



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

614.542
Ind
p

PETUNJUK TEKNIS KOLABORASI TBC HIV

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
TAHUN 2023

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

614.542

Ind
p

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal
Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Petunjuk Teknis Kolaborasi TBC-HIV.

Jakarta :Kementerian Kesehatan RI. 2023

ISBN 978-623-301-432-8

1. Judul I. TUBERCULOSIS - PREVENTION AND CONTROL
- II. HIV - PREVENTION AND CONTROL
- III. COMMUNITY HEALTH CENTERS
- IV. ORGANIZATION AND ADMINISTRATION



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

614.542
Ind
p

PETUNJUK TEKNIS KOLABORASI TBC HIV

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
TAHUN 2023



KATA PENGANTAR

Tuberkulosis dan HIV masih menjadi masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia. Berdasarkan data sistem informasi Kementerian Kesehatan, pada tahun 2022, Indonesia menduduki peringkat kedua di antara negara dengan beban TBC tertinggi di dunia. Situasi Epidemio HIV di Indonesia terkonsentrasi namun penularan TBC cukup tinggi di antara orang yang hidup dengan HIV dimana sistem kekebalan tubuhnya menurun. Pengendalian TBC dan HIV harus dilakukan dalam suatu kolaborasi yang bersinergi sehingga mampu menurunkan angka kesakitan dan kematian yang diakibatkannya.

Data dari Global TB Report 2023 menunjukkan bahwa pada tahun 2022, diperkirakan terdapat 24.000 pasien TBC yang juga melaporkan terinfeksi HIV. Selain itu, dari sekitar 140.700 kematian karena TBC diperkirakan 6.700 orang merupakan pasien TBC dengan HIV positif. Berdasarkan data Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB) pada tahun 2022 ada sebanyak 15.375 kasus TBC HIV di Indonesia.

Untuk menanggulangi permasalahan tersebut, diperlukan acuan dalam memperkuat program kolaborasi TBC HIV. Kementerian Kesehatan menyusun Petunjuk Teknis Kolaborasi TBC HIV tahun 2023 yang merupakan pembaharuan dari Panduan pelaksanaan Program Kolaborasi TB HIV tahun 2015. Dalam buku ini juga dibahas rekomendasi global yang akan segera dilakukan di Indonesia antara lain penggunaan alat deteksi TBC pada ODHIV yang dapat memberikan hasil diagnosis yang lebih cepat dan tetap akurat terutama pada kelompok ODHIV yang sakit berat, dan juga penekanan perlunya bentuk kolaborasi yang lebih baik dan terintegrasi yaitu mendorong layanan satu atap (*One Stop Services*) yang dapat secara cepat menemukan kasus secara dini sehingga langkah

pengecahan dan pengobatan yang memadai dapat segera dilakukan dan meminimalisir hilangnya kasus selama proses rujukan antar poli/ layanan.

Petunjuk Teknis Kolaborasi TBC HIV ditujukan kepada seluruh pelaksana program TBC dan program HIV di semua tingkatan, fasilitas dan penyedia pelayanan kesehatan, swasta dan stakeholders terkait. Selain itu, pada dokumen ini juga diperkuat dengan mendorong peran komunitas yang lebih dekat dengan pasien TBC HIV itu sendiri serta meningkatkan peran Lembaga Pemasarakatan (Lapas)/Rumah Tahanan (Rutan) dan Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA) dalam upaya pengendalian TBC HIV terhadap seluruh warga binaannya.

Manfaatkanlah buku ini dalam penguatan pengendalian Program TBC dan HIV di Indonesia. Mari kita lakukan terobosan dalam menanggulangi TBC dan HIV di Indonesia mencapai *ending* TB dan AIDS 2030.

Jakarta, Oktober 2023

Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit



Dr. dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS

TIM PENYUSUN

PETUNJUK TEKNIS KOLABORASI TBC HIV

Kementerian Kesehatan RI

Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular

Jakarta, 2023

Penasehat

dr. Imran Pambudi, MPH

Penanggung Jawab:

dr. Tiffany Tiara Pakasi

dr. Endang Lukitosari, MPH

Penulis

Tim Kerja HIV dan PIMS

Tim Kerja TBC

Editor

dr. Lanny Luhukay

dr. Galuh Budhi Leksono Adhi, M.Kes

Kontributor

Tim Kerja TBC: Sulisty,SKM,M.Epid; Totok Haryanto,SKM,M.Kes; Suhardini,SKM,MKM; Windy Oktavina,SKM,M.Kes; Esmawati,SKM; Roro Antasari,SKM; Siti Nuromah,SKM; Nur Atika,SKM; Atika Aulia,SKM; Rizka Amirah,SKM; Afifah Dhima Khalishah,SKM

Tim Kerja HIV dan PIMS: dr.Nurhalina Afriana; dr.Rian Hermana; dr.Pratono,M.Epid; Fajrianto,SKM; Sri Drisna Dewi,SKM,MPH; Dwi Anggia Sophiani,SKM; Retno Trisari,SKM; Rizky Hasby,SKM,MKM; Anggun Lathifah Asmi,SKM; Tri Indah Budiarti,SKM; dr.Beatrica Iswari,MKK; dr.Eddy Lamanepa,MPH; Noviasy Endang PH; Eva Muzdalifah,SKM; Nurul Azizah,SKM; Dyaning AS Tyas,S.Kep,Ns; Adi Wahyu Wibowo,S.Kom,MM; Ismi Wulandari,S. Psi, Fariz Yanuar Lating,S.Kom, Azka Farhana,S.Kep,Ns; Yessica Rachmadina,S.Si; Maharani Adella Husin,S.Si; Elmo Rizki Herlambang, S.Kom

WHO: dr.Budiarto; dr.Maria Regina; dr.Irvin Romyco,M.Med (Adv.); Eva Kartikasari,SKM

Komite Ahli (KOMLI) TBC: dr.Fathiyah Isbaniyah,Sp.P(K),MPd.Ked, FIRS; dr.Pompini Agustina, Sp.P(K)

Panel Ahli (PANLI) HIV: dr.Rudi Wisaksana,Sp.PD-KPTI,PhD; dr.Adria Rusli, SpP(K)

SWG TB-HIV: Yakub Gunawan

Ditjenpas Kemkumham: Hendra Wahyudi,SKM, MH; Asep Hoillid Abdullah, A.Md.IP,SH.,MH; Fajar Riski,SKM; Sri Nugraheni A Y N,SKM

Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta: dr.Rahmat Aji Pramono; dr.Victor Ignatius. P Simamora; Sri Djuniarti,S.Si.,Apt

Perwakilan Fasyankes: dr.Shirley Christine Pinta; Milda Suciawaty,S.Kep, Ns; dr.Fransisca Elsje Palobo; dr.Dianita Rahayu; Desty Kusumawaty,S.Farm.,Apt; Zubaedah,Am.Keb, dr.Agustina Handayani; Dini Wahyuni, Amd.Kep; Fikri Hamzah,Amd.Kom; dr.Vivi Havilya

Konsorsium Penabulu STPI: Heny Akhmad

Yayasan KNCV Indonesia: dr. Alva Juan, dr. Yeremia Prawiro Mozart Runtu

EpiC: Erlian R. Aditya,MKM, dr.Aulia Human,M.Sc; Ir.Siti Sulami,M.Epid; Agus Aribowo,MSi, Andi M.Yusuf Ridwan,S.Pd, dr.Rerin Sulaiman, Desri Magdalena Purba,SKM, dr.Rizky A.Andreasari,M.Sc

Diterbitkan oleh :

Kementerian Kesehatan RI

Dikeluarkan oleh:

Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit



Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang

Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan dengan cara apapun juga, baik secara mekanis maupun elektronik termasuk *fotocopy* rekaman dan lain-lain tanpa seijin tertulis dari penerbit.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
TIM PENYUSUN	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR GRAFIK	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
RINGKASAN EKSEKUTIF	1
BAB I PENDAHULUAN	3
BAB II MANAJEMEN TATA LAKSANA TBC HIV	5
A. Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT).....	5
B. Pemberian Pengobatan pada Pasien TBC HIV.....	9
1. Pemberian OAT pada Pasien TBC HIV	9
2. Pemberian ARV pada Pasien TBC HIV	15
3. Pengobatan Pencegahan Kotrimoksazol (PPK) pada Pasien TBC HIV.....	22
4. Pemberian Kortikosteroid pada Pasien TBC HIV.....	24
C. Pengendalian Penyakit Infeksi (PPI) TBC pada ODHIV..	24
BAB III OPERASIONAL PELAKSANAAN KOLABORASI TBC HIV..	25
A. Pengorganisasian Kolaborasi TBC HIV.....	26
B. Peran Komunitas dalam Kolaborasi TBC HIV.....	30
C. Manajemen Pelaksanaan Kolaborasi TBC HIV	32
1. Layanan TBC dan HIV dalam Satu Ruang (poliklinik) di Fasyankes.....	34

2. Layanan TBC dan HIV pada Poliklinik Berbeda di Satu Fasyankes.....	35
3. Fasyankes yang Mampu Menyediakan Poliklinik TBC atau HIV saja.....	37
4. Alur Layanan TBC HIV yang Dilakukan oleh Komunitas.....	39
BAB IV LOGISTIK.....	41
A. Jenis Logistik Pendukung Program TBC dan HIV	43
B. Penghitungan Kebutuhan Logistik.....	44
BAB V TBC HIV DI LAPAS/RUTAN/LPKA DAN LAYANAN KHUSUS LAINNYA.....	47
BAB VI MONITORING DAN EVALUASI.....	51
A. Ruang Lingkup	51
B. Indikator Kegiatan Kolaborasi TBC HIV.....	52
C. Mekanisme Pencatatan dan Pelaporan Kolaborasi TBC HIV.....	56
1. Alur Pencatatan dan Pelaporan di Fasyankes	56
2. Alur Pencatatan dan Pelaporan di Komunitas	62
3. Sumber Data Kolaborasi TBC HIV	66
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN	73

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1	Pilihan Paduan Pemberian TPT	8
Tabel 2. 2	Dosis Pemberian OAT untuk TBC SO	13
Tabel 2. 3	Paduan Pengobatan ARV.....	15
Tabel 2. 4	Cara Pemberian ARV dan OAT	16
Tabel 2. 5	Pemantauan Efek Samping ARV.....	18
Tabel 2. 6	Interaksi antara ARV dan Rifampisin.....	22
Tabel 4. 1	Jenis Logistik Pendukung Program TBC dan HIV	43
Tabel 4. 2	Penghitungan Kebutuhan Logistik.....	44
Tabel 6. 1	Indikator Kegiatan Kolaborasi TBC HIV	52
Tabel 6. 2	Variabel Utama Formulir Rujukan Tes dan Pengobatan TBC, dan Formulir Rujukan Tes dan Pengobatan HIV di Fasyankes.....	67
Tabel 6. 3	Variabel Utama Pencatatan TBC dan Pencatatann HIV di Komunitas	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1	Alur pemberian TPT	6
Gambar 2. 2	Alur Pemeriksaan LF-LAM	11
Gambar 2. 3	Alur Pengobatan ARV	17
Gambar 3. 1	Alur Layanan TBC dan HIV dalam Satu Ruangan (Poliklinik) di Fasyankes.....	34
Gambar 3. 2	Alur Layanan di Poliklinik TBC untuk Model Layanan TBC dan HIV pada Poliklinik Berbeda di Satu Fasyankes.....	35
Gambar 3. 3	Alur Layanan di Poliklinik HIV untuk Model Layanan TBC dan HIV pada Poliklinik Berbeda di Satu Fasyankes.....	36
Gambar 3. 4	Alur layanan TBC HIV pada Fasyankes yang Hanya Memiliki Layanan TBC	37
Gambar 3. 5	Alur layanan TBC HIV pada Fasyankes yang Hanya Memiliki Layanan HIV	38
Gambar 3. 6	Alur Layanan TBC HIV yang Dilakukan oleh Komunitas TBC.....	39
Gambar 3. 7	Alur Layanan TBC HIV yang Dilakukan oleh Komunitas HIV	40
Gambar 6. 1	Alur Pencatatan di Layanan TBC dan HIV dalam Satu Ruangan (Poliklinik) di Fasyankes.....	57
Gambar 6. 2	Alur Pencatatan di Layanan TBC untuk Model Layanan TBC dan HIV pada Poliklinik Berbeda di Satu Fasyankes	58
Gambar 6. 3	Alur Pencatatan di Poliklinik HIV untuk Model Layanan TBC dan HIV pada Poliklinik Berbeda di Satu Fasyankes	59
Gambar 6. 4	Alur Pencatatan Layanan TBC HIV pada Fasyankes yang Hanya Memiliki Poliklinik TBC.....	60

Gambar 6.5 Alur Pencatatan layanan TBC HIV pada Fasyakes yang Hanya Memiliki Layanan HIV	61
Gambar 6.6 Alur Pencatatan di Komunitas TBC	63
Gambar 6.7 Alur Pencatatan di Komunitas HIV	64
Gambar 6.8 Alur Pelaporan Kolaborasi TBC HIV di Komunitas Mengirimkan Dokumen secara Berjenjang.....	65
Gambar 6.9 Alur Pelaporan Kolaborasi TBC HIV di Komunitas Mengirimkan Dokumen secara Berjenjang.....	65

DAFTAR GRAFIK

Grafik 5. 1 Besaran Penemuan Kasus HIV dan TBC Aktif.....	49
---	----

DAFTAR SINGKATAN

ADHIV	: Anak dengan HIV
AHD	: <i>Advanced HIV Disease</i>
AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
APD	: Alat Pelindung Diri
ART	: <i>Antiretroviral Therapy</i>
ARV	: Obat Antiretroviral
BTA	: Basil Tahan Asam
CRP	: <i>C-reactive protein</i>
DTG	: Dolutegravir
EFV	: Efavirenz
EKG	: Elektrokardiogram
ELISA	: <i>Enzyme Linked Immunosorbent Assay</i>
Fasyankes	: Fasilitas Pelayanan Kesehatan
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IO	: Infeksi Oportunistik
IGRA	: <i>Interferon-Gamma Release Assay</i>
IRIS	: <i>Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome</i>
KIE	: Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KOMLI	: Komite Ahli
KT	: Konseling dan Tes
ILTB	: Infeksi Laten Tuberkulosis
Lapas	: Lembaga Pemasyarakatan
LF-LAM	: <i>Lateral Flow Lipoarabinomannan Assay</i>
MMD	: <i>Multi Month Dispensing</i>
NNRTI	: <i>Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor</i>
NVP	: Nevirapine
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
ODHIV	: Orang dengan HIV AIDS

PCR	: <i>Polymerase Chain Reaction</i>
PDP	: Perawatan Dukungan dan Pengobatan
PERPRES	: Peraturan Presiden
PMO	: Pengawas Menelan Obat
PPK	: Pengobatan Pencegahan Kotrimoksazol
RNA	: <i>Ribo Nucleic Acid</i>
Rutan	: Rumah Tahanan
SDM	: Sumber Daya Manusia
SIHA	: Sistem Informasi HIV AIDS
SITB	: Sistem Informasi Tuberkulosis
TBC	: Tuberkulosis
TBC SO	: Tuberkulosis Sensitif Obat
TBC RO	: Tuberkulosis Resisten Obat
TCM	: Tes Cepat Molekuler
TDF	: <i>Tenovofir Disoproxil Fumarate</i>
TPT	: Terapi Pencegahan Tuberkulosis
TST	: <i>Tuberculin Skin Test</i>
VL	: <i>Viral Load</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

RINGKASAN EKSEKUTIF

Indonesia telah menetapkan target percepatan untuk mencapai eliminasi TBC pada tahun 2030 yaitu cakupan penemuan kasus TBC \geq 90%, keberhasilan pengobatan dari kasus TBC yang ditemukan \geq 90%, dan Terapi Pencegahan TBC (TPT) pada kontak serumah \geq 80%. Untuk pencapaian ending AIDS 2030, juga berkomitmen untuk mencapai 95% orang yang terinfeksi mengetahui statusnya, 95% yang terdiagnosa mendapatkan pengobatan ARV dan 95% virus ODHIV dalam pengobatan Antiretroviral tersupresi. Penetapan target ini bertujuan untuk menghapus hambatan sosial dan hukum dalam mengakses layanan TBC dan menekankan pentingnya integrasi dan kerjasama lintas program, terutama dengan program HIV untuk mencapai cakupan kesehatan universal sebagai bagian dari Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/*Sustainable Development Goal*.

Beberapa perkembangan signifikan telah terjadi pada program TBC dan HIV yang tertuang pada Peraturan Presiden (PERPRES) Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immuno-Deficiency Syndrome, dan Inkubasi Menular Seksual. Perkembangan pada peraturan ini termasuk pengenalan paduan terbaru dolutegravir dan pilihan terbaru untuk Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT). Koinfeksi TBC HIV merupakan tantangan besar dalam mortalitas Orang dengan HIV (ODHIV), untuk itu dilakukan pendekatan yang berbeda pada layanan TBC HIV sehingga terjadi manfaat dalam mendukung perawatan berkualitas yang efektif.

Pedoman ini memberikan update terkait pedoman skrining TBC pada ODHIV, termasuk skrining TBC pada setiap kunjungan ODHIV ke layanan PDP, pilihan untuk TPT, memulai terapi antiretroviral (ART) untuk ODHIV yang didiagnosis TBC. Edisi ini memperbarui pedoman TBC HIV yang diluncurkan pada tahun 2015, dan memperkenalkan konsep *one stop service*.

Petunjuk Teknis Kolaborasi TBC HIV ditujukan kepada seluruh pelaksana program TBC dan program HIV di semua tingkatan, fasilitas dan penyedia pelayanan kesehatan, swasta dan *stakeholders* terkait. Selain itu, pada dokumen ini juga diperkuat dengan mendorong peran komunitas yang lebih dekat dengan pasien TBC HIV itu sendiri serta meningkatkan peran Lembaga Pemasarakatan (Lapas)/Rumah Tahanan (Rutan) dan Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA) dalam upaya pengendalian TBC HIV terhadap seluruh warga binaannya.

BAB I

PENDAHULUAN

Berdasarkan data *Global TB Report* tahun 2022, Indonesia menempati posisi ke-2 setelah India dengan estimasi kasus sebanyak 969.000 kasus. Data final SITB per 13 Maret 2023 menunjukkan bahwa ditemukan kasus TBC sebesar 724.309 kasus TBC pada tahun 2022, 52% di antaranya sudah mengetahui status HIV atau sebesar 375.795 pasien, dimana 4% (15.375) merupakan pasien TBC dengan HIV positif dan 30% (4.545) pasien TBC HIV sudah mendapatkan terapi ART. Selain itu, berdasarkan data SIHA tahun 2022, jumlah ODHIV yang diskriming TBC sebanyak 75.376 (74%) orang dari 102.198 ODHIV dan capaian presentase indikator ODHIV yang baru mendapatkan TPT tahun 2022 sebesar 9% dari target 50%.

Data cakupan indikator keberhasilan TBC HIV yang tertuang dalam RAN TB-HIV 2020–2024 menunjukkan pelaksanaan pedoman kolaborasi tersebut belum menunjukkan hasil yang diharapkan. Hal ini diperkuat dengan temuan dan rekomendasi JEMM program TBC yang dilakukan pada Desember 2022 dan program *review* HIV yang dilakukan pada bulan Januari 2023 terkait dengan akses pemberian ART pada pasien TBC terdiagnosis HIV dan pemberian TPT. Kedua *review* eksternal menemukan bahwa cakupan pemberian TPT secara nasional masih sekitar 10% dan cakupan pemberian ART pada penderita TBC yang terdiagnosis HIV baru mencapai sekitar 39%. Sulawesi utara, Kalimantan Barat, Sumatra Utara dan Yogyakarta merupakan daerah yang menunjukkan praktik baik dalam upaya perbaikan cakupan kolaborasi TBC HIV.

Kegiatan TBC HIV yang telah banyak dilakukan belum menjelaskan dengan mudah upaya realistis yang perlu diimplementasikan di tingkat

kabupaten dan fasyankes, khususnya dalam menerjemahkan arti kata “*One Stop Service*”. Pengembangan jejaring rujukan yang saat ini berpotensi menyebabkan hilangnya pasien karena pasien tidak hadir ke klinik rujukan, sistem pencatatan yang kompleks (SITB dan SIHA), dan sistem logistik yang belum terintegrasi menambah rumitnya implementasi kolaborasi dan *one stop service*. Kementerian Kesehatan berupaya memperbaiki kolaborasi TBC HIV dengan menyusun pedoman Pelaksanaan Kolaborasi TBC HIV sebagai acuan kolaborasi tersebut.

BAB II

MANAJEMEN TATA LAKSANA TBC HIV

Pada tata laksana TBC HIV, terdapat 3 bagian penting yang perlu menjadi perhatian, yaitu:

- Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) pada ODHIV
- Pemberian Pengobatan Pasien TBC HIV
 - o Pemberian OAT pada pasien TBC HIV
 - o Pemberian ARV pada pasien TBC HIV
 - o Pencegahan Kotrimoksazol (PPK) pada pasien TBC HIV
 - o Pemberian Kortikosteroid pada pasien TBC HIV
- Pengendalian Penyakit Infeksi (PPI) TBC pada ODHIV

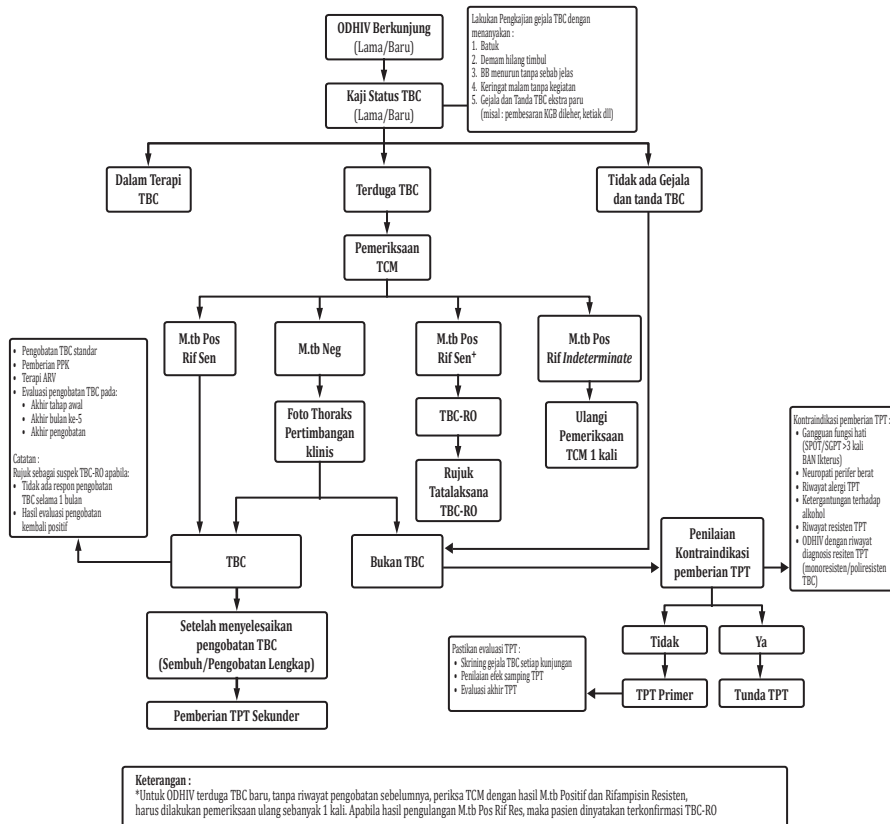
A. Pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT)

Pemberian TPT pada petunjuk teknis ini lebih ditekankan pada populasi ODHIV yang terbukti tidak sakit TBC aktif. Untuk menyingkirkan TBC aktif adalah dengan skrining menggunakan 5 pertanyaan (4 gejala dan 1 tanda). 5 pertanyaan tersebut sudah cukup untuk menyingkirkan TBC aktif pada ODHIV. Jika diperlukan secara klinis, dapat ditambah dengan pemeriksaan penunjang lainnya seperti pemeriksaan fototoraks dan CRP dengan cut-off > 5 mg/dl. Semua pemeriksaan radiologi dan laboratorium merupakan pemeriksaan tambahan dan tidak menjadi syarat pemberian TPT. Skrining TBC pada semua ODHIV wajib dilakukan oleh semua poliklinik yang menjalankan program HIV.

Lima pertanyaan (4 gejala dan 1 tanda) yang digunakan dalam skrining TBC sebagai berikut:

1. Batuk
2. Demam hilang timbul

- Berat badan menurun tanpa sebab yang jelas
- Keringat malam tanpa kegiatan
- Gejala dan tanda TBC extra paru, misal: pembesaran KGB di leher, ketiak, dan lain-lain



Gambar 2. 1 Alur pemberian TPT

Terdapat dua jenis profilaksis TBC untuk diberikan kepada ODHIV sebagai berikut:

- TPT primer adalah TPT yang diberikan kepada ODHIV yang terbukti tidak TBC.
- TPT sekunder adalah TPT yang diberikan kepada ODHIV yang telah menyelesaikan pengobatan OAT.

