



# Kebijakan Nasional Kolaborasi TB-HIV di Indonesia

Departemen Kesehatan Kesehatan  
Republik Indonesia

SURAT KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR.....

TENTANG  
KEBIJAKAN NASIONAL KOLABORASI TB-HIV  
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Menimbang :	a.

Mengingat	b.

- a.
- b.
- c.

- Mengingat :
- 1.
  - 2.
  - 3

MEMUTUSKAN :

Menetapkan  
Kesatu

Kedua

## Daftar Istilah

AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
Anonymous	Tanpa nama (anonim, awanama)
PAR	Pengobatan antiretroviral ( <i>Antiretroviral Therapy</i> = ART)
AKMS	Advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial
ARV	Obat antiretroviral
BTA	Basil Tahan Asam
Confidential	Rahasia
CD4	limfosit-T CD4+
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short course</i> (Pengobatan TB yang diawasi secara langsung)
PDP/	Perawatan, dukungan dan pengobatan ( <i>Care, Support and Treatment</i> = CST)
Informed Consent	persetujuan secara sukarela setelah memahami sepenuhnya terhadap tindakan yang akan dilakukan
FHI	Family Health International
Gerdunas TB	<i>Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan TB</i>
HIV	<i>Singkatan dari human immunodeficiency virus</i> , penyebab AIDS
IDU	<i>Injecting drug user</i> (pengguna NAPZA suntik)
INH	<i>Isoniazide</i>
PPI	<i>Pengobatan Pencegahan Isoniazid (Isoniazid Preventive Therapy=IPT)</i>
IMS	Infeksi menular seksual
MDR-TB	Multiple Drug Resistance – TB, kekebalan ganda kuman TB terhadap OAT
NAPZA	Narkotik, alkohol, psikotropik dan zat adiktif lain
KPAN(D)	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (Daerah)
KIA	Kesehatan ibu anak
KNCV Foundation	Yayasan Tuberkulosis Belanda
KTS	Konseling dan Tes Sukarela / <i>voluntary counseling and testing</i> = VCT
OAT	Obat anti tuberculosis
Lapas/Rutan	Lembaga pemasyarakatan/ Rumah tahanan

LSM	Lembaga swadaya masyarakat
ODHA	Orang dengan HIV/AIDS
PDB	Pengurangan Dampak Buruk ( <i>harm reduction</i> ), ditujukan terhadap penggunaan narkoba suntik
PPIKA	pencegahan penularan dari ibu ke anak ( <i>prevention of mother-to-child transmission</i> = PMTCT)
PPTI	Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia
SDM	<i>Sumber daya manusia</i>
Surveilans Sentinel TB-HIV	kegiatan surveilans rutin pada sekelompok pasien TB pada beberapa lokasi (UPK) tertentu untuk memantau dan menggambarkan kecenderungan koinfeksi TB-HIV.
TB	Tuberkulosis
UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
Unlinked anonymous	Tes HIV dilakukan secara tanpa nama (anonim) dengan cara data identitas dari spesimen dihilangkan sehingga tidak dapat dikaitkan dengan pemilik spesimen tersebut (unlinked)
UPK	Unit Pelayanan Kesehatan
WHO	<i>World Health Organization</i>

Versi 27 September 2007

## Kata Pengantar

Perkembangan epidemi HIV di Indonesia, termasuk yang tercepat di kawasan Asia, sementara jumlah kasus TB masih menempatkan Indonesia sebagai negara ke tiga dengan kasus TB terbanyak di dunia. Epidemi HIV di Indonesia merupakan tantangan bagi keberhasilan penanggulangan TB dan sebaliknya TB merupakan penyebab utama kematian pada ODHA. Kolaborasi kegiatan bagi kedua program merupakan keharusan agar mampu menanggulangi kedua penyakit tersebut secara efektif dan efisien.

Kegiatan kolaborasi TB-HIV telah diujicoba sebagai pilot di beberapa Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) di beberapa wilayah prioritas. Pada triwulan pertama 2007 di Indonesia dilaksanakan *external review HIV/AIDS* (Februari 2007) dan *Joint external Monitoring Mission TB* (JEMM, April 2007). Keduanya merekomendasikan perlu dilakukan percepatan upaya kolaborasi TB-HIV dan segera disusun Kebijakan Nasional Kolaborasi TB-HIV sebagai pedoman pelaksanaan program di seluruh Indonesia.

Lokakarya nasional yang pertama dilaksanakan dengan mengundang berbagai sektor dan mitra terkait dari pusat dan beberapa propinsi dengan epidemi HIV tinggi. Lokakarya ini bertujuan mengidentifikasi hal-hal penting yang akan dijadikan dasar penyusunan kebijakan nasional dan menetapkan prioritas pelaksanaan, berdasar situasi HIV dan TB di masing masing propinsi tersebut.

