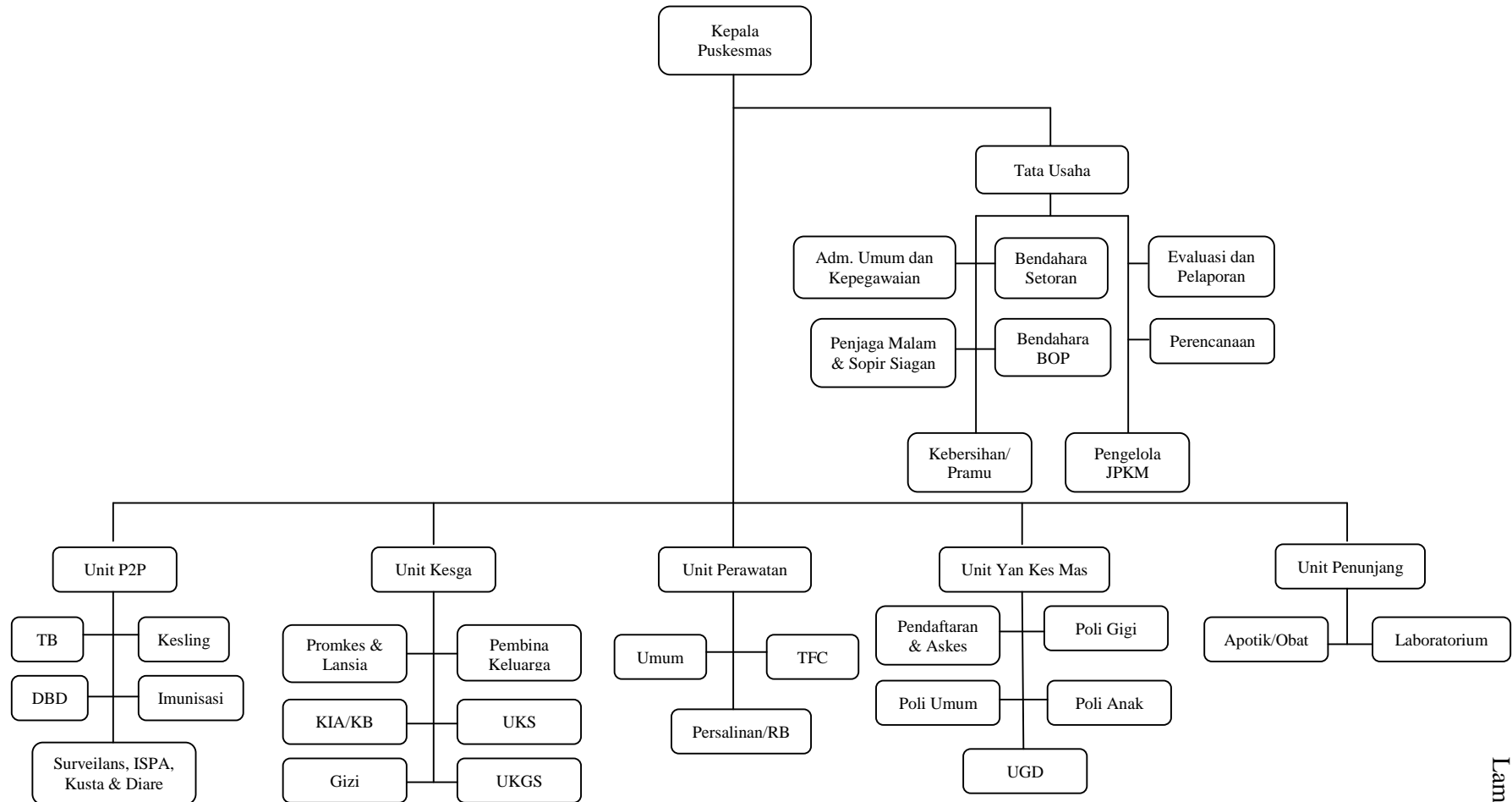


STRUKTUR ORGANISASI PUSKESMAS CIMANGGIS



Lampiran 1

**Keadaan Tenaga di Puskesmas Cimanggis
Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2008**

No	Jenjang Pendidikan	Jumlah	Keterangan
1	Medis		
	- Dokter Umum	4	
	- Dokter Gigi	2	1 Kepala Puskesmas
2	Keperawatan		
	D3 Keperawatan	1	
	D3 Kebidanan	1	
	D3 Kesehatan Gigi	0	
	SPK Perawat Kesehatan	7	
	D1 Kebidanan	5	
	SPRG	1	
3	Kefarmasian		
	- Apoteker	0	
	- SMF/SAA	1	
4	Kesehatan Masyarakat		
	S1 Kesehatan Masyarakat	0	
	D3 Sanitarian	0	
	D1 Gizi	1	
	D1 Sanitarian	1	
5	Analisis Lab	1	
6	Tenaga Non Kesehatan		
	- Sarjana Non Kesehatan	1	
	- SLTA	1	
	- SLTP	0	
	- SD sederajat	1	
Jumlah Seluruhnya		28	
Tenaga Kesehatan		25	
Tenaga Non Kesehatan		3	

