



INSTRUMEN PENINGKATAN KUALITAS PROGRAM DAN LAYANAN TUBERKULOSIS

PERAWAT



PENDAHULUAN

Instrumen Peningkatan Kualitas Layanan dan Program Tuberkulosis untuk Tenaga Kesehatan bertujuan untuk memberikan gambaran layanan dalam program tuberkulosis. Instrumen ini digunakan untuk **Perawat** yang memberikan layanan tuberkulosis di fasyankes untuk dapat menilai serta mengidentifikasi kebutuhan yang diperlukan untuk berkontribusi dalam program tuberkulosis dengan memberikan tatalaksana yang berkualitas dan sesuai standar. Instrumen ini juga dapat digunakan untuk pemantauan, supervisi, serta evaluasi oleh Dinas Kesehatan, dan untuk *coach* TB agar dapat mengidentifikasi kebutuhan pendampingan serta pembinaan yang dapat dilakukan.

PETUNJUK PENGISIAN

Instrumen untuk dokter terdiri dari 6 (enam) topik. *Coach* dan *coachee* mengisi instrumen dengan mencantumkan **tanda rumput (V)** untuk pertanyaan tertutup dan, memberikan **jawaban deskriptif** untuk pertanyaan terbuka. Bila jawaban dari pertanyaan bersifat tidak dapat dijawab atau tidak ada, maka silahkan mengisi kolom jawaban dengan 'NA'.

Coach dan *coachee* membuat simpulan dari masing-masing topik pada kolom "**CATATAN**", selanjutnya *coach* dan *coachee* mendiskusikan hasil coaching dan rencana tindak lanjut yang disepakati bersama, kemudian dituliskan pada lembar "**CATATAN AKHIR PERTEMUAN**".

Kegiatan pada Pertemuan 1

Coach dan *coachee* mengisi instrumen sesuai dengan informasi yang diberikan oleh *coachee*. Di akhir kegiatan *Coach* dan *Coachee* mengidentifikasi dan menyepakati rencana aksi yang perlu dilakukan.

Kegiatan pada Pertemuan 2- 3

Coach dan *coachee* mendiskusikan perkembangan dari pelaksanaan rencana aksi yang telah disepakati, dan tantangan/ hambatan yang ditemukan dalam melakukan rencana aksi sebelumnya.

Kegiatan pada Pertemuan 4

Coach dan *coachee* meninjau kembali proses *coaching* dan mengidentifikasi rencana tindak lanjut apabila masih ada yang perlu dilakukan.

Penjelasan kolom yang harus diisi "**CATATAN AKHIR PERTEMUAN**":

Pada bagian kesimpulan akan mengkompilasi catatan penting yang ada di setiap topik. Bagian rencana aksi, *coach* dan *coachee* menuliskan rencana tindak lanjut yang telah disepakati.

Informasi lebih lengkap terdapat dalam petunjuk teknis *coaching* tuberkulosis atau dapat menghubungi:

Email: kopitb.pusat@gmail.com atau ppmtbindonesia@gmail.com

DAFTAR SINGKATAN

APD	Alat Pelindung Diri
ART	Terapi Antiretroviral
BTA	Bakteri Tahan Asam (pemeriksaan untuk Tuberkulosis)
DM	Diabetes Melitus
DST	Drug-Susceptibility Testing
Fasyankes	Fasilitas Layanan Kesehatan
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKRTL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
IGRA	Interferon-Gamma Release Assays
INH	Isonicotinic Acid Hydrazide
KIE	Komunikasi Informasi dan Edukasi
K3	Keselamatan dan Kesehatan Kerja
OAT	Obat Anti Tuberculosis
ODHA	Orang Dengan HIV AIDS
OJT	On-The-Job Training
PMO	Pengawas Menelan Obat
PPI	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
SITB	Sistem Informasi Tuberkulosis
SOP	Standar Operasional Prosedur
TBC	Tuberkulosis
TCM	Test Cepat Molekuler
TBC SO	Tuberkulosis Sensitif Obat
TBC RO	Tuberkulosis Resistan Obat
TPT	Terapi Pencegahan Tuberkulosis
WiFi TB	Wajib Notifikasi Tuberkulosis

