

**PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 3720/A000/XI/2021**

**TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN
PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS
DI RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

**LEMBAR VALIDASI
PEDOMAN PELAYANAN
PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS DI RS INTAN HUSADA
NOMOR: 3720/A000/XI/2021**

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Yustiana Meli Amd.Keb	Ketua Prognas		8-11-2021
	:	Tresna Suci,Amd.Kep	Anggota Tim Prognas		8-11-2021
	:	Eneng Rofi Fauziah,Amd.Kep	Anggota Tim Prognas		8-11-2021
	:	Ayu Wahyuni,Amd.Kep	Anggota Tim Prognas		8-11-2021
Verivikator	:	Depi Rismayanti,S.Kep	Manajer Keperawatan		8-11-2021
	:	dr.Iva Tania	Manejer Pelayanan Medik		8-11-2021
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		8-11-2021

LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 3720/A000/XI/2021
TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS

Menimbang :

- a. bahwa dalam rangka peningkatan mutu dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, Rumah Sakit Intan Husada telah memenuhi syarat dan kemampuan pelayanan sebagai Rumah Sakit Umum Kelas C.
- b. bahwa dalam rangka penerapan tata kelola rumah sakit yang baik dan pelayanan rumah sakit yang efektif, efisien dan akuntabel di Pelayanan Penanggulangan pasien tuberkulosis perlu dibuat ketentuan dasar untuk melakukan/melaksanakan kegiatan pelaksanaan Penanggulangan tuberkulosis di Rumah sakit Intan Husada.
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam butir a dan b maka Direktur Intan Husada perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pedoman Pelayanan Penanggulangan Tuberkulosis.

Mengingat :

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
2. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis;
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
6. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten garut nomor 503/244/02-IORS/DPMPT/2021 Tentang izin Operasional rumah sakit kelas C kepada rumah sakit Intan Husada;
7. Keputusan Direktur Utama PT.RS intan Husada Nomor 034/PT.RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS sebagai direktur Rumah Sakit Intan Husada
8. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3515/A000/XI/2021 tentang Program Nasional (Prognas)

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PEDOMAN PELAYANAN PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS

- Kesatu : Peraturan Direktur Nomor 3720/A000/XI/2021 tentang Pedoman Pelayanan Penaggulangan Tuberkulosis.
- Kedua : Pedoman Pelayanan Penanggulangan Tuberkulosis di Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Pelayanan Penanggulangan Tuberkulosis di Intan Husada.
- Ketiga : Adapun pedoman tersebut terlampir dalam peraturan Direktur ini, dan menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan.
- Keempat : Peraturan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 8 November 2021
Direktur



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP.2111018363

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
DAFTAR ISI	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Pedoman	1
C. Ruang Lingkup Pelayanan	1
D. Batasan Operasional	2
BAB II. STANDAR KETENAGAAN	4
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia	4
B. Distribusi Ketenagaan	5
C. Pengaturan Jaga	6
BAB III. STANDAR FASILITAS	7
A. Denah Ruangan	7
B. Standar Fasilitas	7
BAB IV. TATA LAKSANA PELAYANAN	8
A. Pelaksanaan Promosi Kesehatan Tuberkulosis	8
B. Pelaksanaan Surveilans Tuberkulosis dan Sistem Informasi TB	8
C. Pelaksanaan Pengendalian Faktor Risiko	9
D. Pelaksanaan Penemuan Kasus Tuberkulosis	10
E. Pelaksanaan Penanganan Kasus Tuberkulosis	15
F. Pelaksanaan Pemberian Kekebalan dan Pengobatan Pencegahan Tuberkulosis	17
G. Kegiatan Rujukan Pasien Tuberkulosis, mencakup:	18
BAB V. LOGISTIK	19
A. Jenis-Jenis Logistik Pelayanan Pasien TB dengan strategi DOTS	19
B. Proses Perencanaan Logistik	20
C. Proses Pengadaan dan Pendistribusian Logistik	20
D. Penggunaan Logistik	21
E. Penghapusan Logistik	21
F. Evaluasi Logistik	21
BAB VI KESELAMATAN PASIEN	23
A. Identifikasi Risiko Keselamatan Pasien	23
B. Manajemen Risiko Keselamatan Pasien	24
C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Pasien	25
BAB VII KESELAMATAN KERJA	27
A. Identifikasi Risiko Keselamatan Kerja	27
B. Manajemen Risiko Keselamatan Kerja	27
C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Kerja	28
BAB VIII. PENGENDALIAN MUTU	30
A. Indikator Mutu	30

B. Monitoring	34
C. Evaluasi.....	34
D. Pelaporan.....	34
E. <i>Continuous Improvement</i>	35
BAB XI. PENUTUP	36
DAFTAR PUSTAKA	37

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*) Sebagian besar kuman tuberkulosis (TB) menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Sumber penularan adalah dahak yang mengandung kuman TB. Gejala umum TB pada orang dewasa adalah batuk yang terus-menerus dan berdahak, selama 2-3 minggu atau lebih.

Di Indonesia, TB merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Tahun 1995, hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor tiga (3) setelah penyakit kardiovaskular dan penyakit saluran napas pada semua kelompok usia, dan nomor satu (1) dari golongan penyakit infeksi. Tahun 2006, di Indonesia ditemukan dan diobati sekitar 534.000 pasien baru untuk semua pasien TB dengan kematian sekitar 88.000 (Laporan WHO tahun 2008). Dari Survei Prevalensi Tuberkulosis pada tahun 2004 diperkirakan setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 110 pasien baru TB paru BTA positif. Program Nasional Penanggulangan TB dengan Strategi DOTS di Indonesia dimulai pada tahun 1995. Sampai akhir 2007, program Penanggulangan TB dengan Strategi DOTS telah menjangkau 98% dari jumlah Puskesmas yang ada, namun untuk rumah sakit baru sekitar 38%, sedangkan BP4/BKPM/BBKPM sekitar 97.

Rumah Sakit Intan Husada (RSIH) adalah rumah sakit rujukan yang memiliki visi menjadi rumah sakit yang memberikan pelayanan terbaik Sepriangan Timur. Dalam mencapai visi tersebut diperlukan upaya yang berkelanjutan dan fasilitas beserta sistem yang memadai.

B. Tujuan Pedoman

1. Tujuan Umum

Sebagai acuan dalam kegiatan pelayanan penanggulangan pasien TB dengan di RSIH.

2. Tujuan Khusus

- a) Sebagai Acuan Dalam Kegiatan Promosi kesehatan Tentang Tuberkulosis.
- b) Sebagai Acuan Dalam Kegiatan Surveilans Tuberkulosis.
- c) Sebagai Acuan Dalam Kegiatan Pengendalian Faktor Risiko.
- d) Sebagai Acuan Dalam Kegiatan Penemuan Kasus Tuberkulosis.
- e) Sebagai Acuan Dalam Kegiatan Penanganan Kasus Tuberkulosis.
- f) Sebagai Acuan Dalam Kegiatan Pemberian kekebalan dan Pemberian Obat Pencegahan.
- g) Sebagai Acuan Dalam Kegiatan Rujukan Pasien Tuberkulosis.

C. Ruang Lingkup Pelayanan

1. Kegiatan Promosi kesehatan Tentang Tuberkulosis.
2. Kegiatan Surveilans Tuberkulosis.
3. Kegiatan Pengendalian Faktor Risiko.

4. Kegiatan Penemuan Kasus Tuberkulosis.
5. Kegiatan Penanganan Kasus Tuberkulosis.
6. Kegiatan Pemberian kekebalan dan Pemberian Obat Pencegahan.
7. Kegiatan Rujukan Pasien Tuberkulosis.

D. Batasan Operasional

1. Kegiatan Promosi kesehatan Tentang Tuberkulosis adalah pelaksanaan promosi kesehatan di RSIH dalam penanggulangan TB diarahkan untuk meningkatkan pengetahuan yang benar dan komprehensif mengenai pencegahan penularan, pengobatan, pola hidup bersih dan sehat (PHBS), sehingga terjadi perubahan sikap dan perilaku.
2. Kegiatan Surveilans Tuberkulosis, merupakan kegiatan yang dilakukan untuk upaya memperoleh data epidemiologi yang diperlukan untuk sistem informasi program TB di RSIH.
3. Kegiatan Pengendalian Faktor Risiko Tuberkulosis adalah upaya yang dilakukan untuk mengendalikan faktor risiko TB di RSIH. Adapun upaya yang dilakukan melalui kegiatan:
 - a) Kegiatan pengendalian kuman penyebab TB.
 - b) Kegiatan pengendalian faktor risiko individu.
 - c) Kegiatan pengendalian faktor lingkungan.
4. Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Tuberkulosis adalah merupakan upaya yang bertujuan untuk mengurangi penularan TB dan melindungi petugas kesehatan, serta pengunjung di RSIH. Adapun upaya yang dilakukan melalui 4 pilar yakni:
 - a) Pengendalian Manajerial.
 - b) Pengendalian Administratif.
 - c) Pengendalian lingkungan.
 - d) Pengendalian dengan alat pelindung diri.
5. Kegiatan Penemuan Kasus Tuberkulosis, merupakan untuk mendapatkan pasien TB melalui serangkaian kegiatan, setelah diagnosis ditetapkan dilanjutkan pengobatan yang adekuat sampai sembuh, sehingga tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain. Kegiatan yang dilakukan meliputi:
 - a) Strategi Penemuan Kasus TB.
 - b) Diagnosis Tuberkulosis.
6. Kegiatan Penanganan Kasus Tuberkulosis adalah kegiatan yang dilakukan untuk menangani kasus TB, kegiatan ini mencakup:
 - a) Penanganan kasus TB orang dewasa.
 - b) Penanganan kasus TB anak.
 - c) Penanganan kasus TB pada ODHA.
7. Kegiatan Pemberian kekebalan dan Pemberian Obat Pencegahan Tuberkulosis
Salah satu upaya pencegahan mencegah kesakitan atau sakit yang berat adalah dengan memberikan kekebalan berupa vaksinasi dan pengobatan pencegahan (profilaksis). Adapun upaya yang dilakukan diantaranya:
 - a) Pemberian kekebalan (Imunisasi) BCG.
 - b) Pengobatan pencegahan dengan INH.

8. Rujukan Pasien Tuberkulosis

Rujukan pasien TB adalah rujukan yang dilakukan baik secara horizontal maupun vertikal.

