



Stop TB Partnership
TB REACH



Laporan Penelitian Operasional

Kelayakan Integrasi Penemuan Kasus TB Secara Aktif pada kelompok Populasi Kunci ke dalam Kegiatan Outreach Program HIV

Kerjasama

Direktorat Pemberantasan Penyakit Menular (P2M),
Direktorat Jendral PP&PL, Kementerian Kesehatan RI

dan

Pusat Penelitian HIV & AIDS (PPH)
Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya

November 2015

Pusat Penelitian HIV & AIDS Unika Atma Jaya
Jl. Jenderal Sudirman 51 Jakarta
Telp/Fax: (021) 57854227
Website: [www. arc-atmajaya.org](http://www.arc-atmajaya.org)
Email: pph.atmajaya@gmail.com

Laporan Penelitian Operasional: Kelayakan Integrasi Penemuan Kasus TB Secara Aktif pada kelompok Populasi Kunci ke dalam Kegiatan Outreach Program HIV

© PPH Unika Atma Jaya

Penyusun

Gracia Simanullang
Theresia Arum
Yakub Gunawan
Ignatius Praptoraharjo
Husen Basalamah

Disusun dengan dukungan Proyek TB REACH Wave 4, Kementerian Kesehatan melalui PPH Unika Atma Jaya Jakarta.

Laporan ini bisa dikutip, disalin, dan digandakan dengan menyebutkan sumbernya dan dipergunakan untuk kepentingan pendidikan masyarakat, bukan untuk kepentingan komersial.

Sitasi yang disarankan:

Simanullang, Gracia, Theresia Arum, Yakub Gunawan, Ignatius Praptoraharjo, Husen Basalamah (2015), *Laporan Penelitian Operasional: Kelayakan Integrasi Penemuan Kasus TB Secara Aktif pada kelompok Populasi Kunci ke dalam Kegiatan Outreach Program HIV*, Jakarta, PPH Unika Atma Jaya

Daftar Isi

| | |
|---|----|
| Daftar Singkatan..... | 5 |
| Bab I. Pendahuluan | 6 |
| A. Latar belakang | 6 |
| B. Tujuan | 8 |
| C. Hasil yang diharapkan | 9 |
| D. Metode penelitian | 9 |
| 1. Lokasi Penelitian..... | 9 |
| 2. Desain Penelitian | 11 |
| 3. Tahapan Penelitian | 11 |
| 4. Waktu Penelitian | 15 |
| 5. Pengumpulan Data | 15 |
| 6. Etika Penelitian | 17 |
| E. Sistematika Laporan | 17 |
| Bab II. Deskripsi TB Reach Wave 4 dan Penjajakan Situasi Kegiatan Outreach dalam Pnemuan Kasus TB | 19 |
| A. Gambaran TB Reach Wave 4 | 19 |
| B. Penjajakan Situasi Kegiatan Outreach dalam Pnemuan Kasus TB..... | 24 |
| 1. Tujuan Kajian Penjajakan | 25 |
| 2. Metode Kajian Penjajakan | 26 |
| 3. Hasil Kajian Penjajakan | 30 |
| (a) Permasalahan dan Layanan TB | 30 |
| (b) Kegiatan Outreach..... | 34 |
| Bab III. Disain, Pelaksanaan dan Evaluasi Intervensi | 39 |
| A. Pengantar | 39 |
| B. Permasalahan Strategis dalam Prosedur Penjangkauan Kasus TB Aktif di Populasi Kunci | 39 |
| C. Disain Intervensi Penguatan Kapasitas Petugas Penjangkau | 42 |
| D. Pelaksanaan Intervensi: Pelatihan Petugas Penjangkau dan Penyedia Layanan..... | 44 |
| E. Monitoring Intervensi | 55 |
| F. Evaluasi Intervensi..... | 58 |
| Tujuan Evaluasi..... | 58 |
| Disain Evaluasi..... | 58 |
| Pengumpulan Data..... | 60 |
| Analisis Data..... | 61 |

| | |
|--|----|
| Hasil Evaluasi..... | 62 |
| Bab IV. Pembahasan dan Kesimpulan | 73 |
| A. Pengantar | 73 |
| B. Pembahasan | 73 |
| C. Keterbatasan Penelitian | 75 |
| D. Kesimpulan | 77 |
| E. Rekomendasi | 79 |
| Daftar Pustaka | 81 |
| Lampiran-lampiran: | 82 |
| Lampiran 1: Panduan Wawancara dengan Pemangku Kepentingan dan Penyedia Layanan | 82 |
| Lampiran 2: Panduan Wawancara dengan Manajer Program | 85 |
| Lampiran 3: Panduan Wawancara dengan Petugas Outreach..... | 89 |
| Lampiran 4: Panduan FGD Populasi Kunci | 92 |
| Lampiran 5: Panduan Pelaksanaan Monitoring | 94 |
| Lampiran 6: Panduan Pelaksanaan Evaluasi | 95 |
| Lampiran 7: Evaluasi Pelatihan | 96 |

Daftar Singkatan

| | |
|------|---|
| AIDS | <i>Acquired Immuno Disease Syndrome</i> |
| ART | <i>Anti Retro Viral Teraphy</i> |
| ARV | <i>Anti Retro Viral</i> |
| COC | <i>Continuum of Care</i> |
| CST | <i>Care Support and Treatment</i> |
| DOTS | <i>Directly Observed Therapy Short Course</i> |
| HIV | <i>Human Immuno Virus</i> |
| IMS | Infeksi Menular Seksual |
| IO | Infeksi Oportunistik |
| KDS | Kelompok Dukungan Sebaya |
| KIE | Kampanye, Informasi dan Edukasi |
| KPA | Komisi Penanggulangan AIDS |
| LKB | Layanan Komprehensif HIV–IMS Berkesinambungan |
| LSL | Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki lain |
| LSM | Lembaga Swadaya Masyarakat |
| ODHA | Orang dengan HIV dan AIDS |
| P2M | Pengendalian Penyakit Menular |
| P2PL | Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dan Lingkungan |
| PA | Pengelola Administrasi |
| PDP | Perawatan Dukungan Pengobatan |
| PIKM | Pusat Informasi Kesehatan Masyarakat |
| PITC | <i>Provider Initiative Test and Conseling</i> |
| PMO | <i>Pendamping Minum Obat</i> |
| PMTS | Pencegahan Menular melalui Transmisi Seksual |
| PTRM | Program Terapi Rumatan Metadon |
| PP | Pengelola Program |
| PP | Peraturan Pemerintah |
| PPIA | Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak |
| PTRM | Program Terapi Rumatan Metadon |
| RR | <i>Report and Recording</i> |
| RSUD | Rumah Sakit Umum Daerah |
| SDM | Sumber Daya Manusia |
| SIHA | Sistem Informasi HIV dan AIDS |
| SUFA | <i>Strategic Use for ARV Acceleration</i> |
| TB | <i>Tuberculosis</i> |
| VCT | <i>Voluntary Conseling and Test</i> |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |

Bab I. Pendahuluan

A. Latar belakang

Secara global TB merupakan penyebab kematian yang utama dan masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat yang tidak kunjung tuntas di negara-negara berkembang (WHO, 2013). Meski sudah ada upaya untuk meningkatkan penyediaan layanan kesehatan untuk TB yang meluas dan berupaya untuk membuka berbagai hambatan bagi masyarakat untuk mengakses layanan tersebut tetapi pada kenyataannya masih banyak orang yang tidak terdeteksi, tidak terdiagnosis, tidak memperoleh perawatan secara paripurna atau bahkan angka kematian yang disebabkan oleh TB hingga 1,6 juta pertahun (WHO, 2008). Meski sudah ada program DOTS yang diperkenalkan sejak tahun 1995, di Indonesia hingga saat ini kematian yang diakibatkan oleh TB masih berkisar 64,000 orang per tahun, prevalensi TB berkisar 680,00 orang dan kasus TB baru berkisar 460,000 orang (WHO, 2014).

Situasi ini telah mendorong pengembangan strategi untuk menurunkan beban TB di berbagai negara. Stp TB Partnership yang juga telah diadopsi oleh Program TB Nasional telah mengembangkan 6 strategi dalam untuk mencapai tujuan tersebut yaitu: (1) penguatan dan perluasan kualitas DOTS, (2) menyikapi Multi Drug Resistant TB (MDRTB), TB-HIV dan tantangan lainnya; (3) penguatan sistem kesehatan, (4) melibatkan semua penyedia layanan kesehatan; (5) memberdayakan masyarakat; dan (6) mendorong penelitian (WHO, 2006; Kemenkes 2006). Berbagai strategi ini pada dasarnya menggarisbawahi pentingnya upaya untuk menemukan kasus TB secara aktif. Upaya penemuan kasus secara aktif ini diharapkan bisa melengkapi penemuan kasus pasif (*passive case-finding*). Upaya ini dimaksudkan untuk menjamin bahwa orang-orang dengan TB aktif bisa dideteksi sedini mungkin agar bisa mengurangi tingkat penularan TB dan bisa menghindari dampak yang lebih buruk dari penyakit ini baik dari sisi klinis, ekonomi dan sosial.

Salah satu bentuk implementasi dari strategi tersebut adalah dengan dikembangkannya program Kolaborasi TB-HIV yang dimulai pada tahun 2007 dimana TB merupakan penyakit

penyerta (co-infeksi) utama pada orang-orang TB. Diperkirakan kematian yang diakibatkan TB pada orang dengan HIV positif adalah sebanyak 1,500 orang per tahun dengan insidensi diperkirakan sebanyak 7,100 pada tahun 2012 (WHO, 2014). Kegiatan kolaborasi TB-HIV saat ini lebih berfokus pada penemuan kasus HIV pada pasien TB atau sebaliknya penemuan kasus TB pada pasien HIV positif baik di klinik TB atau klinik HIV. Strategi penemuan kasus secara aktif pada dasarnya masih sangat lemah karena strategi yang ada masih mencerminkan penemuan kasus TB pasif. Masih sedikit kegiatan penemuan kasus TB secara aktif dilakukan pada tingkat komunitas dari populasi yang terdampak oleh HIV seperti pekerja seks, waria, lelaki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL) atau pengguna napza suntik (penasun) hingga saat ini, kecuali bagi warga binaan di lembaga pemasyarakatan atau rumah tahanan.

Upaya Kementerian Kesehatan untuk memulai penemuan kasus TB secara aktif di tingkat komunitas populasi kunci yang terdampak oleh HIV dan AIDS adalah dengan mengembangkan proyek TB REACH dimana tujuannya adalah meningkatkan penemuan kasus TB pada populasi kunci dan mendukung upaya akselerasi testing HIV dan inisiasi dini ARV. Satu kegiatan yang akan dilaksanakan oleh proyek ini adalah mengintegrasikan upaya penemuan kasus TB secara aktif ke dalam kegiatan *outreach* (penjangkauan dan pendampingan) pada populasi kunci dalam penanggulangan HIV dan AIDS khususnya kelompok waria, pekerja seks dan pengguna napza suntik (penasun) di 23 kabupaten/kota dari 4 provinsi (Jawa Barat, Banten, DKI Jakarta dan Papua). Beberapa alasan mengapa populasi kunci dalam penanggulangan AIDS ini dijadikan sasaran dalam penemuan kasus TB aktif karena adanya beberapa pertimbangan yaitu:

- Prevalensi HIV populasi kunci yang tinggi mengakibatkan kelompok ini rentan terhadap TB sehingga TB menjadi infeksi penyerta yang paling banyak pada orang dengan HIV positif.
- Secara khusus, pengguna napza suntik merupakan kelompok dengan angka kesakitan dan angka kematian akibat TB yang tinggi
- Mayoritas populasi kunci diperiksa TB ketika status mereka sudah HIV positif sehingga berakibat pada terlambatnya perawatan

- Kelompok marginal sering mendapat stigma social karena latar belakang perilakunya sehingga cenderung untuk tidak mencari bantuan dan layanan kesehatan meskipun telah tersedia di masyarakat termasuk layanan HIV dan TB

Model penemuan kasus TB secara aktif pada populasi kunci ini di Indonesia ini pada dasarnya merupakan upaya pertama yang akan dilakukan di Indonesia yang belum diketahui tingkat efektivitasnya pada tingkat operasionalnya. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan bermaksud untuk melakukan penelitian operasional untuk mengukur tingkat kelayakan, penerimaan dan efektivitas model ini di beberapa kabupaten/kota yang menjadi lokasi dari proyek TB Reach. Penelitian ini perlu dilakukan karena adanya kenyataan bahwa pada satu sisi permodelan tentang penemuan kasus TB secara aktif telah bisa dilakukan (*feasible*) pada kelompok berisiko dan menjanjikan hasil akhir yang efektif (Ahmad, Mahendradhata, Cunningham, Utarini, & de Vlas, 2009; WHO 2013) tetapi pada sisi lain ada kajian sistematis tentang *community screening* yang menunjukkan bahwa manfaat yang belum cukup meyakinkan (Kranzer et al, 2013).

Untuk itu, penelitian operasional ini mencoba untuk menjawab beberapa pertanyaan penting terkait dengan pelaksanaan kegiatan integrasi penemuan kasus TB secara aktif ke dalam kegiatan outreach pada populasi kunci dalam penanggulangan HIV dan AIDS yaitu:

- a. Apakah integrasi penemuan kasus TB secara aktif ke dalam kegiatan outreach mampu meningkatkan kasus TB yang terdeteksi pada populasi yang target proyek ini?
- b. Seberapa tinggi beban penyakit TB pada populasi kunci yang menjadi target dalam proyek ini?
- c. Apa hambatan dan faktor pendukung di dalam melaksanakan integrasi penemuan kasus TB secara aktif ke dalam kegiatan outreach pada populasi kunci?

B. Tujuan

1. Menilai feasibilitas dan efektivitas upaya integrasi kegiatan penemuan kasus TB secara aktif ke dalam kegiatan outreach pada populasi kunci program HIV (Waria,

- Pekerja Seks Perempuan dan Penasun) bisa meningkatkan kasus TB yang terdeteksi pada populasi tersebut?
2. Menilai beban penyakit TB kelompok Waria, Pekerja Seks Perempuan dan Penasun di daerah penelitian
 3. Mendokumentasikan berbagai faktor yang menghambat dan faktor yang memungkinkan kegiatan integrasi ini dilaksanakan termasuk mengidentifikasi bentuk-bentuk kemitraan antara LSM, fasilitas kesehatan/layanan, populasi kunci dan masyarakat
 4. Mengembangkan rekomendasi untuk memperkuat kebijakan kolaborasi TB-HIV ke depan.

C. Hasil yang diharapkan

Sebuah laporan penelitian dan rekomendasi bagi pengembangan integrasi layanan TB ke dalam kegiatan outreach yang akan mencakup beberapa topik sebagai berikut:

1. Efektivitas integrasi penemuan kasus TB aktif ke dalam program outreach AIDS berdasarkan:
2. Beban penyakit TB pada kelompok waria, pekerja seks perempuan dan penasun di daerah yang menjadi lokasi penelitian
3. Tantangan dan faktor pendukung dalam mengintegrasikan penemuan kasus atau aktivitas program TB ke dalam kegiatan outreach program HIV dan AIDS.
4. Bentuk kerja sama antara LSM, komunitas dan fasilitas kesehatan

D. Metode penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di empat kabupaten kota yang dipilih secara random dari 22 kabupaten/kota di tiga provinsi (Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat dan Banten) yang dipilih menjadi lokasi pengembangan intervensi. Pemilihan lokasi ini secara random dilakukan untuk mengurangi terjadinya bias yang mungkin muncul karena adanya subjektivitas peneliti dan sekaligus untuk menyesuaikan dengan tujuan penelitian yang diarahkan untuk menilai

efektivitas dari intervensi yang akan dilakukan agar bisa meminimalkan faktor-faktor kontekstual yang mungkin bisa secara dominan mempengaruhi hasil penilaian ini.

Lokasi Intervensi TB reach

| Provinsi | No | Kabupaten/Kota |
|--------------------|----|---------------------|
| DKI Jakarta | 1 | Jakarta Utara |
| | 2 | Jakarta Timur |
| | 3 | Jakarta Barat |
| | 4 | Jakarta Selatan |
| | 5 | Jakarta Pusat |
| Banten | 6 | Kota Cilegon |
| | 7 | Kabupaten Tangerang |
| Jawa Barat | 8 | Kota Bekasi |
| | 9 | Kabupaten Bekasi |
| | 10 | kabupaten Karawang |
| | 11 | Kabupaten Subang |
| | 12 | Kabupaten Indramayu |
| | 13 | Kabupaten Sumedang |
| | 14 | Kota Cirebon |
| | 15 | kabupeten Cirebon |
| | 16 | Kota Tasikmalaya |
| | 17 | Kota Bandung |
| | 18 | Kabupaten Bandung |
| | 19 | Kabupaten Cianjur |
| | 20 | Kota Bogor |
| | 21 | Kabupaten Bogor |
| | 22 | Kota Depok |

Berdasarkan pemilihan secara random menggunakan metode random yang disediakan oleh www.random.org diperoleh kabupaten/kota yang menjadi lokasi penelitian adalah: (1) Kota Jakarta Barat, (2) Kota Tasikmalaya, (3) Kabupaten Bogor dan (4) Kota Cilegon.

2. Desain Penelitian

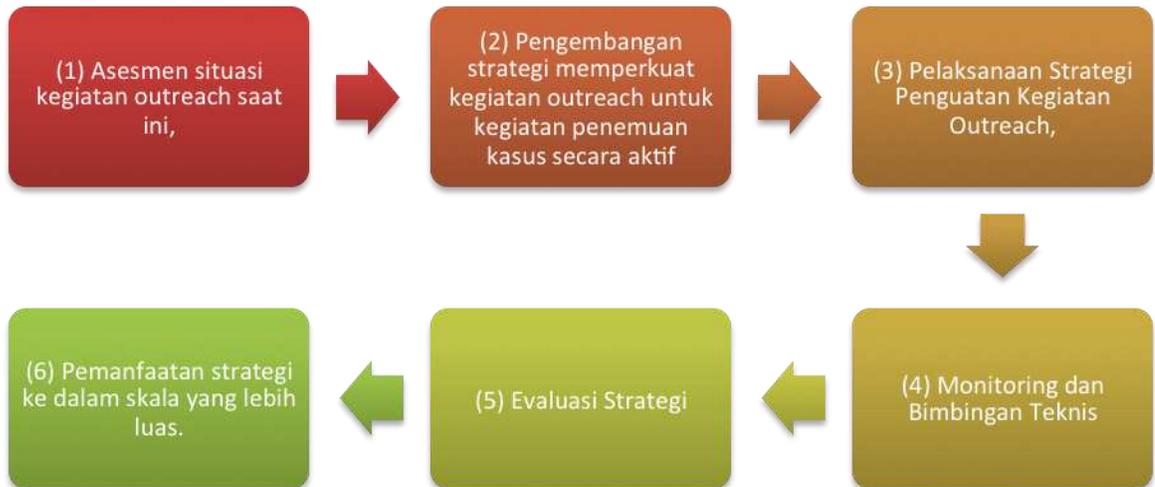
Penelitian ini menggunakan kerangka kerja penelitian operasional yang mengacu pada sejumlah kerangka yang dikembangkan oleh *Global Fund (2010)*, *Population Council (2000)* dan *Fisher et al (2002)*. Berbagai literatur telah mendefinisikan tentang penelitian operasional dengan perspektif yang berbeda-beda sesuai dengan latar belakang disiplin yang berbeda-beda pula. Berbagai definisi tersebut pada dasarnya menggambarkan penelitian operasional sebagai penelitian yang dilakukan untuk mengidentifikasi secara sistematis permasalahan dalam penyediaan layanan dan mencari berbagai penyelesaian yang potensial sehingga membantu para pengambil keputusan untuk menyempurnakan atau meningkatkan efektivitas dan efisiensi dari program atau intervensi yang sedang dilakukan (Royston, 2011; Fisher et. al, 2002).

Sementara itu dari jenisnya, Population Council (2002) membedakannya menjadi tiga jenis yaitu (1) kajian diagnostik yang bertujuan untuk mendeteksi permasalahan dalam implementasi penyediaan layanan kesehatan, (2) kajian evaluatif yang diarahkan untuk menilai pelaksanaan dari sebuah program, dan (3) kajian intervensi yang bertujuan untuk menguji sebuah upaya penyempurnaan layanan yang secara spesifik diarahkan untuk menyelesaikan permasalahan tertentu. Merujuk pada desain penelitian operasional seperti di atas dan mempertimbangkan tujuan penelitian, maka penelitian ini merupakan penelitian operasional yang bersifat kajian evaluatif karena berupaya untuk melihat efektivitas integrasi penemuan secara aktif kasus TB pada populasi kunci ke dalam kegiatan outreach HIV dan AIDS.

3. Tahapan Penelitian

Sesuai dengan desain penelitian operasional seperti digambarkan di atas dan mengacu pada tahapan penelitian operasional pada umumnya, maka tahapan penelitian dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

Tahapan Penelitian



1. Asesmen situasi kegiatan outreach saat ini

Tahapan ini dimaksudkan untuk memperoleh gambaran tentang bentuk dan pendekatan kegiatan outreach program AIDS bagi populasi kunci di lokasi penelitian. Gambaran tentang kegiatan outreach ini akan diperoleh dari pengelola program, petugas outreach maupun dari pemanfaat program (populasi kunci). Bentuk dan pendekatan outreach ini akan dijadikan dasar untuk mengembangkan strategi integrasi program Tb ke dalam kegiatan outreach. Selain dengan wawancara dengan pihak-pihak terkait dengan outreach, akan dilakukan juga observasi lapangan bagaimana para petugas melakukan pendekatan, memberikan informasi dan dukungan layanan lebih lanjut. Data sekunder juga akan dicari dalam tahap ini untuk memperoleh gambaran kinerja outreach, situasi perilaku berisiko dan situasi permasalahan TB dan intervensi yang ada di wilayah tersebut. Asesmen awal ini juga akan mencakup pengumpulan data sekunder dari pelaksanaan program TB dan HIV di kabupaten/kota lain khususnya data cakupan layanan sebagai bahan perbandingan dalam evaluasi yang akan dilaksanakan.

2. Pengembangan strategi penguatan outreach untuk mendukung pelaksanaan program TB

Bersama dengan Kementerian Kesehatan sebagai pengelola program pada tingkat nasional, para peneliti akan mendiskusikan berbagai masalah utama di dalam pelayanan yang telah dikumpulkan melalui asesmen awal untuk dicari berbagai isu-isu strategis yang perlu direespon dalam melaksanakan integrasi program TB ke dalam kegiatan outreach. Disain penguatan intervensi ini akan diwujudkan dalam bentuk modul pelatihan yang berisi tentang strategi integrasi program TB ke dalam outreach yang akan dilatihkan pada petugas lapangan dari LSM yang terpilih. Pelatihan ini akan diatur oleh tim peneliti dengan konsultasi dengan Kementerian Kesehatan bagi setiap tim kabupaten/kota yang terpilih. Tim peneliti akan menjadi fasilitator di dalam pelatihan ini.

3. Melaksanakan Intervensi

Berdasarkan kesepakatan antara peneliti, Kementerian Kesehatan dan LSM terpilih yang ada di masing-masing lokasi penelitian maka kegiatan penemuan kasus TB secara aktif akan dilaksanakan oleh petugas lapangan dari LSM yang bekerja di wilayah penelitian berdasarkan metode yang telah diberikan dalam kegiatan pelatihan sebelumnya. Setiap petugas lapangan akan ditugaskan untuk melakukan outreach dengan memberikan informasi TB dan memberikan dorongan untuk melakukan pemeriksaan di fasilitas-fasilitas kesehatan yang telah ditentukan. Selain itu juga diharapkan mereka bisa memantau proses diagnosis lanjutan dan perawatan jika mereka diketahui positif TB. Sistem dokumentasi yang digunakan dalam kegiatan ini didasarkan pada sistem dokumentasi yang telah dikembangkan dalam program Kolaborasi TB-HIV.

4. Monitoring dan Bimbingan Teknis

Monitoring dan bimbingan teknis akan dilakukan secara berkala (2 bulan sekali) oleh tim peneliti. Fokus pada monitoring dan bimbingan teknis ini adalah untuk memastikan bahwa prosedur penguatan outreach ini bisa dilaksanakan oleh petugas lapangan dan sekaligus memberikan penguatan kapasitas untuk menyelesaikan permasalahan-

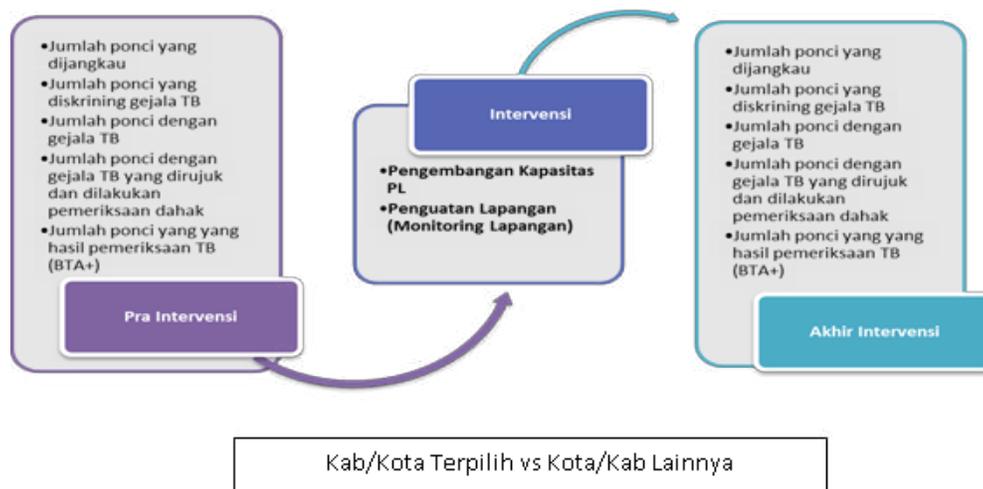
permasalahan lapangan yang mungkin muncul di dalam proses outreach. Kegiatan monitoring dan bimbingan teknis ini dilaksanakan hingga bulan Oktober 2015.

