



TUJUAN 6

**Memerangi HIV/AIDS, Malaria,
dan Penyakit Menular Lainnya**

Tujuan 6: Memerangi HIV/AIDS, Malaria, dan Penyakit Menular Lainnya

Target 7: Mengendalikan penyebaran HIV/AIDS dan mulai menurunnya jumlah kasus baru pada 2015.

Indikator:

- Prevalensi HIV di kalangan ibu hamil yang berusia antara 15–24 tahun.
- Penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi.
- Penggunaan kondom pada pemakai kontrasepsi.
- Persentase anak muda usia 15–24 tahun yang mempunyai pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS.

Keadaan dan kecenderungan

Keadaan. Kasus AIDS pertama kali dilaporkan di Indonesia pada 1987, yang menimpa seorang warga negara asing di Bali. Tahun berikutnya mulai dilaporkan adanya kasus di beberapa provinsi. Sampai akhir September 2003 tercatat ada 1.239 kasus AIDS dan 2.685 kasus HIV¹ yang telah dilaporkan. Para ahli memperkirakan bahwa hingga saat ini terdapat antara 90.000–130.000 orang Indonesia yang hidup dengan HIV. Sehingga dengan menggunakan perhitungan angka kelahiran sebesar 2,5 persen, diperkirakan terdapat 2.250–3.250 bayi yang mempunyai risiko terlahir dengan infeksi HIV. Pola penyebaran infeksi yang umum terjadi adalah melalui hubungan seksual, kemudian diikuti dengan penularan melalui penggunaan napza suntik.

Pengguna napza suntik. Berdasarkan kasus yang dilaporkan, jumlah kasus AIDS di Indonesia sejak 1987 sampai 2002 terus meningkat, menyerang semua kelompok umur khususnya remaja serta kelompok usia produktif. Data pengawasan di Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta menunjukkan adanya kenaikan infeksi HIV pada pengguna napza suntik dari 15 persen pada 1999 menjadi 47,9 persen pada 2002.²

AKI di negara lain. AKI di Indonesia masih relatif lebih tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN. Risiko kematian ibu karena melahirkan di Indonesia adalah 1 dari 65, dibandingkan dengan 1 dari 1.100 di Thailand.

Penyebab kematian ibu adalah perdarahan, eklampsia atau gangguan akibat tekanan darah tinggi saat kehamilan, partus lama, komplikasi aborsi, dan infeksi. Perdarahan, yang biasanya tidak bisa diperkirakan dan terjadi secara mendadak, bertanggung jawab atas 28 persen kematian ibu. Sebagian besar kasus perdarahan dalam masa nifas

Pekerja seks dan kelompok berisiko. Industri seks diperkirakan melibatkan 150.000 pekerja seks komersial wanita. Penderita HIV pada wanita berisiko tinggi ini cukup tinggi. Di Merauke, misalnya, 26,5 persen pekerja seks komersial wanita telah terinfeksi HIV. Infeksi ini juga terjadi cukup tinggi pada lembaga pemasyarakatan. Di salah satu lembaga pemasyarakatan di Jakarta, misalnya, 22 persen narapidana telah terinfeksi HIV.

Penggunaan kondom pada hubungan seksual terakhir dilakukan oleh sekitar 41 persen pekerja seks komersial. Diperkirakan ada 7–10 juta pelanggan seks

pria di Indonesia, namun survei di tiga kota menunjukkan hanya sekitar 10 persen dari pelanggan yang menggunakan kondom secara konsisten untuk melindungi dirinya dari risiko penularan saat melakukan transaksi seks secara komersial. Survei lainnya di 13 provinsi pada pekerja seks komersial³ menunjukkan bahwa penggunaan kondom pada hubungan seks seminggu terakhir antara 18,9 persen di Karawang dan 88,4 persen di Merauke.⁴

Penggunaan kondom pada *contraceptive prevalence rate*. Data Susenas menunjukkan bahwa penggunaan kondom sebagai alat KB (yaitu pada *contraceptive prevalence rate*) pada wanita menikah usia subur (15–49 tahun) sangat rendah, yaitu 0,4 persen pada 2002, tetap di bawah satu persen sejak 1994 (Tabel 6.1).

Pengetahuan tentang HIV/AIDS. Persentase anak muda usia 15–24 tahun yang mempunyai pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS.^{a,5} dapat diestimasi menggunakan pendekatan indikator dari survei. Pada 2002–2003, 65,8 persen wanita dan 79,4 persen pria usia 15–24 tahun telah mendengar tentang HIV/AIDS.⁶ Pada wanita usia subur usia 15–49 tahun, sebagian besar (62,4 persen) telah mendengar HIV/AIDS, tapi hanya 20,7 persen yang mengetahui bahwa menggunakan kondom setiap berhubungan seksual dapat mencegah penularan HIV/AIDS, dan 28,5 persen mengetahui bahwa orang sehat dapat terinfeksi HIV/AIDS.⁷ Sebuah penelitian pada 2002 menunjukkan bahwa 38,4 persen dari pelajar sekolah menengah atas usia 15–19 di Jakarta secara benar menunjukkan cara mencegah penularan HIV dan menolak konsepsi yang salah tentang penularan HIV. Penelitian lain di Jawa Barat, Kalimantan Selatan, dan NTT menunjukkan bahwa 93,3 persen anak muda usia 15–24 tahun mengetahui bahwa

HIV dapat ditularkan melalui hubungan seksual, tapi hanya 35 persen yang mengetahui bahwa penggunaan jarum suntik bersama dapat menularkan HIV dan 15,2 persen masih percaya bahwa kontak sosial biasa juga dapat menularkan HIV.³

