



LAPORAN PENELITIAN

**Jejaring Kader Kesehatan
Komunitas dalam Program TB
dan Opsi Pelembagaan
Organisasi Kader TBC di
Indonesia**

*Yayasan Pujiono Centre Indonesia
2024*



LAPORAN PENELITIAN

Jejaring Kader Kesehatan Komunitas Dalam Program TB Dan Opsi Pelembagaan Organisasi Kader TBC Di Indonesia

Oleh :

Yayasan Pujiono Centre Indonesia

Tim Peneliti :

Basilica Dyah Putranti

Anggoro Budi Prasetyo

Amin Nurrohmah

DAFTAR ISI

| | |
|--|----|
| DAFTAR ISI | i |
| DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH | iv |
| UCAPAN TERIMA KASIH | vi |
| BAB I Pendahuluan | 1 |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Tujuan..... | 2 |
| C. Keluaran | 2 |
| BAB II Tinjauan Pustaka..... | 4 |
| A. Kegiatan TB Berbasis Komunitas | 4 |
| B. Kader Kesehatan Masyarakat | 5 |
| BAB III Metodologi..... | 8 |
| A. Desain Penelitian..... | 8 |
| B. Teknik Pengumpulan Data | 8 |
| BAB IV Profil Kader TB di Indonesia | 11 |
| A. Jumlah dan Sebaran Kader TB | 11 |
| B. Jenis Kelamin Kader TB | 12 |
| C. Tingkat Pendidikan Kader TB..... | 12 |
| D. Lamanya Menjadi Kader TB | 13 |
| E. Rata-rata Penghasilan Kader TB..... | 14 |
| F. Keterlibatan Kader TB dalam Organisasi Kemasyarakatan/ Keagamaan..... | 15 |
| G. Pelatihan dan Sertifikasi yang Pernah diikuti oleh Kader TB..... | 16 |
| H. Penyintas TB sebagai Kader TB..... | 18 |
| I. Motivasi Menjadi Kader TB..... | 18 |
| J. Jaminan Kesehatan Kader TB..... | 19 |
| K. Pemahaman Kader TB mengenai Perannya | 19 |
| L. Dukungan Perangkat Digital bagi Kader TB | 20 |
| M. Kendala Menjadi Kader TB..... | 20 |
| N. Harapan Kader TB..... | 22 |
| BAB V Analisis Jejaring Kader TB..... | 24 |
| A. Problem Definisi dan Kompetensi Kader TB di Indonesia..... | 24 |
| B. Sudahkah Kader TB diatur dalam Perundang-undangan?..... | 26 |

| | |
|--|----|
| C. Dualisme Jejaring Kader TB di Tingkat Desa | 27 |
| D. Sejauh Mana Pendanaan untuk Jejaring Kader TB?..... | 29 |
| E. Praktik-praktik Baik untuk Penguatan Jejaring Kader TB | 30 |
| BAB VI Kesimpulan dan Rekomendasi | 34 |
| A. Konsep Kader TB dan Relawan TB..... | 34 |
| B. Kompetensi Kader TB..... | 34 |
| C. Layanan Terpadu TB Berbasis Komunitas | 35 |
| D. Koordinasi Nakes TB Puskesmas dan Kader TB/Posyandu | 36 |
| E. Pendanaan Progam Eliminasi TB..... | 37 |
| BAB VII REKOMENDASI : PELEKATAN JEJARING KADER TB PADA ILP DAN FUNGSI PENGUATAN KADER TB..... | 38 |
| A. Peluang Penerapan ILP bagi Percepatan Eliminasi TB | 38 |
| B. Pelekatan Jejaring Kader TB pada ILP..... | 38 |
| C. Penguatan Fungsi Jejaring Kader TB..... | 39 |
| DAFTAR PUSTAKA | 41 |

DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

| | | |
|-------------|---|--|
| ACF | : | <i>Active Case Finding</i> |
| AIDS | : | <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> |
| APBD | : | Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah |
| APBDes | : | Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa |
| APBN | : | Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara |
| ASHA | : | <i>Accredited Social Health Activists</i> |
| BKB | : | Bina Keluarga Balita |
| BPD | : | Badan Permusyawaratan Desa |
| CHW | : | <i>Community Health Workers</i> |
| CHV | : | <i>Community Health Volunteer</i> |
| CSO | : | <i>Civil Society Organization</i> |
| CSR | : | <i>Corporate Social Responsibility</i> |
| CSS | : | <i>Community Systems Strengthening</i> |
| DD | : | Dana Desa |
| Dinkes | : | Dinas Kesehatan |
| DSQTA | : | Desa Sehat Qoriyah Toyibah Aisiyah |
| FGD | : | <i>Focus Group Discussion</i> |
| FMS | : | Forum Multi Sektor |
| GF | : | Global Fund |
| HAM | : | Hak Asasi Manusia |
| HIV | : | <i>Human Immunodeficiency Virus</i> |
| JABAR | : | Jawa Barat |
| Jumantik | : | Juru Pemantau Jentik |
| Kemendes | : | Kementerian Kesehatan |
| KIA | : | Kesehatan Ibu dan Anak |
| KLB | : | Kejadian Luar Biasa |
| KMP | : | Kelompok Masyarakat Peduli |
| LKNU | : | Lembaga Kesehatan Nahdlatul Ulama |
| LSM | : | Lembaga Swadaya Masyarakat |
| NTP | : | <i>National TB Program</i> |
| ODGJ | : | Orang Dengan Gangguan Jiwa |
| OPD | : | Organisasi Perangkat Daerah |
| OPT | : | Organisasi Penyintas TBC |
| PAD | : | Pendapatan Asli Daerah |
| PBB | : | Perserikatan Bangsa-Bangsa |
| Permendagri | : | Peraturan Menteri Dalam Negeri |
| Permendes | : | Peraturan Menteri Desa |
| Permenkes | : | Peraturan Menteri Kesehatan |
| Perpres | : | Peraturan Presiden |
| PHBS | : | Perilaku Hidup Bersih dan Sehat |
| PKD | : | Pos Kesehatan Desa |
| PKM | : | Puskesmas |
| PKK | : | Program Kesejahteraan Keluarga |
| PMR | : | Palang Merah Remaja |
| Polindes | : | Pondok Bersalin Desa |
| POP TB | : | Perhimpunan Organisasi Pasien Tuberkulosis Indonesia |

| | | |
|----------|---|---|
| Posyandu | : | Pos Pelayanan Terpadu |
| PS | : | <i>Patient Supporter</i> |
| RAPBD | : | Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah |
| RPJM | : | Rencana Jangka Panjang Menengah |
| RPJMN | : | Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional |
| RSSH | : | <i>Resilient and Sustainable Systems for Health</i> |
| SDG's | : | Sustainable Development Goals |
| SDM | : | Sumber Daya Manusia |
| SPM | : | Standar Pelayanan Minimal |
| STPI | : | Stop Tuberculosis Partnership Indonesia |
| TBC/TB | : | Tuberkulosis |
| TBC MDR | : | Tuberkulosis Multi Drug Resistant |
| TBC-HIV | : | Tuberkulosis - Human Immunodeficiency Virus |
| TBC-RO | : | Tuberkulosis Resisten Obat |
| TCM | : | Tes Cepat Molekuler |
| TOSS TB | : | Temukan Obati Sampai Sembuh Tuberculosis |
| TPP | : | Tenaga Pendamping Profesional |
| UHC | : | <i>Universal Health Coverage</i> |
| UKM | : | Upaya Kesehatan Masyarakat |
| UKP | : | Upaya Kesehatan Perseorangan |
| UMR | : | Upah Minimum Regional |
| WHO | : | World Health Organization |

UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian Jejaring Kader Kesehatan Komunitas dalam Program TB dan Opsi Pelembagaan Organisasi Kader TBC di Indonesia, tidak akan mungkin terwujud tanpa bantuan yang luar biasa dari berbagai pihak dengan segala bentuk dukungan baik moril maupun materil.

Terima kasih atas kesempatan yang diberikan oleh PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI untuk melakukan kajian terkait dengan jejaring kader kesehatan komunitas program TB. Arahan dan masukan serta diskusi yang dilakukan selama berjalannya proses penelitian hingga pada saat penyusunan laporan penelitian merupakan masukan yang sangat berarti demi terwujudnya hasil penelitian ini. Tidak lupa kami ucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu terlaksananya penelitian ini dari awal hingga akhir dan tidak dapat kami sebutkan satu per satu. Semoga bantuan yang telah diberikan mendapatkan balasan dari Tuhan Yang Maha Esa.

Dan terima kasih pula kami ucapkan kepada seluruh informan kunci yang berasal dari berbagai unsur pemerintahan provinsi, kabupaten, kecamatan, puskesmas hingga desa, serta organisasi penyintas TBC, organisasi masyarakat maupun keagamaan pemerhati TBC, Kader TBC, Relawan TBC dan pihak-pihak lainnya di 2 wilayah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan Provinsi Jawa Barat. Informasi yang telah diberikan sangat berharga sebagai bahan analisa penelitian hingga penyusunan rekomendasi bagi penelitian ini.

Semoga hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan untuk memberikan dukungan dalam upaya mencapai eliminasi TBC 2030.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit tuberkulosis masih merupakan masalah kesehatan di Indonesia. Oleh karena itu Komitmen Pemerintah bersama masyarakat sangat kuat untuk mencapai Eliminasi Tuberkulosis Tahun 2030. Berdasarkan Global TB Report Tahun 2022 insiden TBC sebesar 969.000 kasus (354 per 100.000 penduduk) dengan posisi kedua terbesar dengan TBC setelah India. Selaras dengan End TB strategy yang telah menjadi komitmen global dan Pemerintah Indonesia, serta mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 maka disusun dokumen Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis 2020-2024. Pada periode krusial ini, Pemerintah Indonesia melakukan berbagai terobosan untuk dapat mempercepat eliminasi TB menuju Indonesia Zero TB 2030, yaitu melalui Gerakan TOSS TBC (Temukan TBC Obati Sampai Sembuh).

Strategi Akhiri TBC yang diluncurkan pada Tahun 2014, memiliki visi dunia yang bebas TBC, tanpa kematian, penyakit, dan penderitaan akibat TBC. Strategi tersebut terdiri dari tiga pilar, dengan empat prinsip yang mendasarinya. Tiga target utamanya adalah penurunan 80% jumlah kasus baru, penurunan 90% jumlah orang yang meninggal karena TBC pada tahun 2030 dibandingkan tahun 2015, dan penghapusan biaya besar bagi keluarga yang terkena dampak TBC. Membangun koalisi yang kuat dengan masyarakat sipil dan komunitas adalah salah satu prinsip Strategi Akhiri TBC dan komponen utama pilar 2. Deklarasi politik Pertemuan Tingkat Tinggi Majelis Umum PBB tentang TBC pada tahun 2018 mencakup komitmen Negara-negara Anggota untuk: memastikan keterlibatan yang kuat dan bermakna dari masyarakat sipil dan komunitas yang terkena dampak TBC dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi respons TBC, di dalam dan di luar sektor kesehatan. Hal ini memerlukan keterlibatan masyarakat yang terkena dampak TBC sebagai mitra setara dengan sistem kesehatan dan memfasilitasi pemberdayaan mereka untuk berkontribusi terhadap respons sebagai ahli mengenai kebutuhan dan prioritas lokal. Keterlibatan masyarakat, yang didefinisikan oleh WHO sebagai “sebuah proses untuk mengembangkan hubungan yang memungkinkan para pemangku kepentingan untuk bekerja sama mengatasi permasalahan terkait kesehatan dan meningkatkan kesejahteraan untuk mencapai dampak dan hasil kesehatan yang positif”, merupakan hal yang penting dalam mencapai kesehatan untuk semua. Keterlibatan masyarakat juga penting untuk mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan, menuju kesehatan dan kesejahteraan yang baik, yang mencakup target untuk mengakhiri TBC pada tahun 2030 (Andrea DeLuca, Lana Syed and Tauhid Islam, 2023:9-11)¹.

Pelaksanaan Gerakan TOSS TBC ini tidak lepas dari peran kader TB sebagai garda terdepan, terutama dalam upaya penemuan kasus, pendampingan pasien,

¹ Andrea DeLuca, Lana Syed and Tauhid Islam. 2023. Guidance on engagement of communities and civil society to end tuberculosis. World Health Organization

dan edukasi penyakit TB. Pada konteks Indonesia, kader TB pada dasarnya merupakan kader kesehatan komunitas yang telah lebih dari satu dekade bekerja di bawah koordinasi organisasi keagamaan seperti Aisyiyah dan Lembaga Kesehatan Nahdlatul Ulama (LKNU). Kader TB mulai diintegrasikan ke dalam sistem pelayanan kesehatan melalui program TB di Puskesmas sejak tahun 2017. Pada periode tahun 2021-2023, pelibatan komunitas dalam eliminasi TB dilakukan oleh Principle Recipient Konsorsium Penabulu-STPI dengan dukungan dari Global Fund.

Pada tahun 2022, jumlah kader TB yang tercatat pada data Konsorsium Penabulu-STPI sejumlah 9.037 orang di 190 kabupaten/kota. Jumlah kader terbanyak berada di wilayah Jawa yaitu di Jawa Barat (1.724 orang), Jawa Timur (1.500 orang) dan Jawa Tengah (1.445 orang). Seluruh kader TB ini mendapatkan pelatihan tentang TBC yang dilakukan bekerjasama dengan Dinas Kesehatan di masing-masing kabupaten/kota. Meskipun terdapat banyak praktik baik yang dihasilkan melalui peran kader TB dalam kegiatan penemuan kasus, pendampingan pasien, dan edukasi penyakit TB, masih ada persoalan terkait pengelolaan kader TB itu sendiri. Sejauh ini, diketahui bahwa mayoritas kader TB yang bekerja dengan Konsorsium Penabulu-STPI merupakan kader Posyandu yang direkomendasikan oleh pemerintah desa dan masyarakat setempat. Oleh karena itu, sebagai kader Posyandu, kader TB juga aktif menjadi kader program-program lainnya, seperti kader KIA, kader jumentik, kader malaria, kader ODGJ, kader PKK, dll. Rangkap peran seperti ini hanya merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi efektivitas program eliminasi TB. Maka perlu digali lebih jauh faktor-faktor lainnya untuk dapat memperkuat jejaring kader TB dan melembagakan organisasi kader TB dalam rangka mendukung upaya eliminasi TB di Indonesia.

B. Tujuan

1. Memetakan jejaring kader TB dan jejaring kader kesehatan komunitas lain yang bisa mendukung program eliminasi TB
2. Mengidentifikasi strategi-strategi penguatan jejaring kader TB dan kader kesehatan komunitas lainnya untuk memperkuat program eliminasi TB komunitas
3. Mengkaji tentang organisasi kader kesehatan komunitas dari program lain maupun dari negara lain.
4. Mengembangkan opsi-opsi pembentukan organisasi kader TB dan peran organisasi dalam penguatan kapasitas kader TB.
5. Mekomendasikan kebijakan untuk merancang program-program yang lebih efektif dan efisien dalam mengembangkan kapasitas kader TB.

C. Keluaran

1. Peta jejaring kader TB dan kader kesehatan komunitas lainnya yang mendukung program eliminasi TB.
2. Opsi-opsi pembentukan lembaga untuk kader TB di Indonesia.