Sumber : Data Kepegawaian Puskesmas DTP Cimanggis

FORMULIR OBSERVASI

No	VARIABEL	HASIL OBSERVASI	
		ADA	TIDAK
1.	Tujuan P2P TB		
2.	Indikator yang ada saat ini :		
	Indikator input		
	Indikator proses		
	Indikator output		
3.	Form yang digunakan		
4.	Sumber data		
5.	Jenis data yang dikumpulkan		
6.	Waktu pengumpulan data		
7.	Cara pengumpulan data		
8.	Cara pencatatan data		
9.	Model pencatatan data		
10.	Proses evaluasi data		
11.	Proses verifikasi data		
12.	Proses perbaikan data		
13.	Juklak		
14.	Juknis		
15.	Peta wilayah		
16.	ICD X		
17.	Proses pemasukan data		
18.	Database TBC		
19.	Kualitas data yang dikumpulkan :		
	Siapa yang melakukan diagnosa penyakit		

No	VARIABEL	HASIL OBSERVASI	
		ADA	TIDAK
	Diagnosa sesuai dengan SOP		
	Validitas data		
	Kelengkapan data		
	Akurat		
20.	Ketepatan pengumpulan data		
21.	Kelengkapan data		
22.	Pengolahan data yang dilakukan saat ini		
23.	Analisis data		
24.	Informasi yang dihasilkan		
25.	Penerbitan buletin		
26.	Organisasi Puskesmas		
27.	Perpustakaan dan referensi		
28.	Pemanfaatan sarana dan perangkat lunak komputer		

TELAAH DOKUMEN

No	NAMA DOKUMEN	SUMBER
1.	Form daftar tersangka penderita TB	Puskesmas
2.	Laporan Bulanan Puskesmas	Puskesmas
3.	Umpan Balik Laporan	Puskesmas
4.	Juknis	Puskesmas
5.	Anggaran Program Kesehatan di Puskesmas	Puskesmas
6.	Daftar Ketenagaan di Puskesmas	Puskesmas

KARTU PENGOBATAN PASIEN TB

Nama Pasien : _____ Telp _____ Tahun _____
 Alamat Lengkap : _____ No. Reg. TB.03 UPK _____
 Nama Pengawas Pengobatan/PMO : _____ Telp _____ No. Reg. TB.03 Kab/Kota _____
 Alamat Lengkap PMO : _____ Nama Unit Pelayanan Kesehatan : _____

Jenis kelamin : L P Umur : thn Parut BCG : Jelas Tidak ada Meragukan

KLASIFIKASI PENYAKIT	
Paru <input type="checkbox"/>	Ekstra Paru <input type="checkbox"/>
Lokasi _____	

Riwayat pengobatan sebelumnya : Belum pernah/ Pernah diobati lebih dari 1 bulan
 Kurang dari 1 bulan

Catatan : (untuk hasil pemeriksaan lain, misalnya rontgen, Biopsi, Kultur item, skoring TB anak, dll)

TIPE PASIEN	
- Baru <input type="checkbox"/>	- Kambuh <input type="checkbox"/>
- Pindahan <input type="checkbox"/>	- Gagal <input type="checkbox"/>
- Pengobatan <input type="checkbox"/>	- Lain-lain Sebutkan <input type="checkbox"/>

Pemeriksaan kontak serumah :

No.	Nama	L/P	Umur	Tanggal Pemeriksaan	Hasil
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____

Bulan ke	HASIL PEMERIKSAAN DAHAK			BB (kg)
	Laboratorium Pembaca			
	Tanggal	No. Reg. Lab	BTA*)	
0 (awal)				
2				
3				
4				
5/6				
7/8				
AP				

Jenis Obat : Kombipak KDT (FDC)

I. TAHAP INTENSIF :

Kategori-1 Kategori-2 Kategori anak Sisipan
 4 KDT (FDC) : _____ tablet/hr Streptomisin : _____ mg/hr

*) Tulislah 1+, 2+, 3+ atau Neg sesuai dengan hasil pemeriksaan dahak

Bulan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Keterangan		

Berilah tanda √ jika pasien datang mengambil obat atau pengobatan dibawah pengawasan petugas kesehatan.
 Berilah tanda "garis lurus menyambung" jika obat dibawa pulang dan ditelan sendiri dirumah.

II. TAHAP LANJUTAN

Berilah tanda \checkmark pada kotak yang sesuai jenis paduan obat yang diberikan.

Kategori-1 Kategori-2 Kategori anak

2 KDT (FDC) : _____ tablet/hr Ethambutol : _____ tablet/hr

Bulan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Keterangan			

Berilah tanda \checkmark jika pasien datang mengambil obat atau pengobatan dibawah pengawasan petugas kesehatan.
Berilah tanda "garis lurus putus-putus sesuai hari minum obat" jika obat dibawa pulang dan ditelan sendiri dirumah.