BAB II STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

No	Nama Jabatan	Kualifikasi		Pengalaman & Kualifikasi	Jumlah yang diperlukan
		Formal	Sertifikat		
1	Ketua Tim TB	Dokter Spesialis Paru	Pelatihan Pelayanan TB di Rumah Sakit	<ul style="list-style-type: none"> Memiliki kemampuan dalam menejemen dan kepemimpinan Sehat jasmani dan rohani Memiliki kemampuan dalam membina hubungan baik dengan orang lain 	1
2	Penanggung Jawab POLI PARU	Minimal D3 Keperawatan	Pelatihan Pelayanan TB di Rumah Sakit	1) Sebagai perawat yang memiliki pengalaman kerja minimal 1 thn 2) Sehat Jasmani dan Rohani.	2
3	Penanggung Jawab Jejaring Internal Rawat Jalan (IRJ) Pasien TB	Minimal D3 keperawatan	Pelatihan Pelayanan TB di Rumah Sakit	3) Sebagai perawat yang memiliki pengalaman kerja minimal 1 thn 4) Sehat Jasmani dan Rohani.	1
3	Penanggung Jawab Jejaring Internal Rawat Inap (IRI) Pasien TB	Minimal dokter umum/ D3 Keperawatan	Pelatihan Pelayanan TB di Rumah Sakit	<ul style="list-style-type: none"> Sebagai perawat/ sebagai dokter umum minimal 2 tahun bekerja di RSIH. Memiliki minat kepribadian serta komunikasi yang baik. Sehat Jasmani dan Rohani. 	6
4	Penanggung Jawab Unit di Rawat Jalan	Minimal D3 Keperawatan /S1 Keperawatan Ners	Pelatihan Pelayanan TB dengan di Rumah Sakit	a. Sebaga perawat yang memiliki pengalaman kerja minimal 2 thn. b. Memiliki minat kepribadian serta komunikasi yang baik c. Memiliki kemampuan mengenai pasien umum d. Sehat Jasmani dan Rohani.	1

5	Penanggung Jawab Farmasi TB	Apoteker	Pelatihan Pelayanan TB di Rumah Sakit	e. Sebagai perawat yang memiliki pengalaman kerja minimal 2 thn. f. Memiliki minat kepribadian serta komunikasi yang baik g. Memiliki kemampuan mengenai pasien umum a. Memiliki pengetahuan tentang obat-obatan terutama OAT h. Sehat Jasmani dan Rohani.	1
6	Penanggung Jawab Laboratorium	Minimal D3 Analis/ Dokters spesialis patologi klinik	Pelatihan Pelayanan TB di Rumah Sakit	i. Pengalaman kerja dibidangnya minimal 2 b. Sehat Jasmani dan Rohani.	1
7	Penanggung Jawab PPI Tuberkulosis	Minimal Perawat S1 keperawatan	Pelatihan PPI, PPI TB	1) Sebagai IPCN minimal 2 tahun 2) Memiliki minat kepribadian serta komunikasi yang baik 3) Memiliki pengetahuan tentang PPI TB 4) Sehat Jasmani dan Rohani.	1
8	Penanggung Jawab PKRS	Minimal S1 SKM	Pelayanan TB dengan di Rumah Sakit	5) Sebagai PKRS minimal 2 tahun 6) Memiliki minat kepribadian serta komunikasi yang baik 7) Sehat Jasmani dan Rohani.	1

B. Distribusi Ketenagaan

Ketenagaan dalam Tim Penanggulangan TB terdiri dari;

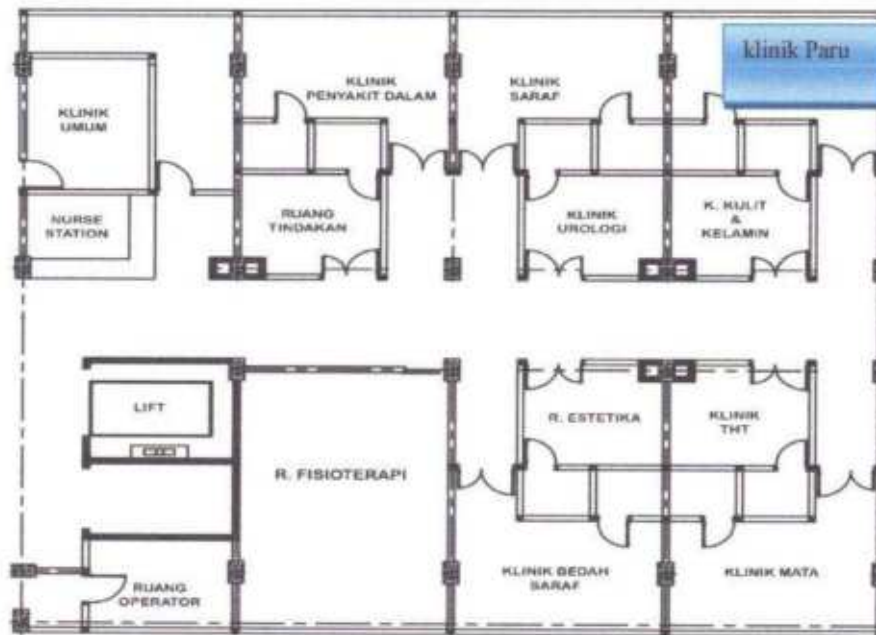
1. Dokter spesialis Paru.
2. Dokter Spesialis Anak, spesialis penyakit dalam.
3. Perawat di IGD
4. Perawat Unit Rawat Jalan.
5. Staf Farmasi.
6. Staff Laboratorium.
7. Staf PKRS.

C. Pengaturan Jaga

1. Penjaringan Pasien suspek TB rawat jalan 2 *shift* pada pukul 07.00 – 20.00 WIB
2. Penjaringan Pasien Pasien suspek TB di IGD 3 *shift* pada pukul 07.00 – 07.00 WIB
3. Pelayanan Petugas Analis *Shift*.
4. Pelayanan Petugas Farmasi 1 *Shift* pukul 07.00-20.00
5. Pelayanan PKRS

BAB III STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruangan



Denah Ruang Pelayanan Poli Paru Intan Husada

B. Standar Fasilitas

Standar fasilitas pelayanan poli Paru yang menjadi pusat pelayanan pasien Tuberkulosis meliputi kegiatan pengobatan, diagnostik, pencatatan dan pelaporan, serta menjadi pusat jejaring internal atau external penanggulangan TB, ruangan poli Paru memenuhi standar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI-TB). Poli Paru di RSIH berada di lingkungan poliklinik Gedung 2, bangunan tersebut dilengkapi dengan sesuai standar PPI TB diantaranya:

1. Ruangan pemeriksaan pasien berikut ruang edukasi dilengkapi dengan satu tempat tidur ruang pemeriksaan pasien, tabung oksigen, x-ray viewer, alat ukur berat badan pasien, lemari untuk penyimpanan formulir- formulir pelayanan pasien TB, meja dan kursi petugas kesehatan, pasien dan keluarga pasien.
2. Ruangan tunggu pasien, dilengkapi dengan kursi tunggu, televisi, *leaflet*, *standing banner* untuk bahan edukasi pasien dan keluarga pasien. Ruangan dilengkapi juga dengan wastafel berikut sabun cair dan tissue, cairan *hand rub* untuk fasilitas cuci tangan (untuk mendukung perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)).
3. Sistem ventilasi yang digunakan di ruang pemeriksaan dan diruang tunggu pasien dan keluarga pasien menggunakan ventilasi campuran dimana sistem ventilasi alamiah ditambah dengan penggunaan peralatan mekanik (kipas angin) untuk menambah efektifitas penyaluran udara.
4. Petugas di poli Paru menggunakan alat pelindung diri masker respiratori N95, Sedangkan untuk pasien menggunakan masker bedah.

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Pelaksanaan Promosi Kesehatan Tuberkulosis

Pelaksanaan promosi kesehatan di RSIH dalam penanggulangan TB diarahkan untuk meningkatkan pengetahuan yang benar dan komprehensif mengenai pencegahan penularan, pengobatan, pola hidup bersih dan sehat (PHBS), sehingga terjadi perubahan sikap dan perilaku.

1. Sasaran Promosi Kesehatan Tuberkulosis

Sasaran promosi kesehatan penanggulangan pasien TB adalah:

- Pasien rawat jalan, rawat inap, keluarga pasien, dan pengunjung RSIH.
- Petugas kesehatan di RSIH.
- Masyarakat sekitar

2. Strategi Promosi Kesehatan dalam Penanggulangan TB

- Strategi promosi kesehatan dalam penanggulang TB di RSIH dilakukan dengan kemitraan, kemitraan antara RSIH dengan Dinas kesehatan Kabupaten Garut.

4. Pelaksanaan Kegiatan Promosi Kesehatan Tuberkulosis

a) Media Komunikasi

Media komunikasi yang digunakan di RSIH untuk promosi kesehatan tuberkulosis adalah poster dan edukasi secara langsung melalui infocus.

b) Sumber Daya Manusia

Di RSIH petugas yang melakukan promosi kesehatan terkait tuberkulosis adalah petugas PKRS, seluruh perawat baik rawat inap maupun rawat jalan, seluruh dokter.

B. Pelaksanaan Surveilans Tuberkulosis dan Sistem Informasi TB

1. Surveilans Tuberkulosis

Kegiatan pelaksanaan Surveilans Tuberkulosis merupakan kegiatan yang dilakukan untuk upaya memperoleh data epidemiologi yang diperlukan untuk sistem informasi program TB. Terdiri dari 2 surveilans diantaranya:

a) Surveilans berbasis indikator

Surveilans berbasis indikator dilaksanakan oleh petugas multi disipliner dengan menggunakan data layanan rutin yang dilakukan pada pasien TB.