Pilihan paduan berikut direkomendasikan untuk pemberian TPT terlepas dari status HIV:

1. 6 bulan isoniazid dosis harian (6H), direkomendasikan untuk TPT pada ODHIV.
2. 3 bulan rifapentine dan isoniazid dosis mingguan (3HP), direkomendasikan untuk TPT pada ODHIV.
3. 3 bulan isoniazid dan rifampisin dosis harian (3HR), tidak direkomendasikan untuk TPT pada ODHIV karena terjadi interaksi ARV dengan rifampisin.
4. 6 bulan levofloxacin dosis harian (6Lfx), untuk anak kontak serumah (termasuk ADHIV) dengan pasien TBC RO.
5. 6 bulan levofloxacin dan ethambutol dosis harian (6Lfx+E), untuk kontak serumah (termasuk ODHIV) dengan pasien TBC RO.

Sebagai alternatif lainnya:

1. 1 bulan rifapentine dan isoniazid dosis harian (1HP), belum disediakan oleh program TBC dan HIV nasional.
2. 4 bulan rifampisin dosis harian (4R), belum disediakan oleh program TBC dan HIV nasional, tidak direkomendasikan untuk TPT pada ODHIV karena terjadi interaksi ARV dengan rifampisin.
3. Paduan lainnya yang dalam pengembangan dan kajian, yang nantinya direkomendasikan oleh WHO.

Tabel 2. 1 Pilihan Paduan Pemberian TPT

Keterangan	Jenis Paduan						
	6H	3HP Lepasn	3HP FDC ¹	3HR FDC	6Lfx ⁶	6Lfx+E ⁶	
Direkomendasikan untuk ODHIV	Direkomendasikan untuk ODHIV			Tidak direkomendasikan untuk ODHIV	Direkomendasikan untuk anak kontak serumah (termasuk ADHIV) dengan pasien TBC RO	Direkomendasikan untuk kontak serumah (termasuk ODHIV) dengan pasien TBC RO	
Sasaran	Semua umur	≥2 tahun	>14 tahun ²	0-5 tahun ³	0 -14 tahun ⁴	>14 tahun	
Interval	Harian	Mingguan	Mingguan	Harian	Harian	Harian	
Sediaan (mg)	100 (DT) ⁴	INH 300	INH 300	INH 50	100 (DT) ⁵	Lfx 250	
	300	RPT 150	RPT 300	RIF 75	250	E 400	
Durasi Penggunaan (bulan)	6	3	3	3	6	6	
Dosis	2-14 tahun		>14 thn untuk semua BB ≥ 30 kg: INH 900 mg, RPT 900 mg	<10 tahun: INH 10 mg/kg BB, RIF 15 mg/kg BB ≥10 thn: INH 5 mg/kg BB, RIF 10 mg/kg BB	15-20 mg/kg	Lfx: 15 - 20 mg/kg E: 15 - 25 mg/kg	
	<10 tahun: 10 mg/kg BB	10-15 kg					INH 300mg RPT 300mg
		16-23 kg					INH 500mg RPT 450mg
	≥ 10 tahun: 5 mg/kg BB	24-30 kg					INH 600mg RPT 600mg
		≥ 31 kg					INH 700mg RPT 750mg

Keterangan:

1. Jika ODHIV hamil ketika menjalani TPT dengan paduan 3HP, hentikan pemberian TPT 3HP. Data dan informasi mengenai 3HP pada masa kehamilan dan masa menyusui masih belum banyak sehingga penggunaan TPT 3HP pada kedua kondisi tersebut belum dapat direkomendasikan. Kehamilan merupakan kontraindikasi pemberian 3HP sehingga paduan 6H dapat digunakan pada kondisi kehamilan. Penilaian klinis oleh dokter diperlukan sebelum memberikan TPT pada kehamilan.
2. Paduan 3HP tersedia dalam dua sediaan yaitu Lepasn dan FDC, sampai saat ini untuk Paduan 3HP FDC belum direkomendasikan

untuk anak usia 0-14 tahun karena belum ada bukti keamanan penggunaan untuk anak-anak.

3. Paduan 3HR FDC dapat diberikan pada semua umur, namun karena sediaan yang tersedia dalam dosis yang rendah sehingga kami rekomendasikan pemberiannya untuk kontak anak usia ≤ 5 tahun.
4. Berdasarkan surat edaran nomor 2175 tentang Perubahan Pelaksanaan IK dan Alur Pemeriksaan ILTB serta Pemberian TPT di Indonesia terjadi perubahan dari paduan sebelumnya karena manfaat penambahan Etambutol pada TPT anak belum jelas dan dikaitkan dengan adanya peningkatan efek samping pengobatan.
5. DT atau Dispersible Tablet adalah tablet yang dapat terdispersi (larut) dengan cepat dalam air dan menghasilkan dispersi yang stabil (ramah anak).
6. Paduan TPT untuk ODHIV sama jenisnya dengan paduan TPT untuk kontak serumah dengan pasien TBC SO, kecuali jika ODHIV tersebut memiliki kontak serumah dengan pasien TBC RO maka paduan TPT yang diberikan adalah paduan TPT untuk kontak serumah TBC RO.
7. Tambahkan B6 25mg/hari untuk semua paduan yang menggunakan INH.
8. Dikarenakan interaksi antara rifapentine dan kontrasepsi hormonal, ODHIV perempuan dalam usia subur perlu dilakukan edukasi mengenai risiko dan pemberian saran untuk menggunakan alat kontrasepsi penghalang fisik seperti diafragma, kondom, atau lainnya ketika mendapatkan TPT 3HP.

B. Pemberian Pengobatan pada Pasien TBC HIV

1. Pemberian OAT pada Pasien TBC HIV

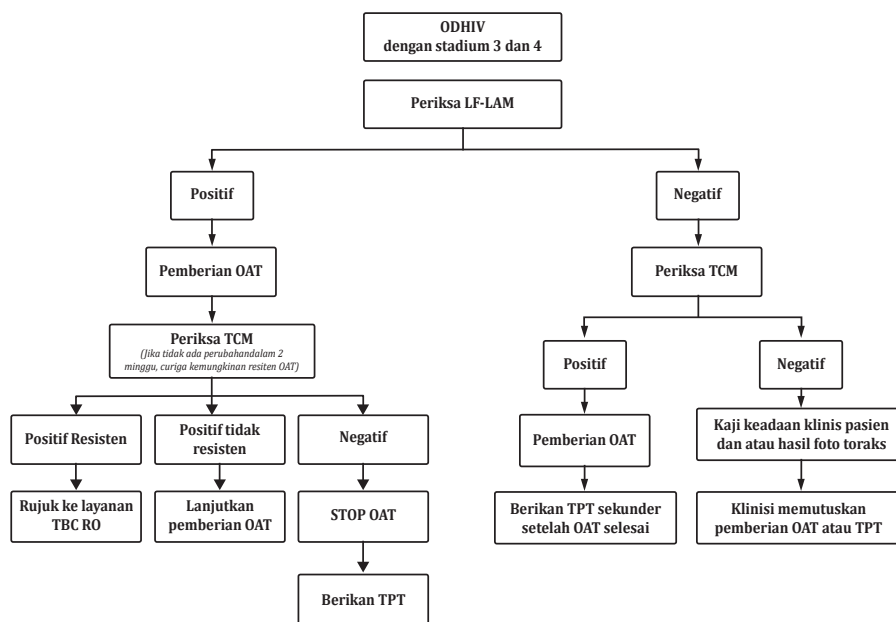
a. Diagnosis TBC

Diagnosis TBC pada ODHIV baik TBC SO maupun RO tidak

berbeda dengan pasien dari kelompok bukan ODHIV. Diagnosis ditegakkan secara bakteriologis menggunakan Tes Cepat Molekuler (TCM). Selain TCM, pemeriksaan bakteriologis TBC bisa menggunakan pemeriksaan LF-LAM dan pemeriksaan mikroskopik batang tahan asam (BTA). Pada kondisi dimana semua hasil pemeriksaan bakteriologis menunjukkan hasil negatif, pemeriksaan fototoraks dapat dilakukan untuk membantu penegakkan diagnosis TBC. Selain pemeriksaan dahak, pemeriksaan bakteriologis non dahak yang bisa dilakukan pada TCM berupa serebrospinal, jaringan, kelenjar limfe, aspirat/bilas bronkus, aspirat/bilas lambung untuk melakukan diagnosis TBC ekstra paru pada ODHIV. Pada anak dengan HIV penegakan diagnosis TBC tetap menggunakan pemeriksaan bakteriologis dengan TCM. Bila tidak memungkinkan untuk mendapatkan sampel dahak, maka bisa menggunakan sistem skoring yang tercantum pada Petunjuk Teknis Tata Laksana TBC Anak dan Remaja tahun 2023. Diagnosis TBC RO juga dapat merujuk pada Petunjuk Teknis Penatalaksanaan TBC RO di Indonesia (Sumber petunjuk teknis pelaksanaan program TBC dapat diakses pada tautan <https://tbindonesia.or.id/>).

Sebagian besar tes diagnostik untuk TBC bergantung pada sampel dahak, yang sulit diperoleh dan memiliki sensitivitas rendah pada pasien dengan gangguan imunitas, pasien dengan TBC diseminata (TBC Ekstra Paru), dan anak-anak. Hal ini mengakibatkan tertundanya inisiasi pengobatan. LF-LAM adalah biomarker TBC yang disetujui WHO yang dapat dideteksi dalam urin, sampel yang mudah dikumpulkan. LF-LAM dilakukan untuk mendiagnosis TBC aktif pada ODHIV anak, remaja, dan dewasa dengan kondisi ODHIV dengan

nilai CD4 < 200 sel/mm³ terlepas dari tanda dan gejala TBC. LF-LAM tidak direkomendasikan pada diagnosis TBC pada kondisi ODHIV dengan CD4 > 200 sel/mm³ dan tidak dalam kondisi sakit berat. Saat ini pemeriksaan LF-LAM belum tersedia diseluruh fasyankes sehingga LF-LAM hanya dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) yang menyediakan sarana pemeriksaan dengan LF-LAM.



Gambar 2. 2 Alur Pemeriksaan LF-LAM

Pemeriksaan TCM setelah dua minggu pengobatan dan tidak menunjukkan hasil. Pemeriksaan dengan TCM untuk melihat kemungkinan resisten OAT.

b. Pemberian OAT pada ODHIV

1) Pengobatan TBC Dewasa Sensitif Obat (SO)

Pengobatan TBC bertujuan untuk menyembuhkan pasien, memperbaiki produktivitas dan kualitas hidup, menurunkan

risiko penularan TBC serta mencegah terjadinya TBC RO. Pengobatan TBC paru dan ekstra paru diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat dan mengandung 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistansi dan diberikan dalam jangka waktu yang sesuai. Pengobatan TBC dapat berubah sesuai dengan rekomendasi dan *evidence based* terkini, yang diadaptasikan oleh program nasional TBC.

Ada dua (2) jenis pilihan paduan pengobatan OAT SO untuk ODHIV, sebagai berikut:

a) Paduan OAT SO 6 bulan

Paduan OAT SO 6 bulan menggunakan paduan 2HRZE/4HR. HRZE selama 2 bulan di tahap awal, dilanjutkan dengan RH selama 4 bulan pada tahap lanjutan (2 HRZE/4 RH). Pada tahap awal maupun tahap lanjutan, OAT diberikan setiap hari.

b) Paduan OAT SO 4 bulan

Paduan terdiri dari 2HPZM/2HPM yang diberikan pada ODHIV dengan CD4 > 100 cells/mm³.

Keterangan untuk kedua paduan:

- a) Saat ini, paduan OAT SO 4 bulan belum disediakan oleh program TBC nasional.
- b) Bila pada tahap awal pengobatan pasien yang menggunakan OAT rifampisin masih positif pada bulan kedua, tidak diperlukan lagi pemanjangan pada tahap awal (sisipan).
- c) Pada paduan pengobatan TBC ekstra paru berat (TBC meningitis, TBC sendi, TBC tulang, dan TBC pada susunan syaraf pusat) diberikan selama 9 – 12 bulan dan dapat diperpanjang dengan memperhatikan kondisi klinis.
- d) Pemberian vitamin B6 dianjurkan pada pasien dengan keluhan neuropati yang menggunakan OAT isoniazid.

Sediaan dan Dosis Obat TBC SO

Program TBC menyediakan OAT dalam 2 (dua) bentuk, yaitu paket obat kombinasi dosis tetap (KDT) dan OAT kombipak/lepasan (jika tidak dapat menggunakan paduan OAT KDT). Dosis pemberian OAT disesuaikan berat badan pasien.

Tabel 2. 2 Dosis Pemberian OAT untuk TBC SO

Paduan	OAT	Dosis berdasarkan berat badan	Sediaan (mg)	Bentuk sediaan	25 - < 30 kg	30 - < 35 kg	35 - < 50 kg	50 - < 65 kg	≥ 65 kg
					Tablet				
6 bulan	KDT (HRZE)		75/150/400/275		2	3	4	4	5
	KDT (HR)		75/150	KDT	2	3	4	4	5
4 bulan	Isoniazid (H)	4 - 5 mg/kg	300	Lepasan	0,5	1	1	1	1,25
	Pirazinamid (Z)	20 - 30 mg/kg	400	Lepasan	2	3	4	4	5
	Pirazinamid (Z)	20 - 30 mg/kg	500	Lepasan	1,5	2,5	3	3	4
	Rifapentine (P)	Dosis tetap	150	Lepasan			8	8	8
	Rifapentine (P)	Dosis tetap	300	Lepasan			4	4	4
	Moksifloksasin (M)	Dosis tetap	400	Lepasan			1	1	1

Keterangan:

1 minggu pengobatan = 7 hari; 1 bulan pengobatan = 28 hari

Pemantauan Pengobatan TBC SO

- a) Semua pasien harus dipantau respons pengobatannya untuk mengetahui kemajuan klinis, identifikasi dan tata laksana efek samping obat, serta memantau kepatuhan pengobatan TBC.
- b) Pemantauan dilakukan berupa pemeriksaan klinis (termasuk berat badan), bakteriologis (sputum BTA) dan fototoraks. Apabila pasien sulit mengeluarkan dahak, maka pemantauan pada bulan ke-2, 1 bulan sebelum akhir pengobatan (AP) dan AP, dapat menggunakan spesimen dahak dengan kondisi apapun.

- c) Pemantauan pengobatan tidak diperkenankan menggunakan TCM
- d) Berat badan pasien harus dipantau setiap bulan dan dosis OAT disesuaikan dengan perubahan berat badan.
- e) Pemantauan bakteriologis (sputum BTA) pada kasus yang masih positif pada akhir tahap awal, dapat mengindikasikan beberapa hal berikut:
 - i. Kepatuhan pengobatan pasien yang buruk
 - ii. Kualitas OAT yang tidak standar
 - iii. Dosis OAT yang tidak sesuai
 - iv. Resolusi lambat pada pasien dengan kavitas besar, jumlah kuman yang banyak
 - v. Adanya penyakit komorbid yang mengganggu ketaatan pengobatan pasien atau respons terapi
 - vi. Terjadinya resistansi obat TBC sehingga tidak memberikan respons terhadap terapi OAT SO.
 - vii. Pemeriksaan dahak BTA untuk pemantauan pengobatan pada pasien TBC paru terkonfirmasi bakteriologis dilakukan pada akhir bulan ke-2, satu bulan sebelum akhir pengobatan, dan pada akhir pengobatan. Pada pasien yang tidak terkonfirmasi bakteriologis, skema pemeriksaan dahak pemantauan pengobatan sama dengan pasien terkonfirmasi bakteriologis.
 - viii. Pemantauan pengobatan TBC ekstra paru dilakukan dengan menilai respons klinis.

2) Pengobatan TBC Dewasa Resistan Obat (RO)

Tuberkulosis Resistan Obat (TBC RO) adalah penyakit karena *M. tuberculosis* yang resistan terhadap satu atau lebih obat anti TBC (OAT), yaitu TBC Monoresistan INH, TBC Resistan Rifampisin (RR), TBC Multi Drug Resistance (MDR), TBC Pre-

XDR, dan TBC XDR. Pengobatan dan manajemen terapi ODHIV dengan TBC RO dapat mengacu pada pedoman TBC untuk TBC RO yang secara umum terdiri dari paduan pengobatan TBC RO 6 bulan, paduan pengobatan TBC RO Oral 9 bulan, Paduan pengobatan TBC RO >18 bulan yang dapat diakses pada tautan <https://tbindonesia.or.id/>.

2. Pemberian ARV pada Pasien TBC HIV

ARV diberikan pada semua orang yang terdiagnosis HIV tanpa memandang stadium klinis dan nilai CD4. ARV harus diberikan pada hari yang sama atau selambat-lambatnya pada hari ke-7. Pada pasien TBC yang baru terdiagnosis HIV, ARV diberikan sesegera mungkin dalam 2 minggu pertama. Paduan pengobatan ARV yang digunakan pada pasien TBC HIV adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 3 Paduan Pengobatan ARV

Kondisi	Paduan Pilihan	Paduan Alternatif
Semua ODHIV dewasa dan remaja yang memulai ART	TDF+3TC+DTG	TDF+3TC+EFV ⁶⁰⁰ TDF+3TC+EFV ⁴⁰⁰
Koinfeksi TBC	TDF+3TC+EFV ⁶⁰⁰	TDF+3TC+DTG dengan penambahan 1 tablet DTG 50 mg dengan jarak 12jam

Pada pasien TBC dan mendapat rifampisin, maka DTG diberikan dosis ganda yaitu menambahkan dosis tambahan dengan jarak 12 jam. Pada pasien TBC yang mendapat rifampisin sebagai salah satu obat dalam OAT, pada ODHIV yang mendapatkan LPV/r, maka LPV/r diberikan dosis ganda dari dosis seharusnya yang terbagi dalam 2 kali pemberian.

Tabel 2. 4 Cara Pemberian ARV dan OAT

Status Pemberian ARV dan OAT	Cara Pemberian ARV dan OAT
Pasien sudah mendapatkan OAT sebelumnya	ARV langsung diberikan
Pasien belum mendapatkan OAT	Berikan OAT terlebih dahulu dan ARV segera diberikan selambatnya hari ke 14
Pasien sudah mendapatkan ARV	OAT langsung diberikan tanpa menghentikan ARV

Rekomendasi waktu inisiasi ODHIV yang terdiagnosis TBC RO
ART diberikan untuk semua pasien koinfeksi TBC RO dan HIV yang mendapatkan pengobatan TBC RO tanpa memandang jumlah CD4 sesegera mungkin (dalam waktu delapan minggu) setelah inisiasi dari OAT.

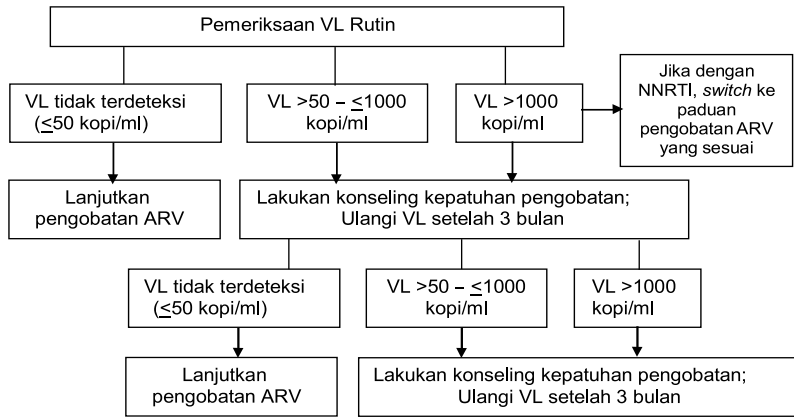
Pemantauan pengobatan ARV dilakukan secara berkala, hal yang dipantau adalah sebagai berikut:

- a. Pemantauan keberhasilan/ kegagalan pengobatan
- b. Pemantauan efek samping obat
- c. Pemantauan sindrom pulih imun
- d. Pemantauan interaksi obat

Pemantauan Keberhasilan Pengobatan

Standar emas untuk memantau keberhasilan pengobatan ARV adalah pemeriksaan jumlah virus atau *viral load* RNA HIV (VL). Karena itu pemeriksaan *viral load* harus dilakukan terhadap semua pasien yang menerima pengobatan ARV. Keberhasilan pengobatan ditandai dengan tidak terdeteksi virus pada pemeriksaan *viral load* mengikuti standar nilai *cut off* setiap mesin pemeriksaan *viral load*. Pemeriksaan *viral load* dilakukan pada bulan ke-6, ke-12, dan selanjutnya minimal setiap 1 tahun. Pada ODHIV yang menunjukkan VL > 1000 kopi/ml berturut2 setelah dilakukan intervensi kepatuhan berobat, pengobatan diganti dengan lini kedua ARV.

Gambar 2. 3 Alur Pengobatan ARV



Sumber : Permenkes 23 tahun 2022

Pemantauan Efek Samping Obat

Pemantauan efek samping obat dilakukan dengan cara anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium. Kunjungan klinik untuk pemantauan efek samping obat dimulai pada minggu ke-2 setelah pemberian ARV, dilanjutkan 1 bulan, 3 bulan kemudian dan selanjutnya tiap 3 bulan atau jika diperlukan.

Efek samping yang dapat dikenali melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik adalah reaksi alergi dan gangguan neuropsikiatri. Pada efek samping hipersensitivitas atau alergi, demam dapat sebagai penanda timbulnya reaksi alergi selain karena sebab lain. Jika terjadi demam pasien diminta datang ke klinik untuk dikaji, jika terbukti reaksi alergi maka dilakukan substitusi.

Efek samping (toksisitas) ARV dapat terjadi dalam beberapa minggu pertama setelah dimulai pengobatan namun, efek samping lainnya bisa juga muncul pada pemakaian pengobatan lama seperti pada tabel berikut:

Tabel 2. 5 Pemantauan Efek Samping ARV

Jenis ARV	Tipe Toksisitas	Faktor Risiko	Pilihan Substitusi
TDF	Disfungsi tubulus renalis Sindrom Fanconi	Sudah ada penyakit ginjal sebelumnya Usia lanjut IMT <18,5 atau BB <50kg pada dewasa DM tak terkontrol Hipertensi tak terkontrol Penggunaan bersama obat nefrotoksik lain atau boosted PI	Dewasa= AZT atau TDF disesuaikan dosis renal Anak = AZT atau ABC
	Menurunnya densitas mineral tulang	Riwayat osteomalasia dan fraktur patologis	
		Faktor risiko osteoporosis atau bone-loss lainnya Defisiensi vitamin D	
	Asidosis laktat atau hepatomegali dengan steatosis	Penggunaan nukleosida analog yang lama Obesitas Penyakit hati	
	Eksaserbasi hepatitis B (hepatic flares)	Jika TDF dihentikan karena toksisitas lainnya pada ko-infeksi hepatitis B	Gunakan alternatif obat hepatitis lainnya seperti entecavir
AZT	Anemia atau neutropenia berat	Anemia atau neutropenia sebelum mulai terapi Jumlah CD4 ≤ 200 sel/ μ L (dewasa)	Dewasa (sbg lini 2): AZT dosis rendah 2x250 ABC, atau rujuk ke layanan lebih tinggi Anak: ABC atau TDF (TDF jika usia >3 tahun)
	Intoleransi saluran cerna berat		
	Asidosis laktat atau hepatomegali dengan steatosis Miopati, lipotrofi atau lipodistrofi	IMT > 25 atau BB > 75 kg (dewasa) Penggunaan nukleosida analog yang lama	
EFV	Toksisitas SSP persisten (seperti mimpi buruk, depresi, kebingungan, halusinasi, psikosis)	Sudah ada gangguan mental atau depresi sebelumnya Penggunaan siang hari	Pertimbangkan penggunaan EFV dosis rendah (400 mg/hari) Jika pasien tidak dapat menoleransi EFV, gunakan DTG
	Kejang	Riwayat kejang	
	Hepatotoksisitas	Sudah ada penyakit liver sebelumnya Ko-infeksi VHB dan VHC	
	Hipersensitivitas obat Ginekomastia pada pria	Penggunaan bersama obat hepatotoksik lain	

Jenis ARV	Tipe Toksisitas	Faktor Risiko	Pilihan Substitusi
NVP	Hepatotoksisitas	Sudah ada penyakit liver sebelumnya	Substitusi dengan EFV600
		Ko-infeksi VHB dan VHC Penggunaan bersama obat hepatotoksik lain jumlah CD4 baseline tinggi, CD4 >250 sel/ μ L pada perempuan CD4 >400 sel/ μ L pada pria	atau EFV400, gunakan EFV400. Jika tidak dapat juga, gunakan DTG
	Hipersensitivitas obat	Faktor risiko tidak diketahui	
DTG	Gangguan neuropsikiatri	Usia tua, penggunaan bersama ABC, perempuan	Umumnya ringan dan membaik kemudian Terapi simptomatik
	Gastrointestinal		
	Hepatotoksisitas	Ko-infeksi VHC dan VHB	
	Hipersensitivitas obat	Belum diketahui	Substitusi dengan EFV (lini 1) atau LPV/r (lini 2)
	Penambahan berat badan		Tidak disubstitusi, tata laksana gizi dan latihan jasmani
LPV/r	Diare		simtomatik
	Sindrom metabolik, dislipidemia	Tidak diketahui	Tata laksana gizidan latihan jasmani, simtomatik
	Lipoatrofi		Rujuk
	EKG abnormal (PR dan QT interval prolongation, torsade de pointes)	Gangguan konduksi jantung Penggunaan bersama obat yang dapat memperpanjang interval PR lainnya	Stop obat lain yang memperpanjang interval PR
	Pemanjangan interval QT	Sindrom pemanjangan interval QT kongenital Hipokalemia Penggunaan bersama obat yang dapat	Stop obat lain yang memperpanjang interval PR
		memperpanjang interval QT lainnya	
	Hepatotoksisitas	Sudah ada penyakit hati sebelumnya Ko-infeksi VHB dan VHC Penggunaan bersama obat hepatotoksiklainnya	Rujuk

Pemantauan Sindrom Pulih Imun (SPI)

Sindrom Pulih Imun (SPI) atau *Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome* (IRIS) adalah suatu perburukan kondisi klinis akibat proses inflamasi terhadap antigen baik hidup atau mati setelah pemberian obat ARV dan pulihnya sistem imun. Menurut penelitian Surendra K. Sharma dan Manish Soneja (2011), insiden kejadian SPI berdasarkan hasil meta analisis sekitar 8-43%. Faktor yang berperan timbulnya SPI adalah nilai CD4 pada waktu memulai pengobatan ARV, semakin rendah nilai CD4 yang biasanya didapat pada pasien stadium 4 semakin tinggi kemungkinan terjadi SPI.

