

BAB 6

PENGEMBANGAN SUMBER DAYA MANUSIA PROGRAM PENGENDALIAN TUBERKULOSIS (PSDM-TB)

Pengembangan Sumber Daya Manusia dalam program TB bertujuan untuk menyediakan tenaga pelaksana program yang memiliki keterampilan, pengetahuan dan sikap (dengan kata lain kompetensi) yang diperlukan dalam pelaksanaan program TB, dengan jumlah yang memadai pada tempat yang sesuai dan pada waktu yang tepat sehingga mampu menunjang tercapainya tujuan program TB nasional. Didalam bab ini istilah pengembangan SDM merujuk kepada pengertian yang lebih luas, tidak hanya yang berkaitan dengan pelatihan tetapi keseluruhan manajemen pelatihan dan kegiatan lain yang diperlukan untuk mencapai tujuan jangka panjang pengembangan SDM yaitu tersedianya tenaga yang kompeten dan profesional dalam penanggulangan TB.

Bab ini akan membahas 3 hal pokok yang sangat penting dalam pengembangan sumber daya manusia yaitu standar ketenagaan program, pelatihan dan supervisi.

1. STANDAR KETENAGAAN

Ketenagaan dalam program penanggulangan TB memiliki standar-standar yang menyangkut kebutuhan minimal (jumlah dan jenis tenaga) untuk terselenggaranya kegiatan program TB.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan

1) Puskesmas

- Puskesmas Rujukan Mikroskopis dan Puskesmas Pelaksana Mandiri : kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari 1 dokter, 1 perawat/petugas TB, dan 1 tenaga laboratorium.
- Puskesmas satelit : kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari 1 dokter dan 1 perawat/petugas TB
- Puskesmas Pembantu : kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari 1 perawat/petugas TB.

2) Rumah Sakit Umum Pemerintah

- **RS kelas A** : kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari 6 dokter, 3 perawat/petugas TB, dan 1 tenaga laboratorium
- **RS kelas B** : kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari 6 dokter, 3 perawat/petugas TB, dan 1 tenaga laboratorium
- **RS kelas C** : kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari 4 dokter, 2 perawat/petugas TB, dan 1 tenaga laboratorium
- **RS kelas D, RSTP dan B/BKPM** : kebutuhan minimal tenaga pelaksana terlatih terdiri dari 2 dokter, 2 perawat/petugas TB, dan 1 tenaga laboratorium

3) RS swasta : menyesuaikan.

4) Dokter Praktek Swasta, minimal telah dilatih

Tingkat Kabupaten/Kota

- 1) Supervisor terlatih pada Dinas Kesehatan, jumlah tergantung beban kerja yang secara umum ditentukan jumlah puskesmas, RS dan Fasyankes lain diwilayah kerjanya serta tingkat kesulitan wilayahnya. Secara umum seorang supervisor membawahi 10 - 20 Fasyankes. Bagi wilayah yang memiliki lebih dari 20 Fasyankes dapat memiliki lebih dari seorang supervisor.
- 2) Gerdunas-TB/Tim DOTS/Tim TB, dan lain-lainnya, jumlah tergantung kebutuhan.

Tingkat Provinsi

- 1) Supervisor/Supervisor terlatih pada Dinas Kesehatan, jumlah tergantung beban kerja yang secara umum ditentukan jumlah Kab/Kota diwilayah kerjanya serta tingkat kesulitan wilayahnya. Secara umum seorang supervisor membawahi 10-20 kabupaten/kota. Bagi wilayah yang memiliki lebih dari 20 kabupaten/kota dapat memiliki lebih dari seorang supervisor.
- 2) Koordinator DOTS RS yang bertugas mengkoordinir dan membantu tugas supervisi program pada RS dapat ditunjuk sesuai dengan kebutuhan.
- 3) Gerdunas-TB/Tim DOTS/Tim TB, dan lain-lainnya, jumlah tergantung kebutuhan.
- 4) Tim Pelatihan: 1 koordinator pelatihan, 5 fasilitator pelatihan.

2. PELATIHAN

Pelatihan merupakan salah satu upaya peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan petugas dalam rangka meningkatkan mutu dan kinerja petugas.

Konsep pelatihan

Konsep pelatihan dalam program TB, terdiri dari:

- a. Pendidikan/pelatihan sebelum bertugas (*pre service training*)
 Dengan memasukkan materi program penanggulangan tuberkulosis strategi DOTS`dalam pembelajaran/kurikulum Institusi pendidikan tenaga kesehatan. (Fakultas Kedokteran, Fakultas Keperawatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Fakultas Farmasi dan lain-lain)
- b. Pelatihan dalam tugas (*in service training*)
 Dapat berupa aspek klinis maupun aspek manajemen program
 - 1) Pelatihan dasar program TB (*initial training in basic DOTS implementation*)
 - a) Pelatihan penuh, seluruh materi diberikan.
 - b) Pelatihan ulangan (*retraining*), yaitu pelatihan formal yang dilakukan terhadap peserta yang telah mengikuti pelatihan sebelumnya tetapi masih ditemukan banyak masalah dalam kinerjanya, dan tidak cukup hanya dilakukan melalui supervisi. Materi yang diberikan disesuaikan dengan inkompetensi yang

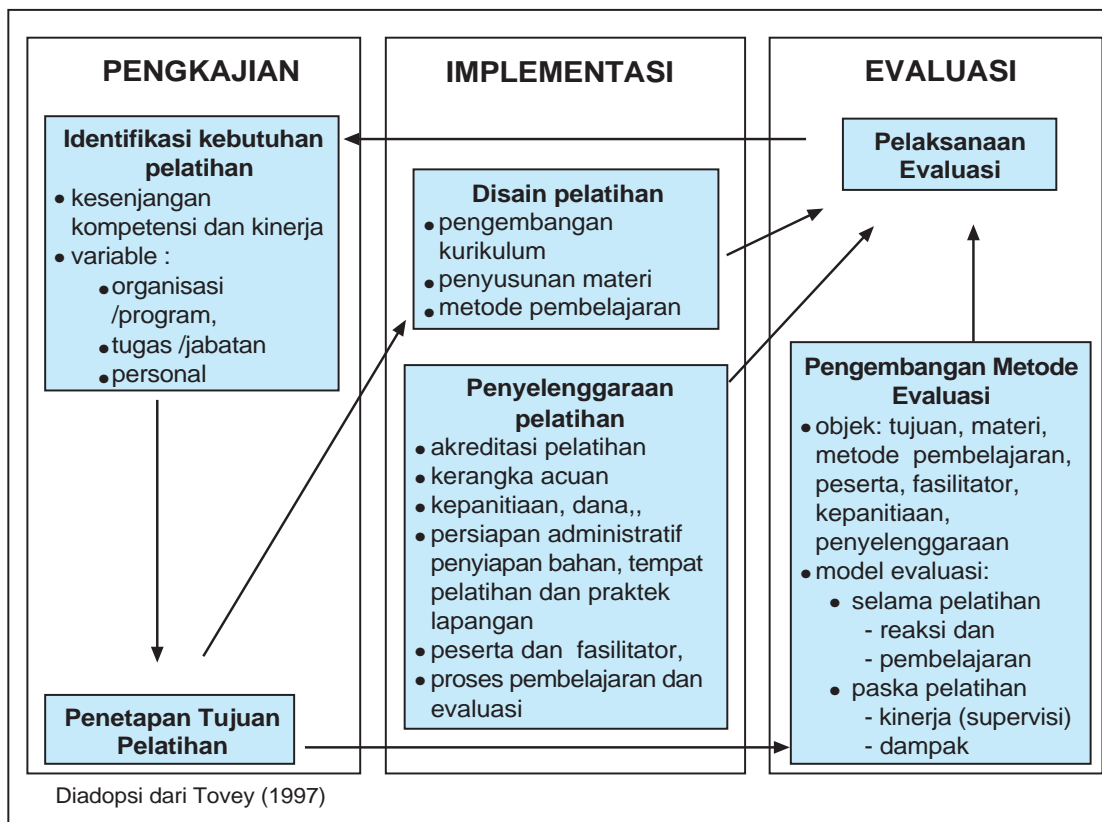
ditemukan, tidak seluruh materi diberikan seperti pada pelatihan penuh.

- c) Pelatihan penyegaran, yaitu pelatihan formal yang dilakukan terhadap peserta yang telah mengikuti pelatihan sebelumnya minimal 5 tahun atau ada up-date materi, seperti: pelatihan manajemen OAT, pelatihan advokasi, pelatihan TB-HIV, pelatihan DOTS plus, surveilans.
 - d) *On the job training* (pelatihan ditempat tugas/refreshers): telah mengikuti pelatihan sebelumnya tetapi masih ditemukan masalah dalam kinerjanya, dan cukup diatasi hanya dengan dilakukan supervisi.
- 2) Pelatihan lanjutan (*continued training/advanced training*): pelatihan untuk mendapatkan pengetahuan dan keterampilan program yang lebih tinggi. Materi berbeda dengan pelatihan dasar.

Pengembangan Pelatihan

Secara umum ada 3 tahap pengembangan pelatihan sebagaimana tergambar pada gambar berikut:

Gambar 7.1. Tahap Pengembangan Pelatihan



Materi pelatihan dan metode pembelajaran.

Apa yang akan dipelajari dalam pelatihan harus disesuaikan dengan kebutuhan program dan tugas peserta latih. Tidak semua harus dipelajari, tetapi yang terkait secara langsung tugas pokok peserta dalam program. Metode pembelajaran harus mampu melibatkan partisipasi aktif peserta dan mampu membangkitkan motivasi peserta. Baik materi pelatihan maupun metode pembelajaran tersebut dapat dikemas dalam bentuk modular .

Evaluasi Pelatihan

Evaluasi pelatihan adalah proses :

- Penilaian secara sistematis untuk menentukan apakah tujuan pelatihan telah tercapai atau tidak.
- Menentukan mutu pelatihan yang dilaksanakan dan untuk meningkatkan mutu pelatihan yang akan mendatang.
Demikian pentingnya evaluasi pelatihan maka pelaksanaannya harus terintegrasi dengan proses pelatihan.

Jenis dan tahap evaluasi pelatihan:

Selama pelatihan, terdiri dari

- Evaluasi Reaksi
- Evaluasi Pembelajaran

Evaluasi ini menilai penyelenggaraan pelatihan, peserta, fasilitator, materi dan metode pembelajaran

Paska pelatihan

- Evaluasi kinerja, menilai kompetensi dan kinerja ditempat tugas. Kegiatan ini dilakukan bersamaam dengan kegiatan supervisi dan dilakukan setidaknya setelah 3 - 6 bulan setelah mengikuti pelatihan
- Evaluasi dampak, menilai dampak pelatihan terhadap tujuan program /organisasi, dilakukan sesuai dengan kebutuhan dapat dilakukan melalui penelitian operasional.

3. SUPERVISI

Supervisi adalah kegiatan yang sistematis untuk meningkatkan kinerja petugas dengan mempertahankan kompetensi dan motivasi petugas yang dilakukan secara langsung.

Kegiatan yang dilakukan selama supervisi adalah :

- Observasi,
- Diskusi,
- Bantuan teknis,
- Bersama-sama mendiskusikan permasalahan yang ditemukan,
- Mencari pemecahan permasalahan bersama-sama, dan
- Memberikan laporan berupa hasil temuan serta memberikan rekomendasi dan saran perbaikan.

Supervisi merupakan salah satu kegiatan pokok dari manajemen. Kegiatan supervisi ini erat hubungannya dengan kegiatan “monitoring dan evaluasi”. Supervisi dapat dikatakan sebagai “monitoring langsung”, sedangkan monitoring dapat dikatakan sebagai “supervisi tidak langsung”.

Tujuan supervisi untuk meningkatkan kinerja petugas, melalui suatu proses yang sistematis dengan :

- Peningkatan pengetahuan petugas.
- Peningkatan ketrampilan petugas.
- Perbaikan sikap petugas dalam bekerja.
- Peningkatan motivasi petugas.

Supervisi selain merupakan monitoring langsung, juga merupakan kegiatan lanjutan pelatihan. Melalui supervisi dapat diketahui bagaimana petugas yang sudah dilatih tersebut menerapkan semua pengetahuan dan ketrampilannya. Selain itu supervisi dapat juga berupa suatu proses pendidikan dan pelatihan berkelanjutan dalam bentuk *on the job training*.

Supervisi harus dilaksanakan di semua tingkat dan disemua unit pelaksana, karena dimanapun petugas bekerja akan tetap memerlukan bantuan untuk mengatasi masalah dan kesulitan yang mereka temukan. Suatu umpan balik tentang kinerja harus selalu diberikan untuk memberikan dorongan semangat kerja.

Supervisi merupakan kegiatan monitoring langsung dan kegiatan pembinaan untuk mempertahankan kompetensi standar melalui *on the job training*.

Supervisi juga dapat dimanfaatkan sebagai evaluasi pasca pelatihan untuk bahan masukan perbaikan pelatihan yang akan datang. Supervisi juga untuk mengevaluasi ketercukupan sumber daya selain tenaga, misalnya: OAT, mikroskop dan logistik non OAT lainnya.

Perencanaan Supervisi

Agar supervisi efektif dan mencapai tujuannya, maka supervisi harus direncanakan dengan baik. Hal-hal berikut penting diperhatikan dalam perencanaan supervisi:

- 1) Supervisi harus dilaksanakan secara rutin dan teratur pada semua tingkat.
 - Supervisi ke Fasyankes harus dilaksanakan sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan sekali.
 - Supervisi ke kabupaten/kota dilaksanakan sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan sekali, dan
 - Supervisi ke propinsi dilaksanakan sekurang-kurangnya 6 (enam) bulan sekali.
- 2) Pada keadaan tertentu frekuensi supervisi perlu ditingkatkan, yaitu:
 - Pelatihan baru selesai dilaksanakan.
 - Pada tahap awal pelaksanaan program.
 - Bila kinerja dari suatu unit kurang baik, misalnya angka konversi rendah, angka kesembuhan rendah, atau jumlah suspek yang diperiksa dan jumlah pasien TB yang diobati terlalu sedikit dari yang diharapkan.