Wanita hamil dan bayinya. Penelitian terhadap prevalensi HIV pada ibu hamil di beberapa tempat di Provinsi Riau pada 1998 sampai 1999 menunjukkan bahwa 0,35 persen ibu hamil telah terinfeksi HIV. Penelitian yang sama di Papua menunjukkan hasil 0,25 persen. Konseling dan testing sukarela di Jakarta Utara menunjukkan prevalensi HIV di kalangan ibu hamil adalah 1,5 persen pada 2000 dan meningkat menjadi 2,7 persen pada 2001.³ Perlu dipahami bahwa orang yang mengunjungi klinik Konseling dan Testing HIV adalah para ibu hamil yang berisiko tertular HIV, sehingga data ini bukanlah merupakan indikasi prevalensi HIV di kalangan ibu hamil secara umum. Hal itu menunjukkan bahwa penyebaran infeksi melalui populasi penghubung^b dalam masyarakat telah terjadi. Laporan pasif antara 1996–2000 menunjukkan bahwa ada 26 ibu hamil yang telah positif HIV di DKI Jakarta, Papua, Jawa Barat, Jawa Timur, dan Riau. Dilaporkan juga bahwa ada 13 bayi yang terlahir dengan infeksi HIV.

Anak-anak. Hingga saat ini prevalensi HIV/AIDS pada penduduk usia 15–29 tahun diperkirakan masih di bawah 0,1 persen.⁸ Anak yang terkena dampak HIV/AIDS masih rendah jumlahnya bila dibandingkan dengan negara-negara lainnya. Jumlah kasus AIDS yang dilaporkan pada anak berusia 0–4 tahun adalah 12 orang, usia 5–14 tahun sebanyak empat orang, dan antara usia 15–19 tahun 67 orang.⁹ Jumlah ini masih jauh dibawah angka yang sebenarnya, sehingga sangat perlu untuk menggalkan sistem pengawasan pada setiap tingkatan.

^a Sebagaimana didefinisikan oleh PBB sebagai persentase pria dan wanita usia 15–24 tahun yang mengetahui bahwa seseorang dapat melindungi dirinya dari infeksi HIV dengan penggunaan kondom secara konsisten, dan persentase pria dan wanita usia 15–24 tahun yang mengetahui bahwa seseorang yang terlihat sehat dapat menularkan HIV

^b Populasi penghubung adalah pelanggan dari pekerja seks komersial dan partner pengguna narkoba suntik.

Tantangan

Tantangan terbesar. HIV/AIDS di Indonesia adalah sebuah epidemi. Saat ini epidemi HIV ini masih terkonsentrasi, dengan tingkat penularan HIV yang rendah pada populasi umum, namun tinggi pada populasi-populasi tertentu. Ancaman epidemi telah terlihat melalui data infeksi HIV yang terus meningkat khususnya di kalangan kelompok berisiko tinggi di beberapa tempat di Indonesia. Hal ini menunjukkan bahwa HIV/AIDS telah menjadi ancaman bagi Indonesia. Diperkirakan bahwa pada 2010 akan ada sekitar 110.000 orang yang menderita atau meninggal karena AIDS serta sekitar sejuta orang yang mengidap virus HIV.¹⁰

Faktor risiko di Indonesia yang dapat mempercepat penyebaran HIV/AIDS antara lain meningkatnya penggunaan narkoba suntik, perilaku berisiko seperti penggunaan jarum suntik bersama, tingginya penyakit seksual menular pada anak jalanan, keengganan pelanggan seks pria untuk menggunakan kondom, tingginya angka migrasi dan perpindahan penduduk, serta kurangnya pengetahuan dan informasi pencegahan HIV/AIDS. Tantangan yang dihadapi adalah bagaimana melaksanakan program yang secara efektif bisa mengatasi faktor risiko ini, termasuk diantaranya *harm reduction* pada pengguna narkoba suntik. Tantangan lainnya adalah bagaimana menjaga ketersediaan dan keterjangkauan obat antiretroviral.

Kebijakan dan Program

Komitmen nasional dan internasional. Kecepatan penyebaran HIV/AIDS, terutama pada kelompok risiko tinggi, mendapat perhatian utama dari

pemerintah. Tanggapan nasional terhadap tingginya tingkat penyebaran penyakit ini adalah cermin dari komitmen internasional, khususnya “*Declaration of Commitment*” pada UNGASS HIV/AIDS 2001, Deklarasi ASEAN tentang HIV/AIDS (2001), dan Deklarasi “*A World Fit for Children*” (2002). Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia terdiri atas upaya pencegahan; pengobatan, dukungan, dan perawatan bagi orang yang hidup dengan HIV/AIDS; dan pengawasan.

Pencegahan merupakan upaya prioritas dalam penanggulangan HIV/AIDS. Hal ini berkaitan erat dengan situasi penularan HIV/AIDS yang ada di masyarakat. Pencegahan penyakit dilakukan melalui upaya kampanye yang meliputi pemberian informasi, edukasi, dan komunikasi (KIE) sesuai dengan budaya dan agama setempat. Ibu hamil didorong untuk melakukan kunjungan antenatal untuk memperoleh informasi tentang HIV dan konseling. Upaya pencegahan juga ditujukan kepada populasi berisiko tinggi seperti pekerja seks komersial dan pelanggannya, orang yang telah terinfeksi dan pasangannya, para pengguna narkoba suntik, serta pekerja kesehatan yang mudah terpapar oleh infeksi HIV/AIDS.

Pengobatan, dukungan, dan perawatan bagi orang yang hidup dengan HIV/AIDS dilakukan melalui klinik VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) di sarana kesehatan yang ada. Upaya ini telah dilaksanakan bukan hanya oleh pemerintah tetapi juga oleh beberapa fasilitas kesehatan milik swasta serta lembaga nonpemerintah lainnya. Dalam menjalankan berbagai upaya ini, perlu senantiasa diperhatikan bahwa melayani orang yang hidup dengan HIV/AIDS harus juga melindungi hak asasi manusia melalui berbagai upaya untuk mengurangi dan

menghilangkan stigma dan diskriminasi. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan perlu dilakukan berbagai pelatihan dan pendidikan bagi para pekerja lapangan, penyediaan obat yang diperlukan, serta petunjuk pengobatan, dukungan, perawatan, dan konseling.