SPI terbagi menjadi 2 yaitu *unmasking* dan *paradoxical*. SPI *unmasking* terjadi jika sebelum pemberian ARV, penyakit infeksi oportunistik tidak ditemukan atau tidak terdiagnosis serta tidak mendapatkan pengobatan yang tepat. SPI *paradoxical* terjadi jika ditemukan IO dan telah mendapatkan pengobatan yang tepat.

Manifestasi SPI tergantung antigen (infeksius atau non-infeksius) yang menjadi pemicu. Pada waktu menegakkan diagnosis SPI perlu dicantumkan antigen penyebab seperti IRIS TBC, IRIS, PCP, dsb. Faktor risiko timbulnya SPI adalah rendahnya nilai CD4, tingginya viremia, cepatnya penurunan jumlah virus dalam darah dan adanya antigen pemicu.

Tata laksana jika timbul SPI adalah jangan menghentikan pengobatan ARV, dan pengobatan infeksi oportunistik yang ada atau baru timbul. Jika perlu dapat ditambah steroid jangka pendek, yaitu metil prednisolon 0,5–1 mg/kg BB/hari.

Pemantauan Interaksi Obat

ODHIV sering mengalami keadaan atau infeksi lain yang memerlukan terapi dengan obat-obatan atau zat lain bersamaan dengan obat ARV nya. Hal yang sering terjadi dan terlupakan adalah bahwa ada kemungkinan terjadinya interaksi antar obat atau zat yang digunakan yang bisa memberikan efek berupa perubahan kadar masing-masing obat atau zat dalam darah.

Secara definisi, Interaksi obat adalah perubahan (dalam kadar atau lamanya) aksi satu obat oleh karena adanya zat lain (termasuk obat, makanan, dan alkohol) sebelum atau bersamaan dengan obat tersebut. Interaksi obat dapat memberikan dampak buruk berupa kegagalan pengobatan karena dosis terapeutik yang suboptimal dan atau sebaliknya dapat terjadi efek yang menguntungkan. Lopinavir/ritonavir merupakan contoh interaksi obat yang menguntungkan dimana ritonavir digunakan untuk memperbaiki profile dari lopinavir. Secara umum, interaksi obat terjadi mulai dari tahap absorpsi, metabolisme di hati oleh sitokrom P450, ikatan protein dan ekskresi.

Pada pemakaian Dolutegravir (DTG), interaksi obat yang perlu diperhatikan adalah jika digunakan bersamaan dengan

- a. Antacid, hal ini akan menurunkan kadar DTG hingga 70%, jika terpaksa menggunakan maka DTG diberikan 5 jam setelah penggunaan antacid atau 2 jam sebelum penggunaan antacid
- b. Multivitamin, terdapat interaksi dengan mineral khususnya Al, Ca, MG, Fe hal ini akan menurunkan kadar DTG hingga 70%, jika terpaksa menggunakan maka DTG diberikan 5 jam setelah penggunaan multivitamin atau 2 jam sebelum penggunaan multivitamin

- c. Atenolol, hal ini akan meningkatkan kadar obat atenolol meningkat 80%, mulai atenolol dengan dosis yg lebih rendah
- d. Carbamazepin, hal ini akan menurunkan kadar DTG hingga 50%-70%, jika terpaksa digunakan bersamaan tambahkan dosis DTG 50 mg dengan dosis terpisah.

Tabel 2. 6 Interaksi antara ARV dan Rifampisin

ART	Rifampisin	Rifapentine
NRTIs	Tidak ada penyesuaian dosis	Tidak ada penyesuaian dosis
DTG	tambahan dosis 50 mg DTG setelah 12 jam	Tidak ada penyesuaian dosis
EFV (pilihan utama)	Tidak ada penyesuaian dosis	Tidak ada penyesuaian dosis
NVP	Tidak boleh diberikan bersama Rifampisin	Tidak ada perubahan
Lopinavir/Ritonavir	Dosis lopinavir/ritonavir yang lebih tinggi (400/400 mg dua kali sehari) digunakan tetapi risiko toksisitas hati dan gastrointestinal meningkat	Dosis lopinavir/ritonavir yang lebih tinggi (400/400 mg dua kali sehari) digunakan tetapi risiko toksisitas hati dan gastrointestinal meningkat

3. Pengobatan Pencegahan Kotrimoksazol (PPK) pada Pasien TBC HIV

Beberapa IO pada ODHIV dapat dicegah dengan pemberian pengobatan profilaksis. Semua pasien TBC dengan HIV positif yang berada dalam stadium klinis 3 atau 4, merupakan indikasi untuk diberikan PPK. Penelitian menunjukkan bahwa sulphametoxazole mempunyai kemampuan in vitro bakteriostatik terhadap *Mycobacterium tuberculosis*, sehingga besar sekali manfaat pemberian PPK pada kasus TBC HIV.

Selain TBC, penyakit oportunistik yang risikonya dapat dicegah dengan PPK antara lain:

- a. Pneumonia Pneumocystis (PCP) dulu disebut Pneumocystis carinii pneumonia sekarang disebut Pneumonia Pneumocystis Jirovecii.
- b. Abses otak toksoplasmosis
- c. Pneumonia yang disebabkan oleh *S. pneumoniae*.
- d. *Isospora belli*
- e. *Salmonella sp*
- f. Malaria

Terdapat dua macam pengobatan pencegahan yaitu profilaksis primer dan profilaksis sekunder.

- a. Profilaksis primer adalah pemberian pengobatan pencegahan untuk mencegah suatu infeksi yang belum pernah diderita.
- b. Profilaksis sekunder adalah pemberian pengobatan pencegahan yang ditujukan untuk mencegah berulangnya suatu infeksi yang pernah diderita sebelumnya

Pengobatan Pencegahan Kotrimoksazol (PPK) dapat menurunkan angka kematian dan kesakitan pada ODHIV. Hal tersebut dikaitkan dengan penurunan insidens infeksi oportunistik. PPK diberikan 1x960mg/hari pada dewasa, sementara pada anak diberikan dengan dosis trimethoprim 4-6mg/kg BB/hari. Pemantauan dilakukan melalui penilaian klinis setiap 3 bulan.

PPK diberikan pada semua ODHIV dengan stadium klinis 3 dan 4 dan/atau jika nilai CD4 <200 sel/mm³ (pasien AIDS), diberikan sampai dengan CD4>200 dua kali berturut-turut dengan interval 6 bulan atau selama 2 tahun pada tempat yang tidak mempunyai pemeriksaan CD4. PPK diberikan secara rutin pada ODHIV dengan TBC aktif tanpa melihat jumlah CD4. Apabila pengobatan OAT selesai dan nilai CD4 >200 sel/ μ L, maka PPK dapat dihentikan,

tetapi apabila $CD4 < 200$ sel/ μ L, maka PPK dapat diteruskan dengan dosis yang sama. PPK diberikan kepada seluruh bayi lahir dari ibu terinfeksi HIV sejak usia 6 minggu sampai terbukti tidak terinfeksi HIV dengan pemeriksaan diagnostik yang sesuai dengan usia.

4. Pemberian Kortikosteroid pada Pasien TBC HIV

Pada ODHIV, pemberian kortikosteroid sebaiknya ditambahkan pada TBC meningitis dan perikarditis dan peritonitis di mana pemberiannya diharapkan dilakukan secepatnya. Rekomendasi kortikosteroid yang digunakan adalah metil prednisolone 0,5 - 1 mg/kgBB/ hari terbagi dalam 3 dosis selama 2 - 4 minggu lalu dilakukan tapering -off tautan <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6293474/>.

C. Pengendalian Penyakit Infeksi (PPI) TBC pada ODHIV

Tidak ada pencegahan universal khusus pada ODHIV yang datang ke poliklinik HIV. Pasien TBC yang berkunjung ke poliklinik TBC dianjurkan untuk menggunakan masker dan dibuatkan jalur khusus antri untuk ODHIV terduga TBC. Di tingkat fasilitas, langkah-langkah untuk mengurangi penularan TBC mencakup pengendalian administrasi, lingkungan, dan Alat Pelindung Diri (APD). TBC ditularkan melalui udara, sehingga untuk tata laksana PPI spesifik TBC dapat mengacu pada petunjuk teknis PPI TBC.

BAB III

OPERASIONAL PELAKSANAAN KOLABORASI TBC HIV

Perjalanan alamiah HIV dan data lainnya menunjukkan bahwa infeksi HIV meningkatkan angka kesakitan TBC secara signifikan dan sebaliknya TBC terbukti merupakan penyakit infeksi oportunistik terbesar pada ODHIV yang dapat dicegah. Pedoman WHO dan bukti lainnya menggarisbawahi pentingnya kolaborasi yang efektif untuk program TBC dan HIV. Pada tingkat nasional, kolaborasi berjalan cukup baik akan tetapi pelaksanaan kolaborasi pada tingkat kabupaten/kota dan khususnya pada tingkat layanan berdasarkan data cakupan belum menunjukkan hasil yang memadai setelah upaya kolaborasi yang dijalankan sejak tahun 2008. Inisiatif dan kegiatan kolaborasi TBC HIV telah diluncurkan dan dilakukan, akan tetapi data cakupan pasien TBC mengetahui status HIV, pemberian ART pada pasien TBC, pemberian TPT, dan pemberian PPK belum mencapai target jika dibandingkan dengan upaya yang telah dilakukan.

Program TBC dan HIV baik di pusat dan daerah merupakan program yang dijalankan secara vertikal hingga tingkat kabupaten/kota oleh penanggung jawab program dengan pembiayaan, daerah prioritas serta pencapaian yang berbeda. Terdapat pula perbedaan jumlah layanan yang menjalankan program TBC dan HIV dimana jumlah layanan pengobatan TBC lebih banyak dibandingkan dengan jumlah layanan HIV yang mampu memberikan pengobatan ARV. Perjalanan alamiah kedua penyakit ini menunjukkan perlunya upaya penanganan TBC dan HIV bersamaan guna menurunkan beban TBC pada ODHIV dan menurunkan beban HIV pada pasien TBC.

Tantangan pelaksanaan kolaborasi TBC HIV terkait dengan sistem kesehatan nasional diantaranya adalah pembiayaan yang berbeda, sistem rujukan, sistem logistik, sistem pencatatan pelaporan dan khususnya pada poliklinik ditingkat rumah sakit, sistem poliklinik TBC dan HIV memang terpisah walau dalam satu gedung serta keterbatasan sumber daya manusia yang ada. Desentralisasi sistem pemerintahan menambah tantangan dalam implementasi kolaborasi TBC HIV dan berjalannya *one stop service*.

A. Pengorganisasian Kolaborasi TBC HIV

Kolaborasi TBC HIV dilakukan pada semua level pemerintahan dari tingkat nasional hingga kabupaten/kota dan layanan dengan melibatkan komunitas. Ketiga pihak akan menggunakan indikator keberhasilan yang sama yang ditetapkan oleh pemerintah.

1. Pusat

Pemerintah pusat dalam kolaborasi ini mempunyai peran sebagai berikut:

- a. Mengembangkan strategi TBC HIV berdasarkan kebijakan nasional.
- b. Menetapkan target untuk provinsi atau kabupaten/kota tersebut.
- c. Menyusun rencana strategis nasional dan rencana kerja.
- d. Menyusun panduan dan bahan pelatihan.
- e. Memobilisasi sumber daya, dana, dan peningkatan kapasitas.
- f. Memonitor dan mengevaluasi kegiatan sesuai dengan indikator yang telah ditetapkan.
- g. Menyediakan kebutuhan logistik untuk kegiatan kolaborasi TBC HIV sesuai dengan kebutuhan dan permintaan provinsi.
- h. Melakukan koordinasi dan kolaborasi lintas sektor terkait TBC HIV di level pusat.

2. Provinsi

Pemerintah provinsi dalam kolaborasi ini mempunyai peran sebagai berikut:

- a. Melakukan pembinaan pada kabupaten/kota dalam melaksanakan kegiatan kolaborasi TBC HIV sesuai dengan pedoman.
- b. Menetapkan target untuk kabupaten/kota.
- c. Menyusun rencana strategis.
- d. Memonitor dan mengevaluasi kegiatan yang dilakukan oleh kabupaten/kota.
- e. Menyediakan kebutuhan logistik untuk kegiatan kolaborasi TBC HIV sesuai dengan kebutuhan dan permintaan kabupaten/kota.
- f. Melakukan koordinasi dan kolaborasi lintas sektor terkait TBC HIV di level provinsi.

3. Kabupaten/Kota

Pemerintah kabupaten/kota dalam kolaborasi ini mempunyai peran sebagai berikut:

- a. Melakukan pembinaan kepada fasyankes dalam melaksanakan kegiatan kolaborasi TBC HIV sesuai dengan pedoman.
- b. Menetapkan target untuk fasyankes.
- c. Menyusun rencana kerja.
- d. Menentukan penanggungjawab setiap kegiatan.
- e. Meningkatkan jumlah dan kemampuan SDM sesuai kebutuhan.
- f. Memonitor dan mengevaluasi kegiatan yang dilakukan oleh fasyankes.
- g. Mengkoordinasikan komunitas untuk bekerja sama dengan fasyankes.
- h. Menyediakan kebutuhan logistik untuk kegiatan kolaborasi TBC HIV sesuai dengan kebutuhan dan permintaan fasyankes.
- i. Melakukan koordinasi dan kolaborasi lintas sektor terkait TBC HIV di level kabupaten/kota

Melihat bahwa tantangan dalam kolaborasi TBC HIV terbesar adalah pada tingkat pelaksanaan, maka petunjuk teknis ini lebih membahas terkait organisasi pelaksana pada tingkat kabupaten/kota dan fasyankes termasuk fasyankes swasta. Organisasi pelaksana kolaborasi TBC HIV adalah dinas kesehatan kabupaten/kota, puskesmas, rumah sakit daerah, fasyankes swasta dan komunitas.

Pelaksanaan kolaborasi TBC HIV ditekankan pada:

1. Skrining TBC pada ODHIV
2. Pemberian TPT pada ODHIV dengan hasil skrining TBC negatif
3. Pemberian OAT pada ODHIV yang terdiagnosis TBC
4. Tes HIV pada pasien TBC
5. Pemberian akses pengobatan ARV dan PPK pada pasien TBC HIV

Pada tingkat puskesmas koordinator dari kolaborasi ini adalah :

1. Melakukan koordinasi antara penanggung jawab kluster TBC dan penanggung jawab kluster HIV untuk melakukan kolaborasi pelayanan TBC dan HIV.
2. Memastikan kegiatan skrining TBC, tes HIV, pemberian ARV, pemberian OAT, pemberian TPT, dan PPK dilakukan oleh semua kluster terkait.
3. Memastikan ketersediaan logistik obat ARV, OAT, Kotrimoksazol, TPT, reagen dan bahan habis pakai tersedia di puskesmas.
4. Melakukan perhitungan dan permintaan logistik obat TPT, ARV, OAT, PPK, reagen dan bahan habis pakai tersedia di puskesmas ke dinas kabupaten/kota.
5. Memastikan formulir laporan TBC dan HIV tersedia di puskesmas.
6. Memastikan kelengkapan dan ketepatan waktu pencatatan dan pelaporan pada SITB dan SIHA.

7. Memastikan komunitas yang memberikan pendampingan ODHIV melakukan skrining TBC dengan menggunakan 4 pertanyaan dan 1 tanda gejala serta memastikan ODHIV mendapatkan TPT, ARV, OAT dan PPK.
8. Memantau cakupan pemberian TPT, ARV, OAT, dan PPK pada pasien TBC HIV.

Pada tingkat rumah sakit, koordinator ditunjuk oleh direktur rumah sakit dengan tugas sebagai berikut:

1. Melakukan koordinasi antara poliklinik TBC dan HIV untuk melakukan kolaborasi pelayanan TBC dan HIV.
2. Memastikan ketersediaan logistik obat TPT, ARV, OAT, Kotrimoksazol, reagen dan bahan habis pakai tersedia di rumah sakit.
3. Memastikan penanggung jawab poliklinik TBC dan HIV melakukan kegiatan skrining TBC dan HIV, pemberian ARV, TPT, OAT, dan PPK.
4. Melakukan perhitungan dan permintaan logistik obat TPT, ARV, OAT, PPK, reagen dan bahan habis pakai tersedia di rumah sakit ke dinas kabupaten/kota.
5. Memastikan fomulir laporan TBC dan HIV terdapat di rumah sakit.
6. Memastikan kelengkapan dan ketepatan waktu pencatatan dan pelaporan pada SITB dan SIHA.
7. Memantau cakupan pemberian TPT, ARV, OAT, dan PPK pada pasien TBC HIV.
8. Memastikan komunitas yang memberikan pendampingan pada ODHIV melakukan skrining TBC dengan menggunakan lima pertanyaan (4 gejala dan 1 tanda) serta memastikan ODHIV mendapatkan TPT, ARV, OAT, dan PPK.

Pada tingkat dinas kesehatan kabupaten/kota fungsi koordinasi dilakukan oleh kepala bidang P2P yang mengkoordinasikan penanggung jawab program TBC dan HIV dengan tugas sebagai berikut:

1. Membuat perencanaan dan implementasi *one stop services*.
2. Mengembangkan dan memastikan jejaring rujukan dalam rangka kolaborasi TBC HIV tersedia dan berjalan.
3. Memastikan semua fasyankes menjalankan kolaborasi TBC HIV.
4. Melakukan analisa permintaan dan perhitungan logistik seperti obat TPT, ARV, OAT, PPK, reagen dan bahan habis sesuai dengan kebutuhan.
5. Melakukan permintaan logistik sesuai dengan kebutuhan secara berjenjang ke dinas kesehatan provinsi.
6. Melakukan relokasi logistik jika diperlukan.
7. Memastikan ketersediaan logistik tersedia di wilayah sesuai kebutuhan.
8. Memastikan formulir laporan tersedia untuk semua fasyankes.
9. Melakukan validasi data antara SITB dan SIHA.
10. Memastikan komunitas mendukung kolaborasi TBC HIV dengan menggunakan indikator keberhasilan yang sama.

B. Peran Komunitas dalam Kolaborasi TBC HIV

Komunitas merupakan bagian pelaksana dalam pelaksanaan kolaborasi TBC HIV dan mempunyai indikator keberhasilan yang sama dengan fasyankes dalam upaya meningkatkan cakupan pengobatan ARV pada pasien TBC HIV dan pemberian TPT sesuai dengan indikator yang telah ditetapkan dalam RAN TB-HIV. Saat ini terdapat komunitas yang bergerak untuk mendukung program TBC dan komunitas yang bergerak untuk mendukung program HIV. Kedua komunitas tersebut bergerak dan bekerja di masyarakat dan layanan kesehatan. Komunitas bekerja sama dengan fasyankes dalam upaya penemuan kasus, merujuk ke layanan untuk mendapatkan tindak lanjut diagnosis, dan pengobatan serta melakukan pendampingan pengobatan dalam waktu tertentu.

Peran komunitas yang bergerak untuk mendukung program TBC dan bekerja di poliklinik TBC adalah sebagai berikut:

1. Memberikan edukasi dan motivasi kepada pasien dan keluarganya tentang pencegahan dan pengobatan TBC dan HIV.
2. Memastikan bahwa pasien TBC mendapatkan bantuan untuk akses *testing* HIV.
3. Menjelaskan makna diagnosis positif HIV kepada penderita TBC serta memberikan informasi singkat tentang pengobatan HIV yang akan didapat di layanan HIV.
4. Memastikan pasien TBC yang terdiagnosis HIV untuk mengakses layanan ARV.
5. Memberikan opsi kepada pasien TBC yang terdiagnosis HIV untuk didampingi oleh komunitas yang bekerja mendukung program HIV.
6. Menjelaskan secara singkat tentang pengobatan OAT pada ODHIV yang dirujuk oleh komunitas HIV.
7. Mengantar ODHIV yang dirujuk oleh poli HIV untuk mendapatkan akses pengobatan OAT
8. Mendampingi dan memberikan dukungan selama pengobatan OAT.
9. Melakukan pencatatan dan validasi secara rutin dengan fasyankes serta melakukan pelaporan secara berjenjang dari internal komunitas ke fasyankes, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, dan pusat.

Peran komunitas yang bergerak untuk mendukung program HIV dan bekerja di poliklinik HIV adalah sebagai berikut:

1. Memberikan penjelasan mengenai HIV kepada pasien TBC terdiagnosis HIV yang dirujuk oleh komunitas TBC.
2. Menjelaskan secara singkat makna diagnosis positif HIV serta memberikan ilustrasi rencana pengobatan ARV.
3. Memastikan pasien mendapatkan pengobatan ARV serta memberikan dukungan jika pasien membutuhkan dalam waktu tertentu.

4. Membantu kepatuhan minum obat dalam waktu tertentu.
5. Menjelaskan kaitan TBC dan HIV, melakukan skrining TBC dengan 4 pertanyaan dan 1 tanda gejala serta merujuk kepada dokter di poli HIV apapun hasil skrining.
6. Memastikan ODHIV yang tidak terdapat penyakit TBC mendapatkan TPT.
7. Membantu merujuk ODHIV yang terdiagnosis TBC untuk mendapatkan pengobatan OAT di poli TBC.
8. Memberikan opsi untuk didampingi komunitas TBC jika pasien membutuhkan.

C. Manajemen Pelaksanaan Kolaborasi TBC HIV

Tujuan utama kolaborasi TBC HIV adalah menyediakan paket komprehensif yang meliputi skrining TBC, tes HIV, pengobatan ARV, pengobatan OAT, monitoring pengobatan ARV dan OAT serta dukungan dan skrining lain yang terkait seperti PPK. Konsep diatas didasarkan adanya keterkaitan antara TBC dan HIV, dimana penderita HIV karena kerusakan sistem imun menyebabkan mereka rentan terhadap TBC sehingga *one stop service* dibangun untuk memastikan agar ODHIV juga mendapatkan layanan skrining TBC dan pemberian TPT bagi yang tidak mempunyai penyakit TBC atau terbukti terinfeksi TBC dan mendapatkan rujukan ke layanan TBC untuk mendapatkan OAT jika terdiagnosis TBC.

Bentuk ideal dari kolaborasi TBC HIV adalah pada masing-masing poliklinik layanan bisa memberikan layanan untuk TBC dan HIV dalam waktu dan tempat layanan yang sama, akan tetapi ada beberapa hal yang menjadi tantangan untuk menjalankan bentuk ideal, yaitu:

1. Sistem pencatatan dan pelaporan yang berbeda antara program TBC dan HIV sehingga akan memberikan beban tambahan untuk pencatatan dan pelaporan bagi masing masing poliklinik layanan yang mengimplementasikan layanan kolaborasi.

2. Khususnya pada rumah sakit, sistem layanan antara TBC dan HIV sudah terbentuk dan terpisah (terdapat 2 poliklinik berbeda) sehingga mungkin tidak efektif dan efisien serta membutuhkan tambahan sumber daya jika masing-masing layanan dibangun untuk bisa melakukan kegiatan TBC HIV.
3. Jumlah layanan TBC lebih banyak daripada layanan HIV sehingga pada tempat yang hanya mempunyai layanan TBC saja akan mempunyai kemungkinan kehilangan pasien jika harus dirujuk ke poliklinik HIV di fasyankes yang berbeda.
4. Sistem logistik yang berbeda antara program TBC dan HIV.
5. Pertimbangan penularan TBC pada ODHIV.

