



PETUNJUK TEKNIS INVESTIGASI KONTAK PASIEN TBC BAGI PETUGAS KESEHATAN DAN KADER



DIREKTORAT JENDERAL
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019

TIM PENYUSUN

Pengarah : dr. Wiendra Waworuntu, M.Kes (Direktur P2PML)

Penanggungjawab : dr. Imran Pambudi, MPH (Kasubdit TB)

Penyusun:

Kementerian Kesehatan

1. dr. Sulistya Widada
2. Nurjannah, SKM
3. dr. Yullita Evarini Y, MARS
4. Sulisty, SKM, M.Epid
5. dr. Novayanti T
6. Suhardini, SKM, MM
7. Windy Oktavina, SKM, M.Kes
8. Helmi Suryani, SKM, M.Epid
9. Dangan Prasetya, S.IP
10. Roro Antasari, SKM
11. drh. Ganendra Awang
12. dr. Retno Kusuma Dewi, MPH
13. Lidya Mursida

Aisyiyah

14. Rahmat Hidayat, S.IP
15. Thoriq Hendrotomo, S.Kom
16. Muhammad Iqbal, S.Kom

LKNU

17. Dr. Esty Febriani, M.Kes
18. Ikhlas Tunggal Mulyandari, SKM, MKM
19. Raisa Afni Afifah, SKM, MKM
20. Elina Dian Karmila, M.Pd.

POP TB Indonesia

21. Budi Hermawan
22. Yulinda Sentosa

WHO Indonesia

23. dr. Setiawan Jati Laksono
24. dr. Maria Regina Christian
25. Yoana Anandita, SKM

KNCV/Challenge TB

26. Erman Varella, S.Akt
27. dr. Firza Asnely Putri

CCM Indonesia

28. dr. Carmelia Basri, M.Epid
29. Barry Adhitya

KATA SAMBUTAN DIREKTUR JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT

Upaya untuk mengendalikan Tuberkulosis merupakan tantangan yang harus kita sikapi bersama dengan sungguh-sungguh. Sebab, setiap tahun diperkirakan muncul 842.000 kasus baru tuberkulosis di Indonesia. Dari jumlah tersebut, baru sekitar 68% yang berhasil ditemukan dan diobati, sedangkan sekitar 32% sisanya masih diupayakan untuk segera ditemukan dan diobati. Dukungan dari seluruh jajaran kementerian/ lembaga, TNI-Polri, Pemerintah Daerah dan Akademisi serta seluruh lapisan masyarakat sangat diperlukan agar masalah Tuberkulosis dapat kita selesaikan segera dan tidak lagi menjadi masalah kesehatan yang ada di dalam masyarakat.

Indonesia bersama lebih dari 100 negara di Dunia telah sepakat dan bertekad mencapai Eliminasi Tuberkulosis pada tahun 2030. Tekad ini telah kita wujudkan dengan upaya meningkatkan penemuan dan pengobatan kasus Tuberkulosis di seluruh Indonesia yang didukung dengan, antara lain (1) penyediaan sumberdaya, obat dan alat yang berkualitas (2) penggerakan seluruh lapisan masyarakat, termasuk peran dan partisipasi dari kader masyarakat termasuk dalam investigasi kontak dan (3) peningkatan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pencegahan serta pengendalian Tuberkulosis.

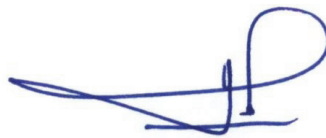
Investigasi kontak bertujuan untuk menemukan pasien TBC dan TBC laten. Pasien TBC laten adalah pasien TBC yang tidak/ belum menunjukkan gejala. Oleh karenanya, harus segera diberikan penanganan yang tepat dan sesuai standar. Langkah ini dilakukan untuk, (1) mencegah terlambatnya penemuan kasus, (2) mencegah

penularan pada kontak yang sehat melalui penyuluhan hidup bersih dan sehat, (3) memberikan pengobatan pencegahan pada anak di bawah 5 tahun dan (4) yang paling utama adalah investigasi kontak ini akan dapat memutus rantai penularan TBC di masyarakat.

Kegiatan investigasi kontak ini perlu melibatkan semua pihak termasuk Instansi Pemerintah Pusat (Kementerian/Lembaga), elemen pendidikan seperti sekolah, pondok pesantren, Madrasah, serta elemen kemasyarakatan lainnya. Tak kalah penting tentunya petugas kesehatan di fasilitas kesehatan, sebagai layanan kesehatan terdekat dari jangkauan masyarakat. Peran organisasi kemasyarakatan, juga kader, sangat diperlukan untuk mendukung pelaksanaan promosi dan sosialisasi, penemuan terduga TBC dan dalam pendampingan menelan obat sampai tuntas.

Akhir kata, kami menyampaikan penghargaan dan ucapan terimakasih kepada tim penyusun, narasumber dan segala pihak terkait yang tidak dapat disebutkan satu persatu dalam penyusunan buku pedoman panduan petunjuk teknis ini. Semoga buku ini memberikan manfaat yang baik untuk meningkatkan kualitas penemuan kasus TBC, salah satunya lewat investigasi kontak di Indonesia.

Jakarta, September 2019
Direktur Jenderal P2P,



dr. Anung Sugihantono, M.Kes
NIP 196003201985021002

KATA PENGANTAR

DIREKTUR PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT MENULAR LANGSUNG

Indonesia merupakan salah satu dari negara dengan beban Tuberkulosis (TBC) tertinggi di dunia. WHO memperkirakan insiden tahun 2017 sebesar 842.000 atau 319 per 100.000 penduduk, sedangkan TB-HIV sebesar 36.000 kasus per tahunnya atau 14 per 100.000 penduduk. Kematian karena TBC diperkirakan sebesar 107.000 atau 40 per 100.000 penduduk dan kematian akibat TB-HIV sebesar 9.400 atau 3,6 per 100.000 penduduk. Dengan insiden sebesar 842.000 kasus per tahun dan notifikasi kasus TBC sebesar 570.289 kasus maka masih ada sekitar 32% kasus masih belum ditemukan dan diobati (*un-reach*) atau sudah ditemukan dan diobati tetapi belum tercatat oleh program (*detected, un-notified*). Mereka yang belum ditemukan menjadi sumber penularan TBC di masyarakat. Keadaan ini merupakan tantangan besar bagi program penanggulangan TBC di Indonesia, diperberat dengan tantangan lain dengan tingkat kompleksitas yang makin tinggi seperti ko-infeksi TBC-HIV, TBC resistan obat (TBC-RO), TBC kormobid, TBC pada anak serta tantangan lainnya.

Berdasarkan hal tersebut di atas Program Penanggulangan TBC merubah strategi penemuan pasien TBC tidak hanya “secara pasif dengan aktif promotif” tetapi juga melalui “penemuan aktif secara intensif dan masif berbasis keluarga dan masyarakat”, dengan tetap memperhatikan dan mempertahankan layanan yang bermutu sesuai standar. Salah satu kegiatan yang penting untuk mendukung keberhasilan strategi penemuan aktif ini adalah melalui pelacakan

dan investigasi kontak (*contact tracing and contact investigation*). Investigasi kontak (IK) merupakan kegiatan pelacakan dan investigasi yang ditujukan pada orang-orang yang kontak dengan pasien TBC (indeks kasus) untuk menemukan terduga TBC.

Kontak yang terduga TBC akan dirujuk ke layanan kesehatan untuk pemeriksaan lanjutan dan bila terdiagnosis TBC, akan diberikan pengobatan yang tepat dan sedini mungkin. IK mempunyai 2 fungsi yaitu meningkatkan penemuan kasus dan mencegah penularan TBC di masyarakat.

IK di Indonesia dikembangkan dengan mencari kasus yang tertular maupun yang merupakan sumber penularan pada kasus TBC terkonfirmasi bakteriologis dan TBC pada anak.

Investigasi kontak dapat dilakukan oleh petugas kesehatan maupun kader ataupun secara bersama serta dapat juga dengan melibatkan Pengawas Menelan Obat (PMO) dari data indeks pasien (kasus indeks) yang ada di Puskesmas. Pelibatan kader dalam program penanggulangan TBC merupakan salah satu upaya pemberdayaan masyarakat yang dilakukan melalui kegiatan menginformasikan, mempengaruhi dan membantu masyarakat agar berperan aktif dalam rangka penemuan dan pendampingan pasien TBC juga dalam memberikan edukasi dan informasi tentang TBC kepada masyarakat. Peran aktif kader ini akan dapat dipenuhi dengan membekali kader kesehatan pengetahuan dan keterampilan yang memadai untuk melaksanakan tugasnya.

Akhirnya, kami mengucapkan banyak terimakasih kepada seluruh pihak yang terlibat yang tidak dapat disebutkan satu per satu dalam penyusunan Petunjuk Teknis (Juknis) Investigasi Kontak ini. Semoga segala upaya yang telah dilakukan dapat memberikan

manfaat yang baik dan mendukung eliminasi TBC tahun 2030. Upaya pencapaian eliminasi TBC tahun 2030 akan berhasil jika semua pihak dapat mengambil peran secara aktif sesuai dengan bidangnya masing-masing. Karena *"TB is everybody business"*.