Persiapan supervisi

Agar pelaksanaan supervisi mencapai tujuannya secara efektif dan efisien, maka perlu dilakukan persiapan, sebagai berikut:

- 1) Penyusunan jadwal kegiatan supervisi, biasanya dilakukan setiap triwulan atau semester.
- 2) Pengumpulan informasi pendukung, misalnya laporan, pemetaan wilayah, hasil temuan pada supervisi sebelumnya serta rencana perbaikan yang diputuskan.
- 3) Pemberitahuan atau perjanjian dengan instansi/daerah/Fasyankes yang akan disupervisi.
- 4) Penyiapan atau pengembangan daftar tilik supervisi.

Pelaksanaan supervisi.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan supervisi :

- 1) Kepribadian supervisor.
 - Mempunyai kepribadian yang menyenangkan dan bersahabat.
 - Mampu membina hubungan baik dengan petugas di unit yang dikunjungi.
 - Menjadi pendengar yang baik, penuh perhatian, empati, tanggap terhadap masalah yang disampaikan, dan bersama-sama petugas mencari pemecahan.
 - Melakukan pendekatan fasilitatif, partisipatif dan tidak instruktif.
- 2) Kegiatan penting selama supervisi di Fasyankes.
 - Melakukan review TB.01 dan TB.06

- Melakukan review buku register Fasyankes dan mencocokkannya dengan TB.01, TB.06 dan TB.04.
 - Mengisi dan melengkapi buku register TB kabupaten (TB.03)
 - Diskusi kegiatan dan masalahnya bersama petugas
 - Melakukan pengamatan saat petugas bekerja
 - Melakukan wawancara dengan pasien TB dan PMO, bila memungkinkan
 - Melakukan pemeriksaan persediaan OAT dan logistik lainnya termasuk mikroskop dan reagensia, serta kebutuhannya.
 - Meneliti Buku Register Laboratorium TB (TB.04) dan kegiatan petugas laboratorium, termasuk melihat dan membaca sediaan sekaligus mengambil sediaan untuk uji silang.
 - Memberikan motivasi untuk peningkatan kinerja, kreatifitas, inovatif, inisiatif,
 - Melakukan identifikasi kebutuhan pelatihan bagi petugas diinstitusi tersebut.
 - Memberikan umpan balik saran yang jelas, realistis, sederhana dan dapat dilaksanakan
- 3) Kegiatan penting selama supervisi di Kabupaten/Kota.
- Melakukan review dokumen perencanaan kab/kota, dan bagaimana realisasi pelaksanaannya
 - Melakukan review TB.07, TB.11 dan TB.08 dicross check dengan buku register Fasyankes TB.03,
 - Mereview TB.12 dan TB 13 sekaligus melihat ketersediaan OAT di IFK
 - Mereview ketersediaan logistik lainnya termasuk mikroskop dan reagensia, serta kebutuhannya.
 - Mereview data PPM DOTS dan Ketenagaan TB
 - Diskusi kegiatan dan masalahnya bersama petugas
 - Melakukan pengamatan saat petugas bekerja
 - Memberikan motivasi untuk peningkatan kinerja, kreatifitas, inovatif, inisiatif,
 - Melakukan identifikasi kebutuhan pelatihan bagi petugas di institusi tersebut.
 - Memberikan laporan termasuk umpan balik saran yang jelas, realistis, sederhana dan dapat dilaksanakan
- 4) Kegiatan penting selama supervisi di Propinsi.
- Melakukan review dokumen perencanaan propinsi dan bagaimana realisasi pelaksanaannya
 - Melakukan review rekapitulasi TB.07, TB.11 dan TB.08
 - Mereview rekapitulasi TB.12 dan TB 13 sekaligus melihat buffer stock OAT di gudang obat propinsi
 - Mereview stock logistik non OAT
 - Mereview rekapitulasi data PPM DOTS dan Ketenagaan TB
 - Diskusi kegiatan dan masalahnya bersama petugas

- Melakukan pengamatan saat petugas bekerja
- Memberikan motivasi untuk peningkatan kinerja, kreatifitas, inovatif, inisiatif,
- Melakukan identifikasi kebutuhan pelatihan bagi petugas di institusi tersebut.
- Memberikan laporan termasuk umpan balik saran yang jelas, realistis, sederhana dan dapat dilaksanakan

Pemecahan Masalah (Problem-solving) dalam supervisi

Berikut ini beberapa langkah praktis dalam melakukan pemecahan masalah kinerja. Pengelola program TB sebaiknya dapat menggunakan metode pemecahan masalah yang dikuasai, agar lebih terarah dalam membuat keputusan dalam tiap langkah.

- 1) Apabila tugas pokok petugas tidak dilaksanakan secara benar atau tidak dilakukan sama sekali, maka berarti ada masalah kinerja. Menentukan masalah kinerja berarti sekaligus menentukan siapa tidak mengerjakan apa.
- 2) Pengelola program TB bersama petugas mencari tahu kemungkinan penyebab masalah. Ada beberapa kemungkinan penyebab masalah, mungkin karena tugasnya tidak jelas, tidak mampu melaksanakan, tidak ada motivasi atau memang ada kendala. Tentukan penyebab yang paling mungkin. Diagram tulang ikan (diagram Ishikawa) dan bagan pareto dalam hal ini dapat digunakan.
- 3) Selanjutnya tentukan pemecahannya (solusi) yang paling memungkinkan. Matriks penilaian kriteria dapat digunakan. Solusi harus dapat menghilangkan penyebab masalah atau mengurangi dampaknya, dapat dilaksanakan, realistik, praktis, dan tidak menciptakan masalah baru. Solusi dapat berupa memberikan penjelasan/diskusi, melakukan on the job training, mengusulkan dilatih atau memberikan motivasi kepada peugas.
- 4) Bila masih ada masalah yang belum terpecahkan bersama petugas, maka Pengelola program TB bersama petugas dapat mendiskusikan masalah tersebut dengan pimpinan unit kerja untuk selanjutnya menyusun rencana tindak lanjut perbaikan.
- 5) Kesimpulan dan saran pemecahan masalah harus ditulis dalam laporan supervisi sebagai dokumen untuk disampaikan kepada pimpinan unit kerja yang dikunjungi dan pimpinan unit kerja terkait. Dalam laporan juga harus disampaikan hal-hal yang positif.

Membuat Laporan Supervisi

Pengelola program TB harus membuat laporan supervisi segera setelah menyelesaikan kunjungan. Laporan supervisi tersebut harus memuat paling sedikit tentang:

- a. Latar belakang (pendahuluan)
- b. Tujuan supervisi.
- c. Temuan-temuan: keberhasilan dan kekurangan.

- d. Kemungkinan penyebab masalah atau kesalahan.
- e. Saran pemecahan masalah
- f. RTL (Rencana Tindak Lanjut).
- g. Laporan supervisi, sebaiknya 3 lembar:
 - Lembar 1 : harus diumpanbalikkan ke unit yang dikunjungi sebagai dokumen untuk bahan acuan perbaikan kegiatan.
 - Lembar 2 : disampaikan kepada atasan langsung supervisor sebagai bahan untuk rencana kunjungan berikutnya.
 - Lembar 3 : arsip supervisor.

BAB 7

ADVOKASI, KOMUNIKASI DAN MOBILISASI SOSIAL (AKMS) DALAM PENGENDALIAN TUBERKULOSIS

BATASAN

AKMS adalah suatu konsep sekaligus kerangka kerja terpadu untuk mempengaruhi dan mengubah kebijakan publik, perilaku dan memberdayakan masyarakat dalam pelaksanaan pengendalian TB. AKMS TB merupakan suatu rangkaian kegiatan advokasi, komunikasi, dan mobilisasi sosial yang dirancang secara sistematis dan dinamis.

Advokasi adalah upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari seluruh pemangku kebijakan.

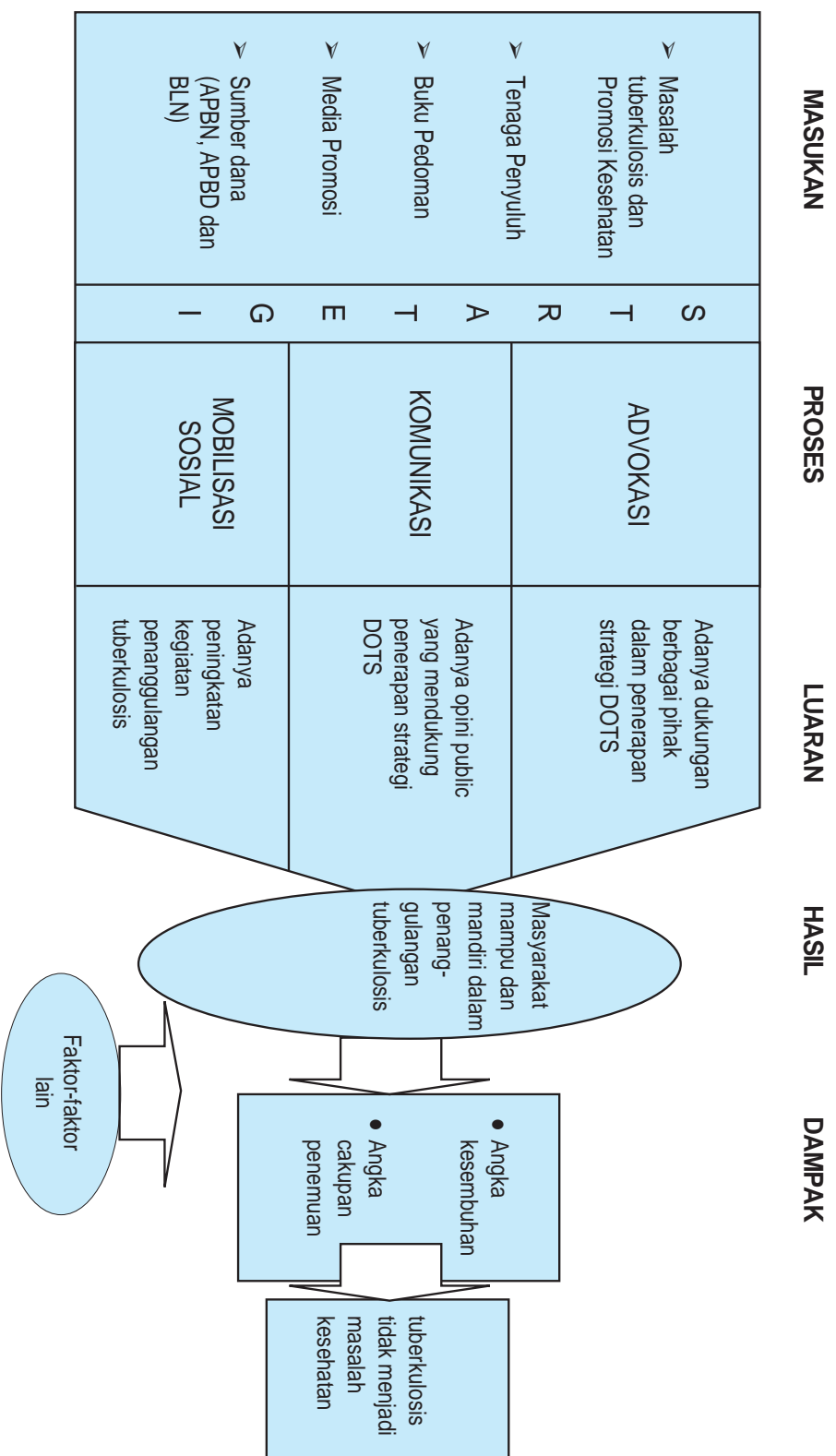
Komunikasi, merupakan upaya untuk menciptakan opini atau lingkungan sosial yang mendorong masyarakat umum, dan petugas kesehatan agar bersedia bersama-sama menanggulangi penularan TB. **Mobilisasi Sosial**, adalah proses pemberian informasi secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran, serta proses membantu sasaran, agar sasaran memiliki pengetahuan, sikap dan mempraktikkan perilaku yang diharapkan.

Dalam konteks Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial (AKMS), selain penanganan secara medik, pengendalian TB membutuhkan elemen penting lain yaitu:

- Komitmen politik pemerintah dalam bentuk dukungan kebijakan publik, dukungan dana untuk pengendalian TB
- Sikap dan perilaku birokrasi (pejabat publik) dalam menjalankan kebijakan tersebut.
- Dukungan dan peran serta masyarakat dan lembaga sosial kemasyarakatan secara aktif di berbagai tingkatan.
- Sikap dan perilaku pasien dan petugas kesehatan yang mendukung sejak diagnosa, pengobatan hingga pasca pengobatan

2. KERANGKA POLA PIKIR DAN STRATEGI AKMS

Gambar 9.1. Kerangka Pola Pikir dan Strategi AKMS



STRATEGI AKMS

Mobilisasi Sosial sebagai ujung tombak, yang didukung oleh Komunikasi dan Advokasi. Masing-masing strategi harus diintegrasikan semangat dan dukungan kemitraan dengan berbagai stakeholder. Kesemuanya diarahkan agar masyarakat agar mampu mempraktikkan perilaku pencegahan dan pengobatan TB.

a. Advokasi

Strategi advokasi yang digunakan adalah melakukan pendekatan kepada pengambil keputusan, media massa dan sektor terkait sehingga dapat dikeluarkan pernyataan dukungan untuk Program Pengendalian TB. Advokasi diarahkan untuk menghasilkan kebijakan yang mendukung upaya pengendalian TB. Kebijakan yang dimaksud disini dapat mencakup peraturan perundang-undangan di tingkat nasional maupun kebijakan daerah seperti Peraturan Daerah (PERDA), Surat Keputusan Gubernur, Bupati/Walikota, Peraturan Desa, dan lain sebagainya.

Strategi ini dilakukan untuk menjawab isu strategis tentang kurangnya dukungan dari para pemangku kepentingan (stakeholder) terkait di daerah untuk Pengendalian TB. Dalam pendanaan juga perlu dilakukan peningkatan kapasitas pengelola program dalam menyusun perencanaan anggaran sebagai dasar advokasi.

Dalam melakukan advokasi perlu dipersiapkan data atau informasi yang cukup serta bahan-bahan pendukung lainnya yang sesuai agar dapat meyakinkan mereka dalam memberikan dukungan.

Langkah yang perlu dipersiapkan untuk merencanakan kegiatan advokasi:

- Analisa situasi,
- Memilih strategi yang tepat (advokator, pelaksana, metode dsb)
- Mengembangkan bahan-bahan yang perlu disajikan kepada sasaran, dan
- Mobilisasi sumber dana

b. Komunikasi,

Strategi komunikasi yang dilakukan salah satunya adalah meningkatkan keterampilan konseling dan komunikasi petugas maupun kader TB melalui pelatihan. Strategi Komunikasi diharapkan dapat menciptakan dukungan dan persepsi positif dari masyarakat terhadap TB, pengawasan menelan obat bagi pasien TB, perilaku pencegahan penularan TB dan kampanye STOP TB.

c. Mobilisasi Sosial.