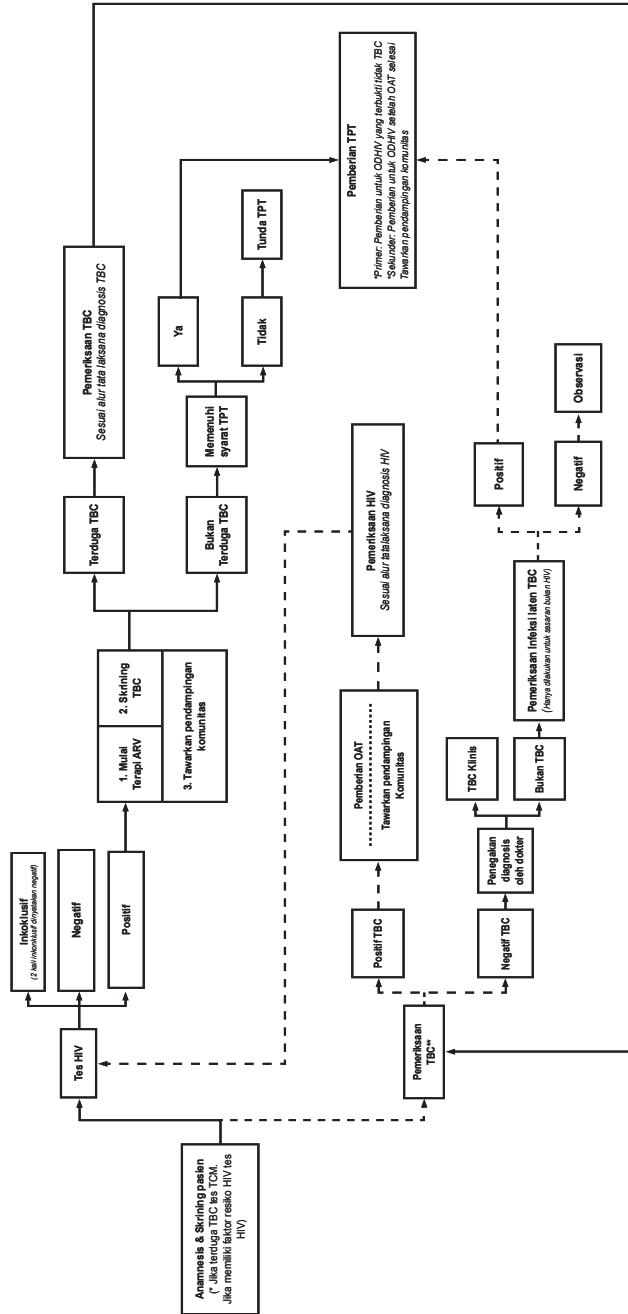
Terdapat beberapa skenario *one stop service* TBC HIV yang dapat terjadi dalam pelaksanaannya, yaitu

1. Layanan TBC dan HIV dalam satu ruangan (poliklinik) di fasyankes
2. Layanan TBC dan HIV pada poliklinik berbeda di satu fasyankes
3. Fasyankes yang mampu menyediakan poliklinik TBC atau HIV saja

Pada tempat dimana layanan TBC dan HIV berada dalam satu fasyankes tetapi berbeda poliklinik, maka bentuk kolaborasi TBC HIV dilakukan hingga memulai pengobatan ARV pada poliklinik TBC dan memulai pengobatan OAT pada poliklinik HIV lalu memberikan surat rujukan pada masing-masing poliklinik untuk selanjutnya ditindaklanjuti dan dicatat serta dilaporkan oleh masing-masing poliklinik. Komunitas terlibat dalam upaya skrining, rujukan, dan memastikan masing-masing pasien mendapatkan pengobatan OAT dan ARV. Pada layanan dengan infrastruktur terbatas dimana layanan TBC dan HIV berada pada satu fasyankes dan satu poliklinik, untuk menghindari penularan TBC pada ODHIV maka layanan TBC dan HIV tidak dilakukan pada hari yang sama. Pada layanan yang tersedia layanan TBC tapi tidak tersedia layanan HIV maka pemberian ARV dirujuk dan dilakukan oleh layanan HIV. Beberapa model untuk *one stop service* dapat digambarkan sebagai berikut:

1. Layanan TBC dan HIV dalam Satu Ruang (poliklinik) di Fasyankes

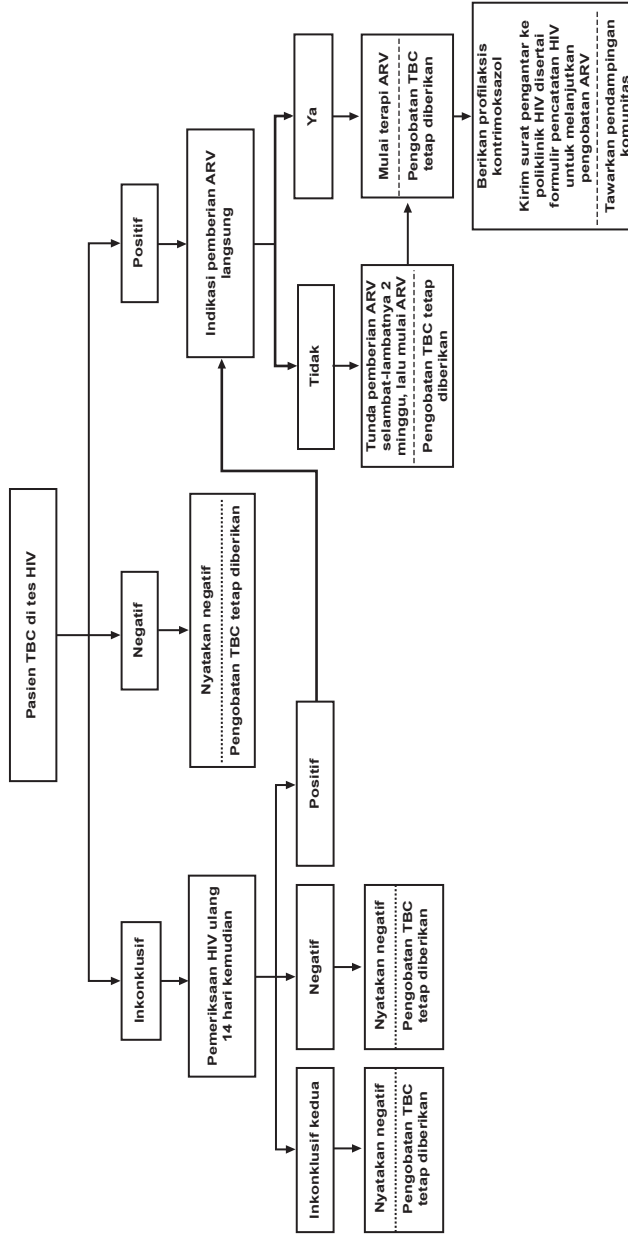
Gambar 3. 1 Alur Layanan TBC dan HIV dalam Satu Ruang (Poliklinik) di Fasyankes



Keterangan:
- Untuk ODHV
- Sesuai alur tata laksana diagnosis TBC. Bila diperlukan & tersedia dilakukan pemeriksaan LF-LAM bila AHD

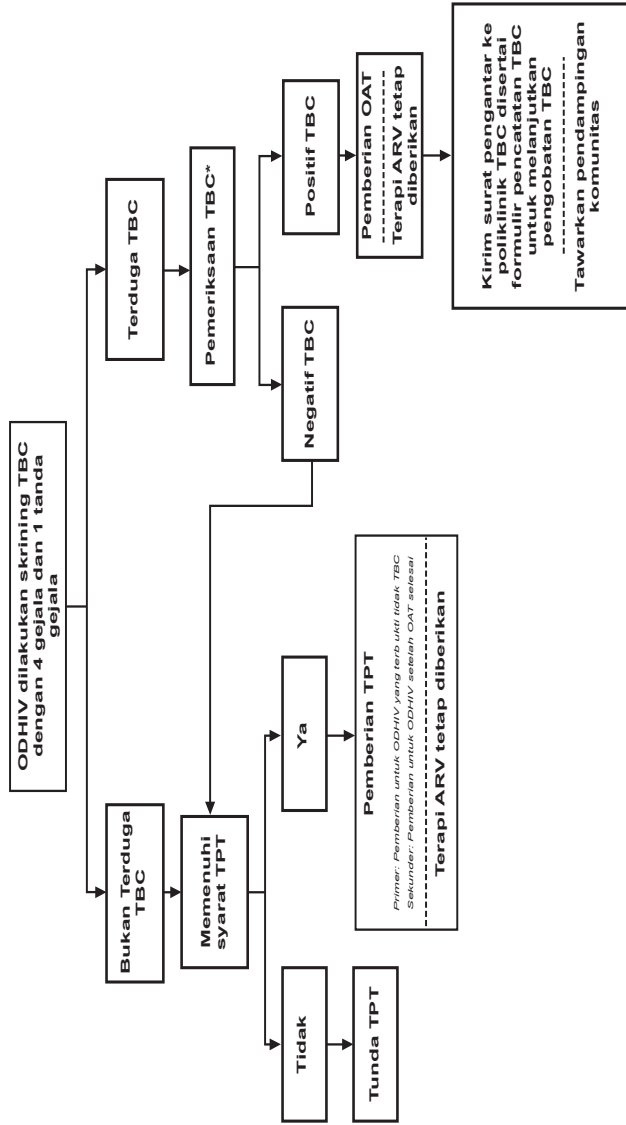
2. Layanan TBC dan HIV pada Poliklinik Berbeda di Satu Fasyankes
 a. Layanan di Poliklinik TBC

Gambar 3. 2 Alur Layanan di Poliklinik TBC untuk Model Layanan TBC dan HIV pada Poliklinik Berbeda di Satu Fasyankes



b. Layanan di Poliklinik HIV

Gambar 3.3 Alur Layanan di Poliklinik HIV untuk Model Layanan TBC dan HIV pada Poliklinik Berbeda di Satu Fasyankes

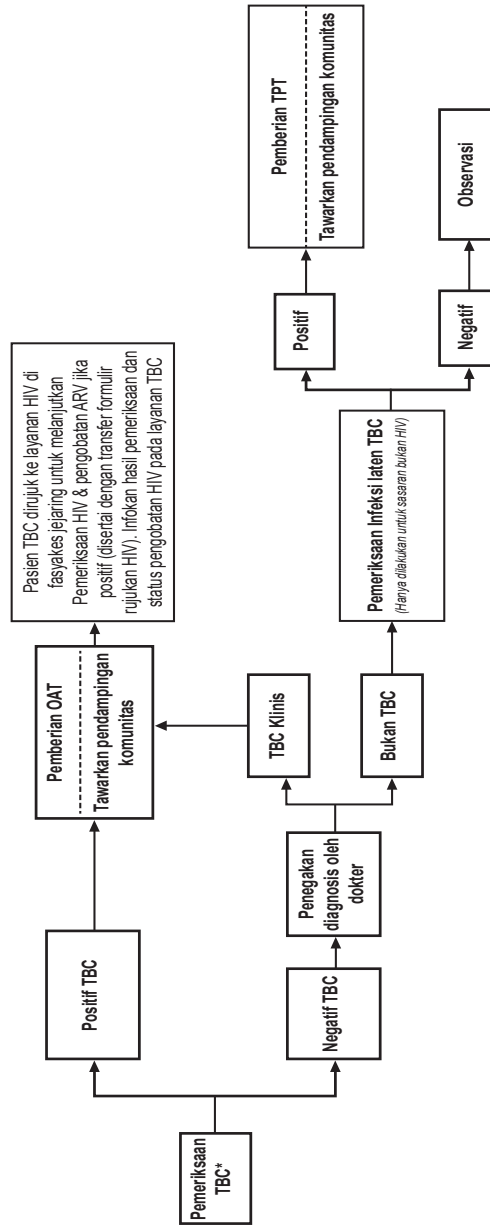


Keterangan:

* Sesuai alur tata laksana diagnosa TBC. Bila diperlukan & tersedia dilakukan pemeriksaan LF-LAM bila AHD

3. Fasyankes yang Mampu Menyediakan Poliklinik TBC atau HIV saja
 a. Alur layanan TBC HIV pada Fasyankes yang Hanya Memiliki Layanan TBC

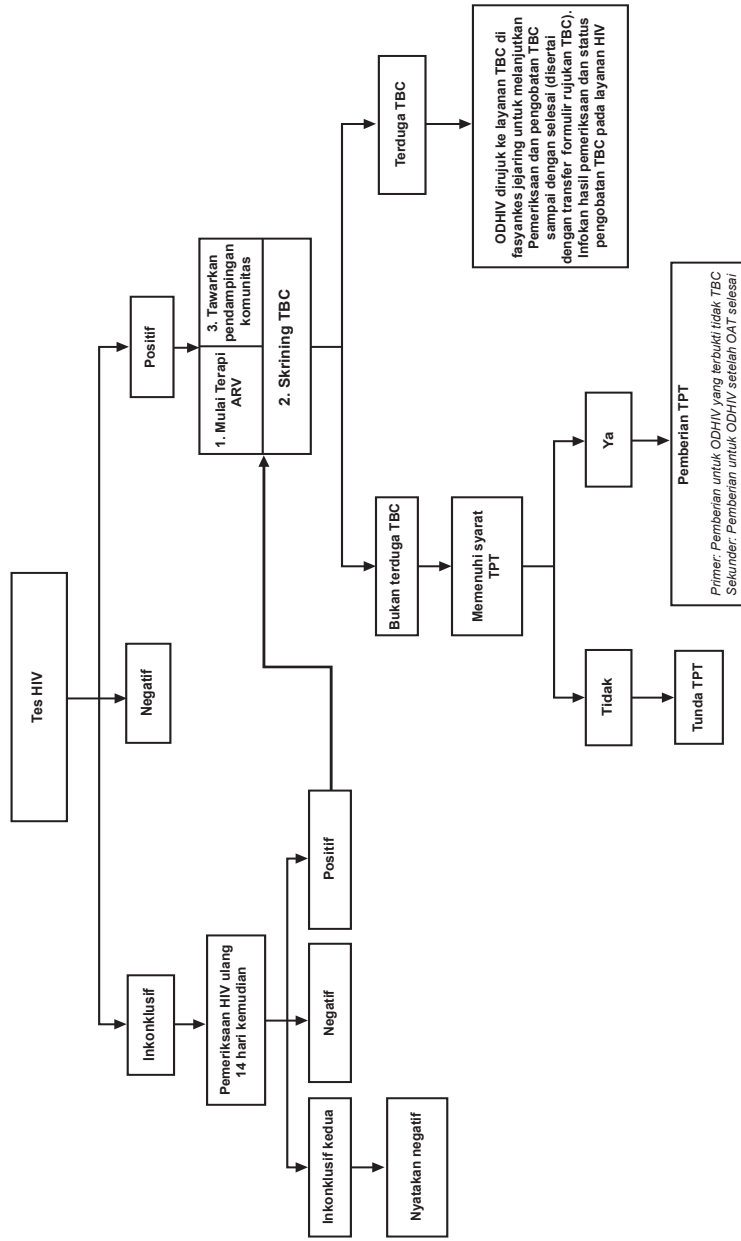
Gambar 3. 4 Alur layanan TBC HIV pada Fasyankes yang Hanya Memiliki Layanan TBC



Keterangan:
 *Sesuai alur tatalaksana diagnosa TBC. Bila diperlukan & tersedia dilakukan pemeriksaan L-F-LAM bila AHD

b. Alur layanan TBC HIV pada Fasyankes yang Hanya Memiliki Layanan HIV

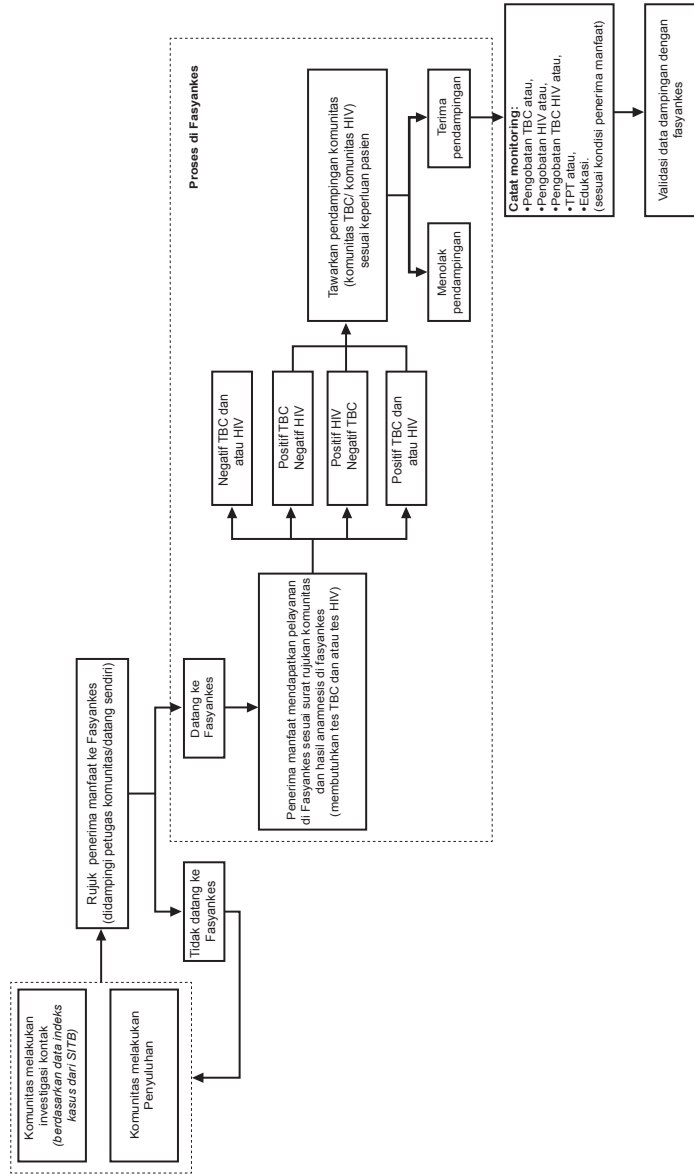
Gambar 3. 5 Alur layanan TBC HIV pada Fasyankes yang Hanya Memiliki Layanan HIV



4. Alur Layanan TBC HIV yang Dilakukan oleh Komunitas

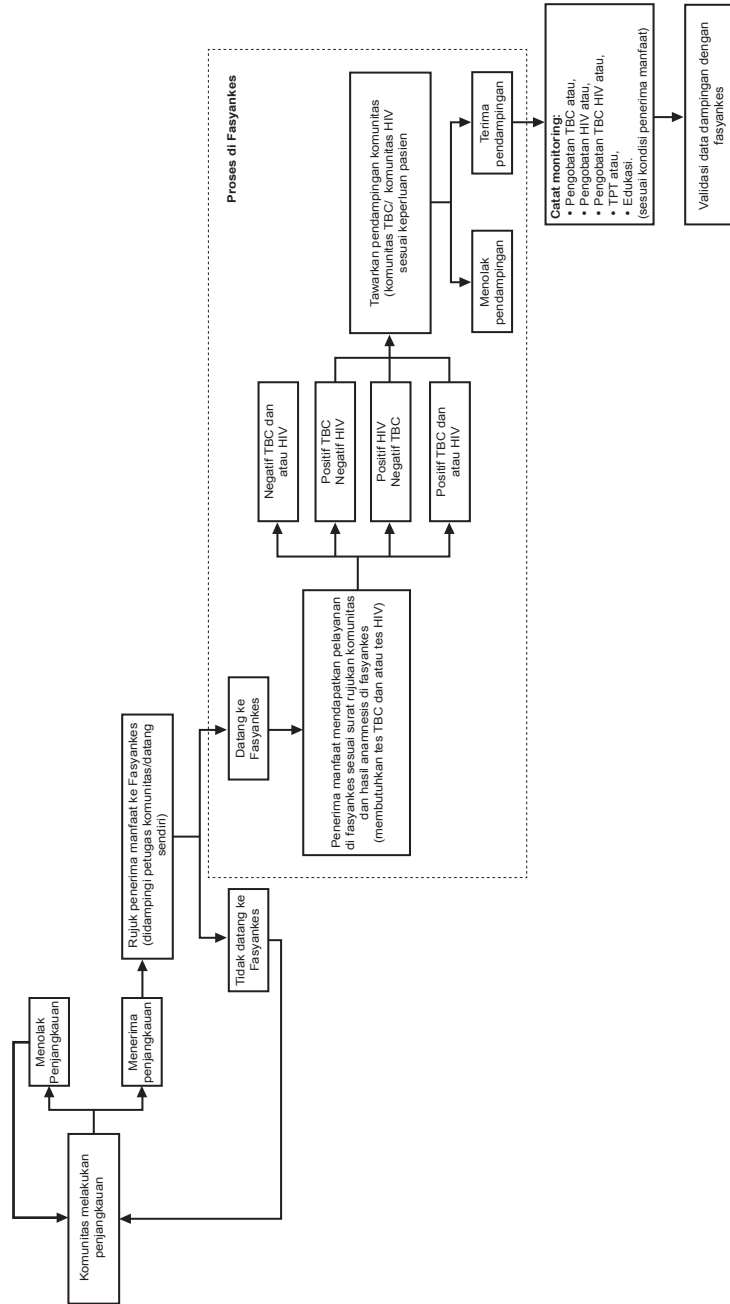
a. Komunitas TBC

Gambar 3. 6 Alur Layanan TBC HIV yang Dilakukan oleh Komunitas TBC



b. Komunitas HIV

Gambar 3. 7 Alur Layanan TBC HIV yang Dilakukan oleh Komunitas HIV



BAB IV

LOGISTIK

Rantai pasok komoditas kesehatan merupakan elemen penting dalam rangkaian sistem kesehatan nasional dalam upaya untuk mencegah, mendeteksi serta memberikan respon adekuat terhadap isu di kesehatan masyarakat. Salah satu hal yang direkomendasikan dalam TB Joint External Monitoring Mission (JEMM) adalah penguatan rantai pasok khususnya keberadaan obat yang digunakan untuk pencegahan TBC.

Rantai pasok yang berpusat pada pasien menekankan pasien mempunyai akses terhadap obat yang berkualitas pada saat dibutuhkan dan terjangkau. Informasi terkait pengertian terhadap tren penyakit, pola konsumsi obat serta perilaku pasien dalam upaya mencari pertolongan menjadi unsur penting dalam menjalankan manajemen rantai pasok yang efektif.

Siklus pengelolaan logistik meliputi perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian dan penggunaan, serta adanya sistem manajemen pendukung. Koordinasi efektif antara tim perencanaan dan penanggung jawab kefarmasian wajib dilakukan untuk mencegah keterlambatan suplai logistik obat dan komoditas kesehatan lainnya.

Dalam konteks kolaborasi TBC HIV, pengelolaan logistik yang diperlukan untuk mendukung implementasi layanan TBC HIV terpadu meliputi alat diagnostik TBC, alat diagnostik HIV, OAT, ARV, TPT, Kotrimoksazol serta bahan habis pakai lainnya.

Logistik untuk keperluan TBC HIV mengikuti sistem logistik baku Kementerian Kesehatan yang dilakukan berjenjang, dimana provinsi dan

kabupaten/kota wajib menyediakan biaya distribusi untuk diteruskan hingga tingkat fasyankes dan diberikan kepada pasien.

Pendanaan untuk siklus pengelolaan obat dan komoditas kesehatan untuk TBC HIV disediakan melalui dana pusat dan daerah. Saat ini, khususnya obat untuk TPT dilakukan satu pintu melalui Satuan Kerja P2PM Kementerian Kesehatan.

Pada tingkat fasyankes, penggunaan logistik farmasi untuk penanggulangan TBC sesuai dengan konsep kolaborasi TBC HIV mengacu kepada peraturan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 246/PMK.06/2014 tentang Tata Cara Pelaksanaan Penggunaan Barang Milik Negara dirubah dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 87 /Pmk.06/2016 Tentang Perubahan Nomor 87 /PMK.06/2016 Tata Cara Pelaksanaan Penggunaan Barang Milik Negara dirubah dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 76 /PMK.06/2019 Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 246/PMK.06/2014 tentang Tata Cara Pelaksanaan Penggunaan Barang Milik Negara.

Dukungan pendanaan daerah diperuntukan untuk hal sebagai berikut: distribusi obat dan komoditas kesehatan lainnya hingga obat diterima pasien, penyediaan bahan habis pakai, jasa media, pergudangan yang memadai, obat TPT, alat dan bahan habis pakai diagnosis TBC, reagent diagnostic HIV, format laporan, bahan habis pakai lainnya.

A. Jenis Logistik Pendukung Program TBC dan HIV

Tabel 4. 1 Jenis Logistik Pendukung Program TBC dan HIV

Jenis Logistik	Program HIV AIDS dan PIMS		Program TBC	
	Pemerintah Pusat	Pemerintah Daerah	Pemerintah Pusat	Pemerintah Daerah
Obat				
ARV	√	-	-	-
Obat Anti TBC (OAT)	-	-	√	-
3HP (Program HIV hanya menyediakan untuk pasien dewasa atau sekitar 97% dari ODHIV on ART)	√	-	√	-
Kotrimoksasol	√	√	-	-
INH 300	√	√	√	√
INH 100	-	-	√	√
Alat dan Bahan Diagnostik				
Alat Tes Cepat Molekuler (TCM)	√	√	√	√
Catridge Tes Cepat Molekuler (TCM)	√	√	√	√
Reagensia, Pot Dahak, Kaca sediaan, dll	-	√	√	√
Sarana pemeriksaan Rapid test HIV	√	√	-	-
Sarana pemeriksaan ELISA	√	√	-	-
Bahan KIE				

Jenis Logistik	Program HIV AIDS dan PIMS		Program TBC	
	Pemerintah Pusat	Pemerintah Daerah	Pemerintah Pusat	Pemerintah Daerah
Materi Poster, <i>leaflet</i> dan lembar balik serta materi KIE lainnya	√	√	√	√
Poster, <i>leaflet</i> dan lembar balik serta media KIE lainnya	√	√	√	√
Pengelolaan Logistik				
Gudang sesuai standart pengelolaan jenis logistik	√	√	√	√
Biaya Distribusi	√	√	√	√

B. Penghitungan Kebutuhan Logistik

Tabel 4. 2 Penghitungan Kebutuhan Logistik

Jenis Logistik	Satuan	Asumsi	Penghitungan Kebutuhan
ARV	Tablet	<ul style="list-style-type: none"> - Target - <i>Historical data</i> - Kebijakan terkini 	Kecenderungan paduan 6 bulan terakhir yang akan menghasilkan trend kecenderungan paduan sampai dengan 2 tahun ke depan, disesuaikan dengan target, dikonversi dalam bentuk obat dan dikurangi dengan jumlah stok terakhir dan potensi ED.

