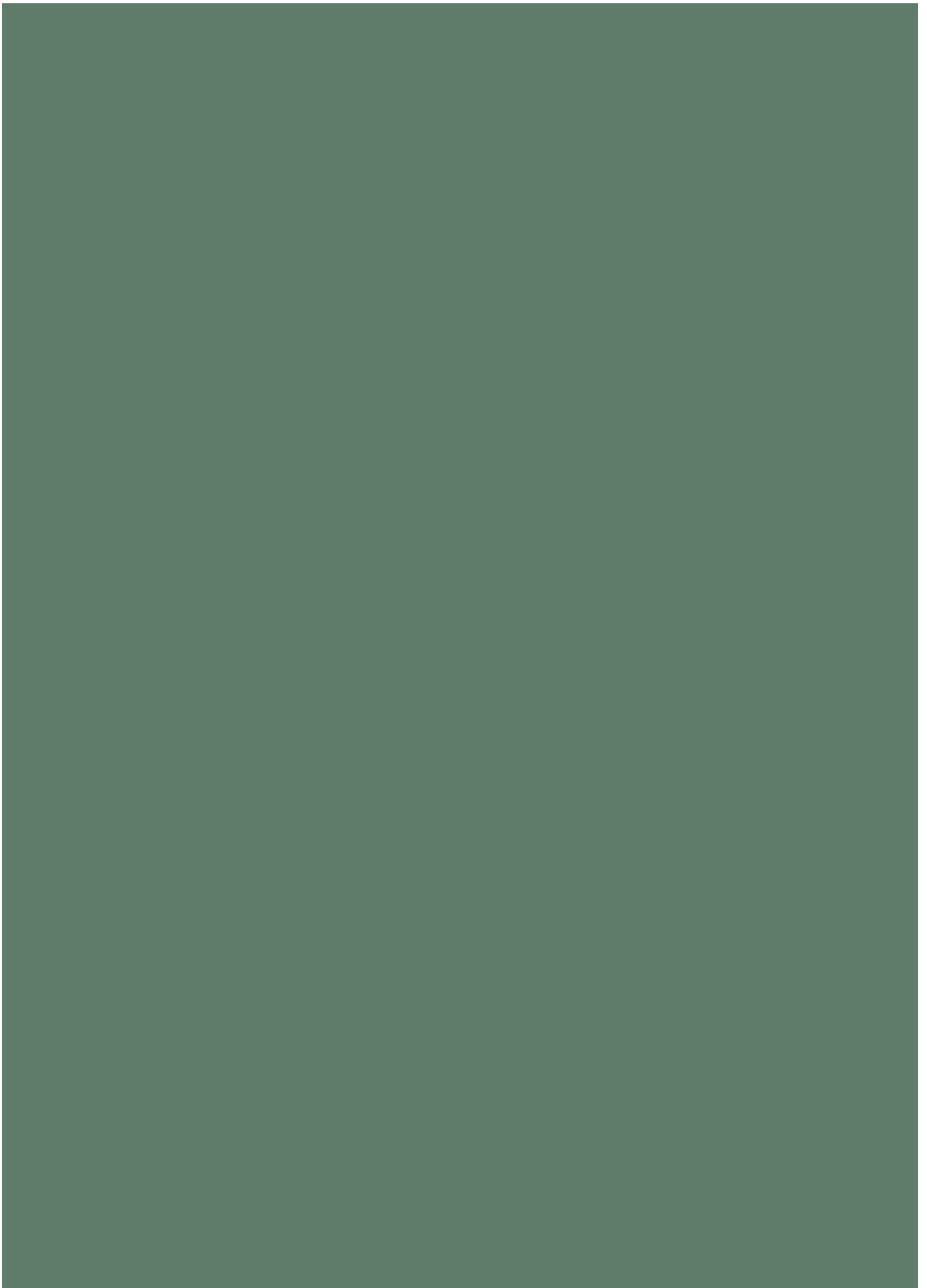




BAB III **PERSIAPAN PELAKSANAAN PROGRAM**

A. Pertemuan Pemangku Kepentingan

B. Riset Baseline



BAB III PERSIAPAN PELAKSANAAN PROGRAM

Sebagai langkah awal pelaksanaan program AKMS TB, KuIS melakukan dua kegiatan yang bertujuan untuk sosialisasi program, penggalangan dukungan dan pengumpulan data yang diperlukan untuk merancang strategi program. Sosialisasi dan penggalangan dukungan dilakukan melalui pertemuan antara para pelaksana program dan pemangku kepentingan yang terkait, sedangkan pengumpulan data dilakukan melalui riset *baseline* baik yang menyangkut kebijakan, maupun pengetahuan, sikap serta perilaku masyarakat dan pemangku kepentingan berkaitan dengan TB.