Pencatatan dan Pelaporan TB Sensitif Obat

Formulir diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, Adapun nama formulir dan petugas yang mengisi adalah sebagai berikut :

Nama Formulir	Petugas Yang Mengisi
• Daftar atau buku register terduga TB (TB.06).	Bidan/Perawat di Unit Rawat Inap, Rawat Jalan, Unit Intensif Dewasa, Unit Intensif Anak, Unit Gawat Darurat.
• Formulir Permohonan Pemeriksaan Bakteriologis TB (TB.05).	Seluruh Dokter yang memberikan pelayanan pada pasien
• Kartu Pengobatan Pasien TB (TB.01).	Perawat Poli Paru

<ul style="list-style-type: none"> • Kartu Pengobatan Pencegahan TB (TB.01 P) • Kartu Identitas Pasien TB (TB.02). • Register TB Fasilitas Kesehatan (TB.03 faskes). • Formulir Rujukan/Pindah Pasien TB (TB.09). • Formulir Hasil Akhir Pengobatan Pasien TB Pindahan (TB.10). • Register Laboratorium TB untuk Laboratorium Faskes Mikroskopis dan Tes Cepat (TB.04). • Register Laboratorium TB Untuk Rujukan Tes Cepat, Biakan Dan Uji Kepekaan (TB.04 Rujukan). • Formulir Triwulan Uji Silang Sediaan TB Fasilitas Kesehatan Mikroskopis (TB.12 Faskes). • Pelacakan Kontak Anak (TB) • Register Kontak Tuberkulosis (TB.16). 	<p>Perawat Poli Paru</p> <p>Perawat Poli Paru</p> <p>Perawat Poli Paru</p> <p>Perawat Poli Paru</p> <p>Dokter Penanggung Jawab Pelayanan Petugas Mikroskopis</p> <p>Dokter penanggung jawab pelayanan</p> <p>Petugas mikrobiologi</p> <p>Perawat Poli Paru</p> <p>Perawat Poli Paru</p>
---	---

b) Surveilans Berbasis Kejadian

Surveilans berbasis kejadian luar biasa di RSIH dilaporkan oleh masing- masing kepala unit baik rawat jalan maupun rawat inap jika terjadi peningkatan yang luar biasa diagnosa tuberkulosis

1) Notifikasi Wajib (*Mandatory Notification*)

Notifikasi Wajib (*Mandatory Notification*) TB adalah penyakit menular yang wajib dilaporkan. Sistem notifikasi wajib dilakukan melalui sistem elektronik sesuai dengan tata cara dan sistem yang ditentukan oleh program penanggulangan TB dari dinas kesehatan kabupaten Garut. Dalam pelaksanaan notifikasi, digunakan Nomor Induk Kependudukan (NIK) sebagai identitas pasien TB. Di RSIH notifikasi wajib dilakukan bersamaan dengan Dinas kesehatan Kabupaten Garut diundang bersamaan dengan fasyankes kesehatan lainnya.

2) Monitoring dan Evaluasi (*Monev*)

Tim melaksanakan monitoring dan evaluasi program TB dilakukan secara rutin dan berkala sebagai deteksi awal masalah dalam pelaksanaan kegiatan program sehingga dapat segera dilakukan tindakan perbaikan. Tim melakukan monitoring dengan membaca dan menilai laporan rutin maupun laporan tidak rutin, serta kunjungan lapangan. Evaluasi dilakukan untuk menilai sejauh mana pencapaian tujuan, indikator, dan target yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan dalam rentang waktu perbulan.

C. Pelaksanaan Pengendalian Faktor Risiko

1. Kegiatan pengendalian kuman penyebab TB

- a) Dokter Penanggung Jawab pelayanan menegakkan diagnosa TB dengan melakukan pemeriksaan BTA melalui sputum.
- b) Dokter penanggung jawab pelayanan melakukan skrining komorbid TB diantaranya dengan menawarkan pemeriksaan HIV dan diabetes kepada setiap pasien TB.
2. Kegiatan Pengendalian Faktor Risiko Individu
 - a) Semua karyawan di RSIH membudayakan pelaksanaan PHBS atau Perilaku Hidup Bersih dan Sehat, makan makanan bergizi, dan tidak merokok.
 - b) Semua karyawan di RSIH melaksanakan etika berbatuk dan cara membuang dahak.
 - c) Pemberian vaksin BCG untuk karyawan yang berisiko tinggi tertular TB.
 - d) Dokter/perawat/bidan memberikan edukasi dan melaksanakan pemberian vaksin BCG dan Pemberian profilaksis INH pada anak di bawah lima tahun.
3. Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

Di RSIH kegiatan PPI TB dilakukan dengan 4 pilar diantaranya:

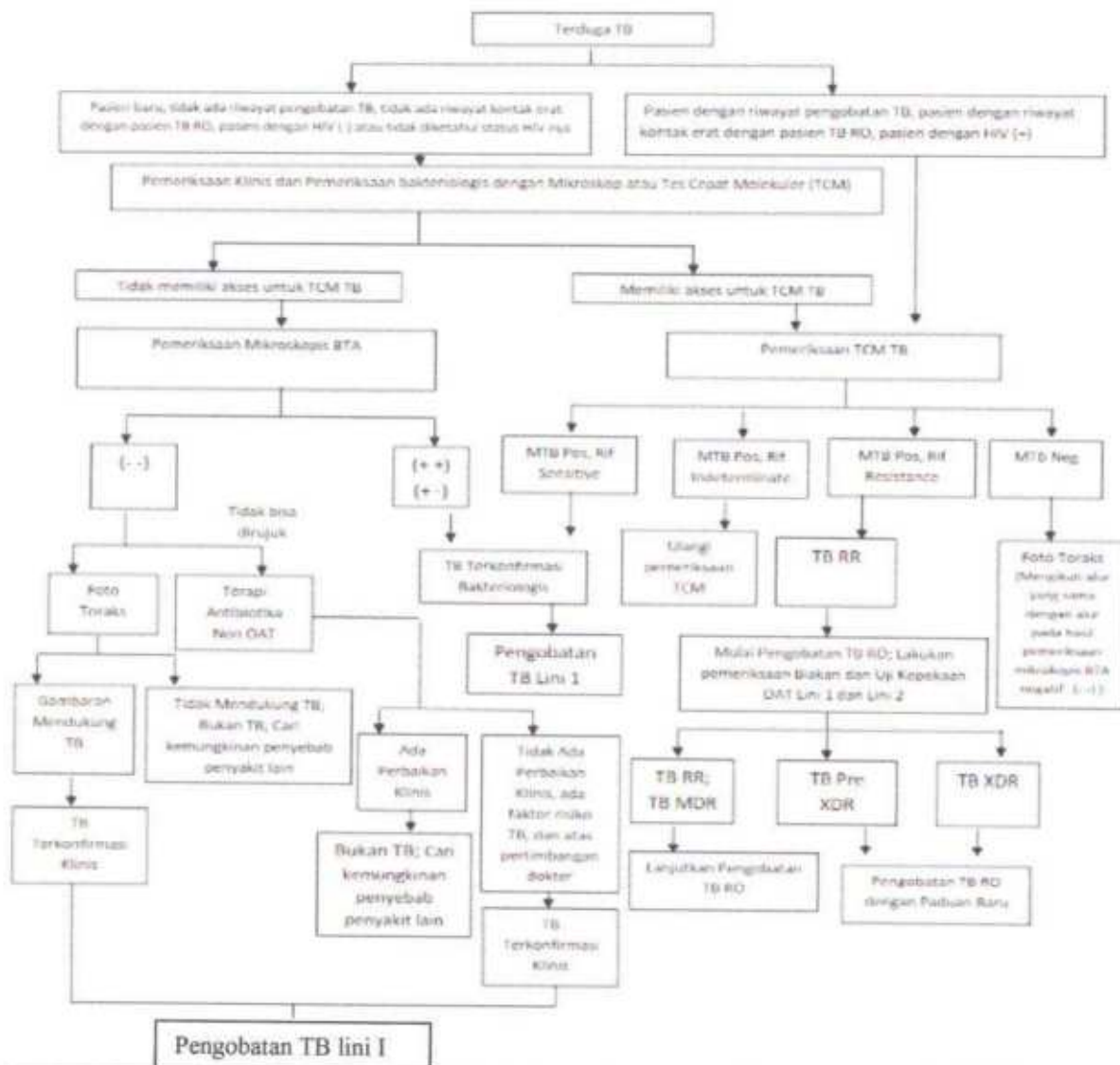
 - a) Kegiatan Pengendalian secara Manajerial
 - 1) Direktur RSIH membuat kebijakan dan melaksanakan PPI TB.
 - 2) Ketua Tim TB Paru membuat pelaporan secara rutin kepada direktur terkait program pengendalian TB.
 - 3) RSIH menyediakan ruangan khusus sesuai dengan standar untuk pasien yang terduga TB.
 - b) Kegiatan Pengendalian secara administratif
Upaya ini dilakukan untuk mencegah atau mengurangi paparan kuman TB kepada petugas kesehatan, pasien, pengunjung, dan lingkungan sekitarnya. Pelaksanaannya mencakup:
 - 1) Petugas unit rawat jalan melakukan skrining pasien tuberkulosis di Nurse Station.
 - 2) Petugas nurse station memberikan masker kepada pasien yang terduga tuberkulosis.
 - 3) Perawat mengedukasikan etika batuk bersin terhadap pasien suspek tuberkulosis.
 - c) Kegiatan Pengendalian lingkungan di RSIH
Di poli Paru diatur agar aliran udara tidak membawa kuman TB mendekati petugas kesehatan tetapi diatur dengan ventilasi alamiah, ventilasi mekanik dan ventilasi campuran agar aliran udara menjauhi pasien dan petugas upaya ini dilakukan untuk mengurangi penyebaran kuman TB melalui udara. Petugas klinik Paru menyalakan exhaust fan pada saat melayani pasien tuberkulosis.
 - d) Kegiatan Pengendalian Pemanfaatan Alat Pelindung Diri
 - 1) Pasien yang terduga TB atau terdiagnosa TB wajib menggunakan masker bedah selama RSIH.
 - 2) Petugas di poli Paru baik perawat atau Dokter wajib menggunakan masker N95.

D. Pelaksanaan Penemuan Kasus Tuberkulosis

1. Strategi penemuan kasus tuberkulosis
 - a) Petugas PKRS melakukan edukasi secara aktif terkait penemuan kasus tuberkulosis.
 - b) Dokter melakukan pemeriksaan tuberkulosis untuk setiap pasien diabetes melitus.
 - c) Dokter melakukan pemeriksaan tuberkulosis untuk setiap pasien HIV.
2. Diagnosis Tuberkulosis
 - a) Dokter melakukan Penegakkan diagnosis dengan cara:

- 1) Keluhan dan hasil anamnesis pasien.
 - 2) Pemeriksaan laboratorium, rontgen, hasil anamnesis, pemeriksaan klinis, pemeriksaan penunjang lainnya.
 - 3) Dokter melaksanakan pemeriksaan klinis berdasarkan gejala dan tanda TB diantaranya batuk, dahak bercampur darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, BB turun, malaise, berkeringat di malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari 1 bulan.
- b) Pemeriksaan laboratorium
- 1) Pemeriksaan Bakteriologi
 - 2) Pemeriksaan dahak bakteriologis langsung
 - 3) Pemeriksaan test cepat molekular (TCM) untuk TCM, RSIH merujuk sesuai arahan dari dinas kesehatan kabupaten Garut ke BKPM Garut atau ke Puskesmas yang memiliki mesin TCM
 - 4) Pemeriksaan Penunjang lainnya
 - Dokter melakukan pemeriksaan foto thorax.
 - Dokter melakukan pemeriksaan histopatologi pada kasus yang dicurigai TB.

c) Alur diagnosis TB pada Orang dewasa



Keterangan alur:

Prinsip penegakan diagnosis TB:

1. Diagnosis TB Paru pada orang dewasa harus ditegakkan terlebih dahulu dengan pemeriksaan bakteriologis mikroskopis, tes cepat molekuler TB dan biakan.
2. Pemeriksaan TCM digunakan untuk penegakan diagnosis TB, sedangkan pemantauan kemajuan pengobatan tetap dilakukan dengan pemeriksaan mikroskopis.
3. Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan pemeriksaan foto toraks saja. Foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang spesifik pada TB paru, sehingga dapat menyebabkan terjadi overdiagnosis ataupun underdiagnosis.
4. Tidak dibenarkan mendiagnosis TB dengan pemeriksaan serologis. RSIH tidak mempunyai Alat Tes Cepat Molekuler (TCM) TB, maka alur yang dilakukan yaitu dokter mengisi formulir laboratorium dan perawat mengarahkan pasien untuk ke laboratorium. Petugas laboratorium menjelaskan prosedur pengambilan dahak dan sampel dahak di rujuk ke laboratorium luar.

