

KESIAPAN INTEGRASI LAYANAN TB-HIV PUSKESMAS DI KABUPATEN KULON PROGO

READINESS FOR INTEGRATION OF TB-HIV SERVICES IN KULON PROGO DISTRICT

Titi Supriati^{1*}, Yodi Mahendrahata², Ari Natalia Probandari³

¹Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat

²Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan

³Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat

^{1,2}Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

³Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret

ABSTRACT

Background: Indonesia is one of the countries with a high burden of TB and HIV. In response, countries adopted collaborative TB-HIV guidelines which recommending integrated services including diagnostic screening and care for TB-HIV patients. In Kulon Progo, only half of the target achieved for HIV testing on TB patients and efforts to improve services under the existing health system resources. Therefore, it is very important to understand its capacity to provide integrated TB-HIV services.

Objective: This study aimed to assess the readiness for integration of TB-HIV services at the Puskesmas for the health system in Kulon Progo District.

Methods: The research used mixed methods explanatory sequential design. The unit of analysis was the Puskesmas. Cross-sectional observations using a modified SARA questionnaire followed by in-depth interviews explored the barriers and opportunities for integration of TB-HIV services at the Puskesmas were conducted.

Results: Overall from 21 Puskesmas, 93.3% (95% CI; 92.7%-93.9) Puskesmas had readiness to provide basic health services, 63.8% (95% CI, 60.7–66.8) Puskesmas had TB service readiness, 80.9% (95% CI: 73.6–88.2) Puskesmas had readiness for HIV testing counseling services, only 1 Puskesmas (4.7%) had good readiness for both services. Based on the domain assessment, only 40.4% of Puskesmas have trained staff in TB diagnosis and treatment and 61.9% of Puskesmas have trained personnel and guidance on HIV testing counseling. Leadership involvement had a positive effect on strengthening integration readiness, while negative responses from access to knowledge and training weaken service integration readiness.

Conclusion: Puskesmas had good readiness for general services and HIV counseling services. However, readiness for TB services was suboptimal, only one Puskesmas had readiness in the good category for both services. Leadership involvement coordinates the two services and directs management support to strengthen integration readiness. Trained staff and the availability of TB-HIV guidelines must be met to support the integration of TB-HIV services.

Keywords: Readiness, Integration, TB, HIV

ABSTRAK

Latar Belakang: Indonesia menjadi salah satu negara dengan beban TB dan HIV tinggi. Sebagai respon, negara mengadopsi pedoman kolaborasi TB-HIV yang merekomendasikan layanan terintegrasi termasuk skrining diagnostik dan perawatan untuk pasien TB-HIV. Di Kulon Progo hanya setengah dari target dilakukan tes HIV pada pasien TB dan berupaya meningkatkan layanan di bawah sumber daya sistem kesehatan yang ada. Oleh karena itu, sangat penting memahami kapasitasnya memberikan layanan TB-HIV secara terpadu.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan menilai kesiapan integrasi layanan TB-HIV di Puskesmas untuk sistem kesehatan di Kabupaten Kulon Progo.

Metode: Metode penelitian menggunakan *mixed methods explanatory sequential design*. Unit analisis adalah Puskesmas. Observasi *cross-sectional* menggunakan kuesioner modifikasi SARA dilanjutkan wawancara mendalam mengeksplorasi hambatan dan peluang integrasi layanan TB-HIV di Puskesmas.

Hasil: Secara keseluruhan dari 21 Puskesmas, 93,3% (CI 95%; 92,7%-93,9) Puskesmas memiliki kesiapan memberikan layanan kesehatan dasar, 63,8% (CI 95%, 60,7–66,8) Puskesmas memiliki kesiapan layanan TB, 80,9% (95% CI: 73,6–88,2) Puskesmas memiliki kesiapan layanan konseling tes HIV, hanya 1 Puskesmas (4,7%) memiliki kesiapan baik untuk kedua layanan. Berdasarkan penilaian domain, hanya 40,4% Puskesmas memiliki petugas terlatih diagnosis dan pengobatan TB dan 61,9% Puskesmas memiliki petugas terlatih dan pedoman konseling tes HIV. Keterlibatan pimpinan mempunyai pengaruh positif menguatkan kesiapan integrasi sebaliknya respons negatif dari akses pengetahuan dan pelatihan melemahkan kesiapan integrasi layanan.

Kesimpulan: Puskesmas memiliki kesiapan baik untuk layanan umum dan layanan konseling HIV, namun kesiapan layanan TB suboptimal, hanya satu Puskesmas memiliki kesiapan kategori baik untuk kedua layanan. Keterlibatan pimpinan mengoordinasikan kedua layanan dan mengarahkan dukungan manajemen menguatkan kesiapan integrasi. Petugas terlatih dan ketersediaan pedoman TB-HIV harus dipenuhi untuk mendukung integrasi layanan TB-HIV.

