

PANDUAN MONITORING, EVALUASI DAN PEMBELAJARAN

DANA HIBAH GLOBAL FUND TAHUN 2021-2023



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

Disusun Oleh:

PRINCIPAL RECIPIENT (PR) KONSORSIUM KOMUNITAS PENABULU - STPI

Versi Januari 2021

Daftar Isi

1. DEFINISI INDIKATOR DAN PENGUKURAN	3
2. PENGUMPULAN DATA RUTIN	8
3. TATA KELOLA DATA.....	22
4. PROGRAM REVIEW, EVALUASI, DAN SURVEI.....	26
5. MEKANISME PENJAMINAN KUALITAS DATA DAN SUPERVISI.....	30
6. KOORDINASI MEL.....	42
7. PENINGKATAN KAPASITAS	45
8. RENCANA KERJA DAN ANGGARAN MEL	47
9. PRODUK INFORMASI, DISEMINASI DAN UTILISASI	48
ANNEX A – Template Kerangka MEL.....	49
ANNEX B- Tempate Kertas Referensi Indikator	52
ANNEX C – Tabel Pengukuran Dampak dan Hasil.....	65
ANNEX D – Dimensi Kualitas Data.....	66
ANNEX E – Rencana Kerja dan Anggaran MEL.....	67
DAFTAR PUSTAKA	70

1. DEFINISI INDIKATOR DAN PENGUKURAN

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 OneImpact 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) 		

Figur 1. Kerangka Hasil Intervensi PR Komunitas untuk program ‘Eliminasi TBC Indonesia

Indikator adalah variabel yang digunakan untuk mengukur kemajuan menuju tujuan, objektif dan target program yang telah ditetapkan. Dalam sistem monitoring dan evaluasi PR Komunitas, definis operasional dan penjelasan indikator dibuat untuk memastikan kualitas data, informasi, dan pengetahuan dapat dikumpulkan, dianalisis, dan disajikan.

1.1. Indikator dalam Kerangka Kinerja (Performance Framework) 2021-2023

Terdapat dua jenis indikator dalam Performance Framework (PF) Dana Hibah Global Fund 2021-2023 untuk program tuberkulosis (TBC) yang dikelola komunitas yaitu indikator hasil (outcome) dan indikator keluaran/cakupan (*coverage*).

1) Indikator outcome*

Indikator ini terkait dengan kegiatan modul ‘Menghapus Hambatan Hak Asasi Manusia dan Gender terkait Layanan Tuberkulosis’. Indikator ini merupakan salah satu indikator standar Global Fund untuk mengukur persentase (%)

orang didiagnosis dengan tuberkulosis yang melaporkan pengalaman stigma di masyarakat yang menghambat mereka dalam mencari dan mengakses pelayanan tuberkulosis. Indikator ini merupakan salah satu hasil yang terukur dalam *TB Stigma Assessment* yang akan dilaksanakan pada 2021.

2) Indikator cakupan*

Indikator ini akan mengukur pencapaian utama kinerja PR Komunitas dalam program TBC dan memberikan informasi terhadap aktivitas, proses, hambatan dan kemajuan implementasi program. Berikut adalah indikator cakupan yang diukur di 190 kota/kabupaten wilayah kerja PR Komunitas 2021-2023 (lihat Figur 1, kotak biru baris ketiga):

1. Jumlah notifikasi pasien semua tipe TBC yang dirujuk oleh komunitas
2. Persentase pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis yang kontak rumah tangganya diskriminasi gejala TBC (investigasi kontak)
3. Jumlah kontak pasien TBC (umur <5 tahun) yang dirujuk oleh komunitas memulai terapi pencegahan tuberkulosis
4. Persentase pasien TBC resisten obat (*rifampicin resistant/multi-drug resistant*) yang diobati mangkir (*lost to follow up*) dalam enam bulan pertama pengobatan

**Lihat Annex A dan Annex B untuk penjelasan dan pengukuran indikator-indikator tersebut*

Indikator cakupan akan dicapai oleh komunitas dengan proses investigasi kontak, penyuluhan, rujukan untuk pemeriksaan TBC dan pendampingan pasien selama menyelesaikan pengobatan.

1.2. Indikator Proses Penemuan dan Penanganan Orang dengan Tuberkulosis

Jenis indikator ini bermaksud untuk menggambarkan proses signifikan dari kegiatan yang berkontribusi pada pencapaian hasil program. Terdapat beberapa indikator proses untuk terkait dengan empat indikator cakupan yang tercantum dalam PF 2021-2023 (Lihat Tabel 1) yang akan dilaporkan untuk 190 kota/kabupaten pada periode tertentu.

Tabel 1. Indikator proses untuk mendukung pencapaian indikator cakupan

No	Indikator	Numerator	Denominator	Frekuensi laporan	Sumber Data
1	Persentase pasien semua tipe TBC yang ditemukan dari hasil investigasi kontak non-rumah tangga (penyuluhan)	Jumlah orang dengan gejala TBC yang dirujuk oleh komunitas dari kegiatan investigasi kontak non-rumah tangga	Total jumlah notifikasi pasien semua tipe TBC yang dirujuk oleh komunitas	Triwulan	<ul style="list-style-type: none"> • Laporan capaian SR dan SSR • SITK • Form A: Penemuan Terduga & Pasien TBC

No	Indikator	Numerator	Denominator	Frekuensi laporan	Sumber Data
		(penyuluhan) terdiagnosis sakit TBC			<ul style="list-style-type: none"> Surat Pengantar Pemeriksaan (rujukan) Verifikasi di Fasyankes: <ul style="list-style-type: none"> TB.01 – kartu pasien TB.05, TB.04 – hasil pemeriksaan lab TB.06 – register supsek
2	Persentase orang dengan gejala TBC dirujuk oleh komunitas yang melakukan pemeriksaan (tes) di fasilitas pelayanan kesehatan	Jumlah orang dengan gejala TBC yang dirujuk oleh komunitas telah melakukan pemeriksaan di fasilitas pelayanan kesehatan	Total jumlah semua orang dengan gejala TBC yang dirujuk komunitas	Triwulan	<ul style="list-style-type: none"> Laporan capaian SR dan SSR SITK Form A: Penemuan Terduga & Pasien TBC Surat Pengantar Pemeriksaan (rujukan) Verifikasi di Fasyankes: <ul style="list-style-type: none"> TB.05, TB.04 – hasil pemeriksaan lab TB.06 – register supsek
3	Jumlah pasien TBC yang diedukasi untuk Tes HIV			Triwulan	<ul style="list-style-type: none"> Laporan capaian SR dan SSR SITK Form B: Pemantaun pasien Verifikasi di Fasyankes: <ul style="list-style-type: none"> TB.01 – kartu pasien TB.03 – register seluruh pasien
4	Hasil pengobatan TBC sensitif obat Persentase pasien TBC sensitif obat yang didampingi komunitas: <ol style="list-style-type: none"> Berhasil menyelesaikan pengobatan (sembuh, pengobatan lengkap) <i>Lost to follow up</i>/mangkir Meninggal Gagal Belum dievaluasi 	Jumlah pasien TBC sensitif obat yang didampingi komunitas menerima evaluasi pada akhir pengobatannya: <ol style="list-style-type: none"> Sembuh dan Pengobatan Lengkap Tidak berobat dalam 2 bulan atau lebih secara berturut-turut Meninggal Hasil pemeriksaan dahak bulan ke-5 dan ke-6 masih positif Hasil akhir pengobatan tidak dievaluasi 	Total jumlah pasien TBC sensitif obat yang diobati menerima pendampingan komunitas (cohort)	Triwulan	<ul style="list-style-type: none"> Laporan capaian SR dan SSR SITK Form B: Pemantaun pasien Verifikasi di Fasyankes: <ul style="list-style-type: none"> TB.01 – kartu pasien TB.03 – register seluruh pasien

No	Indikator	Numerator	Denominator	Frekuensi laporan	Sumber Data
5	Persentase pasien TBC resisten obat (<i>rifampicin resistant/multi-drug resistant</i>) yang didampingi komunitas sejak diagnosis terkonfirmasi – <i>enrollment rate</i>	Jumlah pasien TBC resisten obat (<i>rifampicin resistant/multi-drug resistant</i>) yang didampingi komunitas sejak terdiagnosis (sebelum memulai pengobatan)	Total jumlah pasien TBC resisten obat (<i>rifampicin resistant/multi-drug resistant</i>) yang diobati menerima pendampingan komunitas (cohort)	Triwulan	<ul style="list-style-type: none"> Laporan capaian SR dan SSR SITK Form kunjungan rumah Form penilaian awal Form pendampingan pasien <p>Verifikasi di Fasyankes:</p> <ul style="list-style-type: none"> TB.06 MDR TB – register suspek MDR TB TB.03 MDR TB – register pasien MDR TB
6	<p>Hasil pengobatan TBC resisten obat</p> <p>Persentase pasien TBC resisten obat (<i>rifampicin resistant/multi-drug resistant</i>) yang didampingi komunitas :</p> <p>a) Berhasil menyelesaikan pengobatan (sembuh, pengobatan lengkap)</p> <p>b) <i>Lost to follow up</i>/mangkir</p> <p>c) Meninggal</p> <p>d) Gagal</p> <p>e) Belum dievaluasi</p>	<p>Jumlah pasien TBC resisten obat (<i>rifampicin resistant/multi-drug resistant</i>) menerima evaluasi pada akhir pengobatannya:</p> <p>a) Sembuh dan Pengobatan Lengkap</p> <p>b) Tidak berobat 2 bulan atau lebih berturut-turut</p> <p>c) Meninggal</p> <p>d) Hasil pemeriksaan dahak masih positif pada bulan ke-6</p> <p>e) Hasil akhir pengobatan tidak dievaluasi</p>	Total jumlah pasien TBC resisten obat (<i>rifampicin resistant/multi-drug resistant</i>) yang diobati menerima pendampingan komunitas (cohort)	Triwulan	<ul style="list-style-type: none"> Laporan capaian SR dan SSR SITK Form pendampingan pasien <p>Verifikasi di Fasyankes:</p> <ul style="list-style-type: none"> TB.01 MDR TB – kartu pasien MDR TB TB.03 MDR TB – register pasien MDR TB

1.3. Indikator Proses Work Plan Tracking Measures (Alur Pengukuran Rencana Kerja)

Selain itu, Penabulu-STPI Konsorsium akan mengukur upaya peningkatan penyediaan layanan bantuan hukum untuk pasien TBC (sensitif obat/SO dan resisten obat/RO) di Pengukuran Alur Rencana Kerja atau Work Plan Tracking Measures (WPTM) per semester sebagaimana diuraikan dalam Tabel 2. Indikator ini bermaksud untuk mengukur sejauhmana SR Tematik telah mengimplementasikan kegiatan untuk membantu pasien TBC mengakses layanan bantuan hukum.

Tabel 2. Indikator WPTM ntuk mendukung pencapaian pemberian layanan bantuan hukum

Period	Milestone/Target	Kriteria
Semester 1, 2021	Menjalin kemitraan dengan organisasi hak asasi manusia (Organisasi Masyarakat Sipil atau OMS / Badan Pembinaan Hukum Nasional atau BPHN)	0 = Belum dimulai; 1 = Dimulai: keterlibatan awal dengan organisasi hak asasi manusia (OMS/BPHN); 2 = Lanjutan: umpan balik diterima dan MoU disusun; 3 = Selesai: SR tematik menandatangani MoU dengan organisasi hak asasi manusia untuk berkolaborasi.
Semester 2, 2021	Pengembangan modul Pelatihan Paralegal TB / HIV	0 = Belum dimulai; 1 = Memulai: pengembangan modul pelatihan paralegal (dasar dan lanjutan) 50% selesai; 2 = Lanjutan: draf akhir modul pelatihan paralegal siap untuk pilot; 3 = Selesai: modul pelatihan paralegal selesai dan siap digunakan
Semester 3, 2022	2 komunitas TB (ditumakan penyintas atau kader yang berdedikasi) di 20 kota/kabupaten dilatih sebagai paralegal (tingkat dasar)	0 = Belum dimulai; 1 = Memulai: 2 penyintas atau kader komunitas TB dilatih sebagai paralegal tingkat dasar di kurang dari 10 kabupaten; 2 = Lanjutan: 2 orang penyintas atau kader komunitas TBC dilatih sebagai paralegal tingkat dasar di kurang dari 20 kabupaten; 3 = Selesai: semua distrik dilatih dan paralegal tingkat dasar secara aktif terlibat dalam "Tim Tanggap CRG" kota/kabupaten untuk memberikan bantuan kepada pasien yang melaporkan stigma, diskriminasi dan insiden kekerasan melalui Onelmpact atau dokumentasi offline dari komunitas.
Semester 4, 2022	2 komunitas TB (ditumakan penyintas atau kader yang berdedikasi) di 20 kota/kabupaten dilatih sebagai paralegal (tingkat lanjutan)	0 = Belum dimulai; 1 = Memulai: 2 penyintas atau kader komunitas TB dilatih sebagai paralegal tingkat dasar di kurang dari 10 kabupaten; 2 = Lanjutan: 2 orang penyintas atau kader komunitas TBC dilatih sebagai paralegal tingkat lanjutan di kurang dari 20 kabupaten; 3 = Selesai: semua distrik dilatih dan paralegal tingkat lanjutan secara aktif terlibat dalam "Tim Tanggap CRG" kota/kabupaten untuk memberikan bantuan kepada pasien yang melaporkan stigma, diskriminasi dan insiden kekerasan melalui Onelmpact atau dokumentasi offline dari komunitas.
Semester 5, 2023	N/A	N/A
Semester 6, 2023	1 paralegal di setiap 5 distrik menyelesaikan magang dan berkolaborasi dengan pengacara pro bono / organisasi hak asasi manusia	0 = Belum dimulai; 1 = Dimulai: 50% paralegal ditempatkan dan memiliki kartu identitas paralegal (ke BPHN) di kawasan industri dengan lebih dari 45% kesenjangan notifikasi pengobatan berdasarkan data yang diterbitkan 2022; 2 = Lanjutan: 50% kasus stigma, diskriminasi, dan kekerasan yang diverifikasi yang disetujui di Onelmpact didampingi oleh 1 paralegal pada masing-masing 5 distrik, dilaporkan melalui mekanisme ganti rugi yang sesuai dan/atau diselesaikan .; 3 = Selesai: 100% kasus stigma / diskriminasi / kekerasan yang diverifikasi disetujui di Onelmpact didampingi oleh 1 paralegal pada masing-masing 5 distrik, dilaporkan melalui mekanisme ganti rugi yang sesuai dan/atau diselesaikan. Ini akan diverifikasi dengan laporan kasus dari Paralegal.

1.4. Indikator Proses Implementasi Program

Konsorsium Penabulu-STPI juga akan mendata pelaksanaan kegiatan yang tidak secara langsung berpengaruh kepada capaian PF melalui laporan programatik dari masing-masing SR dan SSR sebagaimana tercantum dalam petunjuk teknis program konsorsium. Beberapa keluaran utama dari intervensi yang akan diukur diuraikan dalam Tabel 3.

Tabel 3. Indikator Proses Implementasi Program (Lihat Figur 1)

No	Indikator	Definisi	Cakupan, PIC	Frekuensi Laporan	Sumber Data
1	Jumlah kader aktif	Kader yang melaporkan rujukan/ notifikasi/ hasil akhir pengobatan pasien dalam 3 bulan terakhir	190 kota/kab, SSR	Triwulan	Laporan triwulan capaian program SR Wilayah
2	Jumlah pendamping pasien TBC RO aktif (<i>patient supporter/PS</i>)	PS yang melaporkan kegiatan pendampingan/ hasil akhir pengobatan pasien/ keberhasilan pelacakan pasien mangkir dalam 3 bulan terakhir	190 kota/kab, SSR	Triwulan	Laporan triwulan capaian program SR Wilayah
3	Jumlah manajer kasus TBC resisten obat aktif di RS rujukkan MTPTRO	Manajer kasus yang melaporkan data agregat kegiatan pendampingan pasien TBC RO oleh komunitas dalam 3 bulan terakhir	190 kota/kab, SSR	Triwulan	Laporan triwulan capaian program SR Wilayah
4	Jumlah kelompok masyarakat peduli TBC aktif	KMP TBC yang melakukan pertemuan dalam 3 bulan terakhir	20 kota/kab, SSR	Triwulan	Laporan triwulan capaian program SR Wilayah
5	Jumlah kelompok "Tim Tanggap CRG" yang aktif di kota/kabupaten	Tim yang melaksanakan pertemuan asistensi kasus dalam 6 bulan terakhir	20 kota/kab, SR Tematik	Triwulan	Laporan triwulan capaian program SR Tematik
6	Jumlah studi yang diselesaikan	PR menyelesaikan <i>TB Stigma Assessment</i> ; SR Tematik menyelesaikan kajian Dana Desa TBC	Akan ditentukan; PR, SR Tematik	Tahunan	Dokumen kajian
7	Jumlah SR dan SSR yang menerima peningkatan kapasitas Keuangan dan MEL	SR dan SSR yang dikunjungi untuk kegiatan peningkatan kapasitas Keuangan dan MEL	Akan ditentukan; PR, SR Wilayah	Tahunan	Laporan kegiatan per SR/SSR
8	Jumlah kegiatan kolaborasi TB-HIV yang dilaksanakan di kabupaten/kota	SSR yang mengadakan pertemuan OMS TB-HIV pada triwulan terakhir	20 kota/kab, SSR	Triwulan	Laporan triwulan capaian program SR Wilayah
9	Jumlah kelompok pasien TBC yang didukung untuk mengembangkan bentuk hukum organisasinya	Kelompok pasien TBC membentuk yayasan / perkumpulan / jaringan hukum dsb. dalam setahun terakhir	12 kelompok, SR Tematik	Triwulan	Laporan triwulan capaian program SR Tematik

2. PENGUMPULAN DATA RUTIN

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis (Permenkes 67/2016), pelibatan masyarakat sipil dalam penanggulangan TBC termasuk menghitung kontribusi Organisasi Masyarakat Sipil (OMS) terhadap kasus

yang tercatat dan dilaporkan, atau ternotifikasi, sesuai dengan indikator yang ditetapkan (Kementerian Kesehatan, 2016). Pengumpulan data rutin Konsorsium diutamakan untuk indikator cakupan yang ditetapkan dalam PF (lihat Bagian 1) secara berjenjang dari tingkat SSR yang memverifikasi data yang dilaporkan ke komunitas dengan fasilitas pelayanan kesehatan primer (contoh: Puskesmas) dan selanjutnya dilaporkan ke SR di tingkat Provinsi lalu ke PR di tingkat pusat. Pengumpulan data rutin yang berkaitan pada PF terdiri dari: 1) Indikator cakupan (juga berkaitan dengan data untuk indikator proses penemuan dan penanganan kasus), dan 2) Indikator WPTM. Pengumpulan data rutin untuk peninjauan program dibahas di Bagian 4 dokumen ini.

