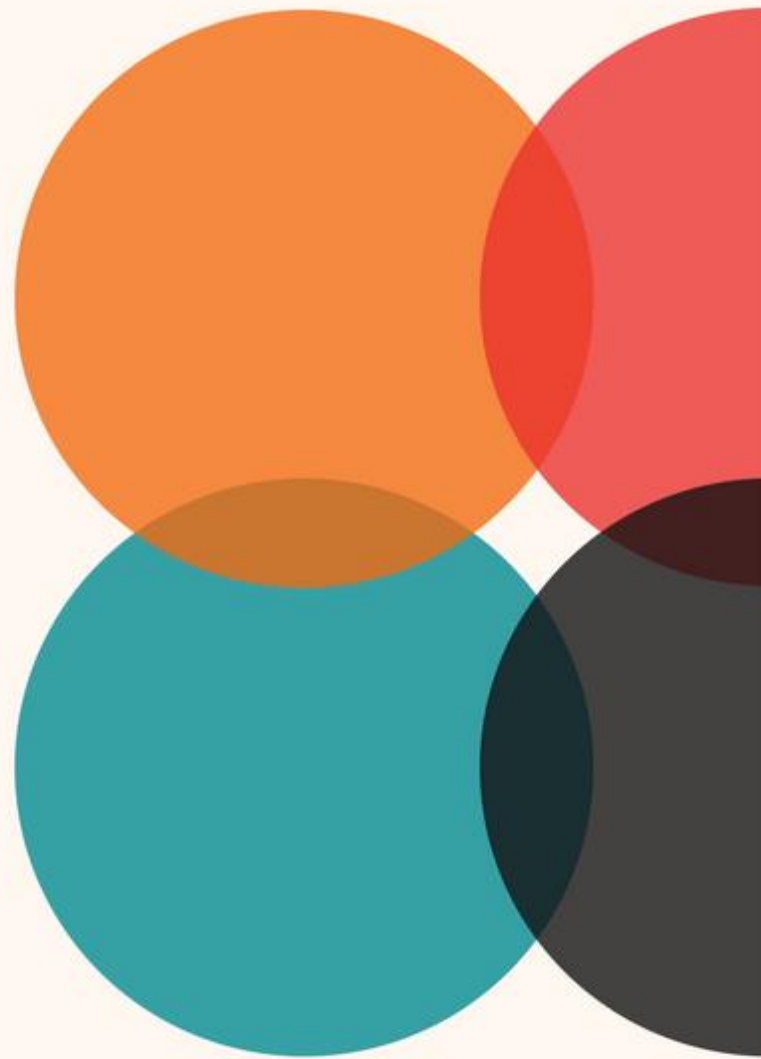


# Panduan Teknis

## **MENTORING KLINIS DAN PROGRAM HIV AIDS DAN PIMS DI INDONESIA**



**Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit  
Kementerian Kesehatan  
2017**



**Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI**

616.979.2  
Ind  
p

Indonesia, Kementerian Kesehatan RI. Direktorat  
Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit  
Panduan Teknis Monitoring Klinis dan Program HIV  
AIDS dan PIMS. – Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.  
2017

ISBN 978-602-416-138-5

1. Judul I. HUMAN IMMUNODEFFICIENCY VIRUS  
II. ACQUIRED IMMUNO DEFFICIENCY SYNDROME  
III. SEXUALLY TRANSMITTED DISSEASES  
IV. COMMUNICABLE DISSEASES

**PANDUAN TEKNIS MENTORING KLINIS DAN PROGRAM  
HIV AIDS dan PIMS  
DI INDONESIA**

**Kementerian Kesehatan Republik Indonesia  
2017**





## Kata Pengantar

Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) merupakan salah satu dari dua strategi di dalam Rencana Aksi Nasional Program Penanggulangan HIV-AIDS. Salah satu unsur di dalam LKB ini adalah adanya layanan yang terintegrasi dan terdesentralisasi. Banyak upaya dilakukan oleh program agar layanan ART semakin mudah dijangkau oleh masyarakat dengan memastikan semakin banyaknya puskesmas yang mampu memberikan layanan ART.

Pelatihan telah banyak dilakukan dan bertujuan untuk menyiapkan tenaga kesehatan agar mampu memberikan layanan HIV yang berkualitas. Oleh karena hal-hal tersebut di atas, diperlukan kegiatan mentoring baik mentoring program dan klinis yang dilakukan oleh tim mentor provinsi ataupun kabupaten/kota.

Buku Panduan Teknis Mentoring Klinis Program HIV AIDS dan PIMS disusun untuk memberi panduan/petunjuk praktis bagi para mentor dalam melakukan mentoring di kota/kabupaten masing-masing. Buku ini juga meliputi tugas pokok dan fungsi masing-masing mentor hingga teknis pelaksanaan mentoring di layanan.

Terimakasih dan penghargaan setinggi-tingginya kami sampaikan kepada semua pihak atas segala bantuan yang diberikan, sehingga buku petunjuk ini dapat diterbitkan. Saran perbaikan diharapkan untuk penyempurnaan di waktu mendatang.

Jakarta, Desember 2016  
Direktur Jenderal P2P,



dr. H.M Subuh, MPPM





<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>1</b>
<b>DAFTAR ISTILAH .....</b>	<b>4</b>
<b>DAFTAR KONTRIBUTOR.....</b>	<b>5</b>
<b>I. PENDAHULUAN.....</b>	<b>6</b>
A. LATAR BELAKANG.....	6
B. DEFINISI.....	7
C. TUJUAN.....	9
D. SASARAN .....	9
E. PEMBIAYAAN .....	10
<b>II. PELAKSANAAN MENTORING KLINIS .....</b>	<b>11</b>
A. PELAKSANA MENTORING .....	12
B. <i>MENTEE</i> .....	12
C. RUANG LINGKUP DAN TUPOKSI MENTOR.....	13
D. TEKNIK PELAKSANAAN .....	14
<b>III. PEMBEKALAN UNTUK MENTOR .....</b>	<b>18</b>
<b>IV. MONITORING DAN EVALUASI PROGRAM NASIONAL MENTORING KLINIS .....</b>	<b>18</b>
<b>V. KONDISI KHUSUS.....</b>	<b>19</b>
A. RAWATAN ANAK.....	19
<b>B. TB-HIV .....</b>	<b>19</b>
<b>C. PENCEGAHAN PENULARAN DARI IBU KE ANAK (PPIA) .....</b>	<b>20</b>
<b>D. LAYANAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS) .....</b>	<b>20</b>
<b>E. PENGGUNA NAPZA SUNTIK.....</b>	<b>21</b>
<b>VI. PENUTUP.....</b>	<b>22</b>
<b>VII. LAMPIRAN .....</b>	<b>23</b>

## DAFTAR ISTILAH

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome = kumpulan gejala akibat penurunan daya tahan tubuh yang didapat dan disebabkan oleh infeksi HIV
ART	Terapi antiretroviral
ARV	Antiretroviral, obat untuk mencegah replikasi HIV
CST	<i>Care, Support and Treatment</i> , yaitu Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (PDP)
Ditjen P2P	Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
Fasyankes	Fasilitas layanan kesehatan
HIV	Human Immunodeficiency Virus = Virus yang menyebabkan penurunan daya tahan tubuh
Mentee	Petugas kesehatan yang mendapat mentoring klinis
NAPZA	Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lain
Odha	Orang dengan HIV dan AIDS
PDP	Perawatan, Dukungan dan Pengobatan
Penasun	Pengguna Napza Suntik
PEP	<i>Post Exposure Prophylaxis</i>
PIMS	Penyakit Infeksi Menular Seksual
PPIA	Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak
<i>Shadowing</i>	Teknik pelatihan dimana peserta latihan meluangkan waktu dengan pelatih yang berpengalaman dengan cara mengamati pelatih tersebut melakukan pekerjaan, dan peserta melakukan tugas tersebut sendiri-sendiri (dengan bimbingan pelatih).
SIHA	Sistem Informasi HIV AIDS
SPO	Standar Prosedur Operasional, yaitu standar dalam melakukan prosedur operasional
TB	Tuberkulosis
WHO	<i>World Health Organization</i> = Badan Kesehatan Dunia
LKB	Layanan Komprehensif HIV dan IMS yang berkesinambungan = CoC, <i>continuum of HIV care</i>