Kata Kunci: Kesiapan, Integrasi, TB, HIV

*Penulis Korespondensi. Email: titi.supriati@gmail.com

PENDAHULUAN

TB masih menjadi salah satu dari sepuluh penyebab kematian tertinggi di dunia. Pada tahun 2015, terdapat 10,4 juta insiden kasus TB di seluruh dunia. Melalui 'end TB Strategy' menetapkan target ambisius pengurangan 90% dan 80% dalam kematian dan kejadian TB pada tahun 2030.¹ Indonesia berada di urutan ketiga dunia dengan beban TB, kematian TB diperkirakan 1,3 juta pada tahun 2018 dan 251.000 kematian terkait dengan HIV². Di Indonesia, Kasus HIV pada tahun 2017 sebanyak 301.959 jiwa (47% dari estimasi ODHA dengan TB). Angka kematian akibat kasus TB-HIV sebesar 13 kasus per 261.000 penduduk. WHO merekomendasikan skrining dua arah TB dan HIV, telah diimplementasikan di berbagai tingkat layanan kesehatan dan dilaporkan memberikan hasil HIV yang tinggi di antara pasien TB. Pendekatan ini tidak hanya mengurangi insiden dan penyebab TB tetapi juga memperlambat komplikasi HIV.² Kementerian kesehatan mengembangkan pedoman nasional untuk kolaborasi TB-HIV. Rencana strategis HIV berupaya melatih penyedia layanan kesehatan, memilih lokasi untuk implementasi, memperkuat mekanisme rujukan, hubungan dan meningkatnya layanan TB-HIV.³ Namun, program TB tidak semua merealisasikan dengan jelas tentang bagaimana menerapkan skrining/diagnosis TB-HIV dua arah. Kerangka kerja kolaborasi untuk perawatan dan pengendalian TB dan HIV memberikan pedoman untuk membangun mekanisme kolaborasi termasuk koordinasi bersama, pengawasan dan skrining dua arah.

Meskipun banyak kemajuan pemberian layanan dalam perawatan TB dan HIV, layanan kesehatan tidak selalu bekerja secara terpadu, bahkan mungkin gagal dalam menyediakan skrining untuk koinfeksi TB HIV. Berdasarkan data layanan TB di Puskesmas, capaian pasien TB di layanan 54% dari target, sedangkan skrining tes HIV di antara pasien TB 52% dari target 100%. Hal ini menunjukkan Puskesmas melaksanakan kegiatan kolaborasi TB-HIV masih rendah termasuk belum dilaksanakan layanan TB-HIV terintegrasi termasuk tes dan konseling pada semua orang dengan TB, IPT untuk orang yang hidup dengan HIV dengan skrining negatif TB maupun strategi lain untuk mendukung orang dalam perawatan dan tetap dalam pengobatan dengan manajemen terintegrasi. Selain itu sistem yang ditetapkan untuk rujukan pasien dan mekanisme umpan balik belum berjalan optimal dalam sistem kesehatan. Tercatat dari 53 pasien HIV, 15 diantaranya ditemukan dan dirawat di luar Kulon Progo, menunjukkan sistem kesehatan belum berpihak untuk pasien HIV.

Ada informasi terbatas tentang kapasitas fasilitas kesehatan mengintegrasikan layanan TB dan HIV di

Kulon progo. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa fasilitas kesehatan tidak cukup siap untuk mengelola pasien HIV, lebih buruk lagi kapasitas dan kesiapan beberapa fasilitas TB yang tersedia untuk mengelola HIV belum direalisasikan. Tujuan penelitian ini adalah untuk menilai kesiapan integrasi layanan TB-HIV di Puskesmas Kabupaten Kulon Progo serta mengeksplorasi hambatan dan peluang pelaksanaannya.

METODE

Penelitian telah dilakukan tanggal 10 Februari sampai dengan 29 April 2020 di 21 Puskesmas Kabupaten Kulon Progo, Daerah Istimewa Yogyakarta. Berdasarkan derajat kesehatan, 54% penemuan TB dan 59% mendapat pelayanan TB kesehatan sesuai standar serta 52% pasien TB yang telah dilakukan tes HIV, sekitar 43,6% pelayanan kesehatan orang dengan risiko HIV.

Penelitian ini merupakan penelitian *mixed methods explanatory sequential design* merupakan pendekatan penelitian dengan mengumpulkan dan menganalisis data kuantitatif diikuti data kualitatif untuk membangun pemahaman yang lebih lengkap tentang fenomena.⁴ Kombinasi metode kuantitatif dan kualitatif saling melengkapi dan menghasilkan gambaran lengkap tentang masalah penelitian. Dalam penelitian ini, data kuantitatif membantu mengidentifikasi ketersediaan dan kesiapan layanan umum, kesiapan layanan TB dan kesiapan layanan konseling tes HIV dan memilih informan untuk fase kedua dengan *purposive sampling*. Pendekatan studi kasus kualitatif digunakan untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi kesiapan layanan dan menjadi prediktor penting bagi integrasi layanan TB-HIV.

Data kuantitatif dikumpulkan dengan cara melakukan wawancara terstruktur kepada *programmer* TB dan konselor HIV yang terlibat dalam pemberian layanan TB dan konseling tes HIV menggunakan instrumen penelitian survey ketersediaan dan kesiapan integrasi layanan TB-HIV diadopsi dari kuesioner *Service Availability and Readiness Assessment* (SARA) yang direkomendasikan WHO.⁵ Kuesioner SARA mencakup kesiapan layanan umum terdiri dari lima domain yaitu fasilitas dasar, peralatan dasar, pencegahan infeksi, kapasitas diagnostik dan obat-obatan esensial, sedangkan kesiapan layanan spesifik terdiri dari tiga domain yaitu staf dan pedoman, kapasitas diagnostik dan obat-obatan/komoditas. Kuesioner ini telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia sebelum digunakan pada saat penelitian dan melibatkan dua dokter puskesmas untuk menilai kesesuaian dengan layanan di Puskesmas. Kuesioner dilakukan uji coba di Puskesmas Wates dengan dok-

ter sebagai informan. Kuesioner kesiapan layanan ini mencakup pertanyaan tertutup yang membutuhkan jawaban dari informan Puskesmas misalnya tersedia atau tidak tersedia, berfungsi atau tidak berfungsi. Pertanyaan kuesioner sudah dikelompokkan sesuai layanan yang dinilai. Penilaian menggunakan jumlah skor indikator setiap domain dalam persentase. Beberapa Puskesmas melibatkan analis laboratorium dan asisten apoteker untuk menjawab pertanyaan. Kuesioner yang telah terisi kemudian diperiksa kelengkapan dan melakukan konfirmasi.