Pengawasan HIV/AIDS dan infeksi menular seksual adalah salah satu kunci dalam strategi pemantauan

kecenderungan prevalensi HIV/AIDS. Kegiatan pengawasan menyangkut pengumpulan, pengolahan, dan analisis data secara sistematis dan terus-menerus. Kegiatan ini akan memberikan informasi tentang jumlah dan prevalensi HIV serta penderita infeksi menular seksual, di berbagai kalangan yang ada dalam masyarakat dengan tingkat risiko yang berbeda, distribusi serta kecenderungannya.

Target 8: Mengendalikan penyakit malaria dan mulai menurunkannya jumlah kasus malaria dan penyakit lainnya pada 2015.

Indikator:

- Prevalensi malaria dan angka kematiannya.
- Persentase penduduk yang menggunakan cara pencegahan yang efektif untuk memerangi malaria.
- Persentase penduduk yang mendapat penanganan malaria secara efektif.
- Prevalensi tuberkulosis dan angka kematian penderita tuberkulosis dengan sebab apa pun selama pengobatan OAT.
- Angka penemuan penderita tuberkulosis BTA positif baru.
- Angka kesembuhan penderita tuberkulosis.

Malaria

Status dan kecenderungan

Prevalensi malaria. Hampir separuh populasi Indonesia—sebanyak lebih dari 90 juta orang—tinggal di daerah endemik malaria.¹¹ Diperkirakan ada 30 juta kasus malaria setiap tahunnya, kurang lebih hanya 10 persennya saja yang mendapat pengobatan di fasilitas kesehatan. Beban terbesar dari penyakit malaria ini ada di provinsi-provinsi bagian timur Indonesia di mana malaria merupakan penyakit endemik. Kebanyakan daerah-daerah pedesaan di luar Jawa-Bali juga merupakan daerah risiko malaria. Di Jawa Tengah dan Jawa Barat, malaria merupakan penyakit yang muncul kembali (*re-emerging diseases*). Menurut data dari fasilitas kesehatan pada 2001, diperkirakan prevalensi malaria adalah 850,2 per 100.000 penduduk dengan angka yang tertinggi 20 persen di Gorontalo, 13 persen di NTT dan 10 persen di Papua. Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001¹² memperkirakan angka kematian spesifik aki-

bat malaria di Indonesia adalah 11 per 100.000 untuk laki-laki dan 8 per 100.000 untuk perempuan.

Persentase penduduk yang menggunakan cara pencegahan yang efektif untuk memerangi malaria.

Upaya pencegahan difokuskan untuk meminimalkan jumlah kontak manusia dengan nyamuk melalui pemakaian kelambu (*bed nets*) dan penyemprotan rumah. Manajemen lingkungan dan pembasmian jentik-jentik nyamuk dapat dipakai dalam lingkungan ekologi tertentu, tergantung spesies vektor. Pemakaian kelambu yang direndam insektisida merupakan cara efektif untuk mencegah malaria, terutama untuk kelompok yang paling rawan, yaitu ibu hamil dan anak di bawah lima tahun. Secara nasional, hanya satu dari tiap tiga anak di bawah lima tahun yang tidurnya menggunakan kelambu (32,0 persen), proporsi yang lebih tinggi, yaitu 40,1 persen untuk bayi di bawah umur satu tahun.¹³ Kira-kira 0,2 persen anak tidur dalam kelambu yang direndam dengan insektisida. Salah satu hambatan pemakaian dari kelambu secara massal adalah masalah ketidakmampuan keluarga miskin untuk membeli kelambu.

Persentase penduduk yang mendapat penanganan malaria secara efektif.

Di antara anak di bawah lima tahun (balita) dengan gejala klinis malaria, hanya sekitar 4,4 persen yang menerima pengobatan malaria, sementara balita yang menderita malaria umumnya hanya menerima obat untuk mengurangi demam (67,6 persen). Di Indonesia, pengobatan sendiri merupakan hal penting tetapi terabaikan yang memerlukan penguatan melalui penyuluhan kesehatan.

Diagnosa dan pengobatan.

Dasar dari pengobatan yang akurat adalah adanya dukungan laboratorium yang berfungsi dengan baik. Diperkirakan kurang lebih separuh dari kasus yang dilaporkan hanya didiagnosa berdasarkan gejala klinik tanpa dukungan konfirmasi laboratorium. Ini berpengaruh terhadap ketidaktepatan diagnosa dan pengobatan yang tidak memadai. Pemakaian diagnosa cepat menggunakan 'dipsticks' dapat mulai dipakai secara bertahap, terutama dalam ledakan malaria dalam situasi darurat atau di daerah terpencil. Di luar Pulau Jawa dan Bali, rujukan kasus malaria berat menjadi sulit akibat keterbatasan infrastruktur fasilitas kesehatan dan komunikasi.

Dampak ekonomi.

Penyakit yang akibat malaria juga sangat merugikan perekonomian Indonesia. Kehilangan pendapatan individu akibat malaria diperkirakan sebesar US\$ 56.5 juta setiap tahunnya,¹⁴ belum termasuk kehilangan pendapatan akibat hilangnya investasi bisnis dan pariwisata daerah endemik malaria.

Tantangan

Hubungan dengan kemiskinan. Malaria dapat dicegah. Tingginya prevalensi malaria merefleksikan

adanya hambatan finansial dan budaya untuk mencegah dan mengobati malaria secara tepat dan efektif. Malaria dihubungkan dengan kemiskinan sekaligus sebagai penyebab dan akibat. Malaria sangat mempengaruhi kondisi penduduk miskin di daerah terpencil yang jauh dari jangkauan pelayanan kesehatan. Lingkungan alam seperti air sungai yang tergenang, aliran air selama musim kering, atau genangan air hujan di hutan sangat mempengaruhi tempat perkembang-biakan dan penyebaran malaria melalui nyamuk *Anopheles*, sementara lingkungan yang tidak sehat juga terjadi akibat lubang-lubang bekas penggalian pasir atau pertambangan, dan kolam-kolam budidaya udang dan ikan yang tidak terpelihara, serta rawa bekas hutan bakau yang menyebabkan meningkatnya penyakit yang ditularkan melalui vektor.

