

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI DINAS KESEHATAN KOTA SURABAYA**

**GAMBARAN TATALAKSANA PEMBERIAN TERAPI
PENCEGAHAN TUBERKULOSIS (TPT) INH PADA ANAK
DI KOTA SURABAYA**



OLEH :

RIZKA APRILIDYAWATI

NIM. 101711123046

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI DINAS KESEHATAN KOTA SURABAYA
TANGGAL 05 AGUSTUS-05 SEPTEMBER 2019

Disusun Oleh:
RIZKA APRILIDYAWATI
NIM. 101711123046

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen,

13 September 2019

Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M.Kes
NIP. 196902101994032002

Pembimbing di Dinas Kesehatan Kota Surabaya,

13 September 2019

dr. Daniek S., M.Kes
NIP. 197804172006042021

Mengetahui
Ketua Departemen Epidemiologi,

13 September 2019

Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes
NIP 196811021998022001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT. atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga laporan magang dengan judul “Gambaran Tatalaksana Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH Pada Anak Di Kota Surabaya Tahun 2018” dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu sebagai salah satu prasyarat akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Laporan magang ini mendeskripsikan tentang pelaksanaan kegiatan imunisasi yang dilaksanakan oleh petugas di seksi Surveilans dan Imunisasi.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan kepada:

1. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., MS., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
2. Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.kes. selaku Ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
3. Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M.Kes selaku pembimbing institusi Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
4. dr. Mira Novia, M.Kes selaku Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Kota Surabaya yang secara terbuka mendukung pelaksanaan magang
5. dr. Daniek S., M.Kes selaku Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kota Surabaya, yang telah membimbing selama pelaksanaan magang
6. dr. Ponconugroho BFR, selaku Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Kota Surabaya, yang telah membimbing selama pelaksanaan magang
7. Rosita Dwi Yuliandari, S.KM., M.Epid, Bapak Anto S.Kep., Annisa S.KM dan Cahya S.KM, anggota lainnya di Seksi Pencegahan Penyakit Menular atas ilmu, bantuan, dan bimbingan yang diberikan selama magang dan turut membantu dalam menyelesaikan laporan magang.
8. Teman-teman magang di Dinas Kesehatan Kota Surabaya yang saling mendukung dalam pelaksanaan hingga akhir penyusunan laporan magang.

Penulis menyadari masih terdapat kekurangan dalam penyusunan laporan magang ini, sehingga kritik dan saran yang membangun atas kekurangan laporan magang ini sangat diharapkan. Semoga bermanfaat baik bagi penulis sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkannya.

Surabaya, 13 September 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	3
1.2.1 Tujuan Umum.....	3
1.2.2 Tujuan Khusus.....	3
1.3 Manfaat.....	4
1.3.1 Bagi Mahasiswa.....	4
1.3.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat.....	4
1.3.3 Bagi Instansi Dinas Kesehatan Kota Surabaya	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Tuberkulosis.....	5
2.1.1 Pengertian Tuberkulosis Anak	5
2.1.2 Diagnosis Tuberkulosis Anak.....	6
2.1.3 Pencegahan dan Pengobatan Tuberkulosis Pada Anak...	6
2.1.4 Indikator dan Target Program Tuberkulosis.....	7
2.2 Penjarangan dan Pelaporan Kasus Tuberkulosis Anak.....	10
2.3 INH Sebagai Terapi Pencegahan Tuberkulosis Pada Anak	10
2.4 Penentuan Prioritas Masalah	17
2.3.1 Definisi Penentuan Prioritas.....	17
2.3.2 Metode CARL.....	17
2.5 Analisis Penyebab Masalah dengan Metode Fishbone	18
BAB III METODE KEGIATAN MAGANG.....	21
3.1 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang	21
3.1.1 Lokasi Magang	21
3.1.2 Waktu Pelaksanaan Magang.....	21
3.2 Metode Pelaksanaan Magang.....	21
3.3 Teknik Pengumpulan Data.....	22
3.4 Metode Analisis Data	22

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	24
4.1 Gambaran Umum Institusi Magang dan Analisisnya	24
4.1.1 Keadaan Geografis	24
4.1.2 Gambaran Dinas Kesehatan Kota Surabaya	24
4.1.3 Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kota Surabaya	25
4.1.4 Tujuan Dinas Kesehatan Kota Surabaya	25
4.1.5 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surabaya....	26
4.1.6 Pelaksanaan Magang di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.....	26
4.1.7 Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular..	27
4.2 Gambaran Kasus TBC di Kota Surabaya Tahun 2016-2018	28
4.3 Distribusi Kasus TBC Anak Berdasarkan Fasyankes di Kota Surabaya Tahun 2016-2018.....	29
4.4 Gambaran Jejaring Kemitraan di Kota Surabaya Tahun 2016-2018	30
4.5 Gambaran Cakupan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya Tahun 2016-2018.....	31
4.6 Identifikasi Masalah terhadap Tatalaksana Pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya.....	32
4.7 Prioritas Masalah terhadap Tatalaksana Pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya....	32
4.8 Penyebab Masalah terhadap Tatalaksana Pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya.....	34
4.9 Alternatif Solusi terhadap Tatalaksana Pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya.....	35
4.10Kegiatan Selama Magang Di Dinas Kesehatan Kota Surabaya	37
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	39
5.1 Kesimpulan.....	39
5.2 Saran	40
DAFTAR PUSTAKA	41
LAMPIRAN	42

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Tatalaksana Investigasi Kontak Pemberian TPT INH Pada Anak...	11
Gambar 4.1 Peta Kota Surabaya	24
Gambar 4.2 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surabaya	26
Gambar 4.3 Diagram <i>Fishbone</i> Terhadap Masalah Pemberian TPT INH	34

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Panduan OAT Kategori 1.....	6
Tabel 2.2 Tabel Panduan OAT Kategori 2.....	6
Tabel 2.3 Tabel Panduan OAT Pada Anak.....	7
Tabel 2.4 Tatalaksana Pada Kontak Anak.....	13
Tabel 2.5 Indikator Keberhasilan Investigais Kontak.....	16
Tabel 2.6 Skor CARL.....	18
Tabel 2.7 Matriks Metode CARL.....	18
Tabel 3.1 Timeline Pelaksanaan Magang.....	21
Tabel 3.2 Metode Analisis Data.....	22
Tabel 4.1 Distribusi Kasus TBC Anak Berdasarkan Fasyankes di Kota Surabaya Tahun 2016-2018.....	29
Tabel 4.2 Data Sarana Pelayanan Kesehatan yang berjejaring dengan Program P2PM TBC di Kota Surabaya Tahun 2019.....	30
Tabel 4.3 Gambaran Jejaring Kemitraan TBC di Kota Surabaya Tahun 2017-2018.....	30
Tabel 4.4 Gambaran Cakupan dan Target Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya Tahun 2016-2018.....	31
Tabel 4.5 Gambaran Fasyankes yang Melakukan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH di Kota Surabaya Tahun 2016-2018.....	31
Tabel 4.6 Hasil Skoring Penentuan Prioritas Masalah Dengan Metode CARL.....	32

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Daftar Arti Lambang:

-	: Sampai dengan
%	: Persen
/	: Per
µm	: Milimicron
≥	: Lebih dari sama dengan
≤	: Kurang dari sama dengan
<	: Kurang dari
>	: Lebih dari
(+)	: Positif
(-)	: Negatif
mg	: Miligram

Daftar Singkatan:

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
BB	: Berat Badan
BTA	: Basil Tahan Asam
DM	: <i>Diabetes Mellitus</i>
DOTS	: <i>Directly Observed Treatment Short-course</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IK	: Investigasi Kontak
INH	: <i>Isonicotinylhydrazide</i>
KDT	: Kombinasi Dosis Tunggal
LTBI	: <i>Latent Tuberculosis Infection</i>
MDR	: <i>Multy Drug Resistent</i>
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
RO	: Resisten Obat
TBC	: Tuberkulosis
TCM	: Tes Cepat Molekuler
TPT	: Terapi Pencegahan Tuberkulosis

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Magang adalah kegiatan mandiri mahasiswa yang dilaksanakan di luar lingkungan kampus khususnya di lembaga institusi untuk mendapatkan pengalaman kerja praktis yang sesuai dengan bidang peminatannya melalui metode observasi dan partisipasi. Secara umum tujuan program magang adalah untuk memperoleh pengalaman, keterampilan, penyesuaian sikap dan penghayatan pengetahuan di dunia kerja dalam rangka memperkaya pengetahuan, sikap dan keterampilan bidang ilmu kesehatan masyarakat, serta melatih kemampuan bekerjasama dengan orang lain dalam satu tim sehingga di peroleh manfaat bersama baik bagi peserta magang maupun instansi tempat magang (FKM, 2018).

Setelah pelaksanaan magang, mahasiswa diharapkan mampu memainkan peranannya, baik sebagai individu maupun dalam tim, serta implementasi intelektualitasnya selalu dilandasi dan berorientasi pada kesejahteraan masyarakat dalam mewujudkan kemandirian serta kemajuan bangsa. Melalui partisipasi dalam program mata kuliah magang tersebut, diharapkan mahasiswa memiliki gambaran yang jelas mengenai situasi dan dunia kerja secara nyata. Mahasiswa akan mengetahui seperti apa dunia kerja sehingga diharapkan dapat mudah untuk mengimplementasikan ilmu yang didapatkan selama proses perkuliahan dan mampu ditempa oleh kerasnya tuntutan dalam dunia kerja, sehingga mahasiswa dapat mengukur kemampuan yang dimiliki dengan persyaratan dunia kerja. Hal ini sangat penting terlebih dalam era globalisasi dimana persaingan untuk mendapatkan pekerjaan sangat ketat. Dengan pengukuran terhadap kemampuan mereka, mahasiswa dapat memperbaiki diri agar menjadi lebih kompetitif dan potensial. Selain itu, mahasiswa juga diharapkan tidak mengalami kesulitan yang berarti dalam beradaptasi dengan lingkungan kerja yang sangat berbeda dengan kuliah.

Berdasarkan pertimbangan tersebut, sebagai mahasiswi Peminatan Epidemiologi di Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya, Dinas Kesehatan Kota Surabaya merupakan tempat yang sangat relevan untuk melaksanakan kegiatan magang. Dinas Kesehatan Kota Surabaya adalah salah satu unsur penyelenggara urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan di Jawa Timur. Misi dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yaitu meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan.

Dalam pelaksanaannya Dinas Kesehatan Kota Surabaya memiliki misi mewujudkan sumber daya masyarakat yang berkualitas salah satunya dengan mewujudkan masyarakat yang

sehat dan terhindar dari penyakit.

Salah satu masalah kesehatan dunia yang utama dan penting saat ini adalah masih tingginya angka infeksi TBC yang disebabkan oleh *bacillus Mycobacterium tuberculosis*. *Mortality rate* kasus TBC paru dengan negatif HIV/AIDS mencapai 3% per 100.000 penduduk dengan estimasi terdapat 430.000 kasus baru TBC paru setiap tahunnya (WHO, 2018). Infeksi penyakit TBC masih sangat tinggi di Indonesia oleh Karena itu program penanganan TBC harus terintegrasi dan terpadu bahkan dengan lintas program kesehatan lainnya, karena infeksi penyakit TBC yang kesemua usia dan TBC juga merupakan penyakit yang memperberat penyakit lainnya seperti pada penderita DM dan HIV/AIDS.

Di Dinas Kesehatan Kota Surabaya program penanganan TBC telah terintegrasi dengan program penyakit lainnya yakni program DM dan HIV, selain itu pada pelayanan kesehatan KIA juga penjarangan kasus TBC anak juga dilakukan agar penjarangan yang dilakukan lebih optimal. Di Kota Surabaya program pencegahan dan pengendalian penyakit menular TBC. Tuberkulosis (TBC) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. TBC ditularkan melalui udara dari pasien TBC yang infeksius ke orang-orang yang kontak dengannya. Satu pasien TBC paru BTA (+) yang tidak mendapatkan terapi yang adekuat dapat menginfeksi sekitar 10 orang per tahun dalam kurun waktu 2 tahun. Sebagian kecil (3,5-10%) orang-orang yang kontak akan sakit TBC dan sekitar sepertiganya akan terinfeksi tetapi tidak sakit TBC (Triasih, 2012).

Kelompok yang berisiko tinggi untuk terinfeksi adalah orang yang kontak erat dengan pasien TBC tersebut, terutama kelompok anak dan orang dengan gangguan sistem kekebalan tubuh (misal gizi buruk, infeksi HIV). Di antara orang-orang yang terinfeksi ini, 5-10% akan berkembang menjadi sakit TBC dalam perjalanan hidupnya. Indonesia diperkirakan 460.000 kasus TBC baru (185 per 100.000 penduduk) dengan 67.000 kematian (27 per 100.000 penduduk). Akan tetapi Angka Penemuan Kasus yang ternotifikasi adalah 322.882 kasus TBC baru. Diantaranya terdapat 26.054 kasus TBC anak ternotifikasi (8%), namun angka ini bisa jadi lebih rendah atau lebih tinggi dari sebenarnya. Proporsi TBC anak di antara semua kasus TBC yang ternotifikasi menurun dari 11% pada tahun 2010 menjadi 6,6% di tahun 2014 (Kementerian Kesehatan, 2014).

WHO telah merekomendasikan IK sebagai bagian dari program penanggulangan TB, yang juga dituangkan dalam *International Standard for Tuberculosis Care* (ISTC). Salah satu Starategi Nasional tahun 2016 – 2019 adalah menemukan kasus lebih banyak (semua kasus, termasuk TBC/HIV, MDR-TBC dan TBC Anak) dan menemukan mereka lebih dini untuk memutus penularan dan mengurangi angka kematian. Investigasi Kontak dan Terapi

Pencegahan Tuberkulosis (TPT) anak dengan Isoniazid (INH) merupakan salah satu kegiatan yang diprioritaskan untuk meningkatkan temuan kasus TBC lebih dini dan menurunkan penularan TBC anak (WHO, 2013).

Sedangkan di Permenkes Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis menetapkan target program Penanggulangan TBC nasional yaitu eliminasi pada tahun 2035 dan Indonesia Bebas TBC Tahun 2050. Eliminasi TBC adalah tercapainya kasus TBC 1 per 1.000.000 penduduk. Sementara tahun 2017 kasus TBC sebesar 254 per 100.000 atau 25,40 per 1 juta penduduk (Kementerian Kesehatan, 2016).

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Menganalisis Pelaksanaan Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan struktur organisasi dan prosedur kerja Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
2. Mendeskripsikan tugas pokok dan fungsi Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tuberkulosis Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
3. Mengidentifikasi masalah dalam Pelaksanaan Tatalaksana Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Menentukan prioritas masalah Pelaksanaan Tatalaksana Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
5. Menganalisis akar penyebab masalah Pelaksanaan Tatalaksana Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
6. Menyusun alternatif solusi dalam Pelaksanaan Tatalaksana Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya.

1.3 Manfaat

1.3.1 Manfaat bagi Mahasiswa

Menambah wawasan mahasiswa terutama mengenai Pelaksanaan Tatalaksana Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya di Kota Surabaya serta dapat mengimplementasikan ilmu yang telah didapatkan selama proses perkuliahan.

1.3.2 Manfaat bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Menambah informasi mengenai gambaran pelaksanaan kegiatan Pelaksanaan Tatalaksana Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya yang dapat digunakan sebagai studi literasi untuk pembelajaran epidemiologi.

1.3.3 Manfaat bagi Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Sebagai bahan pertimbangan dan masukan atau alternatif pemecahan permasalahan yang berkaitan dengan Pelaksanaan Tatalaksana Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tuberkulosis

2.1.1 Pengertian Tuberkulosis

Tuberculosis adalah penyakit *airborne disease* yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dan tujuh spesies lain yang sangat dekat dengan mikobakteria diantaranya spesies (*Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium microti*, *Mycobacterium caprae*, *Mycobacterium pinnipedii*, *Mycobacterium canetti* dan *Mycobacterium mungi*). Pada kebanyakan kasus tuberkulosis diseluruh dunia disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, dimana organisme ini juga disebut dengan *tubercle bacilli* (CDC, 2016).

Tuberkulosis paru adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, dimana bakteri ini menyebar dari orang yang satu ke orang yang lainnya melalui transmisi udara. Tuberkulosis dapat menyerang organ yang lain, tetapi 50% tuberkulosis terbanyak terjadi pada organ paru-paru yakni tuberkulosis paru (Ait-Khaled & Enarson, 2005).

Bakteri *Mycobacterium tuberculosis* berbentuk batang dan bersifat non-motil (tidak dapat bergerak sendiri) dan memiliki panjang 1-4 μm dan lebar 0,3-0,56 μm . *Mycobacterium tuberculosis* merupakan organisme obligate aerobe yang berarti membutuhkan oksigen untuk tumbuh. Oleh karena itu, *Mycobacterium tuberculosis* kompleks banyak ditemukan di lobus paru-paru bagian atas yang dialiri udara dengan baik. Selain itu, bakteri ini merupakan parasit intraseluler fakultatif, yaitu patogen yang dapat hidup dan memperbanyak diri di dalam sel hospes maupun diluar sel hospes (sel fagositik), khususnya makrofag dan monosit (Raghavan, *et. al.*, 2008).