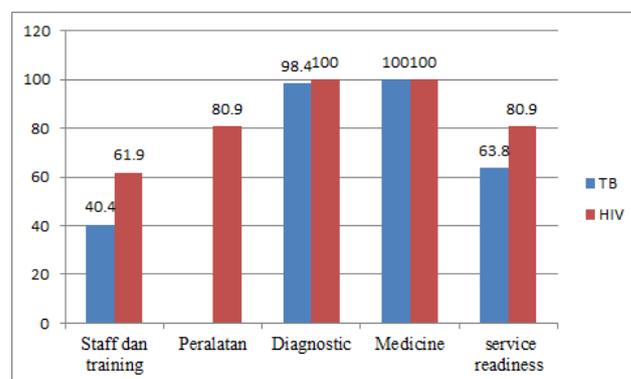
Rancangan studi kasus digunakan untuk mengumpulkan dan menganalisis data pada fase kedua. Pemilihan kasus dilakukan melalui pengelompokan berdasarkan jumlah skor, kelompok pertama Puskesmas memiliki kesiapan kedua layanan kategori baik, kelompok kedua Puskesmas memiliki kedua layanan suboptimal dan kelompok ketiga Puskesmas memiliki konseling tes HIV baik. Selanjutnya Puskesmas memiliki skor yang hampir sama sehingga kami menentukan secara subjektif memilih *programmer* TB dari kelompok Puskesmas kedua layanan sub optimal kami anggap mampu memberikan penjelasan secara baik, begitu pula dengan layanan konseling tes HIV. Ketiga Kepala Puskesmas memberikan izin dan bersedia berpartisipasi. Meskipun ada satu Kepala Puskesmas yang kesulitan melakukan janji temu sehingga kami mewawancarai dokter koordinator layanan. Selanjutnya dilakukan pengumpulan data kualitatif bertujuan mengeksplorasi faktor-faktor yang mempengaruhi kesiapan dan hambatan serta peluang integrasi layanan TB-HIV di Puskesmas. Data dikumpulkan dari berbagai sumber yang menghasilkan ke dalam dari masing-masing deskripsi kasus. Wawancara mendalam 11 responden dilakukan di dalam ruangan yang bebas dari gangguan dan kebisingan. Wawancara direkam menggunakan alat perekam berlangsung sekitar 30-45 menit. Wawancara mendalam dilakukan *programmer* TB-HIV Dinas Kesehatan, Kepala seksi Pengendalian Penyakit Menular dan Kepala Bidang Pengendalian Penyakit sebagai informan kunci. Sebelum wawancara disampaikan penjelasan penelitian, jaminan kerahasiaan dan izin menggunakan perekam. Persetujuan tertulis diperoleh dari orang yang diwawancarai.

HASIL

Kesiapan Layanan

Data menunjukkan bahwa secara keseluruhan, 93,3% (CI 95% 92,7%-93,9) Puskesmas memiliki kesiapan memberikan layanan kesehatan dasar, 63,8% (CI 95% 60,7-66,8) Puskesmas memiliki kesiapan layanan TB dari domain ketersediaan obat-obatan

memiliki skor tertinggi (100%) sedangkan ketersediaan petugas dan pedoman memiliki skor terendah (40,4%). Kesiapan layanan konseling dan tes HIV secara keseluruhan dengan bobot skor yang sama, ketersediaan petugas dan pedoman 61,9% menjadi komponen terlemah dan ketersediaan diagnostik dan obat-obatan menjadi komponen tertinggi, maka keseluruhan kesiapan dari empat domain yaitu 80,9% (95% CI 73,6-88,2).



Gambar 1. Kesiapan layanan TB dan HIV di Puskesmas

Pada fase kualitatif, kami melakukan wawancara mendalam mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kesiapan Puskesmas terhadap layanan terintegrasi. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin 62,5% perempuan dan 37,5% laki-laki. Berdasarkan pendidikan 50% lulusan S1, 37,5% lulusan D3 dan 12,5% lulusan S2, dari pendidikan yang memadai untuk memberikan keterangan sesuai peran mereka dalam pemberian layanan.

Faktor-Faktor Mempengaruhi Kesiapan Integrasi Layanan

Berdasarkan pemilihan kasus, Puskesmas yang dipilih: 1) Puskesmas Wates yang memiliki kesiapan layanan TB dan kesiapan layanan konseling HIV kategori baik, 2) Puskesmas Kalibawang memiliki kesiapan layanan HIV baik, 3) Puskesmas Pengasih 2 memiliki layanan TB dan layanan konseling HIV sub optimal. Pernyataan yang mendukung dinilai sebagai respons positif, dan jawaban yang menghambat sebagai respons negatif.

Keterlibatan kepemimpinan

Respons Puskesmas Wates terhadap penemuan TB tinggi dan prevalensi HIV semakin meningkat mengembangkan layanan TB-HIV terpadu. Pimpinan memberikan dukungan anggaran untuk menata ulang ruangan layanan TB dan HIV melalui masing-masing program serta melakukan kerjasama dengan kelompok sebaya dan akademisi untuk mencipt-

takan kebutuhan layanan "ada perencanaan sarana dan prasarana untuk masing-masing pendukung layanan dan kegiatan dan alokasi anggaran untuk meningkatkan kapasitas petugas TB dan HIV dalam seminar dan pelatihan".

