TB RR. Selain itu, berdasarkan kohort pasien tahun 2017, keberhasilan pengobatan pasien TB MDR/RR hanya mencapai 45%, sedangkan untuk pasien TB XDR hanya 25% yang berhasil menyelesaikan pengobatan. Dengan demikian, angka mulai pengobatan dan keberhasilan menyelesaikan pengobatan masih menjadi fokus perhatian utama dalam penanganan TBC RO di Indonesia.

Pengobatan TBC RO memerlukan waktu yang lebih lama (9 – 24 bulan) dan efek samping pengobatan yang lebih berat jika dibandingkan dengan TBC sensitif obat. Penegakan diagnosis dan inisiasi pengobatan yang dilakukan di RS tertentu yang merupakan rujukan TBC RO (RS PMDT) seringkali berdampak pada konsekuensi waktu, tenaga, dan terutama biaya transportasi yang lebih besar. Disamping itu pasien TBC RO juga dapat kehilangan pekerjaannya karena terkendala dengan efek samping obat dan pengobatan rutin yang harus dilakukan. Dengan demikian, selain pendampingan psikososial oleh tim manajemen kasus komunitas, perlu adanya dukungan biaya transportasi untuk memfasilitasi pasien dalam memulai pengobatan dan menjalani pengobatan hingga sembuh.

PR Konsorsium Komunitas Penabulu - STPI akan mengelola pembayaran dukungan enabler untuk periode 2022 – 2023 untuk 190 kabupaten/kota wilayah intervensi komunitas. Dalam rangka mempersiapkan proses tersebut, pada kuartal-4 tahun 2021 PR Komunitas akan menyelenggarakan pertemuan pengembangan dokumen petunjuk pembayaran enabler oleh komunitas untuk memperoleh pembelajaran baik dari implementasi sebelumnya dan mengembangkan mekanisme pembayaran yang efektif dan efisien bagi komunitas untuk mendukung pengobatan pasien TBC RO. Sebagai tahap selanjutnya, setelah dilakukan pengembangan dokumen pembayaran enabler maka PR Komunitas perlu untuk melakukan sosialisasi dokumen tersebut kepada tim komunitas, organisasi penyintas pasien, pemangku kepentingan dan mitra terkait.

## Tujuan

Melakukan sosialisasi terkait dokumen standar prosedur operasional untuk pembayaran dukungan enabler pasien TBC RO oleh komunitas yang sudah dikembangkan pada kegiatan sebelumnya kepada tim komunitas, organisasi penyintas pasien, pemangku kepentingan dan mitra terkait

## Waktu Pelaksanaan Kegiatan

Pertemuan sosialisasi dokumen standar prosedur operasional untuk pembayaran dukungan enabler pasien TBC RO oleh komunitas dilaksanakan pada Triwulan-4 2021

## Pelaksana Kegiatan

Pertemuan sosialisasi dokumen standar prosedur operasional untuk pembayaran dukungan enabler pasien TBC RO oleh komunitas dilaksanakan oleh PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI.

### **Target Peserta Kegiatan**

Target peserta pertemuan sosialisasi dokumen standar prosedur operasional untuk pembayaran dukungan enabler pasien TBC RO akan melibatkan Kemenkes RI, Dinkes Provinsi, RS PMDT, TWG TB CCM, organisasi penyintas pasien dan tim manajemen kasus TB RO komunitas, dengan rincian sebagai berikut :

1. Subdit TB Kemenkes RI
2. TWG TB CCM Indonesia
3. PR TB Konsorsium Komunitas
4. Dinas Kesehatan Provinsi
5. RS PMDT
6. POP TB
7. Jaringan POP TB/OMP
8. SR Konsorsium Komunitas
9. SSR/IU Konsorsium Komunitas
10. Manajer Kasus dan Pendukung pasien

### **Deskripsi Kegiatan**

Pertemuan sosialisasi dokumen standar prosedur operasional untuk pembayaran dukungan enabler pasien TBC RO dilakukan pada Triwulan-4 Tahun 2021 sebanyak satu kali secara daring (online). Kegiatan diselenggarakan oleh PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dengan total peserta sebanyak 607 orang, dengan rincian sebagai berikut:

- |  |             |
|--|-------------|
| 1. Subdit TB Kemenkes RI               | : 2 orang   |
| 2. TWG TB CCM Indonesia                | : 3 orang   |
| 3. PR TB Konsorsium Komunitas          | : 3 orang   |
| 4. Dinas Kesehatan Provinsi            | : 30 orang  |
| 5. RS PMDT                             | : 30 orang  |
| 6. POP TB                              | : 2 orang   |
| 7. Jaringan POP TB/OMP                 | : 17 orang  |
| 8. SR Konsorsium Komunitas             | : 30 orang  |
| 9. SSR/IU Konsorsium Komunitas         | : 190 orang |
| 10. Manajer Kasus dan Pendukung pasien | : 300 orang |

### **Struktur Pembiayaan**

Alokasi total pembiayaan untuk pertemuan sosialisasi dokumen petunjuk pembayaran dukungan enabler pasien TBC RO yaitu sebesar Rp 15.175.000 dengan rincian sebagai berikut :

Paket internet peserta : Rp 25.000 x 607 orang

### **Keluaran yang Diharapkan**

Tersosialisasikannya dokumen standar prosedur operasional untuk pembayaran dukungan enabler pasien TBC RO oleh komunitas.

### **Laporan**

Laporan kegiatan dan keuangan pertemuan sosialisasi dokumen pembayaran enabler pencairan enabler dilakukan sesuai ketentuan PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI.

## Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Begitu pula halnya dengan penanganan TBC Resisten Obat (TBC RO) yang masih memiliki berbagai tantangan dan kendala. Di tingkat global, Indonesia berada di peringkat 7 dari 30 negara dengan beban TBC RO tertinggi di dunia. Berdasarkan laporan WHO tahun 2019, estimasi insidensi TBC RO di Indonesia sebesar 8,8 (6,2–12) per 100.000 populasi, dengan estimasi jumlah total sebanyak 24.000 kasus. Pada tahun 2019, sebanyak 11.463 kasus terkonfirmasi TB MDR/TB RR dan hanya sebanyak 5.531 yang memulai pengobatan TB MDR/TB RR. Selain itu, berdasarkan kohort pasien tahun 2017, keberhasilan pengobatan pasien TB MDR/RR hanya mencapai 45%, sedangkan untuk pasien TB XDR hanya 25% yang berhasil menyelesaikan pengobatan. Dengan demikian, angka mulai pengobatan dan keberhasilan menyelesaikan pengobatan masih menjadi fokus perhatian utama dalam penanganan TBC RO di Indonesia.

Pengobatan TBC RO memerlukan waktu yang lebih lama (9 – 24 bulan) dan efek samping pengobatan yang lebih berat jika dibandingkan dengan TBC sensitif obat. Penegakan diagnosis dan inisiasi pengobatan yang dilakukan di RS tertentu yang merupakan rujukan TBC RO (RS PMDT) seringkali berdampak pada konsekuensi waktu, tenaga, dan terutama biaya transportasi yang lebih besar. Disamping itu pasien TBC RO juga dapat kehilangan pekerjaannya karena terkendala dengan efek samping obat dan pengobatan rutin yang harus dilakukan. Dengan demikian, selain pendampingan psikososial oleh tim manajemen kasus komunitas, perlu adanya dukungan biaya transportasi untuk memfasilitasi pasien dalam memulai pengobatan dan menjalani pengobatan hingga sembuh.

PR Konsorsium Komunitas Penabulu - STPI akan mengelola pembayaran dukungan enabler untuk 190 kabupaten/kota wilayah intervensi komunitas dan akan dimulai pada Januari 2022. Dalam implementasi pembayaran enabler oleh komunitas tersebut, perlu dilakukan pemantauan secara berkala di tingkat nasional. Dengan demikian, dibutuhkan adanya pertemuan evaluasi untuk memantau dan mengevaluasi bagaimana pelaksanaan pembayaran enabler di tingkat nasional dengan melibatkan pemangku kepentingan setempat dan mitra terkait.

## Tujuan

1. Melaporkan implementasi kemajuan pembayaran enabler untuk pasien TBC RO oleh komunitas, termasuk tantangan dan hasil pembelajaran dari seluruh wilayah implementasi
2. Mendiskusikan tantangan dan alternatif solusi terkait implementasi enabler di tingkat nasional
3. Sebagai wadah koordinasi antara komunitas dengan dinas kesehatan dan RS PMDT, khususnya terkait implementasi enabler di tingkat nasional

## Waktu Pelaksanaan Kegiatan

Pertemuan evaluasi pembayaran enabler tingkat nasional dilaksanakan oleh PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI sebanyak 1 kali dalam setahun pada Triwulan-4 pada tahun 2022 dan 2023.

### **Pelaksana**

Pertemuan evaluasi pembayaran enabler tingkat nasional dilaksanakan oleh PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

### **Target Peserta Kegiatan**

Target peserta pertemuan evaluasi pembayaran enabler tingkat provinsi akan melibatkan Kemenkes RI, TWG TB CCM, RS PMDT, organisasi penyintas pasien, tim manajemen kasus TBC RO komunitas dan mitra terkait, dengan rincian sebagai berikut :

1. Kemenkes RI
2. TWG TB CCM
3. KOPI TB
4. ARSI
5. POP TB
6. Jaringan POP TB
7. RS PMDT
8. RS Swasta
9. Mitra CSO
10. PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

### **Deskripsi Kegiatan**

Pertemuan pertemuan evaluasi pembayaran enabler tingkat provinsi dilakukan sebanyak 1 kali dalam setahun pada Triwulan-4 pada tahun 2022 dan 2023 secara tatap muka/luring (offline). Kegiatan dilaksanakan selama 2 hari pertemuan dengan total peserta 30 orang sebagai berikut:

- |   |           |
|---|-----------|
| 1. Kemenkes RI                            | : 5 orang |
| 2. TWG TB CCM                             | : 2 orang |
| 3. KOPI TB                                | : 2 orang |
| 4. ARSI                                   | : 2 orang |
| 5. POP TB                                 | : 2 orang |
| 6. Jaringan POP TB                        | : 5 orang |
| 7. RS PMDT                                | : 2 orang |
| 8. RS Swasta                              | : 2 orang |
| 9. Mitra CSO                              | : 3 orang |
| 10. PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI | : 5 orang |

### **Output**

1. Dilaporkannya kemajuan implementasi pembayaran enabler untuk pasien TBC RO oleh komunitas, termasuk tantangan dan hasil pembelajaran
2. Terlaksananya diskusi hasil pembelajaran, tantangan implementasi, dan alternatif solusi terkait implementasi enabler di tingkat nasional

### **Laporan**

Laporan kegiatan dan keuangan pertemuan evaluasi pembayaran enabler tingkat nasional dilakukan sesuai ketentuan PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

## Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Begitu pula halnya dengan penanganan TBC Resistan Obat (TBC RO) yang masih memiliki berbagai tantangan dan kendala. Di tingkat global, Indonesia berada di peringkat 7 dari 30 negara dengan beban TBC RO tertinggi di dunia. Berdasarkan laporan WHO tahun 2019, estimasi insidensi TBC RO di Indonesia sebesar 8,8 (6,2–12) per 100.000 populasi, dengan estimasi jumlah total sebanyak 24.000 kasus. Pada tahun 2019, sebanyak 11.463 kasus terkonfirmasi TB MDR/TB RR dan hanya sebanyak 5.531 yang memulai pengobatan TB MDR/TB RR. Selain itu, berdasarkan kohort pasien tahun 2017, keberhasilan pengobatan pasien TB MDR/RR hanya mencapai 45%, sedangkan untuk pasien TB XDR hanya 25% yang berhasil menyelesaikan pengobatan. Dengan demikian, angka mulai pengobatan dan keberhasilan menyelesaikan pengobatan masih menjadi fokus perhatian utama dalam penanganan TBC RO di Indonesia.

