

PANDUAN IMPLEMENTASI PROGRAM

DANA HIBAH GLOBAL FUND TAHUN 2021-2023

(PERIODE TAHUN 2021)



**PR KOMUNITAS
ELIMINASI TBC
I N D O N E S I A**

Disusun Oleh:

PRINCIPAL RECIPIENT (PR) KONSORSIUM KOMUNITAS PENABULU - STPI

Versi 2.0

Informasi pengembangan dokumen

Versi	Tanggal	Informasi perubahan dokumen
1.0	22 Januari 2021	Versi pertama untuk tahun pertama
1.1	2 Februari 2021	Penambahan informasi di ToR/ lampiran penjelasan budget
1.2	1 April 2021	Penambahan informasi di beberapa Budget Line
2.0	30 September 2021	<ol style="list-style-type: none">1. Penambahan penjelasan alur kerja,2. Penambahan Budget Line D2H dan C19 RM3. Penambahan lokasi DPPM4. Timeline kegiatan hingga S4 (2022)

Daftar Isi

A. PENDAHULUAN	1
B. STRATEGI IMPLEMENTASI PROGRAM.....	2
<i>B.1. Meningkatkan kualitas layanan TB & TB-HIV berbasis komunitas dan berpusat pada pasien untuk meningkatkan notifikasi dan tingkat keberhasilan pengobatan.....</i>	<i>2</i>
<i>B.2. Meningkatkan peran OMS/OMP TB dan komunitas yang terkena TB / HIV untuk mempengaruhi kepemimpinan pemerintah daerah untuk mencapai eliminasi TB melalui pendekatan multisektoral dan berpusat pada pasien.</i>	<i>3</i>
<i>B.3. Meningkatkan kapasitas OMS/OMP dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi guna perawatan dan pencegahan TB secara berkelanjutan.</i>	<i>3</i>
<i>B.4. Dukungan komunitas dalam implementasi District Public Private Mix (DPPM).....</i>	<i>3</i>
C. ALUR KERJA BERDASARKAN JENIS INTERVENSI.....	4
C.1. TB Sensitif Obat	4
C.2. TB Resisten Obat	6
C.3. TB-HIV	7
C.4. Advokasi dan penguatan OMS/OMP	8
C.5. Peningkatan Kapasitas dan Pendampingan Program	9
D. PERENCANAAN DAN PEMANTAUAN/ PENDAMPINGAN PROGRAM.....	10
D.1. Perencanaan Program	10
D.2. Pemantauan/Pendampingan Program	11
E. SUMBERDAYA MANUSIA PENDUKUNG PROGRAM	11
F. WILAYAH KERJA PROGRAM	12
G. TARGET INDIKATOR PROGRAM.....	18
H. LINIMASA IMPLEMENTASI PROGRAM PER-BUDGET LINE TAHUN 2021-2022	19
I. LAMPIRAN PENJELASAN BUDGET LINE	28
BL 01.....	28
The community cadres coordinated by the Puskesmas conduct household contact investigation of bacteriologically confirmed TBC patient	28
BL. 2.....	32
District coordination and data validation meeting for community cadres coordinate	32
BL. 3.....	34
The community cadres coordinated by CSO will conduct contact investigation among non household close contacts	34

BL. 4.....	36
Reward for referring presumptive TB cases among contacts.....	36
BL. 5.....	38
Reward for positive TB cases detected.....	38
BL 06.....	40
Reward for positive TB cases cured/90% completed.....	40
BL. 7.....	42
Pengembangan buku saku perawatan TB-HIV untuk relawan kesehatan komunitas dan pasien (Diagnosis, Pengobatan, dan Pencegahan)	42
BL. 8.....	45
Improve capacity of community workers to sensitize civil society on TB elimination	45
BL. 11.....	53
Results based rewards for community supporters of MDR TB patients	53
BL. 12.....	56
Reward berbasis hasil untuk pendampingan komunitas terhadap kesembuhan/ keberhasilan pengobatan pasien TB MDR.....	56
BL 13.....	59
Community-based case manager	59
BL. 14.....	73
Rumah Singgah Pasien TB Resisten Obat	73
BL. 15.....	75
Training for community-based case manager/MDR supporter.....	75
BL. 16.....	78
Training for patient supporter	78
BL 17.....	88
Transport allowance for subdistricts community cadre coordinators in CSO districts to coordinate TB, TB-HIV, and MDR-TB support.	88
BL. 19.....	91
Implement community-based monitoring feedback to strengthen the service quality of TB program .	91
BL. 21.....	98
Kampanye Publik ‘Ketahui Hak-mu’	98
BL.22	101
Monitor dan respon kampanye/tindakan negatif yang berpotensi menimbulkan stigma dan diskriminasi terhadap kelompok masyarakat terdampak TBC.....	101

BL.24	105
Rekrutmen dan Pelatihan Paralegal Tingkat Dasar	105
BL.25	109
Pelatihan Paralegal Tingkat Lanjutan	109
BL.26	113
Kolaborasi dengan Advokat/Organisasi Bantuan Hukum untuk Pelayanan Legal Terhadap Pasien TB-HIV 113	
BL. 27	116
Pertemuan Koordinasi Pasien TBC dan Organisasi Penyintas TBC	116
BL.28	121
Koordinasi Organisasi Masyarakat Sipil dalam Penanggulangan Tuberkulosis	121
BL.37	125
Pertemuan Koordinasi Enam Bulanan dengan Dinas Kesehatan Provinsi	125
BL.38	128
Rapat koordinasi semester dengan Dinas Kesehatan untuk Pasien TBC RO mangkir	128
BL.39	131
Penyediaan Enabler untuk Memfasilitasi Pasien TB Resisten Obat yang Terdiagnosis untuk Menyelesaikan Pengobatan.	131
BL 40	134
Kunjungan rumah pasien TBC mangkir yang berobat di sektor swasta	134
BL.41	140
Pelibatan Legislatif, Kementerian/Lembaga, Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat dalam Eliminasi TBC di Indonesia	140
BL.42	145
Mobilisasi dan Dukungan Pendidik Sebaya (<i>Peer Educator/PE</i>) Untuk Pasien TBC dengan Tujuan Mempromosikan Kesejahteraan dan Hak Asasi Manusia	145
BL.43	150
Hari Tuberkulosis Sedunia (HTBS) di tingkat PR	150
BL. 45	153
Printing Form for Reporting	153
BL. 46	156
Supervisi Rutin SR ke SSR Berdasarkan Isu Kinerja dan Kebutuhan Program	156
BL. 47	160
Supervisi Rutin PR ke SR Berdasarkan Isu Kinerja dan Kebutuhan Program	160

BL. 48.....	163
Rapat Koordinasi Wilayah (Rakorwil) Tingkat Provinsi	163
BL. 49.....	167
Capacity Building Financial Management from PR to SR.....	167
BL. 50.....	170
Capacity Building Monitoring Evaluation and Learning.....	170
BL. 51.....	173
Coordination Meeting at National level.....	173
BL. 53.....	176
Capacity Building Financial Management from SR to SSR.....	176
BL. 54.....	179
Capacity Building MEL SR to SSR.....	179
BL. 55.....	183
TB Stigma Assessment (CRG)	183
BL. 56.....	186
Pengadaan Cetak dan Distribusi Media KIE	186
BL. 58.....	188
Data collection and validation	188
BL. 63.....	190
Pelatihan kader komunitas di 22 kota/kabupaten baru.....	190
BL. 64.....	195
Penyegaran Kader TB dalam Penemuan dan Pendampingan pasien Tuberkulosis.....	195
BL. 65.....	205
Pengembangan Legalitas Organisasi untuk Kelompok Pasien dan Penyintas Tuberkulosis	205
BL. 66.....	208
Hari Tuberkulosis Sedunia (HTBS) dilevel SSR.....	208
BL. 67.....	211
Penelitian Pemanfaatan Dana Desa untuk Penanggulangan Tuberkulosis	211
BL. 68.....	214
Lokakarya Advokasi Pemanfaatan Dana Desa untuk Penanggulangan Tuberkulosis (Nasional).....	214
BL. 69.....	217
Lokakarya Advokasi Pemanfaatan Dana Desa untuk Penanggulangan Tuberkulosis (Daerah)	217
BL. 70.....	220

Pengadaan Masker untuk Manajer Kasus dan Pendamping Pasien TBC RO	220
BL. 71.....	222
Pengadaan Masker Bedah untuk Kader	222
BL. 72.....	224
Improve capacity of community workers to sensitize civil society on TB elimination (training of trainers)	224
BL.74	230
Community led advocacy to private hospital and clinic associations	230
BL.75	235
Workshop: DPPM implementation by each province.....	235
BL.76	239
Establish partnership between community and private provider to support TB patient – PPM.....	239
BL. 77.....	245
Establish community led oversight for quality of TB service provided by public and private provider through periodic forum meeting	245
BL. 78.....	250
Community led advocacy to district legislatives and executives to ensure mandatory notification of TB cases – DPPM.....	250
BL.79	257
Additional Case Manager will be needed to support adherence treatment in 18 provinces in 77 District 257	
BL. 80.....	265
Transport allowance for subdistricts community cadre coordinators in CSO districts to coordinate TB, TB-HIV, and MDR-TB support - DPPM	265
BL. 81.....	272
The community cadres coordinated by the Puskesmas conduct household tracking and home visit TB patient - PPM.....	272
BL. 82.....	279
Reward for positive TB cases cured/90% completed - PPM.....	279
BL.84	285
Socialization meeting the virtual contact investigation for cadre and healthcare worker	285
BL.85	289
Provision of data package for index cases who conduct virtual screening.....	289
BL. 86.....	293
Incentive for cadre in collecting specimen	293

BL. 87, 310 dan 3001	302
Home-based treatment delivery to ensure patient adherence by cadre/health workers (OAT Delivery) 302	
BL. 88	310
PPE Provision for Community Worker and Cadre (Pengadaan Alat Pelindung Diri (APD) berupa Hand Sanitizer, Gloves (<i>non-powdered</i>))	310
BL.89	314
Transportation -Communication support for cadres (C-19)	314
BL. 91	318
Reward for positive TB cases detected-TPT (Children < 5 years)	318
BL. 95	326
Pengadaan Form Tanda Terima OAT Home-based treatment delivery to ensure patient adherence by cadre/health workers (OAT Delivery)	326
BL. 96	334
Socialization Meeting home-based treatment delivery to ensure patient adherence by cadre/health workers (OAT Delivery)	334
BL. 302	343
Provision of cooler box	343
BL. 311	345
TB-Covid training to cadre and task force	345
BL. 312	347
Additional cadre coordinator	347
BL. 315	350
Diseminasi Panduan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di Fasilitas Non-Kesehatan (<i>Congregate Settings</i>)	350
BL. 316	354
Workshop Pencegahan dan Pengendalian Infeksi untuk Lingkungan Non-Fasilitas Kesehatan dan <i>Congregate Settings</i>	354
BL. 317	359
Supervisi Implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi untuk Lingkungan Non-Fasilitas Kesehatan dan <i>Congregate Settings</i>	359

A. PENDAHULUAN

PR GF TB Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI (selanjutnya disingkat PR PB-STPI) adalah konsorsium dari dua lembaga; Penabulu dan STPI yang terpilih sebagai Principal Recipient / Pelaksana dana hibah The Global Fund di Indonesia menggantikan peran Aisyiyah yang mengundurkan diri dari program The Global Fund.

Secara umum, program GF-TB yang dilaksanakan masih sama dengan yang dilaksanakan oleh Aisyiyah dan LKNU pada periode sebelumnya. Sumber daya yang digunakan juga sama di tingkat tapak, yaitu kader-kader komunitas terlatih dan teruji selama program GF-TB, bahkan ada yang lebih dari 1 dasawarsa terakhir, termasuk Manajer Kasus, Patient Supporter atau Peer Educator. Namun demikian, PR PB-STPI juga mengembangkan strategi lain yang disetujui dan didukung The Global Fund dan CCM Indonesia untuk menguatkan aspek hak-hak pasien dalam pelayanan dan mengurangi diskriminasi. Penguatan organisasi mantan pasien (OMP) dan pembentukan kelompok masyarakat peduli TB akan lebih dikuatkan dalam periode 2021-2023, sehingga dapat menjadi organisasi yang kuat untuk menjalankan program advokasi.

Terkait TB Resisten Obat, aspek program baru adalah pelacakan pasien TB RO yang fokus di layanan swasta. Pelacakan pasien mangkir di layanan swasta akan dilaksanakan dengan diawali koordinasi untuk pembentukan tim tingkat Kab/Kota yang selanjutnya akan melakukan kunjungan ke rumah pasien sesuai alamat yang terdaftar di rekam medik.

Program GF-TB yang kita akan lanjutkan bersama ini tentu pada akhirnya mendukung pencapaian program Eliminasi TB Nasional. Maka menjadi hal yang wajib bagi seluruh pelaksana program di semua tingkatan untuk melakukan komunikasi dan kolaborasi secara intensif dengan Kementerian Kesehatan melalui Sub Direktorat TB maupun Dinas Kesehatan di masing-masing tingkatan. Kerjasama dan kolaborasi dengan multi pihak dari Organisasi Masyarakat Sipil, Organisasi Mantan Pasien TB, sektor swasta dan lainnya juga perlu ditingkatkan dengan cita-cita dalam 3 tahun ke depan komunitas TB dapat bertumbuh bersama mendukung eliminasi TB 2030. Serta tidak lupa tetap menerapkan protokol kesehatan dan mendukung testing-tracing-treatment/isolasi Covid-19 berjalan beriringan dengan Temukan-Obati-Sampai-Sembuh TBC.

Jakarta, 22 Januari 2021

B. STRATEGI IMPLEMENTASI PROGRAM

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

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

Ini merupakan strategi kunci dalam meningkatkan notifikasi kasus TB Sensitif Obat dengan ujung tombak kader-kader komunitas terlatih, berkoordinasi erat dengan Puskesmas untuk melaksanakan Investigasi Kontak dan penyuluhan hingga pendampingan didukung dengan media KIE yang baik.

Untuk TB Resisten Obat (TB RO), implementasi dimulai di RS PMDT melalui koordinasi Manajer Kasus komunitas dengan pengelola program di Rumah Sakit untuk inisiasi awal pengobatan, didukung Patient Supporter/ Peer Educator serta kader yang telah mendapatkan pengetahuan cukup dalam mendampingi pasien TB RO yang telah dirujuk ke Puskesmas terdekat domisili pasien. Program pada periode ini juga menambahkan adanya pelacakan kasus TB RO mangkir, terutama di fasilitas kesehatan swasta bekerjasama dengan Dinas Kesehatan, Tim DPPM dan KOPI TB di daerah tersebut. Pelaksanaan dukungan pengobatan TB RO fokus di 106 Kab/Kota dari 190 Kab/Kota wilayah kerja. Program TB RO juga masih mendukung pengelolaan shelter di 14 Provinsi terpilih sesuai kebutuhan dan beban kasus/ kebutuhan. Selanjutnya, pada tahun ke-2 dan ke-3 program (2022-2023) PR komunitas akan mengelola enabler untuk pasien TB RO di 190 Kab/Kota.

Sebagai bagian dari pemantauan kualitas layanan TB, baik TB Sensitif Obat, TB-HIV dan TB Resisten Obat, PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI akan melanjutkan pengembangan Community Based Monitoring & Feedback serta pembaharuan dan utilisasi aplikasi *One Impact Sehat* sesuai kebutuhan pasien dan layanan. Salah satu tindak lanjut dari pemantauan berbasis komunitas, juga akan dikembangkan hotline yang dikelola *Peer Educator* dalam rangka pengurangan stigma dan diskriminasi serta akan diberikan pengetahuan dan keterampilan mengenai hak asasi manusia dan gender dalam konteks eliminasi TB. Form-form pelaporan juga disiapkan untuk menunjang pemantauan hasil capaian terkait notifikasi TB dan pendampingan. Hal ini juga didukung dengan koordinasi rutin bersama Dinas Kesehatan untuk validasi data dan pertemuan MICA.

PR Konsorsium Komunitas akan membuat model Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) pada setting non-fasilitas layanan kesehatan. Fokus pada lokasi *congregate setting*, yaitu dimana sebuah lokasi dengan populasi yang berdiam dan berinteraksi dalam waktu tertentu yang cukup lama, seperti di sekolah asrama, asrama tantara, penjara/lapas dan tempat kerja. Model PPI untuk non-fasyankes ini diutamakan untuk penyakit menular berbasis droplet dan *airborne* khususnya TBC dan Covid19. Model PPI akan dikembangkan mulai dari kesiapan Prosedur Operasional Standar penanganan di dalam instansi, penyediaan ruang karantina/isolasi, hingga sistem rujukan dengan fasyankes terdekat.

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

Strategi advokasi dan mobilisasi sosial ini bertujuan untuk meningkatkan akses terhadap sumberdaya di pemerintah daerah dalam mendukung eliminasi TBC, baik itu akses terhadap dana desa dan sumber pendanaan lainnya melalui mekanisme swakelola yang diajukan oleh Kelompok Masyarakat Peduli TB (KMP TB). Proses advokasi dilaksanakan dua arah, baik *top down*, dengan melakukan kegiatan di tingkat Nasional dan *bottom up* di tingkat Desa, Kecamatan sampai Kab/Kota.

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

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

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

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

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

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

Komunitas juga mendukung implementasi Distrcit-based Public Private Mix (DPPM), melalui dukungan Investigasi Kontak pasien dari fasilitas layanan swasta. Dukungan ini dilaksanakan oleh Manajer Kasus DPPM dan Koordinator Kader fokus pada layanan swasta, dimulai dengan serangkaian kegiatan penyusunan panduan, menyusun rencana kerja bersama lintas sektor di 18 Provinsi dan 77 Kabupaten/Kota yang beririsan dengan DPPM secara Nasional. Pemantauan dukungan komunitas pada layanan swasta juga dilaksanakan secara regular untuk memastikan pembagian peran dan dukungan komunitas dapat terus diperbaiki.

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

C. ALUR KERJA BERDASARKAN JENIS INTERVENSI

C.1. TB Sensitif Obat

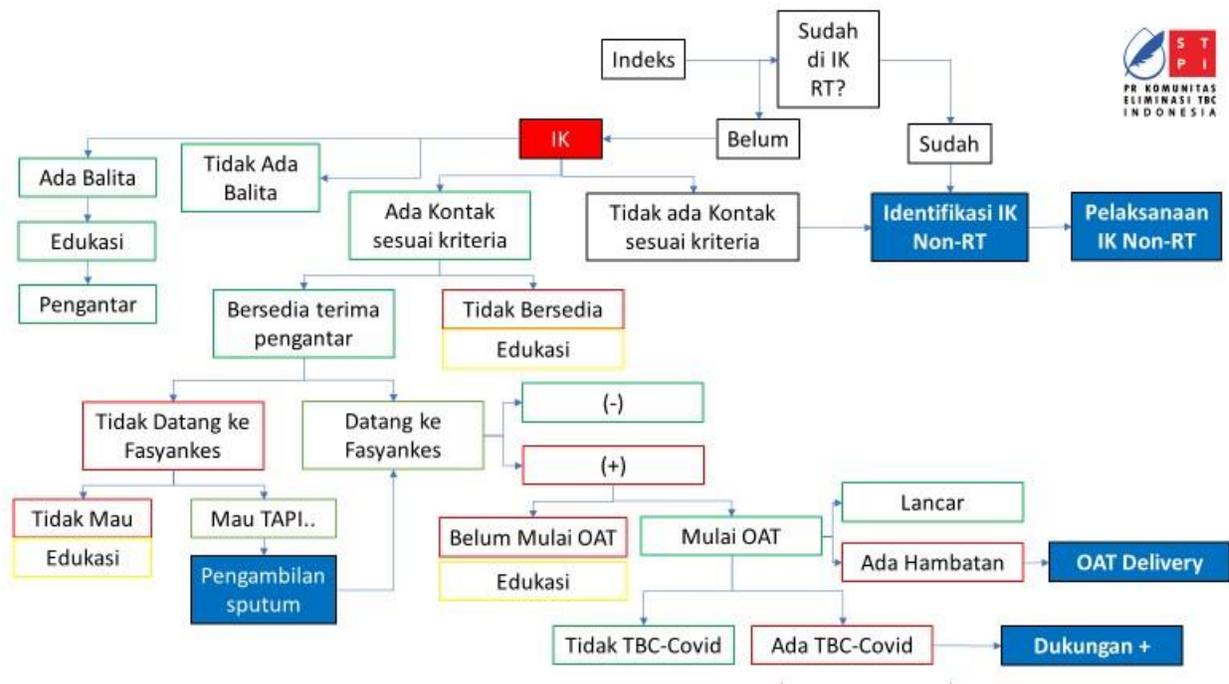
Implementasi kegiatan TB Sensitif Obat dimulai dengan pelaksanaan kegiatan penyegaran informasi bagi kader untuk daerah lama di 168 Kab/Kota dan pelaksanaan pelatihan bagi kader di 22 Kab/Kota yang baru dibuka di tahun 2021 oleh SSR. Kemudian memilih koordinator kader sebanyak 2 orang untuk setiap Kab/Kota dan merekrut *data entry* sesuai kebutuhan. Koordinator kader bersama staf SSR melakukan koordinasi dengan Puskesmas dan Dinas Kesehatan mengenai data indeks kasus dan validasi data. Berdasarkan data indeks kasus tersebut disusun jadwal Investigasi Kontak dan jadwal penyuluhan oleh kader. Hasil-hasil kerja di Kab/Kota akan dikonsultasikan oleh SR dengan Dinas Kesehatan tingkat Provinsi. Selanjutnya, berdasarkan hasil validasi, SSR membayarkan reward atas capaian kader, baik untuk terduga TB, positif TB dan sembuh atau pengobatan lengkap TB.

Sesuai dengan target indikator, untuk TB Sensitif Obat dalam kegiatan Investigasi Kontak memastikan kontak erat dan kontak serumah dengan pasien TBC yang mempunyai gejala utama dan faktor risiko dimotivasi dan dirujuk ke Puskesmas untuk diperiksa, dan jika tidak sakit TBC, akan menerima Terapi Pencegahan TBC (TPT).

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

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

Bagan Alur Aktifitas TB SO



C.2. TB Resisten Obat

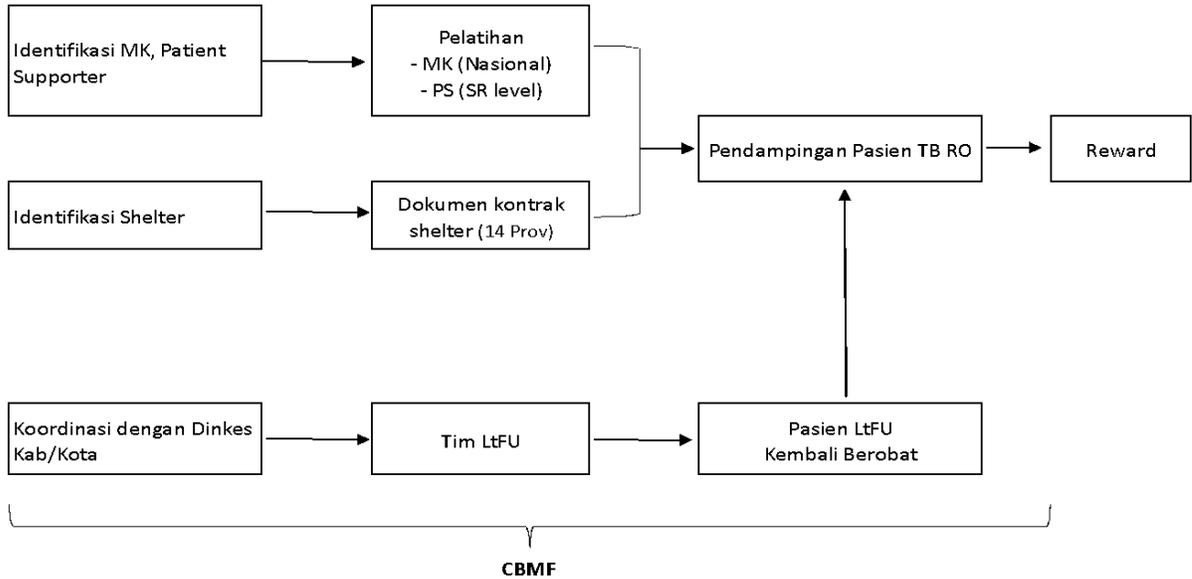
SR Provinsi bersama SSR akan mengidentifikasi Manajer Kasus dan Patient Supporter / Peer Educator yang akan diteruskan peran dan fungsinya. Setelah teridentifikasi dan kemungkinan akan recruitment ulang sesuai kebutuhan, SR Tematik (Nasional) akan melaksanakan pelatihan untuk Manajer Kasus TB RO. SR juga mengidentifikasi lokasi shelter yang akan diperpanjang di 14 RS PMDT di 14 Propinsi, kemudian mempersiapkan administrasinya. Pasca pelatihan tingkat nasional oleh SR Tematik, MK bersama SR akan melatih PS / PE dan kader yang akan terlibat untuk pendampingan TB RO. Pembayaran reward pendampingan dan kesembuhan akan berdasarkan catatan dan hasil validasi bersama staf MEL di masing-masing SR Provinsi.

Program GF TB komunitas akan melakukan pelacakan pasien TB RO terutama di fasilitas layanan kesehatan swasta dengan berkoordinasi Dinas Kesehatan. Tim pelacakan *Lost to Follow Up* akan dibentuk bersama lintas organisasi/lembaga seperti Dinas Kesehatan, perwakilan RS, PS dan kader. Proses pelacakan pasien mangkir didahului dengan berkoordinasi kepada aparaturnya pemerintahan di lokasi/ rumah pasien mangkir.

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

SR Tematik bersama PR akan bekerjasama dengan lembaga bantuan hukum untuk melatih kader dan PS/PE sebagai paralegal, terutama di 20 Kab/Kota industri sehingga kemudian dapat memberikan pendampingan dan bantuan hukum sesuai kebutuhan.

Bagan Alur Aktifitas TB RO



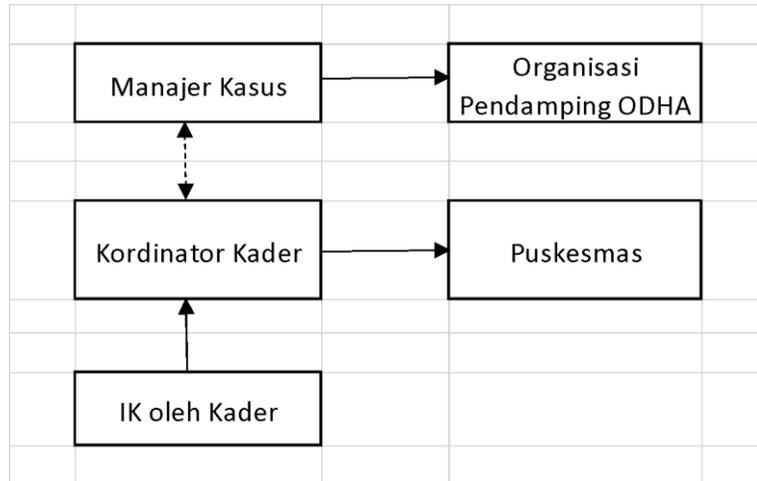
C.3. TB-HIV

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

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

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

Bagan Alur Aktivitas TB HIV



C.4. Advokasi dan penguatan OMS/OMP

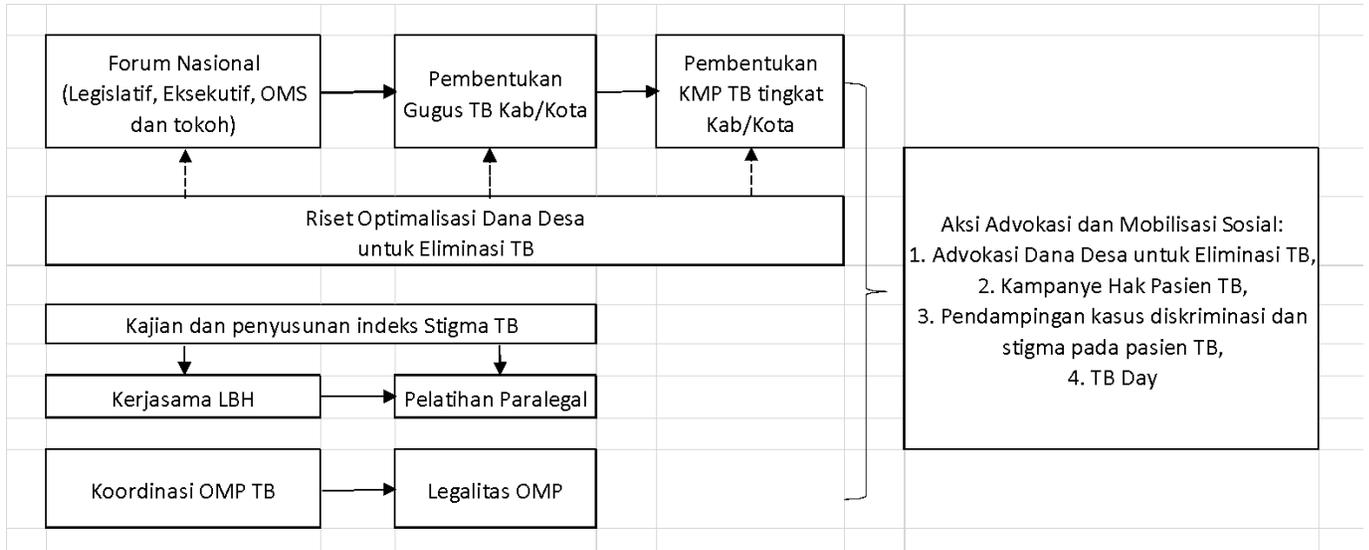
Advokasi dalam program ini menyasar tingkat nasional melalui legislatif dan eksekutif serta di wilayah tapak melalui pemerintahan daerah. Survey/studi akan dilaksanakan terkait optimalisasi dana desa dan potensi penggunaannya untuk TB. Sejalan dengan survey, SSR akan mengembangkan Kelompok Masyarakat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

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

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

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

Bagan Alur Aktivitas Advokasi

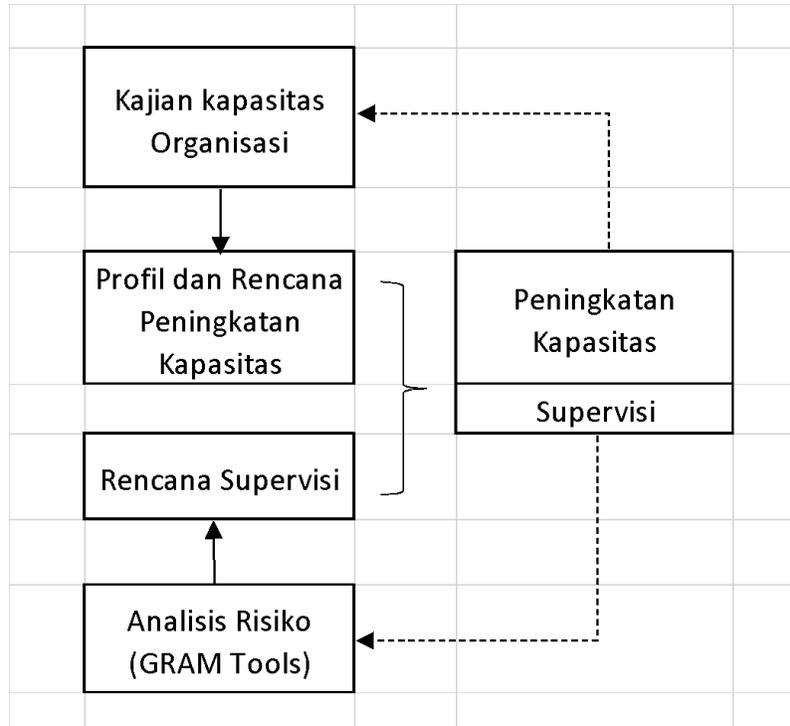


C.5. Peningkatan Kapasitas dan Pendampingan Program

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

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

Bagan Alur Aktivitas Peningkatan Kapasitas dan Pendampingan



D. PERENCANAAN DAN PEMANTAUAN/ PENDAMPINGAN PROGRAM

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

D.1. Perencanaan Program

Perencanaan program dilaksanakan setiap 6 bulan berdasarkan Plan of Action berisi timeline dan budget. Perencanaan secara berjenjang, mulai dari PR, SR Tematik, SR Provinsi sampai SSR Kab/Kota. *Plan of Action* 6 bulanan ini akan ditinjau setiap 3 bulan, berdasarkan laporan capaian target indikator yang telah ditetapkan Tim MEL.

Salah satu mekanisme perencanaan program yang akan digunakan dalam pemantauan dan pendampingan program adalah menggunakan analisis risiko, dengan instrumen yang ditetapkan The Global Fund, yaitu GRAMS Tools, yang juga di update setiap 6 bulan, pada bulan ke-5 setiap semester.

D.2. *Pemantauan/Pendampingan Program*

Pemantauan program dilaksanakan setiap saat oleh tim PR kepada SR dan SR kepada SSR berdasarkan timeline, budget dan target yang telah disepakati. Instrumen pemantauan dikembangkan PR untuk SR dan SSR dan akan diisi setiap akhir bulan oleh SR dan SSR untuk menjadi salah satu pijakan dalam pengambilan keputusan pelaksanaan supervisi oleh tim program. Instrumen pemantauan tersedia di Google Drive dalam bentuk spreadsheet sehingga pemantauan dapat dilakukan berkelanjutan oleh PR bersama SR.

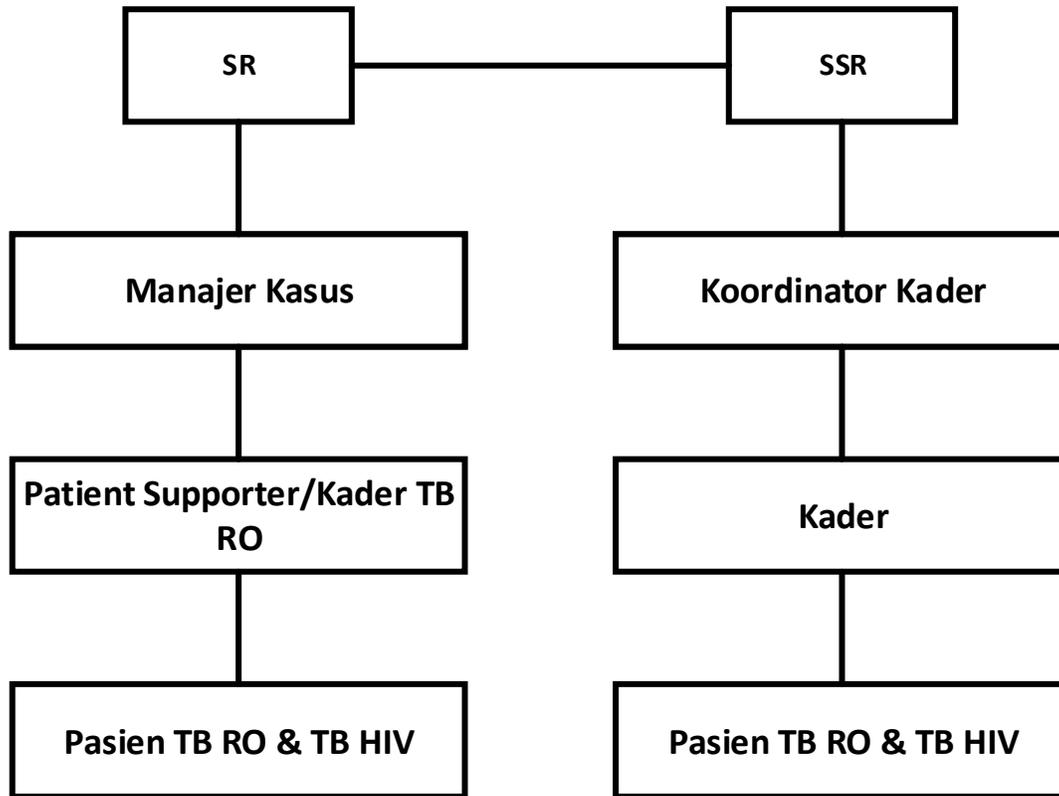
E. SUMBERDAYA MANUSIA PENDUKUNG PROGRAM

Sumberdaya Manusia pendukung program berjenjang di setiap tingkatan;

1. Principal Recipient:
Tim Program: Manajer Program, Kordinator Staf Program, Staf Program, Koordinator Advokasi-Kemitraan dan staf, serta Spesialis Medis. Tim Program berkoordinasi erat dengan Tim Finance dan Tim MEL selama perencanaan dan pemantauan/pendampingan program, dengan arahan dari Direktur Program Nasional, Authorized Signatory dan Tim Manajemen Advisor.
2. Sub-Recipient Tematik: Koordinator Program & MEL, Staf Pengembangan Komunitas dan Staf Legal. Berkoordinasi dengan Manajer SR dan Koordinator Keuangan & Operasional.
3. Sub-Recipient Provinsi: Koordinator Program & MEL dan Staf Program. Berkoordinasi dengan Koordinator dan Finance & Operasional serta staf MEL.
4. Sub-Sub-Recipient Kabupaten/Kota: Staf Program berkoordinasi dengan Staf Admin-Finance.
5. RS PMDT: Manajer Kasus yang wilayah kerjanya di 1-2 RS PMDT Provinsi berkoordinasi dengan Koordinator Program SR, Pasien Supporter/Peer Educator dan Koordinator Kader.
6. RS PMDT: Manager Kasus yang wilayah kerjanya berada di Kab/Kota berkoordinasi dengan Koordinator Program SSR, Pasien Supporter/Peer Educator dan Koordinator Kader.
7. DPPM; Manajer Kasus DPPM tersedia di tingkat Propinsi (18 Provinsi) dan tingkat Kabupaten/Kota (77 Kabupaten Kota). Manajer Kasus DPPM berkoordinasi dengan SR dan SSR serta Manajer Kasus PMDT jika ditemukan pasien TB RO di fasyankes swasta.
8. DPPM; Koordinator Kader DPPM tersedia di 77 Kabupaten/Kota, berkoordinasi dengan Manajer Kasus DPPM tingkat Kabupaten/Kota dan tim SSR, untuk memilah data dan mendistribusikan kepada kader dalam rangka Investigasi Kontak pasien TBC dari fasyankes.

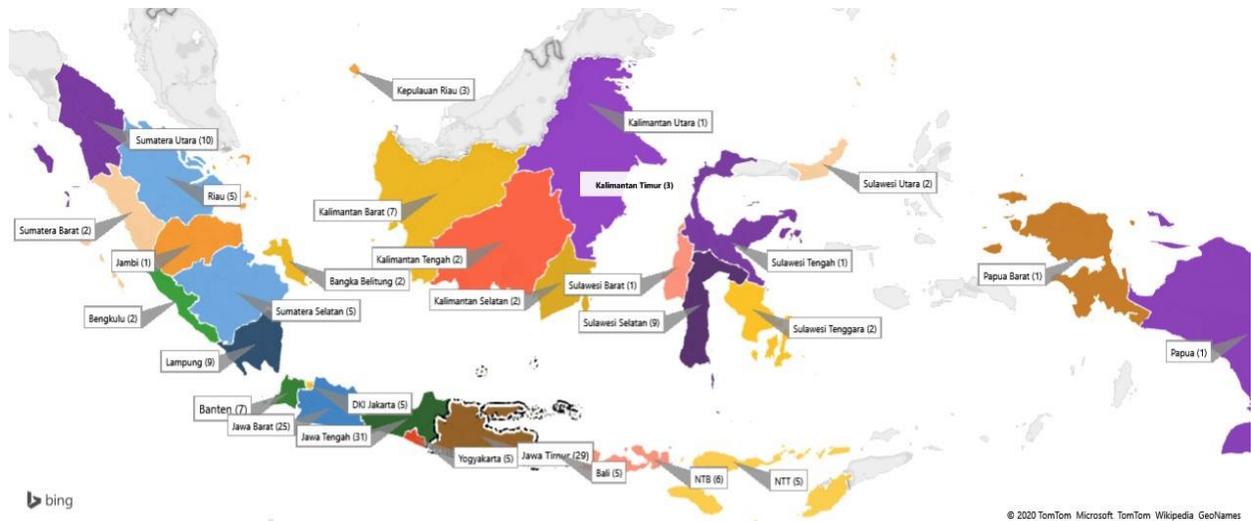
Untuk memudahkan dan efektifitas koordinasi terkait kegiatan dan pelaporan TB RO, Manager Kasus yang bertugas di RS PMDT Provinsi/Ibu Kota Provinsi dan RS PMDT Kab/Kota tetap dibawah kendali SR Provinsi namun tetap berkoordinasi dengan Koordinator Program SSR.

Sedangkan dari aspek komponen program, secara sederhana dapat dipisahkan antara TB SO dan TB RO sebagai berikut:



F. WILAYAH KERJA PROGRAM

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



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

- (a) 106 Kab/Kota layanan fokus pada akselerasi TB RO. PR TB PB-STPI akan memberikan dukungan MK dan PS. Namun demikian, pendampingan pasien TB RO dan nantinya pemberian enabler akan tetap di 190 Kab/Kota.
- (b) 14 Kota di 14 Provinsi lokasi RS PMDT untuk penempatan shelter TB RO.
- (c) 20 Kab/Kota area industri untuk fokus pada pendampingan kasus diskriminasi dan bantuan hukum.
- (d) 20 Kab/Kota irisan program TB-HIV
- (e) 22 Kab/Kota baru, pelaksanaan dimulai dari awal semenjak preparation plan, rekrutmen dan pelatihan kader serta pembuatan KMP TB.

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

No	Propinsi	190 Kab/Kota	22 Kab/Kota Baru	20 Kab/Kota Baru bentuk KMP	106 Kab/Kota TB RO	20 Kab/Kota Industri	14 Shelter	20 Irisan TB-HIV	Area DPPM
1	North Sumatera (10 Districts)	Labuhan Batu							
2		Asahan							
3		Simalungun							
4		Karo							
5		Deli Serdang							
6		Langkat							
7		Kota Pematang Siantar							
8		Kota Medan							
9		Kota Binjai							

10		Kota Padangsidempuan						
11	West Sumatera (2 Districts)	Padang Pariaman						
12		Kota Padang						
13	Riau (6 Districts)	Indragiri Hilir						
14		Rokan Hulu						
15		Bengkalis						
16		Rokan Hilir						
17		Kota Pekanbaru						
18		Kota Dumai						
19	Jambi (1 District)	Kota Jambi						
20	South Sumatra (5 Districts)	Muara Enim						
21		Banyu Asin						
22		Ogan Ilir						
23		Kota Palembang						
24		Kota Prabumulih						
25	Bengkulu (2 Districts)	Rejang Lebong						
26		Kota Bengkulu						
27	Lampung (9 Districts)	Tanggamus						
28		Lampung Selatan						
29		Lampung Timur						
30		Lampung Tengah						
31		Lampung Utara						
32		Pesawaran						
33		Pringsewu						
34		Tulangbawang Barat						
35		Kota Bandar Lampung						
36	Bangka Belitung (2 Districts)	Bangka						
37		Kota Pangkal Pinang						
38	Riau Island (3 Districts)	Karimun						
39		Kota Batam						
40		Kota Tanjung Pinang						
41	DKI Jakarta (5 Districts)	Kodya Jakarta Selatan						
42		Kodya Jakarta Timur						
43		Kodya Jakarta Pusat						
44		Kodya Jakarta Barat						
45		Kodya Jakarta Utara						
46	West Java (25 Districts)	Bogor						
47		Sukabumi						
48		Cianjur						

49		Bandung							
50		Garut							
51		Tasikmalaya							
52		Ciamis							
53		Kuningan							
54		Cirebon							
55		Majalengka							
56		Sumedang							
57		Indramayu							
58		Subang							
59		Purwakarta							
60		Karawang							
61		Bekasi							
62		Bandung Barat							
63		Kota Bogor							
64		Kota Sukabumi							
65		Kota Bandung							
66		Kota Cirebon							
67		Kota Bekasi							
68		Kota Depok							
69		Kota Cimahi							
70		Kota Tasikmalaya							
71	Central Java (31 Districts)	Cilacap							
72		Banyumas							
73		Purbalingga							
74		Banjarnegara							
75		Kebumen							
76		Purworejo							
77		Wonosobo							
78		Magelang							
79		Boyolali							
80		Klaten							
81		Sukoharjo							
82		Wonogiri							
83		Karanganyar							
84		Sragen							
85		Grobogan							
86		Blora							
87		Pati							
88		Kudus							
89		Jepara							
90		Demak							
91		Semarang							

92		Temanggung							
93		Kendal							
94		Batang							
95		Pekalongan							
96		Pemalang							
97		Tegal							
98		Brebes							
99		Kota Surakarta							
100		Kota Semarang							
101		Kota Pekalongan							
102	DIY (5 Districts)	Kulon Progo							
103		Bantul							
104		Gunung Kidul							
105		Sleman							
106		Kota Yogyakarta							
107	East Java (29 Districts)	Ponorogo							
108		Trenggalek							
109		Tulungagung							
110		Kediri							
111		Malang							
112		Lumajang							
113		Jember							
114		Banyuwangi							
115		Bondowoso							
116		Situbondo							
117		Probolinggo							
118		Pasuruan							
119		Sidoarjo							
120		Mojokerto							
121		Jombang							
122		Nganjuk							
123		Madiun							
124		Magetan							
125		Ngawi							
126		Bojonegoro							
127		Tuban							
128		Lamongan							
129		Gresik							
130		Bangkalan							
131		Sampang							
132		Pamekasan							
133		Sumenep							
134		Kota Malang							

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

	(1 District)								
174	North Sulawesi	Kota Manado							
175	(2 Districts)	Kota Bitung							
176	Central Sulawesi	Kota Palu							
177	South Sulawesi (9 Districts)	Bulukumba							
178		Jeneponto							
179		Gowa							
180		Maros							
181		Bone							
182		Wajo							
183		Sidenreng Rappang							
184		Pinrang							
185		Kota Makassar							
186	Southeast Sulawesi	Muna							
187	(2 Districts)	Kota Kendari							
188	West Sulawesi	Mamuju							
189	Papua (1 District)	Kota Jayapura							
190	West Papua (1 District)	Kota Sorong							
	Total 30 Province	190	22	20	106	20	14	20	77

Dalam beberapa kegiatan di program ini, ada daerah-daerah tertentu untuk intervensi khusus dana desa /ADD. Penjelasan rinci terdapat di file lampiran penjelasan Budget Line.

G. TARGET INDIKATOR PROGRAM

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

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

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

H. LINIMASA IMPLEMENTASI PROGRAM PER-BUDGET LINE TAHUN 2021-2022

No BL	Kegiatan	S1	S2	S3	S4	Keterangan
Jenjang PR						
7	Develop pocket-book for community health workers and patients on the TB-HIV care that the patients will need to access (test, treat, TB preventive treatment)					
8	Improve capacity of community workers to sensitize civil society on TB					Dilanjutkan dengan BL 72 untuk ToT

	elimination (training of trainers)					dan pelatihan di SSR
No BL	Kegiatan	S1	S2	S3	S4	Keterangan
41	Engagement of legislatives, relevant ministries, religious and community leaders					
43	TB Day in PR Level					Sesuai panduan HTBS Kemenkes RI
47	Regular supervision based on performance issues and specific needs- PR to SR					
49	Capacity Building Finance Management PR to SR					
50	Capacity Building Monitoring Evaluation and Learning PR to SR					
51	National Coordination Meeting					
55	TB Stigma Assessment					
56	Procurement of IEC					
70	Procurement surgical mask for cadre support MDR TB Patient					Terhubung dengan BL.88
71	Procurement surgical mask for cadre support contact investigation					Terhubung dengan BL.88
72 (a)	Improve capacity of community workers to sensitize civil society on TB elimination (training of trainers)					
73	Develop guideline for community based treatment monitoring support					
83	Update guideline the virtual contact investigation, including algorithm, form / tools, and the roles of health providers and community health workers					

No BL	Kegiatan	S1	S2	S3	S4	Keterangan
84	Socialization meeting the virtual contact investigation for cadre and healthcare worker					
88	PPE Provision for community worker and cadre					
92	Provide enablers to facilitate diagnosed MDR TB patients to start and finish treatment - Development, Socialisation, Supervision, and Evaluation of enabler activities					
93	Provide enablers to facilitate diagnosed MDR TB patients to start and finish treatment - SITK Improvement					
94	Provide enablers to facilitate diagnosed MDR TB patients to start and finish treatment - Design and print enabler payment guidelines, and enabler form					
314	Development of IPC modeling and guideline					
315	Dissemination of IPC guideline to SR & SSR / district					
SR Tematik						
15	Training for community-based case manager/MDR supporter					
16 (a)	Training for patient supporters					
19	Implement community based monitoring feedback to strengthen the service quality of TB program					Dimulai dengan konsultasi CBMF ke TWG dan identifikasi kebutuhan pengembangan OneImpact.

No BL	Kegiatan	S1	S2	S3	S4	Keterangan
21	Public campaign (know your rights public campaign)					
22	Monitoring and response to negative campaign that potential to create stigma and discrimination to TB patients and related stake holders					
24	Paralegal recruitment and training (basic)					
25	Paralegal recruitment and training (advance)					
27	Coordination of TB patients and survivor association					
42	Peer mobilization and support developed for and by people with tb aimed at promoting well-being and human rights					Di 14 Provinsi akselerasi TB RO terintegrasi dengan pengelolaan shelter
65	Development of legal foundations for TB patient organizations in DR-TB					
67	Research on budget village optimization for TB Program					
68	Workshop for budget village advocacy at national level					
69	Workshop for budget village advocacy at district level					
SR Propinsi						
11	Results based rewards for community supporters of MDR TB patients					
12	Results based rewards for community supporters of MDR TB patients-cured/success					
13	Community-based case manager					

No BL	Kegiatan	S1	S2	S3	S4	Keterangan
14	Shelter for MDR TB					Di 14 Propinsi lokasi shelter
16	Training for patient supporter					
37	Six monthly Coordination Meeting with PHO					30 Propinsi
40	Home visit for TB patients followed in private sectors who miss the treatment appointment					30 Propinsi/ 190 Kab/Kota
46	Regular supervision based on performance issues and specific needs- SR to SSR					Per-semester. Bisa dilaksanakan di Q1 atau Q2.
48	Coordination Meeting at Provinsi level/ RAKORWIL					
53	Capacity Building Finance Management SR- SSR					
54	Capacity Building Monitoring Evaluation and Learning SR to SSR					
74	Community led advocacy to private hospital association (ARSSI)					
75	Workshop: DPPM implementation by each province					
79	PPM Case Manager					
302	Provision of cooler box					
312	Additional cadre coordinator					
SSR (Kab/Kota)						
1	The community cadres coordinated by the Puskesmas conduct household contact investigation of bacteriologically confirm TB patients					

No BL	Kegiatan	S1	S2	S3	S4	Keterangan
2	District coordination and data validation meeting for community cadres coordinate by DHO					
3	The community cadres coordinated by CSO will conduct contact investigation among non household close contacts (190 kabupaten/kota)					
4	Reward for referring presumptive TB cases among contacts					
5	Reward for positive TB cases detected					
6	Reward for positive TB cases cured / 90% completed					
10	Initiate the creation of TB care communities (Kelompok Masyarakat Peduli TB) to facilitate various advocacies to different sectors and authorities					20 dari 22 Kabupaten/Kota Baru.
17	Transport allowance for subdistricts community cadre coordinators in CSO districts to coordinate TB, TB-HIV, and MDR-TB support					
28	Coordination of community-based organization that support TB control					20 Kab/Kota irisan TB-HIV

No BL	Kegiatan	S1	S2	S3	S4	Keterangan
38	Six monthly coordination meeting with DHO for loss to follow-up patients					
58	Data Collection and Validation					
63	Training community cadre for 22 New SSR for CI and Active Case Finding					Di 22 Kab/Kota baru
64	Refreshment community cadre for updating contact investigation					
66	TB Day in SSR Level					
72 (b)	Improve capacity of community workers to sensitize civil society on TB elimination – training in SSR					Di 22 Kab/Kota baru
76	Establish partnership between community and private provider to support TB patient					77 Kab/Kota DPPM
77	Establish community led oversight for quality of TB service provided by public and private provider through periodic forum meeting					77 Kab/Kota DPPM
78	Community led advocacy to district legislatives and executiv					77 Kab/Kota DPPM
80	DPPM Coordinator Cadre					77 Kab/Kota DPPM
81	To provide incentive for cadre to support tracking and home visit activities for TB patient treated in private providers.					77 Kab/Kota DPPM
82	To provide incentive for cadre for patient support					Serupa BL.1 namun indeks dari fasyankes swasta di 77 Kab/Kota

No BL	Kegiatan	S1	S2	S3	S4	Keterangan
85	Provision of data package for index cases who conduct virtual screening					
86	Incentive for cadre in collecting specimen					
87	Home-based treatment delivery to ensure patient adherence by cadre/health workers (OAT Delivery)					
89	Transportation - Communication support for cadres (Covid-19)					Khusus pendampingan pasien TBC dengan Covid-19
91	Reward for positive TB cases detected - TPT (Children < 5 years)					
95	Home-based treatment delivery to ensure patient adherence by cadre/health workers (OAT Delivery) - OAT Form Printing					
96	Home-based treatment delivery to ensure patient adherence by cadre/health workers (OAT Delivery) - Socialisation Meeting					
310	Home based treatment to ensure patient adherence by cadre/health workers (incentive)					Sama dengan BL.87 (sumber dana di GF berbeda)
311	TB-Covid training to cadre and task force					
316	Workshop of IPC to site (boarding school/factory/army/etc)					S2 di 20 KK S3 di 80 KK
317	Supervision of IPC implementation from SR/SSR to site					
320	Provision of data package for index cases who conduct virtual screening					Sama dengan BL.85 (sumber dana di GF berbeda)
322	Incentive for cadre in collecting specimen					
3001	Home based treatment to ensure patient adherence					

	by cadre/health workers (incentive)					

I. LAMPIRAN PENJELASAN BUDGET LINE

BL 01.	The community cadres coordinated by the Puskesmas conduct household contact investigation of bacteriologically confirmed TBC patient
---------------	---

Deskripsi Kegiatan

Indonesia merupakan salah satu dari negara dengan beban Tuberkulosis (TBC) tertinggi di dunia. WHO memperkirakan insiden tahun 2017 sebesar 842.000 atau 319 per 100.000 penduduk, sedangkan TB-HIV sebesar 36.000 kasus per tahunnya atau 14 per 100.000 penduduk. Kematian karena TBC diperkirakan sebesar 107.000 atau 40 per 100.000 penduduk dan kematian akibat TB-HIV sebesar 9.400 atau 3,6 per 100.000 penduduk. Dengan insiden sebesar 842.000 kasus per tahun dan notifikasi kasus TBC sebesar 570.289 kasus maka masih ada sekitar 32% kasus masih belum ditemukan dan diobati (un-reach) atau sudah ditemukan dan diobati tetapi belum tercatat oleh program (detected, un-notified).

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

Kegiatan ini, kader komunitas akan mendapatkan biaya bantuan insentif/reward dalam melakukan investigasi kontak. Investigasi kontak dilaksanakan berdasarkan indeks kasus. Target investigasi kontak berdasarkan kasus per Kab/Kota. Investigasi kontak merupakan kegiatan pelacakan dan investigasi yang ditujukan pada orang-orang yang telah/sering berhubungan/melakukan kontak langsung/erat dengan pasien TBC untuk menemukan orang terduga TBC. Kontak bisa dilakukan kontak serumah yakni orang dalam orang yang tinggal satu rumah dan sering melakukan kontak. Contoh: suami, istri, anak, nenek, dll.

Tujuan

Memberikan penghargaan (reward) kepada kader komunitas yang telah melakukan investigasi kontak.

Kegiatan

- Pelaksanaan investigasi kontak melalui *screening*/edukasi/informasi tentang TBC di 4-5 rumah berdasarkan indeks kasus. Dari 1 indeks kasus diharapkan mampu menjangkau 20 orang dalam kegiatan ini.
- Investigasi kontak rumah tangga dilakukan oleh kader TBC terlatih untuk memberikan informasi mengenai TBC sekaligus melakukan skrining/penapisan gejala TBC pada semua anggota keluarga yang ditemui.
- Berdasarkan hasil skrining/penapisan gejala TBC(1 gejala utama TBC/1 gejala lain dan 1 faktor risiko pada kontak serumah dan kontak erat, serta anak usia < 5 tahun) masuk kategori terduga TBC yang harus dirujuk untuk pemeriksaan di fasyankes

Tahap Persiapan

1. Persiapan diawali dengan koordinasi SSR dengan dinas kesehatan (puskesmas) dan sebelum melakukan investigasi kontak.
2. SSR berkoordinasi dengan kader untuk menentukan dan distribusi data kasus ke kader komunitas sebagai landasan kader komunitas untuk melaksanakan investigasi kontak.
3. Menentukan kesepakatan dengan kader komunitas terkait jumlah kasus yang akan dikunjungi (ratio 1 kader dapat melakukan kunjungan 1 kasus dalam 1 minggu)
4. Mempersiapkan pengadaan leaflet TBC, Formulir Kontak (form 16K), Formulir rekap (form 16 RK). Formulir bagi Kader TBC seperti yang biasa digunakan
5. Mempersiapkan absensi untuk rumah yang akan dilakukan investigasi kontak

Tahapan Pelaksanaan

1. Kader bersama PMO mengunjungi rumah kasus indeks
2. Kader melakukan pendataan kontak, pada rumah kasus indeks serta minimal 4 rumah terdekat dengan minimal 20 kontak yang akan diinvestigasi. Pelaksanaan investigasi kontak, tetap memperhatikan ruang interaksi warga yang ada disekitar rumah kasus indeks dan kepadatan rumah penduduk.
3. Kader melakukan skrining,
 - Kontak berusia < 5 tahun langsung dirujuk ke fasyankes
 - Kontak berusia ≥ 5 tahun, kader melakukan investigasi terhadap gejala dan faktor risiko.
4. Kontak yang berusia ≥ 5 tahun akan dirujuk bila memenuhi salah satu kriteria di bawah ini:
 - Batuk
 - Minimal 1 Gejala lain **dan** 1 Faktor risiko
5. Kader mencatat hasil skrining dalam formulir TBC.16K dan menyerahkan 1 rangkap kepada petugas di fasyankes untuk dilampirkan di formulir TB.01 Indeks.

6. Jika menemukan terduga TBC, kader mengisi Surat Pengantar Pemeriksaan TBC dan merujuk kontak untuk mendapat pemeriksaan di layanan. Apabila diperlukan, maka kader mendampingi terduga TBC untuk datang ke layanan.
7. Kader mencatat rekapitulasi hasil Investigasi Kontak semua kasus indeks yang menjadi tanggung jawabnya pada formulir TBCC.16RK. Untuk lebih detail sila lihat di link: <https://bit.ly/3B7wq1K>

Bagi wilayah yang sudah diberlakukan Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 15 Tahun 2021 mengenai Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) Darurat di Wilayah Jawa dan Bali yang sudah berjalan selama beberapa hari ini, maka perlu dilakukan penyesuaian kegiatan IK mengikuti petunjuk teknis dimasa pandemi link sbb: <https://bit.ly/3B7wq1K>

Struktur Budget

1. Kader akan mendapatkan bantuan transport sebesar Rp. 50.000 per indeks kasus, kader akan diberikan support transport. (Rp. 50.000 x Jumlah Indeks Kasus yang kontakannya sudah diinvestigasi)
2. Kader melakukan investigasi kontak berdasarkan kasus **TB terkonfirmasi bakteriologis** yang sudah ditentukan oleh puskesmas.
3. Target yang disepakati untuk di 190 Kabupaten-Kota
 - o Tahun 1 = 162,148 indeks kasus
 - o Tahun 2 = 201,056 indeks kasus
 - o Tahun 3 = 230,768 indeks kasus

Mekanisme Pembayaran

Pembayaran bantuan transport dengan ketentuan:

1. Kader telah melaksanakan investigasi kontak dan menyerahkan form TBC16K dan TBC 16 RK yang sudah diotorisasi puskesmas ke pelaksana program kab/kota (Tim SSR)
2. Staf program SSR dibantu oleh koordinator kader telah melakukan verifikasi/validasi formulir hasil investigasi kontak terhadap puskesmas terkait

Output

1. Jumlah indeks kasus yang sudah diinvestigasi kontak
2. Jumlah orang kontak serumah/erat yang dikunjungi oleh kader
3. Jumlah orang yang diedukasi informasi TBC oleh kader komunitas

Laporan

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

1. Form pengajuan reward kader IK
2. Form 16K dan 16 RK yang sudah divalidasi oleh petugas kesehatan (ditandatangani oleh petugas kesehatan softcopy dan hardcopy)
3. Bukti tanda terima dari kader

Deskripsi Kegiatan

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

Sehubungan dengan hal tersebut, untuk meningkatkan kualitas pelaksanaan program baik investigasi kontak maupun penemuan kasus baru di tengah masyarakat melalui *community outreach*, maka diperlukan pertemuan koordinasi dengan melibatkan dinas kesehatan/wasor kab/kota, puskesmas, dan kader agar tercapainya peningkatan kolaborasi dan kerjasama dalam pelaksanaan program

Tujuan

1. Menyampaikan laporan hasil capaian program tiap kuartal kepada Dinas Kesehatan
2. Menyampaikan kendala yang ditemukan di lapangan saat pelaksanaan kegiatan investigasi kontak dan penemuan kasus melalui *community outreach*
3. Sinergi program dan kegiatan antara SSR Penabulu-STPI, Kader komunitas, Puskesmas, dan Dinas Kesehatan
4. Pertemuan koordinasi akan dilakukan untuk membahas strategi dan *timeline* pelaksanaan investigasi kontak dan penemuan kasus baru TBC

Kegiatan

1. Pertemuan koordinasi tingkat kabupaten ini diadakan 1 (satu) kali per kuartal di 190 Kabupaten/Kota dalam bentuk pertemuan setengah hari.
2. Tim pelaksana program TBC Penabulu-STPI (SSR) bersama Puskesmas menyampaikan *progress update* program dan kegiatan yang telah dilakukan kepada Dinas Kesehatan yang berisi hal-hal berikut:
 - Laporan capaian indikator program setiap kuartal
 - Laporan kegiatan yang akan dilaksanakan dan yang sudah dilaksanakan
 - Menyampaikan hasil temuan dan kendala yang muncul di lapangan dan mendiskusikan solusinya bersama

3. Hasil pertemuan dengan Dinas Kesehatan Kab/Kota dikirimkan kepada SR Provinsi agar dapat ditindaklanjuti oleh SR ke tingkat Provinsi
4. Tahun 2021 dilaksanakan 3 tahun sekali. Tahun 2021 dimulai di Q2.
5. Tahun 2022 dilaksanakan setiap kuartal (4 kali dalam setahun)
6. Tahun 2023 dilaksanakan setiap kuartal (4 kali dalam setahun)

Peserta

Peserta rapat koordinasi antara SSR bersama Dinas Kesehatan Kab/Kota melibatkan 20 orang:

1. 1 orang staf SSR Program
2. 10 Orang kader (rerata puskesmas di 190 KK adalah 20).
3. 1 Orang Dinas Kesehatan Kab/Kota. (Kasie TB)
4. 1 orang wasor TB
5. 4 orang perwakilan Puskesmas
6. 2 Koordinator Kecamatan
7. 1 orang Panitia

Pada kondisi tertentu, peserta 4 orang dari perwakilan dari Puskesmas bisa dikurangi tergantung kebutuhan program

Struktur Budget

Peserta non-Dinas Kesehatan akan mendapatkan:

1. Transport local
2. Snack
3. Lunch

Peserta dari Dinas Kesehatan akan mendapatkan:

1. Snack
2. Lunch

Peserta dari Kasie TB & wasor, tidak termasuk biaya transport lokal karena kegiatan dilaksanakan di kantor dinkes.

Output

1. Adanya laporan naratif hasil pertemuan koordinasi antara pelaksana program TBC Penabulu-STPI, Puskesmas, Kader, dan Dinas Kesehatan Kab/Kota
 2. Adanya strategi dan rencana tindak lanjut bersama antara Dinas Kesehatan, Puskesmas, SSR, dan Kader
- Laporan**
1. Laporan narasi kegiatan dilampirkan pada saat melakukan PERTUM, laporan narasi menggunakan template yang sudah ditentukan oleh PR
 2. PERTUM maksimal dilakukan 1 minggu setelah selesai kegiatan

BL. 3

The community cadres coordinated by CSO will conduct contact investigation among non household close contacts

Latar Belakang

Indonesia adalah salah satu negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Menurut Laporan Global TB (WHO, 2018), kejadian TBC di Indonesia pada tahun 2017 adalah 842.000 kasus dengan perkiraan TB RO sekitar 12.000 kasus. Mengacu pada jumlah notifikasi sebanyak 446.732 pada 2017, terdapat 53% dari estimasi kasus telah ditemukan, berarti tersisa 47% lagi yang belum terjangkau dan belum diobati atau telah ditemukan dan dirawat tapi belum ternotifikasi dalam laporan program nasional. Karena pasien yang belum ditemukan berisiko menjadi sumber infeksi kepada orang lain.

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

Dalam ronde NIP, telah melaksanakan pendekatan Investigasi Kontak (IK) sebagai strategi untuk menemukan kasus baru TBC. Karena IK merupakan pendekatan baru, maka hasil temuan kasus pada tahun 2018-2019 belum sepenuhnya memberikan hasil yang maksimal. Oleh karena itu perlu melakukan akselerasi untuk meningkatkan temuan kasus pada tahun 2021-2023.

Tujuan Umum

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

Tujuan

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

Sasaran Kegiatan Penemuan Kasus

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

Alur Pelaksanaan Kegiatan

1. Kegiatan dilaksanakan di 190 Kabupaten/Kota dengan melibatkan kader yang sudah dilatih
2. Pemilihan kader 'handal' yang akan melakukan penyuluhan sesuai target yang ditentukan
3. Tim SSR melakukan sosialisasi strategi dan jadwal penyuluhan kepada kader yang akan melaksanakan penemuan kasus.
4. Kader melakukan koordinasi dengan pihak terkait pada saat akan melakukan penyuluhan.
5. Kader melakukan penyuluhan dengan estimasi peserta penyuluhan sekitar 21 orang.
6. Pelaksanaan kegiatan IK non rumah tangga secara teknis dapat dilihat pada petunjuk teknis sebagai berikut: <https://bit.ly/3B7wq1K>

Target untuk kegiatan IK non rumah tangga mengikuti target yang sudah ditentukan sesuai ME plan masing-masing SR, rincian bisa dilihat di ME plan.

Output Kegiatan

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

Laporan

1. Laporan narasi beserta foto pada saat pelaksanaan penyuluhan,
2. Absensi peserta penyuluhan dan kader
3. Laporan Kegiatan dan Pertum (dua minggu setelah kegiatan dilaksanakan)

Latar Belakang

Indonesia adalah salah satu negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Menurut laporan Global TB (WHO, 2018), kejadian TBC di Indonesia pada tahun 2017 adalah 842.000 kasus dengan perkiraan TB RO sekitar 12.000 kasus. Mengacu pada jumlah notifikasi sebanyak 446.732 pada 2017, terdapat 53% dari estimasi kasus telah ditemukan, berarti tersisa 47% lagi yang belum terjangkau dan belum diobati atau telah ditemukan dan dirawat tapi belum ternotifikasi dalam laporan program nasional. Karena pasien yang belum ditemukan berisiko menjadi sumber infeksi kepada orang lain.

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

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

Deskripsi Kegiatan

1. Kegiatan ini kader mendapatkan reward berupa uang atas keberhasilannya menemukan, merujuk, memotivasi suspek untuk melakukan tes TB di Puskesmas dan mendapatkan hasil tes TB.
2. Kader mendapatkan reward senilai Rp. 15.000 untuk setiap suspek yang ditemukan dan dirujuk ke PKM.
3. target:
 - Tahun 1 = 877,317 person presumptive TB getting tested
 - Tahun 2 = 1,119,741 person presumptive TB getting tested
 - Tahun 3 = 1,312,374 person presumptive TB getting tested

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

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

Tujuan

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

Mekanisme Pembayaran

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

Output

Adanya pembayaran reward untuk kader bagi yang menemukan pasien suspek/terduga TBC yang sudah diverifikasi oleh M&E

Laporan

Laporan dikirim ke SSR paling lambat 2 minggu setelah kegiatan selesai dengan mencantumkan laporan sesuai mekanisme M&E.

Latar Belakang

Indonesia adalah salah satu negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Menurut laporan Global TB (WHO, 2018), kejadian TBC di Indonesia pada tahun 2017 adalah 842.000 kasus dengan perkiraan TB RO sekitar 12.000 kasus. Mengacu pada jumlah notifikasi sebanyak 446.732 pada 2017, terdapat 53% dari estimasi kasus telah ditemukan, berarti tersisa 47% lagi yang belum terjangkau dan belum diobati atau telah ditemukan dan dirawat tapi belum ternotifikasi dalam laporan program nasional. Karena pasien yang belum ditemukan berisiko menjadi sumber infeksi kepada orang lain.

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

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

Tujuan

Kegiatan pemberian *reward* untuk kader komunitas yang berhasil membujuk dan memotivasi untuk periksa ke Puskesmas dan hasilnya positif.

Deskripsi Kegiatan

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

Mekanisme Pelaksanaan Kegiatan

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

Output

Adanya pembayaran reward untuk kader bagi yang menemukan pasien TB positif yang sudah diverifikasi oleh M&E

Laporan

Laporan dikirim ke SSR paling lambat 2 minggu setelah kegiatan selesai dengan mencantumkan laporan sesuai mekanisme M&E

Latar Belakang

Indonesia adalah salah satu negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Menurut laporan Global TB (WHO, 2018), kejadian TBC di Indonesia pada tahun 2017 adalah 842.000 kasus dengan perkiraan TB RO sekitar 12.000 kasus. Mengacu pada jumlah notifikasi sebanyak 446.732 pada 2017, terdapat 53% dari estimasi kasus telah ditemukan, berarti tersisa 47% lagi yang belum terjangkau dan belum diobati atau telah ditemukan dan dirawat tapi belum ternotifikasi dalam laporan program nasional. Karena pasien yang belum ditemukan berisiko menjadi sumber infeksi kepada orang lain.

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

Dalam rangka untuk menurunkan angka drop out atau putus berobat pasien yang sedang proses pengobatan diperlukan motivasi, pendampingan dan pemantauan menelan obat dari kader secara rutin. Dengan demikian apabila kader berhasil mendampingi dan memotivasi pasien hingga sembuh atau lengkap berobat maka akan mendapatkan *reward*/imbalan.

Tujuan

Kegiatan pemberian *reward* untuk kader komunitas yang berhasil mendampingi dan memotivasi pasien untuk lengkap berobat dan hingga sembuh.

Deskripsi Kegiatan

- Kader mendapatkan reward berupa uang atas keberhasilannya mendampingi pasien TB semua tipe / CNR (TB Paru, TB ekstra paru, TB Anak, Rontgen+) hingga mendapatkan hasil pengobatan (sembuh/pengobatan lengkap)
- Kader mendapatkan reward adalah Rp.50.000 untuk setiap pasien TB semua tipe yang didampingi hingga sembuh
- Target 90% dari pasien yang didampingi. Pembayaran dilakukan setiap bulan setiap selama 3 tahun.
- Target
 - Tahun 1 = 112,798 kesembuhan pasien

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

Mekanisme Pembayaran

Pembayaran reward hasil pengobatan dilakukan oleh SR/SSR setelah diverifikasi sesuai mekanisme ME dan dapat dibayarkan setiap bulannya.

Output

Adanya pembayaran untuk kader yang dapat mendampingi pasien hingga sembuh.

Laporan

Laporan dikirim ke SSR paling lambat 2 minggu setelah melampirkan form B yang sudah diverifikasi oleh puskesmas.

*Pembagian target pasien TBC per SR-SSR dapat dilihat pada target ME Plan

BL. 7

Pengembangan buku saku perawatan TB-HIV untuk relawan kesehatan komunitas dan pasien (Diagnosis, Pengobatan, dan Pencegahan)

Deskripsi Kegiatan

Perkiraan tingkat kejadian tuberkulosis dengan koinfeksi HIV (TB-HIV) adalah 16 (9,3-25) per 100.000 penduduk atau sekitar 44.000 kasus TB-HIV pada tahun 2018. Pada tahun 2018, perkiraan jumlah orang dengan infeksi HIV di Indonesia pada semua usia adalah 640.000 penduduk. WHO memperkirakan jumlah kasus baru TB-HIV pada tahun 2018 sebesar 7,9% (3,3-14) per 100.000 penduduk atau 21.000 (8.900-38.000) atau sekitar 2,4% dari total insidens tuberkulosis (WHO, 2018). Proporsi pasien TB MDR dengan infeksi HIV sebesar 3-5% pada tahun 2014-2016, dan 5% pada tahun 2018 .

Kaitan antara TB dan HIV sangat erat dengan keberhasilan program TB di dunia semakin tergantung pada cara menangani HIV. Epidemio HIV menunjukkan pengaruhnya terhadap peningkatan Epidemio Tuberkulosis (TB) di seluruh dunia yang berakibat meningkatnya jumlah kasus TB di masyarakat. Epidemio ini merupakan tantangan terbesar dalam pengendalian TB dan banyak bukti menunjukkan bahwa Pengendalian TB tidak akan berhasil dengan baik tanpa keberhasilan pengendalian HIV.

Epidemio HIV sangat berpengaruh pada meningkatnya kasus TBC. Penanggulangan TBC tidak akan berhasil tanpa keberhasilan pengendalian HIV. Kolaborasi kedua program tersebut merupakan suatu keharusan agar Indonesia dapat menanggulangi TBC & HIV secara efektif dan efisien. Kolaborasi TB-HIV di Indonesia sudah berjalan sejak tahun 2017. Tantangan yang sering muncul dalam kolaborasi TB-HIV adalah adanya perbedaan alur dan pelayanan kedua program.

Rencana Aksi Nasional TB-HIV 2015-2019 menjabarkan analisis situasi, tantangan, rumusan strategi implementasi, monitoring dan evaluasi kegiatan kolaborasi TB-HIV. Sesuai dengan rekomendasi JEMM, yaitu program TB dan HIV-AIDS harus memperkuat aktivitas yang sudah diimplementasikan saat ini.