Berbagai proses pencatatan dan pelaporan untuk indikator cakupan yang terjadi di setiap tingkat akan dijelaskan pada Tabel 4 dan indikator WPTM pada Tabel 5. Peta skema alur pengumpulan dan pelaporan data serta aliran umpan balik diuraikan di Figur 2 & Figur 3. Alat untuk pengumpulan data (yaitu formulir atau template laporan) investigasi kontak, penemuan pasien, dan pendampingan pasien mengikutir variabel sesuai standar nasional dalam berbagai panduan dan petunjuk teknis yang telah diterbitkan Program TB Nasional Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung (Direktorat P2PML TB).

Tabel 4. Proses pengumpulan data rutin indikator cakupan dari tingkat SSR hingga PR

Level	Aktor Kunci	Fungsi MEL	Frekuensi	Alat (Form/Laporan)
Desa dan kelurahan	Kader	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kader mencatat proses investigasi kontak, pendampingan pasien TBC SO/RO, pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT) khusus anak <5 tahun, ▪ Kader mencatat proses penyuluhan dan edukasi, menyiapkan daftar hadir, dan dokumentasi aktivitas ▪ Kader menyerahkan dokumen pencatatan dan pelaporan TBC SO kepada Koordinator Kader ▪ Kader menyerahkan dokumen pencatatan dan pelaporan TBC RO kepada Patient Supporter (PS) di wilayahnya 	Bulanan	<p>TBC SO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Form 16 K (TBC SO, TBC RO) ▪ Surat Pengantar Pemeriksaan ▪ Form A: Penemuan Terduga & Pasien TBC ▪ Form B: Pemantauan pasien <p>TBC RO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Form 16 RK (TBC SO, TBC RO) ▪ Form pendampingan pasien

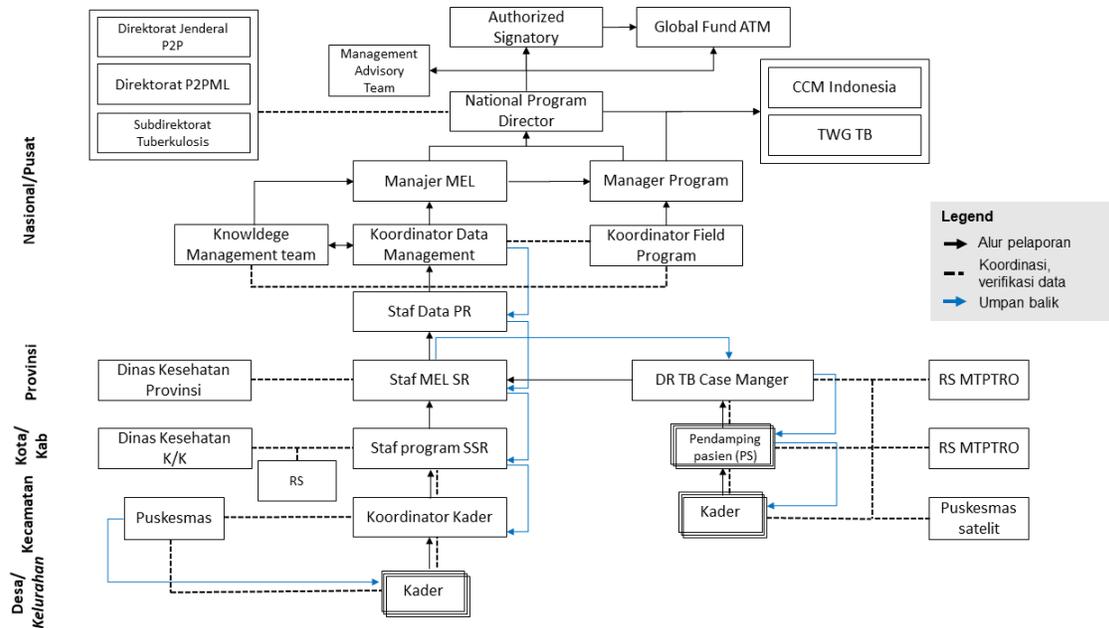
Kecamatan	Koordinator Kader	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinator kader mengumpulkan formulir dari kader-kader di wilayahnya dan memastikan kelengkapan serta ketepatan pengisian formulir ▪ Koordinator kader memberikan umpan balik terhadap hasil pencatatan dan pelaporan kader jika perlu perubahan/dilengkapi ▪ Koordinator kader melaksanakan proses verifikasi pencatatan dan pelaporan ke faskes di wilayahnya; berkoordinasi dengan staf program SSR dan Puskesmas ▪ Koordinator kader memastikan Form Verifikasi ditandatangani dan diberi stempel oleh petugas faskes 	Bulanan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan koordinator kader ▪ Form verifikasi ke faskes <p>Lampiran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Form 16 K ▪ Form 16 RK ▪ Referral letter for TB testing (<i>Surat Rujukan</i>) ▪ Surat Pengantar Pemeriksaan ▪ Form A: Penemuan Terduga & Pasien TBC ▪ Form B: Pemantauan pasien ▪ Form pendampingan pasien
Kota/Kabupaten	<p>Patient Supporter (PS)</p> <p><i>Catatan: PS diutamakan pendidik sebaya berasal dari organisasi penyintas dan pasien, atau jika diperlukan dilakukan oleh individu yang terlatih TBC RO</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PS mencatat proses pendampingan pasien TBC RO di RS MTPTRO dan pelacakan pasien mangkir ▪ PS memantau kualitas pendampingan kader terhadap pasien TBC RO setiap bulan untuk pasien yang dirujuk balik ke Puskesmas satelit ▪ PS melaporkan semua proses pendampingan dan pelacakan pasien TBC RO kepada manajer kasus di RS MTPTRO 	Bulanan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan narasi pendamping <p>Lampiran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Form kunjungan rumah ▪ Form pendampingan pasien ▪ Form pelacakan pasien mangkir
Kota/Kabupaten atau Provinsi (tergantung tipe)	Manajer Kasus (MK)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manajer kasus melakukan penilaian awal pasien TBC RO untuk menentukan jenis dukungan & 	Bulanan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan narasi kegiatan

Rumah Sakit Manajemen Terpadu Tuberkulosis Resisten Obat/MPTPRO)		<p>menghubungkan pasien dengan PS sejak didiagnosis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manajer kasus mengumpulkan formulir dan laporan dari PS setiap bulan serta memeriksa kelengkapan dan keakuratannya ▪ Manajer kasus melakukan verifikasi data yang dilaporkan oleh PS/Kader dengan programmer TBC RO di Faskes MPTPRO ▪ Manajer kasus perlu memastikan Form Verifikasi ditandatangani dan diberi stempel oleh petugas faskes ▪ Manajer kasus memberikan umpan balik langsung kepada PS untuk perbaikan pencatatan dan pelaporan jika perlu perubahan / dilengkapi ▪ Manajer kasus bertanggung jawab atas entri data individu pasien TBC RO yang terdaftar di faskes MPTPRO dan didampingi komunitas, yaitu data pendampingan pasien dan pelacakan pasien mangkir ▪ Manajer kasus akan melaporkan semua data yang terverifikasi (data agregat dan individu) dan mengirim lampiran (hard copy) ke staf SR MEL 		<p>Lampiran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Form penilaian awal ▪ Form kunjungan rumah ▪ Form pendampingan pasien ▪ Form pelacakan pasien mangkir
Kota/Kabupaten	SSR program staff	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Staf program SSR menginformasikan target capaian kader dan kader koordinator per bulan ▪ Staf program SSR memberikan umpan balik kepada koordinator kader untuk 	Bulanan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan capaian program SSR <p>Lampiran:</p>

		<p>perbaikan pencatatan dan pelaporan jika perlu perubahan / dilengkapi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Staf program SSR berkoordinasi dengan koordinator kader dan programmer TB di faskes untuk memastikan kelancaran proses verifikasi data oleh koordinator kader ▪ Staf Program SSR memastikan kelengkapan dan validitas hasil verifikasi data ▪ Staf program SSR melakukan validasi data capaian setiap triwulan dengan Dinas Kesehatan Kabupaten melibatkan koordinator kader dan faskes yang menerima rujukan komunitas pada triwulan tersebut ▪ Staf program SSR mengawasi petugas entri data untuk memasukkan data ▪ Staf program SSR menyiapkan daftar capaian kader dan koordinator kader yang telah diverifikasi untuk diperiksa oleh SR sebelum pengajuan pembayaran reward kepada staf keuangan SSR ▪ Staf program SSR bertanggung jawab untuk mengirimkan attachment laporan (hard copy) ke SR untuk penyimpanan data ▪ Staf program SSR menganalisis realisasi capaian bulanan untuk setiap indikator coverage cakupan 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lembar verifikasi data yang telah ditandatangani petugas faskes ▪ Rekapitulasi investigasi kontak ▪ Rekapitulasi temuan kasus ▪ Rekap pemantauan pasien TB SO ▪ Rekap pendampingan pasien TB RO
--	--	---	--	---

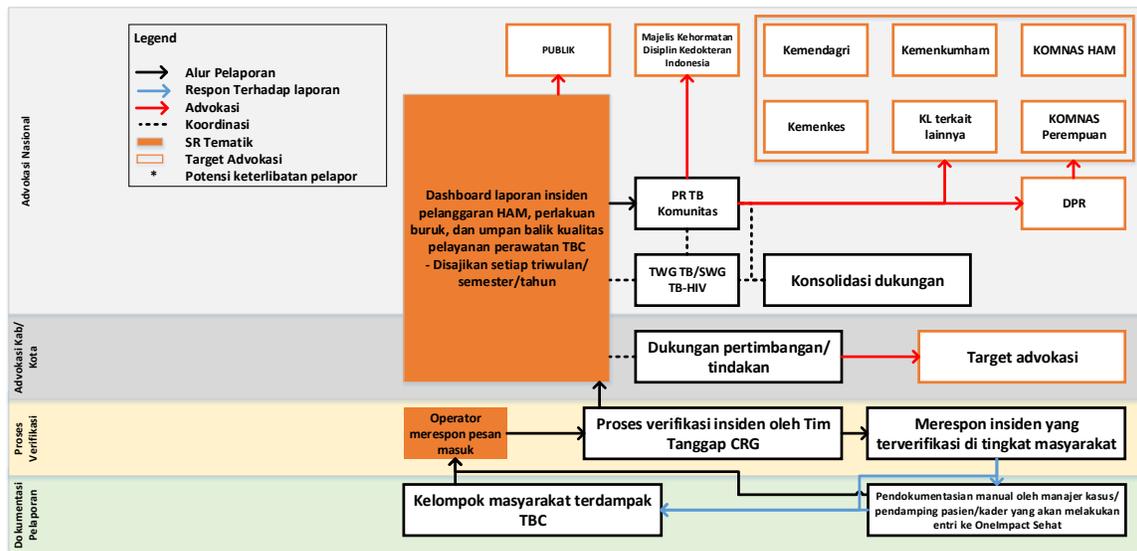
		berdasarkan target yang ditentukan untuk SSR		
Provinsi	Staf Monitoring, Evaluation, and Learning (MEL) SR & Koordinator Program dan MEL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Staf SR MEL akan memeriksa kelengkapan, ketepatan waktu, keakuratan, dan validitas formulir dan laporan yang diterima dari Manajer Kasus dan staf program SSR sebelum pembayaran reward ▪ Staf SR MEL bertanggung jawab untuk menyimpan hard copy formulir dan laporan SSR di folder yang sesuai dan disimpan di lemari kantor ▪ Staf SR MEL akan menganalisis realisasi setiap indikator cakupan terhadap target setiap provinsi ▪ Staf SR MEL akan memberikan umpan balik segera kepada staf program SSR untuk peningkatan kualitas pencatatan dan pelaporan jika diperlukan perubahan / dilengkapi ▪ Staf SR MEL bertanggung jawab untuk supervisi pencatatan dan pelaporan SSR berdasarkan kinerja dan kebutuhan program ▪ Staf SR MEL akan mengirimkan laporan capaian indikator program berdasarkan data yang diverifikasi oleh SSR dan MK dari faskes MTPTRO kepada Koordinator Program dan MEL untuk dikirim ke PR ▪ Staf SR MEL di bawah arahan Koordinator Program dan MEL akan 	Bulanan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan capaian program SR <p>Lampiran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lembar verifikasi data setiap SSR yang telah ditandatangani petugas faskes ▪ Rekapitulasi investigasi kontak dari semua SSR ▪ Rekapitulasi temuan kasus dari semua SSR ▪ Rekap pemantauan pasien dari semua SSR ▪ Rekap pendampingan pasien dari semua SSR

		kebutuhan & produksi materi komunikasi lainnya dari hasil laporan rutin		
Nasional (PR)	MEL manager	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MEL manager menerima laporan triwulanan dan semester dari koordinator Data Management dan koordinator Knowledge Management untuk didiskusikan dengan National Program Director (NPD), Program (PM) dan Finance & Operations Manager (FOM) untuk memberikan informasi kemajuan / umpan balik dalam pelaksanaan program dan persiapan rapat PUDR ▪ MEL manager mereview draft laporan tahunan dari tim Data Management & KM untuk dikompilasi ke laporan narasi tahunan program 	Semester	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan PUDR ▪ Laporan narasi program tahunan
Nasional (PR)	National Program Director Authorized signatory	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NPD bertanggung jawab untuk melaporkan laporan semester MEL (capaian indikator cakupan) kepada Authorized Signatory untuk proses PUDR ke Global Fund ▪ Authorized Signatory meninjau dokumen MEL sebelum mengirim laporan resmi ke Global Fund, CCM, dan TWG TB 	Semester	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan PUDR ▪ Laporan narasi program tahunan



Figur 2. Peta skema alur pengumpulan, verifikasi, dan pelaporan data rutin serta aliran umpan balik Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

Terkait indikator *Work Plan Tracking Measures* (WPTM), pendataan rutin juga akan dilakukan dari tingkat masyarakat hingga SR Tematik (organisasi penyintas tuberkulosis) dan ke PR di tingkat pusat. Alur pelaporan diuraikan dalam panah hitam pada Figur 3.