Jenis Logistik	Satuan	Asumsi	Penghitungan Kebutuhan
OAT	Tablet	<ul style="list-style-type: none"> - Data penemuan dan pengobatan kasus tahun sebelumnya - Target penemuan kasus - Presentase estimasi capaian target penemuan kasus - Data stok 	Target Penemuan pasien nasional dikali dengan % estimasi realistis kasus yang akan ditemukan pada tahun perencanaan, dikurangi oleh stok yang masih dapat digunakan ditambah stok dalam pesanan. Selain itu ditambahkan juga buffer stok sekitar 10% dari jumlah kebutuhan OAT
3HP	1 paket isi 36 Tablet	<ul style="list-style-type: none"> - Target pengobatan 3HP untuk ODHIV usia di atas 2 tahun. - Pemberian seminggu sekali selama 3 bulan. 	ODHIV baru dengan TPT x Persentase Target TPT
INH 300 mg	Tablet	<ul style="list-style-type: none"> - Target pengobatan untuk ODHIV usia 2 tahun ke atas yang kontraindikasi dengan 3HP - Untuk anak usia dibawah 2 tahun - Digunakan setiap hari selama 6 bulan 	

Jenis Logistik	Satuan	Asumsi	Penghitungan Kebutuhan
Vitamin B6 25 mg	Tablet	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk anak usia dibawah 2 tahun - Untuk pasien dengan INH jumlah kebutuhannya 180 tablet. - Untuk pasien dengan 3HP jumlah kebutuhannya dikalikan 12 	Kebutuhan Vit. B6 untuk pasien INH + Kebutuhan Vit B6 untuk pasien 3HP
Cotrimoxazole 960 mg	Tablet	Target ODHIV baru sejumlah 40% karena sebagian ODHIV baru on ART ditemukan dalam kondisi stadium diatas 2.	Target ODHIV Baru x Target pasien pengguna cotrimoxazole (40%) X total tablet perpasien perpengobatan (180 tablet).
Reagen Viral Load	Tes	<ul style="list-style-type: none"> - Target ODHIV - Persentase target pemeriksaan 	Target ODHIV dengan ART x Persentase Target Pemeriksaan Viral Load = Y
		Asumsi perhitungan Viral Load Per Mesin	Y dikalikan dengan persentase jumlah mesin yang dimiliki maupun jenis mesinnya

BAB V

TBC HIV DI LAPAS/RUTAN/LPKA DAN LAYANAN KHUSUS LAINNYA

Tahanan, narapidana, anak, dan anak binaan merupakan bagian dari masyarakat kita yang termarginalkan dan akan kembali kepada masyarakat setelah mereka menjalani masa hukuman mereka. Mempertimbangkan hal tersebut, diperlukan upaya yang adekuat untuk mengendalikan penyakit kesehatan masyarakat (*public health disease*) seperti TBC dan HIV di lapas/rutan/LPKA agar pada saat mereka kembali ke masyarakat tidak dianggap sebagai sumber penularan penyakit. Pengendalian penyakit pada tahanan, narapidana, anak, dan anak binaan juga akan memberikan proteksi penyebaran penyakit seperti TBC pada tenaga kesehatan dan pekerja lainnya di lapas/rutan/LPKA.

Mendukung upaya pengendalian penyakit dan peningkatan derajat kesehatan pada tahanan, narapidana, anak, dan anak binaan, pemerintah melalui Kementerian Hukum dan HAM (Kemenkumham) menetapkan Undang-Undang No 22 Tahun 2022 tentang Pemasasyarakatan yang menegaskan bahwa tahanan, narapidana, anak, dan anak binaan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dan makanan yang layak sesuai dengan kebutuhan gizi.

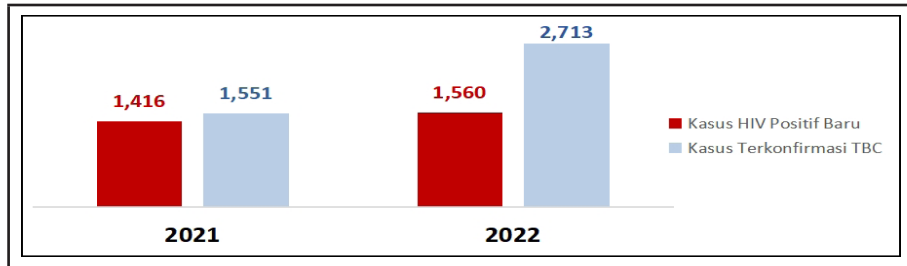
Lapas/rutan/LPKA merupakan tempat potensial untuk penyebaran penyakit kesehatan masyarakat seperti TBC dan HIV. Data WHO tahun 2022 menyatakan bahwa secara umum, tahanan, narapidana, anak, dan anak binaan berisiko 10 kali lebih tinggi untuk terkena TBC, sementara angka insidensi TBC pada tahanan, narapidana, anak, dan anak binaan di Indonesia sebesar 1.074 per 100.000 penduduk. Berdasarkan data yang tercatat pada Sistem Database Pemasasyarakatan (SDP), hingga bulan

Desember 2022 terjadi overkapasitas hunian sebesar 101%, dengan lebih dari 50% penghuni merupakan penyalahguna narkoba. Dari hasil studi *assessment* Surveilans Kesehatan Pemasarakatan (UNODC dan Ditjen Pemasarakatan) Tahun 2021, 90% lapas/rutan/LPKA melakukan identifikasi penyakit menular dengan faktor risikonya, dan ditemukan bahwa TBC dan HIV menjadi prioritas penanggulangan penyakit di lapas/rutan/LPKA.

Isu kesehatan dan pencegahan pada lapas/rutan/LPKA belum dipertimbangkan sebagai isu kesehatan masyarakat oleh lembaga kesehatan masyarakat. Jumlah tahanan, narapidana, anak, dan anak binaan yang melebihi kapasitas lapas/rutan/LPKA, sarana dan prasarana yang terbatas, sumber daya manusia yang tidak memadai, pendanaan yang terbatas serta logistik obat yang tidak mencukupi menyebabkan kurang optimalnya penanggulangan penyakit menular, khususnya TBC dan HIV di lapas/rutan/LPKA.

Berdasarkan Laporan Direktorat Perawatan Kesehatan dan Rehabilitasi Ditjen Pemasarakatan, didapatkan bahwa tren penemuan kasus TBC meningkat dari tahun 2021 yaitu sebanyak 1.551 kasus TBC menjadi 2.713 kasus TBC pada tahun 2022. Kasus HIV yang ditemukan pada tahun 2021 sejumlah 1.416 kasus, sedangkan pada tahun 2022 tercatat ditemukan sebanyak 1.560 kasus HIV positif baru. Berdasarkan faktor risiko, penyalahguna narkoba merupakan kelompok populasi yang paling rentan untuk terinfeksi HIV dan situasi daya tampung yang melebihi kapasitas menyebabkan mudahnya penyebaran TBC.

Grafik 5. 1 Besaran Penemuan Kasus HIV dan TBC Aktif



Layanan pengobatan TBC HIV di lapas/rutan/LPKA tidak berbeda dengan layanan kesehatan lainnya. Obat yang digunakan untuk mengobati TBC, HIV, dan pemberian TPT mengikuti pedoman nasional pengobatan TBC, HIV, dan TPT. Layanan kesehatan, termasuk TBC dan HIV, dilakukan secara *one stop service* dengan tempat dan waktu yang bersamaan, di klinik lapas/rutan/LPKA.

Kolaborasi TBC HIV pada tatanan lapas/rutan/LPKA dilakukan pada tingkat pusat oleh Kementerian Kesehatan dan Direktorat Jenderal Pemasarakan, dan tingkat wilayah antara dinas kesehatan provinsi dan Kantor Wilayah Kemenkumham, serta antara dinas kesehatan kabupaten/kota, fasyankes, komunitas, dan lapas/rutan/LPKA.

Pada tingkat pusat, kolaborasi dilakukan dalam bentuk:

1. Penyusunan kebijakan pengendalian penyakit menular TBC dan HIV pada populasi khusus di lapas/rutan/LPKA.
2. Penguatan SDM Petugas Pemasarakan dalam pengendalian penyakit menular, khususnya TBC dan HIV.
3. Penyediaan logistik obat, reagen, bahan habis pakai serta format laporan dalam jumlah memadai sesuai dengan besaran penyakit TBC dan HIV di lapas/rutan/LPKA. Penyediaan logistik ini dilakukan dengan koordinasi bersama antara Kementerian Kesehatan dan Kemenkumham;

4. Integrasi sistem pencatatan dan pelaporan antara sistem database pemasyarakatan dengan SITB dan SIHA.

Pada tingkat wilayah, kolaborasi ini dapat berupa:

1. Pelatihan TBC HIV yang melibatkan tenaga kesehatan di lapas/rutan/LPKA, termasuk menguatkan sistem skrining TBC dan HIV.
2. Pemberian layanan TBC dan HIV oleh puskesmas bagi lapas/rutan/LPKA yang tidak mempunyai dokter dan tenaga kesehatan lain yang memadai.
3. Menjadikan lapas/rutan/LPKA sebagai satelit dari puskesmas atau dinas kesehatan kabupaten/kota untuk pengobatan TBC HIV.
4. Penyediaan ARV, OAT, TPT, obat infeksi oportunistik lainnya, reagen, bahan habis pakai, alat pencegahan HIV dan akses terhadap alat kesehatan lainnya yang diperlukan untuk diagnosis, skrining, dan pengobatan oleh dinas kesehatan.
5. Layanan rujukan rawat inap di rumah sakit setempat bagi tahanan, narapidana, anak, dan anak binaan yang membutuhkan rawat inap.
6. Pendampingan oleh komunitas bagi tahanan, narapidana, anak, dan anak binaan dengan TBC dan HIV untuk mendapatkan akses layanan kesehatan dalam melanjutkan pengobatan di luar lapas/rutan/LPKA.

BAB VI

MONITORING DAN EVALUASI

A. Ruang Lingkup

Monitoring dan Evaluasi (Monev) TBC HIV diperlukan untuk menilai keberhasilan pelaksanaan kegiatan kolaborasi TBC HIV. Monitoring merupakan pelacakan rutin terhadap kinerja program menggunakan informasi masukan, proses dan hasil yang dikumpulkan secara berkala dari kebijakan, pencatatan rutin, sistem pelaporan dan pengawasan rutin terhadap implementasi kegiatan terkait TBC HIV di setiap tingkatan baik di layanan kesehatan, dinas kesehatan maupun komunitas. Survei pada penerima manfaat juga diperlukan guna mendapatkan kajian dari penerima manfaat. Informasi ini digunakan untuk menilai sejauh mana suatu kebijakan atau program mencapai target tepat waktu dan bagaimana monitoring pencegahan atau pengobatan pada pasien berjalan dengan baik. Dalam sistem monitoring dan evaluasi yang dirancang dengan baik, monitoring akan memberikan kontribusi yang besar terhadap evaluasi.

Evaluasi perlu dilakukan untuk menilai efektivitas dari kegiatan kolaborasi TBC HIV, yang dilihat dari pencapaian terhadap target indikator hasil dan dampak untuk menilai kemajuan negara menuju target Eliminasi TBC HIV tahun 2030, terutama dalam hal menurunkan jumlah infeksi baru TBC HIV dan menurunkan angka kematian ODHIV akibat TBC. Evaluasi dilakukan menggunakan data yang tersedia di fasyankes, hasil monitoring, hasil surveilans, validasi data dan pemodelan dengan cara melakukan pengukuran atau penilaian dengan menggunakan pendekatan baik data kuantitatif maupun kualitatif. Evaluasi dilakukan dalam rentang enam bulan dan atau satu tahun. Hasil evaluasi dibahas dalam evaluasi program tahunan

dan dipublikasikan dalam laporan tahunan. Proses evaluasi ini melibatkan pengelola program di tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota, fasyankes, mitra yang terlibat dalam pengendalian TBC HIV, dan penerima manfaat.

B. Indikator Kegiatan Kolaborasi TBC HIV

Tabel 6. 1 Indikator Kegiatan Kolaborasi TBC HIV

No.	Indikator	Definisi Operasional	Cara Hitung	Sumber Data, Periode Pelaporan dan Penanggung Jawab (PJ)
Indikator Utama				
1.	Persentase pasien TBC mengetahui status HIV	Jumlah pasien TBC yang mempunyai hasil tes HIV yang dicatat di formulir pencatatan TBC yang hasil tes HIV diketahui, termasuk pasien TBC yang sebelumnya mengetahui status HIV positif di antara seluruh pasien TBC.	N: Jumlah pasien TBC yang mempunyai hasil tes HIV diketahui dan dicatat di formulir pencatatan TBC termasuk pasien TBC yang sebelumnya mengetahui status HIV positif D: Jumlah seluruh pasien TBC tercatat (ditemukan dan dilaporkan)	SITB (TBC.06, TBC.01, TBC.03); Triwulan, tahunan PJ: Fasyankes, Kabupaten/Kota, Provinsi, Pusat (Program TBC dan Program HIV)
2.	Persentase pasien TBC HIV yang mendapatkan ARV selama pengobatan TBC	Jumlah pasien TBC dengan status HIV positif yang mendapatkan ARV selama periode pengobatan TBC baik yang melanjutkan ARV sebelumnya (<i>on ART</i>) atau baru memulai ARV di antara seluruh pasien TBC HIV.	N: Jumlah seluruh pasien TBC HIV yang mendapatkan ARV selama periode pengobatan TBC baik yang melanjutkan ARV sebelumnya atau baru memulai ARV D: Jumlah seluruh pasien TBC HIV selama periode yang sama	SITB (TBC.06, TBC.01, TBC.03); Triwulan, tahunan PJ: Fasyankes, Kabupaten/Kota, Provinsi, Pusat (Program TBC dan Program HIV)

3.	Persentase pemberian TPT pada ODHIV			
	3.a) Persentase pemberian TPT pada ODHIV baru	Persentase pemberian terapi pencegahan TBC (TPT) pada ODHIV baru yang memenuhi syarat pemberian TPT.	N: Jumlah ODHIV yang baru yang mendapatkan TPT D: Jumlah ODHIV baru yang memenuhi syarat pemberian TPT.	SIHA; Bulanan PJ: Fasyankes, Kabupaten/Kota, Provinsi (Program TBC dan HIV)
	3.b) Persentase pemberian TPT pada semua ODHIV (baru dan lama)	Persentase pemberian terapi pencegahan TBC (TPT) pada semua ODHIV (baru dan lama) yang memenuhi syarat TPT.	N: Jumlah semua ODHIV (baru dan lama) yang mendapatkan TPT. D: Jumlah semua ODHIV (baru dan lama) yang memenuhi syarat pemberian TPT.	SIHA; Bulanan PJ: Faskyanes, Kabupaten/Kota, Provinsi (Program TBC dan HIV)
4.	Persentase ODHIV menyelesaikan TPT			
	4.a) Persentase ODHIV baru yang menyelesaikan TPT	Persentase ODHIV baru yang menyelesaikan terapi pencegahan TBC (TPT) di antara ODHIV baru yang memulai/ mendapatkan TPT.	N: Jumlah ODHIV baru yang menyelesaikan TPT D: Jumlah ODHIV baru yang mendapatkan TPT	SIHA; Bulanan PJ: Faskyanes, Kabupaten/Kota, Provinsi (Program TBC dan HIV)
	4.b) Persentase semua ODHIV (baru dan lama) yang menyelesaikan TPT	Persentase semua ODHIV (baru dan lama) yang menyelesaikan terapi pencegahan TBC (TPT) di antara semua ODHIV (baru dan lama) yang memulai/ mendapatkan TPT.	N: Jumlah semua ODHIV (baru dan lama) yang menyelesaikan TPT D: Jumlah semua ODHIV (baru dan lama) yang mendapatkan TPT	SIHA; Bulanan PJ: Faskyanes, Kabupaten/Kota, Provinsi (Program TBC dan HIV)
Indikator Prioritas				
5.	Persentase skrining TBC di antara ODHIV baru	Persentase ODHIV baru yang diskriming TBC.	N: Jumlah ODHIV baru yang diskriming TBC pada periode pelaporan D: Jumlah ODHIV baru pada periode pelaporan	SIHA; Bulanan PJ: Fasyankes, Kabupaten/Kota, Provinsi, Pusat (Program TBC dan HIV)

6.	Persentase ODHIV terduga TBC yang dites dengan alat TCM	Persentase ODHIV dengan gejala TBC yang diperiksa menggunakan TCM untuk diagnosis TBC.	N: Jumlah ODHIV dengan gejala (terduga) TBC yang dites dengan TCM sebagai tes pertama D: Jumlah ODHIV terduga (dengan gejala) TBC diidentifikasi melalui intensifikasi penemuan kasus TBC di layanan HIV pada periode pelaporan	SITB (TBC.06); Triwulan, tahunan PJ : Fasyankes, Kabupaten/kota, Provinsi, Pusat (Program TBC dan HIV)
7.	Persentase ODHIV yang terkonfirmasi TBC dan mendapatkan pengobatan TBC	Persentase ODHIV yang terkonfirmasi TBC (bakteriologis maupun klinis) dan mendapatkan pengobatan TBC dibagi ODHIV yang terkonfirmasi TBC (bakteriologis maupun klinis).	N: Jumlah ODHIV yang terkonfirmasi TBC (bakteriologis maupun klinis) dan mendapatkan pengobatan TBC D: Jumlah ODHIV yang terkonfirmasi TBC (bakteriologis maupun klinis)	SIHA & SITB (Formulir TBC.06, TBC.01, TBC.03); Bulan; Triwulan, tahunan; PJ: Fasyankes, Kabupaten/kota, Provinsi, Pusat (Program TBC dan HIV)
8.	Indikator Peran Komunitas :			
	a1) Persentase ODHIV didampingi yang terkonfirmasi TBC mendapatkan pengobatan TBC dan ART	N: Jumlah ODHIV yang terkonfirmasi TBC (bakteriologis maupun klinis) didampingi Komunitas mendapatkan pengobatan TBC dan ART D: Jumlah seluruh ODHIV yang terkonfirmasi TBC (bakteriologis maupun klinis) didampingi Komunitas		Komunitas: Semester, Tahunan PJ: Komunitas
	a2) Persentase ODHIV didampingi yang terkonfirmasi TBC mendapatkan ART dan menyelesaikan pengobatan TBC	N: Jumlah ODHIV yang terkonfirmasi TBC (bakteriologis maupun klinis) didampingi Komunitas yang mendapatkan ART dan menyelesaikan pengobatan TBC (sembuh atau pengobatan lengkap) D: Jumlah seluruh ODHIV yang mendapatkan pengobatan TBC didampingi Komunitas		Komunitas: Semester, Tahunan PJ: Komunitas

b1) Persentase ODHIV yang didampingi mendapatkan TPT	N: Jumlah ODHIV didampingi Komunitas yang mendapatkan terapi pencegahan TBC (TPT) D: Jumlah seluruh ODHIV didampingi Komunitas yang eligible mendapatkan TPT	Komunitas: Semester, Tahunan PJ: Komunitas
b2) Persentase ODHIV yang didampingi menyelesaikan TPT	N: Jumlah ODHIV didampingi Komunitas yang mendapatkan dan menyelesaikan terapi pencegahan TBC (TPT) D: Jumlah seluruh ODHIV didampingi Komunitas dan mendapatkan TPT	Komunitas: Semester, Tahunan PJ: Komunitas
c) Persentase pasien TBC yang didampingi mendapatkan edukasi TBC HIV	N: Jumlah pasien TBC didampingi Komunitas yang mendapat edukasi TBC HIV D: Jumlah seluruh pasien TBC yang didampingi Komunitas	Komunitas: Semester, Tahunan PJ: Komunitas
d1) Persentase pasien TBC yang didampingi dan mendapatkan edukasi TBC HIV yang dites HIV	N: Jumlah pasien TBC didampingi Komunitas yang dites HIV D: Jumlah seluruh pasien TBC yang didampingi Komunitas	Komunitas: Semester, Tahunan PJ: Komunitas
d2) Persentase pasien TBC-HIV yang didampingi dan memulai/ mendapatkan ART	N: Jumlah pasien TBC yang positif HIV didampingi Komunitas dan memulai/ mendapatkan ART D: Jumlah seluruh pasien TBC yang positif HIV didampingi Komunitas	Komunitas: Semester, Tahunan PJ: Komunitas
e) Persentase kontribusi Komunitas pada cakupan TPT	N: Jumlah ODHIV on ART yang didampingi komunitas dan mendapat TPT D: Jumlah ODHIV on ART yang mendapat TPT	SIHA Fasyankes & Kabupaten/kota Dilaporkan per bulan PJ: Fasyankes dan Kabupaten/Kota
f) Persentase kontribusi Komunitas pada cakupan pasien TBC-HIV yang mendapatkan OAT dan ARV	N: Jumlah pasien TBC-HIV dampingan komunitas yang mendapat OAT dan ARV D: Jumlah pasien TBC-HIV yang mendapat OAT dan ARV	SITB Fasyankes & Kabupaten/kota Dilaporkan per triwulan PJ: Fasyankes dan Kabupaten/Kota

C. Mekanisme Pencatatan dan Pelaporan Kolaborasi TBC HIV

Mekanisme yang kuat untuk koordinasi, rujukan, dan komunikasi yang efektif antara layanan TBC dan HIV harus ditetapkan dan didokumentasikan dengan baik untuk memastikan perawatan dan pengobatan yang efektif untuk kedua penyakit ini. Pada perkembangannya, saat ini Kementerian Kesehatan sedang mengembangkan sistem satu data kesehatan di mana seluruh riwayat perawatan dan pengobatan pasien dapat terintegrasi, baik internal antar poliklinik dalam satu fasyankes maupun antar fasyankes yang ada di Indonesia secara elektronik. Diharapkan sistem data elektronik ini dapat memfasilitasi pemantauan pasien terpadu yang menangkap informasi tentang seberapa baik pencegahan, diagnosis dan perawatan HIV atau rujukan untuk perawatan HIV terjadi dalam program TBC, serta seberapa baik skrining, Pencegahan, dan pengobatan TBC dilakukan dalam program perawatan HIV. Menunggu sistem satu data kesehatan dapat diterapkan di seluruh fasyankes, sistem pencatatan dan pelaporan yang tersedia saat ini tetap dapat digunakan baik di layanan TBC maupun HIV dengan alur dan sumber data sebagai berikut:

1. Alur Pencatatan dan Pelaporan di Fasyankes

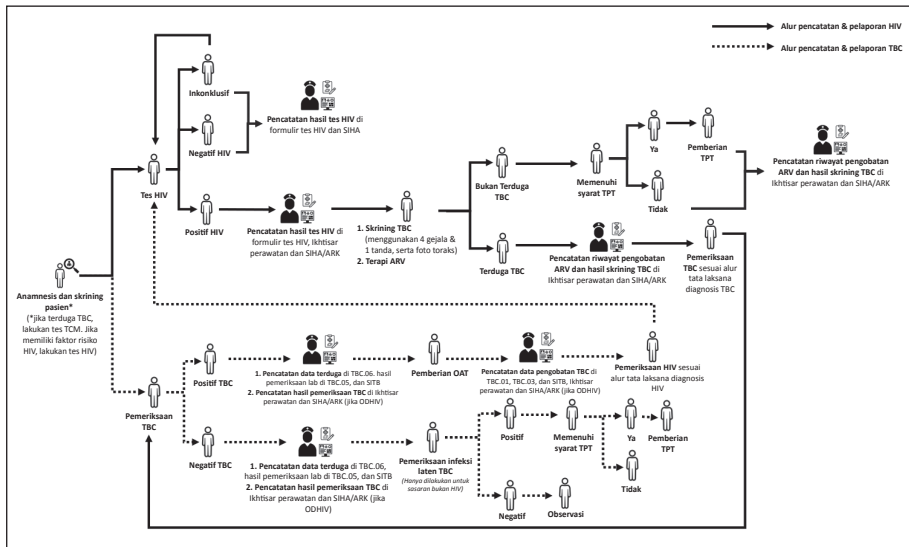
Saat ini ketersediaan poliklinik TBC dan HIV berbeda-beda di setiap fasyankes. Kondisi ini memengaruhi proses pencatatan dan pelaporan terkait kolaborasi TBC HIV. Adapun alur pencatatan dan pelaporan untuk masing-masing adalah sebagai berikut:

a. Alur Pencatatan di Layanan TBC dan HIV dalam Satu Ruang (Poliklinik) di Fasyankes

Pencatatan pelaporan TBC dan HIV dilakukan oleh petugas yang sama dalam ruang yang sama. Jika penerima manfaat membutuhkan pelayanan TBC dan HIV secara bersamaan maka kedua alur dapat berjalan bersamaan. Jika penerima

manfaat hanya membutuhkan salah satu pelayanan TBC atau HIV maka hanya satu alur yang akan berjalan. Instrumen pencatatan dan pelaporan diisi sesuai petunjuk pengisian pencatatan dan pelaporan baik TBC maupun HIV.