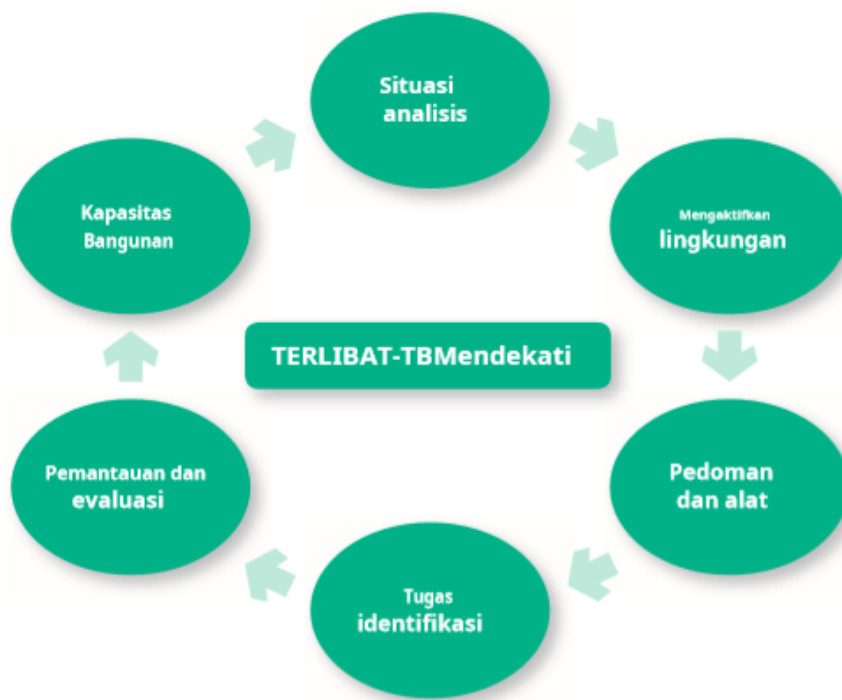
3. Model pelebagaan kader TB dalam rangka penguatan kapasitas kader TB secara sistematis.

Dampak dari keluaran-keluaran di atas, diharapkan tersedia kader TB yang mampu bekerja secara profesional, sehingga dapat meningkatkan keberhasilan penemuan kasus, pendampingan pasien, dan edukasi penyakit TB.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Kegiatan TB Berbasis Komunitas

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengembangkan pendekatan ENGAGE-TB yang mengintegrasikan kegiatan TB berbasis komunitas ke dalam pekerjaan LSM dan organisasi masyarakat sipil lainnya. Pendekatan ENGAGE-TB mendefinisikan enam komponen untuk mendukung keterlibatan LSM/CSO dalam kegiatan TB berbasis komunitas. Baik NTP maupun LSM/CSO mempunyai peran dalam mengkaji dan melaksanakan komponen-komponen ini. Kolaborasi dan saling menghormati di antara semua pihak yang terlibat sangat penting untuk menerapkan pendekatan ENGAGE-TB.



Gambar 1. Komponen Pendekatan ENGAGE-TB
(World Health Organization, 2013:1-2)²

Kegiatan TBC berbasis komunitas dilakukan di luar fasilitas kesehatan formal (misalnya rumah sakit dan klinik) di bangunan berbasis masyarakat (misalnya sekolah dan tempat ibadah) dan wisma. Petugas kesehatan komunitas dan relawan komunitas melaksanakan kegiatan TBC berbasis komunitas. Keduanya dapat didukung oleh organisasi non-pemerintah dan/atau pemerintah. Indikator intinya adalah Jumlah dan persentase pasien baru TBC (semua bentuk) yang didiagnosis dan diberitahukan yang dirujuk oleh petugas kesehatan masyarakat dan relawan masyarakat serta Jumlah dan persentase pasien baru TBC yang berhasil diobati

² World Health Organization 2013. Engage-TB: integrating community-based tuberculosis activities into the work of nongovernmental and other civil society organizations: implementation manual. Switzerland: World Health Organization website (www.who.int).

(semua bentuk) yang menerima dukungan kepatuhan pengobatan dari petugas kesehatan masyarakat dan relawan masyarakat. Pendekatan ENGAGE-TB Pencegahan dan perawatan TBC berbasis komunitas terintegrasi dengan layanan kesehatan primer atau inisiatif serupa kolaborasi yang erat antara program TBC nasional dan aktor masyarakat. Indikator inti dilacak melalui sistem M&E program TB nasional. Keterlibatan Masyarakat Berkontribusi Terhadap Cakupan Kesehatan Universal (UHC). Keterlibatan Masyarakat merupakan intervensi yang hemat biaya untuk meningkatkan cakupan layanan kesehatan dan memberikan layanan terpadu yang mudah diakses dan berpusat pada masyarakat (World Health Organization, 2018:1-2).³

Strategi Nasional Penanggulangan TBC di Indonesia 2020-2024 yang direvisi dengan ad interim plan 2025-2026 menempatkan Kader dalam peran strategis. Strategi ke-5 dalam NSP menyebutkan peningkatan peran serta komunitas, mitra, dan multisektor lainnya dalam eliminasi tuberkulosis. Indikator dari Strategi ini yang secara jelas mengukur peran komunitas adalah indikator 5.4 yaitu Persentase kontribusi rujukan komunitas pada penemuan pasien tuberkulosis⁵. Target dari indikator ini berupa kontribusi temuan kasus sebesar 25% pada tahun 2023, 32% pada tahun 2024, dan 40% pada tahun 2025-2026. Indikator lainnya adalah 2.10. Persentase Indeks Kasus (kasus tuberkulosis terkonfirmasi bakteriologis) yang dilakukan IK. Dua indikator tersebut dicapai melalui peran kader TBC. Peran Komunitas ini juga diperkuat dengan dikeluarkannya Perpres 67 tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis.

B. Kader Kesehatan Masyarakat

Kader TB merupakan kader kesehatan masyarakat yang berperan dalam upaya eliminasi TB, terutama dalam kegiatan penemuan kasus, pendampingan pasien, dan edukasi penyakit TB. Istilah kader kesehatan masyarakat sendiri mengacu pada konsep *Community Health Workers* (CHWs), yaitu anggota masyarakat yang memberikan layanan medis dan kesehatan dasar dalam masyarakat, dan mampu memberikan perawatan preventif, promotif, dan rehabilitatif kepada masyarakat tersebut, biasanya tanpa pendidikan formal yang setara dengan dokter atau perawat.⁴ Secara global, CHWs telah memberikan kontribusi yang signifikan dalam upaya pengentasan kemiskinan, peningkatan ketahanan pangan, dan pengurangan kesenjangan kesehatan. Pada kasus India, CHWs dikenal sebagai *Accredited Social Health Activists* (ASHA) sebagai komponen utama *National Rural Health Mission*, yang dipilih oleh penduduk desa dan dilatih untuk bekerja sebagai penghubung antara penduduk desa dengan sistem kesehatan masyarakat. Syarat utama untuk menjadi ASHA haruslah perempuan penduduk desa yang sudah menikah/janda/cerai, diutamakan berusia antara 25 sampai dengan 45 tahun. Selain itu, ada beberapa kualifikasi yang harus dipenuhi oleh ASHA, antara lain:

³ World Health Organization 2018. Community Engagement in Tuberculosis. www.who.int/tb/areas-of-work/community-engagement/en/

⁴ International Labour Organization. International Standard Classification of Occupations, 2008 revision. Geneva, ILO.

- Merupakan perempuan yang terpelajar dengan preferensi dalam seleksi terhadap mereka yang memenuhi 10 standar kompetensi.
- Dipilih melalui proses seleksi secara ketat oleh tim yang melibatkan kelompok masyarakat, termasuk kelompok swadaya, *Anganwadi* (Puskesmas), petugas distrik, komite kesehatan desa, dan lembaga-lembaga terkait lainnya.
- Harus menjalani serangkaian pelatihan untuk memperoleh pengetahuan, ketrampilan dan kepercayaan diri yang diperlukan untuk menjalankan perannya.
- Menerima insentif berbasis kinerja untuk mempromosikan imunisasi universal, layanan rujukan, dan pendampingan untuk kesehatan reproduksi dan anak, serta program kesehatan lainnya.
- Diberdayakan dengan pengetahuan dan obat-obatan untuk memberikan layanan kesehatan kontak pertama, serta menjadi sumber partisipasi masyarakat dalam program kesehatan masyarakat di desanya.
- Menjadi pusat layanan kesehatan bagi kelompok masyarakat miskin, terutama perempuan dan anak-anak, serta kelompok lainnya yang kesulitan mengakses layanan kesehatan.
- Menjadi aktivis kesehatan di masyarakat yang menciptakan kesadaran tentang kesehatan, dan memobilisasi masyarakat menuju perencanaan kesehatan lokal, serta meningkatkan pemanfaatan dan akuntabilitas layanan kesehatan yang ada.⁵

Pada praktiknya, sering terjadi kesalahan persepsi tentang kompetensi ASHA, serta diskriminasi berdasarkan gender, pendidikan, dan status sosial ekonomi. Sifat “sukarela” dari pekerjaan mereka dapat memperkuat status mereka yang rentan, ditandai dengan kurangnya akses terhadap hak-hak pekerjaan, renumerasi yang memadai, dan dukungan kelembagaan.⁶

Pada konteks Indonesia, ASHA dapat disejajarkan dengan kader Posyandu yang memiliki kompetensi serupa dalam sistem kesehatan masyarakat di tingkat desa. Sebagaimana telah disinggung di awal, kader Posyandu inilah yang kemudian direkrut dan dilatih agar memiliki kapasitas yang memadai sebagai kader TB di bawah koordinasi Konsorsium Penabulu-STPI. Perlu dicatat bahwa antara kader TB, kader Posyandu, dan ASHA memiliki beberapa kualifikasi yang sama, yaitu: perempuan yang direkomendasikan oleh penduduk desa, bekerja secara sukarela, serta mendapatkan insentif berbasis kinerja. Bagi kader TB, ketiga kualifikasi ini masih menjadi persoalan besar yang dapat memengaruhi keberhasilan upaya eliminasi TB.

Penguatan sistem komunitas mendukung pengembangan komunitas yang terinformasi, kuat, dan terkoordinasi, serta pengembangan organisasi, kelompok, dan struktur yang dipimpin oleh komunitas dan berbasis komunitas untuk memajukan kesehatan dan kesetaraan dalam upaya melawan HIV, tuberkulosis (TB) dan malaria. Global Fund mendukung CSS sebagai bagian penting dari Sistem Kesehatan yang Berketahanan dan Berkelanjutan (RSSH) dan sebagai elemen penting dalam respons terhadap HIV, TB, dan malaria. Di dalamnya strategi 2023-2028 dan periode alokasi 2023-2025, Global Fund memprioritaskan pendanaan untuk empat intervensi CSS: 1) Pemantauan yang dipimpin oleh komunitas, 2)

⁵ <https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=1&sublinkid=150&lid=226>.

⁶ J. Shanthosh, A. Durbach. 2021. Charting the Rights of Community Health Workers in India. Health and Human Rights Journal 225 Volume 23 Number 2.

Penelitian dan advokasi yang dipimpin oleh komunitas, 3) Peningkatan kapasitas dan pengembangan kepemimpinan. 4) Keterlibatan masyarakat, hubungan dan koordinasi (Becker, 2022)⁷.



Gambar 2. Model Pentahelix

Jejaring kader TB merupakan langkah strategis yang tengah diupayakan oleh Konsorsium Penabulu-STPI untuk dapat menciptakan kompetensi kader TB yang lebih baik. Jejaring kader TB sendiri merupakan koneksi yang dibangun antarkader TB atau antarorganisasi kader TB dalam rangka menunjang keberhasilan program eliminasi TB. Pengembangan jejaring kader TB menjadi penting mengingat kegiatan penemuan kasus, pendampingan pasien, dan edukasi penyakit TB tidak mungkin dilakukan secara personal ataupun sektoral, melainkan melalui kerja kolaborasi antarberbagai pihak yang kompeten terhadap upaya eliminasi TB. Dalam hal ini, kolaborasi Pentahelix menjadi model inovatif yang diterapkan-meliputi lima unsur utama yaitu Pemerintah, akademisi, praktisi/pebisnis, komunitas, dan media, yang saling berkoordinasi dan berkomitmen untuk mencari solusi bersama dalam rangka eliminasi TB, termasuk menciptakan kompetensi kader TB yang lebih baik.

⁷ Becker. 2020. Remuneration systems of community health workers in India and promoted maternal health outcomes : a cross-sectional study. Health Services Research <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4883-6>

BAB III METODOLOGI

A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah studi kasus, yaitu proses penyelidikan secara mendalam dan terperinci terhadap suatu fenomena dari sudut pandang subyek yang diteliti atau *emic perspective* (Ying, 2009)⁸. Studi kasus yang dilakukan dalam penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi yang mendalam dan terperinci terkait jaringan kader dan potensi relawan TBC di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan Provinsi Jawa Barat. Melalui studi kasus di dua lokasi penelitian ini, diharapkan penelitian ini dapat memberikan gambaran yang lengkap, rinci dan dapat diperbandingkan terkait praktik-praktik eliminasi TBC yang telah dilakukan. Kedua lokasi penelitian ini dipilih atas pertimbangan bahwa Provinsi Jawa Barat merupakan wilayah intervensi program eliminasi TB di bawah Konsorsium Penabulu-STPI dengan jumlah kader terbanyak dan praktik terbaik di Indonesia, sedangkan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dipilih karena keberagaman aktor di luar Konsorsium Penabulu-STPI yang terlibat dalam upaya eliminasi TB.

B. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode campuran (*mixed methods*) untuk memperoleh data baik yang sifatnya kualitatif maupun kuantitatif, yaitu dengan melakukan kegiatan *Focus Group Discussions* (FGD) atau diskusi kelompok terfokus dan *In-depth interview* (wawancara mendalam) terhadap kader dan relawan TBC. Pada saat yang sama, survei kecil akan dilakukan dalam rangka memperoleh profil kader eliminasi TBC di dua lokasi penelitian. Pengumpulan data berlangsung mulai dari akhir November 2023 sampai dengan awal Januari 2024. Selain itu, *Desk Review* juga akan dilakukan untuk mendukung proses analisis data kualitatif.

1. Mini Survei

Menurut FAO (2013) Baseline survey adalah “*a descriptive cross-sectional survey that mostly provides quantitative information on the current status of a particular situation – on whatever study topic- in a given population. It aims at quantifying the distribution of certain variables in a study population at one point in time.*”⁹ Dari pengertian tersebut dapat dipahami bahwa survey bersifat deskriptif dalam kurun waktu tertentu, maupun yang mencakup daerah tertentu, sebagai informasi kuantitatif tentang situasi-situasi saat ini, dalam topik kajian apapun, di dalam populasi.

Pada awalnya Tim Peneliti melakukan survei mini menggunakan *Google Form* yang disebarluaskan kepada responden secara *snowball*. Tujuan mini survei ini adalah untuk mendapatkan data profil kader TB yang tersebar di wilayah-wilayah intervensi Konsorsium Penabulu-STPI. Setelah data profil kader TB ini diolah,

⁸ Yin, R. K. (2009). *Case Study Research Design and Methods* (4th ed. Vo). Sage Publication

⁹ Dapat dilihat dalam <http://www.fao.org/docrep/008/y5793e/y5793e07.htm>

diperoleh peta situasi kader TB di Indonesia yang berguna untuk menyusun rekomendasi.

2. *Kelompok Diskusi Terfokus/ Focus Group Discussion (FGD)*

Pada penelitian ini, FGD akan diselenggarakan pada bulan Desember 2023. Peserta akan dikelompokkan berdasarkan latar belakang organisasi. Pengelompokan ini dimaksudkan untuk memastikan bahwa peserta berasal dari latar belakang yang relatif sama, sehingga satu sama lain dapat saling memahami dan bertukar informasi, serta dapat pula menambahkan materi diskusi maupun mengklarifikasinya. Peserta FGD dipandu oleh seorang moderator yang membantu serta memandu jalannya diskusi, dan seorang notulis untuk membantu moderator dalam hal pencatatan hasil diskusi pada FGD.

Tim Peneliti juga melakukan diskusi kelompok terfokus di dua lokasi penelitian. Tujuan dilakukannya diskusi kelompok terfokus adalah untuk menggali berbagai sudut pandang dari peserta dengan latar belakang lembaga yang berbeda, sehingga diperoleh pemahaman yang lengkap tentang jejaring dan organisasi kader TB. Informan kunci diskusi kelompok terfokus meliputi: 1) kader TB dan koordinator kader TB; 2) pemangku mandat yang relevan, seperti Dinas Kesehatan dan OPD terkait, Puskesmas dan Rumah Sakit, serta organisasi masyarakat/keagamaan yang peduli isu TB.