Jakarta, September 2019
Direktur P2PML,



dr. Wiendra Waworuntu, M.Kes
NIP 196203301997032001

DAFTAR ISI

TIM PENYUSUN	2
KATA SAMBUTAN	3
KATA PENGANTAR	5
DAFTAR ISI	8
DAFTAR SINGKATAN	9
DAFTAR ISTILAH	11
BAB I PENDAHULUAN	13
A. Latar Belakang	13
B. Tujuan	17
C. Sasaran	17
D. Ruang Lingkup	17
E. Dasar Hukum	17
BAB II INVESTIGASI KONTAK	20
A. Tujuan Investigasi Kontak	20
B. Sasaran	21
C. Pelaksanaan	22
BAB III MEKANISME KERJA	29
A. Persiapan	30
B. Pelaksanaan	30
C. Tindak Lanjut di Puskesmas	32
BAB IV MONITORING DAN EVALUASI	34
A. Pencatatan dan Pelaporan	34
B. Indikator	38
C. Analisa Indikator	39
Lampiran Formulir	43

DAFTAR SINGKATAN

BTA	: Basil Tahan Asam
DM	: Diabetes Mellitus
DPM	: Dokter Praktek Mandiri
Fasyankes	: Fasilitas Layanan Kesehatan
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Puskesmas)
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IK	: Investigasi Kontak
INH	: <i>Isoniazide</i>
KIE	: Komunikasi, Informasi dan Edukasi
Kupat-Kumis	: Kumuh padat - Kumuh miskin
Lansia	: Lanjut Usia
Monev	: Monitoring dan Evaluasi
Mtb	: <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
NSPK	: Norma Standar Prosedur Kriteria
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
ODHA	: Orang dengan HIV-AIDS
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PIS-PK	: Program Indonesia Sehat melalui Pendekatan Keluarga
PMO	: Pengawas Menelan Obat
PP-INH	: Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazide
PP-TBC	: Pengobatan Pencegahan Tuberkulosis
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
SITT	: Sistem Informasi Tuberkulosis Terpadu
SITB	: Sistem Informasi Tuberkulosis

TBC : Tuberkulosis
TBC-HIV : *Tuberculosis Human Immunodeficiency Virus*
TBC-RO : Tuberkulosis Resisten Obat
TCM : Tes Cepat Molekuler
WHO : *World Health Organization*

DAFTAR ISTILAH

BTA (+) adalah jika salah satu atau kedua contoh uji dahak menunjukkan hasil pemeriksaan BTA positif. Pasien yang menunjukkan hasil BTA (+) pada pemeriksaan dahak pertama, dapat segera ditegakkan sebagai pasien dengan BTA (+)

BTA (-) adalah jika kedua contoh uji dahak menunjukkan hasil BTA negatif. Apabila pemeriksaan secara mikroskopis hasilnya negatif, maka penegakan diagnosis TBC dapat dilakukan dengan pemeriksaan klinis dan penunjang (setidaknya pemeriksaan foto ronsen) yang sesuai dan ditetapkan oleh dokter.

Kasus indeks adalah semua pasien TBC baru/kambuh yang terkonfirmasi bakteriologis (TBC Sensitif Obat maupun TBC Resisten Obat) dan TBC anak di lingkungan rumah tangga atau tempat-tempat lain (tempat kerja, asrama, sekolah, tempat penitipan anak, lapas/rutan, panti, dsb). Sumber data kasus indeks berasal dari data Puskesmas, Rumah Sakit, dan Fasyankes swasta.

Kontak adalah orang yang terpajan/berkontak dengan kasus indeks, misalnya orang serumah, sekamar, satu asrama, satu tempat kerja, satu kelas, atau satu penitipan/pengasuhan.

Kontak serumah adalah orang yang tinggal serumah minimal satu malam, atau sering tinggal serumah pada siang hari dengan kasus indeks dalam 3 bulan terakhir sebelum kasus indeks mulai mendapat obat anti tuberkulosis (OAT).

Kontak erat adalah orang yang tidak tinggal serumah, tetapi sering bertemu dengan kasus indeks dalam waktu yang cukup lama, yang intensitas pajanan/berkontakannya hampir sama dengan kontak serumah. Misalnya orang yang berada pada ruangan/

lingkungan yang sama (tempat kerja, ruang pertemuan, fasilitas umum, rumah sakit, sekolah, tempat penitipan anak) dalam waktu yang cukup lama dengan kasus indeks, dalam 3 bulan terakhir sebelum kasus indeks minum OAT.

Terpapaj (tidak ada bukti infeksi ataupun sakit TBC) adalah kelompok orang-orang yang berkontak dengan pasien TBC dan mempunyai sistem imun yang baik. Meskipun terpajan kuman *Mycobacterium tuberculosis*, sistem imun tubuh dapat mengeliminasi seluruh kuman TBC, sehingga tidak menimbulkan infeksi di dalam tubuhnya. Secara klinis, orang-orang yang termasuk dalam kelompok ini tidak mempunyai gejala TBC, uji tuberkulin negatif dan foto rontgen dada tidak menunjukkan gambaran yang sesuai dengan TBC.

Terinfeksi tetapi tidak sakit TBC (Infeksi Laten TBC) adalah kelompok orang yang berkontak dengan pasien TBC dan menghirup kuman TBC (*Mycobacterium tuberculosis*) yang kemudian kuman tersebut masuk ke paru. Sistem imun tubuh orang yang terinfeksi tidak mampu menyingkirkan kuman *Mycobacterium tuberculosis* dari tubuh secara sempurna tetapi mampu mengendalikan kuman TBC sehingga tidak timbul gejala sakit TBC

Sakit TBC adalah Orang yang terinfeksi TBC dapat berlanjut menjadi sakit TBC bila sistem imunnya kurang baik dan tidak mampu mengendalikan kuman *Mycobacterium tuberculosis* secara adekuat, sehingga orang tersebut menunjukkan gela-gejala sakit TBC.

Faktor risiko TBC adalah kondisi yang menurunkan daya tahan tubuh sehingga meningkatkan kemungkinan terkena sakit TBC, misalnya pasien infeksi HIV, diabetes mellitus, keganasan, dalam pengobatan jangka panjang, lansia, perokok.

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* (*Mtb*). Tuberkulosis ditularkan melalui udara dari pasien TBC yang infeksius ke orang-orang disekitarnya. Satu pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis yang tidak diobati secara tepat dan berkualitas dapat menginfeksi sekitar 10 orang per tahun. Sekitar 3,5-10% orang-orang yang kontak akan sakit TBC dan sekitar sepertiganya akan terinfeksi tetapi tidak sakit TBC. Kelompok yang berisiko tinggi untuk terinfeksi adalah orang yang kontak erat dengan pasien TBC, antara lain anak, lansia dan orang dengan gangguan sistem kekebalan tubuh (misal gizi buruk, infeksi HIV). Di antara orang-orang yang terinfeksi ini, 5-10% kemungkinannya akan berkembang menjadi sakit TBC dalam perjalanan hidupnya.

Indonesia merupakan salah satu dari negara dengan beban TBC tertinggi di dunia. WHO memperkirakan insiden tahun 2018 sebesar 843.000 atau 319 per 100.000 penduduk sedangkan TBC-HIV sebesar 36.000 kasus per tahun atau 14 per 100.000 penduduk. Kematian karena TBC diperkirakan sebesar 107.000 atau 40 per 100.000 penduduk, dan kematian TBC-HIV sebesar 9.400 atau 3,6 per 100.000 penduduk. Dengan insiden sebesar 843.000 kasus per tahun dan notifikasi kasus TBC sebesar 570.289 kasus maka masih ada sekitar 32% kasus yang belum ditemukan dan diobati (*un-reach*) atau sudah ditemukan dan diobati tetapi

belum tercatat oleh program (*detected, un-notified*). Mereka yang belum ditemukan menjadi sumber penularan TBC di masyarakat. Keadaan ini merupakan tantangan besar bagi program penanggulangan TBC di Indonesia, diperberat dengan tantangan lain dengan tingkat kompleksitas yang makin tinggi seperti ko-infeksi TBC-HIV, TBC resistan obat (TBC-RO), TBC kormobid, TBC pada anak dan tantangan lainnya.

Berdasarkan hal tersebut di atas, Program Penanggulangan TB mengubah strategi penemuan pasien TBC tidak hanya “secara pasif dengan aktif promotif” tetapi juga melalui “penemuan aktif secara intensif dan masif berbasis keluarga dan masyarakat”, dengan tetap memperhatikan dan mempertahankan layanan yang bermutu sesuai standar.

Salah satu kegiatan yang penting untuk mendukung keberhasilan strategi penemuan aktif ini adalah pelacakan dan investigasi kontak (*contact tracing and contact investigation*). Selanjutnya kegiatan ini akan disebut sebagai Investigasi kontak (IK), yang merupakan kegiatan pelacakan dan investigasi yang ditujukan pada orang-orang yang kontak dengan pasien TBC untuk menemukan terduga TBC. Kontak yang terduga TBC akan dirujuk ke layanan untuk pemeriksaan lanjutan dan bila terdiagnosis TBC, akan diberikan pengobatan yang tepat sesuai standar dan sedini mungkin. IK mempunyai 2 fungsi yaitu meningkatkan penemuan kasus dan mencegah penularan TBC. IK di Indonesia dikembangkan dengan mencari kasus yang tertular maupun yang merupakan sumber penularan pada kasus TBC terkonfirmasi bakteriologis dan TBC pada anak.

Investigasi kontak dapat dilakukan oleh petugas dan atau kader maupun secara bersama dengan melibatkan Pengawas

Menelan Obat (PMO). Selama ini kegiatan IK telah dilakukan baik oleh petugas kesehatan maupun kader melalui kunjungan rumah. Namun pelibatan peran PMO belum dieksplorasi lebih jauh padahal PMO adalah orang terdekat pasien. Kegiatan ini dapat terintegrasi juga dengan pendekatan Program Indonesia Sehat melalui Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Kegiatan kunjungan dilakukan oleh petugas kesehatan ke rumah dalam rangka mendeteksi 12 indikator PIS-PK yang salah satunya adalah indikator TBC. Jika ditemukan adanya terduga TBC, maka akan dirujuk ke layanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan sesuai standar. Selanjutnya terduga yang didiagnosis TBC akan dikunjungi petugas bekerja sama dengan kader untuk di investigasi kontak.

Pada Juli-September 2017 telah dilakukan uji lapangan pelaksanaan investigasi kontak oleh kader di dua kabupaten/kota yaitu Jember dan Surakarta. Didapatkan hasil bahwa kerjasama antara Puskesmas dan kader untuk investigasi kontak dapat diterapkan dengan memperkuat kapasitas Puskesmas sebagai koordinator IK di wilayahnya. Kinerja hasil kegiatan investigasi kontak oleh kader cukup tinggi yaitu 95-96% dari kontak yang diidentifikasi berhasil diinvestigasi. Di Jember, proporsi pasien terkonfirmasi TBC di antara kontak yang mendapat pemeriksaan diagnosis TBC lebih tinggi dibandingkan dengan di Surakarta. Dalam uji lapangan ini juga diamati kontak anak <5 tahun yang dirujuk. Hasilnya adalah sebagai berikut : di kota Surakarta, dari 53 anak yang diidentifikasi memenuhi syarat PP-INH, , tidak ada satupun yang mendapat PP-INH sedangkan di Jember dari 92 anak yang memenuhi syarat, 52 orang yang mendapatkan PP-INH (56%). Perbedaan hasil uji laksana di kedua kab/kota ini menunjukkan adanya variasi hasil yang ditengarai, salah satu

penyebabnya adalah keterampilan kader dalam mengidentifikasi terduga TBC dan melakukan tindak lanjut. *Lesson learned* dari hasil uji laksana ini menunjukkan bahwa standarisasi / pembakuan pengetahuan dan ketrampilan kader diperlukan untuk keberhasilan kegiatan ini.