Pengobatan TBC RO memerlukan waktu yang lebih lama (9 – 24 bulan) dan efek samping pengobatan yang lebih berat jika dibandingkan dengan TBC sensitif obat. Penegakan diagnosis dan inisiasi pengobatan yang dilakukan di RS tertentu yang merupakan rujukan TBC RO (RS PMDT) seringkali berdampak pada konsekuensi waktu, tenaga, dan terutama biaya transportasi yang lebih besar. Disamping itu pasien TBC RO juga dapat kehilangan pekerjaannya karena terkendala dengan efek samping obat dan pengobatan rutin yang harus dilakukan. Dengan demikian, selain dukungan pendampingan psikososial oleh tim manajemen kasus komunitas, perlu adanya dukungan biaya transportasi untuk memfasilitasi pasien dalam memulai pengobatan dan menjalani pengobatan hingga sembuh.

PR Konsorsium Komunitas Penabulu - STPI akan mengelola pembayaran dukungan enabler untuk 190 kabupaten/kota wilayah intervensi komunitas dan akan dimulai pada Januari 2022. Dalam implementasinya akan dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala baik di tingkat kabupaten/kota, provinsi dan nasional. Selain itu, sehubungan dengan fungsi utama enabler untuk mendukung kebutuhan pasien dalam menjalankan pengobatan dan implementasinya yang telah berjalan sejak beberapa periode pendanaan GF yang lalu, perlu untuk dilakukan evaluasi dengan pendekatan saintifik melalui riset operasional dengan tujuan untuk mengeksplorasi pelaksanaan dan pemanfaatan dukungan enabler yang dikelola komunitas di wilayah intervensi PR Konsorsium Komunitas Penabulu – STPI selama 2022-2023 dan mengetahui pengaruh dukungan enabler terhadap pemenuhan kebutuhan pasien dalam menjalani pengobatan TB resistan obat.

## Tujuan

Kegiatan ini merupakan riset operasional terhadap implementasi pembayaran enabler pasien TBC RO yang dikelola oleh PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI yang bertujuan untuk :

1. Mengeksplorasi pelaksanaan dan pemanfaatan dukungan enabler yang dikelola komunitas di wilayah intervensi PR Konsorsium Komunitas Penabulu – STPI selama 2022-2023

2. Mengetahui pengaruh dukungan enabler terhadap pemenuhan kebutuhan pasien dalam menjalani pengobatan TB resistan obat
3. Menghasilkan kesimpulan dan poin rekomendasi yang berguna untuk perbaikan dan pengembangan program TB, khususnya dukungan komunitas untuk pasien TB resistan obat

### **Waktu Pelaksanaan Kegiatan**

Riset implementasi pembayaran enabler pasien TBC RO oleh komunitas akan dilaksanakan satu kali pada tahun 2023.

### **Pelaksana**

Pelaksana riset implementasi pembayaran enabler pasien TBC RO oleh komunitas adalah PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dengan bantuan teknis dari Tim Konsultan Riset

### **Sasaran Kegiatan**

Sasaran riset implementasi pembayaran enabler pasien TBC RO oleh komunitas antara lain :

1. Pasien TBC resistan obat yang terdaftar sebagai penerima dukungan enabler di 190 kab/kota wilayah intervensi PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI
2. Keluarga pasien TBC resistan obat
3. Petugas TBC RO dari RS PMDT dan/atau puskesmas satelit terkait
4. Tim manajemen kasus TBC RO komunitas
5. PR, SR, dan SSR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI
6. Dinkes kab/kota, provinsi, dan Kemenkes RI - Substansi TBC

### **Deskripsi Kegiatan**

Kegiatan ini merupakan riset operasional terhadap implementasi pembayaran enabler pasien TBC RO. Riset dilaksanakan oleh PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dengan bantuan teknis dari Tim Konsultan Riset terpilih yang dilaksanakan sebanyak satu kali pada tahun 2023. Sebelumnya PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI akan membuka kesempatan *Call for Consultant*, yang kemudian dilanjutkan dengan seleksi *Expression of Interest (EOI)* dan interview oleh panelis dan *steering committee* yang telah ditentukan. Riset dapat dilaksanakan dengan desain penelitian kuantitatif, kualitatif, atau keduanya (*mix methods*) dengan garis besar kegiatan sebagai berikut :

1. Kunjungan lapangan selama 30 hari
2. *Focus Group Discussion* sebanyak 4 kali

### **Output**

1. Diketuinya praktik dan hasil pembelajaran dari pelaksanaan dan pemanfaatan dukungan enabler yang dikelola komunitas di wilayah intervensi PR Konsorsium Komunitas Penabulu – STPI selama 2022-2023
2. Diketuinya pengaruh dukungan enabler terhadap pemenuhan kebutuhan pasien dalam menjalani pengobatan TB resistan obat
3. Adanya kesimpulan dan poin rekomendasi yang berguna untuk perbaikan dan pengembangan program TB, khususnya dukungan komunitas untuk pasien TB resistan obat

### **Laporan**

Laporan kegiatan dan keuangan riset implementasi pembayaran enabler pasien TBC RO oleh dilakukan sesuai ketentuan PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI



## Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Berdasarkan Global TB Report (2020), angka estimasi kasus TB di Indonesia sebesar 845.000 dengan total kasus TB ternotifikasi sebesar 566.846<sup>13</sup>. Namun, hadirnya pandemi Covid-19 sejak awal tahun 2020 menjadi tantangan baru bagi upaya eliminasi TBC di Indonesia. Jumlah kasus terkonfirmasi Covid-19 mencapai angka 4,188,529 dan masih terdapat 65,066 kasus aktif Covid-19 hingga saat ini<sup>14</sup>. Berdasarkan fakta tersebut, upaya pencegahan dan pengendalian penularan TBC dan Covid-19 perlu mendapatkan perhatian khusus karena kedua penyakit tersebut termasuk kategori penyakit menular dengan jumlah kasus yang cukup tinggi di Indonesia hingga saat ini. TBC dan Covid-19 adalah penyakit yang ditransmisikan melalui udara (*air-borne diseases*) yang disebabkan karena adanya penyebaran agen infeksius (bakteri, virus, jamur, dsb) melalui percikan pernapasan (*droplet nuclei*) yang berada di udara dengan jarak dan durasi tertentu<sup>15</sup>. Dengan demikian perlu upaya lebih spesifik untuk mencegah dan mengendalikan penularan penyakit infeksi yang menular melalui udara baik di fasilitas kesehatan maupun dalam konteks masyarakat umum atau komunitas (non-fasilitas kesehatan).

Pencegahan dan pengendalian infeksi pada fasilitas layanan kesehatan di Indonesia sudah diatur dalam Peraturan Menteri kesehatan nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan<sup>16</sup>. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan. Selain pada fasilitas kesehatan, kegiatan masyarakat di lingkungan interaksi sosial juga perlu memperhatikan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi, terutama untuk penyakit yang menular seperti TBC dan Covid-19. Pada tahun 2009, World Health Organization menerbitkan pedoman pengendalian infeksi untuk TBC pada berbagai setting, termasuk salah satunya berfokus pada *congregate settings*. *Congregate Setting* adalah suatu lingkungan dimana sejumlah orang bertemu dan berbagi ruangan sosial dalam jangka waktu tertentu.<sup>17</sup> Beberapa contoh dari *congregate setting* yaitu sekolah, penitipan anak, tempat kerja, penjara, shelter (rumah singgah atau lokasi hunian pasca bencana), fasilitas rehabilitasi, asrama, dan lainnya. Situasi dalam *congregate setting* tersebut dapat meningkatkan risiko infeksi penyakit menular. Potensi dan peningkatan risiko penularan terjadi karena adanya kepadatan sosial sehingga penularan dapat mudah terjadi dan dari lokasi *congregate setting* tersebut dapat berpotensi menjadi penyebab penularan kepada kontak dekat atau orang satu rumah.<sup>18</sup> WHO dalam panduannya membagi 2 jenis *congregate setting*

<sup>13</sup> [https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb\\_profiles](https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles)

<sup>14</sup> Satuan Tugas Penanganan Covid-19 Indonesia, 2021 <https://covid19.go.id/peta-sebaran>

<sup>15</sup> Ather B, Mirza TM, Edemekong PF. Airborne Precautions. [Updated 2021 Jul 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531468/>

<sup>16</sup> Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

<sup>17</sup> Karen Galanowsky, RN. BSN, MPH Nurse Consultant New Jersey Department of Health & Senior Services Tuberculosis Program dari <http://globaltb.njms.rutgers.edu/>

<sup>18</sup> <https://www.cdc.gov/eis/field-epi-manual/chapters/community-settings.html>

menjadi 2 (dua) jenis; (1) jangka waktu lama, seperti penjara, asrama dan (2) jangka waktu pendek, seperti shelter, sekolah, tempat kerja. Dalam panduan WHO tersebut, PPI TBC di fasilitas non-kesehatan lebih sederhana (tidak terlalu spesifik) dibandingkan dengan fasilitas kesehatan karena situasi yang bervariasi pada setiap jenis lokasi *congregate setting*, seperti faktor profil demografi dan durasi lama tinggal di lokasi tersebut.<sup>19</sup>

Pencegahan dan Pengendalian infeksi TBC di *congregate setting* menurut panduan WHO meliputi serangkaian kegiatan, yaitu; **(1) Manajemen**; Pimpinan suatu institusi yang termasuk dalam kategori *congregate setting* harus membangun komunikasi intensif dengan pemangku kepentingan terkait program penanggulangan TBC, sehingga lokasi tersebut masuk dalam program surveilans dari program TBC, termasuk dilakukannya asesmen fasilitas. Pengelola juga mengembangkan paket KIE (Komunikasi-Informasi & Edukasi) spesifik pada TBC dan dapat diperluas pada penyakit menular lainnya, **(2) Pemantauan dari sisi administratif**; prinsipnya seluruh penghuni harus dilakukan skrining TBC sebelum masuk ke lokasi. Berdasarkan hasil skrining, penghuni dengan kondisi sesuai kriteria perujukan akan dipisahkan untuk diperiksa. Jika terinfeksi TBC, disiapkan ruang isolasi dengan ventilasi yang baik hingga selesai tahap intensif, jika tidak tersedia, perlu dipastikan ada kerjasama dengan fasilitas kesehatan untuk perujukan. Begitupun terkait pemberian OAT dan pemantauan menelan OAT dilakukan oleh tim dari institusi bekerjasama dengan fasilitas layanan kesehatan terdekat, **(3) Pemantauan lingkungan**; bangunan yang tersedia di *congregate setting* idealnya memiliki pengaturan ventilasi yang baik. Namun untuk bangunan lama, dapat menggunakan alat UVGI (*Upper-Room Ultraviolet Germicidal Irradiation*), dan **(4) Alat Pelindung Diri** yang digunakan memberikan layanan pada terduga dan pasien TBC. Adapun model PPI pada setting komunitas yang akan dikembangkan dapat merujuk pada pedoman tersebut dan dapat sekaligus digunakan dalam upaya mitigasi penyakit menular udara lainnya terutama Covid-19.

