



Universitas Indonesia

Analisis Content, Context, Actors dan Process
Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir Dalam
Penanggulangan Flu Burung Di Indonesia
Tahun 2007

Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh :
LILIS MUCHLISOH
NPM : 7005011383

PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA

Analisis content ... Lilis Mukhlisoh, FKM UI, 2007

2007

PERNYATAAN PERSTUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Panitia sidang ujian tesis Magister Program Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Depok, 21 Juli 2007

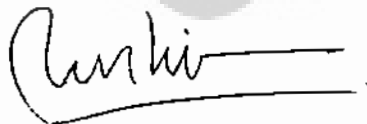
Komisi Pembimbing

Ketua



(dr. Anhari Achadi, SKM, DSc)

Anggota



(Drh. Wiku Bakti B. Adisasmito, MSc, Ph.D)

PANIITIA SIDANG UJIAN TESIS MAGISTER PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA

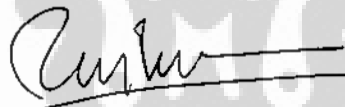
Depok, 21 Juli 2007

Ketua



(dr. Anhari Achadi, SKM, DSc)

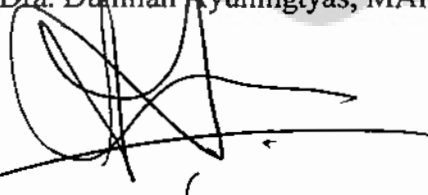
Anggota



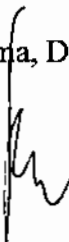
(Drh. Wiku Bakti B. Adisasmito, MSc, Ph.D)



(Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS)



(dr. Tjandra Yoga Aditama, DTM & H, Sp.P (K), MARS)



(Dr. Bagus Satryabudi, M.Kes)

Analisis content ..., Lilis Mukhlisoh, FKM UI, 2007

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Lilis Muchlisoh
NPM : 7005011383
Mahasiswa Program : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2005

Menyatakan bahwa Saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

Analisis *Content, Context, Actors* dan *Process* Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir Dalam Penanggulangan Flu Burung di Indonesia Tahun 2007

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 21 Juli 2007

60
Tgl.
METEOR TEMPEL
(Lilis Muchlisoh)

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KEBIJAKAN KESEHATAN
Tesis, 21 Juli 2007**

Lilis Muchlisoh

Analisis *Content, Context, Actors* dan *Process* Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir Dalam Penanggulangan Flu Burung Di Indonesia Tahun 2007

xviii + 144 halaman, 11 tabel, 2 bagan, 1 grafik, 8 gambar, 13 lampiran

ABSTRAK

Saat ini virus A/H5N1 Avian Influenza adalah ancaman bagi kesehatan masyarakat karena potensi pandeminya. Dimana pandemi Influenza menjadi ancaman yang akan menyebabkan meningkatkan angka kesakitan dan kematian, kelumpuhan pelayanan kesehatan, kekacauan sosial, kerugian besar dalam bidang ekonomi (perdagangan, pariwisata, dan lain-lain).

Penelitian ini merupakan penelitian kebijakan retrospektif menggunakan rancangan kualitatif dengan metode wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah, telaah dokumen dari institusi dan publikasi dari media terhadap *content, context, actors* dan *process* kebijakan penggunaan Antiviral Oseltamivir dalam penanggulangan Flu Burung di Indonesia tahun 2007.

Sulitnya menembus jalur birokrasi untuk menemui aktor kunci menjadi salah satu keterbatasan, selain itu keterbatasan peneliti dalam mengeksplorasi materi ketika wawancara berlangsung, publikasi media, dan waktu yang dibutuhkan untuk penelitian ini relatif singkat dan terbatas, sedangkan informasi terkait kebijakan penanggulangan Flu burung ini terus berkembang.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Oseltamivir saat ini menjadi satu-satunya alternatif pengobatan Flu Burung di Indonesia. Kebijakan ini diambil dikarenakan beberapa hal, diantaranya adalah karena Oseltamivir ini merupakan obat yang direkomendasikan WHO untuk pengobatan Flu Burung, selain itu pada awal-awal terjadinya kasus, pemerintah Indonesia belum memiliki persiapan untuk pengadaan obat, sedangkan bantuan obat yang datang dari berbagai negara adalah Oseltamivir dengan merek dagang "Tamiflu", sebagai merek dagang yang secara tersurat dalam pedoman teknis penggunaan Oseltamivir di Puskesmas.

Belum adanya peraturan/pedoman nasional yang dibuat pemerintah dalam mekanisme bantuan luar negeri menyebabkan bantuan obat dari negara lain sudah mendekati kadaluarsa dan bantuan diberikan tanpa melalui mekanisme peraturan yang jelas, dimana keuntungan dan kerugian dari menerima bantuan tersebut menjadi tidak jelas.