5. Evaluasi Intervensi

Untuk melihat perubahan yang diakibatkan oleh kegiatan integrasi penemuan kasus TB secara aktif ke dalam kegiatan outreach pada populasi kunci, maka evaluasi akan dilakukan dengan cara :

- Membandingkan situasi pelaksanaan program sebelum intervensi, selama intervensi dan sesudah bulan Oktober 2015 dari kabupaten/kota terpilih khususnya dalam hal aksesibilitas dan cakupan layanan TB dan HIV.
- Membandingkan situasi pelaksanaan program sebelum, selama dan sesudah bulan Oktober 2015 antara kabupaten/kota terpilih dengan kota/kabupaten lainnya dalam hal aksesibilitas dan cakupan layanan TB dan HIV.
- Melakukan survei kepuasan klien atas layanan yang diberikan oleh program outreach ini sebagai indikator terhadap penerimaan atas model integrasi penemuan kasus TB secara aktif ke dalam kegiatan outreach pada populasi kunci.
- Melakukan *focus group discussion* dengan para petugas lapangan, manajer program LSM, pengelola/penanggung jawab fasilitas kesehatan untuk TB dan HIV, Dinas Kesehatan dan KPAD untuk menggali secara kualitatif berbagai perubahan-perubahan yang mungkin terjadi karena adanya intervensi ini.

Secara sederhana, proses evaluasi bisa dilihat pada gambar di bawah ini.



Penggunaan dua pendekatan evaluasi ini diharapkan bisa lebih peka (sensitif) terhadap perubahan-perubahan yang mungkin ditimbulkan oleh penguatan intervensi ini.

6. Mengintegrasikan Intervensi ke dalam sistem pelayanan

Jika hasil dari evaluasi dari integrasi penemuan kasus TB ke dalam kegiatan outreach penanggulangan HIV dan AIDS pada populasi kunci memberikan perubahan-perubahan yang signifikan maka akan dikembangkan sebuah pedoman teknis pengintegrasikan penemuan kasus Tb secara aktif ke dalam kegiatan outreach. Diharapkan pedoman teknis ini bisa digunakan lebih luas di wilayah-wilayah lain yang melaksanakan program outreach pada populasi kunci di Indonesia. Namun demikian, jika integrasi ini tidak memiliki dampak yang signifikan maka pelaksanaan intervensi alternatif ini bisa menjadi pembelajaran dalam mengidentifikasi upaya lain untuk meningkatkan efektivitas penemuan kasus TB pada populasi kunci.

4. Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan mulai bulan Maret sampai dengan Oktober 2015. Jadwal proses Penelitian secara garis besar adalah sebagai berikut:

| Kegiatan | | Bulan | | | | | | | |
|----------|-------------------------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | Mar | Apr | Mei | Jun | Jul | Agt | Sep | Okt |
| 1 | Persiapan | X | X | | | | | | |
| 2 | Asesmen Awal | | | X | | | | | |
| 3 | Pengembangan Strategi | | | X | X | | | | |
| 3 | Implementasi | | | | X | X | X | X | |
| 4 | Monitoring & Bimbingan Teknis | | | | | | X | X | |
| 5 | Evaluasi | | | | | | | | X |
| 6 | Penyusunan Laporan | | | | | | | | X |

5. Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian operasional ini terdiri dari data primer dan data sekunder. Kegiatan pengumpulan data dilakukan dalam sepanjang proses penelitian ini yang

mencakup semua tahapan. Data primer akan dikumpulkan melalui wawancara dan *focus group discussion* (FGD) dengan semua pihak yang terkait dengan kegiatan integrasi ini. Sementara itu, data sekunder yang dikumpulkan berfokus pada kinerja layanan untuk program TB yang ada di semua daerah yang menjadi lokasi program (22 kabupaten/kota). Data tentang kinerja program terutama akan diperoleh dari data yang dikumpulkan oleh Kementerian Kesehatan untuk proyek ini. Kegiatan pengumpulan data bisa dilihat pada tabel di bawah ini:

Tahapan Penelitian, Metode pengumpulan data dan Topik Informasi

| No | Tahapan | Metode | Indikator/Topik | Sumber |
|---------------|--|--|--|--|
| 1 | Baseline Assessment | Wawancara | Format dan sistem outreach | PO, Program Manajer |
| | | | Pengetahuan dan ketrampilan PO tentang outreach dan populasi kunci | |
| | | | Model dan Manajemen Kerja PO | |
| | | FGD | Situasi TB dan HIV di wilayah penelitian | Puskesmas rujukan HIV dan TB, LSM, Dinas Kesehatan, Populasi Kunci, KPAD |
| | | | Situasi intervensi TB & HIV di wilayah penelitian | |
| | | | Jejaring kerja LSM, Fasyankes, KPA, Dinas Kesehatan | |
| | Persepsi Populasi Kunci terhadap isu TB dan layanan di wilayahnya | Populasi Kunci (Waria, Penasun dan Pekerja Seks) | | |
| Data Sekunder | Kinerja program HIV dan TB di wilayah penelitian: - Cakupan (termasuk rujukan) - Aksesibilitas | Laporan Kemkes untuk semua wilayah proyek | | |
| 2 | Pengembangan Strategi Integrasi | FGD | Materi dan pendekatan outreach untuk mengintegrasikan penemuan kasus TB secara aktif | LSM, Dinas Kesehatan, Kementerian Kesehatan |
| 3 | Implementasi | Survey | Kuesioner Pre & Post Pelatihan | PO |

| | | | | |
|---|-----------------------------|---------------|--|--|
| | | Data Sekunder | Kinerja kegiatan outreach - Cakupan (termasuk rujukan) - Aksesibilitas | PO/LSM, Puskesmas, Dinkes di wilayah penelitian |
| 4 | Monitoring & Bantuan Teknis | Observasi | Kegiatan PO dalam memberikan informasi tentang TB – HIV dan dukungan untuk mencari bantuan kesehatan | Lapangan di masing-masing wilayah penelitian |
| | | FGD | Identifikasi hambatan atau faktor pendukung pelaksanaan kegiatan outreach dan rujukan | PO/LSM, Puskesmas, Dinas Kesehatan |
| 5 | Evaluasi | FGD | Penerimaan terhadap model integrasi program TB ke dalam kegiatan outreach | PO/LSM, Puskesmas, Dinas Kesehatan, Populasi Kunci |
| | | Data Sekunder | Kinerja kegiatan outreach - Cakupan (termasuk rujukan) - Aksesibilitas | Laporan Kemkes untuk semua wilayah proyek |

6. Etika Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian operasional yang pada dasarnya menjadi bagian dari kegiatan keseharian yang dilakukan oleh pelaksana program sehingga bisa dikecualikan dari pengajuan persetujuan etik. Meskipun demikian, untuk memberikan perlindungan terhadap kesejahteraan para responden yang terlibat dalam penelitian ini, proposal penelitian ini diajukan ke Komisi Etik Universitas Atma Jaya Jakarta untuk memperoleh pengecualian (*exemption*) dari penilaian etik. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etika dari Komisi Etik Universitas Katolik Atma Jaya pada tanggal 27 April 2015. Dalam proses pengumpulan data, persetujuan individual dari kelompok sasaran untuk memberikan informasi yang relevan dengan tujuan penelitian ini juga akan diperoleh secara lisan.

E. Sistematika Laporan

Laporan ini terdiri dari empat bagian. Bagian I berupa Pendahuluan yang memaparkan tentang konsep dan tahapan penelitian operasional. Bab II memaparkan hasil peninjauan situasi

kegiatan outreach dalam penemuan kasus TB. Bab III menyajikan intervensi yang dilaksanakan untuk memperkuat kegiatan outreach. Bab ini akan dimulai dari penentuan permasalahan strategis dalam kegiatan penjangkauan yang ditemukan dalam tahap penjajakan, menentukan intervensi yang sesuai dengan permasalahan strategis yang disepakati dan proses pelaksanaan intervensi. Pada bagian akhir dari Bab III akan disajikan hasil evaluasi atas intervensi yang dilakukan dan mengidentifikasi berbagai faktor yang mungkin berpengaruh terhadap pelaksanaan intervensi. Bab IV memaparkan tentang bahasan atas hasil penelitian, kesimpulan dan rekomendasi.

Bab II. Deskripsi TB Reach Wave 4 dan Penjajakan Situasi Kegiatan Outreach dalam Penemuan Kasus TB

A. Gambaran TB Reach Wave 4

TB REACH adalah sebuah inisiatif khusus dari Sekretariat Stop TB Partnership yang berada di bawah naungan World Health Organization (WHO). TB REACH dilaksanakan dalam rangka memperkuat kolaborasi TB dengan HIV dengan cara peningkatan penemuan kasus TB secara aktif pada populasi kunci HIV. Tujuan Utama dari kegiatan ini adalah untuk meningkatkan penemuan dan pengobatan kasus TB di beberapa negara-negara terdampak, termasuk Indonesia. Tujuan lain dari program TB REACH ini adalah untuk mendukung upaya akselerasi testing HIV dan inisiasi dini ARV. Kegiatan ini merupakan bagian dari upaya pengendalian HIV dan IMS secara Nasional yang terintegrasi dalam dukungan pendanaan lain yang bersumber pada APBN dan APBD dan bantuan hibah. Implementasi TB REACH fokus pada layanan HIV AIDS dan IMS serta kegiatan komunitas.

TB REACH dilaksanakan sejak 1 Juni 2014 - 15 November 2015. Adapun populasi kunci yang menjadi target program adalah Wanita Pekerja Seks, Penasun dan Waria. Program ini dilaksanakan di 23 Kabupaten/Kota di 4 Propinsi (DKI Jakarta, Banten, Jawa Barat dan Papua).

Target populasi dalam TB REACH adalah populasi kunci yaitu kelompok Wanita Pekerja Seks, Waria dan Penasun. Populasi ini dipilih karena prevalensi penularan HIV yang masih tinggi menyebabkan kelompok ini rentan terhadap penularan TB. Selain itu kelompok ini merupakan kelompok marginal yang mendapatkan stigma sosial sehingga seringkali menghindari akses terhadap layanan kesehatan, termasuk layanan TB dan HIV. Kelompok penasun disasar karena merupakan kelompok dengan angka kesakitan dan angka kematian akibat TB yang semakin tinggi. Lebih lanjut, akses populasi kunci terhadap pemeriksaan dan diagnosis TB masih terbatas. Mayoritas populasi kunci diperiksa TB ketika status mereka sudah HIV positif.

Dalam kegiatan ini para penjangkau atau petugas outreach selain melakukan penjangkauan rutin untuk program penanggulangan HIV AIDS dan IMS dibekali pengetahuan terkait TB.

Dengan demikian para petugas penjangkau mampu menyampaikan informasi dasar tentang TB dan melakukan skrining gejala TB pada populasi kunci. Sedangkan pada klinik IMS, PTRM dan PDP akan dilakukan skrining gejala TB secara rutin.

Penguatan sistem dilakukan dengan cara penguatan jejaring internal maupun eksternal, meningkatkan retensi ARV dan OAT serta memperkuat sistem pencatatan pelaporan TB-HIV.

1. Intervensi Utama TB REACH Wave 4 di Indonesia

a) Penemuan kasus TB secara aktif pada populasi kunci oleh para penjangkau (*outreach worker*)

Kegiatan ini mencakup:

- i. Penyusunan KIE terkait kolaborasi TB-HIV
- ii. Workshop TB-HIV bagi 375 petugas penjangkau
- iii. Penemuan kasus TB dengan melakukan skrining gejala TB pada populasi kunci oleh petugas penjangkau
- iv. *Contact tracing/contact investigation*
- v. Memastikan pengobatan TB pada populasi kunci yang didiagnosi positif TB (*Optimum Treatment*)
- vi. Pertemuan koordinasi per-triwulan di tingkat Kota antara petugas penjangkau, layanan dan pengelola program TB-HIV

b) Mengintegrasikan skrining gejala TB di layanan IMS dan PTRM

Kegiatan ini mencakup:

- i. Workshop penguatan TB-HIV bagi dokter dan tenaga kesehatan lainnya dari layanan IMS dan PTRM
- ii. Skrining gejala TB pada populasi kunci yang datang ke klinik IMS dan PTRM, termasuk melakukan test HIV pada pasien TB
- iii. Pertemuan koordinasi internal terkait TB-HIV di tingkat fasyankes (klinik IMS, PTRM, dan klinik DOTS)

- c) Intensifikasi penemuan kasus TB pada ODHA di layanan ARV: upaya meningkatkan kualitas diagnosa dan pengobatan TB di layanan ARV

Kegiatan ini mencakup:

- i. Workshop penguatan TB-HIV bagi dokter dan tenaga kesehatan lainnya dari layanan ARV
- ii. Workshop pencatatan dan pelaporan TB-HIV bagi 60 petugas RR di layanan ARV
- iii. Skrining gejala TB pada ODHA yang berkunjung ke layanan ARV
- iv. Pertemuan koordinasi internal terkait TB-HIV di RS rujukan dan layanan ARV (dengan mengikutsertakan layanan IMS, PTRM dan DOTS)
- v. Pertemuan koordinasi eksternal terkait TB-HIV di layanan ARV

2. Kegiatan lain terkait TB REACH

Kegiatan lain yang terkait dengan program TB REACH antara lain:

- a) Pertemuan koordinasi di tingkat pusat antara NAP dan NTP, beserta mitra teknis yang mendukung program nasional
- b) Pertemuan koordinasi dan sosialisasi dengan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat, Banten, DKI Jakarta dan Papua
- c) Pertemuan monev di tingkat pusat (2x setahun dan paralel dengan pertemuan monev GF-AIDS)
- d) Bimbingan teknis Pusat ke Propinsi dan Kabupaten/Kota
- e) Riset Operasional
- f) Kunjungan monitoring dan evaluasi oleh *external reviewer* TB REACH

3. Tugas Pokok dan Fungsi dan Pencatatan yang dilakukan oleh Petugas Penjangkau

Tugas Pokok dan Fungsi Petugas Penjangkau:

- a) Memberikan edukasi dan informasi dasar tentang TB dan HIV
- b) Melakukan skrining gejala TB

- c) Merujuk populasi kunci dengan gejala TB
- d) Memastikan populasi kunci yang dirujuk sampai ke faskes yang dirujuk untuk diperiksa TB
- e) Melakukan pencatatan terkait penemuan terduga TB menggunakan formulir penjangkauan modifikasi
- f) Melakukan koordinasi dengan faskes mengenai keberhasilan rujukan populasi kunci
- g) Menjadi PMO jika dibutuhkan untuk memastikan pengobatan yang optimal

Pencatatan yang dilakukan oleh Petugas Penjangkau:

- a) Pencatatan terkait penemuan terduga TB menggunakan formulir penjangkauan (terlampir)
- b) Pencatatan rujukan ke layanan HIV maupun TB menggunakan formulir rujukan (terlampir)

Hal penting terkait formulir rujukan adalah:

- a) apabila hasil skrining gejala TB pada kelompok dampingan menunjukkan adanya gejala TB, maka petugas penjangkau menggunakan formulir rujukan untuk merujuk kelompok dampingan ke layanan DOTS.
- b) Lembar Tanda Bukti Merujuk (REF-01) sebaiknya disimpan oleh PL dan akan digunakan sebagai salah satu dokumen verifikasi pengecekan kegiatan.
- c) Lembar Surat Rujukan (REF-02) yang diserahkan oleh KD kepada Petugas DOTS akan disimpan oleh petugas tersebut sebagai bukti bahwa KD sudah mengakses layanan DOTS.

4. Laporan Bulanan dari LSM

Indikator laporan bulanan dari LSM:

- a) Jumlah populasi yang dijangkau selama bulan tersebut
- b) Jumlah populasi kunci yang diskriming gejala TB
- c) Jumlah populasi kunci yang mempunyai gejala TB

d) Jumlah populasi kunci dengan gejala TB yang dirujuk ke layanan DOTS

Hal penting terkait laporan bulanan dari LSM:

- a) Secara berkala PL menyerahkan Formulir Harian Penjangkauan kepada Petugas Data di tingkat SSR Kab/Kota untuk dilakukan rekap dan pembuatan laporan.
- b) Laporan tersebut dikumpulkan setiap bulan kepada Dinkes pada saat pertemuan koordinasi di tingkat Kabupaten/Kota.
- c) Laporan tersebut berguna sebagai salah satu bahan verifikasi untuk pembayaran insentif atas temuan kasus terduga TB yang ditulis dalam formulir TB o6

5. Tugas Pokok dan Fungsi dan Pencatatan yang dilakukan oleh Petugas Kesehatan di Klinik IMS dan PTRM

Tugas Pokok dan Fungsi Petugas Kesehatan:

- a) Melakukan skrining gejala TB pada pasien IMS dan pasien PTRM yang merupakan populasi kunci HIV negatif yang datang ke layanan
- b) Melakukan skrining gejala TB pada ODHA yang datang ke layanan IMS dan PTRM
- c) Merujuk ke layanan DOTS bila ada populasi kunci dengan gejala TB
- d) Memastikan terduga TB yang dirujuk sampai ke layanan DOTS untuk mendapat pemeriksaan dahak hingga penegakan diagnosis, dan mengetahui hasil pemeriksaan terduga TB
- e) Melakukan pencatatan terkait penemuan terduga TB (menggunakan formulir rujukan TB-HIV)
- f) Melakukan koordinasi dengan layanan DOTS, LSM dan Dinkes

6. Laporan Bulanan dari Layanan IMS dan PTRM

Indikator laporan bulanan dari IMS dan PTRM:

- a) Jumlah yang berkunjung ke layanan
- b) Jumlah yang diskriming gejala TB

- c) Jumlah terduga TB
- d) Jumlah terduga TB yang dirujuk ke layanan DOTS

7. Laporan Bulanan dari Layanan DOTS

Indikator laporan bulanan dari layanan DOTS:

- a) Jumlah rujukan yang datang ke layanan DOTS
- b) Jumlah rujukan yang ditegakkan menjadi terduga TB dan dilakukan pemeriksaan TB
- c) Jumlah rujukan yang didiagnosa TB (semua kasus)
- d) Jumlah rujukan yang didiagnosa TB BTA positif/ konfirmasi bakteriologis
- e) Jumlah rujukan dengan diagnosa TB (semua kasus) yang memulai pengobatan
- f) Jumlah rujukan dengan diagnosa TB BTA positif/ konfirmasi bakteriologis yang memulai pengobatan

B. Penjajakan Situasi Kegiatan Outreach dalam Pnemuan Kasus TB

Tahapan ini dimaksudkan untuk memperoleh gambaran tentang bentuk dan pendekatan kegiatan outreach program AIDS bagi populasi kunci di lokasi penelitian. Gambaran tentang kegiatan outreach ini akan diperoleh dari pengelola program, petugas outreach maupun dari penyedia layanan (fasyankes) dan pemanfaat program (populasi kunci). Bentuk dan pendekatan outreach ini akan dijadikan dasar untuk mengembangkan strategi integrasi program TB ke dalam kegiatan outreach. Selain dengan wawancara dengan pihak-pihak terkait dengan outreach, akan dilakukan juga obeservasi lapangan bagaimana para petugas melakukan pendekatan, memberikan informasi dan dukungan layanan lebih lanjut. Data sekunder juga akan dicari dalam tahap ini untuk memperoleh gambaran kinerja outreach, situasi perilaku berisiko dan situasi permasalahan TB dan intervensi yang ada di wilayah tersebut. Asesmen awal ini juga akan mencakup pengumpulan data sekunder dari pelaksanaan program TB dan HIV di kabupaten/kota lain khususnya data cakupan layanan sebagai bahan perbandingan dalam evaluasi yang akan dilaksanakan.

Tahap penjajakan ini merupakan tahap yang sangat penting dalam proses penelitian operasional karena pada tahap ini permasalahan dalam pelaksanaan program dan kegiatan outreach baik yang terkait dengan manajemen program maupun implementasi di lapangan akan diidentifikasi dan dikompilasi untuk ditentukan permasalahan strategisnya. Permasalahan strategis yang dimaksud adalah permasalahan pokok yang menentukan efektivitas program. Jika permasalahan tersebut dinilai strategis maka sebuah intervensi yang secara langsung menyikapi permasalahan tersebut bisa menjadi pengungkit (*leverage*) untuk mengatasi berbagai permasalahan lain yang pada akhirnya bisa memberikan kontribusi terhadap meningkatnya efektivitas program.

Untuk memperoleh berbagai permasalahan pelaksanaan program, maka tahap penjajakan akan mengumpulkan data primer dan sekunder. Data primer yang akan dikumpulkan dari sisi petugas penjangkau dan program menyangkut format dan sistem outreach, pengetahuan dan keterampilan PO tentang outreach dan populasi kunci, dan model dan manajemen kerja PO. Sedangkan dari sisi penyedia layanan menyangkut situasi TB dan HIV di wilayah penelitian, situasi intervensi TB dan HIV di wilayah penelitian dan jejaring kerja dengan para stakeholder. Data primer untuk populasi kunci menyangkut persepsi populasi kunci terhadap isu TB dan layanan di masing-masing wilayah. Sementara data sekunder akan dikumpulkan berdasarkan laporan dari Kementerian Kesehatan untuk semua wilayah proyek.

1. Tujuan Kajian Penjajakan

1. Memetakan permasalahan TB dan layanan TB di lokasi penelitian serta faktor-faktor pendukung dan kendala pelaksanaan kegiatan outreach untuk penemuan kasus TB secara aktif; dan
2. Melakukan evaluasi terhadap kegiatan outreach baik dari sisi manajemen maupun pelaksana;
3. Memberikan masukan terhadap pengembangan intervensi alternatif yang akan dilakukan.

2. Metode Kajian Penjajakan

Lokasi

Kajian penjajakan ini dilakukan di keempat propinsi yang terpilih secara random menjadi lokasi penelitian yaitu (1) Kota Jakarta Barat, (2) Kota Tasikmalaya, (3) Kabupaten Bogor dan (4) Kota Cilegon.

Desain

Kajian ini dilakukan menggunakan desain kualitatif dengan mengumpulkan data primer dan sekunder yang dilakukan pada bulan Mei 2014. Data primer yang dikumpulkan menyangkut situasi kegiatan outreach dalam program HIV dan TB di masing-masing wilayah. Metode pengumpulan data primer untuk petugas penjangkau dan populasi kunci di setiap wilayah menggunakan metode FGD. Metode FGD juga digunakan untuk pengumpulan data primer dari sisi pihak penyedia layanan/fasyankes. Sedangkan untuk manajer program dari lembaga HIV yang terlibat dalam program, untuk kota Jakarta menggunakan metode FGD sedangkan untuk kota/kab lain menggunakan metode wawancara. Hal ini disebabkan oleh karena di ketiga kota/kab lainnya hanya ada masing-masing satu lembaga yang terlibat dalam program TB REACH. Data sekunder yang dikumpulkan terdiri dari jumlah cakupan termasuk rujukan kasus TB dan laporan Kementerian Kesehatan dalam kurun waktu yang sama untuk semua wilayah proyek.

Tahapan

Tahapan yang dilakukan dalam kajian penjajakan ini mencakup tahap-tahap sebagai berikut:

a. Penyusunan Panduan untuk Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian operasional ini terdiri dari data primer dan data sekunder. Tahapan untuk pengumpulan data primer dan sekunder di lapangan yang dilakukan peneliti adalah sebagai berikut:

- 1) Data primer: pengembangan panduan wawancara untuk melakukan *indepth interview* dan panduan untuk *focus group discussion*.

- 2) Data sekunder: berupa kinerja layanan untuk program TB yang ada di semua daerah yang menjadi lokasi program (22 kabupaten/kota) yang akan diperoleh dari data yang dikumpulkan oleh Kementerian Kesehatan.

Adapun detail indikator dan topik yang dikembangkan dalam panduan wawancara/FGD serta kelompok narasumber dalam pengumpulan data pada tahap asesmen awal digambarkan dalam tabel di bawah ini:

| No | Tahapan | Metode | Indikator/Topik | Sumber |
|---------------|--|---|--|--|
| 1 | Asesmen Awal: - -Permasalahan HIV & TB serta layanan - situasi kegiatan outreach saat ini | Wawancara | Format dan sistem outreach | PO, Program Manajer |
| | | | Pengetahuan dan ketrampilan PO tentang outreach dan populasi kunci | |
| | | | Model dan Manajemen Kerja PO | |
| | | FGD | Situasi TB dan HIV di wilayah penelitian | Puskesmas rujukan HIV dan TB, LSM, Dinas Kesehatan, Populasi Kunci, KPAD |
| | | | Situasi intervensi TB & HIV di wilayah penelitian | |
| | | | Jejaring kerja LSM, Fasyankes, KPA, Dinas Kesehatan | |
| | | | Persepsi Populasi Kunci terhadap isu TB dan layanan di wilayahnya | Populasi Kunci (Waria, Penasun dan Pekerja Seks) |
| Data Sekunder | Kinerja program HIV dan TB di wilayah penelitian: - Cakupan (termasuk rujukan) - Aksesibilitas | Laporan Kemkes untuk semua wilayah proyek | | |

- 3) Penyusunan jadwal pelaksanaan pengumpulan data.

Pengumpulan data primer untuk kajian penjajakan ini dilakukan selama 2 minggu yaitu pada minggu ke-1 dan ke-2 di bulan Mei 2015. Kegiatan ini dilakukan secara paralel untuk 2 kabupaten/kota (Kota Jakarta Barat dan Kabupaten Bogor) pada minggu pertama dan 2 kota (Kota Cilegon dan Kota Tasikmalaya) pada minggu kedua.

Pengambilan data primer dilakukan menggunakan metode wawancara dan FGD untuk semua pihak yang terlibat dalam program ini. Metode sampling dalam penelitian ini adalah *purposive sampling* dimana peneliti menentukan sendiri kriteria narasumber dalam penelitian ini.