Berdasarkan latar belakang yang telah disampaikan, komunitas perlu untuk mengembangkan model pelaksanaan PPI di *congregate setting* sebagai upaya promotif dan preventif terhadap infeksi penyakit menular, terutama TBC dan Covid-19, yang kemudian hasil pembelajarannya dapat menjadi panduan bersama untuk diaplikasikan lebih luas.

### Tujuan Kegiatan

Pengembangan Panduan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TBC dan Covid-19 di fasilitas non-kesehatan atau di *congregate setting* dilaksanakan dengan tujuan sebagai berikut :

1. Upaya komunitas dalam mitigasi risiko penularan penyakit, terutama TBC dan Covid- di lokasi *congregate setting* dan masyarakat sekitar
2. Melakukan identifikasi dan penentuan 20 lokasi implementasi model PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate setting*
3. Menyusun model dan pedoman PPI di *congregate setting* yang akan diimplementasikan secara bertahap pada 20 lokasi model di wilayah implementasi Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI mulai tahun 2021 dan 80 lokasi perluasan lainnya mulai tahun 2022

### Waktu Pelaksanaan

Pelaksanaan penyusunan panduan PPI dan penentuan 20 lokasi model implementasi PPI di *congregate setting* akan dilaksanakan pada Triwulan-4 tahun 2021.

---

<sup>19</sup> WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households, World Health Organization 2009

## Pelaksana Kegiatan

Pelaksana Kegiatan adalah PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI.

## Target Peserta dan Tenaga Ahli

### Deskripsi Kegiatan

PR Konsorsium Komunitas akan menyelenggarakan pertemuan serial dengan tim ahli dan beberapa narasumber terkait dalam proses Penyusunan Panduan PPI di congregat setting. Pertemuan Penyusunan Panduan IPC oleh Komunitas akan dilaksanakan selama Oktober – November 2021 dengan rencana kegiatan sebagai berikut :

<b>Pertemuan ke-</b>	<b>Agenda</b>		<b>Peserta</b>
1	<b>Identifikasi kebutuhan dan gambaran umum</b>	Update situasi dan implementasi PPI Covid-19 dan TBC pada setting komunitas a. Lembaga pendidikan b. Lembaga pemasyarakatan c. Tempat kerja	1. Ahli Kesehatan Masyarakat - 2 orang 2. Pimpinan pendidikan berasrama (pesantren/frateran) - 2 orang 3. Pimpinan Fasyankes Lapas - 2 orang 4. Ditjen Pemasyarakatan Kemenkumham - 1 orang 5. Pusdokkes TNI Polri - 2 orang 6. CSO TB Workplace - 2 orang 7. Substansi TBC Kemenkes RI - 1 orang 8. WHO Indonesia - 1 orang 9. PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI - 5 orang
2	<b>Identifikasi kebutuhan dan gambaran umum</b>	Identifikasi kebutuhan PPI Covid-19 dan TBC untuk setting komunitas/ congregat settings dan penyusunan outline panduan	1. Ahli Kesehatan Masyarakat - 2 orang 2. PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI - 3 orang

3	<b>Diskusi Tematik -1 Lembaga Pendidikan</b>	Diskusi penyusunan panduan PPI Covid-19 dan TBC Sub-tema Lembaga Pendidikan (Pertemuan-1)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ahli Kesehatan Masyarakat - 2 orang</li> <li>2. Pimpinan pendidikan berasrama (pesantren/frateran) - 2 orang</li> <li>3. Pusdokkes TNI Polri - 2 orang</li> <li>4. PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI - 3 orang</li> </ol>
4	<b>Diskusi Tematik -1 Lembaga Pendidikan</b>	Diskusi penyusunan panduan PPI Covid-19 dan TBC Sub-tema Lembaga Pendidikan (Pertemuan-2)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ahli Kesehatan Masyarakat - 2 orang</li> <li>2. PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI - 3 orang</li> </ol>
5	<b>Diskusi Tematik -2 Lembaga Pemasyarakatan</b>	Diskusi penyusunan panduan PPI Covid-19 dan TBC Sub-tema Lembaga Pemasyarakatan (Pertemuan-1)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ahli Kesehatan Masyarakat - 2 orang</li> <li>2. Pimpinan Fasyankes Lapas - 2 orang</li> <li>3. Ditjen Pemasyarakatan Kemenkumham - 1 orang</li> <li>4. PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI - 3 orang</li> </ol>
6	<b>Diskusi Tematik -2 Lembaga Pemasyarakatan</b>	Diskusi penyusunan panduan PPI Covid-19 dan TBC Sub-tema Lembaga Pemasyarakatan (Pertemuan-2)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ahli Kesehatan Masyarakat - 2 orang</li> <li>2. PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI - 3 orang</li> </ol>
7	<b>Diskusi Tematik -3 Tempat kerja</b>	Diskusi penyusunan panduan PPI Covid-19 dan TBC Sub-tema Tempat Kerja (Pertemuan-1)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1. Ahli Kesehatan Masyarakat - 2 orang</li> <li>2. CSO TB Workplace - 2 orang</li> <li>3. Pusdokkes TNI Polri - 2 orang</li> <li>4. PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI - 3 orang</li> </ol>
8	<b>Diskusi Tematik -3 Tempat kerja</b>	Diskusi penyusunan panduan PPI Covid-19 dan TBC Sub-tema Tempat kerja (Pertemuan-2)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ahli Kesehatan Masyarakat (2 orang)</li> <li>2. PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI (3 orang)</li> </ol>

9	<b>Pertemuan Finalisasi Panduan</b>	Pertemuan Penyusunan Panduan PPI Covid-19 dan TBC dan Penentuan Lokasi Implementasi PPI Komunitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ahli Kesehatan Masyarakat - 2 orang</li> <li>2. Pimpinan pendidikan berasrama (pesantren/frateran) - 2 orang</li> <li>3. Pimpinan Fasyankes Lapas - 2 orang</li> <li>4. Ditjen Pemasaryakatan Kemenkumham - 1 orang</li> <li>5. Pusdokkes TNI Polri - 2 orang</li> <li>6. CSO TB Workplace - 2 orang</li> <li>7. Substansi TBC Kemenkes RI - 1 orang</li> <li>8. WHO Indonesia - 1 orang</li> <li>9. SR dan SSR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI - 10 orang</li> <li>10. PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI - 5 orang</li> </ol>
10	<b>Pertemuan Finalisasi Panduan</b>	Pertemuan Finalisasi Panduan PPI Covid-19 dan TBC	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ahli Kesehatan Masyarakat - 2 orang</li> <li>2. Pimpinan pendidikan berasrama (pesantren/frateran) - 2 orang</li> <li>3. Pimpinan Fasyankes Lapas - 2 orang</li> <li>4. Ditjen Pemasaryakatan Kemenkumham - 1 orang</li> <li>5. Pusdokkes TNI Polri - 2 orang</li> <li>6. CSO TB Workplace - 2 orang</li> <li>7. Substansi TBC Kemenkes RI - 1 orang</li> <li>8. WHO Indonesia - 1 orang</li> <li>9. SR dan SSR Konsorsium Komunitas</li> </ol>

			Penabulu-STPI - 10 orang PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI - 5 orang
--	--	--	---

### Output

1. Panduan PPI di *congregate setting*.
2. Identifikasi lokasi pelaksanaan model PPI di 20 lokasi *congregate setting*.

### Struktur Pembiayaan

Alokasi pembiayaan untuk mendukung terlaksananya penyusunan panduan PPI di non-fasyankes ini adalah expert fee untuk tenaga ahli dan paket data untuk peserta pertemuan dan tenaga ahli selama 10 hari pertemuan dengan rincian sebagai berikut:

- Peserta (25 orang; PR Konsorsium, perwakilan SR dan SSR, mitra kerja PR Konsorsium)  
25 orang x Rp 50.000 x 10 pertemuan

Tenaga ahli (5 orang; Ahli kesehatan masyarakat, Substansi TBC-Kemenkes RI, Pimpinan fasyankes Lapas, CSO TB Workplace/Pusdokkes TNI/POLRI, Individu yang membidangi Pendidikan berasrama)

5 orang x Rp 1.000.000 x 10 pertemuan

### Laporan

Laporan kegiatan dan keuangan sesuai dengan aturan PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI yang telah tersedia, termasuk persyaratan pembayaran pulsa pertemuan online dan fee tenaga ahli.

## Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Berdasarkan Global TB Report (2020), angka estimasi kasus TB di Indonesia sebesar 845.000 dengan total kasus TB ternotifikasi sebesar 566.846. Namun, hadirnya pandemi Covid-19 sejak awal tahun 2020 menjadi tantangan baru bagi upaya eliminasi TBC di Indonesia. Jumlah kasus terkonfirmasi Covid-19 mencapai angka 4,188,529 dan masih terdapat 65,066 kasus aktif Covid-19 hingga saat ini. Berdasarkan fakta tersebut, upaya pencegahan dan pengendalian penularan TBC dan Covid-19 perlu mendapatkan perhatian khusus karena kedua penyakit tersebut termasuk kategori penyakit menular dengan jumlah kasus yang cukup tinggi di Indonesia hingga saat ini. TBC dan Covid-19 adalah penyakit yang ditransmisikan melalui udara (*air-borne diseases*) yang disebabkan karena adanya penyebaran agen infeksius (bakteri, virus, jamur, dsb) melalui percikan pernapasan (*droplet nuclei*) yang berada di udara dengan jarak dan durasi tertentu. Dengan demikian perlu upaya lebih spesifik untuk mencegah dan mengendalikan penularan penyakit infeksi yang menular melalui udara baik di fasilitas kesehatan maupun dalam konteks masyarakat umum atau komunitas (non-fasilitas kesehatan).