Diisi oleh Coach

No	Pertemuan	(a) Tanggal Pertemuan (tulis dalam format dd/mm/yyyy)	(b) Jam Pertemuan (tulis dalam format 24 jam, misal 14:30)	(c) Nama Coach								
001	Pertemuan 1	__/__/____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Jam</td> <td colspan="2">Menit</td> </tr> </table>					Jam		Menit		
Jam		Menit										
002	Pertemuan 2	__/__/____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Jam</td> <td colspan="2">Menit</td> </tr> </table>					Jam		Menit		
Jam		Menit										
003	Pertemuan 3	__/__/____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Jam</td> <td colspan="2">Menit</td> </tr> </table>					Jam		Menit		
Jam		Menit										
004	Pertemuan 4	__/__/____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Jam</td> <td colspan="2">Menit</td> </tr> </table>					Jam		Menit		
Jam		Menit										

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

Biodata	
Nama:	Jenis kelamin: L / P
Email:	Nomor telp/WA:
005	<p>Apakah posisi dan area tugas Anda di Fasyankes ini?</p> <p>Posisi :</p> <p><input type="checkbox"/> Perawat pelaksana TBC</p> <p><input type="checkbox"/> Perawat penanggung jawab TBC</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan _____</p> <p>Area Tugas (<i>lingkari yang sesuai</i>) :</p> <p>IGD / POLI / ICU / Rawat Inap / Rawat Jalan/Lainnya _____</p>
006	<p>Apakah Anda melayani pasien TBC di fasyankes ini?</p> <p><input type="checkbox"/> Ya</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak</p>
Identifikasi Layanan	
007	Provinsi
008	Kabupaten/Kota
009	Kecamatan
010	<p>Tipe Fasyankes</p> <p><input type="checkbox"/> Puskesmas</p> <p><input type="checkbox"/> Rumah Sakit Pemerintah</p> <p><input type="checkbox"/> Rumah Sakit Swasta</p> <p><input type="checkbox"/> Klinik Swasta</p> <p><input type="checkbox"/> Dokter Praktik Mandiri</p>
011	Nama Fasyankes:
012	Alamat Fasyankes:

Karakteristik Fasyankes		YA	TIDAK
013	Apakah Fasyankes memiliki layanan diagnostik untuk TBC?		
014	Apakah Fasyankes memiliki layanan pengobatan TBC (<i>TBC treatment services</i>)		
015	Apakah Fasyankes menyediakan layanan terkait HIV, seperti konseling, tes, perawatan, atau pengobatan?		
016	Apakah fasyankes menyediakan layanan terkait TBC DM		
017	Apakah fasyankes menyediakan layanan terkait TBC RO		

I. KONDISI DI PELAYANAN

I. Kondisi di Pelayanan		
1.1	Apakah Anda penanggung jawab Program TBC di Fasyankes ini?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
1.2	Sudah berapa lama Anda bekerja di Fasyankes ini?	_____Tahun _____Bulan
1.3	Sudah berapa tahun dan bulan Anda memberikan layanan terkait TBC di fasilitas ini?	_____Tahun _____Bulan
1.4	Rata-rata, berapa lama (jam) dalam seminggu Anda bekerja di fasilitas ini?	_____jam/minggu
1.5	Berapa rata-rata terduga TBC yang Anda temui di fasyankes ini setiap minggunya?	Jumlah terduga TBC _____
1.6	Berapa rata-rata pasien TBC yang Anda temui di fasyankes ini setiap minggunya?	Jumlah pasien TBC _____
1.7	Berapa banyak terduga TBC, pasien TBC, atau kontak/keluarganya, yang Anda temui atau rawat secara pribadi di fasilitas ini dalam seminggu?	_____orang
1.8	Bagaimana anda dapat tetap termotivasi dalam menjalankan profesi sebagai perawat yang melayani pasien TBC?	