## DAFTAR KONTRIBUTOR

PENGARAH : Dr Wiendra Waworuntu, M Kes  
PENANGGUNG JAWAB : Dr Endang Budi Hastuti  
KONTRIBUTOR :

1. Dr Janto Lingga Sp P
2. Dr Hendra Widjaja
3. Dr Budiarto
4. Dr Sri Pandam Pulungsih
5. Dr Triya Novita Dinihari
6. Dr Irawati, M Kes
7. Dr Nurhalina Afriana
8. Dr Helen Dewi Prameswari
9. Dr Hariadi Wisnu Wardhana
10. Victoria Indrawati, Msc
11. Dr Trijoko Yudopuspito
12. Viny Sutriani, MPH
13. Dr Yulia Zubir
14. Sugeng Wiyana, MPH
15. Tri Indah Budiarty, SKM
16. Darini
17. Romauli, M Epid
18. Dr Fadjar Silalahi
19. Irmawati, M kes
20. Sarikasih Harefa, M Epid
21. Rizky Hasby, SKM
22. Dr Indri Oktaria Sukmaputri
23. Dr Tiara Mahatmi Nisa (WHO)
24. Dr Bagus Rahmat Prabowo (WHO)

# **PANDUAN TEKNIS MENTORING KLINIS PROGRAM HIV AIDS DAN PIMS**

---

## **I. Pendahuluan**

### **A. Latar Belakang**

Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) merupakan strategi program HIV AIDS dan PIMS Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, sebagai kerangka kerja bagi kota/kabupaten di dalam memberikan layanan terkait HIV AIDS dan IMS bagi seluruh masyarakat, baik yang belum terinfeksi sampai dengan orang dengan HIV AIDS yang berada dalam kondisi terminal. Di dalam LKB ditekankan pentingnya memiliki layanan yang terintegrasi dan terdesentralisasi di kota/kabupaten.

Sejalan pula dengan Rencana Aksi Nasional program HIV AIDS dan PIMS, direncanakan untuk menambah jumlah layanan primer yang dapat memberikan layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP) bagi orang dengan HIV AIDS, termasuk juga layanan lain yaitu TB-HIV, PPIA dan IMS. Layanan terkait HIV AIDS dan IMS di puskesmas semakin dibutuhkan oleh komunitas karena kemudahan untuk mengakses. Layanan PDP untuk HIV AIDS tanpa komplikasi pada dasarnya dapat diberikan di puskesmas. Kebijakan program HIV AIDS nasional terkait penunjukan puskesmas sebagai layanan PDP memungkinkan puskesmas untuk dapat melakukan inisiasi pemberian ART.

Pelatihan PDP, TB-HIV, PPIA dan IMS yang diberikan pada petugas kesehatan di RS maupun puskesmas perlu ditindaklanjuti dengan memastikan bahwa peserta latih telah mampu melakukan pelayanan HIV AIDS di tempat kerja masing masing. Untuk itu dibutuhkan kegiatan mentoring klinis maupun program untuk memastikan layanan yang di berikan sesuai dengan pedoman nasional.

Seorang Mentor Klinis akan menjadi tempat bertanya (konsultasi) untuk permasalahan klinis pasien. Hal ini terutama dibutuhkan pada tahap awal memulai layanan HIV AIDS atau jika menghadapi pasien dengan kondisi sulit. Seorang mentor klinis adalah klinisi yang memiliki keahlian dalam terapi ARV dan infeksi oportunistik dan memiliki keterampilan mengajar serta dapat memberikan mentoring berkelanjutan pada klinisi HIV yang mendapat kesulitan dalam menangani permasalahan klinis, diantaranya: menjawab konsultasi/pertanyaan; meninjau kasus klinis; memberikan umpan balik dan membantu penanganan kasus, dll. Mentoring klinis ini dapat dilakukan dengan melakukan kunjungan ke tempat layanan ataupun

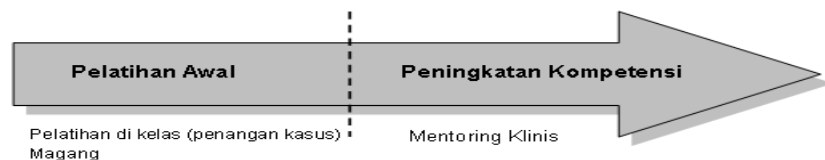
konsultasi melalui telepon dan email. Mentoring klinis sangat penting untuk membangun jejaring antar petugas kesehatan untuk perawatan dan pengobatan HIV, termasuk TB-HIV, PPIA dan IMS di kota/kabupaten.

Mentoring klinis harus dilakukan bersama dengan mentoring program. Hal ini untuk memastikan program di provinsi, kota/kabupaten, serta layanan berjalan sesuai dengan tujuan program nasional. Mentoring klinis dilakukan oleh klinisi dan mentoring program dilakukan oleh penanggung jawab program HIV AIDS dan PIMS di semua tingkatan. Mentoring klinis dan mentoring program dilakukan terintegrasi bersama dalam satu tim.

## B. Definisi

Mentoring klinis adalah sistem pelatihan/*on the job training* (OJT) dan konsultasi klinis yang membantu pengembangan profesional untuk menghasilkan layanan klinis yang berkualitas.

Mentoring harus dipandang sebagai bagian dari peningkatan kapasitas yang berkesinambungan dan diperlukan untuk menciptakan tenaga kesehatan yang kompeten. Mentoring ini sebaiknya dilaksanakan setelah selesai pelatihan.



**Gambar 1. Hubungan Pelatihan PDP, TB-HIV, PPIA dan IMS awal dengan Mentoring Klinis**

Mentoring adalah salah satu dari komponen utama dalam mempertahankan dan meningkatkan kapasitas. Mentoring dan *follow-up* yang baik setelah pelatihan akan menjamin tenaga kesehatan dapat menerapkan keterampilan yang diperolehnya selama pelatihan. Mentoring klinis diperlukan agar klinik dan tim klinis berfungsi secara efektif. Mentoring program bertujuan memperbaiki kualitas layanan perawatan dan pengobatan HIV melalui pengamatan bersama, diskusi, pemecahan masalah secara langsung, dan belajar dari tiap topik yang didiskusikan serta membuat rencana ke depan.



**Gambar 2. Perbedaan antara Mentoring Klinis dan program**

Meskipun mentoring klinis dan program terlihat saling tumpang tindih, tetapi kegiatan-kegiatannya cukup berbeda sehingga kedua hal tersebut mungkin akan dilaksanakan oleh tim yang berbeda, namun juga dapat dilakukan secara terintegrasi. Mentoring klinis dan program adalah kegiatan yang saling melengkapi yang keduanya perlu untuk membangun dan memperkuat sistem layanan HIV.

Kegiatan mentoring klinis dapat digabungkan dengan kegiatan program seperti mendiskusikan tentang alur pasien, beban kerja, organisasi layanan perawatan dan pengobatan, triase dan pencatatan. Hal ini diperlukan terkait dengan waktu dan dana yang ada.