Pencegahan dan pengendalian infeksi pada fasilitas layanan kesehatan di Indonesia sudah diatur dalam Peraturan Menteri kesehatan nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan. Selain pada fasilitas kesehatan, kegiatan masyarakat di lingkungan interaksi sosial juga perlu memperhatikan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi, terutama untuk penyakit yang menular seperti TBC dan Covid-19. Pada tahun 2009, World Health Organization menerbitkan pedoman pengendalian infeksi untuk TBC pada berbagai setting, termasuk salah satunya berfokus pada *congregate settings*. *Congregate Setting* adalah suatu lingkungan dimana sejumlah orang bertemu dan berbagi ruang sosial dalam jangka waktu tertentu. Beberapa contoh dari *congregate setting* yaitu sekolah, penitipan anak, tempat kerja, penjara, shelter (rumah singgah atau lokasi hunian pasca bencana), fasilitas rehabilitasi, asrama, dan lainnya. Situasi dalam *congregate setting* tersebut dapat meningkatkan risiko infeksi penyakit menular. Potensi dan peningkatan risiko penularan terjadi karena adanya kepadatan sosial sehingga penularan dapat mudah terjadi dan dari lokasi *congregate setting* tersebut dapat berpotensi menjadi penyebab penularan kepada kontak dekat atau orang satu rumah. WHO dalam panduannya membagi 2 jenis *congregate setting* menjadi 2 (dua) jenis; (1) jangka waktu lama, seperti penjara, asrama dan (2) jangka waktu pendek, seperti shelter, sekolah, dan tempat kerja. Dalam panduan tersebut, PPI TBC di fasilitas non-kesehatan lebih sederhana (tidak terlalu spesifik) dibandingkan dengan fasilitas kesehatan karena situasi yang bervariasi pada setiap jenis lokasi *congregate setting*, seperti faktor profil demografi dan durasi lama tinggal di lokasi tersebut.

Pencegahan dan Pengendalian infeksi TBC di *congregate setting* menurut panduan WHO meliputi serangkaian kegiatan, yaitu; **(1) Manajemen**; Pimpinan suatu institusi yang termasuk dalam kategori *congregate setting* harus membangun komunikasi intensif dengan pemangku kepentingan terkait program penanggulangan TBC, sehingga lokasi tersebut masuk dalam program surveilans dari program TBC, termasuk dilakukannya asesmen fasilitas. Pengelola juga mengembangkan paket KIE

(Komunikasi-Informasi & Edukasi) spesifik pada TBC dan dapat diperluas pada penyakit menular lainnya, **(2) Pemantauan dari sisi administratif**; prinsipnya seluruh penghuni harus dilakukan skrining TBC sebelum masuk ke lokasi. Berdasarkan hasil skrining, penghuni dengan kondisi sesuai kriteria rujukan akan dipisahkan untuk diperiksa. Jika terinfeksi TBC, disiapkan ruang isolasi dengan ventilasi yang baik hingga selesai tahap intensif, jika tidak tersedia, perlu dipastikan ada kerjasama dengan fasilitas kesehatan untuk rujukan. Begitupun terkait pemberian OAT dan pemantauan menelan OAT dilakukan oleh tim dari institusi bekerjasama dengan fasilitas layanan kesehatan terdekat, **(3) Pemantauan lingkungan**; bangunan yang tersedia di *congregate setting* idealnya memiliki pengaturan ventilasi yang baik. Namun untuk bangunan lama, dapat menggunakan alat UVGI (*Upper-Room Ultraviolet Germicidal Irradiation*), dan **(4) Alat Pelindung Diri** yang digunakan memberikan layanan pada terduga dan pasien TBC. Adapun model PPI pada setting komunitas yang akan dikembangkan dapat merujuk pada pedoman tersebut dan dapat sekaligus digunakan dalam upaya mitigasi penyakit menular udara lainnya terutama Covid-19.

Kegiatan ini merupakan kelanjutan dari BL 314 yaitu penyusunan panduan PPI pada *Congregate Setting* untuk 20 lokasi yang akan menjadi model pelaksanaan. Sebagai tahap selanjutnya, dalam kegiatan ini akan dilakukan diseminasi kepada SR, SSR dan multi pihak terkait mengenai panduan yang telah disusun dan rencana implementasi PPI pada 20 titik yang akan menjadi model pelaksanaan PPI di *congregate setting*. Dengan demikian berdasarkan latar belakang yang telah disampaikan, sebagai kelanjutan dari penyusunan panduan PPI, maka PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI perlu melakukan kegiatan diseminasi Panduan PPI tersebut baik di 20 Kab/Kota lokasi model, maupun di 190 Kab/Kota wilayah kerja PR Konsorsium-Komunitas Penabulu-STPI.

### **Tujuan Kegiatan**

Diseminasi Panduan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC untuk Fasilitas Non-Kesehatan atau di *Congregate Setting* dilaksanakan dengan tujuan sebagai berikut:

1. Memberikan pemahaman mengenai Panduan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* yang akan dilaksanakan di 20 Kabupaten/Kota
2. Memberikan informasi, pemahaman, dan pembelajaran mengenai model PPI Non-Faskes kepada 170 Kab/Kota wilayah kerja PR Konsorsium Komunitas yang lainnya

### **Waktu Pelaksanaan**

1. Pelaksanaan diseminasi panduan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* kepada 20 SR dan SSR akan dilaksanakan pada Triwulan-4 tahun 2021
2. Pelaksanaan diseminasi hasil pembelajaran pelaksanaan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* akan dilaksanakan pada Triwulan-1 tahun 2022

### **Pelaksana Kegiatan**

Pelaksana Kegiatan adalah PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

### **Target Peserta**

Peserta kegiatan diseminasi di tahun 2021 dan 2022 terdiri dari :

1. SR Manager
2. PMEL Coordinator SR
3. Staf Program SSR
4. Staf Finance SSR
5. Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab/Kota Setempat

### **Deskripsi Kegiatan**



Kegiatan diseminasi panduan PPI akan dilaksanakan secara daring (*online*) dengan menghadirkan Tim SR, SSR dan pemangku kepentingan terkait pengembangan model yang akan dilaksanakan. Kegiatan diseminasi dibagi menjadi dua tahap, yaitu :

1. Diseminasi panduan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* pada Triwulan-4 tahun 2021, target untuk 20 titik pilot/model implementasi PPI
2. Diseminasi hasil pembelajaran implementasi model PPI pada Triwulan-1 tahun 2022, target untuk 190 kab/ kota wilayah intervensi Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dan persiapan perluasan implementasi PPI pada 80 titik lainnya

Masing-masing tahap dilaksanakan selama 2 hari pertemuan. Kegiatan akan dilaksanakan oleh PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dengan dukungan tenaga ahli yang terlibat dalam tim penyusun panduan.

### Output

1. Peserta memahami prinsip dan model PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings*
2. Adanya rencana kerja dan timeline pelaksanaan model PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* di 20 Kab/Kota
3. Adanya hasil pembelajaran dari pelaksanaan model PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* di 20 Kab/Kota

### Laporan

Laporan kegiatan dan keuangan sesuai dengan aturan PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI yang telah tersedia, termasuk persyaratan pembayaran pulsa pertemuan online dan fee tenaga ahli.

### Daftar Provinsi wilayah kerja implementasi model PPI - 20 titik (Kabupaten/Kota)

(berdasarkan data capaian S1 2021 dengan indikator TCP-7c > 25%)

Provinsi	Kabupaten/Kota
<b>SUMATERA UTARA</b>	<b>2</b>
Kota Pematang Siantar	1
Langkat	1
<b>SUMATERA SELATAN</b>	<b>2</b>
Kota Prabumulih	1
Ogan Ilir	1
<b>LAMPUNG</b>	<b>2</b>
Pesawaran	1
Tulang bawang Barat	1
<b>JAWA TENGAH</b>	<b>2</b>
Banyumas	1
Batang	1
<b>JAWA TIMUR</b>	<b>2</b>
Jombang	1
Probolinggo	1
<b>NUSA TENGGARA TIMUR</b>	<b>2</b>
Sumba Barat Daya	1

Timor Tengah Selatan	1
<b>KALIMANTAN BARAT</b>	<b>2</b>
Kota Singkawang	1
Mempawah	1
<b>SULAWESI UTARA</b>	<b>2</b>
Kota Bitung	1
Kota Manado	1
<b>SULAWESI SELATAN</b>	<b>2</b>
Gowa	1
Pinrang	1
<b>SULAWESI TENGGARA</b>	<b>2</b>
Kota Kendari	1
Muna	1

## Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Berdasarkan Global TB Report (2022), angka estimasi kasus TB di Indonesia sebesar 969.000 dengan total kasus TB ternotifikasi sebesar 443.235. Namun, hadirnya pandemi Covid-19 sejak awal tahun 2020 menjadi tantangan baru bagi upaya eliminasi TBC di Indonesia. Jumlah kasus terkonfirmasi Covid-19 mencapai angka 6.727.317 hingga 17 Januari di Indonesia. Berdasarkan fakta tersebut, upaya pencegahan dan pengendalian penularan TBC dan Covid-19 perlu mendapatkan perhatian khusus karena kedua penyakit tersebut termasuk kategori penyakit menular dengan jumlah kasus yang cukup tinggi di Indonesia hingga saat ini. TBC dan Covid-19 adalah penyakit yang ditransmisikan melalui udara (*air-borne diseases*) yang disebabkan karena adanya penyebaran agen infeksius (bakteri, virus, jamur, dsb) melalui percikan pernapasan (*droplet nuclei*) yang berada di udara dengan jarak dan durasi tertentu. Dengan demikian perlu upaya lebih spesifik untuk mencegah dan mengendalikan penularan penyakit infeksi yang menular melalui udara baik di fasilitas kesehatan maupun dalam konteks masyarakat umum atau komunitas (non-fasilitas kesehatan).

Pencegahan dan pengendalian infeksi pada fasilitas layanan kesehatan di Indonesia sudah diatur dalam Peraturan Menteri kesehatan nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan. Selain pada fasilitas kesehatan, kegiatan masyarakat di lingkungan interaksi sosial juga perlu memperhatikan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi, terutama untuk penyakit yang menular seperti TBC dan Covid-19. Pada tahun 2009, World Health Organization menerbitkan pedoman pengendalian infeksi untuk TBC pada berbagai setting, termasuk salah satunya berfokus pada *congregate settings*. *Congregate Setting* adalah suatu lingkungan dimana sejumlah orang bertemu dan berbagi ruang sosial dalam jangka waktu tertentu. Beberapa contoh dari *congregate setting* yaitu sekolah, penitipan anak, tempat kerja, penjara, shelter (rumah singgah atau lokasi hunian pasca bencana), fasilitas rehabilitasi, asrama, dan lainnya. Situasi dalam *congregate setting* tersebut dapat meningkatkan risiko infeksi penyakit menular. Potensi dan peningkatan risiko penularan terjadi karena adanya kepadatan sosial sehingga penularan dapat mudah terjadi dan dari lokasi *congregate setting* tersebut dapat berpotensi menjadi penyebab penularan kepada kontak dekat atau orang satu rumah. WHO dalam panduannya membagi 2 jenis *congregate setting* menjadi 2 (dua) jenis; (1) jangka waktu lama, seperti penjara, asrama dan (2) jangka waktu pendek, seperti shelter, sekolah, dan tempat kerja. Dalam panduan tersebut, PPI TBC di fasilitas non-kesehatan lebih sederhana (tidak terlalu spesifik) dibandingkan dengan fasilitas kesehatan karena situasi yang bervariasi pada setiap jenis lokasi *congregate setting*, seperti faktor profil demografi dan durasi lama tinggal di lokasi tersebut.

