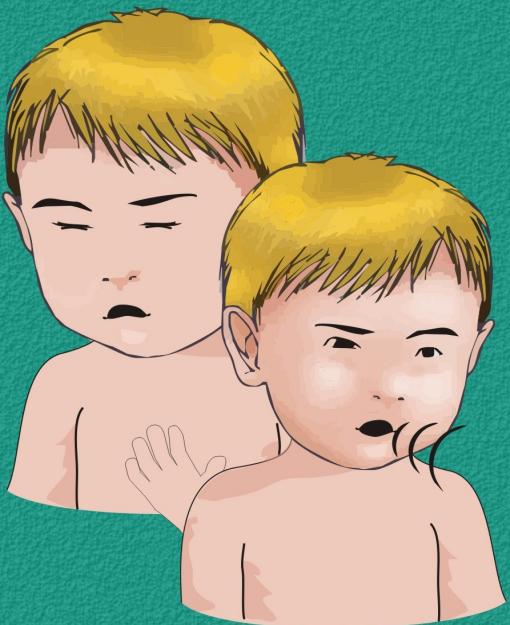




Pneumonia Balita



Pusat Data
&
Surveilans
Epidemiologi

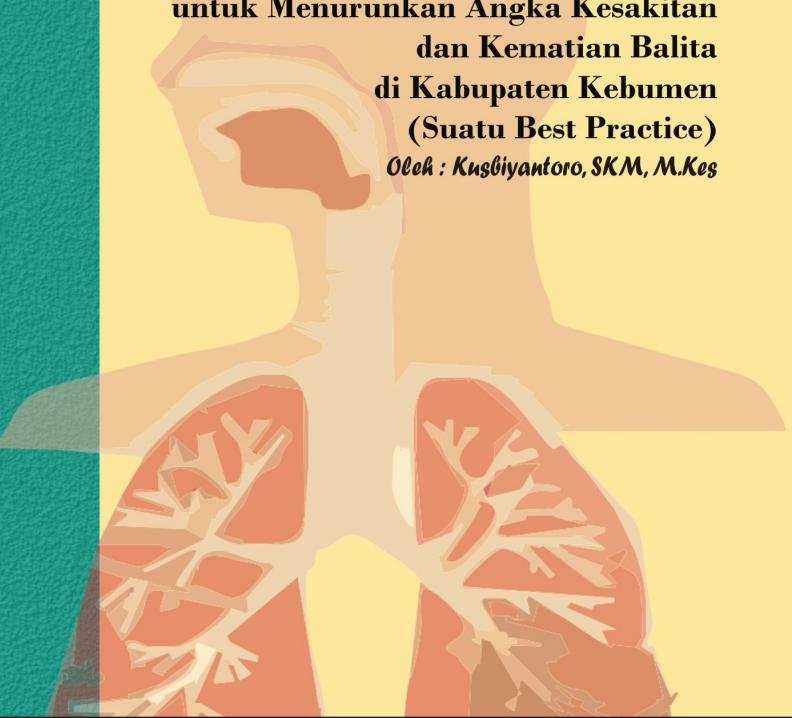
Action Against Pneumonia in Children
of a Global Action Plan (GAPP)
(Aksi Global Melawan Pneumonia pada Anak)

Oleh : dr. Martin Weber, PhD
dr. Francisca H.A, SpA

Pengendalian Pneumonia Anak-Balita
dalam Rangka Pencapaian MDG 4
(Oleh : Prof. Dr. Mardjanis Said, SpA(K))

Pneumonia Pembunuh Balita
(Oleh : Prof. Dr. Ciggy B. Kartasasmita, dr, SpA(K), M.Sc)

Strategi Mempertahankan Cakupan Pneumonia
untuk Menurunkan Angka Kesakitan
dan Kematian Balita
di Kabupaten Kebumen
(Suatu Best Practice)
(Oleh : Kusdiyantoro, SKM, M.Kes)



Tim Redaksi

Pelindung

Sekretaris Jenderal Kemkes RI

Penasehat

Jane Soepardi

Penanggung Jawab

Vensya Sitohang

Anggota Dewan Redaksi

Rahmaniar Brahim	Nancy Dian Anggraeni
Hasnawati	Fetty Ismandari

Penyunting

Supriyono Pangribowo	Intan Suryantisa Indah
Andri Tryadi	

Pelaksana

Nancy Dian Anggraeni	Evi Palzati
Fetty Ismandari	Winne Widiantini
Iskandar Zulkarnain	Athi Susilowati
Sunaryadi	Nuning Kurniasih
Boga Hardhana	Dewi Roro Kumbini
Yudianto	Farida Sibuea
Evida Veronika Manulang	Khairani
Syahrul Anam	

Desainer Grafis / Lay Outer

Widiakustanto	Dian Mulya
Ismail	Margiyono

Kesekretariatan

Rida Sagitarina	Sinin
Achmad Rifai	Yoga Edyaksa
Maryati	

Mitra Bestari

Arie Bratasena	Olivia E. Simbolon
Martahan Sitorus	Widiawati
Dyah AR	Tri Yunis Miko Wahyono

Salam Redaksi

Pembaca yang budiman,

Setelah 2 volume "Jendela Epidemiologi" diterbitkan oleh Pusdasure, tentunya telah bertambah pengalaman kami dalam mengolah data penyakit menjadi suatu informasi yang dituangkan dalam penyajian Buletin. Semoga pada volume ketiga dan selanjutnya penyajiannya menjadi lebih baik.

Pada volume terdahulu telah kami bahas topik penyakit Filariasis dan Demam Berdarah, untuk volume ketiga ini tema yang diangkat mengenai "Pengendalian Pneumonia pada Balita di Indonesia dalam rangka mencapai target MDG4" yang akan membahas data kasus dan kematian berdasarkan data Riskesdas 2007 dan SDKI, Laporan Rutin Program dan Laporan Rumah Sakit.

Pada volume ini turut berkontribusi dr. Martin Weber, PhD dan dr. Francisca Handy, SpA, Prof. Dr. Mardjanis Said, SpA(K), Prof. Dr. Cissy B. Kartasasmita, dr, SpA(K), Msc, Kusbiyantoro, SKM, M.Kes untuk memperkaya wawasan pengendalian dan tatalaksana pneumonia pada balita.

Besar harapan kami semoga penyajian Buletin ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

"Selamat membaca!"

Redaksi

Alamat Redaksi

Jl. H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 4-9 Jakarta 12950

Telp. : 021-5221432, 021-5277167-68,

Fax : 021-5203874, 021-5277167-68

Email : jendela_epid@depkes.go.id

Daftar Isi

EDITORIAL

TOPIK UTAMA

Situasi Pneumonia Balita di Indonesia	1
Action Against Pneumonia In Children, Outline of a Global Action Plan (GAPP) - Aksi Global Melawan Pneumonia Pada Anak	
Oleh :	
dr. Martin Weber, PhD dan dr. Fransisca Handy, SpA	
.....	11

OPINI

Pengendalian Pneumonia Anak-Balita dalam Rangka Pencapaian target MDG4	
Oleh :	
Prof. Dr. Mardjanis Said, SpA(K)	
.....	16

TULISAN TERKAIT TOPIK

Pneumonia Pembunuh No.1 Balita	
Oleh :	
Prof. Dr. dr. Cissy Kartasasmita, SpA (K), M.Sc	
.....	22
Strategi Mempertahankan Cakupan Pneumonia untuk Menurunkan Angka Kesakitan dan Kematian Balita di Kabupaten Kebumen (Suatu Best Practice)	
Oleh :	
Kusbiyantoro, SKM, M.Kes	
.....	27

Sekapur Sirih

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan YME atas ridho-Nya sehingga Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dapat menerbitkan volume ketiga buletin " *Jendela Epidemiologi* ". Pada volume ketiga ini tema yang dibahas adalah "Pengendalian Pneumonia pada balita di Indonesia dalam rangka mencapai target MDG4". Tema ini diangkat dalam rangka menyambut Hari Pneumonia Sedunia yang diperingati setiap tanggal 2 November.

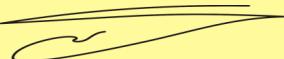
Pneumonia adalah penyakit infeksi menular yang merupakan penyebab utama kematian pada balita di dunia. Data WHO tahun 2005 menyatakan bahwa proporsi kematian balita karena saluran pernafasan di dunia adalah sebesar 19 -26%. Pada tahun 2007 diperkirakan terdapat 1,8 juta kematian akibat pneumonia atau sekitar 20% dari total 9 juta kematian pada anak. Di Indonesia berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, Pneumonia adalah penyebab kematian kedua pada balita setelah Diare.

Target *Millennium Development Goal* (MDG) 4 adalah menurunkan angka kematian pada balita pada tahun 2015 duapertiga dari tahun 1990. Salah satu upaya menurunkan angka kematian balita adalah dengan menurunkan angka kematian balita akibat Pneumonia sebagai penyebab utama kematian pada balita. Agar target ini tercapai, diperlukan upaya pengendalian pneumonia pada balita yang konprehensif, inovatif, dan terpadu dengan melibatkan semua sektor terkait.

Semoga dengan diangkatnya tema ini dapat menambah wawasan kita mengenai Pneumonia pada Balita sehingga kewaspadaan dapat ditingkatkan untuk menekan angka kematian akibat penyakit ini.

Kami sampaikan terimakasih kepada semua pihak yang telah bekerjasama dan memberikan kontribusi baik pikiran maupun tenaga sehingga buletin ini dapat diterbitkan.

Kepala Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi
Kementerian Kesehatan RI



dr. Jane Soepardi

Situasi Pneumonia Balita di Indonesia

Pendahuluan

Dari tahun ke tahun Pneumonia selalu menduduki peringkat atas penyebab kematian bayi dan anak balita di Indonesia. Menurut Riskesdas 2007 pneumonia merupakan penyebab kematian kedua setelah diare (15,5% diantara semua balita). Dan selalu berada pada daftar 10 penyakit terbesar setiap tahunnya di fasilitas kesehatan.

Pneumonia balita merupakan salah satu indikator keberhasilan program pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan seperti tertuang dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010–2014. Dan ditargetkan persentase penemuan dan tatalaksana penderita pneumonia balita pada tahun 2014 adalah sebesar 100%.

GAMBARAN SITUASI PNEUMONIA BALITA DI INDONESIA

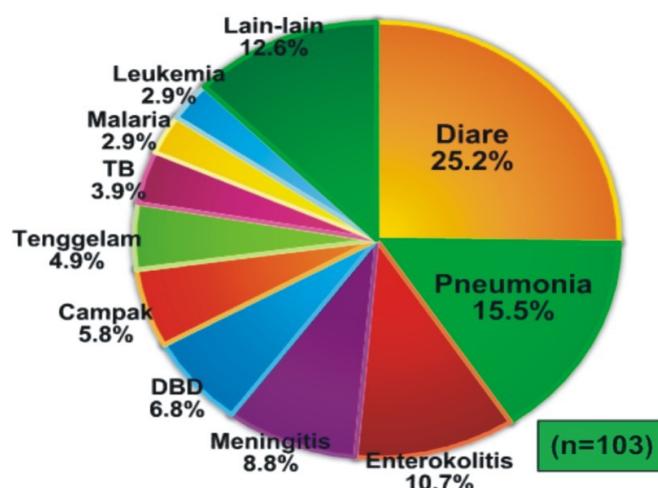
Gambaran dan analisis situasi pneumonia balita dalam tulisan ini akan dilihat berdasarkan pada survei yang ada dan laporan rutin program serta laporan rumah sakit yang ada di Kementerian Kesehatan. Survei merupakan data berbasis masyarakat (*community based*) yang menunjukkan situasi jumlah kasus pneumonia di masyarakat. Sedangkan laporan rutin program menunjukkan situasi jumlah kasus yang berkunjung ke Puskesmas (fasilitas kesehatan) dan laporan rumah sakit menunjukkan situasi jumlah kasus yang berkunjung atau dirawat di rumah sakit.

Survei : Riskesdas 2007 dan SDKI

Kematian

Menurut Riskesdas tahun 2007, pneumonia merupakan penyebab kematian kedua tertinggi setelah diare diantara balita. Hal ini menunjukkan bahwa pneumonia merupakan penyakit yang menjadi masalah kesehatan masyarakat utama yang berkontribusi terhadap tingginya angka kematian balita di Indonesia.

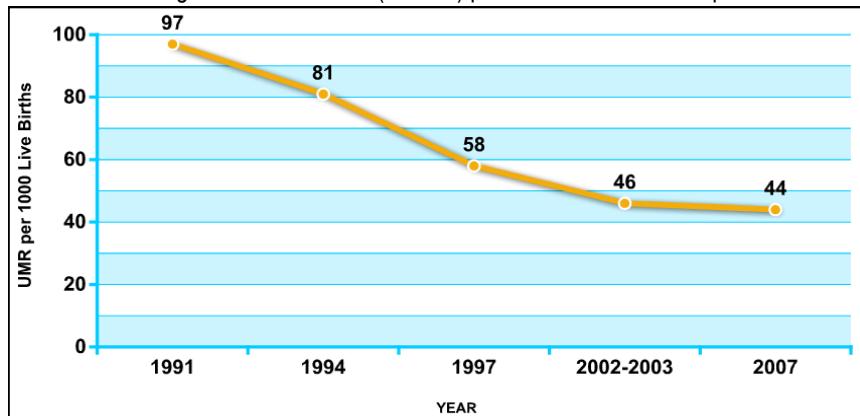
Gambar 1. Proporsi Penyebab Kematian pada umur 1-4 tahun



Sumber : Riskesdas 2007

Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia, Angka Kematian Balita atau AKABA pada tahun 2007 sebesar 44 per 1000 kelahiran hidup. Angka ini lebih rendah dibandingkan AKABA pada tahun 2002-2003 yang sebesar 46 per 1.000 kelahiran hidup. Gambaran perkembangan AKABA pada tahun 1991 – 2007 disajikan pada Gambar 2 berikut ini.

Gambar 2. Angka Kematian Balita (AKABA) per 1.000 Kelahiran Hidup di Indonesia



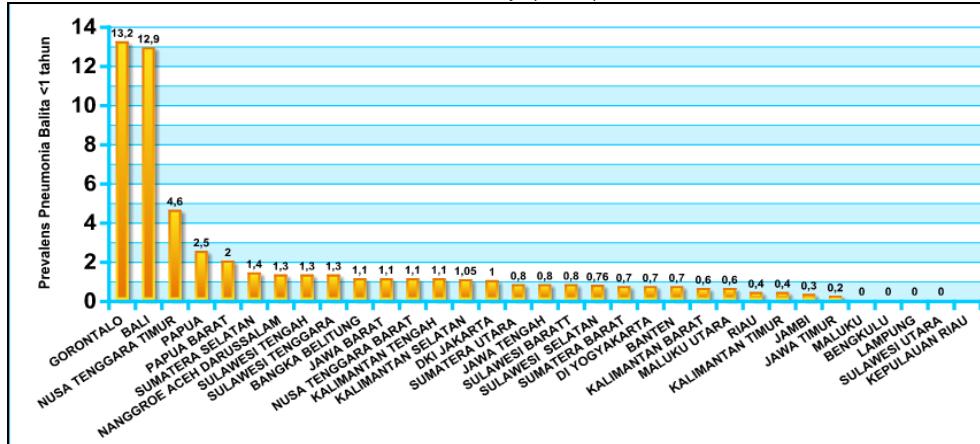
Sumber: Badan Pusat Statistik, SDKI, 2008

Provinsi dengan AKABA tertinggi adalah Sulawesi Barat sebesar 96 per 1000 kelahiran hidup, diikuti oleh Maluku sebesar 93 dan Nusa Tenggara Barat sebesar 92 per 1000 kelahiran hidup. Sedangkan AKABA terendah dimiliki oleh Provinsi DIY sebesar 22 per 1000 kelahiran hidup, diikuti oleh Jawa Tengah sebesar 32 dan Kalimantan Tengah sebesar 34 per 1.000 kelahiran hidup. Menurut SDKI jumlah kematian Balita pada tahun 2007 sebesar 44 per 1.000 kelahiran hidup, sementara perkiraan kelahiran hidup pada tahun 2007 berdasarkan perkalian CBR dan jumlah penduduk tahun 2007 diperoleh 4.467.714 orang bayi. Berdasarkan data tersebut dapat dihitung perkiraan jumlah absolut kematian balita yaitu sebesar 196.579 balita pada tahun 2007 ($44/1.000 \times 4.467.714$). Menurut Riskesdas, penyebab kematian balita karena pneumonia adalah no 2 dari seluruh kematian balita (15,5%). Sehingga jumlah kematian balita akibat pneumonia tahun 2007 adalah 30.470 balita ($15,5\% \times 196.579$), atau rata-rata 83 orang balita meninggal setiap hari akibat pneumonia. Angka ini sangat besar, sehingga perlu menjadi perhatian bagi pengelola program ISPA pusat, provinsi dan kab/kota serta perlu mendapat dukungan pemerintah daerah agar upaya pengendalian penyakit pneumonia dapat dilaksanakan dengan optimal sehingga angka kematian ini dapat diturunkan.

Prevalensi Pneumonia

Menurut data Riskesdas 2007, prevalensi pneumonia (berdasarkan pengakuan pernah didiagnosis pneumonia oleh tenaga kesehatan dalam sebulan terakhir sebelum survei) pada bayi di Indonesia adalah 0,76% dengan rentang antar provinsi sebesar 0-13,2%. Prevalensi tertinggi adalah provinsi Gorontalo (13,2%) dan Bali (12,9%), sedangkan provinsi lainnya di bawah 10% (Gambar 3).

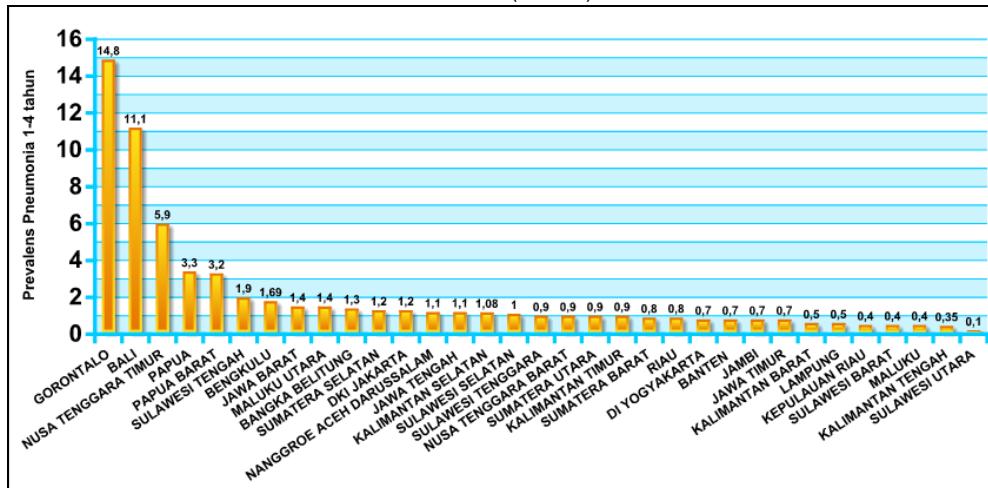
Gambar 3. Prevalensi Pneumonia Bayi (<1thn) Menurut Provinsi Tahun 2007



Sumber: Survei Demografi Kesehatan Indonesia

Sedangkan prevalensi pada anak balita (1-4 tahun) adalah 1,00% dengan rentang antar provinsi sebesar 0,1% - 14,8%. Seperti pada bayi, prevalensi tertinggi adalah provinsi Gorontalo (19,9%) dan Bali (13,2%) sedangkan provinsi lainnya di bawah 10% (Gambar 4).

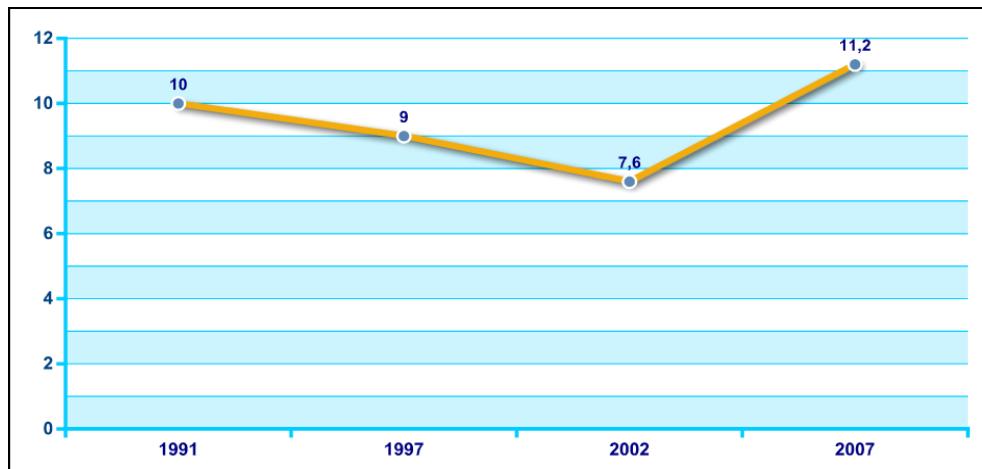
Gambar 4. Prevalens Pneumonia Balita (1-4 thn) Menurut Provinsi Tahun 2007



Sumber: Ditjen PPM-PL, Depkes RI

Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (Gambar 5) prevalensi Pneumonia Balita di Indonesia meningkat dari 7,6% pada tahun 2002 menjadi 11,2% pada tahun 2007.