Pengalaman lain didapat dari kegiatan yang dilaksanakan selama peringatan Hari TBC Sedunia (HTBS). Dalam rangka kampanye HTBS tahun 2018, secara nasional dilakukan gerakan penemuan aktif TBC dengan PIS-PK dengan prioritas pada kontak pasien TBC. Kegiatan ini dilakukan secara aktif oleh kader dan komunitas bekerja sama dengan petugas kesehatan di bawah koordinasi Puskesmas di 17 provinsi, 62 kabupaten/kota. Dari jumlah pasien TBC (kasus indeks) yang dilakukan IK sebesar 57.082 orang, dilakukan skrining gejala pada 174.144 (rata rata 3 kontak diinvestigasi untuk tiap kasus indeks). Dari jumlah tersebut didapatkan 16.322 terduga TBC dan 1.857 (1,1%) terkonfirmasi sakit TBC. Pada HTBS tahun 2019, penemuan aktif TBC di masyarakat dilakukan dengan pendekatan IK. Kegiatan tersebut berhasil melakukan skrining gejala pada 339.451 orang. Dari jumlah tersebut didapatkan 31.829 terduga TBC dan 8.350 (2,4%) terkonfirmasi sakit TBC.

Proporsi kasus yang ditemukan pada tahun 2018 dan 2019, lebih besar dibandingkan upaya yang dilakukan pada 2017. Kegiatan Ketuk Pintu dalam rangka peringatan hari TBC sedunia tahun 2017 dilakukan dengan mendatangi setiap rumah yang ditemui. Jumlah orang yang diedukasi dan diskriming TBC pada kegiatan tersebut sebesar 1.627.772. Dari jumlah tersebut didapatkan 92.094 terduga TBC dan 4.969 (0,3%) yang terkonfirmasi sakit TBC.

Komparasi data tahun 2017, 2018 dan 2019 ini menunjukkan bahwa proporsi hasil penemuan kasus lebih besar pada investigasi kontak dibandingkan dengan penemuan di masyarakat umum, meskipun dengan skrining gejala yang sama. Dengan demikian investigasi kontak dapat mendorong penemuan kasus lebih banyak dan lebih dini yang pada akhirnya akan menurunkan risiko penularan.

B. Tujuan

Buku panduan ini digunakan sebagai acuan bagi petugas kesehatan dan atau kader dalam pelaksanaan investigasi kontak oleh petugas kesehatan berkolaborasi dengan komunitas.

C. Sasaran

Sasaran buku ini yaitu:

1. Kader, PMO dan pekerja komunitas lainnya
2. Petugas kesehatan di Fasilitas Kesehatan
3. Pengelola program TBC di Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup buku ini adalah:

1. Investigasi Kontak
2. Mekanisme Kerja
3. Monitoring dan Evaluasi

E. Dasar Hukum

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 028/Menkes/Per/I/2011 tentang Klinik
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011, tentang Ijin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan TBC
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga

10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Non Fisik Bidang Kesehatan
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan
13. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No. Per.02/Men/1980 tentang Pemeriksaan Kesehatan Tenaga Kerja dalam Penyelenggaraan Keselamatan Kerja

BAB II INVESTIGASI KONTAK

Investigasi Kontak (IK) adalah kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan penemuan kasus TBC dengan cara mendeteksi secara dini dan sistematis terhadap orang yang kontak dengan sumber infeksi TBC. Pedoman WHO menyatakan bahwa kegiatan IK bermanfaat untuk mendeteksi kasus TBC secara dini, mencegah penyakit yang lebih berat serta mengurangi penularan TBC pada orang lain. Selain itu, IK dapat juga menemukan orang dengan infeksi TBC laten yang membutuhkan pengobatan pencegahan. Kegiatan IK diselenggarakan melalui kolaborasi antara pemberi layanan kesehatan dengan komunitas yang ada di masyarakat seperti kader kesehatan, PMO, pendidik sebaya dan sebagainya.

Investigasi kontak dilaksanakan untuk semua pasien TBC baru/kambuh yang terkonfirmasi bakteriologis (TBC Sensitif Obat maupun TBC Resisten Obat) dan TBC anak untuk mendeteksi secara dini kemungkinan adanya kasus lain yang menulari kasus indeks atau kasus lain yang tertular oleh kasus indeks, pada kontak serumah atau kontak erat. IK juga dilaksanakan pada semua pasien TBC anak, dengan tujuan mencari kasus lain yang merupakan sumber penularan. Pelaksanaan kegiatan IK harus dicatat dan dilaporkan baik dalam kartu pengobatan pasien TBC yang merupakan kasus indeks (TBC.01) maupun formulir pemeriksaan kontak (TBC.16K).

A. Tujuan Investigasi Kontak

Secara umum terdapat 4 tujuan pelaksanaan investigasi kontak, yaitu:

1. Menemukan kasus TBC secara dini dengan melakukan skrining gejala dan faktor risiko TBC terhadap seluruh kontak dari pasien TBC
2. Menemukan TBC laten pada anak di bawah 5 tahun dan memberikan pengobatan pencegahan TBC dengan segera
3. Mencegah penularan pada kontak yang sehat dengan cara memberikan edukasi tentang perilaku hidup bersih dan sehat.
4. Memutus mata rantai penularan TBC di masyarakat.

B. Sasaran

Investigasi kontak dilakukan terhadap seluruh kontak dari semua pasien TBC baru/kambuh yang terkonfirmasi bakteriologis (TBC Sensitif Obat maupun TBC Resisten Obat) dan TBC anak di lingkungan rumah tangga atau tempat-tempat lain (tempat kerja, asrama, sekolah, tempat penitipan anak, lapas/rutan, panti, dsb). Sumber data kasus indeks berasal dari data Puskesmas, rumah sakit, dan fasyankes swasta. Prioritas utama kegiatan IK adalah kelompok usia anak karena alasan sebagai berikut:

1. Apabila kontak erat dengan penderita TBC paru yang infeksius, anak lebih berisiko untuk terinfeksi; dan setelah terinfeksi, anak berisiko tinggi untuk menjadi sakit TBC.
2. Jika sakit TBC, anak berisiko lebih tinggi untuk menderita TBC berat seperti meningitis TBC dan TBC milier dengan risiko kematian yang tinggi.

3. Anak balita yang tinggal serumah dengan penderita TBC paru dewasa lebih banyak menghabiskan waktunya di dalam rumah sehingga lebih lama kontak dengan kasus indeks dibandingkan dengan kelompok umur yang lebih tua yang mempunyai aktivitas di luar rumah lebih banyak. Risiko ini akan semakin meningkat jika kasus indeks adalah ibu atau orang yang mengasuh anak tersebut.
4. Jika tidak diobati dengan benar, anak-anak dengan infeksi laten TBC yang teridentifikasi melalui IK dapat berkembang menjadi kasus TBC di masa dewasanya, yang merupakan sumber penularan baru di masa mendatang.

TBC anak menjadi sasaran IK karena anak yang sakit TBC umumnya tertular dari orang dewasa dengan TBC infeksius disekitarnya. Oleh karena itu, jika anak sakit TBC, disamping memberikan pengobatan yang tepat pada anak tersebut, perlu juga dilakukan investigasi terhadap orang dewasa yang berkontak untuk mencari sumber penularan dan memberikan tatalaksana yang sesuai.

C. Pelaksanaan

Investigasi kontak dilaksanakan dengan kerja sama antara petugas kesehatan dengan organisasi komunitas beserta anggota dan kadernya. Baik petugas kesehatan maupun para kader, melaksanakan kegiatan sesuai dengan tugas dan fungsi masing masing. Puskesmas akan berperan penting dalam pelaksanaan kegiatan IK ini, sesuai dengan fungsi kewilayahannya, baik dalam pembinaan kesehatan komunitas, bekerja sama dengan organisasi komunitas dan para kader, maupun dalam bidang pelayanan kesehatan. Dalam melaksanakan fungsi ini di bidang pelayanan kesehatan, Puskesmas akan berjejaring dengan fasyankes lain yang ada di wilayahnya.

Koordinasi data kasus indeks untuk kegiatan IK dijelaskan sesuai dengan alur dibawah ini;

Alur koordinasi data kasus indeks adalah sebagai berikut:

1. FKTP non Puskesmas melaporkan kasus indeks yang ditemukan kepada Puskesmas menggunakan fotokopi/salinan formulir TB.03 (lampiran formulir 1.10)
2. Rumah sakit melaporkan kasus indeks yang ditemukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menggunakan formulir fotokopi/salinan formulir TB.03 (lampiran formulir 1.10) dan melampirkan *Inform Consent* kesediaan pasien untuk dilakukan investigasi kontak (lampiran 2.0)
3. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengirimkan data kasus indeks pada puskesmas sesuai domisili pasien
4. Puskesmas akan mengkoordinasikan data kasus indeks pada petugas kesehatan dan atau kader untuk dilakukan kontak investigasi.

Berikut diuraikan peran dari masing-masing pihak dalam pelaksanaan kegiatan investigasi kontak.