Lokakarya dilanjutkan dengan melakukan kunjungan ke beberapa propinsi prioritas untuk melakukan kajian dalam rangka mendapatkan pemahaman yang lebih akurat tentang kondisi spesifik daerah.

Disamping itu pengalaman uji coba penerapan kolaborasi di beberapa daerah juga menjadi bahan penyusunan kebijakan nasional ini.

Kemudian dilaksanakan lokakarya kedua yang pesertanya diperbanyak dengan mengikutsertakan beberapa propinsi dengan tingkat epidemi HIV yang terkonsentrasi lainnya untuk membahas rancangan/konsep dari kebijakan nasional pelaksanaan kolaborasi TB-HIV ini.

Kebijakan nasional ini sangat penting untuk memberikan arah dalam pelaksanaan kolaborasi TB-HIV, dengan demikian semua kegiatan yang terkait dengan kolaborasi TB-HIV yang dilaksanakan di Indonesia harus mengacu pada pedoman kebijakan ini.

Kebijakan nasional ini disusun oleh tim yang terdiri dari berbagai sektor dan mitra yang terkait antara lain Departemen Kesehatan, WHO, FHI dan KNCV dan beberapa LSM lainnya.

Versi 27 September 2007

Akhirnya diucapkan banyak terimakasih kepada semua pihak yang telah berjerih payah menyelesaikan pedoman kebijakan ini. Segala kritik dan saran yang membangun demi perbaikan pedoman ini pada edisi mendatang sangat diharapkan.

Jakarta, Oktober 2007  
Direktur Jenderal PP&PL  
Departemen Kesehatan RI

Dr. I Nyoman Kandun, MPH

Versi 27 September 2007

## Daftar Isi

Pengantar .....	7
Daftar Isi.....	10
1. Dasar Pemikiran.....	11
2. Tujuan .....	12
3. Pelaksanaan Kolaborasi TB-HIV .....	13
A. Membentuk Mekanisme Kolaborasi .....	13
A.1. Membentuk kelompok kerja (POKJA) TB-HIV di semua lini .....	13
A.2. Pelaksanaan surveilans untuk mengetahui prevalensi HIV di antara pasien TB.....	15
A.3. Melaksanakan perencanaan bersama TB-HIV .....	15
A3.1 Mobilisasi sumber daya untuk TB-HIV.....	16
A3.2 Membangun kapasitas TB-HIV termasuk pelatihan .....	16
A3.3 Komunikasi TB-HIV: advokasi, komunikasi program dan mobilisasi sosial .....	16
A3.4 Meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam kegiatan kolaborasi TB-HIV.....	16
A3.5 Penelitian operasional untuk meningkatkan kegiatan kolaborasi TB-HIV .....	17
A.4. Monitoring dan Evaluasi kegiatan kolaborasi TB-HIV .....	17
A4.1 Menjamin kerahasiaan diagnosis pasien TB-HIV .. <b>Error! Bookmark not defined.</b>	
B. Menurunkan beban TB pada ODHA .....	18
B.1. Mengintensifkan penemuan kasus TB.....	18
B1.1 Diagnosis dan pengobatan TB..... <b>Error! Bookmark not defined.</b>	
B.2. Menjamin pengendalian infeksi TB pada layanan kesehatan dan tempat orang terkumpul (Rutan/Lapas, panti rehabilitasi napza) .....	18
C. Menurunkan beban HIV pada pasien TB .....	19
C.1. Menyediakan pelayanan KTS untuk pasien TB .....	19
C.2. Metode pencegahan HIV dan IMS .....	20
C.3. Pengobatan preventif dengan kotrimoksasol dan infeksi oportunistik lainnya.....	20
C.4. Perawatan, dukungan dan pengobatan ARV untuk ODHA.....	21
4. Skala prioritas untuk pelaksanaan kolaborasi TB-HIV .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5. Daftar Pustaka .....	23

## 1. Dasar Pemikiran

Epidemi HIV menunjukkan pengaruhnya terhadap peningkatan epidemi TB di seluruh dunia yang berakibat meningkatnya jumlah penderita TB di tengah masyarakat. Pandemi ini merupakan tantangan terbesar dalam pengendalian TB dan banyak bukti menunjukkan bahwa pengendalian TB tidak akan berhasil dengan baik tanpa keberhasilan pengendalian HIV. Sebaliknya TB merupakan penyebab utama kematian pada ODHA.