Gambar 5. Prevalensi Pneumonia tahun 1991-2007



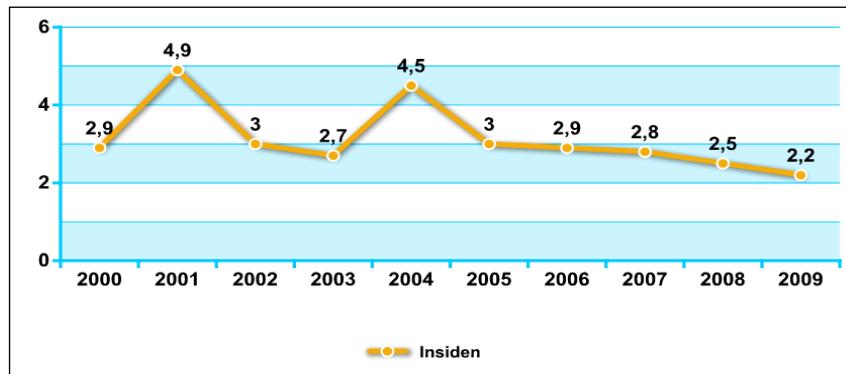
Sumber: Survei Demografi Kesehatan Indonesia

Laporan Rutin Program

Sebaran kasus

Gambarkan persebaran kasus diperoleh berdasarkan data insiden pneumonia balita berobat, yaitu jumlah penderita pneumonia balita yang diobati dibagi dengan total populasi balita di wilayah program dikali seratus persen. Insiden pneumonia berada pada rentang 2,2 hingga 4,9 pada tahun 2000 hingga 2009 (Gambar.6). Bila dilihat berdasarkan pembagian kategori tinggi rendahnya insidens pneumonia, maka rata-rata insidens nasional berada pada daerah kuning (insidens 1-4%) kecuali pada tahun 2001 dan 2004 masuk dalam kategori merah/tinggi (>4%). Namun bila dilihat dari kelengkapan laporan yang masih kurang, maka terdapat kemungkinan data insidens ini masih lebih rendah dari yang sebenarnya.

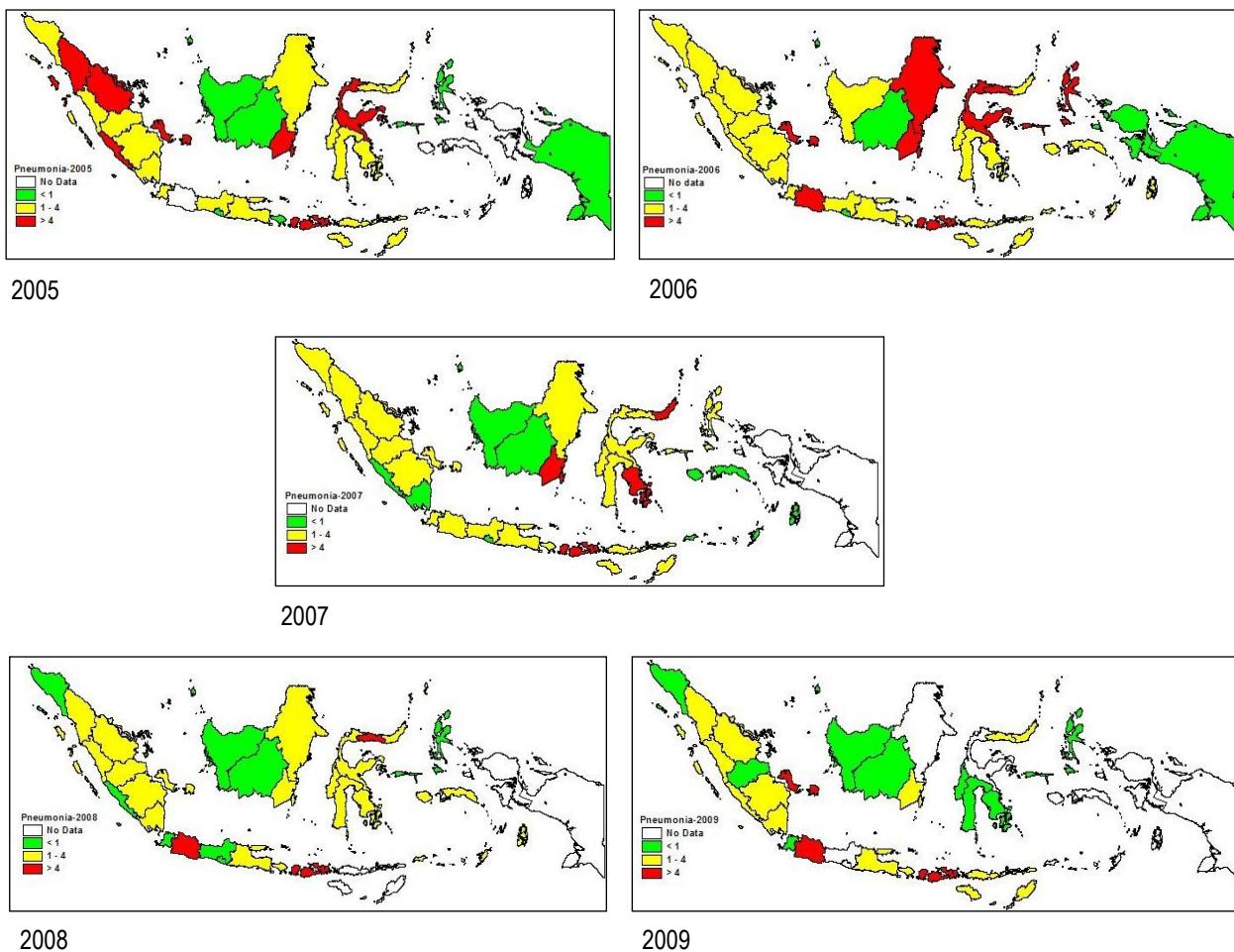
Gambar 6. Insiden Kasus Pneumonia Balita Nasional, Tahun 2000-2009



Sumber: Ditjen PPM-PL, Depkes RI

Di bawah ini diGambarkan peta insiden kasus pneumonia berobat dari tahun 2005 sampai tahun 2009. Insiden pneumonia balita tertinggi (>4%) pada tahun 2005 ada di Provinsi Sumatera Utara, Sumatera Barat, Lampung, Bangka Belitung, NTB, Kalimantan Selatan dan Sulawesi tengah. Sementara Jawa Barat dan Papua Barat tidak ada data.

Gambar 7. Insiden Pneumonia Balita Menurut Provinsi Tahun 2005



Sumber: Ditjen PPM-PL, Depkes RI

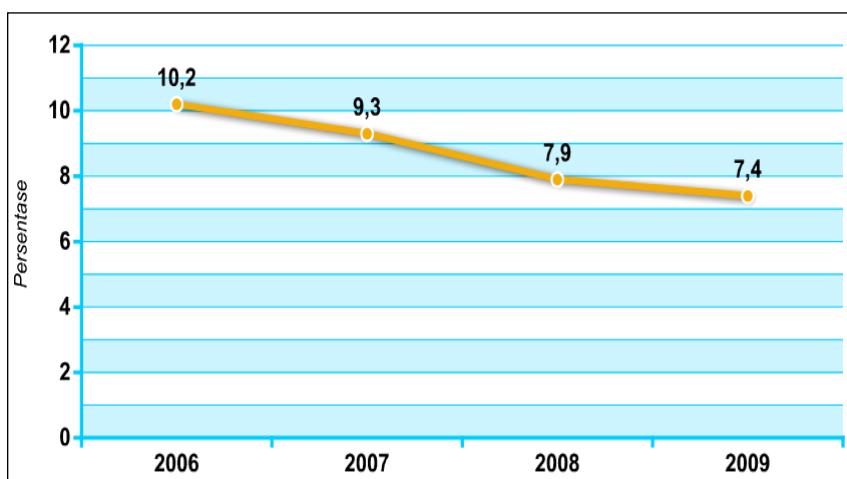
Pada tahun 2006 daerah yang paling tinggi insidensnya adalah provinsi Bangka Belitung, NTB, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Sulawesi Tengah dan Maluku. Tahun 2007 provinsi dengan insidens pneumonia tinggi semakin berkurang dan sebagian provinsinya berubah yaitu Kalimantan Selatan, NTB, Sulawesi Utara dan Sulawesi Tenggara. Pada tahun 2008 provinsi dengan insidens pneumonia tinggi hanya tiga provinsi yaitu Jawa Barat, NTB dan Gorontalo. Sedang tahun 2009 provinsi yang insidensnya >4% adalah Bangka Belitung, Jawa Barat dan NTB (Gambar 7). Dari hasil pemetaan insidens pneumonia membuktikan bahwa pneumonia tersebar di seluruh provinsi di Indonesia, hanya angka insidennya yang berbeda - beda,

Proporsi Pneumonia terhadap Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)

Proporsi kejadian pneumonia (seluruh kelompok umur) terhadap ISPA pada tahun 2006-2008 menunjukkan penurunan, seperti dapat dilihat pada Gambar 8. Dari seluruh kasus ISPA terdapat kasus pneumonia sebesar 10,2% pada tahun 2006, menjadi sebesar 9,3% pada tahun 2007, sebesar 7,9% pada tahun 2008 dan sebesar 7,4% pada tahun 2009.

tergantung pada status gizi, sosial ekonomi, sosial budaya, lingkungan, bagaimana perilaku masyarakat dalam pencarian pengobatan dan bagaimana kesiapan dan kesiagaan petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan. Berdasarkan Gambar 7 di atas tampak bahwa dari tahun 2007 hingga tahun 2009, jumlah provinsi yang tidak ada data (tidak ada laporan) pneumonia balita terus bertambah. Hal ini patut menjadi perhatian dan perlu dilakukan evaluasi untuk mengetahui penyebab tidak adanya data. Sehingga mungkin perlu dilakukan pelatihan terhadap petugas kabupaten/kota/Puskesmas/RS agar pneumonia balita ditemukan, ditangani dan dilaporkan.

Gambar 8. Proporsi Kasus Pneumonia Terhadap Kasus ISPA Tahun 2006 – 2009

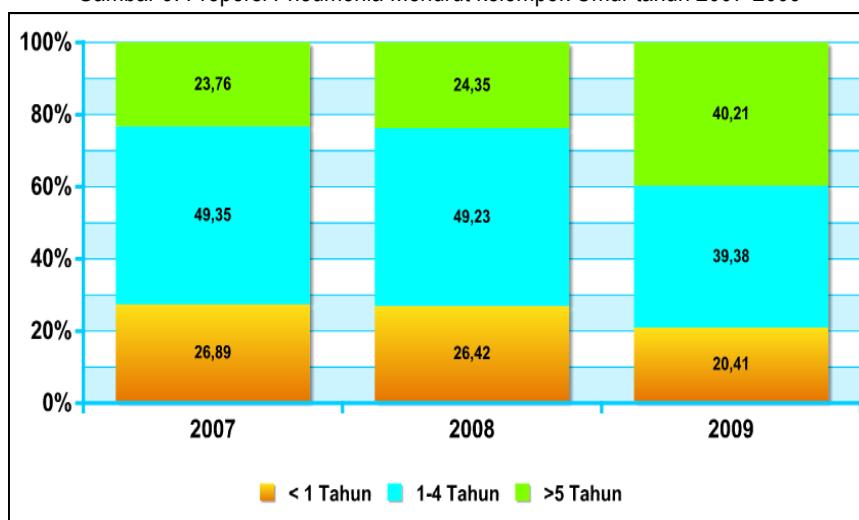


Sumber: Ditjen PP&PL

Proporsi pneumonia menurut kelompok umur

Pada tahun 2007 dan 2008 perbandingan kasus pneumonia pada balita dibandingkan dengan usia ≥ 5 tahun adalah 7:3. Artinya bila ada 7 kasus pneumonia pada balita maka akan terdapat 3 kasus pneumonia pada usia ≥ 5 tahun. Pada tahun 2009 terjadi perubahan menjadi 6:4. namun pneumonia pada balita masih tetap merupakan proporsi terbesar. Selain itu, proporsi pneumonia pada bayi adalah sebesar >20% dari semua kasus pneumonia, seperti tampak pada Gambar 9.

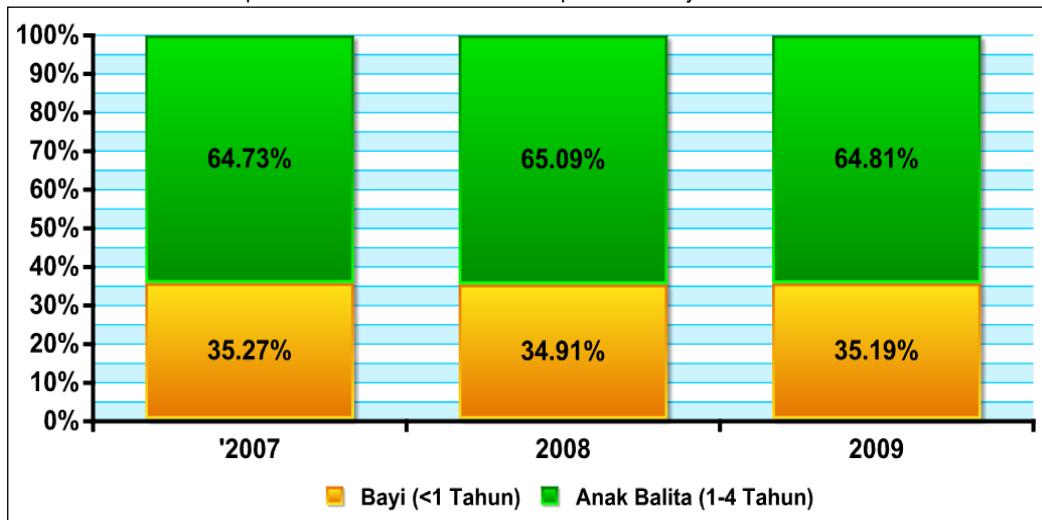
Gambar 9. Proporsi Pneumonia Menurut kelompok Umur tahun 2007-2009



Sumber: Ditjen PP&PL & Profil Kesehatan Indonesia

Bila dilihat proporsi pneumonia pada kelompok umur balita, tampak proporsi pneumonia pada bayi dibandingkan balita sekitar 35% (Gambar.10). Hal ini menunjukkan bahwa bayi merupakan kelompok usia yang tinggi kejadian pneumonianya. Oleh karena itu pneumonia pada balita dan terutama pada bayi, perlu mendapat perhatian. Bila tidak ditangani dengan benar maka dikawatirkan dapat menghambat upaya mencapai target MDGs menurunkan angka kematian pada bayi dan anak. Untuk itu perlu dilakukan upaya pencegahan pneumonia pada bayi dan balita dengan perbaikan gizi dan imunisasi dan meningkatkan upaya manajemen tatalaksana pneumonia.

Gambar 10. Proporsi Pneumonia Menurut kelompok Umur bayi dan balita tahun 2007-2009



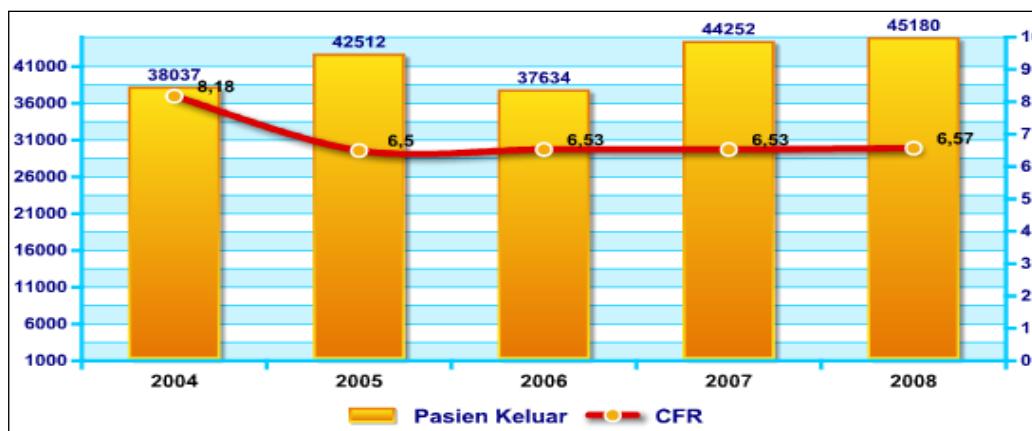
Sumber: Ditjen PP&PL & Profil Kesehatan Indonesia

Laporan rumah sakit

Diagnosis pneumonia di rumah sakit ditegakkan berdasarkan pertimbangan klinis dengan didukung pemeriksaan laboratorium dan penunjang medis lainnya. Sehingga diagnosis pneumonia di rumah sakit berbeda dengan diagnosis di puskesmas.

Menurut data statistik rumah sakit angka kematian (CFR) penderita yang disebabkan pneumonia untuk semua kelompok umur menurun dari tahun 2004 ke tahun 2005, akan tetapi dari tahun 2005 sampai tahun 2008 belum terlihat penurunan angka kematian.

Gambar 11. Distribusi Kunjungan Rawat Inap Pasien Pneumonia Semua Kelompok Umur
Menurut Pasien Keluar dan Kematian di Rumah Sakit Tahun 2005-2009



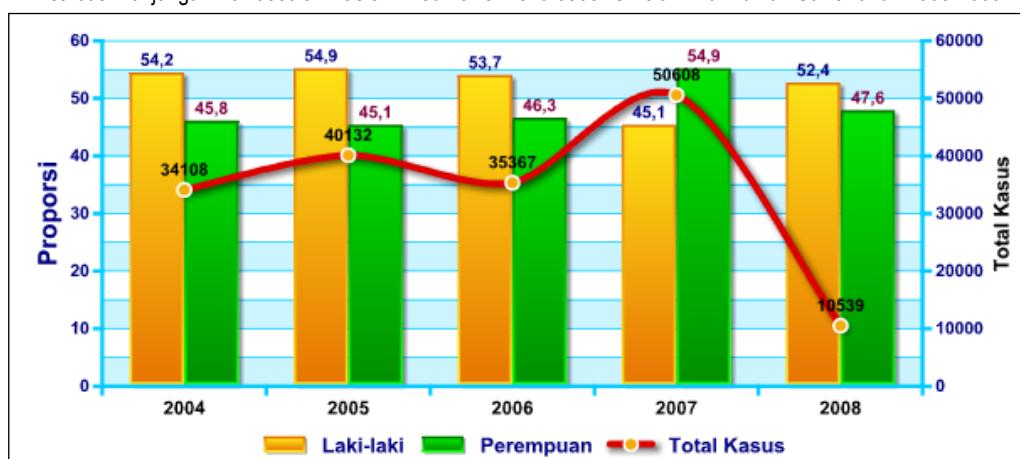
Sumber: Ditjen PP&PL, Depkes RI

Angka kematian pada statistik rumah sakit merupakan kematian akibat pneumonia pada semua umur, sedangkan data kematian pada bayi dan balita akibat pneumonia tidak diperoleh sehingga tidak dapat dilakukan analisis dan interpretasi pneumonia balita di RS. Menurut data statistik rumah sakit di Indonesia, jumlah pasien rawat jalan penderita pneumonia tahun 2004-2007 cenderung meningkat, kemudian pada tahun 2008 penderita pneumonia menurun tajam, yaitu tahun 2004 -2007 berkisar 34.000 sampai 50.000 kasus, sedangkan pada tahun 2008 hanya 10.000 an kasus saja. Kemungkinan besar keadaan ini

terjadi karena rendahnya kelengkapan laporan rumah sakit atau jumlah RS yang melapor berkurang.

Terdapat perbedaan proporsi pasien laki-laki dan perempuan. Pada tahun 2004-2006, dan 2008 proporsi penderita laki-laki lebih tinggi dari proporsi penderita perempuan sedangkan tahun 2007 proporsi laki-laki lebih rendah dari proporsi perempuan. Pada Gambar 12 terlihat jumlah kasus yang fluktuatif, dimana kasus meningkat pada tahun 2007 dan turun drastis pada tahun 2008.

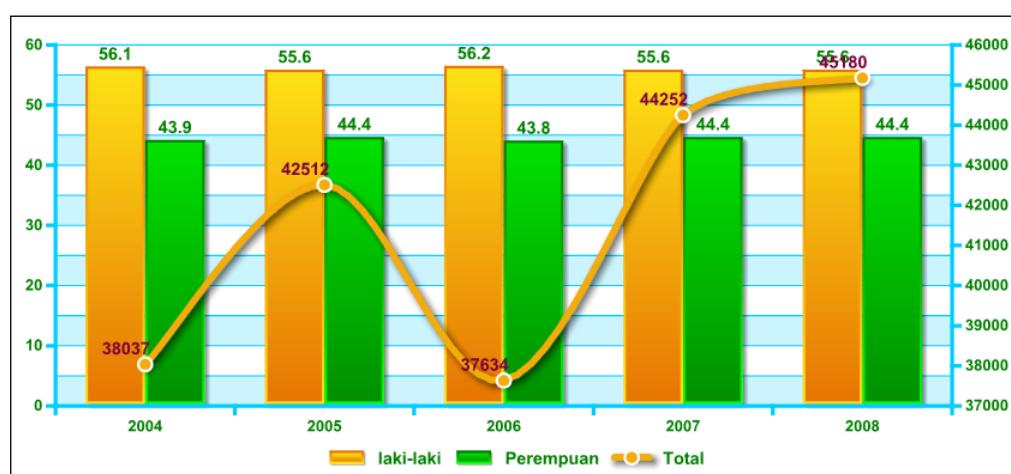
Gambar 12.
Distribusi Kunjungan Rawat Jalan Pasien Pneumonia Menurut Jenis Kelamin di Rumah Sakit Tahun 2005-2009



Sumber : Statistik RS tahun 2005-2009

Pola proporsi pasien rawat inap laki-laki dan perempuan tahun 2004-2008 hampir sama.