Kementerian Kesehatan

1. Membuat NSPK tentang Pelaksanaan Investigasi Kontak
2. Melakukan sosialisasi IK kepada Dinas Kesehatan Provinsi
3. Melaksanakan *Training of Trainer (ToT)* Kader TBC tingkat Provinsi
4. Melaksanakan monitoring dan evaluasi implementasi IK

Dinas Kesehatan Provinsi

1. Menyusun regulasi terkait IK, dapat diperkuat dengan Surat Edaran Kepala Dinas Kesehatan Provinsi kepada seluruh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
2. Melaksanakan *Training of Trainer* (ToT) Kader TBC tingkat Kabupaten/Kota
3. Melakukan sosialisasi IK kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
4. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan IK setiap triwulan dengan mengundang pihak terkait

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

1. Menyusun regulasi terkait IK, dapat diperkuat dengan Surat Edaran Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kepada seluruh Puskesmas, Klinik, Rumah Sakit dan organisasi komunitas
2. Melakukan sosialisasi IK kepada Puskesmas, Klinik, Rumah Sakit dan Organisasi Komunitas
3. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berkoordinasi dengan Rumah Sakit untuk pengumpulan data kasus indeks sesuai alur koordonasi data kasus indeks
4. Menjadikan kader terlatih sebagai sumber daya yang dapat membantu keberhasilan program
5. Menyediakan formulir TBC.16 K, TBC. 16 RK, TBC. 16 Fasyankes, formulir A dan B, dan surat rujukan
6. Menyediakan media KIE TBC

7. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan IK setiap triwulan dengan mengundang pihak terkait
8. Menyediakan anggaran untuk pelaksanaan IK di wilayah kerja

Puskesmas

1. Memberikan bekal pengetahuan dan informasi serta memberikan pelatihan kepada kader bersama dengan tim pelatih kabupaten/kota
2. Memilih kasus indeks yang memerlukan IK, yaitu pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis dan pasien TBC anak. Pasien bisa berasal dari Puskesmas tersebut maupun dari fasyankes lain
3. Melakukan koordinasi dengan DPM dan Klinik untuk pengumpulan data kasus indeks sesuai alur koordonasi data kasus indeks
4. Menyiapkan form TBC.16K dan mengisi data kasus indeks dan kontak yang akan digunakan dalam investigasi kontak
5. Melakukan kegiatan IK, kegiatan ini dapat dilakukan oleh petugas secara mandiri dan/atau melibatkan kader terlatih
6. Menerima rujukan kontak anak dan melakukan skrining dan prosedur diagnosis, dilanjutkan dengan pengobatan OAT atau Pengobatan Pencegahan TBC (PP TBC) sesuai hasil diagnosis
7. Menerima rujukan kontak terduga TBC lainnya dari kader dan melakukan prosedur diagnosis serta memberikan pengobatan apabila hasil diagnosis pasien positif TBC
8. Memberikan edukasi serta motivasi kepada pasien TBC dan Pengawas Menelan Obat (PMO)

9. Melakukan pencatatan dan pelaporan kegiatan investigasi kontak
10. Melakukan monitoring dan evaluasi serta memberikan umpan balik pelaksanaan investigasi kontak setiap triwulan dengan mengundang pihak terkait
11. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Pengobatan Pencegahan TBC (PP TBC)
12. Menyediakan anggaran untuk pelaksanaan Investigasi Kontak di wilayah kerja

DPM dan Klinik

Melakukan koordinasi dengan Puskesmas untuk pengumpulan data kasus indeks sesuai alur koordonasi data kasus indeks

Rumah Sakit

Melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk pengumpulan data kasus indeks sesuai alur koordonasi data kasus indeks

Organisasi Komunitas

1. Melakukan koordinasi perencanaan dan pelaksanaan kegiatan dengan Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/ Kota serta melibatkan organisasi komunitas lain yang melakukan kegiatan sama di wilayah kerjanya
2. Merekrut dan melatih kader bersama dengan Dinas Kesehatan dan fasyankes terkait

3. Melakukan monitoring dan evaluasi hasil kegiatan IK di wilayah kerjanya
4. Melakukan pelatihan penyegaran kader (*refreshing*)
5. Melaporkan hasil kegiatan IK per triwulan kepada Dinas Kesehatan dan Puskesmas di wilayah kerjanya

Kader kesehatan

Kader kesehatan dan petugas kesehatan bekerja sama dalam kemitraan untuk melaksanakan kegiatan investigasi kontak di lapangan. Peran kader secara umum adalah bermitra untuk mendukung petugas kesehatan dalam merubah perilaku masyarakat untuk mewujudkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam upaya penanggulangan TBC, melalui pemberian edukasi, penemuan kasus di masyarakat umum, melakukan investigasi kontak, dan melakukan pendampingan. Peran kader secara khusus dalam upaya penemuan kasus TBC dimasyarakat adalah sebagai berikut :

1. Mendata kontak serumah dan kontak erat kasus indeks
2. Melakukan skrining secara langsung terhadap setiap kontak di sekitar kasus indeks dan menemukan terduga TBC serta merujuk terduga TBC dan semua kontak anak <5 tahun ke fasyankes
3. Berkoordinasi dengan petugas Puskesmas untuk melakukan kunjungan ulang bagi terduga TBC yang sebelumnya menolak untuk dirujuk atau terduga TBC yang sudah menerima surat rujukan tetapi tidak datang memeriksakan diri
4. Memberikan edukasi tentang TBC secara komprehensif ke semua kontak

5. Mendampingi kontak lansia terduga TBC untuk pemeriksaan ke fasyankes
6. Memantau munculnya gejala pada kontak serumah berkoordinasi dengan PMO
7. Melaporkan kegiatan investigasi kontak sesuai dengan formulir yang tersedia ke petugas kesehatan
8. Melakukan edukasi kepada pasien TBC dan kontak sekitar
9. Memantau kepatuhan berobat berkoordinasi dengan PMO
10. Melakukan skrining yang berkualitas sesuai dengan mekanisme tahapan pelaksanaan investigasi kontak

Pengawas Menelan Obat (PMO)

Pengawas Menelan Obat adalah orang yang dipilih berdasar kesepakatan pasien dan petugas kesehatan untuk mendampingi pasien dan mengawasi minum obat selama masa pengobatan. PMO menjadi mitra kader dalam mengidentifikasi kontak serumah dan kontak erat pasien.

Peran PMO:

1. Memotivasi pasien TBC untuk menjalani pengobatan dan melakukan kunjungan rutin ke fasyankes untuk mengambil obat dan pemeriksaan dahak sesuai jadwal
2. Memfasilitasi pasien TBC yang mengalami keluhan efek samping obat ke fasyankes
3. Memantau perkembangan pengobatan pada pasien TBC
4. Memantau pemberian Pengobatan Pencegahan TBC pada anak balita
5. Membantu petugas dan kader dalam melakukan investigasi kontak

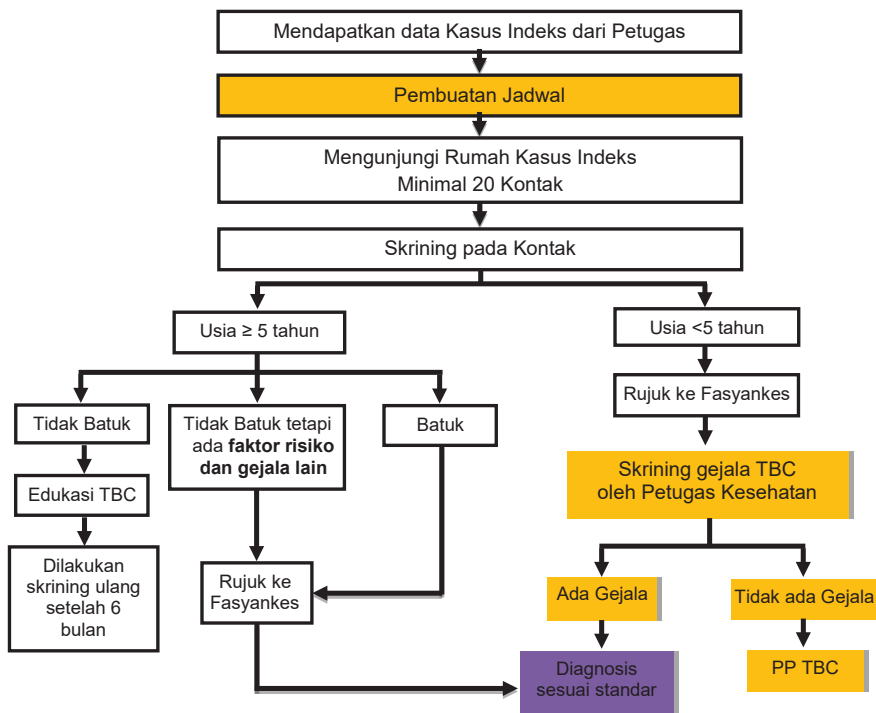
6. Memberikan informasi terkait dengan kondisi kasus indeks, kontak serumah dan kontak erat
7. Memantau munculnya gejala TBC pada kontak sekitar

Pendidik Sebaya

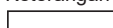
Pendidik sebaya adalah mantan pasien TBC yang terlatih sebagai pendidik sebaya di fasilitas kesehatan. Pendidik sebaya dapat menjadi bagian dari kader yang melakukan investigasi kontak.

BAB III MEKANISME KERJA

Kegiatan Investigasi Kontak (IK) dilakukan oleh petugas kesehatan dan atau kader kesehatan yang ditunjuk dan dipilih oleh Puskesmas dan sudah terlatih yang dibekali dengan surat tugas dan tanda pengenal dari Pimpinan Puskesmas. Sebelum pelaksanaan kegiatan di lapangan, petugas kesehatan dan kader melakukan koordinasi dan menyusun rencana kegiatan IK berdasarkan kasus indeks yang ada di wilayah kerja Puskesmas. Di bawah ini adalah alur kerja kader dalam pelaksanaan IK.



Keterangan :



: Dilakukan oleh Kader



: Dilakukan oleh Petugas Kesehatan

Langkah-langkah dalam pelaksanaan investigasi kontak:

A. Persiapan

1. Petugas Kesehatan menginformasikan kepada setiap pasien baru bahwa akan tim (Petugas Kesehatan dan atau kader) yang akan melakukan kunjungan rumah dan rumah sekitar pasien.
2. Petugas kesehatan melakukan identifikasi kontak dari kasus indeks dan mengisi formulir TBC.16K.
3. Petugas kesehatan menyepakati jadwal IK bersama kader. Data kasus indeks diberikan oleh petugas kesehatan kepada kader sesuai dengan wilayah kerja kader.
4. Petugas kesehatan menyerahkan formulir TBC.16K kepada kader dan diharapkan kader menghubungi PMO masing masing kasus indeks untuk mengatur jadwal kunjungan.
5. Sebelum melakukan kunjungan, kader menyiapkan masker untuk diberikan pada pasien, surat tugas, tanda pengenal, materi KIE untuk edukasi, formulir TBC.16K, TBC.16 RK dan surat pengantar.

Catatan:

Masker dan formulir (TBC.16K, TBC.16 RK dan surat pengantar) didapatkan dari Puskesmas.