Oleh karena itu WHO bekerja sama dengan Stop TB Partnership mengembangkan pedoman untuk pelaksanaan kegiatan kolaborasi TB-HIV yang disusun berdasarkan tingkat prevalensi HIV<sup>1</sup>. Di banyak negara yang telah melaksanakan kegiatan perawatan, dukungan dan pengobatan HIV, kegiatan kolaborasi ini dimulai sebagai bagian dari upaya pengendalian TB dan upaya meningkatkan keberhasilan Program AIDS.

Perkembangan epidemi HIV di Indonesia, termasuk yang tercepat di kawasan Asia meskipun secara nasional angka prevalensinya masih termasuk rendah, diperkirakan pada tahun 2006 sekitar 0,16% pada orang dewasa. Dengan estimasi ini, maka pada tahun 2006 di Indonesia diperkirakan ada 193.000 ODHA (169.000 - 216.000). Penggunaan jarum suntik merupakan cara transmisi HIV yang terbanyak (53%) diikuti dengan transmisi heteroseksual (42%). Salah satu faktor yang berpengaruh dalam epidemiologi HIV di Indonesia adalah variasi antar wilayah, baik dalam hal besarnya masalah maupun faktor-faktor yang berpengaruh. Epidemi HIV di Indonesia berada pada kondisi epidemi terkonsentrasi dengan kecenderungan menjadi epidemi meluas pada beberapa propinsi.

Skema 1 : Klasifikasi untuk Epidemi HIV/AIDS<sup>2</sup>

Rendah	Prevalensi HIV dalam suatu sub-populasi tertentu belum melebihi 5%
Terkonsentrasi	Prevalensi HIV secara konsisten lebih dari 5% di sub-populasi tertentu <b>dan</b> Prevalensi HIV di bawah 1% di populasi umum atau ibu hamil
Meluas	Prevalensi HIV lebih dari 1 % di populasi umum atau ibu hamil

Indonesia termasuk salah satu negara dengan masalah TB terbesar ketiga di dunia, setelah India dan Cina, tetapi dengan prevalensi HIV tidak terlalu tinggi dan tidak menyebar merata di seluruh wilayah.

<sup>1</sup> Interim Policy on Collaborative TB/HIV activities, WHO, 2004

<sup>2</sup> Guidelines for second Generation HIV Surveillance, UNAID/WHO, Geneva, 2004

Tiap tahun diperkirakan terjadi 239 kasus baru TB per 100.000 penduduk dengan estimasi prevalensi HIV diantara pasien TB sebesar 0,8% secara nasional (WHO Report 2007). Survei yang dilaksanakan oleh Balitbang Depkes (2003) menunjukkan bahwa pasien dengan koinfeksi TB-HIV pada umumnya ditemukan di RS dan Rutan/Lapas di beberapa propinsi dan TB ditemukan sebagai infeksi oportunistis utama pada pasien AIDS di RS.

Sampai saat ini belum ada angka nasional yang menunjukkan gambaran HIV di antara pasien TB. Studi pertama tentang sero prevalensi yang dilaksanakan di Yogyakarta menunjukkan angka 2%. Data dari RS propinsi di Jayapura menunjukkan pada triwulan pertama 2007, 13 di antara 40 pasien TB ternyata positif HIV. Data dari klinik PPTI di Jakarta sejak 2004 - 2007 menunjukkan prevalensi HIV pada suspek TB dengan faktor risiko antara 3-5% dan prevalensi pada pasien TB antara 5-10% dengan kecenderungan meningkat setiap tahunnya.

## **2. Tujuan**

Tujuan umum : memberikan arah dalam pelaksanaan kolaborasi TB-HIV untuk mengurangi beban TB dan HIV pada masyarakat akibat kedua penyakit ini.

Tujuan khusus dari pelaksanaan kolaborasi TB-HIV:

- A. Membentuk mekanisme kolaborasi antara program TB dan HIV/AIDS
- B. Menurunkan beban TB pada ODHA
- C. Menurunkan beban HIV pada pasien TB

### 3. Pelaksanaan Kolaborasi TB-HIV

Kegiatan kolaborasi TB-HIV dilaksanakan sebagaimana digambarkan dalam tabel 2 dibawah ini.