Ketidakstabilan politik, bencana alam, dan perpindahan penduduk

ikut mengakibatkan terjadinya wabah (*outbreak*) dan munculnya daerah-daerah endemik baru. Bencana akibat ulah manusia juga berkontribusi pada memburuknya malaria di antara komunitas pengungsi. Tingginya mobilitas penduduk menyebabkan tingginya wabah malaria di daerah-daerah yang sebelumnya telah dideklarasikan sebagai daerah bebas malaria.¹⁵ Tingginya kepadatan penduduk ikut mendorong penduduk berpindah ke hutan atau tepian hutan di mana di daerah itu malaria adalah endemik. Bisnis swasta yang terbengkalai atau tidak terurus selama masa krisis ekonomi seperti budidaya udang dan ikan merupakan tempat yang subur untuk perkembang-biakan nyamuk *Anopheles sundaicus* atau *Anopheles subpictus* (akibat sejenis algae yang terdapat di atas permukaan air). Kecenderungan tekanan ekonomi dan gejala sosial akan berpengaruh terhadap upaya pemberantasan malaria.

Sumber daya manusia secara jumlah dan kualitas pun terbatas.

Sejak krisis ekonomi (1997), banyak petugas kesehatan yang pensiun tanpa adanya penggantian petugas yang baru. Di Jawa dan Bali, jumlah Juru Malaria Desa (JMD) menurun. Hal ini mengkhawatirkan karena peran mereka sangat penting dalam deteksi dini dan pengobatan malaria. Di daerah-daerah dengan kejadian malaria yang tinggi yang merupakan sentra-sentra pembangunan ekonomi, tambahan jumlah JMD diperlukan untuk direkrut untuk mengintensifkan deteksi dan pengobatan malaria. Pelatihan penyegaran kembali pun menjadi kegiatan yang sangat penting untuk dilanjutkan.

Dana untuk penanggulangan program malaria tidak mencukupi.

Perubahan dalam peran dan tanggung jawab yang diasosiasikan dengan desentralisasi dapat menghambat kegiatan pemberantasan malaria. Lebih lagi untuk kegiatan kesehatan masyarakat seperti kegiatan pengawasan penyakit dan pemberantasan nyamuk—di mana kelambu dan insektisida untuk penyemprotan rumah secara relatif masih mahal.

Resistensi dilaporkan terjadi di seluruh provinsi, baik untuk obat malaria yang tersedia, maupun insektisida. Galur (*strain*) malaria yang resisten terhadap klorokuin pertama kali diidentifikasi di Indonesia pada 1974 dan saat ini sudah meluas ke seluruh Indonesia. Kepatuhan terhadap pengobatan malaria yang tidak memadai, pengobatan yang tidak tepat, dan tingginya mobilitas penduduk bersamaan dengan transmisi dinamis yang intensif turut pula berperan di balik tingginya resistensi ini. Resistensi obat mengakibatkan pengobatan malaria menjadi semakin kurang efektif dan di masa mendatang diperlukan obat-obat yang lebih mahal.

Kebijakan dan program

Komitmen internasional. Pencegahan malaria akan diintensifkan melalui pendekatan *Roll Back Malaria* (RBM), suatu komitmen internasional dengan strategi sebagai berikut: deteksi dini dan pengobatan yang tepat; peran serta aktif masyarakat dalam pencegahan malaria; dan perbaikan kualitas dari pencegahan dan pengobatan malaria melalui perbaikan kapasitas personel kesehatan yang terlibat. Yang juga penting adalah pendekatan terintegrasi dari pembasmian malaria dengan kegiatan-kegiatan kesehatan lainnya, seperti Manajemen Terpadu Balita Sakit dan promosi kesehatan.

Strategi dalam pemberantasan malaria antara lain adalah dengan sistem kewaspadaan dini dan upaya penanggulangan epidemi agar tidak semakin menyebar; intensifikasi pengawasan, diagnosis awal dan pengobatan yang tepat, dan kontrol vektor secara selektif. Kebijakan-kebijakan yang diambil dalam pemberantasan malaria antara lain penekanan pada desentralisasi, keterlibatan masyarakat dalam pemberantasan malaria, dan membangun kerja sama antarsektor, NGO, dan lembaga donor. Gerakan Berantas Kembali Malaria atau GEBRAK Malaria yang dimulai pada 2000 adalah bentuk operasional dari Roll Back Malaria (RBM). GEBRAK Malaria memprioritaskan kemitraan antara pemerintah, swasta/sector bisnis, dan masyarakat untuk mencegah penyebaran penyakit malaria.

Kegiatan. Program pemberantasan malaria di Indonesia saat ini terdiri atas delapan kegiatan, yaitu: diagnosis awal dan pengobatan yang tepat; program kelambu dengan insektisida; penyemprotan; pengawasan deteksi aktif dan pasif; survei demam dan pengawasan migran; deteksi dan kontrol epi-

demik; langkah-langkah lain seperti larvaciding; dan peningkatan kemampuan (*capacity building*). Untuk menanggulangi galur yang resisten terhadap klorokuin, pemerintah pusat dan daerah akan menggunakan kombinasi baru obat-obatan malaria untuk memperbaiki kesuksesan pengobatan. Karena kombinasi obat-obatan itu sangat mahal, penggunaannya akan ditargetkan di daerah dengan prevalensi resistensi yang tinggi.