Figur 3. Peta skema alur dan umpan balik data terkait isu komunitas, hak asasi manusia dan gender (CRG)

Tabel 5. Proses pengumpulan data rutin indikator WPTM dari tingkat komunitas hingga pusat pada 2022 dan 2023

Level	Aktor Kunci	Proses	Frekuensi	Alat/Form
Kota/Kabupaten	Pasien tuberkulosis	<ul style="list-style-type: none"> Pasien TBC melaporkan pengalaman stigma / diskriminasi / kekerasan secara langsung menggunakan aplikasi OneImpact Sehat atau 	Per insiden	OneImpact Sehat App (fitur 'Get Involved')
	Kader/Patient supporter (PS) /Manajer Kasus	<ul style="list-style-type: none"> Kader / PS / manajer kasus yang mendampingi akan mendokumentasikan kejadian, mengisi form sesuai permintaan pasien. Selanjutnya, kader / PS / manajer kasus akan melaporkan kasus menggunakan OneImpact Sehat 		Form pendokumentasian kasus
	Paralegal	<ul style="list-style-type: none"> Paralegal akan mencatat kasus-kasus yang ia bantu sebagai bagian dari Tim Tanggap CRG dalam laporan kasus yang dilaporkan kepada SR Tematik □ Paralegal yang magang di sebuah organisasi hak asasi manusia akan membuat laporan bulanan kegiatan setiap bulan kepada staf hukum dan hak asasi manusia SR Tematik 	Per insiden Monthly	Laporan narasi Tim Tanggap CRG Laporan narasi magang paralegal
SR Tematik (nasional)	<p>Staf Community Development</p> <p>Staf Legal and Human Rights</p> <p>Koordinator Program dan MEL</p>	<ul style="list-style-type: none"> Staf Community Development akan memberikan data tentang jumlah kasus yang diverifikasi, kasus yang dibantu, dan kasus yang diselesaikan di OneImpact Staf Legal and Human Rights akan meninjau dan menganalisis laporan yang diterima dari paralegal serta memberikan umpan balik kepada paralegal Koordinator Program dan MEL akan menyusun laporan program triwulanan sesuai 	Triwulan	Laporan narasi triwulan

Level	Aktor Kunci	Proses	Frekuensi	Alat/Form
		informasi dari OnelImpact dan Paralegal kepada Staf Campaign & Advocacy PR setelah persetujuan laporan oleh Manajer SR		
PR (nasional)	<p>Staf Campaign & Advocacy</p> <p>Koordinator Advocacy & Partnership</p> <p>Knowledge Management team</p> <p>Program Manager</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Staf Campaign & Advocacy akan meninjau kelengkapan, ketepatan waktu, dan validitas laporan program dari SR Tematik yang terdiri dari informasi agregat dari OnelImpact, tim tanggap CRG distrik, dan paralegal. ▪ Staf Campaign & Advocacy akan memberikan umpan balik dan rekomendasi jika laporan SR Tematik perlu perubahan / dilengkapi ▪ Staf Campaign & Advocacy melakukan analisis terhadap implementasi program dan melaporkan kepada Koordinator Advocacy & Partnership ▪ Koordinator Advocacy & Partnership akan meninjau dan memberi rekomendasi terhadap implementasi program oleh SR Tematik berdasarkan laporan Staf Campaign & Advocacy dan menginformasikan kepada manajer program ▪ Koordinator Advocacy & Partnership di bawah arahan Program Manager akan menggunakan data dan informasi dari SR Tematik untuk kegiatan advokasi di tingkat Nasional ▪ Tim Knowledge Management akan membantu Koordinator Advocacy & Partnership memastikan target WPTM tercapai dan dilaporkan dalam laporan program triwulanan ▪ Manajer program akan meninjau laporan, rekomendasi dan strategi yang diusulkan oleh 	Semester	<p>Laporan narasi program</p> <p>Laporan PUDR</p>

Level	Aktor Kunci	Proses	Frekuensi	Alat/Form
	<p>National Program Director</p> <p>Authorized Signatory</p>	<p>Koordinator Advocacy & Partnership untuk didiskusikan dengan NPD, MELM, FOM untuk persiapan pertemuan PUDR</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ NPD akan meninjau dan menyampaikan informasi yang terkait dengan intervensi CRG dalam PUDR (terutama, WPTM) ▪ Penandatanganan setelah review dokumen program dan mengirimkan secara resmi ke Global Fund 		

3. TATA KELOLA DATA

3.1. Sistem Informasi Tuberkulosis Komunitas (SITK)

Semua entri data terkait program ini, dari tingkat SSR hingga pusat, akan menggunakan SITK sejak tahun 2021 hingga periode penutupan program pada tahun 2023. Entri data dan akses ke sistem ini hanya dapat dilakukan jika pengguna memiliki *username* dan kata sandi yang diverifikasi. Pengguna SITK akan terbatas untuk relawan data entri SSR terdaftar, staf program SSR, koordinator MEL SR, staf MEL SR, staf manajemen data PR, koordinator manajemen data PR, koordinator knowledge management PR, dan manajer MEL PR.

Konsorsium Penabulu-STPI akan memutakhirkan sistem informasi komunitas yang digunakan MEL program Global Fund sebelumnya saat ini dengan menambahkan algoritma dan variabel yang diperlukan untuk memantau dan mengevaluasi TPT untuk anak-anak <5 tahun dan penanganan kasus TBC RO.

Ada dua jenis informasi yang akan tersedia dalam database elektronik: a) Database dugaan individu TB dan pasien TB, dan, b) Data agregat ditampilkan di dashboard.

Data individu pasien TBC dan orang dengan gejala TBC (terduga) akan diberi ID unik untuk memastikan bahwa Konsorsium melindungi privasi dan kerahasiaan penerima manfaat. Nama asli dan ID unik akan terlihat di akun SSR dan SR sedangkan PR hanya akan melihat ID unik orang dengan gejala TBC dan pasien yang didampingi komunitas. Memiliki data individu hingga tingkat PR akan sangat penting dalam memastikan akurasi dan validitas data serta proses penyaluran Enabler pada 2022. Mekanisme terkait hal ini akan didiskusikan lebih lanjut bersama Program TB Nasional di Direktorat P2PML.

Pemutakhiran ini diharapkan dapat menambahkan fitur pengingat dalam perangkat lunak SITK untuk data yang belum dikumpulkan oleh SR dan SSR mendekati tanggal penyerahan yang disepakati.

Konsorsium berencana membuat dashboard mapping dari agregat data provinsi yang dikumpulkan dari SR sehingga dapat menunjukkan informasi terbaru setiap triwulan. Dashboard indikator cakupan di tingkat provinsi dapat dikodekan ke dalam situs web atau diunduh untuk analisis lebih lanjut dan sebagai bahan advokasi oleh tim SSR-SR-PR.

Data yang dikumpulkan dalam SITK akan dianalisis per indikator cakupan dan indikator proses terkait di tingkat kabupaten, provinsi, dan pusat (190 kabupaten). Analisis tersebut akan dikomunikasikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten dan Provinsi pada pertemuan triwulan / semester. Capaian yang dikumpulkan akan dilaporkan selama pertemuan PUDR semester untuk mempengaruhi arah dan keputusan programatik.

Penyimpanan data elektronik di SITK akan dilakukan di beberapa webserver yang diadakan pada tahun 2021 dengan dukungan Global Fund.

Selama 2021-2023, Konsorsium Penabulu-STPI akan berkoordinasi dengan Program TB Nasional di Direktorat P2PML untuk menetapkan arah, tujuan, dan mekanisme yang jelas untuk menghubungkan SITK dan SITB.

3.2. Pengelolaan dan penyimpanan data dan laporan hard copy

Seperti diuraikan pada Tabel 3, di tingkat kecamatan, data hard copy untuk pelaporan rutin indikator cakupan dikumpulkan setiap bulan oleh Koordinator Kader. Hard copy dari data yang dikumpulkan untuk indikator cakupan dari masyarakat akan dikirim ke kantor SR setelah entri data pada tingkat SSR dengan hard copy laporan program dan keuangan, yang harus dikirim ke kantor SR paling lambat setiap 3 (tiga) bulan. Selanjutnya, paling lama 15 (lima belas) hari setelah dokumen diterima, semua formulir dan laporan hard copy akan dikirim oleh SR Provinsi ke PR untuk disimpan bersama dengan pengiriman hard copy laporan SR. Selain itu, staf program SSR dan staf SR MEL bertanggung jawab untuk menyimpan data elektronik dan laporan-laporan MEL dalam flash disk yang dipindahkan setiap bulan.

Data hard copy yang diterima PR akan diatur oleh staf Data Management, dengan dukungan dari staf Administrasi, untuk dimasukkan ke dalam folder bernama triwulan semester yang akan disimpan dalam lemari terkunci. Semua data hard copy dan soft copy akan disimpan selama 7 tahun setelah penutupan program. Dokumen yang lebih rinci dalam Petunjuk Teknis MEL PR PB-STPI akan menguraikan durasi penyimpanan untuk jenis informasi tertentu (misalnya laporan bulanan / triwulan, laporan paralegal, pra dan pasca tes, formulir untuk melaporkan indikator cakupan, dll).

3.3. OneImpact Sehat

OneImpact adalah platform digital untuk memfasilitasi pemantauan berbasis komunitas dan umpan balik untuk perawatan pasien TBC. Aplikasi seluler ini dikembangkan oleh Stop TB Partnership dan didukung oleh Dure Technologies, yang telah diadopsi di Indonesia sebagai 'OneImpact Sehat' sejak 2019. Dalam jangka panjang, bukti yang dikumpulkan di OneImpact dapat digunakan untuk mengambil tindakan korektif guna meningkatkan implementasi layanan dan program TBC, serta kebijakan terkait TBC yang berdasar pada hak asasi manusia dan kesetaraan (Stop TB Partnership, 2020).

Data yang dikumpulkan melalui OneImpact Sehat di bawah hibah GF 2021-2023 akan menjadi laporan individu tentang masalah yang dihadapi pasien yang dapat dilaporkan oleh pasien sendiri atau oleh kader / PS / manajer kasus menggunakan fitur "Get Involved". Aplikasi ini dapat mengumpulkan informasi yang diperlukan untuk menghasilkan siklus umpan balik yang lebih pendek dan tanggapan masyarakat yang lebih cepat terhadap masalah yang dilaporkan (Lihat Figur 2 & Tabel 3).

Platform OneImpact Sehat juga memungkinkan organisasi komunitas untuk melacak, memantau, dan menanggapi tantangan yang dilaporkan sehingga menciptakan mekanisme terhadap akuntabilitas program TBC berbasis komunitas. Laporan dapat diklasifikasikan berdasarkan masalah (stigma / efek samping / kualitas layanan kesehatan yang buruk / lain-lain), progres (kasus terbuka / disetujui / ditolak / diselesaikan), dan berdasarkan lokasi geografis laporan dikirim.

Mirip dengan SITK, sistem ini akan menampilkan data individu dan data agregat dari kasus yang dilaporkan. Informasi ini hanya dapat diakses oleh koordinator knowledge management, koordinator advocacy & partnership PR, staf campaign & advocacy PR, koordinator program SR dan MEL SR Tematik, staf legal & human rights SR Tematik, dan staf community development SR Tematik.

Informasi agregat akan dilaporkan untuk melengkapi pertemuan PUDR pada tahun 2022 dan 2023 dan dimasukkan dalam materi advokasi yang relevan untuk pengambil keputusan kunci program TBC (misalnya legislatif, Kementerian Kesehatan, pemangku kepentingan pemerintah lainnya) dan / atau media. Jika informasi individu diperlukan, PR dan / atau SR Tematik harus meminta persetujuan dari pasien.

Selama fase uji coba OneImpact, informasi yang dilaporkan disimpan di Cloud, tetapi dalam hibah 2021-2023, Konsorsium Penabulu-STPI akan memanfaatkan beberapa server yang diperoleh untuk menyimpan informasi dalam OneImpact Sehat.

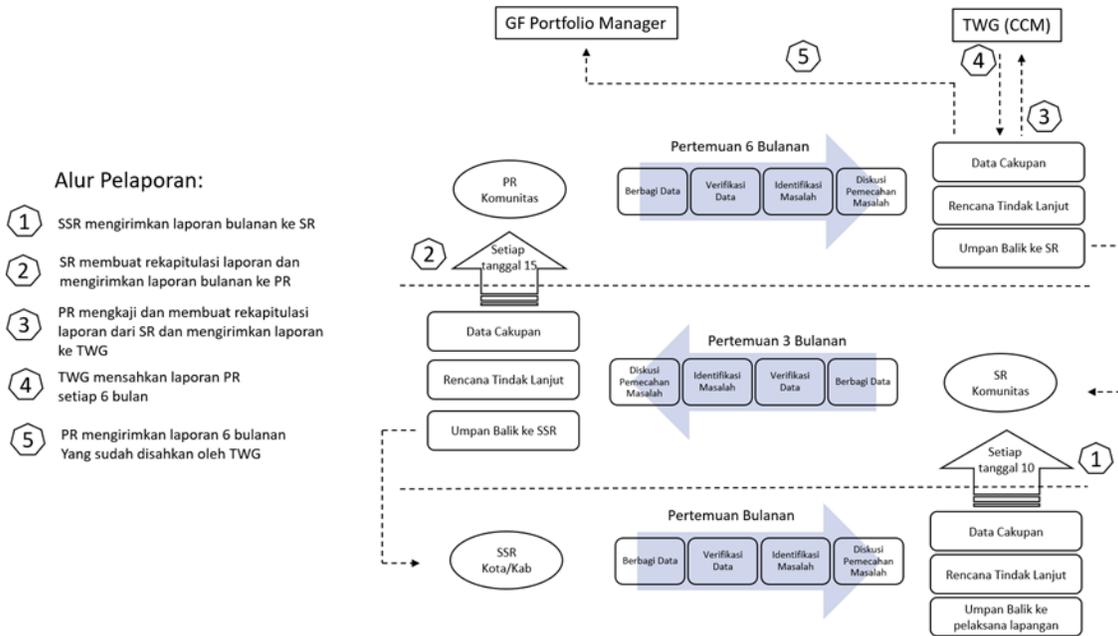
3.4. Manajemen pelaporan data berjenjang

Konsorsium Penabulu-STPI akan bekerja dengan SR Tematik, SR Provinsi, dan SSR sesuai dengan alur pelaporan dan timeline seperti yang diuraikan pada Figur 4 untuk memastikan pelaporan yang tepat waktu.

Pelaporan dari SSR ke SR. Pelaporan elektronik MEL dari SSR ke SR akan dilakukan setiap bulan, untuk dikirim pada akhir setiap bulan, dan ini termasuk data tentang indikator cakupan, tantangan programatik dan rekomendasi untuk implementasi kegiatan selanjutnya di tingkat kabupaten.

Pelaporan dari SR ke PR. Pelaporan elektronik untuk data indikator cakupan serta indikator proses terkait MEL akan dilaporkan dari tim MEL SR ke tim Data Management PR. Sedangkan, data rekapitulasi capaian program setiap triwulan yang menguraikan informasi keberhasilan dan/atau tantangan programatik dan rekomendasi untuk implementasi kegiatan akan dilaporkan oleh staf Program SR ke tim Program PR.

Melaporkan dari PR ke ATM Global Fund. Pelaporan MEL dari PR ke Global Fund akan dilakukan per semester atau 45 hari setelah akhir bulan pelaporan, yang akan dikirim setelah pertemuan terbaru dengan Technical Working Group Tuberculosis (TWG TB) yang difasilitasi oleh sekretariat CCM. Selanjutnya, Local Fund Agency akan meninjau laporan dari PR dan memberikan komentar terhadap kinerja PR kepada Global Fund.



Figur 4. Skema Manajemen Berjenjang untuk Pelaporan Data

4. PROGRAM REVIEW, EVALUASI, DAN SURVEI

Konsorsium Penabulu-STPI akan melakukan review program, evaluasi, dan studi khusus untuk memahami latar belakang dan situasi isu tertentu, mendapatkan gambaran kinerja program secara keseluruhan, mendapatkan cerita keberhasilan dan hambatan untuk *success story* dan *lessons learned*. Kegiatan yang dilakukan untuk review program, evaluasi, dan studi khusus akan menjadi tanggung jawab Manajer MEL, Koordinator Knowledge Management, Staf Riset didukung oleh informasi dari divisi Program dan tim Data Management.

4.1. Review untuk peningkatan implementasi program

Review program atas pelaksanaan program oleh SSR adalah proses yang akan terjadi setiap bulan dan dilaporkan dalam template laporan program bulanan di mana staf harus merekapitulasi capaian program saat ini, keberhasilan dan tantangan, dan mengembangkan strategi untuk meningkatkan efektivitas program. Proses pelaporan review yang sama akan dilakukan oleh SR setiap triwulan untuk semua wilayah kerja dibawah supervisinya. Oleh karena itu, hasil dari review program seperti kisah sukses, pembelajaran dan praktek yang baik dapat ditangkap secara terus menerus selama proyek berlangsung pada tahun 2021-2023.

Proses review juga akan menjadi bagian dari pertemuan triwulanan dan semester antara SSR / SR dengan Dinas Kesehatan Kabupaten / Provinsi untuk mendapatkan masukan dari pemangku kepentingan tentang perbaikan implementasi program.

Pertemuan rutin di tingkat PR akan membahas temuan dan tantangan yang dicatat dari laporan SR, yang akan melibatkan Manajer Finance & Operations (FOM), Manajer Monitoring, Evaluation, and Learning (MELM), dan Manajer Program (PM) yang dipimpin oleh National Program Director (NPD). Pertemuan lintas divisi ini diperlukan untuk memastikan bahwa semua pemangku kepentingan memahami situasi terkini implementasi program, bekerja untuk memecahkan permasalahan bersama, dan memutuskan rekomendasi yang efektif untuk implementasi program selanjutnya.

4.2. Evaluasi capaian dan implementasi program

Evaluasi kinerja pelaksanaan program pada tahun 2021-2023 perlu dievaluasi berdasarkan pencapaian target PF dan realisasi implementasi intervensi yang direncanakan dalam rencana kerja anggaran. Selain itu, pertimbangan lain untuk evaluasi program adalah memastikan sejauhmana implementasi rekomendasi tindak lanjut terhadap temuan terkait kualitas data serta temuan dari pengelolaan program dan keuangan mampu ditindaklanjuti oleh SR dan/atau SSR. Data-data yang digunakan untuk evaluasi capaian dan implementasi program adalah data kualitatif dan data kuantitatif.

Analisis Kualitatif

Konsorsium Penabulu-STPI akan menggunakan teknik *Most Significant Change* (MSC; lihat Figur 5) untuk proses monitoring dan evaluasi yang partisipatif. Proses ini mencakup pengumpulan cerita perubahan signifikan dari pelaksanaan program di lapangan yang dilaporkan oleh SR dalam laporan program triwulan bersama data pencapaian target. Laporan SR dapat disusun berdasarkan hasil pembelajaran yang dilaporkan oleh SSR dalam laporan bulanan. Setiap template pelaporan di SR dan SSR akan memiliki serangkaian pertanyaan pembelajaran program untuk dijawab secara rutin.

Berdasarkan laporan kualitatif, yang akan dilengkapi dengan analisis cascade (lihat Figur 6), setiap triwulan tim Knowledge Management (KM) PR MEL akan menghasilkan setidaknya 1 kisah sukses, beberapa pelajaran yang dapat dipetik, serta rekomendasi programatik untuk setiap SR bekerja sama dengan staf program PR yang bertanggung jawab terhadap daerah-daerah tertentu.