2. PENINGKATAN KAPASITAS

Peningkatan Kapasitas				
<p>Mohon isi kegiatan peningkatan kapasitas terkait program tuberkulosis, baik dalam bentuk pelatihan, OJT, atau lokakarya dalam 3 tahun terakhir. Jika tidak ada peningkatan kapasitas untuk topik tertentu, kolom "YA" tidak perlu diisi, dan dapat ditambahkan di catatan.</p>				
No	Topik	YA	TIDAK	Keterangan Sertifikat, tahun, tipe peningkatan kapasitas, yang mengadakan
<i>Contoh</i>	<i>Pelatihan Asuhan Keperawatan TBC yang diselenggarakan oleh dinas kesehatan Kabupaten/Kota (Pelatihan FKTP/FKTRL)</i>	<i>✓</i>		<i>cth: Ada sertifikat, 2020, OJT, Dinkes DKI</i>
2.1	Manajemen tatalaksana TBC	YA	TIDAK	Keterangan
2.1.1	Pelatihan Asuhan Keperawatan TBC yang diselenggarakan oleh dinas kesehatan Kabupaten/Kota (Pelatihan FKTP/FKTRL)			
2.1.2	Pelatihan TBC RO			
2.1.3	Pelatihan TBC Anak			
2.1.4	Pelatihan TBC-DM			
2.1.5	Pelatihan TBC-HIV			
2.1.6	Pelatihan TBC dan gangguan psikiatri			
2.1.7	Pelatihan TBC Ekstra Paru			
2.1.8	Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian infeksi TBC			
2.2	Pencatatan dan Pelaporan TBC	YA	TIDAK	Keterangan
2.2.1	Pelatihan Pencatatan dan pelaporan TBC menggunakan SITB			
2.2.2	Pelatihan Pencatatan dan pelaporan TBC menggunakan WiFi TB			
2.2.3	Pelatihan Pencatatan dan pelaporan TBC manual			
2.3	Lainnya	YA	TIDAK	Keterangan
2.3.1	Pelatihan Komunikasi Motivasi			
2.3.2	Pelatihan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT)			
2.3.3	Pelatihan Investigasi Kontak			
2.3.4	Pelatihan Stigma, Gender dan Hak Asasi Manusia			
2.3.5	Pelatihan Alat Pelindung Diri (APD)			
<p>Pelatihan, lokakarya, dan OJT lainnya yang pernah Anda ikuti, sebutkan:</p> <p>A. _____</p> <p>B. _____</p> <p>C. _____</p> <p>D. _____</p>				

CATATAN (*bagian ini wajib diisi berdasarkan catatan hasil coaching dari topik diatas*)

Pertemuan 1 :

Pertemuan 2 :

Pertemuan 3 :

Pertemuan 4 :