B. Pelaksanaan

1. Petugas kesehatan atau kader mengunjungi rumah kasus indeks, dengan mengutamakan kerahasiaan pasien. Jika diperlukan, untuk memastikan alamat, petugas kesehatan/ kader dapat menghubungi tokoh masyarakat, seperti RT,

- RW, Lurah, Kepala Desa, Kepala Dusun, dll. Kader juga dapat melakukan kunjungan dengan didampingi oleh petugas kesehatan.
2. Petugas kesehatan/kader melakukan konfirmasi ulang terkait kontak yang tercatat di formulir TBC.16 K dan pendataan kontak, pada rumah kasus indeks minimal 20 kontak yang akan diinvestigasi.
 3. Petugas kesehatan/kader melakukan skrining secara langsung (tatap muka) kepada kontak dan:
 - Jika kontak berusia < 5 tahun, diberikan surat pengantar ke fasyankes;
 - Jika kontak berusia \geq 5 tahun, kader melakukan investigasi terhadap gejala dan faktor risiko.
 4. Kontak yang berusia \geq 5 tahun akan diberikan surat pengantar bila memenuhi salah satu kriteria di bawah ini:
 - Batuk
 - Gejala lain (sesak napas, berkeringat di malam hari tanpa kegiatan, demam meriang >1 bulan) dan faktor risiko yang lain (DM, lansia, HIV, perokok, ibu hamil, malnutrisi, anak usia 5 – 14 tahun)
 5. Pelaksanaan IK :
 - Bila IK dilakukan oleh kader, maka kader mencatat hasil skrining dalam formulir TBC.16K dan **menyerahkan 1 rangkap kepada petugas** di fasyankes untuk dilampirkan di formulir TBC.01.
 - Bila IK dilakukan oleh petugas kesehatan, maka petugas akan mencatat hasil skrining dalam formulir TBC.16K dan melampirkannya di formulir TBC.01.

6. Jika menemukan terduga TBC, petugas kesehatan/kader mengisi Surat Pengantar Pemeriksaan TBC dan merujuk kontak untuk mendapat pemeriksaan di fasyankes. Apabila diperlukan, maka kader mendampingi terduga TBC untuk datang ke fasyankes.
7. Investigasi Kontak dapat dilaksanakan selama 1 minggu untuk 1 Kasus Indeks. Jika pada saat kunjungan, tidak semua kontak dapat diskruining, maka kader melakukan kunjungan ulang di hari berikutnya untuk memastikan semua kontak telah dilakukan skrining.
8. Kader mencatat rekapitulasi hasil IK semua kasus indeks yang menjadi tanggung jawabnya pada formulir TBC.16 RK.

C. Tindak Lanjut di Puskesmas

1. Petugas puskesmas menerima rujukan terduga TBC dari hasil investigasi kontak yang dilakukan oleh kader dan melaksanakan prosedur diagnosis sesuai standar.
2. Petugas puskesmas wajib merujuk anak <5 tahun yang kontak dengan pasien TBC RO ke fasyankes rujukan TBC RO.
3. Pemeriksaan laboratorium (mikroskopis atau TCM) hanya dilakukan kepada terduga TBC yang mengumpulkan dahak yang berkualitas (volume 3-5 ml, mukopurulen). Petugas laboratorium berhak tidak melakukan pemeriksaan laboratorium jika spesimen yang dikumpulkan tidak memenuhi syarat.
4. Jika kasus indeks adalah pasien TBC RO, pemeriksaan terhadap kontak yang dilakukan dengan TCM.
5. Petugas puskesmas memberikan umpan balik hasil pemeriksaan dan validasi laporan TBC 16K dan TBC 16RK kepada kader.

6. Petugas puskesmas mencatat dan melaporkan formulir TBC 16 fasyankes ke dinas kabupaten/kota.

Catatan :

1. Pada awal pelaksanaan investigasi kontak, data Kasus Indeks yang diambil adalah dari SITT/SITB dengan periode data paling lama 1 tahun terakhir, dengan memprioritaskan data kasus indeks yang sedang menjalani pengobatan.
2. Jika diperlukan, kegiatan investigasi kontak dapat diulang pada kontak serumah setelah minimal 6 bulan pada kasus indeks yang sama.
3. Pengumpulan dahak dilakukan oleh petugas puskesmas, namun pada kondisi tertentu misalnya jarak terlalu jauh, kesulitan geografis, atau keterbatasan sumber daya puskesmas, kader dapat didelegasikan untuk melakukan pengumpulan dahak dengan ketentuan sebagai berikut :
 - Kader dilatih oleh puskesmas tentang cara pengambilan dahak yang berkualitas, cara pengemasan dan pengiriman dahak yang aman (**Lampiran 2.1 dan 2.2**).
 - Kader merujuk kontak usia ≥ 5 tahun bergejala TBC dengan merujuk orang atau spesimen dahak.
 - Jika merujuk spesimen dahak, maka kader dibekali pot dahak oleh petugas puskesmas.
 - Kader mengambil dan mengantarkan spesimen dahak ke puskesmas.
 - Kader diberi alat pelindung diri/APD (masker) oleh petugas puskesmas.



BAB IV MONITORING DAN EVALUASI

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi (monev) merupakan tanggung jawab bersama yang dilaksanakan secara berjenjang mulai dari komunitas, fasilitas kesehatan, Kabupaten/Kota, Provinsi hingga Pusat. Seluruh kegiatan program harus dimonitor dan dievaluasi dari aspek masukan (*input*), proses, maupun keluaran (*output*).

A. Pencatatan dan Pelaporan

Dalam pelaksanaan monev dan kegiatan surveilans, diperlukan suatu sistem pencatatan dan pelaporan baku yang dilaksanakan dengan baik dan benar, dengan maksud mendapatkan data yang sah atau valid untuk diolah, dianalisis, diinterpretasi, disajikan dan disebarluaskan untuk dimanfaatkan sebagai dasar untuk perencanaan dan peningkatan program selanjutnya. Formulir-formulir yang digunakan untuk pencatatan dan pelaporan investigasi kontak, adalah sebagai berikut :

1. Formulir Investigasi Kontak Tuberkulosis (TBC.16 K)

TBC.16 K adalah formulir yang digunakan oleh petugas kesehatan dan atau kader untuk mencatat hasil investigasi kontak. Petugas mengisi nama kasus indeks yang akan di lakukan investigasi kontak. Sedangkan nama kontak dapat diisi oleh petugas maupun kader. Petugas mendapatkan nama kontak melalui hasil wawancara dengan pasien saat pertama kali berobat dan kunjungan rumah, salah satunya dalam kegiatan PIS PK. Kader mendapatkan nama kontak dengan melaksanakan investigasi kontak.

2. Formulir Rekapitulasi Investigasi Kontak oleh Kader (TBC.16 RK)

TBC.16 RK adalah rekapitulasi hasil investigasi kontak yang diisi oleh kader untuk dilaporkan setiap bulan kepada petugas kesehatan di fasyankes dengan batas akhir pelaporan pada tanggal 01 di bulan berikutnya. Pengisian rekapitulasi berdasarkan hasil yang tertulis pada TBC.16 K. Selanjutnya petugas kesehatan di Puskesmas memberikan umpan balik evaluasi laporan hasil investigasi kontak pada periode sebelumnya yang dilakukan oleh kader. Mekanisme pelaksanaan dapat terintegrasi dengan kegiatan Monev yang sudah ada di Puskesmas (contoh: pembinaan kader). Adapun umpan balik tersebut meliputi :

- a. Jumlah indeks kasus dengan target kontak yang diskринing (1 indeks kasus = 20 kontak yang diinvestigasi)
- b. Jumlah kontak yang dirujuk memenuhi kriteria rujukan
- c. Semua kontak yang dirujuk melakukan pemeriksaan di puskesmas
- d. Hasil pemeriksaan semua kontak

3. Formulir Rekapitulasi Investigasi Kontak Fasyankes (TBC.16 Fasyankes)

TBC.16 Fasyankes adalah rekapitulasi hasil investigasi kontak yang diisi oleh petugas kesehatan untuk dilaporkan setiap bulan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota dengan batas akhir pelaporan pada tanggal 05 di bulan berikutnya. Pengisian rekapitulasi berdasarkan hasil yang tertulis pada TBC.16 RK. Dinkes Kabupaten/Kota memberikan umpan balik ke puskesmas terhadap rekapitulasi hasil investigasi

kontak yang dilaporkan oleh Fasyankes (TBC.16 Fasyankes). Mekanisme pelaksanaan dapat terintegrasi dengan kegiatan Monev yang sudah ada.

4. Formulir Rekapitulasi Investigasi Kontak Kabupaten/ Kota (TBC.16 Kabupaten/ Kota)

TBC.16 Kabupaten/Kota adalah rekapitulasi hasil investigasi kontak yang diisi oleh petugas TBC dinas kesehatan kabupaten/kota untuk dilaporkan setiap bulan kepada dinas kesehatan provinsi dengan batas akhir pelaporan pada tanggal 10 di bulan berikutnya. Pengisian rekapitulasi berdasarkan hasil yang tertulis pada TBC.16 Fasyankes. Dinkes Provinsi memberikan umpan balik kepada Dinkes Kabupaten/ Kota terhadap rekapitulasi hasil investigasi kontak yang dilaporkan oleh Kabupaten/Kota (TBC.16 Kabupaten/Kota). Mekanisme pelaksanaan dapat terintegrasi dengan kegiatan Monev yang sudah ada setiap enam (6) bulan sekali.

5. Formulir Rekapitulasi Investigasi Kontak Provinsi (TBC.16 Provinsi)

TBC.16 Provinsi adalah rekapitulasi hasil investigasi kontak yang diisi oleh petugas TBC dinas kesehatan provinsi untuk dilaporkan kepada pusat melalui email subdittb@tbindonesia.or.id dengan batas akhir pelaporan pada tanggal 15 di bulan berikutnya. Pengisian rekapitulasi berdasarkan hasil yang tertulis pada TBC.16 Kabupaten/Kota. Pusat memberikan umpan balik ke Dinkes Provinsi terhadap rekapitulasi hasil investigasi kontak yang dilaporkan oleh Provinsi (TBC.16 Provinsi). Mekanisme pelaksanaan dapat terintegrasi dengan kegiatan Monev yang sudah ada

6. Surat Pengantar Pemeriksaan TBC

Surat Pengantar merupakan surat yang digunakan kader untuk merujuk terduga TBC agar melakukan pemeriksaan di layanan kesehatan.