Berbeda dengan Puskesmas Kalibawang, pimpinan menyoroti kebutuhan pemisahan area infeksi, sebagai kebutuhan pengendalian infeksi dan penganggaran dalam perencanaan kegiatan layanan TB, sedangkan jumlah pasien HIV sedikit membutuhkan

perencanaan lebih lanjut, "Kalo dari pimpinan, layanan HIV harus membutuhkan perencanaan? Soalnya pasiennya ga begitu banyak, selama ini kan hanya rujukan ke sardjito." Sedangkan Puskesmas Pengasih 2 menunjuk perawat untuk mengelola layanan TB sekaligus menjadi konselor HIV untuk mengkoordinasikan layanan TB dan HIV. Pimpinan mengakui memberikan dukungan layanan meskipun dukungan pimpinan belum dapat meningkatkan pelayanan TB sesuai standar.

Tabel 1. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesiapan layanan Puskesmas

Faktor	PKM Wates		PKM Kalibawang		PKM Pengasih 2	
	+	-	+	-	+	-
Keterlibatan kepemimpinan						
1. Komitmen pimpinan	++		+		+	-
2. Dukungan manajemen	++		+	-	+	-
3. Koordinasi	++		+	-	+	-
Ketersediaan sumber daya						
1. Petugas terlatih	++		+	-	+	-
2. Ruang konsultasi dengan privasi	++		+	-		-
Akses pengetahuan dan informasi						
1. Studi dokumentasi	+	-	+	-	+	-
2. Pelatihan		-		-		-

Keterangan:
 ++: sangat kuat +: kuat -: lemah --: sangat lemah

Ketersediaan Sumber Daya

Hasil observasi Puskesmas Wates bahwa layanan TB dan layanan konseling tes HIV tergabung dalam layanan IMS terletak berdekatan menempatkan area infeksi terpisah dari pelayanan umum dan memperhatikan standar pengendalian dan pencegahan infeksi. Sedangkan Puskesmas Kalibawang menyoroti kasus TB meningkat melatarbelakangi pemisahan Layanan TB dari layanan pasien umum, merancang memenuhi standar pengendalian dan pencegahan infeksi, namun keterbatasan ruang menempatkan layanan konsultasi HIV menggunakan ruang bersama secara bergantian. Seperti pernyataan dokter maupun programmer:

"ada ruangan mutu untuk konseling bersama tapi ketika sedang digunakan konseling gizi tidak bisa langsung harus menunggu"

Berbeda dengan Puskesmas Pengasih 2, Kepala Puskesmas menyediakan ruang layanan TB terpisah dari layanan umum sebagai dukungan layanan TB, memenuhi kaidah pencegahan infeksi namun tidak memenuhi privasi sebagai ruang konseling.

Kami menemukan ketiga Puskesmas mempunyai ketersediaan petugas terlatih TB maupun HIV, menyebabkan petugas menjadwalkan layanan TB satu kali dalam satu minggu, hari yang lain melakukan kontak tracing dan pelaporan, seperti pernyataan petugas:

"Petugas terlatih program baru 1 orang untuk TB dan 1 orang untuk HIV, Hal ini menjadi kendala manakala petugas tersebut berhalangan atau mendapat tugas yang lain terkait kompetensinya"

Akses Pengetahuan dan Informasi

Puskesmas wates memiliki dokter terlatih manajemen koinfeksi TB-HIV meskipun sudah lebih dari 2 tahun, sebagai konselor HIV dan ditunjuk menjadi koordinator layanan TB-HIV di Puskesmas. Petugas mengakui bahwa Puskesmas Wates mendapat kesempatan mengikuti pelatihan HIV secara berkelanjutan, diilustrasikan sebagai berikut:

"Dulu kita awalnya malah dari HIV. Kebetulan saya sama bu retno sudah kolaborasi agak lama. Dan kemudian kami dapat kesempatan pelatihan bersama, meskipun kolaborasi hanya pelayanan"

Gambaran berbeda dengan Puskesmas Kalibawang, petugas TB mendapatkan pelatihan 10 tahun yang lalu, meskipun ada kesempatan pelatihan TB dan HIV, petugas beranggapan tingginya kunjungan dan kegiatan di Puskesmas menjadi pertimbangan dan mengurangi keinginan mengikuti pelatihan, dan layanan TB-HIV belum mendapatkan prioritas. Namun ada pertemuan rutin memfasilitasi pembaharuan pengetahuan bagi petugas layanan. Sedangkan Puskesmas Pengasih 2 mempunyai pendapat berbeda bahwa bukan hanya pengelola yang mendapatkan pelatihan TB namun petugas lain yang terlibat juga mendapatkan pelatihan sehingga pengelola TB dan HIV tidak dikelola oleh satu orang melainkan sebagai tim.

"pelatihan, itu usulan saya tidak hanya banyaknya atau frekuensi yang diberikan tetapi petugas yang terlibat. Kalo ada sistem keterpaduan berarti semua harus dilatih tidak hanya petugas TB saja"

Hambatan dan Peluang

Hasil wawancara Kepala Puskesmas, *programmer* TB dan konselor HIV mengenai peluang yang mempengaruhi integrasi layanan TB-HIV ditemukan tema utama: 1) Dukungan pimpinan; 2) Ketersediaan ruang dan sarana; 3) Kemudahan akses informasi.

1. Dukungan pimpinan

Semua peserta yang diwawancarai sepakat bahwa mengintegrasikan layanan TB-HIV membutuhkan keterlibatan pimpinan dan respons positif secara langsung dan tidak langsung mempengaruhi *programmer* TB, alokasi anggaran dan dukungan lain yang dapat mempengaruhi kesiapan Puskesmas untuk mengintegrasikan layanan TB-HIV. Meskipun pimpinan mengakui mempunyai respons baik dan dukungan terhadap layanan namun beberapa pimpinan tidak mengalokasikan anggaran dan sarana secara khusus. Pimpinan meyakini memberikan anggaran untuk memisahkan zona infeksi mendukung layanan TB/HI.