Peserta yang dilibatkan dalam FGD adalah perwakilan dari lembaga yang telah ditentukan sebelumnya dan diminta untuk mengisi formulir penelitian yang menerangkan identitas serta focus kerja lembaga. Relevansi fokus kegiatan lembaga dengan isu program kegiatan terkait TBC menjadi pertimbangan utama dalam penentuan peserta FGD.

3. *Wawancara Mendalam*

Wawancara mendalam akan dilakukan secara semi-terstruktur agar dapat memanfaatkan potensi dialog yang menghasilkan pengetahuan dengan lebih baik dengan memberikan lebih banyak kelonggaran untuk menindaklanjuti sudut pandang mana pun yang dianggap penting oleh orang yang diwawancarai. Selain itu, pewawancara mempunyai peluang lebih besar untuk terlihat sebagai partisipan yang menghasilkan pengetahuan dalam proses itu sendiri, dibandingkan bersembunyi di balik panduan wawancara yang telah ditentukan sebelumnya (Brinkmann, S. 2014: 286)¹⁰.

Terhadap pelaku program kegiatan terkait TBC, baik dari instansi pemerintah maupun non-pemerintah, wawancara mendalam akan dilakukan untuk mengidentifikasi jenis aktivitas tertentu dalam program kegiatan penanganan TBC yang paling efektif berdasarkan pengalaman empiris informan. Wawancara mendalam juga ditujukan guna mengidentifikasi kegagalan dan keberhasilan program kegiatan yang telah dijalankan.

¹⁰ (Brinkmann, S. 2014. *The Oxford Handbook of Qualitative Research*. New York: Oxford University Press 198 Madison Avenue, New York, NY 10016

Secara simultan, Tim Peneliti juga melakukan wawancara mendalam terhadap para informan kunci yang juga merupakan peserta kelompok diskusi terfokus. Tujuan dilakukan wawancara mendalam adalah untuk memperdalam informasi yang lebih spesifik terkait jejaring dan organisasi kader TB di dua lokasi penelitian berdasarkan pengalaman empiris si pelaku program TB.

4. Desk Review/Kajian Pustaka

Desk review akan dilakukan untuk melakukan pembacaan terhadap literatur terkait konsep, kebijakan dan program eliminasi TBC baik di Indonesia maupun di dunia. Hasil dari desk review ini akan dimanfaatkan untuk memperkaya analisis penelitian.

Untuk memperkaya analisis data lapangan, Tim Peneliti juga melakukan kajian pustaka yang bertujuan untuk memetakan konsep, kebijakan, program, dan kegiatan terkait jejaring dan organisasi kader TB.

BAB IV PROFIL KADER TB DI INDONESIA

Pada bab ini, akan diuraikan secara lebih lanjut mengenai profil kader untuk mendapatkan informasi tentang karakteristik demografis kader TB (antara lain usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan), serta sejarah keterlibatan, motivasi, peran, hambatan, dan harapan selama menjadi kader TB. Informasi mengenai profil kader TB diperoleh melalui survei menggunakan google form. Link google form dibagikan kepada kader TB yang berada di bawah organisasi Penabulu-STPI untuk dilakukan pengisian sesuai kondisi masing-masing kader.

A. Jumlah dan Sebaran Kader TB

Selama periode penelitian, jumlah kader TB yang mengisi survei berjumlah 1.892 orang. Apabila dipetakan berdasarkan provinsi, kader TB yang mengisi survei berasal dari 23 provinsi. Artinya 65,55 persen dari total 38 provinsi yang ada di Indonesia terwakili dalam penelitian ini. Tabel 1 di bawah ini akan memberikan informasi mengenai sebaran kader yang memberikan jawaban survei dalam penelitian ini.

Tabel 1. Jumlah dan Sebaran Responden Kader TB

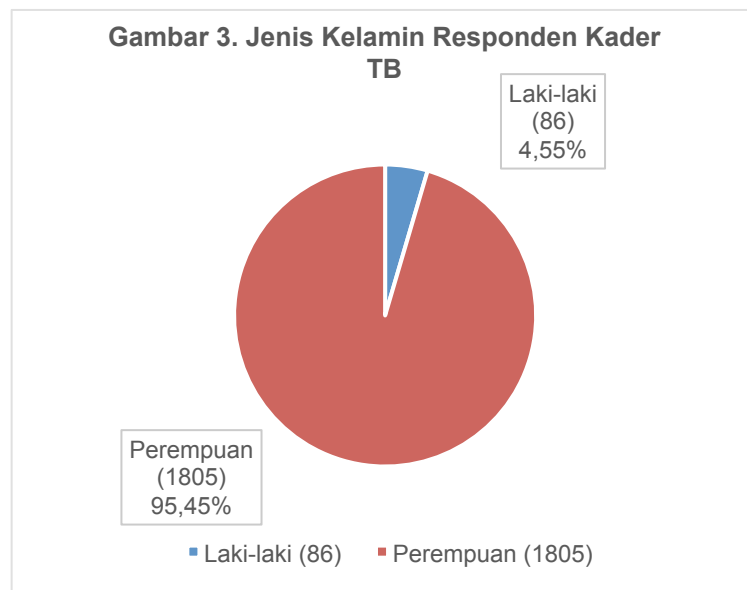
| No | Provinsi | Jumlah Responden | Persentase |
|----|---------------------|------------------|------------|
| 1 | Bali | 67 | 3.54 |
| 2 | Bangka Belitung | 49 | 2.59 |
| 3 | Banten | 148 | 7.83 |
| 4 | D.I.Yogyakarta | 7 | 0.37 |
| 5 | DKI Jakarta | 216 | 11.42 |
| 6 | Jawa Barat | 123 | 6.50 |
| 7 | Jawa Tengah | 19 | 1.00 |
| 8 | Jawa Timur | 334 | 17.66 |
| 9 | Kalimantan Barat | 196 | 10.36 |
| 10 | Kalimantan Selatan | 6 | 0.32 |
| 11 | Kalimantan Tengah | 15 | 0.79 |
| 12 | Kalimantan Timur | 24 | 1.27 |
| 13 | Kalimantan Utara | 12 | 0.63 |
| 14 | Kepulauan Riau | 92 | 4.87 |
| 15 | Lampung | 94 | 4.97 |
| 16 | Nusa Tenggara Barat | 43 | 2.27 |
| 17 | Papua | 33 | 1.75 |
| 18 | Sulawesi Selatan | 181 | 9.57 |
| 19 | Sulawesi Tenggara | 6 | 0.32 |
| 20 | Sulawesi Utara | 5 | 0.26 |
| 21 | Sumatera Barat | 27 | 1.43 |

| | | | |
|---------------|------------------|------|--------|
| 22 | Sumatera Selatan | 113 | 5.98 |
| 23 | Sumatera Utara | 81 | 4.28 |
| Jumlah | | 1891 | 100.00 |

Sumber: Data primer, 2023.

B. Jenis Kelamin Kader TB

Berdasarkan hasil survei terhadap 1.891 orang kader TB di bawah Program Global Fund, terlihat bahwa mayoritas kader berjenis kelamin perempuan, yaitu 1805 orang atau 95,45 persen dari total responden. Sedangkan kader berjenis kelamin laki-laki hanya berjumlah 86 orang atau 4,55 persen dari total responden.



Sumber: Data primer, 2023

Fakta ini diperkuat melalui kesaksian salah seorang peserta kelompok diskusi terfokus di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang mengungkapkan demikian,

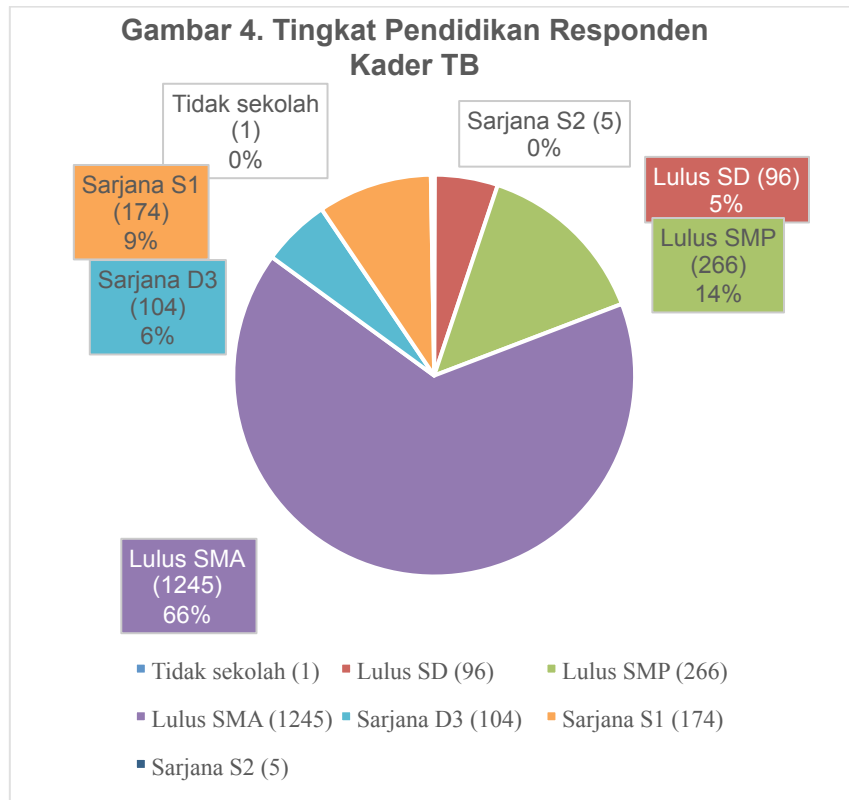
Oh ternyata, hampir 90an persen kader TB adalah perempuan, dan itu kebanyakan ibu-ibu rumah tangga. Sementara TBC itu terjadi kebanyakan pada laki-laki. Ketika kami menanyakan kepada ibu-ibu, kesulitannya apa kalau Bapak-Bapak? Jawabnya, bapak-bapak suka ngetawain kalau kita ngasih undangan. Karena menurut mereka, kesehatan itu urusan perempuan, Puskesmas itu buat ibu dan anak. Tugas bapak-bapak mencari duit.

Adanya stereotipe bahwa urusan kesehatan dan layanan Puskesmas merupakan wilayah perempuan menjadi sebab rendahnya keterlibatan laki-laki sebagai kader TB. Apalagi pekerjaan sebagai kader TB, sama halnya dengan kader Posyandu, dianggap tidak profesional, tidak dibayar, dan hanya bertujuan untuk mengisi waktu luang.

C. Tingkat Pendidikan Kader TB

Gambar 4 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan kader TB cukup tinggi, dimana mayoritas kader TB adalah lulusan SMA. Secara rinci terdapat 1 orang (0,05 persen)

yang tidak pernah bersekolah, 96 orang (5,08 persen) yang telah lulus dari sekolah dasar, 266 orang (14,07 persen) yang telah lulus SMP, 1245 orang (65,84 persen) yang telah lulus SMA, 104 orang (5,50 persen) yang memiliki gelar Sarjana D3, 174 orang (9,20 persen) yang memiliki gelar Sarjana S1, dan 5 orang (0,20 persen) yang memiliki gelar Sarjana S2.



Sumber: Data primer, 2023

Tingginya tingkat pendidikan kader TB mengisyaratkan bahwa mereka merupakan sumberdaya manusia yang potensial, tidak saja untuk menjalankan program tetapi juga menghasilkan berbagai inovasi dalam jejaring kader TB.

D. Lamanya Menjadi Kader TB

Hasil survei menunjukkan bahwa sebagian responden telah menjadi kader TB sejak lama, yaitu yang terlama sejak tahun 1989. Namun kebanyakan responden baru bergabung menjadi kader TB sejak tahun 2021 yaitu 17,08 persen, dan pada tahun 2018 mencapai 12,90 persen.

Tabel 2. Tahun Pertama Menjadi Kader TB

| No | Tahun Pertama Menjadi Kader | Jumlah | Persentase |
|----|-----------------------------|--------|------------|
| 1 | 1989 | 2 | 0.11 |
| 2 | 1990 | 1 | 0.05 |
| 3 | 1991 | 1 | 0.05 |
| 4 | 1993 | 1 | 0.05 |

| | | | |
|---------------|-------------|-------------|------------|
| 5 | 1994 | 2 | 0.11 |
| 6 | 1995 | 1 | 0.05 |
| 7 | 1996 | 2 | 0.11 |
| 8 | 1999 | 3 | 0.16 |
| 9 | 2000 | 10 | 0.53 |
| 10 | 2001 | 3 | 0.16 |
| 11 | 2002 | 2 | 0.11 |
| 12 | 2003 | 2 | 0.11 |
| 13 | 2004 | 3 | 0.16 |
| 14 | 2005 | 4 | 0.21 |
| 15 | 2006 | 1 | 0.05 |
| 16 | 2007 | 3 | 0.16 |
| 17 | 2008 | 3 | 0.16 |
| 18 | 2009 | 10 | 0.53 |
| 19 | 2010 | 30 | 1.59 |
| 20 | 2011 | 21 | 1.11 |
| 22 | 2012 | 30 | 1.59 |
| 23 | 2013 | 29 | 1.53 |
| 24 | 2014 | 51 | 2.70 |
| 25 | 2015 | 54 | 2.86 |
| 26 | 2016 | 107 | 5.66 |
| 27 | 2017 | 157 | 8.30 |
| 28 | 2018 | 244 | 12.90 |
| 29 | 2019 | 200 | 10.58 |
| 30 | 2020 | 162 | 8.57 |
| 31 | 2021 | 323 | 17.08 |
| 32 | 2022 | 200 | 10.58 |
| 33 | 2023 | 222 | 11.74 |
| 34 | Tidak Jawab | 7 | 0.37 |
| Jumlah | | 1891 | 100 |

Sumber: Data primer, 2023

Tercatat pula bahwa sejak tahun 2016, jumlah responden yang bergabung menjadi kader semakin meningkat dengan persentase lebih dari 5 persen. Hal ini dapat dimengerti karena sekitar tahun-tahun tersebut Pemerintah Indonesia mulai mengencangkan program eliminasi TB secara nasional.

E. Rata-rata Penghasilan Kader TB

Berdasarkan hasil survei, sebagian besar kader TB berpenghasilan rendah. Tabel 3 menunjukkan bahwa hanya terdapat 84 Kader TB atau 44,44 persen dari total responden yang berpenghasilan di atas upah minimum. Di sisi lain, terdapat

1803 kader TB atau 95,35 persen dari total responden yang berpenghasilan di bawah upah minimum. Sedangkan sisanya, terdapat 4 kader TB atau 0,21 persen dari total responden yang tidak merespon mengenai penghasilan mereka.

Tabel 3. Rata-rata Penghasilan Kader TB

| No | Kategori | Jumlah | Persentase |
|---------------|----------------|--------|------------|
| 1 | Di atas UMR | 84 | 4.44 |
| 2 | Di bawah UMR | 1803 | 95.35 |
| 3 | Tidak Menjawab | 4 | 0.21 |
| Jumlah | | 1891 | 100 |

Sumber: Data primer, 2023

Rendahnya penghasilan kader TB dapat dijelaskan dari status pekerjaan mereka yang bersifat informal dan sukarela. Umumnya, kader TB mendapatkan insentif sesuai aturan yang ditetapkan oleh Global Fund. Sementara itu, kader TB yang penghasilannya di atas UMR merupakan temuan kasus yang agak langka. Mereka ini diantaranya berasal dari Sulawesi Selatan, Jawa Timur, dan Bangka Belitung. Sayangnya tidak ada keterangan lebih lanjut mengenai hal ini. Meskipun demikian, menurut kesaksian salah seorang informan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, kader TB di beberapa tempat memang memperoleh penghasilan tetap dari skema APBD, terutama mereka yang bertugas di *surveillance* Puskesmas dan sebagian kecil yang bertugas di *surveillance* kelurahan,

Jadi kita itu ada 45 surveillance kelurahan. Mereka ini dulunya dibentuk dan dilatih khusus untuk pengamatan penyakit menular apapun. Mereka adalah Tim Gerak Cepat di wilayah ketika ada potensi-potensi KLB dan seterusnya. Mereka digaji dari APBD sesuai dengan UMR Kota Yogyakarta. Nah dalam perkembangan berikutnya, mereka seperti "hangabehi" di puskesmas gitu ya... di pendaftaran, ikut memback up ke sekolah, ikut ke mana-mana. Intinya mereka berkontribusi dalam ketugasan surveillance.