Tabel 2: Pelaksanaan Kolaborasi TB-HIV di Indonesia

<p><b>A. Membentuk mekanisme kolaborasi</b></p> <p>A.1 Membentuk kelompok kerja (POKJA) TB-HIV di semua lini</p> <p>A.2 Melaksanakan surveilans HIV pada pasien TB</p> <p>A.3 Melaksanakan perencanaan bersama TB-HIV</p> <p>A.4 Melaksanakan monitoring dan evaluasi</p> <p><b>B. Menurunkan beban TB pada ODHA</b></p> <p>B.1 Mengintensifkan penemuan kasus TB dan pengobatannya</p> <p>B.2 Menjamin pengendalian infeksi TB pada layanan kesehatan dan tempat orang terkumpul (rutan/lapas, panti rehabilitasi napza)</p> <p><b>C. Menurunkan beban HIV pada pasien TB</b></p> <p>C.1 Menyediakan konseling dan tes HIV</p> <p>C.2 Pencegahan HIV dan IMS</p> <p>C.3 Pengobatan preventif dengan kotrimoksasol dan infeksi oportunistik lainnya</p> <p>C.4 Perawatan, dukungan dan pengobatan ARV untuk HIV/AIDS</p>
--

Uraian berikutnya menjelaskan rincian kegiatan yang akan dilakukan untuk menanggulangi epidemi TB dan HIV/AIDS. Sebagian terkait dengan pelaksanaan program TB di lapangan, sedangkan yang lain terkait dengan pelaksanaan program HIV/AIDS khususnya integrasi dengan layanan KTS, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV serta layanan ART. Keduanya membutuhkan kerjasama erat antara kedua program di semua tingkat, termasuk sistem rujukan dan mekanisme koordinasi yang baik antar petugas kesehatan di setiap tingkat Unit Pelayanan Kesehatan (UPK).

#### **A. Membentuk Mekanisme Kolaborasi**

##### **A.1. Membentuk kelompok kerja (POKJA) TB-HIV di semua lini**

Kelompok kerja in bertugas melaksanakan koordinasi dan kolaborasi kegiatan TB-HIV, dengan menunjuk seorang koordinator kolaborasi TB-HIV

**Kelompok kerja TB-HIV** dibentuk pada tingkat nasional dan pada tingkat provinsi. Di daerah prioritas, kelompok kerja dibentuk di tingkat kabupaten/kota dan tingkat UPK (rumah sakit, puskesmas dan klinik dalam bentuk tim TB-HIV).

Pokja di tingkat nasional beranggotakan para penentu kebijakan dan unit teknis:

- Instansi Pemerintahan terkait.
- Program TB,
- Program AIDS,
- Yanmedik dan unsur Rumah Sakit,
- Binkesmas dan unsur Puskesmas,
- Pakar/Ahli TB dan HIV dari Organisasi Profesi,
- KPA (Komisi Penanggulangan AIDS) dan KPAD,
- Gerdunas TB,
- WHO, Perwakilan LSM dan donor,

Tugas kelompok kerja di tingkat pusat :

- Mengembangkan strategi TB-HIV berdasarkan kebijakan nasional dan menyusun rencana strategis nasional,
- Membuat pedoman, bahan AKMS dan bahan pelatihan,
- Memobilisasi sumber daya dan dana,
- Memonitor dan mengevaluasi kegiatan.
- Menindak lanjuti dan menyelesaikan masalah.

Tugas kelompok kerja di tingkat Daerah adalah:

- Menyusun rencana kerja, penanggung jawab setiap kegiatan dan menetapkan mitra kerjanya,
- Menetapkan target khusus untuk provinsi atau kabupaten/kota tersebut,
- Menyusun rencana kerja sesuai pedoman nasional, pelatihan dan mengadaptasi bahan AKMS jika diperlukan,
- Meningkatkan jumlah dan kemampuan SDM sesuai kebutuhan,
- Memonitor dan mengevaluasi kegiatan.
- Menindak lanjuti dan menyelesaikan masalah.

**Koordinator kolaborasi TB-HIV** ditunjuk pada tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota, yang bertugas penuh waktu, harus berasal dari program TB atau program AIDS.

Tugas koordinator:

- Mengkoordinasikan kelompok kerja, memfasilitasi pertemuan reguler dan mengatur jadwal termasuk membuat laporan rapat,
- Mendukung pelaksanaan kolaborasi TB-HIV sesuai dengan rencana kerja,
- Mengkoordinasikan rencana pengembangan SDM untuk TB-HIV,
- Mengkoordinasikan supervisi TB-HIV,
- Memonitor kegiatan TB-HIV dan memastikan tersedianya data TB-HIV serta analisisnya (**surveilans**).