Aspek penting dari mentoring adalah memelihara hubungan dengan mentee. Mentor harus mengingat bahwa tujuan mentoring adalah untuk memperbaiki layanan dan bukan audit atau pemeriksaan kualitas layanan.

### **C. Tujuan**

Kegiatan mentoring klinis dan program bertujuan untuk:

1. Memastikan program HIV AIDS dan PIMS di provinsi dan kota/kabupaten sesuai dengan kebijakan program nasional.
2. Sebagai wadah bagi layanan untuk mendapatkan penyegaran, dan konsultasi kasus.
3. Memastikan pelaksanaan layanan HIV AIDS dan PIMS sesuai dengan pedoman nasional
4. Menyusun rencana tindak lanjut untuk meningkatkan kualitas
5. Desentralisasi perawatan dan pencegahan HIV, terapi ARV dengan layanan berkualitas di semua tingkatan
6. Membangun kapasitas tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) untuk menangani kasus yang sulit (seperti toksisitas terapi ARV, *immune reconstitution inflammatory syndrome* (IRIS), kasus HIV atau TB yang mengalami komplikasi, pengobatan anak atau ibu hamil dengan HIV, IMS) atau merujuknya sesuai indikasi; dan
7. Memperbaiki motivasi tenaga kesehatan dengan memberikan dukungan teknis yang efektif.

### **D. Sasaran**

Panduan teknis ini disusun agar dapat digunakan oleh para mentor klinis dan pengelola program pengendalian HIV AIDS dan PIMS dalam membuat perencanaan program terutama dalam pengembangan layanan terkait HIV AIDS dan PIMS, termasuk perencanaan pengembangan kapasitas sumber daya manusia di bidang program pengendalian HIV AIDS dan PIMS.

Adapun sasaran utama pengguna panduan teknis ini adalah para mentor dan pengelola program yang akan secara langsung melaksanakan mentoring klinis dan program. Selain itu juga bagi para pengambil keputusan di setiap lini sehingga memiliki perhatian dalam pengembangan sistem mentoring serta dalam pengalokasian anggaran biaya bagi kegiatan mentoring klinis dan program di wilayah kerja masing masing.

## **E. Pembiayaan**

Mentoring klinis dan program di daerah harus diintegrasikan ke dalam sistem pembiayaan kota/kabupaten yang sudah ada sehingga menjadi bagian dari perencanaan dan penganggaran rutin di pemerintah pusat dan daerah.

Untuk estimasi biaya kunjungan mentor ke kota/kabupaten disesuaikan dengan kondisi daerah, sebagai berikut:

- Setiap fasyankes yang baru memulai pelayanan HIV AIDS dan IMS memerlukan satu kali kunjungan mentoring selama enam bulan pertama,
- Setiap kunjungan mentoring memerlukan waktu 3 hari efektif (d disesuaikan dengan kondisi daerah setempat).
- Pada permulaan, mentor klinis nasional melakukan mentoring bersama dengan mentor klinis provinsi dan selanjutnya mentor klinis provinsi yang melaksanakannya



## II. Pelaksanaan Mentoring Klinis

Rencana nasional untuk mentoring disesuaikan dengan program peningkatan dan pengembangan layanan HIV. Pengembangan layanan tersebut perlu disertai dengan pengembangan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia melalui pelatihan dan mentoring serta supervisi. Berikut ini, kegiatan mentoring klinis akan dibahas dengan lebih mendalam.

Kegiatan mentoring harus dipandang sebagai proses belajar yang saling menguntungkan, baik untuk mentor dan *mentee*. Mentor klinis mempunyai hubungan yang erat dengan petugas kesehatan, dan seringkali belajar tentang masalah penting yang berkaitan dengan lingkungan pekerjaan dan sistem layanan yang mempengaruhi kualitas layanan, antara lain kebutuhan penambahan sumber daya manusia atau pelatihan jenis tertentu. Mentor klinis harus berhubungan dengan pengelola program HIV AIDS dan PIMS di provinsi atau kota/kabupaten yang dapat memecahkan masalah tertentu dan sementara itu tetap menjalin hubungan antara mentor-*mentee*.

Rencana nasional mentoring yang berkelanjutan tidak hanya mengandalkan mentor klinis tingkat nasional (pusat). Tujuan jangka panjang adalah menghasilkan jejaring mentor klinis daerah dan untuk pembangunan kapasitas daerah yang cepat. Dengan banyaknya mentor klinis daerah berarti mengurangi beban kerja masing-masing mentor.

Mentor klinis daerah harus diintegrasikan ke dalam sistem kesehatan. Pengetahuan pola rujukan di kota/kabupatennya akan membuatnya lebih efektif daripada mentor eksternal. Mentoring klinis memudahkan layanan desentralisasi yang efektif kepada fasilitas tingkat pertama, yang penting untuk perawatan kronis HIV dan kepatuhan minum obat. Hal ini juga dapat mengurangi jumlah rujukan yang terlambat atau yang tidak perlu, yang dapat menyebabkan ketidak-nyamanan yang serius dan beban bagi Odha, keluarga dan sistem kesehatan. Mentor klinis yang efektif harus masih menangani pasien.

Mentor klinis di rumah sakit kota/kabupaten sangat penting. Klinisi di sini memerlukan dukungan dan supervisi eksternal karena mereka menerima rujukan dari Puskesmas. Karena itu diperlukan kemampuan untuk memberikan layanan akan penyakit sulit dibandingkan di tingkat Puskesmas. Kurangnya layanan rujukan yang kompeten di rumah sakit kota/kabupaten (bahkan di provinsi) akan menimbulkan kesenjangan dalam sistem jejaring di kota/kabupaten yang dapat menghasilkan kurangnya kepercayaan secara

keseluruhan terhadap sistem kesehatan, terutama pada odha yang baru mendapat terapi ARV.

### **A. Pelaksana Mentoring**

Mentoring dilakukan oleh tim mentor, yang mempunyai pengetahuan, pengalaman dalam tatalaksana HIV AIDS dan IMS di provinsi atau kota/kabupaten yang terlatih dan dapat terdiri atas:

- Dokter Konsultan Penyakit Tropik dan Infeksi (KPTI)
- Dokter Spesialis yang menangani Odha.
- Dokter umum yang mempunyai pengetahuan, pengalaman dan keterampilan luas dalam tatalaksana serta pelatihan HIV AIDS dan IMS
- Petugas yang menguasai pencatatan dan pelaporan SIHA
- Pengelola program HIV AIDS dan PIMS

### **B. Mentee**

Mentoring klinis diberikan oleh mentor provinsi kepada RS kota/kabupaten dan puskesmas yang memberikan layanan PDP, TB-HIV, PPIA dan IMS bagi pasien dengan HIV AIDS. Tim *mentee* terdiri atas:

- Dokter unit PDP, TB-HIV, PPIA dan IMS
- Perawat unit PDP, TB-HIV, PPIA dan IMS
- Petugas Farmasi unit PDP\*
- Petugas pencatatan dan pelaporan unit PDP, TB-HIV, PPIA dan IMS
- Dokter/perawat di Unit TB
- Dokter/bidan/perawat di unit kebidanan
- Petugas laboratorium\*

\*sesuai dengan pokok bahasan/diskusi

### C. Ruang Lingkup dan Tupoksi Mentor

Mentoring akan difokuskan pada tatalaksana program PPIA, TB-HIV dan IMS termasuk tatalaksana ARV, infeksi oportunistik (IO) serta pencatatannya. Perawatan kronis HIV tergantung kepada tenaga kesehatan yang terlatih. Pengalaman di banyak negara menunjukkan bahwa dokter umum, perawat dan petugas kesehatan dapat memberikan layanan klinis terkait HIV secara efektif, termasuk terapi ARV dan IO. Tugas dapat dilimpahkan dari tenaga kesehatan spesialis kepada yang bukan spesialis – contoh, dari dokter spesialis kepada dokter umum dan/atau petugas klinik, dari dokter umum kepada perawat. Sedangkan untuk petugas pencatatan dan pelaporan difokuskan kepada pengisian data tentang ARV. Sistem informasi yang baik sebagian besar tergantung dari kualitas data.