Pencegahan dan Pengendalian infeksi TBC di *congregate setting* menurut panduan WHO meliputi serangkaian kegiatan, yaitu; **(1) Manajemen**; Pimpinan suatu institusi yang termasuk dalam kategori *congregate setting* harus membangun komunikasi intensif dengan pemangku kepentingan terkait program penanggulangan TBC, sehingga lokasi tersebut masuk dalam program surveilans dari program TBC, termasuk dilakukannya asesmen fasilitas. Pengelola juga mengembangkan paket KIE

(Komunikasi-Informasi & Edukasi) spesifik pada TBC dan dapat diperluas pada penyakit menular lainnya, **(2) Pemantauan dari sisi administratif**; prinsipnya seluruh penghuni harus dilakukan skrining TBC sebelum masuk ke lokasi. Berdasarkan hasil skrining, penghuni dengan kondisi sesuai kriteria rujukan akan dipisahkan untuk diperiksa. Jika terinfeksi TBC, disiapkan ruang isolasi dengan ventilasi yang baik hingga selesai tahap intensif, jika tidak tersedia, perlu dipastikan ada kerjasama dengan fasilitas kesehatan untuk rujukan. Begitupun terkait pemberian OAT dan pemantauan menelan OAT dilakukan oleh tim dari institusi bekerjasama dengan fasilitas layanan kesehatan terdekat, **(3) Pemantauan lingkungan**; bangunan yang tersedia di *congregate setting* idealnya memiliki pengaturan ventilasi yang baik. Namun untuk bangunan lama, dapat menggunakan alat UVGI (*Upper-Room Ultraviolet Germicidal Irradiation*), dan **(4) Alat Pelindung Diri** yang digunakan memberikan layanan pada terduga dan pasien TBC. Adapun model PPI pada setting komunitas yang akan dikembangkan dapat merujuk pada pedoman tersebut dan dapat sekaligus digunakan dalam upaya mitigasi penyakit menular udara lainnya terutama Covid-19.

Berdasarkan uraian yang telah disampaikan di atas, PR Konsorsium Penabulu-STPI perlu untuk mengembangkan model pelaksanaan PPI di *congregate setting* sebagai upaya promotif dan preventif terhadap infeksi penyakit menular, terutama TBC, yang kemudian hasil pembelajarannya dapat menjadi panduan bersama untuk diaplikasikan lebih luas.

Penyusunan panduan sudah berproses dengan melibatkan para tenaga ahli yang mendalami secara teori, konsep dan implementasi PPI. Penyusunan panduan PPI juga dengan melakukan kunjungan dan observasi secara langsung untuk memperkaya penulisan. Kunjungan dilakukan di lokasi (1) Rumah Singgah Pasien TBC RO, RS Paru Goenawan Cisarua, (2) PTPN VIII Gunung Mas, (3) Pesantren Islamic Center Muhammadiyah (ICM) Cipanas, (4) Tempat kerja pabrik H&M Cicurug Sukabumi dan (5) Frateran di Seminari Tinggi KAJ Yohanes Paulus.

Setelah hasil observasi dilakukan dan penulisan draft panduan dilanjutkan dengan pertemuan para pihak yakni kementerian Kesehatan, WHO dan mitra TBC. Pertemuan dengan para pihak bertujuan untuk mendapatkan input dan usulan perbaikan terhadap draft panduan yang telah disusun. Dalam dokumen panduan PPI secara umum terdiri dari (1) PPI TBC di Lembaga Masyarakat (Lapas) dan Rumah Tahanan (Rutan) dengan memfokuskan pada pelaksanaan kewaspadaan Isolasi, (2) PPI TBC di sekolah berasrama dengan memfokuskan pada upaya membatasi penularan TBC di sekolah berasrama (3) PPI TBC di tempat kerja dengan memfokuskan kewaspadaan isolasi.

Dokumen PPI TBC yang sudah dikembangkan akan menjadi panduan dan referensi oleh staf program di Kabupaten/Kota dalam melakukan workshop dengan pihak fasilitas berasrama dan tempat kerja dalam upaya preventif penularan TBC di wilayah tersebut sekaligus memberikan pemahaman tentang isi dokumen panduan PPI TBC.

Semester 2 2022 telah dilakukan uji coba di 14 Kab/Kota dengan setting lokasi yang beragam diantaranya adalah 6 lokasi pondok pesantren, 1 asrama mahasiswa, 2 panti asuhan, 1 panti rehabilitasi narkoba dan ODGJ, 3 sekolah seminari/biara novisiat dan 1 pabrik makanan. Pelaksanaan workshop PPI di fasilitas berasrama juga sekaligus menyusun alur rujukan dan pengobatan ketika dalam satu setting lokasi ditemukan kasus TBC ataupun pernah ada riwayat TBC pada lokasi tersebut. Alur rujukan juga sekaligus melakukan Investigasi Kontak pada indeks kasus yang ditemukan di fasilitas berasrama dengan melibatkan pihak manajemen/pengurus fasilitas berasrama, puskesmas serta kader komunitas. Pada pilar PPI (pengendalian administratif) juga menekankan adanya aturan atau standar dalam sistem rujukan dan pengobatan pasien pada fasilitas berasrama menjadi hal yang sangat penting. Dari proses workshop yang sudah dilaksanakan, beragam tantangan dan pembelajaran yang bisa diambil sehingga dapat memfinalkan Petunjuk Teknis PPI TBC yang akan dilakukan oleh tim pelaksana program di 100

Kab/Kota. Pada 2023, kegiatan implementasi PPI TBC akan berlangsung di 86 Kabupaten/Kota. Adapun target di semester 1 2023 kegiatan PPI TBC yang akan didampingi oleh tim PR Konsorsium sebanyak 26 Kab/Kota, sisanya akan dilaksanakan pada S2 2023.

### **Tujuan Kegiatan**

Workshop Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC dan Covid-19 untuk Fasilitas Non-Kesehatan atau di *Congregate Setting* dilaksanakan dengan tujuan sebagai berikut:

1. Memberikan pemahaman mengenai Panduan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* kepada institusi sasaran dan stakeholder terkait
2. Melakukan asesmen institusi terkait upaya pencegahan dan kesiapsiagaan TBC dan Covid-19
3. Menyusun, mengembangkan, dan menyepakati prosedur standar institusi dalam upaya mitigasi penularan TBC dan Covid-19, termasuk sistem rujukan dan integrasi institusi dengan surveilans fasyankes setempat
4. Mendapatkan input perbaikan terhadap dokumen PPI di *congregate setting* dengan pengalaman dan pembelajaran implementasi yang sudah berjalan.
5. Mendapatkan input untuk pengembangan dan penyusunan PPI TBC pada komunitas.

### **Pemilihan Lokasi Kegiatan PPI**

Kegiatan PPI TBC tidak terpisahkan dengan penemuan kasus TBC, dengan demikian syarat untuk pemilihan lokasi sebagai berikut:

1. Pernah ada kasus TBC (pasien sembuh atau pasien yang sedang menjalani pengobatan)
2. Jumlah populasi minimal sebanyak 100 orang dalam 1 lokasi *congregate setting*
3. Tinggal dalam 1 lokasi minimal 6-8 jam

### **Waktu Pelaksanaan**

1. Workshop PPI akan dilaksanakan sebanyak satu kali pada Quartal 4 2022 untuk 14 lokasi model implementasi PPI daerah uji coba.
2. Kemudian dilanjutkan dengan 86 titik implementasi PPI lainnya pada Quartal 1 dan 3 2023 sebagai pengembangan implementasi dari 14 titik pada tahun 2022.
3. Durasi kegiatan workshop masing-masing selama 3 hari sesuai dengan agenda kegiatan terlampir.
4. Pada tahun 2023 PR mendampingi pelaksanaan Workshop PPI di 40 kab/kota.

### **Persiapan Pelaksanan**

1. SR/SSR Identifikasi/ melakukan mapping lokasi atau titik, fasilitas berasma dan atau tempat kerja (basis kantor atau perusahaan) yang akan dilakukan implementasi workshop PPI TBC. **(Format Mapping Prioritas Pemilihan Lokasi terlampir).**
2. Hasil identifikasi lokasi fasilitas berasma dan atau tempat kerja oleh SR/SSR kemudian dilanjutkan dengan melakukan audiensi dan perkenalan dan pembicaraan awal terkait rencana kegiatan workshop PPI TBC.
3. SR/SSR mengisi **informasi awal setting lokasi. (Format terlampir)**
4. Bila diperlukan dapat melakukan koordinasi dengan Dinas Tenaga Kerja/Apindo/Serikat Buruh untuk pelaksanaan kegiatan workshop di tempat kerja
5. Menyusun jadwal pertemuan kegiatan workshop PPI TBC dan menginformasikan kepada PR untuk menentukan jadwal fasilitator dari PR.

## Persiapan Alat Pendukung Kegiatan Workshop PPI

Sebelum kegiatan, pelaksana program tingkat SSR menyiapkan alat-alat pendukung diantaranya:

1. Dua botol spray kosong
2. Bayclin ukuran kecil
3. Sabun cair dalam kemasan botol (pilihan merek: mama lime, sunlight, lifebouy)
4. Tissue yang menyerap cairan/minyak (merek livin)
5. Sarung tangan rumah tangga dengan bahan latex (yang panjang dan tebal)
6. Masker bedah 1 box dan masker N95 sebanyak 5 buah
7. Apron plastic lengan panjang
8. Kantong plastik limbah/kantong kresek (warna kuning dan hitam) masing-masing 5 lembar
9. Hand Sanitizer (ukuran 500ml 2 botol dan ukuran 50ml untuk dibagikan ke audience) untuk dipakai saat simulasi/roleplay
10. Box plastik 1 buah (ukuran 40x25cm)
11. Lap microfiber 2 atau 3 lembar
12. Sabun cuci tangan disesuaikan dengan wastafel yang ada
13. Pewarna makanan berwarna merah (untuk simulasi tumpahan darah)

Selain kebutuhan di atas juga diperlukan alat untuk mengukur pertukaran udara dalam suatu ruangan. Alat ini digunakan pada saat melakukan visit ke ruangan pada lokasi *congregate settings*. Adapun kebutuhan alat sebagai berikut:

1. Vaneometer atau Anemometer, untuk mengukur kecepatan pertukaran angin dalam ruangan.
2. Alat ukur/meteran, untuk mengukur volume ruangan dan luas jendela.
3. Kalkulator, untuk menghitung.
4. Kertas catatan, untuk melakukan pencatatan/perhitungan.

Kebutuhan lainnya pada saat melakukan fasilitasi untuk mendapatkan input/masukan/pendapat dari peserta saat workshop adalah menggunakan alat-alat sebagai berikut:

1. Sound system (mic dan speaker)
2. Infocus dan pointer
3. Kertas plano
4. Spidol
5. Metaplan

## Pelaksana Kegiatan

Kegiatan workshop akan diselenggarakan dan difasilitasi oleh SSR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI di masing-masing kabupaten/kota dengan mentoring dan asistensi tim SR.