Informan dalam kajian ini adalah para pengelola program TB dan HIV di masing-masing Dinas Kesehatan (Dinkes) Kota, Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota dan Fasyankes (RSU dan PKM) yang terlibat dalam program TB Reach di masing-masing lokasi penelitian. Selain itu informan juga berasal dari Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang telah mengikuti pelatihan TB Reach yang diadakan oleh Dinkes dan kelompok dampingan yang berasal dari populasi kunci. Di bawah ini merupakan jumlah informan yang diwawancarai/mengikuti FGD di setiap kota:

| Kabupaten/Kota | Metode Pelaksanaan | Lembaga | Jumlah Informan |
|--------------------------------------|---------------------|---|---|
| Kota Jakarta Barat (4-6 Mei 2015) | FGD Fasyankes | Dinkes DKI Sudinkes Jakarta Barat RS Pelni RSUD Cengkareng PKM Taman Sari PKM Cengkareng PKM Gropet PKM Kalideres PKM Tambora | 3 orang 1 orang 1 orang 1 orang 2 orang 1 orang 2 orang 3 orang 2 orang |
| | FGD LSM | GEMA Indonesia Yayasan Mutiara Maharani Yayasan Kusuma Buana Icodesa Yayasan Srikandi Sejati KIOS Atma Jaya | PM: 5 orang PO: 8 orang Poci: 4 orang |
| Kabupaten Bogor (4-6 Mei 2015) | Wawancara Fasyankes | Dinkes Kabupaten Bogor KPA Kabupaten Bogor RSUD Ciawi PKM Citereup PKM Ciomas PKM Cileungsi | 2 orang 1 orang 1 orang 1 orang 1 orang 2 orang |
| | Wawancara LSM | Kampung Belajar | PM: 1 orang PO: 5 orang Kader: 1 orang Poci: 3 orang |
| Kota Cilegon (11-15 Mei 2015) | Wawancara Fasyankes | Dinkes Kota Cilegon | 2 orang |
| | | KPA Kota Cilegon | 2 orang |

| | | | |
|--------------------------------------|---------------------|--|--|
| | | RSU Cilegon PKM Jombang PKM Citangkil PKM Pulo Merak PKM Ciwandan | 3 orang 3 orang 2 orang 1 orang 3 orang |
| | Wawancara LSM | Bina Muda Gemilang | PM: 1 orang PO: 3 orang Poci: 3 orang |
| Kota Tasikmalaya (11-15 Mei 2015) | Wawancara Fasyankes | Dinkes Kota Tasikmalaya KPA Kota Tasikmalaya RSUD Soekardjo PKM Tawang PKM Cipedes PKM Purbaratu PKM Kahuripan PKM Kawalu | 2 orang 2 orang 1 orang 2 orang 1 orang 1 orang 3 orang 2 orang |
| | Wawancara LSM | PKBI | PM: 1 orang PO: 2 orang Poci: 4 orang |

Data yang diperoleh dalam asesmen awal ini kemudian dianalisis oleh tim peneliti untuk memetakan permasalahan yang ada di masing-masing kabupaten/kota terkait kegiatan integrasi antara penjangkauan dengan penyediaan layanan ini.

Analisa data

Kerangka analisis menggunakan kerangka logika pendekatan induksi (Creswel, 2003) dan prinsip *grounded theory* (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1998) yang menitikberatkan pada pengembangan tema dan kategori-kategori yang muncul dalam penelitian. Hasil-hasil verbatim dari diskusi terarah dan wawancara mendalam diklasifikasikan, dikoding, dan dianalisis sesuai topik yang dielaborasi dalam panduan wawancara.

Seperti yang disebutkan sebelumnya, topik yang dielaborasi dari sisi lembaga HIV (petugas penjangkau dan manajer program) terdiri dari: 1) Format dan sistem outreach; 2) Pengetahuan dan keterampilan PO tentang outreach dan populasi kunci; dan 3) Model dan manajemen kerja PO. Sedangkan dari sisi penyedia layanan topik yang digali terdiri dari: 1) Situasi TB dan HIV di wilayah penelitian; 2) Situasi intervensi TB dan HIV di wilayah penelitian; dan 3) Jejaring kerja LSM, fasyankes, KPA, Dinas Kesehatan. Topik yang digali untuk populasi kunci (Waria, Penasun dan Pekerja Seks) adalah persepsi populasi kunci terhadap isu TB dan layanan di wilayahnya.

3. Hasil Kajian Penjajakan

Berdasarkan wawancara dan observasi yang dilakukan selama asesmen awal, peneliti mengidentifikasi beberapa temuan terkait penyediaan layanan dalam pelaksanaan program TB REACH sebagai berikut:

(a) Permasalahan dan Layanan TB

a) *Beban penyakit HIV dan TB*

Secara umum beban penyakit HIV dan TB di wilayah yang menjadi lokasi penelitian semakin meningkat terutama sejak tahun 2013. Trend penularan HIV melalui hubungan seksual (LSL, Waria, WPS, Ibu Rumah Tangga) pun semakin meningkat. Besaran estimasi beban TB dan HIV di setiap wilayah mengikuti data estimasi yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan dan KPA. Dari sisi pemangku kebijakan dan penyedia layanan sepakat bahwa data yang tersedia dan dilaporkan saat ini belum menggambarkan situasi TB maupun HIV yang sebenarnya di lapangan terbukti dengan masih rendahnya angka capaian kegiatan penjangkauan.

Selama ini data yang masuk untuk capaian TB menggunakan sistem SITT sedangkan HIV menggunakan sistem SIHA. Pencatatan TB selama ini masih tergantung dari pelaporan pihak PKM sedangkan untuk pencatatan HIV dibantu oleh LSM dan KPA. Walaupun demikian, data yang dilaporkan tersebut masih belum termasuk data dari RS swasta karena tidak ada pencatatan dan sistem pelaporan ke sistem tersebut.

Baik penyedia layanan maupun para petugas lapangan dan populasi kunci memahami bahwa populasi kunci dirasakan merupakan kelompok yang rentan terkena TB karena TB masih merupakan Infeksi Oportunistik (IO) yang paling tinggi di kalangan ODHA karena penularannya yang cukup mudah dibandingkan IO yang lain. Selain itu populasi kunci dinilai sangat rentan terkena TB karena perilakunya (merokok, keluar malam, dll). Namun pengetahuan para petugas lapangan maupun populasi kunci mengenai TB termasuk pencegahan dan penularannya dirasakan masih sangat rendah. Hal ini mengakibatkan masih tingginya angka penularan TB di kalangan populasi kunci.

b) Bentuk program penanggulangan TB

Dari sisi penyedia layanan, strategi dan target penanggulangan TB di daerah selama ini mengikuti yang telah ditetapkan oleh pemerintah pusat yaitu Kementerian Kesehatan dengan program DOTS. Demikian juga dengan target yang harus dicapai oleh layanan (PKM), selalu disesuaikan dengan program dari Dinkes. Secara umum pihak Dinkes mengatakan bahwa program penanggulangan TB sudah lebih baik daripada HIV karena program TB sudah ada terlebih dahulu. Walaupun target program TB tidak secara langsung menasar pada populasi kunci namun target program adalah masyarakat umum dimana populasi kunci termasuk di dalamnya.

Layanan TB sudah terintegrasi dengan layanan HIV dan layanan lain seperti poli umum, KIA, diabetes melitus dan kusta. Selama ini tidak ada masalah dengan pencapaian target TB, melainkan hal yang masih kurang adalah keteraturan minum obat. Hal yang mempengaruhi pencapaian target disebabkan antara lain karena tidak semua fasyankes bisa melaksanakan program (karena keterbatasan fasilitas, SDM dan obat) dan sulitnya menjangkau beberapa kelompok populasi kunci seperti kelompok laki-laki berisiko tinggi (High Risk Men-HRM). Selama ini upaya penemuan kasus TB masih dilakukan secara pasif yaitu menunggu pasien datang ke layanan dan skrining TB terhadap pasien yang memiliki gejala TB dilakukan di semua poli di PKM (belum ada layanan mobile TB). Pencatatan dalam layanan TB telah dilakukan secara konsisten baik secara manual maupun online dan pelaporannya dilakukan setiap tiga bulan sekali. Berbagai layanan terkait permasalahan TB dan HIV di semua wilayah sudah tersedia dan terintegrasi dengan baik di beberapa PKM maupun RS walaupun jumlahnya masih terbatas.

c) Upaya penemuan kasus TB secara aktif

Dari sisi penyedia layanan, secara umum upaya penemuan kasus TB secara aktif melalui program TB REACH sudah berjalan namun angka rujukan masih sangat rendah. Upaya penemuan kasus TB secara aktif sudah mulai dilakukan antara lain dengan "kontak rumah", dimana petugas datang ke rumah pasien TB untuk memeriksa siapapun yang memiliki kontak dengan pasien dan kondisi di sekitar rumah untuk mencari kemungkinan suspect TB. Upaya lainnya dilakukan dengan cara rujukan dari pasien yang merujuk teman atau keluarganya.

Upaya penemuna kasus secara aktif di masyarakat yang dilakukan layanan selama ini tidak secara langsung menysasar kelompok populasi kunci, namun di antara pasien yang dirujuk tersebut terdapat juga pasien dari kelompok populasi kunci. Belum terlihat adanya keterlibatan KPA dalam program penanggulangan TB maupun program TB REACH.

d) Upaya mempromosikan program TB ke masyarakat

Upaya mempromosikan program TB ke masyarakat sudah banyak dilakukan oleh pihak penyedia layanan baik PKM maupun RS. Pihak PKM biasanya dibantu oleh kader dan bidan desa untuk memberikan penyuluhan dan edukasi terkait program TB di masyarakat. Upaya mempromosikan informasi mengenai TB juga sudah dilakukan melalui program PKM keliling dan melalui penyuluhan di sekolah, posyandu, pertemuan kader, lansia, bidan desa, tokoh agama dan tokoh masyarakat lainnya. Media Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) seperti spanduk dan leaflet telah digunakan untuk kegiatan promosi TB di masyarakat. Di Kota Bogor, dilakukan juga promosi dan edukasi melalui siaran di radio 2-3 bulan sekali.

Dari sisi penyedia layanan, kegiatan promosi selama ini dilakukan dengan menysasar pada masyarakat umum dan belum pernah dilakukan untuk kelompok populasi kunci. Dari sisi populasi menyatakan bahwa dalam pertemuan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) misalnya pada kelompok Waria sudah disisipkan informasi mengenai TB dan HIV, namun KDS tersebut sudah tidak ada lagi. Berdasarkan hasil wawancara dengan penyedia layanan diperoleh bahwa pengetahuan masyarakat umum mengenai TB sudah cukup baik dibandingkan pengetahuan tentang HIV. Walaupun di beberapa tempat masih ada mitos terkait TB (seperti penyakit keturunan, dll). Sedangkan berdasarkan informasi yang diperoleh dari petugas penjangkau, populasi kunci memiliki pengetahuan yang minim mengenai TB dibandingkan dengan HIV.

e) Tantangan dan hambatan dalam pemberian layanan TB

Secara umum program layanan TB berjalan lancar dan terintegrasi dengan cukup baik dengan layanan yang lain. Hambatan yang muncul dari sisi penyedia layanan antara lain terkait:

1. Keterbatasan SDM. Petugas layanan yang sudah dilatih mengenai TB seringkali diganti atau dipindah ke layanan lain. Wilayah yang cukup luas juga berakibat perlunya peningkatan kuantitas dan kapasitas SDM yang lebih memadai.
2. Kurangnya stok obat TB dari dinas, khususnya ketersediaan obat untuk anak terkadang harus menunggu cukup lama.
3. Kurangnya dukungan Pendamping Minum Obat (PMO) dan keluarga untuk memantau kepatuhan minum obat. Banyaknya warga pendatang juga berakibat sulit bagi layanan untuk melakukan follow-up jika terjadi DO, putus obat, dll.
4. Komitmen pasien untuk minum obat masih rendah. Kebanyakan pasien menganggap remeh minum obat dan berhenti minum obat ketika merasa sudah sembuh.
5. Kesadaran masyarakat terkait permasalahan TB masih rendah

f) Keterlibatan LSM dalam penemuan kasus TB pada populasi kunci

Dari sisi layanan, walaupun selama ini lebih banyak dibantu oleh kader atau bidan desa, peran dan keterlibatan LSM dirasa sangat penting dan akan sangat membantu dalam penemuan kasus TB terutama pada populasi kunci. Hal ini dirasa penting karena layanan tidak mempunyai akses langsung ke populasi kunci sehingga LSM dinilai lebih mampu meningkatkan penemuan kasus TB secara aktif melalui kegiatan penjangkauan, rujukan dan pendampingan yang biasa dilakukan pada populasi kunci. LSM juga dianggap akan sangat efektif untuk membantu follow up pasien yang putus obat. Namun demikian, kapasitas petugas penjangkau LSM masih perlu ditingkatkan terutama terkait dengan penemuan kasus TB.

Pentingnya peran LSM memerlukan juga dukungan formal dan kerjasama lintas sektor untuk meningkatkan penemuan kasus TB di populasi kunci. Selain itu, peran KPA perlu lebih ditingkatkan dalam menjembatani dan mengkoordinir tugas LSM termasuk melakukan monitoring di lapangan. Baik dari sisi layanan maupun LSM, KPA dinilai kurang aktif merangkul LSM dan stakeholders lainnya.

g) Potensi hambatan dalam program TB REACH

Permasalahan terkait TB masih dianggap sebagai isu baru dalam program penjangkauan sehingga permasalahan TB pada populasi kunci belum menjadi prioritas di semua lokasi penelitian. Hal ini terlihat dari masih rendahnya data rujukan kasus TB pada populasi kunci dibandingkan angka pencapaian program HIV. Hal yang dianggap berpotensi menjadi penghambat dalam pelaksanaan program TB REACH antara lain:

1. Baik dari penyedia layanan, manajemen program dan petugas outreach menyatakan bahwa penunjukan program TB REACH ini sangat mendadak dan kurang siap dari segi manajemen program. Sehingga banyak detail ketentuan dan prosedur yang kurang jelas. Hal ini mengakibatkan banyak kebingungan di lapangan terkait program yang dijalankan.
2. Belum semua PKM memiliki layanan HIV sehingga tidak dapat diakses oleh kelompok populasi kunci
3. Pekerjaan LSM selama ini masih dirasa kurang optimal, dilihat dari jumlah rujukan TB REACH yang masih rendah
4. Masih terbatasnya pengetahuan terkait TB yang dimiliki petugas penjangkau sehingga kurang dapat memberikan informasi yang tepat kepada populasi kunci dalam kegiatan penjangkauan
5. Petugas outreach LSM masih merasa ini adalah program tambahan dari target pekerjaan yang sudah ada sebelumnya dari program lembaga. Sehingga program ini dinilai merugikan baik dari sisi dana, waktu dan tenaga.
6. Masih belum optimalnya koordinasi antara LSM dan fasyankes, sehingga kerja LSM dinilai belum aktif dibandingkan dengan kader PKM
7. Untuk wilayah yang sangat luas seperti Kabupaten Bogor, kendala demografis dinilai menjadi salah satu penghambat dalam melakukan penjangkauan, pemantauan dan rujukan karena domisili pasien yang jauh dari layanan.

(b) Kegiatan Outreach

Hasil temuan dalam kajian peninjauan terkait dengan kegiatan penjangkauan dalam program TB REACH antara lain:

a) Pemahaman mengenai kelompok sasaran

Pemahaman mengenai karakteristik dan geografis daerah tongkrongan/hotspot kelompok sasaran belum merata pada petugas lapangan maupun petugas layanan. Beberapa LSM telah melakukan pemetaan berdasarkan konsentrasi hotspot sebelum melakukan penjangkauan namun ada banyak LSM juga yang belum melakukan pemetaan oleh lembaganya sendiri dan hanya menggunakan pemetaan yang dibuat oleh KPA.

b) Keterampilan dalam mengakses populasi kunci

Kegiatan mengakses populasi kunci di lapangan dilakukan dengan dua pendekatan yaitu secara individu maupun kelompok. Penjangkauan yang dilakukan secara individu dilakukan kebanyakan untuk populasi penasun dan WPS melalui metode peer-support. Metode ini dilakukan dengan berusaha masuk ke dalam komunitas dengan nongkrong bersama, ngobrol sembari memberikan informasi kepada kelompok sasaran. Sedangkan penjangkauan yang dilakukan secara berkelompok misalnya melalui advokasi pada stakeholder lokal dan manajemen tempat-tempat hiburan dan melalui komunitas hobi.

Berdasarkan metode yang dilakukan penjangkauan dibedakan menjadi dua yaitu dengan metode dokter keliling (dokling) atau mobile VCT, dan metode statis atau menunggu di layanan kesehatan. Metode dokling dirasa sangat efektif dalam menjangkau lebih banyak populasi kunci dibandingkan hanya merujuk/menunggu rujukan di layanan kesehatan. Secara umum belum tersedianya peta respon baik demografis maupun geografis sebagai dasar awal untuk mendesain sebuah model penjangkauan.

c) Kemampuan memberikan informasi TB dan HIV

Secara umum kemampuan PL dalam memberikan informasi belum merata karena perbedaan jam terbang dalam melakukan penjangkauan. Informasi terkait TB belum menjadi prioritas untuk disampaikan pada populasi kunci. Lebih lanjut, kebanyakan petugas lapangan merasakan bahwa kurangnya informasi yang mereka miliki terkait TB menjadi hambatan dalam memberikan informasi kepada kelompok sasaran. Info dasar dan pemahaman mengenai TB sudah diperoleh oleh hampir semua PL karena merupakan kurikulum wajib (bersama dengan IMS, HIV, dll) dalam pelatihan outreach, namun para PL merasa belum dapat

mengaplikasikannya. Hal ini juga terlihat dari masih rendahnya pengetahuan populasi kunci terkait TB.

Kurang maksimalnya penggunaan KIE serta tidak tersedianya KIE yang sesuai dengan kondisi terkini juga dianggap menjadi hambatan dalam pemberian informasi di lapangan. Secara keseluruhan temuan ini mengakibatkan terlihat adanya kebutuhan peningkatan kapasitas terkait teknik komunikasi, konseling dan pemberian informasi.

d) Kemampuan untuk mengenali risiko

Kebanyakan PL tidak mengetahui metode penilaian risiko dan merasa belum terlalu percaya diri untuk melakukan skrining. Penilaian risiko merupakan tahapan setelah seseorang dari populasi kunci memperoleh informasi tentang sebuah penyakit tertentu dan dengan bantuan petugas lapangan seseorang mampu mengenali dirinya apakah yang bersangkutan dalam posisi berisiko menularkan atau ditularkan oleh penyakit. Kemampuan menilai risiko ini adalah satu hal yang sangat penting dalam outreach karena memungkinkan yang bersangkutan untuk memilih langkah-langkah yang tepat untuk mengurangi risiko. Hal ini misalnya dilakukan dengan mencari tahu status kesehatannya, memeriksakan diri ke fasyankes atau mengurangi perilaku-perilaku yang bisa menularkan atau ditularkan penyakit tertentu.

Mempertimbangkan bahwa para petugas PL belum memiliki informasi yang cukup mendalam tentang TB dan bagaimana melakukan skrining, maka menjadi masuk akal bagi PL untuk tidak melakukan penilaian risiko bagi dampingannya. PL perlu memastikan informasi tentang TB dipahami oleh dampingannya sehingga secara mandiri bisa mengetahui tentang kemungkinan dirinya terpapar oleh TB di dalam kegiatannya sehari-hari. Kapasitas mendorong dampingan untuk melakukan penilaian risiko adalah kemampuan dasar yang perlu ditingkatkan agar kegiatan outreach bisa berhasil. Jika tidak maka kemungkinan seseorang untuk menggunakan layanan yang tersedia menjadi semakin kecil karena dampingan tidak mengetahui alasan dan manfaat mereka menggunakan layanan tersebut.

e) Kemampuan untuk mendorong orang mengakses layanan

Secara umum peran PL untuk mendorong populasi kunci mengakses layanan masih belum optimal karena belum terjalannya kepercayaan dari kelompok sasaran terhadap PL, kurangnya kemampuan PL dalam memberikan informasi dan menganalisa kebutuhan populasi kunci. Dibandingkan dengan mengajak orang untuk mengakses layanan, kebanyakan PL merasa metode dokling paling efektif untuk menjangkau dampingan.

f) Kemampuan untuk melakukan rujukan

Secara umum PL telah mengetahui informasi layanan terkait TB, namun secara spesifik merujuk kasus TB belum bisa dilakukan karena merasa pemahaman mengenai beberapa form dan prosedur TB rumit dan membingungkan. Lebih lanjut, rujukan TB dirasakan menjadi tambahan beban dari target penjangkauan yang sudah ada sebelumnya.

g) Kemampuan melakukan supervisi

Secara umum hampir semua LSM yang terlibat dalam program belum melakukan upaya-upaya untuk menyiasati turn over yang tinggi di kalangan PL. Pelatihan refreshing sangat jarang dilakukan karena masih sangat tergantung dari jumlah anggaran. Supervisi terhadap pelaksanaan program sudah dilakukan tapi masih tergantung situasi terhadap respon di lapangan (hanya jika ada kasus). Pelaporan dan pemantauan kerja di lapangan masih sangat bervariasi dan tergantung pada kerangka kerja masing-masing lembaga. Hal ini juga menandakan belum ada integrasi yang kuat antara LSM dengan LSM lain maupun dengan penyedia layanan. Monitoring dan evaluasi lembaga secara internal dilakukan dengan pertemuan koordinasi rutin, namun secara eksternal masih kurang melibatkan pemangku kepentingan, penyedia layanan maupun stakeholder lainnya.

h) Kapasitas layanan dalam melayani populasi kunci

Temuan dalam hal ini terkait dengan kemampuan penyedia layanan dalam berkomunikasi, pemberian layanan dan merujuk kembali ke petugas lapangan. Selama ini layanan merasa sangat terbantu oleh peran kader PKM maupun paguyuban yang ada di masyarakat dalam memberikan rujukan, namun rujukan populasi kunci masih minim. Untuk layanan (PKM) yang secara geografis terlalu jauh untuk diakses, hampir tidak pernah menerima rujukan dari pihak LSM karena dirasakan terlalu jauh bagi kelompok populasi kunci

yang didampingi. Kondisi geografis ini dirasakan menjadi kendala dalam mengakses atau merujuk ke layanan. Di Kabupaten Bogor, hanya ada 10 PKM yang memiliki layanan HIV dari 101 PKM yang ada di wilayah Kabupaten Bogor yang sangat luas.

Hampir semua PKM sudah memiliki layanan TB & HIV yang terintegrasi, kecuali bahwa layanan CST HIV yang kebanyakan hanya bisa diakses di RSUD. Upaya pemberian informasi dilakukan melalui penyuluhan baik di layanan maupun di lingkungan masyarakat melalui kader.

i) Penilaian populasi kunci terhadap penyedia layanan dan LSM

Pasien merasa lebih nyaman berkomunikasi dengan PL dibandingkan dengan penyedia layanan karena PL dapat menjadi tempat curhat dan menceritakan apa saja terkait kondisi kesehatannya. Adanya keterbatasan dari segi waktu dan tenaga dari penyedia layanan dalam berkomunikasi intens dengan pasien mengakibatkan peran LSM dirasa sangat penting dan lebih fleksibel untuk dihubungi oleh populasi kunci. Peran penting PL dalam hal ini terutama terkait dalam hal memberikan informasi dan mendampingi populasi kunci dalam mengakses layanan. Hambatan yang dirasakan oleh populasi kunci antara lain terkait letak geografis layanan, antrian yang panjang, faktor biaya dan kebutuhan transport.

j) Persepsi dan kebutuhan populasi kunci terkait informasi dan layanan TB

Secara umum pengetahuan terkait TB di kalangan populasi kunci masih rendah dibandingkan pengetahuan mengenai HIV dan IMS. Layanan yang biasa digunakan oleh IDU biasanya adalah layanan HIV, TB, Metadon, LASS dan Hepatitis. Sedangkan layanan yang biasa digunakan oleh WPS adalah layanan HIV, IMS, TB dan Papsmear. Terkait dengan kemauan dan kesadaran populasi kunci untuk mengakses layanan dan menjalankan tes pemeriksaan, populasi kunci tidak memiliki hambatan dan bersedia untuk mengakses layanan dan menjalankan tes karena peduli dengan kesehatan dan bahkan beberapa dari kelompok sasaran bersedia untuk membayar biaya pemeriksaan sendiri. Terkait hal mengakses layanan, populasi kunci merasa lebih nyaman mengakses layanan pada waktu dilakukannya dokling dibandingkan harus datang ke layanan.

Bab III. Disain, Pelaksanaan dan Evaluasi Intervensi

A. Pengantar

Intervensi untuk mendorong peningkatan capaian penemuan kasus TB melalui penjangkauan dikembangkan berdasarkan permasalahan-permasalahan yang muncul dalam pelaksanaan prosedur penjangkauan selama ini. Gambaran permasalahan yang didapat selama pelaksanaan asesmen awal berasal dari persepsi pengelola program, petugas penjangkau, dan pemanfaat program atau populasi kunci itu sendiri. Hasil asesmen ini yang menjadi dasar untuk pengembangan strategi intervensi penjangkauan TB. Dalam penelitian operasional, perlu adanya keterlibatan dari pengelola program sebagai upaya memperkuat program yang dilaksanakan. Intervensi dalam penelitian operasional akan berjalan dengan baik jika mendapat dukungan dari pihak pengelola maupun pelaksana program. Aspek teknis pelaksanaan penjangkauan menjadi fokus dalam penelitian ini, maka berdasarkan hasil temuan asesmen tim peneliti menyusun rekomendasi bentuk intervensi untuk kemudian disampaikan pada pengelola program. Berdasarkan kesepakatan tentang bentuk intervensi yang akan dilaksanakan maka intervensi baru bisa dilakukan di empat kabupaten/kota. Hasil intervensi ini akan dimonitor dan dievaluasi untuk dapat diketahui efeknya di dalam program yang sedang di laksanakan. Berikut ini akan dipaparkan tentang permasalahan strategis yang ditemukan dalam tahap penjangkauan, pengembangan disain intervensi, pelaksanaan intervensi, monitoring dan evaluasi intervensi yang telah disepakati.

