



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 1278/MENKES/SK/XII/2009**

**TENTANG**

**PEDOMAN PELAKSANAAN  
KOLABORASI PENGENDALIAN PENYAKIT TB DAN HIV**

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,**

- Menimbang : a. bahwa kecenderungan peningkatan angka kesakitan Tuberkulosis (TB) dan HIV/AIDS serta adanya survei yang menunjukkan TB sebagai infeksi oportunistik utama pada pasien HIV dan menjadi penyebab kematian terbanyak pada ODHA, perlu dilakukan kolaborasi kegiatan penanggulangan TB dan HIV secara terpadu dan menyeluruh;
- b. bahwa dalam rangka pelaksanaan kolaborasi TB dan HIV sebagaimana diuraikan pada huruf a di atas, perlu ditetapkan Pedoman Pelaksanaan Kolaborasi Pengendalian Penyakit TB dan HIV dengan Keputusan Menteri Kesehatan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3273);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

5. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Tahun 1991 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3447);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 39, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 8737);
8. Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 9/Kep/Menko/Kesra/IV/1994 tentang Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 203/Menkes/SK/III/1999 tentang Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1285/Menkes/SK/X/2002 tentang Pedoman Penanggulangan HIV/AIDS dan Penyakit Menular Seksual;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 439/Menkes/Per/VI/2009;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 364/Menkes/SK/V/2009 Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis (TB);

**MEMUTUSKAN :**

Menetapkan :

Kesatu : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN KOLABORASI PENGENDALIAN PENYAKIT TB DAN HIV.**

Kedua : Pedoman Pelaksanaan Kolaborasi Pengendalian Penyakit TB dan HIV sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan

ini.

- Ketiga : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua merupakan acuan bagi tenaga kesehatan, institusi kesehatan, serta pihak terkait dalam pelaksanaan kolaborasi pengendalian penyakit TB dan HIV.
- Keempat : Pembinaan dan pengawasan pelaksanaan kolaborasi pengendalian penyakit TB dan HIV dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dengan mengikutsertakan organisasi profesi terkait sesuai tugas dan fungsi masing-masing.
- Kelima : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

**Ditetapkan di Jakarta  
Pada tanggal 30 Desember 2009**

**MENTERI KESEHATAN,**

**ttd**

**dr. ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH, MPH, DR.PH.**

Lampiran  
Keputusan Menteri Kesehatan  
Nomor : 1278/Menkes/SK/XII/2009  
Tanggal : 30 Desember 2009

## PEDOMAN PELAKSANAAN KOLABORASI PENGENDALIAN PENYAKIT TB DAN HIV

### I. PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

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. 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.

#### Klasifikasi Epidemi HIV/AIDS

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.

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 seroprevalensi 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.

## B. 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

## II. PELAKSANAAN KOLABORASI TB-HIV

Kegiatan kolaborasi TB-HIV dilaksanakan sesuai tahapan sebagai berikut :

### A. Mekanisme kolaborasi

- A.1 Membentuk kelompok kerja (POKJA) TB-HIV di semua lini
- A.2 Melaksanakan surveilans HIV pada pasien TB
- A.3 Melaksanakan perencanaan bersama TB-HIV
- A.4 Melaksanakan monitoring dan evaluasi

### B. Menurunkan beban TB pada ODHA

- B.1 Mengintensifkan penemuan kasus TB dan pengobatannya
- B.2 Menjamin pengendalian infeksi TB pada layanan kesehatan dan tempat

orang terkumpul (rutan/lapas, panti rehabilitasi napza)

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

C.1 Menyediakan konseling dan tes HIV

C.2 Pencegahan HIV dan IMS

C.3 Pengobatan preventif dengan kotrimoksazol dan infeksi oportunistik lainnya.

C.4 Perawatan, dukungan dan pengobatan ARV untuk HIV/AIDS

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. Mekanisme Kolaborasi**

**1. 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 daerah. Di daerah prioritas, kelompok kerja dibentuk di tingkat propinsi, 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,
- Bina 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 nasional :

- 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.

Pokja di tingkat daerah (propinsi dan kab/kota) beranggotakan para penentu kebijakan dan unit teknis:

- Instansi Pemerintahan terkait.
- Program TB,
- Program AIDS,
- Yankes dan unsur Rumah Sakit dan Puskesmas
- Pakar/Ahli TB dan HIV dari Organisasi Profesi,
- KPAD,
- Gerdunas TB,
- WHO, Perwakilan LSM dan donor.

Tugas kelompok kerja di tingkat daerah (propinsi dan kab/kota) 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.

Melengkapi kelompok kerja di atas bila diperlukan dapat dibentuk tim yang padu di tingkat pelayanan kesehatan (UPK) yang terdiri dari Tim DOTS, Tim HIV dan unsur manajemen. Secara rinci Tim tersebut terdiri dari :

- Wadir Pelayanan/Komite Medik (RS), Kepala Puskesmas
- Dokter
- Perawat
- Petugas Laboratorium
- Petugas Farmasi
- Konselor
- Manajer kasus
- Kelompok pendukung
- Petugas pencatatan & pelaporan
- Petugas kesehatan lainnya

Tugas kelompok kerja di tingkat UPK :

- Melakukan koordinasi pelayanan TB dan pelayanan HIV.
- Menyelenggarakan pelayanan perawatan, dukungan dan pengobatan yang komprehensif bagi pasien TB-HIV termasuk pelayanan konseling tes sukarela (KTS).
- Menyelenggarakan pengobatan profilaksis kotrimoksazol untuk infeksi oportunistik.
- Membangun dan memperkuat sistim rujukan internal dan eksternal diantara pelayanan TB dan HIV serta unit terkait lainnya.
- Melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai stándar.
- Melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kegiatan kolaborasi.

- Melakukan promosi komunikasi perubahan perilaku dan membangun dukungan masyarakat bagi kolaborasi TB-HIV.

**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).

## 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

### Klasifikasi Epidemik HIV dan Metode Surveilans yang dianjurkan:

KLASIFIKASI	METODA SURVEILANS YANG DIANJURKAN
I. Keadaan epidemik HIV rendah	Survei sentinel atau periodik (khusus)
II. Keadaan epidemik 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 epidemik HIV meluas	Survei sentinel atau periodik (khusus) Data dari tes HIV rutin pada pasien tuberkulosis. dan



	<b>Survei sentinel atau periodik (khusus)</b> untuk mengkalibrasi data dari testing HIV rutin.
--	--

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.

### **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:

#### **a. 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.

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.

#### **b. 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.

**c. 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.

**d. 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.

**e. 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.

#### **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.**

##### **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 risiko 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 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.

## 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.

#### 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:

- a. 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 berisiko 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.

### b. 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.

## 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 diskriming 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.

### 3. Pengobatan pencegahan dengan kotrimoksazol (PPK) dan infeksi oportunistik lainnya

Program TB dan HIV/AIDS harus menyediakan pengobatan pencegahan kotrimoksazol (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.

### 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.

### 5. 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.

**MENTERI KESEHATAN,**

**ttd**

**dr. ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH, MPH, DR.PH.**