Diagnosa TB terdiri dari:

1. Diagnosis TB ekstraparu:

Dokter menegakkan TB ekstra paru dengan melaksanakan:

- a) Gejala dan keluhan tergantung pada organ yang terkena, misalnya kaku kuduk pada Meningitis TB, nyeri dada pada TB pleura (Pleuritis), pembesaran kelenjar limfe superfisialis pada limfadenitis TB serta deformitas tulang belakang (gibbus) pada spondilitis TB dan lain-lainnya.
- b) Diagnosis pasti pada pasien TB ekstra paru ditegakkan dengan pemeriksaan klinis, bakteriologis dan atau histopatologis dari contoh uji yang diambil dari organ tubuh yang terkena.
- c) Pemeriksaan mikroskopis dahak wajib dilakukan untuk memastikan kemungkinan TB Paru.
- d) Pemeriksaan TCM pada beberapa kasus curiga TB ekstraparu dilakukan dengan contoh uji cairan serebrospinal (*Cerebro Spinal Fluid/CSF*) pada kecurigaan TB meningitis, contoh uji kelenjar getah bening melalui pemeriksaan Biopsi Aspirasi Jarum Halus/BAJAH (*Fine Needle Aspirate Biopsy/FNAB*) pada pasien dengan kecurigaan TB kelenjar, dan contoh uji jaringan pada pasien dengan kecurigaan TB jaringan.

2. Diagnosis TB Resistan Obat (RO)

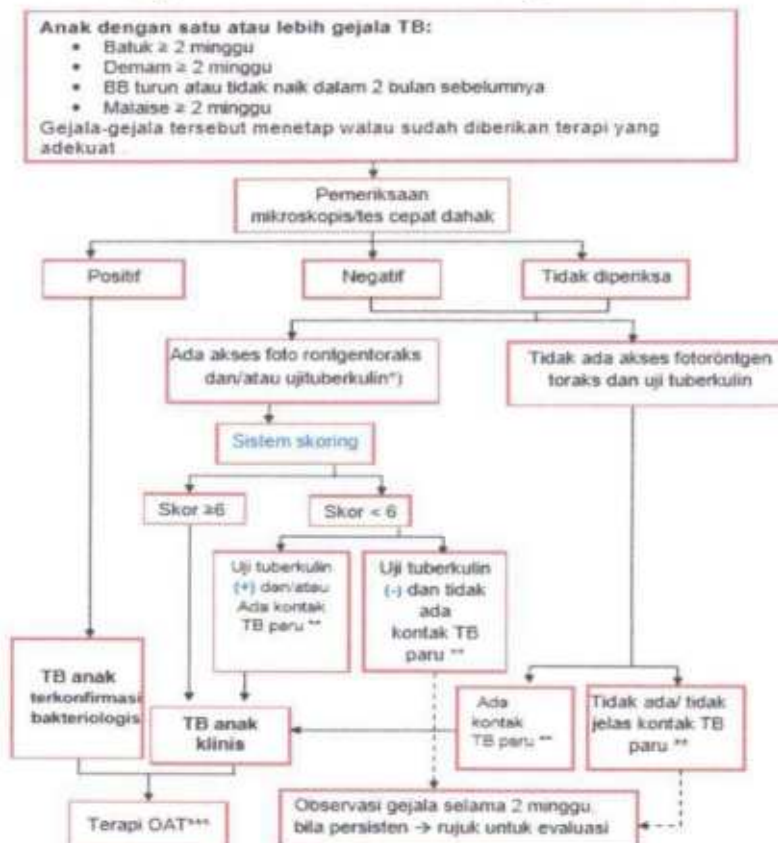
Dokter melakukan diagnosis TB-RO diawali dengan penemuan pasien terduga TB-RO

- a) Terduga TB-RO

Terduga TB-RO adalah pasien yang memiliki risiko tinggi resistan terhadap OAT, yaitu pasien yang mempunyai gejala TB yang memiliki riwayat satu atau lebih di bawah ini:

- 1) Pasien TB gagal pengobatan Kategori 2.
- 2) Pasien TB pengobatan kategori 2 yang tidak konversi setelah 3 bulan pengobatan.
- 3) Pasien TB yang mempunyai riwayat pengobatan TB yang tidak standar serta menggunakan kuinolon dan obat injeksi lini kedua paling sedikit selama 1 bulan.
- 4) Pasien TB gagal pengobatan kategori 1.

- 5) Pasien TB pengobatan kategori 1 yang tidak konversi setelah 2 bulan pengobatan.
 - 6) Pasien TB kasus kambuh (relaps), dengan pengobatan OAT kategori 1 dan kategori 2. Pasien TB yang kembali setelah loss to follow-up (lalai berobat/default).
 - 7) Terduga TB yang mempunyai riwayat kontak erat dengan pasien TB-RO, termasuk dalam hal ini warga binaan yang ada di Lapas/Rutan, hunian padat seperti asrama, barak, buruh pabrik.
 - 8) Pasien ko-infeksi TB-HIV yang tidak respons secara bakteriologis maupun klinis terhadap pemberian OAT, (bila pada penegakan diagnosis awal tidak menggunakan TCM TB).
3. Diagnosis TB Pada Anak
- a) Dokter menegakkan diagnosis TB dengan gejala klinis seperti batuk ≥ 2 minggu, demam ≥ 2 minggu, BB turun atau tidak naik dalam 2 bulan sebelumnya.
 - b) Alur Diagnosis TB Anak
- Alur diagnosis TB anak adalah sebagai berikut:



Keterangan:

- ✓ Dapat dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan sputum
- ✓ Kontak TB Paru Dewasa dan Kontak TB Paru Anak terkonfirmasi bakteriologis
- ✓ Evaluasi respon pengobatan. Jika tidak merespon baik dengan pengobatan adekuat, evaluasi ulang diagnosis TB dan adanya komorbiditas atau rujuk.

Dokter menegakkan diagnosa TB menggunakan Skoring TB Anak

Tabel Scoring TB anak yang digunakan adalah sebagai berikut:

Tabel 2.Sistim Skoring TB Anak

Parameter	0	1	2	3	Skor
Kontak TB	Tidak jelas	-	Laporan keluarga, BTA(-)/BTA tidak jelas/tidak tahu	BTA(+)	
Uji tuberculin (Mantoux)	Negatif	-	-	Positif (≥ 10 mm atau ≥ 5 mm pada Imuno kompromais)	
Berat Badan/ Kadaan Gizi	-	BB/TB<90% atau BB/U<80%	Klinis gizi buruk atau BB/TB<70% atau BB/U<60%	-	
Demam yang tidak diketahui Penyebabnya	-	≥ 2 minggu	-	-	
Batuk kronik	-	≥ 3 minggu	-	-	
Pembesaran kelenjar limfekoili, aksila, Inguinal	-	≥ 1 cm, lebih dari 1 KGB,tidak nyeri	-	-	
Pembengkakan tulang/sendi panggul, lutut, falang	-	Ada pembengkakan	-	-	

Penjelasan:

- 1) Pemeriksaan bakteriologis (mikroskopis atau tes cepat TB) tetap merupakan pemeriksaan utama untuk konfirmasi diagnosis TB pada anak. Berbagai upaya dapat dilakukan untuk memperoleh contoh uji dahak, di antaranya induksi sputum. Pemeriksaan mikroskopis dilakukan 2 kali, dan dinyatakan positif jika satu contoh uji diperiksa memberikan hasil positif.
- 2) Observasi persistensi gejala selama 2 minggu dilakukan jika anak bergejala namun tidak ditemukan cukup bukti adanya penyakit TB. Jika gejala menetap, maka anak dirujuk untuk pemeriksaan lebih lengkap. Pada kondisi tertentu di mana rujukan tidak memungkinkan, dapat dilakukan penilaian klinis untuk menentukan diagnosis TB anak.

- 3) Berkontak dengan pasien TB paru dewasa adalah kontak serumah ataupun kontak erat, misalnya di sekolah, pengasuh, tempat bermain, dan sebagainya.
- 4) Pada anak yang pada evaluasi bulan ke-2 tidak menunjukkan perbaikan klinis sebaiknya diperiksa lebih lanjut adanya kemungkinan faktor penyebab lain misalnya kesalahan diagnosis, adanya penyakit penyerta, gizi buruk, TB resisten obat maupun masalah dengan kepatuhan berobat dari pasien. Apabila fasilitas tidak memungkinkan, pasien dirujuk ke RS. Yang dimaksud dengan perbaikan klinis adalah perbaikan gejala awal yang ditemukan pada anak tersebut pada saat diagnosis.
- 5) Diagnosis HIV pada pasien TB
 - a. RSIH melakukan Tes dan konseling HIV bagi pasien TB dengan cara *Provider-initiated HIV testing and counselling* (PITC= Tes HIV Atas Inisiasi Petugas Kesehatan dan Konseling/TIPK) dan *Voluntary Counselling and Testing* (VCT= KT HIV Sukarela/ KTS).
 - b. Dokter/perawat yang melayani pasien TB dianjurkan untuk tes HIV.

E. Pelaksanaan Penanganan Kasus Tuberkulosis

1. Penanganan kasus TB orang dewasa yang belum ada resisten obat
 - a) Tahap Awal
Dokter meresepkan obat OAT untuk penggunaan tiap hari pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, diberikan selama 2 bulan.
 - b) Tahap lanjutan
Pengobatan tahap lanjutan bertujuan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman *persister* sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan
2. Jenis Obat Anti Tuberkulosis (OAT)
 - a) Paduan yang digunakan adalah ;
 - 1) Kategori 1 : 2(HRZE)/4(HR)3 atau 2(HRZE)/4(HR).
 - 2) Kategori 2 : 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3 atau 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)E.
 - 3) Kategori Anak : 2(HRZ)/4(HR) atau 2HRZE(S)/4-10HR.