Hal serupa diungkap oleh informan lainnya di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang pernah bekerja sebagai kader TB di Lembaga Aisyiyah,

Dulu tuh alhamdulillah sudah UMR. Dulu dibayar perbulan... berapapun pasien yang kita dampingi saat itu. Tapi yang ditargetkan adalah kunjungannya. Jumlah kunjungannya sekian untuk satu pasien... begitu. Mau berapa pun pasiennya.

F. Keterlibatan Kader TB dalam Organisasi Kemasyarakatan/Keagamaan

Terkait keterlibatan kader TB dalam organisasi kemasyarakatan/keagamaan, hasil survei menunjukkan bahwa terdapat 1036 orang atau 54,79 persen dari total responden yang tidak bergabung dalam organisasi kemasyarakatan/ keagamaan.

Tabel 4. Keterlibatan Kader TB dalam Organisasi Kemasyarakatan/Keagamaan

| No | Kategori | Jumlah | Persentase |
|----|---|--------|------------|
| 1 | Pengurus atau anggota organisasi kemasyarakatan | 855 | 45.21 |
| 2 | Bukan Pengurus | 1036 | 54.79 |

| | | | |
|---------------|--|------|-----|
| | atau anggota organisasi kemasyarakatan | | |
| Jumlah | | 1891 | 100 |

Sumber: Data primer, 2023

Meskipun begitu, jumlah mereka yang pernah bergabung baik sebagai pengurus ataupun anggota organisasi kemasyarakatan/keagamaan pun cukup banyak, yaitu 855 orang atau 45,21 persen dari total responden. Organisasi yang dimaksud antara lain PKK/Posyandu, RT/RW, BPD, Muhammadiyah/NU, dll. Informasi ini menunjukkan bahwa organisasi kemasyarakatan/keagamaan berperan penting memotivasi keterlibatan aktif kader dalam program/kegiatan eliminasi TB.

G. Pelatihan dan Sertifikasi yang Pernah diikuti oleh Kader TB

Dari hasil survei yang dilakukan, hampir semua kader TB pernah mengikuti pelatihan dan/atau sertifikasi untuk meningkatkan kapasitasnya. Perlu dicatat bahwa kader TB yang mengikuti pelatihan/sertifikasi ini tidak melulu menjadi kader TB saja, tetapi ada juga yang merangkap atau sebelumnya pernah menjadi kader komunitas untuk isu-isu kesehatan/sosial lainnya. Jenis pelatihan yang pernah diikuti pun mencakup materi yang lebih luas, tidak selalu terkait langsung dengan isu TB. Penyelenggara pelatihan bisa dari pihak pemerintah maupun organisasi kemasyarakatan/keagamaan.

Tabel 5. Pelatihan dan Sertifikasi yang Pernah diikuti Kader TB

| No | Kategori | Keterangan |
|----|---------------------------------------|--|
| 1 | Jenis Pelatihan | <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan TB Paru • Pelatihan Kader TB Care Aisyiyah • Pelatihan PMO (Pendamping Minum Obat) • Pelatihan Investigasi Kontak • Pelatihan Pencegahan TB • Pelatihan Penyuluhan TB • Pelatihan Kader Posyandu • Pelatihan Kader Ibu Hamil • Pelatihan Kader UUK (Upaya Kesehatan Usia Kandungan) • Pelatihan Kader TPK (Tempat Pelayanan Kesehatan) |
| 2 | Tempat Pelatihan | <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan di Yabhysa • Pelatihan oleh Yamali • Pelatihan di Hotel Urban • Pelatihan di Hotel Regency • Pelatihan di Hotel Grand Serpong • Pelatihan di GOR (Gelanggang Olahraga) • Pelatihan di Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) • Pelatihan di Komunitas Masyarakat Sehat Sriwijaya Kota Palembang • Pelatihan di Yasmin Hotel • Pelatihan di Islamic Center Lampung Timur |
| 3 | Organisasi Pelaksana Pelatihan | <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan oleh Yabhysa • Pelatihan oleh Yamali • Pelatihan oleh TB Care Aisyiyah • Pelatihan oleh ILS (Indonesia Leprosy Society) • Pelatihan oleh LKNU (Lembaga Kesehatan Nahdlatul Ulama) |

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan oleh YMMA (Yayasan Masyarakat Peduli Tuberkulosis) • Pelatihan oleh Dinkes (Dinas Kesehatan) • Pelatihan oleh Aisyiyah • Pelatihan oleh SSR (Stop TB Partnership - Indonesia) • Pelatihan oleh MSS (Masyarakat Sehat Sriwijaya) |
| 4 | Kegiatan Terkait | <ul style="list-style-type: none"> • Peserta Workshop Kader TBC • Juara 3 Cerdas Cermat Sekota Palembang • Peserta Partjeipants • Cadre of the Year 2022 • Eliminasi TB • Penghargaan Hari TB Sedunia dari Dinkes Propinsi Lampung • Sertifikat Prestasi Eliminasi TBC di Wilayah Kota Cirebon Jawa Barat • Sertifikat Repres Kader • Sertifikat Penghargaan dalam Jambore Kader TB • Sertifikat Parenting untuk Anak Remaja |
| 5 | Pemahaman dan Pengetahuan | <ul style="list-style-type: none"> • Pengertian TBC, Gejala, Faktor Resiko • TBC Menular Melalui Udara • Cara Melakukan Investigasi Kontak • Terapi Pencegahan TBC pada Anak • Cara Pengisian Format • Penanggulangan Penyakit TBC • Pemahaman tentang Stunting, HIV/AIDS, DBD, Kusta, PHBS |
| 6 | Penghargaan dan Prestasi | <ul style="list-style-type: none"> • Dedikasi sebagai Kader Terbaik Tahun 2022 • Peserta Lomba Video • Sertifikat Penghargaan dalam Jambore Kader TB sebagai Kader Terbaik • Sertifikat Seminar TB dari LKNU • Sertifikat Peningkatan dan Pemahaman Kader Kesehatan Kota Palembang • Sertifikat BKBN (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional) • Sertifikat TOSS TB (Treatment of Suspected Smear Negative TB) • Sertifikat Penghargaan dalam Lomba Cerdas Cermat Sekota Palembang |
| 7 | Pelatihan Lainnya | <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan Pemberdayaan Perempuan oleh Muslimat NU • Pelatihan Penanggulangan Penyakit Menular TB Paru tahun 2023 • Pelatihan Pengawasan TB Resisten Obat di RS Islam PD Kopi • Pelatihan Wawasan Kader Mengenai Penyakit TBC • Pelatihan Penguatan Kapasitas Petugas dan Kader Pengawasan Minum Obat dan Investigasi Kontak • Pelatihan Pendidikan Kesehatan TB di Lingkungan Masyarakat • Pelatihan Investigasi Kontak Pasien TB RO • Pelatihan Kader Posbindu, Kader Reach, Kader TPK, Kader Posyandu |
| 8 | Kader yang Mengikuti Pelatihan | <ul style="list-style-type: none"> • Kader Posyandu • Kader Ibu Hamil • Kader UUK • Kader TPK • Kader TB-HIV Care Aisyiyah |

- Kader Terbaik MSS (Masyarakat Sehat Sriwijaya)
- Kader TB Care Aisyiyah
- Kader TB Komunitas Masyarakat Sehat Sriwijaya Kota Palembang
- Kader TB Sekabupaten Sumenep
- Kader SSR Yayasan Masyarakat Peduli Tuberkulosis

Sumber: Data primer, 2023

H. Penyintas TB sebagai Kader TB

Sebagian besar kader TB yang mengikuti survei bukan merupakan penyintas TB. Dari tabel 6, kita dapat melihat bahwa terdapat 1.689 orang atau 89,32 persen dari total responden mengatakan bukan penyintas TB. Adapun jumlah kader TB yang merupakan penyintas TB terdapat 202 orang atau 10,68 persen dari total responden yang ada.

Tabel 6. Penyintas TB sebagai Kader TB

| No | Penyintas TB | Jumlah | Persentase |
|---------------|--------------|--------|------------|
| 1 | Bukan | 1.689 | 89,32 |
| 2 | Ya | 202 | 10,68 |
| Jumlah | | 1891 | 100 |

Sumber: Data primer, 2023

I. Motivasi Menjadi Kader TB

Survei ini juga menanyakan tentang motivasi responden menjadi kader TB, dan hasilnya secara umum menunjukkan pemahaman mereka tentang isu-isu TB yang cukup luas dan mendalam, baik itu terkait visi Indonesia untuk bebas dari TB, pentingnya edukasi dan kesadaran sebagai bentuk pencegahan kasus TB, maupun praktik pemberdayaan masyarakat sebagai aksi nyata eliminasi TB.

Tabel 7. Motivasi Menjadi Kader TB

| No | Kategori | Keterangan |
|----|--|---|
| 1 | Eliminasi TB | <ul style="list-style-type: none"> • Mewujudkan masyarakat bebas TB di Indonesia • Mengobati pasien TB dan mencegah penularannya • Menjaga kesehatan dan kebersihan diri sendiri, keluarga, dan lingkungan sekitarnya |
| 2 | Pendidikan dan Penyadaran TB | <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan edukasi kepada masyarakat tentang bahaya penyakit TB, penularan, dan pencegahannya • Memberikan edukasi kepada pasien bahwa penyakit TB bisa sembuh dengan disiplin minum obat • Menambah pengetahuan dan pengalaman terkait TB |
| 3 | Peran Kader dalam Pemberdayaan Masyarakat | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu Puskesmas untuk menemukan orang terduga TB dan mengurangi jumlah pasien TB • Memberi dukungan dan motivasi kepada pasien TB selama proses pengobatan • Mendorong kesadaran dan partisipasi aktif masyarakat dalam program eliminasi TB • Membantu dan mendampingi keluarga miskin yang terkena TB |

J. Jaminan Kesehatan Kader TB

Hasil survei ini menunjukkan bahwa mayoritas kader TB mempunyai jaminan kesehatan, yaitu 1553 orang atau 83,13 persen dari total responden. Jaminan kesehatan yang dimaksud adalah BPJS, dan sebagian kecil diantaranya KIS. Sedangkan yang tidak mempunyai jaminan kesehatan berjumlah 324 orang atau 17,13 persen dari total responden.

Tabel 8. Kader TB yang Memiliki Jaminan Kesehatan

| No | Jaminan kesehatan | Jumlah | Persentase |
|---------------|-------------------|--------|------------|
| 1 | Punya | 1.553 | 82,13 |
| 2 | Tidak punya | 324 | 17,13 |
| 3 | Tidak Menjawab | 14 | 0,74 |
| Jumlah | | 1891 | 100 |

Sumber: Data primer, 2023

Meskipun sebagian besar kader TB telah mendapatkan akses jaminan kesehatan, masih ada sebagian kecil lainnya yang belum mampu mengaksesnya. Dari hasil wawancara mendalam dengan salah satu kader TB di Provinsi Daerah Yogyakarta, misalnya, terungkap bahwa pada kasus penyintas TB sebagai kader TB ternyata tidak terfasilitasi dengan skema jaminan kesehatan dari pemerintah,

Ada penyintas TB sebagai kader TB, di sini dia menjadi Patient Supporter (PS). Di lapangan, PS ini kan yang langsung berhubungan dengan penyintas TB. Istilahnya ujung tombak... enggak ada mereka, program nggak akan jalan. Tapi karena tidak ada jaminan kesehatan untuk mereka... akhirnya dia kena TB lagi, resisten obat.

K. Pemahaman Kader TB mengenai Perannya

Survei ini juga menggali pemahaman responden mengenai perannya sebagai kader TB. Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa responden memahami perannya sebagai kader TB mulai dari tahap pencegahan dan penemuan kasus, pengobatan dan pendampingan pasien, skrining dan pendataan, hingga tahap pengawasan dan pelaporan kasus.

Tabel 9. Pemahaman Kader TB mengenai Perannya

| No | Kategori | Keterangan |
|----|---------------------|---|
| | Pencarian kasus | <ul style="list-style-type: none"> Melakukan investigasi kontak Melakukan skrining Melakukan kunjungan ke rumah orang terduga TB Melakukan rujukan kontak serumah |
| | Pendampingan pasien | <ul style="list-style-type: none"> Mendampingi pasien selama proses pengobatan Mengambilkan obat untuk pasien Mengantarkan sampel dahak ke laboratorium |
| | Pelaporan kasus | <ul style="list-style-type: none"> Melakukan pencatatan kasus Melaporkan kesembuhan pasien |

| | | |
|--|----------------------|--|
| | Pemantauan | <ul style="list-style-type: none"> Mengawasi pasien agar minum obat secara rutin Mengambil dahak pasien yang batuk lebih dari 1 minggu |
| | Edukasi dan motivasi | <ul style="list-style-type: none"> Melakukan edukasi tentang bahaya TB Memotivasi pasien untuk sembuh |

Sumber: Data Primer, 2023

L. Dukungan Perangkat Digital bagi Kader TB

Perangkat digital merupakan teknologi yang memudahkan kader TB untuk melaksanakan tugas-tugasnya. Namun berdasarkan hasil survei, ternyata lebih banyak kader TB yang tidak menggunakan perangkat digital, yaitu sebanyak 1482 orang atau 78,37 persen dari total responden. Sedangkan kader TB yang menggunakan perangkat digital hanya sebanyak 409 orang atau 21,63 persen.

Tabel 10. Dukungan Perangkat Digital bagi Kader TB

| No | Kategori | Jumlah | Persentase |
|---------------|-------------------------------------|--------|------------|
| 1 | Menggunakan perangkat digital | 409 | 21,63 |
| 2 | Tidak menggunakan perangkat digital | 1.482 | 78,37 |
| Jumlah | | 1891 | 100 |

Sumber: Data primer, 2023

M. Kendala Menjadi Kader TB

Dalam menjalankan perannya, kader TB menghadapi banyak kendala. Hasil survei ini mengungkap kendala-kendala yang ada antara lain terkait penolakan pasien, tidak tersedianya logistik dan transportasi, kurangnya kesadaran dan pemahaman masyarakat, ketidaklancaran komunikasi, kesulitan dalam proses pemeriksaan, persoalan sosial-budaya, kerumitan administrasi, kurang terkelolanya data, kendala medis, ketidakberlanjutan insentif, lemahnya strategi sosialisasi dan pendidikan, serta sulitnya menjalin kerjasama dengan masyarakat.