Pengawasan Penyakit. Memastikan pelaporan data yang tepat waktu dari fasilitas kesehatan di lapangan, termasuk rumah sakit, untuk memonitor insiden malaria, untuk mendeteksi dan membatasi wabah ledakan malaria, serta melaksanakan survei untuk menghitung prevalensi malaria yang diperlukan merupakan bagian yang esensial dari pengawasan malaria. Dalam pemilihan intervensi yang akurat seperti penyemprotan insektisida diperlukan penelitian lebih dulu untuk menentukan jenis populasi nyamuk dan habitatnya. Idealnya, tiap provinsi perlu melakukan survei secara teratur untuk memonitor daerah-daerah dengan parasit yang resisten terhadap obat-obatan malaria.

Tuberkulosis (TB)

Keadaan dan kecenderungan

Prevalensi. Survei prevalensi TB dilaksanakan di sembilan lokasi antara 1964 dan 1986 di Indonesia dengan menggunakan test tuberkulin.¹⁶ Survei prevalensi pertama kali (1964–1965) dilakukan di daerah pedesaan Jawa timur dengan hasil angka prevalensi tuberkulosis 11,7 persen, dan risiko infeksi tahunan 1,64 persen. Pada survei selanjutnya, pada 1984–1986, median risiko tahunan infeksi sebesar 2,3

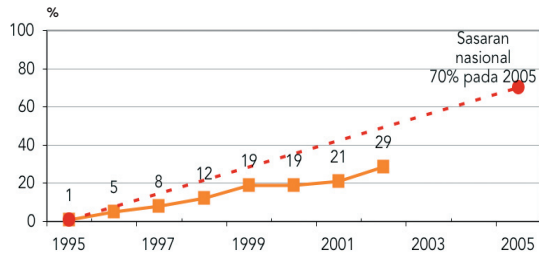
persen, dengan kisaran antara 0,7–3,9 persen. Survei pada 1965 dan 1986 yang dilaksanakan dengan lokasi yang berbeda mendapatkan median risiko tahunan infeksi sebesar 2,5 persen. Dengan menggunakan data survei prevalensi yang telah dilaksanakan, WHO pada 1998 memperkirakan prevalensi nasional sebesar 786 per 100.000 penduduk (kasus baru dan lama), di mana 44 persen adalah kasus BTA positif (SS+) menular (350 per 100.000).¹⁷

Kejadian. Indonesia berada di urutan ketiga penyumbang kasus tuberkulosis di dunia, dengan sekitar 582.000 kasus baru setiap tahun, 259.970 kasus di antaranya adalah tuberkulosis paru dengan BTA positif (SS+). Artinya, 271 kasus baru per 100.000 penduduk, dan 122 BTA positif per 100.000 penduduk.¹⁸

Angka kematian. Dengan menggunakan model matematik, WHO memperkirakan angka kematian tuberkulosis secara nasional pada 1998 sebesar 68 per 100.000 penduduk. WHO juga memperkirakan Angka Kematian Kasus mendekati satu di antara empat (24 persen).¹⁷ Dengan menggunakan sistem informasi kesehatan nasional yang hanya menangkap kurang dari 1 per 3 kasus, pada kohort tahun 2001 didapatkan angka kematian penderita TBC oleh sebab apa pun selama masa pengobatan OAT adalah 2,0 persen. Angka kematian kasus tertinggi terjadi di Sulawesi Selatan (3,9 persen), Bangka Belitung (3,6 persen), Aceh (3,3 persen), NTT (3,2 persen), dan Kalimantan Timur (3,1 persen). Angka-angka yang dilaporkan mengindikasikan angka kematian nasional pada kasus BTA positif sekitar 0,52 per 100.000 penduduk.

Angka deteksi kasus. Pada 2002, jumlah total kasus tuberkulosis yang dilaporkan (semua bentuk) adalah

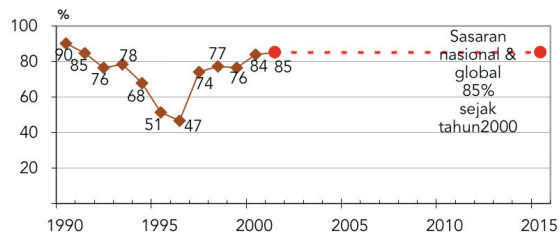
Gambar 6.1. Angka deteksi kasus TB Nasional (CDR)



Sumber: Departemen Kesehatan

155.188, naik dari 92.792 kasus pada 2001. Dari jumlah itu pada 2002 kasus BTA positif dilaporkan 76.230 atau 37,5 per 100.000 penduduk. Berdasarkan perkiraan kasus BTA positif baru, dapat diperhitungkan bahwa sekitar 29,3 persen kasus yang dideteksi. Menggunakan ekstrapolasi kasar dari perkiraan nasional tentang kejadian tiap provinsi, *case detection rate* (CDR) tertinggi adalah di Gorontalo dengan 88,5 persen dari perkiraan jumlah kasus, dibandingkan dengan angka 8,4 persen di Maluku Utara. Berdasarkan notifikasi *case rate*, jumlah kasus BTA positif baru per 100.000 penduduk antara 11,5 di Maluku Utara hingga 109,0 di Gorontalo. Sesuai dengan kesepakatan internasional, target angka penemuan kasus baru BTA positif adalah 70 persen pada 2005. Melihat kecenderungan yang ada, kemungkinan target baru bisa dicapai pada 2013. Karena itu, perlu adanya suatu percepatan peningkatan CDR.

Gambar 6.2. Angka keberhasilan penanggulangan TB, 1991-2001



Sumber: Departemen Kesehatan

Angka kesembuhan. Berdasarkan analisis kohort tahun 2001, sebanyak 85,7 persen penderita menyelesaikan pengobatan (pengobatan lengkap dan sembuh). Di beberapa provinsi, seperti di Riau, Bali, dan Gorontalo, angka kesembuhan lebih dari 95 persen. Ini kontras dengan Provinsi Papua yang hanya 15,7 persen.

Tantangan

Strategi *directly observed treatment-short course* (DOTS) untuk menghentikan penyebaran tuberkulosis terdiri atas lima komponen, yaitu komitmen politis, diagnosis akurat dengan pemeriksaan mikroskopis, pengobatan dengan OAT dan ketaatan berobat, ketersediaan obat antituberkulosis yang tidak terputus, dan pencatatan serta pelaporan.