Sejalan dengan meningkatnya kasus TBC, pada awal tahun 1990-an WHO dan IUATLD mengembangkan strategi pengendalian TB yang dikenal sebagai strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*). Strategi DOTS terdiri dari 5 komponen kunci, yaitu: Komitmen politis, dengan peningkatan dan kesinambungan pendanaan; Penemuan kasus melalui pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya; Pengobatan yang standar, dengan supervisi dan dukungan bagi pasien; Sistem pengelolaan dan ketersediaan OAT yang efektif; Sistem monitoring pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program (Kementerian Kesehatan, 2011).

2.1.2 Diagnosis Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Sumber penularan penyakit ini adalah pasien TBC paru BTA (+) yang saat batuk, bersin, atau berbicara mengeluarkan *droplet* kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Diagnosis TBC dengan terkonfirmasi bakteriologis dengan pemeriksaan mikroskopis (apusan dahak), biakan, dan TCM (Xpert MTB/RIF). Pemeriksaan untuk diagnosis TBC juga terdapat pemeriksaan penunjang yakni foto toraks dan histopatologi. Gejala utama TBC yakni batuk berdahak ≥ 2 minggu, gejala tambahan yakni batuk bercampur darah, sesak nafas, nyeri dada, nafsu makan dan BB menurun, serta demam berulang (Kementerian Kesehatan, 2014).

Pada TBC anak alur penegakan diagnosis dapat ditegakkan dengan pemeriksaan mikroskopis atau TCM TBC bila hasilnya negatif maka dilakukan pemeriksaan foto toraks dan dipadukan dengan sistem skoring TBC anak (kontak TBC, uji tuberculin/mantoux, BB/Gizi, demam, pembesaran kelenjar limfe, pembengkakan tulang sendi, foto toraks). Bila skor ≥ 6 maka anak dinyatakan TBC klinis, dan segera diberikan terapi OAT. Jika skor < 6 dilakukan uji tuberkulin, dan jika hasil (+) maka TBC anak klinis, namun apabila hasilnya (-) maka dilakukan observasi gejala selama 2 minggu.

2.1.3 Pengobatan Tuberkulosis

Pengobatan tuberkulosis terdapat beberapa kategori, dan jenis obatnya.

Untuk obat TB terdapat R=Rifampisin; H=Isoniazid; Z=Pirazinamid; S=Streptomisin; E= Etambutol dan untuk pengobatan TBC terdapat 2 kategori yakni;

- a. Kategori 1 : 2 (HRZE)/ 4 (HR) 3 = Pada Pasien Baru Dewasa

Tabel 2.1 Tabel Panduan OAT Kategori 1

BB	Tahap Awal (56 Hari) Setiap Hari Minum Obat	Tahap Lanjutan Minum Obat 3x/Minggu
30-37 Kg	2 Tablet 4 KDT	2 Tablet 2 KDT
38-54 Kg	3 Tablet 4 KDT	3 Tablet 2 KDT
55-70 Kg	4 Tablet 4 KDT	4 Tablet 2 KDT
≥ 71 Kg	5 Tablet 4 KDT	5 Tablet 2 KDT

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2016

- b. Kategori 2 : 2 (HRZE) S / HRZE / 5 (HR) 3 E 3

Tabel 2.2 Tabel Panduan OAT Kategori 2

BB	Tahap Awal (56 Hari) Setiap Hari Minum Obat	Tahap Awal (28 Hari) Setiap Hari Minum Obat	Tahap Lanjutan (20 Minggu)
30-37 Kg	2 Tablet 4 KDT + Inj. Streptomisin 500 mg	2 Tablet 4 KDT	2 Tablet 2 KDT + 2 Etambutol

38-54 Kg	3 Tablet 4 KDT+ Inj. Streptomisin 750 mg	3 Tablet 4 KDT	3 Tablet 2 KDT + 3 Etambutol
55-70 Kg	4 Tablet 4 KDT + Inj. Streptomisin 1000 mg	4 Tablet 4 KDT	4 Tablet 2 KDT + 4 Etambutol
≥ 71 Kg	5 Tablet 4 KDT + Inj. Streptomisin 1000 mg	5 Tablet 4 KDT	5 Tablet 2 KDT + 5 Etambutol

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2016

- c. Pada anak dosis OAT KDT pada TBC anak sebagai berikut:

Tabel 2.3 Tabel Panduan OAT Pada Anak

BB	Tahap Intensif (2 Bulan) (RHZ 75/50/150)	Tahap Lanjutan (4 Bulan) (RH 75/50)
5-7 Kg	1 Tablet	1 Tablet
8-11 Kg	2 Tablet	2 Tablet
12-16 Kg	3 Tablet	3 Tablet
17-22 Kg	4 Tablet	4 Tablet
23-30 G	5 Tablet	5 Tablet
>30 Kg	OAT Dewasa	

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2016

Jika anak tidak meminum obat > 2 minggu di fase intensif atau > 2 bulan di fase lanjutan dan menunjukkan gejala TB, maka ulangi pengobatan dari awal. Jika anak tidak minum obat < 2 minggu di fase intensif atau < 2 bulan di fase lanjutan dan menunjukkan gejala TB, lanjutkan sisa pengobatan. Diagnosis TBC anak susah ditegakkan melalui pemeriksaan dahak karena anak tidak menghasilkan dahak. Penemuan pasien TBC anak inilah yang menjadi kendala dalam tercapainya *Case Notification Rate*.

Resiko *over diagnose* atau *under diagnose* bisa terjadi. Alur diagnosis TBC pada anak digunakan untuk penegakan diagnosis TBC pada anak yang bergejala TBC, baik dengan maupun tanpa kontak TBC. Pada anak yang tidak bergejala tetapi kontak dengan pasien TBC dewasa, pendekatan tatalaksananya menggunakan alur investigasi kontak.

2.1.4 Indikator dan Target Program Tuberkulosis

Target pengobatan tuberkulosis di Indonesia telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Untuk mempermudah analisis data diperlukan indikator sebagai alat ukur kinerja dan kemajuan program (*marker of progress*). Dalam menilai kemajuan atau keberhasilan program pengendalian TB digunakan beberapa indikator yaitu indikator dampak, indikator utama dan indikator operasional (Permenkes, 2016).

- a. Indikator Dampak

Merupakan indikator yang menggambarkan keseluruhan dampak atau manfaat

kegiatan penanggulangan TB. Indikator ini akan diukur dan di analisis di tingkat pusat secara berkala. Yang termasuk indikator dampak adalah:

- 1) Angka Prevalensi TB
- 2) Angka Insidensi TB
- 3) Angka Mortalitas TB

b. Indikator Utama

Indikator utama digunakan untuk menilai pencapaian strategi nasional penanggulangan TB di tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi, dan Pusat. Adapun indikatornya adalah:

- 1) Cakupan pengobatan semua kasus TB (*case detection rate/CDR*) yang diobati
- 2) Angka notifikasi semua kasus TB (*case notification rate/CNR*) yang diobati per 100.000 penduduk
- 3) Angka keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus
- 4) Cakupan penemuan kasus resistan obat
- 5) Angka keberhasilan pengobatan pasien TB resistan obat
- 6) Persentase pasien TB yang mengetahui status HIV

Indikator di atas, harus memantau indikator yang dicapai oleh Kabupaten/Kota yaitu:

- 1) Persentase kabupaten/kota yang mencapai target CDR
- 2) Persentase kabupaten/kota yang mencapai target CNR
- 3) Persentase kabupaten/kota yang mencapai target angka keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus
- 4) Persentase kabupaten/kota yang mencapai target indikator cakupan penemuan kasus TB resistan obat
- 5) Persentase kabupaten/kota yang mencapai target angka keberhasilan pengobatan pasien TB resistan obat
- 6) Persentase kabupaten/kota yang mencapai target indikator persentase pasien TB yang mengetahui status HIV

c. Indikator Operasional

Indikator ini merupakan indikator pendukung untuk tercapainya indikator dampak dan utama dalam keberhasilan Program Penanggulangan TB baik di tingkat Kab/Kota, Provinsi, dan Pusat, diantaranya adalah:

- 1) Persentase kasus pengobatan ulang TB yang diperiksa uji kepekaan obat dengan tes cepat molekuler atau metode konvensional
- 2) Persentase kasus TB resistan obat yang memulai pengobatan lini kedua

- 3) Persentase Pasien TB-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TB
- 4) Persentase laboratorium mikroskopik yang mengikuti uji silang
- 5) Persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang hasil baik
- 6) Cakupan penemuan kasus TB anak
- 7) **Cakupan anak < 5 tahun yang mendapat pengobatan pencegahan INH**
- 8) Jumlah kasus TB yang ditemukan di Populasi Khusus (Lapas/Rutan, Asrama, Tempat Kerja, Institusi Pendidikan, Tempat Pengungsian)
- 9) Persentase kasus TB yang ditemukan dan dirujuk oleh masyarakat atau organisasi kemasyarakatan

Untuk tingkat provinsi dan pusat, selain memantau indikator di atas, juga harus memantau indikator yang dicapai oleh kabupaten/kota yaitu:

- 1) Persentase kabupaten/kota minimal 80% fasyankesnya terlibat dalam PPM
- 2) Persentase kabupaten/kota yang mencapai target indikator persentase pasien TB-HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TB
- 3) Persentase kabupaten/kota yang mencapai target untuk indikator persentase laboratorium mikroskopis yang mengikuti uji silang
- 4) Persentase kabupaten/kota yang mencapai target untuk indikator persentase laboratorium yang mengikuti uji silang dengan hasil baik
- 5) Persentase kabupaten/kota yang mencapai target cakupan penemuan kasus TB anak
- 6) **Persentase kabupaten/kota yang mencapai target indikator cakupan anak < 5 tahun yang mendapat pengobatan pencegahan PP INH**

Terdapat proporsi penderita TBC anak sebagai salah satu indikator keberhasilan pengobatan TBC, hal ini menjadi salah satu fokus bahwa infeksi TBC pada anak. Terapi pencegahan yang dapat diberikan kepada anak yang kontak dengan pasien tuberkulosis adalah pemberian profilaksis INH. Pencegahan penularan dan infeksi pada orang serumah serta fasyankes merupakan komponen penting pada kontrol dan tatalaksana TB pada anak. Petugas kesehatan yang menangani pasien TB merupakan kelompok risiko tinggi untuk terinfeksi TB (Kementerian Kesehatan, 2013).

Berdasarkan pasal 15 dalam Permenkes No. 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, didapatkan bahwa pemberian obat pencegahan TBC ditujukan pada:

- a. Anak usia di bawah 5 (lima) tahun yang kontak erat dengan pasien TB aktif;
- b. Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang tidak terdiagnosa TB; atau
- c. Populasi tertentu lainnya.

2.2 Penjaringan dan Pelaporan Kasus Tuberkulosis

Dalam penanganan penyakit tuberkulosis penemuan kasus sangat penting, karena penemuan kasus bertujuan untuk mendapatkan kasus TBC melalui serangkaian kegiatan mulai dari penjaringan terhadap suspek TBC, pemeriksaan fisik dan laboratories, menentukan diagnosis dan menentukan klasifikasi penyakit dan tipe pasien TB, sehingga dapat dilakukan pengobatan agar sembuh dan tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain. Kegiatan penemuan pasien terdiri dari penjaringan suspek, diagnosis, penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien (Kementerian Kesehatan, 2014).

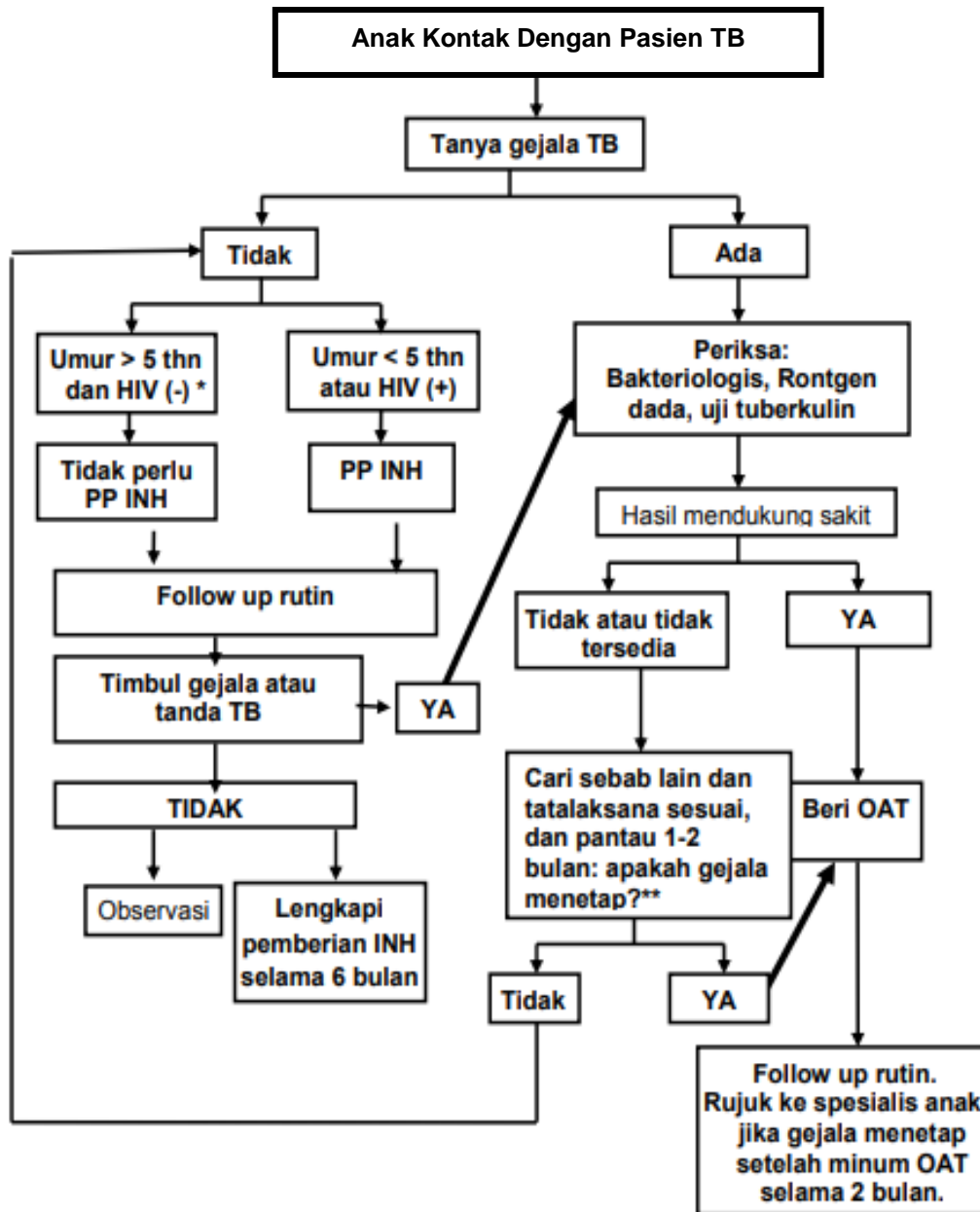
Penjaringan kasus TBC dilakukan dengan membangun jejaring dan kemitraan. Begitu juga dengan sistem penjaringan kasus TBC anak. Mitra TB adalah setiap orang atau kelompok yang memiliki kepedulian, kemauan, kemampuan dan komitmen yang tinggi untuk memberikan dukungan serta kontribusi pada pengendalian TB dengan berperan sesuai potensinya. Potensi tersebut dimanfaatkan secara optimal untuk keberhasilan pengendalian TB. Setiap mitra harus memiliki pemahaman yang sama akan tujuan kemitraan TB, yakni terlaksananya upaya percepatan pengendalian TB secara efektif, efisien dan berkesinambungan. Gerdunas-TBC (Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan TBC) adalah suatu gerakan lintas sektor yang dibentuk pada tahun 1999 dari tingkat pemerintah pusat hingga daerah untuk mempercepat akselerasi pengendalian TBC berdasarkan kemitraan melalui pendekatan yang terintegrasi dengan rumah sakit, sektor swasta, akademisi, lembaga swadaya masyarakat (LSM), lembaga penyanggah dana, dan para pemangku kepentingan lainnya. Setelah pertemuan advokasi di tingkat pusat pada tahun 2002, pemerintah daerah dianjurkan membentuk Gerdunas TB di tingkat provinsi (Kementerian Kesehatan, 2011).