Mobilisasi sosial merupakan strategi membangkitkan keinginan masyarakat, secara aktif meneguhkan konsensus dan komitmen sosial di antara pengambil kebijakan untuk menanggulangi TB. Mobilisasi sosial bertujuan membangun solidaritas agar mampu mengatasi masalah bersama, dengan kata lain masyarakat menjadi berdaya.

Strategi mobilisasi sosial untuk menjawab isu strategis tentang kurangnya pemahaman masyarakat dalam pencegahan dan pencarian pengobatan TB, kurangnya kerjasama antar lintas program, sektor serta mitra terkait dalam Pengendalian TB serta kurangnya akses dan informasi masyarakat tentang TB. Langkah-langkah mobilisasi sosial

- Memberikan pelatihan/orientasi kepada kelompok pelopor (kelompok yang paling mudah menerima isu yang sedang diadvokasi);
- Mengkonsolidasikan mereka yang telah mengikuti pelatihan/orientasi menjadi kelompok-kelompok pendukung/kader;
- Mengembangkan koalisi diantara kelompok-kelompok maupun pribadi-pribadi pendukung;
- Mengembangkan jaringan informasi diantara anggota koalisi agar selalu mengetahui dan merasa terlibat dengan isu yang diadvokasikan;
- Melaksanakan kegiatan yang bersifat masal dengan melibatkan sebanyak mungkin anggota koalisi;
- Mendayagunakan media massa untuk mengekspose kegiatan koalisi dan sebagai jaringan informasi;
- Mendayagunakan berbagai media massa untuk membangun kebersamaan dalam mengatasi masalah/isu (masalah bersama). Hal ini cukup efektif bila dilakukan dengan menggunakan TV, filler/spot, radio spot, billboard dan spanduk.

BAB 8

PUBLIC PRIVATE MIX (PPM) DOTS DALAM PENGENDALIAN TUBERKULOSIS

Pola pencarian pengobatan pasien TB di masyarakat menunjukkan bahwa banyak pasien TB memanfaatkan layanan kesehatan seperti rumah sakit, B/BKPM dan dokter praktik swasta. Hasil studi prevalensi nasional TB tahun 2004 memperkirakan bahwa sekitar 47-78% responden dengan riwayat TB mengawali pengobatan di rumah sakit, B/BKPM dan dokter praktik swasta (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2005). Survei nasional tahun 2010 menunjukkan bahwa lebih banyak penderita TB yang menggunakan RS, B/BKPM dan dokter praktik swasta (63,89%) dibanding Puskesmas (36,2%) untuk diagnosis TB. Dalam hal pengobatan, lebih banyak pasien TB yang memanfaatkan RS, B/BKPM dan dokter praktik swasta (45,1%) dibanding Puskesmas (39,5%). Selain itu, pasien TB dengan sosio-ekonomi rendah cenderung memanfaatkan RS untuk diagnosis (Balitbangkes Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010). Dari laporan program TB 2010, fasilitas layanan kesehatan yang terlibat dalam strategi DOTS sebagai berikut : Puskesmas sekitar 98%, rumah sakit dan BP4 sekitar 30% dan dokter praktek swasta masih belum ada laporan.

PPM di Indonesia dimulai dengan pelibatan rumah sakit dan B/BKPM. Hal ini didasarkan pertimbangan bahwa fasilitas layanan tersebut memiliki potensi yang besar dalam program pengendalian TB. Berbagai penyedia pelayanan kesehatan lainnya (sektor swasta, LSM, masyarakat, organisasi keagamaan, tempat kerja, praktisi swasta, lapas/rutan) telah mulai dilibatkan meskipun masih terbatas.

Joint External Monitoring Mission (JEMM) tahun 2011 memberikan rekomendasi perlunya akselerasi ekspansi pelibatan RS dengan memastikan bahwa akreditasi rumah sakit mengakomodasi standar layanan TB dan peraturan tersebut diterapkan secara nasional dan hal yang sama juga perlu dilakukan terhadap perijinan praktek dokter mengakomodasi standar pelayanan TB internasional.

1. BATASAN PUBLIC PRIVATE MIX (PPM)

Public Private Mix (bauran layanan pemerintah - swasta), merupakan pendekatan komprehensif pelibatan semua fasilitas layanan kesehatan dalam melakukan layanan pasien TB dan program pengendalian TB. PPM meliputi semua bentuk kolaborasi pemerintah - swasta, (seperti kerjasama dengan perusahaan), kolaborasi pemerintah - pemerintah (seperti program TB dengan RS pemerintah, fasyankes lapas) dan kolaborasi swasta - swasta (seperti LSM, RS swasta dengan DPS) dengan tujuan menjamin akses layanan TB yang bermutu dan berkesinambungan bagi masyarakat. PPM juga diterapkan pada kolaborasi pemeriksaan laboratorium, apotik, kolaborasi TB-HIV maupun manajemen TB resisten obat.

2. LANGKAH-LANGKAH IMPLEMENTASI PPM

Ekspansi layanan TB dengan strategi DOTS harus dikembangkan secara selektif dan bertahap agar memperoleh hasil yang efektif, efisien dan bermutu. Sebaiknya ekspansi tersebut dilakukan bersamaan dengan peningkatan mutu program penanggulangan tuberkulosis di Kabupaten/Kota dengan terus berusaha meningkatkan atau minimal mempertahankan :

- Angka konversi lebih dari 80%.
- Angka keberhasilan pengobatan lebih dari 85%.
- Angka kesalahan laboratorium di bawah 5%.

Secara umum langkah langkah implementasi PPM dilakukan sebagai berikut:

- 1) Melakukan penilaian dan analisa situasi untuk mendapatkan gambaran kesiapan fasyankes yang akan dilibatkan dan Dinas Kesehatan setempat.
- 2) Mendapatkan komitmen yang kuat dari pihak manajemen fasyankes (seperti pimpinan rumah sakit) dan tenaga medis (seperti dokter umum dan spesialis, paramedis, dan seluruh petugas terkait).
- 3) Menyusun nota kesepahaman (*Memorandum of Understanding*) diantara fasyankes, Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota dan mitra terkait.
- 4) Membentuk tim DOTS di fasyankes yang meliputi unit-unit terkait dalam penerapan strategi DOTS di fasyankes tersebut.
- 5) Menyediakan tempat untuk unit DOTS di fasyankes sebagai tempat koordinasi dan pelayanan pasien TB secara komprehensif dan terpadu (seperti melibatkan semua unit di rumah sakit yang menangani pasien TB).
- 6) Menyiapkan atau memiliki akses dengan laboratorium untuk pemeriksaan mikrobiologis dahak sesuai standar.
- 7) Menyiapkan tenaga medis, paramedis, laboratorium, rekam medis, petugas administrasi, farmasi (apotek) dan PKMRS sebagai petugas DOTS.
- 8) Melatih petugas/tim DOTS (tenaga medis, paramedis, laboratorium, rekam medis, petugas administrasi, farmasi)
- 9) Menyediakan biaya operasional.
- 10) Menggunakan format pencatatan dan pelaporan sesuai dengan program TB nasional untuk surveilans program dan pasien TB.
- 11) Supervisi, monitoring dan evaluasi pelaksanaan.

3. PEMBENTUKAN JEJARING PPM

Secara umum fasyankes seperti rumah sakit, DPS, klinik memiliki potensi yang besar dalam penemuan pasien TB (*case finding*), namun memiliki keterbatasan dalam menjaga keteraturan pengobatan pasien sampai selesai (*case holding*) jika dibandingkan dengan Puskesmas. Kelemahan ini dapat diatasi dengan melakukan bauran (mix) layanan diantara fasyankes. Untuk itu perlu dikembangkan jejaring diantara fasyankes maupun dengan Dinas Kesehatan. Jejaring ini meliputi jejaring internal dan eksternal.

a. Jejaring Internal

Jejaring internal adalah jejaring yang dijalankan didalam fasyankes dengan melibatkan seluruh unit yang menangani pasien TB. Koordinasi kegiatan

dilaksanakan oleh Tim DOTS. Tidak semua fasyankes harus memiliki tim DOTS tergantung dari kompleksitas layanan dan manajemen yang dimiliki oleh fasyankes. Tim ini mempunyai tugas, antara lain merencanakan, melaksanakan, memonitor serta mengevaluasi kegiatan DOTS di fasyankes.

b. Jejaring Eksternal

Jejaring eksternal adalah jejaring yang dibangun antara instansi/unit Dinas Kesehatan, rumah sakit, puskesmas dan fasyankes lainnya dalam layanan pasien TB dengan strategi DOTS dan dalam program pengendalian TB.

Tujuan jejaring eksternal :

- Memastikan semua pasien TB mendapatkan akses pelayanan DOTS yang bermutu, mulai dari diagnosis, pengobatan, pemantauan sampai akhir pengobatan.
- Menjamin kelangsungan dan keteraturan pengobatan pasien sehingga mengurangi jumlah pasien yang putus berobat.

Jejaring PPM dapat berfungsi sebagai :

- Jalur rujukan pasien TB untuk diagnosis, pengobatan maupun pemantauan diantara fasyankes
- Jalur pencatatan dan pelaporan program antara fasyankes dengan Dinas Kesehatan atau Puskesmas
- Supervisi, monitoring dan evaluasi oleh Dinas Kesehatan
- Pelacakan pasien TB mangkir
- Alur distribusi logistik (OAT dan non OAT)

Dalam jejaring PPM, Dinas Kesehatan memiliki fungsi dan tugas sebagai berikut:

- a. Melakukan koordinasi dan fasilitasi antar fasyankes.
- b. Bersama fasyankes menyusun protap jejaring layanan pasien TB, dan memastikan protap dijalankan.
- c. Pembinaan, monitoring dan evaluasi penerapan DOTS dan kegiatan program TB lainnya di fasyankes.
- d. Memastikan sistem surveilans TB (pencatatan dan pelaporan) berjalan.

Agar jejaring dapat berjalan baik diperlukan :

- 1) Seorang koordinator jejaring DOTS di tingkat propinsi atau kabupaten/ kota.
- 2) Peran aktif Supervisor Propinsi/Kabupaten/kota
- 3) Mekanisme jejaring antar institusi yang jelas
- 4) Tersedianya alat bantu kelancaran proses rujukan antara lain berupa
 - Formulir rujukan
 - Daftar nama dan alamat lengkap pasien yang dirujuk
 - Daftar nama dan nomor telepon petugas penanggung jawab di Fasyankes
- 5) Dukungan dan kerjasama antara fasyankes dalam kegiatan rujukan pasien TB.

- 6) Pertemuan koordinasi secara berkala minimal setiap 3 bulan diantara fasyankes yang dikoordinasi oleh Dinkes Kabupaten/kota setempat dengan melibatkan semua pihak lain yang terkait.

Koordinator Jejaring DOTS dapat mempunyai tugas sebagai berikut

- 1) Memastikan mekanisme jejaring seperti yang tersebut diatas berjalan dengan baik.
- 2) Memfasilitasi rujukan antar Fasyankes dan antar prop/kab/kota
- 3) Memastikan pasien yang dirujuk melanjutkan pengobatan ke Fasyankes yang dituju dan menyelesaikan pengobatannya.
- 4) Memastikan setiap pasien mangkir dilacak dan ditindak lanjuti
- 5) Supervisi pelaksanaan kegiatan di Unit DOTS
- 6) Validasi data pasien di fasyankes
- 7) Monitoring dan evaluasi kemajuan ekspansi strategi DOTS di fasyankes

Suatu sistem jejaring dapat dikatakan berfungsi secara baik apabila angka default < 5 % pada setiap Fasyankes.

4. PILIHAN PENANGANAN PASIEN TB DALAM PENERAPAN PPM DOTS.

Rumah sakit dan fasyankes lainnya mempunyai beberapa pilihan dalam penanganan pasien tuberkulosis sesuai dengan kemampuan fasyankes masing-masing seperti terlihat pada bagan di bawah.

Gambar 10.1. Pilihan penanganan pasien TB dalam penerapan PPM DOTS

Pilihan	Penemuan suspek	Diagnosis	Mulai Pengobatan	Pengobatan selanjutnya	Konsultasi Klinis	Pencatatan dan Laporan
1						
2						
3						
4						
5						

Keterangan :

- di Fasyankes PPM DOTS
- di Puskesmas

Semua petugas pada unit fasyankes yang menemukan suspek TB, memberikan informasi yang jelas kepada yang bersangkutan agar dapat menentukan pilihan fasyankes (diagnosis, pengobatan, pemantauan), dengan menawarkan pilihan yang sesuai dengan situasi dan kondisi pasien. Beberapa faktor penting yang perlu dipertimbangkan, adalah:

- Tingkat sosial ekonomi pasien
- Biaya Konsultasi
- Lokasi tempat tinggal (jarak dan keadaan geografis)

- Biaya Transportasi
- Kemampuan dan fasilitas layanan.

Dalam pemilihan layanan, program TB nasional, merekomendasi sebagai berikut:

- Pilihan 3 hanya disarankan untuk fasyankes yang angka konversi telah mencapai lebih dari 80%.
- Pilihan 4 hanya disarankan untuk fasyankes yang angka keberhasilan pengobatan telah mencapai lebih dari 85%.

BAB 9

KOLABORASI TB-HIV

Epidemi HIV menunjukkan pengaruhnya terhadap peningkatan epidemi TB yang berakibat meningkatnya jumlah penderita TB di tengah masyarakat. Pandemi ini merupakan tantangan terbesar dalam pengendalian TB dan banyak bukti menunjukkan bahwa pengendalian TB tidak akan berhasil dengan baik tanpa keberhasilan pengendalian HIV. Sebaliknya TB merupakan penyebab utama kematian pada ODHA.

1. BATASAN

Kolaborasi TB-HIV adalah upaya mengintegrasikan kegiatan kedua program secara fungsional, dalam pengendalian kedua penyakit, baik pada aspek manajemen kegiatan program maupun penyediaan pelayanan bagi pasien, sehingga mampu mengurangi beban kedua penyakit tersebut secara efektif dan efisien.

Tujuan umum: mengurangi beban TB dan HIV pada masyarakat akibat kedua penyakit ini.