**Tabel 1. Tugas Pokok dan Fungsi Mentor**

<b>Dokter Klinisi</b>	<b>Petugas Pencatatan dan Pelaporan</b>	<b>Pengelola Program</b>
Memimpin diskusi kasus. Kasus dapat berasal dari layanan tersebut atau kasus yang sudah dipersiapkan, dan mentor harus memimpin diskusi kasus secara interaktif:	Memberikan mentoring untuk pengisian pencatatan manual: register Pra-ART, register ART, TB-HIV, PPIA, IMS laporan bulanan program HIV AIDS	Memberikan mentoring terkait cakupan program, integrasi program, dan logistik
Memberikan mentoring terkait kasus klinis dan pengisian ikhtisar keperawatan HIV AIDS	Memberikan mentoring untuk pengisian pencatatan elektronik: pengisian data ke SIHA, dan pelaporan SIHA	Memfasilitasi penyelesaian masalah terkait program (sumber daya manusia, ogistic, pelaporan, dsb)
Meninjau alasan klinis dan menetapkan rencana diagnosis dan penanganan;	Memastikan laporan diisi sesuai dengan format layanan yang telah disediakan	Memiliki prioritas yang jelas, merespon berbagai isu strategis yang sesuai dengan kebutuhan
Melakukan hal lain seperti penyuluhan pasien, pencegahan, kepatuhan dan konseling; dan meringkas diskusi kasus	Memastikan format pelaporan diisi dan dilaporkan secara rutin bulanan/triwulanan/tahunan ke institusi vertikal	Memfasilitasi untuk membuat daftar kebutuhan terkait program layanan HIV AIDS dan IMS

## D. Teknis Pelaksanaan

Mentoring klinis sebaiknya dilaksanakan enam bulan pertama setelah dimulainya pelayanan terapi antiretroviral. Hal ini untuk membantu memperbaiki kekurangan dalam pelaksanaan pelayanan pasien HIV. Mentoring program dilakukan bersamaan dengan kegiatan mentoring klinis untuk efisiensi dan efektivitas.

Pelaksanaan mentoring dibagi menjadi beberapa tahapan yaitu **persiapan, pelaksanaan, dan pasca mentoring**.

### Persiapan

1. Kementerian Kesehatan menyiapkan tim mentoring provinsi mengenai tata cara melakukan mentoring klinis dan program.
2. Dinkes provinsi menyiapkan dinkes kota/kabupaten mengenai tata cara melakukan mentoring klinis dan program.
3. Tim mentoring provinsi membuat perencanaan pelaksanaan kegiatan mentoring klinis sebagai berikut:
  - Koordinasi dengan dinas kesehatan kota/kabupaten terkait pemilihan layanan untuk dikunjungi
  - Tim mentor provinsi berkoordinasi terkait akomodasi dan logistik (daftar tilik, formulir pencatatan pelaporan, agenda, dll)
  - Koordinasi dengan dinas kesehatan kota/kabupaten agar layanan menyiapkan:
    - Daftar tilik mentoring layanan PDP, TB-HIV, PPIA dan IMS yang telah diisi
    - Kasus yang ingin dikonsultasikan, beserta catatan medisnya
    - Hal-hal lain yang dianggap perlu untuk didiskusikan pada pertemuan dengan mentor
  - Surat-menyurat dari provinsi ke kota/kabupaten dan dari kota/kabupaten ke layanan kesehatan terkait pelaksanaan mentoring klinis.

## Pelaksanaan

### Hari Pertama dan kedua

#### Aktivitas:

1. Perkenalan dan membina keakraban dengan *mentee*.
2. Membagi *mentee* menjadi *mentee* untuk mentoring klinis dan *mentee* untuk mentoring program.
3. Mentoring program dapat dimulai dengan melihat hasil daftar tilik mentoring yang telah diisi sebelumnya, membahas kesenjangan yang ditemukan, dan membantu memperbaikinya. Lihat secara acak rekam medis pasien.

Misal; jika ada kesenjangan di dalam cakupan tes HIV pada pasien TB, mentor dapat meminta *mentee* untuk mendemonstrasikan KTHIV pada pasien TB, mentor dapat pula memberi contoh.

4. Mentoring klinis dapat dimulai dengan diskusi kasus; Tim *mentee* harus memilih kasus sulit sebelum pelaksanaan mentoring klinis, dan mentoring dapat dilakukan di poli rawat jalan maupun rawat inap (*bed-side teaching*).

Untuk diskusi kasus pada pasien rawat jalan, jika memungkinkan, dapat meminta pasien untuk datang kembali ketika ada kunjungan mentor. Contoh kasus sulit adalah pasien yang tidak respon terhadap terapi sebagaimana yang diharapkan, pasien anak-anak (bila mentor menguasai kasus anak), pasien dengan efek samping obat yang berat, dll. Mentor juga dapat memilih kasus rutin yang penting untuk menjadi bahan diskusi.

Pada kegiatan *bedside teaching*, mentor mengamati *mentee* dalam penanganan pasien dan memberikan umpan balik. Pengamatan dapat mencakup kemampuan:

- melakukan anamnesis yang baik;
- melakukan pemeriksaan fisik yang komprehensif;
- melihat kemungkinan efek samping/toksisitas ARV atau obat lain;
- menilai kepatuhan terhadap ART dan pengobatan lain;
- melakukan skrining, pengobatan dan profilaksis infeksi oportunistik atau penyakit penyerta lain;
- meninjau obat-obat yang diberikan (melihat kemungkinan adanya interaksi obat);
- memberikan penyuluhan kepada pasien mengenai penyakitnya, termasuk pencegahan penularan (*positive prevention*);
- mengkaji risiko infeksi HIV pada keluarga pasien dan merujuk untuk konseling dan tes, dll

5. Melihat pencatatan di ikhtisar perawatan HIV dan ART

Diskusi kasus diikuti dengan melihat pencatatan ikhtisar perawatan HIV dan ART pasien tersebut dan rekam medis RS. Mentor harus memastikan ikhtisar perawatan HIV dan ART itu diisi dengan benar serta menekankan pentingnya melakukan pencatatan tersebut dengan lengkap.

Di samping itu, selama mentoring, mentor harus menyediakan waktu untuk meninjau paling sedikit lima ikhtisar perawatan HIV dan ART secara acak dan memperbaiki jika ditemukan kesalahan dalam pencatatan. Selanjutnya register pra-ART dan ART dapat juga dilihat untuk memastikan informasi telah dipindahkan dengan benar dari ikhtisar perawatan HIV dan ART.

Tujuan diskusi kasus dan melihat pencatatan bukan bermaksud seperti polisi atau memeriksa kesalahan.

#### 6. Kesimpulan dan rencana tindak lanjut

Di akhir kegiatan mentoring di layanan, tim mentor dan *mentee* berkumpul kembali untuk berdiskusi mengenai hal-hal yang masih kurang jelas, dan membuat tindak lanjut dari permasalahan yang ditemukan selama kegiatan mentoring, baik dari daftar tilik maupun dari kegiatan diskusi kasus.