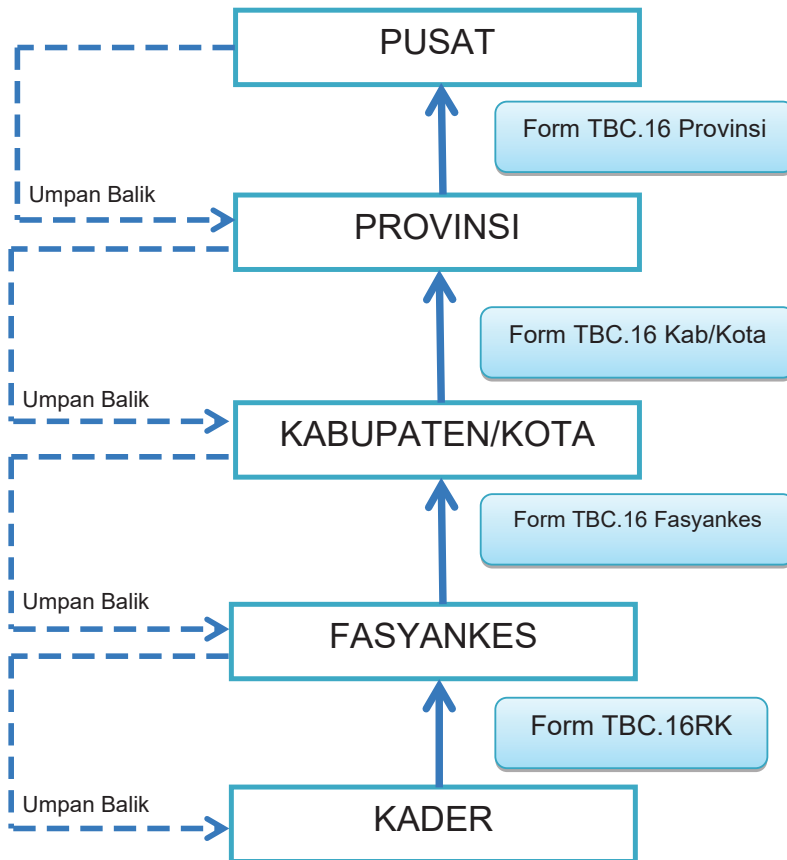
7. Formulir Penemuan Terduga dan Pasien TBC (Form A)

Formulir A merupakan formulir bagi kader untuk melakukan pencatatan terkait penemuan Terduga TBC serta hasil pemeriksaan TBC.

8. Formulir Pemantauan Pengobatan Pasien TBC (Form B)

Formulir B merupakan formulir bagi kader untuk melakukan pencatatan terkait pemantauan pengobatan pasien TBC.

Hal ini bertujuan agar pengobatan pasien TBC berjalan sesuai dengan ketentuan dan tidak terjadi putus berobat. Selain itu Formulir B juga berfungsi untuk memantau pelaksanaan pemeriksaan dahak ulang untuk penilaian hasil pengobatan bagi petugas di fasyankes. Formulir ini disimpan oleh kader hingga pasien TBC menyelesaikan pengobatan.



**Gambar 1.0
Diagram Alur Pencatatan dan Pelaporan Investigasi Kontak
(sesuai form terlampir)*

Sebagai catatan, setelah diimplementasikannya Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB) pada tahun 2020, maka pencatatan dan pelaporan untuk data investigasi kontak ini langsung dapat langsung dilaporkan melalui SITB.

B. Indikator Investigasi Kontak

Untuk mempermudah analisis data diperlukan indikator sebagai alat ukur kinerja dan kemajuan program (*marker of progress*). Beberapa indikator yang digunakan adalah;

Tabel 1. Indikator Utama

No	Indikator	Pembilang (Numerator)	Penyebut (Denominator)	Periode	Sumber data
1	Persentase pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis dan TBC anak yang dilakukan investigasi kontak	Jumlah kasus TBC terkonfirmasi bakteriologis dan TBC anak yang dilakukan investigasi kontak	Jumlah kasus TBC terkonfirmasi bakteriologis dan TBC anak yang ada di wilayah kerja fasyankes pada periode tertentu	Bulanan	<ul style="list-style-type: none">• TBC.16K• TBC.16RK• TBC.03• TBC.07
2	Persentase penemuan semua kasus TBC dari hasil investigasi kontak	Jumlah semua kasus TBC yang ditemukan dari hasil investigasi kontak	Total penemuan semua kasus TBC yang ada di wilayah kerja fasyankes pada periode tertentu	Bulanan	<ul style="list-style-type: none">• TBC.16K• TBC.16RK• TBC.03• TBC.07
3	Persentase anak <5 tahun yang mendapatkan pengobatan pencegahan dari hasil investigasi kontak	Jumlah anak <5 tahun yang mendapatkan pengobatan pencegahan dari hasil investigasi kontak	Jumlah anak <5 tahun dari hasil investigasi kontak	Bulanan	<ul style="list-style-type: none">• TBC.16K• TBC.16RK• TBC.15

Analisis Indikator Investigasi Kontak

1. Persentase pasien TBC terkonfirmasi bakteriologis dan TBC anak yang dilakukan investigasi kontak

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus TBC terkonfirmasi bakteriologis dan TBC anak yang dilakukan investigasi kontak}}{\text{Jumlah kasus TBC terkonfirmasi bakteriologis dan TBC anak yang ada di wilayah kerja fasyankes pada periode tertentu}} \times 100\%$$

Indikator ini menggambarkan jumlah kasus indeks TBC yang terkonfirmasi bakteriologis dan TBC anak yang dilakukan investigasi kontak dari jumlah kasus TBC terkonfirmasi bakteriologis dan TBC anak yang ada di wilayah kerja fasyankes pada periode tertentu

2. Persentase penemuan semua kasus TBC dari hasil investigasi kontak

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah semua kasus TBC yang ditemukan dari hasil investigasi kontak}}{\text{Total penemuan semua kasus TBC yang ada di wilayah kerja fasyankes pada periode tertentu}} \times 100\%$$

Indikator ini menggambarkan jumlah kasus indeks TBC yang ditemukan dari hasil investigasi kontak diantara total penemuan semua kasus TBC yang ada di wilayah kerja fasyankes pada periode tertentu.

3. Persentase anak <5 tahun yang mendapatkan pengobatan pencegahan dari hasil investigasi kontak

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah anak <5 tahun yang mendapatkan pengobatan pencegahan dari hasil investigasi kontak}}{\text{Jumlah anak <5 tahun dari hasil investigasi kontak}} \times 100\%$$

Indikator ini menggambarkan kontribusi penemuan anak <5 tahun yang mendapatkan pengobatan pencegahan dari hasil kegiatan investigasi kontak anak.

Tabel 2. Indikator Proses

No	Indikator	Pembilang (Numerator)	Penyebut (Denominator)	Periode	Sumber Data
1	Persentase kontak yang dilakukan skrining TBC	Jumlah kontak yang dilakukan skrining TBC oleh petugas kesehatan dan atau kader	Jumlah kontak yang teridentifikasi	Bulanan	<ul style="list-style-type: none"> • TBC.16K • TBC.16 RK
2	Persentase terduga TBC yang dirujuk dan dilakukan pemeriksaan	Jumlah terduga TBC yang dirujuk oleh petugas kesehatan dan atau kader yang dilakukan pemeriksaan	Jumlah terduga TBC yang dirujuk oleh petugas kesehatan dan atau kader	Bulanan	<ul style="list-style-type: none"> • TBC.16K • TBC.06 • Surat Pengantar Pemeriksaan TBC • Form Penemuan Terduga dan Pasien Tuberkulosis

Analisis Indikator Proses

1. Persentase kontak yang dilakukan skrining TBC

Rumus:

Jumlah kontak yang dilakukan skrining TBC oleh petugas kesehatan dan atau kader

_____ x 100%

Jumlah kontak yang teridentifikasi

Indikator ini menggambarkan jumlah kontak yang diskriming diantara kontak yang teridentifikasi.

2. Persentase terduga TBC yang dirujuk dan dilakukan pemeriksaan

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah terduga TBC yang dirujuk oleh petugas kesehatan dan atau kader yang dilakukan pemeriksaan}}{\text{Jumlah terduga TBC yang dirujuk oleh kader}} \times 100\%$$

Indikator ini menggambarkan jumlah kasus terduga TBC yang dirujuk dan dilakukan pemeriksaan diantara terduga TBC yang dirujuk oleh kader.

Tabel 3. Indikator Output

No	Indikator	Pembilang (Numerat- tor)	Penyebut (Denumer- ator)	Periode	Sumber Data
1	Persentase kasus TBC yang terkonfirmasi dan memulai pengobatan	Jumlah kasus TBC yang terkonfirmasi dan memulai pengobatan	Jumlah kasus TBC yang terkonfirmasi	Bulanan	<ul style="list-style-type: none"> • TBC.03 • TBC.06 • Form Penemuan Terduga dan Pasien Tuberkulosis • Form Pemantauan Pasien TBC

2	Persentase kasus TBC yang menyelesaikan pengobatan	Jumlah kasus TBC yang mendapatkan pengobatan dan menyelesaikan pengobatan (sembuh dan pengobatan lengkap)	Jumlah kasus TBC yang terkonfirmasi dan memulai pengobatan	Bulanan	<ul style="list-style-type: none"> • TBC.03 • Form Pemantauan Pasien Tuberkulosis
---	--	---	--	---------	---

Analisis Indikator Output

1. Persentase kasus TBC yang terkonfirmasi dan memulai pengobatan

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus TBC yang terkonfirmasi dan memulai pengobatan}}{\text{Jumlah kasus TBC yang terkonfirmasi}} \times 100\%$$

Indikator ini menggambarkan jumlah kasus TBC yang terkonfirmasi dan memulai pengobatan diantara jumlah kasus TBC yang terkonfirmasi.

2. Persentase kasus TBC yang menyelesaikan pengobatan

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus TBC yang menyelesaikan pengobatan (sembuh dan pengobatan lengkap)}}{\text{Jumlah kasus TBC yang memulai pengobatan}} \times 100\%$$

Indikator ini menggambarkan jumlah kasus TBC yang menyelesaikan pengobatan, yakni pasien yang sembuh dan menjalani pengobatan lengkap diantara kasus TBC yang memulai pengobatan.

***Lampiran 1.7**

Surat Pengantar Pemeriksaan TBC

Surat Pengantar Pemeriksaan TBC

Kepada,
Puskesmas

Di tempat

Mohon untuk dilakukan pemeriksaan kepada:

Nama : _____
Umur : _____
Jenis Kelamin : _____
Alamat : _____

Hasil Skrining oleh Kader

Kontak Serumah Kontak Erat Batuk

Gejala lain :

Batuk Berdarah
 Sesak Nafas
 Berkeringat di Malam Hari
 Demam/Meriang >1 bulan

 usia < 5 tahun

Faktor Resiko:

DM
 Umur > 60th
 Ibu Hamil
 Perokok
 Pernah berobat TB
tapi tidak tuntas

Atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

...../...../.....