3. PEMBERIAN KIE DAN KONSELING

3.1	Membangun <i>hubungan interpersonal dan kepercayaan</i> (Hubungan interpersonal antara penyedia layanan Kesehatan dan pasien sangat penting untuk keberhasilan pengobatan TBC, terutama karena pengobatan TBC akan berlangsung selama beberapa bulan. Apakah Bapak/Ibu melakukan hal di bawah ini untuk membina relasi & membangun kepercayaan dengan pasien?)	YA	TIDAK
3.1.1	Memberikan tindakan sesuai dengan SOP kepada pasien		
3.1.2	Komunikasi yang jelas (<i>observasi</i>)		
3.1.3	Terbuka dengan kepercayaan/budaya pasien		
3.1.4	Mendengarkan pasien dengan seksama		
3.1.5	Mengenali dan merespon ketakutan pasien terkait penyakitnya		
3.1.6	Menyarankan perubahan perilaku		
3.1.7	Memperlakukan pasien dengan sopan (<i>observasi</i>)		
3.1.8	Menjaga privasi klien		
3.1.9	Mempraktikan empati dan kepedulian, contoh 3S: Sapa, Salam dan Senyum (<i>observasi</i>)		
3.1.10	Lainnya (sebutkan):		
3.2	Pengkajian Pasien (Sebagai bagian dari pemeriksaan awal terhadap pasien untuk menentukan apakah mereka mengerti tentang TBC, apa yang Bapak/Ibu mintakan kepada pasien untuk bisa diceritakan/dijelaskan?)	YA	TIDAK
3.2.1	Riwayat Penyakit		
3.2.2	Perilaku/Kepercayaan terkait TBC		
3.2.3	Pengetahuan terkait TBC		
3.2.4	Kondisi tempat tinggal dan lingkungan (sumber polutan, pemaparan sinar matahari, kelembaban ruangan, ventilasi)		
3.2.5	Aktivitas sehari-hari		
3.2.6	Pemeriksaan Fisik (Sistem persarafan, Sistem pernafasan)		
3.2.7	Aspek Psikosial		
3.2.8	Pemeriksaan Penunjang		
3.2.9	Kemampuan untuk mengikuti rencana pengobatan TBC		
3.2.10	Potensi hambatan dalam menjalani pengobatan, misal : terbatasnya transportasi, obat yang mahal, dll		
3.2.11	Sumber daya pendukung, misal : keluarga, dukungan social lain, keuangan		
3.2.12	Lainnya (sebutkan):		

3.3		Pemberian KIE TBC dan Penyakit lain (Informasi apa saja yang diberikan terkait TBC dengan penyakit lain? Untuk tiap tipe informasi, tanyakan apakah informasi diberikan lisan atau tertulis)				
TOPIK		(a) Informasi diberikan?		(b) Bagaimana informasi tersebut diberikan?		
		Ya	Tidak	Lisan	Tertulis	Keduanya
3.3.1	Informasi Umum terkait penyakit TBC					
3.3.2	TBC RO					
3.3.3	TBC-DM					
3.3.4	TBC gangguan psikiatri					
3.3.5	TBC Anak					
3.3.6	TBC-HIV					
3.3.7	TBC Ekstra Paru					
3.3.8	Pencegahan HIV					
3.3.9	Pencegahan DM					
3.3.10	Anjuran agar pasien TBC di tes HIV					
3.3.11	Anjuran agar pasien TBC di tes DM					
3.3.12	Layanan perawatan dan pengobatan pasien HIV untuk pasien ko-infeksi TBC/HIV					
3.3.13	Layanan perawatan dan pengobatan pasien DM untuk pasien TBC DM					
3.3.14	Apa yang harus dilakukan jika pasien mengalami interaksi obat TBC HIV/ TBC DM					
3.3.15	Apa yang harus dilakukan jika ada tanda dan gejala <i>immunereconstitution inflammatory syndrome (IRIS)</i> /sindrom pemulihan kekebalan					
3.3.16	Penggunaan masker yang benar					
3.3.17	Etika Batuk					
3.3.18	Lainnya (sebutkan):					
3.4		Konseling (Untuk memastikan pasien memiliki pemahaman yang baik terkait proses pengobatan, informasi apa saja yang didiskusikan dengan pasien selama Pertemuan diagnosis dan pengobatan? Untuk setiap tipe informasi, tanyakan apakah informasi diberikan lisan atau tertulis)				
Topik		(a) Informasi diberikan?		(b) Bagaimana informasi tersebut diberikan?		
		Ya	Tidak	Lisan	Tertulis	Keduanya
3.4.1	Informasi Umum					
	a. Informasi tentang tata cara mengeluarkan dahak yang berkualitas					
	b. Hasil Pemeriksaan Laboratorium					