Gambar 13.
Distribusi Rawat Inap Pasien Pneumonia Menurut Jenis kelamin di Rumah Sakit Tahun 2005-2009



Sumber : Statistik RS tahun 2005-2009

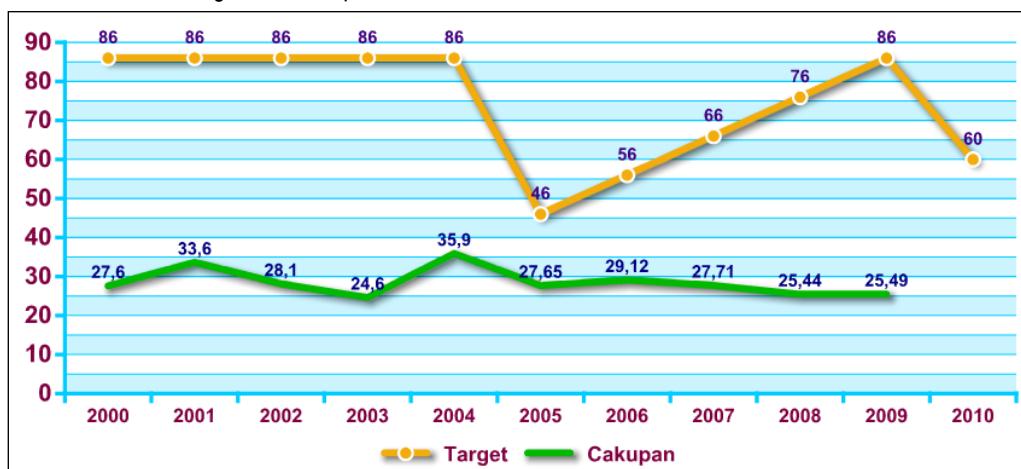
Program Pengendalian Pneumonia/ISPA

Realisasi Target Cakupan

Dari tahun 2000 sampai tahun 2009 cakupan penemuan Pneumonia belum pernah mencapai target yang ditetapkan, meskipun target sudah beberapa kali disesuaikan, dan terakhir pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014 target cakupan penemuan kasus pneumonia balita pada tahun 2010 ditetapkan menjadi 60%. Cakupan

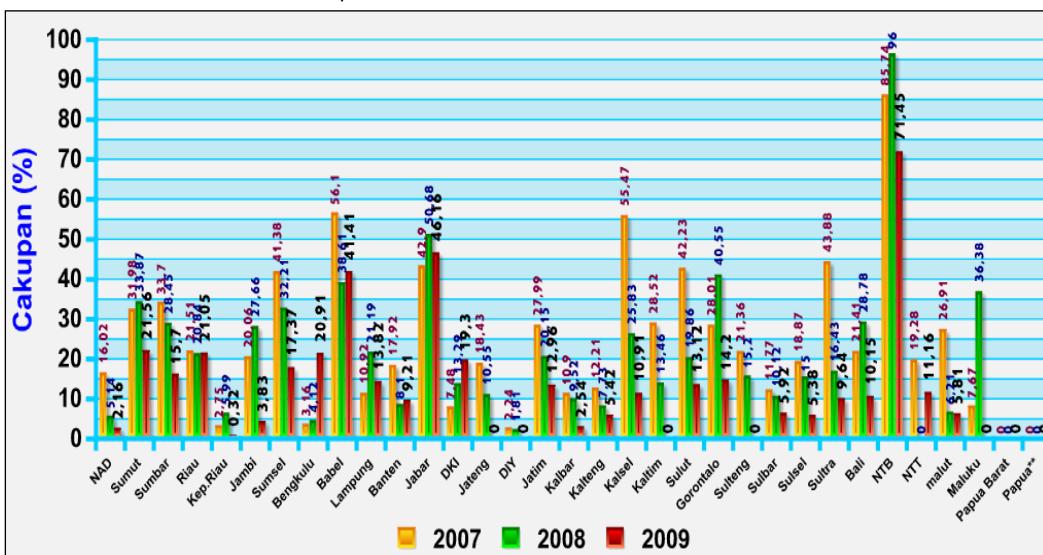
pneumonia balita selama 10 tahun berkisar antara 22,18-35,9%. Hal ini perlu menjadi perhatian bersama baik pemerintah daerah kabupaten/kota/provinsi dan pusat serta para stake holder program pengendalian pneumonia. Dan perlu dilakukan upaya pengendalian yang lebih terarah, terintegrasi dan bersinergi sehingga target pencapaian MDGs4 dapat tercapai.

Gambar 14. Target dan Cakupan Penemuan Balita Pneumonia Tahun 2000-2010 di Indonesia



Sumber: Ditjen PP&PL & Profil Kesehatan Indonesia

Gambar 15. Trend Cakupan Penemuan Pneumonia Balita di Provinsi Tahun 2007-2009



Sumber: Ditjen PP-PL, Depkes RI

Pada Gambar 14 dan 15, target cakupan pada tahun 2009 sebesar 86%, pada tahun tersebut tidak ada satu provinsi pun yang mencapai target, serta 2 provinsi tidak ada data yaitu Papua dan Papua Barat.

Kelengkapan pelaporan program

Kelengkapan pelaporan program rutin ISPA dari tahun 2000 sampai tahun 2009 terkesan bervariasi baik kelengkapan pada tingkat propinsi maupun pada tingkat kabupaten. Kelengkapan pada tingkat provinsi berkisar dari 70% hingga 100%, sedangkan kelengkapan pada tingkat kabupaten berkisar dari 67% hingga 99% (lihat Tabel 1), namun pada

tahun 2006 dan 2008 tidak tercatat jumlah kabupaten/kota yang melapor. Setelah tahun 2007 tampak jumlah provinsi yang melapor semakin menurun, hal ini menyebabkan cakupan penemuan penderita juga makin menurun. Perlu dilakukan evaluasi penyebab menurunnya laporan ini baik di pusat maupun di daerah, sehingga dapat dilakukan upaya perbaikan.

Tabel 1. Kelengkapan Laporan Pneumonia Tahun 2000-2009

Tahun	Jumlah Prov	Provinsi Melapor	Kelengkapan Laporan Prov	Kab/kota yang ada	Kab./Kota Melapor	Kelengkapan Lap Kab	Penderita Ditemukan	Cakupan Penemuan Penderita (%)
2000	26	25	96%	341	258	76%	479.283	30,1
2001	30	27	90%	353	269	76%	619.107	25
2002	30	29	97%	391	293	75%	549.035	22,1
2003	30	24	80%	440	323	73%	502.275	30
2004	33	23	70%	440	296	67%	625.611	36
2005	33	31	94%	440	436	99%	600.720	27,65
2006	33	33	100%	440	-		642.666	29,19
2007	33	32	97%	465	389	84%	583.478	27,71
2008	33	30	91%	485	-		516.441	25,65
2009	33	27	82%	497	423	85%	390.319	22,18

Sumber: Ditjen PPM-PL, Depkes RI

Upaya lain

Untuk meningkatkan pengendalian dan surveilans pneumonia salah satu usaha Kementerian Kesehatan dengan menetapkan 10 provinsi sebagai daerah sentinel pneumonia pada tahun 2007, kemudian akan dikembangkan menjadi 20 provinsi pada tahun 2010, dan diharapkan menjadi 33 provinsi pada tahun 2014. Tahap pertama pemilihan provinsi tersebut berdasarkan pertimbangan adanya kasus Avian Influenza pada unggas dan manusia, sedang tahap kedua mewakili karakteristik wilayah Indonesia bagian barat dan timur. Pada pertengahan tahun 2007

masing-masing provinsi memulai di satu kabupaten/kota. Kabupaten/kota terpilih menentukan satu puskesmas dan satu rumah sakit untuk melakukan surveilans pneumonia secara intensif (sentinel). Mulai tahun 2010 sentinel surveilans pneumonia di setiap provinsi tersebut di atas akan dikembangkan menjadi 2 kabupaten/kota, 2 RS dan 2 puskesmas sentinel ⁽²⁾. Strategi untuk pengobatan, pencegahan dan melindungi anak dari pneumonia adalah dengan memperbaiki manajemen kasus pada semua tingkatan, vaksinasi, pencegahan dan manajemen infeksi HIV, dan memperbaiki gizi anak.

*Kita dibentuk oleh sesuatu yang kita lakukan
berulang kali. Keunggulan, bukanlah hasil dari satu
tindakan melainkan dari kebiasaan*

(Aristoteles)

KESIMPULAN DAN SARAN**Kesimpulan**

1. Pneumonia merupakan penyebab kematian kedua tertinggi setelah diare diantara balita di Indonesia pada tahun 2007 (Risksedas). Rata-rata 83 balita meninggal setiap hari akibat pneumonia;
2. Prevalensi pneumonia bayi per provinsi pada Risksedas 2007 berada pada rentang 0-13,2% dan rata-rata nasional 0,76%. Sedangkan pada anak balita berada pada rentang 0,1-14,8% dan rata-rata nasional 1,00%;
3. Cakupan penemuan kasus pneumonia selama 10 tahun dari tahun 2000-2010 berkisar antara 24,6 - 35,9%;
4. Cakupan penemuan kasus pneumonia dari tahun 2000 sampai tahun 2009 belum pernah mencapai target;
5. Insiden pneumonia balita berobat berdasarkan laporan rutin program tahun 2000-2010 berkisar antara 2,2 - 4,9%;
6. Proporsi kasus pneumonia balita pada tahun 2007-2009 lebih besar dibandingkan proporsi kelompok umur > 5 tahun ;
7. Proporsi kasus pneumonia pada Bayi (<1 tahun) tahun 2007-2009 sekitar 35% dari semua kasus pneumonia pada balita,
8. Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) selalu mempunyai cakupan penemuan kasus yang tertinggi diantara semua provinsi dan selalu mencapai target kecuali pada tahun 2009;
9. Laporan kasus rawat jalan dan rawat inap pneumonia di rumah sakit belum dapat dianalisis berdasarkan kelompok umur;
10. Kelengkapan dan validitas laporan pneumonia masih belum dapat menggambarkan situasi pneumonia balita di fasilitas kesehatan.

Saran

1. Mengingat prevalensi dan kematian balita karena pneumoni sangat tinggi, diperlukan inovasi program dan komitmen yang tinggi tidak hanya dari pemerintah pusat tetapi juga sangat dibutuhkan peranan yang besar dari pemerintah daerah agar target MDG4 dapat tercapai
2. Cakupan penemuan kasus yang rendah perlu dievaluasi dan ditemukan apa penyebabnya dan diupayakan mencari solusinya. Misalnya dengan melakukan pelatihan petugas untuk deteksi dini dan tatalaksana pneumonia, melakukan inovasi pengendalian balita, melibatkan lintas sektor dan *stake holders* dalam upaya pengendalian pneumonia dan meningkatkan peran dan dukungan pemerintah daerah melalui advokasi;
3. Untuk meningkatkan deteksi dini kasus yang disebabkan kurangnya tenaga terlatih perlu adanya

tenaga terlatih didukung dengan SOP yang jelas serta ketersediaan obat dan peralatan.

4. Melakukan validasi laporan pneumonia balita dan memperbaiki kinerja pencatatan dan pelaporan;
5. Pencegahan pneumonia salah satunya dapat dilakukan dengan meningkatkan imunisasi dasar pada bayi terutama DPT dan Campak. Salah satu alternatif lain adalah memberikan vaksinasi Hib dan Pneumococcus;

Daftar Pustaka

1. Data tahunan Subdit ISPA, Ditjen PPM-PL, Depkes RI
2. Pedoman Surveilans Pneumonia di Puskesmas & Rumah Sakit Sentinel
3. *Pneumonia Factsheet*,
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en/index.html> Agustus 2009, WHO akses 23 Juli 2010
4. Pusat Data dan Informasi (2001-2008), Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2000-2008, Jakarta Departemen Kesehatan
5. Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2010-2014
6. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2005-2009
7. Risksedas 2007, Balitbang, Depkes R
8. *Accelerated progress towards achievement of Millennium Development Goal 4 to reduce child mortality: prevention and treatment of pneumonia*, Sixty-Third World Health Assembly



Action Against Pneumonia in Children Outline of a Global Action Plan (GAPP)

(Aksi Global Melawan Pneumonia pada Anak)



Oleh : dr. Martin Weber, PhD & dr. Francisca Handy, SpA

WHO Country Office Indonesia

Millennium Development Goal (MDG) 4 (to reduce child mortality) can only be achieved through intensified efforts focussed on the major causes of child deaths¹: pneumonia, diarrhoea, malaria, malnutrition, and neonatal problems. Of the estimated 8.8 million child deaths in the world in 2008⁽¹⁾, 1.6 million⁽²⁾ were due to pneumonia and 1.3 million due to diarrhoea. Mortality due to these illnesses is strongly linked to malnutrition, poverty and inadequate access to health care. More than 98% of pneumonia and diarrhoea deaths in children occur in 68 countries (the "Countdown to 2015" countries)⁽³⁾. Although the direct cost of treatment with antibiotics or oral rehydration salts solution and zinc may not be much, the overall costs for a low income household can be very high with indirect costs such as lost work time, transportation and out of pocket expenses for hospitalization. Reducing the burden of these diseases will not only make a key contribution to the achievement of MDG4, it will also contribute to achieving MDG 1 (Eradication of extreme poverty and hunger).

Implementation of actions to prevent and control pneumonia has thus far been uneven and service delivery remains largely uncoordinated⁽⁴⁾. Only 54% of children with pneumonia in developing countries are reportedly taken to a qualified health care provider. Despite the essential role of antibiotics in reducing child deaths from pneumonia, only 19% of children under five with clinical signs of pneumonia receive antibiotics. Moreover, although unprecedented opportunities have arisen in recent years for integrated approach (IMCI) and quality care improvement, many problems still prevent their full implementation. Therefore, strengthening health systems capacity should be the basic strategy to overcome the situations.

Meanwhile, on the protection area of pneumonia, exclusive breastfeeding to the age of six months is only practised by 34.8% of mothers worldwide. Inadequate complementary feeding is another major problem in infant feeding.

Tujuan Pembangunan Milenium (MDG) ke- 4 (mengurangi Angka Kematian Anak) hanya dapat dicapai melalui upaya-upaya intensif yang fokus pada penyebab utama kematian anak, yaitu:¹ pneumonia, diare, malaria, kekurangan gizi, dan masalah neonatal. Diperkirakan dari 8,8 juta kematian anak di dunia pada tahun 2008⁽¹⁾, 1,6 juta adalah akibat pneumonia dan 1,3 juta karena diare⁽²⁾. Kematian karena penyakit ini sangat terkait dengan kekurangan gizi, kemiskinan dan kurangnya akses perawatan kesehatan. Lebih dari 98% kematian pneumonia dan diare pada anak-anak terjadi di 68 negara berkembang⁽³⁾. Walaupun biaya langsung pengobatan dengan antibiotik atau larutan garam rehidrasi oral dan Zinc mungkin tidak banyak, biaya keseluruhan untuk keluarga berpendapatan rendah dapat sangat tinggi akibat adanya biaya tidak langsung seperti waktu kerja yang hilang, transportasi dan biaya rumah sakit. Mengurangi beban penyakit ini tidak hanya akan memberikan kontribusi pada pencapaian MDG 4, juga akan memberikan kontribusi untuk mencapai MDG 1 (Pemberantasan kemiskinan dan kelaparan).

Pelaksanaan pencegahan dan pengendalian pneumonia sejauh ini belum merata dan masih tidak terkoordinasi⁽⁴⁾. Hanya 54% anak dengan pneumonia di negara berkembang yang dilaporkan dibawa ke penyedia layanan kesehatan yang berkualitas dan hanya 19% anak balita dengan tanda-tanda klinis pneumonia mendapatkan antibiotik. Selain itu, walaupun telah tersedia sebuah metode pendekatan terpadu untuk pelayanan kesehatan anak (MTBS) dan upaya peningkatan kualitas pelayanan, pelaksanaanya masih jauh dari yang diharapkan. Oleh karena itu, peningkatan kapasitas sistem kesehatan harus menjadi strategi dasar untuk mengatasi situasi.

Sementara itu, pemenuhan kebutuhan nutrisi yang baik sebagai salah satu faktor perlindungan terhadap pneumonia

¹Children under the age of five years.

¹Balita.

On the prevention sites, there has been a significant reduction in measles deaths as a result of providing a second opportunity for measles vaccination through mass campaigns, however Only 82% of children receive their first routine dose of a vaccine against measles. In addition, only sixty-one of 72 GAVI-eligible countries have already introduced Hib (*Haemophilus influenzae type b*) in their routine immunization schedule in 2009 although there has been recent progress in this area. Few countries have yet included the pneumococcal conjugate vaccine in their national immunization programmes, though there is strong interest in many "Countdown" countries to do so.

The Global Action Plan for the Prevention and Control of Pneumonia (GAPP) was developed by WHO and UNICEF in 2007 to increase awareness of pneumonia as a major cause of child death and accelerate the scaling up of interventions of proven benefit. (4) It provides guidance on how this can be done, through a broad coalition of global and national policy-makers, professional organizations, donor agencies and civil society. With accelerated implementation of key interventions, each year the number of pneumonia deaths will drop substantially, and by 2015, 67% of child pneumonia deaths will be averted. This reduction translates into 5.3 million lives saved from 2010 to 2015. Up to 860,000 deaths due to diarrhoea will also have been averted during this period with implementation of GAPP.

The GAPP vision is that every child is protected against pneumonia through a healthy environment, and has access to preventive and treatment measures. Specific goals are to:

- to reduce mortality from pneumonia in children under five years of age by 65% by 2015 compared to 2000 levels; and
- to reduce the incidence of severe pneumonia by 25% in children under five years of age by 2015 compared to 2000 levels.

The following targets need to be reached by the end of 2015:

- 90% coverage of each relevant vaccine (with 80% coverage in every district);²
- 90% access to appropriate pneumonia case management; and³
- 90% coverage of exclusive breastfeeding during the first six months of life⁴

Progress towards these targets will be measured with data collected through national health information and immunization coverage monitoring systems, demographic and health surveys, and multiple indicator surveys, as appropriate.^{5,6}

²Pneumococcal vaccine uptake will be gradual and in some countries it will only be introduced in 2014, thus 90% coverage by 2015 will not apply to it.

³Children with difficult or fast breathing treated with appropriate antibiotics by a trained health provider.

⁴There is no globally set target for exclusive breastfeeding, but 90% is widely accepted.

⁵The indicators to be used will initially be the same as those for the countdown to 2015', while a process takes place of developing more pneumonia-specific indicators.

⁶For immunization, the WHO-UNICEF coverage estimates, that are based on reported administrative data from countries, but also triangulate these estimates with other sources of data, including coverage surveys will be the basis for determining immunization coverage.

juga menghadapi banyak masalah. ASI eksklusif sampai usia enam bulan ini hanya dilakukan oleh 34,8% ibu di seluruh dunia, belum terhitung pemberian makanan pendamping ASI yang tidak memadai.

Untuk masalah pencegahan dengan imunisasi, telah terjadi penurunan yang bermakna dalam kematian akibat campak sebagai hasil dari pemberian suntikan kedua untuk vaksinasi campak melalui kampanye massal, namun survei mendapatkan hanya 82% anak yang menerima dosis pertama vaksin campak. Selain itu, meskipun sudah mengalami perkembangan, hanya enam puluh satu dari 72 negara GAVI yang telah memperkenalkan Hib (*Haemophilus influenzae tipe b*) dalam jadwal imunisasi rutin di tahun 2009. Banyak negara juga belum memasukkan vaksin pneumokokus dalam program imunisasi nasional mereka.

Rencana Aksi Global untuk Pencegahan dan Pengendalian Pneumonia (GAPP) dikembangkan oleh WHO dan UNICEF pada tahun 2007 untuk meningkatkan kesadaran pneumonia sebagai penyebab utama kematian anak dan mempercepat scaling up (peningkatan penggunaan) intervensi yang terbukti bermanfaat. (4) Rencana aksi ini menyediakan panduan tentang bagaimana hal ini bisa dilakukan, melalui koalisi yang luas dari para pembuat kebijakan global dan nasional, organisasi profesi, lembaga donor dan masyarakat sipil. Dengan percepatan pelaksanaan intervensi kunci, setiap tahun jumlah kematian pneumonia akan turun secara bermakna dan pada tahun 2015, 67% kematian anak akibat pneumonia akan dapat dicegah. Penurunan ini diterjemahkan menjadi 5,3 juta jiwa dari 2010 hingga 2015. Sebanyak 860.000 kematian akibat diare juga akan dihindarkan selama periode penerapan GAPP.

Visi GAPP adalah bahwa setiap anak terlindungi dari pneumonia melalui lingkungan yang sehat dan memiliki akses untuk tindakan pencegahan dan pengobatan.