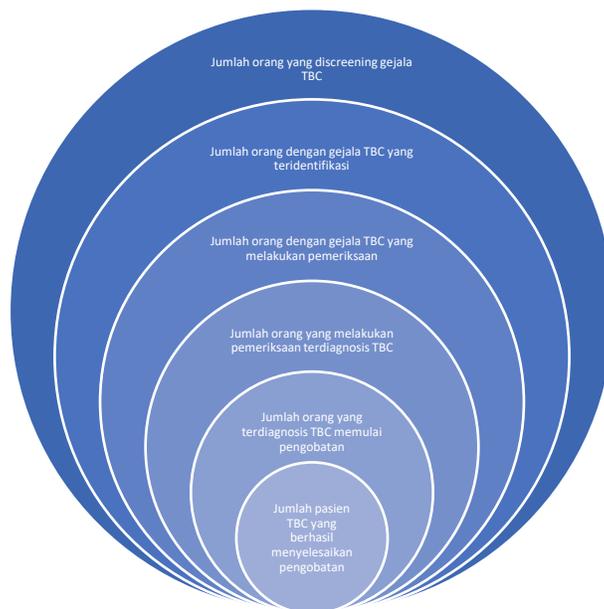
Jika diperlukan, tim Knowledge Management dapat mengumpulkan informasi lebih lanjut dari kader / manajer kasus / PS, pasien, staf program SSR, dan staf SR atau pemangku kepentingan seperti Dinas Kesehatan. Cerita dari MSC dan rekomendasi akan digunakan secara rutin sebagai bukti untuk pengambilan keputusan internal Konsorsium, peningkatan program dan/atau advokasi untuk pendekatan/adopsi model program oleh pemangku kepentingan di Daerah.



Figur 5. Proses evaluasi Most Significant Change PR PB-STPI

Mixed Method: Analisis kuantitatif & kualitatif

Analisis triwulan: Indikator cakupan dan indikator proses yang dikumpulkan setiap triwulan dari SR berdasarkan laporan SSR akan disintesis oleh divisi MEL ke dalam format Cascade (misalnya grafik batang / pie chart) untuk pertimbangan review triwulan program dan pengembangan rekomendasi program. Lihat Figur 6 untuk indikator spesifik yang akan diukur oleh divisi MEL untuk analisa cascade, berkoordinasi dengan tim Data Management dan divisi Program. Informasi kualitatif terkait pencapaian program dari laporan triwulan serta wawasan dari analisis MSC akan digunakan dalam analisis.



Figur 6. Cascade penemuan dan penanganan kasus tuberculosis

Analisis tahunan (lihat Gambar 7 mengadopsi metodologi dari Stop TB Partnership TB REACH; Blok, Creswell, Stevens et al., 2014):

Untuk mengetahui apakah capaian hasil langsung (*direct yield*) untuk notifikasi kasus TBC oleh komunitas berkontribusi terhadap peningkatan notifikasi kasus TBC di wilayah tertentu, PR Konsorsium Komunitas Penabulu STPI akan mengukur perubahan notifikasi kasus TBC dalam kurun waktu tertentu baik secara retrospektif maupun prospektif di wilayah intervensi program dan wilayah kontrol. Setidaknya 1-3 tahun data historis (baseline) / lebih akan diperoleh untuk wilayah intervensi dan kontrol dengan berkoordinasi ke PR Kemenkes. Data prospektif 1-3 tahun diperlukan untuk memahami *seasonal trends* pada capaian program TBC di daerah tertentu.

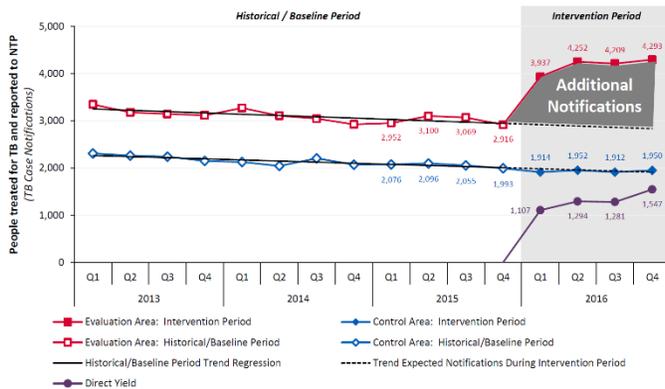
Konsorsium PR Penabulu-STPI akan mengukur jumlah notifikasi kasus di seluruh/sejumlah kabupaten di 30 provinsi selama 3 tahun (2021-2023). Pengukuran diperlukan untuk

memantau notifikasi dari *direct yield* di wilayah program PR Konsorsium, total notifikasi di kota/kabupaten yang dilaporkan di SITB di wilayah program & wilayah kontrol yang memiliki demografi dan situasi epidemiologi yang mirip. Jika analisis akan dilakukan untuk 190 kota/kab intervensi, akan diperlukan 1 wilayah kontrol untuk setiap kota/kab tersebut.

Selain analisis notifikasi kasus TBC, setidaknya 1-3 sebelum dan selama periode intervensi, informasi dan data kualitatif lainnya yang harus diperhatikan adalah demografi penduduk, peristiwa politik/keamanan/bencana alam, dimulainya/penghentian intervensi TBC lainnya, gangguan persediaan logistik, perubahan dalam pedoman TBC nasional, perubahan dalam pendanaan kota/kabupaten untuk TBC, perubahan dalam sistem informasi, dan kejadian/perubahan yang berdampak pada sistem kesehatan di suatu daerah.

Panduan teknis untuk evaluasi ini akan disediakan oleh divisi MEL sesuai dengan hasil kesepakatan dan koordinasi dengan Program TB Nasional Direktorat P2PML. PR PB-STPI juga dapat berkoordinasi dengan JETSET TB.

Trend-Adjusted Additional Notifications



Stop TB Partnership
TB REACH

END
TB

Trend-Adjusted Additional Notifications

	Baseline/Historical Period					Trend-Expected Notifications				
	2015				Sum (BP)	2016				Sum (TEN)
Evaluation Area	2,952	3,100	3,069	2,916	12,037	2,917	2,889	2,861	2,833	11,500
Direct Yield	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Control Area	2,076	2,096	2,055	1,993	8,220	1,983	1,960	1,936	1,913	7,792

	Intervention Period				
	2016				Sum (IP)
Evaluation Area	3,937	4,252	4,209	4,293	16,691
Direct Yield	1,107	1,294	1,281	1,547	5,229
Control Area	1,914	1,952	1,912	1,950	7,728

Additional Notifications [IP-BP (IP/BP)]	Trend-Adjusted Additional Notifications [IP-TEN (IP/TEN)]
Evaluation Area 4,654 (+38.7%)	Evaluation Area 5,191 (+45.1%)
Control Area -492 (-6.0%)	Control Area -64 (-0.8%)

Figur 7. Kerangka MEL Stop TB Partnership TB REACH WAVE 7 untuk evaluasi notifikasi kasus tambahan dari intervensi penemuan kasus (2016).

4.3. Survei dan Studi Khusus

Hibah yang disetujui untuk Konsorsium Penabulu-STPI terdiri dari anggaran untuk studi khusus untuk menyediakan data dan bukti untuk peningkatan dan/atau adopsi intervensi di tingkat nasional dan/atau sub-nasional. Kerangka Acuan khusus akan dikembangkan untuk masing-masing studi berikut untuk merinci pertanyaan penelitian, pengambilan sampel, prosedur, metode analisis, dan strategi diseminasi.

Ada 2 topik penelitian kualitatif yang direncanakan pada tahun 2021-2023:

1) *TB Stigma Assessment*

Konsorsium Penabulu-STPI akan bekerja sama dengan pihak ketiga untuk melakukan asesmen secara komprehensif selama sekitar 14 bulan sebagaimana diuraikan dalam Panduan Pelaksanaan *TB Stigma Assessment* (Stop TB Partnership, 2019). Penyelenggaraan asesmen akan membutuhkan kerjasama erat antara PR PB-STPI, PR Kementerian Kesehatan, implementer asesmen, dan kelompok kerja pengarah (*steering committee*) yang melibatkan kelompok komunitas terdampak TBC.

Asesmen akan mengukur salah satu indikator hasil standar Global Fund yaitu “TB O-9 Persentase orang yang didiagnosis dengan TBC melaporkan stigma di masyarakat yang menghambat mereka dalam mencari dan mengakses layanan TBC”.

Asesmen terdiri dari survei, FGD, dan wawancara mendalam untuk mendapatkan informasi komprehensif tentang stigma TBC di lingkungan masyarakat, stigma diri dari pasien TBC, serta stigma TBC dalam kebijakan dan media. Hasil asesmen akan menjadi masukan untuk strategi advokasi dan memberikan bukti untuk upaya Indonesia dalam mengurangi stigma TBC terutama di kelompok populasi kunci dan rentan, termasuk orang-orang yang sulit mengakses layanan TBC akibat stigma di lingkungan kerja.

2) Optimalisasi Anggaran Desa untuk Penanggulangan TBC

Penelitian kualitatif ini bertujuan untuk memperoleh gambaran yang komprehensif tentang pemanfaatan Dana Desa untuk penyelenggaraan pelayanan TBC berbasis masyarakat dari perspektif pemangku kepentingan tingkat desa hingga nasional. Studi kualitatif ini akan menangkap tantangan dan peluang untuk pelayanan TBC berbasis desa, situasi epidemiologi TBC di desa dalam kurun waktu tertentu, mekanisme advokasi, dan kebijakan yang memungkinkan keberhasilan dalam menggunakan Dana Desa untuk TBC. Penelitian ini akan berfokus pada populasi penderita TBC di daerah terpencil yang merupakan salah satu dari kelompok populasi kunci dan rentan penyakit TBC.

5. MEKANISME PENJAMINAN KUALITAS DATA DAN SUPERVISI

5.1. Objektif Penjaminan Kualitas Data/*Data Quality Assurance* (DQA)

Bagian ini akan menjelaskan prosedur dan mekanisme untuk memastikan kualitas data yang memadai (tepat waktu, lengkap, akurat dan valid). Diperlukan mekanisme Penjaminan Kualitas Data (DQA) untuk bertanggungjawab untuk data yang hilang dan tidak lengkap, menilai konsistensi analisis data utama. Proses DQA memerlukan pengembangan dan pemanfaatan alat / pedoman / checklist untuk asesmen jaminan kualitas dan pengawasan data. Data berkualitas tinggi sangat diperlukan untuk

membantu membuat perencanaan strategis dan pengambilan keputusan pada berbagai tingkat manajemen.

Konsorsium Penabulu-STPI akan membangun proses internal untuk melakukan DQA. Tujuan DQA adalah:

1. Menjamin kualitas data yang dilaporkan untuk indikator cakupan program
2. Menjamin kapasitas sistem monitoring dan evaluasi untuk mengumpulkan dan melaporkan data yang berkualitas
3. Menyusun rekomendasi untuk meningkatkan kualitas data yang dibutuhkan

DQA terdiri dari dua komponen sebagai berikut:

1. Asesmen proses pencatatan dan pelaporan serta manajemen data. PR PB-STPI mengidentifikasi dua tipe aktor kunci untuk menjaga kualitas data:
 - a. Unit Monitoring & Evaluation, Learning serta unit Program pada setiap jenjang (PR, SR, SSR)
 - b. Relawan kesehatan komunitas di lapangan (Kader, Manajer Kasus, PS) dan petugas layanan kesehatan
2. Verifikasi data yang dilaporkan untuk indikator cakupan di lokasi terpilih dan skala yang terbatas.

DQA fokus pada output dari rencana kerja anggaran untuk kegiatan-kegiatan penemuan dan pendampingan pasien TBC. Prosedur kegiatan DQA adalah mengidentifikasi masalah kualitas data dan mengklasifikasikannya menjadi tiga kategori: Rendah, Sedang dan Tinggi. Sangat penting untuk memastikan keabsahan dan validitas data melalui pemeriksaan kualitas data secara berkala dari tingkat SSR hingga pusat. Data yang tidak tepat dan tidak lengkap dapat menimbulkan permasalahan pada setiap level pelaksanaan program. Beberapa isu kualitas data yang akan diperiksa selama DQA diuraikan dalam Tabel 6.

Tabel 6. Isu kualitas data dan intervensi

Indikator	Isu kualitas data
TCP-Other 1 Persentase pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis yang kontak rumah tangganya diskriming gejala TBC (investigasi kontak)	Duplikasi data individu dalam periode pelaporan yang sama atau periode yang berbeda Inkonsistensi dalam memahami definisi operasional dari indikator kunci antar staf
TCP-7c Jumlah notifikasi pasien semua tipe TBC yang dirujuk oleh komunitas	Laporan triwulan tidak mencantumkan hasil kegiatan kader secara tepat waktu Informasi hasil akhir pengobatan pasien TBC yang diverifikasi di fasilitas kesehatan tidak dievaluasi oleh petugas kesehatan
TCP-5.1c Jumlah kontak pasien TBC (umur <5 tahun) yang dirujuk oleh komunitas memulai terapi pencegahan tuberkulosis	Laporan koordinator kader / manajer kasus tidak ditandatangani oleh petugas kesehatan Laporan yang diterima MEL SR tentang SSR tidak direview oleh Manajer SR
MDR TB-4c Persentase pasien TBC resisten obat (<i>rifampicin resistant/multi-drug resistant</i>) yang diobati mangkir (<i>lost to follow up</i>) dalam enam bulan pertama pengobatan	Catatan kader yang tidak akurat saat diverifikasi dengan petugas kesehatan Data individu yang tercatat dalam database elektronik tidak lengkap/ tidak akurat/terlambat dilaporkan oleh SSR dan SR Laporan data agregat rekapitulasi capaian tidak lengkap/tidak akurat/terlambat dilaporkan oleh SSR dan SR

5.2. Penjaminan kualitas data pada setiap jenjang implementer

Konsorsium Penabulu-STPI berupaya untuk memastikan data dan laporan tepat waktu, lengkap, dan akurat sehingga dapat digunakan secara efektif untuk memonitor dan mengevaluasi pencapaian tujuan program. Kerahasiaan data yang dihasilkan dalam program ini juga perlu terjaga.

5.2.1 Penemuan dan pendampingan pasien TBC SO di kecamatan, kota/kabupaten

a. Kompetensi pengumpulan dan pelaporan data

Di tingkat desa, kecamatan dan kota/kabupaten, penanggungjawab pendataan adalah kader, manajer kasus, dan PS. Di 22 kabupaten/kota baru, Konsorsium Penabulu-STPI akan melakukan pelatihan bagi kader yang telah diidentifikasi dan ditunjuk oleh Puskesmas di bawah koordinasi SSR. Di 168 kabupaten/kota yang melanjutkan dari periode 2018-2020, PR Komunitas akan meningkatkan kapasitas kader melalui pelatihan penyegaran. Tim SSR memiliki tanggung jawab untuk memperkuat kapasitas kader termasuk

pencatatan dan pelaporan kasus TBC yang teridentifikasi melalui rumah tangga dan penyuluhan, rujukan orang dengan TBC ke fasilitas layanan kesehatan serta kegiatan pendampingan pengobatan pasien TBC dan TBC RO sampai tuntas.

b. Petunjuk teknis investigasi kontak

Prosedur pencatatan dan pelaporan data serta formulir (TB16, TB16 RK) yang digunakan oleh kader mengacu pada Petunjuk Teknis Investigasi Kontak Pasien TBC untuk petugas kesehatan dan kader yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan.

c. Verifikasi data

Data dari kader akan dikumpulkan oleh koordinator kader. Rata-rata, akan tersedia 2 koordinator kader di setiap kabupaten/kota yang mengawasi kader lainnya di 6 kecamatan/wilayah kerja masing-masing. Koordinator kader akan mendukung staf program SSR dengan memverifikasi dan memvalidasi formulir kader di Puskesmas dan berpartisipasi dalam pertemuan verifikasi data triwulan dengan Dinkes Kota/Kabupaten.

Data yang akan diverifikasi akan dientri terlebih dahulu oleh relawan data entri ke Sistem Informasi TB Komunitas (SITK) dan selanjutnya diprint oleh staf Program SSR dan diberikan kepada Koordinator Kader untuk proses verifikasi di Puskesmas. Dalam proses verifikasi, staf program SSR harus memastikan koordinator kader mendapatkan tanda tangan dari programmer TBC di fasilitas kesehatan untuk menyetujui hasil verifikasi.

d. Supervisi

Supervisi harus dilakukan secara rutin dan teratur untuk mengetahui prioritas program, kebutuhan daerah, masalah yang muncul dan upaya pemecahan masalah. Supervisi perlu dilakukan minimal sebulan sekali dengan menitikberatkan pada kualitas pelaporan data dan kinerja kader. Supervisi di tingkat kecamatan menjadi tanggung jawab Koordinator Kader untuk memantau kinerja kader dan di tingkat kabupaten oleh Staf Program SSR ke koordinator kader. Untuk memudahkan supervisi, Konsorsium Penabulu-STPI akan menyiapkan checklist supervisi kepada pelaksana SSR sebagai instrumen standar. Kunjungan supervisi ke SSR dapat mencakup koordinasi divisi Program, MEL dan Keuangan dapat dilakukan kepada proses-proses terkait kinerja relawan komunitas sesuai isu yang teridentifikasi.