A. PERTEMUAN PEMANGKU KEPENTINGAN

Menandai awal program AKMS TB, KuIS menyelenggarakan Diskusi (*Round Table Discussion*) pada bulan September 2005. Pertemuan yang dihadiri oleh perwakilan mitra organisasi pengelola program serta pembuat kebijakan dari 15 distrik tersebut bertujuan untuk:

- Menggugah mitra lokal serta pembuat kebijakan distrik tentang kondisi dan pentingnya penanggulangan TB sebelum prakarsa bergulir.
- Menyamakan persepsi tentang prakarsa AKMS TB yang akan bergulir antara KuIS dengan mitra serta pembuat kebijakan distrik, diantaranya mengenai tujuan bersama, model kemitraan, dan pembagian peran yang akan dijalankan.

Pada pembukaan pertemuan disampaikan informasi mengenai TB dalam konteks nasional yang disampaikan oleh Kepala Sub-Direktorat TB, Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit Menular, Departemen Kesehatan RI, juga TB dalam konteks global oleh perwakilan dari Badan Kesehatan Dunia (WHO).

Berikutnya, para peserta bersama-sama membahas mengenai masalah utama yang ditemui dalam upaya pengendalian TB, terutama dalam konteks kebijakan, efektivitas

pelayanan, alokasi sumber dana dan kesertaan masyarakat. Untuk dapat melakukan analisis yang lebih detail, peserta dibagi menjadi empat kelompok berdasarkan wilayah kerjanya yaitu Sumatera, Jawa – Madura, Kalimantan dan Nusa Tenggara. Dari hasil diskusi yang dilakukan, terdapat beberapa masalah dasar yang masih harus dihadapi, yaitu:

- TB belum menjadi prioritas masalah kesehatan.
- Pelayanan TB masih menghadapi masalah seperti kendala geografis, infrastruktur, dan kesenjangan informasi.
- Masih adanya stigma mengenai TB di beberapa wilayah.
- Peran serta masyarakat masih sangat minim, karena masih banyak orang yang tidak tahu dan tidak peduli mengenai penyakit TB.
- Masih minimnya upaya promosi kesehatan yang dilakukan pemerintah atau pihak lain.
- Alokasi sumberdaya untuk pengendalian TB di tingkat nasional, propinsi, maupun lokal masih relatif rendah dibanding alokasi untuk penanggulangan penyakit lain.

Untuk menggali informasi lebih dalam mengenai peran dan peluang LSM dalam pengendalian TB, peserta kemudian berdiskusi dalam kelompok kecil mengenai peluang dan tantangan yang dihadapi di wilayah mereka.

Adapun tantangan yang masih harus dihadapi adalah:

- Kemiskinan sebagai beban negara maupun individual di Indonesia, yang sangat berpengaruh pada rendahnya status kesehatan.

Sedangkan beberapa peluang yang dianggap masih dapat dieksplorasi lebih lanjut adalah:

- Otonomi daerah memberi kesempatan bagi tiap daerah untuk menyusun perencanaan lokal, serta mempermudah proses advokasi pada pemerintah daerah.
- Mandat dan dukungan global untuk menjadikan kesehatan sebagai prioritas, akan mendorong Indonesia untuk berpartisipasi dalam penanggulangan TB.
- Kesehatan telah menjadi perhatian utama dari lembaga swadaya masyarakat (LSM), organisasi berbasis masyarakat (CSO), dan media. Saat ini LSM dan CSO yang bergerak di bidang kesehatan jumlahnya semakin meningkat.

Diskusi kemudian dilanjutkan dengan pembahasan mengenai prioritas dan masalah strategis dalam upaya penanggulangan TB di masing-masing wilayah.