B. Permasalahan Strategis dalam Prosedur Penjangkauan Kasus TB Aktif di Populasi Kunci

Berdasarkan hasil asesmen awal, beberapa permasalahan ataupun hambatan di lapangan dalam melakukan upaya penjangkauan kasus TB di empat kabupaten/kota yang menjadi lokasi penelitian:

a. Sisi Penyedia Layanan

1. Penyedia layanan tidak memiliki data yang pasti mengenai kasus TB pada populasi kunci karena TB masih dianggap sebagai isu baru dalam program penjangkauan

2. Tidak meratanya pemahaman mengenai karakteristik dan geografis kelompok sasaran pada penyedia layanan
3. Tidak adanya panduan atau pedoman untuk pelaksanaan program TB Reach
4. Tidak adanya proses monitoring dari pengelola program. Monitoring hanya dilakukan sebagai respon situasi di lapangan
5. Prosedur rujukan yang tidak jelas mengurangi motivasi petugas penjangkau untuk melakukan rujukan.
6. Belum adanya integrasi pelaporan dan pemantauan antara LSM dan penyedia layanan
7. Luasnya area geografis yang perlu dilayani, tidak sebanding dengan jumlah layanan yang dimiliki.

b. Sisi Petugas Penjangkau

1. Meskipun populasi kunci merupakan kelompok yang rentan terkena TB, namun permasalahan TB masih belum menjadi prioritas pada populasi kunci
2. Lembaga tidak memiliki peta respon (demografi dan geografi) sebagai dasar untuk mendisain model penjangkauan. Hal ini menyebabkan petugas lapangan kurang memiliki pemahaman tentang karakteristik dan geografis kelompok sasaran
3. Belum adanya ikatan kepercayaan antara petugas penjangkau dengan kelompok sasaran.
4. Kemampuan petugas penjangkau dalam memberikan informasi belum merata, khususnya informasi mengenai TB
5. Petugas penjangkau merasa belum percaya diri untuk melakukan skrining suspek
6. Rujukan TB dirasa menjadi tambahan beban dari target penjangkauan yang sudah ada
7. Prosedur rujukan terkait dengan administrasi yang kurang jelas mengurangi motivasi petugas penjangkau untuk melakukan rujukan

c. *Sisi Populasi Kunci*

1. Petugas penjangkau diharapkan bisa lebih mendorong populasi kunci untuk mengakses layanan
2. Belum adanya pengetahuan yang cukup mengenai TB untuk menimbulkan kesadaran mengenai kerentanan terhadap TB pada populasi kunci
3. Alasan kenyamanan menjadi faktor utama populasi kunci untuk mengakses layanan. Populasi kunci merasa lebih nyaman untuk mengakses layanan dokling dibandingkan harus datang ke layanan
4. Lokasi layanan, antrian yang panjang, dan biaya menjadi faktor yang menyebabkan populasi kunci enggan untuk datang ke layanan

Berdasarkan hasil penjajakan jika dilihat dari persepsi, penyedia layanan, petugas penjangkau, dan populasi kunci, permasalahan teknis utama dalam penjangkauan kasus TB adalah minimnya jumlah rujukan. Kurangnya pengetahuan petugas penjangkau mengenai informasi TB itu sendiri membuat mereka tidak bisa memberikan penjelasan dengan baik kepada populasi kunci. Kurangnya pemahaman populasi kunci terhadap informasi TB menyebabkan mereka belum menyadari kerentanannya terhadap TB sehingga enggan untuk datang ke layanan. Hal ini semakin didukung oleh petugas penjangkau yang belum percaya diri untuk melakukan skrining suspek pada populasi kunci. Di sisi lain, kurangnya kemampuan petugas penjangkau mengenai konsep penjangkauan itu sendiri menimbulkan belum adanya kepercayaan populasi kunci pada petugas penjangkau. Ini juga berdampak kurangnya kemampuan petugas penjangkau untuk menganalisa kebutuhan populasi kunci.

Untuk bisa menjangkau kasus TB pada populasi kunci, penyedia layanan sangat bergantung pada petugas penjangkau, namun prosedur rujukan yang belum jelas juga menghambat proses rujukan dari petugas penjangkau. Proses pelaporan dan pemantauan yang tidak terintegrasi antara layanan dengan LSM juga menjadi salah satu faktor penyebab minimnya jumlah rujukan untuk kasus TB.

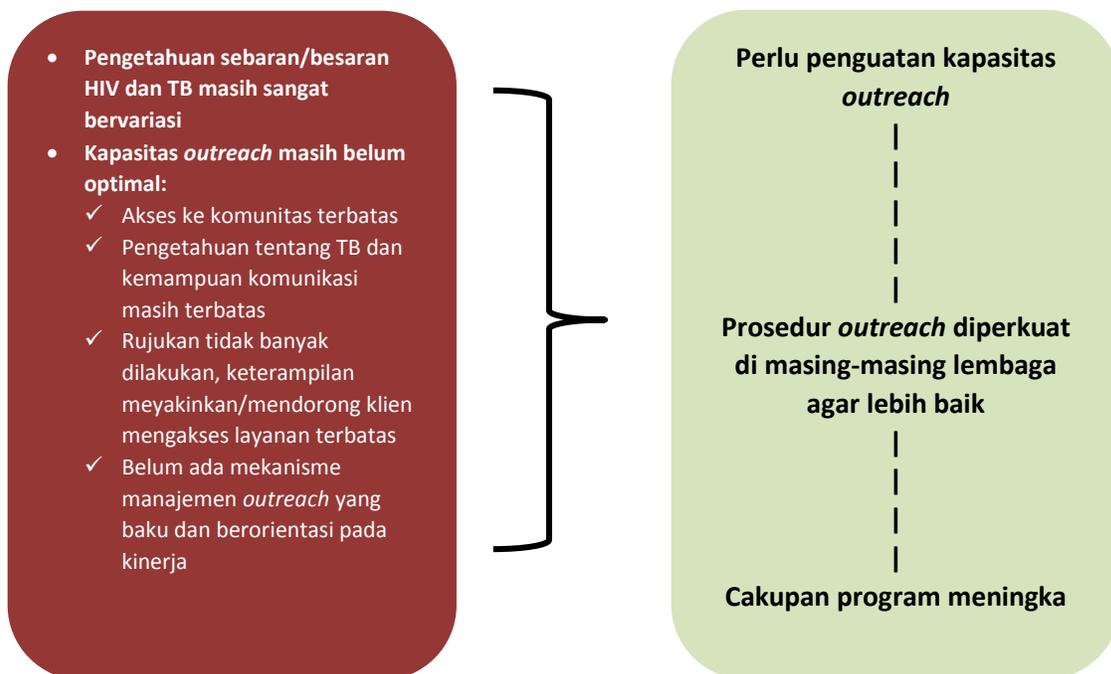
Berdasarkan hasil tersebut disepakati bahwa materi utama untuk peningkatan kapasitas petugas penjangkau adalah materi pengetahuan TB dan konsep penjangkauan itu sendiri.

C. Disain Intervensi Penguatan Kapasitas Petugas Penjangkau

Tujuan pengembangan disain intervensi adalah untuk menentukan intervensi yang dibutuhkan agar dapat meningkatkan cakupan program. Lokasi penelitian yang menyebar tidak memungkinkan untuk membahas intervensi dengan penyedia layanan maupun lembaga di masing-masing kota, oleh karena itu pengembangan intervensi dilakukan oleh tim peneliti dengan pengelola program. Pengelola program harus tetap dilibatkan dalam pengembangan disain intervensi dengan harapan intervensi yang dilakukan benar-benar sesuai dengan kebutuhan program.

Telah disepakati bahwa isu strategis dalam program ini adalah minimnya rujukan yang menjadi hambatan bagi efektivitas program TB Reach. Telah diidentifikasi pula faktor-faktor yang menjadi potensi untuk dapat meningkatkan cakupan program. Untuk lebih menyederhanakan, telah dibuat kerangka pemikiran yang menjadi dasar untuk pengembangan intervensi:

Kerangka Kerja Pengembangan Intervensi



Berdasarkan kerangka pemikiran tersebut, alternatif intervensi yang akan dilakukan adalah peningkatan kapasitas untuk petugas penjangkau. Petugas penjangkau menjadi ujung tombak untuk bisa meningkatkan cakupan program. Petugas penjangkau juga menjadi perantara antara penyedia layanan dengan populasi kunci. Penyedia layanan sangat bergantung pada petugas penjangkau untuk bisa menjangkau populasi kunci. Begitu juga populasi kunci bisa mengakses informasi kesehatan maupun layanan dari petugas penjangkau. Populasi kunci juga membutuhkan petugas penjangkau untuk bisa mengakses layanan kesehatan.

Untuk mempertajam pengembangan intervensi, maka telah dilaksanakan dua kali pertemuan dengan para narasumber dan pemangku kepentingan khususnya dari kementerian kesehatan. Tahapan pengembangan disain intervensi tersebut adalah sebagai berikut:

| Pertemuan | Tempat/Tanggal Pelaksanaan | Peserta |
|---|----------------------------|---------------------------------------|
| Pertemuan 1 (Diskusi hasil asesmen awal dan indentifikasi masalah dalam proses penjangkauan) | Atma Jaya, 5 Juni 2015 | Tim peneliti |
| Pertemuan 2 (Menyepakati prioritas permasalahan dan menentukan bentuk intervensi) | Subdit AIDS, 11 Juni 2015 | Kemendes-Subdit AIDS dan tim peneliti |

Pada pertemuan dengan pengelola program, dicapai kesepakatan bahwa fokus materi yang akan diberikan dalam pelatihan petugas lapangan dan petugas kesehatan di fasyankes adalah sebagai berikut:

| No | Materi/Modul | PenanggungJawab Modul |
|----|--|-----------------------|
| 1 | Informasi TB (ko-infeksi TB HIV) | Yakub Gunawan |
| 2 | Penjangkauan (konsep dasar dan filosofi, tujuan, dan logika intervensi) | Husen Basalamah |
| 3 | Memperoleh akses ke kelompok sasaran (studi kasus) | Husen Basalamah |
| 4 | Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran TB (bagaimana mulai bicara tentang TB, informasi yang disampaikan, teknik konseling, <i>role play</i>) | Husen Basalamah |
| 5 | Skrining dan rujukan TB (menentukan kelompok sasaran, observasi, dan teknik skrining TB) | Yakub Gunawan |

| | | |
|---|--|-----------------|
| 6 | Sampel pengambilan dahak (volume dan kualitas dahak, langkah mengeluarkan dahak, jenis dahak untuk pemeriksaan) dan materi PPI TB. | Yakub Gunawan |
| 7 | Membangun sistem rujukan layanan (definisi sistem rujukan, tujuan, dan rasionalisasi, tahapan rujukan, pemantauan, dan hambatan) | Yakub Gunawan |
| 8 | Manajemen penjangkauan (mengembangkan sistem kerja program) | Husen Basalamah |
| 9 | Membangun komitmen (rencana kegiatan, penulisan laporan, dan target) | Husen Basalamah |

D. Pelaksanaan Intervensi: Pelatihan Petugas Penjangkau dan Penyedia Layanan

Setelah bentuk intervensi disepakati maka tahapan berikutnya adalah melaksanakan intervensi yang berupa penguatan kapasitas petugas outreach dengan disertai dengan penguatan lapangan dalam bentuk mentoring. Kegiatan sosialisasi intervensi tidak memungkinkan untuk dilaksanakan dengan mendatangkan para pelaksana program di setiap lokasi, maka sosialisasi dan undangan hanya dilakukan melalui email. Gambaran jadwal kegiatan yang telah dilakukan adalah sebagai berikut:

| Waktu | Kegiatan | Peserta |
|-----------------|---|--|
| 12 Juni 2015 | Sosialisasi kegiatan intervensi | |
| 23-25 Juni 2015 | Pelatihan Petugas Penjangkau dan Penyedia Layanan | <p>Kab. Bogor: RSUD Ciawi, PKM Cileungsi, PKM Citeureup, PKM Ciomas, Kampung Belajar</p> <p>Kota Tasikmalaya: RSUD Tasikmalaya, PKM Tawang, PKM Cipedes, PKM Purbaratu, PKM Kahuripan, PKM Kawalu, PKBI Kota Tasikmalaya</p> <p>Kota Jakarta Barat: PKM Taman Sari, RSUD Cengkareng, RS Pelni, PKM Grogol Petamburan, PKM Kaliders, Kios Atma Jaya, Icodesa, YKB, Gema, YMM, YSS</p> <p>Kota Cilegon: RSU Cilegon, PKM Jombang, PKM Citangkil, PKM Pulo Merak, PKM Ciwandan, BMG</p> |
| 10 Agustus 2015 | Monitoring Intervensi Jakarta Barat | Kios Atma Jaya, YKB, Gema, YMM, PKM Gropet, dan PKM Tambora |
| 11 Agustus 2015 | Monitoring Intervensi Jakarta Barat | Icodesa dan Yayasan Srikandi Sejati |
| 11 Agustus 2015 | Monitoring Intervensi Cilegon | Bina Muda Gemilang dan PKM Jombang dan PKM Merak |
| 13 Agustus 2015 | Monitoring Intervensi Tasikmalaya | PKBI Kota Tasikmalaya, PKM Cipedes, PKM Tawang, dan PKM Kahuripan |
| 13 Agustus 2015 | Monitoring Intervensi | Kampung Belajar dan PKM Ciomas |

| | | |
|-----------------|--------------------------------------|--|
| | Bogor | |
| 8 Oktober 2015 | Evaluasi Intervensi Jakarta Barat | Icodesa, YKB, dan YMM |
| 9 Oktober 2015 | Evaluasi Intervensi Jakarta Barat | Kios Atma Jaya, Gema, dan Sudinkes Jakarta Barat |
| 12 Oktober 2015 | Evaluasi Intervensi Tasikmalaya | PKBI Tasikmalaya dan Dinkes Tasikmalaya |
| 15 Oktober 2015 | Evaluasi Intervensi Bogor | Kampung Belajar |
| 19 Oktober 2015 | Evaluasi Intervensi Cilegon | Bina Mud Gemilang dan Dinkes Cilegon |

Sosialisasi dan undangan untuk melakukan intervensi dilakukan melalui email. Intervensi perlu segera dilakukan karena waktu yang sudah mendekati hari raya Idul Fitri, sehingga disepakati bahwa intervensi akan dilakukan pada awal bulan puasa yaitu 23-25 Juni 2014. Peserta dalam pelaksanaan intervensi ini adalah para petugas penjangkau dan penanggung jawab program di masing-masing kota. Fasilitator dalam pelatihan ini adalah orang-orang yang sudah berpengalaman di bidangnya masing-masing, baik dari sisi TB maupun penjangkauan. Sedangkan untuk kebijakan terkait TB dan HIV, difasilitasi langsung oleh narasumber dari Subdit AIDS dan Subdit TB. Gambaran sesi pada intervensi ini adalah:

1. Pendahuluan

Sesi ini bertujuan untuk mengakrabkan antar peserta dan juga dengan fasilitator maupun tim peneliti. Diharapkan dengan lebih mengenal satu sama lain, peserta dari masing-masing kota dapat saling berbagi pengalaman untuk bisa meningkatkan capaian di masing-masing wilayah. Selain untuk perkenalan, pada sesi ini peserta juga diajak untuk berdiskusi apa sebenarnya tujuan dan harapan untuk datang dalam pelatihan ini. Dengan mengetahui tujuan dan harapan dalam pelatihan, fasilitator dapat membuat peserta untuk mencapai tujuannya.

2. Informasi Dasar TB

Meskipun sebagian para peserta sudah memiliki pengetahuan mengenai TB, namun sesi ini tetap perlu diberikan untuk lebih memperdalam lagi pengetahuan peserta mengenai TB. Sesi ini bertujuan agar peserta bisa lebih memahami materi TB, sehingga pada akhir sesi para peserta bisa melakukan kegiatan KIE terkait TB. Materi yang diberikan dalam sesi ini dimulai

dari informasi dasar mengenai asal mula, cara penularan, perjalanan infeksi TB, aspek tata laksana TB, gejala TB, diagnosis TB, penetapan kriteria TB, pengobatan TB, sampai dengan cara pencegahannya. Materi-materi tersebut dirasa sangat penting sebagai modal awal para petugas penjangkau terutama untuk bisa melakukan rujukan. Hal pertama yang dapat dilakukan untuk bisa melakukan rujukan adalah mengenali gejala TB untuk bisa menentukan apakah perlu dirujuk atau tidak. Hal penting lainnya adalah petugas penjangkau maupun penyedia layanan harus memahami bagaimana cara penularan dan cara pencegahan TB untuk melindungi diri sendiri. Petugas penjangkau maupun penyedia layanan memiliki risiko cukup besar untuk terpapar TB karena berhadapan langsung dengan populasi kunci.

3. Outreach

Sebelum para petugas penjangkau dapat melakukan penjangkauan, mereka harus dapat memahami apa sebenarnya tugas yang perlu mereka lakukan. Untuk bisa memahami hal tersebut, para petugas penjangkau perlu dibekali pengetahuan dasar bagaimana sebenarnya konsep penjangkauan. Oleh karena itu, materi ini perlu diberikan agar para petugas penjangkau bisa melakukan tugasnya dengan baik. Tidak hanya diperlukan oleh para petugas penjangkau, para penyedia layanan juga perlu mengetahui bagaimana sebenarnya konsep penjangkauan agar dapat membantu para petugas penjangkau ketika mengalami hambatan di lapangan.

Sesi ini dimulai dengan pemaparan mengenai konsep dasar penjangkauan dan pendampingan. Sesi ini menjelaskan bahwa dalam melakukan penjangkauan, terdapat serangkaian proses yang perlu dilakukan. Salah satu proses yang perlu dilakukan adalah melakukan identifikasi lokasi yang biasa menjadi tempat populasi kunci untuk berkumpul dan memungkinkan untuk bertemu langsung. Selain proses, prinsip-prinsip pelaksanaan outreach menjadi salah satu hal yang paling penting untuk diketahui para petugas penjangkau:

- Mengidentifikasi lokasi tempat populasi kunci berkumpul
- Mengidentifikasi waktu yang paling optimal untuk melakukan penjangkauan
- Membuat kontak dengan anggota kelompok sasaran secara bertahap
- Menyampaikan informasi pada kelompok sasaran

- Memberikan motivasi pada kelompok sasaran
- Membangun hubungan dengan masyarakat sekitar agar bisa memperoleh dukungan
- Menuliskan laporan harian mengenai proses kegiatan penjangkauan

Prinsip-prinsip dasar tersebut adalah yang harus dilakukan oleh para petugas penjangkau agar dapat melakukan penjangkauan dengan baik. Dengan melakukan penjangkauan sesuai dengan prinsip tersebut, diharapkan para petugas penjangkau bisa membantu meningkatkan cakupan program.

4. Memperoleh Akses ke Kelompok Sasaran

Sesi ini bertujuan untuk memberikan penjelasan lebih lanjut mengenai pelaksanaan prinsip-prinsip penjangkauan. Dalam sesi ini peserta diberikan tips untuk bisa memulai membuka akses ke kelompok sasaran. Kunci utama untuk bisa masuk ke dalam kelompok sasaran adalah dengan membangun kepercayaan. Langkah yang perlu dilakukan untuk mendapatkan kepercayaan adalah dengan mengidentifikasi tempat berkumpul, membiasakan masyarakat dengan kehadiran petugas penjangkau, mengamati interaksi, memulai kontak dengan pimpinan kelompok, mengembangkan kredibilitas, dan pada akhirnya menyampaikan informasi. Fasilitator dalam sesi ini adalah salah satu tim peneliti yang sudah sangat berpengalaman dalam penjangkauan. Setelah mendengarkan pemaparan dalam sesi ini, peserta diajak untuk mereview kembali materi dari sebelumnya. Peserta diberikan kata kunci untuk materi penjangkauan yaitu: membuka akses, memberi informasi, penilaian risiko, merujuk, dan melibatkan. Fasilitator juga menekankan kepada peserta pentingnya pelibatan kelompok sasaran maupun masyarakat untuk bisa membantu penjangkauan. Pada sesi ini peserta juga diminta untuk melakukan role play penjangkauan agar peserta dapat mempraktikkan teori yang sudah diberikan untuk kemudian diberi umpan balik oleh fasilitator.

5. Kebijakan Nasional TB-HIV

Sesi ini bertujuan agar para peserta memahami situasi TB maupun HIV secara nasional, termasuk kebijakan-kebijakan yang mendukung program kolaborasi untuk penanggulangan TB-HIV. Sesi ini difasilitasi langsung oleh para pengelola program TB dan HIV yang berasal dari

Subdit TB dan Subdit AIDS. Pada sesi ini peserta diberikan pemaparan bahwa Indonesia termasuk dalam kategori high co-infected rate untuk TB-HIV. Hal ini menunjukkan bahwa populasi ODHA di Indonesia sangat rentan terhadap penularan TB dan ko-infeksi TB, dengan mengetahui hal ini diharapkan peserta semakin dapat memahami pentingnya pemberian informasi TB untuk kelompok populasi kunci. Dalam sesi peserta diingatkan kembali mengenai program TB Reach itu sendiri yang merupakan intensifikasi penemuan kasus TB secara aktif pada populasi kunci HIV di Indonesia. Tiga intervensi utama dari TB Reach adalah:

- Penemuan kasus TB secara aktif pada populasi kunci oleh para petugas penjangkau
- Mengintegrasikan skrining gejala TB di klinik IMS dan klinik metadon
- Intensifikasi penemuan kasus TB pada ODHA di layanan ARV.

Dengan mendapat penjelasan secara nasional mengenai situasi TB dan HIV, para peserta bisa memperoleh gambaran secara utuh mengenai program kolaborasi TB dan HIV untuk bisa menerapkan dalam wilayah kerjanya masing-masing.

6. Meningkatkan Pengetahuan dan Kesadaran TB

Sesi ini diberikan sebagai kelanjutan dari sesi penjangkauan. Setelah mengetahui konsep dasar penjangkauan, peserta diajak untuk bisa meningkatkan pengetahuan dan kesadaran mengenai TB. Tujuan dari kegiatan ini adalah:

- Petugas penjangkau maupun penyedia layanan bisa memberikan informasi yang akurat mengenai TB
- Mendorong munculnya kesadaran untuk mempertimbangkan perilaku risiko yang selama ini dilakukan
- Memunculkan motivasi untuk mengurangi risiko
- Mempersiapkan komunitas untuk melakukan pengurangan risiko yang paling masuk akal untuk dilakukan oleh komunitas itu sendiri

Setelah memahami tujuannya, peserta diberikan pemaparan mengenai strategi yang perlu dilakukan untuk bisa mencapai tujuan tersebut. Salah satu strategi yang perlu dilakukan adalah menggunakan teknik dasar konseling dalam melakukan penjangkauan, yaitu dengan

memberikan empati serta menjadi pendengar yang aktif. Dengan melakukan strategi ini peserta bisa lebih mudah dalam membangun kepercayaan dengan kelompok sasaran dan dapat mempermudah proses penjangkauan.

7. Skrining dan Rujukan TB

Selain kemampuan penjangkauan, untuk bisa meningkatkan cakupan program TB Reach peserta perlu memiliki kapasitas untuk bisa melakukan skrining TB. Langkah awal untuk bisa melakukan skrining TB adalah dengan mengenali gejala-gejala TB yang sudah dijelaskan pada sesi informasi dasar TB. Pada sesi ini selain dijelaskan lebih lanjut mengenai gejala-gejala TB, peserta juga diberikan pemaparan peralatan apa saja yang perlu dibawa untuk bisa melakukan skrining TB. Secara khusus peserta diberi catatan bahwa pada ODHA biasanya akan lebih sering ditemukan gejala berat badan menurun dan demam dibandingkan gejala batuk ataupun batuk berdahak. Dengan mengetahui hal ini, petugas penjangkau maupun penyedia layanan dapat lebih tepat sasaran untuk menentukan suspek TB. Selain lebih mengenal gejala TB, peserta juga ditekankan mengenai pentingnya proses pencatatan agar kinerja petugas penjangkau maupun penyedia layanan dapat dipantau dan dievaluasi.

8. Sampel Pengambilan Dahak

Salah satu kegiatan yang dilakukan dalam skrining TB adalah pengambilan sampel dahak. Sesi ini menjadi sangat penting untuk diberikan agar peserta memiliki kemampuan untuk bisa mengambil sampel dahak dengan baik. Pada akhir sesi, peserta diharapkan dapat mengajarkan cara mengeluarkan dahak dengan benar serta dapat menilai kualitas dahak yang baik. Fasilitator dalam sesi ini menggunakan video sebagai salah satu media pembelajaran. Setelah melihat video, peserta diminta untuk mempraktikkan bagaimana cara mengeluarkan dahak yang baik. Dengan metode ini peserta akan mengalami dan memahami dengan sendirinya apa hambatan dampingan untuk bisa mengeluarkan dahak sehingga bisa lebih berempati dan bersabar pada dampingan. Selain mengetahui bagaimana cara mengeluarkan dahak yang berkualitas, fasilitator juga menekankan pentingnya kewaspadaan untuk melindungi diri dari penularan TB.

9. Manajemen Outreach

Sebelum melakukan penjangkauan, penting bagi penanggung jawab program untuk melakukan perencanaan baik secara teknis di lapangan maupun secara administratif. Perencanaan penjangkauan mencakup: perencanaan program, kepegawaian dan pengawasan, fasilitas dan materi, sistem dokumentasi, dan evaluasi. Fasilitator menekankan bahwa kegiatan administratif merupakan suatu hal yang melekat dalam suatu program untuk memastikan kredibilitas dan kesinambungan program maupun lembaga itu sendiri. Para peserta perlu melakukan tahap perencanaan agar pekerjaan yang dilakukan bisa lebih terfokus pada tujuannya. Meskipun demikian, perencanaan ini juga perlu fleksibel sesuai dengan perubahan ataupun keadaan di lapangan. Hal lain yang perlu dipertimbangkan dalam perencanaan program adalah setiap program harus memastikan bahwa program tersebut dapat menjawab kebutuhan perorangan maupun kelompok sasaran.