2.3 INH Sebagai Terapi Pencegahan Tuberkulosis Pada Anak

Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) dengan Isoniazid (INH) adalah pengobatan yang diberikan kepada kontak yang terbukti tidak sakit TBC yang juga diberikan pada anak. Sekitar 50-60% anak yang tinggal dengan pasien TBC paru dewasa dengan BTA sputum positif, akan terinfeksi TBC dan kira-kira 10% dari jumlah tersebut akan mengalami sakit TBC. Infeksi TBC pada anak balita dan anak dengan infeksi HIV berisiko tinggi menjadi TBC berat (misalnya TBC meningitis atau TBC miliar). Oleh karena itu prioritas pemberian TPT INH adalah anak balita dan anak dengan infeksi HIV positif semua usia. Tujuan pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) adalah untuk menurunkan beban TBC pada anak. Efek perlindungan TPT INH dengan pemberian selama 6 bulan dapat menurunkan risiko TBC pada

anak tersebut di masa datang (Kementerian Kesehatan, 2013).

Pendekatan investigasi kontak pada anak dilakukan dengan penapisan berdasarkan gejala (Gambar 2.1). Dengan pendekatan ini hanya anak yang bergejala TBC yang perlu



Sumber: Kementerian Kesehatan, 2016

Gambar 2.1 Tatalaksana Investigasi Kontak Pemberian TPT INH Pada Anak

dilakukan pemeriksaan tambahan, yaitu uji tuberkulin, foto Rontgen dada dan BTA sputum. Balita yang tidak bergejala TBC bisa langsung diberikan Terapi Pencegahan Tuberkulosis INH (TPT). Anak yang tidak bergejala dan berumur lebih dari 5 tahun tetapi ada bukti infeksi HIV, juga diberikan INH selama 6 bulan. Akan tetapi bila anak tersebut tidak ada bukti infeksi HIV atau tidak diketahui status HIV karena tidak tersedia

pemeriksaan, maka tidak perlu diberikan INH, cukup diobservasi. Jika dalam observasi timbul gejala TBC, perlu dilakukan pemeriksaan tambahan untuk menentukan apakah anak tersebut sakit TBC atau tidak.

Keputusan pemberian TPT INH untuk anak kontak ditentukan oleh Dokter, sedangkan pelaksana pemberian TPT INH adalah dokter, petugas TBC atau petugas DOTS. Obat INH dapat diberikan di semua tingkat layanan, termasuk di praktik swasta.

1. Indikasi pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH diberikan kepada anak kontak yang terbukti tidak sakit TBC dengan kriteria berikut :
 - a. Usia kurang dari 5 tahun
 - b. Anak dengan HIV positif
 - c. Anak dengan kondisi imunokompromais lain (misalnya gizi buruk, diabetes mellitus, keganasan, mendapatkan steroid sistemik jangka panjang).
2. Obat dan Dosis
 - a. Dosis pemberian TPT INH adalah 10 mg/kg BB, satu kali sehari (maksimal 300 mg/hari).
 - b. Obat dikonsumsi satu kali sehari, sebaiknya pada waktu yang sama (pagi, siang, sore atau malam) saat perut kosong (1 jam sebelum makan atau 2 jam setelah makan). Lama pemberian TPT INH adalah 6 bulan (1 bulan = 28 hari pengobatan), dengan catatan bila keadaan klinis anak baik. Bila dalam follow up timbul gejala TBC, lakukan pemeriksaan untuk penegakan diagnosis TBC. Jika anak terbukti sakit TBC, TPT INH dihentikan dan berikan OAT.
 - c. Obat tetap diberikan sampai 6 bulan, walaupun kasus indeks meninggal atau BTA kasus indeks sudah menjadi negatif.
 - d. Dosis obat disesuaikan dengan kenaikan BB setiap bulan.
 - e. Pengambilan obat dilakukan pada saat kontrol setiap 1 bulan, dan dapat disesuaikan dengan jadwal kontrol dari kasus indeks.
 - f. Pada pasien dengan gizi buruk dan infeksi HIV, diberikan Vitamin B6 10 mg untuk dosis INH ≤ 200 mg/hari, dan 2x10 mg untuk dosis INH >200 mg/hari
 - g. Yang berperan sebagai pengawas minum obat adalah langsung orang tua atau anggota keluarga pasien.

Pemeriksaan pada kontak anak sebagai berikut (Kementerian Kesehatan, 2016):

- a. Tanyakan gejala khas TBC sebagai berikut:
 - **Batuk** lebih dari 2 minggu yang tidak membaik dengan pemberian antibiotika atau tata laksana asma (sesuai indikasi).

- **Demam** (suhu $> 38^{\circ} \text{C}$) selama lebih dari 2 minggu tanpa penyebab yang jelas
 - **Berat badan turun** atau menetap dalam 2 bulan terakhir yang tidak membaik dengan pemberian nutrisi yang adekuat.
 - **Lesu** dan tidak seaktif biasanya.
- b. Jika anak kontak mempunyai minimal satu gejala TBC, lakukan pemeriksaan bakteriologis, foto Rontgen dada dan uji tuberkulin. Jika tidak mempunyai fasilitas untuk pemeriksaan tersebut, rujuk ke fasyankes yang mempunyai fasilitas.
- 1) Jika hasil pemeriksaan mendukung diagnosis TBC, berikan OAT.
 - 2) Jika hasil pemeriksaan tidak mendukung diagnosis TB atau tidak dapat dilakukan rujukan, maka cari kemungkinan penyebab lain dan beri tatalaksana sesuai (pemberian antibiotika non-kuinolon dan non-aminoglikosida, tatalaksana asma/alergi, tatalaksana nutrisi) dan lakukan observasi selama 1-2 bulan. Jika gejala membaik, evaluasi untuk pemberian TPT INH. Jika gejala menetap atau memburuk, dapat diberikan OAT. Jika dengan pengobatan OAT selama 2 bulan gejala menetap atau memberat, rujuk ke spesialis anak untuk evaluasi lebih lanjut.
- c. Jika anak tidak mempunyai gejala TB:
- 1) Usia ≤ 5 tahun, berikan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH.
 - 2) Usia > 5 tahun dan HIV positif, berikan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH.
 - 3) Usia > 5 tahun dan HIV negatif, diobservasi. Orang tua diedukasi dan diminta mengamati ada tidaknya gejala dan tanda sakit TB pada pemantauan selanjutnya.

Tabel 2.4 Tata Laksana Pada Kontak Anak

Umur	HIV	Hasil Pemeriksaan	Tata Laksana
Balita	(+)/(-)	ILTB	PPINH
Balita	(+)/(-)	Terpapaj	PPINH
> 5 Tahun	(+)	ILTB	PPINH
> 5 Tahun	(+)	Terpapaj	PPINH
> 5 Tahun	(-)	ILTB	Observasi
> 5 Tahun	(-)	Terpapaj	Observasi

(Sumber: Kementerian Kesehatan, 2016)

Kemudian perlu dilakukannya evaluasi terhadap munculnya gejala TBC pada anak dengan cara:

- 1) Tanyakan keluhan terkait gejala TBC, misal keadaan umum anak, lesu, nafsu makan kurang, demam menetap > 2 minggu dan atau keringat malam, batuk menetap > 3 minggu, pembengkakan di leher, diare menetap > 2 minggu

- 2) Pantau Berat Badan (BB) sesuai grafik CDC WHO. Waspadai arah garis pertumbuhan BB pada grafik (tidak ada kenaikan, ada penurunan, atau naik tidak sesuai arah garis).
- 3) Periksa apakah ada pembesaran kelenjar getah bening di leher, ketiak dan inguinal, serta gejala TBC di organ lain.
- 4) Hasil evaluasi bulanan :
 - a) Bila saat kontrol tidak ada masalah, maka pemberian INH dapat dilanjutkan untuk bulan berikutnya.
 - b) Jika terdapat gejala TBC seperti di atas, maka dilakukan pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis TBC. Tata laksana selanjutnya tergantung dari hasil pemeriksaan tersebut

Kemudian untuk hasil akhir pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH terdapat beberapa hasil diantaranya:

- 1) Pengobatan lengkap
Pasien yang telah menyelesaikan pengobatan pencegahan INH selama 6 bulan
- 2) Putus berobat
Putus berobat adalah pasien yang tidak minum obat INH selama 1 bulan secara berturut turut atau lebih
- 3) Gagal selama pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT)INH
Pasien yang dalam pengobatan PP INH menjadi sakit TBC
- 4) Meninggal
Pasien yang meninggal sebelum menyelesaikan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH selama 6 bulan dengan sebab apapun
- 5) Tidak di Evaluasi
Anak yang tidak diketahui hasil akhir Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH, termasuk dalam kriteria ini adalah pasien pindah ke fasyankes lain dimana hasil pengobatan tidak diinformasikan ke fasyankes pengirim.

Untuk sistem recording dan reporting investigasi kontak berikut adalah formulir dan register yang digunakan untuk pencatatan kegiatan investigasi di fasyankes.

1. TB 01 Kasus Indeks

Merupakan kartu pengobatan kasus indeks. Pada TB.01 terdapat tabel yang digunakan untuk mencatat nama kontak masing-masing kasus indeks. Catatlah seluruh nama kontak (baik kontak serumah maupun kontak erat). Bila tempat tidak mencukupi, bisa dicatat di lembar tersendiri yang selanjutnya disimpan jadi satu

dengan TB.01.

2. Form pelacakan kontak anak (TB.15)

Kartu ini digunakan untuk mencatat hasil anamnesis dan pemeriksaan pada kontak. Selanjutnya kartu ini dijadikan satu dengan TB.01 kasus indeks-nya.

3. Register kontak (TB.16)

Merupakan register seluruh kontak (baik anak maupun dewasa, baik kontak serumah maupun kontak erat) dari seluruh kasus indeks yang diobati di fasyankes. Seluruh kontak yang sudah dicatat di TB.01 ditulis di register kontak beserta hasil pemeriksaannya.

4. Kartu pengobatan pencegahan TBC (TB01 PP INH)

Merupakan kartu pengobatan untuk follow up kontak yang terindikasi untuk pemberian PP INH.

Pencatatan dan pelaporan yang baik pada investigasi kontak sangat diperlukan untuk menilai implementasi dan keberhasilan investigasi kontak, baik di tingkat fasyankes, kabupaten, propinsi maupun tingkat nasional. Analisis data investigasi kontak secara nasional dilakukan sekurang-nya setahun sekali untuk memonitor dan mengevaluasi jalannya kegiatan tersebut. Pencatatan pada investigasi kontak pada prinsipnya merekam informasi yang diperlukan untuk menghitung beberapa hal berikut yang penting untuk mengevaluasi kegiatan investigasi kontak (Kementerian Kesehatan, 2016):

1. Jumlah kasus indeks yang mempunyai kontak (TB.03)
2. Jumlah anak kontak (baik kontak serumah maupun kontak erat) yang diidentifikasi (TB.01 kasus indeks)
3. Jumlah kontak yang dilakukan investigasi kontak TB (TB.16)
4. Jumlah kontak yang terdiagnosis sakit TBC (TB.16)
5. Jumlah kontak yang terdiagnosis ILTB (TB.16)
6. Jumlah kontak yang terindikasi mendapat PP INH (tidak terbukti sakit) (TB.16)
7. Jumlah kontak yang mendapatkan PP INH (TB.16)
8. Jumlah anak kontak yang minum PP INH lengkap (selama 6 bulan) (TB.16)
9. Jumlah anak kontak TB yang gagal pengobatan selama pemberian PP INH (TB.16)
10. Jumlah anak kontak TB RO yang gagal pengobatan selama pemberian PP INH (TB.16)
11. Jumlah seluruh anak kontak TB RO yang mendapatkan PP INH (TB.16)

Beberapa indikator yang dapat digunakan untuk menilai keberhasilan investigasi kontak di fasyankes seperti dibawah ini (Kementerian Kesehatan, 2016):

Tabel 2.5 Indikator Keberhasilan Investigasi Kontak

Indikator	Numerator/Denominator	Sumber Data	Frekuensi Penghitungan
Cakupan Investigasi Kontak	Jumlah Kontak Yang dilakukan Investigasi Kontak (No. 3)	TB 16	Tiap Trimester atau setahun sekali
	Jumlah Kontak Anak Yang Di Identifikasi (No. 2)	TB 16	
Cakupan penemuan kasus TB dr IK	Jumlah Kasus Baru TB yang Ditemukan Pada Investigasi Kontak (No. 4)	TB 16	Tiap Trimester atau setahun sekali
	Jumlah kontak yang dilakukan IK (No.3)	TB 16	
Cakupan kontak mendapat PP INH	Jumlah kontak yang mendapat PP INH (No.7)	TB 16	Tiap Trimester atau setahun sekali
	Jumlah seluruh kontak yang terindikasi mendapat PP INH (No.6)	TB 16	
Angka keberhasilan PP INH	Jumlah seluruh anak mendapat PP INH lengkap (No.8)	TB 16	Tiap Trimester atau setahun sekali
	Jumlah anak kontak mendapat PP INH (No.7)	TB 16	
Angka gagal selama pemberian PP INH	Jumlah anak kontak yang gagal selama pemberian PP INH (No.9)	TB 16	Tiap Trimester atau setahun sekali
	Jumlah kontak yang mendapat PP INH (No.7)	TB 16	
Angka gagal selama pemberian PP INH pada anak kontak TB RO	Jumlah anak kontak TB RO yang gagal selama pemberian PP INH (No.10)	TB 16	Tiap Trimester atau setahun sekali
	Jumlah seluruh anak kontak TB RO yang mendapatkan PP INH (No.11)	TB 16	

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2016

2.4 Penentuan Prioritas Masalah

2.4.1 Definisi Penentuan Prioritas

Penentuan prioritas adalah merupakan langkah yang sangat penting dan menentukan dalam rangka proses perencanaan, bahkan sering dikemukakan sebagai jantung kedua setelah pengambilan keputusan. Hal tersebut pada umumnya disebabkan karena sarana bidang kesehatan yang terbatas, sedangkan masalah yang harus ditanggulangi banyak dan kompleks. Masalah yang sering muncul dalam proses perencanaan dalam kaitan pengambilan keputusan adalah tentang penentuan prioritas masalah dan solusi serta alokasi pembiayaan.

2.4.2 Metode CARL

Menurut Supriyanto (2010), penentuan prioritas masalah merupakan langkah yang sangat penting dan menentukan dalam rangka proses perencanaan. Masalah yang terjadi dalam organisasi umumnya disebabkan karena sarana (6M2TI) bidang kesehatan yang terbatas. Masalah yang sering muncul dalam proses perencanaan berkaitan dengan pengambilan keputusan adalah tentang penentuan prioritas masalah dan solusi serta alokasi pembiayaan.

Metode CARL adalah suatu teknik atau cara yang digunakan untuk menentukan prioritas masalah jika data yang tersedia adalah data kualitatif. Metode ini dilakukan dengan menentukan skor atas kriteria tertentu, seperti kemampuan (*capability*), kemudahan (*accessibility*), kesiapan (*readiness*), serta pengaruh (*leverage*). Semakin besar skor semakin besar masalahnya, sehingga semakin tinggi letaknya pada urutan prioritas.

Penggunaan metode CARL untuk menetapkan prioritas masalah dilakukan apabila pengelola program menghadapi hambatan keterbatasan dalam menyelesaikan masalah. Penggunaan metode ini menekankan pada kemampuan pengelola program. Kriteria CARL tersebut mempunyai arti :

- C (*Capability*) : Ketersediaan sumber daya (dana, sarana/ peralatan)
- A (*Accesibility*) : Kemudahan, masalah yang ada diatasi atau tidak. Kemudahan dapat didasarkan pada ketersediaan metode/ cara/ teknologi serta penunjang pelaksanaan seperti peraturan atau juklak.
- R (*Readness*) : Kesiapan dari tenaga pelaksana maupun kesiapan sasaran seperti keahlian/ kemampuan dan motivasi

L (*Leverage*) : Seberapa besar pengaruh kriteria yang satu dengan yang lain dalam pemecahan yang dibahas.

Langkah Pelaksanaan CARL :

1. Menuliskan daftar masalah
2. Menentukan skor atau nilai yang akan diberikan pada tiap masalah

Tabel 2.6 Skor metode CARL

Skor atau nilai untuk Capability: 1 = Sangat tidak mampu 2 = Tidak mampu 3 = Cukup mampu 4 = Mampu 5 = Sangat mampu	Skor atau nilai untuk Accesability: 1 = Sangat tidak mudah 2 = Tidak mudah 3 = Cukup mudah 4 = Mudah 5 = Sangat mudah
Skor atau nilai untuk Readiness: 1 = Sangat tidak siap 2 = Tidak siap 3 = Cukup siap 4 = Siap 5 = Sangat siap	Skor atau nilai untuk Lverage : 1 = Sangat tidak berpengaruh 2 = Tidak berpengaruh 3 = Cukup berpengaruh 4 = Berpengaruh 5 = Sangat berpengaruh

3. Masing-masing kriteria memiliki rentang skor 1-5 dengan dimana semakin tinggi skor memiliki arti semakin mudah dilakukan atau semakin tersedia.
4. Masing-masing kriteria akan dikalikan ($C \times A \times R \times L$) sehingga mendapatkan nilai akhir.
5. Nilai akhir akan dirangking berdasarkan Nilai akhir tertinggi, dan yang mendapat skor akhir tertinggi merupakan masalah utama yang diprioritaskan.