Tujuan khusus dari pelaksanaan kolaborasi TB-HIV:

- Membentuk mekanisme kolaborasi antara program TB dan HIV/AIDS
- Menurunkan beban TB pada ODHA
- Menurunkan beban HIV pada pasien TB

2. STRATEGI KOLABORASI TB-HIV

Strategi pelaksanaan Kolaborasi TB-HIV di Indonesia, meliputi kegiatan sebagai berikut:

- A. Membentuk mekanisme kolaborasi
 - Membentuk kelompok kerja
 - Melaksanakan surveilans HIV pada pasien TB
 - Melaksanakan perencanaan bersama TB-HIV
 - Melaksanakan monitoring dan evaluasi
- B. Menurunkan beban TB pada ODHA
 - Mengintensifkan penemuan kasus TB dan pengobatannya
 - Menjamin pengendalian infeksi TB pada layanan kesehatan dan tempat orang terkumpul (rutan/lapas, panti rehabilitasi napza)
- C. Menurunkan beban HIV pada pasien TB
 - Menyediakan konseling dan tes HIV
 - Pencegahan HIV dan IMS
 - Pengobatan preventif dengan kotrimoksasol dan infeksi oportunistik lainnya
 - Perawatan, dukungan dan pengobatan ARV untuk HIV/AIDS

3. KEGIATAN KOLABORASI TB-HIV

Membentuk Mekanisme Kolaborasi

- Membentuk kelompok kerja (POKJA) TB-HIV di semua lini
Kelompok kerja ini bertugas melaksanakan koordinasi dan kolaborasi kegiatan TB-HIV, dan dibentuk pada tingkat nasional dan pada tingkat provinsi. Di daerah prioritas, kelompok kerja dibentuk di tingkat kabupaten/kota dan tingkat Fasyankes (rumah sakit, puskesmas dan klinik dalam bentuk tim TB-HIV).
- Pelaksanaan surveilans untuk mengetahui prevalensi HIV di antara pasien TB
Metoda surveilans dilakukan sebagai berikut:
 1. Di Wilayah epidemi HIV meluas : tes HIV rutin pada pasien tuberkulosis dan Survei sentinel atau periodik (khusus) untuk mengkalibrasi data dari testing HIV rutin.
 2. Di Wilayah epidemi HIV Terkonsentrasi : Data dari tes HIV rutin pada pasien tuberkulosis. atau Survei sentinel atau periodik (khusus) didaerah pelaksanaan dimana tingkat HIV tidak diketahui (data rutin belum ada). Survei ini dapat dipakai untuk mengkalibrasi data dari testing HIV rutin.
 3. Di Wilayah epidemi HIV rendah : Survei sentinel atau periodik (khusus)
- Melaksanakan perencanaan bersama TB-HIV
Perencanaan bersama TB-HIV dilaksanakan dalam bidang bidang sebagai berikut:
 - Mobilisasi sumber daya
 - Membangun kapasitas, termasuk pelatihan
 - Komunikasi TB-HIV: advokasi, komunikasi program dan mobilisasi sosial
 - Meningkatkan keterlibatan masyarakat
 - Penelitian operasional
- Monitoring dan Evaluasi kegiatan kolaborasi TB-HIV
Dalam melaksanakan monitoring dan evaluasi kegiatan kolaborasi, program AIDS dan TB harus menyepakati seperangkat indikator bersama dan piranti pengumpul data untuk menilai kualitas, efektifitas, cakupan dan layanan kegiatan kerjasama TB-HIV. Informasi pasien TB-HIV harus dapat diakses oleh petugas TB maupun petugas HIV untuk kepentingan perawatan, dukungan dan pengobatan pasien.

Menurunkan beban TB pada ODHA

- Mengintensifkan penemuan kasus TB
Skrining TB (paru dan ekstra paru) perlu dilakukan secara rutin untuk setiap ODHA. Skrining TB juga harus dilakukan pada kontak serumah, pada kelompok dengan resiko HIV dan pada kondisi khusus seperti di rutan/lapas.
Sebelum memulai ART, semua ODHA harus dipastikan status TBnya. Pengobatan pencegahan INH (*IPT = Isoniazid Preventive Therapy*) saat ini belum dapat direkomendasikan.

- Menjamin pengendalian infeksi TB pada layanan kesehatan dan tempat orang terkumpul (Rutan/Lapas, panti rehabilitasi napza)
Pengendalian infeksi TB pada tempat-tempat tersebut harus menjadi perhatian bagi petugas kesehatan untuk meminimalkan risiko penularan TB. Upaya khusus ini harus dilakukan secara bersama dengan ekspansi kolaborasi TB-HIV.

Menurunkan beban HIV pada pasien TB

- Menyediakan pelayanan Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS) untuk pasien TB
Sebagian besar orang yang terinfeksi HIV tidak mengetahui status HIV-nya dan mereka akan mencari pengobatan ke pelayanan kesehatan umum. KTS merupakan pintu masuk yang penting bagi pasien TB untuk mendapatkan pelayanan HIV. Test HIV harus mendapatkan persetujuan dari pasien, melalui konseling pra dan pasca tes.
- Pencegahan HIV dan IMS
Pelayanan DOTS di rumah sakit dan puskesmas harus melakukan KIE tentang HIV selama masa pengobatan TB, dan pada saat rujukan jika layanan HIV tersebut tidak tersedia di puskesmas. KIE mengacu pada pelayanan pencegahan HIV (IMS, pengurangan dampak buruk napza suntik, PPIKA, dalam bentuk konseling.
- Pengobatan pencegahan dengan kotrimoksasol (PPK) dan infeksi oportunistik lainnya
Program TB dan HIV/AIDS harus menyediakan pengobatan pencegahan kotrimoksasol (PPK) bagi ODHA yang memenuhi syarat serta menderita TB aktif. Pada wilayah (propinsi dan kab/kota) dengan epidemi HIV yang meluas, PPK sebaiknya disediakan di Fasyankes KTS/PDP, semua pasien TB-HIV harus mendapatkan PPK di unit tersebut
- Perawatan, dukungan dan pengobatan HIV
Akses kepada layanan kesehatan bagi ODHA merupakan hak dasar setiap orang yang meliputi layanan AIDS secara komprehensif dan berkesinambungan. Layanan komprehensif tersebut meliputi: manajemen klinis (profilaksis, diagnosis dini, pengobatan yang rasional dan tatalaksana infeksi oportunistik), asuhan keperawatan (dukungan higiene dan nutrisi), perawatan paliatif, perawatan berbasis rumah, dukungan konseling dan sosial dan sistem rujukan pasien. Pemberian ART dan OAT pada pasien TB-HIV harus sesuai dengan pedoman yang berlaku.

4. SKALA PRIORITAS PELAKSANAAN KOLABORASI TB-HIV

Provinsi dengan epidemi HIV terkonsentrasi, kegiatan kolaborasi TB-HIV dilaksanakan pada:

- Semua Fasyankes dengan KTS,
- Rumah Sakit DOTS, kolaborasi dikembangkan secara bertahap,
- Puskesmas dengan kriteria tertentu:
 - o Di kabupaten/kota yang memiliki layanan KTS.

- o Besarnya masalah TB (misalnya, Notification Rate >100 per 100.000 penduduk).
- o Siap dan berkomitmen untuk melaksanakan kolaborasi TB-HIV.
- Rutan/lapas dan panti rehabilitasi pengguna napza suntik (penasun) yang memiliki unit pelayanan kesehatan.

Provinsi dengan epidemi HIV yang meluas, kegiatan kolaborasi TB-HIV dilaksanakan pada:

- Semua Fasyankes dengan KTS,
- Semua Rumah Sakit DOTS
- Semua Puskesmas
- Rutan/lapas dan panti rehabilitasi pengguna napza suntik (penasun) yang memiliki unit pelayanan kesehatan

BAB 10 **MANAJEMEN TB RESISTAN OBAT**

(Programmatic Management Of Drug Resistant Tuberculosis)

Kebal obat atau resistensi terhadap obat berarti kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*) tidak dapat lagi dibunuh oleh OAT yang dipakai saat ini. Resistensi ini dimulai dari yang sederhana yaitu mono resistan sampai dengan Multi Drug Resistan (MDR) dan eXtensive Drug Resistant (XDR).

Saat ini menurut WHO Indonesia menduduki peringkat ke delapan dari 27 negara dengan jumlah kasus MDR tertinggi. Survey resistensi OAT di provinsi Jawa Tengah menunjukkan bahwa angka TB MDR pada pasien yang belum pernah mendapat pengobatan OAT sebelumnya sekitar 2 % dan sekitar 16 % bagi yang pernah mendapatkan pengobatan OAT sebelumnya. Faktor utama penyebab terjadinya resistensi kuman terhadap OAT adalah ulah manusia, baik penyedia layanan, pasien, maupun program/sistem layanan kesehatan yang berakibat terhadap tatalaksana pengobatan pasien TB yang tidak sesuai dengan standar dan mutu yang ditetapkan.

1. BATASAN

Manajemen Program TB resistan Obat (Programmatic Manajment Of Drug Resistant Tuberculosis) merupakan program yang sistematis, komprehensif dan terpadu sesuai kerangka strategi DOTS dalam mengendalikan perkembangan TB kebal obat agar tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat, dengan kegiatan utama :

- pencegahan terjadinya TB resistan obat,
- penemuan secara dini dan
- tatalaksana kasus TB resistan obat yang bermutu,
- pengurangan risiko penularan dan
- pencegahan timbulnya TB resistan obat ekstensif (extensively drugs resistant /XDR) dengan tujuan agar TB resistan obat .

Terdapat lima jenis kategori resistensi terhadap obat TB:

- **Monoresistan:** Resistensi terhadap salah satu OAT, misalnya resistan terhadap INH saja, atau rifampisin saja, dll.
- **Polyresistan:** Resistensi terhadap lebih dari satu OAT, selain isoniazid (H) bersama rifampisin (R), misalnya resistensi terhadap H-E atau R-E, atau H-E-S, dll.
- **Multi drug resistan (MDR):** Resistan terhadap sekurang-kurangnya isoniazid (H) dan rifampicin (R), secara bersamaan dengan atau tanpa OAT lini pertama yang lain, misalnya : HR, HRE, HRES.
- **Ekstensif drug resistan (XDR):**
 - TB MDR
 - disertai resistensi terhadap salah satu obat golongan fluorokuinolon,
 - dan salah satu dari OAT injeksi lini kedua (Capreomisin, Kanamisin, dan Amikasin).
- **Total drug resistan (Total DR):**
Resistensi terhadap semua OAT (lini pertama dan lini kedua).

2. STRATEGI IMPLEMENTASI

Untuk melaksanakan kegiatan Program Manajemen TB Resistan Obat dalam suatu wilayah, perlu upaya pemenuhan kondisi tertentu, yaitu:

1. Penerapan strategi DOTS telah berjalan dengan baik di wilayah tersebut
2. Mempunyai akses ke laboratorium yang telah disertifikasi untuk melaksanakan biakan dan uji kepekaan terhadap OAT (Drugs Susceptibility Test/ DST);
3. Mempunyai akses ke rumah sakit yang telah ditunjuk sebagai pusat rujukan penatalaksanaan TB MDR.
4. Memiliki jejaring DOTS antara rumah sakit dan Puskesmas yang berjalan dengan baik.
5. Adanya komitmen dari pemerintah daerah, khususnya pengalokasian dana secara bertahap untuk kelancaran & pengembangan kegiatan selanjutnya.

Prinsip umum implementasi Manajemen TB Resistan Obat adalah mengintegrasikan layanan tersebut ke dalam layanan TB DOTS yang ada sesegera mungkin melalui pendekatan PPM DOTS.

Secara umum langkah-langkah implementasi Manajemen TB Resistan Obat dilakukan sebagai berikut:

- 1) Melakukan asesmen/penilaian dan analisa situasi untuk mendapatkan gambaran kesiapan wilayah dalam aspek utama:
 - o penerapan strategi DOTS,
 - o kemampuan dan kesiapan fasilitas layanan,
 - o komitmen pimpinan dan petugas, dan
 - o jejaring PPM DOTS.
- 2) Mendapatkan komitmen yang kuat dari pihak pimpinan manajemen (dinas kesehatan dan fasyankes yang dilibatkan) dan petugas terkait (tenaga medis, paramedis, dan petugas lain yang terkait).
- 3) Menyusun kesepakatan yang mencakup sistem, peran dan fungsi masing-masing pihak yaitu fasyankes, Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota, balai laboratorium kesehatan dan mitra terkait.
- 4) Menentukan laboratorium sesuai hasil asesmen untuk dikembangkan menjadi laboratorium yang tersertifikasi untuk melaksanakan biakan dan uji kepekaan terhadap OAT
- 5) Memperkuat tim DOTS yang ada pada fasyankes dengan pengayaan tugas dan fungsi terkait dengan kegiatan Manajemen TB Resistan Obat. Pada RS rujukan, selain tim DOTS yang sudah ada dibentuk juga Tim Ahli Klinis (TAK).
- 6) Menyediakan sarana dan prasarana khusus pada fasyankes Manajemen TB Resistan Obat, laboratorium penunjang.
- 7) Melatih petugas/tim (tenaga medis, paramedis, laboratorium, rekam medis, petugas administrasi, farmasi dan tenaga terkait)
- 8) Menyediakan biaya operasional.
- 9) Supervisi, monitoring dan evaluasi pelaksanaan.

3. PENGORGANISASIAN

1. Tingkat Pusat

Kegiatan Manajemen TB Resistan Obat adalah bagian dari upaya pengendalian TB yang dilakukan melalui Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis (Gerdunas TB). Dalam pelaksanaan program TB MDR secara Nasional dilaksanakan oleh Direktorat Pengendalian Penyakit Menular Langsung, cq. Sub Direktorat Tuberkulosis.

2. Tingkat Provinsi

Pelaksanaan program TB MDR merupakan bagian dari pelaksanaan program TB ditingkat provinsi, dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi.

3. Tingkat Kabupaten/Kota

Pelaksanaan program TB MDR merupakan bagian dari pelaksanaan program TB ditingkat kabupaten/kota dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/kota.

4. Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Manajemen TB Resistan Obat

Kegiatan pelayanan Manajemen TB Resistan Obat dilaksanakan oleh :

- Fasyankes satelit
- Fasyankes sub rujukan
- Fasyankes pusat rujukan

4. JEJARING PENATALAKSANAAN PASIEN

Secara umum, jejaring dikembangkan untuk memudahkan akses dan untuk mendapatkan layanan yang efektif, efisien dan bermutu. Jejaring ini meliputi jejaring internal dan eksternal. (lihat juga bab 8 tentang PPM DOTS dalam pengendalian TB)

a. Jejaring Internal

Jejaring internal adalah jejaring antar semua unit terkait di dalam rumah sakit yang menangani kasus TB, termasuk TB MDR.

Untuk keberhasilan jejaring internal, perlu didukung dengan tim DOTS rumah sakit. Tim DOTS rumah sakit mengkoordinasikan seluruh kegiatan penanganan semua pasien tuberkulosis termasuk pasien TB MDR. Tim Ahli Klinis merupakan bagian tim DOTS rumah sakit yang khusus menangani pasien TB MDR.

b. Jejaring Eksternal

Jejaring eksternal adalah jejaring yang dibangun antara rumah sakit dengan semua fasyankes dan institusi lain yang terkait dalam program pengendalian tuberkulosis, termasuk penanganan pasien TB MDR dan difasilitasi oleh Dinas Kesehatan setempat.

BAB 11

PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN PROGRAM

1. KONSEP PERENCANAAN

Perencanaan merupakan suatu rangkaian kegiatan yang sistematis untuk menyusun rencana berdasarkan kajian rinci tentang keadaan masa kini dan perkiraan keadaan yang akan muncul dimasa mendatang berdasarkan pada fakta dan bukti. Pada dasarnya rencana adalah alat manajemen yang berfungsi membantu organisasi atau program agar dapat berkinerja lebih baik dan mencapai tujuan secara lebih efektif dan efisien.

Perencanaan yang baik bersifat :

- berbasis data / informasi / fakta yang akurat tentang situasi epidemiologis dan program
- berjangka menengah atau panjang, biasanya 5 tahun. Mempunyai jangkauan ke depan yang memberikan tantangan dalam pelaksanaannya
- umum, menyeluruh dan biasanya dijabarkan lebih lanjut dalam rencana kerja atau rencana operasional yang lebih rinci.
- lentur, dinamis, tidak statis, tanggap terhadap berbagai perubahan penting yang terjadi dilingkungan tempat dan waktu berlakunya rencana.

Tujuan dari perencanaan adalah tersusunnya rencana program, tetapi proses ini tidak berhenti disini saja karena setiap pelaksanaan program tersebut harus dipantau agar dapat dilakukan koreksi dan dilakukan perencanaan ulang untuk perbaikan program.

2. PENYUSUNAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

Perencanaan merupakan suatu siklus yang meliputi:

- a. Pengumpulan data
- b. Analisa situasi
- c. Menetapkan masalah prioritas dan pemecahannya.
- d. Menetapkan tujuan, sasaran, indikator
- e. Menyusun rencana kegiatan penganggaran,
- f. Menyusun rencana pemantauan dan evaluasi.

A. Pengumpulan data

Data yang diperlukan meliputi data kesehatan dan data pendukung dari berbagai sektor terkait. Data yang diperlukan untuk tahap analisa masalah adalah:

- **Data Umum**

Mencakup data geografi dan demografi (penduduk, pendidikan, sosial budaya, ekonomi) serta data lainnya (jumlah fasilitas kesehatan, organisasi masyarakat).

Data ini diperlukan untuk menetapkan target, sasaran dan strategi operasional lainnya yang sangat dipengaruhi oleh kondisi masyarakat.

- **Data Program**

Meliputi data tentang beban TB, pencapaian program (penemuan pasien, keberhasilan diagnosis, keberhasilan pengobatan), resistensi obat serta data tentang kinerja institusi lainnya. Data ini diperlukan untuk dapat menilai apa yang sedang terjadi, sampai dimana kemajuan program, masalah apa yang dihadapi dan rencana apa yang akan dilakukan.

- **Data Sumber Daya**

Meliputi data tentang tenaga (*man*), dana (*money*), logistik (*material*), dan metodologi yang digunakan (*method*). Data ini diperlukan untuk mengidentifikasi sumber-sumber yang dapat dimobilisasi sehingga dapat menyusun program secara rasional, sesuai dengan kemampuan tiap-tiap daerah.

Disamping untuk perencanaan, data tersebut dapat dimanfaatkan untuk berbagai hal seperti advokasi, diseminasi informasi serta umpan balik.

B. Analisa situasi

Analisis situasi dapat meliputi analisis terhadap lingkungan internal program (kekuatan dan kelemahan) dan analisis lingkungan eksternal program (peluang dan ancaman). Dari analisis ini kita dapat menyusun isu-isu strategis, termasuk didalamnya identifikasi masalah.

Identifikasi masalah dimulai dengan melihat adanya kesenjangan antara pencapaian dengan target/tujuan yang ditetapkan.

Dari kesenjangan yang ditemukan, dicari masalah dan penyebabnya. Untuk memudahkan, masalah tersebut dikelompokkan dalam input dan proses, agar tidak ada yang tertinggal dan mempermudah penetapan prioritas masalah dengan berbagai metode yang ada seperti metode “tulang ikan” (*fish bone analysis*), pohon masalah dan log frame. Komponen yang dianalisis terdiri dari 5M (*man, money, material, method, dan market*).

C. Menetapkan prioritas masalah dan pemecahannya

Pemilihan masalah harus dilakukan secara prioritas dengan mempertimbangkan sumber daya yang tersedia, karena dengan menentukan masalah yang akan menjadi prioritas maka seluruh sumber daya akan dialokasikan untuk pemecahan masalah tersebut. Hal-hal utama yang perlu dipertimbangkan dalam memilih prioritas, antara lain :

- a. Daya ungkitnya tinggi, artinya bila masalah itu dapat diatasi maka masalah lain akan teratasi juga.
- b. Kemungkinan untuk dilaksanakan (*feasibility*), artinya upaya ini mungkin untuk dilakukan.

Dengan memperhatikan masalah prioritas dan tujuan yang ingin dicapai, dapat diidentifikasi beberapa alternatif pemecahan masalah. Dalam menetapkan pemecahan masalah, perlu ditetapkan beberapa alternatif pemecahan masalah yang akan menjadi pertimbangan pimpinan untuk ditetapkan sebagai pemecahan masalah yang paling baik. Pemilihan pemecahan masalah harus mempertimbangkan pemecahan masalah tersebut memiliki daya ungkit terbesar, sesuai dengan sumber daya yang ada dan dapat dilaksanakan sesuai dengan waktu yang ditetapkan.

D. Menetapkan Tujuan, target dan indikator

Tujuan yang akan dicapai ditetapkan berdasar kurun waktu dan kemampuan tertentu. Tujuan dapat dibedakan antara tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum biasanya cukup satu dan tidak terlalu spesifik. Tujuan umum dapat dipecah menjadi beberapa tujuan khusus yang lebih spesifik dan terukur. Beberapa syarat yang diperlukan dalam menetapkan tujuan antara lain (*SMART*):

- Terkait dengan masalah (*Specific*)
- Terukur (*Measurable*)
- Dapat dicapai (*Achievable*)
- Relevan, rasional (*Realistic*)
- Memiliki target waktu (*Timebound*).

E. Menyusun Rencana Kegiatan dan Penganggaran

Tujuan jangka menengah dan jangka panjang, tidak dapat dicapai sekaligus sebab banyak masalah yang harus dipecahkan sedang sumber daya terbatas, oleh sebab itu perlu ditetapkan prioritas pengembangan program dengan memperhatikan mutu strategi DOTS. Untuk itu implementasi pengembangan program dilakukan secara bertahap, dengan prinsip efektifitas, efisiensi, :

1. Mempertahankan Mutu

Mutu strategi DOTS mutlak harus dipertahankan sebelum meningkatkan cakupan program. Mutu strategi DOTS mencakup segala aspek mulai dari penemuan, diagnosis pasien, pengobatan dan penanganan pasien (*case holding*), sampai pada pencatatan pelaporan. Masing-masing aspek tersebut, perlu dinilai semua unsurnya, apakah sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

2. Pengembangan Wilayah

Tiap kabupaten/kota diharuskan merencanakan tahapan pengembangan sarana pelayanan kesehatan yang ada di wilayahnya masing-masing.

Pemilihan pentahapan pengembangan dapat didasarkan pada:

- 1) Besarnya masalah : Perkiraan jumlah pasien TB BTA Positif
- 2) Daya unkit : Jumlah penduduk, kepadatan penduduk dan tingkat sosial-ekonomi masyarakat.
- 3) Kesiapan : Tenaga, sarana dan kemitraan.

Misalnya, pada tahap awal, pengembangan dilakukan terhadap Puskesmas. Setelah itu baru rumah sakit, BBKPM/BKPM/BP4, RSP, dokter praktek swasta (DPS) dan instansi pelaksana lainnya. Pengembangan DOTS diharapkan dapat dimulai dengan Puskesmas dahulu untuk memantapkan jejaring baru melakukan pengembangan ke Rumah Sakit.

3. Peningkatan Cakupan dan meningkatkan angka keberhasilan pengobatan

Peningkatan cakupan dan meningkatkan angka keberhasilan pengobatan ini menjadi sangat penting, karena akan memberikan dampak epidemiologis, yaitu penurunan prevalensi.

4. Pemetaan Wilayah

Untuk menyusun perencanaan yang baik, perlu dilakukan pemetaan terhadap wilayah yang dapat meliputi:

- Unit pelaksana, misal: jumlah RS, jumlah puskesmas, poliklinik
- Sumber daya, misal; jumlah dan jenis tenaga terlatih, sumber dana, ketersediaan OAT, jumlah sarana dan prasarana.
- Cakupan pelayanan, misal: cakupan penemuan dan pengobatan.
- Mutu pelayanan, misal: diagnosa sesuai standar, kesalahan laboratorium, pencatatan yang baku.
- Situasi penyakit.

5. Penetapan Sasaran dan Target

- Sasaran Wilayah
Sasaran wilayah ditetapkan dengan memperhatikan besarnya masalah, daya unkit dan kesiapan daerah.
- Sasaran Penduduk
Sasaran pada dasarnya adalah seluruh penduduk di wilayah tersebut.
- Penetapan Target
Target ditetapkan dengan memperkirakan jumlah pasien TB baru yang ada disuatu wilayah yang ditetapkan secara nasional.

6. Penyusunan Anggaran

Penyusunan kebutuhan anggaran harus dibuat secara lengkap, dengan memperhatikan prinsip-prinsip penyusunan program dan anggaran terpadu. Pembiayaan dapat diidentifikasi dari berbagai sumber mulai dari anggaran pemerintah dan berbagai sumber lainnya, sehingga semua potensi sumber dana dapat dimobilisasi. Perlu diperhatikan bahwa penyusunan anggaran didasarkan pada kebutuhan program, sedangkan pemenuhan dana harus

dusahakan dari berbagai sumber. Dengan kata lain disebut *program oriented*, bukan *budget oriented*. Secara umum prinsip dan langkah menyusun rencana kegiatan dan penganggaran dapat dilakukan sebagai berikut:

- Daftarlaha semua kegiatan pada masing masing strategi yang akan dilakukan untuk tercapainya tujuan program
- Tentukan pembiayaan yang paling memungkinkan untuk masing-masing kegiatan.
- Prioritaskan dana pemerintah daerah untuk masing-masing kegiatan prioritas. Adanya dana pemerintah daerah dapat mengindikasikan bahwa pembiayaannya akan lebih berkesinambungan atau setidaknya menunjukkan adanya *sharing budget*.
- Perhatikan adanya kesenjangan antara daftar kegiatan yang prioritas dengan kegiatan yang didanai. Kesenjangan pendanaan ini dapat ditutupi dengan mengajukan bantuan donor.
- Hindari kondisi ketergantungan terhadap donor. Dana pemerintah pusat maupun daerah merupakan dana utama kegiatan program, sementara dana donor merupakan dana pendukung atau pelengkap.

7. Perumusan Perencanaan

Setelah selesai dengan langkah penyusunan perencanaan di atas, maka tiap unit kerja diwajibkan merumuskan perencanaan secara lengkap dengan urutan seperti dibawah ini:

- a. Pendahuluan
- b. Analisis situasi dan besarnya masalah
- c. Prioritas masalah
- d. Tujuan
- e. Sasaran dan target
- f. Kegiatan:
- g. Monitoring dan Evaluasi

F. Menyusun Rencana Pemantauan dan Evaluasi

Dalam perencanaan perlu disusun rencana pemantauan dan evaluasi. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menyusun rencana pemantauan dan evaluasi meliputi:

1. Jenis-jenis kegiatan dan indikator,
2. Cara pemantauan,
3. Pelaksana (siapa yang memantau),
4. waktu dan frekuensi pemantauan (bulanan/triwulan/tahunan),
5. Rencana tindak lanjut hasil pemantauan dan evaluasi.

BAB 12 INFORMASI STRATEGIS PROGRAM PENGENDALIAN TB

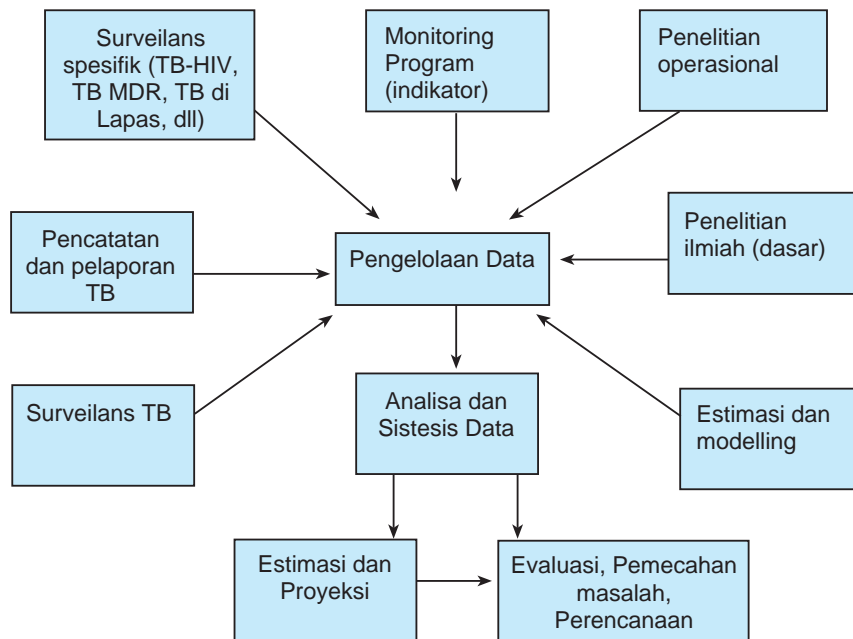
Bab ini menjelaskan informasi strategis dalam pengendalian TB. Informasi strategis terdiri dari beberapa komponen, tetapi dalam bab ini hanya akan dibahas Pemantauan dan penilaian, pencatatan dan laporan, penelitian operasional.