Identifikasi prioritas masalah dan isu strategis di lini kebijakan publik, pengetahuan masyarakat dan pelayanan kesehatan, menciptakan suatu kebutuhan akan strategi terpadu yang menyasar tiga lini tersebut. Tim selanjutnya merujuk kepada suatu strategi, yang selanjutnya dikenal sebagai strategi Advokasi, Komunikasi, dan Mobilisasi Sosial (AKMS).

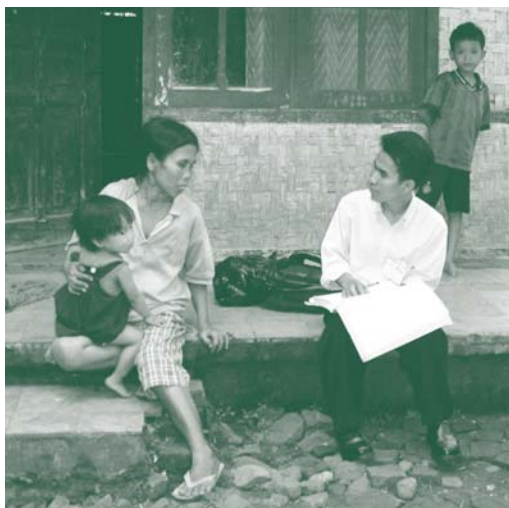
Disepakati bahwa TB memang masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia, dan upaya penanggulangannya tidak bisa ditangani satu pihak saja, tapi harus bersama-sama. Untuk itu akan dibentuk tim yang merupakan kolaborasi dari berbagai pemangku kepentingan, yang secara bersama-sama akan merancang strategi sesuai kondisi masing-masing daerah.

B. RISET BASELINE

Dalam pertemuan ini terlihat masih minimnya data dapat dijadikan acuan atau dasar untuk pengembangan strategi program AKMS di setiap daerah, terutama dalam konteks pengetahuan serta dukungan dari pihak-pihak yang terkait. Untuk itu, KuIS menganggap perlunya diadakan riset untuk mendapatkan data yang diperlukan.

Untuk mendapatkan data awal, KuIS bersama mitra di 15 distrik melakukan dua riset, yaitu riset kebijakan dan riset PSP (Pengetahuan, Sikap dan Perilaku) berkaitan dengan TB. Riset *baseline* ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk penyusunan program AKMS TB. Riset kebijakan bertujuan untuk mengetahui kondisi peraturan perundangan, program, serta anggaran Pemda berkenaan dengan TB. Sementara riset PSP ditujukan untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan perilaku berkaitan dengan TB baik di kalangan masyarakat, pasien atau pembuat kebijakan. Untuk melengkapi riset PSP dan kebijakan, dilakukan juga riset pelengkap untuk lebih mengetahui kondisi dan kebutuhan Puskesmas terkait dengan penanggulangan TB di unitnya.

Riset awal dilakukan melalui kolaborasi dengan mitra lokal mandiri, terutama dari



Riset awal diperlukan untuk mengembangkan strategi program

lembaga pendidikan. Riset ini berlangsung dari bulan Oktober – Desember 2005 di delapan provinsi, 15 distrik, 45 kecamatan dan 90 desa (tiga kecamatan dan enam desa di setiap distrik). Berselang satu tahun sekitar bulan September 2006, tim peneliti melakukan riset evaluasi yang bertujuan mengukur keberhasilan (efektivitas) upaya AKMS TB merujuk kepada tujuan dan indikator pencapaian yang telah disepakati sebelum upaya dimulai.

Mitra Pelaksana Riset

- Pusat Manajemen Kesehatan Sosial Masyarakat/PMKSM Universitas Sumatera Utara (Medan).
- Akademi Perawat Gita Matura Abadi Kisaran (Asahan).
- Lembaga Penelitian Universitas Lampung. (Bandar Lampung, Lampung Tengah dan Lampung Selatan).
- Lembaga Kajian Publik Strategis/ LKPS Banten (Pandeglang).
- Sekolah Tinggi Ilmu Tarbiyah Raden Wijaya(Mojokerto).
- Universitas Madura - LP3M (Pamekasan).
- Institut Pengembangan Masyarakat/ IPMA (Banjarmasin).
- Lembaga Bina Potensia (Banjar).
- Center for Ethnoecology Research and Development /CERD (Kutai Barat).
- Pusat Penelitian Peranan Wanita Universitas Mataram (Mataram dan Lombok Barat).
- STPM St. Ursula Enda (Ende).
- Yayasan Flores Sejahtera (Sikka).