5.2.2 Pelaporan TBC RO di Kota/Kabupaten dan Provinsi

a. Kompetensi pengumpulan dan pelaporan data

Di Rumah Sakit Manajemen Terpadu Tuberkulosis Resisten Obat (MTPTRO) di tingkat kabupaten/kota atau provinsi, pengumpulan dan pelaporan data

menjadi tanggung jawab manajer kasus (MK) dan patient supporter (PS). Saat ini terdapat 81 MK yang melanjutkan dari periode implementasi 2018-2020 di bawah PR TB Aisyiyah dan SR Khusus LKNU. Guna memenuhi kebutuhan MK, sebagaimana diuraikan dalam Rencana Akselerasi TBC RO dan Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, PR Konsorsium PB-STPI akan melatih 56 MK baru, direncanakan pada 2021. SR Tematik akan mengadakan pelatihan untuk meningkatkan kapasitas MK, diutamakan mantan pasien yang pernah menjadi PS dengan kinerja yang baik, untuk mengkoordinasikan penanganan kasus TBC, termasuk aspek pengumpulan dan pelaporan data oleh komunitas. Pelatihan lain yang akan dilakukan adalah peningkatan kapasitas PS di 106 kota/kabupaten prioritas program TBC RO. Pelatihan akan dilakukan SSR untuk memperkuat peran PS baru dan lama dalam penanggulangan TBC serta pencatatan dan pelaporan data.

b. Petunjuk teknis pendampingan pasien TBC RO

Pelaporan data oleh MK dan PS akan mengacu pada Petunjuk Teknis Pendampingan Pasien TB Resisten Obat yang diterbitkan Program TB Nasional Direktorat P2PML pada Januari 2021. Pelaporan data akan menggunakan prosedur dan variabel sesuai dengan juknis.

c. Verifikasi data

PS melaporkan aktivitas pendampingan pengobatan pasien kepada Manajer Kasus di RS MTPTRO. Data dari PS akan dikumpulkan oleh MK, diverifikasi dan divalidasi oleh MK melalui koordinasi dengan petugas di RS atau Puskesmas yang menyelenggarakan perawatan TBC RO sebelum dilaporkan kepada staf MEL SR.

Setelah penilaian awal oleh MK, PS mendampingi pasien sejak terdiagnosis dan selama menjalani pengobatan di RS MTPTRO. Ketika perawatan pasien TBC RO didesentralisasikan ke Puskesmas, PS akan mengumpulkan formulir pencatatan dan pelaporan dari kader yang melanjutkan untuk memberikan dukungan pengobatan untuk pasien TBC RO. Data yang terkumpul selanjutnya akan diserahkan kepada MK yang memsupervisi wilayah kerjanya.

Pada saat verifikasi, MK harus mendapatkan persetujuan dari programmer TB di RS MTPTRO dan Puskesmas satelit sebagai bentuk validasi data telah diverifikasi. Laporan data dari MK akan diperiksa oleh staf program SSR atau Staf SR MEL sebelum proses pembayaran terhadap data-data yang telah dientri di Sistem Informasi Tuberkulosis Komunitas (SITK).

Data-data terkait kunjungan rumah pasien TBC yang mangkir yang berhasil kembali berobat akan diverifikasi dengan catatan di fasyankes MTPTRO.

d. Supervisi

Supervisi harus dilakukan secara rutin dan teratur untuk memahami dan menentukan arah prioritas program, kebutuhan daerah, masalah yang muncul

dan melakukan upaya pemecahan masalah. Supervisi harus dilakukan minimal sebulan sekali dengan menitikberatkan pada kualitas pelaporan data dan kinerja PS dan MK. Supervisi akan dilakukan oleh Manajer Kasus kepada PS dan oleh PS terhadap kader. Selain itu, Staf Program SSR atau Staf SR MEL akan memsupervisi kinerja MK. Untuk memfasilitasi supervisi, PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI akan menyediakan checklist supervisi sebagai instrumen standar.

5.2.3 Monitoring, Evaluasi dan Pembelajaran di tingkat SSR

a. Kompetensi monitoring, evaluasi dan pembelajaran

Di Tingkat SSR, aktor kunci dalam monitoring & evaluasi, yang mencakup pelaporan data, adalah Staf Program. Staf program SSR membutuhkan keterampilan dalam memastikan kualitas pengumpulan data, proses verifikasi, entri dan analisis data. Untuk memastikan fungsi MEL yang memadai di antara Staf Program SSR, Staf SR MEL akan melakukan pelatihan untuk memperkuat kapasitas dan kompetensi staf program SSR tentang MEL. Kompetensi inti yang dibutuhkan untuk mendukung fungsi MEL adalah pencatatan dan pelaporan TBC, entri data di SITK, pengolahan data, kompilasi dan analisis. Staf harus mampu mengoperasikan laptop / komputer dan menggunakan program Microsoft Office (Word, PowerPoint, Excel, dll.) serta SITK.

b. Petunjuk monitoring, evaluasi dan pembelajaran

Monitoring dan evaluasi pada tingkat SSR akan mengacu pada langkah-langkah petunjuk teknis Monitoring & Evaluasi dan Pembelajaran Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI. Untuk standardisasi, pedoman tersebut akan dikembangkan oleh PR dan disebarluaskan ke seluruh SR dan SSR.

c. Verifikasi dan validasi data

Staf program SSR bertanggung jawab atas hasil verifikasi dan validasi data rujukan kasus TBC, penemuan, dan pendampingan pengobatan yang dicatat dan dilaporkan kader / PS setelah dikumpulkan oleh koordinator kader / MK.

Setiap bulan, staf program SSR memiliki kewenangan untuk menyiapkan laporan data dari koordinator kader dan MK setelah tahap verifikasi data di Faskes. Untuk menjaga kualitas data, staf program SSR harus mengumpulkan bukti persetujuan dari programmer Puskesmas TB terkait hasil verifikasi. Staf Program SSR perlu melakukan rapat koordinasi setiap triwulan dengan Dinkes Kota/Kabupaten untuk validasi data, menerima informasi kasus indeks untuk penyelidikan kontak, mengevaluasi kinerja kader, mendiskusikan tantangan dan strategi untuk menyelesaikannya.

Data-data dari tingkat SSR yang telah disiapkan akan dikirimkan kepada staf MEL SR untuk pemeriksaan dan koordinator MEL SR untuk persetujuan

sebelum memproses pembayaran reward relawan kesehatan komunitas dengan staf Keuangan SSR.

d. **Supervisi**

Staf program SSR akan melakukan supervise langsung terhadap relawan entri data. Staf program SSR bertanggung jawab untuk memsupervisi koordinator kader secara rutin untuk memeriksa kualitas program dan mengidentifikasi kebutuhan lokal serta masalah yang muncul dan upaya pemecahan masalah. Staf program SSR memantau kinerja relawan entri data dan koordinator kader minimal 1 bulan sekali. Supervisi harus dilakukan minimal sebulan sekali dengan menitikberatkan pada kualitas pelaporan data dan kinerja para kader. Untuk memfasilitasi supervisi, PR Komunitas akan mengembangkan checklist supervisi sebagai instrumen standar.

5.2.4 Monitoring, Evaluasi dan Pembelajaran di tingkat SR

a. **Kompetensi monitoring, evaluasi dan pembelajaran**

Di tingkat SR, pelaku utama monitoring & evaluasi termasuk pelaporan data adalah Staf SR MEL yang membutuhkan keterampilan dalam pengumpulan data, proses verifikasi, entri dan analisis data. Untuk memastikan fungsi MEL staf SR MEL, Konsorsium Penabulu-STPI akan melakukan pelatihan untuk memperkuat kapasitas dan kompetensi Staf SR MEL. Kompetensi inti untuk mendukung fungsi MEL adalah pencatatan dan pelaporan TBC, entri data di SITK, pengolahan data, kompilasi dan analisis. Staf harus dapat mengoperasikan laptop/komputer dan menggunakan program Microsoft Office (Word, PowerPoint, Excel, dll.) serta SITK.

b. **Petunjuk teknis monitoring, evaluasi dan pembelajaran**

Monitoring dan evaluasi pada tingkat SR akan mengacu pada Panduan Monitoring & Evaluasi dan Pembelajaran Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI serta petunjuk teknis-nya. Untuk standardisasi, panduan dan petunjuk teknis tersebut akan dikembangkan oleh PR dan disebarluaskan ke seluruh SR dan SSR.

c. **Pemeriksaan dan persetujuan laporan data capaian indikator & pembayaran reward kader, PS, dan MK**

Setiap bulan, staf MEL SR memiliki tanggung jawab untuk memeriksa data rujukan kasus, penemuan, dan pendampingan pengobatan TBC SO dan TBC RO yang telah terverifikasi dan dilaporkan oleh staf program SSR dan MK yang bekerja di RS MTPTRO tingkat Provinsi. Terkait data capaian komunitas yang dilaporkan MK yang bekerja di RS MTPTRO provinsi, staf SR MEL perlu memastikan tersedianya bukti persetujuan dari programmer TBC di RS terkait proses verifikasi. Pemeriksaan perlu dilakukan setiap bulan untuk memastikan

kesesuaian agregat laporan capaian, pengajuan pembayaran reward, dan data yang dientri di SITK oleh SSR dan MK.

Setelah pemeriksaan, staf MEL SR akan menyerahkan laporan capaian indikator dan pengajuan pembayaran reward untuk persetujuan oleh Koordinator MEL SR agar dapat dikirimkan kembali ke staf Program SSR dan dikirim ke staf Keuangan SSR.

Koordinator dan Staf SR MEL perlu mengadakan pertemuan koordinasi setiap enam bulan dengan Dinkes Provinsi untuk memantau dan mengevaluasi implementasi program di setiap wilayah SSR dibawah supervisinya, mendiskusikan tantangan program, dan strategi untuk mengatasinya.

d. Supervisi

Staf SR MEL juga bertanggung jawab untuk melakukan supervisi kepada MK dan, jika diperlukan, mendukung supervisi MK kepada PS. Supervisi staf SR MEL kepada MK harus dilakukan minimal sebulan sekali dengan fokus pada kualitas pelaporan data TBC RO.

Unit MEL SR juga memiliki tanggung jawab untuk memsupervisi staf program SSR setiap bulan. Supervisi secara daring tetap perlu dilakukan secara rutin untuk memeriksa pelaksanaan program, mengidentifikasi kebutuhan serta hambatan yang muncul dan upaya pemecahan masalah.

Selain itu, kunjungan supervisi SR ke SSR dapat direncanakan per semester untuk permasalahan dan kebutuhan khusus yang teridentifikasi. Kunjungan supervisi akan menangani masalah programatik, manajemen kualitas data, masalah keuangan dan juga masalah manajemen.

Jumlah SSR yang mendapatkan pengawasan adalah 60% pada tahun ke-1, 50% pada tahun ke-2, dan 40% pada tahun ke-3. Supervisi ke SSR akan dilakukan dengan rencana terintegrasi dengan melibatkan staf program, staf keuangan dan Staf MEL di tingkat SR. Untuk proses supervise ini, Konsorsium Penabulu-STPI akan mengembangkan checklist sebagai instrumen standar.

5.2.5 Monitoring, Evaluasi dan Pembelajaran di tingkat PR

a. Kompetensi monitoring, evaluasi dan pembelajaran

Monitoring dan Evaluasi di tingkat PR dipimpin oleh Manajer Monitoring, Evaluation, and Learning. Ada dua area tanggung jawab utama yang diemban tim Manajemen MEL: 1) Manajemen Data, dan, 2) Pengelolaan Pengetahuan.

Untuk Manajemen Data, kompetensi inti yang harus dimiliki adalah analisis data untuk memberikan informasi mengenai pencapaian dan tantangan program di tingkat provinsi dan kota/kabupaten. Tim Manajemen Data harus mampu mengoperasikan laptop / komputer khususnya software seperti

Microsoft Excel dan program MsOffice lainnya, aplikasi database statistik (STATA / SPSS / Epi Info), dan mengelola Sistem Informasi TB Komunitas (SITK).

Untuk Pengelolaan Pengetahuan, kompetensi inti yang harus dimiliki adalah manajemen pengetahuan, analisis teori perubahan, survei, penelitian kualitatif dan evaluasi program. Tim Pembelajaran Program harus mampu mengoperasikan laptop / komputer khususnya software seperti Microsoft Excel dan program MsOffice lainnya, aplikasi database statistik (STATA / SPSS / Epi Info), dan mengelola Sistem Informasi TB Komunitas (SITK).

Dalam menangani isu teknis dan programatik, tim MEL akan berkoordinasi erat dengan tim Program (yaitu Koordinator Program Lapangan, Koordinator Advokasi & Kemitraan, Spesialis Medis di bawah Manajer Program).

b. Petunjuk teknis monitoring, evaluasi dan pembelajaran

Untuk proses standarisasi monitoring dan evaluasi, PR Komunitas akan menyusun petunjuk teknis Monitoring, Evaluasi dan Pembelajaran. Petunjuk tersebut meliputi template laporan, mekanisme laporan dan perangkat monitoring dan evaluasi serta pedoman pengguna SITK.

PR Komunitas juga akan mengembangkan panduan dan kurikulum untuk peningkatan kapasitas MEL koordinator serta staf SR MEL dan staf Program SSR.

c. Verifikasi dan validasi data

Proses MEL Program TB Komunitas di bawah PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI akan dilakukan berjenjang dari lapangan oleh kader, MK, PS ke SSR dan kemudian SSR dilaporkan ke SR dan dari SR ke PR. Karena proses berjenjang, tanggung jawab verifikasi dan validasi data utamanya menjadi tanggung jawab SR dan SSR. Sedangkan, PR akan mengecek kualitas data berdasarkan laporan yang diterima dari SSR dan SR serta selama kunjungan supervisi, dan hard copy yang akan dikirim menyusul secara berkala.

d. Supervisi

PR memiliki tanggung jawab untuk memsupervisi SR secara rutin dan teratur untuk memahami situasi pelaksanaan program, kebutuhan serta hambatan yang muncul dan upaya pemecahan masalah. PR juga akan melakukan supervise terhadap SR Tematik yang mengimplementasikan kegiatan di tingkat nasional secara turin dan teratur. Supervisi jarak jauh dapat dilakukan setiap bulan secara daring untuk memastikan implementasi program berjalan lancar.

Kunjungan supervisi akan dilakukan setiap enam bulan berdasarkan masalah kinerja dan kebutuhan khusus dari SR tertentu. Supervisi akan dilakukan untuk mengatasi masalah programatik, manajemen kualitas data, masalah keuangan dan juga masalah manajemen organisasi.

Jumlah SR yang mendapatkan pengawasan adalah 60% pada tahun ke-1, 50% pada tahun ke-2 dan 40% pada tahun ke-3. Supervisi akan dilakukan dalam rencana pengawasan terintegrasi yang melibatkan staf program, staf keuangan dan staf MEL. Untuk memfasilitasi supervisi, PR Komunitas akan mengembangkan checklist supervisi sebagai instrumen standar.

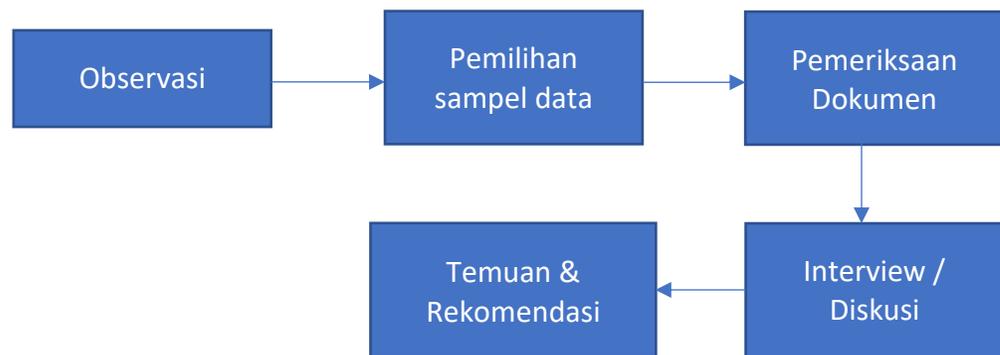
5.3 Metodologi *Data Quality Assurance*

Penjaminan Kualitas Data (DQA) dilakukan melalui metode Audit Kualitas Data. Audit Kualitas Data adalah proses pengumpulan dan evaluasi bukti untuk memeriksa dan menentukan apakah proses dan sistem pengelolaan data yang dilakukan oleh organisasi telah dilaksanakan sesuai prosedur dan memastikan kualitas data. Audit Kualitas Data merupakan pengendalian manajemen yang digunakan untuk menjaga integritas data dan mencapai target dalam pengelolaan program secara optimal. Audit Kualitas Data bersifat wajib karena terdapat risiko dalam pengelolaan data yang mengakibatkan kualitas data tidak dapat dipertanggungjawabkan.

Tahap implementasi Audit Kualitas Data:

1. Observasi dilakukan pengamatan terhadap ketersediaan fasilitas penyimpanan / penataan / filing dan penerapan prinsip kerahasiaan data.
2. Pemilihan sampel dokumen (berdasarkan jenis data dan periode) yang akan dipelajari
3. Pemeriksaan Dokumen dilakukan dengan melihat dan menganalisis sampel data terkait kelengkapan, konsistensi, keakuratan, integritas, ketepatan waktu, validitas, kesesuaian/ketaatan dsb.
4. Wawancara / Diskusi dilakukan bersama dengan perwakilan tim MEL dan perwakilan tim program. Proses ini dilakukan untuk mendapatkan konteks temuan pada saat pengecekan data dan observasi. Dalam proses ini penting untuk dilakukan cross check dan diskusi dengan layanan Kesehatan.
5. Menyusun temuan dan rekomendasi perbaikan. Prosesnya dilakukan secara partisipatif dengan melibatkan pihak yang diaudit (SR atau SSR).