Didasari pada pelaksanaan kegiatan kolaborasi TB-HIV memerlukan perencanaan yang strategis dan disusun bersama agar kolaborasi dapat berjenjang dimulai dari tingkat kab/kota, provinsi dan sampai tingkat pusat.

Untuk mendukung capaian tersebut maka Pengembangan buku saku untuk pelaksanaan layanan TB-HIV perlu dikembangkan agar terjadi koordinasi yang baik antara program TB dan HIV.

Tujuan

Kesepakatan terhadap konten buku saku untuk perawatan TB-HIV oleh komunitas termasuk pelaksanaan program TB-HIV di lapangan yang mencakup diagnosis, pengobatan, dan pencegahan kedua penyakit.

Kegiatan

Kegiatan dilaksanakan di Q1 tahun pertama (2021)

Kegiatan dilakukan 1 kali dilakukan secara online

Peserta

Peserta penyusunan buku saku TB-HIV melibatkan 22 peserta:

1. Sub Direktorat TB (1 orang)
2. Sub Direktorat HIV (1 orang)
3. POP TB (2 orang)
4. Perwakilan Komunitas CCM Indonesia (1 orang)
5. Perwakilan Komunitas TWG TB (1 orang)
6. Perwakilan Komunitas TWG HIV/AIDS (1 orang)
7. WHO Indonesia – TB (1 orang)
8. WHO Indonesia – HIV/AIDS (1 orang)
9. Yayasan KNCV Indonesia (1 orang)
10. RED Institute (1 orang)
11. Jaringan Indonesia Positif (1 orang)
12. Yayasan Spiritia (1 orang)
13. Indonesia AIDS Coalition (1 orang)
14. Rumah Cemara (1 orang)
15. PERDHAKI (1 orang)
16. PELKESI (1 orang)
17. PPTI (1 orang)
18. Regional Green Light Committee (1 orang)
19. TB Women (1 orang)

Narasumber

2 narasumber nasional:

1 Subdit HIV/AIDS

1 Subdit Tuberkulosis

Panitia

2 orang panitia Konsorsium Penabulu-STPI

Struktur Budget

- **Peserta**

Pengganti paket data (22 peserta)

- **Narasumber**

Fee narasumber nasional (2 orang)

Pengganti paket data (2 orang)

Output

Tersedia buku saku TB-HIV yang dalam penyusunannya telah dikoordinasikan antara program HIV dan program TB

Laporan

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

BL. 8

Improve capacity of community workers to sensitize civil society on TB elimination

Dalam upaya memutus mata rantai penularan TB, kegiatan penguatan kapasitas bagi kader dalam upaya sensitisasi eliminasi TB merupakan kegiatan strategis yang dilakukan pada periode program tahun 2021-2023. Penguatan kapasitas sensitisasi dilakukan sebagai bagian dari penguatan masyarakat. Dalam program TB, Masyarakat memiliki andil yang penting karena TB merupakan penyakit menular yang memiliki dampak kepada kesehatan masyarakat dan mencakup aspek sosial serta ekonomi. Peningkatan kapasitas bagi relawan komunitas dilakukan untuk mempromosikan pengembangan komunitas agar terinformasi, mampu, dan terkoordinasi guna memastikan keberlanjutan intervensi kesehatan yang berpusat pada manusia dan berbasis komunitas

Peningkatan kapasitas akan dilakukan pada level pelaksanaan program yaitu di tingkat PR kepada SR untuk menghasilkan Master Trainer, dan Penguatan kapasitas di level SR kepada SSR untuk menghasilkan Trainer.

Pengembangan Kurikulum dan Modul Pelatihan

Deskripsi Kegiatan:

Pengembangan Kurikulum, Panduan Pengajaran dan Modul Pelatihan dilakukan oleh PR. Rujukan utama dari Kurikulum, Panduan Pengajaran dan modul pelatihan adalah berbagai dokumen terkait program TB seperti: Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penanggulangan Tuberkulosis, Strategi Nasional Pengendalian TB 2020-2024, Petunjuk Teknis Investigasi Kontak, Petunjuk Teknis Pendampingan Pasien TB RO, Petunjuk operasional ENGAGE TB (WHO), Petunjuk Teknis Penanganan Infeksi Laten Tuberkulosis, serta determinan sosial kesehatan, isu HAM dan kesetaraan gender dalam program TB.

Pengembangan Kurikulum, Panduan Pengajaran dan Modul Pelatihan dilakukan oleh PR melalui rangkaian workshop. Penulisan dokumen akan dilakukan oleh konsultan yang akan dipilih melalui mekanisme pengadaan jasa sesuai ketentuan yang diatur oleh PR.

Tujuan:

- Pengembangan kurikulum peningkatan kapasitas bagi OMS dan komunitas untuk *master trainer, trainer* dan *end user*.
- Pengembangan panduan pengajaran training for master trainer dan training of trainer.
- Pengembangan modul pelatihan bagi OMS dan komunitas untuk *training for end user*.
- Pengembangan tools untuk memastikan kualitas pelatihan untuk penjaminan standar pelaksanaan dan hasil training di semua level

Bentuk Kegiatan:

- Fullday Workshop selama 3 kali (@ 1 full-day online meeting) dilakukan secara daring untuk mengkonsultasikan draft modul pelatihan kader kesehatan komunitas
- Diskusi difasilitasi oleh konsultan dan WHO Indonesia
- Konsultan penulisan kurikulum, modul dan tools pelatihan
- Topik pelatihan mencakup untuk pelatihan kader baru dan materi penyegaran:
 - Tuberkulosis (TB Sensitif Obat, TB Resisten Obat, Pencegahan)
 - Faktor risiko dan determinan sosial: HIV/AIDS, Diabetes Mellitus, Kepadatan, Kemiskinan, Gizi
 - SPM Kesehatan
 - Penghidupan berkelanjutan
 - Perencanaan dan Penganggaran untuk Kesehatan Masyarakat
 - Analisis Situasi
 - Sensitisasi HAM dan kesetaraan gender

Peserta:

Workshop diikuti oleh 17 orang yang terdiri dari:

15 Peserta

- 3 orang dari PR Konsorsium Penabulu-STPI
- 1 orang dari PR komunitas HIV/AIDS
- 2 orang dari Kementerian Kesehatan
- 1 orang dari TWG
- 1 orang dari SWG TB-HIV
- 5 orang dari perwakilan komunitas dan organisasi masyarakat sipil (POP TB, Yayasan KNCV Indonesia, USAID TB PS)
- 2 orang dari perwakilan international agency (WHO Indonesia, USAID)

1 orang Fasilitator/Konsultan

1 orang Panitia/Notulen

Struktur Anggaran:

- Peserta
Biaya komunikasi 3 hari
- Konsultan
Fee untuk konsultan selama 10 hari kerja (Rp. 1.700.000/hari)

Output:

- Tersedia kurikulum peningkatan kapasitas bagi kader Kesehatan komunitas untuk master trainer, trainer dan end user.
- Tersedia panduan pengajaran bagi master trainer dan trainer
- Tersedia modul pelatihan bagi kader Kesehatan komunitas
- Tersedia tools untuk memastikan kualitas pelatihan untuk penjaminan standar pelaksanaan dan hasil training di semua level

Laporan:

- Notulensi
- Laporan Kegiatan
- Laporan Pertanggungjawaban keuangan
- Daftar hadir
- Sumber Bukti Konsultan: Kurikulum, Panduan Pengajaran, Modul

BL. 10	Inisiasi Pembentukan Kelompok Masyarakat Peduli Tuberkulosis untuk Memfasilitasi Advokasi Kepada Pemangku Kepentingan Daerah
--------	--

Deskripsi kegiatan:

Kelompok Masyarakat Peduli Tuberkulosis (KMP TB) dibentuk untuk mendukung implementasi program pemerintah dalam penanggulangan tuberkulosis di tingkat kecamatan. Objektif utama dari KMP TB adalah mempengaruhi pemangku kebijakan lintas sektor dan menggalang dukungan masyarakat untuk meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelayanan publik dan upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) di kecamatan dan kabupaten/kota, khususnya dalam penanggulangan TBC.

Dalam hal ini, KMP TB melibatkan anggota masyarakat yang sukarela berupaya mengadvokasi permasalahan TBC di wilayahnya sebagai pemenuhan hak dasar dan kebutuhan masyarakat. KMP TB dapat bekerja sama dengan sektor swasta, organisasi masyarakat sipil, pemerintah kecamatan/kelurahan/desa serta kelompok lain di masyarakat untuk mendukung ketersediaan, keterjangkauan, penerimaan, kualitas dan keberlangsungan pelayanan TBC yang merupakan salah standar pelayanan minimal (SPM) di setiap kabupaten/kota.

Kegiatan ini meliputi pembentukan dan peningkatan kapasitas KMP TB di 1 kecamatan dengan beban TBC tertinggi pada setiap 20 kabupaten/kota baru yang dikelola *Principal Recipient* Komunitas untuk program TBC pada 2021-2022.

Kegiatan:

1. Staf SSR memfasilitasi pembentukan dan penguatan kapasitas KMP TB sebanyak 1 kali setiap triwulan pada Q1 2021 – Q4 2023
2. Kelompok Masyarakat Peduli TBC diharapkan melibatkan 15 individu dengan beragam latar belakang, diutamakan: Pasien/penyintas, keluarga terdampak TBC, Tokoh Agama (TOGA), Tokoh Masyarakat (TOMA), kader TBC, **kader PKK, kader Posbindu, kader Posyandu, kader Pemberdayaan Masyarakat Desa (Kemendesa PDTT)**, kader pekerja sosial (Kemensos), Guru, Petugas Kesehatan dan anggota masyarakat lainnya
3. Aktivitas ini dimulai dengan pertemuan-pertemuan pembentukan KMP TB di 1 kecamatan pada 20 kabupaten/kota dari 22 Kab-Kota area kerja Komunitas.
4. Setelah pembentukan KMP TB, akan dilakukan pertemuan pelatihan peningkatan kapasitas KMP TB untuk materi dasar terkait:
 - Peran masyarakat dalam perencanaan dan penganggaran Desa & Daerah
 - Hak atas kesehatan bagi masyarakat dan orang terdampak TBC
 - Menggalang dukungan sektor swasta untuk kebutuhan orang terdampak TBC

- Teknik advokasi dasar
- Penyusunan proposal kerjasama

Modul pembentukan KMP dan pelatihan peningkatan kapasitas dapat dilihat pada link sebagai berikut: <https://bit.ly/3B7wq1K>

Tujuan:

KMP TB diharapkan dapat membangun komitmen dan kemampuan masyarakat untuk memastikan pelayanan publik dan UKBM yang berkualitas tersedia untuk mengatasi penyebaran penyakit TBC. Secara bertahap, aktivitas ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas upaya pencegahan dan pengendalian TBC yang dibutuhkan masyarakat dengan menggalang dukungan serta mempengaruhi kebijakan lintas sektor.

Bentuk Kegiatan:

1. Persiapan KMP TB
 - Kegiatan dilaksanakan di tahun pertama (estimasi - Q2 & Q3 2021) di 1 kecamatan di 20 kabupaten/kota
 - Staf program SSR melakukan pemetaan berdasarkan data Dinas Kesehatan untuk memilih 1 kecamatan dengan beban TBC tertinggi
 - Staf program SSR berkoordinasi dengan Camat dan Kepala Puskesmas dalam menginisiasi KMP TB untuk mengundang masyarakat dan mengesahkan pembentukan
 - Pertemuan sosialisasi penyakit TBC untuk memastikan masyarakat memahami masalah TBC di wilayahnya, dapat dilakukan di Balai Kecamatan
2. Pembentukan KMP TB
 - Kegiatan dilaksanakan di tahun pertama (estimasi - Q3 & Q4 2021) di 1 kecamatan di 20 kabupaten/kota
 - SSR memfasilitasi penyelenggaraan kegiatan *kick-off* pembentukan dilakukan selama 1 hari bersama kantor Kecamatan dan Puskesmas
 - Kegiatan melibatkan pemangku kebijakan di tingkat kecamatan dan kelurahan/desa, Puskesmas sebagai narasumber
 - Kegiatan pengesahan pembentukan KMP TB dilanjutkan dengan jajak pendapat untuk harmonisasi komitmen dan objektif, dapat dilakukan di Balai Kecamatan
3. Peningkatan kapasitas KMP TB
 - Kegiatan dilaksanakan di Q4 2022 – Q12 2023 di 1 kecamatan di 20 kabupaten/kota
 - Satu pertemuan mengangkat min. satu topik
 - Materi sosialisasi disusun oleh staf SSR berdasarkan bahan dari PR atau disusun oleh narasumber lokal

No	Topik Peningkatan Kapasitas	Waktu
1	TBC, TBC RO, TB-HIV, dan TB-DM	Q1 2022
2	Hak atas Kesehatan, Hak dan Kewajiban Pasien TBC dan pelanggaran HAM	Q2 2022
3	SPM Tuberkulosis dan Penyelenggaraan Pelayanan Publik	Q3 2022
4	Identifikasi situasi dan tantangan pelayanan TBC berbasis masyarakat & penyusunan rekomendasi	Q4 2022
5	Konsep dan Teknik dasar Advokasi & merencanakan aktivitas advokasi berbasis kelompok	Q1 2023
6	Perencanaan dan Penganggaran Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat	Q2 2023
7	Kerja sama dengan sektor swasta untuk dukungan psikososial pasien TBC	Q3 2023
8	Penyusunan proposal kerjasama intervensi pencegahan dan pengendalian TBC di tingkat Desa/Kelurahan	Q4 2023

Peserta, Narasumber dan Panitia:

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

Struktur Budget

1. Persiapan (18 orang)
 - 1 Narasumber (Dinas Kesehatan): Perdiem full-day, lunch, transport lokal
 - 15 Peserta: Perdiem full-day, lunch, transport lokal, stationary

- 1 Panitia SSR: Perdiem full-day, lunch
- 1 Panitia Kecamatan: Perdiem full-day, lunch, transport lokal
- 2. Pembentukan (19 orang)
 - 2 Narasumber (Camat & Kepala Puskesmas): Fee narasumber provinsi, Perdiem full-day, Snack, Lunch, Stationary, Transport Lokal
 - 15 Peserta: Perdiem full-day, Snack, Lunch, Stationary, Transport Lokal
 - 2 Panitia (1 SSR, 1 Kecamatan): Perdiem full-day, Snack, Lunch, Transport lokal
- 3. Peningkatan kapasitas (18 orang)
 - 1 Narasumber (Pemerintah Daerah / Organisasi Masyarakat Sipi I/ Akademisi / Organisasi Badan Hukum): Fee narasumber provinsi, Perdiem full-day, Snack, Lunch, Stationary, Transport lokal
 - 15 Peserta: Perdiem full-day, Snack, Lunch, Stationary, Transport lokal
 - 2 Panitia (1 SSR, 1 Kecamatan): Perdiem full-day,

Output

20 KMP TB terbentuk dan berkomitmen dalam melakukan advokasi untuk mempengaruhi pemangku kebijakan lintas sektor terkait pencegahan dan pengendalian TBC di wilayahnya

- Setiap KMP TB memiliki rencana advokasi
- Setiap KMP TB memiliki proposal kerja sama untuk pemerintah dan/atau sektor swasta tentang intervensi pencegahan dan pengendalian TBC

Laporan untuk pelaksanaan kegiatan

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan setiap bulan:

- Laporan narasi
- Daftar hadir pertemuan
- Foto kegiatan
- Laporan PERTUM

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

20 KABUPATEN/KOTA WILAYAH BARU PROGRAM TB KOMUNITAS

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

Deskripsi Kegiatan

Pendampingan pasien TB RO merupakan kegiatan pendampingan yang dilakukan oleh pendamping pasien TB RO yang terdiri dari Manajer Kasus, Pendidik Sebaya, PS dan Kader. Pendampingan pasien bertujuan agar pasien benar-benar berobat penuh sehingga tidak akan mangkir. Oleh karena itu pendamping pasien perlu memberikan motivasi serta perhatian agar pasien memiliki kemauan untuk sembuh. Disamping itu dibutuhkan pemantauan kemajuan pengobatan secara rutin sampai orang dengan pasien dinyatakan sembuh.

Pendidik sebaya adalah sebuah konsep populer yang mengacu pada berbagai pendekatan seperti saluran komunikasi, metodologi, filosofi, dan strategi. Istilah pendidik sebaya, merujuk pada sesuatu yang berdiri sama dengan yang lain, sesuatu yang sebanding, setara atau dengan kata yang sederhana sebagai pendidikan berbasis sebaya. Kelompok sebaya dalam masyarakat dikategorikan berdasarkan umur, kelas atau status dan lain-lain. Pada pendampingan TB RO akan didampingi oleh Peer educator dan kader. Adanya perubahan pengobatan untuk pasien TB RO berdampak pada perubahan pola pendampingan oleh komunitas.

Kegiatan

1. Kegiatan merupakan dukungan transport bagi pasien supporter dan kader untuk mendampingi pasien TB RO hingga sembuh. Pasien supporter dan kader akan diberikan biaya komunikasi dan transportasi untuk mendampingi pasien TB-RO selama masa program pengobatan.
2. Kader juga akan diberikan insentif untuk kader yang berhasil mendampingi pasien TB-MDR hingga sembuh.
3. Pendampingan pasien MDR dijadikan 2 tahap pendampingan:
 - **Tahap pertama:** PS/PE akan mendampingi pasien TB RO selama pengobatan di RS PMDT. Pendampingan pasien TB RO oleh PS/PE dilakukan selama selama menjalani fase pengobatan intensif. Apabila pasien melanjutkan di puskesmas atau layanan primer maka pendampingan akan dilanjutkan oleh kader. Pada kasus tertentu jika kondisi pasien tidak memungkinkan didampingi oleh kader, atas persetujuan manager kasus, maka PS/PE tetap bisa melakukan pendampingan di level puskesmas hingga dinyatakan sembuh.
 - **Tahap kedua:** Kader akan mendampingi pasien TB RO hingga sembuh. Kader dapat melakukan pendampingan setelah mendapatkan persetujuan dari Case Manager.
4. Mekanisme peralihan pendampingan dari PE/PS kepada kader sepenuhnya menjadi tanggungjawab Case Manager.
5. Target pendampingan TB RO berdasarkan kasus PMDT yang sudah disetujui
6. Tata laksana pendampingan secara detil diatur dalam modul MDR

Peran dan tanggungjawab PE/PS dalam proses mendampingi pasien TB RO sebagai berikut:

1. Pendamping pasien TB RO mulai dari tahap diagnosis, selama masa pengobatan, termasuk pencegahan penularan.
2. Menjembatani antara pasien dengan layanan yang dibutuhkan untuk mendukung kesembuhan
3. Memberikan motivasi dan berbagi pengalaman kepada pasien TB RO agar berobat sampai tuntas dan tidak mangkir.
4. Membantu manajer kasus untuk memastikan pasien TB RO mendapatkan dukungan psikososial baik di layanan kesehatan, maupun di lingkungannya
5. Melakukan kunjungan rumah untuk kasus-kasus tertentu atas permintaan dari petugas puskesmas/rumah sakit, manajer kasus atau wasor.
6. Berkoordinasi dengan tim setempat (tim TB RO di PMDT atau puskesmas).
7. PE/PS mendampingi maksimal 15 pasien TB RO
8. PS/PE bertanggung jawab meliputi:
 - Pendokumentasian : memastikan laporan kader pendamping TB RO diterima dan didokumentasikan.
 - Pencatatan : melakukan pencatatan proses pendampingan secara rutin sesuai dengan form pendampingan TB RO dan form kunjungan rumah
 - Pelaporan : melakukan pelaporan secara rutin kepada manager kasus yang terdiri dari laporan pendampingan dan laporan dari kader.

Peran dan tanggung jawab kader dalam proses mendampingi pasien TB RO sebagai berikut:

1. Memberikan penyuluhan dan edukasi TB RO kepada masyarakat
2. Pendampingan pasien TB RO yang sedang menjalani pengobatan
 - Penilaian kondisi dan situasi sosial ekonomi pasien bersama petugas puskesmas sesuai form penilaian yang sudah ditentukan.
 - Melakukan kunjungan rumah untuk motivasi pasien, mengingatkan jadwal pemeriksaan rutin pasien ke rumah sakit rujukan dan menyalurkan dukungan sosial
 - Kader berperan menjadi penghubung antara pasien dengan petugas kesehatan apabila ada pasien yang tidak datang ke fasilitas layanan untuk berobat.
3. Membantu pelacakan pasien TB RO yang mangkir dan pasien TB RO yang belum memulai pengobatan dengan melakukan identifikasi kepastian alamat pasien yang didapat dari puskesmas
4. Melakukan kunjungan rumah dan melakukan penilaian kondisi dan situasi lingkungan pasien
5. Berkoordinasi dengan Puskesmas, Pengurus warga, Perangkat masyarakat, untuk melakukan kegiatan sosialisasi TB RO di masyarakat
6. Mendokumentasikan semua kegiatan yang dilaksanakan dan melaporkan kepada PS dan MK melalui SSR

Mekanisme Pembayaran

1. **Pendampingan oleh PS/PE**
 - Pendampingan oleh PE/PS diberikan 150.000/ pasien/bulan bantuan transport kunjungan ke RS atau rumah pasien.

- Pendampingan pasien TB RO selama pengobatan di RS PMDT.
- Ketika pasien sudah dirujuk ke puskesmas, pasien tersebut akan didampingi oleh kader. Pada kasus tertentu jika kondisi pasien tidak memungkinkan didampingi oleh kader, atas persetujuan manajer kasus, maka PS/PE tetap bisa melakukan pendampingan di level puskesmas hingga dinyatakan selesai pengobatan.

2. Pendampingan oleh kader

- Pendampingan oleh kader diberikan 100.000/ bulan/pasien.
- Pendampingan pasien TB RO oleh kader hingga sembuh
- Pembayaran dapat dilakukan apabila form pendampingan TB RO sudah disetujui/validasi oleh RS/Puskesmas
- Setelah pasien TB RO didampingi oleh kader maka PS tidak berhak mendapatkan insentif (tidak diperbolehkan double pembayaran)
- Pemberian tambahan bantuan komunikasi Rp. 50.000/bulan/pasien diberikan untuk PS/PE untuk melakukan supervisi ke kader

Detil petunjuk teknis untuk pendampingan pasien TB MDR bisa dilihat pada link: <https://bit.ly/3B7wq1K>

Target pendampingan:

Tahun 1: 28,145 pasien MDR x 150.000

Tahun 2: 43,772 pasien MDR x 150.000

Tahun 3: 58,545 pasien MDR x 150.000

*Pendampingan dilakukan selama 9 bulan

Output

Adanya pasien TB RO yang didampingi pada masa pengobatan oleh PE/PS dan kader

Laporan

PS/PE atau kader membuat laporan setiap bulan yang terdiri dari:

1. Form pemantauan pendampingan TB RO yang sudah yang sudah di otorisasi oleh Petugas PKM/PMDT dan Manager Kasus.
2. Surat kesediaan PS/PE mendampingi pasien TB RO yang ditandatangani oleh PS/PE dan diotorisasi oleh Manager Kasus dan kordinator SR/SSR.
3. Dokumen kelengkapan lainnya sesuai dengan ketentuan dan mekanisme M&E

Deskripsi Kegiatan

Pendampingan pasien TB RO merupakan kegiatan pendampingan yang dilakukan oleh pendamping pasien TB RO yang terdiri dari Manajer Kasus, Pendidik Sebaya, PS dan Kader. Pendampingan pasien bertujuan agar pasien benar-benar berobat penuh sehingga tidak akan mangkir. Oleh karena itu pendamping pasien perlu memberikan motivasi serta perhatian agar pasien memiliki kemauan untuk sembuh. Disamping itu dibutuhkan pemantauan kemajuan pengobatan secara rutin sampai orang dengan pasien dinyatakan sembuh.

Pendidik sebaya adalah sebuah konsep populer yang mengacu pada berbagai pendekatan seperti saluran komunikasi, metodologi, filosofi, dan strategi. Istilah pendidik sebaya, merujuk pada sesuatu yang berdiri sama dengan yang lain, sesuatu yang sebanding, setara atau dengan kata yang sederhana sebagai pendidikan berbasis sebaya. Kelompok sebaya dalam masyarakat dikategorikan berdasarkan umur, kelas atau status dan lain-lain. Pada pendampingan TB RO akan didampingi oleh Peer educator dan kader. Adanya perubahan pengobatan untuk pasien TB RO berdampak pada perubahan pola pendampingan oleh komunitas.

Kegiatan

1. Kegiatan merupakan pemberian reward bagi patient supporter dan kader untuk yang berhasil mendampingi pasien TB RO hingga selesai pengobatan.
2. Target pendampingan TB RO berdasarkan kasus PMDT yang sudah disetujui
3. Tata laksana pendampingan secara detil diatur dalam Petunjuk Teknis Pendampingan Pasien Tuberkulosis Resistan Obat oleh Komunitas (Kemenkes RI, 2020)

Peran dan tanggungjawab PE/PS dalam proses mendampingi pasien TB RO sebagai berikut:

1. Pendamping pasien TB RO mulai dari tahap diagnosis, selama masa pengobatan, termasuk pencegahan penularan.
2. Menjembatani antara pasien dengan layanan yang dibutuhkan untuk mendukung kesembuhan
3. Memberikan motivasi dan berbagi pengalaman kepada pasien TB RO agar berobat sampai tuntas dan tidak mangkir.
4. Membantu manajer kasus untuk memastikan pasien TB RO mendapatkan dukungan psikososial baik di layanan kesehatan, maupun di lingkungannya
5. Melakukan kunjungan rumah untuk kasus-kasus tertentu atas permintaan dari petugas puskesmas/rumah sakit, manajer kasus atau wasor.
6. Berkoordinasi dengan tim setempat (tim TB RO di PMDT atau puskesmas).
7. PS/PE bertanggungjawab meliputi:
 - Mendokumentasikan & memastikan laporan kader pendamping TB RO diterima dan didokumentasikan.

- Pencatatan, melakukan pencatatan proses pendampingan secara rutin sesuai dengan form pendampingan TB RO dan form kunjungan rumah
- Pelaporan, melakukan pelaporan secara rutin kepada manager kasus yang terdiri dari laporan pendampingan dan laporan dari kader.

Peran dan tanggung jawab kader dalam proses mendampingi pasien TB RO sebagai berikut:

1. Memberikan penyuluhan dan edukasi TB RO kepada masyarakat
2. Pendampingan pasien TB RO yang sedang menjalani pengobatan
 - Penilaian kondisi dan situasi sosial ekonomi pasien bersama petugas puskesmas sesuai form penilaian yang sudah ditentukan.
 - Melakukan kunjungan rumah untuk motivasi pasien, mengingatkan jadwal pemeriksaan rutin pasien ke rumah sakit rujukan dan menyalurkan dukungan sosial
 - Kader berperan menjadi penghubung antara pasien dengan petugas kesehatan apabila ada pasien yang tidak datang ke fasilitas layanan untuk berobat.
3. Membantu pelacakan pasien TB RO yang mangkir dan pasien TB RO yang belum memulai pengobatan dengan melakukan identifikasi kepastian alamat pasien yang didapat dari puskesmas
4. Melakukan kunjungan rumah dan melakukan penilaian kondisi dan situasi lingkungan pasien
5. Berkoordinasi dengan Puskesmas, Pengurus warga, Perangkat masyarakat, untuk melakukan kegiatan sosialisasi TB RO di masyarakat
6. Mendokumentasikan semua kegiatan yang dilaksanakan dan melaporkan kepada PS dan MK melalui SSR

Mekanisme Pembayaran

Pembayaran reward kesembuhan diberikan kepada kader apabila pasien yang didampingi selesai masa pengobatan dan dinyatakan sembuh. Reward kesembuhan TB RO diberikan senilai Rp. 100.000/pasien.

Target Pendampingan Hingga Sembuh:

Tahun 1: 2.345 (75%) dari pasien baru yang didampingi sejumlah 3.127 pasien MDR

Tahun 2: 3.891 (80%) dari pasien baru yang didampingi sejumlah 4.863 pasien MDR

Tahun 3: 5.204 (80%) dari pasien baru yang didampingi sejumlah 6.505 pasien MDR

Detil petunjuk teknis untuk pendampingan pasien TB MDR bisa dilihat pada link:

Output

Pasien TB RO didampingi oleh PE/PS dan kader pada masa pengobatannya

Laporan

PS/PE dan kader membuat laporan setiap bulan yang terdiri dari:

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

Latar Belakang

Indonesia masuk dalam 30 negara dengan tuberkulosis tertinggi di dunia. Saat ini Indonesia berada di posisi nomer 2 dibawah India untuk jumlah kasus tuberkulosis. Sebelumnya Indonesia berada pada peringkat nomer 3 dibawah India dan Cina untuk kasus tuberkosis.

Saat ini Indonesia masih tertinggal dalam mendeteksi kasus TBC yang sebenarnya. Dari 845.000 kasus TBC yang diperkirakan baru 357.199 kasus yang terkenali sehingga baru 42% yang terjangkau. Terdapat 58% yang belum menjalani pengobatan TBC sensitive obat. Sementara untuk TBC resistan obat dari 7.921 kasus yang diketahui baru 4.590 kasus yang menjalani pengobatan. Keberhasilan pengobatan TBC resistan obat baru mencapai 47%.

Faktor pendorong pasien TB RO untuk menyelesaikan pengobatan terdiri dari keyakinan pasien, penanganan efek samping, ketersediaan biaya, dukungan keluarga, dukungan petugas kesehatan dan dukungan pihak lain seperti pendukung pasien. Pendukung pasien dapat melakukan penilaian awal untuk menentukan apakah pasien memerlukan pendampingan maksimal atau pendampingan minimal. Pendampingan maksimal diberikan bila jarak rumah ke fasilitas kesehatan yang jauh, keadaan fisik yang tidak memungkinkan pasien untuk datang setiap hari ke layanan, tidak ada dukungan keluarga dan diutamakan untuk pasien yang baru terkonfirmasi untuk memulai pengobatan. Pendampingan minimal dipertimbangkan pada pasien yang mandiri, punya dukungan yang baik dari keluarga dan lingkungan, pasien patuh berobat, jarak rumah dekat ke fasilitas kesehatan, kondisi fisik dalam keadaan baik.

Pendukung pasien dapat memberikan atau merujuk kepada layanan psikososial bila diperlukan dalam rangka mendukung penyelesaian pengobatan TB RO oleh pasien. Dukungan psikososial dapat berupa pemberian informasi, konseling, dukungan psikologis, sosial dan finansial.

Dukungan psikososial kepada pasien dalam bentuk empati. Pendamping dapat meyakinkan pasien bahwa pendampingan pengobatan akan rutin dilakukan oleh tim poli dan komunitas, dukungan dan motivasi kepada pasien, membantu pasien dan anggota keluarga untuk memahami kondisi psikososial dan emosional dalam menjalani pengobatan. Pendamping dapat membuat rencana jangka pendek, menengah dan panjang dalam pendampingan psikososial. Bila diperlukan dapat menghubungkan pasien dengan kelompok dukungan psikososial dan membantu persyaratan administrasi yang diperlukan pasien untuk mendapatkan dukungan psikososial.

Pendamping pasien dapat berasal dari manajer kasus, pendukung pasien atau kader TB RO. Ketiganya bekerja sama untuk mendukung pasien TB RO menjalani pengobatan sampai tuntas. Berikut alur pendampingan pasien TB RO.

Pendekatan manajemen kasus adalah salah satu pendekatan pekerjaan sosial yang awalnya dilakukan dalam melakukan dukungan pada para imigran di Amerika. Seiring waktu, pendekatan ini kemudian juga dikembangkan dalam bidang-bidang yang lainnya, termasuk kesehatan, terutama untuk pemberdayaan pasien dalam program HIV dan AIDS, Kanker dan Tuberkulosis. Di Indonesia sendiri, program manajemen kasus telah diimplementasikan pada program HIV dan AIDS sejak tahun 2004.

Manajer kasus adalah orang yang bertanggung jawab melakukan tata kelola dalam hal ini kasus TB RO mulai dari pasien terdiagnosis sampai menyelesaikan pengobatan. Manajer kasus bertanggung jawab untuk mengkoordinasi dukungan bagi pasien, baik dukungan medis maupun psikososial.

Manajer kasus mempunyai peran menilai kebutuhan pasien TB-RO, mengembangkan rencana tatalaksana kasus secara individual (termasuk strategi/intervensi/sumber daya untuk memenuhi kebutuhan pasien), menghubungkan pasien kepada pelayanan spesialisik dan kelompok dukungan yang tersedia dari awal hingga selesai pengobatan.

Deskripsi Kegiatan

1. Manajer kasus akan ditempatkan di RS Rujukan TB RO (RS PMDT)
2. Sebanyak 137 manajer kasus bertanggung jawab untuk mengkoordinasi dukungan bagi pasien, baik dukungan medis maupun psikososial.
3. Manajer kasus mempunyai peran menilai kebutuhan pasien TB-RO, mengembangkan rencana tatalaksana kasus secara individual (termasuk strategi/intervensi/sumber daya untuk memenuhi kebutuhan pasien), menghubungkan pasien kepada layanan dan kelompok dukungan yang tersedia dari awal hingga selesai pengobatan.
4. Manajer kasus bertanggung jawab atas pengelolaan pendampingan pasien TB RO oleh PS dan kader.
5. Manajer kasus berada dibawah koordinasi SR Provinsi
6. Tugas, peran dan tanggung jawab manajer kasus diatur secara rinci dapat dilihat dalam petunjuk teknis pendampingan pasien TB RO oleh komunitas sebagai berikut:
<https://bit.ly/JuknisPendampinganTBRO>

Kategori Pendampingan Pasien TB RO oleh Komunitas

Salah satu fokus akselerasi TB RO untuk komunitas yaitu pendampingan pasien sejak terkonfirmasi, dengan tujuan untuk mendorong, memastikan, memfasilitasi kebutuhan pasien dari sisi psikososial hingga pasien lanjut enrollment (memulai pengobatan) sampai sembuh. Namun, berdasarkan implementasi di lapangan, pendampingan pasien TB RO oleh komunitas berdasarkan waktu mulai pendampingan dapat dikategorikan sebagai berikut:

1. **Pendampingan sejak terkonfirmasi**, yaitu pendampingan dari komunitas yang dimulai sejak diagnosis pasien ditegakkan (terkonfirmasi TB resistan obat) berdasarkan alur diagnosis di RS PMDT sampai maksimal 7 hari setelah hasil diagnosis ditegakkan (merujuk pada Juknis Nasional Pendampingan TB RO, hlm 8). Sebagai gambaran teknis, MK (atau dibantu PS) perlu mengidentifikasi secara berkala terduga TB RO yang sedang proses pemeriksaan TCM di lab RS PMDT untuk ditindaklanjuti hasilnya. Jika terduga akhirnya terkonfirmasi TB RO (pada form hasil lab tertulis TB RR/Resistan Rifampisin), maka MK dapat segera menindaklanjuti dengan penilaian awal dan menugaskan PS untuk mulai pendampingan.

2. **Pendampingan saat mulai pengobatan (*enrollment*)**, yaitu pendampingan dari komunitas yang dimulai saat hari pertama pasien minum obat (start enrollment). Tanggal mulai pendampingan sama dengan tanggal pasien memulai pengobatan (tanggal enrollment).
3. **Pendampingan saat dalam pengobatan (*on going treatment/on treatment*)**, yaitu pendampingan dari komunitas yang dimulai setelah pasien sudah dalam menjalani pengobatan, terhitung sejak satu hari setelah pasien *enrollment* (memulai pengobatan) dan seterusnya.

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

Mekanisme Pembayaran

1. Pembayaran dilakukan setiap bulan (monthly allowance) Rp. 3.000,000 dengan rincian sebagai berikut:
 - Subsidi Transport (100,000) x 20 hari (dalam sebulan)
 - Dukungan komunikasi (voucher) Rp. 100,000/bulan
 - Insentif 900,000 /bulan/manager kasus
2. Pembayaran dapat dilakukan setelah melampirkan *copy* form kunjungan TB RO yang sudah mendapatkan verifikasi dari RS dan disetujui oleh Case Manager
3. Tugas dan Tanggungjawab akan diatur dalam Surat Perjanjian Kerja (SPK)

Laporan

1. Manager kasus harus melampirkan SPK dan timesheet (template timesheet) – SPK dilampirkan pada saat pertama kali allowance diberikan
2. Laporan bulanan Manager Kasus pendampingan pasien TB RO.
3. Laporan narasi kegiatan pendampingan TB MDR dilampirkan laporan M&E (tidak perlu dilampirkan laporan keuangan)
4. Dokumen kelengkapan lainnya sesuai dengan ketentuan dan mekanisme M&E

Daftar Kebutuhan Manajer Kasus per Propinsi

PROVINSI	KOTA/ KABUPATEN	Total Kebutuhan MK (BL 13)
SUMATERA UTARA	Asahan	0
SUMATERA UTARA	Deli Serdang	3
SUMATERA UTARA	Karo	0
SUMATERA UTARA	Kota Binjai	0
SUMATERA UTARA	Kota Medan	6
SUMATERA UTARA	Kota Padangsidempuan	0
SUMATERA UTARA	Kota Pematang Siantar	0
SUMATERA UTARA	Labuhan Batu	1
SUMATERA UTARA	Langkat	0
SUMATERA UTARA	Simalungun	0
SUMATERA UTARA	-	10
SUMATERA BARAT	Kota Padang	1
SUMATERA BARAT	Padang Pariaman	1
SUMATERA BARAT	-	2
RIAU	Bengkalis	2
RIAU	Indragiri Hilir	1
RIAU	Kota Dumai	0
RIAU	Kota Pekanbaru	1
RIAU	Rokan Hilir	1

RIAU	Rokan Hulu	1
RIAU	-	6
KEPRI	Karimun	0
KEPRI	Kota Tanjung Pinang	0
KEPRI	Kota Batam	2
KEPRI	-	2
SUMATERA SELATAN	Banyu Asin	1
SUMATERA SELATAN	Kota Prabumulih	0
SUMATERA SELATAN	Kota Palembang	2
SUMATERA SELATAN	Muara Enim	1
SUMATERA SELATAN	Ogan Ilir	1
SUMATERA SELATAN	-	5
BANGKA BELITUNG	Bangka	0
BANGKA BELITUNG	Kota Pangkal Pinang	1
BANGKA BELITUNG	-	1
BENGKULU	Kota Bengkulu	1
BENGKULU	Rejang Lebong	0
BENGKULU	-	1
JAMBI	Kota Jambi	1
JAMBI	-	1

LAMPUNG	Kota Bandar Lampung	2
LAMPUNG	Lampung Selatan	1
LAMPUNG	Lampung Tengah	0
LAMPUNG	Lampung Timur	0
LAMPUNG	Lampung Utara	0
LAMPUNG	Pesawaran	0
LAMPUNG	Pringsewu	1
LAMPUNG	Tanggamus	0
LAMPUNG	Tulangbawang Barat	0
LAMPUNG	-	4
BANTEN	Kota Cilegon	0
BANTEN	Kota Serang	0
BANTEN	Kota Tangerang	2
BANTEN	Tangerang	2
BANTEN	Kota Tangerang Selatan	1
BANTEN	Lebak	2
BANTEN	Serang	1
BANTEN	-	8
DKI JAKARTA	Kota Jakarta Barat	1
DKI JAKARTA	Kota Jakarta Pusat	2
DKI JAKARTA	Kota Jakarta Selatan	1
DKI JAKARTA	Kota Jakarta Timur	7

DKI JAKARTA	Kota Jakarta Utara	1
DKI JAKARTA	-	12
JAWA BARAT	Bandung	2
JAWA BARAT	Bandung Barat	0
JAWA BARAT	Bekasi	1
JAWA BARAT	Bogor	4
JAWA BARAT	Ciamis	0
JAWA BARAT	Cianjur	0
JAWA BARAT	Cirebon	1
JAWA BARAT	Garut	0
JAWA BARAT	Sumedang	1
JAWA BARAT	Indramayu	0
JAWA BARAT	Kota Cirebon	1
JAWA BARAT	Karawang	1
JAWA BARAT	Kota Bandung	4
JAWA BARAT	Kota Bekasi	2
JAWA BARAT	Kota Bogor	0
JAWA BARAT	Kota Cimahi	0
JAWA BARAT	Kota Depok	0
JAWA BARAT	Kota Tasikmalaya	1
JAWA BARAT	Kota Sukabumi	1
JAWA BARAT	Sukabumi	0

JAWA BARAT	Kuningan	0
JAWA BARAT	Majalengka	0
JAWA BARAT	Purwakarta	0
JAWA BARAT	Subang	0
JAWA BARAT	Tasikmalaya	1
JAWA BARAT	-	20
JAWA TENGAH	Banjarnegara	0
JAWA TENGAH	Kebumen	0
JAWA TENGAH	Banyumas	2
JAWA TENGAH	Purbalingga	0
JAWA TENGAH	Batang	0
JAWA TENGAH	Blora	0
JAWA TENGAH	Grobogan	0
JAWA TENGAH	Boyolali	0
JAWA TENGAH	Klaten	0
JAWA TENGAH	Brebes	1
JAWA TENGAH	Cilacap	1
JAWA TENGAH	Demak	1
JAWA TENGAH	Kudus	1
JAWA TENGAH	Jepara	1
JAWA TENGAH	Pati	1
JAWA TENGAH	Karanganyar	0
JAWA TENGAH	Kendal	0

JAWA TENGAH	Pemalang	0
JAWA TENGAH	Kota Pekalongan	1
JAWA TENGAH	Pekalongan	1
JAWA TENGAH	Kota Semarang	2
JAWA TENGAH	Semarang	2
JAWA TENGAH	Kota Surakarta	1
JAWA TENGAH	Sragen	0
JAWA TENGAH	Magelang	1
JAWA TENGAH	Purworejo	0
JAWA TENGAH	Sukoharjo	0
JAWA TENGAH	Wonogiri	1
JAWA TENGAH	Tegal	2
JAWA TENGAH	Temanggung	0
JAWA TENGAH	Wonosobo	0
JAWA TENGAH	-	19
DI YOGYAKARTA	Bantul	0
DI YOGYAKARTA	Sleman	0
DI YOGYAKARTA	Gunung Kidul	0
DI YOGYAKARTA	Kota Yogyakarta	2
DI YOGYAKARTA	Kulon Progo	0

DI YOGYAKARTA	-	2
JAWA TIMUR	Bangkalan	0
JAWA TIMUR	Banyuwangi	0
JAWA TIMUR	Bojonegoro	0
JAWA TIMUR	Tuban	0
JAWA TIMUR	Bondowoso	1
JAWA TIMUR	Situbondo	0
JAWA TIMUR	Gresik	2
JAWA TIMUR	Lamongan	0
JAWA TIMUR	Jember	3
JAWA TIMUR	Lumajang	0
JAWA TIMUR	Jombang	1
JAWA TIMUR	Mojokerto	0
JAWA TIMUR	Kediri	0
JAWA TIMUR	Nganjuk	0
JAWA TIMUR	Kota Malang	2
JAWA TIMUR	Malang	0
JAWA TIMUR	Kota Surabaya	3
JAWA TIMUR	Sidoarjo	3
JAWA TIMUR	Madiun	1
JAWA TIMUR	Ponorogo	0
JAWA TIMUR	Magetan	0
JAWA TIMUR	Ngawi	1

JAWA TIMUR	Pamekasan	1
JAWA TIMUR	Sampang	0
JAWA TIMUR	Pasuruan	1
JAWA TIMUR	Probolinggo	1
JAWA TIMUR	Sumenep	0
JAWA TIMUR	Trenggalek	1
JAWA TIMUR	Tulungagung	1
JAWA TIMUR	-	22
BALI	Badung	0
BALI	Kota Denpasar	1
BALI	Buleleng	0
BALI	Gianyar	0
BALI	Tabanan	0
BALI	-	1
NUSA TENGGARA BARAT	Bima	0
NUSA TENGGARA BARAT	Kota Mataram	1
NUSA TENGGARA BARAT	Lombok Barat	0
NUSA TENGGARA BARAT	Lombok Tengah	0
NUSA TENGGARA BARAT	Lombok Timur	1
NUSA TENGGARA BARAT	Sumbawa	0
NUSA TENGGARA BARAT	-	2

NUSA TENGGARA TIMUR	Kota Kupang	1
NUSA TENGGARA TIMUR	Kupang	0
NUSA TENGGARA TIMUR	Sikka	0
NUSA TENGGARA TIMUR	Sumba Barat Daya	0
NUSA TENGGARA TIMUR	Timor Tengah Selatan	0
NUSA TENGGARA TIMUR	-	1
KALIMANTAN BARAT	Ketapang	0
KALIMANTAN BARAT	Kota Pontianak	2
KALIMANTAN BARAT	Kota Singkawang	0
KALIMANTAN BARAT	Kubu Raya	0
KALIMANTAN BARAT	Pontianak	0
KALIMANTAN BARAT	Sanggau	0
KALIMANTAN BARAT	Sintang	0
KALIMANTAN BARAT	-	2
KALIMANTAN TENGAH	Kota Palangka Raya	2
KALIMANTAN TENGAH	Kotawaringin Timur	0
KALIMANTAN TENGAH	-	1

KALIMANTAN SELATAN	Banjar	1
KALIMANTAN SELATAN	Tanah Bumbu	0
KALIMANTAN SELATAN	-	1
KALIMANTAN UTARA	Kota Tarakan	0
KALIMANTAN UTARA	-	0
KALIMANTAN TIMUR	Kota Balikpapan	0
KALIMANTAN TIMUR	Kota Samarinda	1
KALIMANTAN TIMUR	Kutai Timur	0
KALIMANTAN TIMUR	-	1
SULAWESI UTARA	Kota Bitung	0
SULAWESI UTARA	Kota Manado	1
SULAWESI UTARA	-	1
SULAWESI SELATAN	Bone	1
SULAWESI SELATAN	Bulukumba	0
SULAWESI SELATAN	Gowa	1
SULAWESI SELATAN	Kota Makassar	4
SULAWESI SELATAN	Jeneponto	0
SULAWESI SELATAN	Maros	0
SULAWESI SELATAN	Pinrang	0

SULAWESI SELATAN	Sidenreng Rappang	0
SULAWESI SELATAN	Wajo	0
SULAWESI SELATAN	-	6
SULAWESI BARAT	Mamuju	0
SULAWESI BARAT	-	0
SULAWESI TENGGARA	Kota Kendari	1
SULAWESI TENGGARA	Muna	0
SULAWESI TENGGARA	-	1
SULAWESI TENGAH	Kota Palu	1
SULAWESI TENGAH	-	1
PAPUA	Kota Jayapura	2
PAPUA	-	2
PAPUA BARAT	Kota Sorong	2
PAPUA BARAT	-	2
		137

Deskripsi kegiatan

Menurut laporan WHO, Indonesia berada dalam daftar 30 negara dengan beban tuberkulosis tertinggi di dunia dan berdasarkan angka kejadian tuberkulosis menempati peringkat ketiga tertinggi di dunia. Insidensi tuberkulosis di Indonesia pada tahun 2018 adalah 316 per 100.000 penduduk atau diperkirakan sekitar 845.000 penduduk menderita tuberkulosis pada tahun 2018. Laporan WHO juga memperkirakan angka kematian tuberkulosis di Indonesia yaitu sekitar 35 per 100.000 penduduk atau terdapat sekitar 93.000 orang meninggal akibat tuberkulosis pada tahun 2018 (NSP, 2020 – 2024)

Total biaya yang ditanggung oleh rumah tangga adalah 2,804 USD bagi pasien TB MDR dengan proporsi rumah tangga yang mengalami biaya katastropik akibat TB MDR adalah 83%.

Pada tahun 2018, sekitar 51,2% (4.704 dari 9.180 kasus) pasien TB MDR yang didiagnosis tidak memulai pengobatan. Salah satu akar masalahnya adalah terbatasnya akses diagnosis yang berkualitas dan pengobatan yang berpusat pada pasien. Sehubungan dengan hal tersebut, maka dalam Strategi Nasional TB 2020-2024 pada strategi 2 tercantum bahwa akan dilakukan peningkatan akses layanan tuberkulosis bermutu dan berpihak pada pasien.

Salah satu operasionalisasi dalam memastikan layanan tuberkulosis yang berpihak pada pasien dan memberikan solusi pada rintangan yang dialami pasien adalah menyediakan tempat singgah sementara (*shelter*) bagi pasien MDR TB saat menunggu baseline yang berasal dari luar kota rumah sakit PMDT.

Tujuan

Tersedianya tempat singgah (*shelter*) bagi pasien TB MDR yang berlokasi di luar kota atau jauh dari lokasi RS PMDT.

Deskripsi Kegiatan

1. Lokasi rumah singgah ke tempat layanan PMDT maksimum 500 meter
2. Dalam pelaksanaan program dana hibah periode 2021 – 2023, rumah singgah akan tersedia dalam 36 bulan (3 tahun)
3. Rumah singgah difungsikan sebagai tempat tinggal bagi pasien TB MDR yang akan melakukan pengobatan
4. Shelter dapat difungsikan sebagai tempat untuk kegiatan pemberdayaan organisasi mantan pasien

Struktur Budget

1. Rumah singgah akan tersedia di 14 lokasi di 14 Provinsi, sesuai proposal Akselerasi TB RO, dengan maksimal anggaran Rp 2.000.000/bulan yang meliputi:
 - Sewa bangunan
 - Biaya listrik
 - Biaya air
 - Operasional pengelolaan rumah singgah (biaya kebersihan dan keamanan)
2. Pembayaran sewa bangunan/rumah singgah dilakukan berdasarkan kesepakatan antara SR-SSR dengan pemilik rumah
3. Pengajuan untuk sewa rumah harus sesuai dengan mekanisme keuangan (pengadaan mengikuti juknis keuangan yang berlaku)
4. Pembayaran bisa dilakukan per kuartal, per semester atau per tahun dengan menginformasikan kepada PR TB Konsorsium Penabulu-STPI.

Output

Tersedianya 14 rumah singgah yang akan digunakan oleh pasien TB MDR pada saat menjalani pengobatan di 14 provinsi sebagai berikut:

1. Papua
2. Sulawesi Selatan
3. Sulawesi Utara
4. Kalimantan Barat
5. Banten
6. Jawa Timur
7. Jawa Tengah
8. Jawa Barat
9. DKI Jakarta
10. Lampung
11. Sumatera Selatan
12. Riau
13. Sumatera Barat
14. Sumatera Utara

Laporan

1. Pembayaran harus melampirkan kwitansi pembayaran rumah singgah/*shelter*
2. Melampirkan kontrak kerjasama antara SR-SSR dengan pemilik rumah

Latar Belakang

Menurut laporan WHO, Indonesia berada dalam daftar 30 negara dengan beban tuberculosis tertinggi di dunia dan berdasarkan angka kejadian tuberculosis menempati peringkat ketiga tertinggi di dunia. Insidensi tuberculosis di Indonesia pada tahun 2018 adalah 316 per 100.000 penduduk atau diperkirakan sekitar 845.000 penduduk menderita tuberculosis pada tahun 2018. Laporan WHO juga memperkirakan angka kematian tuberculosis di Indonesia yaitu sekitar 35 per 100.000 penduduk atau terdapat sekitar 93.000 orang meninggal akibat tuberculosis pada tahun 2018 (NSP, 2020 – 2024)

Selama 2017-2018 terdapat peningkatan jumlah kasus MDR TB yang dilaporkan dari 5.208 kasus menjadi 9.180 kasus. Rejimen oral individual telah diimplementasikan sejak bulan Oktober 2019, sedangkan rejimen oral jangka pendek dimulai pada Januari 2020 (Ministry of Health Republic of Indonesia, 2019).

Disamping keberhasilan di atas, masih terdapat beberapa tantangan seperti rendahnya cakupan diagnosis dan pengobatan pada kasus baru tuberculosis resistan obat (MDR-TB). Masih terdapat sekitar 62% kasus MDR-TB yang tidak dilaporkan maupun tidak terdiagnosis dan 81% pasien terduga MDR-TB yang tidak memulai pengobatan diantara perkiraan 24.000 insiden kasus MDR-TB (NSP, 2020 – 2024).

Peran Manager Kasus sangat penting untuk mengatasi berbagai permasalahan dan tantangan yang dihadapi terkait MDR-TB yang telah disebutkan.

Oleh karena itu, dalam rangka mendukung peningkatan SDM khususnya manager kasus, akan diadakan pelatihan bagi manager kasus di seluruh RS PMDT di seluruh wilayah STPI – Penabulu. Saat ini ada 81 manajer kasus dari 'Aisyiyah & LKNU dan, berdasarkan target NSP 2020-2024 diperlukan 137 manajer kasus di 106 kab/kota prioritas Akselerasi TB RO.

Tujuan

1. Melatih manager kasus TB-MDR dalam mengkoordinir dan mengarahkan Pendidik Sebaya (PE) dan Pendukung Pasien (PS) serta kader untuk pendampingan pengobatan pasien TB-MDR hingga sembuh berdasarkan tatalaksana program terbaru
 - Terapi Pencegahan Tuberculosis
 - Kolaborasi TB-HIV
2. Melatih Manager Kasus TB-MDR untuk memiliki keterampilan dalam melakukan pencatatan dan pelaporan pasien TB-MDR.

Deskripsi Kegiatan

Pelatihan manager kasus di tingkat nasional: Kegiatan akan dilaksanakan 5 hari pada tahun 2021 untuk 56 manager kasus baru dari kabupaten/kota Akselerasi Program TB RO.

Peserta (orang)

- **Peserta pelatihan:** 56 manager kasus baru (daerah rencana akselerasi TB RO)
- **Narasumber (4 orang)**
 - 1 orang dari Subdit TB
 - 1 orang dari RS PMDT
 - 1 orang dari SR Khusus (POP TB)
 - 1 orang dari STPI – Penabulu
- **Fasilitator (4 orang)**
 - 3 orang dari PR
 - 1 orang SR Khusus (POP TB)
- **Panitia (2 orang)**

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

Struktur Budget

- **Peserta**
 - Airfare
 - Fullboard Meeting Package
 - Perfiem Fullboard
 - Transport Bandara
- **Fasilitator**
 - Transport local
 - Perdiem Fullboard
 - Fullboard meeting package
 - Fee fasilitator (bila bukan dari STPI – Penabulu)
- **Narasumber**
 - Transport local
 - Fee nasional level

- **Panitia**
 - Transport local
 - Perdiem Fullboard
 - Fullboard Meeting Package

Stationary untuk diberikan pada seluruh peserta yang hadir

Output

- 56 Manajer Kasus baru memiliki kompetensi (baik pengetahuan, sikap dan keterampilan) serta memiliki motivasi dalam implementasi kegiatan TB-MDR
- 56 Manajer Kasus baru dapat berkontribusi dalam pencatatan dan pelaporan kasus MDR-TB
- 56 Manajer Kasus baru mampu menghubungkan pasien dengan pendamping pasien

Laporan

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

Deskripsi kegiatan:

Pertemuan pelatihan bagi pendamping pasien tuberkulosis resisten obat (TB RO) diselenggarakan secara berjenjang. Pelatihan dilakukan dalam format Training of Trainers (ToT) oleh SR Tematik kepada Manajer Kasus (MK) di 14 SR Provinsi untuk mengimplementasikan pelatihan serta penyegaran kepada 5 pendamping per kab/kota di 103 wilayah intervensi yang menjadi prioritas akselerasi program TB RO Kementerian Kesehatan.

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

Kegiatan:

- Pelatihan bertujuan untuk peningkatan kapasitas pendamping pasien TBC dalam mengupayakan orang dengan TBC berobat sampai sembuh
- Kegiatan pelatihan TOT dilakukan selama 5 hari pada tahun pertama (Q1, 2021), pelatihan ToE 4 hari
- Modul pelatihan akan diadaptasi dari beberapa materi tentang 1) tatalaksana TB, TB RO dan TB-HIV; 2) pencatatan dan pelaporan pendampingan; 3) konsep umpan balik berbasis komunitas; 4) pengantar proses advokasi, HAM, dan kesetaraan gender; 5) konseling pendidik sebaya TB RO berdasarkan beberapa modul terkait, yaitu:
 - WHO SEARO. (2019). *Capacity-building of affected communities for accelerated response to drug-resistant tuberculosis in the South-East Asia Region*. Versi Bahasa Indonesia dimiliki oleh Perhimpunan Organisasi Pasien Tuberkulosis Indonesia (POP TB)
 - Kementerian Kesehatan RI. (2014). Pedoman Penyelenggaraan Lokakarya Pendidik Sebaya Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistensi Obat (MTPTRO)
 - Kementerian Kesehatan RI. Edisi 2. (2020). Petunjuk Teknis Investigasi Kontak Pasien TBC Bagi Petugas Kesehatan dan Kader
 - *Monitoring & Evaluation Plan* Konsorsium Penabulu-STPI

Tujuan:

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

Pelatihan pendamping pasien secara komprehensif perlu dilakukan bagi pendamping pasien TB RO yang melanjutkan dari NIP 2018-2020 dan pendamping pasien TB RO dari kab/kota baru. Pada

tahun ke-2 dan ke-3 SSR melakukan penyegaran materi kepada pendamping pasien TB RO di kab/kota untuk mendukung keterampilan pendamping pasien TB RO dalam pendampingan dan investigasi kontak.

Kegiatan:

- Bentuk kegiatan pelatihan oleh SR Tematik: Full-board meeting selama 5 hari menggunakan metode:
 - Belajar orang dewasa dengan pendekatan ceramah, curah pendapat, penugasan kelompok, dan bermain peran serta teknik lain dalam modul
 - Mengupayakan partisipasi semua gender
 - Tersedia pre- dan post-test dari pelatihan
 - Tersedia e-certificate ToT untuk pendamping pasien TB RO
- Bentuk kegiatan pelatihan oleh SR Provinsi: Full-board meeting selama 4 hari (jika menginap, 5 hari 4 malam)
 - Menggunakan metode belajar orang dewasa dengan pendekatan ceramah, curah pendapat, penugasan kelompok, dan bermain peran serta teknik lain dalam modul
 - Mengupayakan partisipasi semua gender
 - Tersedia pre- dan post-test dari pelatihan
 - Tersedia e-certificate untuk pendamping pasien TB RO
- Bentuk kegiatan penyegaran oleh SR Provinsi: Full-board meeting selama 1 hari
 - Menggunakan metode belajar orang dewasa dengan pendekatan ceramah, curah pendapat, penugasan kelompok, dan bermain peran serta teknik lain dalam modul
 - Mengupayakan partisipasi semua gender

Peserta, Fasilitator, dan Panitia:

1. Pelatihan oleh SR Tematik (*Training of Trainers*):
 - 28 Manajer kasus
 - 3 Narasumber eksternal (OMS/Anggota Profesi/Akademisi)
 - 2 Panitia administrasi SR Tematik
2. Pelatihan oleh SR Provinsi (*Training of End Users*):
 - 212 PS/PE dari 106 SSR kab/kota (2 peserta per kab/kota)
 - 1 Narasumber Dinkes
 - 1 Fasilitator SR Provinsi (Manajer Kasus)
 - 2 Panitia administrasi SR Provinsi

Struktur Budget

A. Pelatihan di Nasional

- Peserta (28 orang)
 - Paket data internet
- Narasumber eksternal (3 orang)
 - Paket data internet

- Fee narasumber nasional
- Panitia (2 orang)
 - Paket data internet

B. Pelatihan di Provinsi

SR Sumut, SR Riau, SR Lampung, SR Jawa Barat, SR Jawa Tengah, SR Jawa Timur, SR Sulsel

- Peserta (2 orang per kab/kota)
 - Transport lokal
 - Perdiem
 - Full-board package
 - Transport luar kota
- Narasumber eksternal (2 orang; mengisi di hari/sesi yang berbeda)
 - Biaya narasumber
 - Transport lokal
 - Full-day package
- Fasilitator (1 orang; Manajer Kasus)
 - Biaya fasilitator
 - Transport lokal
 - Full-day
- Panitia (1 orang; staf SR wilayah)
 - Full-day
 - Transport lokal

SR Sumbar, SR Kalbar, SR Sulut, SR Papua

- Peserta (2 orang per kab/kota)
 - Snack
 - Lunch
 - Lokal transport
- Fasilitator (1 orang; Manajer Kasus)
 - Snack
 - Lunch
 - Lokal transport

SR DKI dan SR Banten

- Peserta (2 orang per kab/kota)
 - Transport lokal
 - Perdiem
 - Full-board package

- Narasumber eksternal (2 orang)
 - Biaya narasumber
 - Transport lokal
- Fasilitator (1 orang; Manajer Kasus)
 - Biaya fasilitator
 - Transport lokal
 - Full board meeting package
- Panitia (1 orang; staf SR)
 - Full board meeting package
 - Transport local

Output

- 14 Manajer Kasus mampu melatih 212 pendamping pasien TB RO di 106 kab/kota prioritas akselerasi program TB RO Kementerian Kesehatan
- 212 pendamping pasien TB RO di 106 kab/kota prioritas akselerasi program TB RO memiliki keterampilan untuk mendampingi pasien sampai sembuh

Laporan untuk pelaksanaan kegiatan (sesuai Juknis dari PR)

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan:

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

Daftar peserta pelatihan/refreshment Patient Supporter (PS)

PROVINSI	KOTA/KABUPATEN	BL 16 Patient Supporter (PS) Peserta Pelatihan / Refreshment (1 PS mendampingi 15 pasien) - Y1
SUMATERA UTARA	Asahan	1
SUMATERA UTARA	Deli Serdang	3
SUMATERA UTARA	Karo	0
SUMATERA UTARA	Kota Binjai	0

SUMATERA UTARA	Kota Medan	7
SUMATERA UTARA	Kota Padangsidempuan	0
SUMATERA UTARA	Kota Pematang Siantar	1
SUMATERA UTARA	Labuhan Batu	1
SUMATERA UTARA	Langkat	1
SUMATERA UTARA	Simalungun	1
SUMATERA UTARA	-	15
SUMATERA BARAT	Kota Padang	1
SUMATERA BARAT	Padang Pariaman	2
SUMATERA BARAT	-	3
RIAU	Bengkalis	1
RIAU	Indragiri Hilir	1
RIAU	Kota Dumai	1
RIAU	Kota Pekanbaru	3
RIAU	Rokan Hilir	1
RIAU	Rokan Hulu	1
RIAU	-	8
KEPRI	Karimun	0
KEPRI	Kota Tanjung Pinang	0
KEPRI	Kota Batam	2
KEPRI	-	2
SUMATERA SELATAN	Banyu Asin	1
SUMATERA SELATAN	Kota Prabumulih	0
SUMATERA SELATAN	Kota Palembang	3
SUMATERA SELATAN	Muara Enim	1
SUMATERA SELATAN	Ogan Ilir	1
SUMATERA SELATAN	-	6
BANGKA BELITUNG	Bangka	0
BANGKA BELITUNG	Kota Pangkal Pinang	0
BANGKA BELITUNG	-	0
BENGKULU	Kota Bengkulu	1
BENGKULU	Rejang Lebong	0
BENGKULU	-	1
JAMBI	Kota Jambi	1
JAMBI	-	1
LAMPUNG	Kota Bandar Lampung	2
LAMPUNG	Lampung Selatan	1
LAMPUNG	Lampung Tengah	1
LAMPUNG	Lampung Timur	1
LAMPUNG	Lampung Utara	1
LAMPUNG	Pesawaran	0
LAMPUNG	Pringsewu	1
LAMPUNG	Tanggamus	1

LAMPUNG	Tulangbawang Barat	0
LAMPUNG	-	8
BANTEN	Kota Cilegon	0
BANTEN	Kota Serang	1
BANTEN	Kota Tangerang	2
BANTEN	Tangerang	3
BANTEN	Kota Tangerang Selatan	2
BANTEN	Lebak	1
BANTEN	Serang	1
BANTEN	-	10
DKI JAKARTA	Kota Jakarta Barat	4
DKI JAKARTA	Kota Jakarta Pusat	2
DKI JAKARTA	Kota Jakarta Selatan	4
DKI JAKARTA	Kota Jakarta Timur	5
DKI JAKARTA	Kota Jakarta Utara	2
DKI JAKARTA	-	17
JAWA BARAT	Bandung	4
JAWA BARAT	Bandung Barat	1
JAWA BARAT	Bekasi	3
JAWA BARAT	Bogor	5
JAWA BARAT	Ciamis	1
JAWA BARAT	Cianjur	2
JAWA BARAT	Cirebon	2
JAWA BARAT	Garut	2
JAWA BARAT	Sumedang	1
JAWA BARAT	Indramayu	1
JAWA BARAT	Kota Cirebon	1
JAWA BARAT	Karawang	2
JAWA BARAT	Kota Bandung	3
JAWA BARAT	Kota Bekasi	3
JAWA BARAT	Kota Bogor	1
JAWA BARAT	Kota Cimahi	1
JAWA BARAT	Kota Depok	2
JAWA BARAT	Kota Tasikmalaya	1
JAWA BARAT	Kota Sukabumi	1
JAWA BARAT	Sukabumi	1
JAWA BARAT	Kuningan	1
JAWA BARAT	Majalengka	1
JAWA BARAT	Purwakarta	1
JAWA BARAT	Subang	1
JAWA BARAT	Tasikmalaya	1
JAWA BARAT	-	43
JAWA TENGAH	Banjarnegara	1

JAWA TENGAH	Kebumen	1
JAWA TENGAH	Banyumas	1
JAWA TENGAH	Purbalingga	1
JAWA TENGAH	Batang	1
JAWA TENGAH	Blora	1
JAWA TENGAH	Grobogan	1
JAWA TENGAH	Boyolali	1
JAWA TENGAH	Klaten	1
JAWA TENGAH	Brebes	2
JAWA TENGAH	Cilacap	1
JAWA TENGAH	Demak	1
JAWA TENGAH	Kudus	1
JAWA TENGAH	Jepara	1
JAWA TENGAH	Pati	1
JAWA TENGAH	Karanganyar	1
JAWA TENGAH	Kendal	1
JAWA TENGAH	Pemalang	1
JAWA TENGAH	Kota Pekalongan	0
JAWA TENGAH	Pekalongan	1
JAWA TENGAH	Kota Semarang	2
JAWA TENGAH	Semarang	1
JAWA TENGAH	Kota Surakarta	1
JAWA TENGAH	Sragen	1
JAWA TENGAH	Magelang	1
JAWA TENGAH	Purworejo	1
JAWA TENGAH	Sukoharjo	1
JAWA TENGAH	Wonogiri	1
JAWA TENGAH	Tegal	1
JAWA TENGAH	Temanggung	1
JAWA TENGAH	Wonosobo	1
JAWA TENGAH	-	32
DI YOGYAKARTA	Bantul	1
DI YOGYAKARTA	Sleman	1
DI YOGYAKARTA	Gunung Kidul	1
DI YOGYAKARTA	Kota Yogyakarta	0
DI YOGYAKARTA	Kulon Progo	0
DI YOGYAKARTA	-	3
JAWA TIMUR	Bangkalan	1
JAWA TIMUR	Banyuwangi	1
JAWA TIMUR	Bojonegoro	1
JAWA TIMUR	Tuban	1
JAWA TIMUR	Bondowoso	1
JAWA TIMUR	Situbondo	1

JAWA TIMUR	Gresik	1
JAWA TIMUR	Lamongan	1
JAWA TIMUR	Jember	2
JAWA TIMUR	Lumajang	1
JAWA TIMUR	Jombang	1
JAWA TIMUR	Mojokerto	1
JAWA TIMUR	Kediri	1
JAWA TIMUR	Nganjuk	1
JAWA TIMUR	Kota Malang	1
JAWA TIMUR	Malang	2
JAWA TIMUR	Kota Surabaya	4
JAWA TIMUR	Sidoarjo	2
JAWA TIMUR	Madiun	1
JAWA TIMUR	Ponorogo	1
JAWA TIMUR	Magetan	0
JAWA TIMUR	Ngawi	1
JAWA TIMUR	Pamekasan	1
JAWA TIMUR	Sampang	1
JAWA TIMUR	Pasuruan	1
JAWA TIMUR	Probolinggo	1
JAWA TIMUR	Sumenep	1
JAWA TIMUR	Trenggalek	1
JAWA TIMUR	Tulungagung	1
JAWA TIMUR	-	34
BALI	Badung	1
BALI	Kota Denpasar	1
BALI	Buleleng	1
BALI	Gianyar	1
BALI	Tabanan	0
BALI	-	4
NUSA TENGGARA BARAT	Bima	0
NUSA TENGGARA BARAT	Kota Mataram	1
NUSA TENGGARA BARAT	Lombok Barat	1
NUSA TENGGARA BARAT	Lombok Tengah	1
NUSA TENGGARA BARAT	Lombok Timur	1
NUSA TENGGARA BARAT	Sumbawa	1
NUSA TENGGARA BARAT	-	5
NUSA TENGGARA TIMUR	Kota Kupang	0
NUSA TENGGARA TIMUR	Kupang	1
NUSA TENGGARA TIMUR	Sikka	0
NUSA TENGGARA TIMUR	Sumba Barat Daya	0
NUSA TENGGARA TIMUR	Timor Tengah Selatan	1
NUSA TENGGARA TIMUR	-	2

KALIMANTAN BARAT	Ketapang	1
KALIMANTAN BARAT	Kota Pontianak	1
KALIMANTAN BARAT	Kota Singkawang	0
KALIMANTAN BARAT	Kubu Raya	1
KALIMANTAN BARAT	Pontianak	0
KALIMANTAN BARAT	Sanggau	1
KALIMANTAN BARAT	Sintang	1
KALIMANTAN BARAT	-	5
KALIMANTAN TENGAH	Kota Palangka Raya	0
KALIMANTAN TENGAH	Kotawaringin Timur	1
KALIMANTAN TENGAH	-	1
KALIMANTAN SELATAN	Banjar	1
KALIMANTAN SELATAN	Tanah Bumbu	0
KALIMANTAN SELATAN	-	1
KALIMANTAN UTARA	Kota Tarakan	0
KALIMANTAN UTARA	-	0
KALIMANTAN TIMUR	Kota Balikpapan	1
KALIMANTAN TIMUR	Kota Samarinda	1
KALIMANTAN TIMUR	Kutai Timur	0
KALIMANTAN TIMUR	-	2
SULAWESI UTARA	Kota Bitung	0
SULAWESI UTARA	Kota Manado	1
SULAWESI UTARA	-	1
SULAWESI SELATAN	Bone	1
SULAWESI SELATAN	Bulukumba	0
SULAWESI SELATAN	Gowa	1
SULAWESI SELATAN	Kota Makassar	2
SULAWESI SELATAN	Jeneponto	0
SULAWESI SELATAN	Maros	0
SULAWESI SELATAN	Pinrang	0
SULAWESI SELATAN	Sidenreng Rappang	0
SULAWESI SELATAN	Wajo	1
SULAWESI SELATAN	-	5
SULAWESI BARAT	Mamuju	0
SULAWESI BARAT	-	0
SULAWESI TENGGARA	Kota Kendari	1
SULAWESI TENGGARA	Muna	0
SULAWESI TENGGARA	-	1
SULAWESI TENGAH	Kota Palu	1
SULAWESI TENGAH	-	2
PAPUA	Kota Jayapura	2
PAPUA	-	2
PAPUA BARAT	Kota Sorong	2

PAPUA BARAT	-	0
		212

BL 17

Transport allowance for subdistricts community cadre coordinators in CSO districts to coordinate TB, TB-HIV, and MDR-TB support.

Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu negara dengan TBC Burden tertinggi ketiga di dunia. Menurut laporan WHO, insidensi tuberkulosis di Indonesia pada tahun 2018 adalah 316 per 100.000 penduduk. Sementara itu sekitar 845.000 penduduk menderita tuberkulosis pada tahun 2018 (WHO, 2019a).

Beban penyakit tuberkulosis yang tertinggi diperkirakan berada pada kelompok usia 25-34 tahun, dengan prevalensi 753 per 100.000 penduduk. Laki-laki memiliki tingkat prevalensi yang lebih tinggi yaitu 1.083 per 100.000 penduduk dibandingkan dengan prevalensi perempuan sebesar 461 per 100.000 penduduk. Ada beban Tuberkulosis yang lebih tinggi di perkotaan (846 per 100.000 populasi) dibandingkan dengan pedesaan (674 per 100.000 populasi) dan di antara lansia yang berusia di atas 65 tahun (1.582 per 100.000). (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

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

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

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

Kordinator kader mempunyai peran untuk mengembangkan dan mengkoordinasikan rencana implementasi investigasi kontak, (kordinasi dengan Puskesmas termasuk data indeks, menyiapkan PMO untuk memenuhi kebutuhan pasien), menghubungkan pasien TB RO yang

didesentralisasi untuk pengobatan di PKM rujukan satelit dan memastikan pasien didampingi oleh kader.