Kader

***Lampiran Formulir 1.9**

Formulir Pemantauan Pasien Tuberkulosis (Formulir B)

PENANGGULANGAN TBC NASIONAL												
FORMULIR PEMANTAUAN PASIEN TUBERKULOSIS												
FORM - B												
2018												
Nama Kader :					Kecamatan :							
Bulan :					Kota/Kab :							
PROFIL PASIEN												
No Registrasi	Nama	L/P	Usia	Alamat	Kecamatan	Nama Puskesmas/UPK	Alamat Puskesmas/UPK	Tanggal Periksa	Tanggal Mulai Pengobatan	Nama PMO (KEI/ NON KEI)		
Riwayat Pemantauan												
TAHAP INTENSIF												
INFORMASI/KEGIATAN	Minggu I *(K/T/S) Tanggal	Minggu II *(K/T/S) Tanggal	Minggu III *(K/T/S) Tanggal	Minggu IV *(K/T/S) Tanggal	Minggu V *(K/T/S) Tanggal	Minggu VI *(K/T/S) Tanggal	Minggu VII *(K/T/S) Tanggal	Minggu VIII *(K/T/S) Tanggal				
1. Edukasi Penyakit TBC												
2. Edukasi Pentingnya Minum Obat												
3. Edukasi Kesehatan Lingkungan												
4. Edukasi PRIS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)												
5. Edukasi HIV												
6. Edukasi PMO												
TAHAP LANJUTAN												
INFORMASI/KEGIATAN	Bulan III *(K/T/S) Tanggal	Bulan IV *(K/T/S) Tanggal	Bulan V *(K/T/S) Tanggal	Bulan VI *(K/T/S) Tanggal	Bulan VII *(K/T/S) Tanggal	Bulan VIII *(K/T/S) Tanggal	Bulan IX *(K/T/S) Tanggal	Bulan X *(K/T/S) Tanggal				
1. Edukasi Penyakit TBC												
2. Edukasi Pentingnya Minum Obat												
3. Edukasi Kesehatan Lingkungan												
4. Edukasi PRIS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)												
5. Edukasi HIV												
6. Edukasi PMO												
Keterangan: K=Kunjungan, T=Relpon, S=SMS (isi salah satu)												
Tanggal Laporan Keberhasilan Pengobatan					Oronissal Laporan							
	Sembuh	Lengkap (Default)	Putus (Default)	Meninggal	Gagal	Pindah	Nama Kader	Tid Kader	Nama Petugas Puskesmas	Tid Petugas Puskesmas	Nama Kord SSR	Tid Kord SSR
							Tanggal		Tanggal		Tanggal	

PENJELASAN PERSETUJUAN INVESTIGASI KONTAK

Salah satu kegiatan yang penting untuk mendukung keberhasilan strategi penemuan kasus tuberkulosis (TBC) secara aktif adalah Investigasi kontak (IK), yang merupakan kegiatan pelacakan dan investigasi yang ditujukan pada orang-orang yang kontak dengan pasien TBC untuk menemukan terduga TBC. Kontak yang terduga TBC akan dirujuk ke layanan untuk pemeriksaan lanjutan dan bila terdiagnosis TBC, akan diberikan pengobatan yang tepat dan sedini mungkin.

IK mempunyai 2 fungsi yaitu meningkatkan penemuan kasus dan mencegah penularan TBC. Investigasi Kontak dikembangkan dengan mencari kasus yang tertular maupun yang merupakan sumber penularan pada kasus TBC terkonfirmasi bakteriologis dan TBC pada anak.

Semua pasien TBC baru/kambuh yang terkonfirmasi bakteriologis dan TBC anak merupakan kasus indeks dalam kegiatan IK. Data kasus indeks akan diserahkan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) kepada Puskesmas. Puskesmas merupakan koordinator kegiatan di wilayah kerjanya sehingga kegiatan investigasi kontak akan dilaksanakan di bawah koordinasi Puskesmas. Pelaksanaan kegiatan IK ini adalah dalam bentuk kunjungan rumah yang akan dilakukan oleh tim investigasi kontak (petugas kesehatan dan/atau kader).

Penjelasan Mekanisme Kunjungan Investigasi Kontak:

1. Tim IK akan mengunjungi rumah pasien TBC (pasien TBC = kasus indeks) untuk membantu melakukan skrining (deteksi dini) TBC secara langsung kepada orang yang tinggal serumah dengan pasien TBC (kontak serumah).
2. Tim IK akan melakukan pendataan kontak dan skrining (deteksi dini) TBC secara langsung, pada lingkungan rumah kasus indeks, minimal 20 orang di sekitar lingkungan rumah kasus indeks yang akan diskriming.
3. Tim IK melakukan kunjungan dengan mengutamakan kerahasiaan pasien.
4. Jika menemukan orang terduga TBC, tim IK akan mengisi Surat Pengantar Pemeriksaan TBC dan merujuk kontak/orang tersebut untuk mendapat pemeriksaan di Fasyankes terdekat. Apabila diperlukan, maka kader mendampingi terduga TBC untuk datang ke Fasyankes tersebut.

Dengan berpartisipasi dan mendukung kegiatan ini, pasien TBC (kasus indeks) berkontribusi dalam **upaya pencegahan penularan TBC**.

****Catatan; untuk terlebih dahulu diketahui***

Kontak adalah orang yang terpajan/berkontak dengan kasus indeks, misalnya orang serumah, sekamar, satu asrama, satu tempat kerja, satu kelas, atau satu penitipan/pengasuhan.

Kontak serumah adalah orang yang tinggal serumah minimal satu malam, atau sering tinggal serumah pada siang hari dengan kasus indeks dalam 3 bulan terakhir sebelum kasus indeks mulai mendapat obat anti tuberkulosis (OAT).

Kontak erat adalah orang yang tidak tinggal serumah, tetapi sering bertemu dengan kasus indeks dalam waktu yang cukup lama, yang intensitas pajanan/berkontakannya hampir sama dengan kontak serumah. Misalnya orang yang berada pada ruangan/lingkungan yang sama (tempat kerja, ruang pertemuan, fasilitas umum, rumah sakit, sekolah, tempat penitipan anak) dalam waktu yang cukup lama dengan kasus indeks, dalam 3 bulan terakhir sebelum kasus indeks minum OAT.

LEMBAR PERSETUJUAN INVESTIGASI KONTAK

Saya yang bertanda tangan di bawah ini;

Nama : _____

Jenis Kelamin : _____

Tanggal Lahir : _____

Alamat Rumah : _____

Telp : _____

Asal Fasyankes : _____

Dengan ini MENYETUJUI untuk menjadi kasus indeks dalam pelaksanaan kegiatan Investigasi Kontak (IK) yang ada di lingkungan saya.

Dari penjelasan yang telah diberikan, saya telah memahami maksud, tujuan, dan segala hal yang berhubungan dengan pelaksanaan investigasi kontak.

Tim Pelaksana,

Yang Membuat Pernyataan,

ttd

ttd

(.....)

(.....)

*Lampiran 2.1

Standar Prosedur Operasional Pengambilan, Pengemasan, dan Pengiriman Spesimen Dahak

A. Standar Prosedur Operasional Pengambilan Dahak

1. Waktu Pengambilan Dahak

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, pemeriksaan laboratorium untuk diagnosis dan *follow up* memerlukan masing-masing 2 (dua) contoh uji dahak, terdiri dari:

- S (Sewaktu pertama):
Dahak dikumpulkan pada saat datang di kunjungan pertama ke laboratorium fasyankes
- P (Pagi):
Dahak dikumpulkan pagi segera setelah bangun tidur pada hari ke-2, dibawa langsung oleh pasien ke fasyankes.

Diperbolehkan untuk pasien mengumpulkan dua dahak Sewaktu pada hari yang sama untuk menghindari kemungkinan hilangnya pasien jika datang keesokan harinya. Jarak pengambilan dahak minimal 1(satu) jam dan dahak yang dikumpulkan harus berkualitas. Kualitas dahak yang baik adalah memiliki volume 3-5 ml, berwarna kuning kehijauan (mukopurulen) dan kental.

2. Tempat Pengumpulan Dahak

- a. Ruang terbuka; dengan sinar matahari langsung atau dilakukan di tempat khusus pengumpulan dahak (*sputum booth*).

- b. Ruang tertutup; dengan ventilasi yang baik
- c. Jangan mengumpulkan / mengeluarkan dahak di ruangan tertutup seperti di laboratorium, kamar kecil/ toilet/ WC, ruang tunggu, ruang kerja, ruang pendaftaran, ruangan dengan ventilasi yang jelek.

3. Cara Mengeluarkan Dahak

- a. Kumur dengan air minum matang sebelum mengeluarkan dahak, bila memakai gigi palsu, lepaskan gigi palsu sebelum berkumur.
- b. Tarik napas dalam 2-3 kali, tahan selama beberapa detik dan hembuskan napas dengan kuat.
- c. Buka penutup pot dahak, dekatkan pot dahak dekat dengan mulut.
- d. Batukkan dengan keras dari dalam dada dan keluarkan dahak ke dalam pot. Hindari terjadinya percikan pada dinding luar wadah.
- e. Tutup pot dahak dengan rapat.
- f. Setelah selesai, anjurkan penderita membersihkan mulut dengan tisu bersih dan mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun.
- g. Serahkan pot dahak kepada petugas laboratorium.
- h. Catatan: Jangan berdiri didepan penderita saat pengeluaran dahak.

4. Persiapan pasien

- a. Pasien diberitahu bahwa contoh uji dahak sangat bernilai untuk menentukan status penyakitnya

- b. Dahak yang baik adalah yang berasal dari saluran nafas bagian bawah ,berupa lendir yang berwarna kuning kehijauan (mukopurulen).
- c. Pasien berdahak dalam keadaan perut kosong, sebelum makan/minum dan membersihkan rongga mulut terlebih dahulu dengan berkumur air bersih.
- d. Dahak adalah bahan infeksius sehingga pasien harus berhati-hati saat berdahak dan mencuci tangan.
- e. Pasien dianjurkan membaca prosedur tetap pengumpulan dahak yang tersedia di tempat/lokasi berdahak.

5. Petunjuk kepada Pasien

- a. Motivasi pasien untuk datang kembali melengkapi pemeriksaan (SP)
- b. Motivasi untuk mengulang pengambilan dahak bila:
 - Kualitas dahak kurang baik
 - Saliva atau
 - Nasal mucus,
- c. Anjurkan olahraga ringan lalu tarik nafas dalam beberapa kali, dan bila terasa mau batuk, nafas ditahan selama mungkin lalu dibatukkan
- d. Malam hari sebelum tidur anjurkan banyak minum air hangat.
- e. Anjurkan menelan 1 tablet gliseril guayakolat 200 mg sebelum tidur.