Selain perencanaan, agar penjangkauan dapat berjalan dengan efektif para petugas penjangkau perlu menentukan sumber informasi yang tepat untuk mendapatkan profil maupun karakteristik kelompok sasarannya. Sumber informasi dapat berasal dari institusi, masyarakat, maupun kelompok dampingan itu sendiri. Dalam melakukan manajemen program, peserta juga diajak untuk mempertimbangkan hal-hal yang berkaitan dengan kepegawaian. Salah satu yang perlu dipertimbangkan adalah apakah perlu mengambil staf dari dalam atau luar kelompok sasaran. Salah satu kelebihan staf yang berasal dari kelompok sasaran adalah adanya kesamaan latar belakang, sehingga staf diharapkan lebih mudah untuk berempati dan mendapat kepercayaan dari kelompok sasaran. Sedangkan untuk staf yang tidak berasal dari kelompok sasaran, perlu ditekankan bahwa mereka bersedia untuk bekerja dengan kelompok sasaran serta memahami perilaku kelompok sasaran agar dapat memperoleh kepercayaan dari kelompok yang dijangkaunya.

10. Membangun Sistem Rujukan

Sesuai dengan tujuan dalam pelatihan ini adalah meningkatkan cakupan program atau jumlah populasi kunci yang dirujuk untuk dites TB, dalam sesi ini peserta diajak untuk belajar membangun sistem rujukan. Sesi ini berisi materi mengenai definisi, tujuan, tata hubungan,

komponen, dan langkah yang perlu dilakukan dalam membangun sistem rujukan. Untuk bisa membangun sistem rujukan, petugas penjangkau maupun penyedia layanan perlu mengetahui dengan siapa saja mereka bisa berjejaring dan akhirnya membangun sistem rujukan. Dalam sesi ini peserta diberikan penjelasan bahwa rujukan bisa dilakukan baik secara internal dalam institusi maupun secara eksternal. Yang terpenting adalah sistem rujukan dibangun untuk meningkatkan mutu, cakupan, efisiensi, dan efektivitas pelayanan TB dan HIV.

11. Review dan Rencana Tindak Lanjut

Sesi terakhir dalam pelatihan ini bertujuan untuk membuat komitmen dari semua peserta untuk mempraktikkan semua yang telah dipelajari dalam wilayah kerjanya masing-masing. Sesi ini diawali dengan meminta peserta untuk menuliskan lima kata kunci yang bisa memotivasi para peserta untuk melakukan rujukan TB. Setelah menuliskan ke lima kata kunci tersebut, seluruh peserta diminta untuk membuat rencana tindak lanjut di masing-masing wilayah. Peserta yang terdiri dari petugas penjangkau maupun penyedia layanan berkelompok sesuai dengan wilayah masing-masing untuk menyusun rencana tindak lanjut bersama-sama. Metode ini dilakukan agar tidak hanya petugas penjangkau saja yang berkomitmen untuk melakukan rujukan, tapi penyedia layanan juga mendukung agar populasi kunci yang dirujuk bisa dilayani dengan baik. Beberapa pertanyaan untuk memicu dalam menyusun rencana tindak lanjut ini adalah:

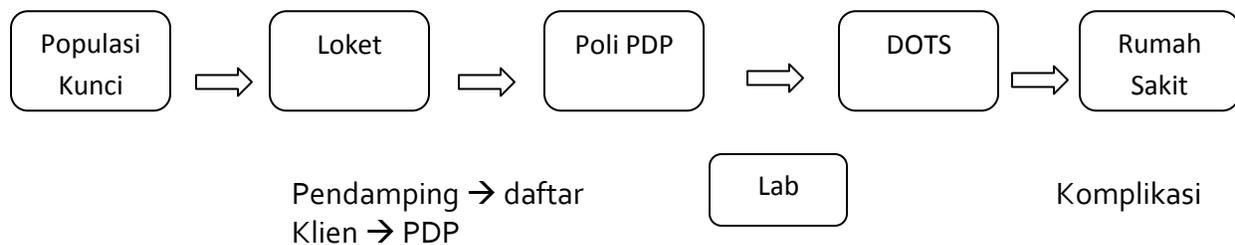
- Bagaimana melakukan pemetaan agar bisa melakukan *case finding* yang efektif pada masing-masing populasi kunci?
- Bagaimana mengakses populasi kunci di luar yang sudah diakses?
- Bagaimana mengasah keterampilan komunikasi agar mampu memberikan informasi TB dan meyakinkan populasi kunci untuk memanfaatkan layanan TB?
- Bagaimana mengembangkan kerja sama dengan fasyankes untuk melakukan rujukan yang baik?
- Dukungan apa yang diharapkan dari lembaga agar dapat efektif melakukan kegiatan *outreach*?

Rencana tindak lanjut yang disepakati adalah sebagai berikut:

JAKARTA BARAT

1. Mengetahui *hotspot* wilayah populasi kunci
2. Mencari titik-titik *hotspot* baru
3. Mencari informasi pada populasi kunci yang sudah diakses
4. Koordinasi, komunikasi dengan fasyankes
5. Kerja sama, adanya monitoring dan evaluasi
6. Peningkatan wawasan tentang TB oleh fasyankes pada PL

Flow chart sistem rujukan:



| No. | Rencana | Sasaran | Pelaksana | Waktu Pelaksanaan |
|-----|---|--|--|--|
| 1. | Sosialisasi kegiatan TB Reach | <ul style="list-style-type: none"> • Fasyankes • LSM | Peserta pelatihan | 27-29 Juni 2015 |
| 2. | Pembagian tugas tentang pemetaan populasi kunci | Populasi kunci | LSM (YSS, YKB, YMM, Gema, Icodesa, Kios) | Juli minggu ke-1 |
| 3. | Penjangkauan TB Reach: <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian KIE • Screening TB • Konseling | Populasi kunci | LSM | Juli minggu ke-2 – Oktober 2015 |
| 4. | Koordinasi sistem rujukan TB Reach | <ul style="list-style-type: none"> • Fasyankes • LSM | <ul style="list-style-type: none"> • Fasyankes • LSM | Juni – Oktober 2015 |
| 5. | Monitoring dan evaluasi | <ul style="list-style-type: none"> • Fasyankes • LSM | <ul style="list-style-type: none"> • Fasyankes • LSM | Minggu ke-1 dan ke- 4 dalam setiap bulan |

TASIKMALAYA

| No. | Kegiatan | Waktu | Pelaksana |
|-----|--|------------------|---|
| 1. | <i>Mapping</i> ulang KD lama untuk memberikan informasi | Juli minggu ke-1 | PO |
| 2. | Menggali informasi dari KD lama tentang teman-teman populasi kunci | Juli minggu ke-2 | <ul style="list-style-type: none"> • PO • Fasyankes |

| | | | |
|----|--|---------------------|---|
| | yang belum terjangkau | | |
| 3. | <ul style="list-style-type: none"> Menguasai materi TB dan terus mencari informasi dengan fasyankes Sering dipraktekkan pemberian informasi tentang TB kepada populasi kunci | Agustus minggu ke-1 | <ul style="list-style-type: none"> PO RSUD Fasyankes |
| 4. | <ul style="list-style-type: none"> <i>Outreach</i> pihak layanan dengan PO Kontrak waktu | Agustus minggu ke-2 | <ul style="list-style-type: none"> PO Fasyankes |
| 5. | <ul style="list-style-type: none"> Monitoring <i>outreach</i> oleh pihak lembaga PO selalu memberikan pelaporan | Agustus minggu ke-4 | <ul style="list-style-type: none"> Korlap PO |

BOGOR

| No. | Kegiatan | Waktu | Pelaksana |
|-----|---|--------------------------------|---|
| 1. | Laporan hasil pelatihan dengan lembaga atau atasan masing-masing | 29 Juni 2015 | Peserta pelatihan |
| 2. | Menyusun rencana kegiatan (pemetaan wilayah dan penunjukkan PO) | Awal Juli | |
| | PKM Citeureup: <ul style="list-style-type: none"> Cibinong Bojong Gede Ciri Mekar | | <ul style="list-style-type: none"> Bu Yani Gunawan |
| | PKM Cileungsi: <ul style="list-style-type: none"> Jonggol Cariu Gunung Putri | | <ul style="list-style-type: none"> Bu Eka Bu Dedeh Edy |
| | PKM Ciomas: <ul style="list-style-type: none"> Dramaga Cibungbulang Leuwi liang Parung Jasinga | | <ul style="list-style-type: none"> Bu Aulia Bu Epon Bu Aat |
| | RSUD Ciawi <ul style="list-style-type: none"> Puncak Cijeruk Ciawi Cisarua | | |
| 3. | Pertemuan dalam rangka mengembangkan kerja sama yang bik dalam melakukan rujukan | Minggu ke-3 dalam setiap bulan | |
| 4. | Pembentukan tim TB Reach → dari lembaga kita mendapatkan fasilitas Membuka akses: | Akhir Juli | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi • Diskusi lapangan • Dokling | | |
| 5. | <p>Mengasah keterampilan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menambah wawasan tentang TB paru • Cara berkomunikasi yang baik • <i>Capacity building</i> | | |

CILEGON

Petugas *Outreach*:

1. Sosialisasi hasil kegiatan pelatihan dengan rekan PO di kota Cilegon (1 minggu kemudian)
2. Koordinasi dengan fasyankes terkait kegiatan PO di lapangan
3. Membuka akses baru dan *mapping* ulang
4. Menjangkau populasi kunci lebih aktif lagi
5. Memberikan KIE (lisan dan media)
6. Melakukan skrining di lapangan lebih banyak lagi sesuai dengan target (100 orang/bulan)
7. Merujuk ke fasyankes untuk dilakukan PX lanjutan bagi yang suspek
8. Melakukan pencatatan dan pelaporan lebih baik lagi

Fasyankes:

1. Memberi informasi KIE yang dibutuhkan terutama PO
2. Mempermudah akses layanan berupa pengaturan jadwal di fasyankes
3. Kolaborasi program TB dan HIV dan PTM
4. Memeriksa HIV kepada pasien TB (PITC)
5. Memeriksa TB pada pasien HIV
6. *Mobile VCT* (1 kali/bulan)
7. Kunjungan rumah untuk pasien TB HIV
8. Melakukan pertemuan setiap 3 bulan sebagai evaluasi pencapaian program
9. Melibatkan PO dalam pengobatan TB
10. Mempromosikan pelayanan kesehatan

| No. | Kegiatan | Waktu Pelaksanaan | Lokasi | Sasaran | PIC |
|-----|--|-------------------|----------|----------|---------|
| 1. | Sosialisasi hasil pelatihan pada lembaga dan institusi | Minggu ke-3 Juli | Basecamp | Semua PL | SSR BMG |
| 2. | Koordinasi rutin dengan | Minggu ke-1 Juli | Layanan | • PL | |

| | | | | | |
|----|--|---------------------------|--------------|---|--------|
| | layanan | | | <ul style="list-style-type: none"> • Layanan | |
| 3. | <i>Mapping</i> | Minggu ke-4 Juli | Kota Cilegon | <ul style="list-style-type: none"> • Waria • WPS • Penasun | Korlap |
| 4. | <i>Outreach, KIE, skrining</i> | Juli – Desember 2015 | Kota Cilegon | <ul style="list-style-type: none"> • Waria • WPS • Penasun | |
| 5. | Rujukan | Juli – Desember 2015 | Kota Cilegon | <ul style="list-style-type: none"> • Waria • WPS • Penasun | |
| 6. | Evaluasi, pelaporan, dan validasi data | Juli – Desember 2015 | | | |
| 7. | FGD | Agustus dan November 2015 | Hotspot | <ul style="list-style-type: none"> • Waria • WPS • Penasun | |

E. Monitoring Intervensi

Monitoring pelaksanaan rencana tindak lanjut peningkatan kapasitas petugas penjangkau dilakukan melalui diskusi kelompok terarah. Diskusi kelompok ini melibatkan para petugas penjangkau dan penanggung jawab program di masing-masing lembaga yang memiliki peran dalam program TB Reach. Monitoring intervensi ini dilakukan dengan mendatangi masing-masing lembaga di setiap wilayah dengan jadwal yang terdapat di tabel awal. Monitoring juga dilakukan kepada para penyedia layanan untuk melakukan konfirmasi hasil dari diskusi dengan petugas penjangkau. Topik diskusi dalam kegiatan monitoring ini terutama adalah pelaksanaan rencana tindak lanjut yang telah dibuat pada akhir pelatihan. Secara rinci, berikut adalah topik diskusi dalam monitoring intervensi:

1. Monitoring hasil pelatihan:
 - a. Manfaat hasil pelatihan untuk petugas penjangkau/staf terkait
 - b. Materi yang paling bermanfaat untuk mendukung kerja lapangan
 - c. *Sharing* hasil pelatihan kepada seluruh tim di lembaga
 - d. Tindak lanjut lembaga terhadap hasil pelatihan
 - e. Hambatan dalam melaksanakan rencana hasil pelatihan
 - f. Situasi dan kualitas kontak petugas penjangkau dengan dampingan
 - g. Situasi perluasan lapangan

2. Monitoring hasil intervensi
 - a. Observasi dokumen kegiatan petugas penjangkau dan lembaga terkait penjangkauan (wilayah, jumlah dampingan, frekuensi kunjungan, perlengkapan untuk ke lapangan)
 - b. Observasi dokumen notulensi *briefing*, rapat petugas penjangkau dan staf, dan pengayaan yang pernah dilakukan terkait dengan TB Reach
 - c. Observasi dan review sistem rujukan ke layanan TB
 - d. Observasi dan review formulir laporan harian, rekapitulasi kontak per wilayah, *database*, catatan kendala di lapangan, dan narasi kondisi di lapangan

Sebagai bahan diskusi dengan penyedia layanan adalah lembaga mana saja yang sudah merujuk dan jumlah rujukan dari masing-masing lembaga.

Monitoring dilakukan pada awal bulan Agustus, hanya berselang kurang lebih dua minggu dari libur Idul Fitri. Secara umum, hasil monitoring ini tidak terlalu baik untuk semua lembaga. Hampir semua lembaga tidak menunjukkan peningkatan jumlah rujukan. Dua hal utama yang menjadi hambatan bagi lembaga adalah:

1. Ketiadaan donor yang membuat para petugas penjangkau/staf lembaga tidak memperoleh gaji. Masa setelah pelatihan berlangsung adalah ketika masa kontrak dari Global Fund sudah habis, sehingga semua lembaga yang mendapat donor dari GF tidak melakukan kegiatan apapun, termasuk penjangkauan. Ketiadaan donor ini membuat para petugas penjangkau maupun staf lembaga tidak mendapatkan gaji. Diskusi dengan penanggung jawab program juga menunjukkan bahwa mereka tidak dapat menuntut stafnya untuk melakukan pekerjaan, karena mereka tidak digaji. Ketiadaan donor, secara otomatis membuat lembaga menjadi vakum dari seluruh kegiatannya.
2. Bulan puasa dan libur hari raya Idul Fitri juga menjadi hambatan bagi para petugas penjangkau untuk melakukan penjangkauan. Menurut para petugas penjangkau, bulan puasa dan libur hari raya ini mengubah aktivitas para kelompok sasaran, sehingga penjangkauan belum bisa dilakukan dengan optimal.

Untuk monitoring hasil pelatihan itu sendiri, berikut adalah hasil diskusi kelompok terarah yang dilakukan dengan para petugas penjangkau:

1. Manfaat Pelatihan

Para petugas penjangkau menyatakan bahwa materi-materi yang disampaikan dalam pelatihan sangat bermanfaat dalam pekerjaan mereka. Terutama materi mengenai TB sangat bermanfaat bagi petugas penjangkau untuk bisa menjelaskan lebih lanjut pada dampingan informasi mengenai TB. Salah satu hal yang masih menjadi hambatan adalah belum adanya materi KIE khusus TB untuk bisa lebih mudah menyampaikan informasi terkait TB pada dampingan. Hambatan lain yang dialami oleh petugas penjangkau adalah kebanyakan dampingan masih belum terbuka dan menyangkal indikasi TB yang dialami.

Hal lain yang bermanfaat dari pelatihan yang diberikan adalah petugas penjangkau merasa lebih bertanggung jawab dan termotivasi untuk melakukan penjangkauan. Hal ini dirasakan oleh para petugas penjangkau karena sudah lebih memahami mengenai tujuan dari pekerjaan yang dilakukannya. Adanya pelatihan ini juga membuat para petugas penjangkau dapat bertemu dengan penyedia layanan untuk dapat mempermudah proses koordinasi maupun rujukan.

2. Rencana Tindak Lanjut Pelatihan

Sebagai salah satu rencana tindak lanjut dari pelatihan adalah perlunya *sharing* hasil dari pelatihan kepada seluruh petugas penjangkau/staf di lembaga masing-masing. Rencana ini perlu dilakukan agar setiap staf dalam lembaga, termasuk juga penanggung jawab program dapat mendukung upaya peningkatan cakupan program TB Reach.

Berdasarkan hasil diskusi dengan para petugas penjangkau, didapatkan bahwa materi hasil pelatihan sudah dibagikan kepada seluruh petugas penjangkau/staf. Hal yang disayangkan adalah mengenai pendokumentasian dari kegiatan *sharing* tersebut tidak dilakukan sehingga tidak bisa dilakukan evaluasi lebih lanjut mengenai kegiatan tersebut.

Rencana lain yang perlu dilakukan setelah pelatihan adalah koordinasi lebih lanjut dengan penyedia layanan, terutama mengenai proses rujukan. Berdasarkan hasil diskusi dengan petugas penjangkau maupun penyedia layanan, proses koordinasi ini belum berjalan dengan baik. Terbukti dengan belum meningkatnya rujukan yang dilakukan oleh lembaga. Dari sisi petugas penjangkau, hambatannya adalah belum tersedianya formulir untuk melakukan rujukan. Ketika ditanyakan kepada pengelola program (Sudinkes maupun Dinkes) dikatakan bahwa formulir belum tersedia. Begitu juga dengan proses reimburse belum bisa dilakukan karena dana dari pusat belum sampai ke Sudinkes ataupun Dinkes.

Dalam proses monitoring ini para petugas penjangkau maupun penanggung jawab program di masing-masing lembaga juga mendapatkan penguatan teknis untuk semakin mendukung kegiatan mereka di lapangan.

F. Evaluasi Intervensi

Tujuan Evaluasi

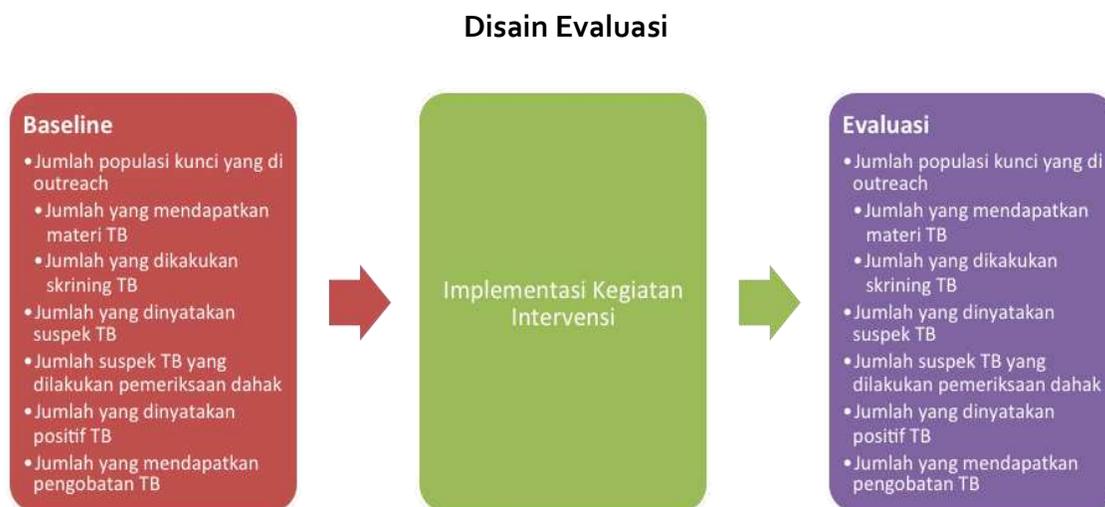
Evaluasi bertujuan untuk menilai seberapa jauh intervensi yang dilakukan (peningkatan kapasitas petugas outreach di lembaga swadaya masyarakat) dalam menemukan kasus TB pada populasi kunci yang dijangkau. Secara spesifik evaluasi ini akan mengukur:

1. Apakah penguatan kapasitas pada petugas outreach bisa meningkatkan penemuan kasus TB pada populasi kunci yang dijangkau?
2. Apakah ada perubahan data capaian jumlah rujukan TB sebelum dan sesudah intervensi?

Disain Evaluasi

Untuk mencapai tujuan evaluasi seperti tersebut di atas maka disain evaluasi yang digunakan adalah evaluasi *pre-post intervention* dimana keluaran berupa hasil rujukan TB sebelum dan sesudah intervensi akan diperbandingkan. Demikian juga beberapa variabel yang relevan terkait dengan kelompok populasi kunci yang dijangkau, jumlah populasi kunci yang di outreach, jumlah populasi kunci yang diberikan informasi terkait TB dan dilakukan skrining TB, jumlah populasi kunci yang dinyatakan suspek TB, jumlah populasi kunci yang suspek TB dan

dilakukan pemeriksaan dahak, dan jumlah populasi kunci yang dinyatakan positif TB dan mendapatkan pengobatan TB. Disain evaluasi dalam penelitian ini bisa digambarkan pada diagram di bawah ini:



Evaluasi ini untuk melihat asumsi apakah terjadi perubahan pada kegiatan intervensi ini untuk melihat faktor apa saja yang mempengaruhi dari hasil kegiatan intervensi ini. Evaluasi ini nantinya akan berfokus pada beberapa isu-isu strategi sebagai berikut:

1. *Perubahan peningkatan kapasitas petugas outreach dalam melakukan kegiatan TB REACH*

Fokus evaluasi dari sisi peningkatan kapasitas petugas outreach ini adalah untuk menilai sampai sejauh mana kemampuan petugas outreach dalam melakukan penjangkauan dilapangan khususnya terkait program TB REACH. Data yang dikumpulkan adalah berasal dari kegiatan intervensi pre dan post test saat dilakukan peningkatan kapasitas staf petugas outreach yang mengikuti pelatihan dengan modul yang sudah dikembangkan. Berdasarkan data yang dikumpulkan ini bisa untuk melihat bagaimana situasi tentang kemampuan petugas outreach dalam melakukan kegiatan penjangkauan untuk menemukan kasus TB dilapangan.

2. *Perubahan data capaian sebelum dan sesudah intervensi*

Intervensi yang dilakukan pada hasil akhirnya nanti untuk melihat sampai sejauh mana dampak dari kegiatan operasional riset ini. Diharapkan melalui kegiatan intervensi ini bisa dilihat apakah cukup memberikan daya ungkit terhadap angka penemuan kasus TB pada

populasi kunci yang sudah berhasil dirujuk ke layanan TB dengan dilakukan pemeriksaan dahak setelah melalui proses kegiatan outreach berupa edukasi TB dan kegiatan skrining TB.

Pengumpulan Data

a. *Perubahan peningkatan kapasitas petugas outreach dalam melakukan TB REACH*

Seperti yang sudah disebutkan diatas pada data ini yang akan dilihat dari data pre dan post release saat dilakukan peningkatan kapasitas dalam melakukan penjangkauan dilapangan khususnya berkaitan dengan kegiatan TB REACH. Data ini diperoleh dari hasil kegiatan pelatihan yang dilakukan selama 3 hari dengan modul yang dikembangkan oleh TIM PPH Unika Atma Jaya. Data pre test diperoleh sebelum kegiatan pelatihan dilakukan sedangkan data post test diperoleh setelah semua peserta mengikuti sesi pelatihan selama 3 hari dengan modul yang sudah dikembangkan oleh tim peneliti.

b. *Perubahan data capaian sebelum dan sesudah intervensi*

Sebelum dilakukan proses intervensi telah dilakukan proses analisa berupa pengumpulan data baseline awal dimana data yang berhasil dikumpulkan berdasarkan hasil wawancara langsung dengan para petugas outreach, manager pengelola program di masing-masing lembaga swadaya masyarakat, petugas pengelola program TB di tiap fasyankes rujukan dan pengelola program TB REACH di masing-masing suku dinas kabupaten kota yang menjadi tempat intervensi penelitian ini.

Dari hasil kegiatan pengumpulan data baseline ini lah yang menjadi sumber kebutuhan dalam desain pola strategi yang akan dilakukan dalam melakukan intervensi kegiatan TB REACH ini sebagai bahan dasar untuk pengembangan modul pelatihan yang akan dikembangkan oleh tim peneliti berdasarkan kebutuhan dilapangan.

Setelah modul dikembangkan dan dilakukan proses pelatihan maka tim peneliti melakukan pengkajian kembali untuk mengumpulkan data di empat lokasi penelitian

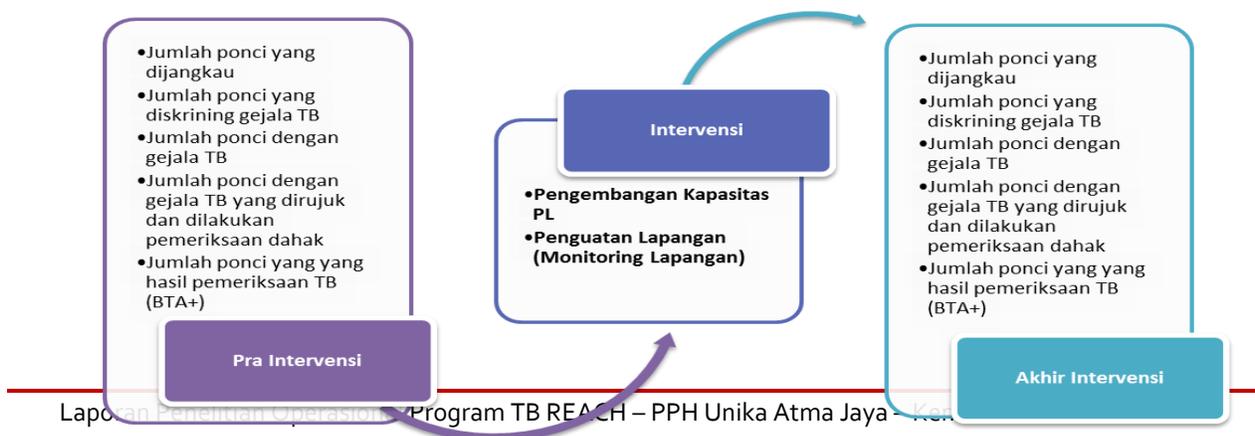
untuk melihat sampai sejauh mana dampak dari hasil pengembangan modul dan proses pelatihan yang sudah dilakukan selama 3 hari pelatihan.