Tabel 2.7 Matriks Metode CARL

No.	Masalah	C	A	R	L	Total	Total Skor
1							
2							
3							
4							

Metode CARL dapat diterapkan dengan *key person* untuk berpartisipasi. Output dari tahap prioritas masalah ini adalah terjadi kesepakatan dan persamaan tujuan mengenai permasalahan kesehatan mana yang menjadi prioritas yang paling utama diintervensi.

2.5 Analisis Penyebab Masalah Dengan Metode Fishbone

Fishbone Diagrams (Diagram Tulang Ikan) merupakan konsep analisis sebab akibat yang dikembangkan oleh Dr. Kaoru Ishikawa untuk mendeskripsikan suatu permasalahan dan penyebabnya dalam sebuah kerangka tulang ikan. *Fishbone Diagrams* juga dikenal dengan istilah diagram Ishikawa, yang diadopsi dari nama seorang ahli pengendali

statistik dari Jepang, yang menemukan dan mengembangkan diagram ini pada tahun 1960-an. Diagram ini pertama kali digunakan oleh Dr. Kaoru Ishikawa untuk manajemen kualitas di perusahaan Kawasaki, yang selanjutnya diakui sebagai salah satu pioner pembangunan dari proses manajemen modern. Diagram *Fishbone* sebagai alat (*tool*) yang menggambarkan sebuah cara yang sistematis dalam memandang berbagai dampak atau akibat dan penyebab yang membuat atau berkontribusi dalam berbagai dampak tersebut. Oleh karena fungsinya tersebut, diagram ini biasa disebut dengan diagram sebab-akibat.

Diagram *Fishbone* pada dasarnya menggambarkan sebuah model sugestif dari hubungan antara sebuah kejadian (dampak) dan berbagai penyebab kejadiannya. Struktur dari diagram tersebut membantu para pengguna untuk berpikir secara sistematis. Beberapa keuntungan dari konstruksi diagram tulang ikan antara lain membantu untuk mempertimbangkan akar berbagai penyebab dari permasalahan dengan pendekatan struktur, mendorong adanya partisipasi kelompok dan meningkatkan pengetahuan anggota kelompok terhadap proses analisis penyebab masalah, dan mengidentifikasi wilayah dimana data seharusnya dikumpulkan untuk penelitian lebih lanjut.

Metode *fishbone* sering disebut dengan diagram Sebab-Akibat karena diagram tersebut menunjukkan hubungan antara sebab dan akibat. Metode tersebut awalnya lebih banyak digunakan untuk manajemen kualitas yang menggunakan data verbal (*non-numerical*) atau data kualitatif. Dikatakan Diagram *Fishbone* (Tulang Ikan) karena memang berbentuk mirip dengan tulang ikan yang moncong kepalanya menghadap ke kanan. Diagram ini akan menunjukkan sebuah dampak atau akibat dari sebuah permasalahan, dengan berbagai penyebabnya. Efek atau akibat dituliskan sebagai moncong kepala. Sedangkan tulang ikan diisi oleh sebab-sebab sesuai dengan pendekatan permasalahannya. Pada dasarnya diagram *Fishbone* (Tulang Ikan) atau *Cause and Effect* (Sebab dan Akibat) Ishikawa dapat dipergunakan untuk kebutuhan berikut: membantu mengidentifikasi akar penyebab dari suatu masalah, membantu membangkitkan ide-ide untuk solusi suatu masalah, membantu dalam penyelidikan atau pencarian fakta lebih lanjut, mengidentifikasi tindakan (bagaimana) untuk menciptakan hasil yang diinginkan, membahas issue secara lengkap dan rapi dan menghasilkan pemikiran baru.

Penerapan diagram *Fishbone* (Tulang Ikan) ini dapat menolong kita untuk dapat menemukan akar “penyebab” terjadinya masalah khususnya. Apabila “masalah” dan “penyebab” sudah diketahui secara pasti, maka tindakan dan langkah perbaikan akan lebih mudah dilakukan. Dengan diagram ini, semuanya menjadi lebih jelas dan memungkinkan

kita untuk dapat melihat semua kemungkinan “penyebab” dan mencari “akar” permasalahan sebenarnya. Kelebihan Fishbone diagram adalah dapat menjabarkan setiap masalah yang terjadi dan setiap orang yang terlibat di dalamnya dapat menyumbangkan saran yang mungkin menjadi penyebab masalah tersebut.

Langkah dalam menyusun diagram fishbone:

1. Pemilihan masalah terpenting
2. Tarik garis kekiri sebagai path utama berbentuk seperti panah
3. Tentukan sebab-sebab utama
4. Penjabaran sebab-sebab utama tersebut melalui cabang

Dalam pembuatan diagram ini diperlukan analisis sebab akibat yang tepat. Bagaimana kita memahami suatu penyebab masalah dan dimana kita meletakkannya menjadi hal yang penting. Dengan begitu, ketika terjadi suatu masalah, kita bisa dengan tepat menganalisis akar permasalahan yang tepat dan akurat dengan mengandalkan diagram ini. Kriteria yang dapat digunakan untuk membentuk dan menentukan cabang dari fishbone adalah 6M2T1I (*Man, Machine, Money, Method, Material, Market, Technology, Time, Information*) (Supriyanto, 2010).

BAB III

METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Lokasi dan Waktu Magang

3.1.1 Lokasi Magang

Kegiatan magang dilaksanakan di Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Kota Surabaya Jalan Raya Jemur Sari Nomor 197, Kota Surabaya.

3.1.2 Waktu Magang

Kegiatan magang dilaksanakan pada tanggal 5 Agustus sampai dengan 5 September 2019, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.1 Timeline Pelaksanaan Magang

No.	Kegiatan	Waktu				
		Agustus				September
		I	II	III	IV	I
1.	Pelaksanaan Magang 1) Perkenalan dan orientasi di tempat magang 2) Mempelajari struktur organisasi, alur kerja, dan susunan organisasi 3) Melakukan pengumpulan data untuk laporan magang.					
2.	Penentuan Tema Laporan Magang					
3.	Penyusunan Laporan Magang					
4.	Supervisi Dosen Pembimbing					
5.	Seminar Laporan Magang					

3.2 Metode Pelaksanaan Magang

Metode pelaksanaan magang dilaksanakan dengan menggunakan beberapa model, yaitu sebagai berikut:

a. Partisipasi Aktif

Peserta atau mahasiswa magang mempelajari data sekunder yang ada di Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Kota Surabaya berupa kegiatan praktik dengan melakukan penginputan, pengolahan data, analisis data, dan penyajian data.

b. Studi Lapangan

Studi lapangan dilakukan dengan pembimbing lapangan untuk memperoleh pengalaman bagaimana keadaan dilapangan dan penyesuaian bagaimana prosedur saat

melakukan turun lapangan.

c. Studi Literatur

Studi literatur dilakukan untuk menambah wawasan terkait program yang ada, serta yang berkaitan dengan permasalahan yang ada, dan mencoba untuk mencocokkan dengan teori yang ada, apakah sesuai atau tidak dengan kejadian yang terjadi di lapangan maupun di tempat magang.

3.3 Teknik Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam laporan ini, didapatkan melalui pengumpulan data sekunder yang ada dan juga melakukan pengumpulan informasi terkait masalah yang ada dengan cara diskusi dan wawancara, studi literatur dan mencatat maupun mempelajari dokumen laporan yang ada di pencegahan dan pengendalian penyakit Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Wawancara yang dilakukan untuk menggali masalah yang ada dilakukan dengan pembimbing lapangan (informan).

Model diskusi dan wawancara dilakukan dengan berkomunikasi dan diskusi secara mendalam dengan informan (pemegang program) yang memiliki kapasitas sesuai dengan topik yang dijadikan penelitian. Fungsinya agar tidak terjadi ketidak validan antara informasi yang dihasilkan dengan data yang ada. Namun sebelum dilakukan diskusi, peneliti menjelaskan tentang pendahuluan maupun gambaran dari latar belakang mengenai topik penelitian yang akan diambil.

3.4 Metode Analisis Data

Tabel 3.2 Metode Analisis Data

Tahapan Analisis	Metode Analisis	Pelaksanaan
Identifikasi Masalah	Studi dokumen dan wawancara dengan pemegang program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tuberkulosis Dinas Kesehatan Kota Surabaya mengenai pelaksanaan dan hambatan kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Kota Surabaya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membandingkan laporan tahunan pelaksanaan program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tuberkulosis di Dinas Kesehatan Kota Surabaya dengan Target capain indikator program yang sudah ditetapkan. 2. Wawancara dengan tim Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Kota Surabaya.

Penentuan Prioritas Masalah	CARL	Melakukan diskusi bersama dengan anggota Tim Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tuberkulosis lainnya khususnya pemegang program Tuberkulosis
Penentuan Akar Penyebab Masalah	Fishbone	Diskusi bersama dengan pemegang Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kota Surabaya
Perumusan Alternatif Solusi	Melakukan diskusi dengan pemegang program pencegahan dan pengendalian penyakit menular tuberkulosis Dinas Kesehatan Kota Surabaya	Diskusi bersama dengan pemegang program pencegahan dan pengendalian penyakit menular tuberkulosis Dinas Kesehatan Kota Surabaya

BAB IV

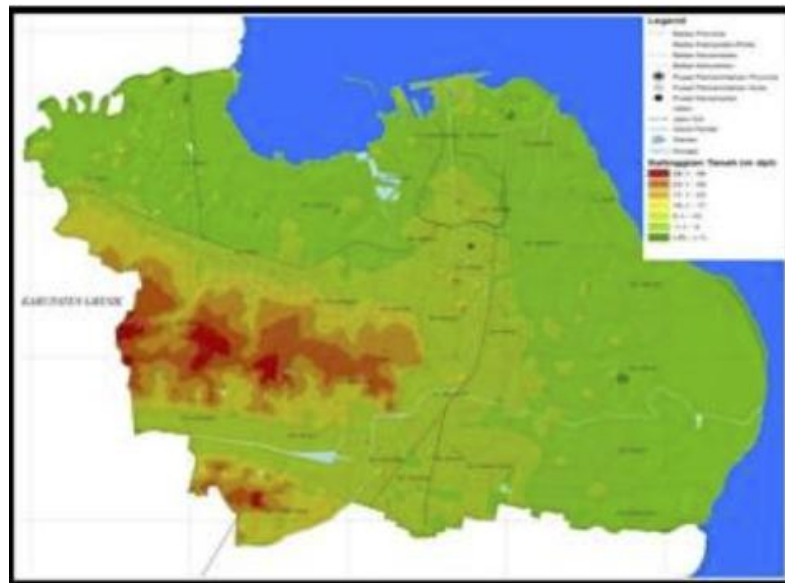
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Institusi Magang dan Analisisnya

4.1.1 Keadaan Geografis

Letak geografis kota Surabaya berada antara $112^{\circ} 36''$ dan $112^{\circ} 54''$ Bujur Timur serta antara $07^{\circ} 12''$ garis Lintang Selatan. Luas wilayah kota Surabaya $326,37 \text{ km}^2$ terdiri dari 31 kecamatan dan 154 kelurahan. Kota Surabaya terletak di daerah yang strategis sehingga Surabaya dapat dengan mudah dijangkau melalui jalur darat, udara dan laut. Surabaya dibatasi oleh wilayah sebagai berikut:

- Sebelah Utara : Selat Madura
- Sebelah Timur : Selat Madura
- Sebelah Selatan : Kabupaten Sidoarjo
- Sebelah Barat : Kabupaten Gresik



Gambar 4.1 Peta Kota Surabaya

4.1.2 Gambaran Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Dinas Kesehatan sesuai dengan Peraturan Walikota Surabaya Nomor 42 Tahun 2011 tentang Rincian Tugas dan Fungsi Dinas Kesehatan Kota Surabaya mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintah daerah berdasarkan azas otonomi dan tugas pembantuan di bidang kesehatan.

Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana tersebut diatas Dinas

Kesehatan Kota Surabaya mempunyai fungsi antara lain :

- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan.
- b. Penyelenggaraan urusan pemerintah dan pelayanan umum.
- c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang kesehatan.
- d. Pengelolaan ketatausahaan dinas.
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh kepala daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.

4.1.3 Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Berdasarkan pada Visi Kota Surabaya Tahun 2016-2021 yaitu “*Surabaya Kota Sentosa Yang Berkarakter Dan Berdaya Saing Global Berbasis Ekologi*”, serta Misi ke-1 yaitu “*mewujudkan sumber daya masyarakat yang berkualitas*”. Berikut ini rumusan Visi dan Misi dalam pelaksanaan pembangunan Kota Surabaya melalui Dinas Kesehatan Kota Surabaya:

1) Visi Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Dinas kesehatan yang profesional untuk mewujudkan masyarakat surabaya sehat, mandiri dan berdaya saing global.

2) Misi Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Dalam mewujudkan Dinas Kesehatan yang Profesional untuk mewujudkan masyarakat Surabaya sehat, mandiri dan berdaya saing global maka perlu ditempuh misi sebagai berikut :

- a. Meningkatkan akses dan mutu upaya kesehatan.
- b. Meningkatkan tata kelola dan optimalisasi fungsi regulator bidang kesehatan.
- c. Meningkatkan penggerakan dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.

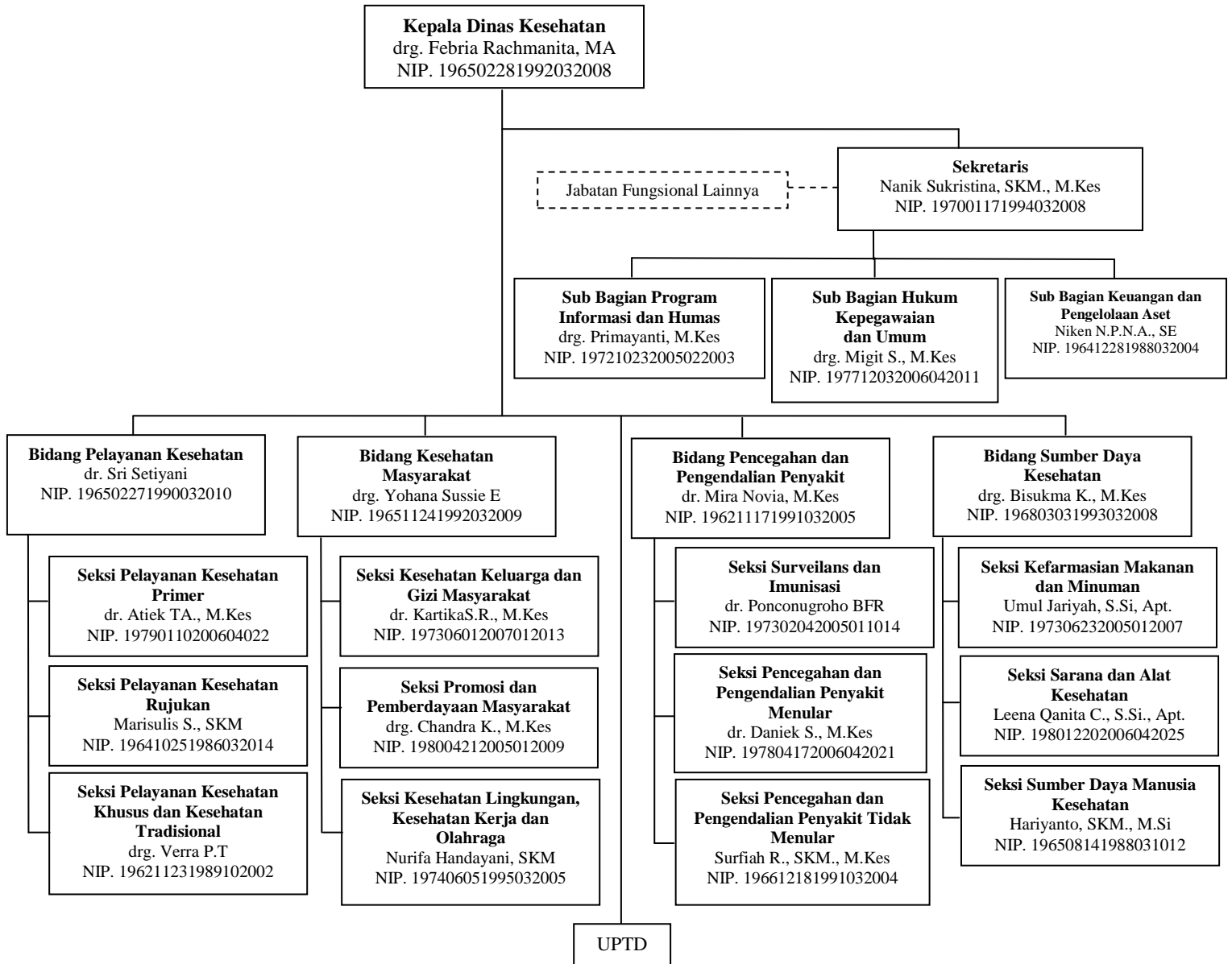
4.1.4 Tujuan Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kota bidang kesehatan yaitu meningkatkan derajat kesehatan dan untuk mencapai visi dan misi Dinas Kesehatan, dirumuskan suatu bentuk lebih terarah berupa tujuan dan sasaran yang strategis organisasi. Tujuan yang akan dicapai Dinas Kesehatan adalah sebagai berikut :

- a. Meningkatkan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat bagi warga miskin.
- b. Meningkatkan kualitas layanan kesehatan ibu dan anak.