Tabel 11. Kendala Menjadi Kader TB

| No | Kategori | Keterangan |
|----|--|--|
| 1 | Penolakan dan Ketidaksetujuan | a. Penolakan pasien terhadap kunjungan. b. Alamat yang tidak sesuai dengan data. c. Pasien tidak mau memberikan data atau informasi yang diperlukan. d. Ketidaksetujuan keluarga untuk pemeriksaan dahak atau tindakan lainnya. |
| 2 | Kendala Logistik dan Transportasi | a. Jarak tempuh yang jauh. b. Sulitnya transportasi ke lokasi pasien. c. Medan yang sulit dijangkau, terutama saat cuaca buruk. |
| 3 | Kurangnya Kesadaran dan Pemahaman Masyarakat | a. Kurangnya pemahaman masyarakat terkait TBC. b. Stigma dan rasa malu terkait dengan penyakit TBC. |

| | | |
|----|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> c. Diskriminasi terhadap keluarga pasien TBC d. Kurangnya respon atau kerjasama dari masyarakat. |
| 4 | Masalah Komunikasi dan Identifikasi Pasien | <ul style="list-style-type: none"> a. Kesulitan dalam mendapatkan informasi yang akurat. b. Alamat palsu atau tidak lengkap. c. Pasien yang sulit diidentifikasi atau tidak mau memberikan informasi. |
| 5 | Kesulitan dalam Proses Pemeriksaan dan Pengobatan | <ul style="list-style-type: none"> a. Kesulitan mendapatkan dahak yang berkualitas. b. Pasien yang sulit untuk berobat atau tidak patuh minum obat. c. Susahnya mengajak pasien atau keluarga untuk pemeriksaan atau tindakan medis. d. Kontak serumah yg tidak mau dilakukan pengecekan mantoex tes untuk TPT |
| 6 | Kendala Sosial dan Budaya | <ul style="list-style-type: none"> a. Masyarakat yang masih memandang sebelah mata terhadap penyakit TBC. b. Kendala budaya dan norma dalam masyarakat terkait kesehatan. c. Masih banyak masyarakat yang merasa malu atau takut untuk memeriksakan diri d. Kurangnya kepedulian dari pengurus kampung akan bahaya penyakit TBC sehingga masyarakat sulit utk melakukan tes dahak |
| 7 | Kendala Administratif dan Organisasi | <ul style="list-style-type: none"> a. Belum ada SK dari wilayah sendiri b. Kader sering dianggap orang yang menjual identitas masyarakat karena melakukan investigasi kontak c. Ada oknum LMK Kelurahan yang justru berusaha menghalangi tugas kader d. Tidak adanya nomor telepon atau informasi kontak pasien. e. Kendala administratif, seperti perubahan aturan pelaporan. f. Kurangnya atribut atau seragam atau kostum untuk kader TBC. |
| 8 | Kesulitan dalam Mendapatkan Data | <ul style="list-style-type: none"> a. Kesulitan mendapatkan data pasien atau kontak serumah. b. Kesulitan mendapatkan NIK (Nomor Induk Kependudukan) dari warga. c. Pasien pindah alamat tanpa konfirmasi d. Pasien tidak memberikan alamat yg jelas e. Alamat IK tidak sesuai dgn KTP |
| 9 | Kendala Medis | <ul style="list-style-type: none"> a. Kesulitan mendeteksi pasien TBC di wilayah terpencil. b. Pasien yang sulit mengeluarkan dahak atau melakukan pemeriksaan. c. Kesulitan mendapatkan sampel dahak yang berkualitas. |
| 10 | Ketidakberlanjutan Insentif | <ul style="list-style-type: none"> a. Reward yang tidak konsisten atau tidak memadai. b. Minimnya biaya transportasi untuk kader, karena luasnya wilayah dan medan yg sulit dilalui |
| 11 | Kendala dalam Pendidikan dan Sosialisasi | <ul style="list-style-type: none"> a. Kesulitan memberikan edukasi kepada pasien dan masyarakat yang minim pengetahuan tentang TBC b. Dalam menjalankan Sosialisasi Tentang Penyakit TB kurangnya Media penyampaian kepada Masyarakat |

| | | |
|----|---|--|
| 12 | Kesulitan dalam Mendapatkan Kerjasama dari Masyarakat | <ul style="list-style-type: none"> a. Kesulitan mendapatkan kerjasama dari masyarakat yang tidak percaya pada upaya pencegahan TBC b. Kurangnya dukungan dari RT dan kelurahan dalam melakukan upaya pencegahan dan penanggulangan TBC |
| 13 | Faktor-faktor Lain | <ul style="list-style-type: none"> a. Faktor cuaca dan kondisi lapangan yang tidak mendukung. b. Tidak ada kendala yang signifikan, tetapi lebih ke petualangan. c. Faktor eksternal, seperti hewan peliharaan |

Sumber: Data primer, 2023

N. Harapan Kader TB

Dalam rangka meningkatkan kapasitas kader TB dan mendukung upaya eliminasi TB di Indonesia, survei ini berusaha mengungkap harapan-harapan yang dimiliki oleh kader TB. Hasil survei menunjukkan bahwa kader TB memiliki perhatian yang mendalam tentang isu-isu TB di lapangan, antara lain terkait pelatihan untuk peningkatan pengetahuan dan pemberdayaan kader dalam komunitas, upaya pencegahan dan penemuan kasus, pengurangan angka penyakit dan kematian akibat TB, eliminasi dan visi masyarakat bebas TB, kerjasama dan koordinasi, kesejahteraan dan insentif, perlindungan hukum dan jaminan kesehatan, pemanfaatan teknologi dan digitalisasi, pementapan organisasi dan administrasi, serta penghargaan dan apresiasi.

Tabel 12. Harapan Kader TB

| No | Kategori | Keterangan |
|----|---|--|
| 1 | Pelatihan untuk Peningkatan Pengetahuan dan Pemberdayaan Kader TB dalam Komunitas | <ul style="list-style-type: none"> • Menyusun program pelatihan dan pembaruan ilmu tentang TB • Menyusun program peningkatan kualitas dan kuantitas kader TB di setiap kelurahan • Menyusun program pengembangan keterampilan kader TB dalam melakukan pendekatan terhadap masyarakat • Melakukan pelatihan teknologi untuk generasi muda sebagai calon kader TB |
| 2 | Upaya Pencegahan dan Penemuan Kasus TB | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan strategi untuk menemukan kasus TB sebanyak mungkin • Membuat kampanye untuk menganjurkan minum obat secara teratur • Menyusun langkah-langkah untuk menekan penyebaran penyakit TB • Merencanakan program peningkatan kesadaran masyarakat tentang bahaya TB dan pentingnya berobat |
| 3 | Pengurangan Angka Penyakit dan Kematian akibat TB | <ul style="list-style-type: none"> • Menyusun program menurunkan angka penyebaran TB melalui edukasi pasien • Mengidentifikasi langkah-langkah peningkatan angka kesembuhan dan pengurangan kasus kematian akibat TB • Implementasi program pendampingan pasien TB dan keluarganya selama pengobatan |
| 4 | Eliminasi dan Visi | <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi tujuan pemutusan rantai penyebaran |

| | | |
|----|--|---|
| | Masyarakat Bebas TB | <p>TB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menerapkan program eliminasi TB dengan meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya pencegahan TB • Meningkatkan target kesuksesan eliminasi TB • Menyusun rencana kesejahteraan dan perbaikan kondisi masyarakat |
| 5 | Kerjasama dan Koordinasi | <ul style="list-style-type: none"> • Menyusun program kerjasama dengan semua pihak • Mengimplementasikan kerjasama dengan RT/RW dan pengurus kampung • Peningkatan koordinasi antara kader TB dan pemerintah • Meningkatkan kerja sama antara kader dan proگرامer TB • Membuat program kerjasama dengan pemerintah setempat untuk memudahkan tugas kader TB |
| 6 | Kesejahteraan dan Insentif | <ul style="list-style-type: none"> • Menyusun langkah-langkah agar pemerintah lebih memperhatikan kesejahteraan kader TB • Membuat program peningkatan fasilitas dan insentif bagi kader TB • Menyusun sistem kompensasi dan reward yang sepadan dengan resiko kader TB • Peningkatan honorarium dan fasilitas kader TB • Implementasi program insentif bulanan dan pemberian reward yang adil |
| 7 | Perlindungan Hukum dan Jaminan Kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> • Merencanakan program jaminan kesehatan gratis dan mengimplementasikan BPJS untuk kader TB • Program imunisasi untuk kader TB • Menyusun langkah-langkah perlindungan hukum dan kesejahteraan kader TB • Adanya SK Kader TB dari pemerintah daerah, setidaknya di tingkat kelurahan |
| 8 | Pemanfaatan Teknologi dan Digitalisasi | <ul style="list-style-type: none"> • Pemanfaatan teknologi digital untuk membangun sistem online dalam hal pelacakan, pendampingan dan pelaporan kasus TB • Penyediaan laptop dan perangkat digital lainnya untuk mendukung tugas kader TB |
| 9 | Pemantapan Organisasi dan Administrasi | <ul style="list-style-type: none"> • Merencanakan pengembangan organisasi untuk mempercepat eliminasi TB • Merencanakan perpanjangan kontrak kerja dan administrasi yang lebih baik |
| 10 | Penghargaan dan Apresiasi | <ul style="list-style-type: none"> • Merencanakan program memberikan apresiasi dan penghargaan kepada kader yang berprestasi. |

Sumber: Data primer, 2023.

Berbagai harapan kader TB yang terangkum pada tabel di atas sekaligus memberikan informasi tentang isu-isu kritis di lapangan yang perlu mendapatkan perhatian khusus untuk memperkuat jejaring kader TB. Isu-isu terkait kesejahteraan dan jaminan kesehatan, misalnya, merupakan isu sensitif yang dapat mempengaruhi motivasi dan komitmen kader TB. Di sisi lain, isu kerjasama dan koordinasi merupakan isu yang dapat mengurangi efektivitas program-program eliminasi TB yang dilakukan.

BAB V ANALISIS JEJARING KADER TB

A. Problem Definisi dan Kompetensi Kader TB di Indonesia

Dalam perbincangan internasional tentang penyedia layanan kesehatan, dikenal 2 istilah penting yaitu *community health worker* (CHW) dan *community health volunteer* (CHV). WHO sendiri menggambarkan CHW sebagai berikut,

*Community health workers (CHW) are health care providers who live in the community they serve and receive lower levels of formal education and training than professional health care workers such as nurses and doctors. This human resource group has enormous potential to extend health care services to vulnerable populations, such as communities living in remote areas and historically marginalized people, to meet unmet health needs in a culturally appropriate manner, improve access to services, address inequities in health status and improve health system performance and efficiency.*¹¹

Sementara itu, ada banyak definisi CHV, diantaranya

'... are those who receive training, recognized by the health services and national certification authority to perform clearly delineated tasks' (Mutamba et al., 2013).

'... are those who do not have any formal professional or paraprofessional qualifications and are trained to provide health related services' (Petersen et al., 2014).

'... are health care service providers who have typically been trained for a short period of time and lack formal medical training. They often live in the communities they serve and ideally are linked to the formal health system' (Defo, 2014; Scott et al., 2015).

'... are men and women chosen by the community and trained to deal with the health problems of individuals and the community, and to work in close relationship with the health services' (Conway et al., 2008; Tripathi et al., 2016).

'lay individuals trained in the particular role of delivering curative or preventive care' (Anyangwe and Mtonga, 2007; Truth, 2013; Vouking et al., 2013).

'... a member of the community who has received some training to promote health care or who carries out some health care services, but is not a professional' (Nkonki et al., 2017).

¹¹<https://www.who.int/publications/i/item/what-do-we-know-about-community-health-workers-a-systematic-review-of-existing-reviews>.

'... are lay health supporters who are able to establish rapport with patients in the communities they serve in part because of their shared characteristics and experiences...' (Kaselitz et al., 2017).¹²

Pada praktiknya, ada kerancuan di dalam memaknai CHW dan CHV karena keduanya memiliki ciri penting yang sama, yaitu kerelawanan. Hasil penelitian di beberapa negara menunjukkan bahwa CHW seringkali mempunyai kualifikasi yang beragam, mulai dari yang bersifat sukarela, paraprofesional, hingga profesional. Pengkategorian ini dipengaruhi oleh tingkat kompetensi dan latar belakang pendidikan CHW yang ikut menentukan peran/tugas, seleksi/rekrutmen, dan renumerasinya.¹³ Sementara itu, CHV memiliki kualifikasi yang lebih tegas terkait sifat kerelawanannya, pelatihan singkat yang diterimanya, dan pelayanannya dalam masyarakat tanpa imbalan.¹⁴

Di Indonesia, istilah CHW dan CHV sering dipertukarkan untuk menunjuk pada pengertian kader kesehatan masyarakat, yang dalam konteks eliminasi TB dikenal sebagai kader TB. Kader TB sendiri merupakan bagian dari masyarakat setempat yang berfungsi untuk menjembatani pelayanan kesehatan oleh Puskesmas dengan cara melakukan pendampingan pasien TB di wilayahnya masing-masing. Satu hal penting yang harus dicatat bahwa kader TB di Indonesia memiliki ciri kerelawanan yang lebih menonjol karena berbasis pada organisasi kemasyarakatan/keagamaan yang juga bersifat sukarela (contohnya Posyandu dan Aisyah). Maka, kader TB yang terlibat pun didominasi oleh orang-orang yang berasal dari organisasi kemasyarakatan/keagamaan tersebut. Sebagaimana telah diungkap ada bagian sebelumnya, hasil FGD di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan Provinsi Jawa Barat menunjukkan bahwa kader TB memiliki beberapa ciri utama antara lain berjiwa kerelawanan, mendapatkan pelatihan khusus tentang TB, terikat secara formal dengan lembaga/organisasi, serta memperoleh imbalan berupa insentif. Sementara hasil survei di 26 provinsi di Indonesia menunjukkan bahwa sebagian besar kader TB merupakan kader Posyandu (organisasi kemasyarakatan di tingkat desa) dan kader Aisyah (organisasi keagamaan), serta sebagian kecil kader lainnya merupakan penyintas TB. Selain itu, mayoritas kader TB berjenis kelamin perempuan dengan pendidikan terakhir SMA, dan melakukan pendampingan pasien TB sebagai bagian dari kegiatan untuk mengisi waktu luang.

Ciri kerelawanan kader TB yang menonjol ini menyebabkan siapa yang bisa disebut sebagai kader TB menjadi problematik, karena praktiknya sering dirancukan dengan kerja relawan. Selain itu, kompetensi kader TB yang cenderung bersifat

¹² Woldie, Mirkuzie et.al. Community health volunteers could help improve access to and use of essential health services by communities in LMICs: an umbrella review. *Health Policy and Planning*, 33, 2018, 1128–1143 doi: 10.1093/heapol/czy094.

¹³ Abimbola Olaniran, Helen Smith, Regine Unkels, Sarah Bar-Zeev & Nynke van den Broek (2017) Who is a community health worker? – a systematic review of definitions, *Global Health Action*, 10:1, 1272223, DOI: 10.1080/16549716.2017.1272223

¹⁴ Rohana, I Gusti Ayu Putu Desi, et.al. Empowering community health volunteer on communitybased tuberculosis case management programs in lower-income countries: A systematic review. *Journal of Community Empowerment for Health*. Volume 2(2) Desember 2019. DOI: 10.22146/jcoemph.47148

paraprofesional (membantu tenaga kesehatan Puskesmas serta mendapatkan pelatihan dan insentif yang terbatas) bisa berdampak bagi keberlangsungan jejaring kader TB dan keberhasilan eliminasi TB itu sendiri. Problematika ini diperparah oleh dukungan struktural pemerintahan yang kurang memadai, sehingga kader TB belum sepenuhnya terdefiniskan dan jejaring kader TB belum terlembaga dengan baik dalam sistem kesehatan masyarakat di tingkat desa.

B. Sudahkah Kader TB diatur dalam Perundang-undangan?

Belum terdefiniskannya kader TB dan belum terlembaganya jejaring kader TB di Indonesia dapat dipahami mengingat belum ada peraturan perundang-undangan maupun kebijakan pemerintah yang secara khusus mengatur kader TB. Berdasarkan tinjauan pustaka, terdapat beberapa peraturan perundang-undangan yang membahas tentang kader kesehatan masyarakat dan eliminasi TB, namun kader TB itu sendiri tidak secara khusus diatur. Isu TB hanya sedikit disinggung kaitannya dengan Posyandu, Dana Desa, SPM, dan Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. Sedangkan definisi dan peran kader kesehatan masyarakat yang diatur secara khusus dalam perundang-undangan hanyalah kader Posyandu, kader malaria, serta kader stunting (atau kader pembangunan manusia).