CATATAN :

HASIL AKHIR PENGOBATAN :

(tulis tanggal dalam kotak yang sesuai)

Sembuh	Lengkap	Default
_____	_____	_____
Gagal	Pindah	Meninggal
_____	_____	_____

Pasien dengan Ko-Infeksi				
Layanan Konseling dan Test Sukarela				
Tgl. Dianjurkan	Tgl. Dianjurkan	Tgl. Dianjurkan	Tgl. Dianjurkan	Tgl. Dianjurkan

Hasil test ditulis dengan kode :

NR = Non Reaktif (Negatif) IR = Initial Reaktif (1 x reaktif)
RR = Repeated Reaktif (2 x reaktif) 3TR = 3 x reaktif

Layanan Ko-Infeksi	
Nama UPK	_____
Tgl. Rujukan	_____
Tgl. Mulai ART	_____

PENANGGULANGAN TB NASIONAL	TB.02
KARTU IDENTITAS PASIEN TB	
Nama Lengkap : _____ Alamat Lengkap : _____ _____	
Jenis Kelamin : L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	Umur : <input type="text"/> <input type="text"/> thn
Nama UPK : _____ Telp. _____	
No. Reg. TB.03 UPK : _____	
No. Reg. Kab/Kota : _____ Propinsi : _____	
KLASIFIKASI PENYAKIT	
Paru <input type="checkbox"/>	Ekstra Paru <input type="checkbox"/> Lokasi _____
Tanggal mulai berobat _____	
TIPE PASIEN	
- Baru <input type="checkbox"/>	- Kambuh <input type="checkbox"/>
- Pindahan <input type="checkbox"/>	- Gagal <input type="checkbox"/>
Pengobatan <input type="checkbox"/>	- Lain-lain <input type="checkbox"/> Sebutkan _____
Jenis paduan obat yang diberikan _____	
lihat halaman sebelah	
INGAT :	
1. Simpanlah kartu anda dan bawa selalu bila datang ke unit pelayanan kesehatan 2. Anda dapat sembuh jika mengikuti aturan pengobatan dengan menelan obat secara teratur. 3. Penyakit TB dapat menyebar ke orang lain bila tidak diobati teratur.	

Tanggal Perjanjian

Mengambil Obat, Konsultasi Dokter, Periksa Ulang Dahak

Tanggal	Tahap Pengobatan	Jumlah Obat yang Diberikan	Tanggal harus Kembali

Bila kartu ini sudah penuh dapat diganti kartu baru

Tanggal Perjanjian untuk Periksha Dahak Ulang :

Harap datang untuk pemeriksaan dahak ulang pada :

1. Tanggal _____ (seminggu sebelum akhir bulan ke _____)
2. Tanggal _____ (seminggu sebelum akhir bulan ke _____)
3. Tanggal _____ (seminggu sebelum akhir bulan ke _____)
4. Tanggal _____ (seminggu sebelum akhir bulan ke _____)
5. Tanggal _____ (seminggu sebelum akhir bulan ke _____)

Catatan penting : oleh Dokter atau Perawat

DAFTAR TERSANGKA PASIEN (SUSPEK) TB YANG DIPERIKSA DAHAK SPS

Bulan _____ Tahun _____

No	Tanggal Didaftar	No. Identitas Sediaan Dahak	Nama Lengkap Suspek	Umur (tahun)		Alamat Lengkap	Tanggal Pengambilan Dahak			Tanggal Pengiriman Sediaan Dahak ke Lab	Tanggal Hasil Diperoleh	Hasil Pemeriksaan			No. Reg Lab	Bila di-diagnosis TB, Tulis Tanggal Pembuatan Kartu TB01
				L	P		A	B	C			A	B	C		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	12	13	14	15	16	17

- Keterangan :
- o A = Slide dahak sewaktu pertama ; B = Slide dahak pagi ; C = Slide dahak sewaktu kedua
 - o No. : Isi nomor urut 3 digit, dimulai dengan 001 pada setiap permulaan tahun.
 - o Nomor Identitas Sediaan Dahak : Tulis sesuai dengan Form TB.05
 - o Tanggal Pengiriman Sediaan Dahak ke Lab & Tanggal Hasil Diperoleh : Bagi UPK non mikroskopis diisi dengan tanggal yang sama untuk ke-3 sediaan. Sedang bagi UPK mikroskopis biasanya pengambilan dan hasil dilakukan pada tanggal yang sama.
 - o Hasil Pemeriksaan : Tulis hasil pembacaan sediaan sesuai kolomnya, neg untuk negatif dan 1+, 2+ dst. untuk hasil positif. A untuk A untuk dahak sewaktu pertama, B untuk dahak pagi, dan C untuk dahak sewaktu kedua.
 - o Nomor Reg. Lab : Tulis No. Register Lab dari pemeriksaan tsb. (kutip dari form. TB.05 bagian bawah).

Lampiran 7