## Target Peserta dan Narasumber

Peserta dan Narasumber kegiatan workshop PPI terdiri dari :

1. Narasumber local PPI (narasumber utama) : 1 orang (IPCN/IPCD)
2. Perwakilan institusi lokasi implementasi model PPI TBC di *congregate setting*:
  - Perwakilan (asrama/perusahaan) : 3 orang
  - Dinas Pendidikan/Disnaker/Dinsos : 1 orang
  - Dinas Kesehatan Kota/Kab : 2 orang
  - Perwakilan Puskesmas terdekat : 2 orang
  - Perwakilan RS yang membidangi PPI TBC : 2 orang

- Kader/MK/PS : 2 orang
  - Wasnaker : 2 orang
  - Departemen Agama : 1 orang
  - Perwakilan Apindo/Serikat Buruh : 1 orang
3. Tim SR dan SSR/IU Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI
- SRM/PMELC : 1 orang
  - Staf SSR/IU : 1 orang
  - Notulensi (verbatim) : 1 orang

### Deskripsi Kegiatan

Kegiatan workshop panduan diseminasi panduan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* dilaksanakan secara luring/tatap muka (*offline*). Kegiatan diselenggarakan dan difasilitasi oleh SSR setempat dengan menghadirkan peserta, narasumber dan pemangku kepentingan terkait. Kegiatan workshop berfokus pada upaya pencegahan dan pengendalian infeksi terutama TBC dan Covid-19. Workshop PPI dilaksanakan selama 3 hari pertemuan, dengan detail sebagai berikut:

1. **Workshop PPI Batch-1 / Tahun 2022, Kuartal 4** Dilaksanakan pada 14 titik lokasi uji coba yang menjadi **model** implementasi PPI
2. **Workshop PPI Batch-2 / Tahun 2023, Kuartal 1 dan 3** Dilaksanakan pada 86 titik lokasi yang menjadi wilayah **perluasan** implementasi PPI setelah dilakukannya diseminasi hasil pembelajaran dari 14 titik model pada TW-4 tahun 2022

### Output

1. Peserta workshop, termasuk institusi sasaran dan stakeholder terkait, memahami panduan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings*
2. Terlaksananya asesmen institusi terkait upaya pencegahan dan kesiapsiagaan TBC dan Covid-19
3. Adanya prosedur standar institusi dalam upaya mitigasi penularan TBC dan Covid-19 yang disepakati bersama, termasuk sistem rujukan dan integrasi institusi dengan surveilans fasyankes setempat

### Laporan

Laporan kegiatan dan keuangan sesuai dengan aturan PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI yang berlaku.

### FORMAT MAPPING PRIORITAS PEMILIHAN LOKASI PPI

No	Jumlah Karyawan/ Penghuni asrama	Skor	Unit K3 Perusahaan/ Tim Kesehatan Asrama	Skor	Temuan Kasus di Kecamatan	Skor	Temuan kasus TB di perusahaan/ asrama	Skor
1	<100	1	Ada	1	< rata-rata di Kabupaten/Kota per tahun	1	Tidak	1
2	>100	2	Tidak	2	> rata-rata di Kabupaten/Kota per tahun	2	Ada	2

Catatan: siapkan setting lokasi >1 titik, kemudian lakukan skoring dan prioritas titik yang dipilih adalah yang memiliki skor paling tinggi.

### DAFTAR INFORMASI AWAL LOKASI PPI TBC (TEMPAT KERJA)

Nama Tempat Kerja/Pabrik	
Alamat	
Propinsi	
Kabupaten/Kota	

#### Petunjuk Pengisian

- Berikan tanda (✓) pada kolom jawaban untuk pertanyaan (ya) atau (tidak)
- Berikan jawaban angka/narasi untuk pertanyaan terkait informasi umum dan informasi lingkungan

#### Informasi

No	Informasi Umum	Jawaban
1	Jumlah tenaga kerja	
2	Jumlah ruang tidur (asrama karyawan)	
3	Jenis Kamar Tidur (Barak / Kamar) - jika ada-	
4	Jumlah Tenaga Kesehatan (Dokter/Perawat/Bidan) - jika ada-	
	<b>Informasi Lingkungan</b>	



1	Jumlah ruang kerja (dijaga pertukaran udara 6-12 /jam)	
2	Berapa perkiraan luas ruang kerja	m2
3	Apakah ada jendela yang langsung terpapar sinar matahari (kamar tidur atau ruang kerja)	
4	Jenis ventilasi yang digunakan (mekanik/alami)	
<b>Informasi Administrasi/Manajemen</b>		
1	Apakah ada aturan prosedur Protocol Kesehatan?	Ya (....) Tidak (....)
2	Apakah ada <i>medical checkup</i> untuk pekerja?	Ya (....) Tidak (....)
3	Ketersediaan APD (masker) untuk pekerja	Ya (....) Tidak (....)
4	Ketersediaan kebersihan tangan (hand sanitizer/hand rub/tempat cuci tangan)	Ya (....) Tidak (....)
5	Kesediaan <i>scanner</i> suhu (manual, sensor)	Ya (....) Tidak (....)
6	Apakah ada sosialisasi mengenai penyakit TBC di lokasi kerja?	Ya (....) Tidak (....)
<b>Informasi Rujukan</b>		
1	Apakah pernah ada kasus TBC?	Ya (....) Tidak (....)
2	Apakah pernah ada kasus Covid?	Ya (....) Tidak (....)
3	Apakah pasien TBC dan Covid dirujuk ke puskesmas/RS?	Ya (....) Tidak (....)
4	Apakah ada klinik di lokasi kerja?	Ya (....) Tidak (....)
5	Apakah ada ruang isolasi bagi pasien yang tertular/terpapar TBC / Covid?	Ya (....) Tidak (....)

## DAFTAR INFORMASI AWAL LOKASI PPI TBC (FASILITAS BERASRAMA)

Nama Fasilitas Berasrama	
Alamat	
Propinsi	
Kabupaten/Kota	

### Petunjuk Pengisian

1. Berikan tanda (✓) pada kolom jawaban untuk pertanyaan (ya) atau (tidak)
2. Berikan jawaban angka/narasi untuk pertanyaan terkait informasi umum dan informasi lingkungan

### Informasi

No	Informasi Umum	Jawaban
1	Jumlah penghuni asrama	
2	Jumlah tenaga pendidik	
3	Jumlah tenaga non pendidik	
	<b>Informasi Lingkungan</b>	
1	Jumlah ruang kelas	
2	Jumlah ruang asrama	
3	Apakah ada jendela yang langsung terpapar sinar matahari (kelas, kamar tidur atau ruang asrama)	
4	Jenis ventilasi yang digunakan (mekanik/alami)	
	<b>Informasi Administrasi/Manajemen</b>	
1	Apakah ada aturan prosedur Protocol Kesehatan?	Ya (...) Tidak (...)
2	Apakah ada <i>medical checkup</i> siswa dan pengajar?	Ya (...) Tidak (...)
3	Ketersediaan APD (masker)	Ya (...) Tidak (...)
4	Ketersediaan fasilitas kebersihan tangan (hand sanitizer/hand rub/tempat cuci tangan)	Ya (...) Tidak (...)
5	Kesediaan <i>scanner</i> suhu (manual, sensor)	Ya (...) Tidak (...)

6	Apakah pernah dilakukan sosialisasi mengenai penyakit TBC?	Ya (....) Tidak (....)
<b>Informasi Rujukan</b>		
1	Apakah pernah ada kasus TBC?	Ya (....) Tidak (....)
2	Apakah pernah ada kasus Covid?	Ya (....) Tidak (....)
3	Apakah pasien TBC dan Covid dirujuk ke puskesmas/RS?	Ya (....) Tidak (....)
4	Apakah ada klinik?	Ya (....) Tidak (....)
5	Apakah ada ruang isolasi bagi pasien yang tertular/terpapar TBC / Covid?	Ya (....) Tidak (....)

### SUSUNAN KEGIATAN WORKSHOP IMPLEMENTASI PPI TBC.

Waktu	Durasi	Kegiatan	Narasumber/ Fasilitator
<b>Workshop PPI</b>			
<b>HARI 1</b>			
10.00 – 10.15	15'	Pembukaan	SR/SSR
10.15 – 10.30	15'	Perkenalan dan informasi tujuan pertemuan	Fasilitator
10.30 - 11.30	60'	1. Paparan Informasi Dasar TB 2. Situasi TB Terkini di Kab/Kota	Wasor TB Dinkes Kab/Kota
11.30 – 12.00	30'	<b>Diskusi dan Tanya Jawab</b>	Peserta
12.00 – 13.00	60'	ISHOMA	Seluruh Peserta
13.00 - 15.00	120'	Pemaparan panduan PPI TBC di <i>congregate setting</i> : 1. Kewaspadaan standar 2. Kewaspadaan berbasis transmisi 3. Pengendalian administratif 4. Pengendalian lingkungan 5. Pengendalian APD	Narasumber
15.00 – 15.45	45'	<b>Diskusi dan Curah Pendapat</b> Tanggapan dari peserta hasil pemaparan panduan PPI TBC	Peserta
15.45 – 17.00	75'	Diskusi dan feedback <i>Setting</i> lokasi – PPI - Bagaimana penerapan protokol kesehatan? - Bagaimana pengendalian penyakit menular? - Apakah sudah ada SPO standar PPI? - Bagaimana jika ada pasien positif? - Apakah tersedia fasilitas kebersihan tangan dilengkapi dengan sabun cair, tisu, tempat sampah? - Bagaimana APD yang digunakan? - Bagaimana triase dilakukan?	Fasilitator

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bagaimana pemisahan pasien TBC dengan yang lainnya?</li> <li>- Bagaimana sistem rujukan pasien?</li> <li>- Bagaimana mekanisme monitoring pasien TBC?</li> <li>- Bagaimana jika penyuluhan terkait penyakit menular (TBC) dilakukan di lokasi <i>congregate settings</i>?</li> </ul>	
<b>HARI 2</b>			
09.00 – 12.00	180'	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visitasi/Kunjungan ke ruangan fasilitas berasrama/pabrik/kantor <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asrama/</li> <li>- Kelas/</li> <li>- Tempat ibadah/</li> <li>- Tempat kerja/</li> <li>- Klinik/Pos Kesehatan</li> </ul> </li> <li>2. Mengukur ACH, RH, Temperatur, dan kualitas udara dalam ruangan</li> </ol>	Fasilitator dan Narasumber
12.00 - 13.00	60'	<b>ISHOMA</b>	
13.00 - 15.00	120'	Simulasi/roleplay: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Hand hygiene</i></li> <li>2. Memakai masker yang benar</li> <li>3. Etika batuk</li> <li>4. Penggunaan Spill kit</li> </ol>	Fasilitator dan Narasumber
15.00 - 17.00	120'	Diskusi pembuatan paparan: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. hasil visitasi/kunjungan</li> <li>2. rekomendasi prosedur PPI</li> <li>3. alur mekanisme rujukan pasien TBC</li> </ol>	Fasilitator dan Narasumber
<b>HARI 3</b>			
09.00 – 10.30	90'	Penyampaian paparan hasil workshop PPI: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil visitasi/kunjungan ruangan dan hasil pengukuran ACH, RH, Temperatur, dan kualitas udara dalam ruangan</li> <li>2. Rekomendasi Prosedur PPI yang akan diimplementasikan di setting lokasi</li> <li>3. Alur mekanisme rujukan pasien TBC</li> </ol>	Narasumber dan Fasilitator
10.30 - 12.00	90'	Diskusi lanjutan dan <i>feedback</i> prosedur pengendalian dan pencegahan penularan TBC yang berkaitan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kewaspadaan berbasis transmisi di tempat kerja</li> <li>- Pengendalian lingkungan</li> <li>- Pengendalian APD</li> </ul> <p>Kesimpulan akhir Prosedur Pencegahan dan Pengendalian Penularan TBC</p>	Fasilitator
12.00 – 12.30	30'	Penutupan	Fasilitator

Daftar Provinsi wilayah kerja implementasi model PPI - 100 titik (Kabupaten/Kota).