Analisis Data

Analisis untuk melihat perubahan yang diakibatkan oleh kegiatan integrasi penemuan kasus TB secara aktif ke dalam kegiatan *outreach* pada populasi kunci dilakukan dengan cara :

- Membandingkan data pelaksanaan program sebelum intervensi (April – Juni 2015), selama intervensi dan sesudah bulan (Juli – September 2015) dari kabupaten/kota terpilih khususnya dalam 5 indikator kinerja (*performance indicator*) program TB Reach yang telah ditentukan:
 1. Jumlah ponci yang dijangkau
 2. Jumlah ponci yang diskriming gejala TB
 3. Jumlah ponci dengan gejala TB
 4. Jumlah ponci dengan gejala TB yang dirujuk dan dilakukan pemeriksaan dahak
 5. Jumlah ponci yang yang hasil pemeriksaan TB (BTA+)
- Membandingkan 5 indikator pelaksanaan program antara kabupaten/kota terpilih dengan kota/kabupaten lainnya di masing-masing provinsi.
- Perbedaan dalam dua titik waktu observasi ini diasumsikan dikontribusikan oleh pelaksanaan intervensi yang diberikan (pelatihan dan penguatan lapangan) dalam waktu 3 bulan di masing-masing kabupaten. Penggunaan dua pendekatan evaluasi ini diharapkan bisa lebih peka (sensitif) terhadap perubahan-perubahan yang mungkin ditimbulkan oleh penguatan intervensi ini.

Indikator Evaluasi



Hasil Evaluasi

Pada bagian ini akan disajikan hasil evaluasi dari proese kegiatan intervensi berupa penguatan kapasitas petugas outreach dalam melakukan penjangkauan dilapangan untuk menemukan kasus TB pada populasi kunci yang dijangkau. Hasil akhir yang diharapkan nantinya adalah sampai sejauh mana kelayakan kegiatan outreach TB pada populasi kunci ini masuk kedalam kegiatan outreach HIV yang selama ini dilakukan oleh para petugas lapangan.

1. Pengaruh Intervensi terhadap Kapasitas Petugas Lapangan

Sebelum menunjukkan berbagai hasil dari perubahan kegiatan intervensi ini akan disajikan terlebih dahulu gambaran pengaruh intervensi yang berupa pengembangan kapasitas bagi pekerja lapangan dan petugas kesehatan di fasyankes empat kabupaten kota.

a) *Kapasitas petugas outreach dalam melakukan kegiatan outreach TB REACH*

Hasil yang diperoleh dari hasil pengamatan proses intervensi ini adalah memang adanya perubahan persepsi pada petugas outreach dalam menjalankan kegiatan penjangkauan pada populasi kunci untuk menemukan kasus TB. Hal ini diperoleh dari perbedaan kualitas persepsi sebelum dan sesudah pelatihan dengan modul yang dikembangkan oleh tim peneliti. Beberapa kata kunci adanya perubahan persepsi yang terjadi pada 40 peserta yang dilatih adalah sebagai berikut:

| No. | Variable penilaian | Jumlah peserta yang memberikan jawaban dan tanggapan sebelum pelatihan | Jumlah peserta yang memberikan jawaban dan tanggapan setelah pelatihan |
|-----|---|--|--|
| 1. | Apa saja yang dilakukan untuk membuka akses ke populasi kunci | 24 | 40 |
| 2. | Membangun kepercayaan pada komunitas | 22 | 40 |
| 3. | Apa pentingnya mengetahui fungsi jaringan sosial | 21 | 40 |
| 4. | Bagaimana melakukan perencanaan dalam kegiatan | 17 | 39 |

| | outreach | | |
|----------------------|--|------------|------------|
| 5. | Bagaimana anda mengetahui orang dengan gejala TB | 25 | 39 |
| 6. | Bagaimana anda bisa terlibat untuk menentukan kualitas dahak yang baik | 5 | 34 |
| 7. | Bagaimana dengan prosedur rujukan TB yang benar | 2 | 23 |
| 8. | Seberapa yakin bisa memenuhi target terkait kegiatan TB REACH | 0 | 23 |
| Total Scoring | | 116 | 278 |

Dari analisis persepsi para peserta bisa digambarkan bahwa nilai scoring sebelum dan sesudah pelatihan diperoleh perbedaan angka kenaikan scoring sebesar lebih dari 50%. Yang artinya dampak dari modul dan strategi pelatihan yang dikembangkan bisa memberikan kontribusi terhadap kualitas pemahaman para peserta sebagai bahan pembekalan dalam menjalankan kegiatan outreach TB REACH nantinya.

b) Pola kegiatan outreach yang dilakukan oleh petugas penjangkau dilapangan

Dari hasil FGD yang dilakukan oleh tim peneliti diperoleh gambaran bahwa pola penjangkauan yang dilakukan dimasing-masing lembaga berbeda, hal ini dikarenakan oleh beberapa faktor seperti:

- a) Strategi penjangkauan yang diterapkan dimasing-masing lembaga bisa berbeda menyesuaikan dengan situasi dan karakteristik populasi yang dijangkau, misalkan pola penjangkauan pada kelompok penasun akan berbeda pada kelompok waria dan juga WPS karena pola sosial yang berbeda pada ke tiga kelompok populasi kunci ini.
- b) Pemahaman terkait filosofi outreach dimasing-masing lembaga berbeda, hal ini dipengaruhi oleh sumber pedanaan program yang diperoleh dimasing-masing lembaga berkaitan dengan dukungan asistensi program yang menjadi tolok ukur capaian indikator yang dijangkau.

c) Prosedur layanan di fasilitas kesehatan rujukan TB

Dari hasil wawancara yang mendalam dengan petugas pengelola TB di ke empat kab/kota diperoleh gambaran bahwa prosedur layanan dipengaruhi oleh faktor kebijakan yang diputuskan oleh fasyankes tersebut. Kebijakan ini dibuat serta diputuskan oleh kepala

fasyankes setempat untuk dijadikan standar prosedur layanan yang ada bagi mereka yang akan mengakses layanan rujukan TB, misalnya satu fasyankes dengan fasyankes yang lain masih di lokasi kab/kota yang sama prosedur rujukan bisa berbeda satu sama lain, bisa terkait mekanisme rujukan atau biaya pemeriksaan.

d) Faktor Pendukung berupa kebijakan lokal terkait rujukan TB

Kebijakan prosedur layanan yang dipengaruhi oleh kebijakan masing-masing dinas kesehatan kab/kota berbeda bisa dipengaruhi karena adanya perbedaan persepsi dalam memutuskan prosedur layanan yang berlaku di kab/kota tersebut dimana keputusan yang diambil dipengaruhi oleh dukungan pembiayaan APBD setempat sehingga bisa berdampak dalam memutuskan prosedur layanan rujukan TB khususnya terkait dengan pembiayaan rujukan dan pemeriksaan. Contohnya terdapat satu kab/kota menerapkan semua jenis rujukan yang ada di puskesmas mewajibkan penerapan kepemilikan BPJS bagi yang pasien yang tidak mampu membayar secara penuh terhadap tarif layanan yang ada, sedangkan di kab/kota yang lain pasien masih bisa mendapatkan akses layanan walaupun pasien tidak mampu membayar penuh dengan biaya sendiri dan belum memiliki fasilitas BPJS.

2. Dampak Intervensi terhadap Implementasi Penemuan Kasus TB secara Aktif pada populasi Kunci

Pada analisa dari kegiatan intervensi ini akan dilakukan pemetaan berdasarkan dua situasi yaitu:

a) Dampak capaian hasil rujukan sebelum dan sesudah intervensi pada ke 4 kab/kota yang terpilih menjadi lokasi kegiatan intervensi TB REACH.

Setelah melalui proses intervensi selama 4 bulan yang dimulai dari bulan Juni sampai dengan September dimana serangkaian kegiatan intervensi ini meliputi: pengambilan data baseline, pengembangan modul untuk kegiatan intervensi, monitoring dan evaluasi kegiatan intervensi disertai dengan asistensi teknis yang dilakukan selama 2 kali diperoleh hasil analisa capaian sebelum dan sesudah intervensi dengan gambaran hasil temuan data capaian sebagai berikut:

Performance Indikator berdasarkan capaian sebelum dan sesudah Intervensi

| Performance Indikator | Jakarta Barat | | Kota Tasikmaya | | Kota Cilegon | | Kab Bogor | |
|--|---------------|---------|----------------|---------|--------------|---------|-----------|---------|
| | Sebelum | Sesudah | Sebelum | Sesudah | Sebelum | Sesudah | Sebelum | Sesudah |
| Jumlah ponci yang dijangkau | 21 | 32 | 0 | 93 | 340 | 271 | 0 | 29 |
| Jumlah ponci yang diskriming gejala TB | 21 | 32 | 0 | 93 | 277 | 271 | 0 | 29 |
| Jumlah ponci dengan gejala TB | 7 | 10 | 0 | 41 | 0 | 23 | 0 | 1 |
| Jumlah ponci dengan gejala TB yang dirujuk dan dilakukan pemeriksaan dahak | 7 | 10 | 0 | 41 | 0 | 23 | 0 | 1 |
| Jumlah ponci yang hasil pemeriksaan TB (BTA+) | 3 | 3 | 0 | 4 | 0 | 5 | 0 | 1 |

Dari tabel diatas bisa dilihat terjadi perubahan cakupan sebelum dan sesudah intervensi, yang mana pada periode sebelum intervensi diperoleh gambaran bahwa pola intervensi outreach yang dilakukan oleh petugas penjangkau tidak cukup mampu untuk memberikan kontribusi menemukan jumlah suspek TB dan sampai kemudian dirujuk ke layanan untuk diperiksa dahaknya. Hal ini bisa terjadi para petugas penjangkau belum cukup memiliki kemampuan dalam melakukan skrining TB dan memahami prosedur rujukan TB di fasilitas layanan kesehatan. Ini terlihat jelasnya pola di kota tasik dan kab bogor dimana pada periode sebelum intervensi kelihatan adanya ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan TB REACH. Untuk kab/kota Jakarta Barat sudah ada upaya kegiatan TB REACH pasca dilakukan sosialisasi oleh pihak Dinas Kesehatan, hal ini bisa terjadi sebagai proses pemanasan awal dimana informasi akan adanya klaim rujukan cukup memberikan kontribusi yang cukup untuk mendorong petugas penjangkau dalam melakukan kegiatan TB REACH. Sedangkan di kota Cilegon sama seperti kab/kota Jakarta Barat sudah ada kegiatan outreach TB REACH, namun kekuatan dalam melakukan skrining TB masih lemah sehingga diantara populasi kunci yang dilakukan outreach belum ditemukan jumlah suspek TB yang akan dirujuk dilayanan untuk dilakukan pemeriksaan TB.

Pada periode sesudah dilakukan intervensi diperoleh gambaran bahwa terjadi perubahan data capaian baik dari sisi jumlah yang dijangkau maupun dari sisi kualitas penjangkauan suspek melalui kegiatan skrining TB. Hal ini bisa terlihat dari data cakupan yang cukup signifikan pada ke tiga kab/kota yang dilakukan intervensi (Kab/kota Jakarta Barat, Tasikmalaya dan Cilegon). Terlihat cukup jelas bahwa pada ke tiga kab/kota ini pola penjangkauan sudah mulai kelihatan hasilnya dengan menggunakan berbagai strategi pendekatan yang dikembangkan didalam modul yang menjadi bahan materi pelatihan saat akan dimulainya kegiatan intervensi ini. Catatan khusus untuk kab Bogor hasil capaian tidak begitu menggembirakan mengingat luasnya demografis daerah jangkauan sementara ketersediaan jumlah staf penjangkau tidak cukup untuk menjangkau keseluruhan daerah yang menjadi area yang akan dilakukan penjangkauan.

Dampak hasil capaian rujukan yang terjadi pada daerah yang dilakukan intervensi dan yang tidak dilakukan intervensi berdasarkan kelompok kab/kota disuatu wilayah propinsi yang menjadi target kegiatan intervensi. Untuk melihat apakah kegiatan intervensi ini mampu memberikan dampak yang cukup signifikan pada tingkat lokal berdasarkan lokasi di wilayah 3 propinsi yang menjadi target kegiatan intervensi dapat diperoleh gambaran varian analisis sebagai berikut:

Performance Indikator Provinsi DKI Jakarta berdasarkan daerah intervensi dan non intervensi

| Performance Indikator | Provinsi DKI Jakarta | |
|--|--------------------------------------|--|
| | Daerah Intervensi (Jakarta Barat) | Daerah Non Intervensi (Jakarta Timur, Jakarta Pusat, Jakarta Selatan, Jakarta Utara) |
| Jumlah ponci yang dijangkau | 53 | 32 |
| Jumlah ponci yang diskruining gejala TB | 53 | 32 |
| Jumlah ponci dengan gejala TB | 17 | 10 |
| Jumlah ponci dengan gejala TB yang dirujuk dan dilakukan pemeriksaan dahak | 17 | 10 |
| Jumlah ponci yang yang hasil pemeriksaan TB (BTA+) | 6 | 3 |

Pada lokasi daerah intervensi Propinsi DKI Jakarta ini terlihat bahwa kegiatan intervensi melalui pelatihan dengan modul yang dikembangkan oleh tim PPH ddan disertai kegiatan asistensi teknis dengan melalui dua kali kegiatan monitoring dan evaluasi tetap bisa memberikan kontribusi data capaian rujukan kasus TB pada populasi kunci ini. Hasil yang dicapai daerah intervensi kab/kota Jakarta Barat cukup signifikan jika dibandingkan dengan total capaian di ke empat kab/kota lainnya dalam satu cluster Propinsi DKI Jakarta. Hal ini terjadi hampir semua penjangkau sudah memahami pola kegiatan outreach TB REACH dengan menggunakan strategi apa yang musti dilakukan saat melakukan penjangkauan dilapangan, mengerti cara yang efektif dalam melakukan kegiatan skrining TB dan memahami mekanisme rujukan TB di fasilitas kesehatan yang tersedia dimasing-masing wilayah daerah jangkauan.

Performance Indikator Provinsi Jawa Barat berdasarkan daerah intervensi dan non intervensi

| Performance Indikator | Provinsi Jawa Barat | |
|--|--|---|
| | Daerah Intervensi (Kota Tasikmalaya + Kab Bogor) | Daerah Non Intervensi (13 Kab/Kota; Bandung, Bogor, Karawang, Cirebon, indramayu, Bekasi, Depok, Subang, Sumedang, Cianjur) |
| Jumlah ponci yang dijangkau | 611 | 1166 |
| Jumlah ponci yang diskriming gejala TB | 548 | 1166 |
| Jumlah ponci dengan gejala TB | 23 | 25 |
| Jumlah ponci dengan gejala TB yang dirujuk dan dilakukan pemeriksaan dahak | 23 | 13 |
| Jumlah ponci yang yang hasil pemeriksaan TB (BTA+) | 5 | 13 |

Performance Indikator Provinsi Banten berdasarkan daerah intervensi dan non intervensi

| Performance Indikator | Provinsi Banten | |
|--|----------------------------------|--|
| | Daerah Intervensi (Kota Cilegon) | Daerah Non Intervensi (Kota Tangerang) |
| Jumlah ponci yang dijangkau | 122 | 342 |
| Jumlah ponci yang diskriming gejala TB | 122 | 342 |
| Jumlah ponci dengan gejala TB | 42 | 108 |
| Jumlah ponci dengan gejala TB yang dirujuk dan dilakukan pemeriksaan dahak | 42 | 108 |
| Jumlah ponci yang hasil pemeriksaan TB (BTA+) | 5 | 108 |

Untuk wilayah intervensi di Propinsi Jawa Barat dan Banten terlihat bahwa pada daerah yang dilakukan intervensi program tetap masih memiliki kualitas pendataan yang lebih baik jika harus dibandingkan dengan data yang ada di kab/kota yang berada di wilayah yang sama dalam satu propinsi. Terlihat jelas pola pendataan di wilayah intervensi program lebih memiliki kualitas pendataan karena berdasarkan data hitungan rujukan yang diperoleh dari masing-masing lembaga yang melakukan penjangkauan dengan menggunakan nama real dampingan yang dirujuk ke layanan TB. Sedangkan pada kab/kota lain yang tidak dilakukan intervensi program yang berada dalam satu wilayah propinsi yang sama sekalipun dari sisi data jangkauannya cukup besar namun **"masih perlu dikaji kembali"** data rekapan yang ada di nasional program mengingat berdasarkan analisa data yang ada antara jumlah yang dilakukan pemeriksaan TB berbanding sama dengan jumlah yang dinyatakan BTA positif. Pertanyaannya adalah apakah data yang ada cukup **"adekuat"** dengan yang ada dilapangan sementara berdasarkan pedoman umum menyatakan proporsi antara jumlah yang BTA positif tidak mungkin 100% diantara jumlah yang diperiksa dahaknya.

b) Beban kasus TB pada populasi kunci yang dijangkau pada daerah intervensi

Beban kasus TB di empat kabupaten tidak bisa ditentukan mengingat data yang tersedia tidak memungkinkan untuk menghitung hal tersebut. Jumlah populasi kunci yang telah dijangkau belum semua dilaporkan atau tidak dapat dicapai dalam kurun waktu observasi (Mei 2015- Oktober 2015) sehingga sulit untuk menentukan denominator untuk masing-masing populasi.

Demikian pula jumlah kasus yang dilaporkan sebenarnya juga belum bisa mencerminkan angka sebenarnya yang terjadi karena sistem pelaporan yang kurang sistematis dan ada sejumlah kasus yang belum dilaporkan karena terdapat hambatan administratif. Sebagai gantinya, dalam evaluasi ini akan dihitung jumlah kasus yang diperiksa dan jumlah BTA positif yang diperoleh dari jumlah yang diperiksa. Data ini dilaporkan oleh fasyankes di masing-masing kabupaten/kota.

Jumlah kasus yang diperiksa dan jumlah BTA positif yang diperoleh fasyankes di empat kabupaten/kota

| Kelompok Populasi Kunci | Kab/Kota Jakarta Barat | | Kota Cilegon | | Kota Tasikmalaya | | Kab Bogor | |
|----------------------------|------------------------|-----------|--------------|-----------|------------------|-----------|------------|-----------|
| | #diperiksa | # BTA (+) | #diperiksa | # BTA (+) | #diperiksa | # BTA (+) | #diperiksa | # BTA (+) |
| IDU | 13 | 6 (46%) | 4 | 0 | 23 | 2 (8%) | | |
| WPS | 3 | 1 (33%) | 17 | 4 (23%) | 15 | 1 (6%) | | |
| Waria | | | 2 | 1 (50%) | 3 | 1 (33%) | 1 | 1 |

Pada tabel ini terlihat prevalensi TB pada ke tiga populasi kunci ini cukup beragam dikisaran antara 10% s/d 40% dimasing-masing wilayah intervensi. Namun jika dilihat secara keseluruhan berdasarkan jenis populasi kuncinya di keempat kab/kota yang dilakukan intervensi pada kelompok penasun diperoleh prevalensi TB rata-rata sebesar 20% (8/40), pada kelompok WPS diperoleh gambaran prevalensi TB secara umum sebesar 17% (6/36), sedangkan pada kelompok waria secara umum diperoleh prevalensi TB sebesar 50% (3/6). Ini artinya prevalensi pada ke tiga kelompok populasi kunci ini cukup tinggi (diatas 10%) yang mana kegiatan intervensi ini semestinya bisa terus dilanjutkan dan ditingkatkan baik dari sisi cakupan jangkauannya maupun kualitas dalam penjarangan suspek TB. Tentu ini semua sekali lagi akan bergantung pada kualitas strategi intervensi yang dikembangkan pada daerah yang menjadi konsentrasi intervensi di wilayah lokasi intervensi pada populasi kunci tersebut.

3. Tantangan dan faktor pendukung dalam mengintegrasikan penemuan kasus TB aktif kedalam kegiatan outreach HIV

Beberapa tolok ukur keberhasilan dari suatu kegiatan intervensi akan sangat dipengaruhi oleh tantangan dan faktor pendukung dari sebuah strategi yang sudah dikembangkan. Beberapa tantangan dalam implementasi kegiatan TB REACH ini dilapangan adalah sebagai berikut

- Kekuatan managerial masing-masing lembaga swadaya masyarakat yang melakukan penjangkauan satu sama lain berbeda, hal ini terlihat dari proses monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh tim peneliti pasca kegiatan intervensi pelatihan, dimana saat dilakukan FGD dengan pengelola program dan petugas yang terlatih ditemukan adanya ketiksamaan persepsi dalam kerangka pelaksanaan outreach TB REACH. Perbedaan persepsi ini dipengaruhi oleh tidak semua staf yang ada disemua lembaga mendapatkan pengayaan atau pelatihan terkait intervensi TB REACH ini dan juga ditemukannya di beberapa lembaga manajemen program tidak memberlakukan kewajiban proses sharing oleh staf yang sudah terlatih kepada semua staf penjangkau di lembaga tersebut sehingga kemampuan diantara staf penjangkau tidak sama.
- Dari sisi penyedia layanan yang menjadi pusat rujukan akhir kegiatan TB REACH ini tidak sama dalam menerapkan mekanisme prosedur layanan pemeriksaan TB. Sehingga daerah satu dengan yang lainnya akan sangat berbeda hasilnya dalam merespon temuan kasus yang ada dari hasil rujukan staf penjangkau. Misalnya adanya kewajiban beban pembiayaan pemeriksaan dahak dan pengurusan kartu BPJS di daerah kab/kota Jakarta Barat akan sangat berdampak pada jumlah serapan rujukan. Mengingat ini akan menjadi "**barier**" utama jika dibandingkan dengan ke tiga kab/kota yang lainnya. Terlihat jelas jika semakin mudah prosedur sebuah layanan yang akan diakses oleh pasien maka semakin menarik minat juga bagi pasien untuk melakukan pemeriksaan yang tersedia di layanan.
- Adanya saluran dan mekanisme informasi yang tidak sama sejak dimulainya program dan dilakukan secara berulang-ulang dalam pelaksanaan kegiatan TB

REACH mulai dari Nasional ke level Propinsi lalu ke Kab/Kota dan kemudian pada tataran pelaksana program menjadi tantangan utama dalam pengelolaan program secara keseluruhan. Hal ini akan memunculkan banyak pertanyaan dan persepsi terkait pelaksanaan program, misalnya:

- Terkait ketidakjelasan jenis kategori yang akan diklaim dalam kegiatan ini mulai dari informasi yang akan diklaim adalah jumlah yang diperiksa dahak hasil BTA positif berubah menjadi jumlah yang dirujuk dan diperiksakan dahaknya proses saluran informasinya sampai kepada pelaksana program membutuhkan waktu kurang lebih 1 bulan, ini akan sangat berdampak pada motivasi para petugas penjangkau dalam melakukan kegiatan TB REACH ini.
- Mekanisme pembayaran klaim yang kunjung tidak bisa diselesaikan sampai menjelang masa berakhirnya kegiatan TB REACH ini jelas juga menjadi pertanyaan besar oleh para pelaksana program dilapangan sehingga mereka sampai saat ini masih menunggu kejelasan proses mekanisme pembayaran klaim ini.

Beberapa faktor pendukung dalam kegiatan TB REACH ini adalah diantaranya sebagai berikut:

- Adanya motivasi yang cukup besar pada para petugas penjangkau dilapangan walaupun sampai menjelang masa berakhirnya program ini belum ada kejelasan mekanisme pembayaran klaim rujukan pemeriksaan TB. Para petugas penjangkau menganggap bahwa materi TB yang diberikan saat ini cukup memberikan modal tambahan sebagai materi baru yang selama dianggap cukup menjenuhkan dengan materi HIV dan IMS yang selama ini diberikan dilapangan
- Respon yang bagus dari penyedia layanan berupa kemudahan mekanisme rujukan pemeriksaan TB berupa ketiadaan pembiayaan pemeriksaan di beberapa fasyankes memberikan modalitas semangat bagi para petugas penjangkau dalam melakukan kegiatan skrining TB dan merujuk populasi kunci bagi mereka yang dianggap suspek TB

4. Bentuk kerja sama antara LSM, komunitas dan penyedia layanan

Pola komunikasi dan hubungan emosional yang dibangun antara petugas penjangkau dan komunitas sebagai target sasaran kegiatan intervensi TB REACH ini jelas akan sangat berdampak terhadap keberhasilan program. Karena kepercayaan yang terbangun diantara keduanya akan memberikan kemudahan dalam proses kegiatan intervensi outreach dilapangan mulai dari pemberian materi TB, melakukan kegiatan skrining TB sampai kemudian merujuk dampingan/komunitas yang dianggap suspek TB berdasarkan kesepakatan yang terbangun diantara keduanya. Sedangkan kesepakatan bersama yang terbangun diantara petugas penjangkau dan penyedia layanan akan memberi nilai lebih manfaat pada pengguna penyedia layanan yang tersedia sehingga makin memberikan kontribusi kemudahan dalam pelaksanaan kegiatan TB REACH. Sudah barang tentu promosi tentang kemudahan akses layanan juga bisa terjadi diantara sesama komunitas jika ada diantara salah satu komunitas yang pernah mengakses layanan dengan diberikan adanya prosedur kemudahan maka akan menjadi bahan referensi diantara sesama komunitas untuk sama-sama saling mengakses layanan yang tersedia.