Dalam pengumpulan data, mitra koalisi di masing-masing distrik bekerjasama dengan lembaga riset dan universitas yang telah memiliki pengalaman melaksanakan riset serupa.

Indikator-indikator yang dirujuk sebagai ukuran pencapaian program AKMS, dilihat dari dua sisi sebagai berikut:

- Pengetahuan, Sikap dan Perilaku
 - Minimal 70% masyarakat terpapar informasi TB.
 - Minimal 50% masyarakat di daerah program mengerti tentang gejala, bahaya dan pengobatan TB.
 - Minimal 50% masyarakat ingat tiga pesan kunci TB.
- Komitmen Politik
 - Meningkatnya frekuensi dan intensitas koordinasi penanggulangan TB di tingkat distrik.
 - Isu TB diangkat (dibicarakan atau dicatat) dalam pertemuan penting para pembuat kebijakan.

Data untuk riset baseline ini dikumpulkan dengan tiga metode, yaitu Survei menggunakan kuesioner PSP (Pengetahuan, Sikap dan Perilaku), *Focus Group Discussion* (Diskusi Kelompok Terfokus) dan wawancara mendalam, dengan jumlah responden yang berbeda untuk setiap kelompok dengan detail yang terangkum dalam tabel berikut ini:

Pengumpulan data dari masyarakat melalui kuesioner dilakukan di tiga kecamatan di setiap Kabupaten/Kota. Pemilihan responden dilakukan secara acak (*multi stage random sampling*) di setiap wilayah dengan kategori urban (atau kecamatan dimana ibu kota Kabupaten/Kota berada), semi-urban, dan rural (atau kecamatan yang berada di dekat perbatasan). Kriteria pemilihan Kecamatan urban, semi urban, dan

TABEL 2. KELOMPOK RESPONDEN, JUMLAH DAN JENIS RISET PER KABUPATEN/KOTA

	JENIS RESPONDEN	METODE PENGUMPULAN DATA	TUJUAN	JUMLAH PER KABUPATEN/KOTA
1	Masyarakat	Survey	KAP	230
2	Dinas Kesehatan	Wawancara mendalam	Komitmen politis	5
3	Pemangku kebijakan	Survey	KAP	25
		Wawancara Mendalam	Komitmen politis	10
4	Tenaga kesehatan	FGD	Penjaringan Kebutuhan	10
5	Pasien TB	FGD	KAP	12

rural ini juga disesuaikan dengan kondisi masing-masing Kabupaten/Kota. Survei juga dilakukan pada pemangku kebijakan yang meliputi:

- Anggota DPRD yaitu Ketua DPRD, Ketua Komisi D, dan 18 anggota DPRD lainnya termasuk Panitia Anggaran.
- Pemerintah daerah, yaitu Bupati dan atau Sekretaris Daerah.
- Bappeda yaitu Kepala Bappeda, Kepala Bidang kesejahteraan Masyarakat dan Kepala Bagian Anggaran/Keuangan.

Wawancara mendalam untuk mendapatkan data mengenai komitmen politis penanggulangan TB yang dimiliki para pemangku kebijakan dilakukan pada sepuluh responden yang meliputi Anggota DPRD, Bupati/Sekda dan Bappeda. Wawancara yang sama juga dilakukan dengan Kepala Dinas Kesehatan,



Survei pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat tentang TB

Kepala Puskesmas, Kepala Subdin P2M, Kepala Bidang Penyakit Menular, dan Pengelola Program TB atau dikenal dengan sebutan *wasor*.

FGD dilakukan Untuk mengetahui kebutuhan tenaga kesehatan dalam menjalankan program DOTS, dengan sepuluh kepala puskesmas yang berada di sepuluh kecamatan pelaksana program AKMS TB. Untuk kesertaan para responden ini, Departemen Kesehatan memfasilitasi dengan meminta Dinas Kesehatan setempat (bekerjasama dengan koalisi setempat), untuk mengundang kepala puskesmas yang dimaksud. FGD juga dilakukan dengan para pasien dan mantan pasien TB, terutama pasien yang mulai berobat di Puskesmas pada bulan pelaksanaan riset atau paling lama tiga bulan sebelumnya.

