

# Surat Persetujuan Biro Kesehatan Kota / Kabupaten \_\_\_\_\_

## Untuk Pendidikan Kesehatan Pengobatan Infeksi Tuberkulosis Laten dan Pengobatan Observasi Langsung (DOPT) 印尼

Yang menerima pengobatan: \_\_\_\_\_ Nomor identitas: \_\_\_\_\_  
Jenis kelamin: \_\_\_\_\_ Tanggal lahir: Tanggal \_\_\_\_ Bulan \_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_

### Yang Terhormat:

Berdasarkan hasil tes infeksi tuberkulosis laten (Tes tuberkulin kulit atau tes pelepasan gamma interferon) dan evaluasi oleh dokter, Anda (atau anak Anda) saat ini memiliki infeksi tuberkulosis laten. Namun ini bukan awal dari tuberkulosis. Setelah pengobatan lengkap infeksi tuberkulosis laten, tingkat perlindungan dapat mencapai lebih dari 90%. Selain efektif mengurangi penularan infeksi ke orang lain di masa depan, juga dapat mengurangi periode waktu pengobatan dan konsumsi obat yang lebih lama, jenis obat yang lebih banyak serta efek samping yang lebih besar setelah penyakit tuberkulosis muncul.

### Hal yang harus diperhatikan dalam pengobatan:

I. Saat ini, ada 4 macam resep untuk pengobatan infeksi laten (centang resep untuk pengobatan orang yang terinfeksi):

3HP: Memakai isoniazid (INH) + rifapentine setiap minggu, total 12 kali. Lama pengobatan 3 bulan

3HR: Memakai INH + rifampin (RMP) setiap hari, total 90 kali. Lama pengobatan 3 bulan

4R: Memakai RMP setiap hari, total 120 kali. Lama pengobatan 4 bulan

9H: Memakai INH setiap hari, total 270 kali. Lama pengobatan 9 bulan

Lainnya: ( 1HP atau  resep resistansi terhadap obat) Catatan: \_\_\_\_\_

Mohon bekerja sama dengan unit kesehatan untuk menerima perawatan yang dilakukan oleh petugas perawatan, sehingga Anda tidak lupa memakai obat, menyelesaikan pengobatan dengan aman, memaksimalkan manfaat pengobatan infeksi tuberkulosis laten, dan mengurangi risiko penyakit di masa depan; Selain yang menggunakan resep 9H (masih disarankan untuk menambah pengobatan), pemakaian resep lainnya harus dipantau oleh petugas.

II. Selama pengobatan, mohon kembali ke klinik setiap bulan untuk tindak lanjut pengobatan, jika ada merasa tidak nyaman (demam, pusing, mual, kehilangan nafsu makan, nyeri di perut kanan atas, mati rasa pada tangan dan kaki, bagian putih pada mata dan kulit menguning, kulit gatal, gejala reaksi alergi akut, dan lainnya), harap beri tahu petugas perawatan, staf perawatan kesehatan atau petugas manajemen tuberkulosis rumah sakit, segera atur kunjungan kembali sesegera mungkin, dan dokter akan menentukan apakah perlu melanjutkan minum obat atau menjalankan perawatan lain.

III. Jika surat ini tidak dapat menjawab pertanyaan Anda, atau Anda masih ragu setelah membacanya, silakan hubungi petugas, dokter, atau staf perawat.

Saya memberi wewenang kepada Pusat Perawatan DOTS Biro Kesehatan Kota / Kabupaten \_\_\_\_\_ untuk menyimpan obat pengobatan infeksi tuberkulosis laten saya, dan melalui petugas perawatan akan mengirimkan obat-obatan dan saya menerima layanan pengamatan dan pengobatan langsung.

Catatan:

- Undang-Undang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Pasal 48: Orang yang pernah kontak dengan penderita penyakit menular atau diduga tertular dapat diperiksa oleh pejabat yang berwenang; bila perlu dapat diminta untuk pindah ke tempat pemeriksaan yang telah ditentukan untuk menjalankan pemeriksaan, vaksinasi, pengobatan, pengontrolan dan karantina di area khusus yang ditunjuk.
- Bagi anak di bawah umur harus disetujui dan ditandatangani oleh perwakilan hukum.

Berdasarkan pernyataan di atas:

Setuju

Tidak setuju

Hubungan antara yang menandatangani dan yang menerima pengobatan

Saya sendiri \_\_\_\_\_ (Tanda tangan)

Perwakilan hukum \_\_\_\_\_ (Tanda tangan)

Tanggal \_\_\_\_ Bulan \_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_