Catatan:

 - Pengobatan TB dengan paduan OAT Lini Pertama yang digunakan dapat diberikan dengan dosis harian maupun dosis intermiten (diberikan 3 kali seminggu) dengan mengacu pada dosis terapi yang telah direkomendasikan (Tabel 3 Dosis rekomendasi OAT Lini Pertama untuk pasien Dewasa).
 - Paduan OAT kategori-1 dan kategori-2 disediakan dalam bentuk paket obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT). Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 2 dan 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Paduan ini dikemas dalam 1 (satu) paket untuk 1 (satu) pasien untuk 1 (satu) masa pengobatan.
 - Paket Kombipak adalah paket obat lepas yang terdiri dari Isoniasid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z) dan Etambutol (E) yang dikemas dalam bentuk blister. Paduan OAT ini disediakan program untuk pasien yang tidak bisa menggunakan paduan OAT KDT.
 - Paduan OAT kategori anak disediakan dalam bentuk paket obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT). Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 3 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Paduan ini dikemas dalam satu paket untuk satu pasien untuk satu (1) masa pengobatan.

3. Pemantauan Kemajuan Pengobatan

Di RSIH pemantauan kemajuan pengobatan dilakukan dengan pemeriksaan dahak 2 kali (sewaktu-pagi).

Tabel 12. Pemeriksaan dahak ulang untuk pemantauan hasil pengobatan

KATEGORI PENGOBATAN	BULAN PENGOBATAN							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Pasien baru 2(HRZE)/4(HR) ₃	(=====)	(=====) X apabila hasilnya BTA positif, dinyatakan tidak konversi*.	(-----) (X)	(-----)	(-----) X apabila hasilnya BTA positif, dinyatakan gagal *	(-----) X apabila hasilnya BTA positif, dinyatakan gagal*.		
Pasien pengobatan ulang 2(HRZE) ₅ /(HRZE)/ 5(HR) ₃ E ₃	(=====)	(=====)	(=====) X apabila hasilnya BTA positif, dinyatakan tidak konversi*.	(-----) (X)	(-----) X apabila hasilnya BTA positif, dinyatakan gagal*	(-----)	(-----) X apabila hasilnya BTA positif, dinyatakan gagal*	

Keterangan :

(=====) : Pengobatan tahap awal

(-----) : Pengobatan tahap lanjutan

X : Pemeriksaan dahak ulang pada minggu terakhir bulan pengobatan untuk memantau hasil pengobatan (X) : Pemeriksaan dahak ulang pada bulan ini dilakukan hanya apabila hasil pemeriksaan pada akhir tahap awal hasilnya BTA(+).

Jika pasien tidak konversi atau pasien gagal, lakukan pemeriksaan dengan tes cepat tes cepat molekuler TB, apabila hasilnya Resistensi Rifampisin rujuk ke RS rujukan MDR Pasien.

4. Hasil Akhir Pengobatan Pasien

a) Sembuh

Pasien TB paru dengan hasil pemeriksaan bakteriologis positif pada awal pengobatan yang hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan menjadi negatif dan pada salah satu pemeriksaan sebelumnya.

b) Pengobatan lengkap

Pasien TB yang telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dimana pada salah satu pemeriksaan sebelum akhir pengobatan hasilnya negatif namun tanpa ada bukti hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan.

c) Gagal

Pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama masa pengobatan; atau kapan saja dalam masa pengobatan diperoleh hasil laboratorium yang menunjukkan adanya resistensi OAT.

d) Meninggal

Pasien TB yang meninggal oleh sebab apapun sebelum memulai atau sedang dalam pengobatan.

- e) Putus berobat (*loss to follow-up*) Pasien TB yang tidak memulai pengobatannya atau yang pengobatannya terputus terus menerus selama 2 bulan atau lebih.
- f) Tidak dievaluasi
Pasien TB yang tidak diketahui hasil akhir pengobatannya. Termasuk dalam kriteria ini adalah "pasien pindah (*transfer out*)" ke kabupaten/kota lain dimana hasil akhir pengobatannya tidak diketahui oleh kabupaten/kota yang ditinggalkan.

5. Pengawasan langsung menelan obat (DOT = *Directly Observed Treatment*)

- a) Sebelum memulai pengobatan tuberkulosis petugas farmasi, petugas POLI Paru menjelaskan terkait PMO (pengawas Minum Obat)
- b) Petugas memilih PMO dengan pertimbangan persyaratan dibawah ini:
 - 1) Seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan maupun pasien, selain itu harus disegani dan dihormati oleh pasien.
 - 2) Seseorang yang tinggal dekat dengan pasien.
 - 3) Bersedia membantu pasien dengan sukarela.
 - 4) Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersamasama dengan pasien.
- c) Apabila PMO sudah ditetapkan, petugas menjelaskan tugas dari PMO diantaranya:
 - 1) Mengawasi pasien TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan.
 - 2) Memberi dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur.
 - 3) Mengingatkan pasien untuk pemeriksaan dahak pada waktu yang telah ditentukan.
 - 4) Memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien TB yang mempunyai gejala-gejala mencurigakan TB untuk segera memeriksakan diri ke Unit Pelayanan Kesehatan.

F. Pelaksanaan Pemberian Kekebalan dan Pengobatan Pencegahan Tuberkulosis

- 1. Pemberian kekebalan (Imunisasi) BCG
 - a) Dokter menjelaskan kepada orang tua pasien terkait pemberian vaksin BCG (*Bacille Calmette-Guérin*).
 - b) Dokter memberikan vaksin BCG pada usia bayi 0-2 bulan, pemberian vaksin BCG pada bayi > 2 dilakukan uji tuberkulin.
 - c) Perawat membantu dokter mempersiapkan alat alat untuk pemberian vaksin BCG.
- 2. Pengobatan Pencegahan dengan INH
 - a) Dokter spesialis anak memberikan pengobatan pencegahan dengan isoniazid (PP INH) pada anak yang tidak terbukti ODHA dan tidak terbukti TB aktif.
 - b) Dokter spesialis anak memberikan PP INH kepada anak berumur dibawah lima tahun (balita) pasien yang mempunyai kontak dengan pasien TB tetapi tidak terbukti kasus TB.

- c) Dokter memberikan PP-INH selama 6 bulan.
- d) Perawat Poli Paru melakukan asemen pada pasien TB apakah tinggal serumah dengan anak bayi dibawah lima tahun.
- e) Perawat poli Paru menganjurkan pada pasien agar anak dilakukan skrining TB ke faskes terdekat atau dibawa ke RSIH.

G. Kegiatan Rujukan Pasien Tuberkulosis, mencakup:

1. Rujukan pasien TB adalah rujukan yang dilakukan baik secara horizontal maupun vertikal

- a) Dokter merujuk pasien yang terdiagnosa MDR (multi drug resisten) minimal 2 obat OAT ke faskes yang telah di tunjuk oleh dinas kesehatan Kabupaten Garut.
- b) Dokter merujuk pasien tuberkulosis yang tanpa penyerta penyakit laian ke faskes dekat domisili pasien.
- c) Dokter merujuk pemeriksaan TCM ke faskes yang sudah di tetapkan oleh dinas kesehatan Kabupaten Garut

BAB V LOGISTIK

Logistik Program Pengendalian Tuberkulosis merupakan komponen yang penting dalam program pengendalian TB agar kegiatan program dapat dilaksanakan di RSIH. Untuk itu perlu dilakukan pengelolaan logistik dengan baik sehingga ketersediaan dan kualitasnya terjamin. Logistik P2TB adalah seluruh rangkaian proses pengelolaan logistik P2TB mulai dari perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, dan penggunaan bahan dan alat kesehatan untuk menunjang pelaksanaan pelayanan pasien TB di RSIH.

A. Jenis-Jenis Logistik Pelayanan Pasien TB

Jenis-jenis logistik pelayanan pasien TB dengan strategi DOTS dibagi dalam 2 jenis yaitu obat anti TB (OAT) dan non OAT.

1. Jenis-Jenis Logistik Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Jenis OAT di RSIH merupakan obat lepasan yang dimana jenis OAT sudah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI berdasarkan rekomendasi dari Komite Ahli (KOMLI) dan direkomendasikan oleh WHO. Jenis yang digunakan adalah;

- a) Lini Pertama ; Isoniazid (I), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z), Etambutol (E) dan Streptomisin (S).
- b) Lini Kedua ; Kanamycin (km), Capreomycin (Cm), Levofloxacin (Lfx), Moxifloxacin (Mfx), Ethionamide (Eto), Cycloserin (Cs) dan Para Amino Salicylic (PAS).

2. Logistik Non OAT

Secara garis besar logistik non OAT dibagi dalam 2 kelompok, yaitu barang habis pakai dan barang tidak habis pakai.

Yang termasuk kedalam barang habis pakai adalah:

a) Bahan pemeriksaan dahak antara lain:

- 1) Reagensia
- 2) Pot dahak
- 3) Kaca sediaan
- 4) Bahan untuk pewarnaan

b) Formulir pencatatan dan pelaporan, yaitu:

- 1) Formulir TB01 : Kartu Pengobatan Pasien Tuberkulosis.
- 2) Formulir TB02 : Kartu identitas pasien Tuberkulosis.
- 3) Formulir TB04 : Register Laboratorium.
- 4) Formulir TB05 : Formulir permohonan Laboratorium TB untuk pemeriksaan dahak.
- 5) Formulir TB06 : Daftar tersangka penderita (suspek) yang diperiksa dahak SPS.
- 6) Formulir TB 07: Laporan triwulan penemuan dan pengobatan pasien TB.
- 7) Formulir TB 08 : laporan triwulan hasil pengobatan pasien TB.
- 8) Formulir TB 09 : Formulir rujukan/ pindah pasien TB.
- 9) Formulir TB 10: Formulir hasil akhir pengobatan pasien TB Pindahan
- 10) Formulir TB 11 : Laporan triwulan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis akhir tahap intensive (untuk pasien terdaftar 3-6 bulan yang lalu).
- 11) Formulir TB 12: Formulir pengiriman sediaan untuk uji silang pemeriksaan mikroskopis BTA.

- 12) Formulir TB 13 : Rekapitulasi laporan triwulan penerimaan dan pemakaian OAT Kabupaten/KOTA.
- c) Barang cetakan lainya seperti leaflet, brosur, poster, lembar balik, stiker, buku pedoman dan alat tulis kantor.
- Yang termasuk kedalam barang tidak habis pakai adalah:
- 1 unit komputer, 1 unit telepon, 4 unit lemari (3 unit untuk penyimpanan OAT, 1 unit untuk penyimpanan formulir-formulir), 1 unit air conditioner di ruangan penyimpanan obat di klinik DOTS, Meubel 2 unit meja, kursi tunggu pasien dan petugas kesehatan, 1 unit TV, 1 unit tempat tidur pasien, 1 unit oksigen tabung, tempat sampah masing-masing 1 unit tong sampah infeksius, domestik dan sharp container, 2 kipas angin untuk mengatur ventilasi udara.