2. Ketersediaan ruangan dan sarana

Beberapa *programmer* percaya bahwa HIV membutuhkan ruang yang memadai dan berpikir bahwa layanan TB/HIV dapat meningkatkan risiko penularan TB ke pasien HIV. Namun, *programmer* lain menganggap keterbatasan ruangan bukan masalah selama sumber daya yang tersedia dimanfaatkan secara optimal, kebutuhan integrasi diatur dan menetapkan standar infeksi, mereka berpikir bahwa integrasi TB/HIV memungkinkan.

3. Kemudahan akses informasi

Pengetahuan yang memadai tentang HIV koinfeksi TB untuk mengoptimalkan layanan yang diberikan kepada pasien TB/HIV. *programmer* TB menyatakan kurangnya pengetahuan HIV sebagai hambatan untuk memberikan layanan TB/HIV terintegrasi, namun penyegaran dan praktek lapangan dapat mengurangi ketidaktahuan petugas tentang HIV serta kemudahan akses konsultasi dokter dan spesialis menutupi keterbatasan pengetahuan perawatan HIV.

"...Dukungan penuh tetapi mengingat sarana prasarana dan pendanaan yang kita punya, contohnya TB sudah kita pisahkan ruang TB MDR, kita merehab atapnya dan memasang kran dari dana operasional, kalo ketenagaan terus teranga ada yang lain, untuk entri data dibantu rekam medis. Kalupun perlu PE perlu di SPPD kan, kalo sekarang untuk covid. Sekarang ga boleh keluar kecuali untuk pemantauan covid, ada tapi sedikit terutama yang sifatnya kumpul kumpul ga boleh. Sarana prasarana dan pendanaan yang terbatas..."

(Kepala Puskesmas)

Hambatan integrasi layanan TB-HIV yang diidentifikasi dalam yaitu: 1) Sistem manajemen kepegawaian tidak mendukung, 2) Koordinasi dan Kerjasama tim masih lemah, 3) Kapasitas dan pengembangan sumber daya manusia belum optimal, 4) Sistem monitoring dan supervisi belum komprehensif.

1. Sistem manajemen kepegawaian tidak mendukung

Puskesmas berada di bawah aturan kepegawaian, pimpinan menyebutkan bahwa perpindahan pegawai bagian dari kebijakan sistem kepegawaian masalahnya diamati saat perekrutan petugas baru atau penugasan di Puskesmas lain. Selain itu Puskesmas memiliki petugas dengan pengetahuan dan keterampilan tidak memadai menawarkan perawatan TB dan HIV dan tidak adanya pedoman untuk mengarahkan penyediaan perawatan TB dan HIV sebagai hambatan penyediaan perawatan TB-HIV terintegrasi. Faktanya bahwa kurangnya pengetahuan petugas mengenai TB-HIV memunculkan stigma petugas terhadap pasien HIV. Seperti pernyataan konselor HIV:

"...Kendalanya satu bu..stigma tetap muncul yaitu stigma petugas, jadi untuk mengurangi dengan berulang ulang kami menyampaikan di lokmin, di apel dan WA grup, stigmanya masih. Karena tidak semua orang mau ngomong sama orang

melambai atau orang bertato.” (konselor HIV).

Mereka mengakui ketika *programmer* TB dilengkapi dengan pengetahuan dan ketrampilan konseling tes HIV dan dibimbing tentang pengelolaan TB dan HIV mereka akan terbiasa dengan perawatan TB HIV terintegrasi. Namun *programmer* menggambarkan beban kerja menjadi masalah dalam layanan, sebagian besar *programmer* merangkap tugas mengelola layanan juga terlibat dalam manajemen, Keterbatasan jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas mengakibatkan program TB mengelola layanan secara individu.

2. Koordinasi dan kerjasama tim masih lemah

Program TB dan HIV merupakan program terpadu dibawah program pengendalian penyakit menular dikelola dalam satu atap, namun di Puskesmas program TB dan HIV menjadi program yang berjalan sendiri. Sebagian responden berpandangan ada hubungan tidak ramah antar petugas dan tidak bekerja sebagai tim.

“...saya dengan posisi sebagai programmer TB, dimana saya punya otoritas berkoordinasi dengan dokter, tapi ada kesungkapan bila tidak di stimulasi dengan orientasi peran sehingga komunikasi dalam tim terbatas...pemberdayaan tim DOTS masih lemah...”
(*programmer TB/konselor HIV*)

3. Kapasitas dan pengembangan sumber daya belum optimal

Puskesmas tidak mampu mengatasi tingginya jumlah pasien yang membutuhkan petugas terampil terutama dokter dan perawat. Sementara manajemen TB dikelola perawat, konseling tes HIV dipimpin oleh dokter dan bidan, hanya 1 perawat terlatih konseling tes HIV selama penelitian ini. Ruang lingkup praktik perawat terbatas untuk penyediaan layanan TB/HIV terintegrasi. Sebagian responden berpandangan petugas terutama dokter atau perawat memiliki keengganan dalam manajemen TB dan HIV. Kemungkinan karena kurangnya pelatihan dan pemahaman petugas, Seperti pengakuan *programmer* TB:

“...pernah mengajukan, terakhir pertemuan dari dinas mengundang narasumber untuk refreshing. Biasanya dinas sudah punya peta puskesmas yang sudah atau belum pelatihan, yang sering TB saja, harusnya diperbaharui karena ilmunya berubah-ubah, karena masalah

yang muncul sekarang ada TB paru, TB DM dan TB RO tapi saya males ikut pelatihan, setelah pelatihan tambah kerjaan...”