Tahapan di atas dijelaskan sebagai berikut:



Figur 8. Tahapan Implementasi Audit Kualitas Data

Audit Kualitas Data dilakukan secara bertahap pada dua level pelaksana program, yaitu SSR dan SR. Pelaksanaan Audit Kualitas Data pada kedua level tersebut dijelaskan sebagai berikut:



Figur 9. Kerangka Audit Kualitas Data PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI

Table 7. Rencana Implementasi Audit Kualitas Data

Tingkat Implementasi	PIC unit	Sasaran	Tipe Aktivitas	Langkah-langkah	Frekuensi
PR	Manajemen Data, MEL	SR	Supervisi (daring)	<ul style="list-style-type: none"> • Verifikasi Data • Review dokumen dan atau laporan • Mengidentifikasi masalah • Meningkatkan pemahaman tentang MEL • Rencana tindak lanjut • Merencanakan peningkatan kapasitas 	Bulanan
			Audit Kualitas Data (saat kunjungan supervisi)	<p>Memeriksa Kelengkapan data, Akurasi, Ketepatan Waktu, Konsistensi, Kesesuaian/Ketaatan dengan standar & prosedur</p> <p>Hasil: Kategori kualitas data, Rekomendasi & Tindak Lanjut</p>	Semester
SR	Tim MEL	SSR	Supervisi (daring)	<ul style="list-style-type: none"> • Verifikasi Data • Review dokumen dan atau laporan • Mengidentifikasi masalah • Meningkatkan pemahaman tentang MEL • Rencana tindak lanjut • Merencanakan peningkatan kapasitas 	Bulanan
			Audit Kualitas Data (saat kunjungan supervisi)	<p>Kelengkapan data, Akurasi, Ketepatan Waktu, Konsistensi, Kesesuaian dengan standar & prosedur (terutama data TB SO)</p> <p>Hasil: Kategori kualitas data, Rekomendasi & Tindak Lanjut</p>	Semester

6. KOORDINASI MEL

Koordinasi MEL merupakan prasyarat untuk mengoptimalkan hasil kegiatan MEL dalam pengambilan keputusan pelaksanaan program, menampilkan kisah sukses dan praktik baik, serta menerapkan pembelajaran. Ruang lingkup kegiatan koordinasi MEL dari tingkat SSR, SR, dan PR diuraikan pada Tabel 8.

Tabel 8. Daftar kegiatan koordinasi MEL

Aktivitas	Frekuensi	Implementer	Lingkup
Rapat Koordinasi Nasional (RAKORNAS)	Tahunan	PR	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi masalah dan mengembangkan strategi untuk peningkatan SR dan SR Tematik - Manajemen data dan pengendalian mutu program - Perencanaan strategis untuk pengelolaan program selanjutnya
Rapat Koordinasi Wilayah (RAKORWIL)	Tahunan	SR	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi masalah dan mengembangkan strategi perbaikan SSR - Manajemen data dan pengendalian mutu program SSR - Perencanaan strategis untuk implementasi program selanjutnya di tingkat SSR
Rapat PUDR	Semester	PR	<ul style="list-style-type: none"> - Berbagi kemajuan pencapaian program serta pembelajaran dan menerima umpan balik sebagai bagian dari tinjauan implementasi
Rapat Koordinasi Semester dengan Dinas Kesehatan Provinsi	Semester	SR	<ul style="list-style-type: none"> - Validasi data (terverifikasi) rujukkan oleh kader, pendampingan pasien, dan hasil investigasi kontak - Meninjau dan meningkatkan strategi dalam mendukung perawatan TBC berbasis komunitas
Rapat Validasi Data Triwulan dengan Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten	Triwulan	SSR	<ul style="list-style-type: none"> - Validasi data (terverifikasi) rujukkan oleh kader, pendampingan pasien, dan hasil investigasi kontak

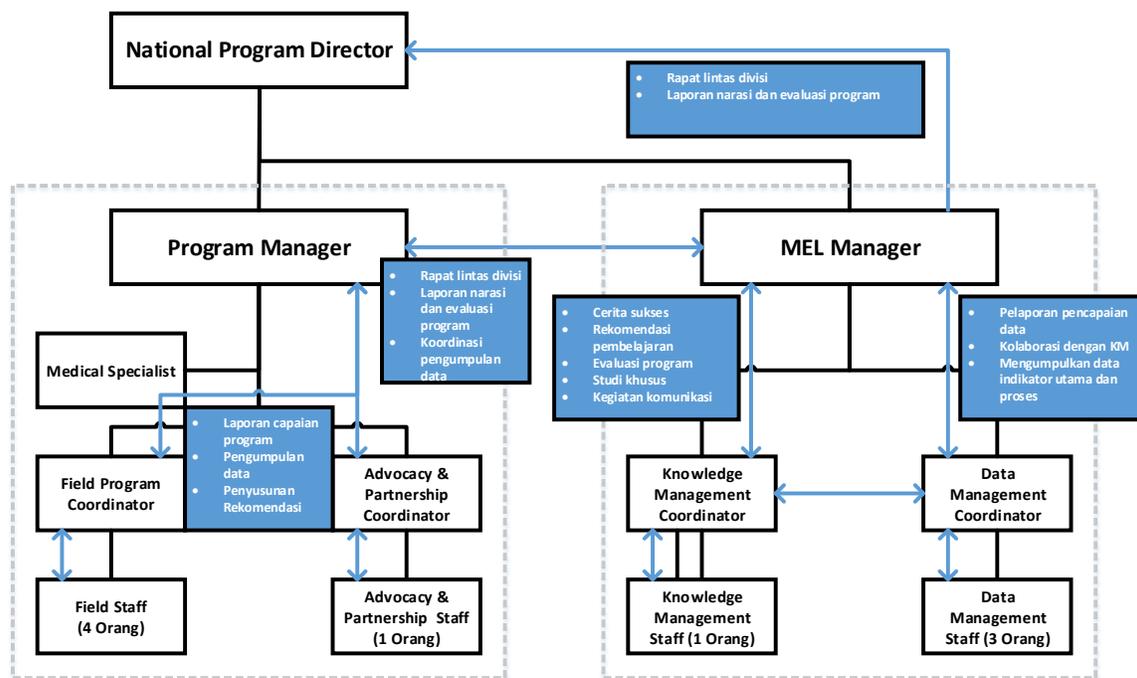
Aktivitas	Frekuensi	Implementer	Lingkup
			<ul style="list-style-type: none"> - Meninjau dan meningkatkan strategi dalam mendukung perawatan TBC berbasis komunitas
Rapat Semester Koordinasi Pelacakan Pasien Mangkir dengan Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten	Semester	SSR	<ul style="list-style-type: none"> - Validasi data pasien TBC resisten obat yang mangkir pengobatan - Meninjau dan meningkatkan strategi dalam pelacakan pasien mangkir
Rapat Lintas Divisi PR	Triwulan	PR	<ul style="list-style-type: none"> - Meninjau kemajuan program dan mendiskusikan tantangan, hambatan, peluang, serta pembelajaran dari laporan SR - Menentukan arah tindak lanjut
Rapat Bulanan Internal SSR (Penyusunan Laporan Capaian Program SSR)	Bulanan	SSR	<ul style="list-style-type: none"> - Membahas variansi dalam implementasi program, pencapaian indikator kunci dan proses dengan target perencanaan - Membahas keberhasilan dan tantangan / kegagalan dalam pelaksanaan program
Rapat Bulanan Internal SR (Penyusunan Laporan Capaian Program SR)	Triwulan	SR	<ul style="list-style-type: none"> - Membahas variansi dalam implementasi program, pencapaian indikator kunci dan proses dengan target perencanaan - Membahas keberhasilan dan tantangan / kegagalan dalam pelaksanaan program di setiap SSR - Menyiapkan umpan balik Program dan MEL untuk SSR
Rapat Bulanan Internal PR (Penyusunan Laporan Capaian Program PR)	Semester	PR	<ul style="list-style-type: none"> - Membahas variansi dalam implementasi program, pencapaian indikator kunci dan proses dengan target perencanaan - Memilih kisah sukses, identifikasi MSC, serta memprioritaskan rekomendasi untuk peningkatan kualitas pengelolaan program - Menyiapkan umpan balik Program dan MEL untuk SR

Koordinasi MEL yang perlu dilakukan di tingkat SSR dan SR utamanya adalah pertemuan yang melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau Provinsi untuk perencanaan, validasi data, update progres, dan menyusun tindak lanjut. Selain itu, juga diperlukan koordinasi untuk menyusun laporan capaian program.

Di tingkat PR, koordinasi MEL melibatkan dua jenis kegiatan, yaitu perkembangan update pertemuan PUDR dengan TWG TB dan kegiatan *knowledge sharing* melalui laporan tahunan, serta jika diperlukan pengolahan pengetahuan program menjadi produk komunikasi (yaitu ringkasan fact sheet / artikel di web / dll.)

Kegiatan koordinasi internal MEL di tingkat pusat akan melibatkan MEL dan divisi program Konsorsium Penabulu-STPI dalam pertemuan yang dipimpin oleh Direktur Program Nasional. Pertemuan ini dilakukan untuk review pelaksanaan program setiap triwulan, identifikasi pembelajaran, serta evaluasi perubahan yang paling signifikan. Setiap koordinasi yang dibutuhkan antara divisi MEL dan Program perlu diketahui dan difasilitasi oleh Manajer divisi masing-masing.

Selain itu, Divisi Manajemen Pengetahuan di MEL akan memfasilitasi kegiatan produksi pengetahuan internal (yaitu menghasilkan laporan / materi komunikasi lainnya), sintesis pengetahuan (yaitu memberikan rekomendasi berbasis bukti), berbagi pengetahuan (misalnya kisah sukses / pelajaran yang didapat) dengan berkoordinasi bersama Divisi Program dan Tim Manajemen Data.



Figur 10. Koordinasi MEL lintas divisi di tingkat PR

7. PENINGKATAN KAPASITAS

7.1. Kapasitas lembaga sub-recipient

Konsorsium Penabulu-STPI menerapkan self-assessment bagi organisasi masyarakat sipil yang bergabung sebagai Sub-Recipient (wilayah dan Tematik) yang akan dilakukan 1 kali setiap tahun. Asesmen dilakukan menggunakan PERANTI, “Perangkat Mandiri Penilaian Transparansi dan Akuntabilitas Organisasi Nirlaba Indonesia”, yang dikembangkan oleh Penabulu Alliance. Hasil pemindaian secara sistematis dengan alat ini akan digunakan untuk mengembangkan rencana peningkatan kapasitas SR Komunitas yang melaksanakan program Global Fund.

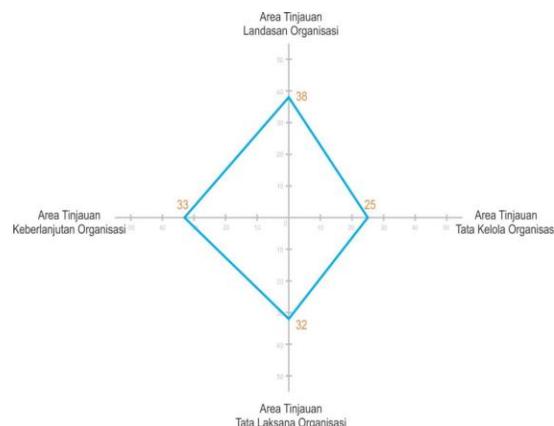
PERANTI mengukur tiga tingkat area tinjauan penilaian (area landasan organisasi, area tata kelola organisasi, area tata laksana organisasi) dan satu tinjauan kontinjensi (area keberlanjutan organisasi). Pemindaian terhadap masing-masing area tinjauan akan dilakukan dengan menilik 27 elemen kerangka kerja yang akan menghasilkan pemetaan penilaian terhadap keseluruhan area tinjauan tersebut.

Setiap organisasi akan memberikan penilaian terhadap elemen kerangka kerja dengan skor 1-5 yang mencerminkan tahapan pertumbuhan organisasi (adopsi dari Five Life Stages of Nonprofit Organizations; Judith SS, Fieldstone Alliance, 2001). Skor 1 menggambarkan bahwa kondisi organisasi pada elemen tersebut masih pada tahan penemuan gagasan dan pembentukan kelompok, sedangkan, skor 5 mencerminkan bagaimana organisasi telah menemukan titik relevansi baru. Setiap skor akan dikali dengan bobot yang berbeda untuk tiap elemen untuk mendapatkan nilai per area tinjauan.

Hasil penilaian akan disajikan langsung dalam bentuk 2 diagram web yaitu:

- a. Diagram peta visual kondisi lembaga

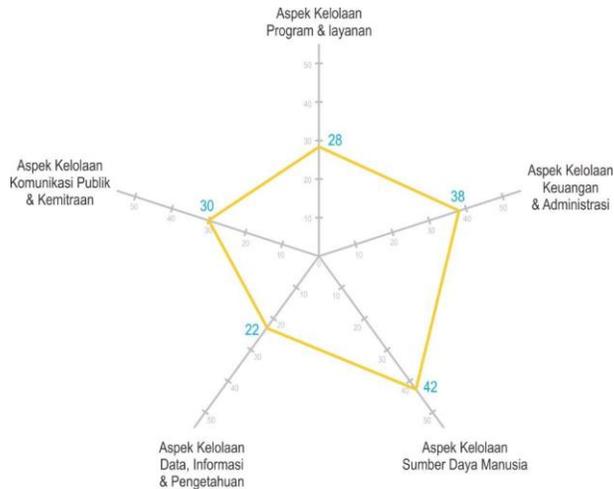
1) Area tinjauan landasan organisasi, 2) Area tinjauan tata kelola organisasi, 3) Area tinjauan tata laksana organisasi, dan 4) Area tinjauan keberlanjutan organisasi.



Figur 11. Diagram kondisi lembaga

b. Diagram peta visual kondisi tata laksana organisasi

1) Aspek kelolaan program dan layanan, 2) Aspek kelolaan keuangan dan administasi, 3) Aspek kelolaan sumber daya manusia, 4) Aspek kelolaan data, informasi, dan pengetahuan, dan 5) Aspek kelolaan komunikasi publik dan kemitraan.



Figur 12. Diagram kondisi tata laksana

Berdasarkan hasil pemetaan kondisi Lembaga dan tata laksanakan organisasi tersebut, PR Konsorsium Penabulu-STPI akan merancang materi peningkatan kapasitas organisasi yang akan dilakukan baik pada Rapat Koordinasi Nasional maupun kunjungan peningkatan kapasitas oleh PR ke SR.

Nilai-nilai tersebut akan diukur di awal program (Q1) dan setiap triwulan pertama pada tahun 2022 dan 2023 serta di akhir penutupan program (Q12). Diharapkan kondisi Lembaga dan tata laksana organisasi sub-recipient akan meningkat dari tahun ke tahun.

7.2. Kapasitas Personnel MEL

Konsorsium Penabulu-STPI akan menilai kapasitas staf MEL yang baru direkrut berdasarkan kapasitas yang diketahui melalui CV staf dan proses wawancara. Berdasarkan informasi yang dikumpulkan melalui Asesmen Awal pengelolaan pengetahuan organisasi, PR Komunitas akan merinci rencana pengembangan kapasitas organisasi di tingkat PR yang berfokus pada isu Tuberkulosis dan *soft skills* untuk mendukung staf dalam bekerja.

PR akan memastikan bahwa staf MEL SR dan staf program SSR juga akan menerima panduan teknis terperinci tentang formulir, prosedur entri data, dan informasi lain yang berkaitan dengan sistem database elektronik, template pelaporan termasuk isu pembelajaran dimana setiap implementer perlu melaporkan keberhasilan dan hambatan implementasi program.

Khusus tim MEL di tingkat SR, tim Knowledge Management PR akan meningkatkan kapasitas tim SR untuk melakukan analisis SWOT dari laporan program SSR untuk membantu menyusun laporan capaian program dan teknik evaluasi *Most Significant Change*.

Kegiatan peningkatan kapasitas juga akan disiapkan untuk melengkapi kebutuhan dan tantangan yang diidentifikasi dan membutuhkan kunjungan supervisi. Selain itu, lokakarya dapat dilakukan pada rapat koordinasi tahunan di tingkat Nasional atau Provinsi.

Tabel 9. Daftar Kegiatan Peningkatan Kapasitas oleh Konsorsium Penabulu-STPI

Aktivitas	Frekuensi	Implementer	Tujuan
Peningkatan kapasitas MEL PR kepada MEL SR	2x/tahun	PR	<ul style="list-style-type: none"> - Penguatan kapasitas tim MEL SR dalam melaksanakan kegiatan monitoring, evaluasi, dan pembelajaran - Peningkatkan keterampilan tim MEL SR untuk memsupervisi, melatih dan memberikan bantuan teknis kepada SSR - Peningkatkan kualitas implementasi kerja tim MEL sehingga dapat menghasilkan data berkualitas yang dapat digunakan untuk pengambilan keputusan program.
Peningkatan kapasitas MEL SR kepada SSR	2x/tahun	SR	<ul style="list-style-type: none"> - Penguatan kapasitas SSR dalam melaksanakan kegiatan monitoring, evaluasi, dan pembelajaran - Peningkatkan kualitas implementasi kerja tim MEL sehingga dapat menghasilkan data berkualitas yang dapat digunakan untuk pengambilan keputusan program. - Peningkatan kapasitas SSR melakukan supervisi terhadap koordinator kader dan/atau manajer kasus

8. RENCANA KERJA DAN ANGGARAN MEL

Rincian anggaran rencana kerja MEL dihitung untuk setiap triwulan pada tingkat SSR-SR-PR pada 2021-2023 dan terlampir di Annex E. Total jumlah anggaran kegiatan terkait MEL dalam rencana kerja PR Komunitas adalah US \$ 2.407.004.96, yang terdiri dari berikut ini:

1. Rapat Koordinasi dan validasi data kader masyarakat dengan Koordinator Kader, Puskesmas, dan Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten
2. Rapat Koordinasi Semester untuk Pelacakan Pasien Mangkir dengan Dinkes Kota/Kabupaten
3. Rapat Koordinasi Semester dengan Dinas Kesehatan Provinsi
4. Kunjungan supervisi rutin berdasarkan masalah kinerja dan kebutuhan khusus oleh SR terhadap SSR

5. Kunjungan supervisi rutin berdasarkan masalah kinerja dan kebutuhan khusus oleh PR terhadap SR
6. TB Stigma Assessment
7. Pengumpulan dan Validasi Data
8. Rapat Koordinasi Nasional
9. Rapat Koordinasi di Tingkat Provinsi

9. INFORMASI PRODUK, DISEMINASI DAN UTILISASI

Setelah data dikumpulkan dan dianalisis, data tersebut akan digunakan untuk menginformasikan pengambilan keputusan dan meningkatkan efisiensi serta efektivitas program. Hal ini dapat dilakukan dalam pertemuan internal atau pertemuan eksternal dengan pemangku kepentingan terkait. Dalam lingkup internal, hasil analisis pelaksanaan program dapat disebarluaskan oleh implementer dalam bentuk informasi umpan balik yang sistematis (lihat Figur 2).