Gambar 6. 1 Alur Pencatatan di Layanan TBC dan HIV dalam Satu Ruang (Poliklinik) di Fasyankes



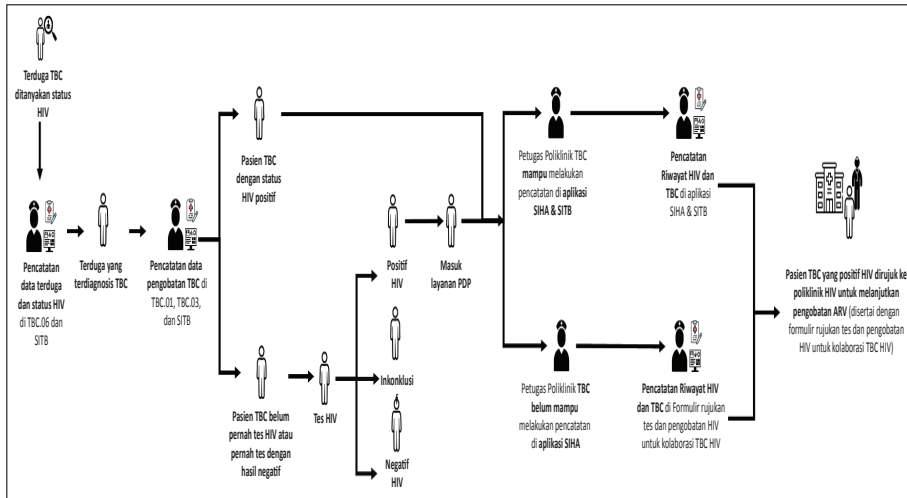
b. Alur Pencatatan di Layanan TBC dan HIV pada Poliklinik Berbeda di Satu Fasyankes

1) Alur pada Poliklinik TBC

Pencatatan pelaporan TBC dan HIV dilakukan oleh petugas TBC di poliklinik TBC. Pencatatan HIV pertama kali perlu dicatat oleh petugas TBC pada aplikasi SIHA (jika petugas mampu) dan/atau pada formulir rujukan tes dan pengobatan HIV. Formulir diisi berdasarkan tindakan terakhir yang dilakukan di poliklinik TBC pada satu hari kunjungan tersebut. Formulir rujukan tes dan pengobatan HIV untuk kolaborasi TBC HIV wajib disertakan dalam proses rujukan.

Pencatatan dan pelaporan terkait TBC dilakukan sesuai dengan petunjuk pengisian pencatatan dan pelaporan TBC.

Gambar 6. 2 Alur Pencatatan di Layanan TBC untuk Model Layanan TBC dan HIV pada Poliklinik Berbeda di Satu Fasyankes



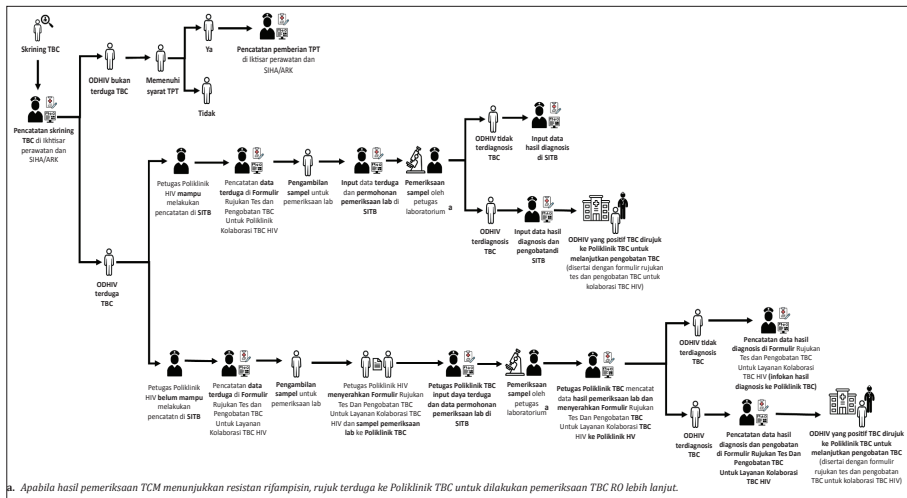
Catatan: Pencatatan data HIV di Formulir Rujukan Tes dan Pengobatan HIV untuk Kolaborasi TBC HIV dilakukan berdasarkan tindakan terakhir yang dilakukan di poliklinik TBC. Formulir tersebut wajib diserahkan ke poliklinik HIV pada satu hari yang sama agar dapat dilengkapi dan dilaporkan secara real time ke Sistem Informasi HIV AIDS dan PIMS (SIHA) oleh petugas HIV.
 (Contoh: apabila dalam satu hari Poliklinik TBC melakukan tindakan tes HIV dan hasilnya positif namun karena alasan klinis pemberian obat ARV tidak dapat diberikan di hari yang sama, maka pencatatan di formulir dapat di isi dengan riwayat tes HIV dan Riwayat ART untuk masuk perawatan saja. Selanjutnya, formulir diserahkan ke Poliklinik HIV di hari yang sama untuk dapat dicatat dan dilaporkan ke dalam SIHA. Informasikan pada pasien tindak lanjut perawatan dukungan dan pengobatan HIV selanjutnya dapat datang ke poliklinik HIV.

2) Alur pada Poliklinik HIV

Pencatatan pelaporan TBC dan HIV dilakukan oleh petugas HIV di poliklinik HIV. Pencatatan TBC pertama kali perlu dicatat oleh petugas HIV pada aplikasi SITB (jika petugas mampu) dan/atau pada formulir rujukan tes dan pengobatan TBC. Formulir diisi berdasarkan tindakan terakhir yang dilakukan di poliklinik HIV pada satu hari kunjungan

tersebut. Formulir rujukan tes dan pengobatan TBC untuk kolaborasi TBC HIV wajib disertakan dalam proses rujukan. Pencatatan dan pelaporan terkait HIV dilakukan sesuai dengan petunjuk pengisian pencatatan dan pelaporan HIV.

Gambar 6. 3 Alur Pencatatan di Poliklinik HIV untuk Model Layanan TBC dan HIV pada Poliklinik Berbeda di Satu Fasyankes



Catatan: Pencatatan data TBC di Formulir Rujukan Tes dan Pengobatan TBC untuk Kolaborasi TBC HIV dilakukan berdasarkan tindakan terakhir yang dilakukan di poliklinik HIV di hari yang sama dengan hari ditemukannya terduga TBC. Formulir tersebut wajib diserahkan ke poliklinik TBC pada satu hari yang sama agar dapat dilengkapi dan dilaporkan secara *real time* ke Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB) oleh petugas TBC.

(Contoh: apabila dalam satu hari Poliklinik HIV hanya melakukan tindakan sampai dengan pengiriman sampel ke laboratorium, maka pencatatan di formulir cukup sampai dengan Tanggal Pengiriman Contoh Uji saja. Selanjutnya, pada hari yang sama, formulir diserahkan ke Poliklinik TBC, lalu petugas TBC akan melakukan input data permohonan pemeriksaan laboratorium dan melanjutkan pencatatan pelaporan secara lengkap di formulir TBC maupun SITB). Apabila hasil laboratorium tidak dapat keluar di hari yang sama, informasikan kepada pasien bahwa tindak lanjut penegakkan diagnosis dan pengobatan akan dilanjutkan di Poliklinik TBC pada kunjungan berikutnya.

c. Alur Pencatatan di Fasyankes yang Mampu Meyediakan Layanan TBC atau HIV Saja

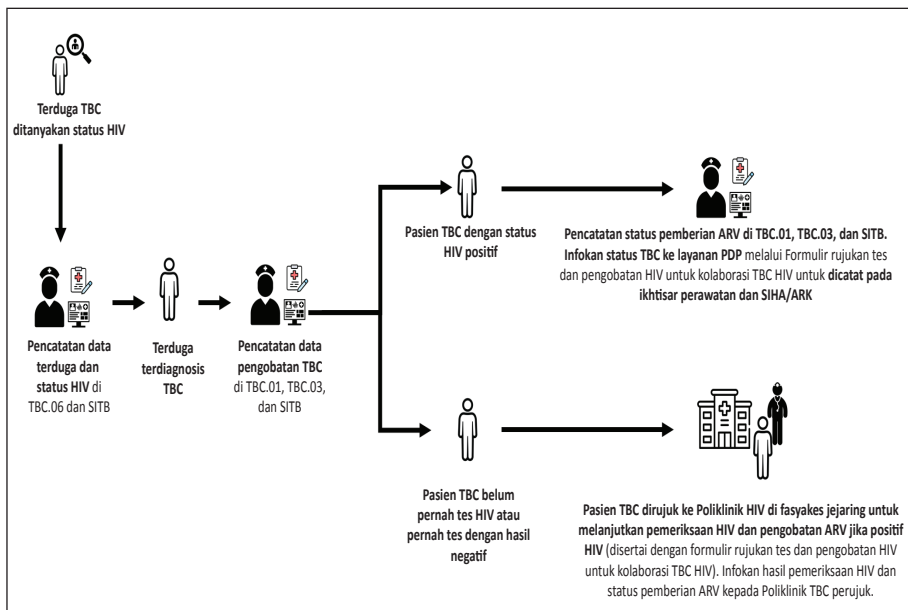
Mekanisme rujukan pasien diperlukan untuk kegiatan kolaborasi TBC HIV pada fasyankes yang hanya memiliki

Poliklinik TBC atau Poliklinik HIV. Alur pencatatannya adalah sebagai berikut:

1) Alur Pencatatan Layanan TBC HIV pada Fasyankes yang Hanya Memiliki Poliklinik TBC

Pada poliklinik TBC, pasien TBC atau terduga TBC yang belum pernah tes HIV atau pernah dites HIV dengan hasil negatif akan dirujuk ke jejaring layanan tes HIV. Apabila hasil tes HIV reaktif, pengobatan ARV akan dilakukan di jejaring layanan HIV, sehingga pencatatan dan pelaporan untuk tes HIV sampai dengan pengobatannya akan dilakukan oleh petugas layanan HIV. Hasil pemeriksaan HIV dan status pemberian ARV wajib diinformasikan ke Poliklinik TBC perujuk.

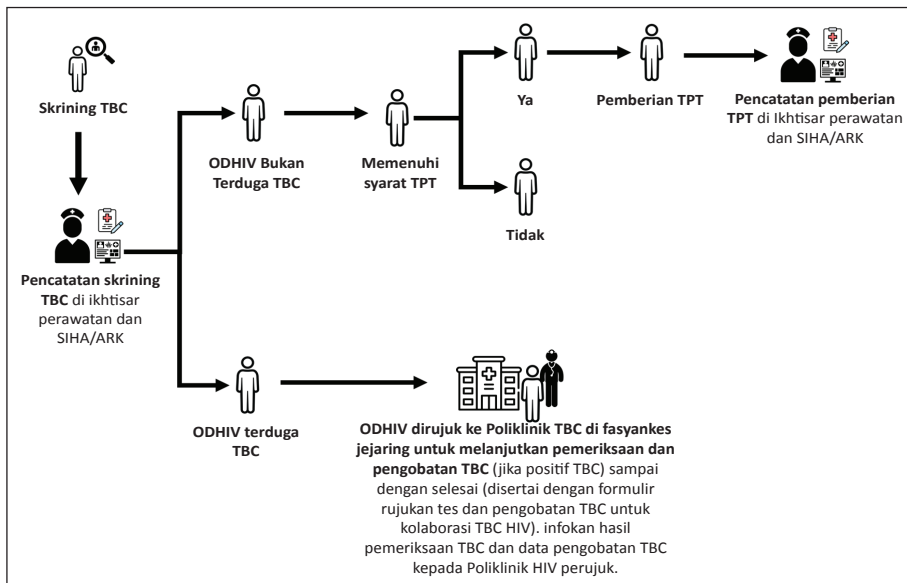
Gambar 6. 4 Alur Pencatatan Layanan TBC HIV pada Fasyankes yang Hanya Memiliki Poliklinik TBC



2) Alur Pencatatan Layanan TBC HIV pada Fasyankes yang Hanya Memiliki Layanan HIV

Pada Poliklinik HIV, ODHIV terduga TBC akan dirujuk ke jejaring Poliklinik TBC untuk dilakukan pemeriksaan TBC, sehingga pencatatan dan pelaporan TBC akan dilakukan oleh petugas layanan TBC. Hasil pemeriksaan TBC dan data pengobatan (jika ODHIV positif TBC) wajib diinformasikan ke Poliklinik HIV perujuk.

Gambar 6. 5 Alur Pencatatan layanan TBC HIV pada Fasyankes yang Hanya Memiliki Layanan HIV



Seluruh pelaporan yang telah di hasilkan dari proses pencatatan baik di fasyankes yang dapat memberikan layanan tes dan pengobatan TBC maupun tes dan pengobatan HIV dikirimkan secara berjenjang ke dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi dan Kementerian Kesehatan dengan menggunakan SITB dan

SIHA. Frekuensi pengiriman laporan disesuaikan dengan petunjuk teknis masing-masing sistem pencatatan.

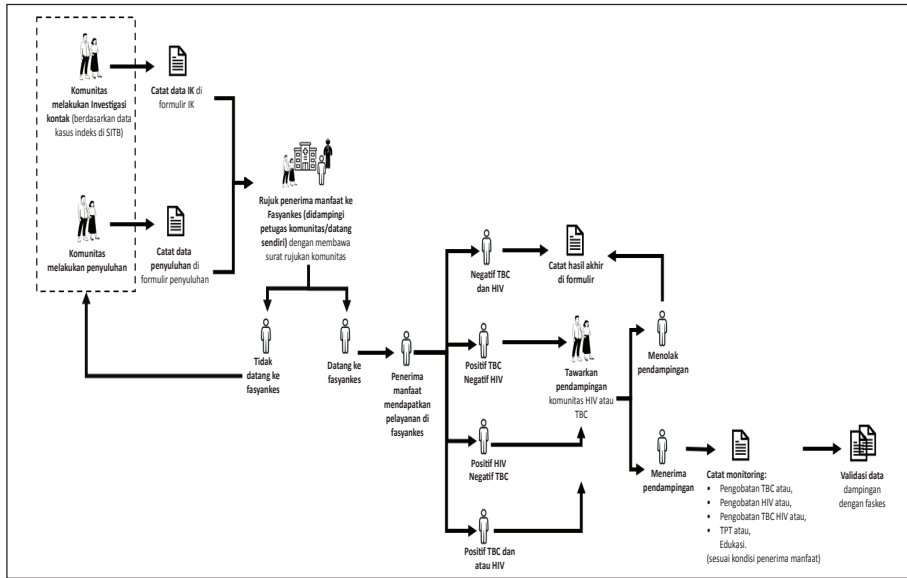
2. Alur Pencatatan dan Pelaporan di Komunitas

Setiap organisasi baik yang menjalankan program TBC maupun HIV memiliki alur dan format pencatatan yang berbeda-beda sesuai dengan ruang lingkup perencanaan, sasaran dan indikator kegiatan yang telah dimandatkan. Untuk dapat mencapai target dari kegiatan kolaborasi TBC HIV di komunitas maka setiap organisasi diharapkan dapat memenuhi variabel utama pencatatan kolaborasi TBC HIV dalam format pencatatan masing-masing. Adapun alur pencatatan dan pelaporan yang diharapkan dapat diterapkan oleh setiap organisasi adalah sebagai berikut:

a. Alur Pencatatan di Komunitas TBC

Selain mencatat terkait layanan TBC yang diterima oleh penerima manfaat, komunitas TBC juga akan mencatat terkait HIV jika penerima manfaat mendapatkan layanan tersebut di fasyankes. Pencatatan ini dilakukan selama petugas komunitas mendampingi penerima manfaat baik untuk mendapatkan layanan TBC maupun HIV. Jika dalam suatu kondisi komunitas TBC telah selesai mendampingi dan pengobatan ARV masih terus berjalan, komunitas TBC dapat berkomunikasi dengan pasien, fasyankes, dan komunitas HIV untuk mengalihkan pendampingan ke komunitas HIV jika diperlukan.

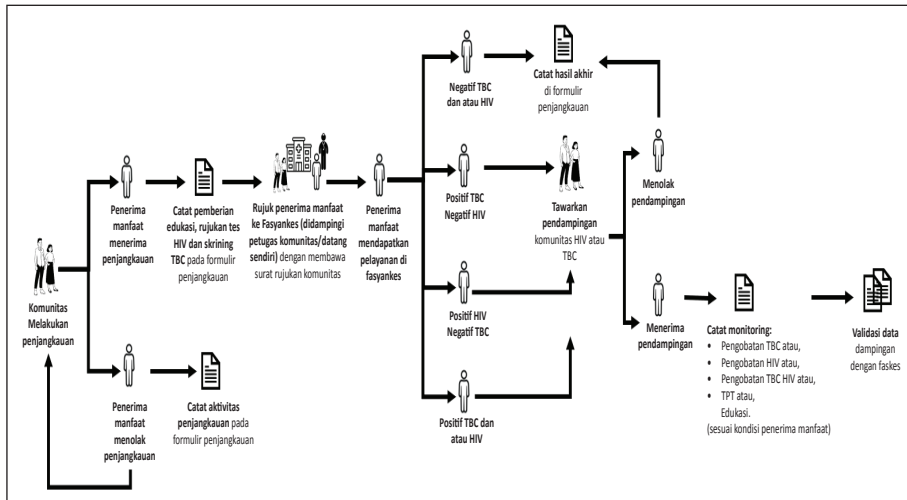
Gambar 6. 6 Alur Pencatatan di Komunitas TBC



b. Alur Pencatatan di Komunitas HIV

Selain mencatat terkait layanan HIV yang diterima oleh penerima manfaat, komunitas HIV juga akan mencatat terkait TBC jika penerima manfaat mendapatkan layanan tersebut di fasyankes. Pencatatan ini dilakukan selama petugas komunitas mendampingi penerima manfaat baik untuk mendapatkan layanan TBC maupun HIV. Jika dalam suatu kondisi komunitas HIV tidak lagi mendampingi dan pengobatan TBC masih terus berjalan, komunitas HIV dapat berkomunikasi dengan pasien, fasyankes dan komunitas TBC untuk mengalihkan pendampingan ke komunitas TBC jika diperlukan.

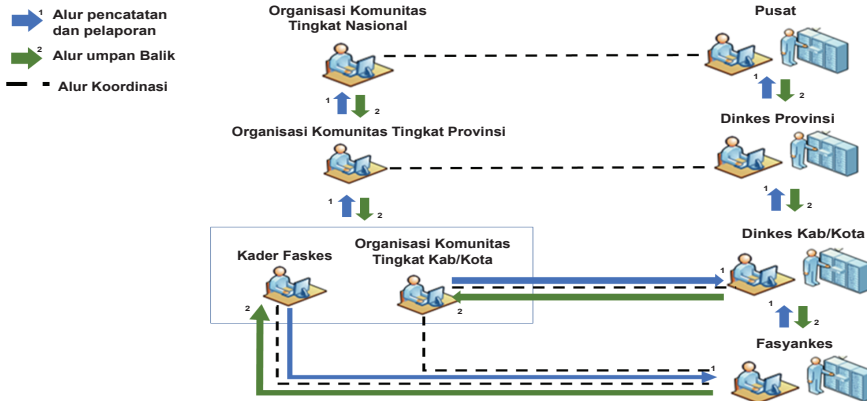
Gambar 6. 7 Alur Pencatatan di Komunitas HIV



Seluruh pelaporan yang telah di dihasilkan dari proses pencatatan oleh komunitas harus di validasi secara rutin dengan fasyankes dan dilaporkan secara berjenjang baik di internal komunitas maupun ke fasyankes, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi dan pusat. Adapun mekanisme pelaporan kolaborasi TBC HIV pada komunitas dapat di atur sebagai berikut

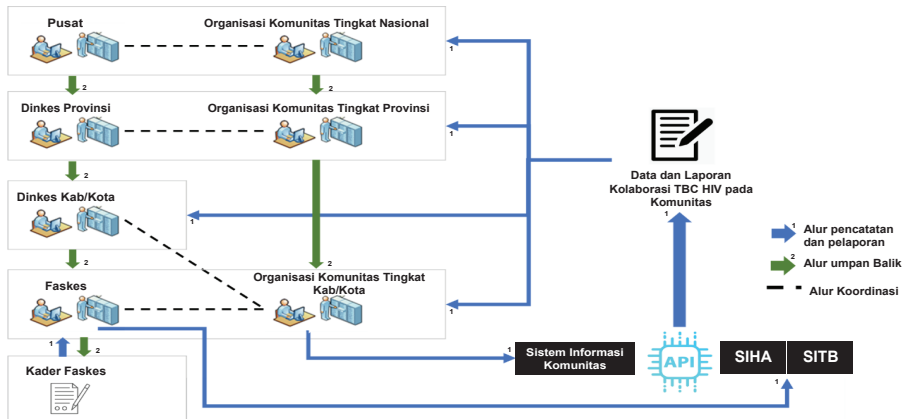
1) Alur Pelaporan Kolaborasi TBC HIV di Komunitas Mengirimkan Dokumen secara Berjenjang

Gambar 6. 8 Alur Pelaporan Kolaborasi TBC HIV di Komunitas Mengirimkan Dokumen secara Berjenjang



2) Alur Pelaporan Kolaborasi TBC HIV di Komunitas Konektivitas antar Sistem Informasi

Gambar 6. 9 Alur Pelaporan Kolaborasi TBC HIV di Komunitas Mengirimkan Dokumen secara Berjenjang



3. Sumber Data Kolaborasi TBC HIV

Formulir pencatatan di fasyankes maupun komunitas digunakan untuk mendokumentasikan setiap tahapan pada alur pencatatan dan pelaporan yang telah diuraikan di atas. Penggunaan formulir pencatatan di fasyankes dapat disesuaikan dengan model layanan “*one stop service*” TBC HIV dengan uraian sebagai berikut:

Pada layanan TBC dan HIV dalam satu ruangan (poliklinik) di fasyankes, seluruh variabel formulir pencatatan yang dibutuhkan untuk layanan TBC maupun layanan HIV dicatat sesuai dengan petunjuk teknis pencatatan dan pelaporan masing-masing.

- a. **Pada layanan TBC dan HIV dalam poliklinik berbeda di satu fasyankes**, tidak semua variabel perlu di isi pada tahap awal. Pengisian dapat disesuaikan dengan poliklinik pertama di mana pasien mendapatkan pelayanan. Jika pasien datang pertama kali melalui poliklinik TBC maka hanya variabel utama pencatatan HIV yang akan di catat beserta surat pengantar/rujukan ke poliklinik HIV. Variabel pencatatan TBC diisi sesuai petunjuk teknis pencatatan dan pelaporan TBC. Jika pasien datang pertama kali melalui poliklinik HIV maka hanya variabel utama pencatatan TBC yang akan di catat beserta surat pengantar/rujukan ke poliklinik TBC. Variabel pencatatan HIV diisi sesuai petunjuk teknis pencatatan dan pelaporan HIV. Variabel utama pada masing-masing formulir dapat dilihat pada table berikut:

Tabel 6. 2 Variabel Utama Formulir Rujukan Tes dan Pengobatan TBC, dan Formulir Rujukan Tes dan Pengobatan HIV di Fasyankes

No	Variabel	Sub Variabel
Formulir rujukan tes dan pengobatan TBC untuk kolaborasi TBC HIV		
1	Data Dasar Terduga TBC	Nama Lengkap Terduga TBC
2		NIK
3		Tanggal Lahir
4		Umur
5		Jenis Kelamin
6		No Telepon/HP
7		Alamat Lengkap
8		No Rekam Medis
9		Tanggal Didaftar
10		Nama Fasyankes
11		Kab/Kota Terduga
12		Provinsi Terduga
13		Riwayat DM
14		Status Merokok
15		Status Terpapar Asap Rokok
16		Riwayat Pengobatan Sebelumnya
17	Data Pemeriksaan TBC	Tanggal Pengambilan Contoh Uji
18		Tanggal Pengiriman Contoh Uji
19		Hasil Pemeriksaan Laboratorium
20	Hasil Diagnosis dan Klasifikasi Pasien TBC	Tipe Diagnosis
21		Klasifikasi Anatomi
22		Hasil Pemeriksaan Foto Toraks
23		Jumlah Skoring TBC Anak
24		Hasil Diagnosis
25		Tanggal Mulai Pengobatan

No	Variabel	Sub Variabel
26	Pengobatan TBC	Paduan OAT
27		Bentuk OAT
28		Sumber Obat
29	Riwayat Tes dan Pengobatan HIV	Tanggal Tes HIV
30		Status Pengobatan ARV
31		Tanggal Mulai ARV
32	Identitas Petugas (di Poliklinik HIV)	Nama Petugas
33		Nomor Telp/HP
Formulir rujukan tes dan pengobatan HIV untuk kolaborasi TBC HIV		
1	Identitas klien	Nama Lengkap
2		NIK/KITAP/KITAS
3		Tempat Lahir
4		Tanggal Lahir
5		Jenis Kelamin
6		Alamat Lengkap
7		Nomor Telepon/HP
8		Nama Ibu Kandung
9		Kelompok Populasi
10	Riwayat Tes HIV	Rujuk Tes HIV
11		Tanggal Tes HIV
12		Kesediaan untuk Tes
13		Kesimpulan hasil Tes
14		Tanggal hasil Diterima
15	Riwayat TBC	Tanggal mulai Pengobatan TBC
16		Paduan OAT
17	Riwayat ART	Rujukan Mulai PDP
18		Rujukan Tindak Lanjut PDP
19		Tanggal Masuk Perawatan
20		Tanggal Mulai ART
21		Paduan ARV
22		Tanggal Pemberian PPK

No	Variabel	Sub Variabel
23		Status Fungsional
24		Stadium Klinis
25		Berat Badan/ Tinggi Badan
26		Tanggal Kunjungan Selanjutnya
27	Identitas Petugas	Nama Petugas
28		Nama Fasyankes
29		No Telepon/HP Fasyankes/Petugas

- b. Pada fasyankes yang mampu menyediakan poliklinik TBC atau HIV saja**, variabel pencatatan disesuaikan dengan ketersediaan layanan. Seluruh variabel formulir pencatatan diisi sesuai dengan petunjuk teknis pencatatan dan pelaporan masing-masing. Pada akhir dari pelayanan kolaborasi TBC HIV, pastikan formulir rujukan diisi secara lengkap beserta dokumen penunjang untuk dapat ditindaklanjuti di layanan penerima rujukan.