B. Proses Perencanaan Logistik

Perencanaan kebutuhan OAT untuk pasien TB di RSIH menggunakan dua pendekatan yaitu menggunakan metode konsumsi (proses penyusunan kebutuhan berdasarkan pemakaian tahun sebelumnya), metode morbiditas (proses penyusunan kebutuhan berdasarkan perkiraan jumlah pasien yang akan diobati atau insidensi)

Perhitungan OAT dan Non OAT

Rumus perhitungan perencanaan kebutuhan OAT

$$\text{Jumlah OAT yang dibutuhkan} = (Kb \times Pp) + Bs - (Ss + Sp)$$

Keterangan:

Kb= Konsumsi OAT perbulan (dalam satu paket)

Pp= Periode perencanaan dan pengadaan (dalam satuan bulan)

Bs= Buffer Stok (dalam satu paket) = % (Kb x Pp)

Ss= Stok sekarang (dalam satuan paket)

Sp= Stok dalam pesanan yang sudah pasti(dalam satuan paket).

C. Proses Pengadaan dan Pendistribusian Logistik

Proses pengadaan logistik OAT telah memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Daftar obat yang dibutuhkan sesuai dengan program Penanggulangan TB.
2. Batas kadaluarsa obat pada saat diterima oleh panitia penerima barang minimal 24 (dua puluh empat) bulan.
3. Persyaratan mutu obat harus sesuai dengan persyaratan mutu yang tercantum dalam Farmakope Indonesia edisi terakhir.
4. Industri Farmasi yang memproduksi obat bertanggung jawab terhadap mutu obat melalui pemeriksaan mutu (*Quality Control*) yang dilakukan oleh industri.
5. Farmasi Obat memiliki Sertifikat Analisa dan uji mutu yang sesuai dengan nomor batchmasing-masing produk.
6. Obat diproduksi oleh industri farmasi yang memiliki sertifikat CPOB.

Proses Pengadaan Logistik Non OAT telah memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Logistik non OAT sesuai dengan kebutuhan program PenanggulanganTB.
2. Persyaratan mutu logistik sesuai dengan spesifikasi yang telah ditentukan untuk setiap jenis logistik yang dibutuhkan.

D. Penggunaan Logistik

1. Penggunaan OAT yang diberikan oleh dokter kepada pasien harus dilaksanakan secara rasional dengan memperhatikan kriteria sebagai berikut :
 - a) Tepat diagnosis.
 - b) Pemberian Regimen OAT sesuai dengan diagnosa.
 - c) Tepat pemilihan obat
 - d) Tepat dosis.
 - e) Cara pemberian dengan interval waktu pemberian yang tepat.
 - f) Tepat lama pemberian obat.
 - g) Waspada terhadap efek samping.
 - h) Harus efektif, aman, bermutu dan berkhasiat.
 - i) Tersedia pada saat yang dibutuhkan.
 - j) Pemberian informasi kepada pasien.
 - k) Tepat tindak lanjut.
 - l) Tepat penyerahan OAT.
 - m) Kepatuhan Pasien.
2. Penggunaan Non OAT
Sarana logistik non OAT digunakan sesuai dengan azas pemanfaatan secara efisien dan Efektif.

E. Penghapusan Logistik

1. Tujuan Penghapusan dan pemusnahan logistik adalah:
 - a) Menghindari menumpuknya barang yang sudah tidak layak digudang.
 - b) Melindungi petugas pelayanan pasien TB di RSIH dan juga pasien TB akibat dari barang-barang logistik yang rusak atau kadaluarsa.
2. Alasan pertimbangan penghapusan dan pemusnahan logistik adalah sebagai berikut:
 - a) Secara fisik tidak dapat digunakan karena telah mengalami perubahan bentuk, warna dan kemasan.
 - b) Logistik yang telah kadaluarsa.
 - c) Logistik yang hilang karena sesuatu hal seperti dicuri, bencana (dibuktikan dengan berita acara).
3. Langkah kegiatan Penghapusan dan pemusnahan logistik
 - a) Masing-masing unit membuat daftar logistik pelayanan pasien TB yang akan dihapus atau dimusnahkan beserta alasannya.
 - b) Dibuat berita acara terkait rencana pemusnahan yang diketahui oleh kepala unit terkait dan kepala instalansi.
 - c) Menyerahkan logistik yang rencana dihapus atau dimusnahkan berikut berita acara ke logistik farmasi untuk obat OAT dan reagen, untuk formulir-formulir diserahkan ke logistik umum.

F. Evaluasi Logistik

Pemantauan dan evaluasi merupakan salah satu fungsi untuk memonitor kecukupan logistik program. Pemantauan merupakan kegiatan rutin untuk memantau tatalaksana penyimpanan, ketersediaan logistik dan penggunaannya. Pemantauan bertujuan agar dapat segera diketahui bila mana ada masalah atau kekurangan dalam pelaksanaannya, sehingga dapat diatasi permasalahan tersebut. Evaluasi adalah penilaian yang dilakukan secara berkala terhadap seluruh aspek logistik dilaksanakan minimal satu tahun sekali.

Cara melakukan evaluasi, mengkaji atau menganalisa seluruh laporan yang berkaitan dengan logistik.

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

A. Identifikasi Risiko Keselamatan Pasien

Risiko adalah potensi terjadinya kerugian yang dapat timbul dari proses kegiatan saat sekarang atau kejadian di masa datang.

1. Risiko Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

- Salah pasien (saat melakukan prosedur terhadap pasien).
- Salah prosedur (saat melakukan prosedur terhadap pasien).
- Kesalahan pemberian obat (dosis, rute, obat).
- Kesalahan pemberian darah/produk darah.
- Kesalahan pengambilan darah atau spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- Pasien jatuh.
- Infeksi nosokomial karena kesalahan teknik aseptik saat prosedur.

2. **Keselamatan pasien rumah sakit**, adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

3. **Insiden keselamatan pasien**, yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera.

4. **Kejadian tidak diharapkan**, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

5. **Kejadian nyaris cedera**, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

6. **Kejadian tidak cedera**, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

7. **Kondisi potensial cedera**, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

8. **Kejadian sentinel** adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Yang termasuk Kejadian Sentinel adalah :

- Kematian yang tidak diharapkan yang tidak berhubungan dengan sebab-sebab alamiah dari penyakit pasien atau kondisi dasar dari pasien.
- Kehilangan fungsi yang bersifat permanen dan utama yang tidak berhubungan dengan sebab-sebab alamiah dari penyakit pasien atau kondisi dasar dari pasien.
- Tempat yang salah, prosedur yang salah, pasien yang salah dalam tindakan operasi.
- Penculikan bayi atau anak.
- Tertukarnya bayi atau anak ke orang tua yang salah.
- Pemeriksaan.
- Reaksi transfusi hemolitik.
- Pasien bunuh diri.

B. Manajemen Risiko Keselamatan Pasien

Manajemen risiko adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan memprioritaskan risiko untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan organisasi sendiri upaya mengurangi risiko tersebut.

Manajemen Keselamatan Pasien

1. Melakukan identifikasi pasien sesuai standar yang berlaku.
2. Peningkatan komunikasi efektif.
3. Melakukan komunikasi efektif SBAR pada saat :
 - a) Komunikasi antar perawat.
 - b) Komunikasi perawat dengan dokter.
 - c) Komunikasi antar staf kesehatan lainnya yang bertugas di Rumah sakit.
4. Menggunakan komunikasi SBAR pada saat :
 - a) Pergantian *shift* jaga.
 - b) Terjadi perpindahan rawat pasien.
 - c) Terjadi perubahan situasi atau kondisi pasien.
 - d) Melaporkan hasil pemeriksaan, efek samping terapi/tindakan, atau perburukkan kondisi pasien melalui telepon kepada dokter yang merawat.
5. Peningkatan Keamanan Obat yang perlu diwaspadai
 - a) Melaksanakan SPO *Independent Double Check*, Obat kewaspadaan tinggi pada obat-obat yang termasuk dalam daftar obat *High Alert*.
 - b) Melakukan pengkajian 5 tepat (tepat jenis, tepat pasien, tepat dosis, tepat rute, tepat cairan pelarut) baik obat, darah maupun produk darah lain sebelum diberikan kepada pasien.
6. Pengurangan Risiko Infeksi terkait pelayanan kesehatan.
 - a) Melakukan pengisian formulir data pemantauan surveilans seperti kepatuhan cuci tangan, mengisi formulir TB 06
 - b) Melakukan pemantauan kegiatan pengendalian infeksi, termasuk menghimbau kepada petugas pemberi asuhan untuk tidak memakai perhiasan/ asesoris saat berdinass, seperti cincin, gelang dan jam tangan.
 - c) Melakukan pelaporan dan analisa kejadian infeksi.
 - d) Melakukan sosialisasi hasil analisa kejadian infeksi.
 - e) Melakukan evaluasi kegiatan pengendalian infeksi.
7. Pengurangan Risiko pasien jatuh:
 - a) Melakukan pencegahan pasien jatuh dengan *assesment* risiko dan tindak lanjut kepada pasien yang dirawat.
 - b) Melakukan pengkajian risiko pasien jatuh dan edukasi pasien dan keluarga.
 - c) Melaporkan kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi.
 - d) Melakukan analisa sederhana terhadap kejadian KTD yang terjadi di masing-masing unit pelayanan.
 - e) Melakukan sosialisasi hasil analisa KTD yang terjadi.

C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Pasien

1. Tata Laksana Keselamatan Pasien

Dalam melaksanakan keselamatan pasien terdapat 7 langkah menuju keselamatan pasien Rumah Sakit. Adapun 7 langkah tersebut adalah :

- a) Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien. Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
- b) Memimpin dan mendukung karyawan. Membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien.
- c) Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi dan pengkajian hal potensial bermasalah.
- d) Mengembangkan sistem pelaporan. Memastikan karyawan agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta Rumah Sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit).
- e) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Mengembangkan cara-cara yang terbuka dengan pasien.
- f) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. Mendorong karyawan untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa suatu kejadian timbul.
- g) Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien. Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

2. Standar Keselamatan Pasien

Dalam melaksanakan keselamatan pasien ada beberapa standar yang harus diterapkan, yaitu :

- a) Hak pasien.
- b) Mendidik pasien dan keluarga.
- c) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.
- d) Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
- e) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
- f) Mendidik karyawan tentang keselamatan pasien.
- g) Komunikasi yang merupakan kunci bagi karyawan untuk mencapai keselamatan pasien.