Kader Posyandu

Sebagaimana temuan penelitian ini, sebagian besar kader TB di bawah koordinasi Penabulu-STPI merupakan kader Posyandu. Kader Posyandu sendiri, menurut buku Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu (Kementerian Kesehatan RI, 2011), terdiri dari "*anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan Posyandu secara sukarela.*" Secara historis, kader Posyandu merupakan kader PKK yang dinasionalisasikan melalui Surat Keputusan 3 Menteri pada tahun 1984. Kader PKK sendiri telah berkembang sejak tahun 1970an dan berperan sebagai pusat pelayanan kesehatan balita. Sementara Posyandu yang berkembang kemudian mempunyai peran yang lebih beragam, antara lain di bidang Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), gizi, KB, Bina Keluarga Balita (BKB) Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), ekonomi keluarga, koperasi, keagamaan, penyuluhan pengendalian penyakit menular, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), dan pertanian. Dari penjelasan ini, kita dapat memahami bahwa kader Posyandu merupakan potensi besar untuk direkrut sebagai kader TB. Selain itu, peran kader Posyandu untuk memberikan penyuluhan pengendalian penyakit menular dianggap bisa memenuhi peran kader TB dalam upaya eliminasi TB. Persoalannya, meskipun secara legal-formal kader Posyandu dianggap bisa mengisi kebutuhan kader TB, apakah para kader tersebut telah memiliki kualifikasi yang memadai?

Kader Malaria

Dalam peraturan perundang-undangan lainnya, dibahas definisi dan peran kader malaria yang memiliki kemiripan dengan kader TB. Dalam hal ini, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2018 tentang Pelaksanaan

Deteksi Dini dan Pemberian Obat Anti Malaria oleh Kader Malaria pada Daerah dengan Situasi Khusus mendefinisikan kader malaria sebagai *tenaga non kesehatan yang merupakan warga desa/kampung/dusun yang diusulkan oleh masyarakat setempat ke Puskesmas*. Seperti halnya kader Posyandu, kader malaria harus memenuhi persyaratan minimal bisa baca dan tulis, berperilaku dan berkomunikasi dengan baik, berkomitmen dan bersedia bekerja secara sukarela, serta telah mendapatkan pelatihan dari tenaga kesehatan terlatih. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan beberapa informan, nampaknya semua persyaratan ini juga digunakan oleh Penabulu-STPI di dalam merekrut kader TB.

Kader Stunting (Kader Pembangunan Manusia)

Peraturan perundang-undangan yang relatif baru lainnya adalah Pedoman Umum Kader Pembangunan Manusia (Direktorat Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa 2018), yang mengatur tentang kader stunting atau kader pembangunan manusia dengan peran utama untuk melakukan upaya-upaya pencegahan stunting di desa. Di sini, kader stunting didefinisikan sebagai *warga masyarakat desa yang dipilih melalui musyawarah desa untuk membantu pemerintah desa dalam memfasilitasi masyarakat desa dalam merencanakan, melaksanakan dan mengawasi pembangunan sumberdaya manusia di desa*. Selanjutnya untuk menjadi kader stunting, seseorang haruslah berasal dari warga desa setempat, berpengalaman sebagai kader di bidang pembangunan manusia (kader Posyandu, guru PAUD dan kader kesehatan masyarakat lainnya), mampu berkomunikasi dengan baik dan bisa berbahasa daerah setempat, serta berpendidikan minimal SMP. Dapat dikatakan, semua persyaratan ini memiliki kualifikasi yang kurang lebih sama dengan kader malaria maupun kader TB.

Sejauh ini dapat disimpulkan bahwa Pemerintah Indonesia baru mengatur secara khusus kader Posyandu, kader malaria, dan kader stunting. Sementara itu, kader TB sama sekali belum diatur, memiliki porsi pembahasan yang sangat kecil dalam peraturan perundang-undangan yang ada, dan hanya sedikit disinggung dalam konteks pengelolaan Posyandu. Meskipun demikian, kader TB pada dasarnya merupakan bagian dari kader Posyandu yang potensial untuk dikembangkan secara kelembagaan.

C. Dualisme Jejaring Kader TB di Tingkat Desa

Selain definisi dan kompetensi kader TB yang problematik, serta minimnya peraturan perundang-undangan yang mengatur kader TB, terdapat persoalan struktural yang secara signifikan mempengaruhi efektivitas jejaring kader TB dalam upaya eliminasi TB, yaitu berkaitan dengan jejaring kader TB yang belum sepenuhnya didukung oleh kebijakan pemerintah yang terintegrasi mulai dari tingkat nasional hingga desa.

Keberadaan kader TB saat ini dilatarbelakangi oleh penetapan target Pemerintah Indonesia untuk eliminasi TB pada tahun 2030, serta kehadiran Global

Fund sebagai pendukung utama terlaksananya program-program eliminasi TB di Indonesia. Adapun strategi eliminasi TB yang diterapkan mencakup 6 hal yaitu 1) penguatan komitmen pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten untuk percepatan eliminasi TB 2023, 2) peningkatan akses layanan TB yang berpihak pada pasien, 3) optimalisasi promosi dan pencegahan, pengobatan pencegahan TB, dan pengendalian infeksi, 4) pemanfaatan hasil riset, serta pemanfaatan teknologi skrining, diagnosis dan tata laksana TB, 5) peningkatan peran serta komunitas, mitra, dan multisektor dalam eliminasi TB, serta 6) penguatan manajemen program melalui sistem kesehatan. Dari keenam strategi tersebut, ada 2 poin kunci yang paling menentukan keberhasilan jejaring kader TB, yaitu penguatan kelembagaan di tingkat komunitas dan pengintegrasian sistem kesehatan melalui peran multisektor.

Program eliminasi TB di Indonesia sendiri saat ini berfokus pada penemuan kasus TB di tingkat desa dalam rangka mencapai target zero TB di tahun 2030. Hasil tinjauan pustaka dan pengamatan lapangan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan Provinsi Jawa Barat menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan program eliminasi TB ini, terdapat 2 jejaring kader TB yang bergerak di wilayah ketugasan yang berbeda, yaitu:

- Jejaring kader TB di bawah koordinasi PR Kementerian Kesehatan dan Program Nasional Penanggulangan TBC melalui Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung (P2PML), yang melibatkan kader kesehatan terlatih yang bekerja di Puskesmas dan bertugas untuk melakukan peran surveilans epidemiologi di wilayahnya.
- Jejaring kader TB di bawah koordinasi PR Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI, yang melibatkan kader Posyandu sebagai bagian dari sistem kesehatan masyarakat di tingkat desa, dan kader TB dari organisasi keagamaan Aisyah-Muhammadiyah yang telah lebih dulu melakukan pendampingan pasien TB sebelum kehadiran Global Fund untuk melakukan peran penemuan kasus dan penanganan pasien TB.

Secara teoritis, terdapat kemitraan antara Konsorsium Komunitas Penabulu-STPI dengan P2PML Kementerian Kesehatan dalam menjalankan program eliminasi TB baik secara preventif maupun kuratif. Namun pada praktik di tingkat desa, kedua jejaring kader TB ini seolah berdiri sendiri-sendiri. Kesan ini terungkap selama wawancara mendalam dengan salah seorang nakes Puskesmas di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta,

Tanya: Bagaimana hubungan antara surveilans dengan kader TB dalam menjalankan program eliminasi TB di desa?

Jawab: Kan sudah ada pembagian ya... yang kader komunitas melakukan pencarian kasus TB melalui kunjungan rumah, sedangkan surveilans membantu nakes TB untuk menangani kasus TB yang ditemukan di Puskesmas.

Tanya: Tapi apakah antara kader TB komunitas dengan surveilans dan nakes di Puskesmas saling berkomunikasi dan berkolaborasi?

Jawab: Nah itu... terus terang belum berjalan optimal ya, karena kan tidak mungkin satu rumah dikunjungi berkali-kali. Jadi kita koordinasinya dengan membagi tugas. Pasien dari puskesmas dikunjungi oleh nakes TB, pasien yang dari komunitas dikunjungi oleh kader TB. Tapi kan kadang suka terlewat ya... misalnya ternyata ada yang belum dilakukan investigasi kontak...

Tanya: Jadi antara surveilans dan kader TB tidak pernah saling berkoordinasi ya?

Jawab: Enggak, karena itu tadi, sudah ada pembagian tugas.

Dari hasil wawancara mendalam ini, nampak bahwa terjadi koordinasi yang terputus antara nakes TB dan surveilans di Puskesmas dengan kader TB di komunitas dalam upaya penemuan kasus dan penanganan pasien TB. Meskipun tugas utama surveilans adalah melakukan surveilans epidemiologi berbasis wilayah, ternyata tidak ada komunikasi dengan kader TB terkait penemuan kasus TB di wilayah yang sama. Surveilans juga hanya menindaklanjuti penemuan kasus TB di Puskesmas, pada saat yang sama kader TB melaporkan penemuan kasus ke Puskesmas. Dapat disimpulkan bahwa kurang jelasnya fungsi masing-masing pihak pemberi layanan TB mengesankan adanya dualisme jejaring layanan TB di tingkat desa.

D. Sejauh Mana Pendanaan untuk Jejaring Kader TB?

Isu lain yang perlu digali lebih jauh terkait jejaring kader TB adalah pendanaan. Di tingkat nasional, program percepatan eliminasi TB merupakan salah satu prioritas pemerintah Indonesia. Meskipun pendanaannya belum ideal, namun anggaran yang ditetapkan dianggap sudah mencukupi, terutama karena adanya dukungan pendanaan lainnya, baik dari donor internasional seperti Global Fund dan USAID, maupun dari donasi lembaga-lembaga kemasyarakatan/keagamaan yang ada. Yang masih menjadi pertanyaan adalah bagaimana dana tersebut dianggarkan dengan pengalokasian yang tepat? Meskipun di tingkat provinsi dan kabupaten/kota APBN dan APBD telah dialokasikan untuk mendukung kegiatan percepatan eliminasi TB yang sifatnya krusial, seperti surveilans atau deteksi, pengobatan, hingga pemberian vaksin, kemampuan pendanaannya masih terbatas, sehingga pada praktiknya, tetap membutuhkan dukungan pendanaan dari Global Fund dan USAID.¹⁵ Itu sebabnya sering muncul kekhawatiran tidak tercukupinya anggaran untuk penanggulangan TB, seperti diungkapkan salah seorang peserta FGD di Provinsi Jawa Barat,

Suatu saat nanti GF itu akan berhenti, ini mumpung masih ada bantuan. Bisa jadi 2027 nanti tidak akan ada bantuan lagi. Itulah yang sering kita

¹⁵ <https://kabar24.bisnis.com/read/20230718/79/1676029/budi-gunadi-pede-anggaran-eliminasi-tbc-tercukupi-ada-banyak-donasi>; <https://p2p.kemkes.go.id/percepat-eliminasi-tuberculosis-kementerian-kesehatan-bersama-lintas-sektor-melakukan-monitoring-evaluasi-di-provinsi-kalimantan-timur/>

khawatirkan. Jangan sampai nanti TB bertambah terus. Selain kita menyampaikan pada teman-teman di kabupaten/kota, kita juga sampaikan pada teman-teman lintas sektor. Kalau kita enggan menyelesaikan persoalan, maka beban APBD akan semakin besar. Bayangkan, untuk TBC di Kota Bandung, anggaran 500 juta hanya untuk beberapa kasus saja.

Jika anggaran percepatan eliminasi TB di tingkat provinsi dan kabupaten/kota saja sudah tidak mencukupi, akan lebih memprihatinkan lagi situasinya di tingkat desa. Berdasarkan kesaksian beberapa kader TB yang diwawancarai, pembiayaan penanggulangan TB memang tidak dimasukkan dalam ABPDDes. Namun hal ini bisa dimengerti mengingat TB sendiri bukan merupakan prioritas isu dalam sistem kesehatan masyarakat di tingkat desa. Kalaupun muncul inisiatif dari kelompok kader TB untuk mengusulkan adanya anggaran TB melalui forum Musrenbang, seringkali upaya tersebut tidak membuahkan hasil. Berikut salah satu kesaksian kader TB di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta,

Beberapa kali kita menjadi tim di Musrenbang, baik kelurahan maupun kemandren, setiap kita memberikan usulan untuk bisa menganggarkan program edukasi tentang TB dan HIV, susah sekali... Padahal kami meyakini bahwa pemahaman masyarakat tentang isu TB dan HIV ini masih sangat kurang. Beberapa kali kita naikkan usulan program ke pusat, mesti meleset, selalu gagal. Kemarin tahun 2022 itu kita dapat jatah anggaran untuk sosialisasi HIV, itu pun harus “ngiyak-iyuk” anggaran. Bukan karena usulan kita di Musrenbang di-acc.

Dapat dikatakan bahwa pendanaan untuk jejaring kader TB masih jauh dari mencukupi, terutama untuk bisa memfasilitasi kegiatan penanggulangan TB di tingkat desa. Selama ini, Musrenbang sebagai sebuah forum musyawarah di tingkat desa, memang mengakomodasi usulan-usulan untuk pembangunan Posyandu. Namun ini bukan berarti bahwa kebutuhan kader TB yang sebagian besar merupakan kader Posyandu pun ikut diperhatikan.

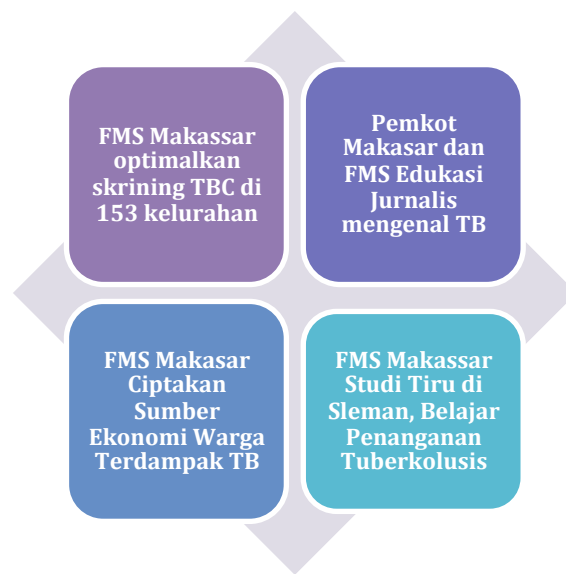
E. Praktik-praktik Baik untuk Penguatan Jejaring Kader TB

Dari seluruh paparan di atas, paling tidak ada 4 tantangan besar di dalam pelembagaan jejaring kader TB di Indonesia, yaitu kurangnya dukungan kebijakan pemerintah, lemahnya tata kelola organisasi, rendahnya kapasitas SDM, serta minimnya alokasi anggaran. Sebagaimana dibahas sebelumnya, situasi ini juga tidak terlepas dari keberadaan jejaring kader TB yang belum sepenuhnya terintegrasi ke dalam sistem layanan kesehatan pemerintah. Meskipun demikian, hasil penelitian ini mampu menemukan praktik-praktik baik yang potensial untuk memperkuat jejaring kader TB.

a. Dukungan Kebijakan Pemerintah melalui Forum Multi Sektor

Dukungan kebijakan pemerintah merupakan hal yang mutlak untuk bisa memperkuat jejaring kader TB di Indonesia. Salah satu praktik baik yang mampu mendorong dukungan kebijakan pemerintah adalah melalui inisiatif Pemerintah Kota

Makassar untuk membentuk Forum Multi Sektor (FMS) yang disahkan melalui Surat Keputusan Walikota Makassar Nomor 1572/443.24/Tahun 2021. FMS melibatkan pemerintah pusat dan daerah (termasuk dinas-dinas terkait, camat, lurah/kades), swasta, perguruan tinggi, media, organisasi profesi, serta organisasi masyarakat/keagamaan dalam rangka membangun komitmen bersama untuk penanggulangan TB. Dukungan kebijakan pemerintah daerah dan pelibatan berbagai sektor ini tidak hanya mampu meningkatkan akses pendanaan yang bersumber dari USAID, anggaran pemerintah daerah, dan melalui mekanisme CSR, tetapi juga memungkinkan terselenggaranya berbagai kegiatan penanggulangan TB seperti skrining TB, edukasi publik tentang TB, dan pemberdayaan ekonomi bagi warga terdampak TB.