Setelah melakukan analisis data dari total 3286 responden yang mewakili masyarakat serta 383 pemuka/pemimpin masyarakat, didapatkan kesimpulan bahwa tingkat pengetahuan masyarakat tentang penyakit TB masih relatif rendah. Hanya 19,7% masyarakat yang dapat memberikan jawaban benar dari tiga puluh pertanyaan mengenai TB. Sebagian besar jawaban benar diberikan mengenai jenis penyakit dan gejala TB. Hampir separuh responden masih menganggap TB sebagai penyakit yang memalukan, dan sekitar 10% responden menganggap TB sebagai kutukan



FGD bersama kepala Puskesmas untuk mengetahui kebutuhan tenaga kesehatan dalam menjalankan program DOTS

Data hasil riset menunjukkan sikap positif sebagian besar masyarakat dan pemuka masyarakat. Dukungan tersebut menjadi indikasi, besarnya potensi masyarakat terhadap proses penemuan kasus dan penyebaran ide mengenai penanggulangan TB. Data mengenai sikap tentang TB menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat (73,6%) dan pemuka masyarakat (87,4%) menunjukkan sikap mendukung terhadap upaya penanggulangan TB, terutama mengenai pentingnya pengendalian TB dan ketaatan berobat hingga sembuh.

Dari riset awal ini juga didapatkan informasi tentang pola perilaku menangani sakit. Fasilitas kesehatan yang paling sering dikunjungi para responden jika sakit adalah Puskesmas (56,9%), dokter umum (15,1%) dan bidan praktik swasta (11,1%), kecuali di Asahan, dimana sebagian besar responden berobat pada perawat dan di Medan berobat pada bidan praktik swasta. Sebagian besar responden atau keluarganya yang mengalami batuk berkepanjangan telah berinisiatif berobat ke dokter. Dan dari 229 responden

atau keluarganya yang menderita TB, 80% diantaranya telah menjalani pemeriksaan sputum dan atau ronsen dan memilih berobat di Puskesmas.

Meski Puskesmas menjadi fasilitas yang paling banyak dituju untuk berobat, namun masih banyak responden yang menganggap bahwa kualitas pengobatan TB di Puskesmas kurang baik. Data riset awal membuktikan 36,8% responden mempunyai persepsi bahwa obat anti TB gratis yang tersedia di Puskesmas kurang baik kualitasnya.

Dari segi komitmen politis, dukungan atas upaya pengendalian TB ditunjukkan dengan adanya surat keputusan dari kepala daerah untuk pembentukan Gerdunas pengendalian TB. Sebagian Kabupaten/Kota telah mengalokasikan dana untuk pengendalian TB, namun semua responden menyatakan bahwa jumlahnya belum mencukupi. Tercatat pula kekhawatiran jika pendanaan yang berasal dari donor luar negeri tidak lagi ada, maka program pengendalian TB tidak akan dapat diimplementasikan.

Dari FGD yang dilakukan dengan kepala puskesmas, didapatkan data bahwa masih ada tenaga kesehatan yang belum mendapatkan pelatihan strategi DOTS, dan belum semua staf laboratorium siap melakukan pemeriksaan dahak. Selain itu, tidak semua Puskesmas memiliki infrastruktur dan peralatan untuk melakukan pemeriksaan laboratorium. Lebih jauh lagi, tidak terdapat dana yang mencukupi untuk melakukan deteksi kasus, mengaktifkan Pengawas Menelan Obat (PMO) dan melakukan promosi kesehatan secara lebih luas. Temuan ini sejalan dengan identifikasi masalah yang muncul pada pertemuan pemangku kepentingan, dan menjadi hal yang harus diperhatikan dalam penyusunan program dan anggaran yang diperlukan puskesmas. Misalnya kebutuhan untuk pelatihan, penjangkauan dan promosi.