## A.2. Pelaksanaan surveilans untuk mengetahui prevalensi HIV di antara pasien TB

Metoda surveilans pada keadaan prevalensi HIV yang berlainan sesuai dengan tabel di bawah ini

Tabel 1: Tabel alur untuk memilih metoda surveilans:

KRITERIA	METODA SURVEILANS YANG DIANJURKAN
I. Keadaan epidemi HIV meluas	Data dari tes HIV rutin pada pasien tuberkulosis. dan Survei sentinel atau periodik (khusus) untuk mengkalibrasi data dari testing HIV rutin.
II. Keadaan epidemi HIV Terkonsentrasi	Data dari tes HIV rutin pada pasien tuberkulosis. atau Survei sentinel atau periodik (khusus) di daerah pelaksanaan dimana tingkat HIV tidak diketahui (data rutin belum ada). Survei ini dapat dipakai untuk mengkalibrasi data dari testing HIV rutin.
III. Keadaan epidemi HIV rendah	Survei sentinel atau periodik (khusus)

Penetapan UPK DOTS sebagai tempat pelaksanaan surveilans sentinel harus sesuai pedoman yang berlaku (yaitu pada tempat dan dengan metode yang sama). Semua surveilans dilaksanakan dengan *informed consent* dari pasien, tes HIV dengan metode *unlinked anonymous* dan tetap menghormati prinsip-prinsip etika.

## A.3. Melaksanakan perencanaan bersama TB-HIV

Program TB dan HIV/AIDS memerlukan perencanaan strategis secara bersama untuk melakukan kerjasama secara sistematis dan berhasil. Mereka harus melengkapi dengan rencana TB-HIV bersama, atau memperkenalkan komponen TB-HIV pada rencana pengendalian nasional TB dan rencana pengendalian nasional HIV/AIDS. Peran dan tanggung jawab masing-masing program dalam pelaksanaan kegiatan TB-HIV yang spesifik pada tingkat pusat maupun tingkat daerah harus dinyatakan dengan jelas.

Unsur yang penting dalam perencanaan bersama adalah kegiatan-kegiatan yang tersebut pada kegiatan butir A, B dan C, demikian juga mobilisasi sumber daya,

membangun kapasitas dan pelatihan, komunikasi TB-HIV (advokasi, program komunikasi dan mobilisasi sosial), memperkuat keterlibatan masyarakat, dan penelitian operasional.

Perencanaan bersama TB-HIV dilaksanakan dalam bidang-bidang sebagai berikut:

### **A3.1 Mobilisasi sumber daya untuk TB-HIV**

Rencana bersama harus menjelaskan peran dan tanggung jawab masing-masing program dalam pelaksanaan kegiatan TB-HIV yang spesifik pada tingkat pusat maupun daerah seperti terlihat dalam Tabel 1 (sebagaimana dijelaskan dalam pedoman pelaksanaan kerjasama kegiatan TB-HIV (2))

Daerah harus menjamin mobilisasi dan penyebaran sumber daya manusia yang terlatih untuk melaksanakan kegiatan kerjasama TB-HIV sesuai dengan hasil kajian setempat

POKJA TB-HIV harus bertanggung jawab untuk menentukan dan memobilisasi sumber daya untuk melaksanakan kegiatan kerjasama TB-HIV, untuk meningkatkan daya guna dan hasil guna sumber daya yang ada.

### **A3.2 Membangun kapasitas TB-HIV termasuk pelatihan**

Program TB dan HIV/AIDS harus menyusun rencana peningkatan kapasitas SDM bersama untuk memberikan pelatihan pra-layanan dan dalam-layanan (*in-service*) serta pendidikan kedokteran berkelanjutan mengenai kegiatan kolaborasi TB-HIV untuk semua kategori tenaga kesehatan.

Program TB dan HIV/AIDS harus menjamin bahwa kapasitas layanan kesehatan sudah mencukupi (misalnya, laboratorium, obat dan rujukan) demi efektifitas pelaksanaan kegiatan kerjasama TB-HIV.

### **A3.3 Komunikasi TB-HIV: advokasi, komunikasi program dan mobilisasi sosial**

Kegiatan advokasi TB-HIV yang direncanakan bersama untuk menjamin kesinambungan pesan TB dan HIV, ditujukan pada pihak yang berkepentingan dan pengambil keputusan. Kegiatan tersebut dilaksanakan di semua tingkat; pusat, propinsi dan kabupaten/kota.

Pengembangan komunikasi program TB-HIV dan strategi mobilisasi sosial secara bersama ditujukan pada kebutuhan pasien secara individu dan masyarakat yang terkena dampak HIV/AIDS dan TB.

### **A3.4 Meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam kegiatan kolaborasi TB-HIV**

Integrasi layanan HIV ke dalam DOTS harus didukung oleh strategi komunikasi untuk meningkatkan perhatian masyarakat tentang beban ganda TB dan HIV pada pasien TB dan di masyarakat. Kurangnya informasi berdampak meningkatnya stigma terkait TB-HIV dan rendahnya penerimaan pasien TB untuk menjalani test HIV. Pengalaman awal PMTCT di Papua menunjukkan bahwa peningkatan kesadaran ibu hamil menyebabkan banyaknya permintaan KTS oleh ibu hamil. Strategi yang sama dapat dikembangkan untuk kegiatan TB-HIV ini.