3. Sasaran Keselamatan Pasien

- a) Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
- b) Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan limbah termasuk limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun).
- c) Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan sanitasi dan lingkungan.
- d) Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan linen.
- e) Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan makanan.

4. Pelaporan insiden keselamatan pasien

adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran.

Medication error terjadi akibat pemberian obat ataupun salah mendiagnosis yang berdampak pada kesalahan dalam pemberian obat.

Yang termasuk kesalahan dalam pengobatan (*Medication Error*) adalah :

- a) Salah Obat.

- b) Salah dosis.
- c) Salah jumlah obat.
- d) Salah resep/order yang berkaitan dengan penyakit atau kondisi pasien.
- e) Salah aturan pakai obat/frekuensi pemberian.
- f) Salah rute pemberian (Misalnya seharusnya diberikan intramuscular tetapi diberikan intravena).
- g) Salah pasien.
- h) Salah indikasi.
- i) Obat Kadaluarsa.

BAB VII KESELAMATAN KERJA

A. Identifikasi Risiko Keselamatan Kerja

Risiko adalah potensi terjadinya kerugian yang dapat timbul dari proses kegiatan saat sekarang atau kejadian di masa datang.

1. Risiko Keselamatan Staf (*Staff Safety*)

- a) Tertusuk jarum suntik.
- b) Terpapar cairan tubuh pasien (bahan infeksius).
- c) Terpapar bahan kimia cair.
- d) Terpapar infeksi terutama *air-borne*.
- e) Terpapar bahaya radiasi dari obat kemoterapi.
- f) *Security hazard* dari pasien/pengunjung.

B. Manajemen Risiko Keselamatan Kerja

Manajemen risiko adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan memprioritaskan risiko untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan organisasi sendiri upaya mengurangi risiko tersebut.

1. Manajemen Keselamatan Staf

- a) Menerapkan *universal precaution* dalam setiap tindakan.
- b) Selalu menggunakan Alat Pelindung Diri (sarung tangan, masker, alat pelindung mata/muka) pada saat melakukan prosedur.
- c) *Sputum* dan benda tajam lainnya diletakkan dalam wadah tahan tusuk. Jangan menutup, membengkokkan atau mematahkan benda tajam secara manual.
- d) Permukaan meja, lantai harus didekontaminasi dengan desinfektan kimiawi setelah ada tumpahan bahan infeksius.
- e) Pengadaan, penyimpanan, pemakaian dan pembuangan B3 sesuai dengan prosedur.
- f) Monitoring paparan radiasi dengan personal monitor.
- g) Prosedur penanganan *needle stick injury* dan cairan tubuh lainnya.
- h) Pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi RS.
- i) Penanaman budaya *safety*.
- j) Memberikan pendidikan untuk setiap prosedur dan bahan berbahaya yang baru (AOP 6.2, ME 7).
- k) Melakukan edukasi bencana :
 - 1) Kode yang diumumkan melalui *paging* :
 - Code Red* : pemberitahuan kebakaran.
 - Code Green* : pemberitahuan bencana.
 - Code Blue* : pemberitahuan henti jantung.
 - 2) Kode yang tidak diumumkan melalui *paging* :
 - Code Black* : Pemberitahuan ancaman bom.
 - Code Purple* : Pemberitahuan pasien IGD melebihi kapasitas pelayanan.
 - Code Pink* : Pemberitahuan penculikan bayi/anak.
 - Code Brown* : Pemberitahuan adanya wabah/epidemis.

- l) Melakukan edukasi kebakaran
 - 1) Prosedur bila menemukan api : RACE
 - R / *Rescue* : selamatkan orang dekat api.
 - A / *Alarm* : tekan alarm atau hubungi *security* di 8888.
 - C / *Confine* : batasi perjalanan api dengan menutup pintu/jendela.
 - E / *Extinguish* : padamkan api dengan APAR.
 - 2) Prosedur penggunaan APAR : PASS
 - P / Pin pengaman dicabut.
 - A / Arahkan *spray nozzle* ke dasar api.
 - S / Semprotkan APAR dengan menekan *handle*.
 - S / Sapukan ke sisi-sisi api.
 - 3) Prosedur bila mendengar *Code Red* : 4S
 - S / Stop pekerjaan.
 - S / Siapkan pasien-pasien, rekam medis dan peralatan penting lainnya yang akan di evakuasi.
 - S / Setelah terdengar instruksi lewat *paging* lakukan evakuasi sesuai dengan petunjuk.
 - S / Selalu menggunakan tangga darurat.
- m) Melakukan edukasi bila terjadi gempa : 4J
 - J / Jangan tinggalkan ruangan sampai gempa berhenti.
 - J / Jatuhkan tubuh/berlindung dibawah meja atau *furniture* yang kokoh.
 - J / Jauhi benda yang mudah jatuh.
 - J / Jangan panik dan tunggu instruksi selanjutnya.
- n) Melakukan edukasi mengenai nomor extension RSIH yang bisa dihubungi bila terjadi bencana :
 - 1) Nomor *extension* 8888 : untuk memberitahukan adanya bencana.
 - 2) Nomor *extension* 4444 : untuk memberitahukan adanya *Code Blue*.

C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Kerja

- 1. Keselamatan dan Kesehatan Kerja Pegawai:
 - a) Pemeriksaan kesehatan prakerja.
 - b) Pemeriksaan kesehatan berkala.
 - c) Pemeriksaan kesehatan khusus di unit berisiko : CSSD, OK, ICU, Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, Urusan Sanitasi, Instalasi Gizi, Urusan *Laundry*.
 - d) Pencegahan dan penanganan kecelakaan kerja (tertusuk jarum bekas).
 - e) Pencegahan dan penanganan penyakit akibat kerja.
 - f) Penanganan dan pelaporan kontaminasi bahan berbahaya.
 - g) *Monitoring* ketersediaan dan kepatuhan pemakaian APD bagi staf.
 - h) *Monitoring* penggunaan bahan desinfeksi.
- 2. Pengelolaan Bahan dan Barang Berbahaya:
 - a) *Monitoring* kerjasama pengendalian hama.
 - b) *Monitoring* ketentuan pengadaan jasa dan barang berbahaya.
 - c) Memantau pengadaan, penyimpanan dan pemakaian B3.
- 3. Kesehatan Lingkungan Kerja:
 - a) Penyehatan ruang bangunan dan halaman Rumah Sakit.
 - b) Penyehatan *hygiene* dan sanitasi makanan dan minuman.
 - c) Penyehatan air.
 - d) Pengelolaan limbah.

- e) Pengelolaan tempat pencucian.
 - f) Pengendalian serangga, tikus, dan binatang pengganggu.
 - g) Desinfeksi dan sterilisasi.
 - h) Kawasan tanpa rokok.
4. Pengelolaan Limbah Medis Padat, Cair dan Gas
- Proses pengelolaan limbah dimulai dari identifikasi, pemisahan, labeling, pengangkutan, penyimpanan hingga pembuangan/ pemusnahan. Kategori limbah medis padat terdiri dari benda tajam, limbah infeksius, limbah patologi, limbah sitotoksik, limbah tabung bertekanan, limbah dengan kandungan logam berat, limbah farmasi, limbah kimia. Pemisahan limbah sesuai jenisnya, antara lain limbah infeksius, non infeksius, limbah benda tajam dan limbah cair. Wadah tempat penampungan sementara diberi label sesuai pemilahannya yaitu kuning infeksius, hitam non infeksius, coklat kimia farmasi, ungu sitotoksik, dan safety box untuk benda tajam. Pengangkutan menggunakan troli khusus yang kuat, tertutup dan mudah dibersihkan, petugas dalam pengangkutan menggunakan APD untuk dibawa ke tempat penampungan sementara (TPS) yang bertempat di area terbuka dan dapat dijangkau oleh kendaraan pihak ke 3.

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

A. INDIKATOR MUTU

1. CASE DETECTION RATE (PASIEN TB YANG DIOBATI) DI RSIH

Nama Indikator *	<i>Case Detection Rate</i> (Pasien TB yang diobati) di RSIH
Dasar Pemikiran / Literatur	Alasan pemilihan Indikator mengacu pada peraturan perundang-undangan.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mendapatkan data dasar pasien TB yang dikelola di RSIH
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penemuan Kasus TB baru yang diobati di RSIH (kategori 1) : penemuan kasus TB diantara suspek TB setelah dilakukan pemeriksaan mikroskopis - dan penunjang lain dan dinyatakan TBC tanpa sebelumnya pernah memakan obat OAT dengan rencana terapi OAT Kategori 1. (TB 01) 2. Penemuan Kasus TB dengan pengobatan ulang yang diobati di RSIH (kategori 2) : Penemuan kasus TB diantara suspek TB setelah dilakukan pemeriksaan mikroskopis dan penunjang lain, dan dinyatakan TBC dengan catatan <i>drop out</i> / putus berobat, gagal pengobatan OAT kategori 1, <i>lost to follow up</i>, (TB 01) 3. Suspek TB : orang yang diduga menderita TB dengan gejala Demam > 2 minggu, batuk > 2minggu, batuk darah, berkeringat malam hari, penurunan berat badan, tidak nafsu makan, lemas, nyeri dada saat bernapas/batuk. (form TB 06)
Jenis Indikator	Proses
Numerator	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah Pasien TB kategori 1 2. Jumlah Pasien TB kategori 2 3. Jumlah Pasien yang dirujuk 4. Jumlah pasien yang terdiagnosa TB (1+2+3) 5. Jumlah pasien yang tidak terdiagnosa TB (6-4) 6. Jumlah Pasien suspek TB
Kriteria (Inklusi)	Seluruh pasien tanda dan gejala TB
Kriteria (Eklusi)	Pasien yang sedang mendapatkan terapi OAT
Sumber Data	Rekam Medis, Catatan Data form TB, SITB.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Perioda Analisis	3 bulan

Cara Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Cakupan Data	Total Populasi
Rencana Analisis	Metode/cara yang dilakukan untuk mengubah data yang dikumpulkan menjadi informasi yang berguna untuk menentukan langkah tindak lanjut pemecahan masalah dan pembuatan keputusan. Dan analisa diagram garis dengan sumbu horizontal bulan dan sumbu vertical adalah jumlah pasien TB yang dikelola oleh RSIH
Instrumen Pengambilan Data	SITB, FORM TB
Penanggungjawab	Program Nasional, Tim Poli Paru
Kelompok_Indikator *	Indikator Area Klinis
Area Indikator	Prognas (Program Nasional)
Wilayah Pengamatan	Poliklinik Paru
Fungsi Objektif	Maksimal
Satuan Pengukuran	Persen