1. KERANGKA KERJA INFORMASI STRATEGIS

Informasi strategis adalah informasi dan pengetahuan yang memandu dalam melakukan penentuan strategi, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program. Secara garis besar informasi strategis meliputi tiga elemen pokok yaitu sistem surveilans, sistem monitoring dan evaluasi (monev) program, dan penelitian operasional.

Sistem surveilans akan menyediakan informasi mengenai prevalensi TB dan pola perubahan risiko. Monitoring dan evaluasi menyediakan informasi tentang proses, luaran dan dampak intervensi. Penelitian operasional dapat mengisi kesenjangan informasi dan menilai kebijakan dan strategi intervensi. Menempatkan elemen tersebut secara integratif dan komprehensif dalam melakukan perencanaan, pelaksanaan dan penilaian program menjadi sangat penting agar program berjalan secara efektif dan efisien.

Secara skematis komponen, proses dan pemanfaatan data dalam kerangka kerja informasi strategis digambarkan pada bagan dibawah ini.



2. PENELITIAN TUBERKULOSIS

Penelitian tuberkulosis dibagi menjadi penelitian ilmiah dan penelitian operasional. Pada saat ini program TB lebih menekankan pada penelitian operasional untuk memperbaiki manajemen program. Penelitian operasional didefinisikan sebagai penilaian atau telaah terhadap unsur-unsur yang terlibat dalam pelaksanaan program atau kegiatan-kegiatan yang berada dalam kendali manajemen program tuberkulosis. Hal-hal yang dapat ditelaah dalam penelitian operasional tuberkulosis antara lain meliputi sumber daya, akses pelayanan kesehatan, pengendalian mutu pelayanan, keluaran dan dampak yang bertujuan untuk meningkatkan kinerja program pengendalian nasional tuberkulosis.

Penelitian operasional dapat dibagi atas dua jenis yaitu penelitian observasional dimana tidak ada manipulasi variabel bebas dan penelitian eksperimental yang diikuti dengan tindakan/intervensi terhadap variabel bebas.

Penelitian observasional bertujuan menentukan status atau tingkat masalah, tindakan atau intervensi pemecahan masalah serta membuat hipotesis peningkatan kinerja program. Penelitian eksperimental melakukan intervensi terhadap input dan proses guna meningkatkan kinerja program.

Banyak penelitian telah dilaksanakan berbagai pihak, namun kegunaannya jauh dari kepentingan program dan sulit diterapkan. Hal ini terjadi karena aspek yang diteliti tidak searah dengan permasalahan yang dihadapi oleh program. Berdasarkan hal ini maka perlu dibuat pedoman penelitian operasional di bidang TB.

Tujuan Penelitian Operasional

Tujuan penelitian operasional adalah memberikan informasi berdasarkan hasil riset yang dapat digunakan oleh pengelola program untuk meningkatkan kinerja program. Penelitian operasional dapat membantu pengelola program memilih alternatif kegiatan, mengenali serta memanfaatkan peluang dan menentukan alternatif pemecahan masalah secara efisien dan efektif dengan mempertimbangkan keterbatasan sumber daya yang dimiliki.

Manajemen Penelitian Operasional

Proses penelitian operasional dilakukan melalui beberapa langkah, meliputi:

- 1) penentuan dan penetapan masalah (*problem identification*),
- 2) upaya pemecahan masalah (*hypothesis*),
- 3) ujicoba pemecahan masalah (*research implementation*),
- 4) telaah keberhasilan upaya pemecahan masalah (*analysis and discussion*), dan
- 5) penyebarluasan hasil (*publication*).

Penelitian operasional tuberkulosis mempunyai karakteristik sebagai berikut:

- Spesifik terhadap program tuberkulosis
- Membantu pengambil keputusan menemukan solusi yang berbasis lokal

- Mengarah kepada kegiatan yang bersifat berkesinambungan
- Memperkuat kapasitas manajer kesehatan dan petugas pelaksana program untuk melaksanakan penelitian operasional guna mengatasi masalah
- Melibatkan seluruh mitra yang berkepentingan terhadap hasil penelitian operasional, khususnya manajer atau petugas pelaksana program pada tingkat kabupaten kota dan provinsi
- Memberikan akses kepada manajer atau petugas pelaksana program dari daerah lain untuk menjadikan hasil penelitian sebagai bahan pembelajaran.

Ruang Lingkup Penelitian

Merujuk kepada kegiatan/area prioritas program pengendalian tuberkulosis, antara lain:

- Pendekatan penemuan kasus. Misalnya *Optimalisasi public private mix* (dokter praktek Swasta dan Rumah Sakit), *Inequitable access*, daerah kumuh, daerah terpencil dan lain lain
- Menjamin akses dan kepatuhan terhadap pengobatan.
- Metode diagnostik.
- Tatalaksana klinis. Misalnya pencegahan dan pengelolaan MDR-TB, kolaborasi TB-HIV.
- Sosial, ekonomi dan perilaku.
- Sistem, kebijakan dan pembiayaan kesehatan.
- Epidemiologi: tren, hasil dan dampak intervensi.
- Penguatan sistem informasi strategis, misalnya pemanfaatan data sekunder untuk masukan pada program, memanfaatkan kohort untuk evaluasi program, dan lain-lain.
- Pengembangan teknologi (a.l. vaksin, diagnostik, obat).

3. PENCATATAN DAN PELAPORAN PROGRAM

Dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan kegiatan survailans, diperlukan suatu sistem pencatatan dan pelaporan baku yang dilaksanakan dengan baik dan benar, dengan maksud mendapatkan data yang valid untuk diolah, dianalisis, diinterpretasi, disajikan dan disebarluaskan untuk dimanfaatkan. Data yang dikumpulkan harus valid, yaitu akurat, lengkap dan tepat waktu. Data program Tuberkulosis dapat diperoleh dari pencatatan di semua unit pelayanan kesehatan dan unit manajemen program yang dilaksanakan dengan satu sistem yang baku.

Formulir-formulir yang dipergunakan dalam pencatatan TB di:

a. Pencatatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasyankes (Puskesmas, Rumah Sakit, BP4, klinik dan dokter praktek swasta dll) dalam melaksanakan pencatatan menggunakan formulir:

- Daftar tersangka pasien (suspek) yang diperiksa dahak SPS (TB.06).
- Formulir permohonan laboratorium TB untuk pemeriksaan dahak (TB.05).
- Kartu pengobatan pasien TB (TB.01).
- Kartu identitas pasien TB (TB.02).

- Register TB fasyankes (TB.03 fasyankes)
- Formulir rujukan/pindah pasien (TB.09).
- Formulir hasil akhir pengobatan dari pasien TB pindahan (TB.10).
- Register Laboratorium TB (TB.04).

Khusus untuk dokter praktek swasta, penggunaan formulir pencatatan TB dapat disesuaikan selama informasi survailans yang dibutuhkan tersedia.

b. Pencatatan dan Pelaporan di Kabupaten/Kota

Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota menggunakan formulir pencatatan dan pelaporan sebagai berikut:

- Register TB Kabupaten (TB.03)
- Laporan Triwulan Penemuan dan Pengobatan Pasien TB (TB.07)
- Laporan Triwulan Hasil Pengobatan (TB.08)
- Laporan Triwulan Hasil Konversi Dahak Akhir Tahap Intensif (TB.11)
- Formulir Pemeriksaan Sediaan untuk Uji silang dan Analisis Hasil Uji silang Kabupaten (TB.12)
- Laporan OAT (TB.13)
- Data Situasi Ketenagaan Program TB
- Data Situasi Public-Private Mix (PPM) dalam Pelayanan TB

c. Pencatatan dan Pelaporan di Propinsi

Propinsi menggunakan formulir pencatatan dan pelaporan sebagai berikut:

- Rekapitulasi Penemuan dan Pengobatan Pasien TB per kabupaten/kota.
- Rekapitulasi Hasil Pengobatan per kabupaten/kota.
- Rekapitulasi Hasil Konversi Dahak per kabupaten/kota.
- Rekapitulasi Analisis Hasil Uji silang propinsi per kabupaten/kota.
- Rekapitulasi Laporan OAT per kabupaten/ kota.
- Rekapitulasi Data Situasi Ketenagaan Program TB.
- Rekapitulasi Data Situasi Public-Private Mix (PPM) dalam Pelayanan TB.

4. PEMANTAUAN DAN EVALUASI PROGRAM

Pemantauan dan evaluasi merupakan salah satu fungsi manajemen untuk menilai keberhasilan pelaksanaan program. Pemantaun dilaksanakan secara berkala dan terus menerus, untuk dapat segera mendeteksi bila ada masalah dalam pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan, supaya dapat dilakukan tindakan perbaikan segera. Evaluasi dilakukan setelah suatu jarak-waktu (interval) lebih lama, biasanya setiap 6 bulan s/d 1 tahun. Dengan evaluasi dapat dinilai sejauh mana tujuan dan target yang telah ditetapkan sebelumnya dicapai. Dalam mengukur keberhasilan tersebut diperlukan indikator. Hasil evaluasi sangat berguna untuk kepentingan perencanaan dan pengembangan program.

Masing-masing tingkat pelaksana program (fasyankes, Kabupaten/Kota, Propinsi, dan Pusat) bertanggung jawab melaksanakan pemantauan kegiatan pada wilayahnya masing-masing.

Seluruh kegiatan harus dimonitor baik dari aspek masukan (*input*), proses, maupun keluaran (*output*). Cara pemantauan dilakukan dengan melaksanakan menelaah laporan, pengamatan langsung dan wawancara dengan petugas pelaksana maupun dengan masyarakat sasaran.

Indikator Program TB

Untuk menilai kemajuan atau keberhasilan pengendalian TB digunakan beberapa indikator. Indikator pengendalian TB secara Nasional ada 2 yaitu:

- Angka Penemuan Pasien baru TB BTA positif (*Case Detection Rate = CDR*) dan
- Angka Keberhasilan Pengobatan (*Success Rate = SR*).

Disamping itu ada beberapa indikator proses untuk mencapai indikator Nasional tersebut di atas, yaitu:

- Angka Penjaringan Suspek
- Proporsi Pasien TB Paru BTA positif diantara Suspek yang diperiksa dahaknya
- Proporsi Pasien TB Paru BTA positif diantara seluruh pasien TB paru
- Proporsi pasien TB anak diantara seluruh pasien
- Angka Notifikasi Kasus (CNR)
- Angka Konversi
- Angka Kesembuhan
- Angka Kesalahan Laboratorium

Untuk mempermudah analisis data diperlukan indikator sebagai alat ukur kemajuan (*marker of progress*).

Indikator yang baik harus memenuhi syarat-syarat tertentu seperti:

- Sahih (*valid*)
- Sensitif dan Spesifik (*sensitive and specific*)
- Dapat dipercaya (*reliable*)
- Dapat diukur (*measurable*)
- Dapat dicapai (*achievable*)

Analisa dapat dilakukan dengan membandingkan data antara satu dengan yang lain untuk melihat besarnya perbedaan dan dengan melihat kecenderungan (*trend*) dari waktu ke waktu.

Untuk tiap tingkat administrasi memiliki indikator sebagaimana pada tabel berikut:

PEDOMAN NASIONAL PENGENDALIAN TUBERKULOSIS

Tabel 13.1. Indikator Yang Dapat Digunakan Di Berbagai Tingkatan

No	INDIKATOR	SUMBER DATA	WAKTU	PEMANFAATAN INDIKATOR			
				Fas yankes	Kab/ Kota	Pro pinsi	Pu sat
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Angka Penjaringan Suspek	Daftar suspek (TB.06) Data Kependudukan	Triwulan	✓	✓	✓	✓
2	Proporsi pasien TB paru BTA positif diantara suspek yang diperiksa dahaknya	Daftar suspek (TB.06) Register TB Kab/Kota (TB.03) Laporan Penemuan (TB.07)	Triwulan	✓	✓	✓	✓
3	Proporsi pasien TB paru BTA positif diantara seluruh pasien TB Paru	Kartu Pengobatan (TB.01) Register TB Kab/Kota (TB.03) Laporan Penemuan (TB.07)	Triwulan	✓	✓	✓	✓
4	Proporsi pasien TB Anak diantara seluruh pasien TB	Kartu Pengobatan (TB.01) Register TB Kab/Kota (TB.03) Laporan Penemuan (TB.07)	Triwulan	✓	✓	✓	✓
5	Angka Penemuan Kasus (CDR)	Laporan Penemuan (TB.07) Data perkiraan jumlah pasien baru BTA positif.	Tahunan	-	✓	✓	✓
6	Angka Notifikasi Kasus	Laporan Penemuan (TB.07) Data kependudukan	Tahunan	-	✓	✓	✓
7	Angka Konversi	Kartu Pengobatan (TB.01) Register TB Kab/Kota (TB.03) Laporan Konversi (TB.11)	Triwulan	✓	✓	✓	✓
8	Angka Kesembuhan	Kartu Pengobatan (TB.01) Register TB Kab/Kota (TB.03) Laporan Hasil Pengobatan (TB.08)	Triwulan	✓	✓	✓	✓
9	Angka Keberhasilan Pengobatan	Kartu Pengobatan (TB.01) Register TB Kab/Kota (TB.03) Laporan Hasil Pengobatan (TB.08)	Tahunan	✓	✓	✓	✓
10	Angka Kesalahan Laboratorium	Laporan Hasil Uji Silang (TB.12)	Triwulan	✓	✓	✓	✓

Formula dan Analisa Indikator

a. Angka Penjaringan Suspek

Adalah jumlah suspek yang diperiksa dahaknya diantara 100.000 penduduk pada suatu wilayah tertentu dalam 1 tahun. Angka ini digunakan untuk mengetahui upaya penemuan pasien dalam suatu wilayah tertentu, dengan memperhatikan kecenderungannya dari waktu ke waktu (triwulan/tahunan)

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah suspek yg diperiksa}}{\text{Jumlah penduduk}} \times 100.000$$