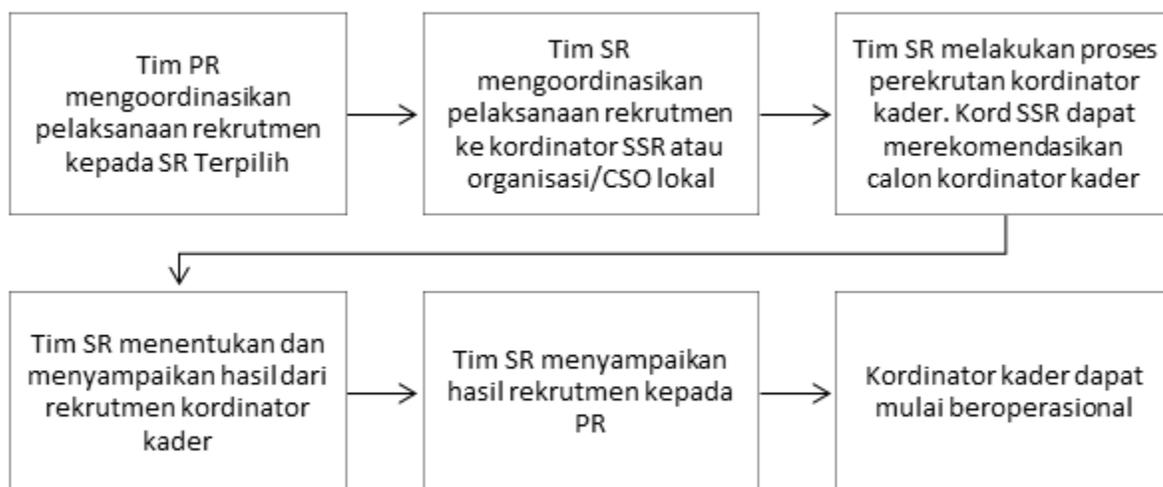
Tujuan

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

Deskripsi Kegiatan

- Koordinator kader bertanggung jawab untuk mengkoordinasi kegiatan investigasi kontak, community outreach dan memastikan pendampingan pasien TB RO yang menjalani pengobatan di PKM.
- Kordinator kader bekerjasama dengan PKM untuk memberikan menentukan PMO bagi pasien TB SO
- Kordinator kader bertugas menghubungkan pasien TB RO kepada layanan (PKM rujukan PMDT) dan kelompok dukungan yang tersedia dari awal hingga selesai pengobatan .
- Kordinator kader bertanggungjawab dan mengkordinasikan kader-kader antar kecamatan.
- Kordinator kader membantu kordinator SSR untuk melakukan validasi ke PKM
- Kordinator kader dibentuk berdasarkan kecamatan dan dibawah kordinasi kordinator SSR

Mekanisme Rekrutmen Kordinator Kader



Kordinator kader setidaknya memiliki kriteria sebagai berikut

- Terbuka untuk kader perempuan maupun laki-laki

- Bersedia dan komitmen sebagai koordinator kader.
- Merupakan kader terlatih minimal 2 tahun terakhir di program TBC, ATAU kader kesehatan di 22 Kabupaten/Kota baru.
- Memiliki kemampuan berkomunikasi dan berinteraksi dengan kader,
- Memiliki kemampuan melakukan koordinasi dan komunikasi dengan Puskesmas dan kader lintas Kecamatan

Tugas kordinator kader kecamatan adalah sebagai berikut:

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

Jumlah Koordinator Kader

- Koordinator kader akan direkrut 2 orang per kabupaten-kota.
- Total target dari 190 kabupaten-kota sebanyak 380 kordinator kecamatan yang akan direkrut.

Mekanise dan syarat Pembayaran

- Pembayaran dilakukan setiap bulan (monthly allowance) Rp. 900.000 dengan rincian sebagai berikut:
 - Subsidi Transport (150,000) x 6 hari (dalam sebulan)
- Pembayaran dapat dilakukan setelah melampirkan timesheet dan form validasi di PKM verifikasi dari PKM dan disetujui oleh koordinator SSR
- Tugas dan Tanggungjawab akan diatur dalam Surat Perjanjian Kerja (SPK).

Laporan

- Kordinator kader harus melampirkan SPK dan timesheet (template timesheet) – SPK dilampirkan pada saat pertama *allowance* diberikan.
- Laporan hasil validasi dari PKM yang sudah di otorisasi oleh Puskesmas.

BL. 19**Implement community-based monitoring feedback to strengthen the service quality of TB program**

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

Menurut WHO, monitoring berbasis komunitas sangat efektif dalam memastikan kesetaraan kesehatan serta bagaimana menangani faktor-faktor penentu sosial kesehatan (seperti hak asasi manusia dan kesetaraan gender); menerapkan layanan yang aman, berkualitas tinggi dan berpusat pada komunitas; dan meminta pengambil keputusan yang bertanggung jawab (Global Action Plan For Healthy Lives And Well-Being For All: Accelerator 3: Community And Civil Society Engagement, Discussion Paper for Non-State Actor Consultation on the Global Action Plan, April 2019; ¹

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

A. Serial FGD untuk Pengembangan CBMF**Deskripsi Kegiatan:**

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

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

- FGD dengan para pihak (CSO, Pemerintah, Mitra Pembangunan) untuk mendapatkan masukan pengembangan CBMF.

¹ https://www.who.int/docs/default-source/global-action-plan/gap-consultation-accelerator-3-discussion-paper-30-april-2019.pdf?sfvrsn=190c0a5f_2.

- FGD dengan pengguna layanan TB, pasien dan keluarga pasien dilakukan setidaknya dua kali yaitu; a). pada awal untuk mendapatkan masukan dan usulan, b). pertemuan di akhir proses pengembangan untuk mendapatkan masukan atas draft pengembangan CBMF.

Tujuan:

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

Bentuk Kegiatan:

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

Peserta:

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

- 3 patient supporter
- 2 kader
- 10 orang pasien, keluarga pasien dll (secara daring)

Struktur Anggaran:

FGD 1

- Peserta (15 orang)
 - Transport lokal
 - Meeting kit
 - Perdiem
 - Meeting package full-day
- Panitia (2 orang)
 - Transport lokal
 - Meeting kit
 - Perdiem
 - Meeting package full-day

FGD 2

- Peserta luring (10 orang)
 - Transport lokal
 - Meeting kit
 - Perdiem
 - Meeting package full-day
- Peserta daring (10 orang)
 - Fee biaya komunikasi (pengganti paket data)
- Panitia (2 orang)
 - Transport lokal
 - Meeting kit
 - Perdiem
 - Meeting package full-day

Output:

- Rekomendasi pengembangan konsep dan prosedur CBMF serta perangkat lunak OneImpact dari para pihak
- Rekomendasi finalisasi pengembangan konsep dan prosedur CBMF serta perangkat lunak OneImpact dari Komunitas untuk mendapatkan endorsement dari CCM/TWG TB.

Laporan:

- Notulensi
- Laporan Kegiatan
- Laporan Pertanggungjawaban keuangan
- Daftar hadir

B. Refining CBMF Tools: OneImpact Indonesia**Deskripsi Kegiatan:**

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

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

Tujuan:

- Pengembangan dan penyempurnaan perangkat lunak OneImpact Sehat sesuai hasil FGD untuk
- Penyusunan panduan penggunaan perangkat lunak OneImpact Sehat

Bentuk Kegiatan:

- Pengembangan perangkat lunak OneImpact Sehat (perubahan/penambahan variable, fitur, KIE, Analisa dashboard)
- Pengembangan panduan OneImpact Sehat

Struktur Anggaran:

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

Output:

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

Laporan:

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

C. Pengadaan Infrastruktur & Maintenance**Deskripsi Kegiatan:**

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

Tujuan:

- Beroperasinya perangkat lunak OneImpact Sehat yang didukung melalui ketersediaan infrastruktur
- Menampilkan dashboard OneImpact di website

Bentuk Kegiatan:

- Pengadaan server
- Pengadaan internet access
- Biaya maintenance (update, anti malware, dll)

Struktur Anggaran:

- Biaya pengadaan max. 2 server
- Biaya Hosting & maintenance

Output:

- Tersedia server
- Tersedia Hosting dan Maintenance

Laporan:

- Laporan pengadaan barang dan jasa
- Receipt pembayaran hosting dan maintenance

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

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

Selain itu, Lembaga pemerintah seperti Ombudsman, Komnas HAM, juga organisasi masyarakat seperti organisasi pasien, organisasi HAM atau lembaga bantuan hukum, Lembaga perlindungan konsumen juga penting untuk dilibatkan. Adanya aktor-aktor terkait pelayanan publik dan hak asasi manusia dapat memastikan bagaimana pengaduan terkait pelayanan TB dapat ditangani lebih lanjut oleh penyelenggara pelayanan publik dan dibantu oleh organisasi HAM/Lembaga bantuan hukum jika diperlukan. Kegiatan launching dilakukan dengan perpaduan antara kegiatan tatap muka namun juga secara daring dengan menggunakan media sosial. Selain launching, CBMF juga harus disosialisasikan kepada kelompok target pengguna. Launching akan dilakukan pada akhir tahun ke-1.

Tujuan:

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

Bentuk Kegiatan:

- Pertemuan untuk launching dan memperkenalkan CBMF dan OneImpact sehat bersama PR Konsorsium dan Kementerian Kesehatan RI
- Menjelaskan mekanisme dan alur pengelolaan umpan balik/pengaduan dari masyarakat terdampak TB
- Sosialisasi dengan menggunakan media kampanye berupa poster/audio-visual tentang “Ketahu Hak-mu” (dari BL 21)

Peserta:

Kegiatan launching melalui tatap muka:

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

Struktur Anggaran:

Peserta

- Half-day meeting package (50 orang)
- Transport lokal
- Meeting kit

Output:

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

Laporan:

- Laporan narasi kegiatan
- Laporan PERTUM
- Notulensi
- Dokumentasi

Deskripsi kegiatan

Kampanye 'Ketahui Hak-mu' adalah kegiatan yang fokus dilakukan di 20 kabupaten/kota wilayah industrial karena, berdasarkan salah satu rekomendasi JMM 2020, tantangan yang dialami pasien tuberkulosis (TBC) berkaitan dengan akses dan kualitas pelayanan kesehatan, pelanggaran hak asasi manusia (hak atas informasi, hak atas partisipasi, hak atas pekerjaan, dsb.) dan hilangnya pendapatan rumah tangga. Namun, pesan kunci dari kegiatan kampanye publik ini akan menitikberatkan peran pemerintah lintas sektor dalam menjamin ketersediaan, keterjangkauan, penerimaan, dan kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien TBC serta kelompok populasi kunci dan rentan (Orang dengan HIV/AIDS atau ODHA, pengguna napza suntik, kaum miskin perkotaan, pekerja pabrik, masyarakat yang tinggal di tempat kumuh dan padat termasuk Lapas, buruh dan buruh migran, orang di rumah detensi imigrasi, dan petugas kesehatan pelayanan TBC).

Kegiatan:

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

Tujuan:

Aktivitas Kampanye Publik 'Ketahui Hak-mu' bertujuan untuk meningkatkan kesadaran tentang hambatan Sosioekonomi, Hak Asasi Manusia, dan ketidaksetaraan/kekerasan berbasis Gender dalam mengakses pelayanan TBC yang berkualitas.

Bentuk Kegiatan:

Bentuk kegiatan kampanye oleh SR Tematik:

- Menggunakan radio, media digital dan/atau cetak yang dapat diakses publik
- Mengupayakan partisipasi semua gender
- Konferensi pers melibatkan pemangku kebijakan daerah, sektor swasta, panitia, dan komunitas terdampak TBC (2021)

- Iklan Layanan Masyarakat harian (2021, 2022) dalam 4 Bahasa Daerah, 1 Bahasa Indonesia tentang akses pelayanan TBC gratis dan Terapi Pencegahan Tuberkulosis
- Talkshow radio triwulan (2021, 2022) tentang Hak Pasien bersama komunitas dan pemerintah tentang TBC dalam konteks: Pekerjaan, perlindungan sosial, dukungan psikologis, perumahan, dsb.
- Kegiatan dilaksanakan oleh SR Tematik dengan jaringan media nasional yang memiliki jaringan di Daerah

Peserta dan Panitia:

Kegiatan kampanye 'Ketahui Hak-mu':

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

Struktur Budget

Konferensi Pers

- Wartawan
 - Transport lokal
 - Snack
 - Makan siang
- Narasumber Konferensi pers
 - Biaya narasumber
 - Transport lokal
 - Snack
 - Makan siang
- Panitia SR Tematik
 - Transport lokal
 - Snack
 - Makan siang

Iklan Layanan Masyarakat dalam 4 Bahasa Daerah & 1 Bahasa Indonesia

- Spot Primetime
 - Produksi
 - Airtime

Radio Talk show

- Dialog Interaktif dalam Studio
 - Produksi
 - Airtime
 - Narasumber

Output

- Penyintas/Pasien TBC dan kelompok populasi kunci dan rentan dapat menyuarakan perspektif mereka kepada Pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat umum
- 8 dialog publik antara masyarakat terdampak TBC dan pemangku kebijakan untuk mengupayakan mengatasi hambatan HAM dan Gender dalam mengakses pelayanan TBC berkualitas dan setara
- 5 Iklan Layanan Masyarakat tentang akses pelayanan TBC didengar ~45 juta penduduk Indonesia

Laporan untuk pelaksanaan kegiatan

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan konferensi pers:

- Daftar hadir
- Laporan narasi kegiatan
- Laporan PERTUM

Iklan Layanan Masyarakat & Talk show:

- Soft copy audio
- Kontrak kerja sama
- Bukti siar

BL.22	Monitor dan respon kampanye/tindakan negatif yang berpotensi menimbulkan stigma dan diskriminasi terhadap kelompok masyarakat terdampak TBC
-------	---

Deskripsi kegiatan:

Aktivitas ini merupakan bagian dari respon terhadap laporan hasil *Community Based Monitoring and Feedback* (CBMF) di tingkat kabupaten/kota dan kecamatan. Insiden stigma dan diskriminasi, ketidaksetaraan gender, pelanggaran Hak Asasi Manusia (HAM), dan pelanggaran hukum dapat dilaporkan oleh pasien TBC/pendamping pasien/kader/Pengawas Minum Obat (PMO) melalui pendokumentasian kasus secara manual atau aplikasi *OneImpact* SEHAT. Setelah laporan insiden diverifikasi oleh SR Tematik, Tim Respon Komunitas di tingkat kabupaten/kota akan melakukan tindak lanjut melalui pertemuan di tingkat kecamatan dan/atau di tingkat kabupaten/kota bersama pemangku kepentingan terkait.

Kegiatan:

- Aktivitas tim respon kabupaten/kota terhadap hasil umpan balik berbasis komunitas terhadap stigma dan diskriminasi, pelanggaran HAM dan hukum yang dihadapi pasien TBC dan/atau kelompok populasi kunci dan rentan.
- Tim Respon adalah bagian dari sistem komunitas di dalam sistem kesehatan masyarakat yang lebih luas
- Kegiatan dilakukan selama 24 bulan pada tahun kedua dan ketiga (Q6-Q12 2023) oleh SSR kabupaten/kota wilayah industrial
- Tim Respon terdiri dari Paralegal TB, Koordinator Kader Kecamatan, anggota jaringan Perhimpunan Organisasi Pasien Tuberkulosis (POP TB) setempat, anggota Kelompok Masyarakat Peduli Tuberkulosis (KMP TB), Paralegal HIV/AIDS dan anggota organisasi/komunitas HIV/AIDS, serta Organisasi Bantuan Hukum dan Organisasi Perempuan. Implementasi aktivitas didukung oleh SSR sebagai sekretariat Tim Respon.
- Tim Respon dapat melaksanakan kegiatan respon dan advokasi pada beberapa pemangku kepentingan/kebijakan pada berbagai tingkatan administratif seperti:
 - Kecamatan: Puskesmas, Pejabat Kecamatan, Pejabat Kelurahan, Pejabat Desa, Sekolah, RT/RW
 - Kabupaten/kota: Organisasi Perangkat Daerah lintas sektor, DPRD, Forum, Media, Perusahaan, Organisasi Non-Pemerintah
 - Nasional dan Provinsi (bersama PR dan/atau SR Provinsi): Ombudsman, DPR RI, Kementerian/Lembaga, Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia, Media, Perusahaan, Organisasi Non-Pemerintah

Tujuan

Aktivitas ini merupakan suatu mekanisme yang diprakarsai komunitas dan masyarakat untuk berkoordinasi, dan melaksanakan respon terhadap tantangan dan kebutuhan kelompok masyarakat terdampak TBC yang menghadapi stigma dan diskriminasi, ketidaksetaraan gender, pelanggaran HAM, dan pelanggaran hukum.

Umumnya pelaksanaan pertemuan oleh Tim Respon Komunitas bertujuan untuk mempromosikan kesehatan, kesetaraan gender, dan HAM kepada pemangku kepentingan terkait di sektor kesehatan dan non-kesehatan. Tim Respon utamanya bekerja di tingkat kab/kota dan kecamatan, namun, jika diperlukan advokasi lanjutan ke tingkat Provinsi atau Nasional, tim dapat berkoordinasi dengan PR dan/atau SR Provinsi.

Bentuk Kegiatan

Bentuk kegiatan Tim Respon di 20 kab/kota: Pertemuan rapat, half-day meeting

- Pertemuan rapat diorganisir oleh Paralegal TB bersama kantor SSR kab/kota melibatkan Koordinator Kader Kecamatan, anggota OMS dan komunitas TBC serta HIV/AIDS, Organisasi Bantuan Hukum, dan Organisasi Perempuan
- Dilakukan setiap 2 bulan di tingkat kabupaten/kota (6x/tahun)
- Pada tahun 2022, dua pertemuan pertama adalah sosialisasi tentang hambatan hak asasi manusia dan kesetaraan gender, pendampingan kasus oleh tim respon

Peserta dan Narasumber

Pertemuan rapat diorganisir oleh Tim Respon: Half-day meeting

10 peserta pertemuan rapat:

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

1 narasumber: pengacara pro bono

1 staf SSR membantu administrasi penyelenggaraan pertemuan

Struktur Anggaran

- Peserta
 - Transport lokal
 - Snack
 - Lunch

- Narasumber
 - Transport lokal
 - Snack
 - Lunch

Output

- 20 Tim Respon Komunitas kabupaten/kota terbentuk untuk memperkuat sistem komunitas dalam mempromosikan kesehatan, kesetaraan gender, dan HAM dalam pelayanan TBC
- Laporan dua bulanan insiden dan pendampingan masyarakat terdampak TBC yang mengalami stigma dan diskriminasi, ketidaksetaraan gender, pelanggaran HAM, dan pelanggaran hukum

Laporan untuk pelaksanaan kegiatan (sesuai Juknis dari PR)

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan setiap bulan:

- Laporan dua bulanan Tim Respon Komunitas
- Daftar hadir pertemuan
- Foto kegiatan Tim Respon Komunitas
- Laporan PERTUM SSR

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

No	Provinsi	Kab/Kota
1	Jawa Timur	Gresik
2	Jawa Timur	Pasuruan
3	Jawa Timur	Kota Sidoarjo
4	Jawa Timur	Kota Surabaya
5	DKI Jakarta	Jakarta Timur
6	DKI Jakarta	Jakarta Utara
7	Kepri	Kota Batam
8	Sumatera Utara	Deli Serdang
9	Banten	Kota Tangerang Selatan
10	Banten	Kab. Tangerang

11	Banten	Kab. Serang
12	Banten	Kota Cilegon
13	Jawa Barat	Purwakarta
14	Jawa Barat	Kab. Bekasi
15	Jawa Barat	Kota Bekasi
16	Jawa Barat	Kab. Bogor
17	Jawa Barat	Karawang
18	Jawa Barat	Subang
19	Jawa Tengah	Kota Semarang
20	Jawa Tengah	Kendal
Total	7 Provinsi	20 kab/kota

Deskripsi kegiatan:

Pertemuan pelatihan paralegal merupakan kegiatan lanjutan dari Pelatihan Sensitisasi Hak Asasi Manusia (HAM) dan Gender untuk komunitas. Aktivitas ini dilakukan selama 4 hari oleh SR Tematik kepada 40 anggota organisasi masyarakat sipil (OMS) yang berkiprah di program tuberkulosis (TBC) dan komunitas pasien/penyintas TBC dari 20 kabupaten/kota SSR. Aktivitas ini bertujuan untuk meningkatkan keterampilan OMS dan komunitas tentang pendokumentasian kasus dan pendampingan bagi pasien TBC yang mengalami pelanggaran hukum dan/atau HAM di bawah supervisi Advokat/Organisasi Badan Hukum.

Kegiatan:

- Pelatihan ditargetkan untuk 2 anggota OMS dan komunitas pasien/penyintas TBC per kab/kota. Peserta yang memiliki skor min.90% dari Pelatihan Sensitisasi Hak Asasi Manusia (HAM) dan Gender untuk komunitas (BL 1.5.5.4) dan memiliki dedikasi mendalam isu HAM, Gender, dan hukum terkait penanggulangan TBC diharapkan mengikuti seleksi calon paralegal.
- Peserta yang diutamakan adalah penyintas TBC dan/atau memiliki anggota keluarga yang terdampak TBC, bekerja sebagai Manajer Kasus atau menjadi relawan Kader dan Pendamping Pasien TBC resisten obat.
- Kegiatan pelatihan dilakukan selama 4 hari pada tahun kedua (Q5, 2022) oleh SR Tematik untuk 40 peserta berasal dari 20 kabupaten/kota
- Pelatihan paralegal wajib diselenggarakan oleh SR Tematik bersama Organisasi Badan Hukum (OBH) yang memberikan bantuan hukum atau lembaga pemerintah yang menjalankan fungsi di bidang hukum setelah mendapat persetujuan dari Badan Pembinaan Hukum Nasional (BPHN).
- Modul pelatihan akan diadaptasi dari modul pelatihan paralegal tingkat dasar yang dimiliki oleh mitra Organisasi Bantuan Hukum dilengkapi dengan materi TB dan HAM:
 - Global Coalition of Tuberculosis Activists. (2020). Activating A Rights-Based Tuberculosis Response: A Technical Brief for Policymakers and Program Implementers
 - Activists Coalition on Tuberculosis Asia-Pacific (ACT! AP). (2019). The Right to Breathe: Human Rights Training for TB Survivors and Affected Communities Manual for Facilitators
 - TB People dan Stop TB Partnership. (2018). Deklarasi Orang Terdampak Tuberkulosis.
 - 3 paket modul pelatihan paralegal komunitas HIV/AIDS. Indonesia AIDS Coalition.

Tujuan:

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

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

Bentuk Kegiatan:

- Penyusunan modul
- Kegiatan pelatihan oleh SR Tematik mengundang 2 peserta dari 20 kab/kota: Full-board meeting selama 4 hari
 - Menggunakan metode belajar orang dewasa dengan pendekatan ceramah, curah pendapat, penugasan kelompok, dan bermain peran serta teknik lain dalam modul
 - Mengupayakan partisipasi semua gender
 - Tersedia pre- dan post-test dari pelatihan
 - Tersedia *e-certificate* kegiatan untuk peserta
 - 3 fasilitator yang diorganisir oleh SR Tematik dari OBH dan/atau lembaga pemerintah di bidang hukum yang mendapat persetujuan BPHN

Peserta, Fasilitator, dan Panitia:

Pelatihan paralegal oleh SR Tematik di tingkat pusat:

- Max. 40 peserta, anggota OMS dan komunitas penyintas/pasien TBC
- 2 Narasumber (Badan Pembinaan Hukum Nasional/OBH dan Komnas HAM/Kemkes RI)
- 3 Fasilitator pelatihan
- 1 Panitia administrasi SR Tematik

Struktur Budget

Penyusunan modul:

- Fee Konsultan nasional (20 hari) rapat dengan SR Tematik dan PR Konsorsium Penabulu-STPI

Pelatihan paralegal oleh SR Tematik di tingkat pusat:

- Peserta

- Tiket pesawat
- Transport lokal
- Airport transport
- Full-board package
- Narasumber Eselon II atau tingkat Direktur/Manajer di OMS
 - Biaya narasumber
 - Transport lokal
 - Fullboard package
- Fasilitator SR Tematik dan PR
 - Transport lokal
 - Fullboard package
- Panitia SR Tematik
 - Fullboard package
 - Transport lokal

Output

- 40 orang dari OMS dan komunitas pasien/penyintas TBC memiliki keterampilan dasar sebagai paralegal untuk komunitasnya dan terhubung ke Organisasi Badan Hukum atau BPHN
- Rata-rata hasil post-test anggota OMS dan komunitas penyintas/pasien yang terlatih adalah 80%

Laporan untuk pelaksanaan kegiatan (sesuai Juknis dari PR)

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan:

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

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

No	Provinsi	Kab/Kota
1	Jawa Timur	Gresik
2	Jawa Timur	Pasuruan
3	Jawa Timur	Kota Sidoarjo

4	Jawa Timur	Kota Surabaya
5	DKI Jakarta	Jakarta Timur
6	DKI Jakarta	Jakarta Utara
7	Kepri	Kota Batam
8	Sumatera Utara	Deli Serdang
9	Banten	Kota Tangerang Selatan
10	Banten	Kab. Tangerang
11	Banten	Kab. Serang
12	Banten	Kota Cilegon
13	Jawa Barat	Purwakarta
14	Jawa Barat	Kab. Bekasi
15	Jawa Barat	Kota Bekasi
16	Jawa Barat	Kab. Bogor
17	Jawa Barat	Karawang
18	Jawa Barat	Subang
19	Jawa Tengah	Kota Semarang
20	Jawa Tengah	Kendal
Total	7 Provinsi	20 kab/kota

Deskripsi kegiatan:

Pertemuan pelatihan paralegal merupakan kegiatan lanjutan dari Pelatihan Paralegal tingkat Dasar untuk komunitas (BL 1.5.5.5). Aktivitas ini dilakukan selama 4 hari oleh SR Tematik kepada 40 paralegal terlatih yang berasal dari organisasi masyarakat sipil (OMS) dan komunitas pasien/penyintas tuberkulosis (TBC) dari 20 kabupaten/kota SSR. Aktivitas ini bertujuan untuk meningkatkan keterampilan OMS dan komunitas tentang pendokumentasian kasus dan pendampingan bagi pasien TBC yang mengalami pelanggaran hukum dan/atau HAM di bawah supervisi Advokat/Organisasi Badan Hukum.

Kegiatan:

- Pelatihan ditargetkan untuk 2 anggota OMS dan komunitas pasien/penyintas TBC per kab/kota. Peserta yang dapat mengikuti pelatihan wajib telah mengikuti rekrutmen dan kegiatan pelatihan tingkat dasar (BL 1.5.5.5) pada Q5 2022
- Kegiatan pelatihan dilakukan selama 4 hari pada tahun kedua (Q6, 2022) oleh SR Tematik untuk 40 peserta berasal dari 20 kabupaten/kota
- Pelatihan paralegal wajib diselenggarakan oleh SR Tematik bersama Organisasi Badan Hukum (OBH) yang memberikan bantuan hukum atau lembaga pemerintah yang menjalankan fungsi di bidang hukum setelah mendapat persetujuan dari Badan Pembinaan Hukum Nasional (BPHN).
- Modul pelatihan akan diadaptasi dari modul pelatihan paralegal tingkat lanjutan yang dimiliki oleh mitra Organisasi Bantuan Hukum dilengkapi dengan materi TB dan HAM:
 - Global Coalition of Tuberculosis Activists. (2020). Activating A Rights-Based Tuberculosis Response: A Technical Brief for Policymakers and Program Implementers
 - Activists Coalition on Tuberculosis Asia-Pacific (ACT! AP). (2019). The Right to Breathe: Human Rights Training for TB Survivors and Affected Communities Manual for Facilitators
 - TB People dan Stop TB Partnership. (2018). Deklarasi Orang Terdampak Tuberkulosis.
 - 3 paket modul pelatihan paralegal komunitas HIV/AIDS. Indonesia AIDS Coalition.

Tujuan:

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

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

Bentuk Kegiatan:

Bentuk kegiatan pelatihan oleh SR Tematik mengundang 2 peserta dari 20 kab/kota: Full-board meeting selama 4 hari

- Menggunakan metode belajar orang dewasa dengan pendekatan ceramah, curah pendapat, penugasan kelompok, dan bermain peran serta teknik lain dalam modul
- Mengupayakan partisipasi semua gender
- Tersedia pre- dan post-test dari pelatihan
- Tersedia e-certificate kegiatan untuk peserta
- 3 fasilitator yang diorganisir oleh SR Tematik dari OBH dan/atau lembaga pemerintah di bidang hukum yang mendapat persetujuan BPHN

Peserta, Fasilitator, dan Panitia:

Pelatihan paralegal oleh SR Tematik di tingkat pusat:

- Max. 40 peserta, anggota OMS dan komunitas penyintas/pasien TBC
- 2 Narasumber (Badan Pembinaan Hukum Nasional/OBH dan Komnas HAM/Kemkes RI)
- 3 Fasilitator pelatihan
- 1 Panitia administrasi SR Tematik

Struktur Budget

Pelatihan paralegal oleh SR Tematik di tingkat pusat:

- Peserta
 - Tiket pesawat
 - Transport lokal
 - Airport transport
 - Perdiem
 - Full-board package
- Narasumber Nasional
 - Biaya narasumber
 - Transport lokal
 - Fullboard package

- Fasilitator SR Tematik dan PR
 - Transport lokal
 - Fullboard package
- Panitia SR Tematik
 - Fullboard package
 - Transport lokal

Output

- 40 orang dari OMS dan komunitas pasien/penyintas TBC memiliki keterampilan lanjutan sebagai paralegal untuk komunitasnya dan terhubung ke Organisasi Badan Hukum/BPHN
- Rata-rata hasil post-test anggota OMS dan komunitas penyintas/pasien yang terlatih adalah 80%

Laporan untuk pelaksanaan kegiatan (sesuai Juknis dari PR)

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan:

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

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

No	Provinsi	Kab/Kota
1	Jawa Timur	Gresik
2	Jawa Timur	Pasuruan
3	Jawa Timur	Kota Sidoarjo
4	Jawa Timur	Kota Surabaya
5	DKI Jakarta	Jakarta Timur
6	DKI Jakarta	Jakarta Utara
7	Kepri	Kota Batam
8	Sumatera Utara	Deli Serdang
9	Banten	Kota Tangerang Selatan

10	Banten	Kab. Tangerang
11	Banten	Kab. Serang
12	Banten	Kota Cilegon
13	Jawa Barat	Purwakarta
14	Jawa Barat	Kab. Bekasi
15	Jawa Barat	Kota Bekasi
16	Jawa Barat	Kab. Bogor
17	Jawa Barat	Karawang
18	Jawa Barat	Subang
19	Jawa Tengah	Kota Semarang
20	Jawa Tengah	Kendal
Total	7 Provinsi	20 kab/kota

BL.26

Kolaborasi dengan Advokat/Organisasi Bantuan Hukum untuk Pelayanan Legal Terhadap Pasien TB-HIV

Deskripsi Kegiatan

Aktivitas ini merupakan kegiatan lanjutan dari Pelatihan Paralegal tingkat Lanjutan untuk komunitas (BL 1.5.5.6). Kegiatan ini menyediakan kesempatan magang selama 1 tahun di Organisasi Badan Hukum bagi 5 paralegal terlatih yang telah melaporkan dan/atau mendampingi kasus yang dialami pasien tuberkulosis (TBC) dan TB/HIV di 5 kabupaten/kota. Aktivitas ini bertujuan untuk meningkatkan keterampilan OMS dan komunitas tentang pendokumentasian kasus dan pendampingan bagi pasien TBC yang mengalami pelanggaran hukum dan/atau HAM di bawah supervisi Advokat/Organisasi Badan Hukum.

Kegiatan:

- Magang ditargetkan untuk 5 anggota OMS (diutamakan komunitas pasien/penyintas TBC) yang telah mengikuti dua pelatihan paralegal pada Q5 dan Q6 2022. Prioritas penempatan magang diberikan kepada paralegal yang berhasil mendokumentasikan kasus dan/atau mendampingi pasien mengakses bantuan hukum di kota/kab.
- Kegiatan magang dilakukan selama 12 bulan pada tahun ketiga (Q9-Q12 2023) diprakarsai oleh SR Tematik bekerja sama dengan 5 Organisasi Badan Hukum (OBH) di tingkat kab/kota. Diutamakan wilayah dengan beban TBC tinggi dan kesenjangan notifikasi kasus yang besar pada tahun 2021.
- Bentuk kerja sama antara SR Tematik dengan 5 Organisasi Bantuan Hukum berdasarkan pada Nota Kesepahaman dengan ketentuan:
 - OBH memberikan materi bimbingan paralegal, memfasilitasi rapat pembahasan kasus, serta dukungan sarana-prasarana lainnya untuk pendampingan kasus wajib diselenggarakan oleh OBH di tiap kab/kota
 - Memberikan uang pengganti transport & uang telekomunikasi bulanan kepada paralegal komunitas TBC
 - Memberikan sertifikat lolos magang
 - Melakukan 4 webinar tentang TBC, Hukum, HAM, dan Gender

Tujuan:

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

Aktivitas magang dengan OBH diharapkan dapat mengasah keterampilan paralegal komunitas TBC tentang mekanisme litigasi kasus bagi kaum miskin dan rentan di wilayahnya, khususnya yang terdampak TBC. Kegiatan magang dilakukan di kabupaten/kota wilayah industri karena JMM 2020 mengidentifikasi masalah dan hambatan utama pasien TBC berkaitan dengan lingkungan pekerjaan. Aktivitas ini dibatasi pada 5 kabupaten/kota karena pendekatan hukum merupakan intervensi baru untuk program TBC di Indonesia sehingga diperkirakan tidak terlalu banyak kasus yang dapat ditindaklanjuti oleh paralegal.

Bentuk Kegiatan:

Bentuk kegiatan magang 5 paralegal dengan OBH di 5 kab/kota. Dilakukan di tahun ke-3 program: Insentif paralegal

- Menggunakan metode belajar orang dewasa dengan pendekatan ceramah, curah pendapat, penugasan kelompok, dan bermain peran serta teknik lain dalam modul
- Mengupayakan partisipasi semua gender
- Tersedia catatan hasil akhir magang dari OBH untuk paralegal terpilih
- Tersedia e-certificate setelah selesai magang
- Kegiatan magang adalah kolaborasi dengan OBH untuk melakukan supervisi terhadap paralegal komunitas TBC yang terlatih. Kasus yang dilaporkan dan didampingi paralegal dapat berlanjut dalam proses litigasi.

Peserta dan Narasumber:

Dukungan SR Tematik kepada paralegal:

- 5 Nota Kesepahaman dengan Organisasi Badan Hukum
- 5 paralegal dari 5 kabupaten/kota wilayah industri menerima insentif selama 1 tahun

Struktur Budget

- Incentive Paralegal (Lumpsum: Rp 3.500.000/bulan/peserta magang)
- Incentive Mentor untuk Skema Magang Paralegal TB di Organisasi Badan Hukum (Lumpsum: Rp 4.000.000/bulan)

Output

- 5 Paralegal dari OMS dan komunitas pasien/penyintas TBC terhubung ke OBH dan melaporkan serta mendampingi masyarakat terdampak TBC mengakses bantuan hukum di wilayahnya
- Laporan bulanan kegiatan magang paralegal
- Laporan pendokumentasian kasus
- 20 Webinar dari OBH tentang TBC, Hukum, HAM dan Gender

Laporan untuk Pelaksanaan Kegiatan (sesuai Juknis dari PR)

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan setiap bulan:

- Laporan narasi paralegal (kasus yang dilaporkan, kasus yang didampingi, dan informasi pembelajaran dari narasumber di OBH)
- Foto kegiatan rapat paralegal di OBH
- Laporan PERTUM SSR

Kegiatan akan Dilaksanakan oleh SR Tematik di 5 kab/kota SSR Wilayah TB HIV/Industrial dengan Kriteria:

- Beban TBC >1.000 kasus baru pada tahun 2021
- Gap treatment coverage terbesar di antara 20 kab/kota SSR wilayah industrial (Gap >45%) pada 2021

Rasional: Kesenjangan yang besar dalam treatment coverage dapat mengindikasikan adanya hambatan terhadap akses ke pelayanan kesehatan

Deskripsi Kegiatan

Mantan pasien dan pasien TB MDR yang menjalani pengobatan TB MDR sampai sembuh membentuk suatu organisasi atau perkumpulan yang tujuannya untuk dapat membantu mengurangi stigma dan diskriminasi pasien TB khususnya pasien TB MDR dengan kegiatan berupa, (a) dukungan psikososial pada pasien TB MDR, dan (b) meningkatkan akses terhadap dukungan pengobatan dan perawatan TB MDR

Organisasi mantan pasien TB MDR dibentuk di beberapa kota di wilayah Indonesia dengan berpusat pada kantor pusat bernama POP TB yang kemudian menjadi SR Nasional dalam implementasi program dana hibah STPI-Penabulu. Organisasi mantan pasien TB bekerja di rumah sakit *Programmatic Management of Drug-resistant TB* (PMDT) yang tersebar di berbagai provinsi di Indonesia. Dalam konteks ini, diperlukan koordinasi dan kolaborasi antara organisasi di tingkat Nasional dan tingkat Provinsi atau Kabupaten/Kota untuk menyamakan persepsi, berbagi pengalaman, dan mengembangkan jejaring antar organisasi. Maka dari itu dilakukan kolaborasi koordinasi antara organisasi mantan pasien dengan PR, NTP, dan lembaga komunitas lainnya.

Tujuan

Organisasi mantan pasien TB dapat berkontribusi dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit TB di Indonesia di tingkat Pusat/Daerah, dengan :

- Menyusun rencana bersama untuk mengembangkan jejaring organisasi pasien TB di kab/kota baru dan upaya advokasi yang dipimpin oleh komunitas terdampak TBC
- Memberikan dukungan sebaya untuk pasien TB resistan obat yang masih menjalani pengobatan di RS PMDT

Bentuk Kegiatan

- Pertemuan koordinasi nasional diadakan 1 (satu) kali per tahun di tingkat nasional. Kegiatan diadakan selama 5 hari.
- Pertemuan pasien TB resistan obat dengan organisasi pasien TB di RS PMDT di 12 RS, dilakukan 1 hari di setiap kwartal.

Peserta, Narasumber, Panitia

Pelaksana kegiatan adalah SR Tematik dengan detail komponen sebagai berikut :

A. PERTEMUAN KOORDINASI NASIONAL ORGANISASI PASIEN TBC

- **Dilaksanakan 1 kali dalam setahun di tingkat nasional**
- **Peserta rapat** koordinasi nasional organisasi pasien: 1-2 orang perwakilan dari tiap organisasi
 - Daring, 2021 : 20 Organisasi di 13 Provinsi, 32 peserta
 - Luring, 2022 : 21 Organisasi di 14 Provinsi (1 target provinsi baru), 42 peserta
 - Luring, 2023 : 23 Organisasi di 16 Provinsi (2 target provinsi baru), 46 peserta
- **Narasumber**
 - 3 Narasumber Nasional (Kemkes RI, OMS, K/L terkait)
- **Fasilitator**
 - 2 orang fasilitator nasional
- **Panitia**
 - 2 orang panitia SR Tematik

B. PERTEMUAN KOORDINASI ORGANISASI PASIEN TB DENGAN PASIEN TB RO DI RS PMDT

- Dilaksanakan 1 kali setiap kwartal, mulai 2021 - 2023
- **Lokasi** : 12 RS PMDT
- **Peserta** : 20 orang pasien TB resistan obat
- **Fasilitator** : 2 orang dari organisasi mantan pasien

Struktur Budget

A. PERTEMUAN KOORDINASI NASIONAL ORGANISASI PASIEN TBC

1. PERTEMUAN KOORDINASI NASIONAL ORGANISASI PASIEN TB NASIONAL - DARING (2021)

- **Peserta**
 - Penggantian paket data
- **Narasumber**
 - Fee narasumber nasional
- **Fasilitator**
 - Fee Fasilitator

2. PERTEMUAN KOORDINASI NASIONAL ORGANISASI PASIEN TB NASIONAL - LURING (2022-2023)

- **Peserta Lokal (DKI Jakarta)**
 - Transport lokal
 - Perdiem Fullboard
 - Fullboard meeting package

- **Peserta luar kota:**
 - Airfare, Transport bandara/ Transport intercity
 - Full board Meeting
 - Perdiem Fullboard meeting

- **Narasumber:**
 - Fullday Meeting Package
 - Fee Narsum
 - Transport lokal

- **Fasilitator:**
 - Transport lokal
 - Fullboard meeting package
 - Fee fasilitator

- **Panitia:**
 - Transport Lokal
 - Perdiem Fullboard
 - Fullboard Meeting Package

B. PERTEMUAN KOORDINASI ORGANISASI PASIEN TB DENGAN PASIEN TB RO DI RS PMDT

- **Peserta:**
 - Transport
 - Snacks and lunch
 - Meeting kit

- **Fasilitator:**
 - Fasilitator fee
 - Snacks and lunch
 - Meeting kit

Output

- Meningkatkan koordinasi dan kolaborasi antara jaringan organisasi mantan pasien dan pasien
- Mengharmonisasikan perencanaan SR Tematik, PR Komunitas, dan K/L terkait

Laporan

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

Peserta

A. PERTEMUAN KOORDINASI NASIONAL ORGANISASI PASIEN TBC

Peserta kegiatan dari 20 organisasi diundang dari 13 provinsi

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

B. PERTEMUAN KOORDINASI ORGANISASI PASIEN TB DENGAN PASIEN TB RO DI RS PMDT

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

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

Deskripsi Kegiatan:

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

Penekanan kata “minimal” dalam istilah SPM ini mengacu pada batas minimal tingkat cakupan dan kualitas pelayanan dasar yang mampu dicapai oleh setiap daerah sesuai batas waktu yang ditetapkan pemerintah. Keberadaan SPM memberikan manfaat kepada semua pihak baik. Oleh karena tingkat kesejahteraan masyarakat tergantung pada tingkat pelayanan publik yang diberikan oleh pemerintah daerah, maka SPM diharapkan dapat menjadi suatu ukuran yang sangat diperlukan baik oleh pemerintah daerah maupun oleh masyarakat/konsumen itu sendiri untuk menilai kinerja pelayanan yang disediakan oleh pemerintah daerah.

Salah satu permasalahan besar terkait Kesehatan yang harus ditangani dengan baik oleh pemerintah Kabupaten/Kota adalah penanggulangan TB dan HIV/AIDS. Pelayanan Kesehatan orang dengan TB dan HIV/AIDS menjadi jenis layanan dasar yang diatur di dalam SPM Bidang Kesehatan. Disebutkan di dalam SPM bahwa setiap orang dengan TB dan HIV/AIDS wajib mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.

Pelaksanaan SPM bidang kesehatan khususnya penanggulangan TB dan HIV/AIDS di Kota/Kabupaten membutuhkan komitmen dari kepala daerah. Komitmen ini bisa ditunjukkan dalam bentuk rencana aksi penanggulangan TB-HIV yang komprehensif di tingkat kabupaten/kota. Salah satu langkah penting di dalam mewujudkan rencana aksi adalah memastikan pemerintah daerah memasukkan program TB dan HIV/AIDS dalam rencana kerja anggaran. Upaya ini harus dilakukan secara persisten dengan melibatkan berbagai pihak salah satunya adalah organisasi berbasis komunitas advokasi program penanggulangan TB dan HIV/AIDS.

Tujuan:

Advokasi program penanggulangan TB dan HIV/AIDS adalah kegiatan yang terencana, terkoordinasi melalui prinsip kemitraan melalui forum kerja sama dengan tujuan:

- Menempatkan TB dan HIV/AIDS sebagai hal/perhatian utama dalam agenda politik dan pembangunan

- Mendorong komitmen politik dari pemangku kebijakan yang ditandai adanya peraturan/produk hukum untuk mendukung upaya penanggulangan TB dan HIV/AIDS berbasis komunitas
- Meningkatkan dan mempertahankan kesinambungan pembiayaan dan sumber daya lainnya untuk penanggulangan TB dan HIV/AIDS berbasis komunitas
- Memperkuat komunikasi dan koordinasi bagi organisasi TB dan HIV/AIDS berbasis komunitas di tingkat kabupaten/kota
- Rapat dilakukan di dinas Kesehatan/kantor organisasi masyarakat sipil secara bergantian selama 3 tahun periode implementasi program

Bentuk Kegiatan:

- Kegiatan dilakukan oleh SSR di 20 kabupaten/kota wilayah irisan program TB dan HIV/AIDS komunitas untuk 2021-2023
- Dilaksanakan saku kali setiap 6 bulan atau sebanyak 6 kali selama tahun 2021-2023 untuk setiap kabupaten/kota
- Kegiatan merupakan halfday meeting
- Setiap pertemuan melibatkan ± 25 orang dari organisasi berbasis komunitas dan jejaring mitra mereka. Di daerah yang memiliki paralegal, penting untuk melibatkan paralegal dan organisasi bantuan hukum setempat.
- Kegiatan diawali dengan pertemuan telaah situasi dan kebijakan terkait kolaborasi TB-HIV serta perencanaan bersama

Peserta:

Peserta maksimal 25 orang yang terdiri dari

- 2 fasilitator (Staf program SSR)
- 2 kader koordinator kecamatan
- 2 paralegal (jika ada)
- 2 organisasi HIV/AIDS
- 2 organisasi pemberdayaan masyarakat/pelayanan publik
- 2 tokoh masyarakat/tokoh agama
- 1 organisasi bantuan hukum
- 1 Wasor TB
- 1 Wasor HIV/AIDS

Struktur Anggaran:

- Fasilitator dan Peserta
 - Lunch
 - Snack
 - Local transport

Output:

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

Laporan:

- Notulensi dan Laporan narasi kegiatan
- Daftar hadir
- Laporan PERTUM

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

No	Provinsi	Kab/Kota
1	Kepulauan Riau	Kota Batam
2	Sumatera Barat	Kota Padang
3	Sumatera Utara	Deli Serdang
4	Jambi	Kota Jambi
5	Lampung	Kota Bandar Lampung
6	Sumatera Selatan	Kota Palembang
7	Banten	Kota Tangerang
8	DKI Jakarta	Kota Jakarta Utara
9	Jawa Barat	Kota Bandung

10	DI Yogyakarta	Kota Yogyakarta
11	Jawa Tengah	Kota Semarang
12	Jawa Timur	Kota Surabaya
13	Bali	Kota Denpasar
14	Nusa Tenggara Barat	Kota Mataram
15	Nusa Tenggara Timur	Kota Kupang
16	Papua	Kota Jayapura
17	Papua Barat	Kota Sorong
18	Kalimantan Barat	Kota Pontianak
19	Sulawesi Selatan	Kota Makassar
20	Sulawesi Utara	Kota Manado
Total	20 Provinsi	20 kabupaten

Catatan: Kegiatan ini dapat menjadi salah satu tindak lanjut dari pelaksanaan BL 72 - Training Sensitisasi TBC dan/atau BL 28 - Pembentukan KMP (analisis situasi, identifikasi peran stakeholder)

Deskripsi kegiatan

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

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

Pada saat ini program penanggulangan TBC fokus pada pelacakan kasus secara agresif melalui Investigasi Kontak yang sejalan dengan fokus program yang dilakukan oleh kementerian kesehatan. Selain itu, Penabulu-STPI juga akan melakukan kegiatan *community outreach* sebagai salah satu usahanya dalam melakukan pencarian kasus TBC baru secara aktif di Masyarakat. Selama implementasi dana Hibah Global Fund, pembelajaran penting yang di dapat ialah masih kurangnya koordinasi dan kerjasama antara kader, puskesmas, dan Dinas Kesehatan level Kab/Kota.

Sehubungan dengan hal tersebut, untuk meningkatkan kualitas pelaksanaan program baik investigasi kontak maupun penemuan kasus baru di tengah masyarakat melalui *community outreach*. Peran penting lain komunitas adalah dukungan *psychosocial* bagi pasien oleh *case manager* maupun oleh *patient supporter* dan *patient educator*. Selain itu, program juga berkomitmen untuk berkontribusi dalam melakukan pelacakan kasus *loss to follow up*.

Salah satu upaya yang dilakukan adalah perlunya diselenggarakan pertemuan koordinasi rutin dengan Dinas Kesehatan Provinsi secara rutin untuk menjaga hubungan antara SR komunitas dan Dinas Kesehatan dapat berjalan selaras. Pertemuan ini menjadi media untuk menyampaikan hasil laporan SR dan kendala yang terjadi di lapangan untuk dapat dicarikan solusinya bersama.

Tujuan

- Membahas strategi dan evaluasi investigasi kontak yang sudah dilakukan oleh kader berdasarkan data kasus yang diterima dari Dinkes
- Menyampaikan laporan hasil capaian Progress Update per semester kepada Dinas Kesehatan Provinsi
- Sinergi program dan kegiatan antara SR STPI-Penabulu dan Dinas Kesehatan

- Pertemuan koordinasi akan dilakukan untuk membahas strategi dan *timeline* pelaksanaan investigasi kontak termasuk penggunaan dana dekonsentrasi dan penemuan kasus baru TBC termasuk di dalamnya upaya pelacakan LTFU dan mengupayakan pasien kembali ke layanan

Kegiatan

- Pertemuan koordinasi tingkat provinsi ini diadakan setiap semester di 30 Provinsi
- Tim pelaksana program SR Penabulu-STPI menyampaikan *progress update* program dan kegiatan yang telah dilakukan kepada Dinas Kesehatan Provinsi yang berisi hal-hal berikut:
 - Laporan capaian indikator program setiap 6 bulan
 - Laporan kegiatan semester yang akan dilaksanakan dan yang sudah dilaksanakan
 - Menyampaikan hasil temuan dan kendala yang muncul di lapangan dan mendiskusikan solusinya Bersama.
- Hasil pertemuan dengan Dinas Kesehatan Provinsi dikirimkan kepada PR agar dapat ditindaklanjuti oleh PR di level nasional. Laporan menggunakan template yang sudah ditentukan oleh PR.
- Meeting dilakukan di kantor Dinas Kesehatan Provinsi

Peserta

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

- 2 Orang dari SR (SR Manager, Program - MEL Coordinator)
- 2 Orang dari Dinas Kesehatan Provinsi
- 2 Orang perwakilan Manajer Kasus dan/atau koordinator kader (sesuai kebutuhan)
- 2 Orang dari RS PMDT (sesuai kebutuhan)

Struktur Budget

- Peserta non-dinas kesehatan:
 - Transport lokal
 - Snack
 - Lunch
- Peserta dinas kesehatan provinsi:
 - Snack
 - Lunch

Output

- Laporan naratif hasil pertemuan koordinasi antara pelaksana program TBC SR Konsorsium Penabulu-STPI, Puskesmas, Kader, dan Dinas Kesehatan Kab/Kota
- Strategi dan rencana tindak lanjut bersama antara Dinas Kesehatan Provinsi dan SR Konsorsium Penabulu-STPI

Laporan

- Laporan narasi kegiatan dilampirkan pada saat melakukan PERTUM menggunakan template yang sudah ditentukan oleh PR
- Notulensi
- Dokumentasi foto
- PERTUM maksimal dilakukan 1 minggu setelah selesai kegiatan

Latar Belakang

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

Diantara orang dengan riwayat diagnostic tuberculosis dan tidak lagi minum obat, 40,2% melaporkan menghentikan obat tanpa dinyatakan sembuh. Sebanyak 26% menghentikan pengobatan karena merasa lebih baik atau tidak memiliki gejala lagi (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Berdasarkan analisis *patient pathway*, 27% dari total perkiraan beban tuberculosis berhasil diobati, 5% tidak berhasil diobati dan sisanya (68%) tidak diketahui hasilnya. Pada tahun 2017, tingkat keberhasilan pengobatan di antara kasus baru dan kambuh adalah 85% dan di antara kasus tuberculosis sensitif obat yang sebelumnya diobati 72%. Angka ini di bawah target global 90%. Menurut laporan WHO, seiring meningkatnya tren penemuan kasus TB resistan obat, tren angka keberhasilan pengobatan pasien tuberculosis resistan obat menurun - 74% pada tahun 2011 menjadi 49% pada tahun 2018 (WHO, 2019b).

Di tingkat Provinsi, angka keberhasilan pengobatan bervariasi. Proporsi kasus yang tidak dievaluasi meningkat, sehingga pencatatan dan pelaporan merupakan salah satu masalah yang dapat menjelaskan alasan rendahnya angka keberhasilan pengobatan di beberapa Provinsi. Namun demikian, alasan lain seperti tingginya proporsi mangkir (LTFU – *Lost to Follow Up*) pengobatan memerlukan evaluasi lebih lanjut dan tindakan segera. (NSP, 2020-2024).

SR Provinsi bersama dengan Dinas Kesehatan serta RS PMDT melakukan koordinasi untuk melacak para pasien yang mangkir dan sebisa mungkin untuk membawa mereka kembali ke layanan. Hasil dan rekomendasi ini perlu disampaikan kepada SSR dan Dinas Kesehatan Kabupaten untuk membantu menemukan dan membawa kembali pasien ke pelayanan kesehatan. Hal ini karena bisa jadi pasien mangkir berasal dari kabupaten.

Sehubungan dengan hal tersebut, diperlukan pertemuan SSR dengan dinas kesehatan Kabupaten/Kota secara rutin untuk membuat strategi dan rencana aksi dalam menangani pasien mangkir. Pertemuan ini menjadi media untuk menyampaikan hasil laporan SSR dan kendala yang terjadi di lapangan terhadap pasien TB yang mangkir (LTFU).

Khusus untuk 6 Provinsi dengan 1 Kabupaten/Kota, mengundang Dinas Kesehatan Provinsi dalam pertemuan ini.

Tujuan

- Melakukan Koordinasi untuk merespon laporan LTFU dari SR dan Dinas Kesehatan Provinsi.
- Melakukan evaluasi terhadap strategi yang dilakukan
- Menyampaikan laporan hasil lapangan tentang pasien TB LTFU
- Membuat strategi untuk menanggulangi pasien TB LTFU
- Membentuk tim pelacakan pasien LTFU yang terdiri dari MK-PS, Puskemas, PMDT

Membuat rencana aksi untuk pelaksanaan pelacakan TB LTFU

Kegiatan

- Pertemuan koordinasi tingkat kabupaten ini dilakukan setiap semester (2x) di 190 Kabupaten/Kota
- Tim pelaksana SSR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI bersama Puskesmas menyampaikan update program dan kegiatan yang telah dilakukan kepada Dinas Kesehatan yang berisi hal-hal berikut:
 - Laporan capaian indikator program setiap semester
 - Laporan kegiatan yang akan dilaksanakan dan yang sudah dilaksanakan
 - Menyampaikan hasil temuan LTFU
- Bekerjasama dengan KOPI TB untuk pelacakan pasien mangkir yang ada di RS Swasta.
- Membentuk tim pelacakan pasien LTFU bagi daerah yang sudah ada kasus pasien TBC LTFU yang terdiri MK-PS, Puskesmas, PMDT dan TOGA/TOMA
- Hasil pertemuan dengan Dinas Kesehatan Kab/Kota dikirimkan kepada SR Provinsi agar dapat ditindaklanjuti oleh SR ke tingkat Provinsi.
- Pertemuan dilakukan di kantor Dinas Kesehatan Kab/Kota.

Peserta

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

- 1 Orang Program Staf SSR
- 1 Orang Perwakilan Koordinator Kecamatan (kader)
- 2 Orang Perwakilan Manajer Kasus dan Patient Supporter
- 2 Orang Dinas Kesehatan Kab/Kota (termasuk perwakilan dinkes provinsi untuk 6 SR Provinsi)
- 1 Orang Perwakilan Organisasi KOPI TB/ Tim Ahli Klinis RS PMDT
- 1 Orang Perwakilan RS Swasta
- 1 orang perwakilan RSUD

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

Struktur Budget

Peserta akan mendapatkan:

- Transport lokal (2 Peserta dari dinas kesehatan tidak menerima uang transport)
- Snack
- Lunch

Output

- Laporan naratif hasil pertemuan koordinasi antara pelaksana SSR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI, Puskesmas, Kader, dan Dinas Kesehatan Kab/Kota
- Strategi dan rencana tindak lanjut bersama antara Dinas Kesehatan, SSR, dan Tim pelaksana terkait

Laporan

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

Latar Belakang

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

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

Tujuan

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

Waktu Pelaksanaan Kegiatan

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

Pelaksana

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

Sasaran

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

Deskripsi Kegiatan

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

1. Pembayaran pertama dilakukan secara *upfront* setelah pasien menerima hasil diagnosis, dilakukan skrining/motivasi/penjelasan pendampingan oleh Manajer Kasus, menandatangani surat persetujuan menjalani pengobatan dan telah di input di SITK
2. Pembayaran kedua dan seterusnya dilakukan setiap bulan oleh SR/SSR dari PR Penabulu-STPI
3. Pembayaran dapat dilakukan melalui beberapa saluran sesuai dengan kondisi dan karakteristik masing-masing wilayah, antara lain :
 1. Pemberian langsung ke pasien melalui transfer bank ke nomor rekening pasien atau perwakilan yang dibuktikan dengan surat kuasa
 2. Melalui keterlibatan PT Pos Indonesia (wesel) sebagaimana yang sudah berlangsung di beberapa kabupaten/kota
 3. Mekanisme lain sesuai dengan aturan PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI yang dijelaskan pada panduan teknis pembayaran enabler untuk komunitas
4. Verifikasi status pengobatan pasien untuk pembayaran enabler dilakukan berdasarkan data fasyankes yang didukung dengan laporan pendampingan dari tim komunitas
5. Rekapitulasi pembayaran *enabler* wajib dilaporkan oleh SSR dan SR Provinsi secara berjenjang ke PR Konsorsium Penabulu-STPI setiap bulan
6. Prosedur detail pembayaran enabler akan diatur dalam Panduan Teknis Pembayaran Enabler oleh Komunitas

Perhitungan pembayaran enabler oleh komunitas

Tahun	Wilayah Sasaran	Perkiraan kasus TB RO mulai pengobatan	50% pasien Short Term Regiment - STR (10 bulan)	50 % pasien Individual/ Long Term Regimen – ITR/LTR (19 bulan)

2022	190 kab/kota wilayah kerja PR komunitas	12.159	6.079	6.080
2023	190 kab/kota wilayah kerja PR komunitas	13.010	6.505	6.505

Struktur Pembiayaan

Alokasi pembiayaan untuk pembayaran dukungan enabler pasien TBC RO yaitu sebesar Rp 600.000 per bulan, dengan rincian sebagai berikut :

Tahun 2022

Pasien STR : Rp 600.000 x 10 bulan x 6.079 pasien

Pasien LTR/ITR : Rp 600.000 x 19 bulan x 6.080 pasien

Tahun 2023

Pasien STR : Rp 600.000 x 10 bulan x 6.505 pasien

Pasien LTR/ITR : Rp 600.000 x 19 bulan x 6.505 pasien

Pelaksana Kegiatan

Pelaksana kegiatan pembayaran enabler dilakukan oleh SSR dan SR berdasarkan laporan MK dan PS serta diverifikasi dengan data fasyankes.

Keluaran yang Diharapkan

Pasien dapat memulai dan menjalankan pengobatan hingga sembuh tanpa ada kendala finansial untuk transportasi rutin ke rumah sakit atau puskesmas

Laporan

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

Deskripsi Kegiatan

Pemerintah Indonesia melalui proposal hibah The Global Fund periode 2018-2020 mengakses dana Catalytic Fund sebesar USD 15,000,000 selain dana Allocation sebesar USD 102.000.000, salah satunya untuk implementasi Public Private Mix. Strategi umum dari IO-PPM adalah melakukan perubahan radikal terkait hubungan kerja antara layanan swasta dan layanan publik dengan melaksanakan strategi khusus “Engage All Care Providers to Find Missing Cases”.

Tujuan utama IO-PPM adalah menemukan kasus TBC yang hilang, khususnya masyarakat yang mengakses layanan di fasilitas pelayanan kesehatan swasta dan pemerintah non NTP, dengan pendekatan yang komprehensif untuk melibatkan fasilitas kesehatan non-program TBC untuk memberikan layanan TBC yang berkualitas dan menotifikasi yang dideteksi dan diobati di fasyankes IO-PPM. Selain itu, IO-PPM dalam mewujudkan strateginya akan membentuk dan memperkuat tim DPPM kab/kota dan KOPI TB Provinsi, memperkuat jejaring eksternal Rumah Sakit dengan tim DPPM dan memperkuat sistem informasi dan monitoring – evaluasi. Penguatan KOPI-TB melalui; (a) pengembangan kapasitas sumber daya manusia, (b) memperkuat peran puskesmas dalam pelibatan layanan swasta yang difasilitasi oleh KOPI TB kab/kota, (c) Memperkuat pelibatan Rumah Sakit dan memastikan pelayanan yang berkualitas melalui peningkatan jejaring internal, (d) Memperkuat kepemimpinan daerah melalui kegiatan advokasi dan sistem pembiayaan program TB.

Intervensi untuk mengatasi beban MDR-TB tahun 2020 – 2024 disusun berdasarkan Rencana Aksi Nasional Manajemen Terpadu Pengendalian TBC Resistan Obat (MTPTRO) 2016-2020 dan Rencana Akselerasi MTPTRO 2020 yang dikombinasikan dalam rencana yang solid, terikat waktu dan diimplementasikan dan berorientasi pada hasil. Pada tahun 2018, sebanyak 89% pasien LTFU berasal dari 16 provinsi prioritas. Maka dari itu, diperlukan strategi home visit untuk membantu melacak pasien MDR-TB yang mangkir dan pasien MDR-TB yang belum memulai pengobatan dengan melakukan identifikasi kepastian data pasien dengan Dinas Kesehatan.

Lost to Follow up (LTFU) menjadi penyebab utama menurunnya tingkat keberhasilan pengobatan terutama jika terjadi selama tiga bulan pertama. Sejak tahun 2011 LTFU berada di atas 25% per tahun dan masalah tersebut tetap ada meski telah terjadi beberapa perubahan kebijakan dan implementasi (Proposal TB Acceleration Plan, 2019-2020, Hal. 4). Keterbatasan dalam mengakses pengobatan, penundaan pengobatan, kualitas manajemen klinis yang rendah dan dukungan pasien yang terbatas menjadi faktor yang perlu segera diatasi dalam mengurangi kasus LTFU. Maka, diperlukan kegiatan home visit kepada pasien yang mangkir dan koordinasi antara PPM, Dinkes dan SR Komunitas untuk menemukan strategi untuk mengembalikan pasien mangkir.

Tujuan

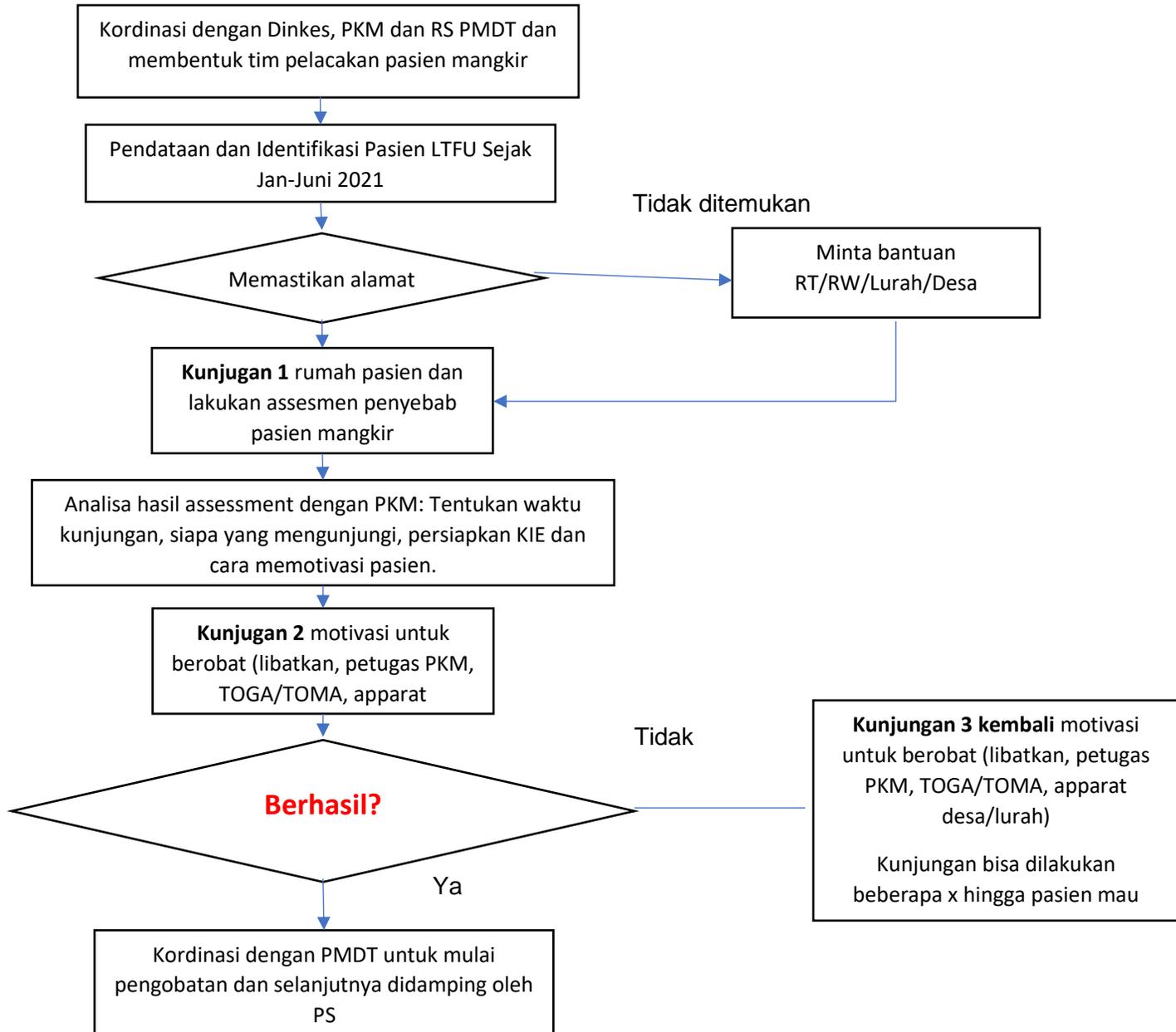
- Mendukung Dinas Kesehatan, RS PMDT, RS Swasta dalam pelacakan pasien mangkir TB RO
- Melakukan kunjungan rumah Pasien TB RO mangkir dan melakukan edukasi dan motivasi kepada pasien LTFU untuk kembali berobat
- Mendukung DPPM dalam pelacakan pasien LTFU di fasilitas swasta

Bentuk Kegiatan

- Pertemuan dimulai menggunakan BL. 38 Kordinasi dengan dinas Kesehatan dan RS PMDT untuk melakukan pelacakan pasien LTFU.
- Patient Supporter bersama tim yang disepakati dalam pertemuan dengan Dinas Kesehatan, membantu pelacakan pasien TB RO yang mangkir dan pasien TB RO yang belum memulai pengobatan sesuai data dari Dinas Kesehatan dan fasilitas kesehatan swasta.
- Kegiatan kunjungan bisa dilakukan +/- 8 kali selama 2 bulan dengan melibatkan lintas sector.

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

Alur Kunjungan Pasien LTFU



- Pertemuan dimulai menggunakan BL. 38 Kordinasi dengan dinas Kesehatan dan RS PMDT sekaligus membentuk tim untuk melakukan pelacakan pasien LTFU.
- Melakukan identifikasi dan pendataan jumlah pasien yang LTFU sejak Januari-Juni 2021. Pendataan pasien dapat melalui data dari PMDT dan pasien TB RO yang didampingi oleh PS.
- Memastikan alamat pasien TB RO sudah sesuai, jika alamat tidak diketahui maka PS bisa meminta bantuan RT/RW/lurah/Desa dan atau melalui kordinator kader.
- Kunjungan 1 ke rumah pasien untuk melakukan assesmen penyebab pasien mangkir berobat.
- Melakukan Analisa dengan PKM terkait pasien mangkir Analisa hasil assessment dengan PKM kemudian mempersiapkan kunjungan selanjutnya dengan menentukan waktu kunjungan, pembagian peran antara para pihak mulai dari SR, MK, PS, Puskesmas, RS PMDT dan Tokoh Agama (TOGA) dan Tokoh Masyarakat (TOMA)
- Kunjungan 2 ke rumah untuk kasus pasien LTFU dengan melakukan motivasi kepada pasien sekaligus memberikan edukasi kepada keluarga pasien.
- Apabila kunjungan kedua tidak berhasil maka lakukan kunjungan kembali untuk melakukan edukasi dan motivasi dengan melibatkan petugas PKM, TOGA, TOMA
- Apabila pasien yang dikunjungi berhasil Kembali untuk ke RS berobat maka PS melakukan pendampingan secara intensif agar pasien tidak mangkir Kembali.
- Untuk pasien mangkir yang sedang melanjutkan pengobatan di puskesmas, pelacakan pasien dapat dilakukan oleh kordinator kader.

Peserta

- Manager kasus, Patients Supporter dan kordinator kader

Struktur Budget

Home Visit Pemberian biaya transport kepada Patient Suporter atau kader yang mengunjungi rumah pasien LTFU yang terkonfirmasi positif Januari-Juni 2021, sebesar :

Rp 150.000 transport/visit untuk 2 x visit

Pemberian dukungan 300,000 untuk 2 kali visit dengan rincian sebagai berikut:

- Pemberian kunjungan pertama:
 - Pemberian Transport 150,000 untuk setiap kunjungan ke rumah pasien dengan melakukan edukasi dan Analisa/assesmen penyebab mangkir.
 - Perkenalan pendamping pasien, komunikasi motivasi untuk mengatasi ambivalensi pasien

- Pemberian visit kedua:
 - Pemberian dukungan 150.000 diberikan **setelah** pasien datang bersama dengan kader/PS/PE ke RS untuk kembali berobat dan memastikan pasien didampingi oleh PS.

Output

- 1.812 pasien TB RO mangkir menerima edukasi dan informasi dari pendamping pasien

Estimasi: Target komunitas 25% dari asumsi pasien mangkir yang ada di 190 kab/kota wilayah kerja PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

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

Laporan

- Laporan narasi kunjungan oleh pendamping pasien TB RO dikumpulkan maksimal 1 bulan setelah kunjungan
- Jika pasien memutuskan untuk tidak melanjutkan pengobatan, diperlukan surat pernyataan diri bahwa statusnya akan diberitahukan kepada lingkungan sekitar.

Estimasi jumlah pasien TBC RO di layanan swasta mangkir untuk dilacak oleh komunitas per provinsi

PROVINSI	BL 40 - Pasien Mangkir yang dilakukan kunjungan rumah (Home Visit) - Y1
SUMATERA UTARA	28
SUMATERA BARAT	5
RIAU	12
KEPRI	6
SUMATERA SELATAN	11
BANGKA BELITUNG	2
BENGKULU	2
JAMBI	2
LAMPUNG	16
BANTEN	20
DKI JAKARTA	31
JAWA BARAT	83
JAWA TENGAH	52
DI YOGYAKARTA	6

JAWA TIMUR	57
BALI	6
NUSA TENGGARA BARAT	9
NUSA TENGGARA TIMUR	4
KALIMANTAN BARAT	7
KALIMANTAN TENGAH	2
KALIMANTAN SELATAN	2
KALIMANTAN UTARA	1
KALIMANTAN TIMUR	5
SULAWESI UTARA	2
SULAWESI SELATAN	13
SULAWESI BARAT	1
SULAWESI TENGGARA	2
SULAWESI TENGAH	1
PAPUA	2
PAPUA BARAT	1

*Pembagian target kunjungan pasien mangkir per-SSR ditentukan berdasarkan pertemuan dengan Dinas Kesehatan (BL 38).

BL.41

Pelibatan Legislatif, Kementerian/Lembaga, Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat dalam Eliminasi TBC di Indonesia

Deskripsi kegiatan

PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI (PR PB-STPI) adalah konsorsium dari dua lembaga; Penabulu dan STPI yang terpilih sebagai Principal Recipient / Pelaksana dana hibah The Global Fund di Indonesia menggantikan peran Aisyiyah yang mengundurkan diri dari program The Global Fund.

Secara umum, program GF-TB yang dilaksanakan masih sama dengan yang dilaksanakan oleh Aisyiyah dan LKNU pada periode sebelumnya, yang juga menggunakan sumberdaya yang sama di tingkat tapak, yaitu kader-kader komunitas yang telah terlatih dan teruji selama program GF-TB lebih dari 1 dasawarsa terakhir, termasuk Manajer Kasus, Patient Supporter atau Peer Educator. Namun demikian, PR PB-STPI juga mengembangkan strategi lain yang disetujui dan didukung The Global Fund dan CCM Indonesia untuk menguatkan aspek hak-hak pasien dalam pelayanan dan mengurangi diskriminasi. Penguatan organisasi mantan pasien (OMP) dan pembentukan kelompok masyarakat peduli TB akan lebih dikuatkan dalam periode 2021-2023, sehingga dapat menjadi organisasi yang kuat dan menjadi bagian penting dalam perannya menjalankan program advokasi sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing.

Dengan cita-cita yang besar dalam 3 tahun ke depan, komunitas TB dapat tumbuh bersama dan semakin berdaya dalam perannya mendukung eliminasi TB di Indonesia tahun 2030. Cita -cita yang tentunya akan berhadapan dengan berbagai dinamika kesehatan dan prioritas penyakit lain ada di Masyarakat. Seperti Covid-19, berbagai kendala penemuan dan pendampingan pada kasus TB yang tentunya harus disesuaikan dengan strategi yang memadai. Menerapkan protokol kesehatan dan mendukung testing-tracing-treatment/isolasi Covid-19 yang berjalan beriringan dengan Temukan-Obati-Sampai-Sembuh TB (TOSS TBC) salah satunya.

Dalam berbagai aspek dinamika tersebut di atas, pelibatan legislatif melalui Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia (DPR-RI), dipandang sebagai salah satu strategi yang dapat mempengaruhi dan menentukan suatu arah kebijakan/strategi/aksi terkait yang mendukung penanggulangan tuberkulosis (TBC) dan penguatan sistem kesehatan di Indonesia untuk mencapai eliminasi TBC tahun 2030. PR Konsorsium Penabulu-STPI perlu melakukan advokasi dan audiensi lobi kebijakan kepada DPR-RI untuk menyampaikan tantangan dan rekomendasi dari berbagai organisasi masyarakat sipil dan komunitas TBC. Upaya advokasi ini akan dilakukan bersama dengan berbagai perwakilan unsur di masyarakat, seperti kementerian dan Lembaga terkait (LS-LP), OMS, OMP, TOGA, TOMAS dan lain-lain. Dimana tentunya pembahasan dalam audiensi pendukung arah kebijakan dari pihak Legislatif, nantinya akan mewakili suara dari

berbagai unsur elemen di masyarakat, terkait dengan kebijakan program mendukung Eliminasi TBC di Indonesia tahun 2030.