Informasi tentang TB-HIV perlu diintegrasikan ke dalam saluran komunikasi yang telah ada, contohnya :

- KPA dan KPAD, pada saat koordinasi komunikasi HIV juga menyampaikan informasi tentang TB,
- PPTI pada saat melakukan kegiatan penyuluhan tentang TB juga menyampaikan informasi tentang HIV,
- Layanan pengurangan dampak buruk (Harm Reduction) yang menjangkau penasun (IDU's) di dalam masyarakat, juga menyampaikan informasi tentang TB
- Program PMTCT melalui pelayanan KIA, juga menyampaikan informasi tentang TB-HIV
- Organisasi kemasyarakatan pada saat kegiatan penjangkauan juga menyampaikan informasi tentang TB-HIV.

### **A3.5 Penelitian operasional untuk meningkatkan kegiatan kolaborasi TB-HIV**

Untuk melaksanakan kegiatan kerjasama TB-HIV yang efisien dan efektif berbasis bukti (*evidence base*) maka semua pihak yang berkepentingan dalam kegiatan kolaborasi TB-HIV harus mendukung dan mendorong penelitian operasional TB-HIV berdasarkan kekhususan daerah.

### **A.4. Monitoring dan Evaluasi kegiatan kolaborasi TB-HIV**

Dalam melaksanakan monitoring dan evaluasi kegiatan kolaborasi, program AIDS dan TB harus menyepakati seperangkat indikator bersama dan piranti pengumpul data untuk menilai kualitas, efektifitas, cakupan dan layanan kegiatan kerjasama TB-HIV.

Informasi pasien TB-HIV harus dapat diakses oleh petugas TB maupun petugas HIV untuk kepentingan perawatan, dukungan dan pengobatan pasien.

Monitoring dan evaluasi ini akan menjamin perbaikan mutu program secara terus menerus. Dalam pelaksanaannya harus diintegrasikan dengan sistem monitoring dan evaluasi yang sudah ada serta harus menjamin kerahasiaan.

## **B. Menurunkan beban TB pada ODHA**

### **B.1. Mengintensifkan penemuan kasus TB**

Kebijakan nasional layanan terpadu TB-HIV adalah layanan dalam satu atap bagi pasien (*one stop service*).

Skrining TB (paru dan ekstra paru) perlu dilakukan secara rutin untuk setiap ODHA. Prosedur skrining harus standar dengan menggunakan alat skrining (kuesioner) yang sederhana terhadap tanda dan gejala (penilaian risiko terhadap TB). Skrining dikerjakan oleh konselor, manajer kasus atau para medis lainnya, dan harus dilakukan pada semua ODHA setelah KTS (konseling post test) dan secara berkala selama pelayanan HIV termasuk sebelum memulai ART, atau selama pemberian ART. Dalam kasus dengan gejala TB, pasien harus diperiksa sesegera mungkin oleh dokter untuk segera didiagnosis dan diterapi.

Harus dibentuk mekanisme rujukan antara layanan konseling dan testing HIV dengan unit DOTS yang memudahkan pasien.

Skrining TB juga harus dilakukan pada kontak serumah, pada kelompok dengan resiko HIV dan pada kondisi khusus seperti di rutan/lapas. Berkaitan dengan prevalensi TB yang tinggi di antara pengguna napza suntik (Injecting drug users), pelayanan harm reduction dan pusat rehabilitasi harus melakukan skrining TB secara rutin dan segera merujuk ke UPK.

Diagnosis TB dan diagnosis HIV harus sesuai Pedoman Nasional Depkes yang berlaku.

Sebelum memulai ART, semua ODHA harus dipastikan status TB - nya, bila ternyata juga mengidap TB atau sebaliknya maka penatalaksanaannya sesuai Pedoman Tatalaksana TB-HIV.

Pengobatan pencegahan INH (***IPT = Isoniazid Preventive Therapy***) saat ini belum dapat direkomendasikan karena tingginya prevalensi TB dan sulitnya untuk menyingkirkan kemungkinan TB aktif di Indonesia.

### **B.2. Menjamin pengendalian infeksi TB pada layanan kesehatan dan tempat orang terkumpul (Rutan/Lapas, panti rehabilitasi napza)**

Kebijakan layanan TB-HIV di lapas/rutan dan tempat-tempat rawan lainnya misalnya, rehabilitasi napza, sama dengan pelayanan di UPK lainnya. Mengingat keterbatasan sumberdaya pelayanan kesehatan di tempat tersebut, dibutuhkan jejaring kerja dengan UPK terdekat.