- c. Meningkatkan kualitas sarana, prasarana serta tata kelola layanan kesehatan.
- d. Meningkatkan tata kelola administrasi perangkat daerah yang baik.
- e. Mewujudkan lingkungan sehat di masyarakat.
- f. Meningkatkan ketersediaan kualitas konsumsi dan keamanan pangan.

4.1.5 Struktur Organisasi



Gambar 4.2 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surabaya

4.1.6 Pelaksanaan Magang di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

a. Tugas

Melaksanakan sebagian tugas dinas di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit yang meliputi menyusun dan melaksanakan rencana program dan petunjuk teknis, melaksanakan pengawasan dan pengendalian, melaksanakan

evaluasi dan pelaporan, dan melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh kepala dinas sesuai tugas dan fungsi.

b. Fungsi

1. Pelaksanaan perumusan kebijakan teknis di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa, dan Surveilans dan Imunisasi
2. Pelaksanaan kebijakan teknis di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa, dan Surveilans dan Imunisasi
3. Pelaksanaan pembinaan, pengawasan dan pengendalian di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa, dan Surveilans dan Imunisasi
4. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa, dan Surveilans dan Imunisasi
5. Pelaksanaan pengelolaan Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa, dan Surveilans dan Imunisasi
6. Pelaksanaan administrasi di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa, dan Surveilans dan Imunisasi
7. Pelaksanaan perhitungan pelaporan indikator kinerja bidang yang tertuang dalam dokumen perencanaan strategis
8. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan tugas dan fungsinya

4.1.7 Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular

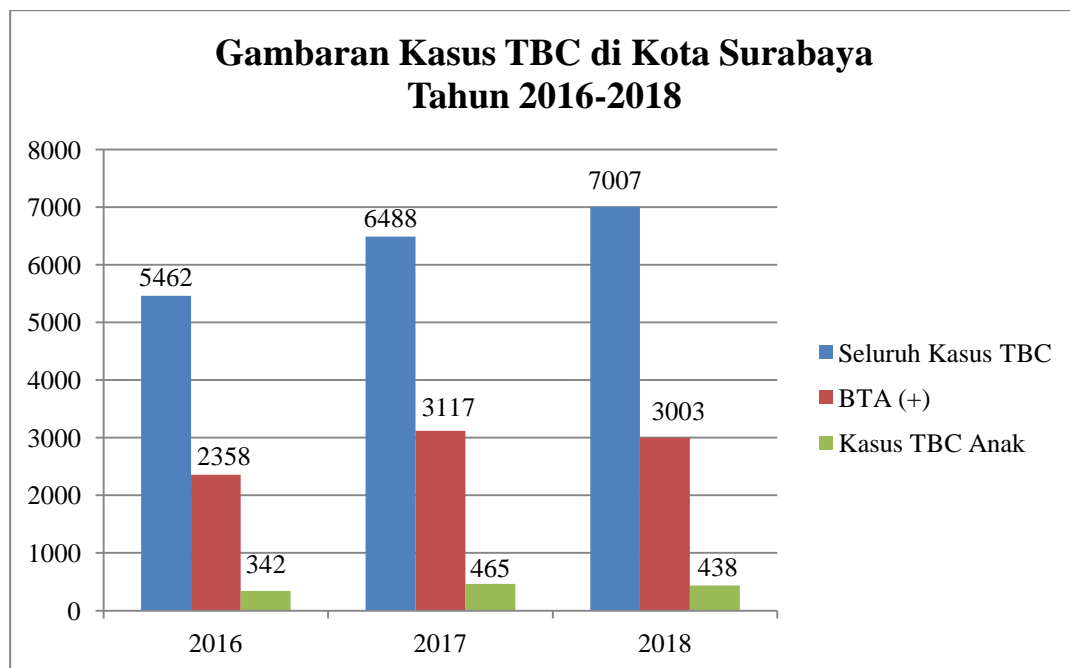
a. Tugas

1. Menyiapkan bahan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, bimbingan teknis, dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular.
2. Menyiapkan bahan penyusunan rencana program dan petunjuk teknis di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular.
3. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program dan petunjuk teknis di

Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular.

4. Menyiapkan bahan koordinasi dan kerjasama dengan lembaga dan instansi lain di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular.
5. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular.
6. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas.
7. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sesuai dengan tugas dan fungsinya.

4.2 Gambaran Kasus TBC di Kota Surabaya Tahun 2016-2018



Sumber: Bidang P2PM Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Grafik 4.1 Gambaran Kasus TBC di Kota Surabaya Tahun 2016-2018

Grafik 4.1 menunjukkan terlihat trend kasus tuberkulosis secara keseluruhan meningkat setiap tahunnya. Hal ini terjadi, karena kegiatan penjarangan terduga TBC dilakukan dengan aktif. Kasus tuberkulosis BTA (+) dan tuberkulosis anak mengalami fluktuasi yang sama, dimana terjadi peningkatan pada tahun 2017 dan penurunan kasus pada tahun 2018. Seseorang yang tinggal atau bahkan tidur didekat pasien tuberkulosis paru BTA positif akan meningkatkan risiko terinfeksi melalui inhalasi. *Droplet* dengan *bacilli* tersebut akan masuk ke mukosa *nasopharynx* atau cabang *trachea* atau *bronchiolus*, bahkan partikel terkecil dengan ukuran diameter 1-5 μ akan mampu menembus hingga *alveoli* (CDC, 2016).

Sumber dahak positif pada rumah tangga menjadi faktor risiko paling penting terhadap

anak-anak hingga umur 10 tahun (Narasimhan, *et. al.*, 2013). Oleh karena itu penting dilakukannya penjarangan dan investigasi kontak terhadap penderita TBC, agar pencegahan dan pengobatan dapat dilakukan sedini mungkin. Oleh karena itu investigasi kontak terhadap orang yang kontak erat dengan penderita TBC perlu untuk dilakukan.

Terlihat bahwa anak rentan terhadap penularan dengan penderita TBC paru dewasa BTA (+). Penularan dari anak ke anak kecil presentase nya. Hal ini disebabkan anak-anak tidak menghasilkan *sputum* ketika batuk (CDC, 2016).

Angka kejadian infeksi TBC paru pada anak berkaitan erat dengan prevalensi infeksi TBC pada orang dewasa. Risiko untuk terinfeksi *Mycobacterium tuberculosis* paru pada anak yang tinggal di wilayah dengan prevalensi TBC paru yang tinggi, kepadatan hunian, dan tinggal pada tempat dengan ventilasi buruk, maka angka persentase kemungkinan terinfeksi jauh lebih besar (Shingadia & Seddon, 2014).

4.3 Distribusi Kasus TBC Anak Berdasarkan Fasyankes di Kota Surabaya Tahun 2016-2018

Tabel 4.1 Distribusi Kasus TBC Anak Berdasarkan Fasyankes di Kota Surabaya Tahun 2016-2018

Kasus TBC Anak	Tahun		
	2016	2017	2018
Puskesmas	93	94	57
RS	249	371	381
Klinik	0	0	0
Praktik Dokter	0	0	0
Jumlah	342	465	438

Sumber: Bidang P2PM Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Distribusi kasus TBC anak berdasarkan fasyankes yang melaporkan terlihat bahwa kasus TBC anak tertinggi berasal dari fasyankes di RS. Dari data diatas terlihat bahwa sebagian besar anak ternotifikasi menderita TBC di rumah sakit atau fasyankes tingkat lanjut. Artinya bahwa deteksi dini TBC pada anak belum optimal. Anak dianggap tidak memiliki gejala TBC sehingga, dianggap tidak sakit TBC.

Pentingnya untuk melakukan jejaring dengan fasyankes agar lebih banyak lagi kasus TBC yang terjaring dan dilaporkan, untuk selanjutnya dilakukan upaya-upaya pencegahan dan penanganan. Menurut CDC, terdapat 4 (empat) faktor penentu terjadinya penyebaran penyakit TBC yaitu: 1) daya tahan tubuh atau sistem imun yang rendah; 2) *infectiousness* (tingkat penularan); 3) lingkungan; 4) serta kontak (CDC, 2016).

4.4 Gambaran Jejaring Kemitraan di Kota Surabaya Tahun 2016-2018

Data Sarana Pelayanan Kesehatan yang berjejaring dengan Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular TBC di Kota Surabaya Tahun 2019 sebagai berikut:

Tabel 4.2 Data Sarana Pelayanan Kesehatan yang berjejaring dengan Program P2PM TBC di Kota Surabaya Tahun 2019

No.	JENIS SARANA KESEHATAN	JUMLAH
1.	Puskesmas	63
2.	Puskesmas Pembantu (Pustu)	60
3.	RS Pemerintah/Swasta (RS DOTS = 33, RS <i>Notification TBC Case</i> = 26)	59
4.	Dokter Praktik Mandiri (DPM) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokter Umum ▪ Dokter Gigi ▪ Dokter Spesialis ▪ Dokter Gigi Spesialis 	4.310 1.638 2.292 511
5.	Apotek → Apotek Berjejaring dengan Program TBC = 10 Apotek	838
6.	Klinik Kesehatan (Klinik Pratama = 193, Klinik Utama = 86) → Klinik Berjejaring dengan Program TBC = 44 Klinik	279
7.	Laboratorium Klinik (Laboratorium Berjejaring Program TBC = 19)	70
8.	Layanan Pemeriksaan HIV (Pusk : 63, RS : 30, Klinik : 10)	103
9.	Jumlah Layanan ARV (Pusk = 10, RS = 9)	19
10.	Gudang Farmasi Kesehatan (GFK)	1
11.	Labkesda → Rujukan Uji Silang (RUS) I	1
12.	Layanan TCM (14 Puskesmas, 3 RS, 1 BBLK)	19
13.	Layanan TCM melalui Aplikasi SITRUST (63 Puskesmas, 11 RS, 4 Klinik, 1 BBLK)	75
14.	Puskemas Satelit TBC Resisten Obat	63

Sumber: Bidang P2PM Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2019

Tabel 4.3 Gambaran Jejaring Kemitraan TBC di Kota Surabaya Tahun 2017-2018

Tahun	Jumlah Fasyankes yang Berjejaring				Jumlah Fasyankes yang Belum Berjejaring			
	PKM	RS	Klinik	Praktik Dokter	PKM	RS	Klinik	Praktik Dokter
2016	63	27	0	85	0	32	279	8.666
2017	63	33	9	123	0	26	270	8.628
2018	63	59	44	391	0	0	235	8.360

Sumber: Bidang P2PM Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2019

Pada tabel 4.3 terdapat peningkatan jumlah RS dan klinik yang berjejaring dengan Dinas Kesehatan Kota Surabaya, dalam penanganan kasus TBC dimana pada tahun 2018 RS telah 100% berjejaring melaporkan kasus TBC dan 19% klinik (44

klินิก) juga telah melakukan jejaring kemitraan dan 41 klินิก didalamnya telah melakukan MoU dengan Dinas Kesehatan Kota Surabaya terkait tatalaksana TBC dengan strategi DOTS. Praktik dokter mandiri juga terus mengalami peningkatan, dimana pada tahun 2016 hanya terdapat 85 praktik dokter mandiri yang berjejaring pada tahun 2018 menjadi 391 praktik dokter, meskipun baru 4,46% praktik dokter mandiri yang berjejaring, tetapi terdapat peningkatan setiap tahunnya. Diharapkan terus meningkat jumlah praktik dokter yang berjejaring hingga target 100% praktik dokter mandiri yang berjejaring dapat tercapai.

4.5 Gambaran Cakupan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya Tahun 2016-2018

Tabel 4.4 Gambaran Cakupan dan Target Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya Tahun 2016-2018

Tahun	Target Sasaran			Capaian PP INH Anak	%
	Jumlah Perkiraan Anak yang di PP INH	Target PP INH Anak	%		
2016	914	228	20%	12	5,26%
2017	1.041	364	35%	105	28,85%
2018	1.243	559	45%	93	16,64%

Sumber: Bidang P2PM Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Pada tabel diatas terdapat perkiraan anak yang harus di beri Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH di Kota Surabaya dan persentase target anak yang harus di TPT INH di Kota Surabaya. Target tersebut sebagai indikator capaian anak yang diberi TPT INH, dimana terlihat bahwa capaian yang ada masih belum optimal setiap tahunnya, karena masih dibawah target. Capaian anak yang diberi TPT INH meningkat secara signifikan pada tahun 2017, dimana persentase capaian yang ada mendekati target. Namun tahun 2018 capaian TPT INH menurun dan jauh dibawah target nasional.

Tabel 4.5 Gambaran Fasyankes yang Melakukan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH di Kota Surabaya Tahun 2016-2018

Tahun	Jumlah Fasyankes yang Melakukan PP INH				Jumlah Fasyankes yang Belum Melakukan PP INH			
	PKM	RS	Klinik	Praktik Dokter	PKM	RS	Klinik	Praktik Dokter
2017	63	33	0	0	0	26	279	8.751
2018	63	31	0	0	0	28	279	8.751

Sumber: Bidang P2PM Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Capaian TPT INH anak pada tabel 4.4 masih dibawah target. Hal ini dikarenakan program ini baru dimulai sejak tahun 2016 di Kota Surabaya. Belum optimalnya capaian ini juga dipengaruhi oleh belum optimalnya fasyankes seperti rumah sakit, klinik, dan praktik dokter yang melakukan pemberian terapi pencegahan TBC (TPT INH) pada anak. Hal ini terlihat dari tabel 4.5 dimana RS yang melakukan TPT INH hanya 33 RS di tahun 2017 dan 31 RS pada tahun 2018 dan tidak ada klinik atau praktik dokter yang memberikan TPT INH pada anak sejak tahun 2016 hingga tahun 2018. Belum terdapat klinik dan praktik dokter yang memberikan terapi pencegahan TPT INH pada anak dalam pencegahan TBC.