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

Kegiatan:

- Kegiatan dilaksanakan oleh PR Komunitas Konsorsium Penabulu-STPI
- Aktivitas ini merupakan serangkaian kegiatan persiapan dan pertemuan untuk dialog advokasi kebijakan antara masyarakat sipil dan anggota DPR RI
- Dilakukan setiap triwulan (4 kali dalam setahun) selama 3 tahun program.
- PR akan melibatkan 1 narasumber di luar struktur manajemen PR dalam pertemuan lobi
- PR akan melibatkan perwakilan dari organisasi dan komunitas pasien/penyintas TBC, organisasi/komunitas HIV/AIDS, organisasi masyarakat sipil di bidang kesehatan serta kelompok populasi kunci dan rentan lainnya.
- Dengan objektif untuk mentransformasi program kesehatan yang berpusat pada masyarakat, berbasis Hak Asasi Manusia (HAM), dan berspektif gender, agenda prioritas advokasi kebijakan mencakup:
 - Kebijakan untuk keberlangsungan pelayanan TBC berbasis komunitas dalam sistem kesehatan nasional (i.e. penemuan kasus, investigasi kontak, pendampingan sampai sembuh).
 - Kebijakan untuk ketersediaan sarana-prasarana program TBC dan TB-HIV bagi pasien di Indonesia, terutama dalam situasi pandemi COVID-19, pandemi di masa mendatang, dan bencana.
 - Kebijakan nasional untuk upaya perlindungan sosial bagi pasien TBC, TB-HIV, dan kelompok populasi kunci dan rentan TBC dari masyarakat miskin perkotaan maupun daerah rural.

Tujuan

Aktivitas ini mendukung fungsi legislasi, penganggaran, dan pengawasan anggota DPR RI terhadap ketersediaan, keterjangkauan, penerimaan, dan kualitas sistem dan pelayanan kesehatan di Indonesia terutama bagi populasi kunci dan rentan TBC, termasuk ODHA.

Upaya advokasi melalui pelibatan DPR RI dalam dialog komunitas dapat mendorong penerapan prinsip-prinsip non-diskriminasi, hak atas kesehatan, transparansi, dan akuntabilitas dalam perencanaan, penganggaran, implementasi, monitoring dan evaluasi program/kebijakan

kesehatan yang berdampak pada orang dengan TBC dan TB-HIV yang diselenggarakan oleh Pemerintah. Selain itu, advokasi kepada DPR RI bersama TOGA dan/atau TOMA juga diperlukan untuk mendapatkan komitmen dan dukungan politis pemangku kebijakan dalam implementasi strategi nasional relawan dan pekerja kesehatan komunitas HIV/AIDS, Tuberkulosis, dan Malaria yang berkelanjutan dalam tata kelola sistem kesehatan nasional.

Bentuk Kegiatan

Penyusunan lembar kebijakan untuk DPR RI

- Kegiatan dilaksanakan oleh PR Komunitas Konsorsium Penabulu-STPI
- Kegiatan berlokasi di kantor PR/WHO/mitra lain yang terlibat dalam kelompok kerja advokasi
- Dilaksanakan 1 kali setiap triwulan selama Q1 2021 – Q12 2023 (12 pertemuan)
- Tim penyusun adalah PR bersama perwakilan organisasi profesi, pasien/penyintas TBC, OMS TBC/TB-HIV/kesehatan masyarakat, mitra internasional, TOGA, TOMA
- Mengidentifikasi objektif, prioritas, dan strategi advokasi kepada DPR RI secara berkelanjutan.

Pertemuan dialog DPR RI dan komunitas: Half-day meeting

- Dialog DPR RI dengan komunitas dilakukan pada masa kerja anggota di tingkat pusat
- Penyusunan rencana aksi Aksi dari Kelompok Diskusi/Kaukus/Aliansi/Pokja Nasional
- Penyusunan dan diseminasi edaran lembar kebijakan hasil audiensi kepada seluruh SR dan SSR
- Dilaksanakan 1 kali setiap triwulan selama Q1 2021 – Q12 2023 (12 pertemuan)
- Peserta diskusi adalah PR bersama perwakilan organisasi profesi, pasien/penyintas TBC, OMS TBC/TB-HIV/kesehatan masyarakat, mitra internasional, TOGA, TOMA
- Tim yang melakukan audiensi didampingi oleh narasumber ahli (Eselon I)
- Kegiatan bertempat di DPR RI atau secara daring

Pertemuan Q1: April 2021

Pertemuan Q2: Juni 2021

Pertemuan Q3: September 2021

Pertemuan Q4: Desember 2021

Peserta, Narasumber dan Panitia:

- Pertemuan penyusunan melibatkan:
 - 2 narasumber ahli
 - 2 staf PR

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

Struktur Budget

Penyusunan

- Peserta
 - Transport lokal
 - Snack
 - Lunch
- Narasumber (2 orang)
 - Transport lokal
 - Biaya narasumber
 - Snack
 - Lunch
- Panitia
 - Transport lokal
 - Snack
 - Lunch

Audiensi

- Peserta
 - Transport lokal
- Narasumber
 - Transport lokal
 - Biaya narasumber

Tidak ada biaya untuk sekretariat, anggota, dan staf anggota DPR RI

Output

- Penerimaan organisasi masyarakat sipil dan komunitas untuk Rapat Dengar Pendapat Umum dengan DPR RI
- Pernyataan dukungan/himbauan dari anggota DPR RI terkait kebijakan kesehatan yang berdampak pada orang dengan TBC dan TB-HIV
- Rancangan peraturan untuk implementasi strategi nasional melawan dan pekerja komunitas untuk penanggulangan HIV/AIDS, Tuberkulosis, dan Malaria

Laporan untuk pelaksanaan kegiatan (sesuai Juknis dari PR)

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan setiap bulan:

- Laporan narasi
- Foto kegiatan
- Dokumen kebijakan/rilis/artikel
- Laporan PERTUM PR

Kegiatan dilaksanakan oleh PR di tingkat Pusat (Jakarta) bersama pemangku kepentingan nasional. Jika diperlukan, pelibatan individu di tingkat Provinsi dan Kab/Kota dilakukan secara daring.

Deskripsi kegiatan

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

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

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

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

Kegiatan

- Aktivitas dilakukan mulai dengan persiapan di Q4 2021 dan dimulai Q5 2022-Q12 2023 oleh SR Tematik
- SR Tematik menyiapkan materi pelatihan dan SOP layanan telekonseling untuk pasien TBC bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan dan konsultan Psikolog Klinis, mencakup:
 - Komunikasi motivasi
 - Gejala Cemas, Depresi, dan Bunuh Diri
 - Distorsi kognitif dan berpikir positif
 - Formulir DASS untuk mengukur tekanan psikologis umum
 - Sistem dan pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia
 - Rujukan ke jejaring komunitas HIV/AIDS, layanan kekerasan berbasis gender, dan layanan legal

- SR Tematik menyelenggarakan pelatihan untuk PE dari 14 kabupaten/kota di 14 Provinsi lokasi shelter TB RO, secara daring
- SR Tematik menyusun SOP dan jadwal layanan, memfasilitasi pelatihan dan penyegaran triwulan (daring) untuk relawan *Hotline*, dan menyelenggarakan layanan PFA-TB dengan konsultan Psikolog Klinis
- Memberikan dukungan pulsa dan honor untuk PE dan relawan Psikolog Klinis sebagai supervisor *Hotline*.

Tujuan:

Aktivitas ini diharapkan dapat mendukung orang dengan TBC mengatasi ambivalensi dalam memulai dan menyelesaikan pengobatan serta menghubungkan pasien yang membutuhkan dukungan psikologis ke layanan kesehatan mental milik Pemerintah atau organisasi masyarakat sipil (OMS). Jika diketahui adanya pelanggaran HAM dan kekerasan berbasis gender yang dialami oleh pasien, relawan layanan PFA dapat menghubungkan pasien dengan organisasi badan hukum (OBH) atau OMS terkait. Selain itu, pasien dapat menerima informasi tentang mekanisme umpan balik dan monitoring berbasis masyarakat terhadap pelayanan tuberkulosis.

Bentuk Kegiatan:

- Penyusunan modul dan SOP
 - Pertemuan melibatkan konsultan Psikolog Klinis untuk menyusun SOP dan materi pelatihan *Hotline responder*, pre- dan post-test
 - Mengupayakan modul yang dikembangkan menjadi dokumen Kementerian Kesehatan untuk kegiatan komunitas terdampak TBC
 - Aktivitas ini menjadi tanggung jawab utama SR Tematik
 - Dilakukan 4 kali pertemuan di Q4 2021
 - Konsultan Psikolog Klinis melakukan review dan memberi masukan (7 hari kerja)
- Pelatihan
 - Dilakukan secara daring difasilitasi oleh SR Tematik dan konsultan Psikolog pada Q5 2022
 - Pelatihan sebagai responder diikuti oleh 14 PE jaringan Perhimpunan Organisasi Pasien Tuberkulosis dari 14 kabupaten/kota di 14 Provinsi lokasi shelter TB RO.
 - Pelatihan persiapan dilakukan selama 8 hari dalam 1 bulan (i.e. 2 hari/minggu)
- Penyelenggaraan *Hotline*
 - SR tematik mengatur *shift* 14 PE dalam 5 hari kerja
 - Setiap PE bertanggung jawab untuk 1 jam setiap hari atau 4 jam per minggu (20 jam per bulan)
 - Waktu pelayanan dapat dilakukan 4 jam per hari di atas pukul 16:00 WIB karena pasien berobat dan PE melakukan pendampingan di pagi dan siang hari.
 - Setiap PE yang telah mengikuti pelatihan juga akan menerima *e-handbook*

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

Peserta, Narasumber dan Panitia:

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

Struktur Budget

Penyusunan modul dan SOP

- Peserta
 - Full-day package meeting
 - Transport lokal
- Konsultan
 - Fee konsultan penyusunan modul pelatihan dan SOP Hotline
 - Transport lokal
 - Full-day package meeting
- Panitia (PR dan SR Tematik)
 - Transport lokal
 - Full-day package meeting

Pelatihan

- Pengganti paket data relawan (14 orang)
- Fee narasumber (4 orang)
- Fee konsultan psikolog klinis (1 orang)

Pelaksanaan *Hotline* (2022 dan 2023)

- Pengganti telekomunikasi bulanan relawan call center (20 orang, 12 hari, 1 kali)

Penyegaran triwulan (2022 dan 2023)

- Fee konsultan psikolog klinis (1 orang)
- Fee komunikasi relawan call center (20 orang)

Output

- Tersedianya mekanisme untuk jaringan Perhimpunan Organisasi Pasien TBC menghubungkan pasien TBC yang membutuhkan dukungan psikologis, bantuan hukum dan HAM kepada pelayanan publik/organisasi masyarakat sipil terkait
- Tersedianya pelayanan komunitas untuk pasien TBC yang menghadapi ambivalensi memulai dan menyelesaikan pengobatan

Laporan untuk pelaksanaan kegiatan (sesuai Juknis dari PR)

- Pertemuan Pelatihan dan Penyegaran

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan setiap bulan:

 - Laporan narasi
 - Daftar hadir pertemuan
 - Foto kegiatan
 - Laporan PERTUM

- *Hotline*

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai akhir setiap triwulan:

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

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

Deskripsi Kegiatan

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

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

Tujuan

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

Kegiatan

Rapat persiapan dilakukan bersama Subdirektorat Tuberkulosis dan mitra OMS dan sektor swasta untuk menentukan rangkaian kegiatan dan tema acara di tingkat nasional. Kegiatan PR Konsorsium Penabulu-STPI akan di dalam wilayah JABODETABEK.

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

Tempat: TBD (d disesuaikan dengan tema, slogan, target sasaran dan faktor lainnya sesuai dengan yang telah disebutkan sebelumnya)

Peserta Kegiatan

Rapat persiapan pusat

- Konsorsium PR Penabulu-STPI
- Direktur P2PML

- Kasubdit TB
- OMS lainnya
- Sektor swasta

Struktur Budget

Paket Acara Rp 90.000.000

Estimasi komponen budget:

Item	Unit cost	Vol	Duration		Time	Subtotal
Panel pameran foto	3,500,000	1	1	BH	1	3,500,000
Photo booth / wall of fame	13,000,000	1	1	PT	1	13,000,000
Panggung Rigging + Gawangan sound system + Lighting	20,000,000	1	1	PT	1	20,000,000
Sound System + band equipment + Sewa Genset	15,000,000	1	1	PT	1	15,000,000
Backdrop di panggung	5,000,000	1	1	BH	1	5,000,000
Dekorasi panggung	5,000,000	1	1	PT	1	5,000,000
Pengisi acara (MC)	5,000,000	1	1	OR	1	5,000,000
Pengisi acara (artis atau band)	15,000,000	1	1	PT	1	15,000,000
kursi undangan masyarakat	15,000	1	50	BH	1	750,000
Konsumsi peserta undangan lintas sector	50,000	1	50	org	1	2,500,000
Konsumsi Panitia	35,000	1	50	org	1	1,750,000
Menteri	1,700,000	1	1	OJ	1	1,700,000
Menteri	1,500,000	1	1	OJ	1	1,500,000
Honorarium Moderator	500,000	1	1	OK	1	500,000
TOTAL						90,200,000

Output:

Terselenggaranya kegiatan perayaan TB Day PR bersama Masyarakat, Mitra Pembangunan, Kementerian/Lembaga, dan Sektor Swasta

Laporan:

- Proceeding/Notulensi
- Laporan Kegiatan
- Laporan Pertanggungjawaban keuangan

Deskripsi

Dalam rangka mendukung program penanggulangan TBC terutama dalam hal penemuan kasus baru yang dilakukan oleh kader, maka tentunya diperlukan format khusus pencatatan dan pelaporan yang standar sehingga proses pencatatan dan pelaporan dari kader lebih akurat dan mudah diperiksa oleh tim program. Berdasarkan hal tersebut maka perlu adanya dukungan pencetakan formulir yang sudah tersedia oleh program. Subdit TBC per Juni 2020 telah menerbitkan Formulir TBC Indonesia edisi 3 tahun 2020 yang telah disesuaikan dengan perkembangan program TBC saat ini. Sehingga diperlukan pencetakan formulir versi terbaru ini agar menyesuaikan juga dengan variabel yang tersedia dalam sistem pencatatan dan pelaporan di tingkat Fasyankes.

Tujuan

Tersedianya formulir pencatatan dan pelaporan bagi kader untuk melakukan kegiatan penemuan kasus di wilayahnya.

Kegiatan

- Proses cetakan dilakukan di PR dan SR
- Proses bidding untuk vendor percetakan
- Proses cetak dilakukan 1 kali per tahun (3 kali selama periode program)

Jenis Formulir dan Spesifikasi

Adapun form yang sudah dikembangkan dan disahkan di tingkat pusat terdiri dari:

- a. Formulir TBC. 16K.
- b. Formulir TBC.16RK.
- c. Form Surat Pengantar Pemeriksaan.
- d. Form A.
- e. Form B.
- f. Form edukasi TB-HIV.

Spesifikasi bahan cetakan formulir sebagai berikut:

- Kertas untuk Form Form TBC. 16K, Form TBC.16RK, Form A dan Form B: dicetak dengan ukuran F4 (210 x 330 mm atau 8.5 x 13 inci atau 21,0 x 33,0 cm) dengan berat 70 gram.
- Kertas untuk Form Surat Pengantar Pemeriksaan: dicetak dengan ukuran B5 (176 x 250 mm atau 6.93 x 9.84 inci atau 17,6 x 25 cm) dengan berat 70 gram.
- Cetak menggunakan Carbonize dengan lembar ke-2 berwarna Merah.
- Per-buku terdiri dari 25 lembar.

- Biaya sudah termasuk distribusi ke SSR

Struktur Budget

No	Deskripsi	Target PF	Quantity		Harga Satuan	Harga Total
			Jumlah	Satuan		
Tahun 2021						
1	Form 16 K	162.148	25.944	pcs/buku	Rp 11.000	Rp 285.379.952
2	Form 16 RK	162.148	1.621	pcs/buku	Rp 13.000	Rp 21.079.201
3	Surat Pengantar	162.148	12.972	pcs/buku	Rp 9.300	Rp 120.637.889
4	Form A	877.317	35.093	pcs/buku	Rp 11.700	Rp 410.584.356
5	Form B	125.331	5.013	pcs/buku	Rp 13.000	Rp 65.172.120
6	Form edukasi TB-HIV	112.798	4.512	pcs/buku	Rp 8.000	Rp 36.095.328
Total Biaya Cetak						Rp 938.948.846
Tahun 2022						
1	Form 16 K	201.056	32.169	pcs/buku	Rp 11.000	Rp 353.858.868
2	Form 16 RK	201.056	2.011	pcs/buku	Rp 13.000	Rp 26.137.303
3	Surat Pengantar	201.056	16.084	pcs/buku	Rp 9.300	Rp 149.585.794
4	Form A	1.119.741	44.790	pcs/buku	Rp 11.700	Rp 524.038.788
5	Form B	159.963	6.399	pcs/buku	Rp 13.000	Rp 83.180.760
6	Form edukasi TB-HIV	143.967	5.759	pcs/buku	Rp 8.000	Rp 46.069.344
Total Biaya Cetak						Rp 1.182.870.857
Tahun 2023						
1	Form 16 K	230.768	36.923	pcs/buku	Rp 11.000	Rp 406.151.460
2	Form 16 RK	230.768	2.308	pcs/buku	Rp 13.000	Rp 29.999.824
3	Surat Pengantar	230.768	18.461	pcs/buku	Rp 9.300	Rp 171.691.299
4	Form A	1.312.374	52.495	pcs/buku	Rp 11.700	Rp 614.191.032
5	Form B	187.482	7.499	pcs/buku	Rp 13.000	Rp 97.490.640
6	Form edukasi TB-HIV	168.734	6.749	pcs/buku	Rp 8.000	Rp 53.994.816
Total Biaya Cetak						Rp 1.373.519.071
Total Tahun 2021-2023						Rp 3.495.338.774

Keterangan:

Form 16K

- 1 indeks 4 lembar form (1 lembar 10 kontak)
- 1 buku 25 lembar
- cara hitung: $(\text{target} \times 4) / 25$

Form 16RK

- 1 lembar 5 indeks
- 1 buku 20 lembar
- cara hitung: $(\text{target} \times 5) / 20$

Surat keterangan/pengantar

- 1 lembar 1 kontak
- 1 buku 25 lembar
- cara hitung: $(\text{target} * 2) / 25$

Form A

- 1 lembar 1 kontak
- 1 buku 25 lembar
- cara hitung: $\text{target} / 25$

Form B

- 1 lembar 1 kontak
- 1 buku 25 lembar
- cara hitung: $\text{target} / 25$

Form edukasi HIV

- 1 lembar 1 kontak
- 1 buku 25 lembar
- cara hitung: $\text{target} / 25$

Output

- Tercetaknya seluruh formulir kader berdasarkan target per SSR
- Terdistribusi formulir penemuan kasus ke kader

Laporan

- Laporan dilakukan dengan melampirkan Surat Penawaran, hasil seleksi Vendor, Bidding Vendor, PO, PRQ, Berita acara penyelesaian cetak form dan TOR.
- Laporan dibuat maksimal 1 minggu setelah kegiatan selesai

Deskripsi Kegiatan

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

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

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

Tujuan

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

Deskripsi Kegiatan

- Dilaksanakan berdasarkan *Risk Based Assessment (GRAMS Tools)* setiap 6 bulan sekali.
- SR membuat list kinerja SSR berdasarkan indikator kinerja dalam aspek keuangan, program dan MEL.
- Perhitungan sasaran supervisi adalah:

- Pada tahun pertama, sasaran supervisi adalah 60% SSR (86 SSR). Supervisi dilakukan kepada 60% SSR dengan indikator capaian kinerja rendah berdasarkan list yang disusun oleh SR. Supervisi dilakukan untuk asistensi teknis dan perbaikan kualitas kinerja SSR
- Pada tahun kedua, sasaran supervisi adalah 50% dari SR (74 SSR). Supervisi dilakukan kepada 50% SSR dengan indikator capaian kinerja rendah berdasarkan list yang disusun oleh SR. Supervisi dilakukan untuk asistensi teknis dan perbaikan kualitas kinerja SSR.
- Pada tahun ketiga, sasaran supervisi adalah 40% dari SSR (55 SSR). Supervisi dilakukan kepada 40% SSR dengan indikator capaian kinerja rendah berdasarkan list yang disusun oleh SR. Supervisi di tahun ketiga dilakukan kepada 40% SSR sebagai bagian mitigasi risiko untuk pengakhiran program.
 - Dilaksanakan selama 2 kali dalam 1 tahun
 - Kegiatan dilaksanakan 2 hari di kantor SSR
 - Kegiatan supervisi dilakukan oleh Team SR yang terdiri Program Field Staff dan MEL / Finance berdasarkan instrumen RBM dan dilaporkan dengan menggunakan format pelaporan khusus kegiatan supervisi.

Peserta

- SR Program Coordinator/Staff
- SR MEL Coordinator/Staff atau Staf Finance

Struktur Budget

Tahun Pertama dilakukan di 86 SSR (60% dari total SSR)

- Akomodasi (2 kali x 1 malam x 2 orang x 86 SSR)
- Transport lokal di 86 SSR
- Intercity transport
- Perdiem luar kota

Tahun Kedua dilakukan di 50% SSR (72 SSR) yang memiliki performa rendah:

- Akomodasi (2 kali x 1 malam x 2 orang x 72 SSR)
- Transport lokal di 74 SSR
- Intercity transport
- Perdiem luar kota

Tahun Ketiga dilakukan di 40% SR (57 SSR) yang memiliki performa rendah:

- Akomodasi (2 kali x 2 malam x 3 orang x 57 SSR)
- Transport lokal di 57 SSR
- Intercity transport
- Perdiem luar kota

Output

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

Laporan

- Laporan narasi kegiatan dilampirkan pada saat melakukan PERTUM menggunakan template yang sudah ditentukan oleh PR
- Dokumentasi
- Pertum dilakukan maksimal 1 minggu setelah selesai kegiatan

Estimasi Jumlah SSR yang perlu dikunjungi 2 kali/tahun (dapat berubah sesuai penilaian kinerja dan kebutuhan hasil GRAMS Tools setiap semester:

Nama SR/SSR (Jumlah SSR)	2021 (60%)	2022 (50%)	2023 (40%)
1. Sumatera Utara (10)	6	5	4
2. Sumatera Barat (1)	1	1	<i>tbd</i>
3. Riau (6)	4	3	2
4. Kepulauan Riau (2)	2	1	1
5. SSR Jambi (1)	0	1	<i>tbd</i>
6. Sumatera Selatan (3)	3	1	<i>tbd</i>
7. Bangka Belitung (1)	1	1	1
8. Bengkulu (2)	1	1	1
9. Lampung (7)	4	3	2
10. Banten (5)	3	2	1
11. DKI Jakarta (5)	5	2	1
12. Jawa Barat (21)	13	10	8
13. Jawa Tengah (18)	11	9	7
14. DI Yogyakarta (4)	2	2	1
15. Jawa Timur (16)	10	8	6
16. Kalimantan Barat (6)	4	3	1

17. Kalimantan Tengah (2)	1	1	1
18. Kalimantan Selatan (2)	1	1	1
19. Kalimantan Timur (3)	1	1	1
20. SSR Kalimantan Utara (1)	0	1	1
21. Sulawesi Utara (2)	1	1	1
22. SSR Sulawesi Tengah (1)	0	1	1
23. Sulawesi Selatan (8)	6	4	3
24. SSR Sulawesi Barat (1)	0	1	1
25. Sulawesi Tenggara (2)	1	1	1
26. Bali (3)	2	1	1
27. Nusa Tenggara Barat (5)	3	2	1
28. Nusa Tenggara Timur (4)	4	2	1
29. SSR Papua (1)	0	1	1
30. SSR Papua Barat (1)	0	1	1
	90	72	52

Deskripsi Kegiatan

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

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

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

Tujuan

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

Adapun tujuan khusus dari supervisi ini sebagai berikut:

- Memantau dan mengevaluasi pelaksanaan program
- Melakukan pengecekan dan memvalidasi seluruh laporan dan data capaian program baik level SR maupun di SSR.
- Mengidentifikasi permasalahan terkait dengan rendahnya capaian target secara internal (SR/SSR) maupun eksternal.

- Meningkatkan kapasitas kepemimpinan dan kelembagaan pimpinan organisasi dalam mendukung pelaksanaan program.
- Meningkatkan kapasitas manajerial Tim SR/SSR melalui sharing pembelajaran implementasi kegiatan serta memperkuat rencana dan strategi pencapaian program dengan mengakselerasi kinerja Tim dan program di level SR dan SSR.
- Asistensi teknis implementasi kegiatan TB MDR untuk Tim SR mensupervisi SSR, MK dan PS
- Membangun komitmen staff SR dan SSR agar konsisten dalam mengimplementasikan program.
- Membangun motivasi staf SR dan SSR agar konsisten dalam melaksanakan program hingga husnul khotimah
- Membuat perencanaan implementasi program di tengah pandemi covid-19

Kegiatan

- Dilaksanakan berdasarkan analisis CAT, PERANTI dan GRAMS Tools.
- PR membuat list kinerja SR berdasarkan indikator kinerja dalam aspek keuangan, program dan MEL.
- Perhitungan sasaran supervisi adalah:
 - Pada tahun pertama, sasaran supervisi adalah 60 % SR dengan dasar bahwa semua SR memiliki resiko yang sama dan memiliki kebutuhan untuk mendapatkan supervisi oleh PR
 - Pada tahun kedua, sasaran supervisi adalah 40 % dari SR. Supervisi dilakukan kepada 40% SR dengan indikator capaian kinerja rendah berdasarkan list yang disusun oleh PR. Supervisi dilakukan untuk asistensi teknis dan perbaikan kualitas kinerja SR.
 - Pada tahun ketiga, sasaran supervisi adalah 30% dari SR. Supervisi dilakukan kepada 30% SR dengan indikator capaian kinerja rendah berdasarkan list yang disusun oleh PR. Supervisi di tahun ketiga dilakukan kepada 30% SR sebagai bagian mitigasi risiko untuk pengakhiran program.
- Dilaksanakan selama 2 kali dalam 1 tahun
- Kegiatan dilaksanakan 2 hari di kantor SR
- Kegiatan supervisi dilakukan oleh Team PR yang terdiri dari Finance & Operation, Program Management dan MEL menggunakan instrumen RBM dan dilaporkan dengan menggunakan format pelaporan khusus kegiatan supervisi.

Peserta

- PR Program Field Manager/Coordinator/Staff
- PR MEL Manager/Coordinator/Staff
- PR Finance & Operation Manager/Coordinator/Staff

Struktur Budget

Tahun Pertama dilakukan di 18 SR (60% dari total 24 SR)

- Akomodasi (2 kali x 1 malam x 3 orang x 18 SR)
- Transport lokal di 18 SR
- Airfare
- Airport transport
- Perdiem luar kota

Tahun Kedua dilakukan di 50% SR (12 SR) yang memiliki performa rendah:

- Akomodasi (2 kali x 2 malam x 3 orang x 12 SR)
- Transport lokal di 12 SR
- Airfare
- Airport transport
- Perdiem luar kota

Tahun Ketiga dilakukan di 40% SR (9 SR) yang memiliki performa rendah:

- Akomodasi (2 kali x 2 malam x 3 orang x 9 SR)
- Transport lokal di 9 SR
- Airfare
- Airport transport
- Perdiem luar kota

Output

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

Laporan

- Laporan narasi kegiatan dilampirkan pada saat melakukan PERTUM menggunakan template yang sudah ditentukan oleh PR
- Dokumentasi
- Pertum dilakukan maksimal 1 minggu setelah selesai kegiatan

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

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

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

Berdasarkan konteks di atas, tentunya kegiatan koordinasi wilayah (RAKORWIL) antara SR dan SSR menjadi strategis dan penting. Selain untuk mempersiapkan program baru, pembelajaran praktik-praktik baik, pengembangan kapasitas, juga untuk koordinasi dan konsolidasi perencanaan persiapan program. Pertemuan RAKORWIL ini digunakan untuk mengawali program dan menyusun perencanaan strategis tingkat SR-SSR

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

Tujuan

Tujuan dari pertemuan ini adalah untuk memastikan bahwa hubungan antara 24 SR dan 6 SSR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dengan fasilitas kesehatan dan Dinas Kesehatan berjalan dengan baik dan masing-masing mampu mengambil peran dalam menyukseskan penanggulangan TBC berbasis komunitas

Deskripsi Kegiatan

- Pertemuan ini juga akan membahas hal-hal yang berkaitan dengan layanan untuk pemeriksaan dan pengobatan tuberkulosis (SO dan RO)
- Pertemuan ini membahas strategi dan evaluasi investigasi kontak oleh kader dan manajemen kasus TB RO oleh MK dan PS berdasarkan data kasus yang diterima dari Dinas Kesehatan
- Pertemuan koordinasi antara SSR dengan SR di tingkat provinsi untuk menyukseskan implementasi program yang mencakup pelayanan TBC SO, TBC RO, upaya mengatasi hambatan hukum, HAM, dan gender, serta penguatan komunitas
- Tim SR membuat daftar permasalahan yang ditemukan di lapangan, materi pencapaian indikator untuk dapat disampaikan kepada peserta rapat
- Tim SR memfasilitasi diskusi untuk pemecahan masalah, identifikasi solusi, serta rencana tindak lanjut
- Wasor TB dan Wasor HIV diminta juga untuk menyiapkan materi presentasi terkait dengan pencapaian indikator TB-HIV.
- Pertemuan diadakan 1 tahun - 1 kali ditingkat provinsi dengan durasi 2 hari.

Peserta

Peserta rapat koordinasi tingkat provinsi melibatkan:

- 3 orang perwakilan staf SR:
 - Koordinator Program & MEL
 - Staf Program
 - Staf MEL
- 2-3 orang perwakilan SSR:
 - Staf Program (1-2 orang)
 - Staf Keuangan

Metode

Metode pelaksanaan kegiatan dilakukan dengan metode sebagai berikut:

- 2021 - Metode dalam jaringan (daring) tahun pertama
- 2022 - Metode luar jaringan (luring) tahun kedua
- 2023 - Metode dalam jaringan (luring) tahun ketiga

Narasumber

2 orang Dinas Kesehatan Provinsi untuk 2 hari:

Struktur Budget Daring

Mendapatkan support paket data internet untuk tahun pertama.

Struktur Budget Luring (Dilaksanakan di tahun ke-2 dan ke-3)

- Peserta Dalam Kota (SR dan SSR)
 - Fullboard meeting
 - Perdiem fullboard meeting
 - Transport lokal
- Peserta Luar Kota (SSR)
 - Fullboard meeting
 - Perdiem fullboard meeting
 - Transport lokal

Output

- Pertemuan koordinasi terlaksana dan menghasilkan rencana tindak lanjut untuk mengatasi masalah
- Rencana tindak lanjut bersama antara dinkes dan SR

Laporan

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

Estimasi jumlah peserta RAKORWIL Provinsi per kota/kabupaten berdasarkan struktur manajemen SR dan SSR

Nama SR/SSR (Jumlah SSR)	#staf SR	#staf SSR	#Total peserta
1. Sumatera Utara (10)	3	7	10
2. Sumatera Barat (1)	3	3	6
3. Riau (6)	5	12	17
4. Kepulauan Riau (2)	3	2	5
5. SSR Jambi (1)	N/A	N/A	N/A
6. Sumatera Selatan (3)	3	8	11

7. Bangka Belitung (1)	3	3	6
8. Bengkulu (2)	2	2	4
9. Lampung (7)	3	13	16
10. Banten (5)	3	9	12
11. DKI Jakarta (5)	3	7	10
12. Jawa Barat (21)	3	43	46
13. Jawa Tengah (18)	3	46	49
14. DI Yogyakarta (4)	3	6	9
15. Jawa Timur (16)	3	45	48
16. Kalimantan Barat (6)	3	13	16
17. Kalimantan Tengah (2)	3	4	7
18. Kalimantan Selatan (2)	3	4	7
19. Kalimantan Timur (3)	3	6	9
20. SSR Kalimantan Utara (1)	N/A	N/A	N/A
21. Sulawesi Utara (2)	2	2	4
22. SSR Sulawesi Tengah (1)	N/A	N/A	N/A
23. Sulawesi Selatan (8)	3	19	22
24. SSR Sulawesi Barat (1)	N/A	N/A	N/A
25. Sulawesi Tenggara (2)	3	6	9
26. Bali (3)	3	8	11
27. Nusa Tenggara Barat (5)	3	14	17
28. Nusa Tenggara Timur (4)	3	6	9
29. SSR Papua (1)	N/A	N/A	N/A
30. SSR Papua Barat (1)	N/A	N/A	N/A
	72 orang (SR)	288 (SSR)	360 orang

Konsorsium Yayasan Pena Bulu – STPI akan memberikan kontribusi sebaik mungkin untuk terlibat dalam Program TB Global Fund pada tingkat komunitas. Dalam mengupayakan pelaksanaan program akan dipilih SR dan SSR secara berjenjang. SR Komunitas merupakan entitas pelaksana Program TB Komunitas 2021-2023 yang melalui pendanaan dari PR Komunitas akan mengemban dua fungsi utama, yaitu (a) menjalankan aktivitas program TB Komunitas pada tingkat Provinsi sasaran, dan (b) menyalurkan serta mengkoordinasikan aktivitas program pada tingkat Kabupaten/Kota oleh SSR Komunitas yang bekerja dibawah SR Komunitas. SSR Komunitas merupakan entitas terkecil yang merupakan ujung tombak pelaksana Program TB Komunitas 2021-2023 terutama untuk investigasi kontak dan penemuan kasus, didukung pendanaan dari PR Komunitas yang disalurkan melalui SR Komunitas. SSR Komunitas melalui para Kader Komunitas TB, bekerja dari level desa, kecamatan hingga kabupaten/kota.

Guna memastikan program berjalan dengan baik, selain melakukan mitigasi risiko dengan melaksanakan penilaian kapasitas, Konsorsium juga akan membekali SR dan SSR dengan peningkatan kapasitas. Salah satu aspek penting peningkatan kapasitas kepada SR dan SSR adalah dalam hal pengelolaan keuangan (*financial management*). GF menyatakan bahwa kapasitas pengelolaan keuangan yang kuat akan mendukung pelaksana program dalam mencapai impact yang besar dalam penanggulangan TB (*strong financial management can increase the ability of Global Fund implementers to achieve greater impact against tuberculosis*).

Konsorsium Pena Bulu-STPI dalam upaya peningkatan kapasitas pengelolaan keuangan akan mengembangkan modul pelatihan dan juga panduan pelatihan. Modul pelatihan akan dibuat dalam dua tingkatan yaitu untuk SR dan untuk SSR. Pelatihan kepada SR akan dilakukan oleh PR sedangkan pelatihan kepada SSR akan dilakukan oleh SR dengan supervise dari PR. Pelatihan kepada SR akan dilakukan lebih intensif dengan pembekalan materi untuk menyiapkan staff keuangan SR sekaligus juga sebagai pelatih dan memberikan *technical assistance* kepada SSR.

Modul pelatihan akan disusun dengan merujuk kepada kebijakan-kebijakan dan panduan pengelolaan keuangan Global Fund seperti *Financial Management Strengthening, Grant Budgeting, Financial Reporting, Financial Assurance, Financial Risk Management* dll. Selain itu, Modul juga akan disusun untuk meningkatkan kapasitas teknis dalam pengelolaan keuangan dengan materi terkait sistem dan perangkat lunak yang digunakan oleh program. Selain regulasi GF, pelatihan juga akan menggunakan rujukan pemerintah terkait pengelolaan keuangan non laba melalui PSAK 45 juga materi-materi tentang perpajakan. Penyusunan modul akan dilakukan oleh PR melalui tim Finance and Operation.

Deskripsi Kegiatan:

Pelatihan kepada pengelola keuangan SR dilakukan oleh PR dengan melibatkan perwakilan dari semua SR Regional. Sebelum pelatihan dilaksanakan, SR harus mengirimkan nama staff yang akan mengikuti pelatihan melalui mekanisme pendaftaran dan mengisi form training need assessment. Mekanisme ini dilakukan oleh PR untuk mengetahui background Pendidikan dan pengalaman pengelola keuangan SR sehingga bisa didesain pelatihan yang efektif. Training akan dilakukan kepada pengelolaan keuangan dari 24 SR Provinsi. Pelatihan akan dilakukan oleh Tim Finance dari PR. Pelatihan akan dilakukan secara tatap muka dengan memperhatikan protocol pencegahan covid 19. Pelatihan dilaksanakan pada Q1.

Tujuan:

- Memperkuat kapasitas pengelola keuangan SR dalam mengelola keuangan dan implementasi grant ke SSR
- Meningkatkan pengetahuan pengelola keuangan SR
- Membekali keterampilan pengelola keuangan SR untuk bisa melatih dan memberikan technical assistance kepada pengelola keuangan SSR.
- Perbaiki kualitas pengelolaan keuangan SR dalam program TB Komunitas

Bentuk Kegiatan:

- Pelatihan dilakukan selama 4 hari full dimana semua peserta menginap.
- Pelatih berasal dari Tim Finance dan Operational PR dimana setiap pelatihan akan dilakukan oleh 3 orang dari PR.
- Dilakukan satu kali di tingkat nasional.

Peserta:

Peserta pelatihan adalah 24 orang yang merupakan perwakilan dari SR. Satu SR diwakili oleh 1 orang penanggung jawab Finance dan Operation SR

Struktur Anggaran:

- Peserta
 - Fullboard meeting package (24 orang x 4 hari)
 - Airfare untuk 24 orang
 - Airport transport 24 orang
 - Perdiem untuk 24 orang selama 5 hari
- Pelatih (Tim PR)
 - Fullboard meeting package (3 orang x 4 hari)
 - Local transport 3 orang
 - Perdiem untuk 3 orang selama 5 hari

Output:

- Terselenggara Training SR di tingkat nasional sesuai dengan perencanaan.
- Peningkatan pengetahuan Pengelola Keuangan SR
- Peningkatan keterampilan pengelolaan keuangan SR
- Pengelola Keuangan memiliki kemampuan untuk menjadi trainer bagi SSR
- Rencana Tindak Lanjut pelaksanaan training SSR

Laporan:

- Proceeding/Notulensi proses
- Laporan Kegiatan
- Hasil Pre dan Post Test
- Laporan Pertanggungjawaban keuangan

Konsorsium Yayasan Pena Bulu – STPI akan memberikan kontribusi sebaik mungkin untuk terlibat dalam Program TB Global Fund pada tingkat komunitas. Dalam mengupayakan pelaksanaan program akan dipilih SR dan SSR secara berjenjang. SR Komunitas merupakan entitas pelaksana Program TB Komunitas 2021-2023 yang melalui pendanaan dari PR Komunitas akan mengemban dua fungsi utama, yaitu (a) menjalankan aktivitas program TB Komunitas pada tingkat Provinsi sasaran, dan (b) menyalurkan serta mengkoordinasikan aktivitas program pada tingkat Kabupaten/Kota oleh SSR Komunitas yang bekerja dibawah SR Komunitas. SSR Komunitas merupakan entitas terkecil yang merupakan ujung tombak pelaksana Program TB Komunitas 2021-2023 terutama untuk investigasi kontak dan penemuan kasus, didukung pendanaan dari PR Komunitas yang disalurkan melalui SR Komunitas. SSR Komunitas melalui para Kader Komunitas TB, bekerja dari level desa, kecamatan hingga kabupaten/kota.

Guna memastikan program berjalan dengan baik, selain melakukan mitigasi risiko dengan melaksanakan penilaian kapasitas, Konsorsium juga akan membekali SR dan SSR dengan peningkatan kapasitas. Salah satu aspek penting peningkatan kapasitas kepada SR dan SSR adalah dalam hal Monitoring, Evaluation & Learning.

Data yang berkualitas, akurat dan lengkap sangat penting untuk pengambilan keputusan. Hal ini berlaku untuk pelaksana yang membuat keputusan tentang intervensi atau program mana yang akan diterapkan dan kualitasnya diperkuat. Data adalah kunci untuk mengambil keputusan, memantau program, merumuskan kebijakan, dan mengadvokasi perubahan. Sistem pemantauan dan evaluasi menyediakan data tersebut dan dengan demikian menjadi landasan dalam penanggulangan TB serta upaya membangun sistem kesehatan yang tangguh dan berkelanjutan.

Pemantauan melibatkan pengawasan terus menerus atas aktivitas yang sedang berlangsung; evaluasi adalah pemeriksaan sistematis dari hasil program terhadap tujuan yang ditetapkan. Global Fund sangat menekankan pada pengumpulan, analisis, dan penggunaan data dalam program, yang dibangun berdasarkan tiga prinsip: Simplify reporting, Support data systems, Strengthen data use.

Konsorsium Pena Bulu-STPI dalam upaya peningkatan kapasitas pengelolaan keuangan akan mengembangkan modul pelatihan dan juga panduan pelatihan. Modul pelatihan akan dibuat dalam dua tingkatan yaitu untuk SR dan untuk SSR. Pelatihan kepada SR akan dilakukan oleh PR sedangkan pelatihan kepada SSR akan dilakukan oleh SR dengan supervise dari PR. Pelatihan kepada SR akan dilakukan lebih intensif dengan pembekalan materi untuk menyiapkan SR MEL Coordinator (SRMELC) maupun SR MEL Staff (SRMELS) sekaligus juga sebagai pelatih dan memberikan technical assistance kepada SSR.

Modul pelatihan akan disusun dengan merujuk kepada kebijakan-kebijakan dan panduan dalam Monitoring, Evaluasi dan Learning yang mencakup namun tidak hanya terbatas pada: pencatatan

dan pengumpulan data rutin, sistem data dan informasi, pengelolaan data, penggunaan data, dan pengkajian pelaporan, *theory of changes* dan *most significant changes*. Mekanisme ini mencakup pengumpulan data dari tingkat paling bawah seperti dilakukan oleh kader, case manager, patient supporter, juga pencatatan dan pelaporan di tingkat SSR dan juga SR. Penyusunan modul akan dilakukan oleh PR melalui tim MEL.

Deskripsi Kegiatan

Pelatihan MEL kepada SR dilakukan oleh PR dengan melibatkan perwakilan dari semua SR Regional. Sebelum pelatihan dilaksanakan, SR harus mengirimkan nama staff yang akan mengikuti pelatihan melalui mekanisme pendaftaran dan mengisi form training need assessment. Mekanisme ini dilakukan oleh PR untuk mengetahui background Pendidikan dan pengalaman dalam melakukan MEL sehingga bisa didesain pelatihan yang efektif. Training akan dilakukan kepada MEL Team dari 24 SR Provinsi. Pelatihan akan dilakukan oleh Tim MEL dari PR. Pelatihan akan dilakukan secara tatap muka dengan memperhatikan protocol pencegahan covid 19. Pelatihan dilaksanakan pada Q1.

Tujuan:

- Memperkuat kapasitas Team MEL SR dalam melaksanakan monitoring evaluasi dan learning
- Meningkatkan pengetahuan Team MEL SR tentang monitoring evaluasi dan learning
- Membekali keterampilan Team MEL SR untuk bisa melatih dan memberikan technical assistance MEL SSR.
- Perbaiki kualitas pelaksanaan MEL SR dalam program TB Komunitas sehingga dihasilkan data yang berkualitas yang digunakan untuk pengambilan kebijakan.

Bentuk Kegiatan:

- Pelatihan dilakukan selama 4 hari full dimana semua peserta menginap.
- Pelatih berasal dari Tim Finance dan Operational PR dimana setiap pelatihan akan dilakukan oleh 3 orang dari PR.
- Dilakukan satu kali di tingkat nasional.

Peserta:

Peserta pelatihan adalah 24 orang yang merupakan perwakilan dari SR. Satu SR diwakili oleh 1 orang penanggungjawab MEL Coordinator atau MEL Staff

Struktur Anggaran:

- Peserta
 - Fullboard meeting package (24 orang x 4 hari)
 - Airfare untuk 24 orang

- Airport transport 24 orang
- Perdiem untuk 24 orang selama 5 hari
- Pelatih (Tim PR)
 - Fullboard meeting package (3 orang x 4 hari)
 - Local transport 3 orang
 - Perdiem untuk 3 orang selama 5 hari

Output:

- Terselenggara pelatihan MEL di tingkat nasional yang diikuti oleh semua SR
- 24 orang MEL dari SR meningkat pengetahuan dan keterampilannya dalam menjalankan MEL.
- Rencana pelatihan MEL kepada SSR oleh SR

Laporan:

- Proceeding/Notulensi proses
- Laporan Kegiatan
- Hasil Pre dan Post Test
- Laporan Pertanggungjawaban keuangan

Deskripsi

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

Pada Round 2021-2023 ini, Konsorsium Penabulu dan STPI dipercaya oleh Global Fund untuk menjadi PR Komunitas. Oleh karena itu, PR bertanggungjawab dalam mengkoordinasikan seluruh kegiatan di level Sub-Recipients (SRs) sebagai representasi dari Civil Society Organizations (CSO's) yang saat ini mencakup 30 provinsi dan 190 kabupaten/kota di seluruh Indonesia. Sebagai PR Komunitas yang baru tentunya perlu mensosialisasikan kegiatan dan strategi apa saja yang akan dilakukan mulai dari persiapan sampai saat implementasi secara matang dan komprehensif sehingga sesuai dengan panduan program.

Berdasarkan konteks di atas, PR TB – Konsorsium Penabulu dan STPI perlu melaksanakan agenda tahunan rapat koordinasi nasional (Rakornas) antara PR dan SR di awal tahun secara rutin setiap tahunnya. Rakornas merupakan agenda yang sangat penting dan strategis. Selain untuk untuk koordinasi dan konsolidasi perencanaan dan pelaksanaan rencana kerja program serta persiapan pelaporan (Progress Update). Pertemuan RAKORNAS ini digunakan untuk sharing pembelajaran antar staff PR dan SR mengenai konsep-konsep serta isu-isu strategis baru yang penting bagi keberhasilan program.

Tujuan

- Tujuan Umum

Secara umum tujuan dari Rakornas ini adalah memperkuat konsep dan strategi implementasi program periode 2021-2023.

- Tujuan Khusus:

- Menjelaskan indikator, target, anggaran dan panduan program periode 2021-2023.
- Mengidentifikasi kondisi SR berdasarkan manajemen resiko (GRAM Tools)
- Menyetujui rencana program dan budget (PoA) per-tahun.

Kegiatan

- Pertemuan koordinasi nasional dilakukan 1 kali per tahun (3 kali selama periode program)
- Pelaksanaan kegiatan Rakornas selama 4 hari
- Tim PR menjelaskan indicator, target, anggaran dan panduan program periode 2021-2023 pada tahun pertama
- Tim PR melakukan pemetaan profil risiko dan evaluasi kinerja hasil capaian SR pada tahun berjalan
- Tim PR menyampaikan *progress update* kepada seluruh SR dan strategi implementasi program untuk setiap tahunnya.

Peserta

Jumlah peserta yang dilibatkan terdiri dari tim SR dan PR sebanyak 101 orang terdiri dari:

- 3 orang setiap SR 24 provinsi (72 orang)
- 10 orang perwakilan dari PR TB Konsorsium STPI-Penabulu
- 2 orang dari SSR yang melakukan laporan secara langsung terdiri dari 6 SSR
- 1 orang panitia
- 2 orang fasilitator dari PR (2 persons)

Untuk nara sumber terdiri dari 4 orang:

- Kasubdit TB Kemenkes RI
- Country Coordinating Mechanism (CCM)
- Pimpinan Penabulu
- Pimpinan STPI

Struktur Budget Luring

- Peserta & Panitia:
 - Fullboard meeting (3 hari)
 - Perdiem Fullboard meeting (4 hari)
 - Transport bandara (PP-untuk peserta dari luar kota)
 - Transport local (untuk peserta dalam kota)
- Nara sumber:
 - Fullboard meeting
 - Perdiem fullboard
 - Transport local (jika dari dalam kota)
- Stationery:
 - Disesuaikan dengan jumlah peserta

Output:

Output yang diharapkan dari kegiatan ini antara lain:

- Terpetakannya kondisi seluruh SR berdasarkan pada indikator manajemen risiko.
- Tersusunnya rencana strategi program tahun 2021
- Meningkatnya pemahaman SR untuk menjalankan program
- Tersusunnya POA tahun 2021 dan workplan Semester 1 dan 2
- Ditandatangani Sub Grant Agreement 2021

Laporan

- Laporan narasi kegiatan dilampirkan pada saat melakukan PERTUM, laporan narasi menggunakan hasil dari notulensi proceeding
- Pertum dilakukan maksimal 1 minggu setelah selesai kegiatan.

Konsorsium Yayasan Pena Bulu – STPI akan memberikan kontribusi sebaik mungkin untuk terlibat dalam Program TB Global Fund pada tingkat komunitas. Dalam mengupayakan pelaksanaan program akan dipilih SR dan SSR secara berjenjang. SR Komunitas merupakan entitas pelaksana Program TB Komunitas 2021-2023 yang melalui pendanaan dari PR Komunitas akan mengemban dua fungsi utama, yaitu (a) menjalankan aktivitas program TB Komunitas pada tingkat Provinsi sasaran, dan (b) menyalurkan serta mengkoordinasikan aktivitas program pada tingkat Kabupaten/Kota oleh SSR Komunitas yang bekerja dibawah SR Komunitas. SSR Komunitas merupakan entitas terkecil yang merupakan ujung tombak pelaksana Program TB Komunitas 2021-2023 terutama untuk investigasi kontak dan penemuan kasus, didukung pendanaan dari PR Komunitas yang disalurkan melalui SR Komunitas. SSR Komunitas melalui para Kader Komunitas TB, bekerja dari level desa, kecamatan hingga kabupaten/kota.

Guna memastikan program berjalan dengan baik, selain melakukan mitigasi risiko dengan melaksanakan penilaian kapasitas, Konsorsium juga akan membekali SSR dengan peningkatan kapasitas. Salah satu aspek penting peningkatan kapasitas kepada SSR adalah dalam hal pengelolaan keuangan (financial management). GF menyatakan bahwa kapasitas pengelolaan keuangan yang kuat akan mendukung pelaksana program dalam mencapai impact yang besar dalam penanggulangan TB (strong financial management can increase the ability of Global Fund implementers to achieve greater impact against tuberculosis).

Deskripsi Kegiatan:

Pelatihan pengelolaan keuangan bagi SSR dilakukan oleh SR dengan melibatkan perwakilan dari semua SSR yang ada di wilayahnya. Guna efektivitas dan efisiensi, pelatihan bisa dilakukan dengan menggabungkan beberapa SR menjadi satu pelatihan. Fasilitator pelatihan adalah Pengelola Keuangan dari SR yang sudah dilatih oleh PR. Sebelum pelatihan dilaksanakan, SSR harus mengirimkan nama staff yang akan mengikuti pelatihan melalui mekanisme pendaftaran dan mengisi form training need assessment. Mekanisme ini dilakukan oleh SR dengan supervise dari PR untuk mengetahui background Pendidikan dan pengalaman pengelola keuangan sehingga bisa didesain pelatihan yang efektif. Pelatihan akan dilakukan secara tatap muka dengan memperhatikan protocol pencegahan covid 19. Pelatihan dilaksanakan pada Q1.

Tujuan:

- Meningkatkan pengetahuan pengelola keuangan SSR
- Memperkuat kapasitas pengelola keuangan SSR dalam mengelola keuangan
- Perbaiki kualitas pengelolaan keuangan SSR dalam program TB Komunitas

Bentuk Kegiatan:

- Pelatihan dilakukan 4 hari full secara tatap muka dengan mengacu kepada panduan pelatihan dan modul pelatihan keuangan.
- Pelatih berasal dari Pengelola Keuangan SR. Di SR yang memiliki jumlah SSR besar, tim PR akan memberikan pendampingan pada saat pelatihan.
- Peserta pelatihan adalah SSR Finance & Administration Staff (SSRFAS)
- Pelatihan dilakukan oleh SR dengan ketentuan sebagai berikut:
 - Pelatihan yang melibatkan hanya 1-4 Staff SSR dilakukan in-house di kantor SR. Bagi peserta dari SSR yang lokasinya tidak memungkinkan untuk perjalanan PP setiap hari, disediakan akomodasi penginapan.
 - Pelatihan yang melibatkan peserta 5-10 Staff SSR, jika tidak memungkinkan dilakukan in-house di kantor SR, bisa dilakukan dengan menyewa ruang. Bagi peserta dari SSR yang lokasinya tidak memungkinkan untuk perjalanan PP setiap hari, disediakan akomodasi penginapan.
 - Pelatihan yang melibatkan lebih dari 10 Staff SSR dilakukan dengan menyewa ruang yang memadai. Dalam rangka pencegahan covid19, jumlah maksimal peserta di satu kelas adalah 16 orang peserta. Bagi peserta luar kota, disediakan penginapan.

Struktur Anggaran:**Inhouse Training:**

- Peserta
 - Intercity transport untuk 9 staff SSR
 - Snack untuk 24 orang x 4 hari
 - Lunch untuk 24 orang x 4 hari

Non inhouse

- Peserta
 - Paket fullboard meeting untuk 120 staff SSR x 4 hari
 - Intercity Transport untuk 102 staff SSR
 - Perdiem fullboard untuk 120 staff SSR x 5 hari
- Staff SR (Pelatih)
 - Paket fullboard meeting untuk 18 staff SR x 4 hari
 - Local Transport untuk 18 staff SR
 - Perdiem fullboard untuk 18 Staff SR x 5 hari

Output:

- Terselenggara pelatihan kepada pengelola keuangan di 24 wilayah SR kepada semua SSR di wilayahnya.
- Peningkatan pengetahuan Pengelola Keuangan SSR
- Peningkatan keterampilan pengelolaan keuangan SSR

Laporan:

- Proceeding/Notulensi proses
- Laporan Kegiatan
- Hasil Pre dan Post Test
- Laporan Pertanggungjawaban keuangan

Daftar peserta pelatihan finance dan management SSR

No	Province	Staff keuangan SSR	Staff keuangan SR	Total Peserta
Non Inhouse				
1	Sumatra Utara	10	1	11
2	Riau	6	1	7
3	Sumatra Selatan	3	1	4
4	Lampung	7	1	8
5	DKI Jakarta	5	1	6
6	Banten	5	1	6
7	Jawa Barat	21	5	25
8	DI Yogyakarta	5	1	6
9	Jawa Tengah	19	4	23
10	Jawa Timur	16	4	20
11	Bali	3	1	4
12	Nusa Tenggara Barat	5	1	6
13	Nusa Tenggara Timur	4	1	5
14	Kalimantan Barat	6	1	7
15	Sulawesi Selatan	8	1	9
		124	24	148
Inhouse				
16	Kepulauan Riau	2	1	3
17	Sumatera Barat	1	1	2
18	Bengkulu	2	1	3
19	Kepulauan Bangka Belitung	1	1	2
20	Kalimantan Selatan	2	1	3
21	Kalimantan Tengah	2	1	3
22	Kalimantan Timur	3	1	4
23	Sulawesi Utara	2	1	3
24	Sulawesi Tenggara	2	1	3
		17	9	26
Inhouse				
<u>6 SSR directly report to PR</u>				
25	Jambi	1		
26	Kalimantan Utara	1		
27	Sulawesi Tengah	1		
28	Sulawesi Barat	1		
29	Papua	1		
30	Papua Barat	1		
		6		

Konsorsium Yayasan Pena Bulu – STPI akan memberikan kontribusi sebaik mungkin untuk terlibat dalam Program TB Global Fund pada tingkat komunitas. Dalam mengupayakan pelaksanaan program akan dipilih SR dan SSR secara berjenjang. SR Komunitas merupakan entitas pelaksana Program TB Komunitas 2021-2023 yang melalui pendanaan dari PR Komunitas akan mengemban dua fungsi utama, yaitu (a) menjalankan aktivitas program TB Komunitas pada tingkat Provinsi sasaran, dan (b) menyalurkan serta mengkoordinasikan aktivitas program pada tingkat Kabupaten/Kota oleh SSR Komunitas yang bekerja dibawah SR Komunitas. SSR Komunitas merupakan entitas terkecil yang merupakan ujung tombak pelaksana Program TB Komunitas 2021-2023 terutama untuk investigasi kontak dan penemuan kasus, didukung pendanaan dari PR Komunitas yang disalurkan melalui SR Komunitas. SSR Komunitas melalui para Kader Komunitas TB, bekerja dari level desa, kecamatan hingga kabupaten/kota.

Guna memastikan program berjalan dengan baik, selain melakukan mitigasi risiko dengan melaksanakan penilaian kapasitas, Konsorsium juga akan membekali SSR dengan peningkatan kapasitas. Salah satu aspek penting peningkatan kapasitas kepada SSR adalah dalam hal Monitoring Evaluation and Learning.

Deskripsi Kegiatan:

Pelatihan MEL bagi SSR dilakukan oleh SR dengan melibatkan perwakilan dari semua SSR yang ada di wilayahnya. Guna efektivitas dan efisiensi, pelatihan bisa dilakukan dengan menggabungkan beberapa SR menjadi satu pelatihan. Fasilitator pelatihan adalah Tim MEL dari SR yang sudah dilatih oleh PR. Sebelum pelatihan dilaksanakan, SSR harus mengirimkan nama staff yang akan mengikuti pelatihan melalui mekanisme pendaftaran dan mengisi form training need assessment. Mekanisme ini dilakukan oleh SR dengan supervise dari PR untuk mengetahui background Pendidikan dan pengalaman pengelola keuangan sehingga bisa didesain pelatihan yang efektif. Pelatihan akan dilakukan secara tatap muka dengan memperhatikan protocol pencegahan covid 19. Pelatihan dilaksanakan pada Q1

Tujuan:

- Meningkatkan pengetahuan MEL bagi MEL Staff di tingkat SSR
- Memperkuat kapasitas dan keterampilan MEL bagi MEL Staff dalam mengelola data, dan pemanfaatan data untuk pengambilan keputusan
- Perbaiki kualitas MEL SSR dalam program TB Komunitas

Bentuk Kegiatan:

- Pelatihan dilakukan 4 hari full secara tatap muka dengan mengacu kepada panduan pelatihan dan modul pelatihan modul MEL.
- Pelatih berasal dari MEL SR. Di SR yang memiliki jumlah SSR besar, tim PR akan memberikan pendampingan pada saat pelatihan.
- Peserta pelatihan adalah SSR Data Entry (SSR DE), SSR PMELC - SSR Program MEL Coordinator)
- Pelatihan dilakukan oleh SR dengan ketentuan sebagai berikut:
 - Pelatihan yang melibatkan hanya 1-4 Staff SSR dilakukan in-house di kantor SR. Bagi peserta dari SSR yang lokasinya tidak memungkinkan untuk perjalanan PP setiap hari, disediakan akomodasi penginapan.
 - Pelatihan yang melibatkan peserta >5 Staff SSR, jika tidak memungkinkan dilakukan in-house di kantor SR, bisa dilakukan dengan menyewa ruang. Bagi peserta dari SSR yang lokasinya tidak memungkinkan untuk perjalanan PP setiap hari, disediakan akomodasi penginapan.
 - Pelatihan yang melibatkan lebih dari 10 Staff SSR dilakukan dengan menyewa ruang yang memadai. Dalam rangka pencegahan covid19, jumlah maksimal peserta di satu kelas adalah 16 orang peserta. Bagi peserta luar kota, disediakan penginapan.

Struktur Anggaran:**Inhouse Training:**

- Peserta
 - Intercity transport untuk 9 staff SSR
 - Snack untuk 30 orang x 4 hari
 - Lunch untuk 30 orang x 4 hari

Non inhouse

- Peserta
 - Paket fullboard meeting untuk 160 staff SSR x 4 hari
 - Intercity Transport untuk 142 staff SSR
 - Perdiem fullboard untuk 160 staff SSR x 5 hari
- Staff SR (Pelatih)
 - Paket fullboard meeting untuk 18 staff SR x 4 hari
 - Local Transport untuk 18 staff SR
 - Perdiem fullboard untuk 18 Staff SR x 5 hari

Output:

- Terselenggara pelatihan kepada MEL Staff di 190 SSR yang dilaksanakan sesuai dengan perencanaan.
- Peningkatan pengetahuan terkait MEL bagi MEL Staff SSR
- Peningkatan keterampilan melakukan MEL oleh MEL staff SSR

Laporan:

- Proceeding/Notulensi proses
- Laporan Kegiatan
- Hasil Pre dan Post Test
- Laporan Pertanggungjawaban keuangan

Daftar peserta pelatihan staf program SSR

No	Province	Staff Program SSR	Staff Program SR
Non Inhouse			
1	Sumatra Utara	10	1
2	Riau	6	1
3	Sumatra Selatan	5	1
4	Lampung	9	1
5	DKI Jakarta	5	1
6	Banten	7	1
7	Jawa Barat	25	4
8	DI Yogyakarta	5	1
9	Jawa Tengah	32	4
10	Jawa Timur	29	4
11	Bali	5	1
12	Nusa Tenggara Barat	6	1
13	Nusa Tenggara Timur	5	1
14	Kalimantan Barat	7	1
15	Sulawesi Selatan	9	1
		167	24
Inhouse			
16	Kepulauan Riau	3	1
17	Sumatera Barat	2	1
18	Bengkulu	2	1
19	Kepulauan Bangka Belitung	2	1
20	Kalimantan Selatan	2	1
21	Kalimantan Tengah	2	1
22	Kalimantan Timur	3	1
23	Sulawesi Utara	2	1
24	Sulawesi Tenggara	2	1
		20	9
Inhouse			
<u>6 SSR directly report to PR</u>			
25	Jambi	1	
26	Kalimantan Utara	1	
27	Sulawesi Tengah	1	
28	Sulawesi Barat	1	
29	Papua	1	
30	Papua Barat	1	
		6	

Total

190

Deskripsi kegiatan:

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

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

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

Kegiatan:

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

Tujuan:

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

Bentuk Kegiatan:

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

- TB Stigma Expert team dan Pokja (dapat merekrut konsultan Finance) mengembangkan *costed* Action Plan.

Peserta, Narasumber dan Panitia:

Pihak-pihak yang terlibat:

- Perwakilan Subdirektorat Tuberkulosis
- Perwakilan Konsorsium PR
- Perwakilan SR Tematik
- Perwakilan Organisasi masyarakat sipil mewakili populasi kunci dan rentan (ODHA, Penasun, Buruh, Migran)
- Perwakilan Organisasi masyarakat sipil di bidang Hukum dan bidang Media
- Perwakilan pemerintah lainnya: Perwakilan Yudisial, Anggota DPR RI, Komnas HAM
- TB Stigma Expert team (Institusi yang dikontrak PR)

Struktur Budget

Stop TB Partnership *TB Stigma Assessment* adalah USD 150,000

Output

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

Laporan untuk pelaksanaan kegiatan (sesuai Juknis dari PR)

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan pertemuan:

- Laporan narasi
- Daftar hadir pertemuan
- Foto kegiatan
- Laporan PERTUM

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

Deskripsi Kegiatan

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

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

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

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

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

Tujuan

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

Kegiatan

Kegiatan dilaksanakan di pada 2021, 2022, dan 2023

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

- Buku saku komunitas:
 - Tuberkulosis resisten obat (diagnosis, pengobatan, pencegahan, rujukan faskes)
 - Pendampingan TB-HIV (tentang penyakit, diagnosis, pengobatan, pencegahan)
 - Advokasi (isu komunitas, HAM, gender – termasuk penggunaan OneImpact – serta kebijakan dan proses penganggaran program TBC daerah)
- Lembar balik: 7440 x 3 tahun = 22.320 lembar balik
 - Kader
 - Patient support
- Leaflet: 1.621 rim (2021), 2.011 rim (2022), 2.308 rim (2023)
 - Semua tipe tuberkulosis pada orang dewasa
 - Tuberkulosis pada anak dan pengobatan pencegahan
 - Hak dan Kewajiban pasien & Penggunaan OneImpact
- Buku Agenda Kader: 7540 x 3 tahun = 22.620 buku

Struktur Budget

Cetak:

- Buku saku : 7440 (rata-rata), 39 kader per SSR + 30 SR (@30,000/unit)
- Lembar balik: 7440 (rata-rata). 39 kader per SSR + 30 SR (@50,000/unit)
- Buku Agenda Kader 7540 (rata-rata), 39 kader per SSR + 30 SR + 100 untuk mitra/Buffer turn-over kader (@25,000/unit)
- Leaflet: Jumlah Target IK x 5 Rumah Tangga / 500 lembar atau 1 rim (@145,000/rim)

*Perimbangkan tambahan untuk biaya desain grafis

Output

Tersedia media KIE yang terdiri dari:

- Buku saku: 7440 x 3 tahun = 22.320 buku
- Lembar balik: 7440 x 3 tahun = 22.320 lembar balik
- Leaflet: 1.621 rim (2021), 2.011 rim (2022), 2.308 rim (2023)
- Buku Agenda Kader: 7540 x 3 tahun = 22.620 buku

Pelaksana Pengadaan

Proses Pengadaan KIE akan sesuai dengan PIM.

Laporan

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

Deskripsi Kegiatan:

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

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

Coverage Indicator	NDP	Baseline	PF - 09 Oct 2020			
			2021	2022	2023	Total
TCP-7c Number of notified TB cases (all forms) contributed by non-national TB program providers – community referrals	N	69.980	99.220	115.835	132.340	347.395
	D	583.167	522.212	551.595	551.417	1.625.224
	P	12%	19%	21%	24%	21%
Number of bacteriologically confirmed TB patients and pediatric TB whose household contacts screened for TB (contact investigation)	N	41.641	239.696	268.075	267.988	775.759
	D		281.995	297.861	297.765	877.621
	P		85%	90%	90%	88%
Number of treated MDR TB patients who receive community support Hanya 106 KK wilayah akselerasi TB RO	N	3.383	2.052	3456	4.671	10.179
	D		2.378	3.703	4.952	11.033
	P		86%	93%	94%	92%

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

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

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

Tujuan:

- Memastikan adanya data yang berkualitas yang terinput di dalam sistem pelaporan
- Memonitor pelaksanaan program sekaligus menjadi alat untuk mengukur kinerja program
- Menyediakan supporting dokumen untuk result based payment bagi kader
- Melakukan input data hasil investigasi kontak dan non investigasi kontak yang sudah dilakukan oleh Kader.

Pelaksana:

- Staf data entry di 190 SSR

Struktur Anggaran:

- Investigasi kontak: Rp 8.000 per indeks kasus
 - Di tahun 2021: 162.148 indeks kasus
 - Di tahun 2022: 201.065 indeks kasus
 - Di tahun 2023: 230.768 indeks kasus
 - Total: 775.759 indeks kasus
- Non-investigasi kontak: Rp 5.000 per orang
 - Di tahun 2021: 701.854 suspek
 - Di tahun 2022: 985.793 suspek
 - Di tahun 2023: 1.049.899 suspek
 - Total: 2.647.546 orang

Output:

- Tersedia data pelaksanaan program di tingkat SSR
- Adanya laporan kuantitatif SSR

Laporan:

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

*Mekanisme kerja data entry diatur dalam Surat Perjanjian Kerja (SPK).

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

Deskripsi Kegiatan

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

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

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

- Pengetahuan tentang Tuberkulosis (TB Sensitif Obat, TB Resisten Obat, Pencegahan/TPT)
- Pengetahuan dan praktik tentang Investigasi kontak
- Pengetahuan alur rujukan fasilitas pelayanan kesehatan (FKTP, FKTRL, BPJS Kesehatan)
- Pengetahuan Faktor risiko dan determinan sosial: HIV/AIDS, Diabetes Mellitus, Kepadatan, Kemiskinan, Gizi
- Pengetahuan dan praktik Komunikasi efektif untuk rujukkan dan pendampingan pasien
- Pengetahuan dan praktik pencatatan dan pelaporan Investigasi Kontak, TB SO, TB RO
- Pengetahuan sensitisasi isu hak asasi manusia dan kesetaraan gender dalam program TBC

Tujuan

- Membentuk kader TBC komunitas yang terampil dalam melaksanakan kegiatan penanggulangan TBC di masyarakat yang berpusat pada kebutuhan pasien dan tanpa stigma dan diskriminasi
- Melatih kader TBC Komunitas agar mampu melakukan investigasi kontak, penemuan suspek dan pendampingan pengobatan pasien TBC semua tipe serta pencatatan dan pelaporannya

Kegiatan

Bentuk kegiatan: Full day Meeting

Periode pelaksanaan: Triwulan 1, 2021

Training kader dilaksanakan selama 4 hari di aula Dinas Kesehatan Kab/Kota atau Ruang Puskesmas dengan rincian sebagai berikut:

- Pelaksanaan Training kader dilaksanakan selama 3 hari di kelas
- Pelaksanaan praktek lapangan untuk investigasi kontak dilaksanakan 1 hari bersama fasilitator
- Pelatihan untuk kader komunitas di 22 Kab/Kota yang baru dibuka, kegiatan dilaksanakan selama 4 hari mengikuti detail format dan alur pelatihan menggunakan modul-modul yang disediakan oleh PR Konsorsium Penabulu-STPI

*) Catatan: pada budget PoA, alokasi pelaksanaan 5 hari di kelas dan 1 hari praktek lapangan tetapi dalam pelaksanaan tetap mengikuti modul pelatihan yaitu total 4 hari (3 hari di kelas dan 1 hari praktek lapangan)

Alur Kegiatan

- Persiapan seleksi kader; SSR bersama Puskesmas dan aparat pemerintah Desa/Kecamatan mengidentifikasi calon kader TBC potensial berdasarkan beban kasus TBC di Puskesmas/Kecamatan. Proses identifikasi menggunakan lembar check list standar. Kemudian SSR bersama Puskesmas melakukan validasi keberadaan dan kesanggupan/ komitmen calon kader TBC.
- Persiapan pelatihan; perlu dilakukan briefing antara SSR dengan tim fasilitator untuk memastikan peran masing-masing fasilitator, kesiapan konten materi pelatihan dan kelengkapan materi narasumber, jadwal acara, dan persiapan kehadiran peserta training. Pelatihan sesi kelas dapat dilakukan terjadwal (tidak 3 hari berturut-turut), dan menggunakan fasilitas ruang kelas yang ada di Dinas Kesehatan/ Puskesmas / Pendopo Kecamatan/ Desa.
- Pelaksanaan pelatihan; dilaksanakan sesuai jadwal yang disepakati, dimulai dengan pre-test, diakhiri dengan post test. Untuk praktik lapangan, dilakukan di Puskesmas terdekat dengan tujuan memahami alur IK dan pencatatan-pelaporan.

Peserta

- Pelaksanaan peserta training kader
 - Peserta training kader 31 orang per kabupaten/kota (2 diantaranya koordinator kader)
 - Praktek lapangan oleh kader (praktek lapangan) 31 orang

- Narasumber
 - 2 orang narasumber (1 orang dinkes dan 1 orang organisasi)
- Fasilitator
 - 2 orang fasilitator dari Kab/Kota (Fasil terlatih dari Dinkes/Puskesmas/Organisasi)
- Panitia
 - 2 orang staf SSR
- Stationary
 - 31 stationary
- Praktek lapangan:
 - 2 Fasilitator
 - 2 kelompok Peserta

Struktur Budget

- Peserta
 - Transport lokal
 - Snack & lunch
 - Perdiem fullday
- Narasumber
 - Transport lokal
 - Snack & lunch
 - Fee narasumber provinsi
- Fasilitator
 - Transport lokal
 - Snack & lunch
 - Fee fasilitator provinsi
- Panitia
 - Transport lokal
 - Snack & lunch
 - Perdiem fullday meeting
- Stationary
 - 32 peserta
- Fasilitator
 - Transport lokal
 - Fee fasilitator

Output

- Adanya 31 kader yang memiliki pengetahuan dan keterampilan yang dibuktikan dengan sertifikat kelulusan dalam pelatihan
- Hasil post-test peserta pelatihan harus rata-rata mencapai 80%, jika dibawah 80% SSR akan memberikan pendampingan/coaching kepada yang bersangkutan

Laporan

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

22 Kabupaten-Kota daerah Baru Program TB Komunitas

No	Provinsi	Kota/Kabupaten
1	Sumatera Utara	Kota Binjai
2	Sumatera Utara	Kota Padangsidempuan
3	Sumatera Utara	Kota Pematang Siantar
4	Jambi	Kota Jambi
5	Jawa Tengah	Demak
6	Jawa Timur	Trenggalek
7	Jawa Timur	Ngawi
8	Nusa Tenggara Barat	Bima
9	Nusa Tenggara Timur	Sumba Barat Daya
10	Bali	Tabanan
11	Kalimantan Barat	Ketapang
12	Kalimantan Barat	Sintang
13	Kalimantan Selatan	Banjar
14	Kalimantan Selatan	Tanah Bumbu
15	Kalimantan Utara	Kota Tarakan

16	Kalimantan Timur	Kutai Timur
17	Sulawesi Barat	Mamuju
18	Sulawesi Selatan	Bone
19	Sulawesi Selatan	Bulukumba
20	Sulawesi Tengah	Kota Palu
21	Bangka Belitung	Bangka
22	Bangka Belitung	Kota Pangkal Pinang

*Pontianak/Mempawah daerah lama, jadi tidak perlu dilatih. Pontianak/Mempawah diganti Tabanan (Bali) daerah baru.

Deskripsi Kegiatan

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

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

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

- Pengetahuan tentang Tuberkulosis (TB Sensitif Obat, TB Resisten Obat, Pencegahan/TPT)
- Pengetahuan dan praktik tentang Investigasi kontak
- Pengetahuan Alur rujukan fasilitas pelayanan kesehatan (FKTP, FKTRL, BPJS Kesehatan)
- Pengetahuan Faktor risiko dan determinan sosial: HIV/AIDS, Diabetes Mellitus, Kepadatan, Kemiskinan, Gizi
- Pengetahuan dan praktik Komunikasi efektif untuk rujukan dan pendampingan pasien
- Pengetahuan dan praktik pencatatan dan pelaporan Investigasi Kontak, TB SO, TB RO
- Pengetahuan sensitisasi isu hak asasi manusia dan kesetaraan gender dalam program TBC

Tujuan

- Melakukan penyegaran dan pelatihan ulang, termasuk untuk kader yang sudah tidak aktif, tentang melakukan investigasi kontak, penemuan suspek dan pendampingan pengobatan pasien TBC semua tipe serta pencatatan dan pelaporannya
- Jika jumlah kader aktif tidak memenuhi kuota peserta pelatihan, SSR bisa melakukan rekrutmen dan pelatihan untuk kader baru. Kader baru yang mengikuti kegiatan diprioritaskan kader yang berasal pada kecamatan yang belum diintervensi.