Komitmen Politik. Pemerintah mempunyai peran kunci dalam membangun komitmen politis, menganjurkan masyarakat untuk meminta dan menyelesaikan pengobatan, dan menjamin kualitas pelayanan. Biaya pengobatan awal tuberkulosis di masyarakat jauh lebih murah dibandingkan mengobati tambahan kasus baru dan pengadaan obat-obatan baru untuk menangani kasus resistensi. Rata rata, seorang penderita tuberkulosis kehilangan tiga atau empat bulan dari waktu kerjanya.¹⁹ Secara internasional, tuberkulosis adalah penyebab kematian utama perempuan dalam usia produktif²⁰, di mana pada kebanyakan kasus, adalah penghasil pendapatan utama keluarga.

Diagnosis akurat dengan pemeriksaan mikroskopis. Biaya penggunaan alat-alat diagnosis esensial, berupa mikroskop dan reagensia, hanya US\$ 0,50 per pemeriksaan. Diagnosis akurat melalui

sediaan *sputum* adalah langkah awal untuk deteksi kasus menular dan meyakinkan mereka untuk mulai pengobatan. Pada 2002, hanya sekitar 29 persen kasus menular BTA positif yang dilaporkan. Program Nasional Tuberkulosis pada 2003, telah mengupayakan keikutsertaan institusi pelayanan kesehatan di luar puskesmas, seperti rumah sakit pemerintah dan swasta, klinik penyakit paru-paru, dokter praktek, klinik perusahaan, dan penjara. Langkah pertama adalah pelibatan dan pelatihan staf klinik dan rumah sakit sebagai upaya kerja sama pemerintah dengan swasta dan upaya koordinasi yang lebih intensif antar semua unit yang terlibat dalam penanggulangan TB. Selain itu, pelatihan teknisi laboratorium telah dipercepat dan penyediaan mikroskop berkualitas baik sedang berjalan, dengan didukung para donor. Kualitas reagensia dan pelaksanaan jaminan mutu laboratorium adalah tantangan yang masih harus ditangani.

Kesesuaian DOT. Obat antituberkulosis yang ada umumnya dapat menyembuhkan kasus tuberkulosis. Karena penyakit ini sangat menular, pengobatan dapat mencegah penularan kepada orang lain. Lebih dari itu, pengobatan yang *cost-effective* sudah tersedia, hanya saja diperlukan suatu sistem pelayanan kesehatan yang berfungsi baik, dengan manajemen kasus dan tindak lanjut yang kuat. Bahkan dapat dikatakan bahwa pelayanan yang berkualitas rendah adalah lebih buruk daripada tanpa pengobatan. Pengobatan yang sukses membutuhkan dosis harian selama minimal enam bulan pengobatan—waktu yang lama setelah pasien merasakan kesembuhan. Galur bakteri yang resisten terhadap pengobatan akan terbentuk jika penderita berhenti meminum obat sebelum pengobatan terselesaikan—atau jika obat yang salah yang diberikan. Penderita nantinya tidak saja membutuhkan obat yang berbeda dan

lebih mahal, dia juga akan tetap dapat menularkan penyakitnya, dan orang yang ditularinya akan membutuhkan obat-obat untuk galur bakteri yang telah resisten. Walaupun begitu, diperkirakan angka resistensi masih di bawah dari satu persen.²¹ Pengawas minum obat (PMO) umumnya masih anggota keluarga. Program TB nasional merencanakan untuk meningkatkan peran serta masyarakat melalui inisiatif berbasis masyarakat (*Community Based Initiative* atau *COMBI*) pada 2004, dan juga akan melakukan beberapa riset operasional tentang anggota keluarga yang menjadi PMO.

Ketersediaan obat yang tidak terputus. Ketaatan berobat dipengaruhi pula oleh ketersediaan obat yang berkualitas, teratur, tidak terputus selama masa pengobatan. Obat Anti Tuberkulosis termasuk obat yang Sangat Sangat Esensial (SSE) sehingga pengadaan dan ketersediaannya dijamin oleh pemerintah. Data yang membandingkan stok obat pada 2000 di fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta menunjukkan sebelum desentralisasi kehabisan stok obat dasar termasuk INH terjadi pada 1,8 persen hingga 8,4 persen fasilitas pemerintah yang disurvei. Kehabisan stok berlangsung beberapa minggu dalam enam bulan terakhir sebelum survei antara 3,6 sampai 7,8 minggu (Tabel 6.3).²² Pada umumnya hanya sedikit fasilitas swasta yang menyediakan empat obat dasar yang disurvei, dan rata-rata waktu kehabisan stok lebih pendek.

Perubahan besar karena kebijakan desentralisasi fiskal yang dilaksanakan pada 2001, dan perubahan-perubahan lain yang diakibatkannya di semua tingkatan dalam sistem, mungkin mengganggu penyediaan obat dan sistem distribusinya. Sebuah proyek percontohan *fixed dose combination* akan dilaksanakan di empat provinsi, yaitu Jawa Tengah,

Jawa Timur, Yogyakarta, dan Sulawesi Selatan pada 2004. Pada provinsi percontohan ini, *buffer stock* di tingkat provinsi dipertahankan pada tingkat 100 persen untuk menjamin tidak terputusnya persediaan obat.

Sistem pencatatan dan pelaporan. Informasi akurat adalah kunci untuk menentukan besaran masalah dan luasnya epidemi tuberkulosis, kualitas dan efektifitas pengobatan, dan resistensi terhadap obat. Setelah desentralisasi fiskal pada 2001, permasalahan muncul dengan tidak lengkapnya laporan dari kabupaten/kota. Validasi data secara nasional dilakukan pada 2002 untuk memvalidasi pencatatan dan pelaporan dari unit pelayanan kesehatan. Validasi ini memberikan konfirmasi keberhasilan pengobatan yang lebih tinggi daripada yang dilaporkan sebelumnya. Sistem pencatatan dan pelaporan yang sekarang belum mencakup kasus yang dideteksi di rumah sakit dan sektor swasta. Dalam hal ini diperlukan upaya untuk memperkuat sistem pengawasan dan survei prevalensi yang memanfaatkan testing fisiologis, sehingga dapat memastikan prevalensi tuberkulosis di Indonesia.