Jumlah suspek yang diperiksa bisa didapatkan dari buku daftar suspek (TB .06)

FASYANKES yang tidak mempunyai wilayah cakupan penduduk, misalnya rumah sakit, BP4 atau dokter praktek swasta, indikator ini tidak dapat dihitung.

b. Proporsi Pasien TB BTA Positif diantara Suspek

Adalah prosentase pasien BTA positif yang ditemukan diantara seluruh suspek yang diperiksa dahaknya. Angka ini menggambarkan mutu dari proses penemuan sampai diagnosis pasien, serta kepekaan menetapkan kriteria suspek.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah pasien TB BTA positif yg ditemukan}}{\text{Jumlah seluruh suspek TB yg diperiksa}} \times 100\%$$

Angka ini sekitar 5 - 15%. Bila angka ini terlalu kecil (< 5 %) kemungkinan disebabkan :

- Penjaringan suspek terlalu longgar. Banyak orang yang tidak memenuhi kriteria suspek, atau
- Ada masalah dalam pemeriksaan laboratorium (negatif palsu). Bila angka ini terlalu besar (> 15 %) kemungkinan disebabkan :
- Penjaringan terlalu ketat atau
- Ada masalah dalam pemeriksaan laboratorium (positif palsu).

c. Proporsi Pasien TB Paru BTA Positif diantara Semua Pasien TB Paru Tercatat/diobati

Adalah prosentase pasien Tuberkulosis paru BTA positif diantara semua pasien Tuberkulosis paru tercatat. Indikator ini menggambarkan prioritas penemuan pasien Tuberkulosis yang menular diantara seluruh pasien Tuberkulosis paru yang diobati.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah pasien TB BTA positif (baru + kambuh)}}{\text{Jumlah seluruh pasien TB (semua tipe)}} \times 100\%$$

Angka ini sebaiknya jangan kurang dari 65%. Bila angka ini jauh lebih rendah, itu berarti mutu diagnosis rendah, dan kurang memberikan prioritas untuk menemukan pasien yang menular (pasien BTA Positif).

d. Proporsi pasien TB Anak diantara seluruh pasien TB

Adalah prosentase pasien TB anak (<15 tahun) diantara seluruh pasien TB tercatat.

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien TB Anak (<15 thn) yg ditemukan}}{\text{Jumlah seluruh pasien TB yg tercatat}} \times 100\%$$

Angka ini sebagai salah satu indikator untuk menggambarkan ketepatan dalam mendiagnosis TB pada anak. Angka ini berkisar 15%. Bila angka ini terlalu besar dari 15%, kemungkinan terjadi *overdiagnosis*.

e. Angka Penemuan Kasus (Case Detection Rate = CDR)

Adalah prosentase jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dan diobati dibanding jumlah pasien baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut.

Case Detection Rate menggambarkan cakupan penemuan pasien baru BTA positif pada wilayah tersebut.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah pasien baru TB BTA Positif yang dilaporkan dalam TB.07}}{\text{Perkiraan jumlah pasien baru TB BTA Positif}} \times 100\%$$

Perkiraan jumlah pasien baru TB BTA positif diperoleh berdasarkan perhitungan angka insidens kasus TB paru BTA positif dikali dengan jumlah penduduk.

Target *Case Detection Rate* Program Penanggulangan Tuberkulosis Nasional minimal 70%.

f. Angka Notifikasi Kasus (Case Notification Rate = CNR)

Adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat diantara 100.000 penduduk di suatu wilayah tertentu. Angka ini apabila dikumpulkan serial, akan menggambarkan kecenderungan penemuan kasus dari tahun ke tahun di wilayah tersebut.

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien TB (semua tipe) yg dilaporkan dlm TB.07}}{\text{Jumlah penduduk}} \times 100.000$$

Angka ini berguna untuk menunjukkan kecenderungan (*trend*) meningkat atau menurunnya penemuan pasien pada wilayah tersebut.

g. Angka Konversi (*Conversion Rate*)

Angka konversi adalah prosentase pasien baru TB paru BTA positif yang mengalami perubahan menjadi BTA negatif setelah menjalani masa pengobatan intensif. Indikator ini berguna untuk mengetahui secara cepat hasil pengobatan dan untuk mengetahui apakah pengawasan langsung menelan obat dilakukan dengan benar.

Contoh perhitungan angka konversi untuk pasien baru TB paru BTA positif :

$$\frac{\text{Jumlah pasien baru TB paru BTA positif yg konversi}}{\text{Jumlah pasien baru TB paru BTA positif yg diobati}} \times 100\%$$

Di fasyankes, indikator ini dapat dihitung dari kartu pasien TB.01, yaitu dengan cara mereview seluruh kartu pasien baru BTA Positif yang mulai berobat dalam 3-6 bulan sebelumnya, kemudian dihitung berapa diantaranya yang hasil pemeriksaan dahak negatif, setelah pengobatan intensif (2 bulan).

Di tingkat kabupaten, propinsi dan pusat, angka ini dengan mudah dapat dihitung dari laporan TB.11.

Angka **minimal** yang harus dicapai adalah 80%.

h. Angka Kesembuhan (*Cure Rate*)

Angka kesembuhan adalah angka yang menunjukkan prosentase pasien baru TB paru BTA positif yang sembuh setelah selesai masa pengobatan, diantara pasien baru TB paru BTA positif yang tercatat.

Angka kesembuhan dihitung juga untuk pasien BTA positif pengobatan ulang dengan tujuan:

- Untuk mengetahui seberapa besar kemungkinan kekebalan terhadap obat terjadi di komunitas, hal ini harus dipastikan dengan surveilans kekebalan obat.
- Untuk mengambil keputusan program pada pengobatan menggunakan obat baris kedua (second-line drugs).
- Menunjukkan prevalens HIV, karena biasanya kasus pengobatan ulang terjadi pada pasien dengan HIV.

Cara menghitung angka kesembuhan untuk pasien baru BTA positif.

$$\frac{\text{Jumlah pasien baru TB BTA positif yg sembuh}}{\text{Jumlah pasien baru TB BTA positif yg diobati}} \times 100\%$$

Di fasyankes, indikator ini dapat dihitung dari kartu pasien TB.01, yaitu dengan cara mereview seluruh kartu pasien baru BTA Positif yang mulai

berobat dalam 9 - 12 bulan sebelumnya, kemudian dihitung berapa diantaranya yang sembuh setelah selesai pengobatan.

Di tingkat kabupaten, propinsi dan pusat, angka ini dapat dihitung dari laporan TB.08. Angka **minimal** yang harus dicapai adalah 85%. Angka kesembuhan digunakan untuk mengetahui hasil pengobatan.

Walaupun angka kesembuhan telah mencapai 85%, hasil pengobatan lainnya tetap perlu diperhatikan, yaitu berapa pasien dengan hasil pengobatan lengkap, meninggal, gagal, default, dan pindah.

- Angka default tidak boleh lebih dari 10%, karena akan menghasilkan proporsi kasus retreatment yang tinggi dimasa yang akan datang yang disebabkan karena ketidak-efektifan dari pengendalian Tuberkulosis.
- Menurunnya angka default karena peningkatan kualitas pengendalian TB akan menurunkan proporsi kasus pengobatan ulang antara 10-20 % dalam beberapa tahun

Sedangkan angka gagal untuk pasien baru BTA positif tidak boleh lebih dari 4% untuk daerah yang belum ada masalah resistensi obat, dan tidak boleh lebih besar dari 10% untuk daerah yang sudah ada masalah resistensi obat.

i. Angka Keberhasilan Pengobatan

Angka kesembuhan adalah angka yang menunjukkan prosentase pasien baru TB paru BTA positif yang menyelesaikan pengobatan (baik yang sembuh maupun pengobatan lengkap) diantara pasien baru TB paru BTA positif yang tercatat.

Dengan demikian angka ini merupakan penjumlahan dari angka kesembuhan dan angka pengobatan lengkap.

Cara perhitungan untuk pasien baru BTA positif dengan pengobatan kategori 1.

$$\frac{\text{Jumlah pasien baru TB BTA positif (sembuh + pengobatan lengkap)}}{\text{Jumlah pasien baru TB BTA positif yg diobati}} \times 100\%$$

j. Angka Kesalahan Laboratorium

Pada saat ini Penanggulangan TB sedang dalam uji coba untuk penerapan uji silang pemeriksaan dahak (*cross check*) dengan metode *Lot Sampling Quality Assessment (LQAS)* di beberapa propinsi. Untuk masa yang akan datang akan diterapkan metode LQAS di seluruh Fasyankes.

Metode LQAS

Perhitungan angka kesalahan laboratorium metode ini digunakan oleh propinsi - propinsi uji coba

Klasifikasi kesalahan

Hasil dari lab. Peserta	Hasil lab uji silang				
	Negatif	Scanty	1+	2+	3+
Negatif	Betul	NPR	NPT	NPT	NPT
Scanty	PPR	Betul	Betul	KH	KH
1+	PPT	Betul	Betul	Betul	KH
2+	PPT	KH	Betul	Betul	Betul
3+	PPT	KH	KH	Betul	Betul

Betul		: Tidak ada kesalahan
KH	(Kesalahan Hitung)	: Kesalahan kecil
NPR	(Negatif Palsu Rendah)	: Kesalahan kecil
PPR	(Positif Palsu Rendah)	: Kesalahan kecil
NPT	(Negatif Palsu Tinggi)	: Kesalahan besar
PPT	(Positif Palsu Tinggi)	: Kesalahan besar

Selain kesalahan besar dan kesalahan kecil, kesalahan juga dapat berupa tidak memadainya kualitas sediaan, yaitu : terlalu tebal atau tipisnya sediaan, pewarnaan, ukuran, kerataan, kebersihan dan kualitas spesimen. Mengingat sistem penilaian yang berlaku sekarang berbeda dengan yang terbaru, petugas pemeriksa slide harus mengikuti cara pembacaan dan pelaporan sesuai buku Panduan bagi petugas laboratorium mikroskopis TB

Interpretasi dari suatu laboratorium berdasarkan hasil uji silang dinyatakan terdapat kesalahan bila :

1. Terdapat PPT atau NPT
2. Laboratorium tersebut menunjukkan tren peningkatan kesalahan kecil dibanding periode sebelumnya atau kesalahannya lebih tinggi dari rata-rata semua fasyankes di kabupaten/kota tersebut, atau bila kesalahan kecil terjadi beberapa kali dalam jumlah yang signifikan.
3. Bila terdapat 3 NPR

Penampilan setiap laboratorium harus terus dimonitor sampai diketemukan penyebab kesalahan. Setiap fasyankes agar dapat menilai dirinya sendiri dengan memantau tren hasil interpretasi setiap triwulan.

Metode 100 % BTA Positif & 10 % BTA Negatif

Sebagian besar propinsi masih menerapkan metode uji silang perhitungan sebagai berikut :

Error Rate

Error rate atau angka kesalahan baca adalah angka kesalahan laboratorium yang menyatakan prosentase kesalahan pembacaan slide/ sediaan yang dilakukan oleh laboratorium pemeriksa pertama setelah di uji silang (cross check) oleh BLK atau laboratorium rujukan lain.

Angka ini menggambarkan kualitas pembacaan slide secara mikroskopis langsung laboratorium pemeriksa pertama.

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah sediaan yang dibaca salah}}{\text{Jumlah seluruh sediaan yang diperiksa}} \times 100\%$$

Angka kesalahan baca sediaan (error rate) ini hanya bisa ditoleransi **maksimal 5%**.

Apabila error rate = 5 % dan positif palsu serta negatif palsu keduanya < 5% berarti mutu pemeriksaan baik.

Error rate ini menjadi kurang berarti bila jumlah slide yang di uji silang (cross check) relatif sedikit. Pada dasarnya error rate dihitung pada masing-masing laboratorium pemeriksa, di tingkat kabupaten/ kota. Kabupaten / kota harus menganalisa berapa persen laboratorium pemeriksa yang ada diwilayahnya melaksanakan cross check, disamping menganalisa error rate per PRM/PPM/RS/BP4, supaya dapat mengetahui kualitas pemeriksaan slide dahak secara mikroskopis langsung.

5. SURVEILANS TUBERKULOSIS

Yang dimaksud dengan surveilans adalah suatu rangkaian kegiatan mulai dari pengumpulan data penyakit secara sistematis, lalu dilakukan analisis dan interpretasi data, kemudian hasil analisis didesiminasi untuk kepentingan tindakan kesehatan masyarakat dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian serta untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Ada 3 macam metode surveilans TB, yaitu: Surveilans berdasarkan data rutin, survei periodik / survei khusus, survei sentinel.

Pemilihan metode surveilans yang akan dilaksanakan disuatu daerah/wilayah tergantung pada tingkat epidemi TB di daerah tersebut, kinerja program TB secara keseluruhan dan sumber daya (dana dan keahlian) yang tersedia.

Surveilans berdasarkan data rutin.

Surveilans ini dilaksanakan dengan menggunakan data layanan rutin yang dilakukan pada pasien TB. Data dari hasil layanan ini merupakan sistim terbaik (mudah dan murah) untuk memperoleh informasi tentang prevalensi TB, meskipun kemungkinan terjadinya bias cukup besar. Misalnya dalam layanan kolaborasi TB-HIV, jika jumlah pasien yang menolak untuk di tes HIV cukup besar maka surveilans berdasar data rutin ini interpretasinya kurang akurat. Surveilans berdasarkan data rutin ini tidak memerlukan biaya khusus tapi mutlak memerlukan suatu pencatatan dan pelaporan yang berjalan baik. Hasil

surveilans berdasarkan data rutin ini perlu dikalibrasi dengan hasil dari survei periodik atau survei sentinel.

Surveilans periodik (survei khusus).

Survei ini merupakan survei yang cross-sectional pada kelompok pasien TB yang dianggap dapat mewakili suatu wilayah/daerah tertentu. Untuk itu, perhitungan sampel dari survei ini harus dilakukan secara tepat untuk menghindari bias.

Survei ini memerlukan biaya yang cukup mahal dan termasuk cukup sulit untuk melaksanakannya. Hasil survei ini dapat digunakan untuk mengkalibrasi hasil surveilans berdasar data rutin.

Surveilans sentinel.