- Meningkatkan pemahaman dan kemampuan kader TBC komunitas dalam melaksanakan kegiatan penanggulangan TBC di masyarakat yang berpusat pada kebutuhan pasien dan tanpa stigma dan diskriminasi

Kegiatan

Bentuk kegiatan: Full day Meeting

Periode pelaksanaan: Triwulan 1, 2021

Pelatihan penyegaran untuk kader dilaksanakan selama 3 hari di aula Dinas Kesehatan Kab/Kota dengan rincian sebagai berikut:

- Pelaksanaan pelatihan penyegaran kader dilaksanakan selama 3 hari di kelas. Pelatihan dapat dilaksanakan dengan jeda waktu, sehingga tidak selama tiga hari berturut-turut.
- Pelatihan untuk 30 kader komunitas di setiap 168 Kab/Kota yang melanjutkan dari periode implementasi 2018-2020. Kegiatan dilaksanakan selama 3 hari mengikuti detail format dan alur pelatihan menggunakan modul-modul yang disediakan oleh PR Konsorsium Penabulu-STPI

Alur Kegiatan

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

Peserta

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

- Narasumber
 - 2 orang narasumber (1 orang dinkes dan 1 orang organisasi)

- Fasilitator
 - 2 orang fasilitator dari Kab/Kota (Fasil terlatih dari Dinkes/Puskesmas/Organisasi)
- Panitia
 - 2 orang staf SSR
- Stationary
 - 30 peserta

Struktur Budget

- Peserta
 - Transport lokal
 - Snack lunch
- Narasumber
 - Transport lokal
 - Snack & lunch
- Fasilitator
 - Transport lokal
 - Snack & lunch
- Panitia
 - Transport lokal
 - Snack & lunch
- Stationary
 - 36 peserta

Output

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

Laporan

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

Kegiatan dilakukan oleh 24 Propinsi dan 168 Kabupaten-Kota daerah intervensi program TBC

Provinsi	Kota/Kabupaten
1. Sumatera Utara (7 kota/kab)	1. Labuhan Batu
	2. Asahan
	3. Simalungun
	4. Karo
	5. Deli Serdang
	6. Langkat
	7. Kota Medan
2. Sumatera Barat (2 kota/kab)	1. Padang Pariaman
	2. Kota Padang
3. Riau (6 kota/kab)	1. Indragiri Hilir
	2. Rokan Hulu
	3. Bengkalis
	4. Rokan Hilir
	5. Kota Pekanbaru
	6. Kota Dumai
4. Sumatera Selatan (5 kota/kab)	1. Muara Enim
	2. Banyu Asin
	3. Ogan Ilir
	4. Kota Palembang
	5. Kota Prabumulih

5. Bengkulu (2 kota/kab)	1. Rejang Lebong
	2. Kota Bengkulu
6. Lampung (9 kota/kab)	1. Tanggamus
	2. Lampung Selatan
	3. Lampung Timur
	4. Lampung Tengah
	5. Lampung Utara
	6. Pesawaran
	7. Pringsewu
	8. Tulangbawang Barat
	9. Kota Bandar Lampung
7. Kepulauan Riau (3 kota/kab)	1. Karimun
	2. Kota Batam
	3. Kota Tanjung Pinang
8. DKI Jakarta (5 kota/kab)	1. Kodya Jakarta Selatan
	2. Kodya Jakarta Timur
	3. Kodya Jakarta Pusat
	4. Kodya Jakarta Barat
	5. Kodya Jakarta Utara
9. Jawa Barat (25 kota/kab)	1. Bogor
	2. Sukabumi
	3. Cianjur
	4. Bandung
	5. Garut
	6. Tasikmalaya

	7. Ciamis	
	8. Kuningan	
	9. Cirebon	
	10. Majalengka	
	11. Sumedang	
	12. Indramayu	
	13. Subang	
	14. Purwakarta	
	15. Karawang	
	16. Bekasi	
	17. Bandung Barat	
	18. Kota Bogor	
	19. Kota Sukabumi	
	20. Kota Bandung	
	21. Kota Cirebon	
	22. Kota Bekasi	
	23. Kota Depok	
	24. Kota Cimahi	
	25. Kota Tasikmalaya	
	10. Jawa Tengah (30 kota/kab)	1. Cilacap
		2. Banyumas
		3. Purbalingga
		4. Banjarnegara
		5. Kebumen
		6. Purworejo

	7. Wonosobo	
	8. Magelang	
	9. Boyolali	
	10. Klaten	
	11. Sukoharjo	
	12. Wonogiri	
	13. Karanganyar	
	14. Sragen	
	15. Grobogan	
	16. Blora	
	17. Pati	
	18. Kudus	
	19. Jepara	
	20. Semarang	
	21. Temanggung	
	22. Kendal	
	23. Batang	
	24. Pekalongan	
	25. Pemasang	
	26. Tegal	
	27. Brebes	
	28. Kota Surakarta	
	29. Kota Semarang	
	30. Kota Pekalongan	
	11. DI Yogyakarta	1. Kulon Progo

(5 kota/kab)	2. Bantul
	3. Gunung Kidul
	4. Sleman
	5. Kota Yogyakarta
12. Jawa Timur (27 kota/kab)	1. Ponorogo
	2. Tulungagung
	3. Kediri
	4. Malang
	5. Lumajang
	6. Jember
	7. Banyuwangi
	8. Bondowoso
	9. Situbondo
	10. Probolinggo
	11. Pasuruan
	12. Sidoarjo
	13. Mojokerto
	14. Jombang
	15. Nganjuk
	16. Madiun
	17. Magetan
	18. Bojonegoro
	19. Tuban
	20. Lamongan
	21. Gresik

	22. Bangkalan
	23. Sampang
	24. Pamekasan
	25. Sumenep
	26. Kota Malang
	27. Kota Surabaya
13. Banten (7 kota/kab)	1. Lebak
	2. Tangerang
	3. Serang
	4. Kota Tangerang
	5. Kota Cilegon
	6. Kota Serang
	7. Kota Tangerang Selatan
14. Bali (4 kota/kab)	1. Badung
	2. Gianyar
	3. Buleleng
	4. Kota Denpasar
15. Nusa Tenggara Barat (6 kota/kab)	1. Lombok Barat
	2. Lombok Tengah
	3. Lombok Timur
	4. Sumbawa
	5. Kota Mataram
16. Nusa Tenggara Timur (4 kota/kab)	1. Kota Kupang
	2. Timor Tengah Selatan
	3. Sikka

	4. Kupang
17. Kalimantan Barat (5 kota/kab)	1. Sanggau
	2. Kubu Raya
	3. Kota Pontianak
	4. Kota Singkawang
	5. Mempawah
18. Kalimantan Tengah (2 kota/kab)	1. Kotawaringin Timur
	2. Kota Palangka Raya
19. Kalimantan Timur (2 kota/kab)	1. Kota Balikpapan
	2. Kota Samarinda
20. Sulawesi Utara (2 kota/kab)	1. Kota Manado
	2. Kota Bitung
21. Sulawesi Selatan (9 kota/kab)	1. Jenepono
	2. Gowa
	3. Maros
	4. Wajo
	5. Sidenreng Rappang
	6. Pinrang
	7. Kota Makassar
22. Sulawesi Tenggara (2 kota/kab)	1. Muna
	2. Kota Kendari
23. Papua (1 kota/kab)	Kota Jayapura
24. Papua Barat (1 kota/kab)	Kota Sorong
Total 24 Provinsi	Total 168 kota/kab

BL. 65

Pengembangan Legalitas Organisasi untuk Kelompok Pasien dan Penyintas Tuberkulosis

Deskripsi Kegiatan

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

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

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

Kegiatan

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

Timeline

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

Peserta untuk pengembangan OMP dan aspek legal

- 3 anggota kelompok pasien dan penyintas TBC

Narasumber

- 1 Tenaga Ahli Klinis RS PMDT
- 1 Perwakilan P2P Dinkes Provinsi

Panitia

- 1 staf SR provinsi
- 1 staf SR tematik

Struktur Budget

- Anggota kelompok pasien dan penyintas TBC
 - Full-day meeting package
 - Transport lokal
- Staf SR provinsi
 - Transport lokal
- Staf SR tematik
 - Airline ticket
 - Airport transfer
- Tenaga Ahli Klinis RS PMDT
 - Fee narasumber provinsi
- Perwakilan P2P Dinkes Provinsi
 - Fee narasumber provinsi
- 1 Notaris

- Fee registrasi Lembaga dibantu Notaris

Output

Dari setiap organisasi di setiap provinsi:

- Akta pendirian dengan memuat AD dan ART
- Daftar program kerja
- Surat keterangan domisili organisasi
- Nomor Pokok Wajib Pajak atas nama organisasi
- Surat keputusan pengesahan status badan hukum

Laporan

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

Deskripsi Kegiatan

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

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

Tujuan

Bersama pemerintah, masyarakat terdampak TBC, mitra OMS dan sektor swasta membangun kesadaran bersama untuk meningkatkan perhatian terhadap upaya pencegahan dan pengendalian TBC serta meningkatkan penemuan kasus.

Kegiatan

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

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

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

Peserta Kegiatan Persiapan

Rapat persiapan di 190 kota/kabupaten

- SSR Konsorsium Penabulu-STPI
- Kepala Dinas Kesehatan
- Wakil Supervisor TB
- Kader dan pendamping pasien
- Pasien dan keluarga pasien
- Penyintas TBC

Peserta Kegiatan HTBS

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

Struktur Budget

Paket Acara SSR Rp 2.725.000

Item	Unit cost	Vol	Duration		Time	Subtotal
Honorarium fasilitator	300,000	1	1	PT	1	300,000
Honorarium Narasumber	500,000	2	1	OK	1	1,000,000
Konsumsi	47,500	30	1	org	1	1,425,000
TOTAL						2,725,000

Output:

Terselenggaranya kegiatan perayaan TB Day SSR bersama Kader, Pendamping Pasien, Pasien TBC dan Keluarga Pasien

Laporan:

- Proceeding/Notulensi
- Laporan Kegiatan
- Laporan Pertanggungjawaban keuangan

*) Catatan:

Pelaksanaan TB Day merujuk pada Petunjuk Teknis Pelaksanaan TB Day 2021 dari PR Konsorsium Penabulu-STPI

Deskripsi Kegiatan:

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

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

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

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

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

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

Kewenangan Desa ini tentu saja harus didukung oleh komitmen kepala daerah dalam mengatur penggunaan dana desa dalam penguatan penanggulangan TB. Sejak Dana Desa dianggarkan dan disalurkan ke Desa, belum pernah dilakukan studi untuk menggali lebih banyak informasi tentang hambatan dan cerita sukses dalam penggunaan dana desa untuk penanggulangan TB baik di tingkat Desa itu sendiri maupun di tingkat kabupaten melalui dukungan kebijakan dari Kepala Daerah. Studi akan dilakukan oleh PR melalui konsultan yang dipilih melalui mekanisme pengadaan jasa dengan *steering committee*. Studi akan dilakukan pada Q4 atau akhir tahun pertama pelaksanaan program.

Tujuan:

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

Bentuk Kegiatan:

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

Struktur Anggaran:

- Total anggaran sebesar 400 juta dengan perkiraan rincian sebagai berikut:
 - Fee untuk team konsultan dengan anggaran 300 juta, termasuk pembentukan *steering committee* bersama PR Konsorsium Penabulu-STPI
 - Field Research per wilayah:
 - Operasional 30 hari x @1.500.000 x 2 orang = Rp. 60.000.000
 - Transport lapangan 2 x @ 5.000.000 x 2 orang = Rp. 20.000.000
 - FGD Nasional: melibatkan setidaknya 10 orang sebanyak 4 kali @ Rp. 5.000.000 = Rp. 20.000.000

Output:

- Pengumpulan data dan informasi tentang penggunaan dana desa untuk program TB
- Adanya hasil studi tentang dana desa dan program penanggulangan TB

Laporan:

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

Kegiatan dilaksanakan oleh SR Tematik di 10 kabupaten SSR wilayah industrial

No	Provinsi	Kab/Kota
1	Jawa Timur	Gresik
2	Jawa Timur	Kab. Sidoarjo
3	Sumatera Utara	Deli Serdang
4	Banten	Kab. Tangerang
5	Banten	Kab. Serang
6	Jawa Barat	Purwakarta
7	Jawa Barat	Kab. Bekasi
8	Jawa Barat	Kab. Bogor
9	Jawa Barat	Karawang
10	Jawa Barat	Subang
Total	4 Provinsi	10 kabupaten

BL. 68

Lokakarya Advokasi Pemanfaatan Dana Desa untuk Penanggulangan Tuberkulosis (Nasional)

Deskripsi kegiatan

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

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

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

Tujuan

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

Bentuk Kegiatan

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

Quantity: 1 Workshop at PR level

Duration: 1 day, Full-day

Peserta

15 participants (Luring) - *menyesuaikan*

1. Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, KEMKES
2. Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Langsung, KEMKES
3. Direktorat Pelayanan Dasar Sosial, KEMENDES PDTT
4. Direktorat Anggaran Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, KEMENKEU
5. Direktorat Gizi dan Kesehatan Masyarakat, BAPPENAS
6. Komite Ahli Tuberkulosis (KOMLI TB)
7. Perhimpunan Organisasi Pasien Tuberkulosis
8. WHO Indonesia
9. Stop TB Partnership Indonesia
10. Yayasan Penabulu
11. OMS dengan fokus pada anggaran (e.g. Sekretariat Nasional FITRA/dsb.)
12. OMS dengan fokus pada bidang kesehatan dalam pembangunan desa (e.g. PATTIRO/KOMPAK/dsb.)
13. Asosiasi Dinas Kesehatan Indonesia (ADINKES)
14. Asosiasi Pemerintah Desa Seluruh Indonesia (APDESI)
15. Asosiasi Pemerintah Kabupaten Seluruh Indonesia (APKASI)

Kegiatan dapat ditayangkan secara daring untuk partisipasi langsung lebih banyak peserta

Narasumber

- 2 narasumber nasional
 - Kementerian PDTT
 - Kementerian Kesehatan

Fasilitator

- 1 Fasilitator pertemuan adalah tim konsultan riset

Struktur Anggaran

- Peserta:
 - Transport lokal
 - Full-day meeting package
- **Narasumber**
 - Transport lokal
 - Full-day meeting package
 - Fee narasumber nasional
- **Fasilitator**
 - Transport lokal
 - Full-day meeting package
 - Fee fasilitator nasional

Output

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

Laporan

Dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah selesai pelaksanaan kegiatan:

- Daftar hadir
- Laporan narasi kegiatan
- Laporan PERTUM

BL. 69

Lokakarya Advokasi Pemanfaatan Dana Desa untuk Penanggulangan Tuberkulosis (Daerah)

Deskripsi kegiatan

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

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

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

Tujuan

- Mengadvokasi pemerintah daerah (eksekutif dan legislatif) dalam merencanakan dan menganggarkan upaya penanggulangan tuberkulosis berbasis masyarakat di Desa.
- Lokakarya akan dilakukan selama 1 hari (full-day meeting) di 10 kabupaten/kota wilayah industri

Peserta

15 orang:

1. BAPPEDA (1 orang)
2. Dinas Kesehatan (1 orang)
3. Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Desa (1 orang)
4. Pendamping Desa (2 orang)
5. Puskesmas (2 orang)

6. Kader (2 orang)
7. Kantor Kecamatan (2 orang)
8. Kantor Desa (2 orang)
9. Badan Permusyawaratan Desa (2 orang)
10. DPRD (1 orang – tidak boleh menerima fee)

Narasumber

2 orang:

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

Fasilitator

1 orang:

- Fasilitator pemberdayaan masyarakat (dapat diusulkan dari program PNPM / PKH / Musrenbang)

Struktur Anggaran:

- 15 peserta
 - Transport lokal
 - Full-day meeting package
- Narasumber
 - Local transport
 - Full-day meeting package
 - Resource person fee
- Fasilitator
 - Transport lokal
 - Full-day meeting package
 - Fee fasilitator

Output

Risalah berupa usulan surat edaran bersama Bupati/Walikota mengenai operasional pengusulan dan penggunaan DD/ADD untuk mendukung implementasi penanggulangan tuberkulosis berbasis masyarakat.

Kegiatan dilaksanakan oleh SR Tematik di 10 kabupaten SSR wilayah industrial

No	Provinsi	Kab/Kota
1	Jawa Timur	Gresik
2	Jawa Timur	Kab. Sidoarjo
3	Sumatera Utara	Deli Serdang
4	Banten	Kab. Tangerang
5	Banten	Kab. Serang
6	Jawa Barat	Purwakarta
7	Jawa Barat	Kab. Bekasi
8	Jawa Barat	Kab. Bogor
9	Jawa Barat	Karawang
10	Jawa Barat	Subang
Total	4 Provinsi	10 kabupaten

Latar Belakang

Berdasarkan laporan WHO tahun 2019, rasio insidensi TBC RO di Indonesia ialah 8,8 (6,2–12) per 100.000 populasi, dengan estimasi jumlah total sebanyak 24.000 kasus. Di tingkat global, Indonesia berada di peringkat 7 dari 30 negara dengan beban TBC RO tertinggi di dunia. Program penanggulangan TBC RO di Indonesia masih memiliki berbagai kendala. Pada tahun 2018, dari 24.000 estimasi kasus TBC RO, cakupan pengobatan TBC RO hanya sekitar 18,6% (4476).

Dengan pengobatan yang lama dan beratnya efek samping yang ada maka diperlukan adanya dukungan dari komunitas yang akan mendampingi pasien TBC RO dari sejak awal terdiagnosis, masa pengobatan, hingga lengkap dan sembuh. Dukungan STPI-Penabulu sebagai tim di level komunitas salah satunya yaitu memberikan pendampingan ini; yang bertujuan agar pasien tetap berada pada proses pengobatan hingga sembuh, sehingga kasus TBC RO dapat segera tereradikasi. Pendampingan ini dilakukan oleh tim yang terdiri dari *Peer Educator*, *Patient Supporter*, dan kader yang dikoordinasikan oleh seorang Manajer Kasus. Dalam melaksanakan tugasnya, Manajer Kasus dan Pasien Suporter/*Peer Educator* TBC RO membutuhkan peralatan pendukung dalam menjalani tugas sehari-hari yang berupa masker/respirator N95 yang memiliki filter khusus untuk melindungi pemakainya dari transmisi bakteri TBC RO melalui *droplet*. Sehingga tersedianya masker N95 ini menjadi hal yang penting bagi kelangsungan kegiatan pendampingan oleh tim Manajer Kasus.

Tujuan

Melakukan pengadaan masker N95 sebagai sarana pendukung program pendampingan pasien TBC RO oleh Tim Manajemen kasus STPI-Penabulu (Manajer Kasus dan Pasien Suporter/Pasien Educator TBC RO di RS PMDT)

Sasaran

Kegiatan ini diperuntukan bagi Tim Manajemen Kasus TBC RO, yaitu: Manajer Kasus (MK) dan Pasien Suporter (PS)/*Peer Educator* (PE). Masker yang akan digunakan adalah masker/respirator N95 merk 3M dengan tipe 1860. Rincian kebutuhan masker N95 ini adalah sebagai berikut:

Sasaran	Jumlah Sasaran untuk 3 tahun (2021-2023)	Jumlah masker (pcs) yang akan dibagikan per MK/PS per minggu	Durasi penggunaan masker (dln minggu)	Total kebutuhan masker N95 (pcs)	Total kebutuhan masker N95 (box) 1 box = 20 pcs
MK	137	1	86	11.760	588
PS/PE	683	1	104	71.032	3.552
Total box masker N95 yang diperlukan					4.140

Metode Pengadaan

Metode Pengadaan barang masker/respirator N95 ini yaitu melalui pelelangan umum berdasarkan aturan PPP (Pedoman Pengelolaan Program).

Sumber Dana dan Perkiraan Biaya

Sumber dana kegiatan dibiayai dengan dana GF-ATM Komponen TB/ PR TB. Adapun perkiraan biaya yang diperlukan meliputi:

Nama barang	Perkiraan harga masker N95/box (IDR)	Total box Masker N95 yang diperlukan	Total Perkiraan biaya (IDR)
Respirator N95 3M tipe 1860 (box/20pcs)	IDR 2.350.000	4140	IDR 9.729.000.000

Pelaksana Pengadaan; sesuai PPP

Laporan

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

Latar Belakang

Kader komunitas akan mendapatkan masker dalam melakukan investigasi kontak. Investigasi kontak dilaksanakan berdasarkan indeks kasus pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis. Investigasi kontak merupakan kegiatan pelacakan dan investigasi yang ditujukan pada orang-orang yang telah/sering berhubungan/melakukan kontak langsung/erat dengan pasien TBC untuk menemukan orang terduga TBC. Kontak bisa dilakukan kontak serumah yakni orang dalam orang yang tinggal satu rumah dan sering melakukan kontak. Contoh: suami, istri, anak, nenek, dll. Investigasi Kontak juga bisa dilakukan kepada Orang terdekat yang melakukan kontak erat/sering melakukan kontak dengan pasien TBC tetapi bukan serumah, contoh tetangga, rekan kerja, teman sekolah, teman dekat, sahabat.

Tujuan

Pengadaan Masker untuk pencegahan penularan TB dan Covid-19 yang diberikan kepada kader ketika melakukan IK, dan penyuluhan (non-IK)

Sasaran

Kegiatan ini diperuntukan bagi kader di tingkat kecamatan dan kelurahan/desa. Masker yang akan digunakan adalah masker bedah 3ply. Rincian kebutuhan masker bedah ini adalah sebagai berikut:

Setiap kegiatan kader membutuhkan 1 masker untuk 1 orang.

Kebutuhan = Jumlah IK (TCP Other 1) + jumlah penyuluhan (BL 3) + jumlah Home Visit (BL 40)

Total Volume: 14.437 box

- Tahun 1: $162.148 + 33.422 + 391 = 195.961/50 = 3.919$ Box
- Tahun 2: $201.056 + 42.657 + 608 = 244.321/50 = 4.886$ Box
- Tahun 3: $230.768 + 49.995 + 813 = 281.576/50 = 5.632$ Box

Metode Pengadaan

Metode Pengadaan barang masker bedah ini yaitu melalui **pelelangan umum** berdasarkan aturan PPP (Pedoman Pengelolaan Program).

Sumber Dana dan Perkiraan Biaya

Sumber dana kegiatan dibiayai dengan dana GF-ATM Komponen TB/ PR TB. Adapun perkiraan biaya yang diperlukan dilakukan dengan cara penghitungan:

Nama barang	Perkiraan harga masker bedah/box (IDR)	Total box Masker bedah yang diperlukan	Total Perkiraan biaya (IDR)
Merk Sensi/sejenis 3 PLY Surgical Face Mask Earloop 50's (box/50pcs)	IDR 118.581	14.437	IDR 1.711.971.269

Pelaksana Pengadaan sesuai PPP

Laporan

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

BL. 72

Improve capacity of community workers to sensitize civil society on TB elimination (training of trainers)

Dalam upaya memutus mata rantai penularan TB, kegiatan penguatan kapasitas bagi kader dalam upaya sensitisasi eliminasi TB merupakan kegiatan strategis yang dilakukan pada periode program tahun 2021-2023. Penguatan kapasitas sensitisasi dilakukan sebagai bagian dari penguatan masyarakat. Dalam program TB, Masyarakat memiliki andil yang penting karena TB merupakan penyakit menular yang memiliki dampak kepada kesehatan masyarakat dan mencakup aspek sosial serta ekonomi. Peningkatan kapasitas bagi OMS dan komunitas dilakukan untuk mempromosikan pengembangan komunitas agar terinformasi, mampu, dan terkoordinasi guna memastikan keberlanjutan intervensi kesehatan yang berpusat pada manusia dan berbasis komunitas

Peningkatan kapasitas akan dilakukan pada dua level: (1) tingkat PR kepada SR untuk menghasilkan Master Trainer, dan (2) tingkat SR kepada SSR untuk menghasilkan Trainer.

A. TRAINING FOR MASTER TRAINER (TOMT) KEPADA SR REGIONAL

Deskripsi Kegiatan:

Training for Master Trainer dilakukan oleh PR dengan melibatkan perwakilan dari semua SR Regional. Sebelum pelatihan dilaksanakan, SR harus mengirimkan usulan nama staf yang akan mengikuti pelatihan melalui mekanisme pendaftaran dan pemilihan yang akan dibuat oleh PR. Pemilihan peserta dilakukan oleh PR untuk memastikan kualifikasi yang dibutuhkan sebagai calon master trainer terpenuhi. Training akan dilakukan di tingkat Nasional oleh PR dengan menggunakan Panduan Pengajaran bagi Master Trainer. Instruktur pelatihan adalah Konsultan penyusun Panduan Pengajaran dengan dibantu oleh Staf PR. Maksimal jumlah kelas di dalam satu kelas pelatihan adalah 25 peserta.

Tujuan:

- Memperkuat kapasitas kader dalam eliminasi TB
- Melakukan pelatihan kepada staff SR untuk menjadi master trainer
- Membentuk Master Trainer yang memiliki pengetahuan yang kuat terkait sensitisasi eliminasi TB
- Membentuk Master Trainer yang memiliki keterampilan sebagai pelatih terkait sensitisasi eliminasi TB
- Master Trainer menjalankan kegiatan Training of Trainer di wilayah kerja masing-masing.
- Master Trainer melakukan technical assistance ke SSR

Bentuk Kegiatan:

- Pertemuan dilakukan selama 4 hari dimana semua peserta menginap (full-board)
- Dilakukan satu kali di tingkat nasional/PR pada Q1 difasilitasi oleh dua konsultan dan dua co-fasilitator bersama 3 narasumber
- Konsultan akan terlibat untuk 5 hari (½hari persiapan, 4 hari kegiatan, ½ hari debriefing)
- Staf SR akan dilatih untuk melakukan penyegaran kepada kader-kader

Peserta:

- **Co-fasilitator**
 - PR
 - TWG TB,
 - WHO Indonesia
- **Narasumber**
 - Subdirektorat Tuberkulosis (Subdit TB),
 - Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI), dan
 - Organisasi Bantuan Hukum (e.g. LBH Masyarakat/YLBHI/dsb.)
- **Konsultan**
 - 2 konsultan/trainer dengan kemampuan *capacity building* komunitas dan program TB di Indonesia
- **Panitia**
 - 2 staf PR Konsorsium Penabulu-STPI
- **Peserta**
 - 43 Peserta dari 24 SR dan 6 SSR Tipe A

Provinsi	Jumlah peserta (Jumlah kab/kota)
1. North Sumatera	2 orang (10 Districts)
2. West Sumatera	1 orang (2 Districts)
3. Riau	1 orang (6 Districts)
4. Jambi	1 orang (1 Districts)
5. South Sumatera	1 orang (5 Districts)
6. Bengkulu	1 orang (2 Districts)
7. Lampung	1 orang (9 Districts)
8. Bangka Belitung	1 orang (2 Districts)
9. Riau Island (Kepulauan)	1 orang (3 Districts)
10. DKI Jakarta	2 orang (5 Districts)
11. West Java Jawa	4 orang (25 Districts)
12. Central Java	4 orang (31 Districts)
13. DI Yogyakarta	1 orang (5 Districts)
14. East Java	4 orang (29 Districts)
15. Banten	2 orang (7 Districts)

16. Bali	1 orang (5 Districts)
17. West Nusa Tenggara (NTB)	1 orang (6 Districts)
18. East Nusa Tenggara (NTT)	1 orang (5 Districts)
19. West Kalimantan	1 orang (7 Districts)
20. Central Kalimantan	1 orang (2 Districts)
21. South Kalimantan	1 orang (2 Districts)
22. East Kalimantan	1 orang (3 Districts)
23. North Kalimantan	1 orang (1 Districts)
24. North Sulawesi	1 orang (1 Districts)
25. Central Sulawesi	1 orang (1 Districts)
26. South Sulawesi	2 orang (9 Districts)
27. South East Sulawesi	1 orang (2 Districts)
28. West Sulawesi	1 orang (1 Districts)
29. West Papua	1 orang (1 Districts)
30. Papua	1 orang (1 Districts)

Struktur Anggaran:

- **Peserta SR**
 - Meeting package full-board
 - Perdiem fullboard
 - SR DKI – Transport lokal
 - SR Banten, SR Jawa Barat – Intercity Transport
 - SR non-DKI, Banten, dan Jabar: Airport Transport
 - SR non-DKI, Banten, dan Jabar: Airline ticket
- **Narasumber**
 - Transport local
- **Konsultan**
 - Meeting package full-board
 - Transport local
 - Fee konsultan nasional
- **Co-facilitator**
 - Meeting package full-board
 - Transport lokal
- **Panitia**
 - Meeting package full-board
 - Transport lokal

Output:

- Adanya 43 Master Trainer yang memiliki pengetahuan dan keterampilan yang dibuktikan dengan sertifikat kelulusan dalam pelatihan
- Rata-rata hasil post-test peserta yang mengikuti pelatihan adalah 80%

Laporan:

- Proceeding/Notulensi proses
- Laporan Kegiatan
- Hasil Pre dan Post Test
- Hasil Micro Teaching
- Laporan Pertanggungjawaban keuangan

B. TRAINING FOR TRAINER (TOT) KEPADA SSR BARU**Deskripsi Kegiatan:**

Program TB Global Fund tahun 2021-2023 di bawah PR Komunitas Yayasan Penabulu-STPI bekerja di 30 Provinsi dan 190 Kota/Kabupaten. Dari wilayah tersebut, 22 kota/Kabupaten baru dimana 8 Kab/Kota berada di Provinsi baru dan 14 kab/kota lainnya merupakan wilayah tambahan di provinsi lama. Di wilayah baru, guna mendukung pencapaian PR Komunitas sebagaimana diamanatkan dalam *performance framework* perlu dilakukan peningkatan kapasitas bagi kader. Salah satu cara yang dilakukan adalah menyelenggarakan *Training for Trainer* kepada 1 Program Staff SSR dan 1 Wasor TB Kab/Kota di 22 wilayah baru, guna efektivitas dan efisiensi, pelatihan akan dilakukan di tingkat nasional.

Tujuan:

- Memperkuat kapasitas kader dalam eliminasi TB
- Melakukan pelatihan kepada staff SSR di wilayah baru untuk menjadi trainer
- Membentuk Trainer yang memiliki pengetahuan yang kuat terkait sensitisasi eliminasi TB
- Membentuk Trainer yang memiliki keterampilan sebagai pelatih terkait sensitisasi eliminasi TB
- Trainer menjalankan kegiatan Training for End User di wilayah kerja masing-masing.
- Trainer melakukan technical assistance ke kader Kesehatan komunitas.

Bentuk Kegiatan:

- Pelatihan dilakukan selama 4 hari full dimana semua peserta menginap.
- Dilakukan satu kali kepada 22 SSR baru di Jakarta.
- Peserta dari setiap SSR berjumlah 2 orang: **SSR Program Staff dan Wasor TB Kab/Kota**

Peserta:

- **Fasilitator**
 - 4 co-facilitators
- **Narasumber**
 - 2 orang
- **Panitia**
 - 2 staf PR
- **Peserta SSR**
 - 44 peserta dari SSR 22 kota/kabupaten baru

No	Peserta	Kab Kota
1	6 orang dari Provinsi Sumatera Utara	Binjai, Padang Sidempuan, Pematang Siantar
2	4 orang dari Provinsi Bangka	Bangka, Kota Pangkal Pinang
3	2 orang dari Provinsi Jambi	Kota Jambi
4	2 orang dari Provinsi Jawa Tengah	Demak
5	4 orang dari Provinsi Jawa Timur	Trenggalek, Ngawi
6	2 orang dari Provinsi NTB	Bima
7	2 orang dari Provinsi NTT	Sumba Darat Daya
8	2 orang dari Provinsi Kalimantan Timur	Kutai Timur
9	4 orang dari Provinsi Kalimantan Barat	Ketapang, Sintang
10	4 orang dari Provinsi Kalimantan Selatan	Banjar, Tanah Bumbu
11	2 orang dari Provinsi Kalimantan Utara	Tarakan
12	2 orang dari Provinsi Sulawesi Tengah	Kota Palu
13	2 orang dari Provinsi Sulawesi Barat	Mamuju
14	4 orang dari Provinsi Sulawesi Selatan	Bone, Bulukumba
15	2 orang dari Provinsi Bali	Tabanan

Struktur Anggaran:

- **Peserta SSR**
 - Meeting package full-board
 - SSR Bangka, Demak, Trenggalek, Ngawi, Kutai Timur, Sintang, Tanah Bumbu – Intercity Transport
 - Airport Transport
 - Airline ticket
- **Narasumber**
 - Transport lokal

- Fee National Narasumber
- **Fasilitator**
 - Meeting package full-board
 - Transport lokal
- **Panitia**
 - Meeting package full-board
 - Transport lokal

Output:

- Adanya 44 Trainer yang memiliki pengetahuan dan keterampilan yang dibuktikan dengan sertifikat kelulusan dalam pelatihan
- Rata-rata hasil post-test peserta yang mengikuti pelatihan adalah 80%

Laporan:

- Proceeding/Notulensi proses
- Laporan Kegiatan
- Hasil Pre dan Post Test
- Hasil Micro Teaching
- Laporan Pertanggungjawaban keuangan

Latar Belakang

Dalam tiga tahun terakhir, kesenjangan penemuan pasien TBC di Indonesia diantara orang yang diestimasi sakit TBC setiap tahunnya masih melebihi 30 persen, dimana mayoritas notifikasi berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan (faskes) publik. Namun, sektor swasta mengelola lebih dari 50 persen rumah sakit di Indonesia dan sekitar 70 ribu dokter praktik mandiri/DPM. Selain itu, lebih dari 60 persen tenaga kesehatan publik memiliki pekerjaan kedua di faskes swasta atau praktik mandiri. ([BCG & USAID, 2018](#))

Melengkapi banyaknya keterlibatan sektor swasta dalam menyediakan layanan kesehatan di Indonesia, minat dari masyarakat untuk mengakses layanan swasta pun sangat besar. Pada umumnya, kebanyakan orang yang memiliki gejala TBC seperti batuk terus menerus memilih mengakses layanan swasta sebelum mereka mendapatkan diagnosis yang akurat. [Asik, Setyaningsih, Nasution, et al., 2017](#) memetakan bahwa 74 persen orang dengan gejala TBC mengakses layanan swasta dan 52 persen diantaranya mengakses farmasi/warung obat. Hanya 19 persen orang dengan gejala batuk mengakses layanan kesehatan ke faskes dengan fasilitas diagnosis di tahap awal perawatannya.

Pada tahun 2017, hanya 13 persen kasus TBC yang ternotifikasi berasal dari penyedia layanan kesehatan swasta ([BCG & USAID, 2018](#)). Selain itu, Studi Inventori TBC 2016-2017 mengestimasi mayoritas kasus-kasus TBC yang belum dilaporkan adalah pasien di DPM, Klinik, Laboratorium, dan Rumah Sakit swasta. Informasi tersebut mengindikasikan bahwa mayoritas orang sakit TBC yang berobat di faskes swasta belum terjangkau pelayanan psikososial yang optimal sebab faskes swasta pada umumnya tidak memiliki fungsi kesehatan masyarakat.

Indonesia mengembangkan strategi Public-Private-Mix berbasis kabupaten/kota (DPPM) untuk meningkatkan penemuan kasus dan memastikan perawatan TBC yang sesuai standar. Dinas Kesehatan kota/kabupaten, di bawah arahan Dinas Kesehatan Provinsi, memimpin koordinasi jaringan DPPM bersama Puskesmas dan organisasi profesi. Jaringan ini dinilai akan menerima manfaat dengan melibatkan organisasi masyarakat untuk memperkuat fungsi kesehatan masyarakat (i.e. investigasi kontak, edukasi masyarakat, pendampingan pasien dan PMO, pelacakan pasien mangkir) bagi pasien-pasien yang dirawat di faskes sektor swasta ([BCG & USAID, 2018](#)).

Deskripsi Kegiatan

Setelah dikembangkannya panduan pendampingan pengobatan pasien TBC berbasis masyarakat untuk pasien yang berobat di sektor swasta, SR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI berperan untuk melakukan pemetaan pemangku kepentingan dan sasaran serta menerjemahkan panduan tersebut menjadi strategi di wilayah kerja masing-masing. Sebagai unsur dalam jaringan *district public-private-mix* (DPPM), SR tetap perlu melibatkan Dinkes Provinsi dan berbagai organisasi

profesi maupun organisasi faskes di Provinsi dalam pengembangan strategi pelibatan komunitas untuk pendampingan pasien TBC di sektor swasta pada tingkat provinsi dan kota-kabupaten.

Tujuan Kegiatan

SR bersama pemangku kepentingan lainnya di tingkat provinsi untuk:

1. Mengidentifikasi organisasi dan stakeholder yang perlu dilibatkan dalam implementasi DPPM di kota/kabupaten wilayah kerja SR
2. Mengidentifikasi kesenjangan program TBC yang tercatat di fasyankes swasta (data notifikasi kasus TBC)
3. Mengembangkan strategi implementasi kegiatan pendampingan pasien TBC sektor swasta berdasarkan panduan nasional

Kegiatan dilakukan 2 kali pertemuan

Pertemuan 1 identifikasi stakeholder:

1. Kegiatan dilaksanakan oleh SR pada Q4 2021 bersama Dinas Kesehatan dan stakeholder.
2. Kegiatan dilakukan secara luring selama 2 hari untuk pemetaan situasi dan pemangku kepentingan lintas sektor yang berpengaruh terhadap keberlangsungan pendampingan pasien TBC yang berobat di sektor swasta.

Pertemuan 2 luring pengembangan strategi implementasi:

1. Kegiatan dilakukan luring (full day meeting) selama 3 hari untuk mengembangkan strategi implementasi pendampingan pasien TBC sektor swasta di kota-kabupaten wilayah kerja SR.
2. SR mengundang Dinkes Provinsi, organisasi profesi, asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan swasta di Provinsi masing-masing.
3. Kegiatan pertemuan di provinsi melibatkan narasumber dan fasilitator nasional.
4. Pertemuan penyusunan dokumen strategi yang didalamnya terdapat daftar pemangku kepentingan serta peran yang akan dilakukan untuk menyelenggarakan kemitraan yang baik antara komunitas dan swasta di bawah arahan Dinkes.
5. Pertemuan penyusunan rencana kerja triwulan yang disusun untuk 1 tahun
6. Fasilitator pada kegiatan ini bertanggung jawab untuk menyiapkan bahan pengantar diskusi, memfasilitasi diskusi, merangkum proses lokakarya, dan mengembangkan dokumen strategi implementasi.

Pertemuan 2 daring pengembangan strategi implementasi:

- SR melalui dinkes provinsi mengundang Dinkes Kota/Kabupaten
- SR mengundang SSR komunitas di 77 Kabupaten-Kota (daerah irisan PPM).

Peserta

Peserta pertemuan 1 identifikasi stakeholder melibatkan 16 orang (15 peserta dan 1 orang fasilitator):

1. 1 orang Fasilitator (KOPI TB provinsi)
2. 1 orang Kepala Dinas Kesehatan
3. 1 orang Wasor Program Tuberkulosis Dinkes Provinsi
4. 1 orang Program Yankes untuk layanan swasta di Dinkes Provinsi

5. 1 anggota Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI)
6. 1 anggota Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN)
7. 3 orang perwakilan CSO dengan layanan kesehatan tingkat Provinsi
8. 1 anggota Ikatan Dokter Indonesia
9. 1 anggota Perhimpunan Dokter Paru Indonesia
10. 1 anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia
11. 1 orang SR Manager SR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI
12. 1 orang Program dan MEL Coordinator
13. 1 orang MK PPM
14. 1 orang TO PPM

Peserta pertemuan 2 (Lokakarya pengembangan strategi implementasi) dilakukan secara luring selama 3 hari:

1. 1 orang Fasilitator (i.e. dapat dilibatkan KOPI TB/TO PPM GF provinsi)
2. 1 orang Kepala Dinas Kesehatan
3. 1 orang Wasor Program Tuberkulosis Dinkes Provinsi
4. 1 orang Program Yankes untuk layanan swasta di Dinkes Provinsi
5. 1 anggota Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI)
6. 1 anggota Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN)
7. 1 orang MPKU
8. 1 orang LKNU
9. 1 orang PERDHAKI
10. 1 orang PELKESI
11. 1 anggota Ikatan Dokter Indonesia
12. 1 anggota Perhimpunan Dokter Paru Indonesia
13. 1 anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia
14. 1 orang SR Manager SR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI
15. 1 orang Program dan MEL Coordinator

Struktur Budget

Kegiatan 1

Kegiatan pertemuan penyusunan dokumen strategi implementasi dilakukan secara luring 1 kali dengan durasi 2 hari.

Peserta 15 orang:

- a. Snack & Lunch
- b. Transport lokal
- c. Perdiem

Fasilitator 1 orang:

- a. Fee provincial facilitator
- b. Snack & lunch
- c. Transport lokal

Kegiatan 2

Kegiatan pertemuan lokakarya di 18 provinsi dilakukan selama 3 hari.

Peserta 15 orang:

1. Meeting package full day
2. Transport lokal
3. Perdiem

Fasilitator nasional 1 orang

1. Fee Fasilitator Nasional
2. Full Board Meeting Package
3. Airport Tax
4. Air Transport

Narasumber nasional 1 orang

1. Fee Narasumber Nasional
2. Full Board Meeting Package
3. Airport Tax
4. Air Transport

Output

- Daftar organisasi/stakeholder yang akan terlibat dalam strategi implementasi DPPM
- Dokumen strategi implementasi pendampingan pasien TBC di sektor swasta

Laporan

- Laporan narasi kegiatan (2 laporan aktivitas)
- Dokumentasi foto

Lampiran

Daftar PPM Priority Provinces (source: Indonesia PPM Operational Plan, 2021)

No	Provinsi	Komunitas	#PPM TO NTP	# K/K	# K/K Prioritas Nasional	# K/K Prioritas DPPM	Estimasi inside TB 334 K/K di provinsi (2020)	# Layanan Kesehatan di K/K prioritas nasional (2019)				
								PKM	Klinik publik	RS Publik	Klinik swasta	RS swasta
1	Sumut	Ya	3	33	26	5	59.919	553	30	45	847	165
2	Sumbar	Ya	2	19	12	1	18.986	214	14	24	206	37

3	Riau	Ya	2	12	11	1	26.968	222	3	23	140	48
4	Sumsel	Ya	2	17	13	1	31.018	308	22	35	219	44
5	Lampung	Ya	2	15	12	3	27.028	258	11	17	254	55
6	Banten	Ya	3	8	8	4	33.098	210	2	15	774	98
7	DKI Jakarta	Ya	2	6	5	5	47.243	324	38	55	659	134
8	Jabar	Ya	5	27	27	16	128.057	1.084	27	70	1.003	285
9	Jateng	Ya	5	35	35	18	83.076	875	35	77	1.031	221
10	DIY	Ya	1	5	5	3	9.074	121	7	14	159	69
11	Jatim	Ya	5	38	38	13	95.925	964	48	101	966	282
12	Sulsel	Ya	3	24	16	1	25.571	326	32	41	245	54
13	Aceh	!	!	23	8	!	11.998	166	5	15	52	28
14	Bali	Ya	1	9	8	1	11.872	108	4	20	126	45
15	Jambi	Ya	1	11	9	2	12.038	167	10	15	154	24
16	Kalbar	Ya	1	14	11	1	15.546	213	10	24	103	21
17	Kaltim	Ya	1	10	6	2	12.209	136	15	19	208	28
18	Kepri	Ya	1	7	3	1	9.231	40	12	7	204	17
19	NTB	Ya	1	10	8	1	16.552	152	14	17	89	18
19 Provinces			42	323	261	80	675.409	6.441	339	634	7.439	1.673
Indonesia			N/A	514	334	514	844.000	10.142	471	998	8.248	1.853
Proportion			N/A	63%	78%	16%	80%	64%	72%	64%	90%	90%

Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) masih menjadi salah satu masalah kesehatan utama di Indonesia. Berdasarkan Global Tuberculosis Report (GTR) 2020, perkiraan kejadian TB di Indonesia adalah 845.000 orang (pasien) (312 per 100.000 penduduk), kematian TB adalah 92.000 orang (34 per 100.000 penduduk), dan kejadian TB Multi Drug Resistant adalah 24.000. orang (8,8 per 100.000 penduduk). Tantangan yang teridentifikasi dalam Penanggulangan TB di Indonesia beberapa di antaranya adalah Keterlibatan multisektoral yang belum optimal serta Kurangnya pelaporan kasus TB, terutama di rumah sakit (baik pemerintah maupun swasta) dan juga layanan primer swasta.

Dalam tiga tahun terakhir, kesenjangan penemuan pasien TBC di Indonesia diantara orang yang diestimasi sakit TBC setiap tahunnya masih melebihi 30 persen, dimana mayoritas notifikasi berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan (faskes) publik. Namun, sektor swasta mengelola lebih dari 50 persen rumah sakit di Indonesia dan sekitar 70 ribu dokter praktik mandiri/DPM. Selain itu, lebih dari 60 persen tenaga kesehatan publik memiliki pekerjaan kedua di faskes swasta atau praktik mandiri. ([BCG & USAID, 2018](#))

Melengkapi banyaknya keterlibatan sektor swasta dalam menyediakan layanan kesehatan di Indonesia, minat dari masyarakat untuk mengakses layanan swasta pun sangat besar. Pada umumnya, kebanyakan orang yang memiliki gejala TBC seperti batuk terus menerus memilih mengakses layanan swasta sebelum mereka mendapatkan diagnosis yang akurat. [Asik, Setyaningsih, Nasution, et al., 2017](#) memetakan bahwa 74 persen orang dengan gejala TBC mengakses layanan swasta dan 52 persen diantaranya mengakses farmasi/warung obat. Hanya 19 persen orang dengan gejala batuk mengakses layanan kesehatan ke faskes dengan fasilitas diagnosis di tahap awal perawatannya.

Pada tahun 2017, hanya 13 persen kasus TBC yang ternotifikasi berasal dari penyedia layanan kesehatan swasta ([BCG & USAID, 2018](#)). Selain itu, Studi Inventori TBC 2016-2017 mengestimasi mayoritas kasus-kasus TBC yang belum dilaporkan adalah pasien di DPM, Klinik, Laboratorium, dan Rumah Sakit swasta. Informasi tersebut mengindikasikan bahwa mayoritas orang sakit TBC yang berobat di faskes swasta belum terjangkau pelayanan psikososial yang optimal sebab faskes swasta pada umumnya tidak memiliki fungsi kesehatan masyarakat.

Indonesia mengembangkan strategi Public-Private-Mix berbasis kabupaten/kota (District Private Public Mix/DPPM) untuk meningkatkan penemuan kasus dan memastikan perawatan TBC yang sesuai standar. Dinas Kesehatan kota/kabupaten, di bawah arahan Dinas Kesehatan Provinsi, memimpin koordinasi jaringan DPPM bersama Puskesmas dan organisasi profesi. Jaringan ini dinilai akan menerima manfaat dengan melibatkan organisasi masyarakat untuk memperkuat fungsi kesehatan masyarakat (i.e. investigasi kontak, edukasi masyarakat, pendampingan pasien

dan PMO, pelacakan pasien mangkir) bagi pasien-pasien yang dirawat di faskes sektor swasta ([BCG & USAID, 2018](#)).

Deskripsi Kegiatan

Meskipun DPPM dilaksanakan di tingkat Kota/Kabupaten, namun provinsi sebagaimana sistem pemerintahan di Indonesia memiliki peran besar untuk mengkoordinir pelaksanaan DPPM juga memberikan supervisi dan bimbingan teknis. Di tingkat provinsi DPPM akan dilaksanakan melalui kepemimpinan Dinas Kesehatan Provinsi dan juga bekerjasama dengan 18 SR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI. Implementasi DPPM di tingkatan komunitas akan dimulai dengan melaksanakan workshop di 18 Provinsi dengan melibatkan para pemangku untuk menyusun rencana kerja DPPM di tingkat komunitas sesuai dengan konteks kewilayahan dan kebutuhan provinsi. Workshop ini akan menjadi panduan dan arah pelaksanaan DPPM khususnya bagi pelaksana program di tingkat komunitas melalui kerja sama erat dengan Dinas Kesehatan khususnya DPPM Provincial Technical Team, dan para pemangku kepentingan.

Tujuan

1. Membangun pemahaman dan komitmen bersama multistakeholder PPM sebagai tindak lanjut pada pertemuan sebelumnya (BL.74)
2. Mengembangkan rencana kerja operasional antara komunitas dengan fasyankes swasta/pemerintah/klinik.

Kegiatan

1. Kegiatan dilaksanakan dalam bentuk workshop 3 hari
2. Kegiatan melibatkan pelaksana PPM dari Dinas Kesehatan (PPM Provincial Technical Team) dan para pemangku kepentingan PPM provinsi (pelibatan cross program, BPJS, Asosiasi RS Swasta, Organisasi Profesi/KOPI TB, asosiasi klinik swasta, Farmasi, Laboratorium)
3. Kegiatan akan menghadirkan satu orang Narasumber Nasional (program TB Nasional) dan juga dua orang Narasumber dari Provinsi (Dinkes Provinsi dan ARSSI Provinsi).
4. Kegiatan dilaksanakan di 18 Provinsi pada Q1 Tahun 2022 secara luring

Peserta

Kegiatan melibatkan 48 orang peserta yang terdiri dari:

1. 1 orang Kabid P2P Program Tuberkulosis Dinkes Provinsi
2. 1 orang Wasor Program Tuberkulosis Dinkes Provinsi
3. 1 orang Program Yankes untuk layanan swasta di Dinkes Provinsi
4. 1 orang PPM Technical Officer
5. 1 orang Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI)
6. 5 RS swasta jaringan ARSSI
7. 1 orang Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN)
8. 5 perwakilan dari jaringan Asosiasi Klinik Indonesia (ASKLIN)
9. 1 orang KOPI TB

10. 1 orang dari BPJS Kesehatan Provinsi
11. 1 orang MPKU Muhammadiyah Wilayah
12. 2 perwakilan Fasyankes jaringan Muhammadiyah Wilayah
13. 1 orang LKNU Wilayah
14. 2 perwakilan Fasyankes NU
15. 1 orang perwakilan PERDHAKI
16. 2 perwakilan Fasyankes jaringan PERDHAKI
17. 1 orang PELKESI
18. 2 perwakilan Fasyankes PERDHAKI
19. 2 orang dari Asosiasi Apotik
20. 2 orang dari laboratorium swasta
21. 2 orang Ikatan Dokter Indonesia
22. 2 orang Perhimpunan Dokter Paru Indonesia
23. 2 orang Persatuan Perawat Nasional Indonesia
24. 1 orang SR Manager
25. 1 orang program MEL dan Koordinator
26. 1 orang MK PPM
27. 1 orang Kordinator Kader PPM

Narasumber :

1. 1 orang narasumber nasional (Koordinator Program TB Nasional)
2. 1 orang narasumber Provinsi (Kepala Dinas Kesehatan/ yang mewakili)
3. 1 orang narasumber Provinsi (ARSSI Provinsi)

Struktur Budget

Peserta 48 orang:

1. Meeting package full day selama 3 hari
2. Local transport selama 3 hari
3. Perdiem full day meeting selama 3 hari

Narasumber 2 provinsi orang:

1. Meeting package full day selama 3 hari
2. Local transport selama 3 hari
3. Fee narasumber provinsi

Narasumber Nasional:

1. Fee narasumber nasional selama 3 hari
2. Air Transport
3. Airport Taxi
4. Paket Fullboard selama 2 hari

Output

1. Komitmen bersama implementasi PPM Provinsi.
2. Rencana kerja operasional antara komunitas dengan RS Swasta dan stakeholder terkait PPM Provinsi Tahun 2022-2023.

Laporan

1. Laporan narasi kegiatan
2. Dokumentasi foto

BL.76	Establish partnership between community and private provider to support TB patient – PPM
--------------	---

Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) masih menjadi salah satu masalah kesehatan utama di Indonesia. Berdasarkan Global Tuberculosis Report (GTR) 2020, perkiraan kejadian TB di Indonesia adalah 845.000 orang (pasien) (312 per 100.000 penduduk), kematian TB adalah 92.000 orang (34 per 100.000 penduduk), dan kejadian TB Multi Drug Resistant adalah 24.000. orang (8,8 per 100.000 penduduk). Tantangan yang teridentifikasi dalam Penanggulangan TB di Indonesia beberapa di antaranya adalah Keterlibatan multisektoral yang belum optimal serta Kurangnya pelaporan kasus TB, terutama di rumah sakit (baik pemerintah maupun swasta) dan juga layanan primer swasta.

Dalam tiga tahun terakhir, kesenjangan penemuan pasien TBC di Indonesia diantara orang yang diestimasikan sakit TBC setiap tahunnya masih melebihi 30 persen, dimana mayoritas notifikasi berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan (faskes) publik. Namun, sektor swasta mengelola lebih dari 50 persen rumah sakit di Indonesia dan sekitar 70 ribu dokter praktik mandiri/DPM. Selain itu, lebih dari 60 persen tenaga kesehatan publik memiliki pekerjaan kedua di faskes swasta atau praktik mandiri. ([BCG & USAID, 2018](#))

Melengkapi banyaknya keterlibatan sektor swasta dalam menyediakan layanan kesehatan di Indonesia, minat dari masyarakat untuk mengakses layanan swasta pun sangat besar. Pada umumnya, kebanyakan orang yang memiliki gejala TBC seperti batuk terus menerus memilih mengakses layanan swasta sebelum mereka mendapatkan diagnosis yang akurat. [Asik, Setyaningsih, Nasution, et al., 2017](#) memetakan bahwa 74 persen orang dengan gejala TBC mengakses layanan swasta dan 52 persen diantaranya mengakses farmasi/warung obat. Hanya 19 persen orang dengan gejala batuk mengakses layanan kesehatan ke faskes dengan fasilitas diagnosis di tahap awal perawatannya.

Pada tahun 2017, hanya 13 persen kasus TBC yang ternotifikasi berasal dari penyedia layanan kesehatan swasta ([BCG & USAID, 2018](#)). Selain itu, Studi Inventori TBC 2016-2017 mengestimasi mayoritas kasus-kasus TBC yang belum dilaporkan adalah pasien di DPM, Klinik, Laboratorium, dan Rumah Sakit swasta. Informasi tersebut mengindikasikan bahwa mayoritas orang sakit TBC yang berobat di faskes swasta belum terjangkau pelayanan psikososial yang optimal sebab faskes swasta pada umumnya tidak memiliki fungsi kesehatan masyarakat.

Indonesia mengembangkan strategi Public-Private-Mix berbasis kabupaten/kota (District Private Public Mix/DPPM) untuk meningkatkan penemuan kasus dan memastikan perawatan TBC yang sesuai standar. Dinas Kesehatan kota/kabupaten, di bawah arahan Dinas Kesehatan Provinsi, memimpin koordinasi jaringan DPPM bersama Puskesmas dan organisasi profesi. Jaringan ini

dinilai akan menerima manfaat dengan melibatkan organisasi masyarakat untuk memperkuat fungsi kesehatan masyarakat (i.e. investigasi kontak, edukasi masyarakat, pendampingan pasien dan PMO, pelacakan pasien mangkir) bagi pasien-pasien yang dirawat di faskes sektor swasta ([BCG & USAID, 2018](#)).

Deskripsi Kegiatan

Dalam implementasi DPPM guna memberikan dukungan bagi pasien TB yang ditemukan di layanan Kesehatan swasta, dibutuhkan kerja sama yang erat antara organisasi komunitas (SSR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI) dengan Layanan Kesehatan Swasta yang ada di Kabupaten-Kota. Hal ini tentunya juga untuk mengimplementasikan “Pedoman bagi dukungan pemantauan pengobatan berbasis masyarakat” yang dikembangkan oleh PR di tingkat Kota/Kabupaten. Dalam upaya membangun kerja sama yang erat antara organisasi komunitas dengan layanan Kesehatan swasta, terlebih dahulu dilakukan pemetaan terhadap layanan swasta yang potensial untuk dilibatkan dalam kerja sama DPPM. Layanan swasta yang teridentifikasi kemudian diundang dalam workshop guna menghasilkan kesepakatan dan kemitraan dalam implementasi DPPM. Kegiatan ini selain menghadirkan pimpinan manajemen layanan swasta yang potensial juga akan melibatkan DPPM Tim di tingkat Kabupaten juga para pemangku kepentingan seperti KOPI TB. Kegiatan dilaksanakan di 77 Kota/kabupaten wilayah kerja SSR Konsorsium Komunitas.

Tujuan Kegiatan

1. Membangun pemahaman bersama antara SSR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dengan layanan Kesehatan swasta terpilih guna memberikan dukungan layanan bagi pasien TB.
2. Dukungan dari Dinkes melalui District Technical Team dan para pemangku kepentingan dalam kolaborasi antara komunitas dengan layanan swasta dalam eliminasi TBC.
3. Membuat kesepakatan bersama berupa MoU antara SSR Komunitas dengan Layanan Kesehatan Swasta terpilih.
4. Mengembangkan rencana kerja untuk melakukan investigasi kontak dan pelayanan bagi pasien TBC, termasuk rencana kerja pemantauan dan umpan balik layanan TBC berbasis komunitas.
5. Membentuk tim pemantauan dan umpan balik berbasis komunitas

Kegiatan

1. Kegiatan membangun kesepahaman tentang implementasi PPM ditingkat kabupaten-kota setelah workshop di tingkat provinsi dilaksanakan.
2. Kegiatan dilaksanakan dalam bentuk pertemuan luring (workshop) 2 hari di tingkat Kabupaten-Kota
3. Kegiatan dilaksanakan oleh SSR Konsorsium Komunitas dengan mengundang Pimpinan Manajemen Layanan Kesehatan Swasta serta melibatkan PPM Technical Team di 77 Kota/Kabupaten dan KOPI TB.

4. Kegiatan akan menghadirkan 1 Narasumber provinsi (Dinkes Provinsi) dan 1 narasumber dari Dinkes Kab/Kota serta 1 orang dari KOPI TB
5. Kegiatan dilaksanakan di 77 Kota/Kabupaten pada Q1 Tahun 2022 secara luring

Peserta

Kegiatan pertemuan workshop melibatkan 22 orang peserta yang terdiri dari:

1. 1 orang Kabid P2P Kabupaten/Kota
2. 1 orang Program Yankes untuk layanan swasta di Dinkes Kab/Kota
3. 1 orang TO DPPM
4. 11 perwakilan manajemen Layanan Kesehatan Swasta
5. 1 orang dari SSR Konsorsium Komunitas
6. 2 orang Koordinator kader
7. 1 orang koordinator kader PPM
8. 1 orang MK PPM Kabupaten-Kota

Narasumber

1. 1 orang narasumber Provinsi (Kepala Dinas Kesehatan)
2. 1 orang narasumber Dinkes Kabupaten/Kota
3. 1 orang 1 narasumber dari KOPI TB

Struktur Budget

Peserta:

1. Meeting package full day
2. Local transport
3. Perdiem full day meeting

Narasumber Kab/Kota:

1. Fee narasumber
2. Transport lokal

Narasumber Provinsi:

1. Fee narasumber
2. Transport luar kota
3. Paket Fullboard

Output

1. Komitmen Bersama implementasi DPPM di Kab/Kota
2. MoU SSR Konsorsium Komunitas dengan layanan Kesehatan swasta terpilih
3. Rencana operasional DPPM yang disusun bersama antara SSR dengan Layanan Kesehatan dan melibatkan para pemangku kepentingan.

Laporan

1. Laporan narasi kegiatan
2. Dokumentasi foto

Wilayah Kerja DPPM beririsan dengan Konsorsium komunitas (77 Kabupaten/Kota)

NO	Province	Kab/Kota
1	BALI	Badung
2	BANTEN	Tangerang
3	BANTEN	Kota Tangerang
4	BANTEN	Kota Tangerang Selatan
5	BANTEN	Serang
6	DIY	Bantul
7	DIY	Sleman
8	DIY	Kota Yogyakarta
9	DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Barat
10	DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Selatan
11	DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Timur
12	DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Pusat
13	DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Utara
14	JABAR	Indramayu
15	JABAR	Subang
16	JABAR	Purwakarta
17	JABAR	Kota Bogor
18	JABAR	Kota Bandung
19	JABAR	Kota Cirebon
20	JABAR	Kota Bekasi
21	JABAR	Kota Depok
22	JABAR	Kota Cimahi
23	JABAR	Sukabumi
24	JABAR	Bandung
25	JABAR	Garut
26	JABAR	Cirebon
27	JABAR	Karawang
28	JABAR	Bekasi
29	JABAR	Bogor
30	JAMBI	Kota Jambi

31	JATENG	Cilacap
32	JATENG	Banyumas
33	JATENG	Kebumen
34	JATENG	Boyolali
35	JATENG	Klaten
36	JATENG	Sukoharjo
37	JATENG	Wonogiri
38	JATENG	Sragen
39	JATENG	Grobogan
40	JATENG	Pati
41	JATENG	Kudus
42	JATENG	Pemalang
43	JATENG	Tegal
44	JATENG	Brebes
45	JATENG	Kota Surakarta
46	JATENG	Kota Semarang
47	JATENG	Kota Pekalongan
48	JATENG	Karanganyar
49	JATIM	Kediri
50	JATIM	Malang
51	JATIM	Banyuwangi
52	JATIM	Pasuruan
53	JATIM	Sidoarjo
54	JATIM	Mojokerto
55	JATIM	Jombang
56	JATIM	Kota Malang
57	JATIM	Kota Surabaya
58	JATIM	Tulungagung
59	JATIM	Jember
60	JATIM	Gresik
61	KALBAR	Kota Pontianak
62	KALTIM	Kota Balikpapan
63	KALTIM	Kota Samarinda
64	KEPRI	Kota Batam
65	LAMPUNG	Lampung Tengah
66	LAMPUNG	Kota Bandar Lampung
67	LAMPUNG	Lampung Selatan
68	NTB	Kota Mataram
69	RIAU	Kota Pekanbaru
70	SULSEL	Kota Makassar

71	SUMBAR	Kota Padang
72	SUMSEL	Kota Palembang
73	SUMUT	Asahan
74	SUMUT	Deli Serdang
75	SUMUT	Langkat
76	SUMUT	Kota Binjai
77	SUMUT	Kota Medan

BL. 77	Establish community led oversight for quality of TB service provided by public and private provider through periodic forum meeting
---------------	---

Deskripsi Kegiatan

Dalam tiga tahun terakhir, kesenjangan penemuan pasien TBC di Indonesia diantara orang yang diestimasikan sakit TBC setiap tahunnya masih melebihi 30 persen, dimana mayoritas notifikasi berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan (faskes) publik. Namun, sektor swasta mengelola lebih dari 50 persen rumah sakit di Indonesia dan sekitar 70 ribu dokter praktik mandiri/DPM. Selain itu, lebih dari 60 persen tenaga kesehatan publik memiliki pekerjaan kedua di faskes swasta atau praktik mandiri. (BCG & USAID, 2018)

Melengkapi banyaknya keterlibatan sektor swasta dalam menyediakan layanan kesehatan di Indonesia, minat dari masyarakat untuk mengakses layanan swasta pun sangat besar. Pada umumnya, kebanyakan orang yang memiliki gejala TBC seperti batuk terus menerus memilih mengakses layanan swasta sebelum mereka mendapatkan diagnosis yang akurat. Asik, Setyaningsih, Nasution, et al., 2017 memetakan bahwa 74 persen orang dengan gejala TBC mengakses layanan swasta dan 52 persen diantaranya mengakses farmasi/warung obat. Hanya 19 persen orang dengan gejala batuk mengakses layanan kesehatan ke faskes dengan fasilitas diagnosis di tahap awal perawatannya.

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

PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI mengembangkan mekanisme pemantauan dan umpan balik berbasis komunitas atau Community Based Monitoring & Feedback (CBMF) yang akan digunakan untuk mendorong pemantauan terhadap layanan TB. Melalui CBMF, pemantauan dan umpan balik untuk layanan swasta, khususnya di 77 Kabupaten/Kota juga dapat digunakan sebagai basis dalam penentuan kebijakan dan perbaikan layanan kesehatan.

Indonesia mengembangkan strategi Public-Private-Mix berbasis kabupaten/kota (District Private Public Mix/DPPM) untuk meningkatkan penemuan kasus dan memastikan perawatan TBC yang sesuai standar. Dinas Kesehatan kota/kabupaten, di bawah arahan Dinas Kesehatan Provinsi, memimpin koordinasi jaringan DPPM bersama Puskesmas dan organisasi profesi. Jaringan ini dinilai akan menerima manfaat dengan melibatkan organisasi masyarakat untuk memperkuat fungsi kesehatan masyarakat (i.e. investigasi kontak, edukasi masyarakat, pendampingan pasien dan PMO, pelacakan pasien mangkir) bagi pasien-pasien yang dirawat di faskes sektor swasta (BCG & USAID, 2018).

Tujuan

1. Mengkoordinasikan dan memantau pengawasan yang dipimpin oleh masyarakat untuk kualitas layanan TBC di fasyankes swasta
2. Melakukan pertemuan untuk memantau kualitas layanan di swasta di 77 Kab-Kota irisan daerah DPPM
3. Melakukan evaluasi perkembangan pemantauan dan umpan balik (CBMF) yang sudah dilaksanakan di tingkat Kab-Kota daerah irisan DPPM
4. Pertemuan untuk melakukan identifikasi layanan swasta yang sudah menjalankan tata laksana TB SO.

Output

1. Hasil Evaluasi pemantauan dan umpan balik terhadap standar minimum layanan yang dilakukan oleh masyarakat.
2. Evaluasi pelaksanaan kegiatan respon umpan balik yang tercatat di aplikasi CBFM.
3. Teridentifikasinya, layanan swasta yang menjalankan Wajib Notifikasi TBC dengan baik dan berpotensi menjadi DPPM Champion.
4. Rekomendasi perbaikan dari hasil evaluasi perkembangan dan pemantauan umpan balik (CBMF)

Deskripsi Kegiatan

Menindaklanjuti pembentukan Kerjasama komunitas dan layanan kesehatan di 77 Kabupaten/Kota, pembentukan tim pemantauan berbasis komunitas yang disepakati bersama komunitas dengan fasyankes swasta. Kegiatan pemantauan akan menggunakan aplikasi CBFM yang telah dikembangkan oleh PR Konsorsium komunitas. Berdasarkan mekanisme CBFM, beberapa umpan balik dan keluhan dapat dilaksanakan langsung di tingkat layanan, namun untuk hal-hal yang membutuhkan koordinasi dan kolaborasi lebih lanjut, perlu ada pertemuan regular setiap semester, untuk review bagaimana pemantauan dan umpan balik telah berjalan dan telah dilaksanakan.

Kegiatan

1. Pertemuan dapat dilaksanakan setelah implementasi kegiatan BL.76
2. Pertemuan dilaksanakan setiap semester 1 kali di Q2 dan Q4 tahun 2022 dan 2023 untuk memantau kualitas pelayanan TBC di fasyankes swasta oleh SSR di 77 Kab/Kota.
3. SSR akan mengundang tim Kerjasama komunitas dan fasyankes yang terdiri dari pemerintah daerah (dinas kesehatan, KOPI TB, pihak RS/Klinik Swasta dan jaringan CSO/OMP).
4. Pertemuan akan membahas hasil rekapitulasi pemantauan dan umpan balik dari aplikasi CBFM yang sudah dilaksanakan
5. Pertemuan untuk membahas hasil implementasi kegiatan tracing pada pasien LTFU di RS Swasta/Klinik/Pemerintah dan Dokter Praktek Swasta.

Peserta

Pertemuan pemantauan kualitas layanan melibatkan peserta:

1. 2 orang Kabid P2P Dinas Kesehatan
2. 1 orang TO DPPM
3. 1 orang KOPI TB
4. 2 orang dari SSR Konsorsium Komunitas
5. 2 orang Koordinator kader
6. 1 orang koordinator kader PPM
7. 1 orang MK PPM Kabupaten-Kota
8. 10 orang perwakilan fasilitas swasta/pemerintah/klinik/dokter praktek swasta
9. 10 orang perwakilan Puskesmas

Struktur Budget

Peserta

1. Transport Lokal
2. Snack + lunch

Waktu Pelaksanaan

Waktu pelaksanaan kegiatan setiap semester 1 kali di Q2 dan Q4 tahun 2022 dan 2023

Laporan

1. Laporan Narasi kegiatan
2. Laporan keuangan
3. Dokumentasi foto

Wilayah Kerja DPPM beririsan dengan Konsorsium komunitas (77 Kab/Kota)

No	Provinsi	Kab-Kota
1	BALI	Badung
2	BANTEN	Tangerang
3	BANTEN	Kota Tangerang
4	BANTEN	Kota Tangerang Selatan
5	BANTEN	Serang
6	DIY	Bantul
7	DIY	Sleman
8	DIY	Kota Yogyakarta
9	DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Barat
10	DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Selatan
11	DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Timur
12	DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Pusat
13	DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Utara

14	JABAR	Indramayu
15	JABAR	Subang
16	JABAR	Purwakarta
17	JABAR	Kota Bogor
18	JABAR	Kota Bandung
19	JABAR	Kota Cirebon
20	JABAR	Kota Bekasi
21	JABAR	Kota Depok
22	JABAR	Kota Cimahi
23	JABAR	Sukabumi
24	JABAR	Bandung
25	JABAR	Garut
26	JABAR	Cirebon
27	JABAR	Karawang
28	JABAR	Bekasi
29	JABAR	Bogor
30	JAMBI	Kota Jambi
31	JATENG	Cilacap
32	JATENG	Banyumas
33	JATENG	Kebumen
34	JATENG	Boyolali
35	JATENG	Klaten
36	JATENG	Sukoharjo
37	JATENG	Wonogiri
38	JATENG	Sragen
39	JATENG	Grobogan
40	JATENG	Pati
41	JATENG	Kudus
42	JATENG	Pemalang
43	JATENG	Tegal
44	JATENG	Brebes
45	JATENG	Kota Surakarta
46	JATENG	Kota Semarang
47	JATENG	Kota Pekalongan
48	JATENG	Karanganyar
49	JATIM	Kediri
50	JATIM	Malang
51	JATIM	Banyuwangi
52	JATIM	Pasuruan
53	JATIM	Sidoarjo

54	JATIM	Mojokerto
55	JATIM	Jombang
56	JATIM	Kota Malang
57	JATIM	Kota Surabaya
58	JATIM	Tulungagung
59	JATIM	Jember
60	JATIM	Gresik
61	KALBAR	Kota Pontianak
62	KALTIM	Kota Balikpapan
63	KALTIM	Kota Samarinda
64	KEPRI	Kota Batam
65	LAMPUNG	Lampung Tengah
66	LAMPUNG	Kota Bandar Lampung
67	LAMPUNG	Lampung Selatan
68	NTB	Kota Mataram
69	RIAU	Kota Pekanbaru
70	SULSEL	Kota Makassar
71	SUMBAR	Kota Padang
72	SUMSEL	Kota Palembang
73	SUMUT	Asahan
74	SUMUT	Deli Serdang
75	SUMUT	Langkat
76	SUMUT	Kota Binjai
77	SUMUT	Kota Medan

BL. 78

Community led advocacy to district legislatives and executives to ensure mandatory notification of TB cases – DPPM

Deskripsi Kegiatan

Dalam tiga tahun terakhir, kesenjangan penemuan pasien TBC di Indonesia diantara orang yang diestimasikan sakit TBC setiap tahunnya masih melebihi 30 persen, dimana mayoritas notifikasi berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan (faskes) publik. Namun, sektor swasta mengelola lebih dari 50 persen rumah sakit di Indonesia dan sekitar 70 ribu dokter praktik mandiri/DPM. Selain itu, lebih dari 60 persen tenaga kesehatan publik memiliki pekerjaan kedua di faskes swasta atau praktik mandiri. (BCG & USAID, 2018)

Melengkapi banyaknya keterlibatan sektor swasta dalam menyediakan layanan kesehatan di Indonesia, minat dari masyarakat untuk mengakses layanan swasta pun sangat besar. Pada umumnya, kebanyakan orang yang memiliki gejala TBC seperti batuk terus menerus memilih mengakses layanan swasta sebelum mereka mendapatkan diagnosis yang akurat. Asik, Setyaningsih, Nasution, et al., 2017 memetakan bahwa 74 persen orang dengan gejala TBC mengakses layanan swasta dan 52 persen diantaranya mengakses farmasi/warung obat. Hanya 19 persen orang dengan gejala batuk mengakses layanan kesehatan ke faskes dengan fasilitas diagnosis di tahap awal perawatannya.

Pada tahun 2017, hanya 13 persen kasus TBC yang ternotifikasi berasal dari penyedia layanan kesehatan swasta (BCG & USAID, 2018). Selain itu, Studi Inventori TBC 2016-2017 mengestimasi mayoritas kasus-kasus TBC yang belum dilaporkan adalah pasien di DPM, Klinik, Laboratorium, dan Rumah Sakit swasta. Informasi tersebut mengindikasikan bahwa mayoritas orang sakit TBC yang berobat di faskes swasta belum terjangkau pelayanan psikososial yang optimal sebab faskes swasta pada umumnya tidak memiliki fungsi kesehatan masyarakat.

Indonesia mengembangkan strategi Public-Private-Mix berbasis kabupaten/kota (District Private Public Mix/DPPM) untuk meningkatkan penemuan kasus dan memastikan perawatan TBC yang sesuai standar. Dinas Kesehatan kota/kabupaten, di bawah arahan Dinas Kesehatan Provinsi, memimpin koordinasi jaringan DPPM bersama Puskesmas dan organisasi profesi. Jaringan ini dinilai akan menerima manfaat dengan melibatkan organisasi masyarakat untuk memperkuat fungsi kesehatan masyarakat (i.e. investigasi kontak, edukasi masyarakat, pendampingan pasien dan PMO, pelacakan pasien mangkir) bagi pasien-pasien yang dirawat di faskes sektor swasta (BCG & USAID, 2018).

Sesuai dengan strategi PR dalam meningkatkan peran OMS dan komunitas terdampak TB dalam mempengaruhi Pemerintah Daerah mengeliminasi TB melalui pendekatan multi-sektor dan berpusat pada masyarakat, salah satunya adalah mendorong keterlibatan legislatif dan eksekutif di daerah. Keterlibatan ini penting untuk mendorong munculnya kebijakan-kebijakan dan dukungan pemangku kebijakan dalam eliminasi TB di daerah. Tujuannya agar SPM di daerah

diterapkan dan salah satu indikator SPM yang harus diterapkan adalah dalam isu TBC. Indikator SPM untuk TBC dapat dicapai salah satunya melalui keterlibatan layanan swasta dalam penemuan kasus, dan tercatat dalam sistem informasi TB.