Kebijakan dan program

Gerdunas. Pemerintah Indonesia menetapkan pengendalian tuberkulosis sebagai prioritas kesehatan nasional. Pada 1999, Menteri Kesehatan mencanangkan Gerakan Nasional Terpadu Pemberantasan Tuberkulosis atau Gerdunas. Gerdunas adalah gerakan inter-sektoral dalam upaya untuk mempromosikan percepatan pemberantasan tuberkulosis. Gerdunas merupakan pendekatan terpadu, mencakup rumah sakit dan sektor swasta dan semua pengambil kebijakan lain, termasuk penderita dan masyarakat. Pada

2001 semua provinsi dan kabupaten telah mencanangkan Gerdunas, meskipun tidak semua beroperasi penuh. Lebih dari itu sudah adanya Rencana Strategis Program Penanggulangan Tuberkulosis selama lima tahun (2002–2006), yang membangun fondasi dan pilar-pilar untuk membangun lebih lanjut kegiatan pemberantasan tuberkulosis nasional.

Komitmen internasional. MDG mendukung komitmen politis yang ada untuk menghentikan dan menurunkan penyebaran tuberkulosis pada 2015. Komitmen internasional lain mencakup Deklarasi Amsterdam tahun 2000, di mana Menteri Kesehatan menyetujui untuk mencapai 70 persen angka deteksi kasus pada 2005 dan keberhasilan pengobatan sebesar 85 persen. Sebagai bukti komitmen ini, Pemerintah Indonesia menyediakan sejumlah besar dana untuk pengendalian tuberkulosis, dan telah menjanjikan US\$ 19,8 juta untuk obat-obatan dan gaji staf. Anggaran sebesar ini mencakup 54 persen dari kebutuhan seluruhnya sebesar US\$ 36,5 juta.

Tembakau

Keadaan dan kecenderungan

Penggunaan tembakau merupakan salah satu penyumbang utama sakit di antara penduduk termiskin di Indonesia. Pada 2001 besarnya prevalensi merokok penduduk Indonesia adalah 31.5 persen dengan prevalensi terbesar perokok adalah pria. Prevalensi pada laki-laki sebesar 62.2 persen, dengan tingkat yang lebih tinggi di daerah pedesaan (67,0 persen).²³ Di tingkat provinsi, proporsi perokok pria yang tertinggi adalah di Gorontalo (69 persen) dan yang terendah adalah di Bali (45,7 persen).

Usia mulai merokok. Di Indonesia dirasakan bahwa orang memperoleh informasi yang cukup untuk menentukan pilihan untuk merokok atau tidak. Akan tetapi, sekitar 70 persen dari perokok di Indonesia mulai merokok ketika berusia 19 tahun, yaitu pada saat mereka mungkin belum bisa mengevaluasi risiko merokok dan sifat nikotin yang sangat adiktif.²³

Tantangan

Beban Kesehatan. Di Indonesia, penggunaan tembakau berkontribusi cukup besar pada beban kesehatan. Satu dari dua perokok jangka panjang meninggal karena kebiasaan itu, dan separuh kematian terjadi dalam tahun-tahun produktif ekonomi.²⁴ Fakta-fakta menyimpulkan bahwa bayi dan anak yang terpapar asap rokok menunjukkan kenaikan tingkat terkena infeksi saluran napas bagian bawah, penyakit telinga bagian tengah, gejala penyakit saluran napas kronik, asma, menurunnya fungsi paru yang berkaitan dengan menurunnya tingkat pertumbuhan paru; dan meningkatkan terjadinya sindrom kematian mendadak (*sudden infant death syndrome* atau SIDS).²⁵ Dengan sebagian besar (91,8 persen) perokok yang berumur 10 tahun ke atas menyatakan bahwa mereka melakukan kebiasaan merokok di dalam rumah ketika sedang bersama-sama dengan anggota keluarga lainnya, diperkirakan jumlah perokok pasif anak-anak adalah 43 juta orang.²³

Beban ekonomi. Pada tingkat sosial, tembakau bukan hanya berpengaruh pada biaya-biaya perawatan kronik bagi mereka yang menderita kanker paru dan penyakit-penyakit lainnya yang berhubungan dengan tembakau, namun juga menurunkan produktivitas para pekerja yang merokok. Kelompok miskin adalah yang paling dirugikan karena penggunaan

tembakau itu sendiri. Pada 2001, mereka yang ada di kelompok penduduk termiskin menggunakan 9,1 persen dari pengeluaran bulanan untuk tembakau, sedangkan pada kelompok kaya 7,5 persen.²³ Membelanjakan sumber pendapatan rumah tangga yang sedikit untuk produk-produk tembakau lebih banyak daripada pengeluaran untuk makanan atau keperluan penting lainnya berdampak sangat besar pada kesehatan dan gizi keluarga miskin.²⁶ Kelompok miskin juga lebih kecil kemungkinannya untuk dapat menjangkau biaya asuransi kesehatan serta perawatan kesehatan untuk kondisi kronik yang berhubungan dengan penggunaan tembakau, seperti kanker paru, penyakit kardiovaskuler, dan hipertensi.

Sumber daya terbatas. Dengan beban kesehatan yang begitu besar, pendanaan untuk mendukung pengendalian terhadap tembakau relatif masih kecil. Di luar dukungan analitis penting oleh WHO dan Bank Dunia, tidak ada donor utama yang mendukung upaya pengendalian tembakau di Indonesia, dan sumber-sumber pemerintah untuk menangani masalah kesehatan utama ini belum cukup berarti.