Secara umum tidak terdapat perbedaan yang besar tentang pengetahuan, sikap dan perilaku tentang TB, serta dukungan politis di setiap distrik, namun masalah yang terjadi cukup bervariasi. Untuk itu, analisis data secara khusus tiap distrik sangat penting untuk merumuskan:

- Tujuan yang ingin dicapai di lini masyarakat, kebijakan publik dan Puskesmas.
- Upaya yang perlu dilakukan untuk mencapai tujuan itu, misalnya perlunya peningkatan upaya dan anggaran edukasi TB, kelengkapan prasarana dan sarana DOTS di Puskesmas, pengembangan kapasitas pe-tugas TB dan laboratorium, dan lain-lain.

Dalam melaksanakan riset *baseline*, KuIS dan mitra lokal penyelenggara riset menghadapi beberapa kendala yang dapat menjadi pengalaman berharga dalam perencanaan pelaksanaan riset, diantaranya:

Kapasitas Pelaksana Riset

Saat bekerja bersama dengan berbagai mitra di daerah, patut dicatat kemungkinan perbedaan kapasitas dari para mitra yang

terlibat, yang dapat berakibat pada kualitas data yang dihasilkan. Akan lebih baik jika para pelaksana riset mendapatkan pengarahan yang mendetail lebih dahulu agar memiliki pemahaman yang sama. Jika perlu, bahas secara detail mengenai tujuan setiap pertanyaan, teknik penggalan informasi dan jenis informasi yang diharapkan.

Salah satu contoh tidak optimalnya proses penggalan informasi terjadi di Mataram dan Lombok Barat. Pihak Dinkes di kedua wilayah menolak untuk menjadi responden karena tidak berkenan dengan penggunaan beberapa kata/terminologi dalam kuesioner. Hal ini sesungguhnya tidak perlu terjadi karena seharusnya pewawancara yang memegang dan mengisi kuesioner, bukan diisi oleh responden sendiri (bukan *self-administered*).

Penolakan Responden

Dalam pelaksanaan riset *baseline* mengenai TB ini, tim pelaksana sempat mengalami penolakan dari responden dengan beberapa alasan. Masyarakat umum mengira para pewawancara sebagai *sales* produk tertentu, sedangkan para anggota DPRD menghindari karena mengira pewawancara datang untuk meminta dana (THR menjelang Idul Fitri).

Kesibukan Responden

Tim pelaksana riset mengalami kesulitan menemui para responden yang mewakili pimpinan daerah (Bupati/Walikota/Kepala Bappeda/Kepala Dinas Kesehatan) dan DPRD karena kesibukan atau penuhnya jadwal rapat rutin yang harus dijalani.

Kendala Waktu

Waktu pengumpulan data bertepatan dengan bulan puasa jelang hari raya Idul Fitri, sehingga terjadi kesulitan dalam mencari pewawancara yang bersedia bekerja pada waktu tersebut. Selain itu, secara teknis proses analisa data pun memerlukan waktu

yang lebih lama dibandingkan perkiraan. Salah satunya disebabkan pengiriman data dari 15 Kabupaten/Kota ke Jakarta memerlukan waktu yang tidak singkat, bervariasi antara satu hingga dua minggu. Selain itu, proses *data entry* memerlukan waktu yang lebih lama, karena sebagian data mentah yang berupa rekaman wawancara menggunakan bahasa lokal sehingga tidak dimengerti oleh tim yang menulis transkrip wawancara.

Belajar dari pengalaman tersebut, dalam perencanaan riset diperlukan upaya lebih besar untuk mempelajari kalender kegiatan masyarakat dan pemangku kepentingan, seperti hari besar keagamaan, hari besar

nasional, masa reses, atau agenda kegiatan sosial dan budaya di wilayah bersangkutan. Dengan demikian diharapkan pelaksanaan riset dapat berjalan lebih lancar dan semua pihak yang diperlukan kesertaannya dapat meluangkan waktu.

Perlu dipertimbangkan pula penjadwalan yang lebih realistis untuk proses pengiriman dan analisis data. Selain lamanya waktu pengiriman antar daerah, proses analisa data pun kerap memakan waktu yang lebih lama dari yang diperkirakan karena secara teknis tidak jarang dijumpai hambatan seperti perlunya verifikasi pada tim pengumpul data terlebih dahulu.



Wawancara dengan pemangku kebijakan di Pandeglang