2. ANGKA KONVERSI BTA POSITIF MENJADI BTA NEGATIF

Nama Indikator *	Angka konversi BTA positif menjadi BTA negatif
Dasar Pemikiran / Literatur	Alasan pemilihan Indikator mengacu pada peraturan perundang-undangan.
Dimensi Mutu	<i>Patient Centered</i>
Tujuan	Mendapatkan data konversi
Definisi Operasional	Angka konversi BTA positif menjadi BTA negatif pada akhir tahap intensif : berubahnya hasil pemeriksaan mikrobiologi dengan bahan pemeriksaan dahak S-P dari BTA positif menjadi BTA negatif setelah pengobatan OAT intensif , dibagi menjadi : - Kasus TB baru : pemeriksaan dilakukan setelah pengobatan OAT kategori 1 selama 2 bulan pada minggu ke 4 - Kasus TB ulang : pemeriksaan dilakukan setelah pengobatan OAT selama 3 bulan / tahap pertama kategori 2
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>
Numerator	Seluruh pasien TB dengan konversi BTA Positif menjadi BTA Negatif
Denominator	Seluruh pasien TB
Kriteria (Inklusi)	Pasien TB paru pengobatan di RSIH
Kriteria (Eklusi)	Pasien TB extra paru
Formula	Numerator dibagi denominator dikali 100%
Sumber Data	Rekam Medis, Catatan Data, SITB

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Perioda Analisis	3 bulan
Cara Pengumpulan Data	Concurrent
Cakupan Data	Total Populasi
Rencana Analisis	Metode/cara yang dilakukan untuk mengubah data yang dikumpulkan menjadi informasi yang berguna untuk menentukan langkah tindak lanjut pemecahan masalah dan pembuatan keputusan. Diagram garis dengan sumbu horizontal bulan dan sumbu vertical adalah persen angka konversi
Instrumen Pengambilan Data	Nama formulir pengambilan data FORM TB 01-016
Penanggungjawab	Program Nasional DOTS
Kelompok_Indikator *	Indikator Area Klinis
Area Indikator	Prognas (Program Nasional)
Wilayah Pengamatan	Poliklinik DOTS
Fungsi Objektif	Maksimal, Nilai capaian semakin besar semakin baik
Satuan Pengukuran	Persen

3. TREATMENT SUCCESS RATE PASIEN TB

Nama Indikator *	Treatment Success Rate Pasien TB
Dasar Pemikiran / Literatur	Alasan pemilihan Indikator mengacu pada peraturan perundang-undangan.
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Mendapatkan data dasar akhir pengobatan pasien 1. Pasien yang sembuh 2. Pasien yang menyelesaikan pengobatan lengkap
Definisi Operasional	Pasien yang sembuh adalah pasien yang melakukan pengobatan lengkap dan memberikan hasil konversi BTA negatif Pasien yang menyelesaikan pengobatan lengkap adalah pasien yang melakukan pengobatan sesuai regimen OAT.
Jenis Indikator	Proses
Numerator	Jumlah pasien yang selesai pengobatan regimen OAT sembuh dan pengobatan lengkap
Denominator	Jumlah seluruh kasus TB yang diberi regimen OAT (diobati)
Kriteria (Inklusi)	Seluruh TB
Kriteria (Eklusi)	Selain TB, Kasus TB resisten Obat
Formula	Numerator dibagi denominator dikali 100%
Sumber Data	Rekam Medis, Catatan Data.

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Perioda Analisis	3 bulan
Cara Pengumpulan Data	<i>Retrospective</i>
Cakupan Data	Total Populasi
Rencana Analisis	Metode/cara yang dilakukan untuk mengubah data yang dikumpulkan menjadi informasi yang berguna untuk menentukan langkah tindak lanjut pemecahan masalah dan pembuatan keputusan analisa diagram garis dengan sumbu horizontal bulan dan sumbu vertical adalah persen pasien sembuh dan selesai pengobatan.
Instrumen Pengambilan Data	Nama formulir pengambilan data FORM TB 01-016
Penanggungjawab	Program Nasional
Kelompok_Indikator *	IAK (Indikator Area Klinis)
Area Indikator	Prognas (Program Nasional)
Wilayah Pengamatan	Poliklinik Paru
Fungsi Objektif	Maksimal, Nilai capaian semakin besar semakin baik
Satuan Pengukuran	Unit

4. PENEMUAN KASUS TB RESISTEN OAT

Nama Indikator *	Penemuan Kasus TB Resistensi OAT
Dasar Pemikiran / Literatur	Alasan pemilihan Indikator mengacu pada peraturan perundang-undangan.
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Mendapatkan data dasar mengenai kasus MDR-TB
Definisi Operasional	Penemuan kasus TB resistensi OAT : jumlah kasus tb yang terkonfirmasi resisten terhadap rifampicin (RR) atau TB-MDR berdasarkan pemeriksaan laboratorium khusus (TCM).
Jenis Indikator	<i>Proses & outcome</i>
Numerator	Penemuan kasus TB resistensi OAT : jumlah kasus tb yang terkonfirmasi resisten terhadap rifampicin (RR) atau TB-MDR berdasarkan pemeriksaan laboratorium khusus (TCM).
Denominator	(Jumlah pasien baru X 2%)+ (Jumlah pasien pengobatan ulang x 12%) x 100%
Kriteria (Inklusi)	Seluruh pasien pasien tb yang resisten OAT yang di konfirmasi dengan TCM
Kriteria (Eklusi)	Seluruh pasien yang tidak resisten terhadap OAT
Formula	Numerator dibagi denominator dikali 100%
Sumber Data	Rekam Medis, Catatan Data.

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Perioda Analisis	3 bulan
Cara Pengumpulan Data	<i>Concurrent</i>
Cakupan Data	Total Populasi
Rencana Analisis	Metode/cara yang dilakukan untuk mengubah data yang dikumpulkan menjadi informasi yang berguna untuk menentukan langkah tindak lanjut pemecahan masalah dan pembuatan keputusan. Diagram garis dengan sumbu horizontal bulan dan sumbu vertical adalah persen penemuan kasus TB resisten OAT
Instrumen Pengambilan Data	Nama formulir pengambilan data, TB 05 dan pasien cek TCM
Penanggungjawab	Program Nasional DOTS
Kelompok_Indikator *	IAK (Indikator Area Klinis)
Area Indikator	Prognas (Program Nasional)
Wilayah Pengamatan	Poliklinik DOTS
Fungsi Objektif	Minimal, Nilai capaian semakin kecil semakin baik
Satuan Pengukuran	Persen

B. Monitoring

Monitoring dilakukan oleh Tim penanggulangan TB. Dilakukan setiap hari oleh perawat di instalasi rawat jalan, rawat inap dan IGD dalam hal pengumpulan data untuk surveilans mempergunakan formulir TB 06.

C. Evaluasi

Dilakukan oleh Tim penanggulangan TB dengan starategy DOTS dengan frekuensi per triwulan.

Data yang sudah terkumpul dilakukan analisa oleh tim penanggulangan TB dengan melibatkan unit terkait. Analisa yang dilakukan meliputi promosi kesehatan, surveilans tuberkulosis, pengendalian faktor risiko, penemuan dan penanganan kasus tuberkulosis, pemberian kekebalan dan pemberian obat pencegahan.

Komponen utama untuk melakukan Monitoring Evaluasi adalah: Pencatatan pelaporan, Analisis Indikator dan Hasil dari supervisi.

D. Pelaporan

Petugas Tim penanggulangan TB, Data untuk program pengendalian TB diperoleh dari sistem pencatatan pelaporan TB. Pelaporan TB di lakukan dengan 2 pelaporan diantaranya:

1. Pelaporan Internal Di RSIH
2. Pelaporan Ke dinas Kesehatan Kabupaten Garut

Pencatatan menggunakan formulir standar secara manual, didukung dengan sistem informasi secara elektronik menggunakan SITB (Sistem Informasi Tuberkulosis) yang berbasis Web dan terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan secara nasional. Pelaporan secara web SITB dan hard copy TB 03 register TB Fasyankes, disampaikan kepada Kepala dinas kesehatan kota melalui P2TB per triwulan dimana satu tahun ada 4 kali. Triwulan I (Januari sd Maret), Triwulan II (April- Juni), Triwulan III (Juli sd September), Triwulan IV (Oktober sd Desember). Untuk laporan bulanan pelayanan klinik DOTS

dilaporkan juga ke manajemen maksimal pengiriman laporan tanggal 10 bulan berjalan. Untuk pelaporan pasien TB ke dinas kesehatan kota dilaporkan maksimal tanggal 10 pertiawulan bulan berjalan.

E. Continuous Improvement

Setelah dilakukan analisis, maka hasil dilaporkan kepada Direksi/jajaran Manajemen dan tindak Tindak lanjut akan berupa :

1. Perbaikan Kebijakan/Prosedur atau Pembuatan Kebijakan/Prosedur Baru.
2. Perbaikan *Clinical Pathway*, Standar Profesi Medik atau Pembuatan *Clinical Pathway* /Standar Profesi Medik baru.

Tim penanggulangan pasien TB aktif mengikuti pertemuan-pertemuan yang dilakukan oleh dinas kesehatan, untuk *update* ilmu pengetahuan terkait Penanggulangan TB dengan Strategi DOTS. Pelatihan yang wajib diikuti oleh tim DOTS adalah pelatihan strategi DOTS TB bagi tenaga kesehatan dokter, perawat, petugas mikrobiologi dan farmasi.

BAB IX PENUTUP

Pedoman pelayanan penanggulangan tuberkulosis di Intan Husada (RSIH) ini digunakan sebagai acuan untuk staf medis, penunjang medis ataupun non medis saat dalam upaya melayani pasien terduga ataupun pasien tuberkulosis.

Pedoman pelayanan ini senantiasa akan disesuaikan dengan perkembangan ilmu dan teknologi serta kebijakan dan peraturan program pengendalian TB nasional yang sedang berlaku. Keberhasilan dalam pelaksanaan penanggulanhgan TB di RSIH sangat bergantung pada komitmen dan kemampuan para penyelenggara pelayanan kesehatan serta dukungan dari *stakeholder* yang terkait untuk mendapatkan hasil yang optimal.

DAFTAR PUSTAKA

Panduan Pengelolaan Logistik Program Pengendalian Tuberkulosis, Kementerian Kesehatan RI, Tahun 2010

Pedoman Manajerial Pelayanan Tuberkulosis dengan Strategi DOTS di Rumah Sakit, Kemenkes RI, 2010.

Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, Kementerian Kesehatan RI, 2014.

PERMENKES Nomor 67. 2017. *Penanggulangan Tuberkulosis*. Menteri Kesehatan Republik Indonesia.