6. Persiapan Alat

- a. Pot sputum bersih, diameter 4-6 cm, tutup berulir.

- b. Sebelum diserahkan kepada pasien, pot dahak harus sudah diberi identitas sesuai identitas/nomor register pada form TB 05.

***) JANGAN** lakukan penulisan identitas pasien pada tutup pot dahak

- c. Formulir Permohonan Pemeriksaan Laboratorium (TB 05).
- d. Label, pensil, spidol.

7. Penilaian Kualitas Contoh Uji Dahak oleh Petugas Laboratorium Fasyankes

- a. Penilaian dilakukan tanpa membuka tutup pot
- b. Petugas laboratorium melihat dahak melalui dinding pot yang transparan
- c. Hal-hal yang perlu diamati adalah :
 - Volume 3,5 - 5 ml
 - Kekentalan : mukoid
 - Warna : Hijau kekuningan (purulen)

8. Setelah Dahak Diterima oleh Petugas Laboratorium Fasyankes

- a. Periksa kualitas dahak:
 - Volume,
 - Konsistensi
- b. Periksa identitas label pada pot dahak, apakah sesuai dengan data pada formulir TB-05
- c. Apabila semua data sudah lengkap, dahak siap diperiksa di laboratorium

B. Standar Prosedur Operasional Pengemasan dan Pengiriman Dahak

Alat dan bahan yang diperlukan pada pengemasan spesimen dahak tanpa rantai dingin,

yaitu:

No.	Nama Barang	Spesifikasi	Contoh Barang
1	Pot Dahak	Pot dahak bersih, tidak mudah pecah, \pm 5 cm, dan bertutup ulir (minimal 4 ulir).	
2	Plastic box	Volume 2-3 L, terbuat dari bahan yang tidak mudah rusak, memiliki pengaman (<i>lid lock</i>), tinggi >10 cm sehingga memungkinkan memuat beberapa pot dahak yang disusun bertumpuk, atau bersebelahan	
3	Parafilm (36)	Ukuran 4" x 125	
4	Kantong plastik ziplock (untuk pot dahak)	10 x 15 cm	
5	Kantong plastik bening (untuk formulir)	30 x 40 xm, transparan	

No.	Nama Barang	Spesifikasi	Contoh Barang
6	<i>Biohazard label sticker</i>	bahan vinyl	
7	Label untuk menunjukkan posisi pot sputum	bahan vinyl	
8	Karet gelang		
9	Tisu		

***Lampiran 2.2**

Prosedur pengemasan dan pengiriman spesimen sebagai berikut :

	<ul style="list-style-type: none">- Kumpulkan 1 spesimen dahak ke dalam pot dahak steril. Beri label/ identitas dan tanggal pengumpulan spesimen pada dinding pot dahak
	<ul style="list-style-type: none">- Tutup rapat pot berisi spesimen dahak kemudian kuatkan dengan lilitan parafilm di sekitar batas tutup dan badan pot dahak
	<ul style="list-style-type: none">- Masukkan beberapa lembar tisu (3-4 lapis) ke dalam kantong plastik bersegel sebagai absorban
	<ul style="list-style-type: none">- Masukkan pot dahak ke dalam kantong plastik bersegel yang telah berisi absorban, rapihkan dengan karet
	<ul style="list-style-type: none">- Untuk bahan rujukan pemeriksaan biakan dan uji kepekaan masukkan 2 pot dahak dari 1 orang pasien ke dalam kantong plastik bersegel yang lebih besar. Jangan memasukan pot dahak dari pasien yang berbeda ke kantong yang sama.
	<ul style="list-style-type: none">- Masukkan spesimen ke dalam <i>cool box</i> atau wadah bertutup (<i>styrofoam</i>). Agar spesimen tidak terguncang, masukkan potongan-potongan kertas sebagai penyangga



- Masukkan formulir TB 05 : permintaan pemeriksaan laboratorium dan dokumen pendukung lain ke dalam kantong plastik bersegel, tutup segelnya dan rekatkan di bagian luar *cool box*.
- Rekatkan pula 3 label lain (lambang bio hazard, tulisan "jangan dibanting" dan tanda panah penunjuk posisi pot dahak pada dinding *cool box*

Pengirim
Puskesmas Kebayoran Baru
Jl. Radio 4 Jakarta Selatan 12140

Kepada Yth. LRN Mikrobiologi
Laboratorium Mikrobiologi FK UI
Jll. Pegangsaan Timur No: 16
Jakarta Pusat 10320

- Tuliskan alamat, no telepon laboratorium rujukan dan laboratorium pengirim bahan rujukan dengan jelas di atas/samping *cool box*
- Kirimkan kemasan spesimen dahak ke SPC atau faskes pemeriksa sesuai jadwal yang telah disepakati

- Pengiriman spesimen dahak
 - a. Pengiriman spesimen dahak dapat dilakukan dengan mengantar langsung ke laboratorium maupun menggunakan kurir.
 - b. Laboratorium pengirim diharapkan menghubungi laboratorium penerima untuk menginformasikan pengiriman dahak.

A. Kriteria Penolakan Spesimen Oleh Fasyankes Pemeriksa

Berikut beberapa kriteria penolakan spesimen dahak oleh fasyankes pemeriksa, antara lain yaitu:

- Tanpa identitas
- Tanpa tanggal pengumpulan dahak
- Pot dahak pecah atau kosong
- Spesimen mengandung sisa makanan atau partikel padat lain.

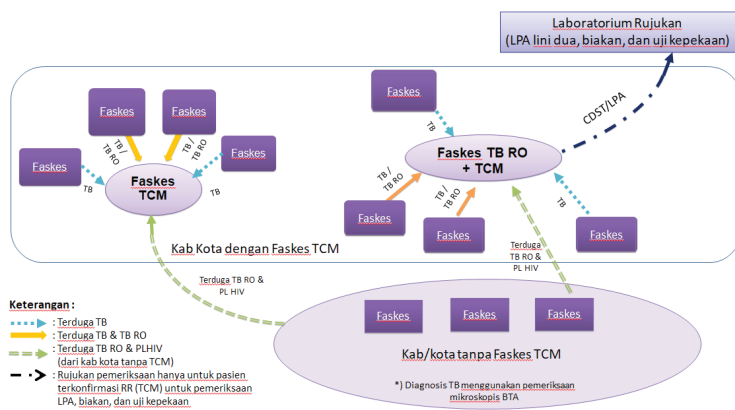
Apabila tidak memungkinkan untuk mendapatkan spesimen baru, lakukan pengolahan spesimen dan pilih bagian yang tidak bercampur dengan sisa makanan atau partikel padat lain.

- Kualitas dahak tidak baik atau volume kurang.
- Tampak pertumbuhan jamur (kontaminasi)

*Catatan :

Apabila ada penolakan spesimen, komunikasikan dengan fasyankes pengirim.

B. Rujukan Pemeriksaan Laboratorium TBC



*Gambar 2.0

Diagram Rujukan Pemeriksaan Laboratorium TBC

Keterangan rujukan Pemeriksaan Lab TBC adalah sebagai berikut;

1. Semua diagnosis terduga TB RO di kabupaten kota yang mempunyai akses TCM dilakukan menggunakan TCM. Faskes TCM dapat menerima rujukan pemeriksaan terduga TB dari kab kota yang sama maupun antar kabupaten kota jika kapasitas pemeriksaan TCM masih mencukupi. Jejaring rujukan pemeriksaan dari faskes ke layanan TCM diatur oleh dinas kesehatan kab kota / provinsi.
2. Di kabupaten sekitar yang tidak mempunyai akses pemeriksaan TCM maka untuk diagnosis TB RO dan PL HIV tetap menggunakan TCM dengan cara merujuk pemeriksaan TCM ke kab kota terdekat yang memiliki layanan pemeriksaan TCM. Diagnosis TB SO di kab kota yang tidak mempunyai akses TCM dapat tetap menggunakan pemeriksaan mikroskopis BTA.

*Lampiran 3.0

Estimasi Target Investigasi Kontak Tahun 2019-2020

NO	PROVINSI	TARGET KASUS TB		TARGET INVESTIGASI KONTAK	
		2019	2020	2019	2020
1	ACEH	10.881	11.057	117.516	119.412
2	SUMUT	37.643	37.400	406.544	403.926
3	SUMBAR	14.922	14.883	161.157	160.740
4	RIAU	18.419	19.055	198.927	205.790
5	KEPRI	4.917	4.957	74.425	77.699
6	SUMSEL	26.528	26.509	286.503	286.303
7	BABEL	3.869	3.906	31.148	31.914
8	JAMBI	15.559	15.445	53.104	53.525
9	BENGKULU	2.884	2.955	41.787	42.187
10	LAMPUNG	6.891	7.194	168.035	166.802
11	DKI JAKARTA	42.638	42.110	460.491	454.789
12	BANTEN	115.115	115.488	284.788	291.470
13	JABAR	71.315	70.048	1.243.238	1.247.268
14	JATENG	5.674	5.642	770.198	756.511
15	DIY	80.037	78.189	61.277	60.939
16	JATIM	26.369	26.988	864.398	844.436
17	BALI	5.470	5.452	59.076	58.884
18	KALBAR	9.623	9.607	94.956	95.418
19	KALTENG	11.053	11.179	60.814	62.518
20	KALSEL	8.792	8.835	117.322	118.368
21	KALTIM	5.631	5.789	115.754	118.575
22	KALTARA	10.863	10.960	26.918	29.043
23	GORONTALO	10.718	10.980	34.507	34.792
24	SULUT	2.492	2.688	90.830	89.972
25	SULTENG	8.410	8.330	88.246	88.918
26	SULSEL	8.171	8.233	293.715	291.103
27	SULBAR	27.196	26.954	34.654	35.329
28	SULTRA	5.689	6.326	61.442	68.324
29	NTB	3.195	3.222	103.927	103.752
30	NTT	3.209	3.272	119.375	120.738
31	MALUKU	5.921	6.020	63.946	65.015
32	MALUT	2.754	2.815	29.742	30.402
33	PAPUA	2.745	2.833	179.892	182.856
34	PAPUA BARAT	16.657	16.931	29.645	30.598
	INDONESIA	632.250	632.252	6.828.300	6.836.395