Pada akhir mentoring, laporan hasil mentoring klinis dan program dikopi untuk ditinggal di layanan untuk ditindak lanjuti oleh mentor berikutnya.

### **Hari ketiga**

Kegiatan hari ketiga bertempat di dinas kesehatan atau tempat lainnya dengan mengundang dinas kesehatan, layanan yang diberikan mentoring, layanan HIV lainnya, LSM dan lintas sektor.

Aktivitas:

1. Kegiatan dimulai dengan pembukaan
2. Penyebaran kebijakan/pedoman nasional
3. Tim mentor menyampaikan hasil mentoring klinis di 2 layanan yang dikunjungi, rekomendasi, rencana tindak lanjut dan penanggung jawabnya
4. Diskusi tentang kasus klinis terkait HIV dari layanan lain. Kasus yang didiskusikan berasal dari fasilitas lain yang tidak dikunjungi untuk kegiatan mentoring klinis. Kegiatan yang dilakukan dalam bentuk tanya jawab di antara seluruh peserta dengan dipandu oleh salah satu mentor klinis.
5. Diskusi masalah klinis lain terkait program.

### **Pasca mentoring**

Pasca kegiatan mentoring, tim mentoring wajib menyelesaikan laporan hasil mentoring beserta rekomendasi dan tindak lanjutnya kemudian mengirimkan kepada pihak-pihak terkait; kementerian kesehatan, dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kota/kabupaten, layanan yang dikunjungi untuk mentoring. Hasil rekomendasi harus ditindak lanjuti dalam waktu paling lama 6 bulan.

Dokumen tersebut di atas dapat menjadi bahan pendukung untuk pengisian angka kredit fungsional dan Surat Tanda Registrasi (STR).

### III. Pembekalan untuk Mentor

Diperlukan pembekalan untuk tim mentor provinsi agar memiliki pemahaman yang sama terkait dengan prinsip-prinsip mentoring.

Topik pembekalan mentor:

- Apa itu mentoring; dasar dasar mentoring
- Membangun relasi mentor-*mentee*
- Komunikasi efektif dan keterampilan memberi umpan balik
- Keterampilan mengajar klinis
- Diagnosis klinis dan keterampilan mengambil keputusan
- Mengatasi masalah terkait sistem
- Pedoman Nasional Tatalaksana HIV termasuk ART untuk dewasa dan anak, Pedoman TB-HIV, PPIA dan IMS
- Pencatatan dan pelaporan
- Perangkat mentoring

### IV. Monitoring dan evaluasi program nasional mentoring klinis

Monitoring dan evaluasi adalah bagian penting dari manajemen sebuah program, untuk perencanaan dan memperbaiki pelaksanaan program. Sebagai bagian perencanaan, monitoring dan evaluasi menghasilkan data dan informasi untuk penetapan prioritas masalah, tujuan, kegiatan dan target yang harus dicapai. Sebagai bagian dari pelaksanaan, monitoring dan evaluasi menghasilkan data dan informasi untuk mengukur kemajuan kegiatan. Efektivitas mentoring dapat dipantau dengan beberapa cara.

Beberapa indikator dapat dibuat untuk memantau efektivitas keberhasilan pelaksanaan mentoring. Indikator-indikator tersebut misalnya:

- Jumlah kegiatan mentoring dalam 1 tahun;
- Monitoring pengetahuan dan ketrampilan *mentee*;
- Umpan balik *mentee* setelah setiap kunjungan mentor;
- Pertemuan periodik mentor sebagai forum untuk pertukaran pengalaman di antara mentor.

Mentoring harus dipandang sebagai proses belajar, baik untuk mentor dan *mentee*. Mentoring juga menjadi sumber umpan balik untuk memperbaiki sistem layanan kesehatan, dengan demikian juga harus bekerja erat dengan pengelola program (kota/kabupaten atau provinsi) dan tetap menjalin hubungan mentor-*mentee*.



## **V. Kondisi Khusus**

### **A. Rawatan Anak**

Di tempat dengan sumber daya terbatas dan beban HIV yang tinggi, desentralisasi perawatan HIV untuk anak menjadi pertimbangan khusus dibandingkan dengan rumah sakit yang memiliki dokter spesialis anaknya. Banyak klinisi enggan untuk menangani anak-anak. Hal ini menyebabkan rendahnya penggunaan ARV untuk anak meskipun ARV sudah tersedia.

Untuk rawatan anak diperlukan mentor yang berpengalaman dengan anak-anak dan dibantu oleh mentor yang berpengalaman pada orang dewasa yang telah mendapat pelatihan rawatan pada anak. Beberapa dokter spesialis anak dapat dipilih sebagai anggota mentor. Mentoring konseling mungkin lebih penting dibandingkan mentoring klinis untuk petugas kesehatan yang menghadapi banyak kasus penting mengenai anak-anak.

Untuk kota/kabupaten yang mempunyai kasus anak dengan HIV-AIDS yang tinggi tetapi tidak memiliki dokter spesialis anak perlu dilakukan:

- Jadwal kunjungan rutin oleh dokter spesialis anak yang terlatih dalam tatalaksana HIV anak
- Pelatihan disertai mentoring klinis kepada dokter umum terutama mengenai PDP termasuk monitoring kepatuhan berobat.

Hal-hal yang terpenting dalam rawatan anak adalah:

- Kombinasi terapi ARV dan perubahan dosis seiring tumbuhnya anak;
- Masalah tumbuh kembang dan nutrisi;
- Konseling pasca-tes dari anak kecil dan remaja;
- Pengungkapan status HIV (untuk anak di bawah umur atau di bangsal);
- Masalah remaja dalam menghadapi kepatuhan terhadap pengobatan dan perilaku seksual;
- Pemantauan kepatuhan terhadap anak yang dukungan keluarganya kurang (contoh, pasien yatim-piatu).

### **B. TB-HIV**

Penanganan pasien TB-HIV cukup rumit secara klinis dan program. Mentor klinis dapat memainkan peranan penting dalam memperbaiki kualitas layanan pasien TB-HIV dari kedua aspek tersebut. Dalam rangka memutus mata rantai penularan, diperlukan koordinasi yang erat dengan program penanggulangan yang ada di kota/kabupaten. Untuk itu diperlukan juga pelatihan dan mentoring yang terintegrasi bagi petugas kesehatan di fasyankes.

Aspek klinis meliputi:

- Mendiagnosis TB pada Odha;
- Penanganan terapi antiretroviral pada pasien yang menerima terapi anti-TB, termasuk penanganan efek samping obat;
- Penanganan sindrom pemulihan TB pada pasien yang memulai terapi antiretroviral;
- Menawarkan tes HIV kepada pasien TB.

Aspek mentoring program meliputi:

- Konseling dan tes HIV pada setiap pasien TB;
- Rujukan segera dari layanan TB ke layanan HIV AIDS dan sebaliknya;
- Dukungan terhadap terapi TB dan terapi antiretroviral.

### **C. Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA)**

Dalam hal cakupan program dan kegiatan PPIA, masih banyak yang harus dilakukan untuk memperbaikinya. Misalnya saja cakupan tes HIV pada ibu hamil, cakupan terapi ARV pada ibu hamil dengan HIV positif, profilaksis bagi anak, diagnosis dini pada anak, dan lain-lain. Di samping itu, masih banyak rumah sakit dan layanan primer yang sudah dapat memberikan terapi ARV masih merujuk ibu hamil dengan HIV ke tingkat layanan yang lebih tinggi, sehingga mengakibatkan banyaknya ibu hamil HIV positif yang akhirnya tidak datang ke tempat rujukan. Masih banyak pula anggapan dari penyedia layanan, bahwa ibu hamil dengan HIV positif harus ditangani secara khusus oleh spesialis di rumah sakit rujukan yang lebih tinggi.