	c. Apa arti dari hasil pemeriksaan tersebut					
	d. Informasi tentang TBC (lembar balik)					
3.4.2	Informasi Pengobatan TBC					
	a. Kebutuhan pendamping pengobatan (treatment supporter)					
	b. Berapa lama durasi pengobatan					
	c. Fase pengobatan pasien					
	d. Status pengobatan atau kemajuan pengobatan					
	e. Pentingnya pengobatan teratur					
	f. Bagaimana obat ditelan, misal: dosis, frekuensi, dll					
	g. Pentingnya menyelesaikan pengobatan hingga sembuh					
	h. Opsi yang tersedia untuk dukungan pengobatan, misal: pendampingan dari kelompok sebaya/kader					
	i. Apa yang harus dilakukan jika obat TBC habis					
	j. Efek samping obat TBC yang mungkin didapat					
	k. Apa yang harus dilakukan jika pasien mengalami efek samping pengobatan					
	l. Informasi tentang Pengobatan Pencegahan TBC atau TPT					
	m. Lainnya (sebutkan):					
3.5	Tata Laksana Pasien TBC Mangkir			YA		TIDAK
3.5.1	Menyarankan pasien untuk kontrol pengobatan					
3.5.2	Perawat berkomunikasi dengan kader					
3.5.3	KIE dan melanjutkan pengobatan setelah mangkir					
3.5.4	KIE dan mengulang pemeriksaan dahak					
3.5.5	Follow up dan melacak melalui kontak ke sekolah atau tempat kerja					
3.5.6	Follow up dan melacak melalui Pertemuan rumah					
3.5.7	Follow up dan melacak melalui telepon					
3.5.8	Follow up dan melacak melalui SMS					
3.5.9	Mencatat tanggal pasien mangkir dari pengobatan dan memperpanjang durasi pengobatan (sesuai jumlah hari mangkir)					
3.5.10	Lainnya (sebutkan):					

CATATAN (*bagian ini wajib diisi berdasarkan catatan hasil coaching dari topik diatas*)

Pertemuan 1 :

Pertemuan 2 :

Pertemuan 3 :

Pertemuan 4 :

4. KONTAK INVESTIGASI

Kontak Investigasi (Apakah Bapak/Ibu melakukan investigasi kontak dalam 3 bulan terakhir)		YA	TIDAK
Kontak Investigasi sesuai dengan Program Penanggulangan TBC :			
4.1	Untuk kontak dewasa		
4.2	Untuk kontak anak		
CATATAN (<i>bagian ini wajib diisi berdasarkan catatan hasil coaching dari topik diatas</i>)			
Pertemuan 1 :			
Pertemuan 2 :			
Pertemuan 3 :			
Pertemuan 4 :			

5. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Mohon diisi tentang tindakan pencegahan infeksi, dan mohon dapat melihat persediaan yang digunakan untuk pengendalian infeksi)			
5.1	Umum	YA	TIDAK
5.1.1	Apakah ada perawat khusus sebagai focal point pencegahan dan pengendalian infeksi?		
5.1.2	Apakah pasien secara rutin ditanyai/diperiksa ada batuk saat masuk fasilitas?		
5.1.3	Apakah triase batuk dilaksanakan (pasien yang batuk dipisahkan dari orang lain dan didahulukan untuk dievaluasi)?		
5.1.4	Apakah ada ruang tunggu terpisah di fasilitas untuk memisahkan individu yang berpotensi menular?		
5.1.5	Apakah ada perawat yang memonitor batuk atau membantu pemisahan dan triase pasien batuk?		
5.1.6	Apakah masker bedah tersedia untuk terduga TBC dan pasien TBC?		
5.1.7	Apakah masker bedah dipakai oleh terduga TBC dan pasien TBC?		
5.2	Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)	YA	TIDAK
5.2.1	Apakah ada sistem skrining dan pemeriksaan penyakit TBC pada perawat?		
5.2.2	Apakah ada perawat yang didiagnosis TBC aktif dalam 2 tahun terakhir?		
5.2.3	Berapa banyak perawat penuh waktu yang sakit TBC aktif dalam 2 tahun terakhir?	Jumlah perawat_____	
5.2.4	Apakah perawat dianjurkan tes HIV setiap tahun?		
5.2.5	Apakah perawat dianjurkan ART jika HIV-positif?		
5.2.6	Di mana perawat HIV-positif menerima ART?	<i>(lingkari salah satu jawaban)</i> a. Dalam layanan b. Dirujuk c. Tidak tahu d. Lainnya (sebutkan)_____	
5.3	Sarana dan Prasarana (Apakah ada sarana prasarana untuk pencegahan infeksi tersedia di layanan?)	YA	TIDAK
5.3.1	Apakah tersedia Panduan pencegahan dan pengendalian infeksi terbaru?		
5.3.2	Persediaan untuk pasien batuk (tisu, masker bedah, dll)		
5.3.3	Catatan khusus dan rahasia untuk semua perawat terduga TBC dan pasien TBC		
5.3.4	Ruang tunggu pasien ada di luar atau di dalam ruangan dengan ventilasi dan sirkulasi udara yang baik		
5.4	Persediaan di Ruang Periksa (Apakah barang berikut tersedia di area pemeriksaan, misalnya, area periksa TBC, ketentuan layanan, area lab umum. Untuk item yang tidak terlihat, mohon diperlihatkan)	YA	TIDAK
5.4.1	Air mengalir (pipa, ember dengan keran)		
5.4.2	Sabun cuci tangan (mungkin sabun cair)		