Bab IV. Pembahasan dan Kesimpulan

A. Pengantar

Tujuan umum dari penelitian operasional ini adalah untuk meningkatkan efektifitas penemuan kasus TB pada populasi kunci. Agar hal tersebut bisa dicapai maka secara khusus penelitian ini bertujuan untuk (1) menilai visibilitas kegiatan penemuan kasus TB kedalam kegiatan outreach HIV, (2) mendokumentasikan faktor-faktor pendukung dan kendala pelaksanaan kegiatan TB REACH, (3) melakukan intervensi untuk memperkuat pelaksanaan kegiatan TB REACH dan (4) merekomendasikan penyempurnaan kegiatan TB REACH. Hasil dari tahapan penelitian mulai dari kajian peninjauan, pengembangan disain intervensi, pelaksanaan intervensi, implementasi rencana tindak lanjut dari intervensi, monitoring dan evaluasi telah dipaparkan pada bagian sebelumnya. Pada bagian ini akan dipaparkan tentang pembahasan hasil penelitian ini berdasarkan kerangka konseptual dan pembelajaran yang diperoleh selama melaksanakan penelitian operasional. Setelah itu akan dipaparkan juga tentang kesimpulan dari penelitian ini khususnya dalam menjawab tujuan penelitian serta rekomendasi untuk memperkuat kegiatan penemuan kasus TB pada populasi kunci ini.

B. Pembahasan

Hasil kajian peninjauan situasi layanan rujukan TB di empat kab/kota terpilih menunjukkan bahwa permasalahan yang muncul dalam penyediaan dan pemanfaatan layanan pada dasarnya bisa dikategorikan menjadi beberapa hal. Pertama, prosedur layanan walaupun semuanya sudah mengikuti SOP pada layanan TB yang ada ternyata dalam pelaksanaannya masih ada beberapa ketidaksamaan dalam pemberian layanan rujukan TB ini. Hal ini lebih dipengaruhi oleh beberapa kebijakan ditiap masing-masing kab/kota satu sama lain ternyata berbeda. Kedua, manajemen outreach yang ada dimasing-masing lembaga swadaya masyarakat penjangkau populasi kunci juga satu sama lain berbeda, hal ini lebih dipengaruhi faktor dukungan pendanaan yang berimplikasi pada indikator dan target program dilembaga berbeda mengikuti strategi yang dikembangkan oleh masing-masing lembaga donor. Ketiga, adanya peran pemangku kebijakan setempat (suku dinas kesehatan kab/kota) yang masing-

masing berbeda ikut berkontribusi dalam menyumbang faktor kemudahan layanan yang dikembangkan di fasyankes setempat. Keempat adalah faktor manajemen pelaksanaan program yang dirasa juga ikut berkontribusi dalam lancar atau tidaknya sebuah program di level lapangan (propinsi, kab/kota sampai dengan fasyankes).

Hasil monitoring dan evaluasi intervensi telah mengindikasikan bahwa penguatan kapasitas staf pada petugas outreach dan pertemuan untuk menyamakan persepsi dalam mekanisme rujukan TB dengan perwakilan fasyankes telah mendorong terjadinya perubahan-perubahan awal di dalam layanan baik secara internal (koordinasi antara petugas outreach dan pengelola program TB di fasyankes) serta adanya kontribusi komunikasi dengan klien pasien TB menjadi lebih terbuka dan terfokus pada layanan TB. Hal ini misalnya tampak pada tumbuhnya kesadaran pada beberapa klien yang dijangkau untuk mau mengakses layanan rujukan TB ini, disatu sisi bagi petugas outreach informasi TB bisa dijadikan bahan komunikasi baru yang selama ini dilapangan dianggap menjenuhkan bertahun-tahun hanya berkutat dengan pemberian informasi HIV dan IMS atau Napza saja.

Hasil evaluasi juga telah menunjukkan bahwa intervensi yang dilakukan telah terbukti cukup mampu untuk berkontribusi dalam penemuan kasus TB baik secara kuantitas dan kualitas dalam pendokumentasian kasus rujukan TB di kab/kota yang menjadi lokasi intervensi operasional riset ini. Hal ini tampak pada hasil analisa diperoleh bahwa pendokumentasian di empat kab/kota terpilih lebih adekuat jika dibandingkan dengan kab/kota non intervensi karena proses dokumentasi dilakukan berdasarkan hasil temuan rujukan sesuai nama-nama klien dan dilakukan proses verifikasi dengan pengelola program TB di suku dinas kab/kota setempat.

Beberapa pembelajaran penting telah diperoleh dari pelaksanaan penelitian operasional ini dan bisa digunakan untuk merencanakan program ke depan antara lain:

1. Permasalahan yang muncul dalam mekanisme klaim rujukan TB seyogyanya disepakati diawal pelaksanaan program sehingga tidak memunculkan ketidakjelasan dalam pelaksanaan kegiatan TB REACH di lapangan.

2. Keterlibatan pemangku kepentingan seperti dinas kesehatan setempat dirasa juga sangat ikut berkontribusi dalam sukses atau tidaknya capaian indikator dan target yang sudah ditetapkan diawal. Penelitian operasional ini bisa lebih memiliki dampak yang cukup besar tentu jika didukung adanya komunikasi yang efektif dalam struktural program mulai dari nasional ke propinsi lalu kab/kota sampai dengan fasyankes setempat.
3. Penguatan kapasitas petugas outreach dan pengelola program di lembaga swadaya masyarakat tentang pengelolaan program TB perlu terus diperkuat agar pemahaman terkait mekanisme program TB bisa lebih maksimal dengan memasukkan kedalam pengelolaan HIV yang sudah ada dimasing-masing lembaga tersebut.
4. Tak kalah penting adanya peran komunitas agar ikut dilibatkan dalam komunikasi program ini dengan memberikan pesan kunci bahwa isu TB sama pentingnya dengan isu HIV bahkan TB sejatinya lebih mudah menularkan dibandingkan HIV sehingga komunitas diharapkan nantinya lebih memiliki kepedulian yang lebih tinggi lagi akan kesehatannya.
5. Kemudahan atau rumitnya sebuah prosedur layanan rujukan TB ikut menyumbang peran penting, seperti dijelaskan dalam analisa evaluasi diatas, semakin mudah dan murah sebuah prosedur layanan maka dengan sendirinya akan menjadi informasi bonus bagi diantara sesama komunitas agar mau mengakses layanan yang ada dimasing-masing fasyankes.

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam melaksanakan penelitian operasional ini ada beberapa keterbatasan yang muncul dalam penjajakan awal, pengembangan intervensi, implementasi RTL intervensi dan evaluasi intervensi. Berbagai keterbatasan ini perlu memperoleh perhatian karena akan membatasi dalam intepretasi dan penggunaan hasil penelitian operasional. Beberapa keterbatasan yang ada di dalam penelitian ini antara lain:

- a. Dalam tahap persiapan dan penjajakan beberapa masalah yang muncul adalah karena jadwal mulainya kegiatan intervensi ini agak terlambat dan terlalu pendeknya periode

waktu penelitian ini sehingga membuat pelaksanaan kegiatan penjajakan menjadi mundur dari jadwal yang telah ditentukan. Akibatnya kegiatan berikutnya menjadi tertunda. Tahap yang paling kritis dalam penelitian operasional yaitu implementasi kegiatan intervensi pelatihan yang dimulai saat dimulainya bulan puasa dan menjelang libur panjang lebaran, sehingga hasil dari kegiatan intervensi tidak bisa menunjukkan hasilnya pasca kegiatan intervensi pelatihan selesai dilakukan.

- b. Adanya keterbatasan kuota dalam kegiatan intervensi pelatihan sehingga perwakilan petugas outreach yang ikut pelatihan intervensi dibatasi maksimal 2 staf per lembaga. Hal ini ditambah dengan mekanisme pengelolaan program dimasing-masing lembaga yang berbeda dimana terdapat lembaga yang tidak memberlakukan proses sharing pengalaman dari sebuah pelatihan sehingga jumlah seluruh petugas outreach dilembaga tersebut tidak mendapatkan kapasitas yang sama sebagai akibat tidak adanya pembelajaran bersama oleh petugas yang sudah dilatih didalam lembaga tersebut.
- c. Proses mekanisme pengumpulan data data hasil rujukan TB tidak dilakukan secara rutin oleh pengelola program TB di masing-masing suku dinas kab/kota setempat, sehingga saat dilakukan verifikasi data capaian rujukan terkadang data capaian yang ada di lembaga swadaya masyarakat tidak sama dengan data yang ada di suku dinas kab/kota. Tim peneliti dalam hal ini mencoba mengambil inisiatif untuk melakukan proses verifikasi data dari hasil capaian rujukan lembaga swadaya masyarakat untuk kemudian dicocokkan dan diverifikasi dengan pengelola program TB REACH di suku dinas kab/kota setempat.
- d. Tidak semua fasyankes/puskesmas melaporkan secara rutin indikator capaian rujukan TB REACH ini kepada pengelola program TB REACH di suku dinas kab/kota setempat. Untuk mengatasi hal itu seperti yang sudah disebutkan diatas tim peneliti mencoba mengatasi itu dengan melakukan proses verifikasi data capaian TB REACH ini dilembaga swadaya masyarakat untuk kemudian dicocokkan dengan data yang ada pada pengelola TB REACH di suku dinas kab/kota untuk melihat perbedaan data yang belum terlaporkan oleh fasyankes ke suku dinas setempat.
- e. Fokus dari penelitian operasional ini adalah pada aspek teknis integrasi penemuan kasus TB secara aktif ke dalam outreach pada populasi kunci. Berbagai permasalahan yang

muncul pada dasarnya bersumber pada lemahnya manajemen proyek sehingga upaya-upaya untuk memperbaiki kinerja teknis dari petugas lapangan atau tenaga kesehatan di fasyankes tidak begitu optimal. Masalah tentang ketersediaan formulir, kejelasan kontrak kerja antara LSM dengan pengelola program, sistem pelaporan, mekanisme pembayaran serta koordinasi antara fasyankes, LSM dan pengelola program di tingkat kabupaten/kota/provinsi dan kementerian kesehatan. Masalah yang terkait manajemen proyek ini perlu disikapi dengan cermat agar kinerja teknis bisa terdukung dengan optimal.

D. Kesimpulan

Hasil kajian terhadap proses intervensi program TB REACH di empat kab/kota terpilih menunjukkan beberapa hal yang perlu memperoleh perhatian sebagai berikut:

1. Walaupun tidak semua petugas outreach belum memahami mekanisme pengelolaan program TB, pelaksanaan di tingkat layanan telah mengacu pada pedoman yang digunakan. Adanya persamaan pengetahuan mengenai prinsip dasar pelaksanaan rujukan TB baik di tingkat layanan maupun klien misalnya dalam persyaratan untuk mengakses layanan TB memberi daya ungkit yang cukup dalam pelaksanaan kegiatan ini.
2. Jumlah klien dari tiga komunitas yang mengakses layanan rujukan TB cukup kelihatan polanya pasca dilakukan intervensi pelatihan sehingga bisa digambarkan besaran prevalensi TB pada tiap populasi kunci ini dimasing-masing kab/kota terpilih seperti yang sudah disajikan didalam evaluasi hasil intervensi bab IV.
3. Komunikasi pelaksanaan program TB REACH juga menjadi penentu penting dari keberhasilan sebuah program sehingga informasi yang sampai dilapangan tidak sepotong-potong melalui bebrepa periode waktu tertentu. Hal ini akan sangat berdampak terhadap kejelasan sebuah pelaksanaan program dilapangan.
4. Adanya ketidakpastian terkait proses klaim sampai menjelang berakhirnya periode program TB REACH sangat mempengaruhi proses kesuksesan pelaksanaan kegiatan program ini karena adanya penurunan motivasi pada petugas penjangkau dibeberapa lembaga swadaya masyarakat.

5. Dukungan kebijakan lokal yang berpihak pada program mulai dari tingkat fasyankes dengan pemberian kemudahan dalam mengakses rujukan TB akan memberi motivasi tambahan bagi petugas penjangkau dalam merujuk klien dengan suspek TB.
6. Begitu juga dukungan kebijakan suku dinas kab/kota setempat yang mau ikut terlibat aktif dalam pengelolaan program akan sangat membantu dalam menjembatani komunikasi antara penyedia layanan (fasyankes) dengan petugas outreach di lembaga swadaya masyarakat agar secara bersama-sama ikut berkontribusi mendongkrak angka capaian rujukan TB REACH ini.

Berdasarkan evaluasi kegiatann intervensi TB REACH di empat kab/kota tersebut, maka dikembangkan sebuah pula sebuah intervensi asistensi teknis dalam pengelolaan program TB yang dimaksudkan untuk meningkatkan efektivitas rujukan TB ini. Permasalahan strategis yang diantisipasi dalam pengembangan intervensi ini adalah terkait pengelolaan manajemen program TB di masing-masing lembaga swadaya masyarakat. Intervensi asistensi teknis ini dilakukan agar manajemen lembaga swadaya masyarakat bisa memahami pengelolaan program TB secara komprehensif.

Hasil yang diharapkan dari intervensi asistensi teknis ini diharapkan lembaga swadaya masyarakat tidak semata-mata hanya terfokus pada capaian hasil rujukan TB, tetapi pengelolaan program TB secara utuh mulai dari proses perencanaan strategi intervensi outreach, cara memebrikan materi TB dan melakukan proses skrining TB, menilai dahak yang benar, merujuk pasien TB yang dianggap suspek sampai proses pengelolaan data rujukan TB dihapkan melalui kegiatan intervensi yang komprehensif ini akan menjadi pembelajaran besar dalam tantangan pelaksanaan program kedepan nantinya.

Evaluasi atas intervensi yang dilakukan ini menunjukkan bahwa pengembangan kapasitas staf petugas outreach dan pengelola program mampu secara optimal terhadap perubahan cakupan intervensi rujukan TB walaupun adanya keterbatasan waktu implementasi RTL hasil intervensi. Sekali lagi intervensi ini telah mampu menunjukkan adanya perubahan-perubahan awal di

dalam penguatan prosedur kegiatan outreach sampai kemudian ke proses rujukan layanan TB difasyankes setempat.

E. Rekomendasi

Penelitian ini telah mengidentifikasi sejumlah ruang yang bisa digunakan untuk memperkuat efektivitas program TB REACH seperti digambarkan di bawah ini.

1. Pengembangan Perencanaan Program

- Upaya untuk meningkatkan efektifitas program akan lebih memungkinkan jika perencanaan kegiatan dari awal jauh lebih matang. Misalkan terkait mekanisme klaim yang disepakati dari awal, proses komunikasi program yang tidak sepotong-potong, anggaran pembiayaan program yang tidak mengalami keterlambatan hingga sampai ke pengelola program di kab/kota setempat sehingga ini akan berkontribusi banyak terhadap kelancaran dalam pelaksanaan program TB REACH dilapangan.
- Adanya dukungan dan komunikasi yang efektif seluruh pemangku kebijakan yang sama disetiap kab/kota dalam hal ini mulai dari pengelola program TB REACH di Dinas Kesehatan sampai dengan ke pengelola program di suku dinas kab/kota hingga ke tingkat fasyankes dengan melibatkan lembaga swadaya masyarakat pastinya akan sangat berkontribusi besar terhadap upaya penemuan kasus TB di populasi kunci terpilih ini.

2. Prosedur Layanan

- Secara umum prosedur layanan sudah dilaksanakan sesuai dengan pedoman pelaksanaan rujukan TB. Tetapi tidak semua mekanisme prosedur rujukan TB ini sama satu dengan lainnya, hal terkait dengan faktor adanya pembebanan biaya pemeriksaan TB di beberapa fasyankes sehingga ikut andil besar dalam tercapai atau tidaknya target rujukan TB ini. Seperti sudah disebutkan diatas semakin mudah dan murah tanpa biaya sebuah prosedur maka ha ini akan menjadi "*pesan iklan*" tersendiri bagi petugas penjangkau maupun diantara sesama komunitas pengakses layanan.

3. *Peran Staf Penjangkau dan Manajemen Lembaga Swadaya Masyarakat*

- Staf petugas penjangkau perlu terus memperoleh pengembangan kapasitas secara terus menerus dan konsisten mengingat adanya potensi dalam upayanya melakukan penjangkauan dilapangan. Hubungan yang terbangun antara petugas penjangkau dengan komunitas memiliki nilai lebih sehingga memudahkan dalam proses komunikasi untuk menyampaikan informasi TB sampai kemudian melakukan skrining TB untuk selanjutnya melakukan proses rujukan TB di fasyankes terdekat.
- Manajemen lembaga juga perlu terus dilakukan pembekalan manajemen pengelolaan program TB. Bisa lewat kegiatan pelatihan atau asistensi teknis, sehingga kemampuan dalam pengelolaan program TB menjadi merata diantara semua petugas penjangkau dalam lembaga tersebut. Dan yang lebih penting lembaga tersebut juga mamou mendokumentasikan hasil kegiatan khususnya terkait kegiatan TB yang dianggap bagi mereka hal baru mengingat selama ini hanya fokus pada pengelolaan program HIV.

4. *Monitoring dan Evaluasi*

Monitoring dan evaluasi program yang dilakukan secara bersama-sama yang melibatkan seluruh pemangku pelaksana program bisa dilakukan pada tingkat lokal di kab/kota setempat. Hal ini bisa difasilitasi oleh pengelola program di suku dinas kesehatan dengan mengundang dan melibatkan mulai dari lembaga swadaya masyarakat yang ikut berkontribusi dalam kegiatan program, fasyankes rujukan dan stakeholder lainnya untuk duduk bersama membicarakan pelaksanaan program, mengevaluasi secara bersama pelaksanaan program secara periodik sampai membuat kesepakatan-kesepakatan terkait kemudahan proses sebuah layanan agar hasil capaian yang menjadi indikator dan target bersama bisa tercapai. Hal ini menjadi sangat penting jika ditemukan hambatan dalam proses pelaksanaan kegiatan dilapangan secepatnya bisa diantisipasi bersama berdasarkan hasil kesepakatan-kesepakatan yang ada sehingga hasil akhirnya adalah monitoring dan evaluasi kegiatan bisa terus terpantau.

Daftar Pustaka

- Ahmad, R. A., Mahendradhata, Y., Cunningham, J., Utarini, A., & de Vlas, S. J. (2009). How to optimize tuberculosis case finding: explorations for Indonesia with a health system model. *BMC Infectious Diseases*, 9, 87. doi:10.1186/1471-2334-9-87
- Kementerian Kesehatan (2010), Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis, Tahun 2011-2014
- K. Kranzer, H. Afnan-Holmes, K. Tomlin, J. E. Golub, A. Shapiro, A. Schaap, E. L. Corbett, K. Lönnroth, J. R. Glynn, (2013) The benefits to communities and individuals of screening for active tuberculosis disease: a systematic review, *INT J TUBERC LUNG DIS* 17(4):432–446
- WHO (2006) The Global Plan to Stop TB 2006–2015: Action for Life Toward a World Free of Tuberculosis Geneva: WHO
- WHO (2008) Global TB Control: Surveillance, Planning, Financing Geneva: WHO; 2008.
- WHO (2013), Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations Geneva, WHO
- WHO (2014), Global tuberculosis report 2014, Geneva, WHO

Lampiran-lampiran:

Lampiran 1: Panduan Wawancara dengan Pemangku Kepentingan dan Penyedia Layanan

Penelitian Operasional
“Kelayakan Integrasi Penemuan Kasus TB Secara Aktif pada Kelompok Populasi Kunci ke dalam kegiatan *outreach* program HIV”
Kerjasama Kementerian Kesehatan RI, Dirjen PP&PL dan Pusat Penelitian HIV/AIDS (PPH)-Universitas Katolik AtmaJaya

Panduan Wawancara dengan Pemangku Kepentingan dan Penyedia Layanan
(Dinas Kesehatan, KPAK/KPAD, Fasyankes)

Beberapa poin untuk Pengantar (hanya untuk panduan Fasilitator):

1. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
2. Informasi yang Anda berikan dalam penelitian ini akan digunakan untuk mengembangkan integrasi layanan TB ke dalam kegiatan penjangkauan program HIV.
3. Tidak ada jawaban benar dan salah sehingga Anda diminta untuk menjawab sejujur-jujurnya sesuai dengan pengalaman Anda dan kondisi sebenarnya.
4. Nama dan identitas Anda akan dijaga kerahasiaannya

Lokasi Penelitian:

- Kota Jakarta Barat
- Kota Tasikmalaya
- Kabupaten Bogor
- Kota Cilegon

Bagian A: Informasi Latar Belakang

- Nama Lembaga:
- Lama bekerja di lembaga ini:
- Posisi & tanggung jawab Anda saat ini (terkait dengan program HIV atau TB):
- Lama bekerja di bidang HIV atau TB:

Bagian B: Permasalahan HIV dan TB di Wilayah Setempat

1. Menurut Anda, seberapa besar beban penyakit HIV dan TB di wilayah kerja Anda?

- a. Berapa besar jumlah orang dengan TB atau HIV yang dilaporkan oleh fasyankes di wilayah ini?
 - b. Berapa estimasi besarnya orang dengan TB atau HIV di wilayah kerja Anda?
 - c. Bagaimana besaran estimasi ini diperoleh?
 - d. Apakah antara data yang dilaporkan menggambarkan kondisi TB dan HIV sesungguhnya di lapangan?
 - e. Apakah ada pihak di luar lembaga Anda yang juga membantu dalam proses pendataan terkait TB dan HIV di wilayah kerja Anda? Apakah ada peran dari LSM yang ada di wilayah ini?
 - f. Menurut perkiraan Anda, seberapa besar beban penyakit TB pada kelompok kunci yang terdampak oleh HIV dan AIDS (penasun, waria, pekerja seks, ODHA) di wilayah ini? Menurut anda, apakah mereka adalah kelompok yang rentan terhadap penularan TB? Apakah ada data yang tersedia terkait dengan kecenderungan ini?
2. Apa bentuk program penanggulangan TB di wilayah ini? Bisakah anda jelaskan secara singkat bentuk, tujuan, cakupan, kelompok target dari program-program ini?
 - a. Apakah ada target-target yang ditetapkan dalam pelaksanaan program TB atau TB-HIV selama ini? Siapa yang menetapkan target ini? Bagaimana pencapaian target di wilayah selama ini? Hal-hal apa yang menurut Anda mempengaruhi pencapaian ini?
 - b. Bisakan Anda jelaskan bagaimana biasanya penemuan kasus TB terjadi atau upaya untuk mengidentifikasi kasus TB dilakukan di layanan kesehatan? Pasien seperti apa yang biasanya ditawarkan untuk periksa TB? Bagaimana biasanya pasien menanggapi saat diminta memeriksakan diri terkait TB?
 - c. Apakah pencatatan penemuan kasus TB di Fasyankes sudah dilakukan secara konsisten? Hal-hal apa saja yang biasanya dicatat saat kasus TB ditemukan dan kepada siapa saja ini dilaporkan? Apa yang kemudian dilakukan terhadap data-data yang ada?
 - d. Seberapa jauh integrasi layanan TB ke dalam program kesehatan yang lain? Apakah selama ini penanggulangan TB berdiri sebagai program sendiri atau selalu dikaitkan dengan program HIV atau program kesehatan lainnya? Bisakah anda berikan penjelasan lebih jauh?.
 3. Apakah sudah ada upaya untuk menemukan kasus TB secara aktif (*active case finding*) di masyarakat? Jika Ya, bagaimana mekanisme penemuan kasus secara aktif ini dilaksanakan? Siapa yang bertugas untuk melaksanakan kegiatan ini? Apakah populasi kunci dalam penanggulangan HIV dan AIDS termasuk dalam sasaran target dalam kegiatan ini?
 4. Upaya apa saja yang sudah dilakukan selama ini untuk mempromosikan mengenai program penanggulangan TB yang ada, termasuk layanan TB yang tersedia kepada masyarakat?
 - a. Seberapa jauh pengetahuan masyarakat di wilayah kerja Anda tentang TB? Apakah ada mitos-mitos yang berkembang dalam masyarakat terkait dengan TB?

- b. Bagaimana pemberian informasi mengenai TB kepada masyarakat di wilayah kerja Anda? Apakah dilakukan meluas untuk masyarakat umum atau menasar kelompok tertentu? Kapan dan cara apa yang biasanya digunakan?
5. Dari pengalaman dalam memberikan layanan untuk pasien TB, apakah ada tantangan dan hambatan dalam menyediakan layanan untuk pasien TB? Bagaimana Anda mengatasinya?
6. Menurut anda, apakah keterlibatan LSM yang bekerja di penjangkauan HIV dan AIDS akan efektif untuk meningkatkan penemuan kasus pada kelompok populasi kunci di wilayah ini?
 - a. Apa langkah-langkah yang harus dilakukan oleh petugas dari LSM tersebut untuk bisa efektif dalam melakukan penemuan kasus TB pada populasi kunci?
 - b. Bagaimana kerja sama yang perlu dikembangkan antara fasyankes dengan para petugas lapangan dari LSM tersebut? Apakah dalam bentuk rujukan (termasuk rujukan balik) merupakan hal yang memungkinkan dikembangkan? Apa syarat untuk mengembangkan mekanisme rujukan ini?
 - c. Apakah memungkinkan juga lembaga anda melakukan penguatan teknis kepada petugas LSM dalam melakukan penemuan kasus TB pada populasi kunci?
 - d. Bentuk koordinasi seperti apa yang perlu dilakukan oleh [Dinas Kesehatan atau KPAD] dengan LSM dan fasyankes yang terlibat dalam program TB-HIV?
7. Dari pengalaman Anda dalam pengelolaan program TB, hal-hal apa yang menurut Anda berpotensi muncul menjadi hambatan dalam pelaksanaan program TB Reach ini? Apakah ada langkah antisipasi yang dilakukan untuk mengatasinya? Ya atau tidak, tolong jelaskan alasannya

TERIMAKASIH

Penelitian Operasional
"Kelayakan Integrasi Penemuan Kasus TB Secara Aktif pada Kelompok Populasi Kunci ke dalam Kegiatan Outreach Program HIV"
Kerjasama Kementerian Kesehatan RI, Subdit AIDS dan Pusat Penelitian HIV/AIDS (PPH)- Universitas Katolik AtmaJaya

Pedoman Wawancara Manajer Program

Beberapa point untuk Pengantar (hanya untuk panduan Pewawancara):

1. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
2. Informasi yang Anda berikan dalam penelitian ini akan digunakan untuk mengembangkan integrasi layanan TB ke dalam kegiatan penjangkauan program HIV.
3. Tidak ada jawaban benar dan salah sehingga Anda diminta untuk menjawab sejujur-jujurnya sesuai dengan pengalaman Anda dan kondisi sebenarnya.
4. Nama dan identitas Anda akan dijaga kerahasiaannya.