PROVINSI/KOTA/KABUPATEN		Total 100 Kab-Kota	20 Kab-Kota Uji Coba	80 Kab-Kota - Implementasi
<b>SUMATERA UTARA</b>		<b>8</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
1	Asahan			
2	Deli Serdang	1		1
3	Karo	1		1
4	Kota Binjai	1		1
5	Kota Medan	1		1
6	Kota Padangsidempuan			
7	Kota Pematang Siantar	1	1	
8	Labuhan Batu	1		1
9	Langkat	1	1	
10	Simalungun	1		1
<b>KEPRI</b>		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
1	Karimun			
2	Kota Tanjung Pinang			
3	Kota Batam	1		1
<b>SUMATERA SELATAN</b>		<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1	Banyu Asin	1		1
2	Kota Prabumulih	1	1	
3	Kota Palembang	1		1
4	Muara Enim	1		1
5	Ogan Ilir	1	1	
<b>BANGKA BELITUNG</b>		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
1	Bangka			
2	Kota Pangkal Pinang	1		1
<b>BENGKULU</b>		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
1	Kota Bengkulu	1		1
2	Rejang Lebong			
<b>LAMPUNG</b>		<b>9</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
1	Kota Bandar Lampung	1		1
2	Lampung Selatan	1		1
3	Lampung Tengah	1		1
4	Lampung Timur	1		1
5	Lampung Utara	1		1
6	Pesawaran	1	1	
7	Pringsewu	1		1

8	Tanggamus	1		1
9	Tulang bawang Barat	1	1	
	<b>BANTEN</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
1	Kota Cilegon	1		1
2	Kota Serang	1		1
3	Kota Tangerang			
4	Tangerang	1		1
5	Kota Tangerang Selatan			
6	Lebak	1		1
7	Serang	1		1
	<b>DKI JAKARTA</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
1	Kota Jakarta Barat	1		1
2	Kota Jakarta Pusat	1		1
3	Kota Jakarta Selatan	1		1
4	Kota Jakarta Timur	1		1
5	Kota Jakarta Utara	1		1
	<b>JAWA BARAT</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
1	Bandung	1		1
2	Bandung Barat	1		1
3	Bekasi			
4	Bogor			
5	Ciamis			
6	Cianjur			
7	Cirebon			
8	Garut			
9	Sumedang			
10	Indramayu			
11	Kota Cirebon			
12	Karawang	1		1
13	Kota Bandung			
14	Kota Bekasi			
15	Kota Bogor			
16	Kota Cimahi	1		1
17	Kota Depok			
18	Kota Tasikmalaya	1		1
19	Kota Sukabumi			
20	Sukabumi	1		1
21	Kuningan	1		1
22	Majalengka			
23	Purwakarta			

24	Subang	1		1
25	Tasikmalaya			
	<b>JAWA TENGAH</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>12</b>
1	Banjarnegara			
2	Kebumen	1		1
3	Banyumas	1	1	
4	Purbalingga			
5	Batang			
6	Blora			
7	Grobogan	1		1
8	Boyolali			
9	Klaten	1		1
10	Brebes	1	1	
11	Cilacap			
12	Demak	1		1
13	Kudus			
14	Jepara	1		1
15	Pati	1		1
16	Karanganyar			
17	Kendal	1		1
18	Pemalang	1		1
19	Kota Pekalongan			
20	Pekalongan	1		1
21	Kota Semarang	1		1
22	Semarang	1		1
23	Kota Surakarta			
24	Sragen			
25	Magelang			
26	Purworejo			
27	Sukoharjo			
28	Wonogiri			
29	Tegal	1		1
30	Temanggung			
31	Wonosobo			
	<b>DI YOGYAKARTA</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
1	Bantul			
2	Sleman			
3	Gunung Kidul			
4	Kota Yogyakarta	1		1
5	Kulon Progo	1		1

	<b>JAWA TIMUR</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>12</b>
1	Bangkalan	1		1
2	Banyuwangi			
3	Bojonegoro	1		1
4	Tuban			
5	Bondowoso			
6	Situbondo			
7	Gresik	1		1
8	Lamongan	1		1
9	Jember	1		1
10	Lumajang			
11	Jombang	1	1	
12	Mojokerto	1		1
13	Kediri			
14	Nganjuk			
15	Kota Malang			
16	Malang	1		1
17	Kota Surabaya	1		1
18	Sidoarjo			
19	Madiun			
20	Ponorogo			
21	Magetan			
22	Ngawi			
23	Pamekasan	1		1
24	Sampang	1		1
25	Pasuruan	1		1
26	Probolinggo	1	1	
27	Sumenep	1		1
28	Trenggalek			
29	Tulungagung			
	<b>BALI</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
1	Badung	1		1
2	Kota Denpasar	1		1
3	Buleleng			
4	Gianyar			
5	Tabanan			
	<b>NUSA TENGGARA BARAT</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
1	Bima	1		1
2	Kota Mataram	1		1
3	Lombok Barat			



4	Lombok Tengah			
5	Lombok Timur			
6	Sumbawa			
	<b>NUSA TENGGARA TIMUR</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
1	Kota Kupang			
2	Kupang	1		1
3	Sikka	1		1
4	Sumba Barat Daya	1	1	
5	Timor Tengah Selatan	1	1	
	<b>KALIMANTAN BARAT</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
1	Ketapang			
2	Kota Pontianak	1		1
3	Kota Singkawang	1	1	
4	Kubu Raya			
5	Mempawah	1	1	
6	Sanggau	1		1
7	Sintang			
	<b>KALIMANTAN TENGAH</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
1	Kota Palangka Raya	1		1
2	Kotawaringin Timur			
	<b>KALIMANTAN TIMUR</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
1	Kota Balikpapan	1		1
2	Kota Samarinda			
3	Kutai Timur			
	<b>SULAWESI UTARA</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
1	Kota Bitung	1	1	
2	Kota Manado	1	1	
	<b>SULAWESI SELATAN</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
1	Bone			
2	Bulukumba			
3	Gowa	1	1	
4	Kota Makassar	1		1
5	Jeneponto	1		1
6	Maros	1		1
7	Pinrang	1	1	
8	Sidenreng Rappang	1		1
9	Wajo	1		1
	<b>SULAWESI TENGGARA</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
1	Kota Kendari	1	1	
2	Muna	1	1	

	<b>JAMBI</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
1	Kota Jambi	1		1
	<b>PAPUA BARAT</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
1	Kota Sorong	1		1
		<b>100</b>	<b>20</b>	<b>80</b>

## Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Berdasarkan Global TB Report (2022), angka estimasi kasus TB di Indonesia sebesar 969.000 dengan total kasus TB ternotifikasi sebesar 443.235

TBC merupakan salah satu penyakit yang ditularkan melalui udara (*airborne disease*) secara langsung dari pasien TBC ke orang sekitarnya. Paparan TBC dapat terjadi pada saat seseorang dengan penyakit TBC paru sedang batuk atau bersin. Dengan demikian perlu upaya untuk mencegah dan mengendalikan penularan infeksi penyakit TBC yang menular melalui udara baik di fasilitas kesehatan maupun dalam konteks masyarakat umum atau komunitas (*non-fasilitas kesehatan*). Pencegahan dan pengendalian infeksi pada fasilitas layanan kesehatan di Indonesia sudah diatur dalam Peraturan Menteri kesehatan nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan. Selain pada fasilitas kesehatan, kegiatan masyarakat di lingkungan interaksi sosial juga perlu memperhatikan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi, terutama untuk penyakit yang menular seperti TBC dan Covid-19. Pada tahun 2009, World Health Organization menerbitkan pedoman pengendalian infeksi untuk TBC pada berbagai setting, termasuk salah satunya berfokus pada *congregate settings*. *Congregate Setting* adalah suatu lingkungan dimana sejumlah orang bertemu dan berbagi ruangan sosial dalam jangka waktu tertentu. Beberapa contoh dari *congregate setting* yaitu sekolah, penitipan anak, tempat kerja, penjara, shelter (rumah singgah atau lokasi hunian pasca bencana), fasilitas rehabilitasi, asrama, dan lainnya. Situasi dalam *congregate setting* tersebut dapat meningkatkan risiko infeksi penyakit menular. Potensi dan peningkatan risiko penularan terjadi karena adanya kepadatan sosial sehingga penularan dapat mudah terjadi dan dari lokasi *congregate setting* tersebut dapat berpotensi menjadi penyebab penularan kepada kontak dekat atau orang satu rumah. WHO dalam panduannya membagi 2 jenis *congregate setting* menjadi 2 (dua) jenis; (1) jangka waktu lama, seperti penjara, asrama dan (2) jangka waktu pendek, seperti shelter, sekolah, dan tempat kerja. Dalam panduan tersebut, PPI TBC di fasilitas non-kesehatan lebih sederhana (tidak terlalu spesifik) dibandingkan dengan fasilitas kesehatan karena situasi yang bervariasi pada setiap jenis lokasi *congregate setting*, seperti faktor profil demografi dan durasi lama tinggal di lokasi tersebut.

Berdasarkan uraian yang telah disampaikan di atas, PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI telah mendampingi pelaksanaan Workshop PPI di 40 Kabupaten/Kota dengan setting lokasi berupa asrama (panti asuhan, panti rehabilitasi narkoba, seminari, novisiat, pesantren, asrama mahasiswa) dan tempat kerja (pabrik dan kantor). Hasil dari pelaksanaan Workshop PPI adalah rekomendasi perbaikan yang disusun dalam Dokumen Panduan Pelaksanaan PPI TBC untuk diimplementasikan di setting lokasi. Dokumen Panduan Pelaksanaan PPI di *congregate setting* ini disusun oleh Tenaga Ahli di bidang PPI bersama Tim PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI setelah mengumpulkan data dari hasil observasi di 14 Kabupaten/Kota yang dilakukan uji coba selama bulan Oktober-Desember 2022. Kunjungan uji coba dilakukan di lokasi (1) Rumah Singgah Pasien TBC RO, RS Paru Goenawan Cisarua, (2) PTPN VIII Gunung Mas, (3) Pesantren Islamic Center Muhammadiyah (ICM)

Cipanas, (4) kunjungan ke tempat kerja pabrik H&M Cicurug Sukabumi dan (5) kunjungan ke Frateran Lokasi di Seminari Tinggi KAJ Yohanes Paulus.