5.4.3	Pembersih tangan berbahan dasar alkohol		
5.4.4	Tempat sampah medis (pedal bin) dengan penutup dan tempat sampah plastik		
5.4.5	<i>Liners</i>		
5.4.6	Tempat sampah lainnya		
5.4.7	Wadah benda tajam (mis., Kotak pengaman)		
5.4.8	Sarung tangan lateks sekali pakai		
5.4.9	Disinfektan (misalnya klorin, alkohol)		
5.4.10	Jarum suntik standar sekali pakai dengan jarum atau jarum suntik mati otomatis dengan jarum (<i>auto destruct syringe</i>)		
5.4.11	Gaun		
5.4.12	Pelindung mata / <i>goggle</i> atau pelindung wajah		
5.4.13	Pedoman pencegahan keselamatan injeksi untuk tindakan pencegahan standar		
5.5	Pengumpulan Spesimen Dahak	YA	TIDAK
5.5.1	Apakah pengumpulan spesimen ditentukan di salah satu area?		
5.5.2	Di luar area penapisan dan pengobatan		
5.5.3	Jauh dari pasien lain		
5.5.4	Di ruang terpisah, sebutkan _____		
5.5.5	Di area yang berventilasi baik, mis., udara terbuka atau dengan jendela terbuka		
5.5.6	Penggambilan spesimen dahak lainnya, contoh di rumah pasien		
5.6	Alat Pelindung Diri (APD)	YA	TIDAK
5.6.1	Apakah N-95 dan FFP2 respirator tersedia untuk digunakan oleh perawat?		
5.6.2	Apakah perawat telah dilatih tentang <i>proper fit respirator</i> ?		
5.6.3	Seberapa sering Anda menggunakan N-95 dan / atau FFP2 Respirator sesuai dengan Pedoman Nasional	Tidak pernah	
		Kadang-kadang	
		Separuh waktu	
		Hampir setiap waktu	
		Selalu	
CATATAN (<i>bagian ini wajib diisi berdasarkan catatan hasil coaching dari topik diatas</i>)			
Pertemuan 1 :			

Pertemuan 2 :

Pertemuan 3 :

Pertemuan 4 :