Tujuan

1. Pertemuan untuk membahas situasi notifikasi TBC di layanan swasta
2. Pertemuan untuk memastikan terlaksananya wajib notifikasi TBC di setiap layanan.
3. Pertemuan dengan pihak legislatif dan eksekutif untuk mendorong pihak layanan swasta melakukan SPM.
4. Melakukan press conference tentang komitmen bersama untuk meningkatkan layanan TBC.

Deskripsi Kegiatan

Kegiatan ini merupakan satu rangkaian mendorong kebijakan wajib notifikasi di daerah kepada layanan swasta. Sebagaimana yang disebutkan Peraturan Menteri Kesehatan no 67 tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis terkait **Notifikasi Wajib (Mandatory Notification)** diberlakukan untuk setiap fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan TB. Setiap Faskes yang memberikan pelayanan TB wajib mencatat dan melaporkan kasus TB yang ditemukan dan/atau diobati sesuai format pencatatan dan pelaporan yang ditentukan. Pelanggaran atas kewajiban ini bisa mengakibatkan sanksi administrasi sampai pencabutan izin operasional fasilitas kesehatan yang bersangkutan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bentuk kegiatan berupa workshop oleh SSR di Kabupaten/Kota (77 Kab/Kota) mengenai situasi TB dan konteks SPM, dengan melibatkan pihak lintas sektor, legislatif dan eksekutif. Proses akan diawali dengan audiensi oleh SSR di 77 Kab/Kota kepada pihak DPRD masing-masing daerah untuk menjelaskan pentingnya peran DPRD dalam proses eliminasi TB, dan peran layanan swasta.

SSR juga melakukan pertemuan-pertemuan dengan layanan swasta di daerah masing-masing dan mendorong keterlibatan layanan swasta untuk melaporkan temuan kasus TB kepada Dinas Kesehatan/PKM. Setelah proses audiensi dengan berbagai pihak dilakukan dan disepakati bersama peran masing-masing pihak, maka dilakukan kegiatan workshop selama dua hari mengenai TB dalam konteks SPM di daerah.

Kegiatan 1 Workshop Situasi TB dalam Konteks SPM

1. Pertemuan dilaksanakan 2 kali (Q5 dan Q7) tahun 2022. Tahun 2023 dilaksanakan Q9 dan Q11
2. Pertemuan workshop untuk identifikasi dan pendataan jumlah kasus notifikasi TBC yang ditemukan di RS Swasta.
3. Kegiatan workshop untuk membahas situasi TBC dalam konteks SPM terutama pada tata kelola TBC di fasyankes swasta.

4. Kegiatan workshop melibatkan pembicara nasional dari Ditjen Bangda dan Kementerian desa.
5. Kegiatan workshop dapat menghasilkan keterlibatan layanan swasta untuk melaporkan notifikasi TBC kepada dinas Kesehatan/PKM
6. Membuat rencana kerja bersama untuk meningkatkan penemuan kasus TBC dan pendampingan agar bisa tercatat dan dilaporkan secara periodik.

Narasumber 5 orang:

Narasumber nasional

1. 1 orang perwakilan Kemendagri yang urus Anggaran Daerah - Ditjen Bangda
2. 1 orang perwakilan Kemendes

Narasumber Provinsi-Kabupaten-Kota

1. 1 orang KOPI TB Provinsi
2. 1 orang Dinas Kesehatan Provinsi
3. 1 orang Dinas Kesehatan Kabupaten Kota

Peserta 15 orang :

1. 1 orang KOPI TB Kab/Kota
2. 1 orang ARSI daerah
3. 1 orang Wasor
4. 2 orang DPRD lintas Fraksi
5. 1 orang TO DPPM
6. 3 orang RS Swasta (1 orang dari setiap RS Swasta yang berbeda)
7. 2 orang Puskesmas di daerah (4 orang)
8. 1 orang staf program SSR
9. 1 orang MK PPM Komunitas
10. 1 orang Koordinator Kader PPM
11. 1 orang Koordinator kader

Waktu Pelaksanaan

Dilaksanakan Q2 tahun 2022 dan Q2 tahun 2023. .

Struktur Budget

1. Narasumber nasional
 1. Paket Meeting (Fullboard):
 2. Fee Narasumber
 3. Tiket Pesawat
 4. Transport Bandara Jakarta
 5. Taksi Bandara lokal
2. Narasumber Provinsi
 - a. Fullday Meeting Peckage

- b. Fee Narasumber
3. Narasumber Kabupaten-Kota
 - a. Transport lokal
 - b. Fee narasumber
 - c. Fullday meeting package
 4. Peserta Kegiatan
 - a. Transport Lokal
 - b. Perdiem Fullday
 - c. Full Day Meeting

Kegiatan 2 Press Conference - Statement bersama DPRD, Komunitas dan layanan swasta.

Kegiatan akan dilaksanakan pada Q3 tahun 2022 dan Q3 2023. Kegiatan press conference dilakukan untuk mendorong kesadaran menyebarkan informasi positif kepada publik serta masyarakat luas tentang pentingnya melakukan notifikasi wajib bagi fasyankes sebagaimana yang tertera pada PERMENKES 67 No. 2016. Kegiatan ini dilakukan untuk mendorong peningkatan dan penemuan kasus secara aktif di layanan swasta.

Kegiatan pra persiapan conference pers dapat dilakukan diantaranya:

1. Membuat draft press rilis bersama antara DPRD, Komunitas dan layanan
2. Melakukan identifikasi media yang dikenal luas oleh masyarakat
3. Menentukan lokasi kegiatan untuk dilakukan pers conference
4. Menentukan narasumber atau juru bicara untuk menyampaikan pesan kunci yang akan dilakukan

Peserta dan narasumber berjumlah 16 orang:

1. 8 orang Media lokal
2. 1 orang staf program SSR
3. 2 orang anggota DPRD
4. 2 orang KOPI TB
5. 2 orang RS Swasta
6. 1 orang Narasumber

Struktur Budget:

1. Peserta Press conference
 - Half Day Meeting Peckage
 - Perdiem Half Day
 - Transport Lokal
2. Fee Narasumber kabupaten/kota
 - Fee narasumber

Output

1. Adanya identifikasi kasus TBC yang ternotifikasi di RS Swasta

2. Terbentuknya rencana kerja bersama antara komunitas, RS Swasta untuk meningkatkan penemuan kasus dan pendampingan pasien
3. Terselenggaranya press conference tentang mandatory notification

Laporan

1. Laporan Narasi kegiatan
2. Dokumentasi foto
3. Press Release

Wilayah Kerja DPPM berisikan dengan Konsorsium komunitas (77 Kab/Kota)

NO	Province	Kab/Kota
1	BALI	Badung
2	BANTEN	Tangerang
3	BANTEN	Kota Tangerang
4	BANTEN	Kota Tangerang Selatan
5	BANTEN	Serang
6	DIY	Bantul
7	DIY	Sleman
8	DIY	Kota Yogyakarta
9	DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Barat
10	DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Selatan
11	DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Timur
12	DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Pusat
13	DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Utara
14	JABAR	Indramayu
15	JABAR	Subang
16	JABAR	Purwakarta
17	JABAR	Kota Bogor
18	JABAR	Kota Bandung
19	JABAR	Kota Cirebon
20	JABAR	Kota Bekasi
21	JABAR	Kota Depok
22	JABAR	Kota Cimahi
23	JABAR	Sukabumi
24	JABAR	Bandung
25	JABAR	Garut
26	JABAR	Cirebon
27	JABAR	Karawang
28	JABAR	Bekasi
29	JABAR	Bogor

30	JAMBI	Kota Jambi
31	JATENG	Cilacap
32	JATENG	Banyumas
33	JATENG	Kebumen
34	JATENG	Boyolali
35	JATENG	Klaten
36	JATENG	Sukoharjo
37	JATENG	Wonogiri
38	JATENG	Sragen
39	JATENG	Grobogan
40	JATENG	Pati
41	JATENG	Kudus
42	JATENG	Pemalang
43	JATENG	Tegal
44	JATENG	Brebes
45	JATENG	Kota Surakarta
46	JATENG	Kota Semarang
47	JATENG	Kota Pekalongan
48	JATENG	Karanganyar
49	JATIM	Kediri
50	JATIM	Malang
51	JATIM	Banyuwangi
52	JATIM	Pasuruan
53	JATIM	Sidoarjo
54	JATIM	Mojokerto
55	JATIM	Jombang
56	JATIM	Kota Malang
57	JATIM	Kota Surabaya
58	JATIM	Tulungagung
59	JATIM	Jember
60	JATIM	Gresik
61	KALBAR	Kota Pontianak
62	KALTIM	Kota Balikpapan
63	KALTIM	Kota Samarinda
64	KEPRI	Kota Batam
65	LAMPUNG	Lampung Tengah
66	LAMPUNG	Kota Bandar Lampung
67	LAMPUNG	Lampung Selatan
68	NTB	Kota Mataram
69	RIAU	Kota Pekanbaru

70	SULSEL	Kota Makassar
71	SUMBAR	Kota Padang
72	SUMSEL	Kota Palembang
73	SUMUT	Asahan
74	SUMUT	Deli Serdang
75	SUMUT	Langkat
76	SUMUT	Kota Binjai
77	SUMUT	Kota Medan

BL.79	Additional Case Manager will be needed to support adherence treatment in 18 provinces in 77 District
--------------	---

Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi salah satu masalah kesehatan di Indonesia. Berdasarkan Global Tuberculosis Report (GTR) 2020, perkiraan kasus TB di Indonesia adalah 845.000 orang (312 per 100.000 penduduk), angka kematian TBC adalah 92.000 orang (34 per 100.000 penduduk), dan angka kasus TBC Multi Drug Resistant adalah 24.000. Berdasarkan perbandingan hasil GTR 2020 dan GTR 2019:

1. Angka kasus TBC masih tetap sama yaitu 845.000 kasus. Namun, angka kasus ada penurunan sebesar 1,2%.
2. Angka absolut kematian TBC menurun sebesar 1,1% dan angka kematian menurun sekitar 2,9%.
3. Estimasi MDR TB tidak berubah dari tahun sebelumnya.
4. Estimasi kasus TB-HIV turun 9,5% secara absolut dan angka TB-HIV turun 11,3%

Melihat data diatas, tantangan yang dihadapi dalam Penanggulangan TB di Indonesia adalah 1) Keterlibatan multisektor belum optimal; 2) Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) belum optimal; 3) Kurangnya pelaporan kasus TB, terutama di rumah sakit (baik pemerintah maupun swasta) dan juga layanan primer swasta; 4) Kualitas pelayanan TBC; 5) Skema pembiayaan pelayanan TB yang belum diterapkan dengan baik; 6) Pemberian Terapi Pencegahan TB (TPT) belum optimal.

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, salah satu tantangan dalam program penanggulangan TBC adalah rendahnya proporsi/kontribusi pemberitahuan TB di fasilitas pelayanan kesehatan Swasta sehingga kualitas pelayanan TB tidak sesuai dengan standar. Laporan tahun 2020 menggambarkan adanya penurunan jumlah Puskesmas, Rumah Sakit Swasta dan Dokter Umum/Klinik yang melaporkan kasus TB sedangkan terjadi peningkatan jumlah Rumah Sakit Umum dan Klinik. Keterlibatan penyedia layanan kesehatan publik dan swasta penting untuk meningkatkan kualitas layanan TB dan pemberitahuan kasus TB. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan Public Private Mix (PPM) untuk meningkatkan kualitas pelayanan TB dan juga meningkatkan penemuan kasus TBC. Adanya persoalan tersebut melibatkan komunitas untuk bersama-sama meningkatkan penemuan kasus di RS Swasta dan dokter umum/klinik menjadi suatu kebutuhan. Peran komunitas untuk memastikan kepatuhan berobat pasien TBC agar menekan angka Lost to Follow Up (LTFU). Dengan demikian di tingkat provinsi diperlukan tambahan Case Manager untuk mendukung program tersebut.

Pendekatan manajemen kasus adalah salah satu pendekatan pekerjaan sosial yang awalnya dilakukan dalam melakukan dukungan pada para imigran di Amerika. Seiring waktu, pendekatan ini kemudian juga dikembangkan dalam bidang-bidang yang lainnya, termasuk kesehatan, terutama untuk pemberdayaan pasien dalam program HIV dan AIDS, Kanker dan Tuberkulosis.

Di Indonesia sendiri, program manajemen kasus telah diimplementasikan pada program HIV dan AIDS sejak tahun 2004.

Manajer kasus adalah orang yang bertanggung jawab melakukan tata kelola dalam hal ini kasus TB RO mulai dari pasien terdiagnosis sampai menyelesaikan pengobatan. Manajer kasus bertanggung jawab untuk mengkoordinasi dukungan bagi pasien, baik dukungan medis maupun psikososial.

Manajer kasus mempunyai peran menilai kebutuhan pasien TB-SO/TB RO, mengembangkan rencana tatalaksana kasus secara individual (termasuk strategi/intervensi/sumber daya untuk memenuhi kebutuhan pasien), menghubungkan pasien kepada pelayanan spesialisik dan kelompok dukungan yang tersedia dari awal hingga selesai pengobatan.

Deskripsi Kegiatan

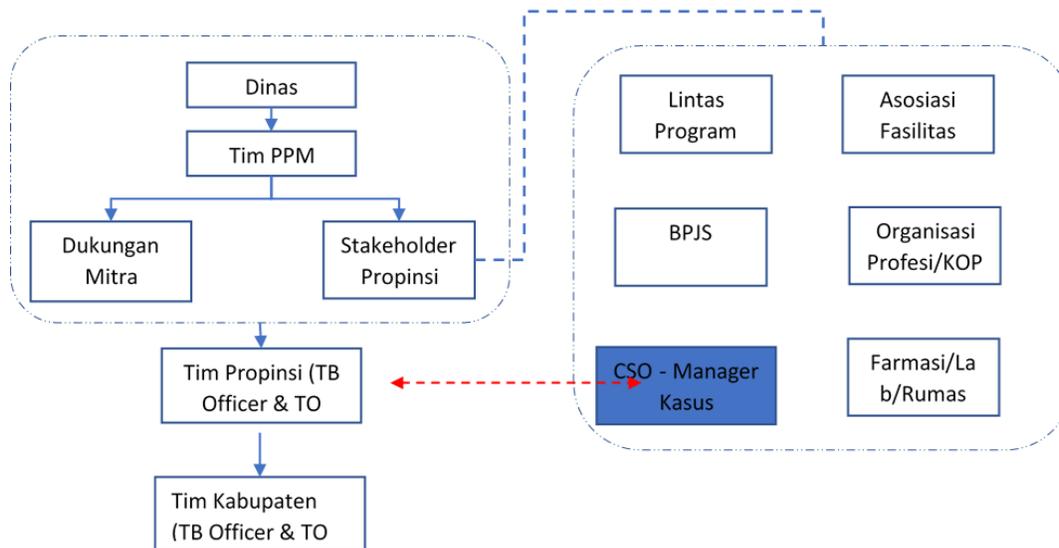
1. Manajer kasus akan ditempatkan di 18 Provinsi untuk dan 77 Kabupaten-Kota untuk memastikan kepatuhan berobat pasien TBC terutama pasien yang berasal dari Rumah sakit swasta/pemerintah maupun klinik.
2. Bersama dengan tim PPM dan stakeholder yang terdiri asosiasi fasilitas kesehatan, organisasi profesi/KOPI TB, Jaminan Kesehatan Nasional/BPJS, komite akreditasi dan rumah sakit/apotek/laboratorium dan CSO mendukung dinas kesehatan penemuan kasus dan menekan angka LTFU.
3. Sebanyak 18 manajer manager di 18 propinsi dan di 77 Kabupaten-Kota bertanggung jawab untuk mengkoordinasi dukungan bagi pasien, baik dukungan medis maupun psikososial.
4. Manager kasus memastikan pelaksanaan tata laksana pendampingan komunitas sesuai dengan pedoman nasional TB RO,
5. Manajer kasus mempunyai peran menilai kebutuhan pasien TB-RO, mengembangkan rencana tatalaksana kasus secara individual (termasuk strategi/intervensi/sumber daya untuk memenuhi kebutuhan pasien), menghubungkan pasien kepada layanan dan kelompok dukungan yang tersedia dari awal hingga selesai pengobatan.
6. Manajer kasus bertanggung jawab atas pengelolaan pendampingan pasien TB SO dan TB RO oleh PS/PE hingga didampingi oleh kader.
7. Manajer kasus berada dibawah koordinasi SR Provinsi dan akan berkoordinasi dengan TO PPM tingkat provinsi.

Struktur PPM tingkat Provinsi.

Dinkes provinsi akan didukung oleh Tim PPM Provinsi yang terdiri dari organisasi profesi/KOPI TB, Pemangku Kepentingan Provinsi, dan dukungan mitra lainnya untuk mengkoordinir kegiatan PPM di tingkat kabupaten.

Stakeholder provinsi terdiri dari lintas program, CSO (Manager kasus) sebagai perwakilan komunitas, asosiasi fasilitas kesehatan, organisasi profesi/KOPI TB, Jaminan Kesehatan Nasional/BPJS, komite akreditasi, rumah sakit/apotek/laboratorium dan INGO. Para stakeholder

ini akan mendukung Dinas Kesehatan untuk mengkoordinasikan kegiatan PPM di tingkat provinsi dan kabupaten. Untuk pekerjaan teknis sehari-hari, Dinkes akan didukung oleh tim teknis provinsi yang dipimpin oleh Petugas TB dan didukung oleh 1 sampai 5 petugas teknis PPM provinsi (TO PPM) di 19 provinsi prioritas PPM. Case Manager akan berkoordinasi dan berkomunikasi dengan TO PPM tingkat provinsi.



Peran dan Tanggung jawab MK PPM

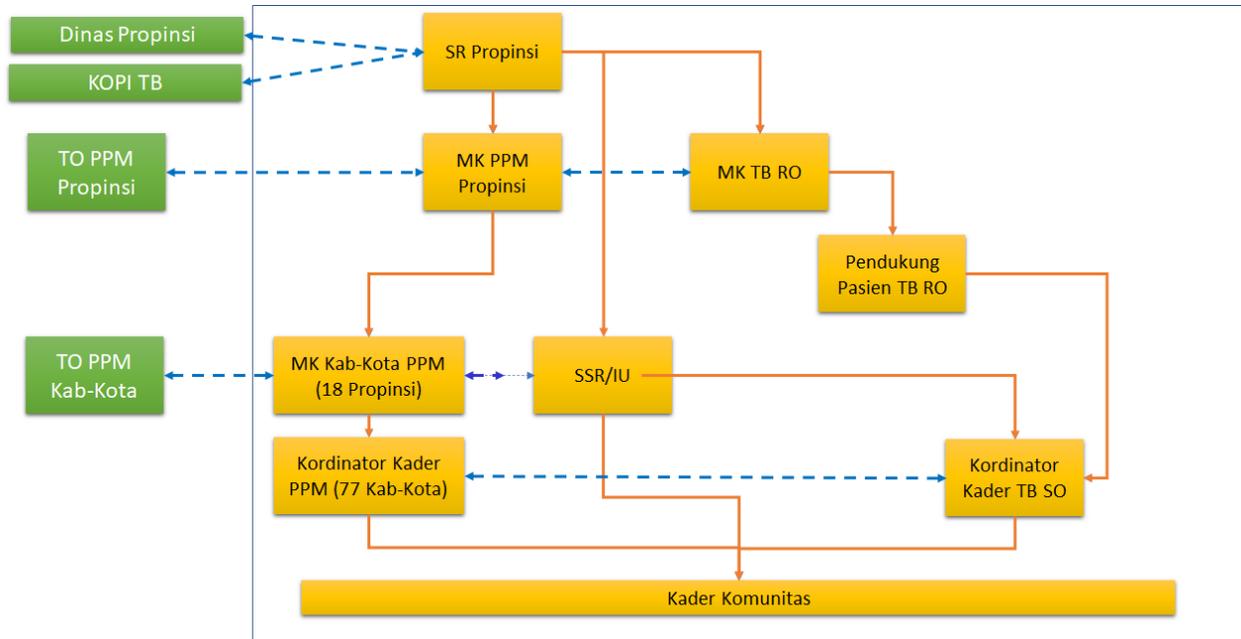
1. Manajer Kasus PPM bertanggungjawab untuk memastikan kepatuhan berobat pasien TBC terutama pasien yang berasal dari Rumah sakit swasta/pemerintah ataupun klinik swasta.
2. Manajer Kasus PPM memastikan pelaksanaan tata laksana pendampingan komunitas sesuai dengan pedoman nasional TB RO.
3. Manajer Kasus PPM mempunyai peran menilai kebutuhan pasien TB-RO yang ditemukan di RS Swasta/Pemerintah/Dokter Praktek/Klinik dengan mengembangkan rencana tatalaksana kasus secara individual untuk memenuhi kebutuhan pasien, menghubungkan pasien kepada layanan dan kelompok dukungan yang tersedia dari awal hingga selesai pengobatan.
4. Manajer Kasus PPM bertanggung jawab atas pengelolaan pendampingan pasien TB SO/TB RO dari RS Swasta/Pemerintah/Dokter Praktek/Klinik ke pendukung pasien.
6. Membangun pemahaman bersama antara SR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dengan Dinkes melalui PPM Provincial Technical Team dan para pemangku kepentingan tentang dukungan komunitas dan kolaborasi dengan layanan swasta dalam eliminasi TBC.
7. Bersama SR melakukan koordinasi dengan pemerintah daerah, organisasi profesi/KOPI TB, asosiasi fasyankes, BPJS, dan stakeholder lainnya untuk dukungan kebijakan dan pendanaan
8. Membantu SR melaksanakan fungsi peningkatan kapasitas, monitoring, mentoring, koordinasi, dan supervisi implementasi PPM di kabupaten/kota atau SSR.

9. Bersama SR melakukan analisis data secara rutin (bulanan, triwulanan, semester) untuk memantau capaian, mengidentifikasi tantangan dan merumuskan usulan strategi/intervensi, serta membuat umpan balik untuk kabupaten/kota
10. Bersama SR memfasilitasi jejaring PPM antar kab/kota (mekanisme jejaring layanan TB lintas wilayah)
11. Bersama SR melakukan identifikasi organisasi dan tokoh-tokoh yang perlu dilibatkan dalam implementasi DPPM di kota/kabupaten wilayah kerja SR
12. Membantu SR dalam mengembangkan strategi implementasi kegiatan pendampingan pasien TBC sektor swasta berdasarkan panduan nasional
13. Bersama SR mengidentifikasi peran para pemangku kepentingan dan komitmen untuk pelaksanaan DPPM di Provinsi
14. Membantu SR dalam menyusun rencana kerja implementasi DPPM tingkat Provinsi tahun 2022-2023.
15. Adanya MoU antara SR/SSR Komunitas dengan Layanan Kesehatan Swasta terpilih.
16. Bersama SR menyusun rencana kerja untuk melakukan tracing dan pelayanan bagi pasien TBC, termasuk rencana kerja pemantauan dan umpan balik layanan TBC berbasis komunitas.
17. Menjadi bagian dari tim pemantauan dan umpan balik berbasis komunitas berdasarkan standar minimum layanan yang dilakukan oleh masyarakat.
18. Bersama tim DPPM mengidentifikasi layanan swasta yang menjalankan Wajib Notifikasi TBC dengan baik dan berpotensi menjadi DPPM Champion.

Mekanisme Pembayaran

1. Pembayaran dilakukan setiap bulan (monthly allowance) Rp. 3.000,000 dengan rincian sebagai berikut:
 - Subsidi Transport (100,000) x 20 hari (dalam sebulan)
 - Dukungan komunikasi (voucher) Rp. 100,000/bulan
 - Insentif 900,000 /bulan/manager kasus
2. Pembayaran dapat dilakukan setelah melampirkan *copy timesheet* kegiatan yang berkaitan dengan RS Swasta/Pemerintah.
3. Tugas dan Tanggungjawab akan diatur dalam Surat Perjanjian Kerja (SPK)

Alur Koordinasi MK Provinsi dan Kabupaten-Kota



SR Provinsi

1. Berkoordinasi dan bekerjasama dengan Dinas Provinsi dan KOPI TB untuk kegiatan yang berkaitan dengan PPM
2. Berkoordinasi dan membuat perencanaan bersama dengan dinas provinsi untuk pelaksanaan kegiatan PPM

MK PPM Provinsi

1. Bertanggung jawab atas tugas-tugas kegiatan terkait PPM dan melaporkan kepada SR Provinsi.
2. MK PPM melakukan koordinasi dan komunikasi secara intens dengan MK TB RO apabila menemukan kasus TB RO di RS/Swasta/klinik/Dokter Praktek Swasta.
3. Melakukan koordinasi dan komunikasi dengan TO PPM tingkat provinsi untuk seluruh kegiatan yang terkait PPM.
4. Melakukan koordinasi dengan MK TB RO terkait pasien LTFU yang ditemukan di RS Swasta/Klinik/Dokter Praktek Swasta

MK TB RO

1. Menindaklanjuti dari hasil koordinasi dengan MK PPM dengan menghubungi pendukung pasien (PS) untuk mendampingi pasien TB RO
2. Berkoordinasi dengan PS untuk menindaklanjuti Follow Up untuk pasien yang ditemukan di RS Swasta/Klinik/Dokter Praktek Swasta.

SSR/IU

1. Berkoordinasi dengan SR provinsi terkait POA, timeline, dan rencana kegiatan yang berkaitan dengan PPM
2. Berkoordinasi dan komunikasi dengan MK PPM Kabupaten-Kota untuk rencana kegiatan yang berkaitan dengan PPM
3. Melakukan perencanaan bersama dengan MK PPM Kabupaten-Kota, TO PPM yang berkaitan dengan PPM.

MK PPM Kabupaten-Kota

1. Berkoordinasi dengan MK PPM Provinsi untuk kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan PPM yang ada di Kabupaten-Kota
2. Berkoordinasi dan komunikasi secara intens dengan Koordinator kader PPM terutama untuk kegiatan investigasi kontak berdasarkan kasus indeks dari RS Swasta/Pemerintah/Klinik/Dokter Praktek swasta
3. Berkoordinasi dengan SSR terkait kegiatan rencana-rencana kegiatan berkaitan dengan PPM yang akan dilaksanakan.

Koordinator Kader PPM

1. Melakukan komunikasi ke kader untuk mendistribusikan ke kader yang akan melakukan investigasi kontak berdasarkan data kasus indeks yang berasal dari PKM.
2. Berkoordinasi dan membantu tugas-tugas MK Kabupaten-Kota untuk kegiatan yang berkaitan dengan PPM.
3. Berkoordinasi dengan koordinator kader untuk kegiatan pendampingan pasien yang ditemukan dari RS swasta/Pemerintah/Klinik/Dokter Praktek Swasta.

Kader Komunitas

1. Melakukan kegiatan investigasi kontak untuk data indeks kasus yang ditemukan dari RS Swasta/Pemerintah/Klinik/Dokter Praktek Swasta
2. Melakukan pendampingan untuk pasien yang ditemukan di RS/Swasta/Pemerintah/Klinik/Dokter Praktek Swasta

Waktu Pelaksanaan

Kegiatan dimulai pada Q3 2021 hingga tahun 2023

Laporan

1. Manager kasus harus melampirkan SPK dan timesheet (template timesheet) – SPK dilampirkan pada saat pertama kali allowance diberikan
2. Laporan bulanan Manajer Kasus kegiatan yang berkaitan dengan PPM.
3. Laporan narasi kegiatan pendampingan TB MDR yang ditemukan di RS Swasta/Pemerintah/klinik.
4. Dokumen kelengkapan lainnya sesuai dengan ketentuan dan mekanisme M&E

Daftar Kebutuhan Manajer Kasus per Provinsi dan Kabupaten-Kota

Province	Jumlah TO Propinsi	District	Jumlah TO Kab/Kota
BALI	1	Badung	1
BANTEN	1	Tangerang	1
BANTEN		Kota Tangerang	1
BANTEN		Kota Tangerang Selatan	1
BANTEN		Serang	1
DIY	1	Bantul	1
DIY		Sleman	1
DIY		Kota Yogyakarta	1
DKI JAKARTA	1	Kodya Jakarta Barat	1
DKI JAKARTA		Kodya Jakarta Selatan	1
DKI JAKARTA		Kodya Jakarta Timur	1
DKI JAKARTA		Kodya Jakarta Pusat	1
DKI JAKARTA		Kodya Jakarta Utara	1
JABAR	1	Indramayu	1
JABAR		Subang	1
JABAR		Purwakarta	1
JABAR		Kota Bogor	1
JABAR		Kota Bandung	1
JABAR		Kota Cirebon	1
JABAR		Kota Bekasi	1
JABAR		Kota Depok	1
JABAR		Kota Cimahi	1
JABAR		Sukabumi	1
JABAR		Bandung	1
JABAR		Garut	1
JABAR		Cirebon	1
JABAR		Karawang	1
JABAR		Bekasi	1
JABAR		Bogor	1
JAMBI		Kota Jambi	1
JATENG	1	Cilacap	1
JATENG		Banyumas	1
JATENG		Kebumen	1
JATENG		Boyolali	1
JATENG		Klaten	1
JATENG		Sukoharjo	1
JATENG		Wonogiri	1
JATENG		Sragen	1
JATENG		Grobogan	1
JATENG		Pati	1
JATENG		Kudus	1
JATENG		Pemalang	1

JATENG		Tegal	1
JATENG		Brebes	1
JATENG		Kota Surakarta	1
JATENG		Kota Semarang	1
JATENG		Kota Pekalongan	1
JATENG		Karanganyar	1
JATIM	1	Kediri	1
JATIM		Malang	1
JATIM		Banyuwangi	1
JATIM		Pasuruan	1
JATIM		Sidoarjo	1
JATIM		Mojokerto	1
JATIM		Jombang	1
JATIM		Kota Malang	1
JATIM		Kota Surabaya	1
JATIM		Tulungagung	1
JATIM		Jember	1
JATIM		Gresik	1
KALBAR	1	Kota Pontianak	1
KALTIM	1	Kota Balikpapan	1
KALTIM	1	Kota Samarinda	1
KEPRI	1	Kota Batam	1
LAMPUNG	1	Lampung Tengah	1
LAMPUNG		Kota Bandar Lampung	1
LAMPUNG		Lampung Selatan	1
NTB	1	Kota Mataram	1
RIAU	1	Kota Pekanbaru	1
SULSEL	1	Kota Makassar	1
SUMBAR	1	Kota Padang	1
SUMSEL	1	Kota Palembang	1
SUMUT	1	Asahan	1
SUMUT		Deli Serdang	1
SUMUT		Langkat	1
SUMUT		Kota Binjai	1
SUMUT		Kota Medan	1
	18		77

BL. 80	Transport allowance for subdistricts community cadre coordinators in CSO districts to coordinate TB, TB-HIV, and MDR-TB support - DPPM
---------------	---

Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu negara dengan TBC Burden tertinggi ketiga di dunia. Menurut laporan WHO, insidensi tuberkulosis di Indonesia pada tahun 2018 adalah 316 per 100.000 penduduk. Sementara itu sekitar 845.000 penduduk menderita tuberkulosis pada tahun 2018 (WHO, 2019a).

Beban penyakit tuberkulosis yang tertinggi diperkirakan berada pada kelompok usia 25-34 tahun, dengan prevalensi 753 per 100.000 penduduk. Laki-laki memiliki tingkat prevalensi yang lebih tinggi yaitu 1.083 per 100.000 penduduk dibandingkan dengan prevalensi perempuan sebesar 461 per 100.000 penduduk. Ada beban Tuberkulosis yang lebih tinggi di perkotaan (846 per 100.000 populasi) dibandingkan dengan pedesaan (674 per 100.000 populasi) dan di antara lansia yang berusia di atas 65 tahun (1.582 per 100.000). (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

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

Salah satu tantangan dalam program penanggulangan TBC adalah rendahnya proporsi/kontribusi pemberitahuan TB di fasilitas pelayanan kesehatan Swasta sehingga kualitas pelayanan TB tidak sesuai dengan standar. Laporan tahun 2020 menggambarkan adanya penurunan jumlah Puskesmas, Rumah Sakit Swasta dan Dokter Umum/Klinik yang melaporkan kasus TB sedangkan terjadi peningkatan jumlah Rumah Sakit Umum dan Klinik. Keterlibatan penyedia layanan kesehatan publik dan swasta penting untuk meningkatkan kualitas layanan TB dan pemberitahuan kasus TB. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan Public Private Mix (PPM) untuk meningkatkan kualitas pelayanan TB dan juga meningkatkan penemuan kasus TBC. Adanya persoalan tersebut pelibatan komunitas untuk bersama-sama meningkatkan penemuan kasus di RS Swasta dan dokter umum/klinik menjadi suatu kebutuhan. Peran komunitas untuk memastikan kepatuhan berobat pasien TBC agar menekan angka Lost to Follow Up (LTFU).

Dalam memaksimalkan penemuan penemuan kasus tentu perlu melibatkan peran komunitas untuk melakukan penjangkauan pada RS Swasta/Pemerintah dan Klinik. Pelibatan kader-kader yang berpengalaman dalam kegiatan penemuan kasus, investigasi kontak dan pendampingan menjadi bagian yang tidak bisa dipisahkan.

Implementasi program PR Konsorsium PB-STPI yang sudah berjalan yakni 1) investigasi kontak, 2) rapat koordinasi triwulanan dan validasi data dengan Dinkes, 3) dukungan bagi pendamping pasien yang patuh berobat– termasuk pasien swasta; dan kunjungan rumah pasien TB DR yang mangkir akan dipadukan dengan intervensi kegiatan District PPM di 77 kabupaten dari 80

kabupaten prioritas DPPM. Peran utamanya adalah untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan TB DR untuk pasien sektor swasta, dan untuk memobilisasi peran pemangku kepentingan lintas sektor dalam memastikan implementasi strategi PPM di tingkat kabupaten.

Sebagai bagian mendukung kegiatan PPM Public Private Mix (PPM) untuk meningkatkan kualitas pelayanan TB dan juga meningkatkan penemuan kasus di tingkat kabupaten akan dibutuhkan tambahan Kader Koordinator untuk mendukung kegiatan di 77 kabupaten, setiap kabupaten akan didukung oleh 1 koordinator kader. Koordinator kader akan mengkoordinir dan melacak pasien Lost-to-Follow-Up (LTFU) di RS Swasta di setiap kabupaten, serta mendistribusikan data LTFU kepada kader. Koordinator Kader ini akan fokus mendukung kegiatan DPPM untuk TB sensitif obat (TB SO).

Tujuan

1. Menyiapkan koordinator kader yang akan mengkoordinir kader untuk melacak pasien Lost-to-Follow-Up (LTFU) di RS Swasta/pemerintah/klinik di setiap kabupaten-Kota, serta mendistribusikan data LTFU kepada kader untuk dilakukan Investigasi Kontak.
2. Membentuk koordinator untuk mendukung kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan PPM

Deskripsi Kegiatan

1. Koordinator kader dibentuk berdasarkan kecamatan dan dibawah koordinasi koordinator SSR
2. Koordinator kader akan mengkoordinir dan melacak pasien Lost-to-Follow-Up (LTFU) di RS /klinik swasta di setiap kabupaten, serta mendistribusikan data LTFU kepada kader.
3. Koordinator kader bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan kegiatan investigasi kontak bagi pasien berobat di RS Swasta/Pemerintah/Klinik Swasta/Dokter Praktek Swasta.
4. Koordinator kader bekerjasama dengan PKM untuk memberikan menentukan PMO bagi pasien TB SO yang ditemukan di RS Swasta/Pemerintah/Klinik Swasta/Dokter Praktek Swasta.
5. Koordinator kader PPM bekerjasama dengan koordinator kader reguler mengkoordinasikan kader-kader antar kecamatan.

Sasaran

Akan direkrut 1 koordinator kader PPM Komunitas di 77 Kabupaten/Kota irisan antara Konsorsium Komunitas dan wilayah kerja DPPM (District Base Public Private Mix).

Tugas koordinator kader PPM

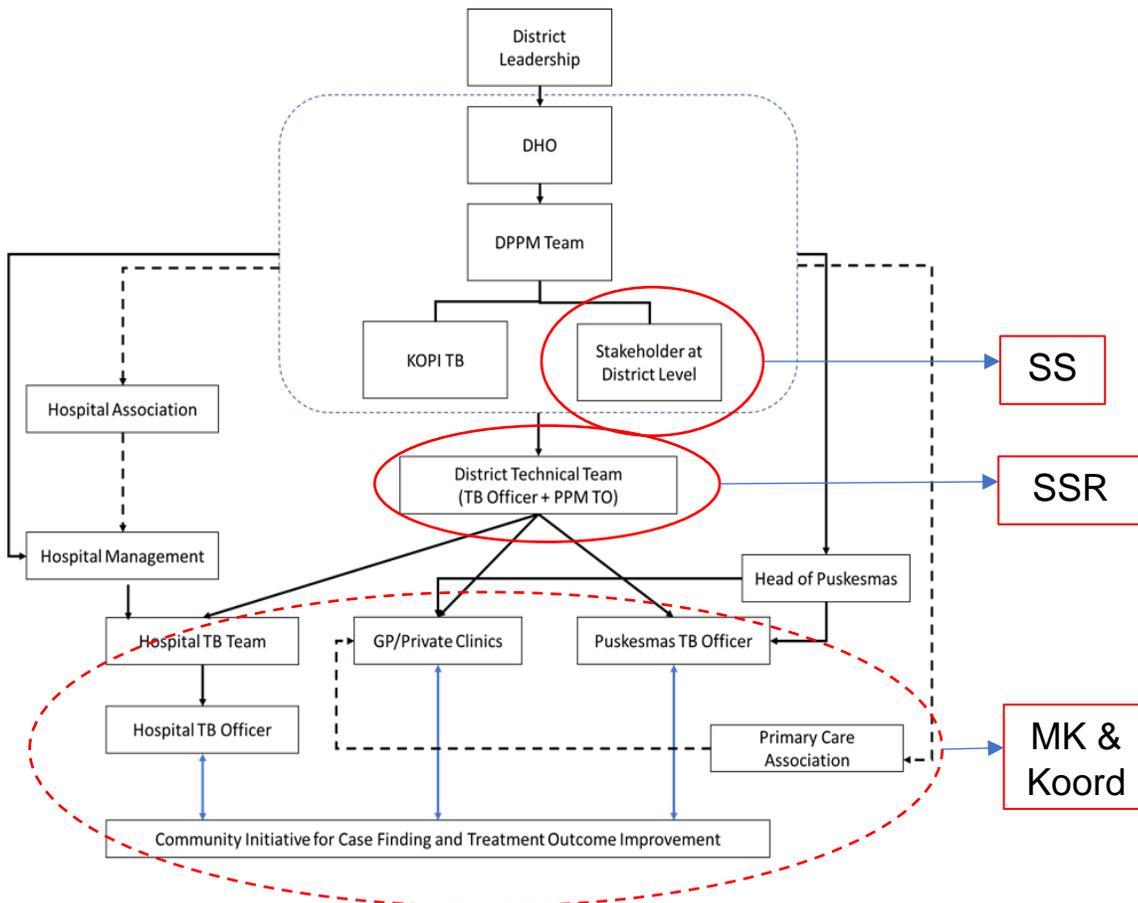
1. Koordinator kader mengikuti pertemuan dengan Dinas Kesehatan bersama SSR.
2. Koordinator kader menjadwalkan pertemuan rutin dengan Puskesmas dan klinik Swasta
3. Koordinator Kader mendapatkan data Ltfu dari RS/klinik swasta di setiap kabupaten,
4. Koordinator Kader mengkoordinir kader untuk melakukan Investigasi Kontak berdasarkan data indeks kasus dari RS Swasta/Pemerintah/Klinik Swasta/Dokter Praktek Swasta.
5. Koordinator kader melaporkan data Ltfu dan data IK kepada SSR,

6. Koordinator Kader mendistribusikan data LtFU dan pasien kepada kader, sesuai lokasi Kecamatan domisili pasien.
7. Koordinator kader bersama kader melakukan pelacakan pasien LTFU,
8. Koordinator kader bersama kader dan Puskesmas dan klinik swasta melakukan identifikasi PMO untuk pasien TB SO
9. Koordinator kader membantu kerja-kerja MK PPM untuk kegiatan yang berkaitan dengan PPM tingkat Kabupaten-Kota

Kriteria Minimal Koordinator PPM

1. Terbuka untuk kader perempuan maupun laki-laki
2. Bersedia dan komitmen sebagai koordinator kader PPM.
3. Merupakan kader terlatih minimal 2 tahun terakhir di program TBC, ATAU pengalaman sebagai kader kesehatan (dibuktikan dengan sertifikat pelatihan kesehatan dari Puskesmas/Dinas Kesehatan)
4. Memiliki kemampuan berkomunikasi dengan Fasilitas Layanan Kesehatan
5. Memiliki kemampuan berkomunikasi dan mampu mengkoordinasikan kader

Alur Struktur Kerja DPPM dan Peran Kordinator Kader



Untuk dapat melaksanakan intervensi PPM dengan baik, Dinkes Kabupaten-Kota akan didukung oleh Tim DPPM Kabupaten/Kota yang terdiri dari pemangku kepentingan di tingkat kabupaten dan koalisi organisasi profesi (KOPI TB). Pemangku kepentingan ini mengacu pada program terkait di Dinkes, asosiasi fasilitas kesehatan, organisasi profesi/KOPI TB, Jaminan Kesehatan Nasional/BPJS, komite akreditasi, rumah sakit/apotek/laboratorium rantai besar dan organisasi masyarakat sipil (OMS). Para pemangku kepentingan ini akan mendukung Dinkes untuk mengembangkan kebijakan, strategi, kegiatan, dan jaringan TB terkait PPM di tingkat kabupaten.

Berdasarkan Pedoman PPM, diharapkan dapat dibangun linkage/jaringan TB internal dan eksternal di tingkat kabupaten.

1. Jaringan internal adalah jaringan terkait TB di antara semua unit dalam suatu fasilitas kesehatan. Diharapkan dapat mengelola sistem skrining TB, penemuan kasus TB, rujukan diagnosis TB, serta sistem pencatatan dan pelaporan TB di fasilitas kesehatan. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kerjasama TB dengan unit/program lain, mengurangi terjadinya kasus TB yang terlambat terdiagnosis dan tidak dilaporkan dan memastikan semua kasus TB dilaporkan ke sistem informasi.
2. Jaringan eksternal adalah jaringan terkait TB di antara semua fasilitas kesehatan di suatu kabupaten. Diharapkan dapat mengelola akses alat diagnostik TB, rujukan pengobatan TB, sistem pelacakan, dan akses logistik TB (termasuk obat TB) untuk semua fasilitas kesehatan di suatu kabupaten. Jaringan ini bertujuan untuk memastikan semua pasien TB terdeteksi, diobati dan dilaporkan ke sistem informasi TB.

Pada tingkat dasar, Puskesmas bertanggung jawab atas wilayah kerjanya, yang memiliki kewenangan untuk mengkoordinasikan dan memantau pelayanan primer (FKTP) di wilayahnya. Jaringan eksternal TB di tingkat primer terdiri dari Puskesmas, Dokter Umum, Klinik, dan Community Support (Ormas).

Koordinator kader dan kader akan berperan pada penemuan kasus dan melakukan IK yang berjejaring dan bekerjasama dengan RS Swasta/Pemerintah dan Dokter praktek/klinik.

Jumlah Koordinator Kader

Koordinator kader akan direkrut 1 orang per di 77 Kab-Kota intervensi PPM.

Waktu Pelaksanaan Kegiatan

Kegiatan dilaksanakan mulai Q4 tahun 2021 sampai dengan tahun 2023.

Struktur Budget

1. Tahun 2021 = 77 District x Rp. 900.000 x 4 bulan
2. Tahun 2022 = 77 District x Rp. 900.000 x 12 bulan
3. Tahun 2023 = 77 District x Rp. 900.000 x 12 bulan

Mekanisme Pembayaran

1. Tunjangan transportasi bagi koordinator kader di kabupaten-kota untuk mengkoordinasikan dukungan TB, TB-HIV, dan MDR-TB dan PPM, dengan mendapatkan Rp 900.000 per bulan, terdiri dari 150.000 x 6 hari (dalam sebulan).
2. Pembayaran dapat dilakukan setelah melampirkan timesheet yang disetujui oleh staf program SSR.
3. Tugas dan Tanggungjawab akan diatur dalam Surat Perjanjian Kerja (SPK).

Laporan

1. Koordinator kader harus melampirkan SPK dan timesheet (template timesheet) – SPK dilampirkan pada saat pertama *allowance* diberikan.
2. Laporan hasil validasi dari RS / Klinik Swasta, jika menemukan pasien yang ada di klinik swasta/RS pemerintah/Klinik.

Wilayah kerja 77 Koordinator Kader

BALI	Badung
BANTEN	Tangerang
BANTEN	Kota Tangerang
BANTEN	Kota Tangerang Selatan
BANTEN	Serang
DIY	Bantul
DIY	Sleman
DIY	Kota Yogyakarta
DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Barat
DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Selatan
DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Timur
DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Pusat
DKI JAKARTA	Kodya Jakarta Utara
JABAR	Indramayu
JABAR	Subang
JABAR	Purwakarta
JABAR	Kota Bogor
JABAR	Kota Bandung
JABAR	Kota Cirebon
JABAR	Kota Bekasi
JABAR	Kota Depok
JABAR	Kota Cimahi
JABAR	Sukabumi
JABAR	Bandung
JABAR	Garut
JABAR	Cirebon
JABAR	Karawang

JABAR	Bekasi
JABAR	Bogor
JAMBI	Bungo
JAMBI	Kota Jambi
JATENG	Cilacap
JATENG	Banyumas
JATENG	Kebumen
JATENG	Boyolali
JATENG	Klaten
JATENG	Sukoharjo
JATENG	Wonogiri
JATENG	Sragen
JATENG	Grobogan
JATENG	Pati
JATENG	Kudus
JATENG	Pemalang
JATENG	Tegal
JATENG	Brebes
JATENG	Kota Surakarta
JATENG	Kota Semarang
JATENG	Kota Pekalongan
JATENG	Karanganyar
JATIM	Blitar
JATIM	Kediri
JATIM	Malang
JATIM	Banyuwangi
JATIM	Pasuruan
JATIM	Sidoarjo
JATIM	Mojokerto
JATIM	Jombang
JATIM	Kota Malang
JATIM	Kota Surabaya
JATIM	Tulungagung
JATIM	Jember
JATIM	Gresik
KALBAR	Kota Pontianak
KALTIM	Kota Balikpapan
KALTIM	Kota Samarinda
KEPRI	Kota Batam
LAMPUNG	Lampung Tengah
LAMPUNG	Kota Bandar Lampung
LAMPUNG	Lampung Selatan

NTB	Kota Mataram
RIAU	Kota Pekanbaru
SULSEL	Kota Makassar
SUMBAR	Kota Padang
SUMSEL	Kota Palembang
SUMUT	Asahan
SUMUT	Deli Serdang
SUMUT	Langkat
SUMUT	Kota Binjai
SUMUT	Kota Medan

BL. 81	The community cadres coordinated by the Puskesmas conduct household tracking and home visit TB patient - PPM
---------------	---

Deskripsi Kegiatan

Mengacu pada WHO Global TB Report tahun 2020, Indonesia merupakan salah satu negara dengan beban TBC tertinggi di dunia dengan perkiraan jumlah orang yang jatuh sakit akibat TBC mencapai 845.000 (312 per 100.000 penduduk) dengan angka kematian sebanyak 98.000 (34 per 100.000 penduduk) atau setara dengan 11 kematian/jam (WHO Global TB Report, 2020). Dari jumlah kasus tersebut, baru 67% yang ditemukan dan diobati, sehingga terdapat sebanyak 283.000 (33%) pasien TBC yang belum diobati dan berisiko menjadi sumber penularan bagi orang disekitarnya.

Masih adanya pasien TBC yang belum ditemukan dan diobati sekitar 283.000 (33%) salah satunya disebabkan karena rendahnya proporsi/kontribusi pemberitahuan TBC di fasilitas pelayanan kesehatan Swasta sehingga kualitas pelayanan TBC tidak diterapkan sesuai dengan standar. Rendahnya proporsi /kontribusi pemberitahuan TBC karena fasilitas pelayanan Kesehatan swasta di Indonesia sangat besar dan terfragmentasi sehingga tidak semuanya bisa dilibatkan dalam pengendalian TBC.

Berdasarkan data tahun 2020 (diupdate per tanggal 18 Januari 2021) dari 9 indikator yang tertuang dalam Renstra 2020-2024,ada 5 indikator terkait fasilitas layanan swasta yang belum tercapai secara maksimal: Jumlah RS Swasta (bekerjasama dengan BPJS Kesehatan) yang melaporkan kasus TBC 911 (49%) atau turun 11% dari jumlah kasus yang dilaporkan pada tahun 2019 ,sebesar 934 (60% dari target 2019), Jumlah Dokter/Klinik Swasta yang dikontrak oleh BPJS yang melaporkan kasus TB 79 (1% dari target 8.428) atau turun 1% dari kasus yang dilaporkan pada tahun 2019 sebesar 262 (2% dari target 11.608), Proporsi pemberitahuan kasus TB dari rumah sakit swasta 47,844 (15% dari target 316.001) atau turun 3% dari kasus yang dilaporkan pada tahun 2019 sebesar 104.841 (19% dari target 563.456), Proporsi pemberitahuan kasus TB dari dokter/klinik swasta 2.116 (1% dari target 316.001) dan Persentase tingkat keberhasilan pengobatan di fasilitas swasta 53,304 (49%) pada tahun 2019 (PPM Operational Plan,2021)

Berdasarkan data di atas dan untuk memastikan pasien TBC yang periksa di fasilitas layanan swasta sudah melakukan pengobatan sesuai standar yang ditetapkan maka perlu ada kerjasama antara stakeholders terkait di tingkat Kab/Kota: Puskesmas, RS/klinik swasta/dokter praktek pribadi dan CSO untuk memetakan, melakukan kunjungan ke rumah pasien (home visit), sebagai bagian dari peningkatan kualitas layanan TB dan meningkatkan notifikasi kasus dengan pendekatan Public Private Mix (PPM)

Tujuan

1. Mendukung Dinas Kesehatan dan Fasilitas Layanan swasta (RS/Klinik/dr praktek pribadi) untuk mengurangi pasien TBC yang Lost to Follow Up (LTFU)

2. Melakukan investigasi kontak kepada orang-orang yang telah/sering berhubungan/melakukan kontak langsung/erat dengan pasien TBC untuk menemukan terduga TBC.
3. Melakukan kunjungan ke rumah Pasien TBC untuk mengecek atau memastikan pasien TBC sudah minum obat secara teratur. Jika ada pasien mangkir kader mendorong agar pasien kembali berobat.
4. Mendukung DPPM dalam pelacakan pasien mangkir di fasilitas swasta

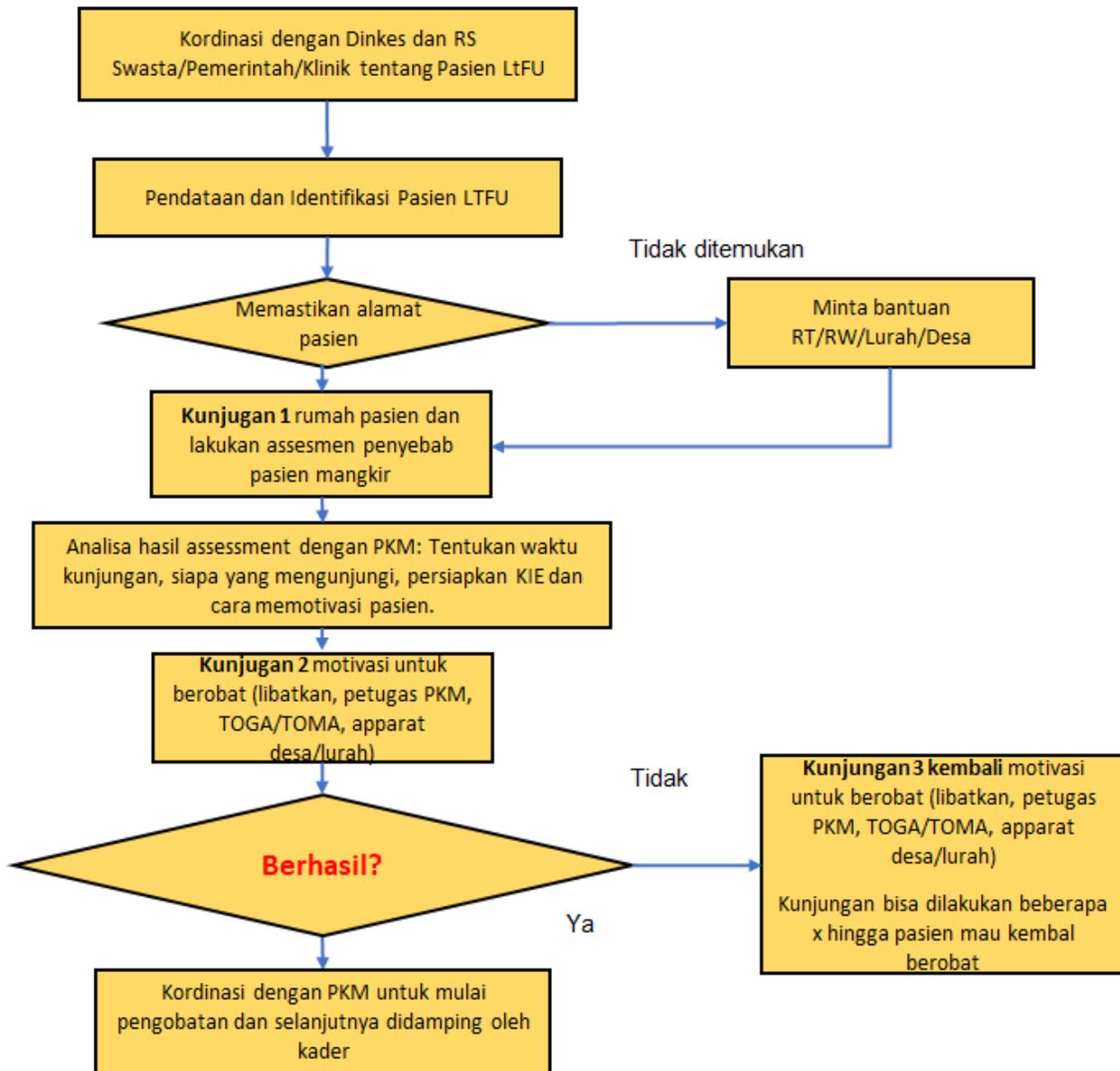
Bentuk Kegiatan

1. Kegiatan ini berkaitan dengan BL.78 yakni salah output yang dihasilkan adalah adanya data kasus pasien TBC yang ditemukan di RS Swasta/Pemerintah/Klinik/Dokter Praktek Swasta dapat dijadikan dasar untuk pelaksanaan home visit oleh kader.
2. Tim SSR/IU dan Koordinator kader PPM berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan/ PKM/Fasilitas Layanan Swasta untuk memetakan pasien TBC yang dilaporkan dan tercatat di SITB.
3. TIM SSR/IU dan koordinator kader melakukan pertemuan dengan Dinkes dan fasilitas layanan swasta untuk mendiskusikan terkait pengobatan pasien TBC dan pelacakan pasien TB SO yang mangkir yang periksa fasilitas kesehatan swasta (RS/Klinik/dokter praktek pribadi) dan tercatat di SITB. Pertemuan bisa bersamaan dengan BL 38.
4. SSR/IU dan Koordinator kader berkoordinasi dengan kader yang sesuai dengan lokasi pasien LTFU dari Swasta untuk dilakukan kunjungan.
5. Kader melakukan kunjungan rumah (home visit) pasien TB SO untuk memastikan pasien TBC melakukan pengobatan sesuai standar dan jika pasien tersebut terbukti mangkir, kader mengidentifikasi penyebab pasien tersebut mangkir dan mendorong/memotivasi pasien untuk melanjutkan pengobatan.
6. Memberikan penyuluhan/edukasi tentang TBC kepada pasien yang sedang melakukan pengobatan atau pasien mangkir dan keluarganya.

Ketentuan

1. Pasien LTFU yang dilakukan home visit adalah Pasien TB yang sudah terkonfirmasi TBC tapi tidak memulai pengobatannya atau yang pengobatannya terputus selama 2 bulan atau lebih.
2. Home visit/kunjungan rumah dapat dilaksanakan selama 1 minggu minimal 1 -2 pasien LTFU per kader. Jika pada saat kunjungan pertama pasien tidak melanjutkan atau memulai pengobatan, maka kader melakukan kunjungan ulang di hari berikutnya untuk memastikan pasien kembali berobat.

Alur home visit/kunjungan rumah pasien LtfU



1. Melakukan identifikasi dan pendataan jumlah pasien yang LTFU yang berasal dari RS swasta/pemerintah/klinik dan dokter praktek swasta
2. Memastikan alamat pasien pasien LtfU sudah sesuai, jika alamat tidak diketahui maka kader bisa meminta bantuan RT/RW/lurah/Desa dan atau melalui koordinator kader.
3. Kunjungan 1 ke rumah pasien untuk melakukan assesmen penyebab pasien mangkir berobat.

4. Melakukan analisa dengan PKM terkait pasien mangkir Analisa hasil assessment dengan PKM kemudian mempersiapkan kunjungan selanjutnya dengan menentukan waktu kunjungan.
5. Kunjungan 2 ke rumah untuk kasus pasien LTFU dengan melakukan motivasi kepada pasien sekaligus memberikan edukasi kepada keluarga pasien.
6. Apabila kunjungan kedua tidak berhasil maka lakukan kunjungan kembali untuk melakukan edukasi dan motivasi dengan melibatkan petugas PKM, TOGA, TOMA
7. Apabila pasien yang dikunjungi berhasil kembali berobat maka kader melakukan pendampingan secara intensif agar pasien tidak mangkir kembali.
8. Untuk pasien mangkir yang sedang melanjutkan pengobatan di puskesmas, pelacakan pasien dapat dilakukan oleh koordinator kader/kader.

Sasaran

Kunjungan rumah pada pasien TBC Lost To Follow up yang berobat di RS Swasta/Klinik Swasta/Pemerintah/Dokter Praktek Swasta dilakukan oleh kader berdasarkan data dari RS dan Dinas Kesehatan. Target jumlah pasien TBC Sensitif Obat Lost to Follow up diestimasi sebanyak 20% dari yang tercatat di RS/Klinik Swasta.

Struktur Budget

Pemberian insentif kepada kader kunjungi rumah pasien TBC SO LTFU dari RS/Klinik Swasta sebesar Rp. 50.000/pasien dengan rincian:

1. Tahun 2021 sebanyak 3.011 x Rp. 50.000
2. Tahun 2022 sebanyak 6.021 x Rp. 50.000
3. Tahun 2023 sebanyak 6.021 x Rp. 50.000

Output

1. Jumlah pasien TB SO yang sudah diperiksa dan tercatat di fasilitas layanan swasta/pemerintah/klinik/dokter praktek swasta yang dikunjungi oleh kader dengan melakukan home visit/kunjungan rumah
2. Estimasi: Target komunitas 6.021 pasien TB LTFU di penyedia swasta (perkiraan data tahun 2019 sebagai baseline). Target 2021 hanya mencakup 50% (3.011).
3. Kegiatan dilaksanakan di 77 Kab/Kota wilayah kerja PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

Laporan

1. Laporan narasi kunjungan kader ke rumah pasien TB SO dikumpulkan maksimal 1 minggu setelah kunjungan.
2. Jika pasien ada pasien mangkir tidak bersedia melanjutkan pengobatan, diperlukan surat pernyataan diri bahwa pasien TB tidak bersedia melanjutkan pengobatan diketahui oleh petugas TBC PKM/Lurah/Babinsa/RT/RW setempat.

Daftar 77 Kabupaten/Kota Irisan Wilayah Prioritas PPM dan Wilayah Intervensi PR Komunitas

No	Provinsi	Kabupaten/Kota	Jumlah Kasus TB LTFU dari Layanan Swasta Tahun 2019	Target Komunitas	Target Komunitas Y1
				56%	50%
1	BALI	Badung	6	3	1,7
2	BANTEN	Tangerang	90	50	25,2
3	BANTEN	Kota Tangerang	444	249	124,3
4	BANTEN	Kota Tangerang Selatan	77	43	21,6
5	BANTEN	Serang	167	94	46,8
6	DIY	Bantul	1	1	0,3
7	DIY	Sleman	47	26	13,2
8	DIY	Kota Yogyakarta	54	30	15,1
9	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Barat	149	83	41,7
10	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Selatan	211	118	59,1
11	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Timur	134	75	37,5
12	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Pusat	217	122	60,8
13	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Utara	200	112	56,0
14	JABAR	Indramayu	29	16	8,1
15	JABAR	Subang	152	85	42,6
16	JABAR	Purwakarta	1	1	0,3
17	JABAR	Kota Bogor	385	216	107,8
18	JABAR	Kota Bandung	672	376	188,2
19	JABAR	Kota Cirebon	50	28	14,0
20	JABAR	Kota Bekasi	1.150	644	322,0
21	JABAR	Kota Depok	385	216	107,8
22	JABAR	Kota Cimahi	21	12	5,9
23	JABAR	Sukabumi	-	-	-
24	JABAR	Bandung	79	44	22,1
25	JABAR	Garut	58	32	16,2
26	JABAR	Cirebon	482	270	135,0
27	JABAR	Karawang	150	84	42,0
28	JABAR	Bekasi	2.087	1.169	584,4
29	JABAR	Bogor	161	90	45,1

30	JAMBI	Kota Jambi	-	-	-
31	JATENG	Cilacap	518	290	145,0
32	JATENG	Banyumas	70	39	19,6
33	JATENG	Kebumen	10	6	2,8
34	JATENG	Boyolali	16	9	4,5
35	JATENG	Klaten	31	17	8,7
36	JATENG	Sukoharjo	8	4	2,2
37	JATENG	Wonogiri	6	3	1,7
38	JATENG	Sragen	5	3	1,4
39	JATENG	Grobogan	-	-	-
40	JATENG	Pati	31	17	8,7
41	JATENG	Kudus	15	8	4,2
42	JATENG	Pemalang	-	-	-
43	JATENG	Tegal	91	51	25,5
44	JATENG	Brebes	134	75	37,5
45	JATENG	Kota Surakarta	31	17	8,7
46	JATENG	Kota Semarang	37	21	10,4
47	JATENG	Kota Pekalongan	36	20	10,1
48	JATENG	Karanganyar	3	2	0,8
49	JATIM	Kediri	58	32	16,2
50	JATIM	Malang	156	87	43,7
51	JATIM	Banyuwangi	13	7	3,6
52	JATIM	Pasuruan	58	32	16,2
53	JATIM	Sidoarjo	109	61	30,5
54	JATIM	Mojokerto	27	15	7,6
55	JATIM	Jombang	18	10	5,0
56	JATIM	Kota Malang	90	50	25,2
57	JATIM	Kota Surabaya	152	85	42,6
58	JATIM	Tulungagung	15	8	4,2
59	JATIM	Jember	13	7	3,6
60	JATIM	Gresik	22	12	6,2
61	KALBAR	Kota Pontianak	4	2	1,1
62	KALTIM	Kota Balikpapan	2	1	0,6
63	KALTIM	Kota Samarinda	12	7	3,4
64	KEPRI	Kota Batam	241	135	67,5
65	LAMPUNG	Lampung Tengah	-	-	-
66	LAMPUNG	Kota Bandar Lampung	-	-	-
67	LAMPUNG	Lampung Selatan	-	-	-

68	NTB	Kota Mataram	9	5	2,5
69	RIAU	Kota Pekanbaru	161	90	45,1
70	SULSEL	Kota Makassar	358	200	100,2
71	SUMBAR	Kota Padang	114	64	31,9
72	SUMSEL	Kota Palembang	272	152	76,2
73	SUMUT	Asahan	1	1	0,3
74	SUMUT	Deli Serdang	37	21	10,4
75	SUMUT	Langkat	52	29	14,6
76	SUMUT	Kota Binjai	-	-	-
77	SUMUT	Kota Medan	131	73	36,7
			10.826	6.063	3.031

Note:

Tabel diatas adalah data tahun 2019, akan tetapi sebagai acuan SSR Komunitas bisa menggunakan data LTFU yang teraktual yang didapatkan dari RS Swasta atau dinas kesehatan.

Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Berdasarkan Global TB Report (2020), angka estimasi kasus TB di Indonesia sebesar 845.000 dengan total kasus TB ternotifikasi sebesar 566.846, dengan persentase keberhasilan pengobatan sebesar 83% pada tahun 2019. Berbagai upaya dan sinergi untuk mendukung eliminasi TB di Indonesia telah dilakukan, baik dari sisi penguatan kebijakan, maupun penemuan kasus dan pendampingan pengobatan oleh layanan serta dukungan dari komunitas.

Salah satu kendala dalam program pengendalian TB adalah rendahnya proporsi/kontribusi pemberitahuan TB di fasilitas pelayanan kesehatan Swasta sehingga kualitas pelayanan TB tidak sesuai standar. Data TB nasional tahun 2020 menggambarkan adanya penurunan jumlah Puskesmas, Rumah Sakit Swasta dan Dokter Umum/Klinik yang melaporkan kasus TB sedangkan terjadi peningkatan jumlah Rumah Sakit Umum dan Klinik. Selain itu, beberapa orang lebih memilih untuk mendapatkan diagnosis dan pengobatan di fasilitas pelayanan kesehatan umum sementara yang lain lebih memilih untuk dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan swasta. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa terdapat potensi kasus TB tidak dilaporkan/ternotifikasi dari fasilitas pelayanan kesehatan publik dan swasta yang tidak terlibat, demikian juga dengan kualitas pelayanan TB. Untuk mengatasi kedua masalah tersebut, diperlukan upaya mewujudkan pelayanan TB yang berkualitas di semua fasilitas pelayanan kesehatan melalui pendekatan public-private mix (PPM). Oleh karena itu, diperlukan pendekatan Public Private Mix (PPM) untuk mengoptimalkan keterlibatan penyedia layanan kesehatan publik dan swasta penting untuk notifikasi kasus TB dan meningkatkan kualitas layanan TB. Salah satu fokus rencana operasional dari implementasi PPM di Indonesia, yaitu meningkatkan kualitas layanan pengobatan TB dimana persentase tingkat keberhasilan pengobatan di fasilitas swasta masih sebesar 49% pada tahun 2019 (PPM Operational Plan 2021-2023). Dengan demikian, PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI berupaya untuk mendukung peningkatan layanan TB di fasilitas swasta melalui dukungan pelacakan pasien, kunjungan rumah untuk pasien faskes swasta yang Lost to Follow Up dan mendorong untuk dapat menyelesaikan pengobatan TB hingga sembuh/lengkap. Dengan demikian, adanya dukungan komunitas diharapkan dapat menurunkan angka lost to follow up pasien TB di fasyankes swasta dalam rangka mendukung peningkatan kualitas layanan TB di sektor swasta.

Tujuan Kegiatan

1. Mendukung upaya peningkatan kualitas layanan TB di sektor swasta secara khusus untuk menekan angka LTFU di RS Swasta/Pemerintah/Klinik pada wilayah intervensi DPPM.
2. Memberikan dukungan kepada kader komunitas berupa reward bagi kader yang berhasil mendampingi pengobatan lengkap dan atau sembuh pada pasien yang ditemukan di RS swasta/pemerintah/klinik/dokter praktek swasta

Waktu Pelaksanaan Kegiatan

Kegiatan dilaksanakan mulai semester-2 tahun 2021 sampai dengan tahun 2023.

Sasaran Kegiatan

Kegiatan ini dilakukan di 77 kabupaten/kota wilayah prioritas implementasi PPM yang beririsan dengan wilayah kerja PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI, dengan estimasi sasaran sebesar 90% dari pasien TB sensitif obat LtFU dari fasyankes swasta yang dilacak oleh komunitas, yaitu sebesar sebesar 2.710 kasus pada tahun 2021 dan 5.419 kasus pada tahun 2022 dan 2023.

Bentuk kegiatan

1. Pasien yang didampingi adalah pasien sudah diidentifikasi LtFU yang berasal dari RS/Swasta/pemerintah/klinik/dokter praktek swasta.
2. Kader melakukan pendampingan pasien yang LtFU dari RS/Swasta/pemerintah/klinik/dokter praktek swasta yang telah diidentifikasi menggunakan BL.81
3. Kader melakukan pendampingan pada pasien yang ditemukan di RS/Swasta/pemerintah/klinik/dokter praktek swasta hingga dinyatakan lengkap berobat atau sembuh
4. Kader yang berhasil mendampingi hingga sembuh atau pengobatan lengkap akan mendapatkan reward.

Output yang diharapkan

Pasien TB sensitif obat dari fasyankes swasta yang LtFU dapat didorong kembali untuk melanjutkan dan **menyelesaikan pengobatan** hingga sembuh/pengobatan lengkap.

Struktur pembiayaan

Kader yang berhasil mendampingi pasien LtFU di fasyankes swasta untuk melanjutkan dan menyelesaikan pengobatan hingga sembuh/pengobatan lengkap diberikan dukungan sebesar Rp 50.000 /pasien.

Tahun 2021 : 2.710 pasien x Rp 50.000

Tahun 2022 : 5.419 pasien x Rp 50.000

Tahun 2023 : 5.419 pasien x Rp 50.000

Laporan

1. Surat keterangan/salinan laporan dari fasyankes swasta terkait yang menyatakan bahwa pasien sudah sembuh/selesai pengobatan, yang ditanda tangan dan terotorisasi oleh tenaga kesehatan yang bertanggungjawab terhadap pasien ybs.
2. Form B - Pemantauan pengobatan

Target kesembuhan di 77 Kabupaten/Kota Irisan Wilayah Prioritas PPM dan Wilayah Intervensi PR Komunitas.

No	Provinsi	Kabupaten/Kota	Jumlah Kasus TB LTFU dari Layanan Swasta Tahun 2019	Target Komunitas	Target Komunitas Q4	Target Kesembuhan 90%
				56%	50%	90%
1	BALI	Badung	6	3	1,7	1,5
2	BANTEN	Tangerang	90	50	25,2	22,7
3	BANTEN	Kota Tangerang	444	249	124,3	111,9
4	BANTEN	Kota Tangerang Selatan	77	43	21,6	19,4
5	BANTEN	Serang	167	94	46,8	42,1
6	DIY	Bantul	1	1	0,3	0,3
7	DIY	Sleman	47	26	13,2	11,8
8	DIY	Kota Yogyakarta	54	30	15,1	13,6
9	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Barat	149	83	41,7	37,5
10	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Selatan	211	118	59,1	53,2
11	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Timur	134	75	37,5	33,8
12	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Pusat	217	122	60,8	54,7
13	DKI JAKARTA	Kota Jakarta Utara	200	112	56,0	50,4
14	JABAR	Indramayu	29	16	8,1	7,3
15	JABAR	Subang	152	85	42,6	38,3

16	JABAR	Purwakarta	1	1	0,3	0,3
17	JABAR	Kota Bogor	385	216	107,8	97,0
18	JABAR	Kota Bandung	672	376	188,2	169,3
19	JABAR	Kota Cirebon	50	28	14,0	12,6
20	JABAR	Kota Bekasi	1.150	644	322,0	289,8
21	JABAR	Kota Depok	385	216	107,8	97,0
22	JABAR	Kota Cimahi	21	12	5,9	5,3
23	JABAR	Sukabumi	-	-	-	-
24	JABAR	Bandung	79	44	22,1	19,9
25	JABAR	Garut	58	32	16,2	14,6
26	JABAR	Cirebon	482	270	135,0	121,5
27	JABAR	Karawang	150	84	42,0	37,8
28	JABAR	Bekasi	2.087	1.169	584,4	525,9
29	JABAR	Bogor	161	90	45,1	40,6
30	JAMBI	Kota Jambi	-	-	-	-
31	JATENG	Cilacap	518	290	145,0	130,5
32	JATENG	Banyumas	70	39	19,6	17,6
33	JATENG	Kebumen	10	6	2,8	2,5
34	JATENG	Boyolali	16	9	4,5	4,0
35	JATENG	Klaten	31	17	8,7	7,8
36	JATENG	Sukoharjo	8	4	2,2	2,0
37	JATENG	Wonogiri	6	3	1,7	1,5
38	JATENG	Sragen	5	3	1,4	1,3
39	JATENG	Grobogan	-	-	-	-
40	JATENG	Pati	31	17	8,7	7,8
41	JATENG	Kudus	15	8	4,2	3,8
42	JATENG	Pemalang	-	-	-	-
43	JATENG	Tegal	91	51	25,5	22,9
44	JATENG	Brebes	134	75	37,5	33,8

45	JATENG	Kota Surakarta	31	17	8,7	7,8
46	JATENG	Kota Semarang	37	21	10,4	9,3
47	JATENG	Kota Pekalongan	36	20	10,1	9,1
48	JATENG	Karanganyar	3	2	0,8	0,8
49	JATIM	Kediri	58	32	16,2	14,6
50	JATIM	Malang	156	87	43,7	39,3
51	JATIM	Banyuwangi	13	7	3,6	3,3
52	JATIM	Pasuruan	58	32	16,2	14,6
53	JATIM	Sidoarjo	109	61	30,5	27,5
54	JATIM	Mojokerto	27	15	7,6	6,8
55	JATIM	Jombang	18	10	5,0	4,5
56	JATIM	Kota Malang	90	50	25,2	22,7
57	JATIM	Kota Surabaya	152	85	42,6	38,3
58	JATIM	Tulungagung	15	8	4,2	3,8
59	JATIM	Jember	13	7	3,6	3,3
60	JATIM	Gresik	22	12	6,2	5,5
61	KALBAR	Kota Pontianak	4	2	1,1	1,0
62	KALTIM	Kota Balikpapan	2	1	0,6	0,5
63	KALTIM	Kota Samarinda	12	7	3,4	3,0
64	KEPRI	Kota Batam	241	135	67,5	60,7
65	LAMPUNG	Lampung Tengah	-	-	-	-
66	LAMPUNG	Kota Bandar Lampung	-	-	-	-
67	LAMPUNG	Lampung Selatan	-	-	-	-
68	NTB	Kota Mataram	9	5	2,5	2,3
69	RIAU	Kota Pekanbaru	161	90	45,1	40,6
70	SULSEL	Kota Makassar	358	200	100,2	90,2
71	SUMBAR	Kota Padang	114	64	31,9	28,7
72	SUMSEL	Kota Palembang	272	152	76,2	68,5

73	SUMUT	Asahan	1	1	0,3	0,3
74	SUMUT	Deli Serdang	37	21	10,4	9,3
75	SUMUT	Langkat	52	29	14,6	13,1
76	SUMUT	Kota Binjai	-	-	-	-
77	SUMUT	Kota Medan	131	73	36,7	33,0
			10.826	6.063	3.031	2.728

Latar Belakang

Sejak tahun 2020 situasi pandemi COVID-19 di Indonesia berdampak pada segala aspek, salah satunya terhadap pelaksanaan penemuan kasus TBC di lapangan. Investigasi kontak yang menjadi salah satu strategi penemuan aktif kasus TBC tetap harus dijalankan dengan beberapa modifikasi menyesuaikan aturan dan protokol Kesehatan. Sehingga disusun mekanisme pelaksanaan investigasi kontak selama masa pandemi COVID-19 secara virtual dengan mengurangi tatap muka langsung dengan kontak guna mencegah dan menekan laju penyebaran COVID-19.