Formulir pencatatan di komunitas dapat disesuaikan dengan format pencatatan dan pelaporan yang disediakan oleh masing-masing organisasi komunitas. Variabel utama TBC HIV yang perlu ada dalam setiap formulir pencatatan komunitas adalah sebagai berikut:

**Tabel 6. 3 Variabel Utama Pencatatan TBC dan Pencatatann HIV
di Komunitas**

No	Sumber Data	Variabel
1.	Formulir Komunitas	Pemberian edukasi TBC HIV kepada kelompok sasaran
2.		Skrining TBC (dikaji dengan pertanyaan skrining TBC pada kelompok sasaran)
3.		Tes HIV atau tes TBC pada kelompok sasaran
4.		Hasil diagnosis TBC kelompok sasaran
5.		Hasil diagnosis tes HIV pada kelompok sasaran
6.		Pendampingan/dukungan pada kelompok sasaran
7.		Pengobatan ARV dan/atau TBC pada kelompok sasaran
8.		Menyelesaikan pengobatan TBC pada kelompok sasaran
9		Eligible mendapatkan Terapi Pencegahan TBC (TPT) pada kelompok sasaran
10		Terapi pencegahan TBC (TPT) pada kelompok sasaran
11		Monitoring pengobatan ART, TPT atau OAT
12		Menyelesaikan terapi pencegahan TBC pada kelompok sasaran

DAFTAR PUSTAKA

- Sharma, Surendra K, Manish Soneja. 2011. HIV & immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS). Department of Internal Medicine. New Delhi
- WHO. 2014. Guidelines on Post-Exposure Prophylaxis for HIV and The Use of Co-Trimoxazole Prophylaxis for HIV-Related Infections Among Adults, Adolescents and Children. WHO. Geneva.
- WHO. 2016. Consolidated Guidelines on The Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection. WHO. Geneva.
- WHO. 2017. Guidelines for Managing Advanced HIV Disease and Rapid Initiation of Antiretroviral Therapy. WHO. Geneva.
- WHO. 2017. Guidelines for Treatment of Drug-Susceptible Tuberculosis and Patient Care. WHO. Geneva.
- WHO. 2018. Guidelines for The Iagnosis, Prevention and Management of Cryptococcal Disease in HIV-Infected Adults, Adolescents and Children. WHO. Geneva.
- Ku SW, Jiamsakul A, Joshi K, et al. 2019. Cotrimoxazole Prophylaxis Decreases Tuberculosis Risk Among Asian Patients With HIV. *J Int AIDS Soc.* Taiwan
- The Aurum Institute. 2019. 3HP Adverse Events and Monitoring Schedule.. Version 1. September 2019.
- WHO. 2019. Lateral Flow Urine Lipoarabinomannan Assay (LF-LAM) for The Diagnosis of Active Tuberculosis in People Living with HIV. WHO. Geneva.
- WHO. 2020. Guidelines for Diagnosing and Managing Disseminated Histoplasmosis Among People Living With HIV. WHO. Geneva.
- WHO. 2020. WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis. Module 1: Prevention – Tuberculosis Preventive Treatment. WHO. Geneva.
- WHO. 2021. WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis: Module 2: Screening: Systematic Screening for Tuberculosis Disease. WHO. Geneva.

WHO. 2022. WHO Operational Handbook on Tuberculosis: Module 5: Management of Tuberculosis in Children and Adolescents. WHO. Geneva.

WHO. 2022. World Health Statistic 2022. WHO. Geneva.

LAMPIRAN

Lampiran 1

Tabel One Stop Service Untuk Layanan

1. Skrining TBC pada ODHIV

Skrining TBC pada ODHIV ditekankan dengan menggunakan 5 pertanyaan (4 gejala dan 1 tanda). Pemeriksaan tambahan dengan menggunakan fototoraks atau pemeriksaan *C-reaktif protein* (CRP) dilakukan jika diperlukan. TPT diberikan pada semua ODHIV dengan hasil skrining tidak mempunyai TBC aktif.

Skrining TBC pada ODHIV

Setiap ODHIV berkunjung ke fasyankes harus dilakukan skrining TBC.

Alat untuk skrining TBC

Skrining TBC pada ODHIV dilakukan dengan menggunakan **skrining lima pertanyaan** (4 gejala dan 1 tanda) dan bila ada salah satu dari gejala batuk, demam, penurunan berat badan, keringat malam, dan pembesaran kelenjar getah bening maka ditetapkan sebagai terduga TBC dan harus dilakukan pemeriksaan TBC.

Pada ODHIV dewasa, bila tersedia sarana penunjang tambahan seperti fototoraks atau CRP maka dapat digunakan sebagai pemeriksaan penunjang tambahan untuk skrining penyakit TBC jika diperlukan.

2. Diagnosis TBC pada ODHIV

Diagnosis TBC ditegakkan secara bakteriologis menggunakan pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) sesuai dengan kebijakan yang berlaku, namun saat ini berkembang pula diagnosis TBC pada ODHIV seperti LF-LAM dengan memperhatikan kriteria yang berlaku.

Penggunaan *Lateral Flow Lipoarabinomannan Assay (LF-LAM)* untuk membantu diagnosis TBC

LF-LAM dapat digunakan untuk membantu diagnosis TBC aktif pada orang dewasa, remaja dan HIV-positif anak **baik dalam rawat jalan maupun rawat inap dengan kecurigaan stadium 3 atau 4**. Beberapa keadaan yang direkomendasikan LF-LAM, misalnya pada:

- a. ODHIV dengan tanda dan gejala TBC (paru dan/atau ekstra paru)
- b. ODHIV dengan penyakit HIV lanjut/ Advanced HIV Disease (AHD) atau yang sakit parah; terlepas dari ada tidaknya tanda dan gejala TBC dan dengan jumlah sel CD4 < 200 sel/mm³.

Pemeriksaan TCM menjadi pelengkap pada pasien yang diperiksa dengan menggunakan LF-LAM. Keadaan yang membutuhkan tambahan pemeriksaan TCM adalah:

- a. Pada pasien yang bergejala TBC dan menunjukkan hasil LF-LAM negatif.
- b. Pada pasien dengan hasil LF-LAM positif dan langsung mendapatkan pengobatan OAT tetapi tidak menunjukkan perbaikan dalam 2- 4 minggu untuk melihat kemungkinan terjadinya resistensi OAT.

3. Terapi Pencegahan TBC (TPT)

Kelayakan untuk Terapi Pencegahan TBC (TPT)

TPT pada ODHIV dapat diberikan sebagai TPT **pimer** dan **sekunder** serta dapat diulang setiap kali berkontak dengan pasien TBC atau setelah 3 - 5 tahun..

ODHIV yang tidak memiliki TBC aktif **harus** menerima TPT. Hal yang sama juga diberikan untuk ODHIV yang hamil dan untuk ODHIV yang sebelumnya telah diobati untuk TBC (TPT sekunder).

Algoritma untuk menyingkirkan TBC

ODHIV harus dilakukan skrining TBC **dengan 5 pertanyaan**. ODHIV yang tidak memiliki salah satu gejala batuk, demam, penurunan berat badan, keringat malam tanpa aktivitas, dan pembesaran kelenjar getah bening **kemungkinan besar tidak memiliki TBC aktif** dan **harus menerima TPT**, terlepas dari status ART mereka.

ODHIV yang diskriming TBC dengan 5 pertanyaan dan yang memiliki salah satu gejala batuk, demam, penurunan berat badan, keringat malam tanpa aktivitas, dan pembesaran kelenjar getah bening **besar kemungkinan terdapat TBC aktif** dan harus dilakukan pemeriksaan TBC dan penyakit lain serta **harus diberikan TPT setelah TBC aktif disingkirkan**.

Foto toraks dapat digunakan sebagai **alternatif** untuk menyingkirkan TBC aktif pada ODHIV. TPT harus diberikan kepada ODHIV yang tidak memiliki hasil fototoraks sugestif TBC.

Tes untuk Infeksi Laten TBC (ILTBI)

ODHIV tidak memerlukan pemeriksaan **Tuberculin Skin Test (TST)** atau **Interferon-Gamma Release Assays (IGRA)** untuk mendapatkan TPT.

Paduan TPT

Pilihan paduan berikut direkomendasikan untuk pemberian TPT terlepas dari status HIV:

- a. 6 bulan isoniazid dosis harian (6H), direkomendasikan untuk TPT pada ODHIV
- b. 3 bulan rifampine dan isoniazid dosis mingguan (3HP), direkomendasikan untuk TPT pada ODHIV
- c. 3 bulan isoniazid dan rifampisin dosis harian (3HR), tidak direkomendasikan untuk TPT pada ODHIV karena terjadi interaksi ARV dengan rifampisin
- d. 6 bulan levofloxacin dosis harian (6Lfx), untuk anak kontak serumah (termasuk Anak dengan HIV (ADHIV)) dengan pasien TBC RO
- e. 6 bulan levofloxacin dan ethambutol dosis harian (6Lfx+E), untuk kontak serumah (termasuk ODHIV) dengan pasien TBC RO

Sebagai alternatif dapat juga ditawarkan:

- a. 1 bulan rifapentine dan isoniazid dosis harian (1HP)
- b. 4 bulan rifampisin dosis harian (4R)
- c. Paduan lainnya yang dalam pengembangan dan kajian, yang nantinya direkomendasikan oleh WHO.

Tambahkan pemberian B6 25 mg/hari setiap kali menggunakan paduan yang menggunakan INH.

4. Menyediakan Tes HIV untuk Pasien TBC

Tes HIV untuk pasien TBC

Tes HIV dilakukan kepada semua pasien yang terdiagnosis TBC.

5. Memulai ART untuk ODHIV yang terdiagnosis TBC

ART untuk pasien TBC yang terdiagnosis HIV dan ODHIV dengan diagnosis TBC

a. Pasien TBC yang baru terdiagnosis HIV:

- 1) ARV harus dimulai sesegera mungkin dalam 2 minggu pertama pengobatan TBC tanpa memandang nilai CD4.
- 2) Pada kasus TBC RO, pemberian ART sedini mungkin (dalam 8 minggu pertama) setelah inisiasi pengobatan OAT.
- 3) Pemeriksaan CD4 tidak diperlukan dalam menginisiasi ART.

Pengecualian:

Pada kasus **meningitis TBC**, pemberian ART dapat ditunda minimal setelah 4 minggu setelah pengobatan TBC.

b. ODHIV yang baru terdiagnosis TBC:

Langsung dimulai pengobatan OAT dan tetap meneruskan ARV seperti biasa.

Konsep one stop service

Konsep one stop service dapat dilakukan di poliklinik TBC dan HIV sebagai berikut:

- a. Pada pasien TBC yang terdiagnosis HIV maka pemberian inisiasi ARV dilakukan di layanan TBC. Kemudian untuk kegiatan perawatan, pengobatan lanjutan, dan dukungan berkelanjutan dapat dilakukan di layanan HIV pada kunjungan selanjutnya.
- b. Sebaliknya, untuk ODHIV yang terdiagnosis TBC pengobatan OAT dimulai di layanan HIV dan pengobatan selanjutnya dapat dilanjutkan di layanan TBC.
- c. Bagi layanan TBC dan HIV yang berada pada satu poliklinik dapat dilakukan mekanisme pembagian hari pelayanan untuk memastikan PPI TBC terjaga.
- d. Pencatatan dan pelaporan yang digunakan sesuai dengan sistem informasi yang digunakan untuk program TBC dan HIV.

Pemberian TPT pada ODHIV dapat mengikuti metode pemberian ART *Multi Month Dispensing* (MMD) dimana obat dapat diberikan lebih dari 1 bulan.

Pengobatan Pencegahan Kotrimoksazol (PPK) untuk ODHIV dengan diagnosis TBC

PPK harus diberikan kepada ODHIV dengan TBC tanpa memandang jumlah CD4.

Lampiran 2

Formulir dan Petunjuk Pengisian Formulir Rujukan Tes dan Pengobatan TBC untuk Kolaborasi TBC HIV

FORMULIR RUJUKAN TES DAN PENGOBATAN TBC UNTUK LAYANAN KOLABORASI TBC HIV											
DATA DASAR TERDUGA TBC											
Diisi oleh Petugas HIV*											
Nama Lengkap Terduga TB :	_____		Nomor Rekam Medis :	_____							
NIK :	_____ No.Telp/HP : _____		Tanggal Didaftar :	_____							
Tanggal Lahir :	_____		Nama Fasyankes :	_____							
Jenis Kelamin :	L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		Kab/Kota Terduga :	_____							
Nomor Telp/HP :	_____		Provinsi Teduga :	_____							
Alamat Lengkap :	_____		Riwayat DM :	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak Diketahui <input type="checkbox"/>							
	_____		Merokok :	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>							
	_____		Terpapar Asap Rokok :	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya <input type="checkbox"/> Baru <input type="checkbox"/> Kambuh <input type="checkbox"/> Diobati setelah gagal <input type="checkbox"/> Diobati setelah putus berobat (loss to follow up) <input type="checkbox"/> Riwayat pengobatan sebelumnya tidak diketahui </div>											
DATA PEMERIKSAAN TBC											
Diisi oleh Petugas TBC											
Tanggal Pengambilan Contoh Uji :	_____										
Tanggal Pengiriman Contoh Uji :	_____										
Bulan ke	Hasil Pemeriksaan Contoh Uji (Sesuai dengan TBC.05)										
	Tanggal	No. Reg Lab	Mikroskopis	Biakan	Xpert (TCM)						
0											
HASIL DIAGNOSIS DAN KLASIFIKASI PASIEN TBC											
Diisi oleh Petugas HIV*											
Hasil Diagnosis <input type="checkbox"/> TBC SO <input type="checkbox"/> TBC RO <input type="checkbox"/> Bukan TBC			Tipe Diagnosis dan Klasifikasi Pasien TBC								
Tanggal Mulai Pengobatan : _____			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Tipe Diagnosis</td> <td style="width: 50%;">Klasifikasi berdasarkan lokasi anatomi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Terkonfirmasi bakteriologis</td> <td><input type="checkbox"/> TBC Paru</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Terdiagnosis klinis</td> <td><input type="checkbox"/> TBC Ekstraparu, Lokasi.....</td> </tr> </table>			Tipe Diagnosis	Klasifikasi berdasarkan lokasi anatomi	<input type="checkbox"/> Terkonfirmasi bakteriologis	<input type="checkbox"/> TBC Paru	<input type="checkbox"/> Terdiagnosis klinis	<input type="checkbox"/> TBC Ekstraparu, Lokasi.....
Tipe Diagnosis	Klasifikasi berdasarkan lokasi anatomi										
<input type="checkbox"/> Terkonfirmasi bakteriologis	<input type="checkbox"/> TBC Paru										
<input type="checkbox"/> Terdiagnosis klinis	<input type="checkbox"/> TBC Ekstraparu, Lokasi.....										
			Hasil Pemeriksaan Rontgen Toraks : _____ Jumlah Skoring TBC Anak : _____								
PENGOBATAN TBC											
Diisi oleh Petugas HIV*											
Bentuk OAT: <input type="checkbox"/> KDT <input type="checkbox"/> Kombipak/Obat lepas			Paduan OAT: <input type="checkbox"/> Kategori-1, sebutkan _____ <input type="checkbox"/> Kategori-2, sebutkan _____ <input type="checkbox"/> Kategori anak, sebutkan _____								
Sumber Obat: <input type="checkbox"/> Program TBC <input type="checkbox"/> Asuransi, _____ <input type="checkbox"/> Bayar Sendiri <input type="checkbox"/> Lain-lain, _____											
RIWAYAT TES DAN PENGOBATAN HIV											
Diisi oleh Petugas HIV											
Tanggal Tes HIV :	_____										
Status Pengobatan ARV :	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>										
Tanggal Mulai ARV :	_____										
IDENTITAS PETUGAS											
Diisi oleh Petugas HIV											
Nama Petugas :	_____										
Nomor Telp/HP :	_____										
*Apabila Poliklinik HIV hanya melakukan tindakan sampai dengan pengambilan sampel laboratorium (dan tindakan selanjutnya dilakukan di Poliklinik TBC), maka variabel-variabel pada bagian ini dilanjutkan pencatatannya oleh petugas di Poliklinik TBC.											

Petunjuk Pengisian Formulir Rujukan Tes dan Pengobatan TBC untuk Kolaborasi TBC HIV

No	Variabel	Cara Pengisian
Data Dasar Terduga TBC		
1	Nama Lengkap Terduga TBC	Tulis nama lengkap terduga TBC
2	NIK	Tulis nomor identitas terduga TBC yang ada di KTP atau KK
3	Tanggal Lahir	Tulis tanggal lahir terduga TBC dengan format tanggal - bulan - tahun
4	Umur	Tulis umur terduga TBC dalam tahun
5	Jenis Kelamin	Ceklis salah satu kode: <ul style="list-style-type: none"> • L untuk jenis kelamin Laki-laki • P untuk jenis kelamin perempuan
6	No Telepon/HP	Tulis nomor telepon/HP terduga TBC yang aktif digunakan
7	Alamat Lengkap	Tulis alamat lengkap tempat tinggal/ domisili terduga TBC
8	No Rekam Medis	Tulis nomor rekam medis terduga TBC yang ditemukan dan datang ke fasyankes
9	Tanggal Didaftar	Tulis tanggal terduga TBC yang ditemukan dan datang ke fasyankes
10	Nama Fasyankes	Tulis nama fasilitas pelayanan kesehatan
11	Kab/Kota Terduga	Tulis kabupaten/kota domisili terduga TBC
12	Provinsi Terduga	Tulis provinsi domisili terduga TBC
13	Riwayat DM	Ceklis salah satu pilihan: <ul style="list-style-type: none"> • Ya, jika Penyandang DM • Tidak, jika Bukan penyandang DM
14	Status Merokok	Ceklis salah satu pilihan: <ul style="list-style-type: none"> • Ya, jika perokok aktif • Tidak, jika bukan perokok aktif
15	Status Terpapar Asap Rokok	Ceklis salah satu pilihan: <ul style="list-style-type: none"> • Ya, jika terpapar asap rokok • Tidak, jika tidak terpapar asap rokok
16	Riwayat Pengobatan Sebelumnya	Ceklis salah satu pilihan berdasarkan riwayat pengobatan terduga TBC
Data Pemeriksaan TBC		
17	Tanggal Pengambilan Contoh Uji	Tulis tanggal pengambilan sampel untuk pemeriksaan laboratorium dilakukan
18	Tanggal Pengiriman Contoh Uji	Tulis tanggal sampel dikirimkan ke laboratorium
19	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tulis tanggal hasil pemeriksaan laboratorium sudah keluar

No	Variabel	Cara Pengisian
Hasil Diagnosis dan Klasifikasi Pasien TBC		
20	Tipe Diagnosis	Ceklis salah satu pilihan: <ul style="list-style-type: none"> • Terkonfirmasi bakteriologis, jika terduga TBC ditegakkan diagnosis dengan pemeriksaan bakteriologis • Terdiagnosis klinis, jika terduga TBC ditegakkan diagnosis berdasarkan pemeriksaan klinis
21	Klasifikasi Anatomi	Ceklis salah satu pilihan: <ul style="list-style-type: none"> • TBC Paru, jika terduga TBC terdiagnosis TBC pada lokasi anatomi paru • TBC Ekstraparu, jika terduga TBC terdiagnosis TBC pada lokasi di luar paru
22	Hasil Pemeriksaan Foto Toraks	Tulis dengan salah satu kode: <ul style="list-style-type: none"> • TDL, jika pemeriksaan tidak dilakukan • Pos, jika hasil pemeriksaan positif kesan TBC • Neg, jika hasil pemeriksaan tidak ada kesan TBC <i>(informasi lain terkait hasil pembacaan foto toraks juga dapat dilengkapi untuk menunjang penegakkan diagnosis TBC)</i>
23	Jumlah Skoring TBC Anak	Tulis jumlah dari parameter skoring anak (0-13)
24	Hasil Diagnosis	Ceklis salah satu hasil diagnosis dengan TBC sensitif, TBC RO, atau Bukan TBC
25	Tanggal Mulai Pengobatan	Tulis tanggal pasien TBC memulai pengobatan OAT dengan format tanggal - bulan - tahun
Pengobatan TBC		
26	Paduan OAT	Ceklis salah satu kategori paduan OAT beserta paduan yang diberikan kepada pasien TBC
27	Bentuk OAT	Ceklis salah satu bentuk OAT yang diberikan kepada pasien TBC
28	Sumber Obat	Ceklis salah satu sumber pembiayaan OAT yang diberikan kepada pasien TBC
Riwayat Tes dan Pengobatan HIV		
29	Tanggal Tes HIV	Tulis tanggal terduga/pasien TBC melakukan tes HIV
30	Status Pengobatan ARV	Ceklis salah satu kode: <ul style="list-style-type: none"> • Ya, jika pasien mendapat ARV • Tidak, jika pasien tidak mendapat ARV
31	Tanggal Mulai ARV	Tulis tanggal terduga/pasien TBC memulai pengobatan ARV
Identitas Petugas (di Poliklinik HIV)		
32	Nama Petugas	Tulis nama petugas (dokter/perawat) yang bertanggung jawab dalam penanganan pasien yang dirujuk
33	Nomor Telp/HP	Tulis nomor telepon/HP petugas (dokter/perawat) atau fasyankes yang bertanggung jawab dalam penanganan pasien yang dirujuk

Lampiran 3

Formulir dan Petunjuk Pengisian Formulir Rujukan Tes dan Pengobatan HIV untuk Kolaborasi TBC HIV

FORMULIR RUJUKAN TES DAN PENGOBATAN HIV UNTUK LAYANAN KOLABORASI TBC HIV	
IDENTITAS KLIEN	
Nama Lengkap	: <input type="text"/>
NIK/KITAP/KITAS	: <input type="text"/>
Tempat Lahir	: <input type="text"/>
Tanggal Lahir	: <input type="text"/>
Jenis Kelamin	: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P
Alamat Lengkap	: <input type="text"/>
No. Telp/HP	: <input type="text"/>
Nama Ibu kandung	: <input type="text"/>
Kelompok Populasi	: <input type="checkbox"/> LSL <input type="checkbox"/> WPS <input type="checkbox"/> Waria <input type="checkbox"/> Penasun <input type="checkbox"/> Pasien TBC <input type="checkbox"/> Pasien IMS <input type="checkbox"/> Pasien hepatitis <input type="checkbox"/> Pasangan ODHIV <input type="checkbox"/> Anak ODHIV <input type="checkbox"/> Pasangan Risti <input type="checkbox"/> WBP <input type="checkbox"/> Populasi Umum <input type="checkbox"/> Calon pengantin
RIWAYAT TES HIV	
Permohonan Rujukan	: Rujuk tes HIV : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Tanggal Tes HIV	: <input type="text"/>
Kesediaan untuk tes	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Kesimpulan Hasil	: <input type="checkbox"/> Positif HIV <input type="checkbox"/> Negatif HIV <input type="checkbox"/> Inkonklusif
Tanggal hasil diterima	: <input type="text"/>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;"> *Jika Ya, kosongkan variabel riwayat tes HIV Jika Tidak, isi variabel riwayat tes HIV, </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: x-small; margin-top: 5px;"> Note: Mohon lampirkan hasil pemeriksaan laboratorium yang berisi informasi hasil per reagen dan jenis reagen yang digunakan </div>	
RIWAYAT TBC	
Tanggal mulai pengobatan TBC	: <input type="text"/>
Paduan OAT	: <input type="checkbox"/> Kategori 1 <input type="checkbox"/> Kategori 2
RIWAYAT ART	
Permohonan Rujukan	: <input type="checkbox"/> Rujukan memulai PDP <input type="checkbox"/> Rujukan tindaklanjut PDP
Tanggal masuk perawatan	: <input type="text"/>
Tanggal Mulai ART	: <input type="text"/>
Paduan ARV	: <input type="checkbox"/> TDF(300)/3TC(300)/DTG(50) <input type="checkbox"/> TDF(300)/3TC(300)/EFV(600) <input type="checkbox"/> Lainnya:.....
Tanggal pemberian PPK	: <input type="text"/>
Status fungsional	: <input type="checkbox"/> Kerja <input type="checkbox"/> Ambulatori <input type="checkbox"/> Baring
Stadium Klinis	: <input type="checkbox"/> Stadium 1 <input type="checkbox"/> Stadium 2 <input type="checkbox"/> Stadium 3 <input type="checkbox"/> Stadium 4
Berat Badan/ Tinggi Badan	: Berat badan <input type="text"/> Kg Tinggi Badan <input type="text"/> CM
Tanggal kunjungan selanjutnya	: <input type="text"/>
IDENTITAS PETUGAS	
Nama Petugas	: <input type="text"/>
Nama Fasyankes	: <input type="text"/>
No Telepon/HP Fasyankes/Petugas	: <input type="text"/>