6. SUPERVISI

Supervisi (Mohon menjawab beberapa pertanyaan tentang Supervisi yang pernah Anda terima?)		Pertemuan 1		Pertemuan 2		Pertemuan 3		Pertemuan 4	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
6.1	Apakah Dinas Kesehatan pernah berkunjung untuk supervisi program TBC dalam 1 bulan terakhir?								
6.2	Kapan terakhir kali Dinas Kesehatan melakukan pertemuan supervisi?								
	a. Dalam 1 bulan terakhir								
	b. Dalam 3 bulan terakhir atau lebih								
6.3	Selama 3 bulan terakhir, berapa kali Anda mendapat supervisi atau pemantauan oleh Dinas Kesehatan? <i>(kolom dapat diisi dengan jumlah supervisi yang dilakukan)</i>								
6.4	Saat terakhir kali Anda mendapat supervisi, apa yang dilakukan oleh supervisor selama pertemuan?								
	a. Melakukan kajian pada logistic OAT dan Non OAT, misal persediaan obat, kadaluwarsa, catatan, dll								
	b. Melakukan kajian pada data, misalnya, kelengkapan, kualitas, dan / atau pelaporan tepat waktu								
	c. Membahas kinerja fasilitas berdasarkan data layanan TBC								
	d. Melengkapi daftar periksa kegiatan supervisi								
	e. Mendiskusikan dokumentasi asuhan keperawatan								

CATATAN *(bagian ini wajib diisi berdasarkan catatan hasil coaching dari topik diatas)*

Pertemuan 1 :

Pertemuan 2 :

Pertemuan 3 :

Pertemuan 4 :

RENCANA AKSI (diisi berdasarkan kesepakatan coach dengan coachee)			
TOPIK	RENCANA TINDAK LANJUT DAN PELAKSANA	RENCANA WAKTU PELAKSANAAN (TANGGAL/BULAN/TAHUN)	KETERANGAN (SELESAI/ DALAM PROSES)
1. Peningkatan Kapasitas	<i>(contoh : Coachee mempelajari materi tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) , atau melalui pelatihan yang diadakan oleh RS)</i>	<i>(contoh : Minggu ke -3 Bulan Mei, 2022)</i>	<i>Diisi oleh coachee sebelum pertemuan ke-2 dengan coach</i>
2. Pemberian KIE dan Konseling			
3. Kontak Investigasi			
4. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi			
5. Supervisi			
Tanda Tangan <i>Coachee</i> dan tempat/tanggal		Tanda Tangan <i>Coach</i> dan tempat/tanggal	

RENCANA AKSI (diisi berdasarkan kesepakatan coach dengan coachee)			
TOPIK	RENCANA TINDAK LANJUT DAN PELAKSANA	RENCANA WAKTU PELAKSANAAN (TANGGAL/BULAN/TAHUN)	KETERANGAN (SELESAI/ DALAM PROSES)
1. Peningkatan Kapasitas	<i>(contoh : Coachee mempelajari materi tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) , atau melalui pelatihan yang diadakan oleh RS)</i>	<i>(contoh : Minggu ke -3 Bulan Mei, 2022)</i>	<i>Diisi oleh coachee sebelum pertemuan ke-3 dengan coach</i>
2. Pemberian KIE dan Konseling			
3. Kontak Investigasi			
4. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi			
5. Supervisi			
Tanda Tangan <i>Coachee</i> dan tempat/tanggal		Tanda Tangan <i>Coach</i> dan tempat/tanggal	

RENCANA AKSI (diisi berdasarkan kesepakatan coach dengan coachee)			
TOPIK	RENCANA TINDAK LANJUT DAN PELAKSANA	RENCANA WAKTU PELAKSANAAN (TANGGAL/BULAN/TAHUN)	KETERANGAN (SELESAI/ DALAM PROSES)
1. Peningkatan Kapasitas	<i>(contoh : Coachee mempelajari materi tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) , atau melalui pelatihan yang diadakan oleh RS)</i>	<i>(contoh : Minggu ke -3 Bulan Mei, 2022)</i>	<i>Diisi oleh coachee sebelum pertemuan ke-3 dengan coach</i>
2. Pemberian KIE dan Konseling			
3. Kontak Investigasi			
4. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi			
5. Supervisi			
Tanda Tangan <i>Coachee</i> dan tempat/tanggal		Tanda Tangan <i>Coach</i> dan tempat/tanggal	