Tujuan khusus GAPP adalah untuk:

- Mengurangi kematian akibat pneumonia pada anak di bawah usia lima tahun sebesar 65% pada tahun 2015 dibandingkan dengan tahun 2000; dan
- Mengurangi kejadian pneumonia berat sebesar 25% pada anak di bawah usia lima tahun pada tahun 2015 dibandingkan dengan tahun 2000.

Sasaran yang harus dicapai pada akhir tahun 2015:

- 90% cakupan semua program imunisasi yang terkait (dengan cakupan 80% di setiap kabupaten);²
- 90% akses terhadap manajemen kasus pneumonia yang sesuai; dan³
- 90% cakupan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan.⁴

²Penerapan vaksin pneumococcus dilaksanakan bertahap, dan beberapa Negara dimulai pada tahun 2014, maka cakupan sebesar 90% pada tahun 2015 belum diterapkan pada Negara tersebut..

³Anak-anak dengan kesulitan bernafas atau nafas cepat, diterapi dengan antibiotik yang sesuai oleh tenaga kesehatan terlatih.

Kemajuan menuju sasaran ini akan diukur dengan data yang dikumpulkan melalui informasi kesehatan nasional dan sistem pemantauan cakupan imunisasi, survei demografi dan kesehatan serta survei beberapa indikator yang sesuai.⁵⁶

Figure 1. Framework for pneumonia control
Gambar 1. Kerangka Kerja Penanggulangan Pneumonia

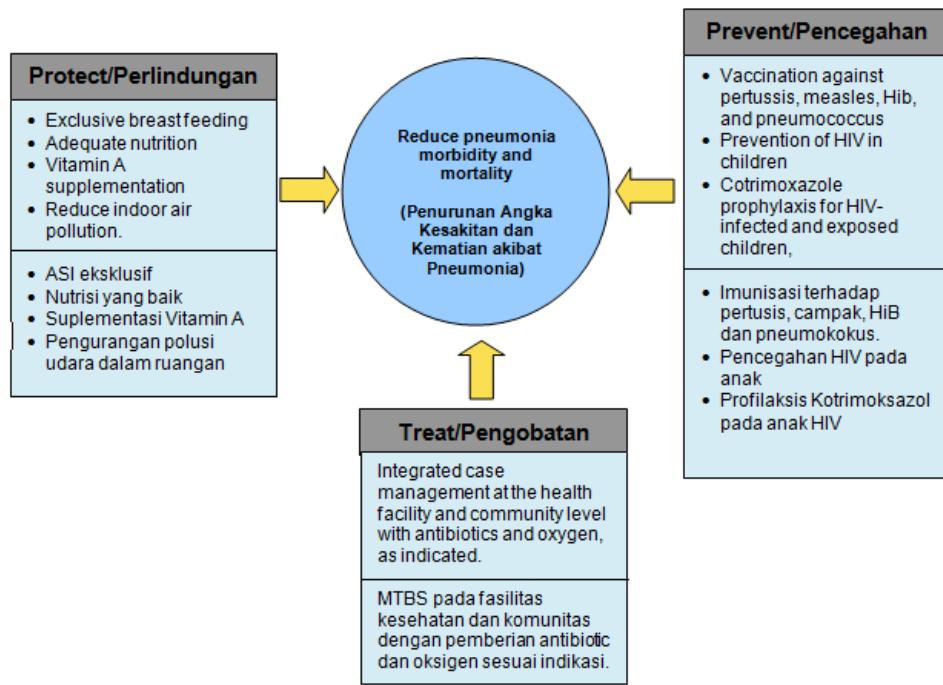
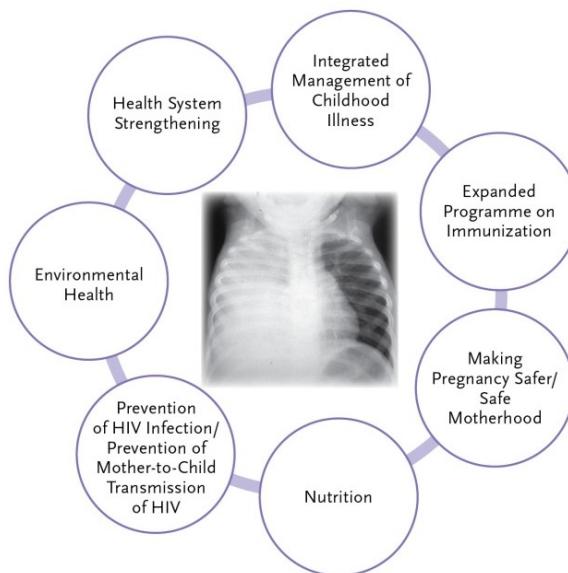


Figure 2. Collaboration between programmes and approaches to address pneumonia
Gambar 2. Kerjasama antar program dan pendekatan untuk mengatasi pneumonia



⁵ Indikator yang digunakan awalnya sama dengan indikator "countdown to 2015", sambil berproses dalam mengembangkan indikator pneumonia yang spesifik

⁶ Untuk imunisasi, WHO-UNICEF mengestimasi berdasarkan data laporan administrasi dari negara-negara, tetapi juga menriangulasi estimasi tersebut dengan data-data lain termasuk cakupan masing-masing yang akan menjadi dasar untuk menentukan cakupan imunisasi.

Country activities

GAPP provides a framework which will guide actions in countries which consists of advocacy, resource mobilisation, implementation, evaluation and research at country and regional level.(4)

For advocacy a communication strategy at national, provincial and district level will be required. The target audience will be health workers and professionals, donor and non-government organizations and governments (from central to district level). The main communication messages will be that pneumonia kills more children than any other diseases and that effective interventions exists and should be made available for all children with an integrated approach of work from all related stakeholders. (4) For this a local champion / resource persons may play a role.

For all of the approach from advocacy to evaluation and research, country needs to work on this following agenda:

- Review the composition and functioning of the coordinating committee which will identify and to assist synergies among various national programme plans from all related stakeholders mainly related units of Ministry of Health.

The main tasks of the coordinating committee are:

1. to apply the policies, strategies and tools recommended by WHO to prevent and treat pneumonia;
 2. to implement the recommendations in the joint WHO/UNICEF global action plan for the prevention and control of pneumonia (GAPP), noting the importance of (a) immunization by accelerating the adoption of affordable and cost-effective vaccines based on evidence of national epidemiological profiles; (b) integrated case management (IMCI) at community, health centre and hospital levels with continuous quality care improvement; (c) exclusive breastfeeding for six months; (d) improvement of nutrition and prevention of low birth weight; (e) control of indoor air pollution, and; (f) prevention and management of HIV infection; and
 3. to encourage integrated approaches to pneumonia prevention and treatment through multi sector collaboration and community participation.
-
- It is very important that the strategy be adopted / approved by senior leading paediatricians in the country and involved academic institutions in the country.
 - Organizing a one-day seminar in each country in collaboration with the MOH to present the strategy and the plan developed during the workshop to all interested parties, through formal presentations, discussion and round table or panel discussion. Ensure that this one-day seminar is well covered by the local media.

Kegiatan di tingkat Negara

GAPP menyediakan sumber kerangka kerja yang akan membimbing kegiatan pada tingkat negara yang terdiri dari advokasi mobilisasi, pelaksanaan, evaluasi dan penelitian di tingkat negara dan tingkat regional(4)

Untuk advokasi diperlukan strategi komunikasi di tingkat nasional, tingkat provinsi dan kabupaten. Target advokasi adalah petugas kesehatan dan profesional, organisasi donor dan organisasi non-pemerintah serta pemerintah (dari pusat hingga ke tingkat kabupaten). Pesan-pesan komunikasi utama yang harus disampaikan adalah bahwa pneumonia membunuh anak-anak lebih dari penyakit lainnya dan intervensi yang efektif telah tersedia dan harus dapat diakses untuk semua anak dengan kerjasama terpadu dari seluruh pihak yang terkait. (4) Untuk ini tokoh lokal / nara sumber dapat berperan.

Untuk semua pendekatan dari advokasi hingga evaluasi dan penelitian, negara perlu bekerja pada agenda sebagai berikut:

- Mengkaji komposisi dan fungsi komite koordinasi yang akan mengidentifikasi dan membantu menciptakan sinergi berbagai rencana program nasional dari seluruh stakeholder terkait.

Tugas utama komite koordinasi adalah:.

1. Untuk menerapkan kebijakan, strategi dan alat yang direkomendasikan oleh WHO untuk mencegah dan mengobati radang paru-paru;
 2. Untuk melaksanakan rekomendasi WHO / UNICEF tentang rencana aksi global untuk pencegahan dan pengendalian pneumonia (GAPP), dengan mencatat pentingnya (a) imunisasi dengan mempercepat adopsi vaksin terjangkau dan efektif berdasarkan bukti profil epidemiologi nasional (b) manajemen terpadu balita sakit (MTBS) di masyarakat, pusat kesehatan dan tingkat perawatan RS dengan perbaikan mutu berkelanjutan, (c) pemberian ASI eksklusif selama enam bulan, (d) perbaikan gizi dan pencegahan berat badan lahir rendah, (e) kontrol polusi udara dalam ruangan, dan (f) pencegahan dan manajemen infeksi HIV; dan
 3. Untuk mendorong pendekatan terpadu dalam pencegahan dan pengobatan pneumonia melalui kolaborasi multisektoral dan partisipasi masyarakat.
-
- Sangat penting bahwa strategi yang dibuat diadopsi / disetujui oleh dokter anak senior terkemuka dan melibatkan perguruan tinggi di suatu negara.
 - Menyelenggarakan seminar satu hari bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan untuk menyajikan strategi dan rencana kepada semua pihak yang berkepentingan.

- Review the resources, financial and human, available for the implementation of the plan.
- Conduct local stakeholders meeting involving international organizations, bilateral organizations and local NGOs to increase resource mobilization.
- Develop a national and local communication plan and work with local media
- Conduct a National seminars for:
 - Finalization of draft country-specific plans/updating of existing plans for implementation of the GAPP in the context of overall child survival.
 - Increased resources and improved coordination for implementing activities related to pneumonia and diarrhea control

All the above activities should also involve local / districts resources, mainly those with higher burden of child mortality. Thus, each district will be able to adapt the GAPP strategy into their existing plan of child health in collaboration with all related stakeholders within the district to ensure its sustainability.

In addition, the project will also contribute to strengthening both national and local organizational planning capacity and implementation.

References

1. World Health Organization. World Health Statistics. Geneva, WHO, 2010.
2. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva, WHO, 2008. This figure includes pneumonia deaths that occur in the neonatal period, but not those that are associated with measles, pertussis and HIV.
3. UNICEF. Countdown to 2015. Tracking progress in maternal, neonatal and child survival: the 2008 report. New York, UNICEF, 2008.
4. World Health Organization, UNICEF. Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia (GAPP). Geneva, November 2009 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_NCH_09.04_eng.pdf)
5. UNICEF, World Health Organization Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done. New York, October 2009. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598415_eng.pdf).

- Menilai kemampuan sumber daya, keuangan dan manusia yang tersedia untuk pelaksanaan rencana tersebut.
- Melakukan pertemuan dengan semua pihak terkait baik secara nasional maupun lokal yang melibatkan organisasi internasional, organisasi bilateral dan LSM lokal untuk meningkatkan mobilisasi sumberdaya.
- Mengembangkan rencana komunikasi nasional dan lokal dan bekerja sama dengan berbagai media massa
- Melakukan seminar Nasional untuk:
 - Finalisasi draft rencana aksi untuk pelaksanaan GAPP dalam konteks peningkatan kelangsungan hidup anak secara keseluruhan.
 - Peningkatan sumber daya dan meningkatkan koordinasi untuk pelaksanaan kegiatan yang berkaitan dengan kontrol pneumonia dan diare

Semua kegiatan di atas harus melibatkan pemangku kepentingan di tingkat kabupaten, terutama kabupaten yang memiliki angka kematian anak yang tinggi. Dengan demikian diharapkan setiap kabupaten akan mengadaptasi strategi GAPP ke dalam rencana kesehatan anak yang telah mereka miliki bekerjasama dengan semua pihak terkait di kabupaten tersebut untuk menjamin keberlanjutan program.

Selain itu, kegiatan ini juga akan memberikan kontribusi untuk memperkuat kapasitas perencanaan nasional dan lokal serta implementasinya.

Daftar Pustaka

1. World Health Organization. World Health Statistics. Geneva, WHO, 2010.
2. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva, WHO, 2008. This figure includes pneumonia deaths that occur in the neonatal period, but not those that are associated with measles, pertussis and HIV.
3. UNICEF. Countdown to 2015. Tracking progress in maternal, neonatal and child survival: the 2008 report. New York, UNICEF, 2008.
4. World Health Organization, UNICEF. Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia (GAPP). Geneva, November 2009 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_NCH_09.04_eng.pdf)
5. UNICEF, World Health Organization Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done. New York, October 2009. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598415_eng.pdf).



Pengendalian Pneumonia Anak-Balita dalam Rangka Pencapaian MDG4

Oleh : Prof. Dr. Mardjanis Said, SpA (K)

Departemen Ilmu Kesehatan Anak
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Pneumonia merupakan salah satu masalah kesehatan dan penyumbang terbesar penyebab kematian anak usia di bawah lima tahun (anak-balita). Pneumonia mem bunuh anak lebih banyak daripada penyakit lain apapun, mencakup hampir 1 dari 5 kematian anak-balita, membunuh lebih dari 2 juta anak-balita setiap tahun yang sebagian besar terjadi di negara berkembang. Oleh karena itu pneumonia disebut sebagai pembunuh anak no 1 (*the number one killer of children*). Di negara berkembang pneumonia merupakan penyakit 'yang terabaikan' (*the neglected disease*) atau 'penyakit yang terlupakan' (*the forgotten disease*) karena begitu banyak anak yang meninggal karena pneumonia namun sangat sedikit perhatian yang diberikan kepada masalah pneumonia.

Dunia Internasional tahun 2000 dalam menyongsong abad ke 21 bersepakat menetapkan Tujuan Pembangunan Milenium (*Millenium Development Goals/MDG*). Ada 8 tujuan yang ingin dicapai satu di antaranya adalah MDG-4 'penurunan angka kematian anak dengan target Angka Kematian Anak-Balita berkurang dua-pertiga'.

Oleh karena pneumonia merupakan penyumbang terbesar kematian anak-balita maka agar sasaran MDG-4 dapat tercapai diperlukan peningkatan upaya pengendalian dan pencegahan (*control and prevention*) pneumonia anak-balita di semua sektor tidak hanya di sektor kesehatan tetapi juga di sektor non-kesehatan.

Angka Kematian Anak-Balita

Penurunan Angka Kematian Anak-Balita (*under-5 mortality rate*) seperti ditetapkan dalam MDG-4 bersama dengan Angka Kematian Bayi (*infant mortality rate*) dan Angka Kematian neonatus (*neonatal mortality rate*) merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan. Dalam beberapa dasawarsa terakhir terdapat penurunan Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Anak-Balita

secara mengesankan. Angka Kematian bayi 60 per 1.000 kelahiran hidup tahun 1970 turun menjadi 25 per 1.000 kelahiran hidup tahun 2007 dan Angka Kematian Anak-Balita 91 per 1.000 kelahiran hidup tahun 1970 turun menjadi 31 per 1.000 kelahiran hidup tahun 2007. Namun Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Anak-Balita di negara maju dan bahkan di beberapa negara ASEAN jauh lebih rendah. Pada tahun 2007 Angka Kematian Anak-Balita di Viet Nam 15, Malaysia 11, Brunei Darusalam 9, Thailand 7, dan Singapura 3 per 1.000 kelahiran hidup. Angka-angka tersebut mendekati bahkan setara dengan Angka Kematian Anak-Balita di negara maju (UNICEF 2009).

Di seluruh dunia terjadi 1,6 sampai 2,2 juta kematian anak-balita karena pneumonia setiap tahun, sebagian besar terjadi di negara berkembang, 70% terdapat di Afrika dan Asia Tenggara. WHO tahun 2005 melaporkan proporsi penyebab kematian anak-balita di negara berkembang adalah pneumonia 19%, diare 17%, malaria 8% dan campak 4%. Di samping itu terdapat 37% penyebab kematian-neonatus, 26% di antaranya disebabkan oleh infeksi berat yaitu sepsis, meningitis dan pneumonia yang secara klinis sukar dibedakan satu sama lain. Data di atas menunjukkan bahwa pneumonia berkontribusi besar sebagai penyebab kematian anak-balita. Penurunan Angka Kematian pneumonia anak-balita menyebabkan penurunan Angka Kematian Anak-Balita keseluruhan yang merupakan sasaran MDG-4.

Pneumonia anak-balita

WHO memperkirakan insidens pneumonia anak-balita di negara berkembang adalah 0,29 episode per anak-tahun atau 151,8 juta kasus pneumonia/ tahun, 8,7% (13, 1 juta) di antaranya merupakan pneumonia berat dan perlu rawat-inap. Di negara maju terdapat 4 juta kasus setiap tahun hingga total di seluruh dunia ada 156 juta kasus pneumonia anak-balita setiap tahun.

Terdapat 15 negara dengan prediksi kasus baru dan insidens pneumonia anak-balita paling tinggi, mencakup 74% (115,3 juta) dari 156 juta kasus di seluruh dunia. Lebih dari setengahnya terkonsentrasi di 6 negara, mencakup 44% populasi anak-balita di dunia. Ke 6 negara tersebut adalah India 43 juta, China 21 juta, Pakistan, 10 juta, Bangladesh, Indonesia dan Nigeria masing-masing 6 juta kasus per tahun (Rudan 2008)

Faktor-risiko pneumonia anak-balita

Faktor-dasar (fundamental) yang menyebabkan tingginya morbiditas dan mortalitas pneumonia anak-balita di negara berkembang adalah : (Mulholland K. 1999)

1. Kemiskinan yang luas.
Kemiskinan yang luas berdampak besar dan menyebabkan derajat kesehatan rendah dan status sosio-ekologi menjadi buruk.
2. Derajat kesehatan rendah.
Akibat derajat kesehatan yang rendah maka penyakit infeksi termasuk infeksi kronis dan infeksi HIV mudah ditemukan. Banyaknya komorbid lain seperti malaria, campak, gizi kurang, defisiensi vit A, defisiensi seng (Zn), tingginya prevalensi kolonisasi patogen di nasofaring, tingginya kelahiran dengan berat lahir rendah, tidak ada atau tidak memberikan ASI dan imunisasi yang tidak adekwat memperburuk derajat kesehatan.
3. Status sosio-ekologi buruk.
Status sosio-ekologi yang tidak baik ditandai dengan buruknya lingkungan, daerah pemukiman kumuh dan padat, polusi dalam-ruang akibat penggunaan biomass (bahan bakar rumah tangga dari kayu dan sekam padi), dan polusi udara luar-ruang. Ditambah lagi dengan tingkat pendidikan ibu yang kurang memadai serta adanya adat kebiasaan dan kepercayaan lokal yang salah.
4. Pembiayaan kesehatan sangat kecil.
Di negara berpenghasilan rendah pembiayaan kesehatan sangat kurang. Sebagai gambaran kesenjangan pembiayaan kesehatan adalah sbb: di seluruh dunia 87% pembiayaan kesehatan di pakai hanya untuk 16% jumlah penduduk di negara berpenghasilan tinggi. Sisanya (13 %) pembiayaan di pakai untuk sebagian besar (84%) penduduk di negara berpenghasilan rendah. Pembiayaan kesehatan yang tidak cukup menyebabkan fasilitas kesehatan seperti infrastruktur kesehatan untuk diagnostik dan terapeutik tidak adekwat dan tidak memadai, tenaga kesehatan yang terampil terbatas, di tambah lagi dengan akses ke fasilitas kesehatan sangat kurang
5. Proporsi populasi anak lebih besar.
Di negara berkembang yang umumnya berpenghasilan rendah proporsi populasi anak 37%, di negara

berpenghasilan menengah 27% dan di negara berpenghasilan tinggi hanya 18% dari total jumlah penduduk. Besarnya proporsi populasi anak akan menambah tekanan pada pengendalian dan pencegahan pneumonia terutama pada aspek pembiaayaan.

Faktor-dasar di atas tidak berdiri sendiri melainkan berupa sebab-akibat, saling terkait dan saling mempengaruhi yang terkait sebagai faktor-risiko pneumonia pada anak.

Rudan, et al 2008 melaporkan 3 kelompok faktor- risiko yang mempengaruhi insidens pneumonia pada anak. Faktor-risiko tersebut adalah 'faktor-risiko yang selalu ada' (*definite risk factors*), 'faktor-risiko yang sangat mungkin' (*likely risk factors*), dan 'faktor risiko yang masih mungkin' (*possible risk factors*). 'Faktor-risiko yang selalu ada' (*definite*) meliputi gizi kurang, berat badan lahir rendah, tidak ada/tidak mem berikan ASI, polusi udara dalam-ruang, dan pemukiman padat. Faktor-risiko ini seharusnya diperhatikan secara serius dan perlu intervensi-segera agar penurunan insidens pneumonia berdampak signifikan pada penurunan Angka Kematian Anak-Balita.

Penyebab pneumonia anak-balita

Dari studi mikrobiologik ditemukan penyebab utama bakteriologik pneumonia anak-balita adalah *Streptococcus pneumoniae/pneumococcus* (30-50 % kasus) dan *Hemophilus influenzae type b/Hib* (10-30% kasus), diikuti *Staphylococcus aureus* dan *Klebsiella pneumoniae* pada kasus berat. Bakteri lain seperti *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia* spp, *Pseudomonas* spp, *Escherichia coli* (E coli) juga menyebabkan pneumonia. Pneumonia pada neonatus banyak disebabkan oleh bakteri Gram negatif seperti *Klebsiella* spp, E coli di samping bakteri Gram positif seperti *S pneumoniae*, grup b streptokokus dan *S aureus*.