Pengendalian infeksi TB pada tempat-tempat tersebut harus menjadi perhatian bagi petugas kesehatan untuk meminimalkan risiko penularan TB. Upaya khusus ini harus dilakukan secara bersama dengan ekspansi kolaborasi TB-HIV.

Di tempat-tempat ini, diterapkan skrining gejala TB secara berkala, memperkuat jejaring rujukan pelayanan DOTS dan memisahkan pasien TB BTA positif selama masa pengobatan TB fase intensif.

Setiap pasien yang diduga atau didiagnosis MDR-TB, harus mendapat perlakuan khusus dalam pelayanan HIV karena risiko penularan yang lebih berbahaya dan risiko kematian yang tinggi.

## **C. Menurunkan beban HIV pada pasien TB**

### **C.1. Menyediakan pelayanan Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS) untuk pasien TB**

Sebagian besar orang yang terinfeksi HIV tidak mengetahui status HIV-nya dan mereka akan mencari pengobatan ke pelayanan kesehatan umum. KTS merupakan pintu masuk yang penting bagi pasien TB untuk mendapatkan pelayanan HIV.

Test HIV harus mendapatkan persetujuan dari pasien, melalui konseling pra dan pasca tes.

Strategi KTS untuk pasien TB mengacu pada tingkat epidemi HIV:

C1.1 Di wilayah dengan epidemi HIV yang rendah dan terkonsentrasi dilakukan pengkajian faktor risiko menggunakan alat skrining (kuesioner) pada setiap pasien TB. **Pasien TB dengan faktor risiko dirujuk ke UPK KTS.** Strategi ini lebih efektif dibandingkan pemeriksaan rutin KTS ke seluruh pasien TB.

Kriteria penilaian untuk menawarkan KTS pada pasien TB:

1. Faktor risiko HIV (pasien atau pasangan)
  - Penasun,
  - Pekerja Seks (Wanita, Pria termasuk Waria dan Lelaki Suka Lelaki),
  - Berganti-ganti pasangan
  - Riwayat Infeksi Menular Seksual (IMS)
  - Jenis pekerjaan yang beresiko tinggi, misalnya: orang yang karena pekerjaannya berpindah-pindah tempat (supir, pelaut), migran, tuna wisma, pekerja bar/salon
  - Riwayat transfusi darah dan produk darah
2. Penilaian klinis HIV
  - Kematian pasangan akibat penyakit kronis
  - Kandidiasis oral, diare kronis, penurunan berat badan secara drastis (>10%)
3. Penilaian klinis TB
  - Kasus sulit (komplikasi) atau tidak adanya respons terhadap pengobatan.
  - Pasien TB yang dirawat inap
  - Pasien TB ekstra paru

Bila hasil pemeriksaan dahak BTA negatif dan ada keraguan dalam penilaian faktor risiko HIV, maka menjadi alasan kuat untuk menawarkan KTS. Sebab

sebagian besar kasus TB-HIV ditemukan dengan hasil pemeriksaan dahak BTA negatif.

**C1.2 Di wilayah dengan epidemi HIV yang meluas, KTS ditawarkan kepada seluruh pasien TB pada UPK DOTS secara rutin.**

Di seluruh UPK dengan prevalensi HIV pada pasien TB >5%, KTS harus ditawarkan secara rutin (tidak lagi penilaian risiko).

KTS dapat dilaksanakan setiap saat selama pengobatan TB. Karena itu seorang pasien yang pada awalnya menolak tes HIV dapat ditawarkan kembali setelah penyuluhan/penjelasan.

## **C.2. Pencegahan HIV dan IMS**

Pelayanan DOTS di rumah sakit dan puskesmas harus melakukan KIE tentang HIV selama masa pengobatan TB, dan pada saat rujukan jika layanan HIV tersebut tidak tersedia di puskesmas. KIE mengacu pada pelayanan pencegahan HIV (IMS, pengurangan dampak buruk napza suntik, PPIKA, dalam bentuk konseling.

DOTS merupakan peluang yang baik untuk memperkuat KIE tentang HIV selama masa pengobatan TB. Kegiatan KIE harus dilaksanakan secara berkala. Dalam kegiatan KIE ini diperkenalkan tentang:

- Ko-infeksi TB-HIV; pesan harus terfokus pada kemungkinan ko-infeksi TB-HIV, ketersediaan layanan TB dan HIV, serta manfaat dan pentingnya KTS bagi pasien TB.
- Pencegahan HIV menggunakan strategi ABCD (A: *abstinence* (puasa seks), B: *Be faithful* (bersikap saling setia), C: *Condom* (Kondom) dan D: *Drug* (tidak menggunakan napza suntik).
- Promosi kondom sebagai upaya untuk pencegahan IMS harus ditekankan di pelayanan DOTS. Pasien TB harus diskriminasi untuk gejala IMS. Mereka dengan gejala IMS harus ditangani dan dirujuk ke layanan IMS.
- Pasien penasun harus dirujuk ke unit pengurangan dampak buruk napza suntik dan layanan terapi rumatan methadone.