4.6 Identifikasi Masalah Terhadap Tatalaksana Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya

Dari data-data yang diperoleh, serta diskusi dan wawancara yang dilakukan dengan pemegang program pencegahan dan pengendalian penyakit TBC maka diidentifikasi beberapa masalah dalam tatalaksana pemberian terapi pencegahan TBC anak di Kota Surabaya sebagai berikut:

1. Belum optimalnya pelaksanaan investigasi kontak dalam penjangkaran sasaran anak yang memenuhi kriteria untuk TPT INH
2. Tingginya penolakan dari keluarga (orang tua) terhadap pemberian TPT INH pada anaknya
3. Belum semua fasyankes mengimplementasikan pemberian TPT INH pada anak khususnya fasyankes swasta
4. Masih kurangnya ketersediaan logistik TPT INH

4.7 Prioritas Masalah Terhadap Tatalaksana Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya

Setelah diketahui terdapat 4 (empat) masalah utama pada tatalaksana pemberian terapi pencegahan TBC (TPT) INH pada anak di Kota Surabaya maka dilakukan penentuan prioritas masalah dengan menggunakan metode CARL. Adapun hasil dari penentuan prioritas masalah adalah sebagai berikut:

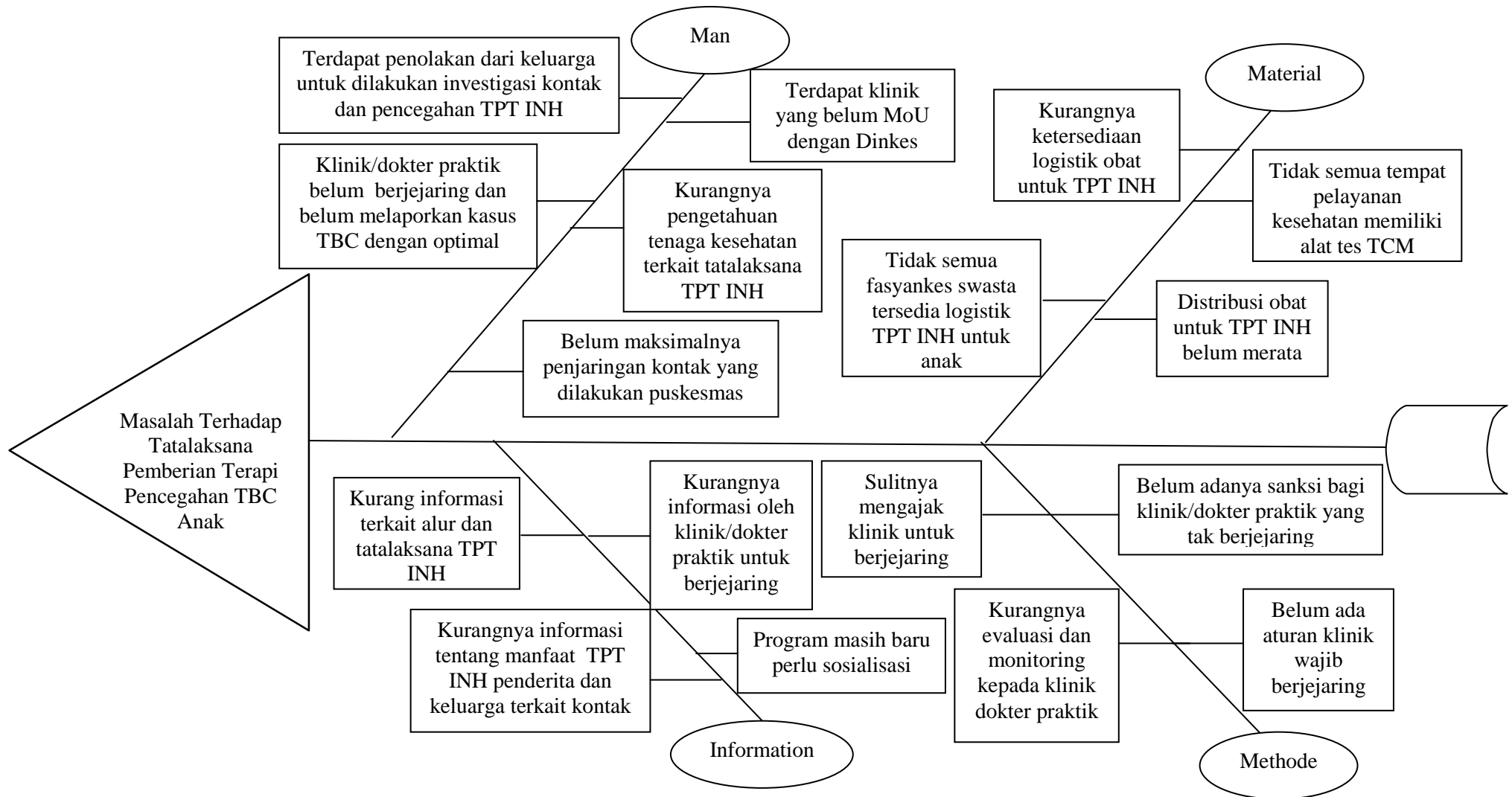
Tabel 4.6 Hasil Skoring Penentuan Prioritas Masalah Dengan Metode CARL

Masalah	Informan	Skor				Total
		C	A	R	L	
Belum optimalnya pelaksanaan investigasi kontak dalam penjangkaran	A	3	4	4	4	192
	B	3	3	4	4	144
	Total					336

sasaran anak yang memenuhi kriteria untuk TPT INH						
Tingginya penolakan dari keluarga (orang tua) terhadap pemberian TPT INH pada anaknya	A	4	3	5	5	300
	B	4	4	4	3	192
	Total					492
Belum semua fasyankes mengimplementasikan pemberian TPT INH pada anak khususnya fasyankes swasta	A	5	5	4	3	300
	B	4	4	4	4	256
	Total					556
Masih kurangnya ketersediaan logistik TPT INH	A	4	3	3	5	180
	B	3	5	3	3	135
	Total					315

Pada tabel 4.6 berisi hasil skoring 4 (empat) masalah yang telah diidentifikasi. Dari keempat masalah tersebut diberi nilai sesuai dengan C (*Capability*) atau ketersediaan sumber daya, A (*Accesibility*) atau kemudahan masalah, R (*Readness*) atau kesiapan dari tenaga, dan L (*Leverage*) atau seberapa besar pengaruh masalah dengan pemecahan yang dibahas. Dari skoring yang ada, dari keempat masalah hasil skor tertinggi ada pada masalah belum semua fasyankes mengimplementasikan pemberian TPT INH pada anak khususnya fasyankes swasta dengan total skoring 556, oleh karena itu masalah ini menjadi prioritas masalah.

4.8 Penyebab Masalah Tatalaksana Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya



Gambar 4.3 Diagram *Fishbone* Terhadap Masalah Pemberian TPT INH

Analisis akar penyebab masalah menggunakan diagram *fishbone* terhadap masalah tatalaksana pemberian terapi pencegahan TBC pada anak di Kota Surabaya, yaitu:

a. *Man*

Pemberian terapi pencegahan TBC (TPT) INH pada anak masih belum optimal dilakukan di Kota Surabaya, disebabkan karena masih belum maksimalnya fasyankes yang mengimplementasikan program ini. Terlihat dari data pada (tabel 4.5) bahwa fasyankes yang memberikan TPT INH pada anak masih belum semua, hal ini juga dipengaruhi karena masih belum optimalnya jejaring kemitraan antara fasyankes dengan Dinas Kesehatan. Hal ini terjadi karena kurangnya sosialisasi dan pengetahuan tenaga kesehatan terkait dengan upaya pemberian TPT INH pada anak. Selain itu masalah penolakan dari keluarga untuk dilakukan investigasi kontak dan pencegahan TPT INH pada anak, dimana orang tua menolak pemberian obat TPT INH pada anaknya karena anaknya tidak sakit. Hal ini pula yang menjadi hambatan untuk bagi puskesmas untuk melakukan penjarangan kontak.

b. *Material*

Terkait dengan logistik TPT untuk anak merupakan salah satu masalah yang menyebabkan belum optimalnya pemberian TPT pada anak. Ketersediaan TPT INH untuk anak diseluruh fasyankes yang kurang, membuat penyedia pelayanan kesehatan tidak optimal untuk mengimplementasikan pemberian TPT pada anak yang memenuhi kriteria dan menjadi sasaran di wilayah tersebut.

c. *Method*

Masih belum optimalnya implementasi pemberian TPT INH pada anak oleh fasyankes (RS/klinik/praktik dokter) karena masih terdapat klinik dan praktik dokter masih belum berjejaring dan masih sulitnya mengajak semua klinik dan praktik dokter untuk berjejaring.

d. *Information*

Pemberian informasi terkait pemberian TPT INH pada anak kepada keluarga, penyedia fasyankes terkait dnegan tatalaksana pemberian TPT INH pada anak. Hal ini akan meningkatkan capaian pemberian TPT INH pada anak.

4.9 Alternatif Solusi Terhadap Tatalaksana Pemberian Terapi Pencegahan TBC (TPT) INH Pada Anak di Kota Surabaya

1. Membuat komitmen bersama terkait kerjasama jejaring dalam tatalaksanan pemberian TPT INH pada anak sekaligus untuk meningkatkan partisipasi klinik-

klินิก atau praktik dokter untuk berjejaring dan melakukan pemberian TPT INH pada anak. Komitmen bersama yang dibuat antara fasyankes dengan Dinas Kesehatan guna untuk meningkatkan jumlah capaian tatalaksana pemberian TPT INH pada anak. Semakin banyaknya fasyankes yang berjejaring maka target pencapaian TPT INH pada anak lebih mudah tercapai. Capaian pemberian TPT INH pada anak ini berkaitan erat dengan investigasi kontak. Semakin banyak keluarga dilakukan investigasi kontak akan semakin tinggi pula angka penjarangan dan pemberian PP INH pada anak. Karena satu pasien TBC paru BTA (+) yang tidak mendapatkan terapi yang adekuat dapat menginfeksi sekitar 10 orang per tahun dalam kurun waktu 2 (dua) tahun. Sebagian kecil (3,5-10%) orang-orang yang kontak akan sakit TBC dan sekitar sepertiganya akan terinfeksi tetapi tidak sakit TBC (Triasih, 2012).

2. Membuat peringatan bagi klinik atau praktik dokter yang tidak ingin berjejaring, dengan harapan motivasi klinik dan praktik dokter yang belum berjejaring akan meningkat dan meningkatkan kesadaran penyedia fasyankes untuk berpartisipasi aktif dalam mengendalikan penyakit TBC. Hal ini dapat tercapai juga dengan peran aktif dari pemerintah dan para pemilik penyedia fasyankes.
3. Pemberian sosialisasi dan informasi terkait TPT INH pada anak, kepada para tenaga kesehatan yang ada di seluruh fasyankes serta kepada keluarga agar penolakan dari keluarga dapat diminimalisir. Sosialisasi yang diberikan bertujuan agar meningkatkan pemahaman terkait pemberian terapi pencegahan TBC TPT INH pada anak yang baru berjalan ini. Dengan diberikannya sosialisasi dan informasi ini diharapkan akan meningkatkan fasyankes yang berpartisipasi aktif dalam pemberian TPT INH pada anak dan meningkatkan kesadaran keluarga (orang tua) untuk turut serta dalam pemberian TPT INH pada anak, sehingga tidak ada lagi penolakan-penolakan yang terjadi kedepannya.
4. Monitoring dan evaluasi setiap trimester dilakukan diseluruh penyedia fasyankes. Dalam pelaksanaan tatalaksana pemberian TPT INH pada anak diharapkan komitmen petugas pelaksana program di seluruh fasyankes akan meningkat, sehingga meningkatkan kinerja dalam memantau dan/atau melakukan evaluasi dalam bentuk pemantauan kegiatan tatalaksana pemberian TPT INH pada anak. Pemantauan dan evaluasi ini akan lebih efektif jika dilakukan per trimester agar dalam perjalanannya dapat dievaluasi hambatan apa saja yang dihadapi. Hal ini juga bertujuan untuk menghindari adanya kesalahan-kesalahan seperti penentuan

kriteria anak yang harus mendapat TPT INH. Monev sebaiknya dilaksanakan secara berjenjang dan berkelanjutan. Pelaksanaan monev diharapkan mampu dilaksanakan dengan baik, dan sebaiknya bila ada petugas yang tidak melaksanakan tugas sesuai SOP (Standar Operasional Prosedur) mendapatkan sanksi atau hukuman sebagai bentuk peringatan dalam kedisiplinan pelaksanaan monitoring dan evaluasi.

5. Melakukan pendekatan dan pembuatan MoU terkait tatalaksana TBC dengan strategi DOTS oleh semua klinik-klinik dan praktik dokter yang ada di Kota Surabaya. Sudah terdapat beberapa klinik-klinik yang melakukan MoU dengan Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Kedepannya diharapkan semua klinik-klinik dan praktik dokter melakukan MoU terkait dengan pencegahan dan pengendalian TBC sehingga pemberian TPT INH pada anak juga dapat dilakukan secara optimal.

4.10 Kegiatan Selama Magang Di Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Selama magang di bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular yang dilakukan diantaranya:

1. Pemberian Pengarahan oleh Seluruh Kepala Seksi Terkait dengan program dan seksi yang ada di bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Penjelasan yang diberikan terkait dengan seluruh seksi yang ada pada bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
2. Membuat rangkuman terkait dengan seksi bidang pencegahan dan pengendalian penyakit menular

Pembuatan rangkuman bertujuan agar memahami alur dan program yang ada di seksi pencegahan dan pengendalian penyakit menular khususnya serta menambah wawasan terkait protap setiap program yang ada, serta implementasi dari program tersebut.

3. Merekap dan Mengolah Data Tracing TBC Contact, Data KS TBC, dan Simproplas
Setelah dilakukan rekap dan memahami tujuan yang ada dari tracing TBC kontak untuk selanjutnya dipahami pentingnya pemberdayaan masyarakat dalam menemukan kasus TBC. Selain itu menjadi tau bagaimana alur serta cara pengolahan data KS TBC, dalam 12 (dua belas) indikator SPM dan lebih memahami basis data KS TBC.
4. Melakukan Skrinning Hepatitis dan Vaksin Difteri Serta Hepatitis di Dinas Sosial Kota Surabaya

Kegiatan ini meliputi skrining yang dilakukan untuk lebih banyak menjangkit penderit hepatitis. Dalam kegiatan ini dilakukan pengecekan apusan darah para peserta kemudian di beri reagen yang selanjutnya pada alat test akan terlihat garis merah, 1 (satu) garis jika negative dan 2 (dua) garis jika positif. Terdapat 3 (tiga) yang hasilnya positif. Untuk seluruh peserta yang hasilnya negatif diberikan vaksin hepatitis dan difteri dan yang hasilnya positif hanya vaksin difteri saja, dan diberikan KIE terkait keadaannya dan diberi surat rujukan untuk berobat ke puskesmas (FKTP) disekitar wilayah tempat tinggal peserta.

5. Melakukan Temu Rutin Para Kader TB/Satgas TBC

Kegiatan ini berisi peningkatan pengetahuan dan pemahaman para peserta yang berisi para kader TBC terkait dengan penemuan kasus melalui penjangkitan kontak, tahap apa saja yang harus dilakukan serta pemahaman kader TBC tentang penyakit TBC. Dalam pertemuan ini dilakukan juga testimony mantan pasien TBC MDR untuk dilakukan sharing bersama.

6. Pertemuan Monitoring Terkait Capaian SPM indikator TBC oleh Seluruh Puskesmas yang ada Di Kota Surabaya

Kegiatan ini bentuk monev yang dilakukan ditengah-tengah program yang masih berjalan dengan tujuan agar dapat mengontrol capaian agar sesuai target dan mengetahui kendala apa saja yang ditemui selama program pengendalian dan penanganan TBC masih berjalan. Mengetahui bagaimana capaian SPM yang telah berjalans erta kendala yang dihadapi. Selain itu bentuk mengingatkan terkait target-target yang harus dicapai dari TW III ini.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Terdapat 4 bidang dan masing-masing bidang membawahi 3 seksi, serta terdapat 3 sub bagian yang ada di struktur organisasi Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
2. Melaksanakan sebagian tugas dinas di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit yang meliputi menyusun dan melaksanakan rencana program dan petunjuk teknis, melaksanakan pengawasan dan pengendalian, melaksanakan evaluasi dan pelaporan, dan melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh kepala dinas sesuai tugas dan fungsi.
3. Hasil permasalahan yang dihadapi oleh program pencegahan dan pengendalian penyakit terkait tatalaksana pemberian TPT INH adalah sebagai berikut; Belum optimalnya pelaksanaan investigasi kontak dalam penjarangan sasaran anak yang memenuhi kriteria untuk TPT INH; Tingginya penolakan dari keluarga (orang tua) terhadap pemberian TPT INH pada anaknya; Belum semua fasyankes mengimplementasikan pemberian TPT INH pada anak khususnya fasyankes swasta; Masih kurangnya ketersediaan logistik TPT INH
4. Penentuan prioritas permasalahan dengan menggunakan metode CARL diperoleh, yang menjadi prioritas masalah adalah belum semua fasyankes mengimplementasikan pemberian TPT INH pada anak khususnya fasyankes swasta.
5. Penentuan akar penyebab masalah yang menjadi prioritas dengan menggunakan diagram *fishbone* penyebab masalah dari aspek *Man, Method, Material, dan Information*.
6. Alternatif solusi untuk permasalahan tatalaksana pemberian TPT INH pada anak sebagai suatu upaya pencegahan TBC adalah; Membuat komitmen bersama terkait kerjasama jejaring dalam tatalaksanaan pemberian terapi pencegahan TBC anak; Membuat sanksi bagi klinik atau praktik dokter yang tidak ingin berjejaring; Pemberian sosialisasi dan informasi terkait pencegahan TBC anak kepada para tenaga kesehatan yang ada di klinik-klinik; Monitoring dan evaluasi setiap trimester juga dilakukan di klinik-klinik; Meningkatkan partisipasi klinik-klinik atau praktik dokter untuk memberikan layanan penjarangan; Melakukan

pendekatan dan pembuatan MoU terkait tatalaksana TBC dengan strategi DOTS oleh semua klinik-klinik dan praktik dokter yang ada di Kota Surabaya.