Supervisi dan mentoring klinis diharapkan dapat mendorong layanan untuk memberikan layanan bagi perempuan dengan HIV dan ibu hamil baik belum diketahui statusnya maupun dengan HIV positif, serta anak yang dilahirkannya dengan berkualitas. Materi mentoring klinis dapat mencakup perencanaan kehamilan pada perempuan dengan HIV, penanganan ibu hamil dengan HIV positif, serta anak yang dilahirkannya.

### **D. Layanan Infeksi Menular Seksual (IMS)**

Layanan infeksi menular seksual diberikan baik di fasyankes primer maupun di rumah sakit. Umumnya, kasus IMS dengan penyulit ditatalaksana di rumah sakit. Layanan IMS merupakan salah satu pintu masuk layanan HIV, dimana sesuai arah kebijakan program nasional semua pasien yang datang ke layanan IMS perlu dilakukan tes HIV. Program pengendalian IMS juga telah mencapai beberapa hasil yang baik, sekaligus juga memiliki tantangan, misalnya saja dalam hal diagnosis dan terapi IMS, serta logistik laboratorium dan obat IMS. Supervisi program dan mentoring klinis diharapkan dapat membantu di dalam meningkatkan cakupan program, memberikan penyegaran untuk layanan IMS dalam memberikan layanan berkualitas, dan lain-lain.

## **E. Pengguna Napza Suntik**

Terdapat beberapa masalah klinis pada pengguna NAPZA suntik yang terinfeksi HIV, termasuk koinfeksi dengan hepatitis C dan substitusi obat. Banyak masalah klinis, seperti infeksi oportunistik berat sering terjadi pada pengguna NAPZA suntik yang terinfeksi HIV, yang memerlukan perhatian dari rumah sakit pusat rujukan nasional. Meskipun demikian, petugas kesehatan di rumah sakit kabupaten/kota dan provinsi harus didukung untuk memberikan layanan selengkap mungkin, karena rujukan ke rumah sakit pusat rujukan nasional juga sering menimbulkan masalah. Mentor klinis dapat menjadi sumber informasi dan mendukung tim klinis yang menangani pengguna NAPZA suntik yang terinfeksi HIV.

## **VI. Penutup**

Dengan membangun sistem mentoring diharapkan peningkatan kapasitas sumber daya manusia dapat terlaksana secara berkesinambungan, sehingga, kualitas layanan HIV dapat dijaga dan terstandar untuk seluruh Indonesia. Dengan kualitas layanan yang terjaga tersebut serta dukungan partisipasi masyarakat dan komunitas maka akses layanan HIV dapat lebih merata dan cakupan pencegahan perawatan, dukungan dan pengobatan HIV akan meningkat. Dengan demikian cita- cita untuk menekan laju epidemi HIV di Indonesia akan segera terwujud.

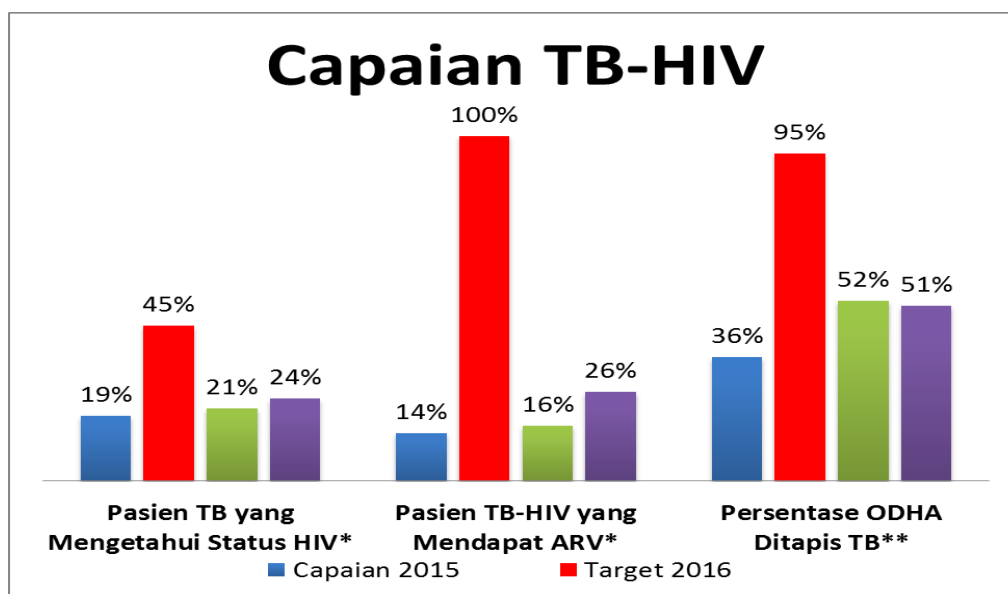
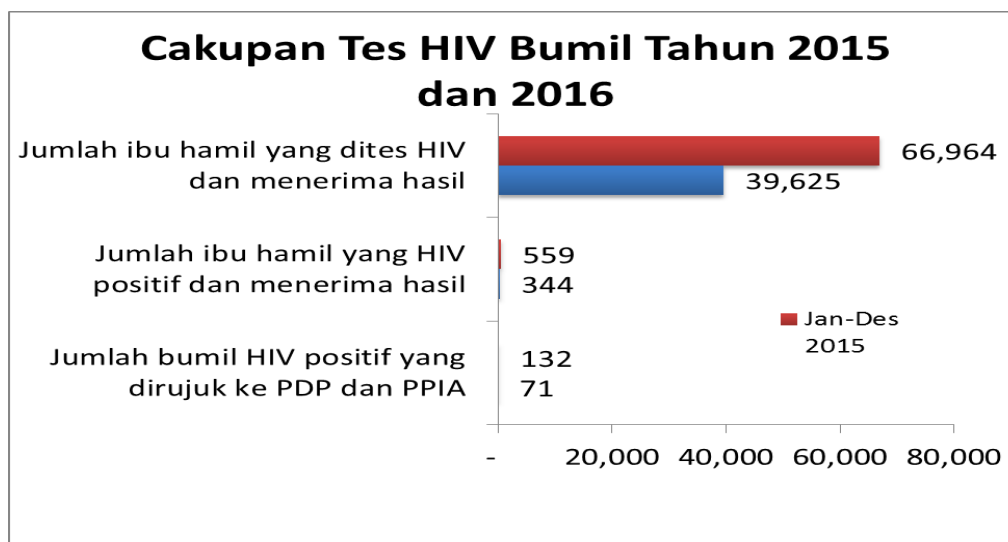
## Lampiran 1.

Contoh Agenda kegiatan supervisi program dan mentoring klinis terintegrasi :

Waktu	Kegiatan	Tempat	Peserta	Keterangan
<b>Hari I</b>				
10.00-16.00	Mentoring klinis dan mentoring program terintegrasi	RSUD A	Tim <i>mentee</i> RSUD A	Sesuai prosedur dengan bantuan daftar tilik
<b>Hari II</b>				
08.30-16.00	Mentoring klinis dan mentoring program terintegrasi	PKM B	Tim <i>mentee</i> PKM B	Sesuai prosedur dengan bantuan daftar tilik
<b>Hari III</b>				
08.30-09.30	Penyegaran kebijakan/pedoman nasional	Dinkes Provinsi	Dinkes KK, RSUD A, PKM B, PKM dan RS lain yang memberikan layanan HIV-AIDS, LSM, lintas program	
09.30-10.30	Rangkuman hasil kegiatan supervisi dan mentoring klinis di RSUD A dan PKM B			Masalah yang perlu penyelesaian di tingkat Dinkes dan manajemen RS
10.30-12.00	Diskusi kasus dan hal lain yang dihadapi layanan lain yang tidak dikunjungi			Kasus pasien Kohort, Kaskade 2 tahun terakhir dll

## Lampiran 2

Contoh diskusi program. Berikut adalah capaian PPIA dan TB-HIV di provinsi A. Diskusikan situasi capaian provinsi A, apa tindak lanjut yang diperlukan untuk memperbaiki capaian.