Merupakan surveilans pasien TB sebagai kelompok sentinel. Survei sentinel ini dilaksanakan pada tempat-tempat (sarana pelayanan kesehatan) tertentu yang terpilih karena dianggap dapat memberikan gambaran populasi yang lebih besar. Penting diperhatikan bahwa survei sentinel ini perlu dilakukan setiap tahun dengan mematuhi prinsip-prinsip sentinel, yaitu harus dilakukan pada tempat, waktu dan metode yang sama. Survei sentinel ini memerlukan biaya yang tidak terlalu mahal dan relatif mudah dilaksanakan. Hasil sentinel surveilans ini dapat digunakan untuk mengkalibrasi hasil surveilans berdasar data rutin. Disamping itu juga sangat berguna untuk melihat kecenderungan (trend) penyakit, misalnya prevalensi HIV pada pasien TB sebagai kewaspadaan terjadinya KLB (Kejadian Luar Biasa).

Lampiran 1

**INTERNATIONAL STANDAR FOR TUBERCULOSIS CARE
(edisi kedua)**

International Standar for Tuberculosis Care (ISTC) merupakan standar yang melengkapi guideline program penanggulangan tuberkulosis nasional yang konsisten dengan rekomendasi WHO. ISTC edisi pertama dikeluarkan pada tahun 2006 dan pada tahun 2009 direvisi. Terdapat penambahan standar dari 17 standar menjadi 21 standar yang terdiri dari :

- Standar diagnosis (standar 1-6)
- Standar pengobatan (standar 7-13)
- Standar penanganan TB dengan infeksi HIV dan kondisi komorbid lain (standar 14-17)
- Standar kesehatan masyarakat (standar 18-21)

Prinsip dasar ISTC tidak berubah. Penemuan kasus dan pengobatan tetap menjadi hal utama. Selain itu juga tanggungjawab penyedia pelayanan kesehatan untuk menjamin pengobatan sampai selesai dan sembuh. Seperti halnya pada edisi sebelumnya, edisi 2009 ini tetap konsisten berdasarkan rekomendasi internasional dan dimaksudkan untuk melengkapi bukan untuk menggantikan rekomendasi lokal atau nasional.

STANDAR UNTUK DIAGNOSIS

Standar 1

Setiap orang dengan batuk produktif selama 2-3 minggu atau lebih, yang tidak jelas penyebabnya, harus dievaluasi untuk tuberkulosis

Standar 2

Semua pasien (dewasa, remaja, dan anak) yang diduga menderita tuberkulosis paru harus menjalani pemeriksaan dahak mikroskopik minimal 2 kali yang diperiksa di laboratorium yang kualitasnya terjamin. Jika mungkin paling tidak satu spesimen harus berasal dari dahak pagi hari.

Standar 3

Pada semua pasien (dewasa, remaja, dan anak) yang diduga menderita tuberkulosis ekstra paru, spesimen dari bagian tubuh yang sakit seharusnya diambil untuk pemeriksaan mikroskopik, biakan, dan histopatologi.

Standar 4

Semua orang dengan temuan foto toraks diduga tuberkulosis seharusnya menjalani pemeriksaan dahak secara mikrobiologi.

Standar 5

Diagnosis tuberkulosis paru sediaan apus dahak negatif harus didasarkan kriteria berikut: minimal dua kali pemeriksaan dahak mikroskopik negatif (termasuk minimal 1 kali dahak pagi hari); temuan foto toraks sesuai

tuberkulosis; dan tidak ada respons terhadap antibiotika spektrum luas (catatan: fluorokuinolon harus dihindari karena aktif terhadap *M. tuberculosis complex* sehingga dapat menyebabkan perbaikan sesaat pada penderita tuberkulosis). Untuk pasien ini biakan dahak harus dilakukan. Pada pasien yang sakit berat atau diketahui atau diduga terinfeksi HIV, evaluasi diagnostik harus disegerakan dan jika bukti klinis sangat mendukung ke arah tuberkulosis, pengobatan tuberkulosis harus dimulai.

Standar 6

Pada semua anak yang diduga menderita tuberkulosis intratoraks (yakni paru, pleura, dan kelenjar getah bening mediastinum atau hilus), konfirmasi bakteriologis harus dilakukan dengan pemeriksaan dahak (dengan cara batuk, kubah lambung, atau induksi dahak) untuk pemeriksaan mikroskopik dan biakan. Jika hasil bakteriologis negatif, diagnosis tuberkulosis harus didasarkan pada kelainan radiografi toraks sesuai tuberkulosis, pajanan kepada kasus tuberkulosis yang menular, bukti infeksi tuberkulosis (uji tuberkulin positif atau *interferon gamma release assay*) dan temuan klinis yang mendukung ke arah tuberkulosis. Untuk anak yang diduga menderita tuberkulosis ekstra paru, spesimen dari lokasi yang dicurigai harus diambil untuk dilakukan pemeriksaan mikroskopik, biakan, dan histopatologi

STANDAR UNTUK PENGOBATAN

Standar 7

Setiap praktisi yang mengobati pasien tuberkulosis mengemban tanggung jawab kesehatan masyarakat yang penting untuk mencegah penularan infeksi lebih lanjut dan terjadinya resistensi obat. Untuk memenuhi tanggung jawab ini praktisi tidak hanya wajib memberikan paduan obat yang memadai tapi juga memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat lokal dan sarana lain, jika memungkinkan, untuk menilai kepatuhan pasien serta dapat menangani ketidakpatuhan bila terjadi.

Standar 8

Semua pasien (termasuk mereka yang terinfeksi HIV) yang belum pernah diobati harus diberi paduan obat yang disepakati secara internasional menggunakan obat yang bioavailabilitasnya telah diketahui. Fase inisial seharusnya terdiri dari isoniazid, rifampisin, pirazinamid, dan etambutol. Fase lanjutan seharusnya terdiri dari isoniazid dan rifampisin yang diberikan selama 4 bulan. Dosis obat anti tuberkulosis yang digunakan harus sesuai dengan rekomendasi internasional. Kombinasi dosis tetap yang terdiri dari kombinasi 2 obat (isoniazid), 3 obat (isoniazid, rifampisin, dan pirazinamid), dan 4 obat (isoniazid, rifampisin, pirazinamid, dan etambutol) sangat direkomendasikan.

Standar 9

Untuk membina dan menilai kepatuhan (*adherence*) kepada pengobatan, suatu pendekatan pemberian obat yang berpihak kepada pasien, berdasarkan kebutuhan pasien dan rasa saling menghormati antara pasien dan penyelenggara kesehatan, seharusnya dikembangkan untuk semua pasien. Pengawasan dan dukungan seharusnya berbasis individu dan harus memanfaatkan bermacam-macam intervensi yang direkomendasikan dan

layanan pendukung yang tersedia, termasuk konseling dan penyuluhan pasien. Elemen utama dalam strategi yang berpihak kepada pasien adalah penggunaan cara-cara menilai dan mengutamakan kepatuhan terhadap paduan obat dan menangani ketidakpatuhan, bila terjadi. Cara-cara ini seharusnya dibuat sesuai keadaan pasien dan dapat diterima oleh kedua belah pihak, yaitu pasien dan penyelenggara pelayanan. Cara-cara ini dapat mencakup pengawasan langsung menelan obat (*directly observed therapy-DOT*) serta identifikasi dan pelatihan bagi pengawas menelan obat (untuk tuberkulosis dan, jika memungkinkan, untuk HIV) yang dapat diterima dan dipercaya oleh pasien dan system kesehatan. Insentif dan dukungan, termasuk dukungan keuangan untuk mendukung kepatuhan.

Standar 10

Respons terhadap terapi pada pasien tuberkulosis paru harus dimonitor dengan pemeriksaan dahak mikroskopik berkala (dua spesimen) waktu fase inisial selesai (dua bulan). Jika apus dahak positif pada akhir fase inisial, apus dahak harus diperiksa kembali pada tiga bulan dan, jika positif, biakan dan uji resistensi terhadap isoniazid dan rifampisin harus dilakukan. Pada pasien tuberkulosis ekstra paru dan pada anak, penilaian respons pengobatan terbaik adalah secara klinis.

Standar 11

Penilaian kemungkinan resistensi obat, berdasarkan riwayat pengobatan terdahulu, pajanan dengan sumber yang mungkin resistan obat, dan prevalensi resistensi obat dalam masyarakat seharusnya dilakukan pada semua pasien. Uji sensitiviti obat seharusnya dilakukan pada awal pengobatan untuk semua pasien yang sebelumnya pernah diobati. Pasien yang apus dahak tetap positif setelah pengobatan tiga bulan selesai dan pasien gagal pengobatan, putus obat, atau kasus kambuh setelah pengobatan harus selalu dinilai terhadap resistensi obat. Untuk pasien dengan kemungkinan resistensi obat, biakan dan uji sensitiviti/resistensi obat setidaknya terhadap isoniazid dan rifampisin seharusnya dilaksanakan segera untuk meminimalkan kemungkinan penularan. Cara-cara pengontrolan infeksi yang memadai seharusnya dilakukan.

Standar 12

Pasien yang menderita atau kemungkinan besar menderita tuberkulosis yang disebabkan basil resisten obat (khususnya *MDR/XDR*) seharusnya diobati dengan paduan obat khusus yang mengandung obat anti tuberkulosis lini kedua. Paduan obat yang dipilih dapat distandarisasi atau sesuai pola sensitiviti obat berdasarkan dugaan atau yang telah terbukti. Paling tidak harus digunakan empat obat yang masih efektif, termasuk obat suntik, harus diberikan paling tidak 18 bulan setelah konversi biakan. Cara-cara yang berpihak kepada pasien disyaratkan untuk memastikan kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Konsultasi dengan penyelenggara pelayanan yang berpengalaman dalam pengobatan pasien dengan *MDR/XDR TB* harus dilakukan.

Standar 13

Rekaman tertulis tentang pengobatan yang diberikan, respons bakteriologis, dan efek samping seharusnya disimpan untuk semua pasien.

STANDAR UNTUK PENANGANAN TB DENGAN INFEKSI HIV DAN KONDISI KOMORBID LAIN

Standar 14

Uji HIV dan konseling harus direkomendasikan pada semua pasien yang menderita atau yang diduga menderita tuberkulosis. Pemeriksaan ini merupakan bagian penting dari manajemen rutin bagi semua pasien di daerah dengan prevalensi infeksi HIV yang tinggi dalam populasi umum, pasien dengan gejala dan/atau tanda kondisi yang berhubungan HIV, dan pasien dengan riwayat risiko tinggi terpajan HIV. Karena terdapat hubungan yang erat antara tuberkulosis dan infeksi HIV, pada daerah dengan prevalensi HIV yang tinggi pendekatan yang terintegrasi direkomendasikan untuk pencegahan dan penatalaksanaan kedua infeksi.

Standar 15

Semua pasien dengan tuberkulosis dan infeksi HIV seharusnya dievaluasi untuk menentukan perlu/tidaknya pengobatan anti retroviral diberikan selama masa pengobatan tuberkulosis. Perencanaan yang tepat untuk mengakses obat anti retroviral seharusnya dibuat untuk pasien yang memenuhi indikasi. Bagaimanapun juga pelaksanaan pengobatan tuberkulosis tidak boleh ditunda. Pasien tuberkulosis dan infeksi HIV juga seharusnya diberi kotrimoksazol sebagai pencegahan infeksi lainnya.

Standar 16

Pasien dengan infeksi HIV yang, setelah dievaluasi dengan seksama, tidak menderita tuberkulosis aktif seharusnya diobati sebagai infeksi tuberkulosis laten dengan isoniazid selama 6-9 bulan.

Standar 17

Semua penyelenggara kesehatan harus melakukan penilaian yang menyeluruh terhadap kondisi komorbid yang dapat mempengaruhi respons atau hasil pengobatan tuberkulosis. Saat rencana pengobatan mulai diterapkan, penyelenggara kesehatan harus mengidentifikasi layanan-layanan tambahan yang dapat mendukung hasil yang optimal bagi semua pasien dan menambahkan layanan-layanan ini pada rencana penatalaksanaan. Rencana ini harus mencakup penilaian dan rujukan pengobatan untuk penatalaksanaan penyakit lain dengan perhatian khusus pada penyakit-penyakit yang mempengaruhi hasil pengobatan, seperti diabetes mellitus, program berhenti merokok, dan layanan pendukung psikososial lain, atau layanan-layanan seperti perawatan selama masa kehamilan atau setelah melahirkan.

STANDAR UNTUK KESEHATAN MASYARAKAT**Standar 18**

Semua penyelenggara pelayanan untuk pasien tuberkulosis seharusnya memastikan bahwa semua orang yang mempunyai kontak erat dengan pasien tuberkulosis menular seharusnya dievaluasi dan ditatalaksana sesuai dengan rekomendasi internasional. Penentuan prioritas penyelidikan kontak didasarkan pada kecenderungan bahwa kontak: 1) menderita tuberkulosis yang tidak terdiagnosis; 2) berisiko tinggi menderita tuberkulosis jika terinfeksi; 3) berisiko menderita tuberkulosis berat jika penyakit berkembang; dan 4) berisiko tinggi terinfeksi oleh pasien. Prioritas tertinggi evaluasi kontak adalah:

- Orang dengan gejala yang mendukung ke arah tuberkulosis.
- Anak berusia <5 tahun.
- Kontak yang menderita atau diduga menderita imunokompromais, khususnya infeksi HIV.
- Kontak dengan pasien MDR/XDR TB.

Kontak erat lainnya merupakan kelompok prioritas yang lebih rendah.

Standar 19

Anak berusia <5 tahun dan orang dari semua usia dengan infeksi HIV yang memiliki kontak erat dengan pasien dan yang, setelah dievaluasi dengan seksama, tidak menderita tuberkulosis aktif, harus diobati sebagai infeksi laten tuberkulosis dengan isoniazid.

Standar 20

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan yang menangani pasien yang menderita atau diduga menderita tuberkulosis harus mengembangkan dan menjalankan rencana pengontrolan infeksi tuberkulosis yang memadai.

Standar 21

Semua penyelenggara pelayanan kesehatan harus melaporkan kasus tuberkulosis baru maupun kasus pengobatan ulang serta hasil pengobatannya ke kantor Dinas Kesehatan setempat sesuai dengan peraturan hukum dan kebijaksanaan yang berlaku.

LAMPIRAN 2

1. Uraian Tugas Program TB di :
 - a. Kabupaten/Kota
 - b. Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes)
2. Contoh Daftar Tilik Supervisi:
 - a. Kabupaten/Kota ke Fasyankes
 - b. Propinsi ke Kab/Kota