5.2 **Saran**

1. Mendorong adanya kebijakan terkait dengan sanksi tegas kepada klinik/praktik dokter yang tidak ingin berjejaring dalam pencegahan dan penanganan kasus TBC, sehingga memudahkan dalam pencapaian pemberian TPT INH pada anak di Kota Surabaya.
2. Mendorong dan memfasilitasi sosialisasi dan penyuluhan mengenai pentingnya pelaporan dan penjaringan kasus TBC berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian penyakitnya.
3. Meningkatkan komitmen bersama terkait pencegahan dan penanggulangan kasus TBC diseluruh fasyankes.
4. Mengupayakan sistem pelayanan kasus TBC melalui 1 pintu agar lebih banyak kasus yang terjaring dan memudahkan dalam system pelaporan kasus.
5. Mendorong adanya kebijakan yang tegas dalam mengatur pelaporan dan penjaringan yang dilakukan oleh seluruh penyedia pelayanan kesehatan, dengan memberikan sosialisasi terkait kewajiban dan alur dalam pelaporan kasus TBC serta terkait pemberian TPT INH pada anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Ait-Khaled, N., & Enarson, D. A. (2005). Tuberculosis : A Manual for Medical Students. In *World Health Organization (WHO) Book* (Vol. 1). <https://doi.org/WHO/CDS/TB/99.272>
- Carvalho, et. al. (2018). Epidemiological aspects, clinical manifestations, and prevention of pediatric tuberculosis from the perspective of the End TB Strategy. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 44(2), 134–144. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562017000000461>
- CDC. (2016). CDC core Curriculum complete. In *What The Clinician Should Know* (sixth edit, pp. 21–47). CDC Publisher.
- C L. Contac tracing and follow up. In: J G, PR D, M P, M R, J S, WW Y, editors. Tuberculosis: A Comprehensive Clinical Reference. India: Elsevier; 2009.
- Dinas Kesehatan Jatim. (2015). InfoDatin: Tuberkulosis. *Pusat Data Dan Inforasi Kementerian Kesehatan RI*, pp. 2–10. <https://doi.org/24442-7659>
- Dinas Kesehatan Propinsi JawaTimur. (2017). Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur 2017. *Nucleic Acids Research*, 34(11), e77–e77.
- Dinkes Kota Surabaya, 2016. (2017). *Profil kesehatan Dinkes Kota Surabaya*. Retrieved from http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KAB_KOTA_2016/3578_Jatim_Kota_Surabaya_2016.pdf
- Dinkes Kota Surabaya. (2017). *Profil Dinas Kesehatan Kota Surabaya Tahun 2017*. Surabaya.
- Dinkes Kota Surabaya. (2018). *Profil Dinas Kesehatan Kota Surabaya Tahun 2018*. Surabaya.
- Ditjen P2L. (2016). *Petunjuk Teknis Manajemen TB Anak*. Kemenkes: Jakarta.
- Kemkes Republik Indonesia. (2011). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberculosis-Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 364*. 110. Retrieved from <http://www.dokternida.rekansejawat.com/dokumen/DEPKES-Pedoman-Nasional-Penanggulangan-TBC-2011-Dokternida.com.pdf>
- Kemenkes Republik Indonesia. (2014). *Strategi Nasional Pengendalian TB*. Jakarta: Kemenkes.
- Kemenkes RI. (2017). *Kemenkes RI*. Retrieved from http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi_Profil-Kesehatan-Indonesia-2017.pdf
- Lutong L, Bei Z. Association of prevalence of tuberculin reactions with closeness of contact among household contacts of new smear-positive pulmonary tuberculosis patients. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000;4(3):275-7.
- Marais BJ, Gie RP, Schaaf HS, Hesselning AC, Obihara CC, Starke JJ, et al. *The natural history of childhood intra-thoracic tuberculosis: a critical review of literature from the prechemotherapy era*. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004;8(4):392-402. 9.
- Narasimhan, P., Wood, J., Macintyre, C. R., & Mathai, D. (2013). Risk factors for tuberculosis. *Pulmonary Medicine*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/828939>
- Rieder HL. Contacts of tuberculosis patients in high-incidence countries. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003;7(12 Suppl 3)-S33-6
- Shingadia, D., & Seddon, J. A. (2014). Epidemiology and disease burden of tuberculosis in children: a global perspective. *Infection and Drug Resistance*, 153. <https://doi.org/10.2147/idr.s45090>
- Supriyanto, S., 2010. *Perencanaan dan Evaluasi Program Kesehatan*. Surabaya: Airlangga Press.
- Triasih R, Rutherford M, Lestari T, Utarini A, Robertson CF, Graham SM. Contact investigation of children exposed to tuberculosis in South East Asia: a systematic review. *J Trop Med*. 2012;2012:301808.

WHO. Global tuberculosis control: WHO report 2013. Geneva, Switzerland: WHO, 2013.

Lampiran 1. Surat Permohonan Izin Magang Fakultas Kesehatan Masyarakat



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id>; E-mail: info@fkm.unair.ac.id

Nomor : 4651/UN3.1.10/PPd/2019
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : **Permohonan izin magang**

11 Juli 2019

Yth. Kepala
Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat
Kota Surabaya
Jl. Jaksa Agung Suprpto No. 2
SURABAYA

Sehubungan dengan pelaksanaan program magang bagi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat (Alih Jenis) Program Sarjana (S1) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Tahun Akademik 2019/2020, dengan ini kami mohon Saudara mengizinkan mahasiswa, atas nama:

No.	Nama Mahasiswa	NIM.	PEMBIMBING	PEMINATAN
1.	Nurul Layla Fidausi	101711123009	Lucia Y, Hendrati, S.KM., M.Kes	Epidemiologi
2.	Alfilia Lusita	101711123021		
3.	Retno Trihastuti	101711123029		
4.	Rizka Aprilidyawati	101711123046		
5.	Alvin Zulhasmi P.	101711123050	Dr. Rachmah Indawati. S.KM., M.KM	Biostatistika & Kependudukan
6.	Ruri Indra R.	101711123056	Dr. Arief Wibowo, dr., M.S	

sebagai peserta magang **Dinas Kesehatan Kota Surabaya**, selama minimal 3 (tiga) minggu.
Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan
Dr. Saati Martini, dr., M.Kes.
NIP. 196609271997022001

Tembusan :

1. Dekan FKM UNAIR;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya;
3. Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
4. Koordinator Magang Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
5. Ketua Departemen Biostatistika & Kependudukan, FKM UNAIR;
6. Ketua Departemen Epidemiologi, FKM UNAIR;
7. Yang bersangkutan

Lampiran 2. Surat Izin Bangkesbangpol Kota Surabaya



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
**BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jalan Jaksa Agung Suprpto Nomor 2 Surabaya 60272
Telepon (031) 5343000, (031) 5312144 Pesawat 112

Surabaya, 22 Juli 2019

Kepada

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya

di -
SURABAYA

Nomor : 070/8395/436.8.5/2019
Lampiran : -
Hal : Magang.

REKOMENDASI PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman. Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.
- Memperhatikan : Surat Wakil Dekan I Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya Tanggal 11 Juli 2019 Nomor : 4651/UN3..1.10/PPd/2019 Hal : Permohonan Izin Magang
- Plt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada :
- a. Nama : Rizka Aprilidyawati.
b. Alamat : Jl Kampung Jawa No 1 RT 15 RW 05 Kel Loa Duri Ilir Kec Loa Janan Kab Kutai Kartanegara.
c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa.
d. Instansi/Organisasi : Universitas Airlangga Surabaya.
e. Kewarganegaraan : Indonesia.
- Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :
- a. Judul / Thema : -.
b. Tujuan : Magang.
c. Bidang Penelitian : -.
d. Penanggung Jawab : Dr. dr. Atik Choirul H., M.Kes.
e. Anggota Peserta : Nurul Layla Fidausi ; Alfilia Lusita ; retno Trihastuti.
f. Waktu : 5 Agustus 2019 - 5 September 2019.
g. Lokasi : Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
- Dengan persyaratan : 1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mentaati persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukan Penelitian/survey/kegiatan;
2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;
3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI;
4. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih.



Tembusan :
Yth. 1. Wakil Dekan I Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya
2. Saudara yang bersangkutan.

Lampiran 3. Surat Izin Magang Dinas Kesehatan Kota Surabaya



**PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN**

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243
Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8483393

Surabaya, 2 Agustus 2019

Nomor : 074 / 22140 / 436.7.2 / 2019
Sifat : Biasa
Lampiran :
Hal : Magang

Kepada
Yth. Kepala Bidang Pencegahan
Dan Pengendalian
Penyakit

di -

SURABAYA

Memperhatikan Surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa, dan Perlindungan Masyarakat nomor 070/8375/436.8.5/2018 tanggal 22 Juli 2019 perihal pada pokok surat tersebut diatas, kami informasikan bahwa tempat Saudara dipergunakan sebagai tempat Magang bagi Mahasiswa Fak. Kesehatan Masyarakat UNAIR, Sesuai jadwal sebagai berikut :

Tanggal Pelaksanaan : 5 Agustus 2019 s/d 5 September 2019
Jumlah Mahasiswa : 2 Orang

Sehubungan hal tersebut diatas, diharap Saudara memberikan pengarahannya dan bimbingan sepenuhnya.
Demikian atas perhatiannya disampaikan terima kasih

a.n. KEPALA DINAS
Sekretaris,



Nanik Sukristina, SKM. M.Kes
Pembina Tk. I
NIP. 197001171994032008

Tembusan
Yth : Dekan Fak. Kesehatan
Masyarakat UNAIR

Lampiran 4. Timeline Magang Alih Jenis Peminatan Epidemiologi

**TIMELINE KEGIATAN MAGANG ALIH JENIS PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT TAHUN AJARAN 2019/2020**









































No	Kegiatan Magang	Minggu ke-1					Minggu ke-2					Minggu ke-3					Minggu ke-4					Minggu ke-5				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Perkenalan dan orientasi di tempat magang	■																								
2	Mempelajari struktur organisasi, alur kerja dan susunan organisasi	■	■	■	■	■																				
3	Mempelajari program pencegahan dan penanggulangan penyakit dan kesehatan di dinas kesehatan	■	■	■	■	■																				
4	Mempelajari sistem surveilans yang diterapkan di dinas kesehatan	■	■	■	■	■																				
5	Pengumpulan data laporan magang						■	■	■	■	■															
6	Analisis masalah kesehatan											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
7	Pembuatan laporan magang											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
8	Seminar laporan magang																					■	■	■	■	■

Lampiran 5. Daftar Hadir (Absensi) Selama Magang

**DAFTAR ABSENSI MAHASISWA MAGANG
ALIH JENIS PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
PROGRAM STUDI SI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
DI DINAS KESEHATAN KOTA SURABAYA TAHUN 2019**

No	NIM	Nama Mahasiswa	Minggu Pertama				
			05/08/2019	06/08/2019	07/08/2019	08/08/2019	09/08/2019
1.	101711123009	Nurul Layly Firdausi					
2.	101711123021	Alfilia Lusita					
3.	101711123029	Retno Trihastuti					
4.	101711123046	Rizka Aprilidyawati					

**ALIH JENIS PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
DI DINAS KESEHATAN KOTA SURABAYA TAHUN 2019**

No	NIM	Nama Mahasiswa	Minggu Kedua				
			12/08 2019	13/08 2019	14/08 2019	15/08 2019	16/08 2019
1.	101711123009	Nurul Layly Firdausi					
							
2.	101711123021	Alfilia Lusita					
							
3.	101711123029	Retno Trihastuti					
							
4.	101711123046	Rizka Aprilidyawati					
							

































**ALIH JENIS PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
DI DINAS KESEHATAN KOTA SURABAYA TAHUN 2019**

No	NIM	Nama Mahasiswa	Minggu Ketiga				
			19/08/2019	20/08/2019	21/08/2019	22/08/2019	23/08/2019
1.	101711123009	Nurul Layly Firdausi					
2.	101711123021	Alfilia Lusita					
3.	101711123029	Retno Trihastuti					
4.	101711123046	Rizka Aprilidyawati					

**ALIH JENIS PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
DI DINAS KESEHATAN KOTA SURABAYA TAHUN 2019**

No	NIM	Nama Mahasiswa	Minggu Keempat				
			26/8/19	27/8/19	28/8/19	29/8/19	30/8/19
1.	101711123009	Nurul Layly Firdausi	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
			<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2.	101711123021	Alfilia Lusita	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
			<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3.	101711123029	Retno Trihastuti	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
			<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4.	101711123046	Rizka Aprilidyawati	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
			<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

**ALIH JENIS PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
DI DINAS KESEHATAN KOTA SURABAYA TAHUN 2019**

No	NIM	Nama Mahasiswa	Minggu Kelima			
			02/09/19	03/09/19	04/09/19	05/09/19
1.	101711123009	Nurul Layly Firdausi				
						
2.	101711123021	Alfilia Lusita				
						
3.	101711123029	Retno Trihastuti				
						
4.	101711123046	Rizka Aprilidyawati				
						

Lampiran 6. Hasil CARL

Keterangan :

Keterangan Masalah
1. Belum optimalnya pelaksanaan investigasi kontak dalam penjangkaran sasaran anak yang memenuhi kriteria untuk TPT INH
2. Tingginya penolakan dari keluarga (orang tua) terhadap pemberian TPT INH pada anaknya
3. Belum semua fasyankes mengimplementasikan pemberian TPT INH pada anak khususnya fasyankes swasta
4. Masih kurangnya ketersediaan logistik TPT INH

Masalah	Informan	Skor				Total
		C	A	R	L	
Belum optimalnya pelaksanaan investigasi kontak dalam penjangkaran sasaran anak yang memenuhi kriteria untuk TPT INH	A	3	4	4	4	192
	B	3	3	4	4	144
	Total					336
Tingginya penolakan dari keluarga (orang tua) terhadap pemberian TPT INH pada anaknya	A	4	3	5	5	300
	B	4	4	4	3	192
	Total					492
Belum semua fasyankes mengimplementasikan pemberian TPT INH pada anak khususnya fasyankes swasta	A	5	5	4	3	300
	B	4	4	4	4	256
	Total					556
Masih kurangnya ketersediaan logistik TPT INH	A	4	3	3	5	180
	B	3	5	3	3	135
	Total					315

Keterangan:

- C : Kemampuan (*Capability*)
 A : Kemudahan (*Accessibility*)
 R : Kesiapan (*Readiness*),
 L : Pengaruh (*Leverage*)

- 1 = Sangat tidak berpengaruh
 2 = Tidak berpengaruh
 3 = Cukup berpengaruh
 4 = Berpengaruh
 5 = Sangat berpengaruh

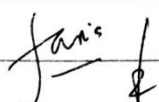
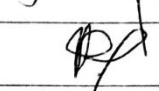

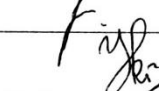
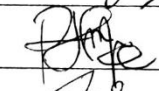


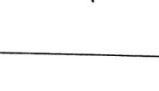
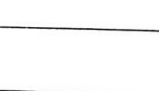
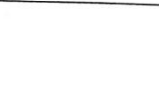
Lampiran 7. Panduan *Indepth Interview*

Tujuan	Pertanyaan
Identifikasi Masalah	1 Masalah apa yang terjadi terkait dengan tuberkulosis pada anak?
	2 Terkait masalah tersebut data-data apa yang mendukung adanya masalah tersebut?
	3 Mengapa masalah tersebut dapat terjadi?
	4 Bagaimana upaya yang telah dilakukan selama ini?
Besaran dan Distribusi Masalah	1 Besaran distribusi dari data yang ada mana yang membuat hal tersebut menjadi masalah?
	2 Mengapa masalah tersebut menjadi masalah?
	3 Apakah data yang ada ini dibawah capaian target?
Analisis Penyebab Masalah	1 Dengan pendekatan sistem poin apa saja yang menjadi penyebab masalah tersebut?
	2 Apakah masalah tersebut dapat diatasi?
	3 Dari penyebab masalah yang ditemukan solusi yang dapat dilakukan?