## **C.3. Pengobatan pencegahan dengan kotrimoksasol (PPK) dan infeksi oportunistik lainnya**

Program TB dan HIV/AIDS harus menyediakan pengobatan pencegahan kotrimoksasol (PPK) bagi ODHA yang memenuhi syarat serta menderita TB aktif.

Pada wilayah (propinsi dan kab/kota) dengan epidemi HIV yang meluas, PPK sebaiknya disediakan di UPK KTS/PDP, semua pasien TB-HIV harus mendapatkan PPK di unit tersebut

#### **C.4. Perawatan, dukungan dan pengobatan HIV**

Akses kepada layanan kesehatan bagi ODHA merupakan hak dasar setiap orang yang meliputi layanan AIDS secara komprehensif dan berkesinambungan. Layanan komprehensif tersebut meliputi:

- manajemen klinis (profilaksis, diagnosis dini, pengobatan yang rasional dan tatalaksana infeksi oportunistik),
- asuhan keperawatan (dukungan higiene dan nutrisi),
- perawatan paliatif,
- perawatan berbasis rumah (termasuk perawatan oleh keluarga dan lingkungan, penerapan kewaspadaan universal),
- dukungan konseling dan sosial
- sistem rujukan pasien.

Pengobatan Antiretroviral harus ditawarkan pada seluruh pasien TB dengan HIV positif yang memenuhi syarat atau kriteria yang ditetapkan. Pemberian ART dan OAT pada pasien TB-HIV harus sesuai dengan pedoman yang berlaku.

#### **4. Skala prioritas pelaksanaan kolaborasi TB-HIV**

Provinsi dengan epidemi HIV terkonsentrasi, kegiatan kolaborasi TB-HIV dilaksanakan pada:

- Semua UPK dengan KTS,
- Rumah Sakit DOTS, kolaborasi dikembangkan secara bertahap,
- Puskesmas dengan kriteria tertentu:
  - **Di kabupaten/kota yang memiliki layanan KTS.**
  - **Besarnya masalah TB** (misalnya, Notification Rate >100 per 100.000 penduduk).
  - **Siap dan berkomitmen** untuk melaksanakan kolaborasi TB-HIV.
- Rutan/lapas dan panti rehabilitasi pengguna napza suntik (penasun) yang memiliki unit pelayanan kesehatan.

Provinsi dengan epidemi HIV yang meluas, kegiatan kolaborasi TB-HIV dilaksanakan pada:

- Semua UPK dengan KTS,
- Semua Rumah Sakit DOTS
- Semua Puskesmas
- Rutan/lapas dan panti rehabilitasi pengguna napza suntik (penasun) yang memiliki unit pelayanan kesehatan

Versi 27 September 2007

## 5. Daftar Pustaka

1. Interim policy on collaborative TB-HIV activities. WHO. 2004.  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_HTM\\_TB\\_2004.330.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330.pdf)
2. Guidelines for Implementing Collaborative TB and HIV Programme Activities. Stop TB Partnership: Working Group on TB-HIV. WHO. 2004.  
<http://www.who.int/hiv/pub/tb/en/>
3. A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB-HIV activities.  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_HTM\\_TB\\_2004.342.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.342.pdf)
4. TB-HIV: a clinical manual. 2<sup>nd</sup> edition. WHO. 2004.  
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546344.pdf>
5. Guidelines for HIV surveillance among tuberculosis patients. Second edition. WHO. 2004.  
<http://www.who.int/hiv/pub/tb/en/>
6. TB-HIV Research Priorities in Resource-Limited Settings. WHO. 2005.  
<http://www.who.int/hiv/pub/tb/en/>
7. Management of collaborative TB-HIV activities: training for managers at national and sub-national levels. WHO. 2005.  
[http://www.who.int/tb/publications/who\\_htm\\_tb\\_2005\\_359/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/who_htm_tb_2005_359/en/index.html)
8. Improving the diagnosis and treatment of smear-negative pulmonary and extrapulmonary tuberculosis among adults and adolescents. WHO 2007.  
<http://www.who.int/hiv/pub/tb/en/>
9. Tuberculosis infection control in the era of expanding HIV care and treatment. WHO 2007.  
<http://www.who.int/hiv/pub/tb/en/>

\*\*\*\*\*