Selain itu, hasil dan analisis MEL dapat diolah dan diintegrasikan dalam pertemuan advokasi dan kegiatan komunikasi sepanjang tahun 2021-2023 dengan sumber daya dari Global Fund maupun kolaborasi dengan mitra pembangunan / masyarakat sipil lainnya.

Tabel 10. Kanal saluran komunikasi untuk penyebaran informasi hasil pelaksanaan program dan produk pengetahuan

Target Audience	Pemerintah	Ahli Teknis	Faskes	Publik
Teks	Policy brief/memo Laporan Program Rilis Pers Surat Terbuka		Fact sheets	Opini Petisi
Oral	Rapat kelompok Rapat perorangan Rapat Dengar Pendapat di DPR RI			Pidato Kata Sambutan
Audiovisual	Radio talk shows		Radio talk shows Podcast	
ICT	Website Webinar			
ICT	Email Data Repository SITK			
Event	Hari TBC Sedunia INA-TIME (Seminar TBC di Indonesia) The Union Conference			

ANNEX A – Template Kerangka MEL

Nama indikator	Baseline	Target			Sumber data	Frekuensi pengumpulan data	Entitas yang bertanggung jawab
		2021	2022	2023			
Indikator dampak							
Angka insidensi TBC per 100.000 penduduk	318 (2018)	252	233	211	- Survei (survei prevalensi, MOH) - Data sekunder (i.e. TB Global Report, WHO)	- Per 10 tahun untuk survei prevalensi - Setiap tahun untuk data sekunder	- NTP - NIHRD - WHO
Angka mortalitas TBC per 100.000 penduduk	35 (2018)	33	32	31	- Survei (survei prevalensi, MOH) - Data sekunder (i.e. TB Global Report, WHO)	- Per 10 tahun untuk survei prevalensi - Setiap tahun untuk data sekunder	- NTP - NIHRD - WHO
Prevalensi RR-TB dan/atau MDR-TB diantara pasien TBC baru: Proporsi kasus TBC baru dengan RR-TB dan/atau MDR-TB	2.4% (2018)	2.4%	2.4%	2.4%	- Survei (survei prevalensi, MOH) - Data sekunder (i.e. TB Global Report, WHO)	- Per 10 tahun untuk survei prevalensi - Setiap tahun untuk data sekunder	- NTP - NIHRD - WHO
Angka mortalitas TB/HIV per 100.000 penduduk	1.99 (2018)	1.85	1.74	1.64	- Survei (survei prevalensi, MOH) - Data sekunder (i.e. TB Global Report, WHO)	- Per 10 tahun untuk survei prevalensi - Setiap tahun untuk data sekunder	- NTP - NIHRD - WHO
Indikator Hasil							
Cakupan pengobatan TBC: Persentase kasus baru dan relapse yang ternotifikasi dan diobati diantara estimasi jumlah insidensi TBC pada tahun yang sama (semua tipe TBC – terkonfirmasi bakteriologis dan diagnosis klinis)	66.97% (2018)	86.11%	91.21%	91.26%	Data surveilans	Triwulan	NTP
Angka keberhasilan pengobatan semua tipe TBC – terkonfirmasi bakteriologis dan diagnosis klinis, kasus baru dan relapse	84.60% (2018)	90%	90%	90%	Data surveilans	Triwulan	NTP
Notifikasi kasus RR-TB dan/atau MDR-TB – Persentase notifikasi kasus TBC resisten obat terkonfirmasi bakteriologis, RR-TB dan/atau MDR-TB sebagai	37.66% (2018)	70.00%	75%	80%	Data surveilans	Triwulan	NTP

proporsi diantara semua kasus RR-TB and/or MDR-TB							
Angka keberhasilan pengobatan RR TB dan/atau MDR-TB: Persentase kasus dengan RR dan/atau MDR-TB berhasil diobati	49.02% (2018)	75.00%	80%	80%	Data surveilans	Triwulan	NTP
Persentase orang didiagnosis dengan tuberkulosis yang melaporkan pengalaman stigma di masyarakat yang menghambat mereka dalam mencari dan mengakses pelayanan tuberkulosis	N/A			TBD	<i>TB Stigma Assessment</i>		PR Penabulu-STPI
Indikator Cakupan / Output							
Jumlah notifikasi pasien semua tipe TBC yang dirujuk oleh komunitas	67,815 (2019)	125,332	159,964	93,741	SITK	Semester, Tahunan	PR Penabulu-STPI
Persentase pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis yang kontak rumah tangganya diskriming gejala TBC (investigasi kontak)	55.81% (2019)	57.5%	67.5%	77.5%	SITK	Semester, Tahunan	PR Penabulu-STPI
Jumlah kontak pasien TBC (umur <5 tahun) yang dirujuk oleh komunitas memulai terapi pencegahan tuberkulosis	N/A	12,596	26,864	40,426	SITK	Semester, Tahunan	PR Penabulu-STPI
Persentase pasien TBC resisten obat (<i>rifampicin resistant/multi-drug resistant</i>) yang diobati mangkir (<i>lost to follow up</i>) dalam enam bulan pertama pengobatan	21.8% (2018)	N/A	15%	10%	SITK	Semester, Tahunan	PR Penabulu-STPI

ANNEX B – Indicator Reference Sheet Template

A. Indikator dampak

Indikator	Angka insidensi TBC per 100.000 penduduk
Rasional/Tujuan	Mencerminkan kejadian kasus penyakit baru di suatu populasi
Numerator	Jumlah kasus baru dan relapse semua tipe TBC dalam periode tertentu
Denominator	Jumlah orang yang beresiko sakit pada periode waktu yang sama
Frekuensi pengumpulan data	<ul style="list-style-type: none"> • Survei prevalensi setiap 10 tahun • Data sekunder dikumpulkan setiap 1 tahun
Alat pengukuran	Survei (survei prevalensi, Kemenkes) & Data sekunder (i.e. TB Global Report, WHO)
Metode pengukuran	<ul style="list-style-type: none"> • Belum ada negara yang melakukan survei insidensi TBC skala nasional karena besaran sampel yang dibutuhkan dan hambatan besar dalam logistic dan pembiayaan. Oleh sebab itu, belum pernah ada pengukuran langsung insidensi TBC. • Pengukuran secara tidak langsung (indirect) mengestimasi insidensi TBC berdasarkan hasil survei prevalensi, yang divalidasi dengan data TBC dari notifikasi dan survei khusus seperti <i>TB Inventory Study</i>
Interpretasi	Insidensi TBC mencerminkan situasi pengendalian TBC di suatu negara. Penurunan angka insiden membutuhkan diagnosis sedini mungkin dan pengobatan terstandar yang tepat semua kasus TBC untuk mengurangi total durasi dan penyebaran penyakit.
Informasi relevan lainnya	Penurunan insidensi terwujud jika kondisi-kondisi yang dievaluasi dalam TIME modelling terpenuhi (cakupan tinggi diagnosis tes cepat molekuler, implementasi penemuan kasus aktif dan intensif, cakupan pengobatan dan keberhasilan pengobatan yang tinggi). Jika setiap strategi yang diuraikan di Strategi Nasional diimplementasikan, target-target dapat dicapai.

Indikator	Angka mortalitas TBC per 100.000 penduduk
Rasional/Tujuan	Mengukur frekuensi terjadinya kematian pada populasi tertentu pada interval waktu yang ditetapkan
Numerator	Jumlah kematian akibat TBC yang terjadi dalam periode tertentu
Denominator	Jumlah populasi pada periode waktu yang sama
Frekuensi pengumpulan data	<ul style="list-style-type: none"> • Survei prevalensi setiap 10 tahun • Data sekunder dikumpulkan setiap 1 tahun
Alat pengukuran	Survei (survei prevalensi, Kemenkes) & Data sekunder (i.e. TB Global Report, WHO)
Metode pengukuran	<p>Terdapat dua cara mengukur indikator ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengukuran langsung menggunakan <i>vital registration data</i> jika data registrasi data kematian terkumpul di <i>vital registration systems</i> dikode sesuai Klasifikasi Statistik Internasional tentang Penyakit dan Masalah Kesehatan (ICD-10) dan datanya terbukti lengkap dan akurat. Pengukuran langsung menggunakan studi autopsi verbal, dimana pengasuh atau anggota keluarga dari orang yang meninggal diberi pertanyaan secara terstruktur dengan tujuan menentukan penyebab kematian. • Pengukuran secara tidak langsung (indirect) menggunakan estimasi angka fatalitas kasus dan insidensi TBC, dimana mortalitas TBC diestimasi sama dengan insidensi TBC dikali dengan estimasi angka fatalitas kasus.
Interpretasi	Mortalitas yang menurun mengindikasikan diagnosis dilakukan secara dini dan pengobatan sesuai standar dilakukan secara tepat
Informasi relevan lainnya	<p>Mortalitas TBC diukur dari data yang terkumpul dari <i>vital registration system</i> milik PUSDATIN (Pusat Data dan Informasi) dan BPS (Badan Pusat Statistik) yang menangkap data yang dapat dipercaya tentang kematian akibat TBC.</p> <p>Angka kematian TBC diperkirakan akan menurun dengan cakupan pengobatan dan angka keberhasilan pengobatan TBC yang tinggi, termasuk untuk TBC resistan obat dan TB-HIV.</p>

Indikator	Prevalensi RR-TB dan/atau MDR-TB diantara pasien TBC baru: Proporsi kasus TBC baru dengan RR-TB dan/atau MDR-TB
Rasional/Tujuan	Prevalensi RR-TB dan/atau MDR-TB menentukan resiko kejadian penyebaran infeksi TBC resisten obat di masyarakat
Numerator	Jumlah kasus RR-TB dan/atau MDR-TB pada waktu tertentu
Denominator	Jumlah populasi pada periode waktu yang sama
Frekuensi pengumpulan data	<ul style="list-style-type: none"> • Survei prevalensi setiap 10 tahun • Data sekunder dikumpulkan setiap 1 tahun
Alat pengukuran	Survei (survei prevalensi, Kemenkes) & Data sekunder (i.e. TB Global Report, WHO)
Metode pengukuran	<p>Terdapat dua cara mengukur indikator ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengukuran langsung menggunakan <i>cross-sectional population-based survey</i>. • Pengukuran secara tidak langsung (indirect) dilakukan menggunakan estimasi prevalensi RR-TB dan/atau MDR-TB
Interpretasi	Prevalensi RR-TB dan/atau MDR-TB di antara pasien TBC baru diharapkan menurun dengan diagnosis dini TBC resisten obat untuk semua pasien, meningkatkan deteksi dan inisiasi pengobatan, serta pengendalian infeksi untuk menurunkan penyebaran.
Informasi relevan lainnya	-

Indikator	Angka mortalitas TB/HIV per 100.000 penduduk
Rasional/Tujuan	Mengukur frekuensi kejadian kematian pada populasi tertentu pada interval waktu yang ditetapkan
Numerator	Angka kematian diantara pasien TBC dengan HIV positif, pasien baru dan relapse, pada periode waktu tertentu
Denominator	Jumlah populasi pada periode waktu yang sama
Frekuensi pengumpulan data	<ul style="list-style-type: none"> • Survei prevalensi setiap 10 tahun • Data sekunder dikumpulkan setiap 1 tahun
Alat pengukuran	Survei (survei prevalensi, Kemenkes) & Data sekunder (i.e. TB Global Report, WHO)
Metode pengukuran	<p>Terdapat dua cara mengukur indikator ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengukuran langsung menggunakan <i>vital registration data</i> jika data registrasi data kematian terkumpul di <i>vital registration systems</i> dikode sesuai Klasifikasi Statistik Internasional tentang Penyakit dan Masalah Kesehatan (ICD-10) dan datanya terbukti lengkap dan akurat. Pengukuran langsung menggunakan studi autopsi verbal, dimana pengasuh atau anggota keluarga dari orang yang meninggal diberi pertanyaan secara terstruktur dengan tujuan menentukan penyebab kematian. • Pengukuran secara tidak langsung (indirect) menggunakan estimasi angka fatalitas kasus dan insidensi TBC, dimana mortalitas TBC diestimasi sama dengan insidensi TBC dikali dengan estimasi angka fatalitas kasus.
Interpretasi	Mortalitas yang menurun mengindikasikan diagnosis dilakukan secara dini dan pengobatan TBC dan HIV yang sesuai standar dilakukan secara tepat
Informasi relevan lainnya	Penurunan angka mortalitas TB/HIV diperkirakan menurun dengan meningkatnya cakupan tes HIV pada pasien TBC, semua pasien TBC dengan HIV positif memulai ART setelah hasil diketahui, dan ketersediaan dan konsumsi terapi pencegahan tuberkulosis untuk ODHA.

B. Outcome Indicators

Indikator	Cakupan pengobatan TBC: Persentase kasus baru dan relapse yang ternotifikasi dan diobati diantara estimasi jumlah insidensi TBC pada tahun yang sama (semua tipe TBC – terkonfirmasi bakteriologis dan diagnosis klinis)
Rasional/Tujuan	Indikator ini mencerminkan berapa banyak pasien TBC yang menerima pengobatan TBC dalam program nasional
Numerator	Jumlah orang dengan semua tipe TBC, terkonfirmasi bakteriologis dan didiagnosis klinis serta kasus baru dan relapse, yang dilaporkan ke Program TBC Nasional
Denominator	Estimasi insidensi kasus TBC per tahun, dihitung berdasarkan modelling beban TBC oleh WHO (Global TB Report 2016)
Frekuensi pengumpulan data	Tahunan
Alat pengukuran	Form dan register pencatatan dan pelaporan TBC SITT Estimasi WHO
Metode pengukuran	Numerator dibagi denominator. Hasil dalam bentuk persentase.
Interpretasi	Kesenjangan antara pasien TBC yang diobati dan pasien TBC yang diestimasi pada periode tertentu, indikator ini mendeskripsikan besaran kasus <i>underdiagnosis</i> (belum terdiagnosis) dan/atau <i>underreporting</i> (belum dilaporkan).
Informasi relevan lainnya	Kesenjangan akibat underreporting dapat diketahui dan menurun berdasarkan hasil <i>Inventory Study</i> . Dimungkinkan lebih banyak kasus ditemukan daripada estimasi insidensi jika upaya penemuan kasus di komunitas juga mendeteksi kasus lama.

Indikator	Angka keberhasilan pengobatan semua tipe TBC – terkonfirmasi bakteriologis dan diagnosis klinis, kasus baru dan relapse
Rasional/Tujuan	Evaluasi keberhasilan pengobatan pasien semua tipe TBC digunakan untuk menentukan kualitas dan efektivitas implementasi DOTS pada semua tingkatan implementasi.
Numerator	Jumlah semua tipe kasus TBC (i.e. terkonfirmasi bakteriologis dan didiagnosis klinis), baru dan relapse, pada periode tertentu yang berhasil diobati (Jumlah kategori hasil pengobatan WHO "sembuh" dan "pengobatan lengkap")
Denominator	Total jumlah semua tipe kasus TBC (i.e. terkonfirmasi bakteriologis dan didiagnosis klinis), baru dan relapse, teregistrasi untuk pengobatan pada periode waktu yang sama
Frekuensi pengumpulan data	Triwulan
Alat pengukuran	Form dan register pencatatan dan pelaporan TBC SITT
Metode pengukuran	Numerator dibagi denominator. Hasil dalam bentuk persentase.
Interpretasi	Hitung indikator pada semua tingkatan implementasi dan bandingkan dengan target nasional untuk indikator ini. Jika angka keberhasilan sama dengan atau lebih dari 90% kualitas pengobatan dinilai berjalan baik. Akan tetapi jika angka keberhasilan lebih dari 100%, dapat terindikasi kesalahan dalam aktivitas pencatatan dan pelaporan (i.e. ketepatan, duplikasi atau isu validitas data)
Informasi relevan lainnya	Standar WHO untuk indikator ini adalah minimal keberhasilan pengobatan mencapai 90%. Berdasarkan Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, target angka keberhasilan pengobatan TBC 2021-2023 adalah 90%. Dengan supervisi yang lebih baik, peningkatan kapasitas staf, monitoring dan evaluasi yang intensif, serta <i>scaling up</i> paduan pengobatan sesuai standar, kita akan meningkatkan angka keberhasilan pengobatan. Terlebih, angka keberhasilan pengobatan 90% adalah salah satu ketentuan untuk menurunkan insidensi TBC. Pelibat fasilitas pelayanan kesehatan di luar Program TBC Nasional untuk melaporkan kasus dan hasil pengobatan dapat beresiko menurunkan hasil akhir pengobatan dan akan diukur melalui pendekatan Public-Private-Mix untuk memonitor kualitas perawatan dan pengobatan semua fasilitas pelayanan kesehatan.