Dengan metode yang berbeda dari pelaksanaan investigasi kontak yang biasa dilaksanakan oleh kader di lapangan, sehingga dibutuhkan sosialisasi terhadap mekanisme pelaksanaan investigasi kontak rumah tangga dan non-rumah tangga secara virtual selama masa pandemi covid-19 secara berjenjang mulai dari tingkat PR Komunitas ke SR Provinsi dan SSR/IU (Kabupaten/Kota) hingga kader sebagai implementer lapangan.

Tujuan

1. Kegiatan sosialisasi pelaksanaan investigasi kontak rumah tangga dan non rumah tangga selama masa pandemi covid-19 untuk menjelaskan mekanisme /adaptasi baru dalam pelaksanaan investigasi kontak rumah tangga dan non rumah tangga secara virtual.
2. Melakukan sosialisasi informasi termutakhir terkait pemberian TPT pada anak usia di bawah 5 tahun.

Deskripsi Kegiatan

Sosialisasi pelaksanaan investigasi kontak rumah tangga dan non-rumah tangga secara virtual selama masa pandemi COVID-19 diselenggarakan secara berjenjang. Kegiatan sosialisasi jenjang PR ke SR dan SSR/IU dilaksanakan selama 3 hari secara daring kemudian sosialisasi SSR ke kader secara luring dilaksanakan selama 3 hari, untuk update Investigasi Kontak (RT dan Non-RT) dan Pemberian TPT pada anak usia dibawah 5 tahun. Serta tambahan penjelasan terkait mekanisme pelaksanaan OAT *Delivery* (hanya saat sosialisasi dari PR ke SR dan SSR; adapun dari SSR ke kader pelaksanaan sosialisasi OAT *Delivery* menggunakan BL 96).

Sosialisasi tahap pertama dilakukan secara daring dari PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI kepada seluruh tim SR Provinsi dan SSR/IU. Lalu sosialisasi tahap kedua dilakukan secara luring dari tim SSR/IU kepada kader di setiap wilayah Kabupaten/Kota intervensi.

Dokumen yang digunakan untuk sosialisasi berdasarkan hasil finalisasi Petunjuk Singkat Pelaksanaan Investigasi Kontak Rumah Tangga Selama Masa Pandemi Covid-19, dan Petunjuk Teknis Investigasi Kontak Non-Rumah Tangga. Secara umum dalam sosialisasi akan menjelaskan alur kegiatan, sasaran dan ketentuan pelaksanaan, peran dari setiap pihak yang terlibat, serta mekanisme pencatatan dan pelaporan investigasi kontak virtual. Untuk TPT, akan menggunakan dokumen juknis ILTB dari Kementerian Kesehatan RI.

Peserta

1. Sosialisasi dari PR Konsorsium ke SR Provinsi dan SSR/IU (Kab/Kota) – daring

Peserta

- PR Konsorsium (perwakilan tim PR sebanyak 10 orang)
- SR – 30 Provinsi (1 orang SR Manager, 1 orang PMEL Coord, dan 1 orang MEL Staff)
- SSR/IU – 190 Kabupaten/Kota (1 orang Program Staff dan 2 orang Koordinator Kader)

Narasumber

- Narasumber / Fasilitator Nasional (2 orang)

2. Sosialisasi dari SSR/IU ke kader – dilaksanakan luring

Peserta

- SSR/IU 190 Kab/Kota @2 orang (Staf Program dan Staf Finance)
- Kader sejumlah @ 30 orang di 190 Kabupaten/Kota

Waktu Pelaksanaan

Dilaksanakan di Q3-2021 selama 3 hari masing-masing per tahapan kegiatan, yaitu:

1. Sosialisasi dari PR Konsorsium ke SR Provinsi dan SSR/IU (Kab/Kota) – daring
2. Sosialisasi dari SSR/IU ke kader – luring

Struktur Anggaran

1. Sosialisasi dari PR Konsorsium ke SR Provinsi dan SSR/IU (Kab/Kota) – daring

- Peserta
Penggantian paket data internet PR 10 orang x 25.000 x 3 hari
Penggantian paket data internet SR : 3 orang x 30 provinsi x 25.000 x 3 hari
Penggantian paket data internet SSR/IU : 3 orang x 190 kab/kota x 25.000 x 3 hari
- Narasumber
Fee untuk Narasumber / Fasilitator Nasional : 2 orang x 900.000 x 3 hari

2. Sosialisasi dari SSR/IU ke kader – luring

- SSR/IU: 2 orang staff x 3 hari
 - Snack & lunch
 - Local transport
- Peserta: 30 kader x 3 hari
 - Snack & lunch
 - Local transport

Output

Terlaksananya sosialisasi pelaksanaan investigasi kontak rumah tangga dan non-rumah tangga selama masa pandemi COVID-19 serta update informasi pemberian TPT untuk anak di bawah 5 tahun dengan tahapan berjenjang; tahap pertama PR ke SR dan SSR/IU dan tahap kedua SSR/IU ke kader, termasuk mengenai pengambilan spesimen dahak dalam kegiatan Investigasi Kontak.

Laporan

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

Jadwal Kegiatan

Hari	Waktu	Agenda Kegiatan
Hari – 1	08.30 – 09.00	Registrasi dan Pembukaan
	09.00 – 12.00	IK RT selama masa pandemi COVID-19 (Virtual dan Tatap Muka) <ul style="list-style-type: none">• Sasaran IK RT• Ketentuan Pelaksanaan• Mekanisme/Alur Kerja IK RT• Metode IK RT• Tahapan IK RT• Pencatatan dan Pelaporan IK RT• Mekanisme Pembayaran IK RT
	12.00 – 13.00	ISHOMA
	13.00 – 16.00	IK Non-RT selama masa pandemi COVID-19 (Virtual dan Tatap Muka) <ul style="list-style-type: none">• Definisi IK Non-RT• Ketentuan IK Non-RT• Mekanisme Pelaksanaan IK Non-RT• Pencatatan dan Pelaporan IK Non-RT• Mekanisme Pembayaran IK Non-RT
Hari - 2	09.00 – 10.30	Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) khusus anak < 5 tahun (balita) <ul style="list-style-type: none">• Alur rujukan, pemeriksaan, dan pemberian TPT bagi anak < 5 tahun• Mekanisme pembayaran reward TPT

	10.30 – 12.00	Pengantaran spesimen dahak (<i>Sputum Transportation</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Ketentuan pengambilan dahak • Tahapan pelaksanaan pengumpulan dan pengiriman dahak • Mekanisme pembayaran insentif pengantaran dahak
	12.00 – 13.00	ISHOMA
	13.00 – 16.00	Refreshment Pencatatan dan Pelaporan <ul style="list-style-type: none"> • Jenis dan fungsi formulir • Cara pengisian formulir • Mekanisme alur pencatatan dan pelaporan (termasuk <i>timeline</i>) • Diskusi kendala terkait kelengkapan/pengisian formulir • Kesepakatan waktu pengumpulan formulir dari kader → koord kader → tim SSR/IU • Mekanisme klaim reward kader
Hari	Waktu	Agenda Kegiatan
Hari - 3	09.00 – 12.00	Evaluasi pelaksanaan implementasi lapangan <ul style="list-style-type: none"> • Penjelasan hasil cascade penemuan kasus (skrining – memenuhi syarat rujukan – dirujuk – dites – kasus baru) • IK RT • IK Non-RT • Rujukan dan Tes • Pemberian TPT • Pendampingan pasien
	12.00 – 13.00	ISHOMA
	13.00 – 14.30	Pembagian tugas, peran, dan pola kerja per wilayah <ul style="list-style-type: none"> • Kader • Koordinator kader
	14.30 – 16.00	RTL (Rencana Tindak Lanjut) <ul style="list-style-type: none"> • Pembagian target IK RT dan IK Non-RT • Penyusunan jadwal pelaksanaan IK RT dan IK Non-RT <p>Penutup</p>

Catatan: Jika mengundang kader baru pada hari-1 didahului dengan materi informasi dasar TBC yang dibawakan oleh program staff SSR.

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Berdasarkan Global TB Report (2020), angka estimasi kasus TB di Indonesia sebesar 845.000 dengan total kasus TB ternotifikasi sebesar 566.846, dengan persentase keberhasilan pengobatan sebesar 83% pada tahun 2019. Berbagai upaya dan sinergi untuk mendukung eliminasi TB di Indonesia telah dilakukan, baik dari sisi penguatan kebijakan, maupun penemuan kasus dan pendampingan pengobatan oleh layanan serta dukungan dari komunitas. Namun demikian, hadirnya pandemi COVID-19 menjadi tantangan baru bagi upaya eliminasi TBC di Indonesia. Seperti yang diketahui bahwa sejak kasus COVID-19 pertama kali terkonfirmasi pada Maret 2020, angka kasus COVID-19 sampai saat ini terus mengalami peningkatan. Sejak Januari 2021, total kasus terkonfirmasi mencapai 2.877.476 kasus dan kematian sebesar 73.582 orang. Selain itu belum optimalnya upaya 3T (*Testing, Tracing, and Treatment*) dan vaksinasi, semakin banyaknya tenaga kesehatan yang terinfeksi, serta semakin terbatasnya ketersediaan perawatan covid di layanan kesehatan menunjukkan bahwa situasi COVID-19 di Indonesia masih belum dapat terkendali. Situasi seperti ini membuat respon terhadap COVID-19 menjadi fokus utama kegiatan pemerintah dan layanan hingga ke daerah sehingga berdampak pada upaya penanggulangan penyakit lainnya, terutama TBC.

Selama pandemi COVID-19 hampir semua fasilitas layanan kesehatan dipersiapkan untuk fokus menangani lonjakan kasus COVID-19 di berbagai level. Hal ini dapat menimbulkan potensi keterbatasan pasien TB untuk mengakses pelayanan diagnostik maupun pengobatan. Di samping itu dengan situasi COVID-19 saat ini, orang dengan gejala TB dan pasien TB yang sedang menjalani pengobatan dapat mengalami keraguan untuk melanjutkan pemeriksaan dan melanjutkan pengobatannya karena khawatir terhadap adanya penularan COVID-19 di fasilitas layanan kesehatan.

Berdasarkan hal tersebut PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI mendorong upaya komunitas untuk menurunkan angka tetap melakukan penemuan kasus oleh kader sekaligus mendampingi kepatuhan minum obat bagi pasien yang terkonfirmasi positif. Dengan demikian kegiatan ini diharapkan dapat menjadi salah satu upaya komunitas untuk dapat terus melakukan penemuan kasus dengan kegiatan yang sudah dimodifikasi.

Deskripsi Kegiatan

1. Kegiatan ini merupakan penyediaan pulsa internet bagi indeks kasus (pasien TBC) yang tercatat di Puskesmas/Rumah Sakit/Dinas Kesehatan (SITB), dan dilakukan Investigasi Kontak Rumah Tangga virtual/online dilaksanakan oleh kader, baik melalui sambungan telepon maupun dengan aplikasi whatsapp (WA).
2. Pelaksanaan kegiatan investigasi kontak virtual secara detail dapat merujuk pada **Petunjuk Teknis Investigasi Kontak di Masa Pandemi.**

Tujuan

Penggunaan dana ini untuk indeks kasus (Pasien TBC) agar dapat berkomunikasi dengan kader dalam proses IK Rumah Tangga virtual/ online.

Kegiatan

1. SSR/IU mendata indeks kasus yang akan di IK RT virtual oleh kader berdasarkan informasi dari Puskesmas, termasuk nomor yang bisa dihubungi;
2. Setelah mendapatkan data tersebut, SSR/IU memverifikasi kesesuaian data dan nomor telp;
3. Kader melaksanakan IK RT virtual sesuai dengan data indeks kasus yang sudah diberikan oleh Puskesmas.
4. Kader melaporkan hasil IK RT virtual kepada Koordinator Kader dan SSR/IU.
5. SSR/IU mengirimkan / transfer pulsa kepada indeks kasus.

Target

Target Indeks Kasus di masing-masing SR bisa melihat Tabel terlampir, dengan jumlah sebagai berikut:

1. $45\% \times (\text{Target Tahun } 2021/12) \times 4 \text{ Bulan} = 45\% \times (162.147/12) \times 4 \text{ bulan (Sept - Des)} = 24.322$
2. $45\% \times (\text{Target Tahun } 2022) = 45\% \times 201.056 = 90.475.$
3. $45\% \times (\text{Target Tahun } 2023) = 45\% \times 230.767 = 103.845.$

Struktur Budget

1. Tahun 2021 Budget pulsa internet untuk indeks kasus sebesar Rp. 25.000 x 24.322
2. Tahun 2022 Budget pulsa internet untuk indeks kasus sebesar Rp. 25.000 x 90.475
3. Tahun 2023 Budget pulsa internet untuk indeks kasus sebesar Rp. 25.000 x 103.845

Mekanisme Pengiriman Pulsa

1. SSR/IU dan Koordinator Kader mendapatkan laporan IK Rumah Tangga Virtual dari Kader;
2. SSR/IU akan transfer pulsa ke nomor telephone indeks kasus yang telah dilakukan IK RT virtual sebesar Rp. 25.000.

Output

Data nomor telepon indeks kasus terverifikasi untuk dilakukan investigasi kontak.
Hasil IK RT virtual.

Laporan

- Daftar nomor telepon indeks kasus yang sudah diverifikasi oleh kader;
- Bukti komunikasi IK RT virtual (screen shot)
- Bukti transfer pulsa ke indeks kasus oleh SSR/IU
- Laporan IK RT Virtual (Form 16 K)

Tabel target IK di 190 KK dengan proporsi 45%.

No.	Nama SR	Target IK 45%		
		2021	2022	2023
1	Sumatera Utara	1.582	6,333	7,253
2	Sumatera Barat	303	998	1,145
3	Riau	879	2,943	3,375
4	Kepulauan Riau	400	1,361	1,563
5	Sumatera Selatan	751	2,703	3,103
6	Bangka Belitung	99	347	404
7	Bengkulu	101	400	470
8	Lampung	623	3,022	3,469
9	Banten	1.529	4,974	5,704
10	DKI Jakarta	2.372	7,372	8,455
11	Jawa Barat	5.407	19,706	22,599
12	Jawa Tengah	2.511	12,352	14,165
13	DI Yogyakarta	425	1,338	1,534
14	Jawa Timur	3.841	13,507	15,496
15	Bali	347	1,121	1,301
16	Nusa Tenggara Barat	721	2,316	2,656
17	Nusa Tenggara Timur	243	970	1,127
18	Kalimantan Barat	286	1,292	1,541
19	Kalimantan Tengah	102	394	452
20	Kalimantan Selatan	158	502	576

21	Kalimantan Timur	368	1,241	1423
22	Sulawesi Utara	101	468	535
23	Sulawesi Selatan	634	3,034	3,480
24	Sulawesi Tenggara	86	291	329
25	Jambi	80	274	299
26	Kalimantan Utara	50	177	203
27	Sulawesi Barat	45	156	179
28	Sulawesi Tengah	82	253	291
29	Papua	168	543	623
30	Papua Barat	28	86	95
Total		24.322	90,474	103,845

BL. 86	Incentive for cadre in collecting specimen
---------------	---

Latar Belakang

Angka peningkatan kasus covid-19 terus meningkat di Indonesia adalah 4.178.164 kasus positif COVID-19 dengan 3.953.519 juta pasien di antaranya sembuh, sedangkan 139.682 pasien meninggal (<https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19>, diakses pada 16 September 2021). Masih ada 84.963 kasus aktif (<https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19>, diakses 16 September 2021). Kemenkes RI melaporkan, ada 47 varian baru impor COVID-19 yang ditemukan di Indonesia per 16 Juni 2021. Jumlah kejadian kasus COVID-19 bersifat dinamis. Biasanya meningkat pada hari libur karena mobilitas penduduk yang tinggi pada periode tersebut. Semua 34 provinsi dan 494 kabupaten pernah melaporkan kasus COVID-19. Saat ini, Pemerintah Indonesia sedang mempercepat cakupan vaksinasi COVID-19 untuk memutus penularan di masyarakat.

Program TB tentu terganggu dengan ada pandemic covid-19 terutama karena lima hal yang utama (1) Pengalihan sumber daya pengendalian TB ke kegiatan pengendalian COVID 19 meliputi pengalihan sumber daya manusia, infrastruktur, dan pendanaan; (2) Terganggunya kegiatan rutin pengendalian TB, seperti pengangkutan dahak, pemeriksaan laboratorium, pencatatan dan pelaporan; (3) Keterlambatan kegiatan terencana dan inovatif untuk mencapai target ambisius eliminasi TB, seperti penemuan kasus aktif, rencana percepatan PMDT, rencana percepatan TPT, dan rencana pencegahan dan perawatan TB campuran pemerintah swasta; (4) Pasien TB di masyarakat mengalami penurunan akses ke fasilitas kesehatan yang mempengaruhi perilaku mencari perawatan, dan (5) Rencana kegiatan pelibatan masyarakat untuk mendukung kegiatan TB mengalami keterlambatan pelaksanaan akibat keterbatasan gerak dan berkurangnya sumber daya.

Deteksi kasus TB tahun 2020 mengalami penurunan sebesar 38% dibandingkan tahun 2019. Kematian terkait TB dan mangkir meningkat yang ditunjukkan dengan penurunan angka keberhasilan pengobatan sebesar 1%. Angka TB MDR meningkat menjadi 65%, namun deteksinya kurang dari 50% dari target yang sudah ditetapkan.

Melihat kondisi diatas, PR TB, mitra, dan pemangku kepentingan mengembangkan rencana pemulihan untuk mengatasi gangguan layanan TB. Beberapa strategi dalam rencana pemulihan, yang terutama terkait dengan masalah pertama (prioritas sumber daya) dan (perilaku pencarian kesehatan orang dengan TB). Dukungan yang diberikan untuk mendorong penemuan kasus secara aktif yakni dengan memaksimalkan orang yang terduga TBC mau periksa Puskesmas dengan cara membantu orang yang terduga mengantarkan dahak ke Puskesmas untuk diperiksa oleh tenaga kesehatan.

Tujuan

1. Kader komunitas melakukan pengumpulan dan mengirimkan dahak untuk diperiksa oleh tenaga kesehatan di Puskesmas
2. Kader komunitas mendapatkan insentif untuk mengumpulkan dan mengirimkan dahak terduga TBC ke Puskesmas untuk diperiksa.

Deskripsi Kegiatan

Kegiatan ini dilakukan oleh kader ketika melaksanakan penemuan kasus TBC melalui investigasi kontak dan Investigasi Kontak Non Rumah Tangga dengan cara mengambil dan mengumpulkan dahak tersebut serta mengirimkan ke Puskesmas untuk diperiksa. Tahapan pelaksanaan pengumpulan dan pengiriman dahak sebagai berikut:

1. Kader setelah melakukan investigasi kontak, lalu mencatat di form 16K serta membuat surat pengantar untuk kontak yang memenuhi syarat rujukan;
2. Kader melakukan komunikasi terlebih dahulu dengan orang terduga TBC untuk memastikan kesediaan pengambilan dahak.
3. Terduga TBC yang memenuhi syarat rujukan tersebut, dahaknya akan diambil dan dikumpulkan oleh kader lalu dibawa ke puskesmas untuk diperiksa
4. Pengambilan spesimen dahak/sputum dilakukan pada saat pemeriksaan awal dilakukan 2 kali Sewaktu dan Pagi (SP) untuk 1 orang terduga TBC.
5. Pada kondisi tertentu, kader juga dapat melakukan pengambilan spesimen dahak/sputum dilakukan pada saat:
 - o Akhir awal tahap pengobatan fase intensif (2 bulan pengobatan).
 - o Akhir bulan ke 5 pengobatan.
 - o Akhir pengobatan.
6. Kader dapat membantu pengambilan dahak/sputum melalui 3 kali pemeriksaan ulang
7. Kader yang mengumpulkan dan membawa dahak tersebut harus sudah dilatih oleh Puskesmas tentang cara pengambilan dahak yang berkualitas sehingga mengurangi pengambilan dahak ulang;
8. Kader menggunakan form bukti pengambilan dan pengumpulan dahak/sputum yang telah disiapkan oleh staf program. Form pengambilan sputum akan dicetak bersama dengan form OAT delivery menggunakan BL.95

Ketentuan Pengambilan dahak/sputum

1. Kader yang akan melakukan pengumpulan dahak sudah mendapatkan pelatihan atau orientasi singkat tentang cara pengambilan dahak yang berkualitas oleh Puskesmas.
2. Kader mempunyai pot dahak yang sudah disediakan oleh puskesmas
3. Kader membawa cooler box yang sudah disediakan oleh staf program SSR
4. Kader menggunakan masker, hand sanitizer dan sarung tangan (gloves) pada saat pengambilan dahak/sputum yang telah disediakan oleh staf program SSR
5. Pengambilan dan pengantaran dahak/sputum maksimal 10-15 orang terduga TBC per kader.

6. Sampel dahak yang diambil oleh kader harus memenuhi kriteria yang ditentukan oleh Puskesmas (dapat dilakukan pemeriksaan lab oleh petugas kesehatan puskesmas)
7. Sampel dahak yang rusak atau kurang berkualitas harus dilakukan pengambilan ulang oleh kader.

Ketentuan pengambilan menggunakan Standar Prosedur Operasional Pengambilan, Pengemasan, dan Pengiriman Spesimen Dahak dapat diakses pada Petunjuk Teknis Investigasi Kontak hal 29 link: <https://bit.ly/3B7wq1K>

Peserta

Target pemberian insentif dana untuk kader di masing-masing SR yang membawa spesimen dahak bisa melihat tabel terlampir dengan jumlah sebagai berikut:

1. 175.463 (estimasi 20% dari target suspek tahun 2021)
2. 223.948 (estimasi 20% dari target suspek tahun 2022)
3. 130.232 (estimasi 25% dari target suspek tahun 2023 di 127 kota/kab)

Struktur Budget

Tahun 2021 Budget insentif untuk kader yang membawa spesimen dahak sebesar Rp. 15.000 x 175.463

Tahun 2022 Budget insentif untuk kader yang membawa spesimen dahak sebesar Rp. 15.000 x 223.948

Tahun 2022 Budget insentif untuk kader yang membawa spesimen dahak sebesar Rp. 15.000 x 130.232

Mekanisme Pembayaran Insentif

1. Setelah kader mengantarkan dahak/sputum, maka Puskesmas membuat bukti pengantaran dahak oleh kader yang diterima dan ditandatangani oleh petugas Puskesmas.
2. Kader menyerahkan form yang telah ditandatangani oleh Petugas Puskesmas kepada koordinator kader.
3. Insentif dibayarkan kepada kader sejumlah 15.000 per orang terduga TBC berdasarkan spesimen dahak yang diantar oleh kader (spesimen Sewaktu dan spesimen Pagi)
4. Proses pembayaran insentif bisa bersamaan dengan pembayaran reward IK maupun IK non Rumah Tangga yang sudah dilaksanakan oleh kader di bulan tersebut, yang data-data nya sudah diverifikasi oleh koordinator kader dan sudah disetujui pembayarannya oleh SSR/IU.

Output

Proses pengumpulan dahak terduga TBC oleh kader lebih cepat diperiksa oleh Puskesmas ketika ada kesulitan geografis, lokasi yang jauh maupun keterbatasan sumber daya di Puskesmas.

Laporan

1. Surat pengantar rujukan terduga TBC yang dibuat oleh kader;
2. Tanda terima bukti pengantaran spesimen dahak yang diterima oleh kader dari pihak puskesmas;
3. Bukti verifikasi dari Koordinator Kader yang menyatakan bahwa kader sudah mengirimkan dahak ke Puskesmas.

Tabel target kader di 190 KK dengan proporsi 20% dari target indicator Persentase terduga TBC yang dirujuk oleh kader komunitas dan melakukan tes

	PROVINSI/KOTA/ KABUPATEN	TARGET COLLECTING SPUTUM
	SUMATERA UTARA	3.576
1	Asahan	235
2	Deli Serdang	575
3	Karo	116
4	Kota Binjai	104
5	Kota Medan	1.687
6	Kota Padangsidempuan	129
7	Kota Pematang Siantar	115
8	Labuhan Batu	153
9	Langkat	243
10	Simalungun	218
	SUMATERA BARAT	737
1	Kota Padang	577
2	Padang Pariaman	161
	RIAU	2.101
1	Bengkalis	200
2	Indragiri Hilir	157
3	Kota Dumai	170
4	Kota Pekanbaru	967
5	Rokan Hilir	304
6	Rokan Hulu	304
	KEPRI	995
1	Karimun	95
2	Kota Tanjung Pinang	120
3	Kota Batam	780
	SUMATERA SELATAN	1.114

1	Banyu Asin	269
2	Kota Prabumulih	- 8
3	Kota Palembang	733
4	Muara Enim	33
5	Ogan Ilir	87
	BANGKA BELITUNG	241
1	Bangka	106
2	Kota Pangkal Pinang	135
	BENGKULU	262
1	Kota Bengkulu	193
2	Rejang Lebong	69
	LAMPUNG	1.161
1	Kota Bandar Lampung	214
2	Lampung Selatan	259
3	Lampung Tengah	269
4	Lampung Timur	88
5	Lampung Utara	116
6	Pesawaran	72
7	Pringsewu	73
8	Tanggamus	55
9	Tulangbawang Barat	14
	BANTEN	3.668
1	Kota Cilegon	140
2	Kota Serang	227
3	Kota Tangerang	842
4	Tangerang	1.117
5	Kota Tangerang Selatan	596
6	Lebak	337
7	Serang	409
	DKI JAKARTA	5.367
1	Kota Jakarta Barat	1.135
2	Kota Jakarta Pusat	779
3	Kota Jakarta Selatan	1.063
4	Kota Jakarta Timur	1.618
5	Kota Jakarta Utara	772
	JAWA BARAT	13.982
1	Bandung	1.240
2	Bandung Barat	410
3	Bekasi	884
4	Bogor	1.897
5	Ciamis	250
6	Cianjur	661
7	Cirebon	672
8	Garut	592
9	Sumedang	325
10	Indramayu	413

11	Kota Cirebon	126
12	Karawang	554
13	Kota Bandung	1.079
14	Kota Bekasi	880
15	Kota Bogor	440
16	Kota Cimahi	249
17	Kota Depok	746
18	Kota Tasikmalaya	230
19	Kota Sukabumi	133
20	Sukabumi	632
21	Kuningan	303
22	Majalengka	319
23	Purwakarta	231
24	Subang	359
25	Tasikmalaya	357
	JAWA TENGAH	7.687
1	Banjarnegara	210
2	Kebumen	268
3	Banyumas	350
4	Purbalingga	178
5	Batang	184
6	Blora	172
7	Grobogan	274
8	Boyolali	145
9	Klaten	290
10	Brebes	392
11	Cilacap	416
12	Demak	254
13	Kudus	237
14	Jepara	312
15	Pati	279
16	Karanganyar	198
17	Kendal	190
18	Pemalang	307
19	Kota Pekalongan	61
20	Pekalongan	189
21	Kota Semarang	567
22	Semarang	228
23	Kota Surakarta	203
24	Sragen	212
25	Magelang	317
26	Purworejo	142
27	Sukoharjo	241
28	Wonogiri	222
29	Tegal	354
30	Temanggung	119

31	Wonosobo	177
	DI YOGYAKARTA	850
1	Bantul	268
2	Sleman	310
3	Gunung Kidul	160
4	Kota Yogyakarta	106
5	Kulon Progo	6
	JAWA TIMUR	8.107
1	Bangkalan	211
2	Banyuwangi	384
3	Bojonegoro	193
4	Tuban	273
5	Bondowoso	151
6	Situbondo	121
7	Gresik	337
8	Lamongan	268
9	Jember	616
10	Lumajang	220
11	Jombang	137
12	Mojokerto	214
13	Kediri	345
14	Nganjuk	224
15	Kota Malang	289
16	Malang	444
17	Kota Surabaya	827
18	Sidoarjo	620
19	Madiun	164
20	Ponorogo	175
21	Magetan	129
22	Ngawi	178
23	Pamekasan	160
24	Sampang	195
25	Pasuruan	378
26	Probolinggo	233
27	Sumenep	220
28	Trenggalek	157
29	Tulungagung	244
	BALI	784
1	Badung	124
2	Kota Denpasar	347
3	Buleleng	188
4	Gianyar	63
5	Tabanan	62
	NUSA TENGGARA BARAT	1.742
1	Bima	84
2	Kota Mataram	249

3	Lombok Barat	299
4	Lombok Tengah	388
5	Lombok Timur	532
6	Sumbawa	190
	NUSA TENGGARA TIMUR	531
1	Kota Kupang	97
2	Kupang	141
3	Sikka	103
4	Sumba Barat Daya	91
5	Timor Tengah Selatan	100
	KALIMANTAN BARAT	792
1	Ketapang	112
2	Kota Pontianak	183
3	Kota Singkawang	115
4	Kubu Raya	139
5	Pontianak	55
6	Sanggau	84
7	Sintang	104
	KALIMANTAN TENGAH	283
1	Kota Palangka Raya	120
2	Kotawaringin Timur	163
	KALIMANTAN SELATAN	365
1	Banjar	221
2	Tanah Bumbu	144
	KALIMANTAN TIMUR	898
1	Kota Balikpapan	322
2	Kota Samarinda	432
3	Kutai Timur	144
	SULAWESI UTARA	178
1	Kota Bitung	67
2	Kota Manado	111
	SULAWESI SELATAN	1.811
1	Bone	271
2	Bulukumba	128
3	Gowa	208
4	Kota Makassar	739
5	Jeneponto	111
6	Maros	80
7	Pinrang	104
8	Sidenreng Rappang	50
9	Wajo	121
	SULAWESI TENGGARA	179
1	Kota Kendari	116
2	Muna	63
	JAMBI	205
1	Kota Jambi	205

	KALIMANTAN UTARA	123
1	Kota Tarakan	123
	SULAWESI BARAT	110
1	Mamuju	110
	SULAWESI TENGAH	185
1	Kota Palu	185
	PAPUA	390
1	Kota Jayapura	390
	PAPUA BARAT	64
1	Kota Sorong	64
		58.488

**BL. 87, 310
dan 3001**

**Home-based treatment delivery to ensure patient adherence by
cadre/health workers (OAT Delivery)**

Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Berdasarkan Global TB Report (2020), angka estimasi kasus TB di Indonesia sebesar 845.000 dengan total kasus TB ternotifikasi sebesar 566.846, dengan persentase keberhasilan pengobatan sebesar 83% pada tahun 2019. Berbagai upaya dan sinergi untuk mendukung eliminasi TB di Indonesia telah dilakukan, baik dari sisi penguatan kebijakan, maupun penemuan kasus dan pendampingan pengobatan oleh layanan serta dukungan dari komunitas. Namun demikian, hadirnya pandemi Covid-19 menjadi tantangan baru bagi upaya eliminasi TBC di Indonesia. Seperti yang diketahui bahwa sejak kasus Covid-19 pertama kali terkonfirmasi pada Maret 2020, angka kasus Covid-19 sampai saat ini terus mengalami peningkatan. Sejak Januari 2021, total kasus terkonfirmasi mencapai 2.877.476 kasus dan kematian sebesar 73.582 orang. Selain itu belum optimalnya upaya 3T (*Testing, Tracing, and Treatment*) dan vaksinasi, semakin banyaknya tenaga kesehatan yang terinfeksi, serta semakin terbatasnya ketersediaan perawatan covid di layanan kesehatan menunjukkan bahwa situasi Covid-19 di Indonesia masih belum dapat terkendali. Situasi seperti ini membuat respon terhadap Covid-19 menjadi fokus utama kegiatan pemerintah dan layanan hingga ke daerah sehingga berdampak pada upaya penanggulangan penyakit lainnya, terutama TBC.

Selama pandemi Covid-19 hampir semua fasilitas layanan kesehatan dipersiapkan untuk fokus menangani lonjakan kasus Covid19 di berbagai level. Hal ini dapat menimbulkan potensi keterbatasan pasien TB untuk mengakses pelayanan diagnostik maupun pengobatan. Di samping itu dengan situasi Covid-19 saat ini, orang dengan gejala TB dan pasien TB yang sedang menjalani pengobatan dapat mengalami keraguan untuk melanjutkan pemeriksaan dan melanjutkan pengobatannya karena khawatir terhadap adanya penularan Covid-19 di fasilitas layanan kesehatan. Berdasarkan data TB nasional, diketahui terdapat peningkatan angka *Lost to Follow Up* dari Q4 2019 sebesar 5% menjadi 11,3% pada Q3 2020. Dengan demikian, PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI mendorong upaya komunitas untuk menurunkan angka lost to follow up pada pasien TB dengan dukungan dari kader kesehatan setempat untuk mengantarkan OAT secara berkala, sekaligus memantau dan memastikan kepatuhan pengobatan pasien sampai dengan selesai pengobatan. Dengan demikian kegiatan ini diharapkan dapat menjadi salah satu upaya komunitas untuk dapat menjembatani akses pasien TB terhadap pengobatan sehingga mengurangi potensi terjadinya lost to follow up selama pengobatan.

Tujuan Kegiatan

Kegiatan *home-based TB treatment delivery / OAT Delivery* bertujuan untuk mengurangi potensi terjadinya lost to follow up pada pasien TB Sensitif Obat melalui dukungan dari kader komunitas

dengan mengantarkan OAT secara berkala ke rumah pasien sekaligus memantau dan memastikan kepatuhan pengobatan pasien sampai dengan selesai pengobatan.

Waktu Pelaksanaan Kegiatan

Kegiatan dilaksanakan mulai Q4 Semester-2 tahun 2021 sampai dengan akhir tahun 2023.

Sasaran Kegiatan

Kegiatan ini dilakukan di 190 kabupaten/kota wilayah kerja PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI, dengan estimasi sasaran sebesar 5% dari angka temuan kasus komunitas yaitu sebesar 5.112 kasus pada Semester-2 tahun 2021, 18.078 kasus pada tahun 2022 dan 21.185 pada tahun 2023.

Kegiatan *home-based TB treatment delivery* ini dilakukan oleh kader TBC terlatih PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI kepada pasien TBC yang ditemukan dari kegiatan penemuan kasus TB aktif oleh komunitas, baik melalui investigasi kontak dan penyuluhan. Adapun kriteria pasien yang dapat difasilitasi dengan *home-based TB treatment delivery* ini adalah sebagai berikut:

1. Pasien TBC terkonfirmasi tahun 2021 **TEMUAN KOMUNITAS** dan ataupun PASIEN yang telah terdaftar di puskesmas yang berada di wilayah kerja PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI;
2. Pasien TBC tidak datang ke puskesmas untuk menerima OAT selama 2 minggu /lebih ATAU sesuai jadwal yang telah disepakati sebelumnya (sesuai kondisi pasien), kondisi tersebut harus berdasarkan hasil konfirmasi dengan petugas TB puskesmas setempat;
3. Pasien setuju untuk mendapat kunjungan dan diantarkan OAT-nya oleh kader.

Pelaksanaan Kegiatan

Home-based TB treatment delivery dijelaskan sebagaimana berikut:

1. Sesuai dengan protokol layanan TB dalam masa pandemic Covid-19 (Kemenkes RI, 2020), pasien TB akan menerima OAT dengan interval 14-28 hari untuk tahap pengobatan intensif dan 28 – 56 hari untuk pasien tahap pengobatan lanjutan. Jika diketahui pasien TB tidak datang untuk ke puskesmas pada waktu yang telah ditentukan oleh petugas TB atau mendapat informasi dari kader, maka **petugas TB akan menghubungi pasien untuk mengingatkan** jadwal pengambilan OAT selanjutnya.
2. Jika dengan upaya di atas pasien belum juga datang ke puskesmas, maka petugas TB menghubungi kembali atau mengunjungi pasien.
3. Petugas TB puskesmas menginventarisir pasien yang membutuhkan OAT dan bersedia diantarkan OAT.
4. Petugas TB menghubungi tim SSR/koordinator kader/kader untuk melakukan penghantaran OAT dan mencatat di lembar persetujuan.
5. Petugas memberikan arahan kepada kader mengenai informasi yang harus diketahui baik oleh pasien maupun oleh kader terkait dengan OAT tersebut, termasuk dosis dan frekuensi minum obat, cara penyimpanan, efek samping obat, dan sebagainya.
6. Kader melakukan kunjungan untuk memberikan OAT sesuai dengan arahan petugas TB puskesmas sekaligus melakukan pendampingan pengobatan dengan memantau kondisi pasien secara umum, dan memberikan informasi/edukasi terkait pentingnya kepatuhan pengobatan dan pencegahan penularan TB di lingkungan rumah.

7. Serah terima OAT dari kader ke pasien dicatat oleh kader pada lembar serah terima OAT yang ditandatangani pasien/keluarga pasien, kader pelaksana, dan diketahui oleh petugas puskesmas.
8. Adapun untuk pencatatan pendampingan, pemantauan kemajuan pengobatan dan pemberian KIE dicatat hasilnya seperti biasa di Form B oleh kader yang mendampingi sejak kasus ditemukan, baik dilakukan secara tatap muka maupun virtual
9. Pasien TB akan terus dilakukan kunjungan berkala sampai dengan pasien dapat kembali datang ke puskesmas atau sampai pasien menyelesaikan pengobatan

Insentif Kegiatan Home-Based TB Treatment Delivery untuk Kader

Tahun 2021 (semester 2): 5.112 x Rp 50.000 x 6 bulan

Tahun 2022 (semester 1 dan 2): 18.078 x Rp 50.000 x 6 bulan

Tahun 2023 (semester 1 dan 2): 21.185 x Rp 50.000 x 6 bulan

Output

1. Kader yang melakukan kegiatan *home-based TB treatment delivery* akan diberikan dukungan sebesar Rp 50.000/bulan/pasien, sampai dengan pasien menyelesaikan pengobatan TB sensitif obat (6 bulan pengobatan).
2. Setiap kader dapat melakukan pengantaran OAT maksimal 10 kasus setiap bulan untuk pasien dalam 1 wilayah administratif yang sama dengan domisili pasien (Kecamatan).
3. Insentif diberikan setelah selesai pengantaran OAT dibuktikan dengan tanda terima OAT.

Laporan

1. Lembar / screenshot persetujuan pasien *home-based TB treatment delivery*
2. Formulir serah terima OAT yang ditandatangani dan distempel oleh Petugas Puskesmas, serta ditandatangani oleh pasien/ keluarga pasien dan kader.

Jumlah pasien TB sensitif obat yang dapat difasilitasi dengan *home-based TB treatment delivery* di 190 Kab/Kota wilayah kerja PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI (terlampir)

PROVINSI/KOTA/ KABUPATEN		TARGET TCP-7C PER BULAN	
		TOTAL S2	
		D2H (BL-87)	C19RM (BL-3001)
	SUMATERA UTARA	106	100
1	Asahan	8	7
2	Deli Serdang	18	17
3	Karo	3	3
4	Kota Binjai	4	4
5	Kota Medan	51	48

6	Kota Padangsidempuan	5	4
7	Kota Pematang Siantar	4	4
8	Labuhan Batu	3	3
9	Langkat	5	5
10	Simalungun	6	5
	SUMATERA BARAT	27	26
1	Kota Padang	21	20
2	Padang Pariaman	6	6
	RIAU	78	73
1	Bengkalis	8	7
2	Indragiri Hilir	6	5
3	Kota Dumai	6	6
4	Kota Pekanbaru	35	33
5	Rokan Hilir	11	10
6	Rokan Hulu	11	11
	KEPRI	37	35
1	Karimun	4	4
2	Kota Tanjung Pinang	5	4
3	Kota Batam	28	27
	SUMATERA SELATAN	50	48
1	Banyu Asin	11	10
2	Kota Prabumulih	3	3
3	Kota Palembang	30	28
4	Muara Enim	5	4
5	Ogan Ilir	3	3
	BANGKA BELITUNG	9	8
1	Bangka	4	4
2	Kota Pangkal Pinang	5	5
	BENGKULU	9	9
1	Kota Bengkulu	7	6
2	Rejang Lebong	2	2
	LAMPUNG	50	47
1	Kota Bandar Lampung	11	10
2	Lampung Selatan	9	8
3	Lampung Tengah	10	9
4	Lampung Timur	7	7
5	Lampung Utara	6	6
6	Pesawaran	1	1
7	Pringsewu	2	2
8	Tanggamus	3	3
9	Tulangbawang Barat	1	1
	BANTEN	132	125
1	Kota Cilegon	5	4
2	Kota Serang	8	7
3	Kota Tangerang	31	29
4	Tangerang	41	38

5	Kota Tangerang Selatan	22	21
6	Lebak	12	12
7	Serang	14	13
	DKI JAKARTA	195	184
1	Kota Jakarta Barat	41	39
2	Kota Jakarta Pusat	28	27
3	Kota Jakarta Selatan	39	37
4	Kota Jakarta Timur	59	56
5	Kota Jakarta Utara	28	26
	JAWA BARAT	502	475
1	Bandung	45	43
2	Bandung Barat	14	13
3	Bekasi	32	30
4	Bogor	69	65
5	Ciamis	10	9
6	Cianjur	24	23
7	Cirebon	22	21
8	Garut	22	21
9	Sumedang	11	11
10	Indramayu	15	14
11	Kota Cirebon	5	5
12	Karawang	18	17
13	Kota Bandung	39	37
14	Kota Bekasi	32	30
15	Kota Bogor	16	15
16	Kota Cimahi	9	9
17	Kota Depok	27	26
18	Kota Tasikmalaya	9	8
19	Kota Sukabumi	5	5
20	Sukabumi	23	22
21	Kuningan	10	10
22	Majalengka	12	11
23	Purwakarta	8	8
24	Subang	13	12
25	Tasikmalaya	13	13
	JAWA TENGAH	268	253
1	Banjarnegara	8	7
2	Kebumen	9	8
3	Banyumas	11	10
4	Purbalingga	5	5
5	Batang	7	6
6	Blora	6	5
7	Grobogan	10	10
8	Boyolali	7	7
9	Klaten	10	9
10	Brebes	12	11

11	Cilacap	14	14
12	Demak	9	8
13	Kudus	8	8
14	Jepara	11	10
15	Pati	9	8
16	Karanganyar	8	7
17	Kendal	7	7
18	Pemalang	10	9
19	Kota Pekalongan	4	4
20	Pekalongan	6	6
21	Kota Semarang	20	19
22	Semarang	8	7
23	Kota Surakarta	7	7
24	Sragen	7	6
25	Magelang	12	11
26	Purworejo	6	5
27	Sukoharjo	8	7
28	Wonogiri	8	7
29	Tegal	11	10
30	Temanggung	6	6
31	Wonosobo	6	6
	DI YOGYAKARTA	35	33
1	Bantul	10	9
2	Sleman	11	11
3	Gunung Kidul	6	6
4	Kota Yogyakarta	5	5
5	Kulon Progo	3	3
	JAWA TIMUR	283	267
1	Bangkalan	6	6
2	Banyuwangi	12	12
3	Bojonegoro	7	7
4	Tuban	9	8
5	Bondowoso	6	5
6	Situbondo	6	6
7	Gresik	11	11
8	Lamongan	10	9
9	Jember	20	19
10	Lumajang	8	7
11	Jombang	3	3
12	Mojokerto	7	6
13	Kediri	12	11
14	Nganjuk	7	6
15	Kota Malang	11	11
16	Malang	15	14
17	Kota Surabaya	40	37
18	Sidoarjo	22	21

19	Madiun	6	6
20	Ponorogo	7	7
21	Magetan	5	4
22	Ngawi	7	6
23	Pamekasan	6	6
24	Sampang	7	6
25	Pasuruan	9	9
26	Probolinggo	4	4
27	Sumenep	6	6
28	Trenggalek	6	5
29	Tulungagung	9	9
	BALI	28	27
1	Badung	4	4
2	Kota Denpasar	13	12
3	Buleleng	7	6
4	Gianyar	2	2
5	Tabanan	2	2
	NUSA TENGGARA BARAT	63	60
1	Bima	3	3
2	Kota Mataram	9	9
3	Lombok Barat	11	11
4	Lombok Tengah	14	13
5	Lombok Timur	19	18
6	Sumbawa	7	6
	NUSA TENGGARA TIMUR	21	20
1	Kota Kupang	3	3
2	Kupang	7	7
3	Sikka	4	4
4	Sumba Barat Daya	3	3
5	Timor Tengah Selatan	3	3
	KALIMANTAN BARAT	25	24
1	Ketapang	4	4
2	Kota Pontianak	3	3
3	Kota Singkawang	3	3
4	Kubu Raya	5	5
5	Pontianak	2	2
6	Sanggau	3	3
7	Sintang	4	4
	KALIMANTAN TENGAH	10	10
1	Kota Palangka Raya	4	4
2	Kotawaringin Timur	6	5
	KALIMANTAN SELATAN	13	13
1	Banjar	8	8
2	Tanah Bumbu	5	5
	KALIMANTAN TIMUR	33	31
1	Kota Balikpapan	12	11

2	Kota Samarinda	16	15
3	Kutai Timur	5	5
	SULAWESI UTARA	6	6
1	Kota Bitung	2	1
2	Kota Manado	4	4
	SULAWESI SELATAN	62	59
1	Bone	10	9
2	Bulukumba	5	4
3	Gowa	6	5
4	Kota Makassar	26	25
5	Jeneponto	3	3
6	Maros	2	2
7	Pinrang	3	2
8	Sidenreng Rappang	3	3
9	Wajo	5	5
	SULAWESI TENGGARA	6	5
1	Kota Kendari	3	3
2	Muna	2	2
	JAMBI	7	7
1	Kota Jambi	7	7
	KALIMANTAN UTARA	5	4
1	Kota Tarakan	5	4
	SULAWESI BARAT	4	4
1	Mamuju	4	4
	SULAWESI TENGAH	7	6
1	Kota Palu	7	6
	PAPUA	14	13
1	Kota Jayapura	14	13
	PAPUA BARAT	2	2
1	Kota Sorong	2	2
		2.089	1.974

Latar Belakang

Indonesia adalah salah satu negara dengan beban Tuberkulosis (TBC) tertinggi di dunia. Laporan tahun 2013-2014 TB Indonesia dari Survei Prevalensi TBC, diperkirakan prevalensi TBC total sebanyak 1.600.000 kasus. Namun, saat ini diperkirakan terdapat 842.000 kasus baru setiap tahunnya, dan yang ditemukan baru mencapai 68%, artinya masih terdapat 32% kasus di masyarakat yang berpotensi menularkan. Sementara target 2030 eliminasi TBC di Indonesia telah ditetapkan. Mereka yang belum ditemukan adalah sumber penularan TBC di masyarakat.

Situasi ini merupakan tantangan utama bagi program pencegahan TBC di Indonesia, diperburuk dengan tingkat kompleksitas yang semakin tinggi seperti koinfeksi TBC-HIV, TBC yang resistan terhadap obat (TBC-RO), TBC pada anak serta dengan adanya pandemi COVID-19 yang diperkirakan akan terus masih ada ditahun-tahun mendatang.

Berdasarkan laporan WHO tahun 2019, rasio insidensi TBC RO di Indonesia ialah 8,8 (6,2–12) per 100.000 populasi, dengan estimasi jumlah total sebanyak 24.000 kasus. Di tingkat global, Indonesia berada di peringkat 7 dari 30 negara dengan beban TBC RO tertinggi di dunia. Program penanggulangan TBC RO di Indonesia masih memiliki berbagai kendala. Pada tahun 2018, dari 24.000 estimasi kasus TBC RO, cakupan pengobatan TBC RO hanya sekitar 18,6% (4476). Pengobatan yang lama dan beratnya efek samping yang ada maka diperlukan adanya dukungan dari komunitas yang akan mendampingi pasien TBC RO dari sejak awal terdiagnosis, masa pengobatan, hingga lengkap dan sembuh. Dukungan PR Penabulu-STPI sebagai tim di level komunitas salah satunya yaitu memberikan pendampingan ini; yang bertujuan agar pasien tetap berada pada proses pengobatan hingga sembuh, sehingga kasus TBC RO dapat segera tereradikasi. Pendampingan ini dilakukan oleh tim yang terdiri dari *Peer Educator*, *Patient Supporter*, dan kader yang dikoordinasikan oleh seorang Manajer Kasus.

Keterlibatan kader dalam pencegahan tuberkulosis adalah salah satu upaya untuk memberdayakan masyarakat melalui kegiatan memberi informasi, mendidik dan membantu masyarakat untuk berperan aktif dalam penemuan kasus TBC. Begitu juga dengan peran pendukung manajer kasus dan pendamping pasien khusus untuk pasien TBC RO. Peran aktif mereka terlebih di tengah situasi pandemi COVID-19 kini, sangat memerlukan komponen pendukung pelindung diri (APD). Khususnya saat melakukan kegiatan investigasi kontak ataupun kegiatan penyuluhan yang berhubungan dengan pasien/masyarakat secara langsung. Penggunaan masker N-95 dan APD lain pendukungnya seperti hand sanitizer dan sarung tangan (*gloves non powdered*) oleh kader, manajer kasus dan pendamping pasien TBC RO, dapat mencegah penularan transmisi bakteri TBC melalui droplet serta tentunya kuman COVID-19 yang belum terkendali dengan baik.

Tujuan

Melakukan proses pengadaan APD, hand sanitizer, sarung tangan dan masker N-95 untuk mendukung kegiatan penemuan (investigasi kontak, penyuluhan) dan pendampingan aktif serta kunjungan pasien TBC oleh kader komunitas, pendamping pasien dan manajer kasus, di level SR dengan peruntukkan untuk level SSR.

Sasaran

Kegiatan pengadaan ini diperuntukkan bagi kader komunitas, pendamping pasien dan manajer kasus di level SR dan SSR Konsorsium Komunitas PB-STPI.

Mekanisme Pengadaan

1. Pengadaan hand sanitizer, gloves dan masker N-95 dilakukan Kabupaten-Kota (SSR/IU)
2. Perhitungan kebutuhan hand sanitizer, gloves dan masker N-95 sesuai dengan data jumlah kader, PS dan MK di masing-masing wilayah.
3. Metode Pengadaan alat-alat APD akan dilaksanakan pada tingkat SSR berdasarkan pada aturan PPP (Pedoman Pengelolaan Program) dan SOP keuangan yang berlaku di Konsorsium Penabulu-STPI.

Waktu Pelaksanaan

Kegiatan dilaksanakan mulai:

1. Tahun 2021 (semester 2) pengadaan Hand Sanitizer dan Glove
2. Tahun 2022 (semester 1 dan 2) Hand Sanitizer, Glove dan N-95
3. Tahun 2023 (semester 1 dan 2) Hand Sanitizer, Glove dan N-95

Keluaran

1. Tersedianya data vendor penyedia APD tersebut.
2. Tersedia informasi vendor terpilih sebagai penyedia paket APD
3. APD terdistribus kepada pelaku sasaran kegiatan

Perhitungan kebutuhan APD

Pengadaan APD berupa hand sanitizer, sarung tangan dan masker N-95 akan dilakukan pada periode tahun 2021, 2022 dan 2023

Tahun 2021 (semester 2)

1. Hand Sanitizer: $81 \text{ (box)} \times 6 \text{ (bulan)} \times 4 \text{ (1 minggu 1 kali)} = 1.944$
2. Gloves: $81 \times 6 \text{ (bulan)} \times 4 \text{ (1 minggu 1 kali)} = 1.944$

*81 = jumlah kader 8.106 kader dibagi 100 pcs. 1 box isi 100 pcs

Tahun 2022 (semester 1)

1. Hand Sanitizer: $81 \text{ (box)} \times 12 \text{ (bulan)} \times 4 \text{ (1 minggu 1 kali)} = 3.844$
2. Gloves: $81 \text{ (box)} \times 12 \text{ (bulan)} \times 4 \text{ (1 minggu 1 kali)} = 3.844$
3. Masker N-95 = $4.140 \text{ pcs} \times 500.115 = 2.070.476.100$

*81 = jumlah kader 8.106 kader dibagi 100 pcs. 1 box isi 100 pcs

Tahun 2023 (semester 1)

1. Hand Sanitizer: 81 (box) x 12 (bulan) x 4 (1 minggu 1 kali) = 3.844
2. Gloves: 81 (box) x 12 (bulan) x 4 (1 minggu 1 kali) = 3.844
3. Masker N-95 = 4.140 pcs x 500.115 = 2.070.476.100

*81 = jumlah kader 8.106 kader dibagi 100 pcs. 1 box isi 100 pcs

Harga dan satuan per item pengadaan APD

1. Hand Sanitizer : Rp. 29.150 / botol (satuan 500ml)
2. Sarung Tangan : Rp. 66.000 / box (per box isi 100pcs / 50 pasang)
3. Masker N-95 : Rp. 550.000 / box (per box isi 20pcs)

Detail Spesifikasi Items APD

1. Hand Sanitizer

a) Komposisi:

Ethyl Alcohol 70%, Deionize Water Carbomer, TEA, PEG 40, Color

b) Kegunaan:

- Aseptic Gel /alkohol dalam bentuk gel yang digunakan sebagai antiseptik cuci tangan tanpa bilas air.
- Kemasan botol 500ml.
- Hand Sanitizer yang sangat efektif untuk mencegah infeksi.
- Ditambahkan bahan pelembut kulit sehingga tangan tidak terasa kering dan kasar.
- Tidak lengket di tangan,
- bau fresh yang tidak membosankan.

2. Glove / Sarung Tangan (Non Powdered hand gloves)

a) Deskripsi: *Short Gloves Powder free dan Latex free*

b) Keterangan:

- Tersedia Ukuran XS, S, M, L
- Ketahanan kimiawi yang baik terhadap asam, alkali, dan deterjen
- *For medical purposes standard* elastis dan nyaman digunakan
- Biodegradable dan ramah lingkungan
- Manset yang digulung untuk kekuatan manset ekstra, lebih mudah dipakai dan meningkatkan perlindungan terhadap tetesan bahan kimia
- Non sterile
- Sekali pakai & tahan tusukan benda tajam

3. Masker N-95
Merk: *Respirator N95 3M tipe 1870+* atau setara (KN-95)

Tabel kebutuhan hand sanitizer dan gloves untuk kader per SR

No	NAMA SR	Jumlah Kader Terlatih	Jumlah Kader Aktif	Hand sanitizer	Gloves
				Kebutuhan Handsanitizer per SR	Kebutuhan Gloves per SR
1	SUMATERA UTARA	1040	530	127	127
2	SUMATERA BARAT	198	101	24	24
3	RIAU	185	94	23	23
4	KEPRI	100	51	12	12
5	SUMATERA SELATAN	563	287	69	69
6	BANGKA BELITUNG	58	30	24	24
7	BENGKULU	60	31	24	24
8	LAMPUNG	755	385	92	92
9	BANTEN	276	141	34	34
10	DKI JAKARTA	150	77	18	18
11	JAWA BARAT	2762	1409	338	338
12	JAWA TENGAH	2376	1212	291	291
13	DI YOGYAKARTA	321	164	39	39
14	JAWA TIMUR	2303	1175	282	282
15	BALI	233	119	29	29
16	NUSA TENGGARA BARAT	218	111	27	27
17	NUSA TENGGARA TIMUR	416	212	51	51
18	KALIMANTAN BARAT	733	374	90	90
19	KALIMANTAN TENGAH	55	28	24	24
20	KALIMANTAN SELATAN	92	47	24	24
21	KALIMANTAN TIMUR	150	77	18	18
22	SULAWESI UTARA	191	97	23	23
23	SULAWESI SELATAN	658	336	81	81
24	SULAWESI TENGGARA	51	26	24	24
25	JAMBI	31	16	24	24
26	KALIMANTAN UTARA	55	28	24	24
27	SULAWESI BARAT	31	16	24	24
28	SULAWESI TENGAH	31	16	24	24
29	PAPUA	31	16	24	24
30	PAPUA BARAT	31	16	24	24
		14,154	7,219	1,932	1,932

Latar Belakang

Angka peningkatan kasus covid-19 terus meningkat di Indonesia adalah 1.850.206 kasus positif COVID-19 dengan 1,7 juta pasien di antaranya sembuh, sedangkan 51.449 pasien meninggal (<https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19>, diakses pada 6 Juni 2021). Masih ada 96.973 kasus aktif (<https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19>, diakses 6 Juni 2021). Kemenkes RI melaporkan, ada 26 varian baru impor COVID-19 yang ditemukan di Indonesia per 18 Mei 2021. Jumlah kejadian kasus COVID-19 bersifat dinamis. Biasanya meningkat pada hari libur karena mobilisasi penduduk yang tinggi pada periode tersebut. Semua 34 provinsi dan 494 kabupaten pernah melaporkan kasus COVID-19. Saat ini, Pemerintah Indonesia sedang mempercepat cakupan vaksinasi COVID-19 untuk memutus penularan di masyarakat.

Program TB tentu terganggu dengan ada pandemic covid-19 terutama karena lima hal yang utama (1) Pengalihan sumber daya pengendalian TB ke kegiatan pengendalian COVID 19 meliputi pengalihan sumber daya manusia, infrastruktur, dan pendanaan; (2) Terganggunya kegiatan rutin pengendalian TB, seperti pengangkutan dahak, pemeriksaan laboratorium, pencatatan dan pelaporan; (3) Keterlambatan kegiatan terencana dan inovatif untuk mencapai target ambisius eliminasi TB, seperti penemuan kasus aktif, rencana percepatan PMDT, rencana percepatan TPT, dan rencana pencegahan dan perawatan TB campuran pemerintah swasta; (4) Pasien TB di masyarakat mengalami penurunan akses ke fasilitas kesehatan yang mempengaruhi perilaku mencari perawatan, dan (5) Rencana kegiatan pelibatan masyarakat untuk mendukung kegiatan TB mengalami keterlambatan pelaksanaan akibat keterbatasan gerak dan berkurangnya sumber daya.

Deteksi kasus TB tahun 2020 mengalami penurunan sebesar 38% dibandingkan tahun 2019. Kematian terkait TB dan mangkir meningkat yang ditunjukkan dengan penurunan angka keberhasilan pengobatan sebesar 1%. Angka partisipasi TB MDR meningkat menjadi 65%, namun deteksinya kurang dari 50% dari target deteksi. Proporsi pasien TB yang mengetahui status HIV sama dengan tahun 2019, namun hanya 33% pasien TB-HIV yang memulai ART dibandingkan 43% pada tahun 2019.

PR TB, mitra, dan pemangku kepentingan bersama-sama mengembangkan rencana pemulihan untuk mengatasi gangguan layanan TB di masa pandemi. Beberapa perubahan strategi yang akan dilakukan yakni memastikan kegiatan masyarakat mulai dari pelacakan kontak dengan investigasi kontak dan pendampingan pasien akan dilakukan dengan virtual oleh pendukung pasien dan kader agar tetap menyelesaikan pengobatan hingga sembuh.

Deskripsi Kegiatan

Pada masa pandemi covid-19 kader diberikan peran untuk mendampingi pasien TB dengan Covid-19 untuk memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien agar pasien tetap meminum obat TBC secara teratur selama proses penyembuhan covid/ isolasi mandiri pasien TBC-covid-19.

Pendampingan pasien TB-Covid-19 bertujuan agar pasien TBC-Covid 19 bisa minum obat secara teratur, tuntas dan sembuh.

Sasaran Kegiatan

Kegiatan ini akan dilakukan oleh Kader yang melakukan pendampingan pasien TBC-Covid. Estimasi jumlah kader sebanyak 20% kader dari kader yang aktif di setiap kota/kab.

1. Tahun 2021 = 1.457 x 6 bulan
2. Tahun 2022 = 1.457 x 12 bulan

Catatan : Setiap kader maksimal mendampingi 1 sampai dengan 5 pasien TBC dengan Covid-19.

Pendampingan pasien TB-Covid19 secara virtual

1. Kader melakukan pendampingan terhadap pasien TB-Covid-19 sedapat mungkin mengoptimalkan mekanisme jarak jauh (virtual)
2. Kader membuat WA group pasien yang didampingi oleh kader untuk mensosialisasikan rencana pendampingan virtual. Kader dapat melibatkan petugas kesehatan puskesmas dalam WA group.
3. Mekanisme virtual ini adalah melalui telepon/WhatsApp/video call/chat/SMS. Kader TBC wajib melaporkan kegiatannya ini dalam bentuk screenshot WhatsApp atau histori telepon sebagai lampiran dari laporan pendampingan yang dikumpulkan kepada Koordinator kader/staff program SSR/IU.
4. Kader harus memastikan pasien TBC-Covid-19 yang didampinginya tetap menjalani proses pengobatan sesuai standar kendati pendampingan dilakukan secara virtual/daring.
5. Kader agar tetap dapat memberikan pendampingan psikososial (motivasi, edukasi dsb) kepada pasien pasien TBC-Covid untuk minum Obat Anti TB (OAT) secara teratur dan menjalani isolasi mandiri sesuai anjuran yang sudah ditetapkan.
6. Kader dapat mengirimkan KIE (leaflet dan infografis) dalam bentuk jpeg terkait informasi dasar TBC dan covid-19.
7. Kader wajib memastikan dirinya dan pasien yang didampinginya melakukan pencegahan penyebaran Covid-19 (sesuai dengan pedoman pencegahan covid-19).
8. Pendampingan jarak jauh dilakukan minimal satu kali dalam seminggu (4 kali dalam sebulan) dengan ketentuan:
 - Pendampingan wajib melalui Telepon (Regular) atau video call dan disertai dengan pendampingan melalui chat di setiap minggunya.
 - Pendampingan yang dilakukan melalui telepon dibuktikan dengan *screen shoot* riwayat telepon,pendampingan melalui video call dibuktikan dengan screenshot saat melakukan video call (Terdapat gambar kader dan pasien TB-covid-19) dan pendampingan melalui chat WA harus menggambarkan percakapan tentang kemajuan pengobatan TBC dan pemulihan dari covid-19.
 - Durasi telepon dan video call tidak kurang dari 5 menit

- Telepon video call dapat dilakukan dengan pasien dan/atau keluarga terdekat pasien
9. Pada kondisi tertentu ketika jika kader dibutuhkan harus melakukan kunjungan rumah pasien TBC-Covid, kader harus melaksanakan protocol Kesehatan secara ketat sesuai prosedur pencegahan penyebaran infeksi covid-19.

Struktur Pembiayaan

Penggantian paket data atau transport kader

1. Tahun 2021 = 1.457 x 6 bulan x Rp. 100.000
2. Tahun 2022 = 1.457 x 12 bulan x Rp. 100.000

Mekanisme Pembayaran

Pembayaran pendampingan pasien TBC Covid-19 dapat dilakukan dengan mekanisme sebagai berikut:

1. Pembayaran dapat dilakukan apabila kader sudah melakukan pendampingan secara offline/online dengan melakukan kunjungan visit ke rumah pasien TBC-Covid 19 dibuktikan melampirkan form kunjungan yang sudah ditentukan.
2. Pembayaran pendampingan melalui phone/ virtual/daring oleh kader dapat diberikan apabila sudah melakukan pendampingan secara phone/ virtual/daring dengan dibuktikan dengan history phone, video call dan chat dengan pasien dampingan. (contohnya video call saat pasien minum obat atau yang lainnya)
3. Pendampingan baik luring dan daring, diberikan reward sebesar Rp.100.000
4. Apabila kader tidak bisa membuktikan dengan screenshot riwayat telepon, video call dan chat WA I maka klaim pembayaran tidak bisa diberikan.

Laporan

Laporan kader menyesuaikan dengan mekanisme laporan yang sudah ditetapkan oleh MEL dan finance

Lampiran

No	NAMA SR	Jumlah Kader Terlatih	Jumlah Kader Aktif	Jumlah Kader Aktif (20%)
1	SUMATERA UTARA	1040	530	106
2	SUMATERA BARAT	198	101	20
3	RIAU	185	94	19
4	KEPRI	100	51	10
5	SUMATERA SELATAN	563	287	57
6	BANGKA BELITUNG	58	30	6
7	BENGKULU	60	31	6
8	LAMPUNG	755	385	77
9	BANTEN	276	141	28
10	DKI JAKARTA	150	77	15
11	JAWA BARAT	2762	1409	282
12	JAWA TENGAH	2376	1212	242
13	DI YOGYAKARTA	321	164	33
14	JAWA TIMUR	2303	1175	235
15	BALI	233	119	24
16	NU SA TENGGARA BARAT	218	111	22
17	NU SA TENGGARA TIMUR	416	212	42
18	KALIMANTAN BARAT	733	374	75
19	KALIMANTAN TENGAH	55	28	6
20	KALIMANTAN SELATAN	92	47	9
21	KALIMANTAN TIMUR	150	77	15
22	SULAWESI UTARA	191	97	19
23	SULAWESI SELATAN	658	336	67
24	SULAWESI TENGGARA	51	26	5
25	JAMBI	31	16	3
26	KALIMANTAN UTARA	55	28	6
27	SULAWESI BARAT	31	16	3
28	SULAWESI TENGAH	31	16	3
29	PAPUA	31	16	3
30	PAPUA BARAT	31	16	3
	JUMLAH	14.154	7.219	1444

Latar Belakang

Indonesia adalah salah satu negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Menurut laporan Global TB (WHO, 2018), kejadian TBC di Indonesia pada tahun 2017 adalah 842.000 kasus dengan perkiraan TB RO sekitar 12.000 kasus. Mengacu pada jumlah notifikasi sebanyak 446.732 pada 2017, terdapat 53% dari estimasi kasus telah ditemukan, berarti tersisa 47% lagi yang belum terjangkau dan belum diobati atau telah ditemukan dan dirawat tapi belum ternotifikasi dalam laporan program nasional. Karena pasien yang belum ditemukan berisiko menjadi sumber infeksi kepada orang lain. Indonesia saat ini terus berupaya untuk melakukan pemberantasan penyakit TB.

Program pencegahan TB dilakukan melalui upaya promotif dan preventif sekaligus tetap memberi perhatian pada aspek pengobatan dan rehabilitatif yang bertujuan untuk melindungi kesehatan masyarakat, mengurangi kesakitan, mortalitas atau kematian, sekaligus mencegah penularan dan dampak negatif lain yang disebabkan TBC. Dalam rangka untuk penemuan kasus, saat ini telah melaksanakan pendekatan Investigasi Kontak (IK) sebagai strategi untuk menemukan kasus baru TBC. Selain itu kegiatan penemuan kasus melalui penyuluhan.

Situasi penemuan kasus TB anak mengalami kenaikan pada tahun 2018 ke 2019, namun pada tahun 2020 menurun hampir setengahnya dari tahun sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh pandemic COVID-19 sejak Maret 2020 berdampak besar pada capaian program TBC termasuk pada capaian TB Anak.

Meskipun Penemuan Kasus TB RO anak semakin meningkat dari tahun ke tahun, namun yang memulai pengobatan tidak jauh dari angka 50% bahkan kurang, hanya pada tahun 2017 persentase yang memulai pengobatan di angka 73%. Pada tahun selanjutnya sampai tahun 2020 mengalami penurunan dan hanya berkisar pada angka 30an persen. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan, tren cakupan TPT balita dari tahun 2018 sampai tahun 2021 mengalami penurunan dan kurang dari 10%. Terutama pada tahun 2020, target nasional diharapkan pada angka 40% namun capaian hanya pada angka 1,6%.

Dengan adanya permasalahan diatas pelibatan komunitas dengan memaksimalkan kegiatan Investigasi Kontak (IK) dengan merujuk anak yang ada pada kontak erat kasus TBC. Memaksimalkan kegiatan IK non Rumah Tangga pada wilayah, rumah tangga yang berisiko Ibu hamil dan anak serta orang dengan DM.

Pada kegiatan ini ketika kader merujuk orang yang terduga TBC dan jika orang yang terduga TBC sudah berhasil diperiksa di Puskesmas kemudian hasil pemeriksaan dinyatakan positif maka akan mendapatkan reward/imbalan. Apabila terduga anak < 5 tahun berhasil dirujuk ke Puskesmas dan menerima TPT, maka kader komunitas juga akan mendapatkan reward/imbalan.

Tujuan

Kegiatan pemberian reward untuk kader komunitas yang berhasil merujuk anak < 5 tahun ke Puskesmas dan menerima TPT.

Deskripsi Kegiatan

Pemberian reward bagi kader komunitas akan mendapatkan Rp. 40.000 untuk setiap anak < 5 tahun yang berhasil dirujuk ke Puskesmas dan menerima TPT

Target Anak < 5 tahun yang menerima TPT

ACTIVITY DESCRIPTION	KETERANGAN	TARGET		
		2021	2022	2023
Reward for positive TB cases detected - TPT (Children < 5 years)				
Target TCP 5.1c		12.596	26.283	40.246
Rewards for TCP 5.1c (BL 39)	Tahun 2021 dihitung proporsional 4 bulan	7.271	26.283	40.246

Berdasarkan target 1 kader memastikan 1 anak memulai TPT setiap bulan

- Tahun 2021 (September-Desember 2021) = 7,271 (Target 10 SR Prioritas)
- Tahun 2022 = 26,863
- Tahun 2023 = 40,246

Struktur budget

Bulan & Tahun	Reward	Target	Keterangan
Sept – Des 2021	Rp. 40.000,-	7.271	Target 2021 hanya menghitung 4 bulan di 10 SR Prioritas
2022	Rp. 40.000,-	26.863	
2023	Rp. 40.000,-	40.246	

Mekanisme Pelaksanaan Kegiatan dan Pembayaran Reward

1. Kader komunitas menemukan dan merujuk balita (< 5 tahun) untuk mendapatkan TPT ke Puskesmas melalui metode Investigasi Kontak Rumah Tangga dan Non-Rumah Tangga.

2. Kader menyerahkan data rujukan dan jumlah balita yang menerima/mendapatkan TPT kepada Koordinator Kader.
3. Koordinator Kader memeriksa hasil data rujukan dari kader (cleaning data).
4. Koordinator Kader menyerahkan kepada Staf Program SR dan atau SSR untuk direview
5. Staf Program SR dan atau SSR menyerahkan data kepada staf data entry untuk diinput ke SITK.
6. Staf Program akan mencetak dokumen verifikasi dan mendistribusikan dokumen verifikasi ke Koordinator kader.
7. Koordinator kader melakukan verifikasi data jumlah balita yang menerima/mendapatkan TPT berdasarkan hasil pencatatan di Puskesmas.
8. Koordinator Kader menyerahkan data yang telah diverifikasi kepada SR dan atau SSR.
9. Staf Program SR dan atau SSR membuat pengajuan reward kepada SR yang terdiri dari form verifikasi dan form pengajuan reward TPT.
10. SR akan mereview pengajuan reward dan membandingkan dengan hasil input di SITK
11. Pembayaran reward untuk kader komunitas dihitung berdasarkan hasil verifikasi jumlah balita yang memulai TPT.
12. Pembayaran reward pasien dilakukan oleh SR/SSR setelah diverifikasi setiap bulannya menggunakan form verifikasi penemuan kasus sesuai mekanisme ME dan dapat dibayarkan dilakukan pada bulan berikutnya.