Kebijakan dan program

Mempertahankan harga tinggi pada produk tembakau. Bank Dunia menyimpulkan bahwa kenaikan harga 10 persen akan menurunkan tingkat permintaan global terhadap tembakau sebesar 4–8 persen.²⁷ Simulasi-simulasi ini menunjukkan bahwa kenaikan 10 persen di seluruh dunia (melalui peningkatan cukai) dapat mencegah paling sedikit 10 juta kematian yang berhubungan dengan tembakau di seluruh dunia. Karena itu, meningkatkan harga produk tembakau adalah satu-satunya strategi yang paling efektif untuk mengurangi beban kerusakan keseha-

tan akibat penggunaan tembakau. Di Indonesia, rata-rata cukai rokok sebagai persentase dari harga rokok adalah sekitar 31 persen, yang merupakan cukai terendah di kawasan ini setelah Kamboja.²³

Larangan menyeluruh terhadap iklan, promosi, dan pemberian sponsor. Iklan merupakan masalah kesehatan masyarakat yang cukup besar karena menciptakan kondisi di mana penggunaan tembakau dianggap sebagai sesuatu yang normal, wajar, dan dapat diterima. Hal ini mendorong anak-anak dan

remaja untuk mencoba-coba merokok.²⁸ Peraturan yang ada sekarang hanya melarang iklan televisi pada siang hari dan sebagian malam.

Peraturan udara bersih. Sebagian besar orang dewasa dan remaja Indonesia tidak merokok. Peraturan udara bersih diperlukan untuk melindungi mereka yang bukan perokok, baik dewasa maupun anak-anak, dari bahaya asap rokok tembakau.

Catatan

- 1 Departemen Kesehatan RI, 2002. *Estimasi Nasional Infeksi HIV pada Orang Dewasa Indonesia Tahun 2002*. Jakarta.
- 2 Departemen Kesehatan RI, 2002. *Rencana Strategis Penanggulangan HIV/AIDS Indonesia 2003–2007*. Jakarta.
- 3 National AIDS Commission, Republic of Indonesia, May 2003. *Country Report on Follow-Up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS)*, Reporting period 2001–2003.
- 4 Berdasarkan data Survei Surveilans Perilaku dilakukan di 15 kota di 13 propinsi pada tahun 2003 oleh Departemen Kesehatan dan Badan Pusat Statistik.
- 5 United Nations, 2003: “*Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals: Definitions, Rationale, Concept and Sources*”.
- 6 BPS-Statistics Indonesia and ORC Macro, 2003. *Indonesia Demographic and Health Surveys (IDHS) 2002–2003*. Maryland, USA.
- 7 UNICEF-BPS, 2000. *Multi-Indicator Survey on the Education and Health of Mothers and Children, Indonesia, 2000*.
- 8 2003 HIV/AIDS Country Progress Report, Komisi Penanggulangan AIDS
- 9 Rachmat, Haikin, 2003: “*HIV/AIDS Prevention Strategy for Children and Young People*”. Presentation at IFPPD Meeting, MoH, November 2003.
- 10 Ahmadi, U. Fahmi. *Combating HIV/AIDS, Malaria and other Diseases*. Makalah presentasi untuk MDG Working Group 2003.
- 11 *Pengembangan Gebrak Malaria di Indonesia: Rencana Strategis 2001–2005*. Berdasarkan 46.2 persen dari jumlah penduduk 1998.
- 12 Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001 UNICEF Indonesia, 2000, *Multiple Indicator Cluster Survey Report on the Education and Health of Mothers and Children*.
- 14 *Pengembangan Gebrak Malaria di Indonesia: rencana strategis 2001–2005*. Berdasarkan 46.2 persen dari jumlah penduduk 1998.
- 15 Seperti di Kabupaten Banyumas. Daerah ini sebelumnya telah dideklarasikan sebagai aman dari malaria sejak 15 tahun yang lalu.
- 16 Cauthen GM, Pio A, and HG ten Dam. *Annual Risk of Tuberculosis Infection*. WHO/TB/88.154. World Health Organization, Geneva.
- 17 Dye C, Scheele S, Dolin P, et al 1999. *Global Burden of Tuberculosis: Estimates of Incidence, Prevalence, and Mortality by Country*. JAMA 282:7.
- 18 *Global Tuberculosis Control*, WHO 2003 <http://www.who.int/gtb/publications/globrep/index.html>.
- 19 Ministry of Health, Republic of Indonesia TB Strategic Plan 2002–2008.
- 20 Connolly N and Nunn P. 1996. *Women and tuberculosis*. *World Health Stat Q.* 49(2): 115–9.
- 21 Dye C, Espinal M, Watt C, Mbiaga, C, and BG Williams 2002. *Worldwide Incidence of Multi-drug Resistance Tuberculosis*. *Journal of Infectious Diseases*. 185: 1197–202.
- 22 Beegle et al 2001. *Analysis of the IFLS*.
- 23 Ministry of Health, Republic of Indonesia. 2003. *The Tobacco Sourcebook: The empirical basis for a national tobacco control strategy*.
- 24 WHO and the European Commission 2003. *Tobacco and health in the developing world*. http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/who_en.pdf.
- 25 WHO 1999. *International Consultation on Environmental Tobacco Smoke and Child Health*. NCD/TFI/ETS/99. http://www.who.int/tobacco/health_impact/youth/ets/en/.
- 26 de Bayer, Lovelace, and Yurekli. 2001 *Poverty and Tobacco*. *Tob Control* 10 <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/10/3/210>.
- 27 The World Bank 2002. *Tobacco Control in Developing Countries*. <http://www1.worldbank.org/tobacco/tcdc/factsheets/Tobacco%20Facts1-6.pdf>.
- 28 US Surgeon General's Report 1989. *Reducing the Health Consequences of Smoking; and Smoking and Health: A National Status Report 1990*. <http://www.cdc.gov/tobacco/sgrpage.htm#1980s>.