4. Monitoring dan supervisi

Pimpinan dan *programmer* menyatakan bahwa pimpinan melaksanakan *monitoring* layanan secara periodik, melihat capaian dan kendala di Puskesmas, namun *programmer* dinas kesehatan mengakui belum ada sistem *monitoring* dan evaluasi komprehensif untuk memantau kegiatan kolaborasi TB/HIV. Realisasi *monitoring* program TB/HIV untuk mendapatkan umpan balik dan melakukan bimbingan masih tahap rencana. Sementara pelaporan program masih vertikal membuat perencanaan bersama di tingkat Puskesmas menjadi sulit.

PEMBAHASAN

Kesiapan Layanan

Penelitian ini menunjukkan tingkat kesiapan layanan umum dan layanan konseling tes HIV dalam kategori baik sedangkan kesiapan layanan TB sub optimal. Penilaian domain menemukan rendahnya Puskesmas memiliki petugas terlatih dan pedoman manajemen koinfeksi TB-HIV.

Kapasitas Puskesmas diartikan kemampuan sistem kesehatan Puskesmas mempengaruhi keberhasilan memberikan layanan TB-HIV terintegrasi, terutama ketersediaan petugas yang cukup terlatih baik dari segi jumlah maupun kehadiran⁶ dan termotivasi sebagai faktor pendorong integrasi layanan⁷. Temuan penelitian ini, ketersediaan petugas terlatih dan pedoman manajemen TB-HIV menjadi domain yang paling rendah di Puskesmas. Petugas terlatih diartikan petugas memiliki kemampuan yang sesuai dengan standar dan tingkat kemahiran⁸ terutama terlatih manajemen TB-HIV⁹ yang diperlukan mendistribusikan kegiatan. Kami menyoroti bahwa Puskesmas memiliki sumber daya manusia yang tidak memadai¹⁰, penyebabnya kelemahan manajemen melakukan perencanaan pelatihan dan pengawasan suportif serta gagal mempersiapkan petugas baru dengan perpindahan petugas terlatih¹¹ sehingga pergantian dan perpindahan staf¹² bagian dinamika kepegawaian di Puskesmas mempengaruhi ketersediaan petugas terlatih. Faktanya, kami menemukan petugas memiliki motivasi rendah mengikuti pelatihan sehingga ketika mendapatkan pelimpahan tugas muncul kekhawatiran mengenai peningkatan beban kerja. Selain itu, ada kebutuhan untuk mempertahankan keterampilan dan pengetahuan petugas yang terlibat layanan, ada upaya dari Dinas Kesehatan menutup kesenjangan pelatihan melalui penyegaran dan pelatihan singkat¹³ disertai *on the job training*. Penyediaan pelatihan dan pedoman¹⁴ penting untuk meningkatkan

pengalaman petugas selama perawatan¹⁵ dan memungkinkan memberikan layanan terintegrasi¹⁶. Oleh karena itu penting untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan dan pengembangan kapasitasnya tertuang dalam perencanaan dan target program pelatihan sebagai suatu kebijakan dan praktik yang konsisten untuk keberlanjutan implementasi.¹⁷

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi

Kepemimpinan sebagai penentu utama dalam upaya mendukung kesiapan implementasi dan mempunyai peran penting dalam membangun kapasitas.¹⁸ Kami menemukan kebijakan dan protokol mengharuskan Puskesmas melaksanakan TB-HIV terpadu, namun tidak semua pimpinan mempunyai komitmen dan dukungan manajemen memenuhi kebutuhan layanan TB-HIV bahkan belum menjadikan prioritas layanan. Dukungan struktural untuk memulai program sangat penting, termasuk memastikan ketersediaan aliran dana, strategi sumber daya manusia, pengembangan kebijakan, menciptakan mekanisme rujukan dan kerangka pelaporan.¹⁷ Namun yang patut dicatat, penelitian ini menemukan perbedaan kebijakan integrasi TB-HIV di Puskesmas Wates, Puskesmas Kalibawang dan Puskesmas Pengasih 2 serta dukungan manajemen dan koordinasi yang terkait dengan persepsi yang tidak menguntungkan tentang integrasi layanan TB-HIV. Secara keseluruhan temuan ini menandakan perlunya advokasi tambahan tentang integrasi dan koordinasi program TB dan HIV. Meskipun tingkat integrasi Puskesmas termasuk integrasi vertikal, namun merupakan langkah awal dari proses integrasi, perlu kerangka kerja yang terperinci dan kebijakan yang mengesahkan integrasi layanan di Puskesmas. Kami melihat ada rencana menerapkan pendekatan nasional 'one stop service' seragam dan luas di Puskesmas dan upaya baik sedang berjalan untuk meningkatkan kolaborasi melalui sistem informasi bersama yang sedang dikembangkan. Strategi untuk meningkatkan kapasitas petugas mengenai manajemen koinfeksi TB-HIV serta memperbaiki mekanisme pemberian layanan¹⁹ tes HIV pada pasien TB yang pada gilirannya mengurangi morbiditas dan mortalitas TB dan HIV merupakan tindak lanjut implementasi kolaborasi TB-HIV pilar ketiga yaitu membangun dan memperkuat mekanisme layanan TB-HIV terintegrasi.¹