Setelah hasil observasi dilakukan dan penulisan draft panduan dilanjutkan dengan pertemuan beberapa pihak yakni kementerian Kesehatan, WHO dan mitra TBC. Pertemuan dengan para pihak tersebut bertujuan untuk mendapatkan input dan usulan perbaikan terhadap draft panduan yang telah disusun. Dalam dokumen panduan PPI secara umum terdiri dari (1) PPI TBC di Lembaga Masyarakat (Lapas) dan Rumah Tahanan (Rutan) dengan memfokuskan pada pelaksanaan kewaspadaan Isolasi, (2) PPI TBC di sekolah berasrama dengan memfokuskan pada upaya membatasi penularan TBC di sekolah berasrama (3) PPI TBC di tempat kerja dengan memfokuskan kewaspadaan isolasi. Dokumen PPI TBC yang sudah dikembangkan akan menjadi panduan dan referensi oleh staf program di Kabupaten/Kota dalam melakukan *workshop* dengan pihak rutan/lapas, sekolah berasrama dan tempat kerja dalam upaya preventif penularan TBC di wilayah tersebut sekaligus memberikan pemahaman tentang isi dokumen panduan PPI TBC. Kegiatan *workshop* implementasi PPI TBC yang dirancang oleh PR Komunitas sudah terlaksana pada 14 titik kabupaten/kota uji coba panduan PPI di tahun 2022 dan akan diteruskan kembali pada tahun 2023 ini di 6 titik kab/kota uji coba lainnya serta 80 titik kabupaten/kota lokasi ekspansi wilayah PPI sehingga secara total hingga 2023 terdapat 100 titik Kabupaten/Kota yang akan menjadi model pelaksanaan PPI TBC di *congregate settings*.

Dalam rangka pemantauan dan evaluasi implementasi PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate setting* pada 20 lokasi model uji coba dan 80 lokasi ekspansi pelaksanaan PPI, maka Tim PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI perlu melakukan supervisi pada lokasi implementasi PPI tersebut untuk memastikan implementasi sesuai dengan panduan PPI yang telah dikembangkan, serta mengidentifikasi tantangan dan pembelajaran baik dari implementasi PPI yang telah berjalan di lokasi masing-masing. Untuk memastikan implementasi 3 pilar PPI (pengendalian administratif, pengendalian lingkungan, dan pengendalian APD) TBC di lokasi *congregate settings* benar-benar berjalan, maka PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI akan melakukan kegiatan supervisi dengan sasaran 23 kabupaten/kota (perwakilan dari setiap SR Provinsi) pada tahun 2023. Adapun supervisi implementasi PPI di *congregate setting* akan dilaksanakan sepanjang tahun 2023 dengan pembagian 9 kabupaten/kota di Semester 1 dan 14 kabupaten/Kota di Semester 2. Serta didukung oleh Tenaga Ahli yang telah ikut bergabung turun saat pelaksanaan *workshop* implementasi dan uji coba panduan PPI pada tahun 2022 lalu. Kegiatan supervisi PPI ini dilaksanakan dalam kurun waktu minimal 6 bulan pasca kegiatan *Workshop* PPI TBC terlaksana.

### **Tujuan Kegiatan**

Supervisi Implementasi PPI TBC di *congregate setting* dilaksanakan dengan tujuan sebagai berikut:

1. Melakukan penilaian kembali aspek yang tertulis dalam rekomendasi yang disepakati saat *Workshop* PPI
2. Identifikasi pelaksanaan 3 pilar PPI TBC (pengendalian administratif, pengendalian APD, dan pengendalian lingkungan) di *setting* lokasi.
3. Menyusun rekomendasi dan perbaikan dari hasil diskusi PPI TBC.
4. Melaksanakan ACF dengan skrining melalui *community outreach* dengan Budget Line 3.

## **Persiapan Supervisi Implementasi PPI TBC di *Congregate Settings*.**

### **Persiapan Supervisi Implementasi PPI tingkat PR**

1. Mempersiapkan tim yang akan menjadi fasilitator dalam supervisi Implementasi PPI TBC di *congregate setting*.
2. Pertemuan bersama PR-SR-SSR terkait panduan supervisi -Implementasi PPI TBC di *congregate setting* dan mempersiapkan kebutuhan fasilitas di tingkat Kabupaten/Kota secara *hybrid*.
3. Menyusun pembagian wilayah kunjungan untuk fasilitator nasional (Tenaga Ahli) yang akan turun ke lapangan untuk kegiatan evaluasi.
4. Menyiapkan alat pengukur ACH (*vaneometer, air quality detector, dan ducameter*).
5. Menyusun daftar hasil rekomendasi terakhir dari setiap *settings* lokasi berdasarkan kegiatan *workshop* PPI TBC serta membuat ceklist *progress* dan tindak lanjut.

### **Persiapan Supervisi Implementasi PPI tingkat SR-SSR**

1. SR dan SSR melakukan audiensi dan kesediaan terkait rencana supervisi Implementasi PPI TBC dengan pihak *setting* lokasi yang ditentukan.
2. Mengonfirmasi jadwal pertemuan supervisi implementasi PPI TBC yang disusun oleh PR.
3. SR/SSR mengundang pihak eksternal yang menjadi peserta dalam *Workshop* PPI TBC (perwakilan dari Dinas terkait seperti Dinas Kesehatan/Dinas Pendidikan/Dinas Sosial//Dinas Ketenagakerjaan/Departemen Agama/Wasnaker)
4. Menyiapkan kader yang akan melakukan *community outreach* dan skrining TBC di *setting* lokasi.
5. Menyiapkan alat pengukur ACH (*vaneometer, air quality detector, dan ducameter*)
6. Menyiapkan proyektor untuk media paparan.
7. Menyediakan media KIE untuk peserta Supervisi Implementasi PPI TBC.

## **Waktu Pelaksanaan**

Supervisi Implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC dan Covid-19 untuk Fasilitas Non-Kesehatan atau di *Congregate Setting* dilaksanakan satu kali per tahun pada Semester 1 dan 2 2023. Masing-masing dilakukan selama 2 hari pelaksanaan.

## **Pelaksana Kegiatan**

1. Supervisi Implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC dan Covid-19 untuk Fasilitas Non-Kesehatan atau di *Congregate Setting* dilaksanakan oleh SSR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI di masing-masing kabupaten/kota atau bersama dengan SR provinsi yang berada pada wilayah kabupaten/kota implementasi yang sama.
2. Pelaksana kegiatan supervisi sebanyak 2-4 orang sesuai kebutuhan untuk melihat lokasi *setting*.

## **Target Pelaksanaan Supervisi**

Target pelaksanaan kegiatan Supervisi Implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC dan Covid-19 untuk Fasilitas Non-Kesehatan atau di *Congregate Setting* sebagai berikut:

1. **Supervisi -1, Triwulan-2 2023**  
Institusi dari 14 titik lokasi implementasi model PPI
2. **Supervisi -2, Triwulan-4 2023**  
Institusi dari 86 titik lokasi ekspansi implementasi PPI

## Deskripsi Kegiatan

Kegiatan Supervisi Implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC dan Covid-19 untuk Fasilitas Non-Kesehatan atau di Congregate Setting dilaksanakan secara luring/tatap muka (*offline*). Supervisi dilaksanakan oleh Tim SSR Kabupaten/Kota sesuai dengan titik lokasi implementasi PPI, atau dapat juga dilaksanakan bersama dengan SR provinsi yang berada pada lokasi yang sama dengan total pelaksana supervisi sebanyak 4 orang per kegiatan. Kegiatan supervisi dilakukan pada Triwulan-2 tahun 2023 (target 14 titik model uji coba) dan Triwulan-4 tahun 2023 (target 86 titik ekspansi), masing-masing sebanyak satu kali kegiatan, dengan durasi pelaksanaan setiap kegiatan supervisi yaitu sebanyak 2 hari.

## Peserta

Peserta kegiatan supervisi implementasi PPI TBC terdiri dari:

- Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota : 1 orang
- Dinas terkait (Dinas Pendidikan/Dinas Sosial/Dinas Ketenagakerjaan/Wasnaker/Departemen Agama) : 1 orang
- Perwakilan Puskesmas terdekat : 1 orang
- Perwakilan setting lokasi : 3 orang
- Program Staf SSR/IU : 1 orang
- Staf finance SSR/IU : 1 orang
- Perwakilan kader : 1 orang
- Perwakilan RS/RSUD IPCN : 1 orang

#Kebutuhan dapat disesuaikan dengan budget tersedia.

## Metode

Kegiatan supervisi implementasi PPI TBC dilakukan dengan menggunakan metode:

1. Paparan dan tanya jawab
2. Diskusi terarah dan kunjungan ruangan di *setting* lokasi.
3. Skrining TBC anggota *setting* lokasi dan sekitarnya

## Struktur Pembiayaan

Alokasi pembiayaan untuk mendukung terlaksananya kegiatan supervisi implementasi PPI dapat dilihat pada POA 2023

## Keluaran yang Diharapkan

1. Identifikasi progress tindak lanjut rekomendasi hasil *Workshop* Implementasi PPI TBC.
2. Hasil kesepakatan untuk melaksanakan 3 pilar PPI TBC di *congregate setting*.
3. Tersedianya mekanisme monitoring pelaksanaan PPI TBC di *congregate setting*.

## Laporan

Laporan kegiatan dan keuangan sesuai dengan aturan PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI yang berlaku.

## SUSUNAN KEGIATAN SUPERVISI WORKSHOP IMPLEMENTASI PPI TBC.

Waktu	Durasi	Kegiatan	Narasumber/ Fasilitator
<b>HARI 1</b>			
10.00 – 10.15	15'	Pembukaan	SR/SSR
10.15 – 10.30	15'	Perkenalan dan informasi tujuan pertemuan	Fasilitator
10.30 – 11.30	60'	Paparan Rekomendasi PPI TBC yang disepakati saat Workshop PPI	Fasilitator
11.30 – 12.00	30'	Diskusi dan Tanya Jawab	Peserta
12.00 – 13.00	60'	ISHOMA	Seluruh Peserta
13.00 – 14.30	90'	Diskusi dan curah pendapat Menggali progress tindak lanjut pelaksanaan 3 pilar PPI TBC berdasarkan hasil workshop: 1. pengendalian administratif 2. pengendalian APD 3. pengendalian lingkungan	Fasilitator
14.30 – 16.00	90'	1. Visitasi/kunjungan semua ruangan di setting lokasi (memastikan ceklis progress tindak lanjut dari hasil diskusi sebelumnya) 2. Mengukur ACH, RH, Temperatur, dan kualitas udara dalam ruangan	Fasilitator
16.00 – 17.00	60'	Diskusi persiapan pelaksanaan <i>community outreach</i> dan skrining TBC	SSR
<b>HARI 2</b>			
09.00 – 12.00	360'	Pelaksanaan <i>community outreach</i> kolaborasi tim komunitas, kader, tim Puskesmas, Dinkes 1. Sosialisasi/penyuluhan TBC 2. Skrining gejala dan faktor risiko TBC 3. <i>Role play</i> PPI TBC: <i>hand hygiene</i> , penggunaan masker, etika batuk	Fasilitator, PJ TB PKM, Perwakilan Dinas Kesehatan, kader
12.00 – 13.00	60'	ISHOMA	Peserta
13.00 – 14.30	90'	Paparan Wrap Up hasil Supervisi PPI (diskusi dan visitasi ruangan)	Fasilitator
14.30 – 16.00	90'	1. Usulan monitoring lintas sektor 2. Kesepakatan Rekomendasi/Rencana Tindak Lanjut implementasi 3 pilar PPI TBC	Fasilitator
16.00 – 16.30	30'	Penutupan	