Penyebab utama virus adalah *Respiratory Syncytial Virus* (RSV) yang mencakup 15-40% kasus diikuti virus influenza A dan B, parainfluenza, human metapneumovirus dan adenovirus. Nair, et al 2010 melaporkan estimasi insidens global pneumonia RSV anak-balita adalah 33.8 juta episode baru di seluruh dunia dengan 3.4 juta episode pneumonia berat yang perlu rawat-inap. Diperkirakan tahun 2005 terjadi kematian 66.000 -199.000 anak balita karena pneumonia RSV, 99% di antaranya terjadi di negara berkembang. Data di atas mempertegas kembali peran RSV sebagai etiologi potensial dan signifikan pada pneumonia anak-balita baik sebagai penyebab tunggal maupun bersama dengan penyebab bakteri lain.

Pada dekade terakhir ini epidemi infeksi *Human Immuno deficiency Virus* (HIV) berkontribusi meningkatkan insidens dan kematian pneumonia. Penyebab utama kematian pneumonia anak dengan infeksi HIV adalah karena infeksi bakteri

namun sering ditemukan patogen tambahan seperti *Pneumocystis jiroveci* (dulu *Pneumocystis carinii*). Di samping itu *M tuberculosis* tetap merupakan penyebab penting pneumonia pada anak terinfeksi HIV.

Gambaran klinis pneumonia anak balita

Sebagian besar Gambaran klinis pneumonia anak-balita berkisar antara ringan sampai sedang hingga dapat berobat jalan saja. Hanya sebagian kecil berupa penyakit berat mengancam kehidupan dan perlu rawat-inap. Secara umum Gambaran klinis pneumonia diklasifikasi menjadi 2 kelompok. Pertama, 'gejala umum' misalnya demam, sakit kepala, maleise, nafsu makan kurang, gejala gastrointestinal seperti mual, muntah dan diare. Kedua, 'gejala respiratorik' seperti batuk, napas cepat (*tachypnoe/ fast breathing*), napas sesak (*retraksi dada/chest indrawing*), napas cuping hidung, *air hunger* dan sianosis. Hipoksia merupakan tanda klinis pneumonia berat. Anak pneumonia dengan hipoksemia 5 kali lebih sering meninggal dibandingkan dengan pneumonia tanpa hipoksemia.

Pengendalian dan pencegahan pneumonia anak-balita

Pneumonia bukan merupakan penyakit tunggal tersendiri namun sindrom penyakit yang disebabkan oleh berbagai etiologi. Banyak penyakit respiratorik mempunyai gambaran klinis menyerupai pneumonia. Oleh karena itu tidak mudah memformulasikan kriteria klinik pneumonia yang akurat tanpa kelemahan terutama untuk tenaga kesehatan di tingkat komunitas.

Pedoman Tatalaksana Baku WHO

Kriteria klinik WHO berdasarkan 'kelompok umur dan laju-napas' ('age-specific and respiratory rate') pada penerapan di lapangan dirasakan masih kurang spesifik. Kriteria yang dipakai sebagai dasar Pedoman Tatalaksana Baku Pneumonia WHO masih relevan dan cukup bermanfaat diterapkan di Pelayanan Kesehatan Primer dan sebagai pendidikan kesehatan di negara berkembang. Tujuan Pedoman ini ialah menyederhanakan kriteria diagnosis berdasarkan tanda klinis sederhana yang langsung dapat dideteksi, menetapkan klasifikasi penyakit dan menentukan dasar pemakaian antibiotik agar lebih tepat dan sekaligus mencegah pemakaian yang berlebihan dan tidak rasional (*abuse and irrational*).

Tanda klinis sederhana tersebut meliputi napas cepat, napas sesak, sianosis dan pengenalan tanda bahaya agar segera dirujuk. Napas cepat dikenal dengan menghitung frekvensi napas 1 menit penuh pada waktu anak dalam keadaan tenang. Napas sesak ditentukan dengan melihat adanya cekungan dinding dada bagian bawah waktu menarik napas (*retraksi epigastrium atau retraksi subkosta*), sianosis dideteksi dengan melihat warna kebiruan di sekitar mulut

atau puncak hidung anak. Patokan frekvensi napas bervariasi tergantung kelompok umur ditetapkan berdasarkan keseimbangan antara deteksi sebanyak-banyaknya kasus pneumonia (*high sensitivity*) dan menjaga agar tidak terlalu banyak anak dengan batuk pilek biasa (bukan pneumonia) dianggap pneumonia (*high specificity*).

Umumnya terapi antibiotik yang diberikan pada pneumonia berdasarkan empiris. Antibiotik yang dianjurkan untuk pneumonia berobat-jalan adalah antibiotik sederhana dan tidak mahal seperti kotrimoksazol atau amoksisilin yang diberikan secara oral, dosis amoksisilin 25 mg/kg BB dan kotrimoksazol (4 mg trimetoprim: 20 mg sulfometoksazol) /kgBB

Penerapan Pedoman Tatalaksana Baku Pneumonia termasuk pemberian antibiotik oral sesegera mungkin dapat menurunkan 13 -55% mortalitas pneumonia (20% mortalitas bayi dan 24% mortalitas anak-balita).

Penggabungan Pedoman Tatalaksana Baku Pneumonia ke dalam Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) atau *Integrated Management of Children Illness* (IMCI) memperkenalkan pendekatan yang lebih komprehensif untuk diagnosis, pencegahan dan pengobatan dari 5 penyakit/kelainan yang sebagian besar dapat dicegah dan diobati. Penyakit dan kelainan yang tercakup dalam Manajemen Terpadu Balita Sakit tersebut adalah pneumonia, diare, malaria, campak dan gizi kurang yang merupakan sebagian besar (70%) penyebab kematian anak-balita di negara berkembang.

Pencegahan pneumonia anak-balita

Upaya pencegahan merupakan komponen strategis pemberantasan pneumonia pada anak terdiri dari pencegahan melalui imunisasi dan non-imunisasi. Imunisasi terhadap patogen yang bertanggung jawab terhadap pneumonia merupakan strategi pencegahan spesifik. Pencegahan non-imunisasi merupakan pencegahan non-spesifik misalnya mengatasi berbagai faktor-risiko seperti polusi udara dalam-ruang, merokok, kebiasaan perilaku tidak sehat/bersih, perbaikan gizi dan lain-lain.

Imunisasi

Dalam sejarah kedokteran imunisasi merupakan success-story program kesehatan masyarakat yang paling menarik. Contoh yang sangat mengesankan adalah penyakit cacar yang saat ini sudah dapat di eradikasi sebagai akibat signifikan keberhasilan program imunisasi. Diharapkan menyusul adalah polio yang mudah-mudahan dalam waktu dekat akan dapat dieradikasi pula. Pencegahan pneumonia yang berkaitan dengan pertusis dan campak adalah imunisasi DPT dan campak dengan angka cakupan yang menggembirakan; DPT berkisar 89,6 %-94,6 % dan campak 87,8 %-93,5 %.

Dari beberapa studi vaksin (*vaccine probe*) diperkirakan vaksin pneumokokus konjugat dapat mencegah penyakit dan kematian 20-35% kasus pneumonia pneumokokus dan vaksin Hib mencegah penyakit dan kematian 15-30% kasus pneumonia Hib. Pada saat ini di banyak negara berkembang direkomendasikan vaksin Hib untuk diintegrasikan ke dalam program imunisasi rutin dan vaksin pneumokokus konjugat direkomendasikan sebagai vaksin yang dianjurkan.

Mempercepat penemuan vaksin baru berdasarkan serotipe molekuler (*molecular serotypes*) bakteri penyebab pneumonia dan pengembangan vaksin lain seperti RSV patut mendapat dukungan. Namun di samping motif kepentingan keilmuan (*science*) agaknya terdapat motif kepentingan bisnis (*commerce*) dibalik minat dan ketertarikan yang kuat dalam pengembangan vaksin ini. Negara berkembang merupakan pasar vaksin yang luar-biasa besarnya dan perusahaan yang berkepentingan tentu sangat berminat akan hal ini (Vashishtha VM 2009). Penggunaan vaksin baru dimasa datang seyogyanya berdasarkan kajian tentang ketersediaan (*availability*), keterjangkauan secara finansial (*affordability*) dan bila mungkin berdasarkan ‘bukti profil epidemiologik negara bersangkutan’. Keterjangkauan harga vaksin di samping ketersediaan dan peningkatan kapasitas rantai-dingin (*cold chain*) adalah faktor yang menentukan berhasilnya penerapan program imunisasi di negara berkembang.

Kekurangan yang mungkin masih ditemukan sehubungan dengan imunisasi sebagai pencegahan spesifik terutama di beberapa negara berkembang adalah sbb: cakupan imunisasi campak dan DPT/pertusis mungkin belum memuaskan, imunisasi Hib belum termasuk imunisasi wajib, imunisasi pneumokokus tidak efektif karena serotipe tidak sesuai, dan imunisasi terhadap patogen lain (RSV, stafilocokus, Gram negatif) belum tersedia.

Non-imunisasi

Di samping imunisasi sebagai pencegahan spesifik pencegahan non-imunisasi sebagai upaya pencegahan non-spesifik merupakan komponen yang masih sangat strategis. Banyak kegiatan yang dapat dilakukan misalnya pendidikan kesehatan kepada berbagai komponen masyarakat, terutama pada ibu anak-balita tentang besarnya masalah pneumonia dan pengaruhnya terhadap kematian anak, perilaku preventif sederhana misalnya kebiasaan mencuci tangan dan hidup bersih, perbaikan gizi dengan pola makan sehat; penurunan faktor risiko-lain seperti mengejar berat-badan lahir rendah, menerapkan ASI eksklusif, mengejel polusi udara dalam-ruang yang berasal dari bahan bakar rumah tangga dan perokok pasif di lingkungan rumah

dan pencegahan serta tatalaksana infeksi HIV.

Pneumonia anak-balita dan pencapaian MDG

Sejak awal sudah disadari bahwa MDG adalah target besar dan berat untuk dicapai. Presiden Susilo Bambang Yudhoyono 4 tahun yang lalu telah menyenggung hal tersebut dan menyatakan bahwa walaupun perjuangan mencapai sasaran itu berat tetapi keseluruhan target adalah realistik dan sepenuhnya dapat dicapai umat manusia (KOMPAS, 2006).

Pneumonia anak-balita dan pencapaian MDG

Sejak awal sudah disadari bahwa MDG adalah target besar dan berat untuk dicapai. Presiden Susilo Bambang Yudhoyono 4 tahun yang lalu telah menyenggung hal tersebut dan menyatakan bahwa walaupun perjuangan mencapai sasaran itu berat tetapi keseluruhan target adalah realistik dan sepenuhnya dapat dicapai umat manusia (KOMPAS, 2006).

Faktanya setelah lebih dari 10 tahun sejak dicanangkan banyak pihak meragukan beberapa target MDG tidak tercapai dalam kurun waktu 5 tahun yang tersisa menjelang tahun 2015.

Laporan menunjukkan bahwa MDG-4 ‘penurunan Angka Kematian Anak-Balita’ dan MDG-5 ‘penurunan Angka Kematian Ibu melahirkan’ merupakan tujuan yang paling lamban kemajuannya. Beberapa pihak menyatakan bahwa amat berat untuk mencapai target penurunan Angka Kematian Anak-Balita menjadi 15 atau bahkan 10 per 1.000 kelahiran hidup dari 31 per 1.000 kelahiran hidup tahun 2007; dan penurunan angka kematian ibu melahirkan menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup dari 228 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2007. Fakta yang lebih memprihatinkan adalah sehubungan dengan target penghentian laju dan penurunan kasus HIV/AIDS. Dilaporkan bahwa dalam 5 tahun terakhir malah terdapat kenaikan kasus HIV/AIDS sebesar lima kali lipat yaitu dari 2.684 kasus tahun 2004 menjadi 17.699 kasus tahun 2009 dan pada Juni 2010 saja sudah mencapai 21.770 kasus. Keadaan ini justru bertentangan dengan target yang akan dicapai.

Target penjaminan kelestarian lingkungan hidup berkaitan dengan mengembalikan sumber daya alam yang hilang, meningkatkan air bersih dan sanitasi dasar dan mengurangi daerah kumuh dan padat penduduk sangat berat untuk dicapai. Lebih jauh target pengentasan kemiskinan sebagai faktor fundamental utama bagi pencapaian target MDG lainnya diragukan untuk berhasil dicapai. Statistik menunjukkan terdapat penurunan yang bermakna jumlah penduduk miskin dari 20,6% penduduk miskin tahun 1990 menjadi 31,02 juta (13,33%) dari total 237,6 juta penduduk (BPS 2010), namun kriteria miskin yang dipakai bisa

'berpenghasilan kurang dari US\$1 per hari' tidak terlalu sesuai dengan konteks Indonesia. Penghasilan kurang dari US\$1 atau kurang Rp 9.000,- tidak cukup untuk kebutuhan hidup layak sehari-hari (KOMPAS 2010).

Namun saya berpendapat kita tetap harus optimis dalam kurun waktu kurang dari 5 tahun mendatang target MDG di Indonesia dapat tercapai walaupun berat dan banyak hambatan.

Beberapa alasan kenapa kita harus tetap optimis MDG dapat dicapai adalah sbb:

Pertama, di tingkat nasional dengan didukung komitmen dan kerjasama global terlihat adanya kemauan politik (*political will*) dan keberpihakan pemerintah dalam upaya pencapaian MDG. Sebagai bukti kemauan politik tersebut Presiden Susilo Bambang Yudhoyono menyatakan bahwa strategi besar pembangunan Indonesia adalah pembangunan berkelanjutan dan berkeadilan, dengan menerapkan strategi tiga jalur (*triple track strategy*) yaitu pro-pertumbuhan (*pro-growth*), pro-lapangan kerja (*pro-job*) dan pro-pengurangan kemiskinan (*pro-poor*), dan sekarang dilengkapi dengan jalur ke empat yakni pro-pelestarian lingkungan. Mengacu kepada strategi tersebut maka arah pemerintah selama ini sudah benar, dukungan pemerintah untuk mencapai semua sasaran MDG tergambar dalam rencana pembangunan berjangka yang telah disusun (KOMPAS 16 Sept 2010).

Agar MDG dapat tercapai maka Program pembangunan Pemerintah seyogyanya harus konsisten dengan kemauan politiknya dan tidak terlepas dari 'konteks keadilan'. Untuk itu pemerintah harus mampu melindungi rakyat dari eksploitasi sumber daya alam yang mengakibatkan masyarakat kehilangan akses terhadap tanah dan justru menimbulkan kemiskinan, jangan ada kebijakan pemerintah dan target MDG yang bertentangan misalnya disatu sisi menjamin kelestarian lingkungan dan penghapusan kemiskinan namun disisi lain pemerintah seolah-olah membiarkan perusakan lingkungan, anggaran pelaksanaan MDG dialokasikan lebih tinggi, di samping itu dikaji kembali indikator kemiskinan yang tepat dan jelas untuk mencegah terjadinya manipulasi. (KOMPAS 20 Sept 2010)

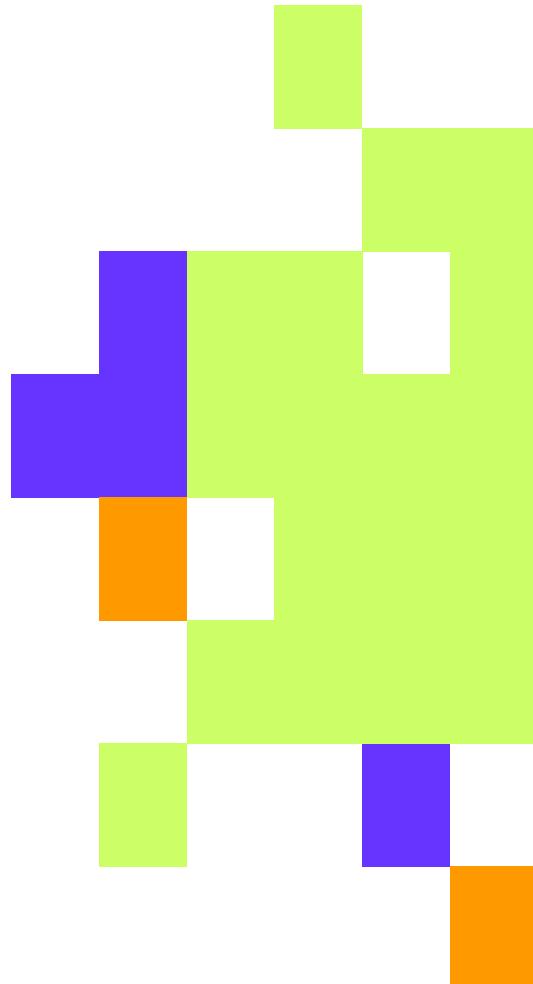
Kedua, berbagai payung hukum dan kebijakan sudah cukup tersedia walaupun penerapan berbagai kegiatan dilakukan secara berhati-hati dan terkordinasi agar tidak terdapat hambatan yang tidak diperlukan. Apalagi bila terdapat ketidaksamaan pengertian antar-sektor misalnya antara sektor kesehatan dan sektor non kesehatan.

Ketiga, berbagai unsur masyarakat mendukung upaya kegiatan pencapaian MDG. Sebagai contoh, Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) sebagai unsur profesi yang berkaitan dengan kesehatan dan balita sesuai dengan fungsi

keprofesiannya serta bekerjasama dengan badan terkait dapat mendukung pencapaian MDG, misalnya ikut berperan dalam program pemberantasan pneumonia, memberi konsultasi mengenai strategi imunisasi yang lebih baik, mengadakan pelatihan dan pendidikan tenaga kesehatan tentang tatalaksana kasus dan lain-lain.

Dalam kurun waktu 5 tahun menjelang tahun 2015 diharapkan pemerintah secara konsisten melaksanakan semua program dengan tetap menerapkan strategi tiga jalur yang berpihak kepada pencapaian MDG. Kunci keberhasilan adalah kerja keras Pemerintah dan semua komponen masyarakat serta mengatasi semua hambatan yang ada.

Akhirnya patut diingatkan agar pencapaian tersebut tidak hanya berupa keberhasilan statistik dalam bentuk angka-angka namun betul-betul keberhasilan yang riil dan berkualitas.



Penutup

Walaupun Angka Kematian anak-balita dalam beberapa dekade terakhir sudah menurun namun masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan negara maju dan beberapa negara ASEAN. Tahun 2007 Angka Kematian anak-balita di Indonesia tercatat 31 per 1.000 kelahiran hidup sedang di beberapa negara ASEAN berkisar antara 15 – 3 per 1.000 kelahiran hidup.

Pneumonia merupakan penyumbang utama penyebab kematian anak-balita. Tahun 2005 dilaporkan proporsi penyebab kematian anak-balita terbesar adalah pneumonia 19 % diikuti diare 17%, malaria 8% dan campak 4%.

Beberapa faktor fundamental yang saling berkaitan dan mempengaruhi insidens pneumonia anak-balita adalah: kemiskinan yang luas, derajat kesehatan rendah, derajat sosio-ekologi buruk, pembiayaan kesehatan kecil dan proporsi populasi anak yang cukup besar.

Agar MDG dapat tercapai diperlukan berbagai upaya untuk mengatasi faktor fundamental dengan perhatian utama adalah pengentasan kemiskinan yang pada gilirannya meningkatkan derajat kesehatan, memperbaiki status sosio-ekologi seperti perbaikan lingkungan dan sanitasi .

Strategi pengendalian dan pencegahan pneumonia adalah dengan penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS); imunisasi wajib campak dan DPT serta imunisasi yang dianjurkan Hib dan pneumokokus; pengendalian faktor-risiko terutama *definite risk factors* yang perlu di intervensi-segera. Faktor-risiko yang selalu ada tersebut adalah : gizi kurang, berat badan lahir rendah, tidak ada/tidak memberikan ASI, polusi udara dalam-ruang, dan pemukiman padat.

Beberapa alasan sasaran MDG optimis dapat dicapai ialah adanya '*political will*' dan prioritas tinggi yang tergambar dalam Program Pembangunan pemerintah dengan menerapkan *triple track strategy* yaitu pro pertumbuhan, pro pengentasan kemiskinan dan pro lapangan kerja, adanya perangkat hukum dan kebijakan yang memadai, dan adanya dukungan berbagai unsur masyarakat.