Hambatan dan Peluang

Pengetahuan petugas yang tidak memadai menyebabkan petugas tidak siap menawarkan layanan TB-HIV serta memunculkan stigma petugas terhadap pasien HIV menyebabkan sikap dan perilaku diskriminatif dalam bentuk sikap tidak ramah dan keengganan

memberikan perawatan HIV sehingga berdampak pada kurangnya jumlah orang di tes HIV. Stigma petugas merupakan hambatan struktural maupun integrasi layanan. Hal tersebut menunjukkan perlunya program pelatihan para petugas multidisipliner untuk meningkatkan kesiapan layanan terintegrasi dan mengatasi stigma.^{20,21}

Hambatan lain dari faktor organisasi karena mengimplementasikan integrasi layanan membutuhkan perubahan manajemen dan memerlukan tim multidisiplin²² yaitu lemahnya koordinasi²³ antar manajer dan *programmer* menyebabkan kesulitan berkolaborasi secara efektif dan dilemahkan oleh jarak ruang antar unit serta pembagian peran mengarahkan kerja sama petugas pada mekanisme layanan vertikal. Sebagian besar pelaksana menganggap dinamika tim dan alokasi tugas²⁴ serta pembagian kewenangan dan peran yang jelas sebagai fasilitator bagi kesediaan petugas untuk menyelesaikan perawatan yang kompleks dan tidak ada koordinasi sebagai hambatan layanan.

Kesimpulan dalam mengintegrasikan layanan TB-HIV, kesiapan layanan saja tidak cukup menjadi dasar atas kesiapan integrasi layanan karena kesiapan fungsional yang buruk seperti perencanaan, pendanaan, dan hambatan organisasi mungkin sangat berat mempengaruhi kesiapan layanan dan menjadi hambatan implementasi integrasi layanan TB-HIV. Bahkan situasi pandemi COVID-19 layanan TB mengalami perubahan layanan serta pemantauan pasien TB menggunakan aplikasi *whatsapp* atau telepon bahkan satu Puskesmas tempat penelitian mengalihkan ruangan TB untuk memberikan layanan COVID-19. Mereka menganggap pandemi ini merubah tatanan layanan TB dan HIV termasuk perencanaan dan pendanaan untuk kegiatan.

Implikasi Integrasi Layanan

Penilaian kapasitas Puskesmas memberikan informasi kesiapan dan strategi untuk menerapkan integrasi layanan TB-HIV di Puskesmas. Dinas kesehatan dan Puskesmas perlu memberikan penyegaran pengetahuan dan pelatihan bersama untuk mempersiapkan petugas memiliki keterampilan dan pemahaman yang baik mengenai perawatan TB dan HIV. Untuk memperoleh manfaat dari integrasi layanan kami merekomendasikan pentingnya memiliki petugas yang mempunyai motivasi dan kemampuan menyeimbangkan beban tugas memungkinkan integrasi dilaksanakan sehingga mendorong motivasi petugas dengan memberikan kewenangan dan peran yang jelas, koordinasi yang mudah dan penghargaan yang menguntungkan. Selain itu infrastruktur layanan pendukung, mencakup semua pemeriksaan termasuk

obat-obatan harus tersedia di Puskesmas. Implementasi lebih mudah jika komitmen pimpinan dan dukungan manajemen mengarahkan perencanaan dan pendanaan TB-HIV secara bersama, selain itu mengawal dan memantau penerapannya menentukan keberhasilan implementasi integrasi layanan TB-HIV.

Keterbatasan dan Kekuatan Penelitian

Penelitian ini melakukan observasi ketersediaan dan kesiapan layanan secara *cross-sectional*, tidak melihat kualitas layanan, sehingga penilaian dapat berubah pada waktu yang berbeda. Penelitian ini tidak menyertakan Rumah Sakit sebagai layanan rujukan sehingga tidak dapat menilai kesinambungan perawatan layanan TB dan HIV. Meskipun triangulasi dan *member checking* untuk menjaga integritas ilmiah dari penilaian ini, bias seleksi terjadi karena peneliti sendiri yang melakukan pengumpulan data dan wawancara. Proses mengadopsi kuesioner yang dikeluarkan oleh WHO, pengalihan bahasa dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia tidak melibatkan seseorang yang memiliki alih bahasa sehingga memungkinkan ada kesalahan memahami pertanyaan, namun telah dilakukan penyamaan persepsi dan menyesuaikan dengan layanan di Puskesmas. Selain itu uji coba kuesioner di Puskesmas Wates dengan mewawancarai dokter puskesmas sebagai informan dan kami memasukkan Puskesmas tempat uji coba penelitian dengan mewawancarai informan yang berbeda dengan tujuan mendapatkan data ketersediaan layanan di semua Puskesmas.

Penelitian ini dilakukan di seluruh Puskesmas sehingga dapat menggeneralisasikan dan menggambarkan kesiapan layanan TB-HIV di tingkat Puskesmas merupakan upaya pertama menilai menggunakan SARA. Kami menggunakan *mixed methods* untuk membangun pemahaman yang lebih lengkap mengenai masalah penelitian serta mengeksplorasi pandangan-pandangan dari *programme* secara mendalam.

KESIMPULAN

Studi ini menyimpulkan hanya satu Puskesmas memiliki kesiapan layanan TB dan layanan konseling dalam kategori baik. Kami merekomendasikan kebutuhan keterlibatan kepemimpinan untuk mengarahkan dukungan manajemen dan memperkuat koordinasi TB dan HIV serta mengatasi kesenjangan pelatihan dan pengetahuan petugas untuk meningkatkan kapasitas Puskesmas. Hambatan diidentifikasi diantaranya sistem kepegawaian tidak mendukung, koordinasi dan kerja sama tim masih lemah, pengembangan kapasitas tidak memadai dan *monitoring* supervisi tidak komprehensif.