Gambar 5. Kegiatan Forum Multi Sektor (FMS)

b. Penguatan Tata Kelola Jejaring Kader TB melalui Desa Siaga TB DSQTA

Untuk bisa melembagakan jejaring kader TB ke dalam sistem kesehatan masyarakat di tingkat desa, maka diperlukan penguatan tata kelola organisasinya. Pengalaman organisasi keagamaan Aisyah di Jawa Barat dalam membentuk Desa Sehat Qoriyah Toyibah Aisyah (DSQTA) bisa menjadi praktik baik untuk ini. DSQTA dibentuk di Kelurahan Sukamentri, Kecamatan Garut Kota pada tahun 2018 setelah closing program TB dengan Global Fund. Tujuannya adalah untuk menciptakan Kelompok Masyarakat Peduli (KMP) TB, dan membangun komitmen bersama untuk mewujudkan Desa Siaga TB. Itu sebabnya pengurus DSQTA juga merupakan pengurus KMP TB yang terdiri dari unsur Camat dan Puskesmas. DSQTA juga melibatkan mitra lainnya seperti apoteker, ahli gizi, Puskesmas, Dinas Kesehatan, dan Fakultas Komunikasi (Fikom) untuk pelaksanaan program-programnya.

| SUSUNAN PENGURUS KMP TB GARUT KOTA 2018 - SKRG | |
|--|--|
| ▪ Pelindung | : Camat Garut Kota |
| ▪ Penasehat | : Ketua PC Muhammadiyah Garut Kota Ketua PC Aisyiyah Garut Kota |
| ▪ Pembina | : PDA Garut BBKPM Bandung di Garut Puskesmas Siliwangi Puskesmas Guntur Puskesmas Pasundan Ketua: Dede Hidayat (PCM Garut Kota) |
| ▪ Sekretaris | : Umar Setiawan (PCM Garut Kota) |
| ▪ Bendahara | : Hj. Yati Rohayati (PCA Garut Kota) Iis Rosmiati (Persistri) |

Gambar 6. Susunan Pengurus KMP TB Garut Kota

KMP TB DSQTA Garut juga bekerjasama dengan Yahintara (Komunitas Arsitek Jawa Barat) dan mendapat dukungan penuh dari Bupati untuk membuat program Rumah Singgah bagi pasien TB RO yang rumahnya tidak layak huni. Bagan berikut ini menunjukkan kegiatan-kegiatan penanggulangan TB yang dilakukan oleh DSQTA.

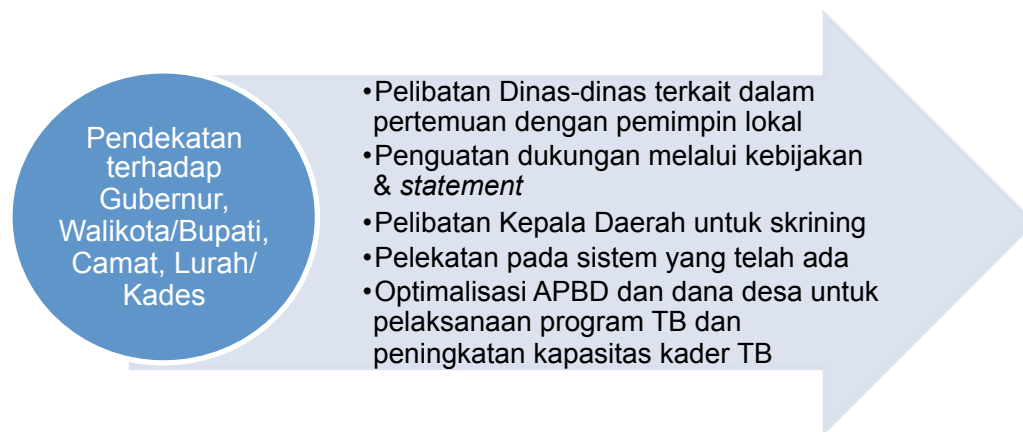


Gambar 7. Kegiatan KMP TB DSQTA Garut

c. Penganggaran Program TB dan Peningkatan Kapasitas Kader TB melalui Pelibatan Pemimpin Lokal pada Project Zero TB

Pelibatan pemimpin lokal merupakan langkah strategis yang dapat mendorong tersedianya anggaran untuk program-program TB dan peningkatan kapasitas kader TB. Praktik baik pelibatan pemimpin lokal ini dilakukan oleh Center for Tropical Medicine FKKMK UGM dengan menjalankan Project Zero TB di

Yogyakarta. Project Zero TB itu sendiri mempunyai program andalan *Optimalisasi Active Case Finding (ACF)* dengan kader sebagai mobilisator utamanya. Program ini akan lebih mudah terwujud apabila melibatkan pemimpin lokal seperti Gubernur, Bupati/Walikota, Camat, dan Lurah/Kades. Dengan kewenangan yang mereka miliki, maka Project Zero TB dapat dilekatkan pada sistem layanan kesehatan pemerintah yang telah ada. Pada saat yang sama, advokasi terhadap pemimpin lokal diharapkan dapat lebih mengoptimalkan penganggaran untuk pelaksanaan program TB dan peningkatan kapasitas kader TB.



Gambar 8. Model Pendekatan Advokasi

Terkait peningkatan kapasitas kader TB, Project Zero TB menjalankan 2 model pendekatan dalam perekrutan kader TB, yaitu dengan cara:

1. Melatih kader laki-laki sebagai mobilisator ACF. Mengingat 90 persen kader adalah perempuan, sedangkan TB lebih banyak terjadi pada laki-laki, maka tim Project TB berusaha melibatkan laki-laki melalui pertemuan warga untuk mendorong mobilisasi ke layanan ACF.
2. Mengembangkan Kader Muda (KaMu) Zero TB. Berdasarkan temuan RS Sarjito bahwa tren TB di Yogyakarta lebih banyak terjadi pada remaja, maka tim Project Zero TB bermitra dengan bagian Kesra di kelurahan untuk bisa memobilisasi remaja dalam upaya pencegahan TB di wilayah intervensi.

Beberapa praktik baik di atas memang merupakan opsi-opsi pelembagaan jejaring kader TB yang sifatnya parsial, sehingga masih perlu dilihat dalam konteks sistem layanan kesehatan di Indonesia secara lebih menyeluruh, terutama setelah dikeluarkannya kebijakan Integrasi Layanan Primer pada tahun 2023, dimana TB menjadi salah satu prioritasnya.

BAB VI

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Berdasarkan hasil penelitian, maka didapatkan beberapa kesimpulan dan juga rekomendasi terkait dengan Kader TB.

A. Konsep Kader TB dan Relawan TB

Isu: Kerancuan konseptual

Secara internasional, konsep kader TB sebagai kader kesehatan komunitas merujuk pada istilah *Community Health Worker* (CHW) yang didefinisikan sebagai “penyedia layanan kesehatan yang tinggal di komunitas yang mereka layani dan menerima pelatihan formal yang lebih rendah dibandingkan pekerja layanan kesehatan profesional seperti perawat dan dokter” (WHO, 2020). Sedangkan konsep relawan TB sebagai relawan kesehatan komunitas merujuk pada istilah *Community Health Volunteer* (CHV) yang didefinisikan sebagai “anggota masyarakat yang menerima pendidikan untuk mempromosikan atau melakukan layanan kesehatan namun bukan seorang profesional (Nkonki et al., 2017). Pendek kata, kader TB dan relawan TB dibedakan berdasarkan sifat kerelawanan dan profesionalitasnya. Faktanya, kedua konsep ini seringkali dirancukan. Temuan penelitian ini mengungkap bahwa sebagian besar kader TB adalah kader Posyandu, sedangkan relawan TB diketahui sebagai penyintas TB yang mendampingi penderita TB. Keduanya sama-sama bekerja secara sukarela dan hanya mendapatkan insentif secukupnya.

Rekomendasi: Pendefinisian konsep kader TB dan relawan TB

Meskipun Pemerintah Republik Indonesia telah mengeluarkan Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, namun di dalamnya hampir tidak ada pembahasan tentang kader TB dan relawan TB. Untuk mengantisipasi kerancuan konsep kader TB dan relawan TB di tingkat praktik, penelitian ini merekomendasikan agar Kementerian Kesehatan memprakarsai adanya kebijakan payung di tingkat nasional yang mendefinisikan dan mempertegas peran dan fungsi kader dan relawan dalam upaya eliminasi TB. Dalam hal ini, kader TB perlu merujuk pada pada konsep CHW yang menekankan pada kerja profesional, sedangkan konsep relawan TB merujuk pada konsep CHV yang menekankan pada kerja sukarela. Selain itu, perlu juga adanya kebijakan turunan yang secara khusus merancang pengelolaan kader TB dan relawan TB, termasuk di dalamnya menentukan standard kompetensi, rekrutmen dan seleksi, penempatan, orientasi pekerjaan dan pelatihan, serta pengakuan dan penghargaan.

B. Kompetensi Kader TB

Isu: Ketidaksesuaian kualifikasi kader Posyandu sebagai kader TB

Salah satu temuan penelitian yang penting adalah lebih dari 90 persen kader Posyandu yang menjadi kader TB berjenis kelamin perempuan, rata-rata berpendidikan SMA, mendapatkan pelatihan tentang pencegahan dan pengobatan TB secara terbatas, serta terlibat kegiatan eliminasi TB sekedar untuk mengisi waktu luang. Profil ini menguatkan anggapan bahwa kader TB bukan merupakan kerja profesional. Fakta di lapangan menunjukkan bahwa kurang memadainya latar belakang pendidikan dan pelatihan yang diterima kader TB mengakibatkan edukasi

publik tentang TB yang kurang maksimal. Selain itu, penderita TB yang didominasi oleh laki-laki kurang memperoleh pendekatan yang tepat dari kader TB yang sebagian besar berjenis kelamin perempuan. Pengelolaan kader TB yang bersifat sukarela dengan insentif secukupnya dapat menimbulkan persoalan kompetensi kerja kader itu sendiri, yang selanjutnya akan memengaruhi keberlangsungan program eliminasi TB.

Rekomendasi: Re-kualifikasi kader TB

Sebenarnya Pemerintah Indonesia telah memprakarsai kebijakan nasional tentang Pengintegrasian Pelayanan Kesehatan Primer yang mencakup pelayanan penyakit menular TB -sebagaimana disebutkan dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pedoman Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Pos Pelayanan Terpadu, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, serta Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. Dalam hal ini, kader TB diintegrasikan dengan kader Posyandu, dan menggunakan pendekatan siklus kehidupan untuk menangani kasus-kasus TB di tingkat desa. Meskipun masih pada tahap uji coba di beberapa daerah di Indonesia, kebijakan ini sangat potensial untuk memperkuat jejaring kader TB. Itu sebabnya, penelitian ini merekomendasikan perlunya re-kualifikasi kader TB dalam rangka mengembangkan pelayanan penyakit menular TB. Beberapa langkah yang bisa dilakukan antara lain:

- a. Menerapkan standar kompetensi kader TB berbasis komunitas yang bekerja secara profesional sebagai perpanjangan tangan Puskesmas
- b. Melakukan rekrutmen terbuka dan pelatihan khusus bagi kader TB profesional di tingkat desa/kelurahan
- c. Menggunakan pendekatan siklus kehidupan (anak, usia produktif, lansia) untuk merumuskan ulang fungsi dan peran kader TB profesional di tingkat desa/kelurahan
- d. Mengadvokasi terbentuknya sebuah forum kesehatan masyarakat di tingkat desa/kelurahan yang berfungsi melakukan pengorganisasian dan membangun kemitraan dengan dunia usaha untuk memastikan kesejahteraan kader TB
- e. Mengadvokasi tersedianya kebijakan payung di tingkat nasional (terutama Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, dan Kementerian Pembangunan Masyarakat Desa) yang mengatur tentang kader TB profesional.

C. Layanan Terpadu TB Berbasis Komunitas

Isu: Belum terlembaganya layanan terpadu TB berbasis komunitas

Temuan penelitian lainnya yang cukup krusial adalah belum terlembaganya layanan kesehatan terpadu yang secara khusus menasar pada kasus-kasus TB di tingkat komunitas -meskipun hal ini telah diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pedoman Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) berikut peraturan-peraturan turunannya. Hasil pengamatan di lapangan menunjukkan bahwa sistem rujukan berbasis komunitas yang melibatkan pemerintah, swasta dan organisasi masyarakat

dalam kegiatan pencegahan kasus TB, pengobatan pasien TB, maupun pemberdayaan penyintas TB belum bekerja maksimal. Selain itu, keterlibatan kepala desa/lurah, camat, dan bupati/walikota juga masih minim, terutama di dalam memastikan adanya kebijakan pendukung, mekanisme kerja, dan pendanaan bagi terselenggaranya layanan terpadu TB di wilayahnya masing-masing.

Rekomendasi: Penguatan fungsi Posyandu sebagai rujukan pertama penanganan TB

Kunci utama untuk dapat melembagakan layanan terpadu TB di tingkat desa adalah dengan menguatkan fungsi Posyandu sebagai Pos TB sekaligus rujukan pertama dalam penanganan TB di tingkat desa. Ini berarti bahwa keberadaan Posyandu tidak cukup hanya melaksanakan tugas-tugas ke-Posyandu-an seperti biasanya, namun juga ikut mengelola jejaring kader TB berbasis komunitas, terutama di dalam melakukan penemuan kasus TB dan pendampingan pasien TB berbasis keluarga. Dalam rangka penguatan Posyandu/Pos TB secara kelembagaan, penelitian ini merekomendasikan beberapa strategi, antara lain:

- a. Mengadvokasi kebijakan di tingkat daerah (provinsi, kabupaten/kota, desa) yang mengatur tentang pengelolaan layanan terpadu TB berbasis komunitas sebagai turunan dari kebijakan nasional tentang Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (Kementerian Kesehatan) dan Standard Pelayanan Minimal (Kementerian Dalam Negeri)
- b. Membangun kemitraan antara pemerintah, swasta, dan organisasi masyarakat yang saling terhubung mulai dari tingkat provinsi hingga desa/kelurahan untuk mendukung terlaksananya layanan terpadu TB berbasis komunitas
- c. Memperkuat peran pemimpin lokal (kades/lurah, camat, bupati/walikota, gubernur) sebagai TB champion dalam upaya penguatan jejaring kader TB dan pemanfaatan relawan TB
- d. Memperkuat peran organisasi masyarakat dalam mengadvokasi penganggaran dan penyediaan sarana-prasarana layanan TB di tingkat desa (termasuk rumah singgah dan modal usaha bagi penyintas TB)

D. Koordinasi Nakes TB Puskesmas dan Kader TB/Posyandu

Isu: Kurangnya koordinasi dalam sistem surveilans desa

Nakes TB di Puskesmas dan kader TB/Posyandu merupakan aktor kunci dalam sistem surveilans TB di tingkat desa untuk memastikan keberhasilan penemuan kasus, pengobatan pasien, pencatatan dan pelaporan, serta evaluasi kegiatan dan rencana tindak lanjutnya. Pada praktiknya, sistem surveilans ini belum bisa berjalan secara optimal karena tidak adanya garis koordinasi yang jelas antara nakes TB Puskesmas dan kader TB/Posyandu. Temuan penelitian menunjukkan bahwa koordinasi antara kader TB/Posyandu dengan nakes TB Puskesmas hanya bersifat informatif terkait penemuan kasus, pengobatan pasien, dan pencatatan/pelaporan. Pada saat yang sama, kader TB/Posyandu bekerja di bawah komando Koordinator Kader TB STPI-Penabulu, dan mendapatkan insentif atas hasil kerjanya. Fakta ini mengesankan garis koordinasi yang tidak jelas di antara dua sistem pelayanan kesehatan yang berbasis Puskesmas dan yang berbasis komunitas (STPI-Penabulu).