Indikator	Notifikasi kasus RR-TB dan/atau MDR-TB – Persentase notifikasi kasus TBC resisten obat terkonfirmasi bakteriologis, RR-TB dan/atau MDR-TB sebagai proporsi diantara semua kasus RR-TB and/or MDR-TB
Rasional/Tujuan	Indikator ini mencerminkan berapa banyak kasus RR-TB dan/atau MDR-TB terkonfirmasi bakteriologis yang dapat dideteksi diantara estimasi jumlah orang dengan RR-TB dan/atau MDR-TB
Numerator	Jumlah pasien TBC resisten obat, RR-TB dan/atau MDR-TB, yang terkonfirmasi bakteriologis dideteksi
Denominator	Estimasi jumlah orang dengan RR-TB dan/atau MDR-TB diantara semua kasus TBC baru dan relapse yang ternotifikasi.
Frekuensi pengumpulan data	Triwulan
Alat pengukuran	Form dan register pencatatan dan pelaporan TBC resisten obat SITT Modelling estimasi insidensi kasus RR-TB dan/atau MDR-TB
Metode pengukuran	Numerator dibagi denominator. Hasil dalam bentuk persentase.
Interpretasi	Pencapaian indikator ini mengindikasikan kesiapan fasilitas pelayanan TBC resisten obat (i.e ketersediaan DRS dan lab kultur, mesin dan cartridge Tes Cepat Molekuler, jejaring rujukan MDR-TB, dan kapasitas staf). Selain itu, investigasi kontak juga dapat meningkatkan jumlah penemuan kasus RR-TB dan/atau MDR-TB
Informasi relevan lainnya	-

Indikator	Angka keberhasilan pengobatan RR TB dan/atau MDR-TB: Persentase kasus dengan RR dan/atau MDR-TB berhasil diobati
Rasional/Tujuan	Indikator ini mencerminkan proporsi pasien TBC resisten obat memulai pengobatan di fasilitas MTPTPRO (PMDT) yang memenuhi kriteria “Sembuh” dan “Pengobatan Lengkap”.
Numerator	Jumlah orang dengan TBC resisten obat, RR dan/atau MDR-TB terkonfirmasi bakteriologis, yang memulai pengobatan lini kedua pada periode tertentu memenuhi kriteria “Sembuh” dan “Pengobatan Lengkap”
Denominator	Total jumlah orang dengan TBC resisten obat, RR dan/atau MDR-TB terkonfirmasi bakteriologis yang memulai pengobatan lini kedua pada periode yang sama
Frekuensi pengumpulan data	Triwulan
Alat pengukuran	Form dan register pencatatan dan pelaporan TBC resisten obat SITT
Metode pengukuran	Numerator dibagi denominator. Hasil dalam bentuk persentase.
Interpretasi	Data triwulan dikumpulkan dari fasilitas pelayanan kesehatan MDR-TB, dilaporkan dan dianalisa oleh Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten dan dilaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi untuk tindak lanjut. Tingkat angka keberhasilan mengindikasikan kualitas pengobatan dan mencerminkan efektivitas paduan pengobatan, implementasi DOTS, pendampingan terhadap pasien, manajemen efek samping obat.
Informasi relevan lainnya	-

Indikator	Persentase orang didiagnosis dengan tuberkulosis yang melaporkan pengalaman stigma di masyarakat yang menghambat mereka dalam mencari dan mengakses pelayanan tuberkulosis
Rasional/Tujuan	Memahami sejauhmana kejadian stigma yang dialami oleh orang dengan diagnosis tuberkulosis yang menghambat mereka dalam mencari dan mengakses pelayanan tuberkulosis
Numerator	Responden (Pasien TBC) yang melaporkan pengalaman stigma di lingkungan masyarakat
Denominator	Semua pasien TBC yang berpartisipasi di asesmen
Frekuensi pengumpulan data	1 kali
Alat pengukuran	TB Stigma Assessment
Metode pengukuran	Survei, FGD, wawancara mendalam
Interpretasi	
Informasi relevan lainnya	Indikator ini akan dilaporkan setelah TB Stigma Assessment di 2021.

C. Output Indicators

Indikator: TCP-7c	Jumlah notifikasi pasien semua tipe TBC yang dirujuk oleh komunitas
Rasional/Tujuan	Indikator ini mengukur kontribusi komunitas dalam meningkatkan notifikasi kasus TBC untuk mencapai target nasional
Numerator	Jumlah notifikasi kasus TBC yang dirujuk oleh kader komunitas pada wilayah yang ditentukan dan periode waktu tertentu
Denominator	Total jumlah kasus TBC, baru dan relaps, yang ternotifikasi ke Program TBC Nasional pada wilayah yang ditentukan dan periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan, Triwulan, Semester
Alat pengukuran	Formulir pencatatan dan pelaporan SR & SSR SITK
Metode pengukuran	Kinerja akan dinilai berdasarkan proporsi capaian yang terealisasi dengan target indikator di wilayah yang ditentukan dan periode waktu tertentu.
Interpretasi	Target di 190 kota/kabupaten akan berkontribusi terhadap rujukan oleh komunitas di 514 kota/kabupaten (100% cakupan nasional) yang dibutuhkan untuk mencapai target notifikasi nasional setiap tahun.
Informasi relevan lainnya	Indikator ini merupakan indikator yang turut berlaku untuk menilai kinerja PR Kementerian Kesehatan. Diharapkan bahwa organisasi masyarakat sipil dan komunitas berkontribusi dengan merujuk 24% (2021), 29% (2022) and 34% (2023) orang dengan TBC yang ternotifikasi di 190 kota/kabupaten. PR PB-STPI akan melaporkan proporsi notifikasi kasus yang ditemukan melalui investigasi kontak dan penyuluhan.

Indikator: TCP-Other 1	Persentase pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis yang kontak rumah tangganya diskriming gejala TBC (investigasi kontak)
Rasional/Tujuan	Indikator ini mengukur berapa banyak anggota rumah tangga pasien TBC yang terkonfirmasi bakteriologis yang diskriming TBC. Anggota rumah tangga dengan gejala TBC dan faktor resiko TBC perlu dirujuk untuk pemeriksaan atau terapi pencegahan TBC.
Numerator	Jumlah anggota rumah tangga pasien TBC yang terkonfirmasi bakteriologis berhasil diskriming TBC melalui investigasi kontak di wilayah yang ditentukan dan periode waktu tertentu.
Denominator	Jumlah pasien TBC yang terkonfirmasi bakteriologis dan ternotifikasi di wilayah yang ditentukan dan periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan, Triwulan, Semester
Alat pengukuran	Formulir pencatatan dan pelaporan SR & SSR SITK
Metode pengukuran	1 Indeks kasus = 5 rumah dengan 4-5 anggota rumah tangga di sekitar lingkungan rumah indeks kasus. Min. 20 kontak rumah tangga di lingkungan tersebut diskriming gejala TBC aktif. Numerator dibagi dengan denominator. Kinerja akan dinilai berdasarkan proporsi capaian yang terealisasi dengan target indikator di wilayah yang ditentukan dan periode waktu tertentu.
Interpretasi	Basis perhitungan cakupan: Indeks kasus = semua pasien TBC yang terkonfirmasi bakteriologis di kota/kabupaten wilayah kerja PR PB-STPI (i.e. 54% semua kasus yang ternotifikasi, berdasarkan baseline di Global TB Report 2018)
Informasi relevan lainnya	Target nasional untuk investigasi kontak adalah anggota rumah tangga pasien TBC yang terkonfirmasi bakteriologis. Target Investigasi Kontak TBC di Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis 2020-2024 adalah 85% (2021), 90% (2022) dan 90% (2023) hal 193.

Indikator: TCP 5.1-c	Jumlah kontak pasien TBC (umur <5 tahun) yang dirujuk oleh komunitas memulai terapi pencegahan tuberkulosis
Rasional/Tujuan	Indikator ini mengukur upaya kader komunitas merujuk anak di bawah usia lima tahun yang kontak serumah dengan pasien TBC, teridentifikasi dari investigasi kontak dan penyuluhan, untuk mendapatkan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT).
Numerator	Jumlah anak di bawah usia lima tahun dirujuk kader komunitas yang memulai TPT di wilayah yang ditentukan dan periode waktu tertentu.
Denominator	N/A
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan, Triwulan, Semester
Alat pengukuran	Formulir pencatatan dan pelaporan SR & SSR SITK
Metode pengukuran	Kinerja akan dinilai berdasarkan proporsi capaian yang terealisasi dengan target indikator di wilayah yang ditentukan dan periode waktu tertentu.
Interpretasi	Pencapaian indikator yang rendah tentunya dipengaruhi oleh berbagai faktor: investigasi kontak yang tidak berjalan optimal, kurangnya atau tidak ada ketersediaan logistik TPT, penolakan dari orang tua/pengasuh anak, dan pencatatan dan pelaporan indikator.
Informasi relevan lainnya	<p>Kader akan mengunjungi rumah tangga indeks kasus dan melakukan skrining TBC, jika ada yang memiliki gejala TBC aktif akan diedukasi untuk pemeriksaan dan jika ada anak di bawah usia lima tahun akan dirujuk untuk mendapatkan TPT.</p> <p>Capaian komunitas terhadap indikator ini berkontribusi terhadap target nasional untuk cakupan TPT pada kontak serumah pasien TBC, dimana 9% diantaranya adalah anak di bawah usia lima tahun.</p> <p>Target dihitung berdasarkan persentase cakupan TPT balita dan meningkat 15% setiap tahun sesuai Petunjuk Teknis Infeksi TBC Laten Program TBC Nasional yang diterbitkan Oktober 2020 (Tabel 15, hal.53). 2021: 50%; 2022: 65%; 2023: 80%.</p>

Indikator: MDR TB 4-c	Persentase pasien TBC resisten obat (<i>rifampicin resistant/multi-drug resistant</i>) yang diobati mangkir (<i>lost to follow up</i>) dalam enam bulan pertama pengobatan
Rasional/Tujuan	Indikator ini mengukur berapa banyak pasien TBC multi-drug resisten yang didampingi komunitas mangkir dalam enam bulan pertama pengobatannya
Numerator	Jumlah pasien TBC multi-drug resisten yang didampingi oleh komunitas di wilayah yang ditentukan memulai pengobatan pada periode tertentu putus pengobatan dalam 6 bulan pertama pengobatan
Denominator	Jumlah pasien TBC MDR yang didampingi komunitas di wilayah yang ditentukan dan pada periode tertentu
Frekuensi pengumpulan data	Triwulan, Semester
Alat pengukuran	Formulir pencatatan dan pelaporan SR & SSR SITK
Metode pengukuran	Numerator dibagi dengan denominator. Kinerja akan dinilai berdasarkan proporsi capaian yang terealisasi dengan target indikator di wilayah yang ditentukan dan periode waktu tertentu.
Interpretasi	Angka Lost-to-Follow-Up/mangkir/putus pengobatan dapat diakibatkan berbagai faktor seperti: Kurangnya manajemen efek samping pengobatan di layanan, kualitas dan/atau ketersediaan obat-obatan, kualitas pendampingan.
Informasi relevan lainnya	Indikator ini akan diukur mulai tahun 2022 dan 2023 karena PR PB-STPI memantau kepatuhan pasien TBC RO yang memulai pengobatan di tahun 2021. Sejak terdiagnosis, pasien TBC RO dapat mengakses Enabler di semua wilayah kerja PR PB-STPI dan mengakses Shelter di 14 provinsi wilayah prioritas Akselerasi TBC RO.

ANNEX C – Tabel Pengukuran Dampak dan Hasil

Sumber data		Sumber biaya, lingkup, total biaya pengumpulan data, jumlah anggaran yang didapatkan					Indikator hasil akan diukur di TB Stigma Assessment
		2021	2022	2023	N/A	N/A	
TB Stigma Assessment	Total biaya	US\$ 150,000	N/A	N/A	N/A	N/A	<ul style="list-style-type: none"> TB O-9 Persentase orang didiagnosis dengan tuberkulosis yang melaporkan pengalaman stigma di masyarakat yang menghambat mereka dalam mencari dan mengakses pelayanan tuberkulosis
	Biaya yang didapatkan dan sumber biaya	US\$ 150,000					
	Kesenjangan biaya	0					
	Implementer	Penabulu-STPI Consortium					
	Cakupan pengumpulan data (national/regional)	Sub-national					

ANNEX D – Dimensi Kualitas Data

Keandalan	Data yang dihasilkan oleh sistem informasi program didasarkan pada protokol dan prosedur yang tidak berubah sesuai dengan siapa yang menggunakannya dan kapan atau seberapa sering mereka digunakan. Data tersebut dapat diandalkan karena diukur dan dikumpulkan secara konsisten.
Akurasi (validitas)	Dimensi akurasi mengacu pada seberapa baik informasi yang masuk atau berasal dari database atau register mencerminkan kenyataan yang ditetapkan untuk diukur.
Ketepatan waktu	Ketepatan waktu mengacu terutama pada bagaimana data terkini atau mutakhir pada saat rilis, dengan mengukur kesenjangan antara akhir periode referensi yang terkait dengan data dan tanggal saat data tersedia bagi pengguna.
Kelengkapan	Kelengkapan berarti bahwa sistem informasi yang menghasilkan hasil bersifat inklusif secara tepat.
Integritas	Integritas adalah ketika data yang dihasilkan oleh sistem informasi program dilindungi dari bias atau manipulasi yang disengaja karena alasan politik atau pribadi.

ANNEX E – Rencana Kerja dan Anggaran Monitoring dan Evaluasi

TAHUN 1

Aktivitas	Timeline				PIC	Budget	Sumber biaya
	Q1	Q2	Q3	Q4			
Rapat Validasi Data Triwulan dengan Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten		53,813.36	53,813.36	53,813.36	SSR Program	161,440.08	GF ATM 2021
Rapat Koordinasi Semester dengan Dinas Kesehatan Provinsi	1,207.02	1,207.02	1,207.02	1,207.02	SR MEL	4,828.09	GF ATM 2021
Kunjungan supervisi rutin sesuai kinerja dan kebutuhan- SR ke SSR		29,625.24		29,625.24	SR MEL	59,250.47	GF ATM 2021
Kunjungan supervisi rutin sesuai kinerja dan kebutuhan- PR ke SR		22,684.19		22,684.19	PR MEL	45,368.38	GF ATM 2021
TB Stigma Assessment	150,000.00				PR Knowledge Management & PR Advocacy and Partnership	150,000.00	GF ATM 2021
Pengumpulan dan validasi data	84,820.72	84,820.72	84,820.72	84,820.72	SSR Program	339,282.88	GF ATM 2021
Rapat Koordinasi Nasional (RAKORNAS)				712.95	PR Program	712.95	GF ATM 2021
Rapat Koordinasi Wilayah (RAKORWIL)	1,147.07				SR Program	1,147.07	GF ATM 2021

TAHUN 2

Aktivitas	Timeline				PIC	Budget	Sumber biaya
	Q5	Q6	Q7	Q8			
Rapat Validasi Data Triwulan dengan Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten	53,813.36	53,813.36	53,813.36	53,813.36	SSR Program	215,253.44	GF ATM 2022
Rapat Koordinasi Semester dengan Dinas Kesehatan Provinsi	1,207.02	1,207.02	1,207.02	1,207.02	SR MEL	4,828.09	GF ATM 2022
Kunjungan supervisi rutin sesuai kinerja dan kebutuhan- SR ke SSR	12,401.26	12,401.26	12,401.26	12,401.26	SR MEL	49,605.05	GF ATM 2022
Kunjungan supervisi rutin sesuai kinerja dan kebutuhan- PR ke SR	9,721.79	9,721.79	9,721.79	9,721.79	PR MEL	38,887.18	GF ATM 2022
Pengumpulan dan validasi data	107,426.21	107,426.21	107,426.21	107,426.21	PR Knowledge Management & PR Advocacy and Partnership	429,704.83	GF ATM 2022
Rapat Koordinasi Nasional (RAKORNAS)		55,250.98			SSR Program	55,250.98	GF ATM 2022
Rapat Koordinasi Wilayah (RAKORWIL)	56,263.93				PR Program	56,263.93	GF ATM 2022

TAHUN 3

Aktivitas	Timeline				PIC	Budget	Sumber biaya
	Q9	Q10	Q11	Q12			
Rapat Validasi Data Triwulan dengan Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten	215,253.44	53,813.36	53,813.36	53,813.36	SSR Program	215,253.44	GF ATM 2023
Rapat Koordinasi Semester dengan Dinas Kesehatan Provinsi	4,828.09	1,207.02	1,207.02	1,207.02	SR MEL	4,828.09	GF ATM 2023
Kunjungan supervisi rutin sesuai kinerja dan kebutuhan- SR ke SSR	39,959.62	9,989.91	9,989.91	9,989.91	SR MEL	39,959.62	GF ATM 2023
Kunjungan supervisi rutin sesuai kinerja dan kebutuhan- PR ke SR	32,405.98	8,101.50	8,101.50	8,101.50	PR MEL	32,405.98	GF ATM 2023
Pengumpulan dan validasi data	500,874.39	125,218.60	125,218.60	125,218.60	PR Knowledge Management & PR Advocacy and Partnership	500,874.39	GF ATM 2023
Rapat Koordinasi Nasional (RAKORNAS)		712.95			SSR Program	712.95	GF ATM 2023
Rapat Koordinasi Wilayah (RAKORWIL)	1,147.07				PR Program	1,147.07	GF ATM 2023

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Accessed on 27 October 2020. https://19ebb8d2-41b2-4d02-bf64-c3ca4d8afe5a.filesusr.com/ugd/6b03b6_f60b6a36f0bb4f7682254d360d17699a.pdf
2. Stop TB Partnership. (2020). OnelImpact Stop TB Partnership. stoptbpartnershiponeimpact.org. Accessed on 27 October 2020. <https://stoptbpartnershiponeimpact.org/>
3. Stop TB Partnership. (2019). TB Stigma Implementation Handbook. [Stoptb.org](http://www.stoptb.org). Accessed on 27 October 2020. <http://www.stoptb.org/assets/documents/communities/STP%20TB%20Stigma%20Assessment%20Implementation%20Handbook.pdf>