REFERENSI

1. WHO. Implementing The End TB Strategy. *Antimicrob Agents Chemother* 2014; 58(12):7250-7.
2. WHO. Global Tuberculosis report 2019. 2019.
3. Permenkes. Penanggulangan Tuberkulosis menetapkan target program Penanggulangan TBC nasional. 2016;
4. Creswell JW, Clark P. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 3rd ed. 2018.
5. O'Neill K, Sheffel A. *Service Availability and Readiness Assessment (SARA) An annual monitoring system for service delivery Reference Manual*. 2013; 1-168.
6. Deussom RH, Rottach E, Prabawanti C, Rahmat E, Rachmawati T, Sirajulmunir N. Health Workforce Assessment in Jakarta for Effective HIV Policy Implementation: Challenges and Opportunities toward Epidemic Control. *J Ekon Kesehat Indones* 2019; 3(2):84-93.
<https://doi.org/10.7454/eki.v3i2.2790>
7. Topp SM, Abimbola S, Joshi R, Negin J. How to assess and prepare health systems in low- and middle-income countries for integration of services-a systematic review. *Health Policy Plan* 2018; 33(2):298-312.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czx169>
8. Ku GMV, Kegels G. Integrating chronic care with primary care activities: Enriching healthcare staff knowledge and skills and improving glycemetic control of a cohort of people with diabetes through the first line diabetes care project in the Philippines. *Glob Health Action* 2014; 7(1):25286.
<https://doi.org/10.3402/gha.v7.25286>
9. Asemahagn MA, Alene GD, Yimer SA. Geographic accessibility, readiness, and barriers of health facilities to offer tuberculosis services in east gojjam zone, ethiopia: a convergent parallel design. *Res Rep Trop Med* 2020; 11:3-16.
<https://doi.org/10.2147/RRTM.S233052>
10. Mahendradhata Y, Ahmad RA, Lefèvre P, Boelaert M, Van der Stuyft P. Barriers for introducing HIV testing among tuberculosis patients in Jogjakarta, Indonesia: a qualitative study. *BMC Public Health* 2008; 8(1):385.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-385>
11. Topp SM, Chipukuma JM, Chiko MM, Matongo E, Bolton-Moore C, Reid SE. Integrating HIV treatment with primary care outpatient services: Opportunities and challenges from a scaled-up model in Zambia. *Health Policy Plan* 2013; 28(4):347-57.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czs065>
12. Uwimana J, Jackson D. Integration of tuberculosis and prevention of mother-to-child transmission of HIV programmes in South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis* 2013; 17(10):1285-90.
<https://doi.org/10.5588/ijtld.12.0068>
13. Shayo FK, Shayo SC. Availability and readiness of diabetes health facilities to manage tuberculosis in Tanzania: a path towards integrating tuberculosis-diabetes services in a high burden setting? *BMC Public Health* 2019; 19(1):1104.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7441-6>
14. Kumar R, Probandari A, Ojha B, Bhattarai AH, Subronto YW. Implementation fidelity of provider-initiated HIV testing and counseling of tuberculosis patients under the National Tuberculosis Control Program in Kathmandu District of Nepal: an implementation research. *BMC Health Serv Res* 2019; 19(1):543.
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4343-3>
15. Odjidja EN, Gatasi G, Duric P. Delivery of integrated infectious disease control services under the new antenatal care guidelines: A service availability and readiness assessment of health facilities in Tanzania. *BMC Health Serv Res* 2019; 19(1):153.
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-3990-8>
16. Bintabara D, Nakamura K, Seino K. Determinants of facility readiness for integration of family planning with HIV testing

- and counseling services: evidence from the Tanzania service provision assessment survey, 2014-2015. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1):844.
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2809-8>
17. Fixsen DL, Naoom S, Blasé K, Friedman R, Wallace F. *Implementation Research: A synthesis of the Literature*. Tampa Florida: University of South Florida, 2005; 1-125.
 18. Guerrero EG, Kim A. Organizational structure, leadership and readiness for change and the implementation of organizational cultural competence in addiction health services. *Eval Program Plann* 2013; 40:74-81.
<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.05.002>
 19. Moreno R, Ravasi G, Avedillo P, Lopez R. Tuberculosis and HIV coinfection and related collaborative activities in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pública* 2020; 44:e43.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.43>
 20. Mahaboro DB, Fauk NK, Ward PR, Merry MS, Siri TA, Mwanri L. HIV Stigma and Moral Judgement: Qualitative Exploration of the Experiences of HIV Stigma and Discrimination among Married Men Living with HIV in Yogyakarta. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jan;17(2):636.
 21. Geter A, Herron AR, Sutton MY. HIV-Related Stigma by Healthcare Providers in the United States: A Systematic Review. *AIDS Patient Care STDS* 2018; 32(10):418-24.
<https://doi.org/10.1089/apc.2018.0114>
 22. Kalonji D, Mahomed OH. Health system challenges affecting HIV and tuberculosis integration at primary healthcare clinics in Durban, South Africa. *Afr J Prim Heal Care Fam Med* 2019; 11(1):1-7.
<https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1831>
 23. Anku PJ, Amo-Adjei J, Doku D, Kumi-Kyereme A. Challenges of scaling-up of TB-HIV integrated service delivery in Ghana. *PLoS One* 2020; 15(7):e0235843.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235843>
 24. Sweeney S, Obure CD, Terris-Prestholt F, Darsamo V, Michaels-Igbokwe C, Muketo E, et al. The impact of HIV/SRH service integration on workload: Analysis from the Integra Initiative in two African settings. *Hum Resour Health* 2014; 12(1):42.
<https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-42>