Daftar Pustaka

1. WHO *The Management of Acute Respiratory Infections in Children. Practical Guidelines of Outpatient Care.* Geneva: WHO, 1995.
2. Mulholland K. *Magnitude of the problem of childhood pneumonia.* Lancet 1999; 354;590-592.
3. KOMPAS Proyek MDGs terlalu ambisius. Presiden di depan Pertemuan Komisi Ekonomi dan Sosial Asia Pasifik (UNESCAP) Harian Kompas 11 April 2006 hal 1 dan 15.
4. UNITED NATIONS *The Millenium Development Goals Report 2008,* United Nations New York 2008
5. Rudan I, Boschi-Pinto C, Bilolav Z, Mulholland K, Campbell H. *Epidemiology and etiology of childhood pneumonia.* Bull World Health Organ 2008, 86 (5): 408-416
6. Vashishtha VM. *Fight against pneumonia.* Indian Pediatrics 2009,46:599-600
7. Nair H, Nokes DJ, Gessner BD, Dherani M, Madhi SA, Singleton RJ, O'Brien KL, Roca A, Wright PF, Bruce N, Chandran A, Theodoratou E, Sutanto A, Sedyaningsih ER, Ngama M, Munywoki, Kartasasmita C, Simoes EA, Weber MW, Campbell H. *Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta-analysis.* The Lancet, Published online April 16, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)60206-1
8. UNICEF *The State of the World's Children 2009. Maternal and Newborn Health,* New York, 2009, h.117-122
9. *The 63rd World Health Assembly. Accelerated progress towards achievement of Millenium Development Goal 4 to reduce child mortality:prevention and treatment of pneumonia. Eight plenary meeting 21 May 2010 Document WHA 63.24 Agenda item 11.23.*
10. KOMPAS Empat syarat hapus kemiskinan. *Presidential Lecture oleh Prof David T Ellwood.* Harian Kompas 16 September 2010 hal. 1 dan 15
11. KOMPAS Rakyat Indonesia masih miskin. Pencapaian target sasaran MDGs lepas dari masalah keadilan. Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia. Harian Kompas 20 September 2010 hal. 1 dan 15



Pneumonia Pembunuh Balita

Oleh : Prof. Dr. Cissy B. Kartasasmita, dr, SpA (K), M.Sc

Ka Divisi Respirologi Departemen Kesehatan Anak,
Universitas Padjajaran/RS. Hasan Sadikin, Bandung

Sampai saat ini pneumonia masih merupakan penyebab kesakitan dan kematian utama pada balita. Setiap tahun lebih dari 2 juta anak di dunia meninggal karena infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), khususnya pneumonia. Sebagian besar kematian terjadi di negara miskin, dimana pengobatan tidak selalu tersedia dan vaksin sulit didapat. Menurunkan angka kematian pada anak melalui penurunan angka kematian karena infeksi saluran napas akut, dalam hal ini pneumonia, menjadi prioritas di dunia. Menurut laporan Badan Kesehatan Dunia (*World Health Organization/WHO*), hampir 1 dari 5 balita di negara berkembang meninggal disebabkan oleh pneumonia, namun hanya sedikit sekali perhatian diberikan terhadap penyakit ini.

Intervensi yang efektif untuk penanggulangan pneumonia sebenarnya sudah ada, namun cakupannya kecil. Usaha pengobatan dengan biaya relatif murahpun dimungkinkan. Diperkirakan, apabila antibiotika diberikan secara universal pada semua kasus pneumonia, angka kematian dapat diturunkan sebesar 600.000 anak dengan biaya \$ 600 juta. Bila pemberian antibiotika disertai dengan pencegahan yang baik, maka kematian dapat dicegah pada 1,3 juta anak yang menderita pneumonia. Sejak tahun 1980-an, WHO telah mengembangkan strategi untuk penatalaksanaan kasus (*case-management*) dalam rangka menurunkan kematian yang disebabkan oleh penyakit yang berhubungan dengan pneumonia. Pedoman kemudian dikembangkan dan diintegrasikan ke program Integrasi Tatalaksana Balita Sakit (*Integrated Management of Childhood Illness/IMCI*), yang juga memasukkan pedoman untuk pelayanan kesehatan primer dan tatalaksana kasus di rumah sakit. Meskipun program tersebut telah berlangsung lebih dari 25 tahun, angka kematian anak

karena pneumonia tetaplah tinggi. Ini merupakan tantangan bagi kita semua, terutama dalam usaha mencapai tujuan *Millennium Development Goals* (MDG) no 4, yaitu menurunkan kematian anak (balita) sebesar dua pertiga diantara tahun 1990 dan 2015.

Epidemiologi

Menurut UNICEF dan WHO (tahun 2006), pneumonia merupakan pembunuh anak paling utama yang terlupakan (*major "forgotten killer of children"*). Pneumonia merupakan penyebab kematian yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan total kematian akibat AIDS, malaria dan campak. Setiap tahun, lebih dari 2 juta anak meninggal karena pneumonia, berarti 1 dari 5 orang balita meninggal di dunia. Pneumonia merupakan penyebab kematian yang paling sering, terutama di negara dengan angka kematian tinggi. Hampir semua kematian akibat pneumonia (99,9%), terjadi di negara berkembang dan kurang berkembang (*least developed*). Jumlah kematian tertinggi terjadi di daerah Sub Sahara yang mencapai 1.022.000 kasus per tahun dan di Asia Selatan mencapai 702.000 kasus per tahun. Diperkirakan setiap tahun lebih dari 95% kasus baru pneumonia terjadi di negara berkembang. Menurut laporan WHO, lebih dari 50% kasus pneumonia berada di Asia Tenggara dan Sub-Sahara Afrika. Dilaporkan pula bahwa tiga per empat kasus pneumonia pada balita di seluruh dunia berada di 15 negara. Indonesia merupakan salah satu diantara ke 15 negara tersebut dan menduduki tempat ke-6 dengan jumlah kasus sebanyak 6 juta. Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) dari Departemen Kesehatan tahun 1992, 1995 dan 2001 menunjukkan bahwa pneumonia mempunyai kontribusi besar terhadap kematian bayi dan anak. Sedangkan pada penelitian kesehatan dasar (Risksdas) tahun 2007, pneumonia

menduduki tempat ke-2 sebagai penyebab kematian bayi dan balita setelah diare dan menduduki tempat ke-3 sebagai penyebab kematian pada neonatus.

Penelitian yang dilakukan di Pulau Lombok tahun 1998 sampai 2002 mendapatkan hasil sebagai berikut: kejadian pneumonia pada anak usia kurang dari 2 tahun adalah sebesar 30,433 per 100.000 anak/tahun, kejadian pneumonia Hib adalah 894 per 100.000 anak/tahun, dan kematian anak karena pneumonia Hib adalah 92/100 anak/tahun.

Penyebab pneumonia

Pneumonia dapat disebabkan karena infeksi berbagai bakteri, virus dan jamur. Namun, penyakit pneumonia yang disebabkan karena jamur sangatlah jarang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 70% penyakit pneumonia disebabkan oleh bakteri. Sulit untuk membedakan penyebab pneumonia karena virus atau bakteri. Seringkali terjadi infeksi yang didahului oleh infeksi virus dan selanjutnya terjadi tambahan infeksi bakteri. Kematian pada pneumonia berat, terutama disebabkan karena infeksi bakteri.

Bakteri penyebab pneumonia tersering adalah *Haemophilus influenzae* (20%) dan *Streptococcus pneumoniae* (50%). Bakteri penyebab lain adalah *Staphylococcus aureus* dan *Klebsiella pneumoniae*. Sedangkan virus yang sering menjadi penyebab pneumonia adalah *respiratory syncytial virus* (RSV) dan *influenza*. Jamur yang biasanya ditemukan sebagai penyebab pneumonia pada anak dengan AIDS adalah *Pneumocystis jiroveci* (PCP).

Data mengenai kuman penyebab pneumonia sangat terbatas. Padahal, mengetahui kuman penyebab pneumonia sangat penting untuk menyesuaikan dengan antibiotika yang akan diberikan. Penelitian Kartasasmita, dkk di Majalaya, Kabupaten Bandung pada tahun 2000 menyatakan bahwa *Streptococcus pneumoniae* (*Pneumococcus/ pneumokokus*) diduga menjadi penyebab utama pneumonia pada balita. Penelitian tersebut diperkuat dengan didapatkannya 67.8% bakteri pneumokokus dari 25% apus tenggorok yang positif dari balita yang sakit.

Etiologi Pneumonia berdasarkan umur.

Pada Bayi baru lahir, pneumonia seringkali terjadi karena aspirasi, infeksi virus Varicella-zoster dan infeksi berbagai bakteri gram negatif seperti bakteri Coli, TORCH, Streptokokus dan Pneumokokus. Pada Bayi, pneumonia biasanya disebabkan oleh berbagai virus, yaitu *Adenovirus*, *Coxsackie*, *Parainfluenza*, *Influenza A or B*, *Respiratory Syncytial Virus* (RSV), dan bakteri yaitu *B. streptococci*, *E. coli*, *P. aeruginosa*, *Klebsiella*, *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *Chlamydia*. Pneumonia pada batita dan anak pra-sekolah disebabkan oleh virus, yaitu: *Adeno*, *Parainfluenza*, *Influenza*

A or B, dan berbagai bakteri yaitu: *S. pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococci A*, *Staphylococcus aureus*, *Chlamydia*. Pada anak usia sekolah dan usia remaja, pneumonia disebabkan oleh virus, yaitu *Adeno*, *Parainfluenza*, *Influenza A or B*, dan berbagai bakteri, yaitu *S. pneumoniae*, *Streptococcus A* dan *Mycoplasma*.

Faktor risiko

Faktor risiko adalah faktor atau keadaan yang mengakibatkan seorang anak rentan menjadi sakit atau sakitnya menjadi berat. Berbagai faktor risiko yang meningkatkan kejadian, beratnya penyakit dan kematian karena pneumonia, yaitu status gizi (gizi kurang dan gizi buruk memperbesar risiko), pemberian ASI (ASI eksklusif mengurangi risiko), suplementasi vitamin A (mengurangi risiko), suplementasi zinc (mengurangi risiko), bayi berat lahir rendah (meningkatkan risiko), vaksinasi (mengurangi risiko), dan polusi udara dalam kamar terutama asap rokok dan asap bakaran dari dapur (meningkatkan risiko).

Asupan gizi yang kurang merupakan risiko untuk kejadian dan kematian balita dengan infeksi saluran pernapasan. Perbaikan gizi seperti pemberian ASI eksklusif dan pemberian mikro-nutrien bisa membantu pencegahan penyakit pada anak. Pemberian ASI *sub-optimal* mempunyai risiko kematian karena infeksi saluran napas bawah, sebesar 20%.

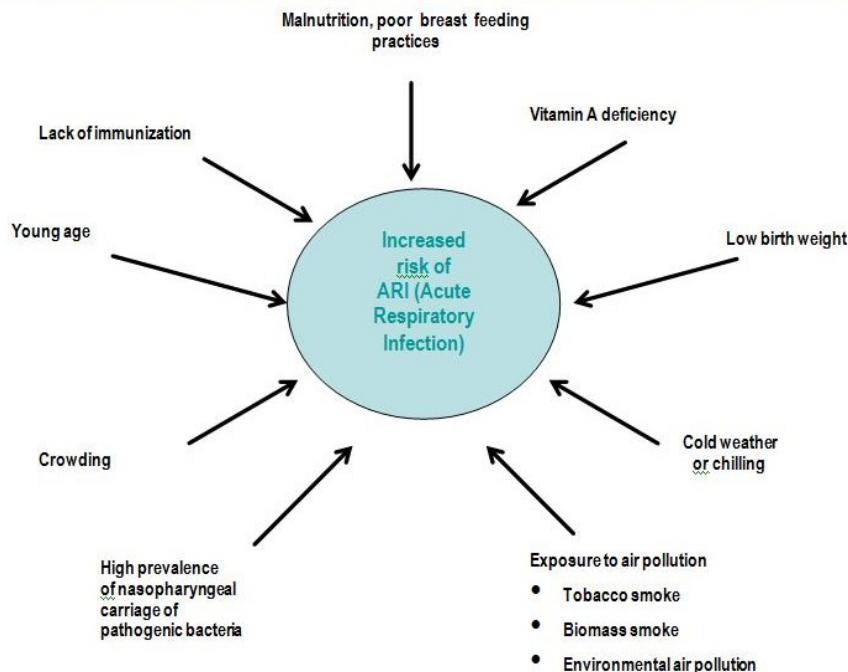
Program pemberian vitamin A setiap 6 bulan untuk balita telah dilaksanakan di Indonesia. Vitamin A bermanfaat untuk meningkatkan imunitas dan melindungi saluran pernapasan dari infeksi kuman. Hasil penelitian Sutrisna di Indramayu (1993) menunjukkan peningkatan risiko kematian pneumonia pada anak yang tidak mendapatkan vitamin A. Namun, penelitian Kartasasmita (1993) menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna insidens dan beratnya pneumonia antara balita yang mendapatkan vitamin A dan yang tidak, hanya waktu untuk sakit lebih lama pada yang tidak mendapatkan vitamin A. Suplementasi Zinc (Zn) perlu diberikan untuk anak dengan diet kurang Zinc di negara berkembang.

Penelitian di beberapa negara Asia Selatan menunjukkan bahwa suplementasi Zinc pada diet sedikitnya 3 bulan dapat mencegah infeksi saluran pernapasan bawah. Di Indonesia, Zinc dianjurkan diberikan pada anak yang menderita diare.

Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) mempunyai risiko untuk meningkatnya ISPA, dan perawatan di rumah sakit penting untuk mencegah BBLR.

Pemberian imunisasi dapat menurunkan risiko untuk terkena pneumonia. Imunisasi yang berhubungan dengan kejadian penyakit pneumonia adalah imunisasi pertusis (DTP), campak, *Haemophilus influenzae*, dan pneumokokus.

Faktor Risiko Untuk Pneumonia pada Balita



Polusi udara yang berasal dari pembakaran di dapur dan di dalam rumah mempunyai peran pada risiko kematian balita di beberapa negara berkembang. Diperkirakan 1,6 juta kematian berhubungan dengan polusi udara dari dapur. Hasil penelitian Dherani, dkk (2008) menyimpulkan bahwa dengan menurunkan polusi pembakaran dari dapur akan menurunkan morbiditas dan mortalitas pneumonia. Hasil penelitian juga menunjukkan anak yang tinggal di rumah yang dapurnya menggunakan listrik atau gas cenderung lebih jarang sakit ISPA dibandingkan dengan anak yang tinggal dalam rumah yang memasak dengan menggunakan minyak tanah atau kayu. Selain asap bakaran dapur, polusi asap rokok juga berperan sebagai faktor risiko. Anak dari ibu yang merokok mempunyai kecenderungan lebih sering sakit ISPA daripada anak yang ibunya tidak merokok (16% berbanding 11%).

Faktor lain yang mempengaruhi morbiditas dan mortalitas ISPA adalah pendidikan ibu dan status sosio-ekonomi keluarga. Makin rendah pendidikan ibu, makin tinggi prevalensi ISPA pada balita.

Diagnosis

Gejala pneumonia bervariasi tergantung pada umur penderita dan penyebab infeksinya. Pneumonia karena infeksi bakteri biasanya menyebabkan anak sakit berat mendadak dengan demam tinggi dan napas cepat. Infeksi karena virus umumnya lebih gradual dan bisa memburuk

setiap saat. Gejala - gejala yang sering ditemui pada anak dengan pneumonia adalah napas cepat dan sulit bernapas, batuk, demam, menggigil, sakit kepala, nafsu makan hilang, dan mengik. Balita yang menderita pneumonia berat bisa mengalami kesulitan bernafas, sehingga dadanya bergerak naik turun dengan cepat atau tertarik ke dalam saat menarik napas/inspirasi yang dikenal sebagai '*lower chest wall indrawing*'. Gejala pada anak usia muda bisa berupa kejang, kesadaran menurun, suhu turun (hipotermia), tidak bereaksi (letargi) dan minum terganggu. Diagnosis pneumonia dipastikan dengan foto dada (X-ray) dan uji laboratorium, namun pada tempat-tempat yang tidak mampu melaksanakannya, kasus dugaan pneumonia dapat ditetapkan secara klinis dari gejala klinis yang ada. Pedoman untuk temuan kasus pneumonia dari WHO telah ada sehingga dengan cara yang sederhana dan mudah, pemberi pelayanan dapat berperan penting dalam mengenal secara dini gejala pneumonia pada balita dan memberikan pengobatan secara tepat. Pelaksanakan tatalaksana pneumonia secara efektif telah diteliti di banyak negara berkembang akan menurunkan kejadian dan kematian karena pneumonia.

Hal yang penting untuk diperhatikan adalah apabila seorang anak batuk dan sulit bernapas, untuk mencegah menjadi berat dan kematian, anak tersebut harus segera mendapatkan pertolongan sesuai dengan pedoman tatalaksana.

Pada Tabel 1 dapat dilihat Pedoman Tatalaksana Kasus Pneumonia pada Balita.

Tabel 1. Pedoman Tatalaksana Kasus Pneumonia Pada Anak

Gejala	Diklasifikasi sebagai	Pengobatan
<ul style="list-style-type: none"> • Napas cepat (*) • Tarikan dinding dada bagian bawah kedalam • Stridor pada anak dalam keadaan tenang 	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonia Berat 	<ul style="list-style-type: none"> • Segera rujuk ke rumah sakit untuk pemberian suntikan antibiotika dan pemberian oksigen bila diperlukan. • Berikan 1 dosis antibiotika yang tepat
<ul style="list-style-type: none"> • Napas cepat (*) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonia tidak berat 	<ul style="list-style-type: none"> • Berikan antibiotika yang tepat untuk diminum • Nasihat ibu dan beritahu bila harus kembali untuk kunjungan kontrol
<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada napas cepat 	<ul style="list-style-type: none"> • Bukan pneumonia (penyakit paru lain) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nasihat ibu dan beritahu kapan harus kembali bila gejala menetap atau keadaan memburuk

(*) Disebut napas cepat, apabila:

Anak usia < 2 bulan bernapas 60 kali atau lebih per menit

Anak usia 2 bulan sampai 11 bulan bernapas 50 kali atau lebih per menit

Anak usia 12 bulan sampai 5 tahun bernapas 40 kali atau lebih per menit

Pencegahan

Pencegahan pneumonia selain dengan menghindarkan atau mengurangi faktor risiko dapat dilakukan dengan beberapa pendekatan, yaitu dengan pendidikan kesehatan di komunitas, perbaikan gizi, pelatihan petugas kesehatan dalam hal memanfaatkan pedoman diagnosis dan pengobatan pneumonia, penggunaan antibiotika yang benar dan efektif, dan waktu untuk merujuk yang tepat dan segera bagi kasus yang pneumonia berat. Peningkatan gizi termasuk pemberian ASI eksklusif dan asupan zinc, peningkatan cakupan imunisasi, dan pengurangan polusi udara didalam ruangan dapat pula mengurangi faktor risiko. Penelitian terkini juga menyimpulkan bahwa mencuci tangan dapat mengurangi kejadian pneumonia.

Usaha Untuk mencegah pneumonia ada 2 yaitu:

- * Pencegahan Non spesifik, yaitu:
 1. Meningkatkan derajat sosio-ekonomi
 - Kemiskinan ↓
 - Tingkat pendidikan ↑
 - Kurang gizi ↓
 - Derajat kesehatan ↑
 - Morbiditas dan mortalitas ↓
 2. Lingkungan yang bersih, bebas polusi
- * Pencegahan Spesifik
 1. Cegah BBLR
 2. Pemberian makanan yang baik/gizi seimbang

3. Berikan imunisasi

Vaksinasi yang tersedia untuk mencegah secara langsung pneumonia adalah vaksin pertussis (ada dalam DTP), campak, Hib (*Haemophilus influenzae type b*) dan *Pneumococcus* (PCV). Dua vaksin diantaranya, yaitu pertussis dan campak telah masuk ke dalam program vaksinasi nasional di berbagai negara, termasuk Indonesia. Sedangkan Hib dan pneumokokus sudah dianjurkan oleh WHO dan menurut laporan, kedua vaksin ini dapat mencegah kematian 1.075.000 anak setahun. Namun, karena harganya mahal belum banyak negara yang memasukkan kedua vaksin tersebut ke dalam program nasional imunisasi.

1. Vaksin Campak

Campak adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus campak. Penyakit ini dapat dikatakan ringan karena dapat sembuh dengan sendirinya, namun dapat dikatakan berat dengan berbagai komplikasi seperti pneumonia yang bahkan dapat mengakibatkan kematian, terutama pada anak kurang gizi dan anak dengan gangguan sistem imun. Komplikasi pneumonia yang timbul pada anak yang sakit campak biasanya berat. Menurunkan kejadian penyakit campak pada balita dengan memberikan vaksinasi dapat menurunkan kematian akibat pneumonia. Sejak 40 tahun lalu telah ada vaksin campak yang aman dan efektif, cakupan imunisasi mencapai 76%, namun laporan tahun 2004 menunjukkan penyakit campak masih menyerang 30 – 40 juta anak.

2. Vaksin Pertusis

Penyakit pertussis dikenal sebagai batuk rejan atau batuk seratus hari. Penyakit ini masih sering ditemui. Penyakit ini disebabkan infeksi bakteri *Bordetella pertussis*. Vaksinasi terhadap penyakit ini sudah lama masuk ke dalam program imunisasi nasional di Indonesia, diberikan dalam sediaan DTP, bersama difteri dan tetanus. Pada negara yang cakupan imunisasinya rendah, angka kematian masih tinggi dan mencapai 295.000 – 390.000 anak pertahun.