Rekomendasi: Memperjelas garis koordinasi dalam sistem surveilans desa

Mengatasi ketidakjelasan garis koordinasi antara nakes TB Puskesmas dan kader TB/Posyandu, penelitian ini merekomendasikan perbaikan dalam sistem surveilans desa, terutama dengan memberikan mandat koordinasi antara nakes TB Puskesmas dan kader TB/Posyandu agar pembagian peran keduanya dalam sistem surveilans desa dapat saling disinergikan. Adapun pembagian peran yang perlu disinergikan adalah:

- a. Nakes TB Puskesmas berperan menyediakan data indeks kasus, menerima laporan kasus, mendampingi proses pengobatan pasien, serta melakukan edukasi medis.
- b. Kader TB/Posyandu berperan menemukan kasus baru, mencatat dan melaporkannya ke Puskesmas, membantu nakes Puskesmas mendampingi pengobatan pasien, serta melakukan edukasi keluarga.

E. Pendanaan Progam Eliminasi TB

Isu: Ketiadaan alokasi anggaran bagi kegiatan eliminasi TB di tingkat desa

Pendanaan merupakan persoalan krusial dalam pelaksanaan program eliminasi TB, termasuk kesejahteraan kader TB. Temuan penelitian mencatat bahwa sejauh ini pendanaan program eliminasi TB berasal dari APBN dan APBD, serta bantuan donor asing seperti Global Fund dan USAID. Meskipun demikian, pendanaan oleh APBN dan APBD hanya bisa menutup pembiayaan kegiatan-kegiatan eliminasi TB yang sifatnya krusial, seperti surveilans, obat, dan vaksin. Sementara itu, pembiayaan kegiatan-kegiatan lainnya seperti advokasi, logistik, dan insentif kader TB ditutup oleh Global Fund dan USAID, serta sejumlah organisasi masyarakat/keagamaan seperti Aisyah dan LSM lokal. Kemampuan APBN dan APBD yang terbatas ini mengakibatkan tidak adanya prioritas anggaran bagi pembiayaan kegiatan-kegiatan eliminasi TB di tingkat desa.

Rekomendasi: Advokasi alokasi APB Desa bagi upaya eliminasi TB

Mengingat desa merupakan basis utama eliminasi TB, maka aspek pendanaan perlu lebih diperhatikan agar dapat memfasilitasi berbagai kegiatan eliminasi TB mulai dari pencegahan kasus TB, pengobatan pasien TB, hingga pemberdayaan penyintas TB -tak terkecuali pembiayaan bagi kesejahteraan kader TB/Posyandu. Untuk itu penelitian ini merekomendasikan perlunya penguatan APB Desa untuk mendukung upaya eliminasi TB di tingkat desa. Beberapa strategi yang dapat dilakukan antara lain:

- a. Memperkuat fungsi Musrenbang dalam rangka penyediaan alokasi APB Desa bagi upaya-upaya eliminasi TB, termasuk mengembangkan kemitraan dengan pihak swasta dan memastikan kesejahteraan kader TB/Posyandu
- b. Mendampingi penyusunan Rencana Tindak Lanjut (RTL) eliminasi TB di tingkat desa/kelurahan
- c. Melakukan uji coba pendekatan Pengintegrasian Pelayanan Kesehatan Primer sebagai alternatif mekanisme pendanaan eliminasi TB berkelanjutan
- d. Mengadvokasi kebijakan di tingkat lokal tentang Dana Desa untuk mendukung kegiatan eliminasi TB secara komprehensif (seperti Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE), peningkatan kapasitas kader dan relawan, dll).

BAB VII

REKOMENDASI : PELEKATAN JEJARING KADER TB PADA ILP DAN FUNGSI Penguatan Kader TB

A. Peluang Penerapan ILP bagi Percepatan Eliminasi TB

Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) merupakan konsep terbaru yang diperkenalkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2023 yang lalu. Adapun tujuan ILP adalah:

1. Menggunakan pendekatan siklus hidup sebagai fokus integrasi pelayanan kesehatan sekaligus sebagai fokus penguatan promosi dan pencegahan
2. Mendekatkan layanan kesehatan melalui jejaring hingga tingkat desa dan dusun, termasuk untuk memperkuat promosi dan pencegahan serta resiliensi terhadap pandemi
3. Memperkuat Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) melalui digitalisasi dan pemantauan dengan dashboard situasi kesehatan per desa, serta kunjungan keluarga

TB sendiri menjadi salah satu prioritas penanganan dalam ILP, yaitu terkait pengendalian penyakit menular yang pelayanannya ada hampir di semua siklus hidup mulai dari bayi dan balita, anak-anak, remaja, usia produktif, hingga lansia. Secara teknis, layanan TB diselenggarakan di Pos TB yang menjadi salah satu bagian dari Posyandu yang berada di tingkat dusun/RT/RW.

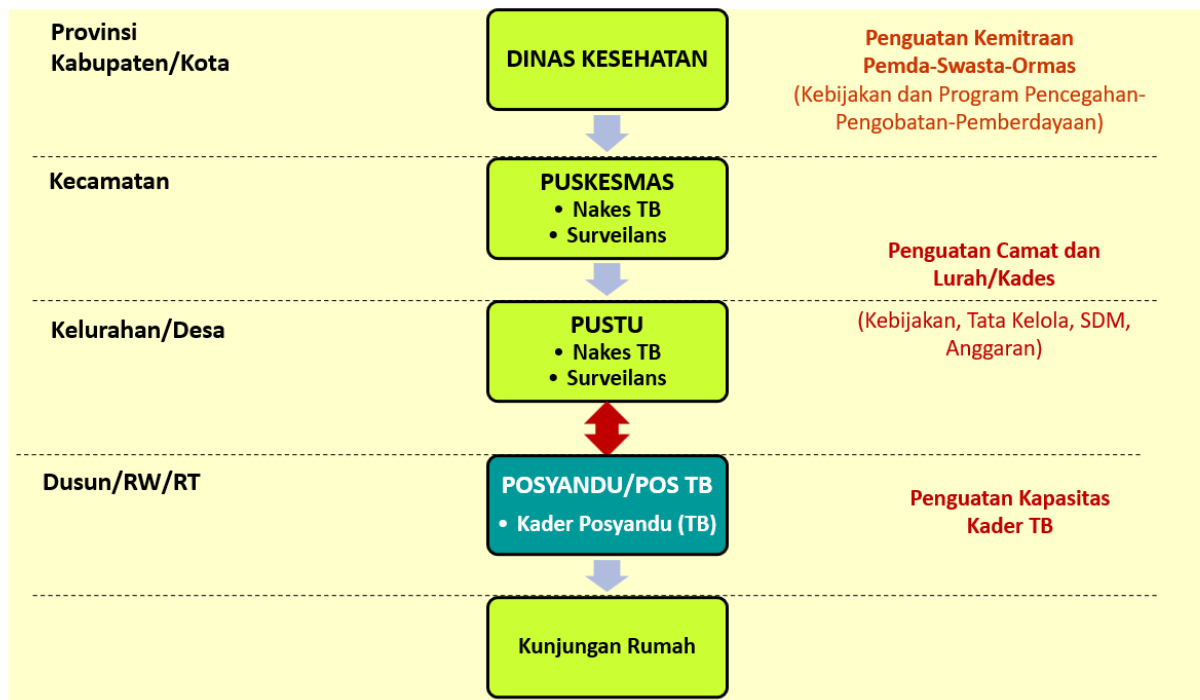
Dalam konteks percepatan eliminasi TB, ILP sebagai sistem layanan kesehatan masyarakat menawarkan alternatif pendekatan yang cukup menjanjikan, terutama untuk pelembagaan jejaring kader TB yang telah ada. Pada tahap tertentu, penerapan ILP akan bisa menjawab beberapa isu kritis yang ditemukan dalam penelitian ini, seperti keterputusan sistem layanan kesehatan masyarakat di tingkat desa, kurangnya dukungan kebijakan pemerintah, lemahnya tata kelola organisasi, rendahnya kapasitas SDM, serta minimnya alokasi anggaran.

Pendek kata, dengan dimasukkannya TB sebagai komponen penting dalam ILP, maka penerapan ILP menjadi sebuah peluang untuk bisa melembagakan jejaring kader TB sebagai ujung tombak dalam upaya percepatan eliminasi TB di Indonesia. Berkaitan dengan itu, tim peneliti merekomendasikan dua hal penting, yaitu 1) pelekatan jejaring kader TB pada ILP, dan 2) penguatan fungsi jejaring kader TB.

B. Pelekatan Jejaring Kader TB pada ILP

Hasil penelitian ini mencatat bahwa terdapat semacam dualisme antara sistem layanan kesehatan pemerintah yang berpusat di Puskesmas dengan sistem layanan kesehatan masyarakat yang berpusat di desa, sehingga berdampak pada terputusnya koordinasi antara nakes TB dan surveilans di Puskesmas dengan kader TB di komunitas. Untuk mengatasi kesenjangan ini, maka strategi yang pertama-

tama harus dilakukan adalah melekatkan sistem layanan TB yang selama ini ada ke dalam sistem ILP. Pelekatan sistem ini penting karena akan memberikan ruang bagi pelembagaan jejaring kader TB yang berbasis pada Posyandu/Pos TB. Selain itu, kader TB juga akan memiliki legitimasi secara formal untuk melaksanakan perannya, baik dalam hal kunjungan rumah pasien TB maupun koordinasi dengan Puskesmas.



C. Penguatan Fungsi Jejaring Kader TB

Pelekatan sistem layanan TB ke dalam sistem ILP saja belum cukup. Hasil penelitian ini juga mencatat bahwa ada banyak persoalan di dalam mengembangkan jejaring kader TB, mulai dari dukungan kebijakan pemerintah, tata kelola organisasi, pendanaan, dan kapasitas kader TB itu sendiri. Oleh karena itu, keberadaan jejaring kader TB dalam sistem ILP perlu lebih diperkuat. Demikian halnya dengan fungsi dari kader TB mungkin perlu didefinisikan ulang dalam kerangka kerja ILP. Dalam hal ini, ada 3 model penguatan fungsi jejaring kader TB yang dapat direkomendasikan oleh tim peneliti, yaitu 1) penguatan kemitraan Pemda, Swasta dan Ormas di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, 2) penguatan Camat dan Lurah/Kades di tingkat kecamatan dan kelurahan/desa, serta 3) penguatan kapasitas kader TB di Posyandu/Pos TB.

Penguatan Kemitraan Pemda-Swasta-Ormas di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota

Meskipun kader TB menjadi ujung tombak dalam upaya percepatan eliminasi TB di tingkat kelurahan/desa, penguatan jejaring kader TB perlu dilakukan sejak di tingkat provinsi dan kabupaten/kota dimana kebijakan-kebijakan strategis dihasilkan di sana. Dalam hal ini Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota merupakan

sektor utama yang bertanggung jawab menjalankan fungsi koordinasi lintas sektoral dalam upaya percepatan eliminasi TB. Agar fungsi koordinasi lintas sektoral dapat maksimal, Dinas Kesehatan perlu membangun forum kemitraan yang beranggotakan perwakilan, tidak hanya antardinas terkait, tetapi juga pihak swasta dan ormas. Forum kemitraan ini krusial untuk memastikan adanya kebijakan payung, pembagian peran, dan alokasi anggaran dalam kegiatan pencegahan kasus TB, pengobatan pasien TB, dan pemberdayaan penyintas TB. Selain itu, forum kemitraan ini juga mempunyai peranan penting dalam pelaksanaan, pengawasan dan evaluasi program TB.

Penguatan Camat dan Lurah/Kades di tingkat Kecamatan dan Kelurahan/Desa

Pada dasarnya, Camat dan Lurah/Kades merupakan titik fokus kontak dalam upaya percepatan eliminasi TB di tingkat kecamatan dan kelurahan/desa. Namun selama ini, Camat dan Lurah/Kades kurang mengambil peranan dalam sistem layanan kesehatan masyarakat, sehingga fungsinya perlu diperkuat agar sistem layanan kesehatan yang ada bekerja lebih optimal. Pada konteks penguatan jejaring kader TB, Camat dan Lurah/Kades bertanggung jawab untuk memastikan adanya kebijakan, program, dan anggaran yang mendukung upaya penanggulangan TB di wilayahnya, tak terkecuali terkait pengembangan kapasitas, perlindungan dan kesejahteraan kader TB di Posyandu/Pos TB. Hal ini bisa dilakukan melalui forum Musrenbang ataupun forum-forum dialog lainnya yang melibatkan kader TB di Posyandu/Pos TB sebagai aktor kunci, serta aparat desa, penyedia layanan TB lainnya, dan mitra lokal yang bekerja pada isu TB di wilayah yang sama. Camat dan Lurah/Kades juga bertanggung jawab untuk menciptakan berbagai inovasi kebijakan dan program untuk memperkuat jejaring kader TB di wilayahnya.

Penguatan Kapasitas Kader TB di Posyandu/Pos TB

Sebagai aktor kunci dalam kegiatan penanggulangan TB di tingkat komunitas, kader TB di Posyandu/Pos TB harus memiliki kapasitas yang memadai, baik dari segi latar belakang pendidikan, bekal pelatihan dan ketrampilan, serta kesesuaian keahlian dengan ketugasannya. Namun perlu dicatat bahwa dengan adanya transformasi layanan kesehatan ke sistem ILP yang menggunakan pendekatan siklus hidup, maka kebutuhan kader TB perlu dirumuskan ulang terlebih dahulu sebelum menentukan seperti apa standard kompetensi kader TB yang diharapkan. Penentuan kompetensi ini juga perlu mempertimbangkan adanya pembagian peran yang seimbang, baik antarkader Posyandu/Pos TB itu sendiri, maupun dalam konteks koordinasi dengan nakes TB dan surveilans di Puskesmas. Demikian pula dalam hal penentuan apakah seorang kader TB sebaiknya bersifat sukarela, paraprofesional atau profesional, itu sangat tergantung pada kebutuhan dan kemampuan masing-masing wilayah. Selain itu, pendekatan siklus hidup mau tidak mau mensyaratkan adanya diversifikasi kader TB berdasarkan karakteristik kelompok sasaran (kelompok sebaya, TB SO atau RO, dll).

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2023. Laporan Program Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2022. Jakarta: Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Andrea DeLuca, Lana Syed and Tauhid Islam. 2023. Guidance on engagement of communities and civil society to end tuberculosis. World Health Organization
- World Health Organization 2013. Engage-TB: integrating community-based tuberculosis activities into the work of nongovernmental and other civil society organizations: implementation manual. Switzerland: World Health Organization website (www.who.int).
- World Health Organization 2018. Community Engagement in Tuberculosis. www.who.int/tb/areas-of-work/community-engagement/en/
- Saprii et al. 2015. Community health workers in rural India: analysing the opportunities and challenges Accredited Social Health Activists (ASHAs) face in realising their multiple roles. Human Resources for Health (2015) 13:95 DOI 10.1186/s12960-015-0094-3.
- j. shanthosh, a. durbach. 2021. Charting the Rights of Community Health Workers in India. Health and Human Rights Journal 225 VOLUME 23 NUMBER 2.
- Apriani, L., Alisjahbana, B., Ruslami, R., McAllister, S., Sharples, K., Hill, P., & Menzies, D. (2019a). Pejuang TB yang terabaikan: apa yang bisa dilakukan untuk mereka? (Policy Brief) (No. 1; Oktober 2019).
- Fitriangga, A., Siswani, Nasip, M., Riono, P., & Simon, S. (2019). Pelibatan Mantan Orang dengan TBC dalam Penemuan Terduga Kasus TBC (No. 1; Oktober).
- Becker. 2020. Remuneration systems of community health workers in India and promoted maternal health outcomes : a cross-sectional study. Health Services Research <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4883-6>
- Yin, R. K. (2009). Case Study Research Design and Methods (4th ed. Vo). Sage Publication
- (Brinkmann, S. 2014. The Oxford Handbook of Qualitative Research. New York: Oxford University Press 198 Madison Avenue, New York, NY 10016
- <http://www.fao.org/docrep/008/y5793e/y5793e07.htm>