Lokasi Penelitian:

- Kota Jakarta Barat
- Kota Tasikmalaya
- Kabupaten Bogor
- Kota Cilegon

Bagian A: Informasi Latar Belakang

Pertama, kami akan bertanya tentang latar belakang Anda.

1. Nama Lembaga:
2. Kapan lembaga ini didirikan? Apa latar belakang berdirinya lembaga ini?
3. Apa saja jenis kegiatan lembaga selama ini? Jika sebelumnya belum bekerja di isu AIDS mengapa saat ini mengembangkan kegiatan yang berfokus pada penanggulangan AIDS?
4. Dimana anda wilayah kerja program penanggulanga AIDS yang dilaksanakan oleh lembaga anda?
5. Kelompok populasi kunci apa saja yang menjadi sasaran dari program lembaga anda?
6. Apakah boleh tahu dari mana dana untuk mendukung kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS yang dilaksanakan oleh lembaga anda? Berapa lama dana hibah yang anda peroleh saat ini? Apakah ada target capaian spesifik yang harus dipenuhi oleh lembaga anda dari dana yang telah anda peroleh dari lembaga dana tersebut?

Bagian B: Kegiatan Penjangkauan (atau pendekatan lain ke kelompok kunci: pengorganisasian masyarakat, mobilisasi, intervensi struktural dll)

1. Apakah lembaga Anda melakukan penjangkauan ke kelompok populasi kunci di wilayah ini? Jika tidak, cara apa yang dilakukan untuk memberikan informasi dan rujukan kepada populasi kunci ini?
2. Sudah berapa lamakah lembaga Anda melakukan kegiatan penjangkauan (*atau pendekatan lain yang digunakan*)?
3. Siapakah kelompok sasaran dari kegiatan penjangkauan (*atau pendekatan lain yang digunakan*) yang dilaksanakan oleh lembaga Anda? Menurut anda, apa ciri khas kelompok sasaran yang anda jangkau di kota ini?
4. Dimanakah wilayah penjangkauan (*atau pendekatan lain yang digunakan*) yang dilakukan? Apakah kelompok ini bisa ditemukan secara berkelompok dalam suatu hotspot atau hanya bisa ditemui secara individual?
5. Bisakah anda jelaskan secara lebih rinci metode penjangkauan (*atau pendekatan lain yang digunakan*) yang dikembangkan oleh lembaga anda?
 - a. Bagaimana cara petugas penjangkau masuk ke dalam dan diterima oleh kelompok sasaran?
 - b. Bagaimana cara petugas penjangkau meningkatkan kesadaran kelompok sasaran terhadap risiko penularan HIV ?
 - c. Bagaimana cara petugas penjangkau mengajak kelompok sasaran untuk melakukan penilaian risiko tertular HIV dari kegiatan-kegiatan hubungan seks atau penggunaan napza?
 - d. Bagaimana cara petugas penjangkau untuk mendorong (merujuk) kelompok sasaran untuk memanfaatkan layanan yang mereka butuhkan?
 - e. Bagaimana cara petugas penjangkau memotivasi kelompok sasaran agar mereka mau memberikan informasi yang telah mereka terima kepada teman-temannya?
6. Ada berapa jumlah petugas lapangan untuk kegiatan penjangkauan (*atau pendekatan lain yang digunakan*) di lembaga anda saat ini? apakah jumlah tersebut cukup memadai untuk mendukung kegiatan penjangkauan yang dilakukan lembaga anda? berapakah jumlah yang menurut anda memadai?

7. Bisa diceritakan bagaimana anda merekrut petugas lapangan untuk penjangkauan (*atau pendekatan lain yang digunakan*) di lembaga anda?
8. Apakah ada pelatihan tentang penjangkauan (*atau pendekatan lain yang digunakan*) yang diberikan setelah proses rekrutmen tersebut? Apakah pelatihan tersebut dilaksanakan oleh lembaga anda atau oleh pihak lain? Jika pihak lain, bisakah anda sebutkan lembaga apa? Berapa lama dan materi apa saja ini diberikan dalam pelatihan tersebut?
9. Menurut anda, apa saja tugas dan tanggung jawab mereka sebagai petugas lapangan untuk penjangkaun (*atau pendekatan lain yang digunakan*) ?
10. Apakah ada ketentuan/target yang ditetapkan bagi petugas lapangan untuk melakukan penjangkauan (*atau pendekatan lain yang digunakan*) ? Seberapa sering satu orang petugas lapangan harus melakukan penjangkauan dalam satu minggu? Dalam satu kali ke lapangan, berapa orang yang harus/biasanya mereka temui? Dari orang yang ditemui oleh staff lapangan tersebut, berapa banyak yang ditemui pertama kali dan berapa banyak yang pernah ditemui sebelumnya?
11. Apa bentuk supervisi yang dilakukan oleh lembaga anda untuk kegiatan penjangkauan? Apakah dalam kunjungan lapangan, koordinator lapangan ke lokasi penjangkauan? Apakah dalam bentuk diskusi rutin secara individual antara anda dengan koordinator lapangan? Atau ada bentuk yang lain?
12. Bentuk koordinasi yang seperti apa yang digunakan oleh lembaga anda untuk mengetahui capaian dari kegiatan lapangan (baik harian, mingguan, bulanan oleh lembaga) yang dilakukan oleh petugas penjangkau? Bisakah anda ceritakan bagaimana proses perencanaan dan pelaporan terkait kegiatan lapangan ini? Menurut anda apakah bentuk koordinasi tersebut efektif? Jika ada hambatan, apa jenis hambatan yang seringkali muncul?
13. Menurut anda, apakah capaian-capaian yang diperoleh petugas layanan di lembaga anda saat ini sudah memenuhi target yang ditetapkan oleh pemberi dana (jika ada) di awal? Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi pencapaian target tersebut baik secara internal maupun eksternal lembaga?
14. Apakah strategi penjangkauan (*atau pendekatan lain yang digunakan*) yang dikembangkan ditinjau dan dimodifikasi secara berkala berdasarkan capaian lembaga selama ini? Jika ya, seberapa sering dan bagaimana ini dilakukan, jika tidak mengapa?
15. Bagaimana upaya lembaga anda dalam mempertahankan petugas lapangan yang bekerja di program selama ini? Seberapa tinggi angka turn-over staf (khususnya petugas penjangkau) dalam satu tahun terakhir dan apa alasan adanya turn over tersebut?
16. Pihak mana sajakah yang menjadi mitra kerja anda dalam melakukan kegiatan di lapangan? bisakah anda sebutkan?

17. Oleh karena lembaga anda akan terlibat dalam kegiatan penemuan kasus TB secara aktif, seberapa jauh petugas lapangan mengetahui atau memahami penyakit TB? Jika mereka tahu, apakah anda merasa mereka bisa memberikan informasi tentang penyakit TB ini kepada kelompok sasaran lembaga anda? Jika belum tahu, media informasi apa yang diperlukan oleh petugas penjangkau agar mereka bisa lebih mudah memahami penyakit ini?
18. Hambatan apa saja yang anda perkirakan bisa muncul untuk melaksanakan tugas untuk menemukan kasus TB baik dari sisi pemberian informasi maupun dalam melakukan rujukan bagi kelompok dampingan untuk melakukan tes TB di fasilitas layanan kesehatan terdekat?

TERIMAKASIH ATAS INFORMASINYA

Penelitian Operasional
"Kelayakan Integrasi Penemuan Kasus TB Secara Aktif pada Kelompok Populasi Kunci ke dalam Kegiatan Outreach Program HIV"
**Kerjasama Kementerian Kesehatan RI, Subdit AIDS dan Pusat Penelitian HIV/AIDS (PPH)-
Universitas Katolik AtmaJaya**

Pedoman Wawancara Mendalam Petugas Outreach

Beberapa point untuk Pengantar (hanya untuk panduan Pewawancara):

5. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
6. Informasi yang Anda berikan dalam penelitian ini akan digunakan untuk mengembangkan integrasi layanan TB ke dalam kegiatan penjangkauan program HIV.
7. Tidak ada jawaban benar dan salah sehingga Anda diminta untuk menjawab sejujur-jujurnya sesuai dengan pengalaman Anda dan kondisi sebenarnya.
8. Nama dan identitas Anda akan dijaga kerahasiaannya.

Lokasi Penelitian:

- Kota Jakarta Barat
- Kota Tasikmalaya
- Kabupaten Bogor
- Kota Cilegon

Bagian A: Informasi Latar Belakang

Pertama, kami akan bertanya tentang latar belakang Anda.

7. Jenis Kelamin? Laki-laki Perempuan

8. Berapa usia anda? Tahun
9. Apakah nama lembaga Anda?
10. Apa posisi Anda di dalam lembaga tersebut?
11. Berapa lama Anda sudah bekerja di lembaga Anda? ____ Tahun ____ Bulan
12. Berapa lama Anda sudah bekerja di isu HIV? ____ Tahun ____ Bulan

Bagian B: Kegiatan Penjangkauan

19. Sudah berapa lamakah lembaga Anda melakukan penjangkauan?
20. Siapakah kelompok sasaran dari program yang lembaga Anda jalankan? Menurut anda, apa ciri khas kelompok sasaran yang anda jangkau di kota ini?
21. Dimanakah wilayah penjangkauan yang dilakukan? Apakah kelompok ini bisa ditemukan secara berkelompok dalam suatu hotspot atau hanya bisa ditemui secara individual?
22. Bisa diceritakan bagaimana anda direkrut oleh lembaga anda saat ini untuk menjadi petugas penjangkau?
23. Setelah anda direkrut menjadi petugas penjangkau, apakah anda memperoleh pelatihan tentang penjangkauan?
24. Menurut anda, apa tugas dan tanggung jawab sebagai petugas penjangkau?
25. Apakah ada cara tertentu yang dikembangkan oleh lembaga anda untuk melakukan penjangkauan? Bisakah anda jelaskan secara lebih rinci?
 - f. Bagaimana cara anda masuk ke dalam dan diterima oleh kelompok sasaran?
 - g. Bagaimana cara anda meningkatkan kesadaran mereka terhadap risiko penularan HIV ?
 - h. Bagaimana cara anda mengajak mereka untuk melakukan penilaian risiko tertular HIV dari kegiatan-kegiatan hubungan seks atau penggunaan napza?
 - i. Bagaimana cara anda untuk mendorong (merujuk) mereka untuk memanfaatkan layanan yang mereka butuhkan?
 - j. Bagaimana cara anda memotivasi mereka agar mereka mau memberikan informasi yang telah mereka terima kepada teman-temannya?
26. Seberapa sering anda melakukan penjangkauan? Dalam satu kali penjangkauan, berapa orang yang biasanya anda temui? Dari orang yang anda temui berapa yang anda temui pertama kali dan berapa banyak yang pernah anda temui sebelumnya?
27. Pelatihan ketrampilan apa saja yang pernah anda ikuti selama menjadi petugas penjangkau? Apakah ada ketrampilan lain yang anda rasa perlu anda miliki untuk mendukung pekerjaan anda tersebut? Jika ada, sebutkan dan apa alasannya.
28. Berapa kali dalam satu bulan anda berkoordinasi dengan sesama petugas penjangkau yang ada di lembaga anda? Jika ada pertemuan koordinasi rutin, hal-hal apa saja yang dibicarakan dalam setiap pertemuan tersebut?
29. Apa bentuk supervisi yang dilakukan oleh lembaga anda untuk kegiatan penjangkauan? Apakah dalam kunjungan lapangan dari koordinator laporan ke lokasi anda melakukan

penjangkauan? Apakah dalam bentuk diskusi rutin secara individual antara anda dengan koordinator lapangan? Atau ada bentuk yang lain?

30. Dalam melakukan penjangkauan di lapangan, hambatan-hambatan apa saja yang biasa anda temui dalam menemukan orang-orang yang baru? Bagaimana anda mengatasi hambatan-hambatan tersebut?
31. Dalam memberikan informasi, hambatan apa yang pernah anda alami dalam menyampaikan pesan-pesan program kepada kelompok dampingan anda? Bagaimana anda mengatasi hambatan-hambatan tersebut?
32. Salah satu tugas anda anda melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan terdekat bagi kelompok sasaran yang anda dampingi. Apakah ada hambatan dalam melakukan rujukan tersebut? Apa hambatan yang seringkali muncul dari kelompok dampingan anda? Apa hambatan yang seringkali muncul dari fasilitas layanan kesehatan? Bagaimana anda mengatasi hambatan-hambatan tersebut?
33. Seberapa jauh anda mengetahui atau memahami penyakit TB? Jika anda tahu, apakah anda merasa bisa memberikan informasi tentang penyakit TB ini kepada kelompok sasaran anda? Jika belum tahu, media informasi apa yang perlu ada agar anda bisa lebih mudah memahami penyakit ini?
34. Melihat pengalaman anda dalam melakukan rujukan untuk layanan kesehatan terkait HIV, hambatan apa saja yang anda perkirakan yang bisa muncul dalam melakukan rujukan bagi kelompok dampingan anda untuk melakukan tes TB di fasilitas layanan kesehatan terdekat?

TERIMAKASIH ATAS INFORMASINYA

Penelitian Operasional
“Kelayakan Integrasi Penemuan Kasus TB Secara Aktif pada Kelompok Populasi Kunci ke dalam kegiatan *outreach* program HIV”
Kerjasama Kementerian Kesehatan RI, Dirjen PP&PL dan Pusat Penelitian HIV/AIDS (PPH)-Universitas Katolik AtmaJaya

Panduan FGD dengan Kelompok Kunci
(Waria, Penasun, Pekerja Seks)

Beberapa point untuk Pengantar (hanya untuk panduan Pewawancara):

1. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
2. Informasi yang Anda berikan dalam penelitian ini akan digunakan untuk mengembangkan integrasi layanan TB ke dalam kegiatan penjangkauan program HIV.
3. Tidak ada jawaban benar dan salah sehingga Anda diminta untuk menjawab sejujur-jujurnya sesuai dengan pengalaman Anda dan kondisi sebenarnya.
4. Nama dan identitas Anda akan dijaga kerahasiaannya

Lokasi Penelitian:

- Kota Jakarta Barat

Pemanfaatan Program

1. Selama anda tinggal di kota/wilayah ini, layanan kesehatan apa saja yang pernah anda manfaatkan?
 - a. Fasyankes yang biasa diakses
 - b. Jenis pelayanan kesehatan terkait dengan HIV dan AIDS atau IMS yang diakses
2. Apakah anda mengenal petugas lapangan dari LSM yang bekerja di wilayah atau di tempat kerja anda?
 - a. Frekuensi bertemu
 - b. Kegiatan yang dilakukan ketika bertemu dengan petugas lapangan
 - c. Informasi yang telah diterima dari petugas lapangan
 - d. Jenis rujukan yang pernah diberikan oleh petugas lapangan
 - e. Hambatan untuk kontak dengan petugas lapangan ketika membutuhkan bantuan (informasi atau rujukan)
3. Ketika anda mengakses ke layanan (puskesmas, klinik atau RS), apakah anda pernah mengalami kesulitan?
 - a. Jenis kesulitan yang dialami pada saat mengakses layanan
 - b. Pihak lain yang membantu anda untuk memperoleh layanan tersebut

- c. Kemudahan, kenyamanan dan keamanan ketika mengakses layanan di puskesmas atau di RS
4. Apakah anda pernah memperoleh informasi tentang penyakit TB atau TBC?
 - a. Penyebab penyakit TB dan cara penularan
 - b. Pengetahuan tentang orang lain yang memiliki TB dan kedekatan dengan peserta
 - c. Pengalaman diperiksa TB dan hasilnya
5. Menurut anda, apakah orang yang memiliki TB itu memalukan? Apa alasan anda atas jawaban tersebut?
6. Jika pada suatu saat anda diminta untuk melakukan tes TB, apakah anda tertarik untuk melakukan tes tersebut?
7. Menurut anda, apa yang sebaiknya dilakukan oleh petugas lapangan untuk memberikan informasi tentang TB kepada teman-teman anda?
8. Cara yang seperti apa yang perlu dilakukan oleh petugas lapangan agar mereka bisa merujuk teman-teman anda untuk mengikuti tes TB?

TERIMAKASIH

Penelitian Operasional
“Kelayakan Integrasi Penemuan Kasus TB Secara Aktif pada Kelompok Populasi Kunci ke dalam kegiatan *outreach* program HIV”
Kerjasama Kementerian Kesehatan RI, Dirjen PP&PL dan Pusat Penelitian HIV/AIDS (PPH)-Universitas Katolik AtmaJaya

Pelaksanaan Monitoring TB Reach

1. Pelaksanaan

- Pertemuan dengan LSM untuk briefing kegiatan monitoring
- pertemuan dengan tim/ PM – kelapangan Dinkes, ases situasi intervensi dan peran lembaga X)
- diskusi dengan tim outreach
- pengayaan tim tentang outreach dan TB
- membuat satu laporan hasil dari proses. (ada 3 bagian, tentang hasil monitoring, evaluasi pelatihan; dan pengayaan).

2. Fokus Monitoring Hasil Pelatihan:

- Bagaimana hasil pelatihan bermanfaat untuk petugas lapangan/ staf terkait?
- Materi apa yang paling berkaitan dan bermanfaat dalam mendukung kerja lapangan?
- Bagaimana rencana/ rekomendasi dari pelatihan ditindaklanjuti oleh lembaga (bagaimana respon lanjutan lembaga, apa yang membantu/ menghambat)
- Bagaimana situasi / kondisi dan kualitas kontak PO – dampingan? (pemberian informasi dasar, memotivasi, diskusi informasi lanjutan)
- Bagaimana isu terkait dengan rujukan? Bagaimana ketrampilan PO dalam hal rujukan (promosi layanan, motivasi untuk penggunaan layanan minimal)
- Bagaimana situasi terkait dengan perluasan lapangan? (bagaimana jumlah penambahan dampingan setelah pelatihan, apakah ada mekanisme atau rencana khusus yang diterapkan? Bagaimana hasilnya?)

3. Fokus Monitoring Proses Intervensi

- Observasi dokumen kegiatan PO dan kegiatan lembaga terkait dengan kegiatan Outreach (wilayah, jumlah dampingan, dan frekwensi kunjungan serta perlengkapan PO lapangan). Adakah peta wilayah jangkauan? Kalau ada peta kapan? Berapa lama pemutahiran peta jangkauan?
- Observasi dan review notulensi briefing, rapat PO dan staf dan pengayaan yang pernah dilakukan lembaga terkait dengan TB Reach
- Observasi dan review Sistem Rujukan ke Layanan TB (Puskesmas) dan pelaksanaan yang dilakukan oleh lembaga adakah kartu kendali, alamat dan jadwal rujukan, kontak person, dan catatan dampingan yang dirujuk.

Penelitian Operasional
“Kelayakan Integrasi Penemuan Kasus TB Secara Aktif pada Kelompok Populasi Kunci ke dalam kegiatan *outreach* program HIV”
Kerjasama Kementerian Kesehatan RI, Dirjen PP&PL dan Pusat Penelitian HIV/AIDS (PPH)-Universitas Katolik AtmaJaya

Pelaksanaan Evaluasi Intervensi TB Reach

1. Pelaksanaan

- Pertemuan dengan LSM/PKM/Dinkes untuk briefing kegiatan evaluasi
- pertemuan dengan tim/ PM – ke lapangan PKM/Dinkes, ases situasi intervensi dan peran lembaga X)
- Diskusi dengan tim outreach

2. Fokus Evaluasi (Bandingkan dengan hasil monitoring)

- Observasi dokumen kegiatan PO dan kegiatan lembaga terkait dengan kegiatan Outreach (wilayah, jumlah dampingan, dan frekwensi kunjungan serta perlengkapan PO kelapangan). Adakah peta wilayah jangkauan? Kalau ada peta kapan? Berapa lama pemutahiran peta jangkauan?
- Observasi dan review notulensi briefing, rapat PO dan staf dan pengayaan yang pernah dilakukan lembaga terkait dengan TB Reach
- Observasi dan review Sistem Rujukan ke Layanan TB (Puskesmas) dan pelaksanaan yang dilakukan oleh lembaga adakah kartu kendali, alamat dan jadwal rujukan, kontak person, dan catatan dampingan yang dirujuk.
- Identifikasi indikator kinerja TB Reach:
 - a) Jumlah ponci yang dijangkau
 - b) Jumlah ponci yang diskriming gejala TB
 - c) Jumlah ponci dengan gejala TB
 - d) Jumlah ponci dengan gejala TB yang dirujuk dan dilakukan pemeriksaan dahak
 - e) Jumlah ponci yang yang hasil pemeriksaan TB (BTA+)

Lampiran 7: Evaluasi Pelatihan

Penelitian Operasional
“Kelayakan Integrasi Penemuan Kasus TB Secara Aktif pada Kelompok Populasi Kunci ke dalam kegiatan *outreach* program HIV”
Kerjasama Kementerian Kesehatan RI, Dirjen PP&PL dan Pusat Penelitian HIV/AIDS (PPH)-Universitas Katolik AtmaJaya

A. Evaluasi Pelatihan

Arch Hotel, 23 – 25 Juni 2015

| Aspek Penilaian | Bagus | Cukup | Perlu Perbaikan | Tidak bisa digunakan |
|--|-------|-------|-----------------|----------------------|
| 1. Dipersiapkan dengan baik dan materi disusun dengan baik | | | | |
| 2. Dilakukan dengan urutan yang mudah diikuti | | | | |
| 3. Dijelaskan tujuan kegiatan atau diskusi dan harapan terhadap setiap sesi ini pada saat pembukaan sesi | | | | |
| 4. Semua kegiatan bisa dilakukan sesuai dengan rencana pelatihan | | | | |
| 5. Selalu ditanya apakah partisipan bisa memahami apa yang sedang dibicarakan | | | | |
| 6. Menggunakan contoh untuk menjelaskan sebuah pengertian atau istilah | | | | |
| 7. Selalu bertanya untuk merangsang diskusi/pertanyaan dari peserta | | | | |
| 9. Penggunaan waktu yang tepat | | | | |
| 10. Menggunakan bantuan visual untuk menjelaskan | | | | |
| 13. Selalu menjawab pertanyaan atau komentar dari partisipan | | | | |
| 14. Ada diskusi atau role play untuk memperjelas materi | | | | |
| 15. Mengajak partisipan untuk membagi pengalaman yang pernah dilakukan dalam kaitannya dengan topic sesi | | | | |

B. Evaluasi Kepuasan Peserta

| | | | | | |
|--|-------|---|-----------|---|--------|
| 1. Kejelasan Tujuan Pelatihan: | Bagus | | Rata-Rata | | Kurang |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Ketrampilanfasilitator Membawakan Sesi: | Bagus | | Rata-Rata | | Kurang |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Kesesuaian topik dengan kegiatan peserta: | Bagus | | Rata-Rata | | Kurang |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Kejelasan dalam memberikan informasi: | Bagus | | Rata-Rata | | Kurang |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Kedalaman sesi-sesi yang diberikan: | Bagus | | Rata-Rata | | Kurang |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Kualitas alat bantu visual : | Bagus | | Rata-Rata | | Kurang |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Nilai untuk masing-masing sesi: | | | | | |
| 1. Informasi Dasar TB: | Bagus | | Rata-Rata | | Kurang |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Outreach: | Bagus | | Rata-Rata | | Kurang |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Memperoleh Akses ke Kelp. Sasaran: | Bagus | | Rata-Rata | | Kurang |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Kebijakan Nasional AIDS & TB: | Bagus | | Rata-Rata | | Kurang |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Meningkatkan pengetahuan TB: | Bagus | | Rata-Rata | | Kurang |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | | | | |
|--------------------------------------|-------|---|-----------|---|--------|
| 6. Skrining & Rujukan TB: | Bagus | | Rata-Rata | | Kurang |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Sampel Pengambilan Dahak: | Bagus | | Rata-Rata | | Kurang |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Membangun Sistem Rujukan Layanan: | Bagus | | Rata-Rata | | Kurang |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. Manajemen Outreach: | Bagus | | Rata-Rata | | Kurang |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. Membangun Komitmen: | Bagus | | Rata-Rata | | Kurang |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

C. Evaluasi Materi Pelatihan

Integrasi Penemuan Kasus HIV secara Aktif pada Kelompok Kunci ke dalam Kegiatan Outreach

Arch Hotel, 23 – 25 Juni 2015

| 1. Apa saja yang bisa anda lakukan untuk membuka akses ke populasi kunci? | |
|---|-------------------|
| Sebelum Pelatihan | Sesudah Pelatihan |
| | |
| 2. Bagaimana membangun kepercayaan pada komunitas | |
| Sebelum Pelatihan | Sesudah Pelatihan |
| | |
| 3. Menurut anda apa itu jaringan sosial dan apa pentingnya mengetahui jaringan sosial? | |
| Sebelum Pelatihan | Sesudah Pelatihan |
| | |
| 4. Bagaimana anda melakukan perencanaan dalam melakukan outreach? | |
| Sebelum Pelatihan | Sesudah Pelatihan |
| | |
| 5. Bagaimana anda mengetahui orang dengan gejala TB? | |
| Sebelum Pelatihan | Sesudah Pelatihan |
| | |
| 6. Bagaimana anda bisa ikut terlibat untuk menentukan kualitas dahak yang baik? | |
| Sebelum Pelatihan | Sesudah Pelatihan |
| | |

| | |
|--|-------------------|
| | |
| 7. Bagaimana anda bisa melakukan proses rujukan TB ke fasyankes | |
| Sebelum Pelatihan | Sesudah Pelatihan |
| | |
| 8. Seberapa yakin anda bisa memenuhi target yang dibebankan kepada anda terkait program TB-Reach? | |
| Sebelum Pelatihan | Sesudah Pelatihan |
| | |

Terima Kasih



PUSAT PENELITIAN
HIV & AIDS
UNIKA ATMA JAYA JAKARTA