3. Vaksin Hib

Pada negara berkembang, bakteri *Haemophilus influenzae type b* (Hib) merupakan penyebab pneumonia dan radang otak (meningitis) yang utama. Diduga Hib mengakibatkan penyakit berat pada 2 sampai 3 juta anak setiap tahun. Vaksin Hib sudah tersedia sejak lebih dari 10 tahun, namun penggunaannya masih terbatas dan belum merata. Pada beberapa negara, vaksinasi Hib telah masuk program nasional imunisasi, tapi di Indonesia belum. Di negara maju, 92% populasi anak sudah mendapatkan vaksinasi Hib. Di negara berkembang, cakupan mencapai 42% sedangkan di negara yang belum berkembang hanya 8% (2003). Hal ini dimungkinkan karena harganya yang relatif mahal dan informasi yang kurang. WHO menganjurkan agar Hib diberikan kepada semua anak di negara berkembang

4. Vaksin Pneumococcus

Pneumokokus merupakan bakteri penyebab utama pneumonia pada anak di negara berkembang. Vaksin pneumokokus sudah lama tersedia untuk anak usia diatas 2 tahun dan dewasa. Saat ini vaksin pneumokokus untuk bayi dan anak dibawah 3 tahun sudah tersedia, yang dikenal sebagai *pneumococcal conjugate vaccine* (PCV). Vaksin PCV ini sudah dimanfaatkan di banyak negara maju. Hasil penelitian di Amerika Serikat setelah penggunaan vaksin secara rutin pada bayi, menunjukkan penurunan bermakna kejadian pneumonia pada anak dan keluarganya terutama para lansia. Saat ini yang beredar adalah vaksin PCV 7, artinya vaksin mengandung 7 serotipe bakteri pneumokokus dan dalam waktu dekat akan tersedia vaksin PCV 10. Hasil penelitian di Gambia (Afrika), dengan pemberian imunisasi PCV 9 terjadi penurunan kasus pneumonia sebesar 37%, pengurangan penderita yang harus dirawat di rumah sakit sebesar 15%, dan pengurangan kematian pada anak sebesar 16%. Hal ini membuktikan bahwa vaksin tersebut sangat efektif untuk menurunkan kematian pada anak karena pneumonia.

Pengobatan

Pemberian antibiotika segera pada anak yang terinfeksi pneumonia dapat mencegah kematian. UNICEF dan WHO telah mengembangkan pedoman untuk diagnosis dan

pengobatan pneumonia di komunitas untuk negara berkembang yang telah terbukti baik, dapat diterima dan tepat sasaran. Antibiotika yang dianjurkan diberikan untuk pengobatan pneumonia di negara berkembang adalah kotrimoksasol dan amoksisin. Beberapa penelitian menunjukkan, pemberian kotrimoksasol (Kartasasmita dkk, 2010) maupun amoksisin selama 3 hari pada anak dengan pneumonia tidak berat sama hasil akhirnya dengan pemberian selama 5 hari.

Kesimpulan

Pneumonia merupakan penyebab kesakitan dan kematian nomor satu pada balita, terutama di negara berkembang. Berbagai faktor risiko berperan pada kejadian dan beratnya penyakit, serta kematian, yaitu kurang gizi, pemberian ASI yang tidak ekslusif, kepadatan hunian (*crowding*), polusi udara di dalam ruangan terutama asap rokok, kemiskinan, pendidikan ibu kurang, ketidak tahanan, dan akses yang sulit terhadap pelayanan kesehatan.

Langkah yang perlu dilakukan adalah kenali anak yang sakit, cari pertolongan yang diperlukan dan berikan antibiotika yang tepat sesuai anjuran WHO, yaitu kotrimoksasol atau amoksisin. Pencegahan dapat dilakukan dengan menghindarkan faktor risiko dan melaksanakan pedoman penatalaksanaan pneumonia dengan tepat dan cepat serta meningkatkan pemberian imunisasi khususnya DTP, campak, Hib dan pneumokokus (PCV).

Daftar Pustaka

- Derani M, Pope D, Mascarenhas, Smith KR, Weber M, Nigel B. *Indoor air pollution from unprocessed solid fuel use and pneumonia risk in children aged under five years: a systematic review and meta analysis*. Bull WHO 2008;86:390-398
- Kartasasmita CB. 1993. *Morbidity and risk factors for acute respiratory infections (ARI) in Underfive children, in Cikutra, an urban area in the municipality of Bandung, Indonesia*. PhD dissertation Catholic University of Leuven, Faculty of Medicine.
- Suardi AU, Bratasena A, Supriyatno B, Setyanto DB, Sulani F, Djahir H, Djelantik IGG, Sundoro J, Pritisari K, Said M, Weber M, Kaswandani N, Soedjatmiko. 2009. *Situational Analysis of Acute Respiratory Infection s in Children in Indonesia*. Jakarta
- Sutrisna B. 1993. *Risk factors for Pneumonia in children under 5-years of age and a model for its control. Summary of dissertation*, University of Indonesia.
- Unicef/WHO. 2006. *Pneumonia The Forgotten Killer of Children*.



Strategi Mempertahankan Cakupan Pneumonia untuk Menurunkan Angka Kesakitan dan Kematian Balita di Kabupaten Kebumen (Suatu Best Practice)

Oleh : Kusbiyantoro, SKM, M.Kes

Kepala Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan (PMK)
Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen, Jawa Tengah

Kabupaten Kebumen merupakan salah satu kabupaten di Jawa Tengah yang terletak di jalur selatan Pulau Jawa. Luas wilayah Kabupaten Kebumen adalah 1.281,11 km² dengan jumlah penduduk tahun 2009 sebanyak 1.241.544 jiwa. Topografi wilayah meliputi 70% pegunungan dan 30% berupa daratan dan pantai. Secara administrasi, Kabupaten Kebumen terdiri dari 26 wilayah Kecamatan yang mencakup 460 desa/kelurahan. Sarana Kesehatan yang ada meliputi 35 unit Puskesmas (28 Puskesmas rawat jalan dan 7 puskesmas rawat inap), 10 unit RS (1 RSUD, 9 RS swasta), 1 unit BP4, dan Pelayanan Kesehatan di luar gedung meliputi : Pustu (76 unit), PKD (175 unit), Polindes (200 unit), Posyandu (2.294 unit).

Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Kabupaten Kebumen, berdasarkan laporan Sistem Surveilans Terpadu (SST) tahun 2009 menempati urutan pertama pada sepuluh besar penyakit rawat jalan di Puskesmas. Kasus pneumonia menempati urutan ketiga dan merupakan penyebab utama kematian pada balita.

Permasalahan tingginya angka kesakitan dan kematian balita karena pneumonia, di Kabupaten Kebumen sejak tahun 1990 sudah melakukan upaya pengendaliannya melalui Program Pengendalian Penyakit ISPA (P2 ISPA). Pada awal kegiatan, program ini masih belum memenuhi harapan sesuai dengan indikator keberhasilan program seperti cakupan penemuan penderita yang rendah, kualitas tatalaksana belum sesuai standar dan tingginya ratio penggunaan antibiotik.

Program P2 ISPA secara intensif dilaksanakan pada tahun 1997, saat Kabupaten Kebumen ditunjuk oleh Departemen Kesehatan melalui Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) dengan proyek intensifikasi pemberantasan penyakit menular (*Intensified Communicable*

Disease Control/ICDC-ADB). Kegiatan proyek mencakup tiga pilar, yaitu Intensifikasi program, peningkatan kapasitas sumber daya manusia dan pembangunan kemitraan. Pelaksanaan program P2 ISPA dikembangkan dengan konsep Manajemen Terpadu Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

Peningkatan pelaksanaan program P2 ISPA di Kabupaten Kebumen dalam tatalaksana penderita balita sakit mulai tahun 2000 dikembangkan dengan menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) yang merupakan model tatalaksana kasus terpadu untuk berbagai penyakit atau masalah kesehatan anak yang meliputi pneumonia, diare, malaria, DBD, campak, status gizi, anemia, status imunisasi dan status vitamin A. Selanjutnya, untuk memantau angka kematian bayi-balita beserta penyebab kematianya juga dikembangkan autopsi verbal kematian balita.

Pelaksanaan MTBS di puskesmas dikembangkan secara bertahap diawali dengan adanya ketersediaan sumber daya terlatih MTBS, terutama bidan dan dokter. Dalam tatalaksana MTBS di Puskesmas pelaksana, pada awal kegiatan dikembangkan secara bertahap pada proporsi balita sakit yang berkunjung ke Puskesmas (kunjungan dalam gedung) dan selanjutnya dikembangkan pelayanan luar gedung. Agar jaminan pelayanan MTBS berkualitas dan mencakup sasaran yang luas, maka pelatihan tenaga kesehatan perlu terus ditingkatkan cakupan dan kualitasnya disertai dengan pembinaan yang teratur dan berkelanjutan.

Dukungan sumber daya, baik dana dan prasarana pelayanan MTBS perlu diperkuat dan dijamin ketersediaannya dengan meningkatkan mobilisasi sumber dana, baik APBD II, APBD I maupun Jamkesmas.

Untuk memperoleh Gambaran pelaksanaan program P2 ISPA dengan pendekatan MTBS dan pelaksanaan autopsi verbal kematian balita di Kabupaten Kebumen, disampaikan sebagai suatu *best practice*. Laporan ini menggambarkan upaya Kabupaten Kebumen dalam mengembangkan strategi dan inovasi Pelaksanaan Program P2 ISPA dengan tujuan menurunkan angka kesakitan dan kematian balita karena pneumonia

TUJUAN

1. Diketahuinya pelaksanaan dan hasil kegiatan program P2 ISPA, MTBS dan autopsi verbal kematian balita di Kabupaten Kebumen.
2. Diketahuinya permasalahan dalam pelaksanaan program P2 ISPA, MTBS dan autopsi verbal kematian balita di Kabupaten Kebumen.
3. Diketahuinya upaya langkah tindak lanjut dalam perbaikan program P2 ISPA, MTBS, dan autopsi verbal kematian balita.
4. Diketahuinya strategi mempertahankan cakupan pneumonia dan dampaknya terhadap penurunan angka kematian balita karena pneumonia.

KEGIATAN PROGRAM P2 ISPA

Program P2 ISPA adalah suatu program pemberantasan penyakit menular yang ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan dan angka kematian akibat infeksi saluran pernafasan akut, terutama pneumonia (infeksi paru akut) pada usia dibawah lima tahun.

Program P2 ISPA dikembangkan dengan mengacu pada konsep menjajemn terpadu pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan berbasis wilayah. Konsep terpadu meliputi penanganan pada sumber penyakit, faktor risiko lingkungan, faktor risiko perilaku dan kejadian penyakit dengan memperhatikan kondisi lokal.

Untuk mewujudkan tujuan program, dalam implementasinya dikelompokkan menjadi tiga pilar, yaitu intensifikasi program, peningkatan dan pengembangan sumber daya manusia serta membangun kemitraan. Hasil pencapaian pelaksanaan kegiatan disampaikan pada bagian selanjutnya.

Intensifikasi Program.

Pada kegiatan intensifikasi program, dilaksanakan beberapa kegiatan dalam rangka meningkatkan jangkauan program, cakupan dan mutu pelayanan. Adapun kegiatannya meliputi:

1. Penemuan dan pengobatan penderita.
 - Penemuan dan tatalaksana kasus melalui MTBS.
 - Penerapan kartu waspada pneumonia. Kartu waspada pneumonia merupakan output dari hasil *Operational Research* (OR) pada tahun 2001 yang sampai saat ini masih diterapkan. Tujuan adanya kartu waspada adalah untuk meningkatkan kunjungan ulang

kasus pneumonia. Berdasarkan hasil survei luas, penerapan kartu waspada pneumonia dapat meningkatkan kunjungan ulang, sehingga kondisi anak akan bisa terpantau. Pada saat seorang anak diklasifikasikan pneumonia, akan diberikan kartu waspada untuk dibawa kembali pada saat kunjungan ulang dengan tujuan menilai kembali kondisi balita. Pada saat balita datang untuk melakukan kunjungan ulang dengan membawa kartu waspada pneumonia, yang bersangkutan tidak akan dikenakan biaya tarif karcis di puskesmas.

- Rujukan kasus (Rujukan kader dan rujukan puskesmas)
2. Pelaksanaan dan Pengembangan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

Pada dasarnya MTBS diterapkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan balita sakit, yang selanjutnya diharapkan dapat meningkatkan cakupan program serta memberikan dampak penurunan angka kesakitan dan kematian balita karena pneumonia. Penatalaksanaan balita sakit dengan pendekatan MTBS di Kabupaten Kebumen dimulai pada tahun 2000 dengan 4 puskesmas sebagai uji coba. Pengembangan puskesmas pelaksana MTBS dilakukan secara bertahap setiap tahun. Tahapan pelaksanaan MTBS di puskesmas Kabupaten Kebumen yang terdiri dari 35 puskesmas adalah Tahun 2000 (12,1 %), 2001 (21,2 %), 2002 (39,4 %), 2003 (57,5 %), 2004 (94,3 %) dan tahun 2007 (100 %).

Pengembangan Puskesmas MTBS ini diawali dengan dukungan dana ICDC, dan selanjutnya dengan dukungan dana APBD Kabupaten. Untuk meningkatkan kualitas pelaksanaan MTBS, perlu dilakukan strategi dengan pemenuhan sarana dan prasarana penunjang yang dipenuhi dengan anggaran APBD Kabupaten maupun anggaran puskesmas (Jamkesmas), dan sumber anggaran lain yang meliputi :

- Ruangan khusus untuk MTBS / terpisah dari Poli Umum. Desain ruangan khusus dibuat dengan prinsip nyaman, aman dan disukai anak-anak (inovasi masing-masing Puskesmas)
- Alat permainan edukatif (APE)
- Sarana RR MTBS (Blangko MTBS/MTBM, buku catatan harian MTBS, Kartu Nasehat Ibu (KNI), Kartu waspada pneumonia
- Timbangan bayi / Timbangan anak
- Thermometer
- Alat bantu hitung frekuensi nafas (*Ari sound timer*)
- Manchet anak
- Sarana promosi untuk media elektronik (CD dan buku untuk kader).

TULISAN TERKAIT TOPIK

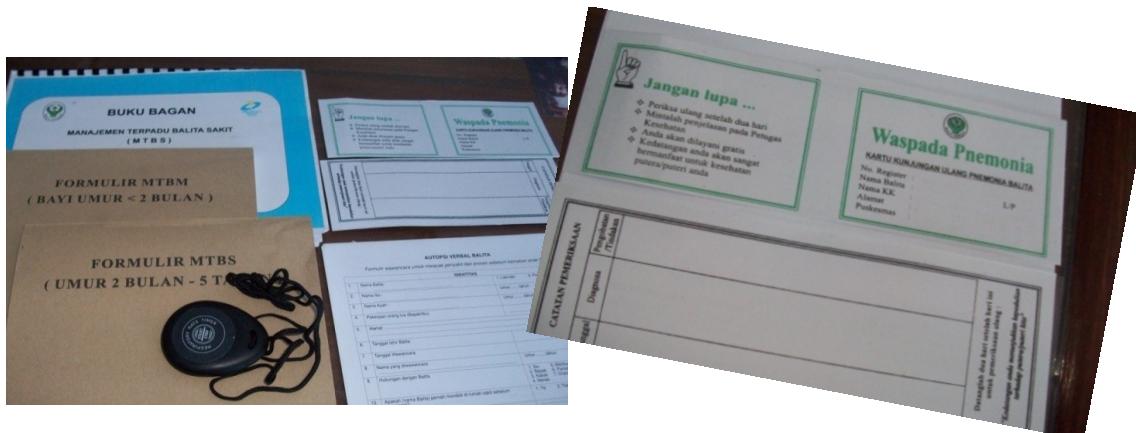
3. Tindak lanjut penanganan kasus pneumonia
Dalam tatalaksana kasus pneumonia, tindak lanjut kasus adalah kunjungan ulang kasus pneumonia dan juga adanya kunjungan rumah kasus pneumonia yang tidak melakukan kunjungan ulang yang dikoordinasikan dengan bidan desa setempat. Terintegrasi nya Poli MTBS dengan klinik sanitasi di Puskesmas sehingga saat kasus dengan faktor risiko penyakit berbasis lingkungan termasuk pneumonia dirujuk ke klinik sanitasi, akan dilakukan konseling dan tindak lanjut kunjungan rumah oleh petugas.

4. Pelaksanaan autopsi verbal kematian balita
Autopsi Verbal yaitu diagnosis kesakitan anak balita menjelang kematian berdasar wawancara kepada ibu atau pengasuh lain (*Buku Panduan AV, DepKes, 2003*). Autopsi verbal kematian balita dilaksanakan di semua puskesmas Kabupaten Kebumen untuk mengklasifikasikan sebab kematian balita dengan menggunakan instrumen yang telah tersedia. Adanya informasi penyebab kematian balita dapat digunakan untuk mengetahui kualitas pelayanan dan faktor risiko lainnya.

Gambar 1. Pelaksanaan pemeriksaan balita sakit di ruang MTBS.



Gambar 2. Formulir pelaksanaan MTBS



Gambar 3. Pelaksanaan autopsi verbal kematian balita



Pelaksanaan kegiatan pelacakan autopsi verbal kematian balita:

- Dilaksanakan oleh pembina wilayah puskesmas.
 - Ditujukan terhadap semua kematian balita yang meninggal tidak di sarana kesehatan.
 - Setiap akhir tahun dilakukan evaluasi untuk menilai hasil kinerja puskesmas.
 - Diperoleh data sebab kematian balita yang meninggal di komunitas di masing-masing puskesmas.
 - Diperoleh identifikasi permasalahan serta kesepakatan tindak lanjutnya.
5. Peningkatan aspek manajemen program dan manajemen kasus

Pelaksanaan audit manajemen kasus dan kesmas MTBS dilaksanakan secara berkala di puskesmas terpilih untuk mengevaluasi kinerja puskesmas. Pemilihan puskesmas terpilih dilakukan dengan kriteria antara lain, mempunyai cakupan pneumonia kurang dan angka kematian balita tinggi, atau penarapan MTBS yang kurang optimal. Audit manajemen kasus dan kesmas MTBS dilaksanakan oleh Tim MTBS dari Kabupaten. Audit manajemen kasus dan kesmas MTBS dilaksanakan untuk melihat proses MTBS di puskesmas (dengan menilai proses langsung maupun data sekunder) menggunakan check list, termasuk wawancara kepada ibu balita untuk mengetahui kepuasan pelanggan dan mengetahui kendala yang ada serta dapat mencari solusi dalam pemecahan masalah tersebut. Dengan adanya audit ini diharapkan dapat meningkatkan kinerja sehingga dapat meningkatkan tata laksana MTBS dan peningkatan cakupan pneumonia. Audit manajemen kasus dan Kesmas MTBS dilaksanakan pada tahun 2005 s/d 2008.

Saat ini dengan adanya keterbatasan anggaran,

kegiatan yang dilaksanakan dalam rangka menjaga kualitas MTBS dan Program ISPA adalah dilakukan fasilitasi MTBS. Fasilitasi ini sekaligus melaksanakan refreshing bagi petugas MTBS di Puskesmas yang dilaksanakan oleh fasilitator MTBS Kabupaten. Di Kabupaten Kebumen tersedia 6 (enam) orang fasilitator yang akan dijadwalkan mengunjungi puskesmas terpilih. Dalam rangka mengevaluasi kinerja program, dilakukan pertemuan evaluasi P2 ISPA/MTBS di tingkat kabupaten dengan mengundang koordinator ISPA dan MTBS Puskesmas. Pada pertemuan tersebut, dilakukan presentasi secara bergilir dari puskesmas dengan narasumber fasilitator MTBS Kabupaten atau dokter spesialis anak selaku instruktur klinik MTBS dan konsultan medis.

6. Penanggulangan faktor risiko berbasis keluarga. Penanggulangan faktor risiko berbasis keluarga yang pernah dilakukan pada tahun 2002 dengan sumber anggaran ICDC oleh pihak ke-3 adalah perbaikan perumahan (plesterisasi dan pemberian genteng kaca), perbaikan gizi masyarakat (diberikan modal untuk beternak) dan re-desain tungku tradisional yang diberi nama tungku lorena.

Tungku lorena merupakan output hasil *operasional research* (OR) program ISPA pada tahun 2000, dengan tujuan untuk mengendalikan asap dapur sebagai salah satu faktor risiko pneumonia. Latar belakang ide pembuatan tungku lorena adalah karena sebagian besar masyarakat Kabupaten Kebumen memasak menggunakan kayu bakar dan tungku. Hasil studi etnografi tentang penyakit ISPA diperoleh informasi bahwa banyak ditemukan kebiasaan ibu saat yang memasak sambil menggendong anaknya. Kondisi demikian memungkinkan banyak balita terpapar oleh asap.

Gambar 4. Tungku Lorena



Tungku lorena didesain sama dengan tungku tradisional dengan prinsip mengendalikan asap dengan membuat cerobong asap sampai diatas genteng sehingga asap tidak terkonsentrasi di dapur dan balita yang diajak memasak oleh ibunya akan aman. Dalam pengembangan selanjutnya, tungku lorena dikembangkan oleh organisasi profesi yaitu Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HAKLI) cabang Kebumen yang bekerjasama dengan Plan Indonesia (penyandang dana) untuk membuat tungku lorena dengan sasaran keluarga yang mempunyai balita di wilayah binaan Plan Indonesia sejumlah 300 paket. Saat ini penanggulangan faktor risiko ISPA dilakukan secara swadaya dan melalui sumber anggaran lain, termasuk diusulkan dengan APBD Kabupaten dengan sistem usulan lewat desa secara *bottom up planning*.

Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia

1. Pelatihan MTBS

- Pelaksanaan Pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) bagi petugas (bidan/perawat, dokter) bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kinerja petugas dalam memberikan pelayanan

kepada pasien sesuai dengan tatalaksana MTBS. Petugas terlatih MTBS di puskesmas saat ini berjumlah antara 5 – 9 orang per puskesmas dengan kompetensi bidan/perawat dan dokter sebagai rujukan kasus, tetapi untuk tenaga dokter sebagian sudah mutasi/pindah. Pelatihan MTBS awal pengembangan difasilitasi dengan anggaran ICDC dan selanjutnya dikembangkan dengan anggaran APBD Kabupaten dengan modul pelatihan dari Pusat (Subdit ISPA, DepKes RI).

- Saat ini, dalam rangka mempertahankan kualitas pelaksanaan MTBS di puskesmas dan meningkatkan kapasitas SDM yang belum dilatih, maka dilaksanakan refreshing MTBS/ *On the job training* di puskesmas yang difasilitasi oleh petugas yang sudah terlatih atau fasilitator MTBS Kabupaten.
- Untuk tetap mempertahankan keberlangsungan program MTBS tetap dilaksanakan dengan baik, di Kabupaten Kebumen tersedia 6 (enam) orang fasilitator MTBS yang terdiri dari (3 org dokter, 2 org paramedis, 1 org kesmas di Kab) dan 1 (satu) orang dokter spesialis anak sebagai instruktur klinis MTBS sekaligus sebagai konsultan .

Gambar 5. Pelatihan MTBS bagi petugas



2. Pelatihan Autopsi Verbal (AV)

- Pelaksanaan pelatihan autopsi verbal bagi petugas (bidan) bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kinerja petugas dalam melaksanakan pelacakan kematian balita. Saat ini tersedia petugas terlatih AV sejumlah 3- 5 orang per puskesmas. Pelatihan Autopsi Verbal awal pengembangan difasilitasi dengan anggaran ICDC dan selanjutnya dikembangkan dengan anggaran APBD Kabupaten.
 - Saat ini, dalam rangka mempertahankan kualitas pelaksanaan AV di puskesmas dan meningkatkan kapasitas SDM yang belum dilatih, maka dilaksanakan refreshing/ *On the job training* untuk bidan yang belum dilatih / bidan baru di puskesmas oleh petugas yang telah dilatih atau difasilitasi oleh Kabupaten.
3. Monitoring dan evaluasi MTBS serta autopsi verbal
 Monitoring dan Evaluasi MTBS dilaksanakan secara rutin ke puskesmas oleh pengelola program MTBS Kabupaten dan fasilitator MTBS setiap tahunnya. Hal ini dilakukan untuk dapat melihat secara langsung pelaksanaan MTBS di tingkat puskesmas. Selain itu, dilaksanakan pula pertemuan evaluasi bagi programer ISPA/MTBS puskesmas secara rutin di Kabupaten dan presentasi puskesmas secara bergilir untuk mengevaluasi kinerja puskesmas dengan narasumber yaitu fasilitator MTBS Kabupaten, dokter spesialis anak selaku instruktur klinis MTBS, atau konsultan medis.

Membangun Kemitraan

Untuk meningkatkan kualitas dan keberlanjutan program P2 ISPA/MTBS/AV, maka dibangun kemitraan dengan LSM, organisasi profesi, lintas program / lintas sektor terkait. Kemitraan yang telah dilaksanakan dengan LSM antara lain, TP.PKK, Aisyiah, Nasyiatul Aisyiah, Muslimat NU, Fattayat NU berupa kegiatan sosialisasi, kunjungan rumah pneumonia/ care seeking dan Plan Indonesia dalam pengendalian faktor risiko ISPA (berupa re-desain tungku loren) pada keluarga balita

Dengan organisasi Profesi Kesehatan, dijalin kemitraan melalui Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dalam peningkatan tatalaksana kasus melalui MTBS dan dengan Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HAKLI) cabang Kebumen dalam pengendalian faktor risiko dengan pengembangan tungku loren. Selanjutnya dalam kemitraan LP/LS dilakukan pertemuan koordinasi dan sosialisasi dengan pihak terkait.

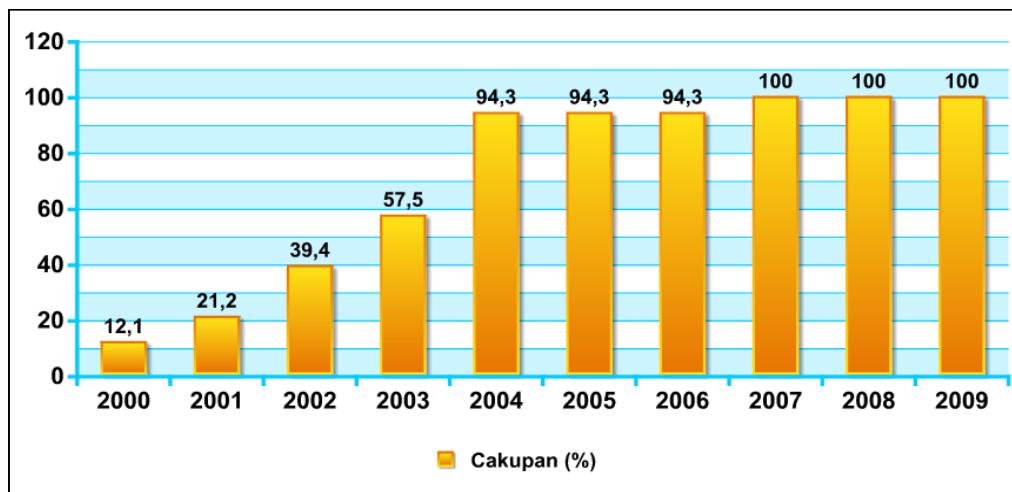
HASIL KEGIATAN

Pencapaian hasil kegiatan P2 ISPA dengan pendekatan MTBS di Kabupaten Kebumen dapat disampaikan sebagai berikut.

1. Puskesmas pelaksana MTBS.

Pelaksanaan MTBS di Kabupaten Kebumen dilaksanakan secara bertahap dengan memperhatikan ketersediaan sumberdaya dan besarnya masalah penyakit ISPA serta potensi wilayah. Tahapan pengembangan puskesmas pelaksana MTBS di Kabupaten Kebumen dari tahun ke tahun dapat dilihat pada Gambar 6.

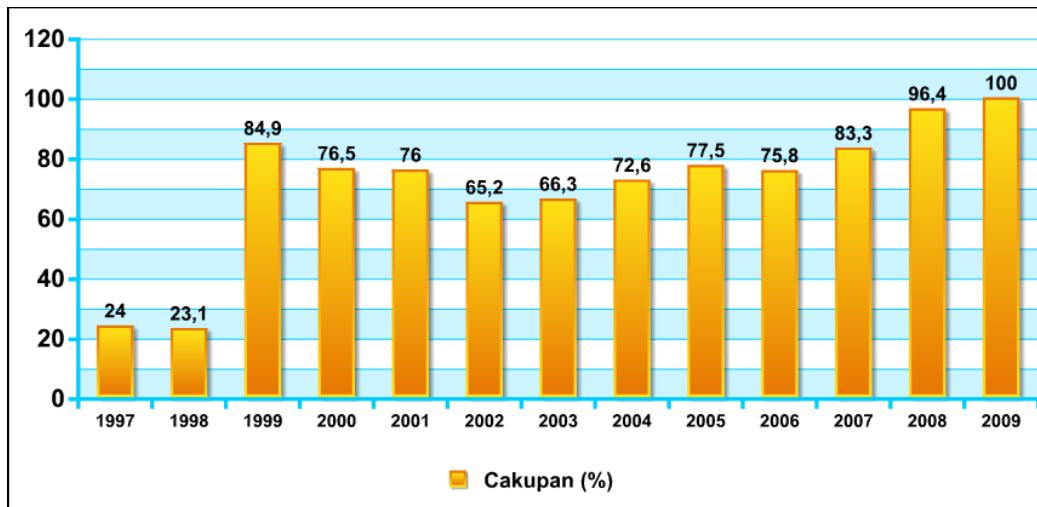
Gambar 6. Persentase puskesmas pelaksana MTBS di Kabupaten Kebumen tahun 2000 – 2009



2. Pencapaian cakupan pneumonia di puskesmas

Cakupan pneumonia di puskesmas terus mengalami peningkatan. Kondisi ini dapat dicapai setelah berbagai komponen dalam program sudah dapat ditingkatkan baik secara kuantitas maupun kualitasnya. Pada awal program ISPA berjalan, cakupan pneumonia masih rendah, intensifikasi program mulai dilaksanakan pada tahun 1997 – 1998 dan selama dua tahun pertama belum menunjukkan peningkatan cakupan. Setelah mulai dilaksanakan intensifikasi dan peningkatan SDM dengan berbagai pelatihan, mulai tahun 1999 cakupan pneumonia bisa meningkat sesuai dengan target. Setelah program intensifikasi berakhir pada tahun 2003, selanjutnya cakupan pneumonia tetap dapat dipertahankan karena di tingkat puskesmas tata laksana balita sakit sudah 100 % terlaksana melalui pendekatan MTBS. Perkembangan cakupan pneumonia selengkapnya, dapat dilihat pada Gambar 7.

Gambar 7. Cakupan pneumonia di Kabupaten Kebumen tahun 1997-2009



3. Kematian balita

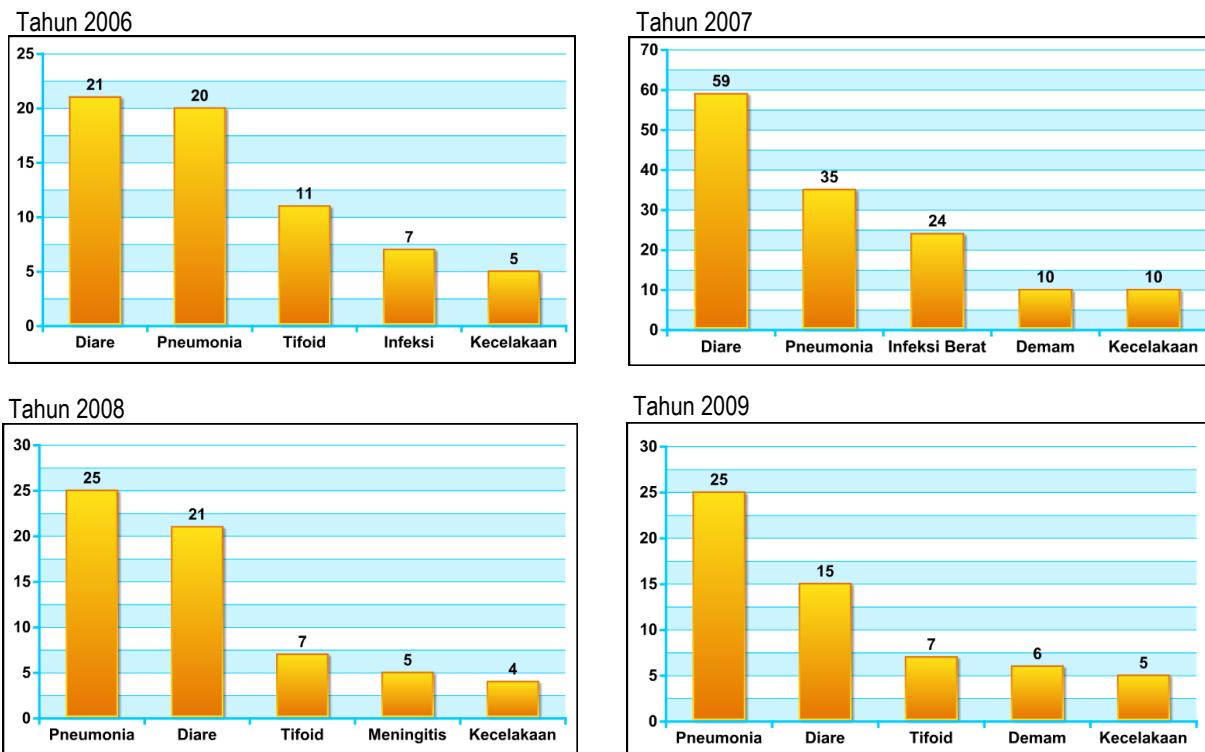
Angka kematian balita dan penyebabnya diperoleh melalui kegiatan autopsi verbal kematian balita yang mulai dilaksanakan di semua puskesmas pada tahun 2000. Kegiatan autopsi verbal di Kabupaten Kebumen yang dimulai tahun 2000 dilaporkan dengan sistem seperti dapat dilihat pada Gambar 8.

Gambar 8. Alur penemuan dan pelaporan kematian balita (AV)



Sedangkan hasil kegiatan autopsi verbal kematian, dapat dianalisa berdasarkan data AV. Kematian balita karena pneumonia selama 10 tahun terakhir (Tahun 2000-2009) menempati urutan pertama atau kedua penyebab kematian balita di Kabupaten Kebumen. Urutan 5 besar penyebab kematian balita selama 4 tahun (Th 2006 – 2009) dapat dilihat pada Gambar 9.

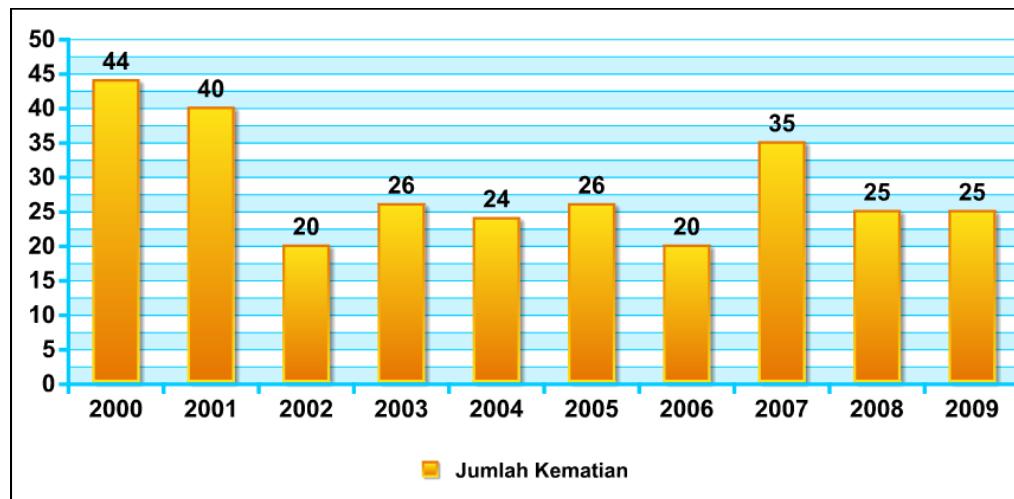
Gambar 9. Lima besar penyebab kematian balita di Kabupaten Kebumen tahun 2006 - 2009



Data kematian pneumonia balita pertahun selama 10 tahun terakhir mengalami fluktuasi, tetapi ada kecenderungan penurunan kasus kematian, seperti dapat dilihat pada Gambar 10.

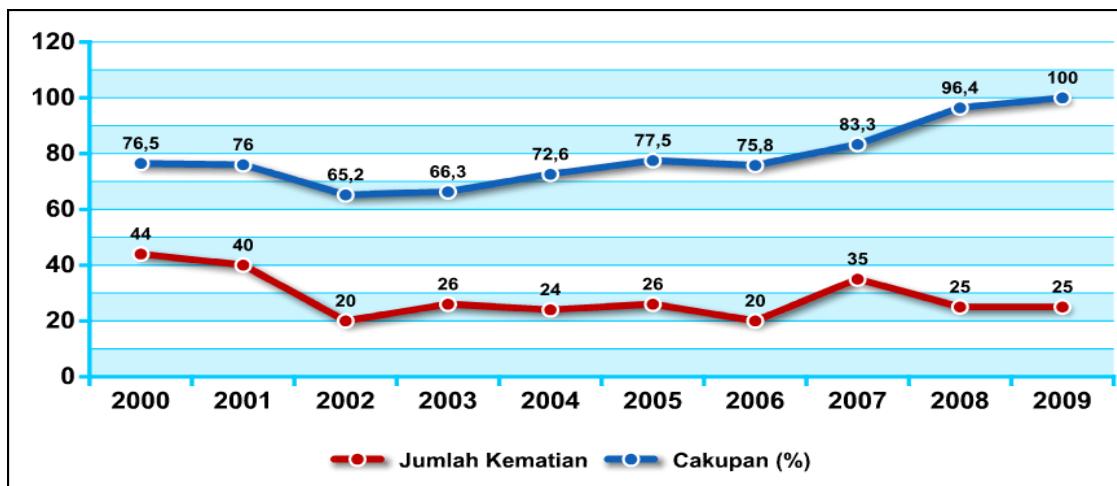
Gambar 10.

Cakupan pneumonia dan jumlah kematian balita karena Pneumonia di Kabupaten Kebumen Tahun 2006-2009.



Selanjutnya, apabila dianalisis antara tren cakupan pneumonia dengan trend kematian pneumonia balita akan terlihat adanya hubungan signifikan walaupun dari tahun ketahun terdapat fluktuasi tren, tetapi untuk 3 (tiga) tahun terakhir dapat dilihat bahwa cakupan pneumonia meningkat signifikan dengan adanya penurunan kematian pneumonia balita, seperti terlihat pada Gambar 11.

Gambar 11.
Tren cakupan pneumonia dan angka kematian pneumonia balita di Kabupaten Kebumen Tahun 2000-2009.



PERMASALAHAN

Beberapa hal yang menghambat dan menjadi permasalahan dalam pencapaian target kegiatan P2 ISPA antara lain :

- Untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan belum semua pengelola program puskesmas melaporkan secara rutin setiap bulannya, sebelum tanggal 10 bulan berikutnya (ketepatan waktu laporan).
- Adanya rotasi/mutasi tenaga yang sudah terlatih MTBS, terutama dokter sehingga pelaksanaan MTBS kurang optimal.
- Kepatuhan petugas dalam penggunaan antibiotik kurang selektif.
- Kunjungan rumah *care seeking* belum terlaksana secara baik (belum semua keluarga/kasus resiko tinggi dikunjungi rumahnya).
- Pelaksanaaan MTBS pada pelayanan luar gedung belum optimal.
- Keterbatasan anggaran untuk pengadaan form RR MTBS (kartu status, kartu KNI, buku catatan harian MTBS).

PEMECAHAN MASALAH

Untuk mengatasi masalah dalam program ISPA, MTBS, dan autopsi verbal kematian balita, maka beberapa langkah yang akan diambil :

- Refreshing program ISPA dan MTBS bagi koordinator program untuk dapat menyamakan tujuan, persepsi dan saling berkomunikasi antar petugas.
- Refreshing / *On the job training* MTBS di puskesmas oleh fasilitator MTBS untuk meningkatkan ketrampilan

petugas dalam tata laksana Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

- Pelatihan autopsi verbal balita bagi bidan desa/pembina wilayah agar dapat melakukan audit kematian balita sesuai dengan standar.
- Evaluasi program tahunan, untuk dapat mengevaluasi kegiatan yang telah dilakukan.
- Monitoring dan evaluasi program ISPA, AV dan MTBS rutin di puskesmas, sebagai sarana untuk dapat meningkatkan komunikasi petugas kabupaten dan petugas puskesmas.
- Pemenuhan sarana dan prasarana MTBS (form cetak MTBS) dengan sumber anggaran Puskesmas.

RENCANA TINDAK LANJUT.

Untuk meningkatkan penemuan penderita ISPA di puskesmas terutama penemuan pneumonia, maka beberapa kegiatan program ISPA yang akan dilaksanakan adalah :

- Refreshing program ISPA dan MTBS bagi koordinator program
- Refreshing / OJT (*On Job Training*) Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
- Pelatihan autopsi verbal balita
- Evaluasi program tahunan
- Monitoring dan evaluasi program ISPA, AV, dan MTBS rutin di puskesmas
- Pemenuhan sarana dan prasarana MTBS (format cetak MTBS)

STRATEGI

Strategi yang dilaksanakan di kabupaten Kebumen dalam rangka mempertahankan cakupan pneumonia, meliputi :

- Pelaksanaan MTBS dan autopsi verbal 100 % dalam tatalaksana balita sakit di puskesmas .
- Monitoring dan evaluasi MTBS dan P2 ISPA secara rutin oleh petugas kabupaten dan fasilitator MTBS.
- Refreshing dan on the job training MTBS dan AV bagi petugas di puskesmas secara rutin oleh fasilitator MTBS
- Audit manajemen kasus dan kesehatan masyarakat MTBS.
- Penanggulangan faktor risiko dengan terintegrasi berbagai sektor terkait
- Pemenuhan sarana prasarana ISPA-MTBS (sarana, logistik, RR)
- Pertemuan evaluasi ISPA/MTBS secara rutin.
- Menjalin kemitraan dengan LSM, organisasi profesi, LP/LS terkait.
- Umpan balik laporan P2 ISPA, MTBS (kelengkapan, ketepatan dan cakupan program).

Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan RI, Dirjen P2PL. 2009. *Pedoman Pengendalian Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan akut*. Jakarta
2. Departemen Kesehatan RI, Dirjen P2PL. *Modul MTBS*
3. Departemen Kesehatan RI, Subdit ISPA. 2003. *Pedoman pelaksanaan Autopsi Verbal Kematian Balita*.
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen. 2006. *Laporan Hasil Pencapaian Pelaksanaan Kegiatan Bidang Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan*.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen. 2009. *Profil Kesehatan*

*Bukan Hasil Akhir Tapi Proses
Menuju Hasil Akhir Itu Yang Terpenting*

(Wulan, Bekasi)



ISSN 2087-1546



9 772087 154655