Petunjuk Pengisian Formulir Rujukan Tes dan Pengobatan HIV untuk Kolaborasi TBC HIV

No	Variabel	Cara Pengisian
Identitas Klien		
1.	Nama Lengkap	Tulis nama lengkap klien (diutamakan sesuai KTP)
2.	NIK/KITAP/KITAS	<ul style="list-style-type: none"> • Nomor Induk Kependudukan Tuliskan NIK seperti yang tertera didalam Kartu Tanda penduduk (KTP) • Kartu Izin Tinggal Tetap Tuliskan nomor KITAP sesuai yang tertera dalam kartu izin tinggal tetap bagi Warga negara asing • Kartu Izin tinggal Terbatas Tuliskan nomor KITAS sesuai yang tertera dalam kartu izin terbatas bagi Warga negara asing
3.	Tempat Lahir	Tulis Tempat lahir klien berdasarkan dengan kartu tanda pengenal yang dimiliki klien atau berdasarkan dengan pengakuan klien.
4.	Tanggal Lahir	<p>Tulis tanggal lahir klien berdasarkan dengan kartu tanda pengenal yang dimiliki klien atau berdasarkan dengan pengakuan klien. Isikan sesuai format 2-digit tanggal, 2-digit bulan, dan 4-digit tahun.</p> <p>Catatan: Apabila klien tidak dapat menyebutkan tanggal lahir maka gunakan umur sebagai patokan pengisian kemudian gunakan tanggal 1 januari sebagai adjustment tanggal lahir, Apabila klien tidak dapat menyebutkan umur maka gunakan asumsi umur pendapat kita dan untuk tanggal tetap menggunakan 1 januari sebagai adjustment.</p>
5.	Jenis Kelamin	<p>Contreng (√) kotak sesuai jawaban klien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contreng (√) kotak "Laki-laki" bila jenis kelamin Laki-laki • Contreng (√) kotak "Perempuan" bila jenis kelamin Perempuan
6.	Alamat Lengkap	Tulis alamat lengkap dengan Rukun Tetangga (RT) dan Rukun Warga (RW) atau keterangan tempat tinggalnya sesuai dengan domisili klien untuk mempermudah kegiatan penanganan lebih lanjut.
7.	No Telepon/HP	Tulis nomor telepon/HP klien yang aktif digunakan
8.	Nama Ibu Kandung	Tulis dengan nama ibu kandung

No	Variabel	Cara Pengisian
9.	Kelompok Populasi	<p>Contreng (√) kotak sesuai informasi yang diberikan oleh klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LSL (Laki-laki Seks dengan Laki-laki): laki-laki yang suka melakukan seks anal (receptif/dianal maupun penetratif/menganal) dengan sesama laki-laki. meskipun berperilaku biseksual (melakukan seks baik dengan laki-laki maupun dengan wanita). • Wanita Pekerja Seks (WPS): adalah perempuan yang menjajakan seks, baik Langsung maupun Tidak Langsung. • Waria (wanita pria): adalah mereka yang secara fisik menunjukkan identitas sebagai pria, namun secara psikis merasa sebagai Wanita • Penasun (pengguna narkoba suntik): jelas • Pasien TBC: Jelas • Pasien IMS: Jelas • Pasien Hepatitis: Jelas • Pasangan ODHIV: klien yang memiliki pasangan ODHIV • Anak ODHIV: Anak dari ODHIV • Pasangan Kelompok Risti: seseorang yang menjadi berisiko karena memiliki pasangan kelompok berisiko tinggi meliputi: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pasangan Wanita Pekerja Seks langsung <input type="checkbox"/> Pasangan Wanita Pekerja Seks tidak langsung <input type="checkbox"/> Pasangan Pria Berisiko Tinggi <input type="checkbox"/> Pasangan Pria Pekerja Seks <input type="checkbox"/> Pasangan LSL. <input type="checkbox"/> Pasangan waria <input type="checkbox"/> Pasangan penasun. <input type="checkbox"/> Pasangan pelanggan PS • Warga Binaan Penjara (WBP): Jelas • Populasi Umum: Jelas • Calon Pengantin: Jelas
Riwayat Tes HIV		
10.	Rujuk Tes HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Contreng (√) kotak Ya, jika klien dirujuk ke fasyankes lain untuk mendapatkan tes HIV. kosongkan variabel riwayat tes HIV pada formulir ini. • Contreng (√) kotak Tidak, jika klien mendapatkan tes HIV di fasyankes. isi variabel riwayat tes HIV sesuai dengan hasil laborarotium.

No	Variabel	Cara Pengisian
11.	Tanggal Tes HIV	Tulis tanggal sesuai saat klien datang ke fasyankes untuk tes HIV. Isikan sesuai format 2-digit tanggal, 2-digit bulan, dan 4-digit tahun.
12.	Kesediaan untuk tes	Contreng (√) kotak Ya , jika bersedia melakukan tes HIV Contreng (√) kotak Tidak , jika tidak bersedia melakukan tes HIV. Tanda tangan di samping pilihan tidak sebagai bukti penolakan.
13.	Kesimpulan hasil	<ul style="list-style-type: none"> • Contreng (√) kotak Positif HIV, jika hasil pemeriksaan menunjukkan hasil positif • Contreng (√) kotak Negatif HIV, jika hasil pemeriksaan menunjukkan hasil negatif • Contreng (√) kotak Inkonklusif, jika hasil pemeriksaan menunjukkan hasil inkonklusif
14.	Tanggal hasil diterima	Tulis tanggal saat klien menerima hasil. Isikan sesuai format 2-digit tanggal, 2-digit bulan, dan 4-digit tahun.
Riwayat TBC		
15.	Tanggal mulai pengobatan TBC	Tulis tanggal pasien TBC memulai pengobatan TBC. Isikan sesuai format 2-digit tanggal, 2-digit bulan, dan 4-digit tahun.
16.	Paduan OAT	<ul style="list-style-type: none"> • Contreng (√) kotak kategori 1, jika pasien TBC menggunakan paduan kategori 1 • Contreng (√) kotak kategori 2, jika pasien TBC menggunakan paduan kategori 1
Riwayat ART <i>(Jika hasil tes HIV pada pasien TB positif maka variabel Riwayat HIV dapat di isi)</i>		
17.	Permohonan Rujukan	<ul style="list-style-type: none"> • Rujukan memulai PDP, rujukan yang diberikan pada pasien TBC yang positif HIV ke layanan PDP diluar fasyankes awal untuk mulai mendapatkan layanan PDP. Jika Rujuk memulai PDP di pilih maka variabel lain pada Riwayat ART dikosongkan. • Rujukan Tindaklanjut PDP, Rujukan yang diberikan pada pasien TBC yang positif HIV yang telah memulai perawatan dukungan dan pengobatan ART awal di poliklinik TBC difasyankes yang sama tempat tes HIV dilakukan untuk selanjutnya tindak lanjut pengobatan ARV dilakukan di poliklinik HIV di fasyankes tersebut. Jika rujuk tindaklanjut PDP di pilih maka variabel Riwayat ART wajib di isi sesuai dengan kondisi pasien.
18.	Tanggal masuk perawatan	Tulis tanggal ODHIV masuk perawatan. Isikan sesuai format 2-digit tanggal, 2-digit bulan, dan 4-digit tahun.

No	Variabel	Cara Pengisian
19.	Tanggal mulai ART	Tulis tanggal ODHIV memulai ARV. Isikan sesuai format 2-digit tanggal, 2-digit bulan, dan 4-digit tahun.
20.	Paduan ARV	Contreng (√) kotak: <ul style="list-style-type: none"> • TDF (300)/3TC (300)/DTG (50) jika ODHIV mendapatkan pengobatan dengan paduan ARV TDF (300)/3TC (300)/DTG (50) • TDF TDF (300)/3TC (300)/EFV (600) jika ODHIV mendapatkan pengobatan dengan paduan TDF (300)/3TC (300)/EFV (600) • Lainnya dan tuliskan nama paduan ARV selain yang dapat dipilih pada formulir
21.	Tanggal pemberian PPK	Tulis tanggal pemberian PPK jika diberikan. Isikan sesuai format 2-digit tanggal, 2-digit bulan, dan 4-digit tahun.
22.	Status Fungsional	Contreng (√) kotak: <ul style="list-style-type: none"> • Kerja, jika ODHIV mampu beraktivitas secara normal • Ambulatori, jika pasien tidak mampu beraktivitas secara normal dan <50% aktivitasnya berbaring • Baring, jika pasien terus menerus (atau >50%) berada di tempat tidur
23.	Stadium Klinis	Contreng (√) kotak: <ul style="list-style-type: none"> • Stadium 1, jika asimtomatik • Stadium 2, jika gejala ringan • Stadium 3, jika gejala sedang • Stadium 4, jika AIDS
24.	Berat Badan	Tulis berat badan dengan satuan Kg
25.	Tinggi Badan	Tulis tinggi badan dengan satuan cm
26.	Tanggal Kunjungan Selanjutnya	Tulis tanggal rencana kunjungan selanjutnya ke poliklinik HIV untuk melanjutkan perawatan dan pengobatan
Identitas Petugas		
27	Nama Petugas	Tulis nama petugas (Dokter/perawat) yang bertanggung jawab dalam penanganan pasien yang dirujuk
28	Nama Fasyankes/ Poliklinik	Tuliskan nama fasyankes/poliklinik perujuk
29	No Telepon/HP Fasyankes/Petugas	Tulis nomor telepon fasyankes/petugas

Lampiran 4

Contoh Variabel Pencatatan pada Formulir Pencatatan dan Pelaporan Komunitas

No.	Variabel Utama	Keterangan
a.	Pemberian edukasi TBC HIV kepada kelompok sasaran Contoh: Info yang diberikan: <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> dll	Pemberian edukasi TBC HIV
b.	Skrining TBC (dikaji dengan pertanyaan skrining TBC pada kelompok sasaran) Contoh: Apakah saat ini Anda mengalami gejala seperti? <input type="checkbox"/> Demam <input type="checkbox"/> Batuk <input type="checkbox"/> Berat badan menurun tanpa sebab yang jelas <input type="checkbox"/> Berkeringat saat tidur di malam hari <input type="checkbox"/> Pembengkakan pada kelenjar getah bening	Skrining TBC
c.	Tes HIV atau tes TBC pada kelompok sasaran Contoh: Jenis rujukan: <input type="checkbox"/> Tes HIV <input type="checkbox"/> Tes TBC <input type="checkbox"/> Rehab sosial <input type="checkbox"/> Kekerasan <input type="checkbox"/> dll	Tes HIV atau tes TBC

No.	Variabel Utama	Keterangan
d.	<p>Hasil diagnosis TBC kelompok sasaran</p> <p>Contoh:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hasil tes TBC: <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Bukan TBC <input type="checkbox"/> N/A 	<p>Hasil diagnosis TBC (bakteriologis maupun klinis)</p>
e.	<p>Hasil diagnosis tes HIV pada kelompok sasaran</p> <p>Contoh:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hasil tes HIV? <input type="checkbox"/> Reaktif <input type="checkbox"/> Non Reaktif <input type="checkbox"/> N/A 	<p>Hasil diagnosis HIV Positif/ ODHIV</p>
f.	<p>Pendampingan/dukungan pada kelompok sasaran</p> <p>Contoh:</p> <p>Mendapat pendampingan/dukungan pengobatan?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <p>atau</p> <p>Contoh:</p> <p>Jenis rujukan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tes HIV <input type="checkbox"/> Tes TBC <input type="checkbox"/> Rehab sosial <input type="checkbox"/> Pendukung sebaya <input type="checkbox"/> dll 	<p>Pendampingan/dukungan</p>

No.	Variabel Utama	Keterangan
g.	<p>Pengobatan ARV dan/atau TBC pada kelompok sasaran</p> <p>Contoh:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menerima pengobatan: <input type="checkbox"/> ARV <input type="checkbox"/> OAT <input type="checkbox"/> Hep C/DAA <input type="checkbox"/> dll 	<p>Pengobatan ARV dan/atau OAT</p>
h.	<p>Menyelesaikan pengobatan TBC pada kelompok sasaran</p> <p>Contoh:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bagaimana status pengobatan Anda? <input type="checkbox"/> Saya belum memulai pengobatan TBC (promosikan dan rujuk ke pengobatan TBC <input type="checkbox"/> Saya sedang menjalani pengobatan TBC sekarang <input type="checkbox"/> Saya sudah menyelesaikan pengobatan TBC <input type="checkbox"/> Saya tidak menyelesaikan pengobatan TBC secara lengkap (pengobatan TBC terputus) <input type="checkbox"/> Saya mengalami kegagalan pengobatan TBC <p>atau</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keterangan tidak mengambil OAT: <input type="checkbox"/> Sembuh/lengkap <input type="checkbox"/> LFU <input type="checkbox"/> dll 	<p>Menyelesaikan pengobatan TBC</p>

No.	Variabel Utama	Keterangan
i.	<p>Eligible mendapatkan Terapi Pencegahan TBC (TPT) pada kelompok sasaran</p> <p>Contoh: Apakah klien memenuhi syarat TPT? Ya Tidak</p>	<p>Eligible/ memenu syarat mendapatkan Terapi Pencegahan TBC (TPT)</p>
j.	<p>Terapi pencegahan TBC (TPT) pada kelompok sasaran</p> <p>Contoh: Apakah Anda saat ini atau sebelumnya pernah mendapatkan TPT?</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, saat ini saya dalam TPT <input type="checkbox"/> TPT lengkap selesai pada (mm/yyyy) <input type="checkbox"/> Ya, TPT tidak lengkap <input type="checkbox"/> Belum pernah mendapatkan</p> <p>atau</p> <p>Menerima pengobatan/terapi pencegahan?</p> <p><input type="checkbox"/> ARV <input type="checkbox"/> OAT <input type="checkbox"/> Hep C/DAA <input type="checkbox"/> TPT <input type="checkbox"/> dll</p>	<p>Terapi Pencegahan TBC (TPT)</p>

No.	Variabel Utama	Keterangan
k.	<p>Monitoring pengobatan ART, TPT atau OAT</p> <p>Contoh: Pemberian: ART Bulan ke (1), (2), (3), (4), (5), (6), (...)</p> <p>TPT Bulan ke (1), (2), (3), (4), (5), (6), (...)</p> <p>OAT Bulan ke (1), (2), (3), (4), (5), (6), (...)</p>	<p>Monitoring pengobatan ART, TPT/OAT</p>
l.	<p>Menyelesaikan terapi pencegahan TBC pada kelompok sasaran</p> <p>Contoh: Apakah Anda saat ini atau sebelumnya pernah mendapatkan TPT?</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, saat ini saya dalam TPT <input type="checkbox"/> TPT lengkap selesai pada (mm/yyyy) <input type="checkbox"/> Ya, TPT tidak lengkap <input type="checkbox"/> Belum pernah mendapatkan</p> <p>atau</p> <p>Keterangan tidak mengambil TPT?</p> <p><input type="checkbox"/> Pengobatan lengkap <input type="checkbox"/> LFU <input type="checkbox"/> DII</p>	<p>Menyelesaikan Terapi Pencegahan TBC (TPT)</p>

Lampiran 5

Contoh Laporan TBC HIV pada Komunitas

LAPORAN KOLABORASI TBC HIV DI KOMUNITAS

Provinsi :
 Kab/Kota :
 Organisasi :
 Bulan :
 Tahun :
 Kelompok Populasi :

No	Indikator	Laki-Laki														Jumlah			
		<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64		70-74	75-79	>=80
1	Jumlah seluruh pasien TBC yang didampingi Komunitas	0	5	47	35	74	45	67	201	121	197	145	97	68	54	37	42	15	1250
2	Jumlah pasien TBC didampingi Komunitas yang mendapat edukasi TBC-HIV	0	5	36	28	69	43	66	198	111	186	143	92	60	45	37	42	14	1175
3	Jumlah pasien TBC didampingi Komunitas yang dites HIV	0	0	3	5	50	39	66	189	100	164	112	86	43	21	12	20	2	912
4	Jumlah seluruh pasien TBC yang positif HIV didampingi Komunitas	0	0	0	0	5	2	4	13	12	21	9	11	6	4	6	2	0	95
5	Jumlah pasien TBC yang positif HIV didampingi Komunitas dan memulai/mendapatkan ART	0	0	0	0	5	1	4	13	10	20	8	10	5	4	6	2	0	88
6	Jumlah seluruh ODHIV yang didampingi Komunitas	0	1	4	3	10	23	25	16	34	27	21	12	16	9	2	1	1	205
7	Jumlah seluruh ODHIV didampingi Komunitas yang mendapat edukasi TB-HIV	0	1	4	2	7	20	25	16	32	22	21	11	15	8	2	1	1	188

8	Jumlah seluruh ODHIV didampingi Komunitas di skrinng TBC	0	1	3	2	7	19	22	15	30	22	21	8	12	8	2	1	1	174
9	Jumlah seluruh ODHIV yang terkonfirmasi TBC (bakteriologis maupun klinis) didampingi Komunitas	0	0	1	1	2	5	4	7	3	11	9	3	4	2	1	0	0	53
10	Jumlah ODHIV yang terkonfirmasi TBC (bakteriologis maupun klinis) didampingi Komunitas mendapatkan pengobatan TBC dan ART	0	0	1	1	2	5	4	7	2	10	6	2	4	2	1	0	0	47
11	Jumlah ODHIV yang terkonfirmasi TBC (bakteriologis maupun klinis) didampingi Komunitas yang mendapatkan ART dan menyelesaikan pengobatan TBC (sembuh atau pengobatan lengkap)	0	0	0	1	0	4	4	6	2	7	5	1	3	0	1	0	0	34
12	Jumlah seluruh ODHIV didampingi Komunitas yang eligible mendapatkan TPT	0	1	1	2	5	18	21	7	29	13	12	6	11	6	1	1	1	135
13	Jumlah ODHIV didampingi Komunitas yang mendapatkan terapi pencegahan TBC (TPT)	0	0	1	2	1	9	12	3	16	5	6	1	2	1	1	0	1	61
14	Jumlah ODHIV didampingi Komunitas yang mendapatkan dan menyelesaikan terapi pencegahan TBC (TPT)	0	0	0	2	1	7	11	3	12	4	3	1	0	1	1	0	1	47
15	Jumlah ODHIV on ART yang mendapat TPT																		
16	Jumlah ODHIV on ART yang didampingi komunitas dan mendapat TPT																		
17	Jumlah pasien TBC-HIV yang mendapat OAT dan ARV																		
18	Jumlah pasien TBC-HIV didampingi komunitas yang mendapat DAT dan ARV																		

Note:

Klien dihitung 1 kali dalam 1 tahun pelaporan

LAPORAN KOLABORASI TBC HIV DI KOMUNITAS

Provinsi :
 Kab/Kota :
 Organisasi :
 Bulan :
 Tahun :
 Kelompok Populasi :

No	Indikator	Perempuan														Jumlah			
		<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64		70-74	75-79	>=80
1	Jumlah seluruh pasien TBC yang didampingi Komunitas	0	5	40	28	65	21	67	166	121	154	145	97	54	54	37	22	15	1091
2	Jumlah pasien TBC didampingi Komunitas yang mendapat edukasi TBC-HIV	0	5	29	21	62	20	66	165	111	152	143	92	51	45	37	21	14	1034
3	Jumlah pasien TBC didampingi Komunitas yang dites HIV	0	0	3	5	50	19	54	112	100	145	112	86	43	21	12	17	2	781
4	Jumlah seluruh pasien TBC yang positif HIV didampingi Komunitas	0	0	0	0	5	2	4	13	12	21	9	11	6	4	6	2	0	95
5	Jumlah pasien TBC yang positif HIV didampingi Komunitas dan memula/mendapatkan ART	0	0	0	0	5	1	4	13	10	20	8	10	5	4	6	2	0	88
6	Jumlah seluruh ODHIV yang didampingi Komunitas	0	1	4	3	10	23	25	16	34	27	21	12	16	9	2	1	1	205
7	Jumlah seluruh ODHIV didampingi Komunitas yang mendapat edukasi TB-HIV	0	1	4	2	7	20	25	16	32	22	21	11	15	8	2	1	1	188
8	Jumlah seluruh ODHIV didampingi Komunitas di skrining TBC	0	1	3	2	7	19	22	15	30	22	21	8	12	8	2	1	1	174

9	Jumlah seluruh ODHIV yang terkonfirmasi TBC (bakteriologis maupun klinis) didampingi Komunitas	0	0	1	1	2	5	4	7	3	11	9	3	4	2	1	0	0	53
10	Jumlah ODHIV yang terkonfirmasi TBC (bakteriologis maupun klinis) didampingi Komunitas mendapatkan pengobatan TBC dan ART	0	0	1	1	2	5	4	7	2	10	6	2	4	2	1	0	0	47
11	Jumlah ODHIV yang terkonfirmasi TBC (bakteriologis maupun klinis) didampingi Komunitas yang mendapatkan ART dan menyelesaikan pengobatan TBC (sembuh atau pengobatan lengkap)	0	0	0	1	0	4	4	6	2	7	5	1	3	0	1	0	0	34
12	Jumlah seluruh ODHIV didampingi Komunitas yang eligible mendapatkan TPT	0	1	1	2	5	18	21	7	29	13	12	6	11	6	1	1	1	135
13	Jumlah ODHIV didampingi Komunitas yang mendapatkan terapi pencegahan TBC (TPT)	0	0	1	2	1	9	12	3	16	5	6	1	2	1	1	0	1	61
14	Jumlah ODHIV didampingi Komunitas yang mendapatkan dan menyelesaikan terapi pencegahan TBC (TPT)	0	0	0	2	1	7	11	3	12	4	3	1	0	1	1	0	1	47
15	Jumlah ODHIV on ART yang mendapat TPT																		
16	Jumlah ODHIV on ART yang didampingi komunitas dan mendapat TPT																		
17	Jumlah pasien TBC-HIV yang mendapat OAT dan ARV																		
18	Jumlah pasien TBC-HIV didampingi komunitas yang mendapat OAT dan ARV																		

Note:

Klien dihitung 1 kali dalam 1 tahun pelaporan

LAPORAN KOLABORASI TBC HIV DI KOMUNITAS

Provinsi :
 Kab/Kota :
 Organisasi :
 Bulan :
 Tahun :
 Kelompok Populasi :

No	Indikator	KELOMPOK POPULASI												
		WPS	PPS	Pelanggan PS	Waria	Penasun	LSL	Pasien Hepatitis	Pasien IMS	Pasangan Risti	Pasangan ODHIV	Anak ODHIV	Ibu Hamil	WBP
1	Jumlah seluruh pasien TBC yang didampingi Komunitas	47	117	117	117	117	234	47	70	70	117	23	70	1171
2	Jumlah pasien TBC didampingi Komunitas yang mendapat edukasi TBC-HIV	44	110	110	110	110	221	44	66	66	110	22	66	1105
3	Jumlah pasien TBC didampingi Komunitas yang dites HIV	34	85	85	85	85	169	34	51	51	85	17	51	847
4	Jumlah seluruh pasien TBC yang positif HIV didampingi Komunitas	4	10	10	10	10	19	4	6	6	10	2	6	95
5	Jumlah pasien TBC yang positif HIV didampingi Komunitas dan memulai/mendapatkan ART	4	9	9	9	9	18	4	5	5	9	2	5	88
6	Jumlah seluruh ODHIV yang didampingi Komunitas	41	21	21	21	21	205	8	12	12	21	4	12	8
7	Jumlah seluruh ODHIV didampingi Komunitas yang mendapat edukasi TB-HIV	38	19	19	19	19	188	8	11	11	19	4	11	8
8	Jumlah seluruh ODHIV didampingi Komunitas di skrining TBC	35	17	17	17	17	174	7	10	10	17	3	10	7

9	Jumlah seluruh ODHIV yang terkonfirmasi TBC (bakteriologis maupun klinis) didampingi Komunitas	11	5	5	5	5	5	5	53	2	3	3	3	5	1	1	3	2
10	Jumlah ODHIV yang terkonfirmasi TBC (bakteriologis maupun klinis) didampingi Komunitas mendapatkan pengobatan TBC dan ART	9	5	5	5	5	5	47		2	3	3	3	5	1	1	3	2
11	Jumlah ODHIV yang terkonfirmasi TBC (bakteriologis maupun klinis) didampingi Komunitas yang mendapatkan ART dan menyelesaikan pengobatan TBC (sembuh atau pengobatan lengkap)	7	3	3	3	3	34			1	2	2	3	1	1	2		1
12	Jumlah seluruh ODHIV didampingi Komunitas yang eligible mendapatkan TPT	27	14	14	14	14	135			5	8	8	14	3	3	8		5
13	Jumlah ODHIV didampingi Komunitas yang mendapatkan terapi pencegahan TBC (TPT)	12	6	6	6	61				2	4	4	6	1	1	4		2
14	Jumlah ODHIV didampingi Komunitas yang mendapatkan dan menyelesaikan terapi pencegahan TBC (TPT)	9	5	5	5	47				2	3	3	5	1	1	3		2
15	Jumlah ODHIV on ART yang mendapat TPT																	
16	Jumlah ODHIV on ART yang didampingi komunitas dan mendapat TPT																	
17	Jumlah pasien TBC-HIV yang mendapat OAT dan ARV																	
18	Jumlah pasien TBC-HIV dampingan komunitas yang mendapat OAT dan ARV																	

Note:

Klien dihitung 1 kali dalam 1 tahun pelaporan



ISBN 978-623-301-432-8



9 786233 014328