Output

1. Estimasi pembayaran reward TPT kepada kader yang mendapatkan reward dari TPT sebanyak:
 - Tahun 2021 = 7,271
 - Tahun 2022 = 13,431
 - Tahun 2023 = 40,246

Pembayaran reward untuk kader bagi yang berhasil merujuk anak < 5 tahun dan menerima TPT yang sudah diverifikasi oleh Tim M&E

Laporan

Laporan dikirim ke SSR paling lambat 2 minggu setelah kegiatan selesai dengan mencantumkan laporan sesuai mekanisme M&E

Lampiran indikator TCP-5.1C pemberian reward TPT per SR-SSR

PROVINSI/KOTA/ KABUPATEN	TARGET TCP-5.1C PER BULAN
SUMATERA UTARA	304

1	Asahan	17
2	Deli Serdang	56
3	Karo	9
4	Kota Binjai	8
5	Kota Medan	136
6	Kota Padangsidimpuan	9
7	Kota Pematang Siantar	11
8	Labuhan Batu	13
9	Langkat	19
10	Simalungun	25
SUMATERA BARAT		49
1	Kota Padang	11
2	Padang Pariaman	37
RIAU		134
1	Bengkalis	16
2	Indragiri Hilir	17
3	Kota Dumai	10
4	Kota Pekanbaru	56
5	Rokan Hilir	18
6	Rokan Hulu	18
KEPRI		66
1	Karimun	8
2	Kota Tanjung Pinang	9
3	Kota Batam	50
SUMATERA SELATAN		125
1	Banyu Asin	22
2	Kota Prabumulih	7
3	Kota Palembang	69
4	Muara Enim	16
5	Ogan Ilir	11
BANGKA BELITUNG		17
1	Bangka	9
2	Kota Pangkal Pinang	8
BENGKULU		12
1	Kota Bengkulu	6
2	Rejang Lebong	6
LAMPUNG		168
1	Kota Bandar Lampung	40
2	Lampung Selatan	25
3	Lampung Tengah	27
4	Lampung Timur	22
5	Lampung Utara	15
6	Pesawaran	10
7	Pringsewu	10
8	Tanggamus	14
9	Tulangbawang Barat	6
BANTEN		218

1	Kota Cilegon	10
2	Kota Serang	14
3	Kota Tangerang	49
4	Tangerang	65
5	Kota Tangerang Selatan	35
6	Lebak	20
7	Serang	24
	DKI JAKARTA	340
1	Kota Jakarta Barat	80
2	Kota Jakarta Pusat	45
3	Kota Jakarta Selatan	75
4	Kota Jakarta Timur	92
5	Kota Jakarta Utara	49
	JAWA BARAT	905
1	Bandung	72
2	Bandung Barat	30
3	Bekasi	63
4	Bogor	103
5	Ciamis	20
6	Cianjur	39
7	Cirebon	42
8	Garut	47
9	Sumedang	20
10	Indramayu	30
11	Kota Cirebon	8
12	Karawang	41
13	Kota Bandung	62
14	Kota Bekasi	63
15	Kota Bogor	26
16	Kota Cimahi	14
17	Kota Depok	50
18	Kota Tasikmalaya	15
19	Kota Sukabumi	8
20	Sukabumi	43
21	Kuningan	18
22	Majalengka	21
23	Purwakarta	16
24	Subang	26
25	Tasikmalaya	29
	JAWA TENGAH	555
1	Banjarnegara	15
2	Kebumen	19
3	Banyumas	28
4	Purbalingga	15
5	Batang	13
6	Blora	13
7	Grobogan	21

8	Boyolali	16
9	Klaten	20
10	Brebes	31
11	Cilacap	28
12	Demak	19
13	Kudus	15
14	Jepara	18
15	Pati	20
16	Karanganyar	12
17	Kendal	15
18	Pemalang	22
19	Kota Pekalongan	8
20	Pekalongan	15
21	Kota Semarang	36
22	Semarang	17
23	Kota Surakarta	13
24	Sragen	14
25	Magelang	20
26	Purworejo	11
27	Sukoharjo	16
28	Wonogiri	15
29	Tegal	25
30	Temanggung	11
31	Wonosobo	14
	DI YOGYAKARTA	64
1	Bantul	18
2	Sleman	20
3	Gunung Kidul	11
4	Kota Yogyakarta	9
5	Kulon Progo	7
	JAWA TIMUR	594
1	Bangkalan	16
2	Banyuwangi	27
3	Bojonegoro	19
4	Tuban	18
5	Bondowoso	12
6	Situbondo	12
7	Gresik	22
8	Lamongan	18
9	Jember	40
10	Lumajang	16
11	Jombang	22
12	Mojokerto	18
13	Kediri	26
14	Nganjuk	17
15	Kota Malang	19
16	Malang	16
17	Kota Surabaya	77

18	Sidoarjo	41
19	Madiun	10
20	Ponorogo	13
21	Magetan	10
22	Ngawi	12
23	Pamekasan	13
24	Sampang	14
25	Pasuruan	27
26	Probolinggo	19
27	Sumenep	14
28	Trenggalek	11
29	Tulungagung	17
	BALI	70
1	Badung	12
2	Kota Denpasar	26
3	Buleleng	12
4	Gianyar	12
5	Tabanan	7
	NUSA TENGGARA BARAT	102
1	Bima	5
2	Kota Mataram	15
3	Lombok Barat	18
4	Lombok Tengah	22
5	Lombok Timur	31
6	Sumbawa	11
	NUSA TENGGARA TIMUR	46
1	Kota Kupang	8
2	Kupang	13
3	Sikka	7
4	Sumba Barat Daya	8
5	Timor Tengah Selatan	10
	KALIMANTAN BARAT	79
1	Ketapang	12
2	Kota Pontianak	18
3	Kota Singkawang	8
4	Kubu Raya	14
5	Pontianak	6
6	Sanggau	11
7	Sintang	10
	KALIMANTAN TENGAH	20
1	Kota Palangka Raya	8
2	Kotawaringin Timur	11
	KALIMANTAN SELATAN	23
1	Banjar	14
2	Tanah Bumbu	9
	KALIMANTAN TIMUR	56
1	Kota Balikpapan	20
2	Kota Samarinda	27

3	Kutai Timur	9
SULAWESI UTARA		22
1	Kota Bitung	7
2	Kota Manado	15
SULAWESI SELATAN		132
1	Bone	18
2	Bulukumba	10
3	Gowa	14
4	Kota Makassar	48
5	Jeneponto	9
6	Maros	8
7	Pinrang	9
8	Sidenreng Rappang	7
9	Wajo	10
SULAWESI TENGGARA		16
1	Kota Kendari	11
2	Muna	5
JAMBI		25
1	Kota Jambi	25
KALIMANTAN UTARA		8
1	Kota Tarakan	8
SULAWESI BARAT		7
1	Mamuju	7
SULAWESI TENGAH		12
1	Kota Palu	12
PAPUA		22
1	Kota Jayapura	22
PAPUA BARAT		8
1	Kota Sorong	8
		4.199

Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Berdasarkan Global TB Report (2020), angka estimasi kasus TB di Indonesia sebesar 845.000 dengan total kasus TB ternotifikasi sebesar 566.846, dengan persentase keberhasilan pengobatan sebesar 83% pada tahun 2019. Berbagai upaya dan sinergi untuk mendukung eliminasi TB di Indonesia telah dilakukan, baik dari sisi penguatan kebijakan, maupun penemuan kasus dan pendampingan pengobatan oleh layanan serta dukungan dari komunitas. Namun demikian, hadirnya pandemi Covid-19 menjadi tantangan baru bagi upaya eliminasi TBC di Indonesia. Seperti yang diketahui bahwa sejak kasus Covid-19 pertama kali terkonfirmasi pada Maret 2020, angka kasus Covid-19 sampai saat ini terus mengalami peningkatan. Sejak Januari 2021, total kasus terkonfirmasi mencapai 2.877.476 kasus dan kematian sebesar 73.582 orang. Selain itu belum optimalnya upaya 3T (*Testing, Tracing, and Treatment*) dan vaksinasi, semakin banyaknya tenaga kesehatan yang terinfeksi, serta semakin terbatasnya ketersediaan perawatan covid di layanan kesehatan menunjukkan bahwa situasi Covid-19 di Indonesia masih belum dapat terkendali. Situasi seperti ini membuat respon terhadap Covid-19 menjadi fokus utama kegiatan pemerintah dan layanan hingga ke daerah sehingga berdampak pada upaya penanggulangan penyakit lainnya, terutama TBC.

Selama pandemi Covid-19 hampir semua fasilitas layanan kesehatan dipersiapkan untuk fokus menangani lonjakan kasus Covid19 di berbagai level. Hal ini dapat menimbulkan potensi keterbatasan pasien TB untuk mengakses pelayanan diagnostik maupun pengobatan. Di samping itu dengan situasi Covid-19 saat ini, orang dengan gejala TB dan pasien TB yang sedang menjalani pengobatan dapat mengalami keraguan untuk melanjutkan pemeriksaan dan melanjutkan pengobatannya karena khawatir terhadap adanya penularan Covid-19 di fasilitas layanan kesehatan. Berdasarkan data TB nasional, diketahui terdapat peningkatan angka *Lost to Follow Up* dari Q4 2019 sebesar 5% menjadi 11,3% pada Q3 2020. Dengan demikian, PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI mendorong upaya komunitas untuk menurunkan angka lost to follow up pada pasien TB dengan dukungan dari kader kesehatan setempat untuk mengantarkan OAT secara berkala, sekaligus memantau dan memastikan kepatuhan pengobatan pasien sampai dengan selesai pengobatan. Dengan demikian kegiatan ini diharapkan dapat menjadi salah satu upaya komunitas untuk dapat menjembatani akses pasien TB terhadap pengobatan sehingga mengurangi potensi terjadinya lost to follow up selama pengobatan.

Tujuan Kegiatan

Melakukan proses pengadaan form tanda terima OAT untuk mendukung kegiatan *home-based TB treatment delivery / OAT Delivery* di level SSR

Waktu Pelaksanaan Kegiatan

Proses pengadaan dilaksanakan mulai Q4 2021 sampai dengan akhir tahun 2023.

Sasaran Kegiatan

Kegiatan pengadaan ini diperuntukkan bagi kader komunitas di level SSR Konsorsium Komunitas PB-STPI.

Mekanisme Pengadaan

1. Pengadaan form tanda terima OAT dilakukan Kabupaten-Kota (SSR/IU)
2. Perhitungan kebutuhan form tanda terima OAT sesuai dengan data jumlah kader dimasing-masing SSR/IU.
3. Metode pengadaan form tanda terima OAT akan dilaksanakan pada tingkat SSR berdasarkan pada aturan PPP (Pedoman Pengelolaan Program) dan SOP keuangan yang berlaku di Konsorsium Penabulu-STPI.

Perhitungan Kebutuhan Form Tanda Terima OAT

Pengadaan form tanda terima OAT oleh SSR sebanyak 66.788 eksemplar.

Struktur anggaran: 500 rupiah per-lembar.

Tahun 2021 (semester 2): 5.112 x 6 bulan x Rp. 250

Tahun 2022 (semester 1 dan 2): 18.078 x 12 bulan x Rp. 250

Tahun 2022 (semester 1 dan 2): 21.185 x 12 bulan x Rp. 250

Laporan

1. Laporan narasi kegiatan dan pertanggungjawaban keuangan kegiatan pertemuan sosialisasi
2. Lembar / screenshot persetujuan pasien home-based TB treatment delivery
3. Formulir serah terima OAT yang ditandatangani dan distempel oleh Petugas Puskesmas, serta ditandatangani oleh pasien/ keluarga pasien dan kader.

Lampiran

Jumlah pasien TB sensitif obat yang dapat difasilitasi dengan *home-based TB treatment delivery* di 190 Kab/Kota wilayah kerja PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

PROVINSI/KOTA/KABUPATEN	BL 5. Jumlah pasien yang diberikan layanan <i>Home-Based TB Treatment Delivery</i>		
	<i>(5% x Jumlah kasus TBC rujukan komunitas yang harus ditemukan dan diobati)</i>		
	2021	2022	2023
SUMATERA UTARA	206	1.263	1.480

Asahan	15	73	85
Deli Serdang	35	233	273
Karo	6	39	46
Kota Binjai	7	32	38
Kota Medan	99	566	662
Kota Padangsidempuan	9	39	45
Kota Pematang Siantar	8	45	53
Labuhan Batu	6	54	63
Langkat	10	79	93
Simalungun	11	104	122
SUMATERA BARAT	53	199	234
Kota Padang	41	153	180
Padang Pariaman	12	46	54
RIAU	151	589	689
Bengkalis	15	59	69
Indragiri Hilir	11	45	52
Kota Dumai	13	49	57
Kota Pekanbaru	69	267	312
Rokan Hilir	22	84	98
Rokan Hulu	22	86	100
KEPRI	72	272	319
Karimun	8	31	36
Kota Tanjung Pinang	9	37	43
Kota Batam	55	204	239
SUMATERA SELATAN	98	540	633
Banyu Asin	21	95	112
Kota Prabumulih	5	30	36
Kota Palembang	58	298	349
Muara Enim	9	70	81
Ogan Ilir	5	47	55
BANGKA BELITUNG	17	70	82
Bangka	8	31	36
Kota Pangkal Pinang	10	39	46
BENGKULU	18	81	96
Kota Bengkulu	13	58	69
Rejang Lebong	5	22	27
JAMBI	21	55	61
Kota Jambi	21	55	61
LAMPUNG	325	605	708
Kota Bandar Lampung	20	142	167

Lampung Selatan	13	88	102
Lampung Tengah	12	100	117
Lampung Timur	3	79	92
Lampung Utara	4	54	62
Pesawaran	6	34	40
Pringsewu	1	37	43
Tanggamus	257	50	58
Tulangbawang Barat	9	22	26
BANTEN	693	994	1.164
Kota Cilegon	60	45	53
Kota Serang	79	65	76
Kota Tangerang	43	225	263
Tangerang	24	296	346
Kota Tangerang Selatan	27	160	187
Lebak	379	91	107
Serang	80	111	131
DKI JAKARTA	1.309	1.473	1.725
Kota Jakarta Barat	75	312	365
Kota Jakarta Pusat	114	214	250
Kota Jakarta Selatan	54	292	342
Kota Jakarta Timur	977	443	520
Kota Jakarta Utara	88	212	248
JAWA BARAT	1.398	3.937	4.610
Bandung	62	341	398
Bandung Barat	134	116	136
Bekasi	19	242	284
Bogor	47	520	610
Ciamis	43	76	89
Cianjur	43	181	212
Cirebon	22	194	227
Garut	29	169	197
Sumedang	9	92	108
Indramayu	36	115	134
Kota Cirebon	76	37	44
Karawang	62	158	185
Kota Bandung	31	296	347
Kota Bekasi	18	242	283
Kota Bogor	53	121	142
Kota Cimahi	17	68	80
Kota Depok	9	205	240

Kota Tasikmalaya	45	70	82
Kota Sukabumi	20	36	43
Sukabumi	23	188	221
Kuningan	16	86	101
Majalengka	24	89	104
Purwakarta	26	63	74
Subang	520	117	137
Tasikmalaya	15	113	133
JAWA TENGAH	576	2.466	2.890
Banjarnegara	21	64	75
Kebumen	10	83	97
Banyumas	13	122	144
Purbalingga	11	65	76
Batang	20	57	67
Blora	15	57	67
Grobogan	19	91	106
Boyolali	23	67	79
Klaten	28	88	103
Brebes	17	136	159
Cilacap	16	120	141
Demak	21	82	97
Kudus	17	67	78
Jepara	15	93	108
Pati	13	88	103
Karanganyar	19	63	74
Kendal	7	70	82
Pemalang	12	100	117
Kota Pekalongan	39	34	40
Pekalongan	15	67	79
Kota Semarang	14	167	196
Semarang	13	75	88
Kota Surakarta	22	57	67
Sragen	11	61	71
Magelang	15	90	105
Purworejo	15	49	58
Sukoharjo	21	68	80
Wonogiri	12	64	75
Tegal	12	108	127
Temanggung	69	53	62
Wonosobo	19	59	69

DI YOGYAKARTA	590	268	313
Bantul	11	72	84
Sleman	10	85	99
Gunung Kidul	6	43	51
Kota Yogyakarta	550	40	47
Kulon Progo	12	27	32
JAWA TIMUR	578	2.701	3.161
Bangkalan	14	63	73
Banyuwangi	17	107	126
Bojonegoro	11	83	98
Tuban	12	81	94
Bondowoso	22	55	65
Situbondo	19	54	64
Gresik	40	100	117
Lamongan	15	83	96
Jember	6	179	210
Lumajang	13	72	84
Jombang	23	88	102
Mojokerto	13	70	83
Kediri	22	102	120
Nganjuk	29	65	76
Kota Malang	77	104	121
Malang	43	163	191
Kota Surabaya	12	369	430
Sidoarjo	13	167	195
Madiun	9	47	55
Ponorogo	13	56	66
Magetan	12	40	47
Ngawi	13	49	58
Pamekasan	18	57	67
Sampang	7	57	67
Pasuruan	12	120	141
Probolinggo	11	77	91
Sumenep	18	70	82
Trenggalek	55	43	50
Tulungagung	9	81	95
BALI	151	225	265
Badung	13	36	42
Kota Denpasar	4	99	118
Buleleng	4	54	64

Gianyar	123	18	21
Tabanan	6	18	21
NUSA TENGGARA BARAT	147	462	542
Bima	22	23	26
Kota Mataram	27	66	77
Lombok Barat	37	82	96
Lombok Tengah	13	102	119
Lombok Timur	41	140	163
Sumbawa	6	50	60
NUSA TENGGARA TIMUR	77	195	230
Kota Kupang	8	29	34
Kupang	6	66	78
Sikka	6	36	42
Sumba Barat Daya	48	29	34
Timor Tengah Selatan	8	36	42
KALIMANTAN BARAT	62	258	314
Ketapang	7	32	44
Kota Pontianak	10	63	78
Kota Singkawang	4	41	39
Kubu Raya	6	40	50
Pontianak	7	16	23
Sanggau	20	36	42
Sintang	9	30	37
KALIMANTAN TENGAH	41	79	92
Kota Palangka Raya	26	34	39
Kotawaringin Timur	16	45	53
KALIMANTAN SELATAN	87	100	118
Banjar	64	61	71
Tanah Bumbu	23	39	46
KALIMANTAN UTARA	10	36	41
Kota Tarakan	10	36	41
KALIMANTAN TIMUR	133	248	290
Kota Balikpapan	3	90	105
Kota Samarinda	9	119	139
Kutai Timur	121	39	46
SULAWESI UTARA	20	94	109
Kota Bitung	9	29	34
Kota Manado	11	65	75
SULAWESI SELATAN	68	605	710
Bone	6	79	93

Bulukumba	4	41	49
Gowa	5	82	96
Kota Makassar	6	217	254
Jeneponto	10	36	42
Maros	11	34	41
Pinrang	7	39	46
Sidenreng Rappang	4	34	39
Wajo	14	43	50
SULAWESI BARAT	9	31	37
Mamuju	9	31	37
SULAWESI TENGGARA	16	57	67
Kota Kendari	8	36	42
Muna	8	21	25
SULAWESI TENGAH	13	50	59
Kota Palu	13	50	59
PAPUA	28	109	127
Kota Jayapura	28	109	127
PAPUA BARAT	5	18	19
Kota Sorong	5	18	19
Total	4.063	18.076	21.185

BL. 96

Socialization Meeting home-based treatment delivery to ensure patient adherence by cadre/health workers (OAT Delivery)

Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Berdasarkan Global TB Report (2020), angka estimasi kasus TB di Indonesia sebesar 845.000 dengan total kasus TB ternotifikasi sebesar 566.846, dengan persentase keberhasilan pengobatan sebesar 83% pada tahun 2019. Berbagai upaya dan sinergi untuk mendukung eliminasi TB di Indonesia telah dilakukan, baik dari sisi penguatan kebijakan, maupun penemuan kasus dan pendampingan pengobatan oleh layanan serta dukungan dari komunitas. Namun demikian, hadirnya pandemi Covid-19 menjadi tantangan baru bagi upaya eliminasi TBC di Indonesia. Seperti yang diketahui bahwa sejak kasus Covid-19 pertama kali terkonfirmasi pada Maret 2020, angka kasus Covid-19 sampai saat ini terus mengalami peningkatan. Sejak Januari 2021, total kasus terkonfirmasi mencapai 2.877.476 kasus dan kematian sebesar 73.582 orang. Selain itu belum optimalnya upaya 3T (*Testing, Tracing, and Treatment*) dan vaksinasi, semakin banyaknya tenaga kesehatan yang terinfeksi, serta semakin terbatasnya ketersediaan perawatan covid di layanan kesehatan menunjukkan bahwa situasi Covid-19 di Indonesia masih belum dapat terkendali. Situasi seperti ini membuat respon terhadap Covid-19 menjadi fokus utama kegiatan pemerintah dan layanan hingga ke daerah sehingga berdampak pada upaya penanggulangan penyakit lainnya, terutama TBC.

Selama pandemi Covid-19 hampir semua fasilitas layanan kesehatan dipersiapkan untuk fokus menangani lonjakan kasus Covid19 di berbagai level. Hal ini dapat menimbulkan potensi keterbatasan pasien TB untuk mengakses pelayanan diagnostik maupun pengobatan. Di samping itu dengan situasi Covid-19 saat ini, orang dengan gejala TB dan pasien TB yang sedang menjalani pengobatan dapat mengalami keraguan untuk melanjutkan pemeriksaan dan melanjutkan pengobatannya karena khawatir terhadap adanya penularan Covid-19 di fasilitas layanan kesehatan. Berdasarkan data TB nasional, diketahui terdapat peningkatan angka *Lost to Follow Up* dari Q4 2019 sebesar 5% menjadi 11,3% pada Q3 2020. Dengan demikian, PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI mendorong upaya komunitas untuk menurunkan angka lost to follow up pada pasien TB dengan dukungan dari kader kesehatan setempat untuk mengantarkan OAT secara berkala, sekaligus memantau dan memastikan kepatuhan pengobatan pasien sampai dengan selesai pengobatan. Dengan demikian kegiatan ini diharapkan dapat menjadi salah satu upaya komunitas untuk dapat menjembatani akses pasien TB terhadap pengobatan sehingga mengurangi potensi terjadinya lost to follow up selama pengobatan.

Tujuan Kegiatan

Kegiatan Pertemuan *home-based TB Treatment Delivery / OAT Delivery* bertujuan untuk menjelaskan pelaksanaan terkait dukungan dari kader komunitas dengan mengantarkan OAT secara berkala ke rumah pasien sekaligus memantau dan memastikan kepatuhan pengobatan pasien sampai dengan selesai pengobatan.

Waktu Pelaksanaan Kegiatan

Kegiatan dilaksanakan mulai semester-2 tahun 2021 sampai dengan akhir tahun 2023.

Sasaran Kegiatan

Kegiatan ini dilakukan di 190 kabupaten/kota wilayah kerja PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI, dengan estimasi sasaran sebesar 5% dari angka temuan kasus komunitas yaitu sebesar 5.112 kasus pada Semester-2 tahun 2021, 18.078 kasus pada tahun 2022 dan 21.185 pada tahun 2023.

Mekanisme Pelaksanaan

Kegiatan Pertemuan Sosialisasi Home-Based TB Treatment Delivery yang akan dilaksanakan di level kabupaten/kota sebanyak satu kali di awal Semester-2 tahun 2021. Kegiatan diselenggarakan dan difasilitasi oleh SSR setempat, dengan detail sebagai berikut:

Peserta:

1. 30 orang Kader TB aktif
2. 10 orang petugas Puskesmas
3. 1 orang Fasilitator dari staf program
4. 1 orang finance
5. 1 orang narasumber dari dinas kesehatan

Materi:

1. Prosedur dan Standar Keamanan Distribusi dan Penyimpanan OAT (Dinkes Kab/Kota)
2. APD dan PPI yang diperlukan saat mengantarkan OAT ke rumah pasien (Dinkes Kab/Kota)
3. Pencatatan dan Pelaporan (SSR)

Output

1. Kegiatan Pertemuan Home-Based TB Treatment Delivery untuk pasien TB Sensitif Obat tersosialisasikan kepada kader TB, Puskesmas, dan Dinas Kesehatan setempat.
2. Kader TB memahami hal penting yang harus diperhatikan saat melaksanakan kegiatan Home-Based TB Treatment Delivery.

Struktur Pembiayaan

Kegiatan dilakukan selama 1 hari di level SSR dengan komponen budget berikut:

Peserta:

- Local Transport,
- Snack & Lunch

Fasilitator:

- Local Transport,
- Snack & Lunch

Panitia:

- Local Transport,

- Snack & Lunch

Narasumber:

- Snack & Lunch

Laporan

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

Lampiran

Jumlah pasien TB sensitif obat yang dapat difasilitasi dengan *home-based TB treatment delivery* di 190 Kab/Kota wilayah kerja PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

PROVINSI/KOTA/KABUPATEN	BL 5. Jumlah pasien yang diberikan layanan <i>Home-Based TB Treatment Delivery</i>		
	<i>(5% x Jumlah kasus TBC rujukan komunitas yang harus ditemukan dan diobati)</i>		
	2021	2022	2023
SUMATERA UTARA	206	1.263	1.480
Asahan	15	73	85
Deli Serdang	35	233	273
Karo	6	39	46
Kota Binjai	7	32	38
Kota Medan	99	566	662
Kota Padangsidimpuan	9	39	45
Kota Pematang Siantar	8	45	53
Labuhan Batu	6	54	63
Langkat	10	79	93
Simalungun	11	104	122
SUMATERA BARAT	53	199	234
Kota Padang	41	153	180
Padang Pariaman	12	46	54
RIAU	151	589	689

Bengkalis	15	59	69
Indragiri Hilir	11	45	52
Kota Dumai	13	49	57
Kota Pekanbaru	69	267	312
Rokan Hilir	22	84	98
Rokan Hulu	22	86	100
KEPRI	72	272	319
Karimun	8	31	36
Kota Tanjung Pinang	9	37	43
Kota Batam	55	204	239
SUMATERA SELATAN	98	540	633
Banyu Asin	21	95	112
Kota Prabumulih	5	30	36
Kota Palembang	58	298	349
Muara Enim	9	70	81
Ogan Ilir	5	47	55
BANGKA BELITUNG	17	70	82
Bangka	8	31	36
Kota Pangkal Pinang	10	39	46
BENGKULU	18	81	96
Kota Bengkulu	13	58	69
Rejang Lebong	5	22	27
JAMBI	21	55	61
Kota Jambi	21	55	61
LAMPUNG	325	605	708
Kota Bandar Lampung	20	142	167
Lampung Selatan	13	88	102
Lampung Tengah	12	100	117
Lampung Timur	3	79	92
Lampung Utara	4	54	62
Pesawaran	6	34	40
Pringsewu	1	37	43
Tanggamus	257	50	58
Tulangbawang Barat	9	22	26
BANTEN	693	994	1.164
Kota Cilegon	60	45	53
Kota Serang	79	65	76
Kota Tangerang	43	225	263
Tangerang	24	296	346
Kota Tangerang Selatan	27	160	187

Lebak	379	91	107
Serang	80	111	131
DKI JAKARTA	1.309	1.473	1.725
Kota Jakarta Barat	75	312	365
Kota Jakarta Pusat	114	214	250
Kota Jakarta Selatan	54	292	342
Kota Jakarta Timur	977	443	520
Kota Jakarta Utara	88	212	248
JAWA BARAT	1.398	3.937	4.610
Bandung	62	341	398
Bandung Barat	134	116	136
Bekasi	19	242	284
Bogor	47	520	610
Ciamis	43	76	89
Cianjur	43	181	212
Cirebon	22	194	227
Garut	29	169	197
Sumedang	9	92	108
Indramayu	36	115	134
Kota Cirebon	76	37	44
Karawang	62	158	185
Kota Bandung	31	296	347
Kota Bekasi	18	242	283
Kota Bogor	53	121	142
Kota Cimahi	17	68	80
Kota Depok	9	205	240
Kota Tasikmalaya	45	70	82
Kota Sukabumi	20	36	43
Sukabumi	23	188	221
Kuningan	16	86	101
Majalengka	24	89	104
Purwakarta	26	63	74
Subang	520	117	137
Tasikmalaya	15	113	133
JAWA TENGAH	576	2.466	2.890
Banjarnegara	21	64	75
Kebumen	10	83	97
Banyumas	13	122	144
Purbalingga	11	65	76
Batang	20	57	67

Blora	15	57	67
Grobogan	19	91	106
Boyolali	23	67	79
Klaten	28	88	103
Brebes	17	136	159
Cilacap	16	120	141
Demak	21	82	97
Kudus	17	67	78
Jepara	15	93	108
Pati	13	88	103
Karanganyar	19	63	74
Kendal	7	70	82
Pemalang	12	100	117
Kota Pekalongan	39	34	40
Pekalongan	15	67	79
Kota Semarang	14	167	196
Semarang	13	75	88
Kota Surakarta	22	57	67
Sragen	11	61	71
Magelang	15	90	105
Purworejo	15	49	58
Sukoharjo	21	68	80
Wonogiri	12	64	75
Tegal	12	108	127
Temanggung	69	53	62
Wonosobo	19	59	69
DI YOGYAKARTA	590	268	313
Bantul	11	72	84
Sleman	10	85	99
Gunung Kidul	6	43	51
Kota Yogyakarta	550	40	47
Kulon Progo	12	27	32
JAWA TIMUR	578	2.701	3.161
Bangkalan	14	63	73
Banyuwangi	17	107	126
Bojonegoro	11	83	98
Tuban	12	81	94
Bondowoso	22	55	65
Situbondo	19	54	64
Gresik	40	100	117

Lamongan	15	83	96
Jember	6	179	210
Lumajang	13	72	84
Jombang	23	88	102
Mojokerto	13	70	83
Kediri	22	102	120
Nganjuk	29	65	76
Kota Malang	77	104	121
Malang	43	163	191
Kota Surabaya	12	369	430
Sidoarjo	13	167	195
Madiun	9	47	55
Ponorogo	13	56	66
Magetan	12	40	47
Ngawi	13	49	58
Pamekasan	18	57	67
Sampang	7	57	67
Pasuruan	12	120	141
Probolinggo	11	77	91
Sumenep	18	70	82
Trenggalek	55	43	50
Tulungagung	9	81	95
BALI	151	225	265
Badung	13	36	42
Kota Denpasar	4	99	118
Buleleng	4	54	64
Gianyar	123	18	21
Tabanan	6	18	21
NUSA TENGGARA BARAT	147	462	542
Bima	22	23	26
Kota Mataram	27	66	77
Lombok Barat	37	82	96
Lombok Tengah	13	102	119
Lombok Timur	41	140	163
Sumbawa	6	50	60
NUSA TENGGARA TIMUR	77	195	230
Kota Kupang	8	29	34
Kupang	6	66	78
Sikka	6	36	42
Sumba Barat Daya	48	29	34

Timor Tengah Selatan	8	36	42
KALIMANTAN BARAT	62	258	314
Ketapang	7	32	44
Kota Pontianak	10	63	78
Kota Singkawang	4	41	39
Kubu Raya	6	40	50
Pontianak	7	16	23
Sanggau	20	36	42
Sintang	9	30	37
KALIMANTAN TENGAH	41	79	92
Kota Palangka Raya	26	34	39
Kotawaringin Timur	16	45	53
KALIMANTAN SELATAN	87	100	118
Banjar	64	61	71
Tanah Bumbu	23	39	46
KALIMANTAN UTARA	10	36	41
Kota Tarakan	10	36	41
KALIMANTAN TIMUR	133	248	290
Kota Balikpapan	3	90	105
Kota Samarinda	9	119	139
Kutai Timur	121	39	46
SULAWESI UTARA	20	94	109
Kota Bitung	9	29	34
Kota Manado	11	65	75
SULAWESI SELATAN	68	605	710
Bone	6	79	93
Bulukumba	4	41	49
Gowa	5	82	96
Kota Makassar	6	217	254
Jeneponto	10	36	42
Maros	11	34	41
Pinrang	7	39	46
Sidenreng Rappang	4	34	39
Wajo	14	43	50
SULAWESI BARAT	9	31	37
Mamuju	9	31	37
SULAWESI TENGGARA	16	57	67
Kota Kendari	8	36	42
Muna	8	21	25
SULAWESI TENGAH	13	50	59

Kota Palu	13	50	59
PAPUA	28	109	127
Kota Jayapura	28	109	127
PAPUA BARAT	5	18	19
Kota Sorong	5	18	19
Total	4.063	18.076	21.185

Latar Belakang

Angka peningkatan kasus covid-19 terus meningkat di Indonesia adalah 4.178.164 kasus positif COVID-19 dengan 3.953.519 juta pasien di antaranya sembuh, sedangkan 139.682 pasien meninggal (<https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19>, diakses pada 16 September 2021). Masih ada 84.963 kasus aktif (<https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19>, diakses 16 September 2021). Kemenkes RI melaporkan, ada 47 varian baru impor COVID-19 yang ditemukan di Indonesia per 16 Juni 2021. Jumlah kejadian kasus COVID-19 bersifat dinamis. Biasanya meningkat pada hari libur karena mobilitas penduduk yang tinggi pada periode tersebut. Semua 34 provinsi dan 494 kabupaten pernah melaporkan kasus COVID-19. Saat ini, Pemerintah Indonesia sedang mempercepat cakupan vaksinasi COVID-19 untuk memutus penularan di masyarakat.

Program TB tentu terganggu dengan ada pandemic covid-19 terutama karena lima hal yang utama (1) Pengalihan sumber daya pengendalian TB ke kegiatan pengendalian COVID 19 meliputi pengalihan sumber daya manusia, infrastruktur, dan pendanaan; (2) Terganggunya kegiatan rutin pengendalian TB, seperti pengangkutan dahak, pemeriksaan laboratorium, pencatatan dan pelaporan; (3) Keterlambatan kegiatan terencana dan inovatif untuk mencapai target ambisius eliminasi TB, seperti penemuan kasus aktif, rencana percepatan PMDT, rencana percepatan TPT, dan rencana pencegahan dan perawatan TB campuran pemerintah swasta; (4) Pasien TB di masyarakat mengalami penurunan akses ke fasilitas kesehatan yang mempengaruhi perilaku mencari perawatan, dan (5) Rencana kegiatan pelibatan masyarakat untuk mendukung kegiatan TB mengalami keterlambatan pelaksanaan akibat keterbatasan gerak dan berkurangnya sumber daya.

Deteksi kasus TB tahun 2020 mengalami penurunan sebesar 38% dibandingkan tahun 2019. Kematian terkait TB dan mangkir meningkat yang ditunjukkan dengan penurunan angka keberhasilan pengobatan sebesar 1%. Angka TB MDR meningkat menjadi 65%, namun deteksinya kurang dari 50% dari target yang sudah ditetapkan.

Melihat kondisi diatas, PR TB, mitra, dan pemangku kepentingan mengembangkan rencana pemulihan untuk mengatasi gangguan layanan TB. Beberapa strategi dalam rencana pemulihan, yang terutama terkait dengan masalah pertama (prioritas sumber daya) dan (perilaku pencarian kesehatan orang dengan TB). Dukungan yang diberikan untuk mendorong penemuan kasus secara aktif yakni dengan memaksimalkan orang yang terduga TBC mau periksa Puskesmas dengan cara membantu orang yang terduga mengantarkan dahak ke Puskesmas untuk diperiksa oleh tenaga kesehatan. Pengantaran dahak didukung dengan pengadaan cooler box untuk digunakan oleh kader untuk mengantarkan dahak ke PKM dan disimpan di cooler yang telah disediakan.

Tujuan

Pengadaan cooler box untuk digunakan kader komunitas melakukan pengumpulan dan mengirimkan dahak untuk diperiksa oleh tenaga kesehatan di Puskesmas

Mekanisme Pengadaan

1. Pengadaan cooler box dilakukan Kabupaten-Kota (SSR/IU)
2. Perhitungan kebutuhan sesuai dengan data jumlah kader aktif di masing-masing wilayah.

Waktu Pelaksanaan

Kegiatan dilaksanakan mulai: Tahun 2021 (semester 2) pengadaan cooler box

Keluaran

Tersedianya cooler box yang akan digunakan oleh kader

Perhitungan kebutuhan APD

Pengadaan Cooler box sesuai dengan yang ada di POA.

Latar Belakang

Upaya penanggulangan TBC di Indonesia dihadapkan pada tantangan-tantangan baru yang muncul dari hadirnya pandemi COVID-19, diantaranya terkait upaya pencegahan, pelayanan kesehatan, pengobatan dan pengendalian TBC. Mengingat karakteristiknya serupa, maka perlu menyelaraskan upaya penanganan TBC dengan respon COVID-19. Terutama intervensi yang tepat di tingkat masyarakat, upaya intervensi TBC dan COVID-19 dapat efektif bila dipusatkan pada layanan kesehatan primer. Penanggulangan dan pengendalian TBC tetap harus dapat berjalan berdampingan dengan penanganan respons COVID-19.

Banyak hal yang dapat diintegrasikan dengan adanya pandemi COVID-19, seperti penggunaan masker, investigasi kontak, mengikutsertakan komunitas untuk melakukan investigasi kontak, dan optimalisasi peralatan laboratorium untuk pemeriksaan COVID-19 dan TBC. Penyesuaian upaya penanggulangan TBC terus dilakukan dengan mensosialisasikan pengintegrasian investigasi kontak TBC dengan pelacakan kasus COVID-19 dengan para petugas kesehatan di puskesmas.

Dengan upaya pengintegrasian antara program TBC dengan respons COVID-19 diharapkan kader sebagai bagian implementer lapangan komunitas perlu mengetahui dan memperbaharui informasi terkait hal tsb. Sehingga dibutuhkan pelatihan/workshop bagi kader terkait TBC & COVID-19 untuk memahami implementasi lapangan dan kaitan integrasi layanan TBC & COVID-19.

Deskripsi Kegiatan

1. Pelatihan/workshop bagi kader terkait TBC & COVID-19 dilaksanakan selama 1 hari di tingkat kabupaten/kota.
2. Narasumber berasal dari 2 unsur program TBC & COVID-19 diantaranya Dinkes/Puskesmas dan Satgas COVID-19 setempat.
3. Sebagai bentuk upaya memandirikan masyarakat dalam mengatasi permasalahan TBC di masa pandemi COVID-19 ini, perlu dilakukan pelatihan/workshop bagi kader terkait TBC & COVID-19 yang mencakup, yaitu:
 - Pengetahuan tentang TBC dan COVID-19 (informasi umum, gejala, pencegahan, meminimalkan risiko masa pandemi COVID-19, dsb)
 - Pengetahuan tentang Protokol Pelayanan TBC saat masa pandemi COVID-19

Tujuan

Kegiatan pelatihan/workshop TB & COVID-19 kepada kader ini untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman terkait penyakit TBC dan COVID-19 serta Protokol Pelayanan TBC saat masa Pandemi COVID-19.

Peserta Kegiatan

Narasumber

- 1 orang dari program TB: Dinkes/Puskesmas
- 1 orang dari program COVID-19: Satgas COVID-19 setempat

Fasilitator

1 orang program staff SSR/IU

Panitia

1 orang finance staff SSR/IU

Peserta

26 orang kader

Waktu Pelaksanaan

Dilaksanakan di Q3-2021 selama 1 hari

Struktur Anggaran

Narasumber

- Snack & lunch
- Local transport
- Fee narasumber

Fasilitator (SSR/IU)

- Snack & lunch
- Local transport

Panitia (SSR/IU)

- Snack & lunch
- Local transport

Peserta

- Snack & lunch
- Local transport

Output

Adanya kader yang memiliki pengetahuan dan pemahaman terkait penyakit TBC dan COVID-19 serta Protokol Pelayanan TBC saat masa Pandemi COVID-19.

Laporan

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

Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu negara dengan TBC Burden tertinggi ketiga di dunia. Menurut laporan WHO, insidensi tuberkulosis di Indonesia pada tahun 2018 adalah 316 per 100.000 penduduk. Sementara itu sekitar 845.000 penduduk menderita tuberkulosis pada tahun 2018 (WHO, 2019a).

Beban penyakit tuberkulosis yang tertinggi diperkirakan berada pada kelompok usia 25-34 tahun, dengan prevalensi 753 per 100.000 penduduk. Laki-laki memiliki tingkat prevalensi yang lebih tinggi yaitu 1.083 per 100.000 penduduk dibandingkan dengan prevalensi perempuan sebesar 461 per 100.000 penduduk. Ada beban Tuberkulosis yang lebih tinggi di perkotaan (846 per 100.000 populasi) dibandingkan dengan pedesaan (674 per 100.000 populasi) dan di antara lansia yang berusia di atas 65 tahun (1.582 per 100.000). (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

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

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

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

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

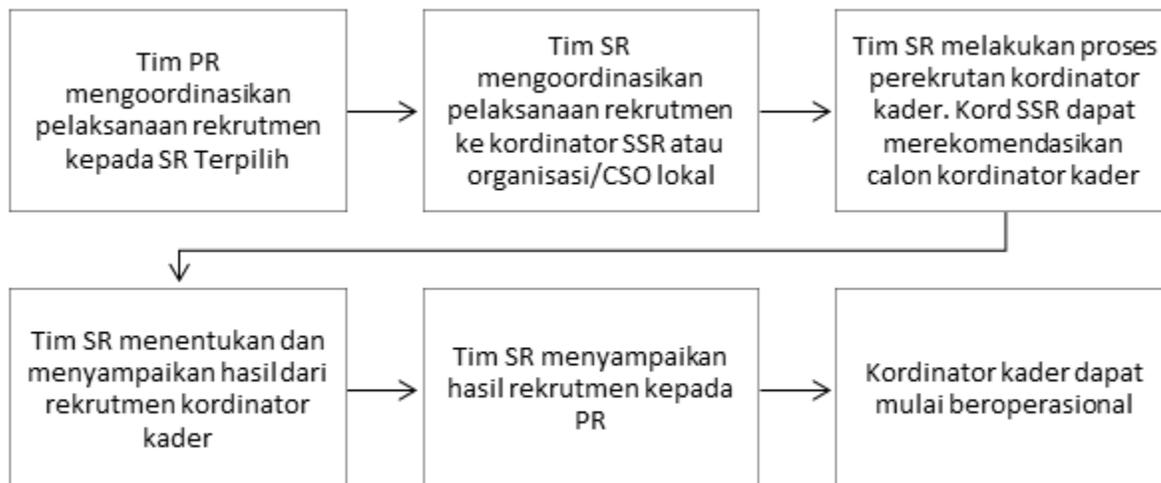
Tujuan

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

Deskripsi Kegiatan

- Koordinator kader bertanggung jawab untuk mengkoordinasi kegiatan investigasi kontak, *community outreach* dan memastikan pendampingan pasien TB RO yang menjalani pengobatan di PKM.
- Kordinator kader bekerjasama dengan PKM untuk memberikan menentukan PMO bagi pasien TB SO
- Kordinator kader bertugas menghubungkan pasien TB RO kepada layanan (PKM rujukan PMDT) dan kelompok dukungan yang tersedia dari awal hingga selesai pengobatan.
- Kordinator kader bertanggungjawab dan mengkoordinasikan kader-kader antar kecamatan.
- Kordinator kader membantu kordinator SSR untuk melakukan validasi ke PKM
- Kordinator kader dibentuk berdasarkan kecamatan dan dibawah kordinasi kordinator SSR

Mekanisme Rekrutment Kordinator Kader



Kordinator kader setidaknya memiliki kriteria sebagai berikut

- Terbuka untuk kader perempuan maupun laki-laki
- Bersedia dan komitmen sebagai kordinator kader.
- Merupakan kader terlatih minimal 2 tahun terakhir di program TBC, ATAU kader kesehatan di 22 Kabupaten/Kota baru.
- Memiliki kemampuan berkomunikasi dan berinteraksi dengan kader,

- Memiliki kemampuan melakukan koordinasi dan komunikasi dengan Puskesmas dan kader lintas Kecamatan

Tugas kordinator kader kecamatan adalah sebagai berikut:

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

Jumlah Koordinator Kader

- Koordinator kader akan direkrut 1 orang per kabupaten-kota.
- Total target dari 190 kabupaten-kota sebanyak 190 koordinator kecamatan yang akan direkrut.

Mekanise dan syarat Pembayaran

- Pembayaran dilakukan setiap bulan (monthly allowance) Rp. 900.000 dengan rincian sebagai berikut:
 - Subsidi Transport (150,000) x 6 hari (dalam sebulan)
- Pembayaran dapat dilakukan setelah melampirkan timesheet dan form validasi di PKM verifikasi dari PKM dan disetujui oleh koordinator SSR
- Tugas dan Tanggungjawab akan diatur dalam Surat Perjanjian Kerja (SPK).

Laporan

- Kordinator kader harus melampirkan SPK dan timesheet (template timesheet) – SPK dilampirkan pada saat pertama *allowance* diberikan.
- Laporan hasil validasi dari PKM yang sudah di otorisasi oleh Puskesmas.

Kordinator Kader dapat dialihkan ke Kabupaten-Kota lainnya sesuai dengan kebutuhan dengan mengirimkan informasi perubahan ke PR beserta justifikasi pemindahan kordinator kader

Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Berdasarkan Global TB Report (2020), angka estimasi kasus TB di Indonesia sebesar 845.000 dengan total kasus TB ternotifikasi sebesar 566.846. Namun, hadirnya pandemi Covid-19 sejak awal tahun 2020 menjadi tantangan baru bagi upaya eliminasi TBC di Indonesia. Jumlah kasus terkonfirmasi Covid-19 mencapai angka 4,188,529 dan masih terdapat 65,066 kasus aktif Covid-19 hingga saat ini. Berdasarkan fakta tersebut, upaya pencegahan dan pengendalian penularan TBC dan Covid-19 perlu mendapatkan perhatian khusus karena kedua penyakit tersebut termasuk kategori penyakit menular dengan jumlah kasus yang cukup tinggi di Indonesia hingga saat ini. TBC dan Covid-19 adalah penyakit yang ditransmisikan melalui udara (*air-borne diseases*) yang disebabkan karena adanya penyebaran agen infeksius (bakteri, virus, jamur, dsb) melalui percikan pernapasan (*droplet nuclei*) yang berada di udara dengan jarak dan durasi tertentu. Dengan demikian perlu upaya lebih spesifik untuk mencegah dan mengendalikan penularan penyakit infeksi yang menular melalui udara baik di fasilitas kesehatan maupun dalam konteks masyarakat umum atau komunitas (non-fasilitas kesehatan).

Pencegahan dan pengendalian infeksi pada fasilitas layanan kesehatan di Indonesia sudah diatur dalam Peraturan Menteri kesehatan nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan. Selain pada fasilitas kesehatan, kegiatan masyarakat di lingkungan interaksi sosial juga perlu memperhatikan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi, terutama untuk penyakit yang menular seperti TBC dan Covid-19. Pada tahun 2009, World Health Organization menerbitkan pedoman pengendalian infeksi untuk TBC pada berbagai setting, termasuk salah satunya berfokus pada *congregate settings*. *Congregate Setting* adalah suatu lingkungan dimana sejumlah orang bertemu dan berbagi ruangan sosial dalam jangka waktu tertentu. Beberapa contoh dari *congregate setting* yaitu sekolah, penitipan anak, tempat kerja, penjara, shelter (rumah singgah atau lokasi hunian pasca bencana), fasilitas rehabilitasi, asrama, dan lainnya. Situasi dalam *congregate setting* tersebut dapat meningkatkan risiko infeksi penyakit menular. Potensi dan peningkatan risiko penularan terjadi karena adanya kepadatan sosial sehingga penularan dapat mudah terjadi dan dari lokasi *congregate setting* tersebut dapat berpotensi menjadi penyebab penularan kepada kontak dekat atau orang satu rumah. WHO dalam panduannya membagi 2 jenis *congregate setting* menjadi 2 (dua) jenis; (1) jangka waktu lama, seperti penjara, asrama dan (2) jangka waktu pendek, seperti shelter, sekolah, dan tempat kerja. Dalam panduan tersebut, PPI TBC di fasilitas non-kesehatan lebih sederhana (tidak terlalu spesifik) dibandingkan dengan fasilitas kesehatan karena situasi yang bervariasi pada setiap jenis lokasi *congregate setting*, seperti faktor profil demografi dan durasi lama tinggal di lokasi tersebut.

Pencegahan dan Pengendalian infeksi TBC di *congregate setting* menurut panduan WHO meliputi serangkaian kegiatan, yaitu; **(1) Manajemen;** Pimpinan suatu institusi yang termasuk dalam kategori *congregate setting* harus membangun komunikasi intensif dengan pemangku kepentingan terkait program penanggulangan TBC, sehingga lokasi tersebut masuk dalam program surveilans dari program TBC, termasuk dilakukannya asesmen fasilitas. Pengelola juga mengembangkan paket KIE (Komunikasi-Informasi & Edukasi) spesifik pada TBC dan dapat diperluas pada penyakit menular lainnya, **(2) Pemantauan dari sisi administratif;** prinsipnya seluruh penghuni harus dilakukan skrining TBC sebelum masuk ke lokasi. Berdasarkan hasil skrining, penghuni dengan kondisi sesuai kriteria perujukan akan dipisahkan untuk diperiksa. Jika terinfeksi TBC, disiapkan ruang isolasi dengan ventilasi yang baik hingga selesai tahap intensif, jika tidak tersedia, perlu dipastikan ada kerjasama dengan fasilitas kesehatan untuk perujukan. Begitupun terkait pemberian OAT dan pemantauan menelan OAT dilakukan oleh tim dari institusi bekerjasama dengan fasilitas layanan kesehatan terdekat, **(3) Pemantauan lingkungan;** bangunan yang tersedia di *congregate setting* idealnya memiliki pengaturan ventilasi yang baik. Namun untuk bangunan lama, dapat menggunakan alat UVGI (*Upper-Room Ultraviolet Germicidal Irradiation*), dan **(4) Alat Pelindung Diri** yang digunakan memberikan layanan pada terduga dan pasien TBC. Adapun model PPI pada setting komunitas yang akan dikembangkan dapat merujuk pada pedoman tersebut dan dapat sekaligus digunakan dalam upaya mitigasi penyakit menular udara lainnya terutama Covid-19.

Kegiatan ini merupakan kelanjutan dari BL 314 yaitu penyusunan panduan PPI pada *Congregate Setting* untuk 20 lokasi yang akan menjadi model pelaksanaan. Sebagai tahap selanjutnya, dalam kegiatan ini akan dilakukan diseminasi kepada SR, SSR dan multi pihak terkait mengenai panduan yang telah disusun dan rencana implementasi PPI pada 20 titik yang akan menjadi model pelaksanaan PPI di *congregate setting*. Dengan demikian berdasarkan latar belakang yang telah disampaikan, sebagai kelanjutan dari penyusunan panduan PPI, maka PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI perlu melakukan kegiatan diseminasi Panduan PPI tersebut baik di 20 Kab/Kota lokasi model, maupun di 190 Kab/Kota wilayah kerja PR Konsorsium-Komunitas Penabulu-STPI.

Tujuan Kegiatan

Diseminasi Panduan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC untuk Fasilitas Non-Kesehatan atau di *Congregate Setting* dilaksanakan dengan tujuan sebagai berikut :

1. Memberikan pemahaman mengenai Panduan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* yang akan dilaksanakan di 20 Kabupaten/Kota
2. Memberikan informasi, pemahaman, dan pembelajaran mengenai model PPI Non-Faskes kepada 170 Kab/Kota wilayah kerja PR Konsorsium Komunitas yang lainnya

Waktu Pelaksanaan

1. Pelaksanaan diseminasi panduan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* kepada 20 SR dan SSR akan dilaksanakan pada Triwulan-4 tahun 2021
2. Pelaksanaan diseminasi hasil pembelajaran pelaksanaan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* akan dilaksanakan pada Triwulan-1 tahun 2022

Pelaksana Kegiatan

Pelaksana Kegiatan adalah PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

Target Peserta

Peserta kegiatan diseminasi di tahun 2021 dan 2022 terdiri dari :

1. SR Manager
2. PMEL Coordinator SR
3. Staf Program SSR
4. Staf Finance SSR
5. Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab/Kota Setempat

Deskripsi Kegiatan

Kegiatan diseminasi panduan PPI akan dilaksanakan secara daring (*online*) dengan menghadirkan Tim SR, SSR dan pemangku kepentingan terkait pengembangan model yang akan dilaksanakan. Kegiatan diseminasi dibagi menjadi dua tahap, yaitu :

1. Diseminasi panduan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* pada Triwulan-4 tahun 2021, target untuk 20 titik pilot/model implementasi PPI
2. Diseminasi hasil pembelajaran implementasi model PPI pada Triwulan-1 tahun 2022, target untuk 190 kab/ kota wilayah intervensi Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dan persiapan perluasan implementasi PPI pada 80 titik lainnya

Masing-masing tahap dilaksanakan selama 2 hari pertemuan. Kegiatan akan dilaksanakan oleh PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dengan dukungan tenaga ahli yang terlibat dalam tim penyusun panduan.

Keluaran yang Diharapkan

1. Peserta memahami prinsip dan model PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings*
2. Adanya rencana kerja dan timeline pelaksanaan model PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* di 20 Kab/Kota
3. Adanya hasil pembelajaran dari pelaksanaan model PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* di 20 Kab/Kota

Struktur Pembiayaan

Alokasi pembiayaan untuk mendukung terlaksananya diseminasi panduan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* di non-fasyankes ini adalah expert fee untuk tenaga ahli dan paket data untuk peserta pertemuan selama masing-masing 2 hari pertemuan dengan rincian sebagai berikut :

1. Diseminasi Tahap-1 Sosialisasi Panduan PPI (TW-4 2021)

- Peserta dari 20 kab/kota target implementasi model PPI (SSR, SR, Dinkes Kab/Kota dan provinsi) dan PR Konsorsium
100 orang x Rp 50.000 x 2 hari
- Tenaga ahli
5 orang x Rp1.000.000 x 2 hari

2. Diseminasi Tahap-2 Hasil Pembelajaran Implementasi PPI (TW-1 2022)

- Peserta dari 190 kab/kota wilayah kerja komunitas (SSR, SR, Dinkes Kab/Kota dan provinsi) dan PR Konsorsium
950 orang x Rp 50.000 x 2 hari
- Tenaga ahli
5 orang x Rp1.000.000 x 2 hari

Laporan

Laporan kegiatan dan keuangan sesuai dengan aturan PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI yang telah tersedia, termasuk persyaratan pembayaran pulsa pertemuan online dan fee tenaga ahli.

Daftar Provinsi wilayah kerja implementasi model PPI - 20 titik

(berdasarkan data capaian S1 2021 dengan indikator TCP-7c > 25%)

No	SR	Jumlah Kabupaten-Kota
1	Sumut	2
2	Sumsel	2
3	Lampung	2
4	Jateng	2
5	Jatim	2
6	Kalbar	2
7	Sulut	2
8	Sulsel	2
9	Sultra	2
10	NTT	2

Note : Pemilihan kegiatan di 2 Kabupaten-Kota ditentukan oleh SR

Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Berdasarkan Global TB Report (2020), angka estimasi kasus TB di Indonesia sebesar 845.000 dengan total kasus TB ternotifikasi sebesar 566.846. Namun, hadirnya pandemi Covid-19 sejak awal tahun 2020 menjadi tantangan baru bagi upaya eliminasi TBC di Indonesia. Jumlah kasus terkonfirmasi Covid-19 mencapai angka 4,188,529 dan masih terdapat 65,066 kasus aktif Covid-19 hingga saat ini. Berdasarkan fakta tersebut, upaya pencegahan dan pengendalian penularan TBC dan Covid-19 perlu mendapatkan perhatian khusus karena kedua penyakit tersebut termasuk kategori penyakit menular dengan jumlah kasus yang cukup tinggi di Indonesia hingga saat ini. TBC dan Covid-19 adalah penyakit yang ditransmisikan melalui udara (*air-borne diseases*) yang disebabkan karena adanya penyebaran agen infeksius (bakteri, virus, jamur, dsb) melalui percikan pernapasan (*droplet nuclei*) yang berada di udara dengan jarak dan durasi tertentu. Dengan demikian perlu upaya lebih spesifik untuk mencegah dan mengendalikan penularan penyakit infeksi yang menular melalui udara baik di fasilitas kesehatan maupun dalam konteks masyarakat umum atau komunitas (non-fasilitas kesehatan).

Pencegahan dan pengendalian infeksi pada fasilitas layanan kesehatan di Indonesia sudah diatur dalam Peraturan Menteri kesehatan nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan. Selain pada fasilitas kesehatan, kegiatan masyarakat di lingkungan interaksi sosial juga perlu memperhatikan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi, terutama untuk penyakit yang menular seperti TBC dan Covid-19. Pada tahun 2009, World Health Organization menerbitkan pedoman pengendalian infeksi untuk TBC pada berbagai setting, termasuk salah satunya berfokus pada *congregate settings*. *Congregate Setting* adalah suatu lingkungan dimana sejumlah orang bertemu dan berbagi ruangan sosial dalam jangka waktu tertentu. Beberapa contoh dari *congregate setting* yaitu sekolah, penitipan anak, tempat kerja, penjara, shelter (rumah singgah atau lokasi hunian pasca bencana), fasilitas rehabilitasi, asrama, dan lainnya. Situasi dalam *congregate setting* tersebut dapat meningkatkan risiko infeksi penyakit menular. Potensi dan peningkatan risiko penularan terjadi karena adanya kepadatan sosial sehingga penularan dapat mudah terjadi dan dari lokasi *congregate setting* tersebut dapat berpotensi menjadi penyebab penularan kepada kontak dekat atau orang satu rumah. WHO dalam panduannya membagi 2 jenis *congregate setting* menjadi 2 (dua) jenis; (1) jangka waktu lama, seperti penjara, asrama dan (2) jangka waktu pendek, seperti shelter, sekolah, dan tempat kerja. Dalam panduan tersebut, PPI TBC di fasilitas non-kesehatan lebih sederhana (tidak terlalu spesifik) dibandingkan dengan fasilitas kesehatan karena situasi yang bervariasi pada setiap jenis

lokasi *congregate setting*, seperti faktor profil demografi dan durasi lama tinggal di lokasi tersebut.

Pencegahan dan Pengendalian infeksi TBC di *congregate setting* menurut panduan WHO meliputi serangkaian kegiatan, yaitu; **(1) Manajemen;** Pimpinan suatu institusi yang termasuk dalam kategori *congregate setting* harus membangun komunikasi intensif dengan pemangku kepentingan terkait program penanggulangan TBC, sehingga lokasi tersebut masuk dalam program surveilans dari program TBC, termasuk dilakukannya asesmen fasilitas. Pengelola juga mengembangkan paket KIE (Komunikasi-Informasi & Edukasi) spesifik pada TBC dan dapat diperluas pada penyakit menular lainnya, **(2) Pemantauan dari sisi administratif;** prinsipnya seluruh penghuni harus dilakukan skrining TBC sebelum masuk ke lokasi. Berdasarkan hasil skrining, penghuni dengan kondisi sesuai kriteria perujukan akan dipisahkan untuk diperiksa. Jika terinfeksi TBC, disiapkan ruang isolasi dengan ventilasi yang baik hingga selesai tahap intensif, jika tidak tersedia, perlu dipastikan ada kerjasama dengan fasilitas kesehatan untuk perujukan. Begitupun terkait pemberian OAT dan pemantauan menelan OAT dilakukan oleh tim dari institusi bekerjasama dengan fasilitas layanan kesehatan terdekat, **(3) Pemantauan lingkungan;** bangunan yang tersedia di *congregate setting* idealnya memiliki pengaturan ventilasi yang baik. Namun untuk bangunan lama, dapat menggunakan alat UVGI (*Upper-Room Ultraviolet Germicidal Irradiation*), dan **(4) Alat Pelindung Diri** yang digunakan memberikan layanan pada terduga dan pasien TBC. Adapun model PPI pada setting komunitas yang akan dikembangkan dapat merujuk pada pedoman tersebut dan dapat sekaligus digunakan dalam upaya mitigasi penyakit menular udara lainnya terutama Covid-19.

Kegiatan ini merupakan kelanjutan dari BL 315 tahap pertama, yaitu diseminasi panduan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate setting* pada 20 lokasi yang akan menjadi model pelaksanaan PPI. Setelah dilakukan diseminasi panduan, kegiatan dilanjutkan dengan workshop PPI yang dilakukan langsung di 20 lokasi implementasi terpilih berdasarkan identifikasi pada tahap sebelumnya dan 80 lokasi implementasi lanjutan lainnya. Workshop PPI dilaksanakan oleh tim SSR Konsorsium Komunitas dengan fokus pencegahan dan pengendalian TBC dan Covid-19 sebagai penyakit menular infeksius, termasuk menyusun prosedur yang disepakati serta komitmen bersama dalam mitigasi penularan TBC dan Covid-19 sesuai dengan jenis dan karakteristik *congregate setting* di lokasi masing-masing. Dengan demikian berdasarkan latar belakang yang telah disampaikan, sebagai kelanjutan dari diseminasi panduan PPI, maka Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI perlu melakukan kegiatan Workshop PPI untuk Lingkungan Non-Fasyankes atau *Congregate Settings* di lokasi yang akan menjadi model implementasi kegiatan.

Tujuan Kegiatan

Workshop Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC dan Covid-19 untuk Fasilitas Non-Kesehatan atau di *Congregate Setting* dilaksanakan dengan tujuan sebagai berikut :

1. Memberikan pemahaman mengenai Panduan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* kepada institusi sasaran dan stakeholder terkait
2. Melakukan asesmen institusi terkait upaya pencegahan dan kesiapsiagaan TBC dan Covid-19

3. Menyusun, mengembangkan, dan menyepakati prosedur standar institusi dalam upaya mitigasi penularan TBC dan Covid-19, termasuk sistem rujukan dan integrasi institusi dengan surveilans fasyankes setempat

Waktu Pelaksanaan

Workshop PPI akan dilaksanakan sebanyak satu kali pada Triwulan-4 2021 untuk 20 lokasi model implementasi PPI, dan dilanjutkan dengan 80 titik implementasi PPI lainnya pada Triwulan-1 2022 sebagai pengembangan implementasi dari 20 titik pada tahun 2021. Durasi kegiatan masing-masing selama 3 hari yang dilaksanakan di 20 lokasi implementasi model PPI untuk tahun 2021 dan 80 lokasi untuk tahun 2022.

Pelaksana Kegiatan

Kegiatan workshop akan diselenggarakan dan difasilitasi oleh SSR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI di masing-masing kabupaten/kota

Target Peserta dan Narasumber

Peserta dan Narasumber kegiatan workshop PPI terdiri dari :

Peserta

1. Perwakilan institusi lokasi implementasi model PPI : 5 orang
2. Tim SSR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI : 3 orang
3. Mitra kerja Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI : 2 orang

Narasumber

1. Dinas kesehatan kabupaten/kota : 2 orang
2. Ahli kesehatan masyarakat : 2 orang
3. Perwakilan puskesmas setempat : 1 orang

Deskripsi Kegiatan

Kegiatan workshop panduan diseminasi panduan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau congregat settings dilaksanakan secara luring/tatap muka (*offline*). Kegiatan diselenggarakan dan difasilitasi oleh SSR setempat dengan menghadirkan peserta, narasumber dan pemangku kepentingan terkait. Kegiatan workshop berfokus pada upaya pencegahan dan pengendalian infeksi terutama TBC dan Covid-19. Workshop PPI dilaksanakan selama 3 hari pertemuan, dengan detail sebagai berikut:

1. **Workshop PPI Batch-1 / Tahun 2021, Triwulan-4** Dilaksanakan pada 20 titik lokasi yang menjadi **model** implementasi PPI
2. **Workshop PPI Batch-2 / Tahun 2022, Triwulan-1** Dilaksanakan pada 80 titik lokasi yang menjadi wilayah **perluasan** implementasi PPI setelah dilakukannya diseminasi hasil pembelajaran dari 20 titik model pada TW-1 tahun 2022

Adapun rincian jumlah peserta dan narasumber dalam **satu kali kegiatan workshop PPI** sebagai berikut:

Peserta

1. Perwakilan institusi lokasi implementasi model PPI : 5 orang
2. Tim SSR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI : 3 orang
3. Mitra kerja Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI : 2 orang

Narasumber

1. Dinas kesehatan kabupaten/kota : 2 orang
2. Ahli kesehatan masyarakat : 2 orang
3. Perwakilan puskesmas setempat : 1 orang

Struktur Pembiayaan

Alokasi pembiayaan untuk mendukung terlaksananya kegiatan *workshop* panduan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings* sebagaimana rincian berikut :

1. Workshop PPI Batch-1 / Tahun 2021, Triwulan-4 (untuk 20 titik model implementasi)

- Snack and lunch Rp 46.000 (sesuai SBU) x 15 orang x 3 hari
- Local Transport Rp 150.000 x 15 orang x 3 hari
- Stationary Rp 100.000 x 15 orang x 3 hari
- Resource person Rp 500.000 x 15 orang x 3 hari

2. Workshop PPI Batch-2 / Tahun 2022, Triwulan-1 (untuk 80 titik perluasan implementasi)

- Snack and lunch Rp 46.000 (sesuai SBU) x 15 orang x 3 hari
- Local Transport Rp 150.000 x 15 orang x 3 hari
- Stationary Rp 100.000 x 15 orang x 3 hari
- Resource person Rp 500.000 x 15 orang x 3 hari

Keluaran yang Diharapkan

1. Peserta workshop, termasuk institusi sasaran dan stakeholder terkait, memahami panduan PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate settings*
2. Terlaksananya asesmen institusi terkait upaya pencegahan dan kesiapsiagaan TBC dan Covid-19
3. Adanya prosedur standar institusi dalam upaya mitigasi penularan TBC dan Covid-19 yang disepakati bersama, termasuk sistem rujukan dan integrasi institusi dengan surveilans fasyankes setempat

Laporan

Laporan kegiatan dan keuangan sesuai dengan aturan PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI yang berlaku.

Daftar Provinsi wilayah kerja implementasi model PPI - 20 titik (berdasarkan data capaian S1 2021 dengan indikator TCP-7c > 25%)

No	SR	Jumlah Kabupaten-Kota
1	Sumut	2
2	Sumsel	2
3	Lampung	2
4	Jateng	2
5	Jatim	2
6	Kalbar	2
7	Sulut	2
8	Sulsel	2
9	Sultra	2
10	NTT	2

Note.

- Pemilihan 2 kabupaten-kota dan titik implementasi ditentukan oleh SR
- Wilayah perluasan implementasi PPI (80 titik) ditentukan setelah implementasi wilayah model PPI dimulai.

Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) masih menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Saat ini Indonesia berada pada peringkat ke-2 dengan kasus TB tertinggi di dunia setelah India. Berdasarkan Global TB Report (2020), angka estimasi kasus TB di Indonesia sebesar 845.000 dengan total kasus TB ternotifikasi sebesar 566.846. Namun, hadirnya pandemi Covid-19 sejak awal tahun 2020 menjadi tantangan baru bagi upaya eliminasi TBC di Indonesia. Jumlah kasus terkonfirmasi Covid-19 mencapai angka 4,188,529 dan masih terdapat 65,066 kasus aktif Covid-19 hingga saat ini. Berdasarkan fakta tersebut, upaya pencegahan dan pengendalian penularan TBC dan Covid-19 perlu mendapatkan perhatian khusus karena kedua penyakit tersebut termasuk kategori penyakit menular dengan jumlah kasus yang cukup tinggi di Indonesia hingga saat ini. TBC dan Covid-19 adalah penyakit yang ditransmisikan melalui udara (*air-borne diseases*) yang disebabkan karena adanya penyebaran agen infeksius (bakteri, virus, jamur, dsb) melalui percikan pernapasan (*droplet nuclei*) yang berada di udara dengan jarak dan durasi tertentu. Dengan demikian perlu upaya lebih spesifik untuk mencegah dan mengendalikan penularan penyakit infeksi yang menular melalui udara baik di fasilitas kesehatan maupun dalam konteks masyarakat umum atau komunitas (non-fasilitas kesehatan).

Pencegahan dan pengendalian infeksi pada fasilitas layanan kesehatan di Indonesia sudah diatur dalam Peraturan Menteri kesehatan nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan. Selain pada fasilitas kesehatan, kegiatan masyarakat di lingkungan interaksi sosial juga perlu memperhatikan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi, terutama untuk penyakit yang menular seperti TBC dan Covid-19. Pada tahun 2009, World Health Organization menerbitkan pedoman pengendalian infeksi untuk TBC pada berbagai setting, termasuk salah satunya berfokus pada *congregate settings*. *Congregate Setting* adalah suatu lingkungan dimana sejumlah orang bertemu dan berbagi ruangan sosial dalam jangka waktu tertentu. Beberapa contoh dari *congregate setting* yaitu sekolah, penitipan anak, tempat kerja, penjara, shelter (rumah singgah atau lokasi hunian pasca bencana), fasilitas rehabilitasi, asrama, dan lainnya. Situasi dalam *congregate setting* tersebut dapat meningkatkan risiko infeksi penyakit menular. Potensi dan peningkatan risiko penularan terjadi karena adanya kepadatan sosial sehingga penularan dapat mudah terjadi dan dari lokasi *congregate setting* tersebut dapat berpotensi menjadi penyebab penularan kepada kontak dekat atau orang satu rumah. WHO dalam panduannya membagi 2 jenis *congregate setting* menjadi 2 (dua) jenis; (1) jangka waktu lama, seperti penjara, asrama dan (2) jangka waktu pendek, seperti shelter, sekolah, dan tempat kerja. Dalam panduan tersebut, PPI TBC di fasilitas non-kesehatan lebih sederhana (tidak terlalu spesifik) dibandingkan dengan fasilitas kesehatan karena situasi yang bervariasi pada setiap jenis lokasi *congregate setting*, seperti faktor profil demografi dan durasi lama tinggal di lokasi tersebut.

Pencegahan dan Pengendalian infeksi TBC di *congregate setting* menurut panduan WHO meliputi serangkaian kegiatan, yaitu; **(1) Manajemen;** Pimpinan suatu institusi yang termasuk dalam kategori *congregate setting* harus membangun komunikasi intensif dengan pemangku kepentingan terkait program penanggulangan TBC, sehingga lokasi tersebut masuk dalam program surveilans dari program TBC, termasuk dilakukannya asesmen fasilitas. Pengelola juga mengembangkan paket KIE (Komunikasi-Informasi & Edukasi) spesifik pada TBC dan dapat diperluas pada penyakit menular lainnya, **(2) Pemantauan dari sisi administratif;** prinsipnya seluruh penghuni harus dilakukan skrining TBC sebelum masuk ke lokasi. Berdasarkan hasil skrining, penghuni dengan kondisi sesuai kriteria rujukan akan dipisahkan untuk diperiksa. Jika terinfeksi TBC, disiapkan ruang isolasi dengan ventilasi yang baik hingga selesai tahap intensif, jika tidak tersedia, perlu dipastikan ada kerjasama dengan fasilitas kesehatan untuk rujukan. Begitupun terkait pemberian OAT dan pemantauan menelan OAT dilakukan oleh tim dari institusi bekerjasama dengan fasilitas layanan kesehatan terdekat, **(3) Pemantauan lingkungan;** bangunan yang tersedia di *congregate setting* idealnya memiliki pengaturan ventilasi yang baik. Namun untuk bangunan lama, dapat menggunakan alat UVGI (*Upper-Room Ultraviolet Germicidal Irradiation*), dan **(4) Alat Pelindung Diri** yang digunakan memberikan layanan pada terduga dan pasien TBC. Adapun model PPI pada setting komunitas yang akan dikembangkan dapat merujuk pada pedoman tersebut dan dapat sekaligus digunakan dalam upaya mitigasi penyakit menular udara lainnya terutama Covid-19.

Dalam rangka pemantauan dan evaluasi implementasi PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau *congregate setting* pada 20 lokasi model dan 80 lokasi ekspansi pelaksanaan PPI, maka Tim Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI perlu melakukan supervisi pada lokasi implementasi PPI tersebut untuk memastikan implementasi sesuai dengan panduan PPI yang telah dikembangkan, serta mengidentifikasi tantangan dan pembelajaran baik dari implementasi PPI yang telah berjalan di lokasi masing-masing.

Tujuan Kegiatan

Supervisi Implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC dan Covid-19 untuk Fasilitas Non-Kesehatan atau di *Congregate Setting* dilaksanakan dengan tujuan sebagai berikut :

1. Memastikan implementasi sesuai dengan panduan PPI untuk Fasilitas Non-Kesehatan atau *Congregate Setting* yang telah dikembangkan
2. Mengidentifikasi tantangan dan pembelajaran baik dari implementasi PPI yang telah berjalan di lokasi masing-masing

Waktu Pelaksanaan

Supervisi Implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC dan Covid-19 untuk Fasilitas Non-Kesehatan atau di *Congregate Setting* dilaksanakan satu kali per tahun pada Triwulan-2 tahun 2022 dan Triwulan-1 tahun 2023. Masing-masing dilakukan selama 2 hari pelaksanaan.

Pelaksana Kegiatan

Supervisi Implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC dan Covid-19 untuk Fasilitas Non-Kesehatan atau di Congregate Setting dilaksanakan oleh SSR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI di masing-masing kabupaten/kota atau bersama dengan SR provinsi yang berada pada wilayah kabupaten/kota implementasi yang sama, dengan total pelaksana kegiatan sebanyak 4 orang.

Target Pelaksanaan Supervisi

Target pelaksanaan kegiatan Supervisi Implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC dan Covid-19 untuk Fasilitas Non-Kesehatan atau di Congregate Setting sebagai berikut :

1. Supervisi -1, Triwulan-2 2022

Institusi dari 20 titik lokasi implementasi model PPI

2. Supervisi -2, Triwulan-1 2023

Institusi dari 80 titik lokasi ekspansi implementasi PPI

Deskripsi Kegiatan

Kegiatan Supervisi Implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TBC dan Covid-19 untuk Fasilitas Non-Kesehatan atau di Congregate Setting dilaksanakan secara luring/tatap muka (*offline*). Supervisi dilaksanakan oleh Tim SSR Kabupaten/Kota sesuai dengan titik lokasi implementasi PPI, atau dapat juga dilaksanakan bersama dengan SR provinsi yang berada pada lokasi yang sama dengan total pelaksana supervisi sebanyak 4 orang per kegiatan. Kegiatan supervisi dilakukan pada pada Triwulan-2 tahun 2022 (target 20 titik model) dan Triwulan-1 tahun 2023 (target 80 titik ekspansi), masing-masing sebanyak satu kali kegiatan, dengan durasi pelaksanaan setiap kegiatan supervisi yaitu sebanyak 2 hari.

Struktur Pembiayaan

Alokasi pembiayaan untuk mendukung terlaksananya kegiatan supervisi implementasi PPI untuk lingkungan non-fasyankes atau congregare settings sebagaimana rincian berikut :

1. Supervisi -1, Triwulan-2 2022

Institusi dari 20 titik lokasi implementasi model PPI

- Transport : Rp150.000 x 4 orang pelaksana supervisi x 2 hari pelaksanaan
- Snack and Lunch : Rp46.000 x 10 orang x 2 hari pelaksanaan

2. Supervisi -2, Triwulan-1 2023

Institusi dari 80 titik lokasi ekspansi implementasi PPI

- Transport : Rp150.000 x 4 orang pelaksana supervisi x 2 hari pelaksanaan
- Snack and Lunch : Rp46.000 x 10 orang x 2 hari pelaksanaan

Keluaran yang Diharapkan

1. Implementasi PPI untuk Fasilitas Non-Kesehatan atau *Congregate Setting* sudah sesuai dengan yang telah dikembangkan
2. Teridentifikasinya tantangan dan pembelajaran baik dari implementasi PPI yang telah berjalan di lokasi masing-masing

Laporan

Laporan kegiatan dan keuangan sesuai dengan aturan PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI yang berlaku.

Daftar Provinsi wilayah kerja implementasi model PPI - 20 titik

(berdasarkan data capaian S1 2021 dengan indikator TCP-7c > 25%)

No	SR	Jumlah Kabupaten-Kota
1	Sumut	2
2	Sumsel	2
3	Lampung	2
4	Jateng	2
5	Jatim	2
6	Kalbar	2
7	Sulut	2
8	Sulsel	2
9	Sultra	2
10	NTT	2

Note.

- Pemilihan 2 kabupaten-kota dan titik implementasi ditentukan oleh SR
- Wilayah perluasan implementasi PPI (80 titik) ditentukan setelah implementasi wilayah model PPI dimulai.