### Lampiran 3

#### Studi Kasus Klinis Pasien A

Riwayat penyakit: mengeluh sudah satu tahun keluar darah dan cairan dari anus terutama waktu BAB berobat ke RS A. Pasien didiagnosis jamur pada anus, hepatitis, haemoroid dan fistula perianus. RS A memberikan obat fluconazol dan obat haemoroid serta dirujuk ke unit bedah untuk fistula anus.

Pasien ditemukan saat *mobile clinic* oleh puskesmas, mendapatkan tes HIV dan hasil menunjukkan 3 tes reaktif, pasien mengatakan, ia dipulangkan oleh puskesmas.

Pasien beberapa kali dihubungi oleh puskesmas untuk datang guna mendapatkan pengobatan dengan suntikan. Pasien merasa takut karena mau disuntik, lalu berobat di klinik swasta dan dirujuk kembali ke RS A

Pasien bekerja sebagai perias model, dan memiliki pasangan.

1. Apa yang akan anda tanyakan lagi terkait dengan riwayat seksualnya?
2. Selain *mobile clinic*, bagaimakah cara menemukan kasus HIV di puskesmas?
3. Jika anda bekerja di rumah sakit dan mendapatkan rujukan pasien yang sudah di tes HIV dengan hasil reaktif apa yang akan anda lakukan?
4. Apakah akan dimulai pengobatan ARV? Mengapa? Paduan ARV apa yang akan anda berikan? Resepkan dengan berbagai skenario logistik.
5. Bagaimana cara anda memberikan ARV tersebut? Mengapa ARV diberikan pada malam hari? Apakah perlu pemeriksaan lab untuk inisiasi dengan paduan TDF+3TC+EFV?
6. Apakah ada aspek interaksi obat yang perlu dipertimbangkan?

Pasien tidak mau berobat di RS A dan kembali kepada klinik swasta (dr R) yang menjadi dokter keluarga. Dr R berdiskusi dengan koleganya dan direkomendasikan untuk membawa pasien ke puskesmas yang memang merupakan puskesmas rujukan IMS dan ARV

7. Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik pasien, pasien berada pada stadium berapa? Apakah stadium ini merupakan indikasi pemberian ARV?
8. Apakah pasien ini perlu diberikan kotrimoksazol? Apa tujuan pemberian kotrimoksazol? Apa yang akan anda monitoring terkait pemberian kotrimoksazol?

Pada pasien dilakukan pemeriksaan dengan anuskopi, swab uretra dan RPR dengan hasil:

- Didapat fistel sebesar lubang tusukan jarum 1 cm dari batas scrotum
- Keluar cairan dari fistel
- Terdapat kondiloma multiple, ukuran 1 cm
- Tampak cairan berwarna kekuningan mengalir dari anus
- Pemeriksaan anuskopi menunjukkan adanya cairan kekuningan, sedikit nyeri
- Diplokokus pada sampel yang berasal dari anus dan urethra
- RPR negatif

9. Apa rencana pengobatan anda dan bagaimana anda memonitornya

Pasien melaporkan hari ketiga setelah pemberian tinctura podofili, kondiloma lepas, mengeluh “keleyengan” pada hari kedua minum ARV, demam hari ke 3 dan warna kulit lebih gelap – tidak dilakukan pemeriksaan temperatur oleh pasien, cairan dari anus berhenti, cairan dari fistel berhenti, kecuali jika ditekan maka keluar lagi cairan dalam jumlah kecil.

Setelah hari ke 7 pasca pengobatan ARV, pemberian kotrimoksasol dan pengobatan IMS, masih tetap demam dan pasien merasa demam semakin tinggi. Pasien masih menggunakan kapas/tissue pada anus dan fistel – masih ada bercak cairan.

10. Apa penyebab demam pada pasien? Dan apa rencana anda berikutnya.

-----

Beberapa pesan kunci di dalam menghadapi kasus ini:

1. Riwayat seksual perlu digali, untuk melihat apakah pasien dari populasi kunci, pencatatan dan pelaporan, dan apakah keluhan pasien terkait dengan riwayat seksualnya.
2. *Mobile clinic* merupakan strategi yang baik untuk mencari kasus HIV pada populasi kunci, namun agar tidak melupakan pasien TB, ibu hamil, pasien IMS, dan pasien dengan gejala terkait HIV lainnya yang sudah ada di layanan. Agar dimintakan tes HIV.
3. Pada populasi kunci, sesuai dengan kebijakan dapat dimulai pemberian ARV, dan regimen yang dipilih adalah FDC (TDF+3TC+EFV), yang diberikan di malam hari untuk mengurangi efek samping EFV. Pemeriksaan fisik untuk menilai stadium harus tetap dilakukan.
4. Pemeriksaan laboratorium tidak mutlak harus dilakukan untuk inisiasi ARV.
5. Tindakan lain yang perlu dilakukan:
  - Menilai status TB pasien, dan apakah pasien perlu diberikan pencegahan TB dengan INH.
  - Memberikan kotrimoksasol jika memenuhi syarat
  - Skrining IMS
  - Edukasi pada pasien yang mencakup: menjelaskan rencana pengobatan, melakukan skrining IMS termasuk Sifilis, melakukan skrining TB, melakukan pemeriksaan hepatitis B dan C, memberikan konseling kepatuhan minum obat, mengajak pasangan seks untuk diperiksa, penggunaan kondom
6. Monitoring efek samping harus dilakukan, mencakup alergi, penekanan sumsum tulang, demam, dll, dan penatalaksanaan efek samping yang tepat.



## VII. LAMPIRAN

### PERANGKAT SUPERVISI DAN MENTORING KLINIS

Nama Fasyankes :  
Hari/Tanggal :  
Tim Mentor :

#### I. MANAJEMEN DAN SUMBER DAYA MANUSIA

Manajemen Sumber Daya Manusia	Metode	Ya/Tidak		Pengamatan/Alasan Penilaian
a. Tim PDP dan atau IMS telah mendapat pelatihan	Interview	Y	T	
b. Jumlah tim PDP dan atau IMS memadai (setidaknya terdiri atas: dokter, perawat/bidan, Farmasi, laboran, RR)	Interview	Y	T	
c. Ada SK tim PDP dari atasan	Interview dan observasi dokumen	Y	T	
d. Ada koordinator TB-HIV	Interview	Y	T	
d. Tersedia pedoman ART terbaru, pedoman IMS, pedoman TB-HIV, monev, dll	Observasi dokumen	Y	T	
e. Tersedia SPO terkait layanan HIV AIDS dan IMS	Observasi dokumen	Y	T	
f. Ada jadwal rutin pertemuan rutin tim PDP, TB-HIV dan atau IMS	Interview dan observasi dokumen	Y	T	