Lampiran 7. Daftar Hadir Seminar Magang**DAFTAR HADIR SEMINAR MAGANG**

Tanggal : Senin, 09 September 2019

Tempat : Dinas Kesehatan Kota Surabaya

No	Nama	TTD
1	Fariani Syahrul	
2	Ponco	
3	ROSITA DWI Y	
4	STEPHAN Z.	
5	Mess Agus M.	
6	Kiki Ayu P	
7.	Rizka Aprilidyawati	
8.	Alfio L.	
9	Nurul Layly P	
10.	Retno Trihastuti	

Lampiran 8. Dokumentasi Kegiatan Magang

	<p>Pelaksanaan Apel Pagi</p>
	<p>Pengarahan Dari Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular</p>
	<p>Skrining Hepatitis dan Vaksin Difteri dan Hepatitis Pada Pegawai Dinas Sosial Kota Surabaya</p>

	<p>Temu Kader / Satgas TBC</p>
	<p>Arahan dan Bimbingan Dengan Pemegang Program Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Menular TBC</p>
	<p>Pemilihan Data KS Indikator TBC</p>

	<p>Metaplan Bersama Kader/Satgas TBC</p>
	<p>Rapat Bersama Para Kepala Puskesmas Kota Surabaya Terkait Capaian SPM TBC dan CDR</p>
	<p>Pertemuan Rutin Laboran dan PJ Penyakit TBC Seluruh Puskesmas Kota Surabaya</p>






Vaksin Hepatitis Para Kader TBC











Kegiatan Sosialisasi Terkait Penyakit
Menular





CATATAN HARIAN KEGIATAN MAGANG




Nama Mahasiswa : Rizka Aprilidyawati
 NIM : 101711123046
 Tempat Magang : DINAS KESEHATAN KOTA SURABAYA





Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-1		
Hari ke-1 Tanggal Senin, 05/8/2019	1. Upacara apel pagi 2. Pengarahan dari kasie. Penyakit Menular (P2PM) dan Penjelasan terkait Program TB / Pemegang Program 3. Membuat rangkuman terkait buku modul TBC, Permenkes No.67 th 2016 4. Rekap data satgas TB	
Hari ke-2 Tanggal Selasa, 06/8/19	1. Rekap data satgas TB 2. Entry data tracing contact TBC di Surabaya 3. Membuat rangkuman terkait buku Petunjuk Teknis Manajemen TB Anak 4. Penjelasan terkait data data & masalah yang bisa diangkat 5. Mempelajari tracing contact TBC	
Hari ke-3 Tanggal Rabu, 07/8/19	1. Penjelasan oleh kasie P2PM (Dokter Daniek) terkait penjelasan alur pengobatan TBC, sistem Pelaporan TBC 2. Rapat dengan Puskesmas dengan capaian SPIM CDR TB yang rendah dengan Kadinkes Kota Surabaya	




Hari ke-4 Tanggal Kamis, 08/08/19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penjelasan terkait KS TBC di Kota Surabaya 2. Cleaning data KS TBC di Kota Surabaya 3. Penjelasan terkait hasil temuan data KS TBC di Kota Surabaya 	
Hari ke-5 Tanggal Jumat, 09/08/19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memilah dan merekap data KS TBC di Kota Surabaya 2. Menemukan temuan pada data KS TBC dimana banyak data missing 	
Minggu ke-2		
Hari ke-1 Tanggal Senin, 12/08/19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel Pagi 2. Memilah data KS TBC Kota Surabaya 3. Rekap data KS TBC 4. Rekap data TB Anak 5. Mempelajari SITT (Sistem Informasi TB Terpadu) 	
Hari ke-2 Tanggal Selasa, 13/08/19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merekap data KS TBC Kota Surabaya 2. Rekap data KS 3. Merekap Simprolamas Penyakit TBC 4. Merekap kontak Tracing TB 	

Hari ke-3 Tanggal Rabu, 14/08/19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memilah data KS TBC 2. Persiapan skrinning hepatitis pada petugas Dinas Sosial Kota Surabaya 3. Pelaksanaan skrinning & penyuluhan 4. Vaksin hepatitis dan Td pada hasil tes negatif 5. Vaksin Td saja pada 2 yangst 	
Hari ke-4 Tanggal Kamis, 15/08/19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merekap hasil temuan pada data KS TBC 2. Terdapat error entry, kesalahan penjumlahan per-RT, RW, double data 3. Identifikasi masalah yang ada di program TB 	
Hari ke-5 Tanggal Jumat, 16/08/19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memilah dan merekup ulang data KS TBC yang perlu konfirmasi ulang 2. Melaporkan hasil temuan 3. Penentuan masalah yang ingin diambil untuk laporan magang 	
Minggu ke-3		
Hari ke-1 Tanggal Senin, 19/8/19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Memilah dan merekup data KS 3. Membuat kesimpulan terkait temuan 4. Menyusun hasil temuan 5. Konsul masalah untuk laporan magang 	

Hari ke-2 Tanggal Selasa, 20/8/19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengikuti acara pertemuan rutin kader/satgas TBC Peningkatan Pengetahuan sekaligus testimoni TB MDR (mantan pasien) 2. Pelaksanaan meeting dengan para kader satgas TBC 	
Hari ke-3 Tanggal Rabu, 21/8/19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Finishing data KS 2. Merekap simprolas Penyakit TBC, HIV, dan Kusta 2019 Juni 3. Melaporkan kesimpulan KS 4. Diskusi terkait laporan magang dengan pembimbing lapangan 	
Hari ke-4 Tanggal Kamis, 22/8/19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan surat edaran waspada Demam Berdarah untuk masing-masing RW Kota Surabaya 2. Merekap data KS TB 3. Merekap simprolas 4. Menyusun laporan bumantik 	
Hari ke-5 Tanggal Jumat, 23/8/19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rekap data simprolas Penyakit TBC, HIV, dan kusta Juli 2019 2. Persiapan surat untuk para laboran 84 Instansi Lab Kota Surabaya 	

	3. Menyusun draft laporan magang	
Minggu ke-4		
Hari ke-1 Tanggal Senin, 26/8/19	1. Apel Pagi 2. Rekapitan Satgas TB 3. Skrining dan Vaksin hepatitis Satgas TB Kota Surabaya 4. Rekap raw data KS 5. Identifikasi masalah laporan magang bersama pembimbing lapangan	
Hari ke-2 Tanggal Selasa, 27/8/19	1. Penjelasan data KS raw data 2. Membuat perbandingan data KS online dan raw data 3. Merekap data KS raw data 4. Penentuan prioritas masalah	
Hari ke-3 Tanggal Rabu, 28/8/19	1. Rekap absensi pertemuan kusta 2. Merangkum raw data KS 3. Perbandingan data KS online dan raw data KS 4. Konsul laporan oleh pembimbing lapangan untuk laporan magang	

Hari ke-4 Tanggal Kamis, 29/8/19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsul laporan magang 2. Rengkap simploplis 3. Meminta data 4. Rekap Data KS raw data 	
Hari ke-5 Tanggal Jumat, 30/8/19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merelap raw data dan basis data KS TB 2. Pembuatan laporan 3. Konsul laporan 4. Melaporkan hasil temuan basis data KS 	
Minggu ke-5		
Hari ke-1 Tanggal Senin, 02/09/14	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi oleh pembimbing institusi 2. Konsultasi kepada pembimbing institusi terkait 3. Penentuan akar penyebab masalah 4. Paparan hasil temuan KS 	
Hari ke-2 Tanggal Selasa, 03/09/14	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembagian surat edaran DBD 2. Mengikuti pertemuan seluruh Puskesmas 3. Vaksin hepatitis & difteri untuk kader TB (Satgas TB) 	

Hari ke-3 Tanggal Rabu, 04/9/19	1. Penyusunan laporan magang 2. Absensi puskesmas pertemuan laboran & PJ TBC puskesmas se-Kota Surabaya 3. Konsultasi laporan magang	
Hari ke-4 Tanggal Kamis, 05/9/19	1. Penyusunan laporan 2. Meminta data terkait TBC 3. Konsultasi laporan magang	
Hari ke-5 Tanggal		

Nama : Rizka Aprilidyawati
 NIM : 101711123046
 Hari/Tanggal : Senin, 05 Agustus 2019

Rangkuman TB

Tuberculosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Sumber penularan penyakit ini adalah pasien TB paru BTA (+) yang saat batuk, bersin, atau berbicara mengeluarkan *droplet* kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Diagnosis TB dengan terkonfirmasi bakteriologis dengan pemeriksaan mikroskopis (apusan dahak), biakan, dan TCM (Xpert MTB/RIF). Pemeriksaan untuk diagnosis TB juga terdapat pemeriksaan penunjang yakni foto toraks dan histopatologi. Gejala utama TB yakni batuk berdahak ≥ 2 minggu, gejala tambahan yakni batuk bercampur darah, sesak nafas, nyeri dada, nafsu makan dan BB menurun, serta demam berulang.

Pada TB anak alur penegakan diagnosis dapat ditegakkan dengan pemeriksaan mikroskopis atau TCM TB bila hasilnya negative maka dilakukan pemeriksaan foto toraks dan dipadukan dengan sistem skoring TB anak (kontak TB, uji tuberculin/mantoux, BB/Gizi, demam, pembesaran kelenjar limfe, pembengkakan tulang endi, foto toraks). Bila skor ≥ 6 maka anak dinyatakan TB klinis, dan segera diberikan terapi OAT. Jika skor < 6 dilakukan uji tuberculin, dan jika hasil (+) maka TB anak klinis, namun apabila hasilnya (-) maka dilakukan observasi gejala selama 2 minggu.

Untuk obat TB terdapat R= Rifampisin; H= Isoniazid; Z= Pirazinamid; S= STreptomisin; E= Etambutol dan untuk tata laksana pengobatan TB terdapat 2 kategori yakni;

Kategori 1 : 2 (HRZE)/ 4 (HR) 3 = Pada Pasien Baru Dewasa

BB	Tahap Awal (56 Hari) Setiap Hari Minum Obat	Tahap Lanjutan Minum Obat 3x/Minggu
30-37 Kg	2 Tablet 4 KDT	2 Tablet 2 KDT
38-54 Kg	3 Tablet 4 KDT	3 Tablet 2 KDT
55-70 Kg	4 Tablet 4 KDT	4 Tablet 2 KDT
≥ 71 Kg	5 Tablet 4 KDT	5 Tablet 2 KDT

Kategori 2 : 2 (HRZE) S / HRZE / 5 (HR) 3 E 3

BB	Tahap Awal (56 Hari) Setiap Hari Minum Obat	Tahap Awal (28 Hari) Setiap Hari Minum Obat	Tahap Lanjutan (20 Minggu)
30-37 Kg	2 Tablet 4 KDT + Inj. Streptomisin 500 mg	2 Tablet 4 KDT	2 Tablet 2 KDT + 2 Etambutol
38-54 Kg	3 Tablet 4 KDT+ Inj. Streptomisin 750 mg	3 Tablet 4 KDT	3 Tablet 2 KDT + 3 Etambutol
55-70 Kg	4 Tablet 4 KDT + Inj.	4 Tablet 4 KDT	4 Tablet 2 KDT + 4

	Streptomisin 1000 mg		Etambutol
≥ 71 Kg	5 Tablet 4 KDT + Inj. Streptomisin 1000 mg	5 Tablet 4 KDT	5 Tablet 2 KDT + 5 Etambutol

Pada anak dosis OAT KDT pada TB anak sebagai berikut:

BB	Tahap Intensif (2 Bulan) (RIHZ 75/50/150)	Tahap Lanjutan (4 Bulan) (RIH 75/50)
5-7 Kg	1 Tablet	1 Tablet
8-11 Kg	2 Tablet	2 Tablet
12-16 Kg	3 Tablet	3 Tablet
17-22 Kg	4 Tablet	4 Tablet
23-30 g	5 Tablet	5 Tablet
>30 Kg	OAT Dewasa	

Jika anak tidak meminum obat > 2 minggu di fase intensif atau > 2 bulan difase lanjutan dan menunjukkan gejala TB, maka ulangi pengobatan dari awal. Jika anak tidak minum obat < 2 minggu di fase intensif atau < 2 bulan difase lanjutan dan menunjukkan gejala TB, lanjutkan sisa pengobatan. Diagnosis TB anak susah ditegakkan melalui pemeriksaan dahak karena anak tidak menghasilkan dahak. Penemuan pasien TB anak inilah yang menjadi kendala dalam tercapainya *Case Notification Rate*. Resiko *over diagnose* atau *under diagnose* bisa terjadi. Alur diagnosis TB pada anak digunakan untuk penegakan diagnosis TB pada anak yang bergejala TB, baik dengan maupun tanpa kontak TB. Pada anak yang tidak bergejala tetapi kontak dengan pasien TB dewasa pendekatan tata laksana nya menggunakan alur investigasi kontak.

Case Detection Rate dan *Case Notification Rate* pada TB anak masih belum optimal terkait dengan pelaksanaan program TB selama ini, belum memadai nya tata laksana TB terutama di fasyankes yang belum menerapkan layanan TB sesuai dengan standar nasional & ISTC seperti penemuan kasus dan diagnosis yang tidak baku. Masih kurangnya keterlibatan lintas program & lintas sektor dalam *Case Detection Rate* dan *Case Notification Rate* dan penanganan TB anak. Kemitraan dengan dokter praktik atau klinik dalam pelaporan kasus TB anak juga masih sangat rendah. Target pada tahun 2035 tercapainya eliminasi global terkait TB dan Indonesia pada 2050 Bebas TB. Penemuan untuk pennaggulangan dilaksanakan oleh eluruh FKTP yang ada, namun pada praktiknya belum optimal dimana tidak semua FKTP bersedia melaporkan kasus TB yang terjadi.

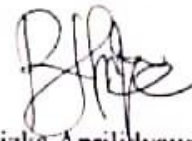
Pembimbing Lapangan



NIP.

Surabaya, 05 Agustus 2019

Mahasiswa



Rizka Aprilidyawati

NIM. 101711123046

Nama : Rizka Aprilidyawati
 NIM : 101711123046
 Hari/Tanggal : Selasa, 06 Agustus 2019

Rangkuman TB

- I. Pasien TB anak dapat ditemukan melalui upaya berikut:
 1. Penemuan Pasif
 Upaya ini dilakukan pada anak yang mempunyai tanda dan gejala klinis yang sesuai dengan TB anak yang datang ke fasyankes.
 2. Penemuan Aktif
 Upaya ini dilakukan berbasis keluarga dan masyarakat melalui kegiatan investigasi kontak pada anak yang erat dengan pasien TB menular.

- II. Ada 3 kemungkinan yang terjadi pada anak yang kontak erat dengan pasien TB yaitu:
 1. Terpajan (Tidak ada bukti infeksi atau sakit TB)
 Anak-anak yang kontak dengan pasien TB tetapi mempunyai system imun yang baik. Tidak ada gejala dan semua hasil pemeriksaan laboratorium maupun penunjang menunjukkan hasil negative.
 2. Terinfeksi tetapi tidak sakit TB (Infeksi Laten TB/ILTB)
 Infeksi telah terjadi karena system imun tak mampu mengeliminasi kuman TB dari tubuh secara sempurna tetapi mampu mengendalikan sehingga secara klinis tak terjadi penyakit atau disebut juga dengan TB latent. Uji tuberculin (+). tidak ada gejala, dan foto toraks normal.
 3. Sakit TB
 Anak yang terinfeksi TB dan berlanjut TB karena tidak dapat mengendalikan kuman TB dan secara klinis hasil pemeriksaan laboratorium, maupun pemeriksaan penunjang menunjukkan hasil (+).

Langkah-langkah Identifikasi Kontak (IK):

1. Sesuai form register TB.01 dan bila ada kontak pasien diminta membawa anaknya ke fasyankes.
2. Pemeriksaan ada tidak nya TB latent
 Jika anak tidak memiliki gejala TB:
 - a. Usia ≤ 5 tahun (tanpa memandang status HIV berikan Profilaksis INH/PP INH)
 - b. Usia > 5 tahun dan HIV (+) (berikan Profilaksis INH/PP INH)
 - c. Usia > 5 tahun dan HIV (-) observasi

Infeksi dari anak ke anak sangat rendah pada TB anak, umumnya dan presentase tertinggi anak mendapatkan infeksi TB melalui kontak dengan pasien TB dewasa.

Usia	HIV	Hasil Pemeriksaan	Tata Laksana
Balita	(+)/(-)	ILTB	PP INH
Balita	(+)/(-)	Terpajan	PP INH
> 5 Tahun	(+)	ILTB	PP INH
> 5 Tahun	(+)	Terpajan	PP INH
> 5 Tahun	(-)	ILTB	Observasi
> 5 Tahun	(-)	Terpajan	Observasi

- Dosis INH adalah 10 mg/Kg BB/hari (maksimal 300 mg/hari) diminum 1x/hari.
- Lama pemberian PP INH adalah 6 bulan (1 bulan = 30 hari) dengan catatan bila keadaan klinis anak baik. Bila dalam follow up timbul gejala TB, lakukan pemeriksaan untuk penegakkan diagnosis bila (+) beri OAT stop INH.
- Pada psien gizi buruk atau infeksi HIV diberikan vitamin B6 10 mg untuk dosis INH ≤ 200 mg/hari dan 2x10 mg untuk dosis INH > 200 mg/hari.
- Hasil akhir PP INH adalah sebagai berikut:
 - Pengobatan lengkap = selesai pengobatan PP INH selama 6 bulan
 - Putus berobat = anak tidak minum INH selama 1 bulan berturut-turut
 - Gagal PP INH = anak menjadi positif TB
 - Meninggal
 - Tidak di Evaluasi

Tata Laksana TB Pada Bayi Baru Lahir

Ada 2 istilah pada TB neonatal yang harus dibedakan yaitu :

- TB kongenital : terjadi ketika neonatus tertular *M tuberculosis* saat dalam rahim melalui penyebaran hematogen lewat vena umbilikal, atau saat persalinan melalui aspirasi atau meminum cairan amnion yang terkontaminasi *M tuberculosis*. Gejala TB kongenital biasanya muncul pada minggu pertama kehidupan dan mortalitas TB kongenital tinggi.
- TB neonatal/TB perinatal : adalah ketika neonatus terinfeksi setelah lahir dengan terpapar pada kasus TB BTA (+), yaitu biasanya ibu atau kontak dekat lain. Penularan pascanatal terjadi secara droplet dengan patogenesis yang sama seperti TB pada anak. Tata laksana nya pemberian 4 obat selama fase intense (2RHZE) dan 2 obat selama fase lanjutan (4RH).

Surabaya, 06 Agustus 2019

Pembimbing Lapangan



NIP.

Mahasiswa



Rizka Aprilidyawati
NIM. 101711123046