## II. IMPLEMENTASI TEKNIS DAN PROGRAM

a. Cakupan	Metode	Jumlah	Keterangan	Penanggung jawab/Sumber data
Jumlah kumulatif orang yang pernah masuk perawatan HIV s/d akhir bulan ini				LBPHA 1.4
Jumlah kumulatif orang yang memenuhi syarat untuk ART s/d akhir bulan ini				LBPHA 2.4
Jumlah kumulatif orang yang pernah memulai ART s/d akhir bulan ini				LBPHA 3.4
Jumlah kumulatif orang dengan ART s/d akhir bulan ini	Catpor bulan terakhir			LBPHA 4.5
Jumlah pasien TB terdaftar	Observasi dan catpor 2 TW terakhir			Unit TB
Jumlah pasien TB yang mengetahui status HIVnya	Observasi dan catpor 2 TW terakhir			Unit TB
Jumlah pasien TB yang HIV positif	Observasi dan catpor 2 TW terakhir			Unit TB
Jumlah pasien TB dengan HIV positif yang mendapat ARV	Observasi dan catpor 2 TW terakhir			Unit TB
Jumlah pasien HIV yang berkunjung ke layanan PDP	Observasi catpor bulan terakhir			1.9 LBPHA
Jumlah pasien dengan HIV yang berkunjung dan dikaji status TBnya	Observasi catpor bulan terakhir			6.1 LBPHA
Jumlah ODHA yang memulai PP INH selama bulan ini	Observasi catpor bulan terakhir			9.2 LBPHA

Jumlah yang memulai PP INH di antara ODHA baru masuk perawatan HIV selama bulan ini	Observasi catpor bulan terakhir			9.2.1 LBPHA
Jumlah ibu hamil ANC K1	Observasi catpor bulan terakhir			KIA
Jumlah Ibu hamil yang mengetahui hasil tes HIVnya	Observasi catpor bulan terakhir			KIA
Jumlah ibu hamil dites sifilis	Observasi catpor bulan terakhir			KIA
Jumlah ibu hamil sifilis positif	Observasi catpor bulan terakhir			KIA
Jumlah ibu hamil diobat sifilis	Observasi catpor bulan terakhir			KIA
Jumlah ibu hamil dengan HIV positif	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan KTHIV
Jumlah ibu hamil dengan HIV positif dan mendapat ARV	Observasi catpor bulan terakhir			LBPHA
Jumlah kunjungan WPS ke layanan IMS	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan IMS
Jumlah WPS yang dites sifilis	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan IMS
Jumlah WPS dengan sifilis	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan IMS
Jumlah WPS dengan sifilis diobati sifilis	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan IMS
Jumlah WPS HIV positif	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan KTHIV
Jumlah WPS baru HIV positif yang mendapat ARV	Observasi catpor bulan terakhir			3.2 LBPHA
Jumlah LSL ke layanan IMS	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan IMS
Jumlah LSL yang dites sifilis	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan IMS
Jumlah LSL dengan sifilis	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan IMS
Jumlah LSL dengan sifilis diobati sifilis	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan IMS
Jumlah LSL HIV positif	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan KTHIV

Jumlah LSL baru HIV positif yang mendapat ARV	Observasi catpor bulan terakhir			3.2 LBPHA
Jumlah kunjungan Waria ke layanan IMS	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan IMS
Jumlah Waria yang dites sifilis	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan IMS
Jumlah Waria dengan sifilis	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan IMS
Jumlah Waria dengan sifilis diobati sifilis	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan IMS
Jumlah Waria HIV positif	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan KTHIV
Jumlah Waria baru HIV positif yang mendapat ARV	Observasi catpor bulan terakhir			3.2 LBPHA
Jumlah Penasun HIV positif	Observasi catpor bulan terakhir			Laporan KTHIV
Jumlah Penasun baru HIV positif yang mendapat ARV	Observasi catpor bulan terakhir			3.2 LBPHA

<b>b. Fasilitas</b>	<b>Metode</b>	<b>Ya/Tidak</b>		<b>Pengamatan/Alasan Penilaian</b>
Layanan IMS/PDP memiliki ruang terpisah untuk: - administrasi/ruang tunggu - konsultasi/pemeriksaan - pencatatan dan pelaporan - pengambilan obat - laboratorium	Observasi	Y	T	
Alat dan bahan pemeriksaan di ruang periksa IMS lengkap	Observasi	Y	T	

Layanan IMS/PDP menerapkan <i>standard precaution</i> dan manajemen PEP		Y	T	
Tersedia format kartu pasien, ikhtisar perawatan, lembar follow up, buku registrasi Pra-ART, registrasi ART, laporan bulanan, formulir rujukan, catatan medis IMS.	Observasi	Y	T	
Data Klien tersimpan aman/rahasia	Interview dan observasi	Y	T	
Tersedia materi komunikasi, informasi dan edukasi (brosur, leaflet, poster), dan kondom	Interview dan observasi	Y	T	
Sebutkan jenis ARV dan obat IMS* yang tersedia	Interview dan observasi	Y	T	
Tersedia pemeriksaan laboratorium sesuai standar dan pedoman (CD4, viral load, pemeriksaan darah lainnya atau rujukan)	Interview dan observasi	Y	T	

<b>c. Area diskusi mentoring klinis</b>	<b>Metode</b>	<b>Ya/Tidak</b>		<b>Catatan</b>
Tes atas inisiasi petugas kesehatan (TIPK)	Diskusi kasus, observasi	Y	T	
Manajemen pra-ART	Diskusi kasus, observasi	Y	T	
Manajemen infeksi oportunistik	Diskusi kasus, observasi	Y	T	
Manajemen lini pertama--efek samping	Diskusi kasus, observasi	Y	T	

ART lini kedua	Diskusi kasus, observasi	Y	T	
TB-HIV	Diskusi kasus, observasi	Y	T	
PPIA	Diskusi kasus, observasi	Y	T	
Laboratorium (viral load, EID)	Diskusi kasus, observasi	Y	T	
Infeksi Menular Seksual	Diskusi kasus, observasi	Y	T	

### III. MONITORING DAN EVALUASI

Sistem Pencatatan dan Pelaporan berjalan baik	Metode	Ya/Tidak		Pengamatan/Alasan Penilaian
Ikhtisar perawatan/catatan medis pasien IMS diisi secara rutin dan lengkap untuk semua pasien yang masuk ke layanan	Observasi	Y	T	
Pasien HIV dengan TB juga dicatat di dalam pencatatan TB (TB01, dan lain-lain)	Observasi	Y	T	
Laporan dibuat melalui SIHA tepat waktu	Observasi	Y	T	

Tersedianya proses pengolahan data, pengawasan dan umpan balik	Metode	Ya/Tidak		Pengamatan/Alasan Penilaian
Tim PDP dan atau tim IMS melakukan analisis dan evaluasi cakupan secara rutin	Interview	Y	T	
Tim PDP melakukan identifikasi terhadap pasien <i>loss to follow up</i>	Interview	Y	T	

Tim PDP memiliki rencana untuk perbaikan cakupan dan mengatasi <i>loss to follow up</i>	Interview	Y	T	
---	-----------	---	---	--

## RANGKUMAN

### I MANAJEMEN DAN SUMBER DAYA MANUSIA

Sub Kategori	Tindak lanjut yang dibutuhkan	Penanggung jawab	Tanggal Diharapkan Perbaikan
Manajemen Sumber Daya Manusia			

## II IMPLEMENTASI TEKNIS DAN PROGRAM

Sub Kategori	Tindak lanjut yang dibutuhkan	Penanggung jawab	Tanggal Diharapkan Perbaikan
Cakupan			
Fasilitas dan pelayanan IMS dan atau PDP tertata dengan baik			
Pelayanan diberikan sesuai standar			

## III MONITORING DAN EVALUASI (M&E)

Sub Kategori	Tindak lanjut yang dibutuhkan	Penanggung jawab	Tanggal Diharapkan Perbaikan
Sistem pencatatan dan pelaporan berjalan dengan baik			
Proses penggunaan data, pengawasan dan umpan balik tersedia			