Peraturan Pemerintah nomor 40 tahun 1991 tentang penanggulangan wabah penyakit menular sebagai jabaran dari UU No. 4 tahun 1984 tentang wabah, saat ini dinilai kurang relevan dengan kejadian kasus Flu Burung dengan kondisi desentralisasi dan otonomi daerah saat ini. Sehingga perlu direvisi atau dibuatkan PP baru yang terkait dengan penatalaksanaan kejadian pandemi atau Undang-undang tentang Flu Burung.

Saat ini Departemen kesehatan dinilai belum menerapkan pendekatan integral dan holistik baik dalam keilmuan maupun koordinasi lintas sektor dalam penanggulangan Flu Burung secara umum.

Rendahnya upaya keterlibatan organisasi lain seperti partai, LSM, organisasi masa, tokoh agama, dan petinggi negara di luar institusi kesehatan dan institusi pertanian yang peduli secara teknis dalam pengaturan dan pelaksanaan kebijakan di Depkes.

Upaya sosialisasi dan peningkatan pengetahuan tentang Flu Burung ke masyarakat secara terus menerus perlu dilakukan di samping upaya peningkatan hidup bersih dan sehat, serta penyiapan sarana pelayanan kesehatan yang terjangkau dan SDM kesehatan yang dapat bersahabat dengan masyarakat.

Aktor kebijakan penentu penggunaan Antiviral Oseltamivir ini terdiri dari aktor Internasional dan aktor nasional dimana WHO, Departemen kesehatan, Komnas FBPI dan Industri obat BUMN memegang peranan penting.

Proses pembuatan kebijakan penggunaan antiviral Oseltamivir ini dipengaruhi oleh lingkungan Internasional terutama oleh organisasi kesehatan dunia (WHO).

Dalam konteks Otonomi Daerah saat ini, Puskesmas mempunyai peran yang sangat vital sebagai institusi pelaksana teknis, dituntut memiliki kemampuan manajerial dan wawasan jauh ke depan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Sehingga yang seharusnya menjadi fokus pemerintah selain Rumah Sakit adalah Puskesmas sebagai pintu masuk utama.

Saran dari penelitian ini adalah bahwa analisis ekonomi (*cost benefit* dan *cost effectiveness*) terkait dengan kebijakan penggunaan dan penerimaan bantuan luar negeri terhadap antiviral oseltamivir sangat dibutuhkan untuk menjawab efektivitas dan efisiensi kebijakan di masa yang akan datang, Peraturan Pemerintah, atau undang-undang yang mengatur secara khusus tentang Flu Burung perlu segera difikirkan, penguatan fungsi Puskesmas sangat diperlukan dalam pelayanan kesehatan di masyarakat, diperlukan adanya peraturan/pedoman nasional bantuan obat-obatan di Indonesia, diperlukan upaya sosialisasi dan peningkatan pengetahuan tentang Flu Burung ke masyarakat secara terus menerus dan komitmen serius pemerintah hendaknya dibarengi dengan kuatnya koordinasi dan kerjasama multidisiplin dan multisektor untuk menanggulangnya.

Daftar Bacaan : 53 (1994-2007)

**GRADUATE STUDY
UNIVERSITY OF INDONESIA
STUDY OF PUBLIC HEALTH PROGRAM
HEALTH POLICY
Thesis, 21 Juli 2007**

Lilis Muchlisoh

Analisis Content, Context, Actors and Process Policy of Use Antiviral Oseltamivir in Handling Flu of Bird In Indonesia, Year 2007

xviii + 144 pages, 11 tables, 2 schema, 1 graphs, 8 pictures, 13 appendicies

ABSTRACT

In this time virus of A/H5N1 Avian of Influenza is threat for health socialize because potency pandemic. Where pandemic of Influenza become threat to cause to improve number of painfulness and death, paralysis of health service, social chaos, big loss in the field of economics (commerce, tourism, and others).

This research represent research of policy of retrospective use device qualitative with method of circumstantial interview, discussion of directional group, analyze document from institution and publicizing from media to content, context, actors and process of policy of use of Antiviral Oseltamivir in handling Flu of Bird in Indonesia year 2007.

The penetrate bureaucracy band to meet key actor become one of limitation, others the researcher limitation in explores items when interview take place, media publicizing, and the time required for this research relative shorten and limited, while related/relevant information of this policy handling Flu bird is non-stopped to expand.

Result of this research indicate that Oseltamivir in this time become the single medication Flu Bird alternative in Indonesia. This policy is taken because of several things, among other things because this Oseltamivir represent drug recommended by WHO for medication Flu Bird, at the others early the happening of case, governmental of Indonesia not yet owned preparation for the levying medicine, while incoming drug aid from various state is Oseltamivir with trademark " Tamiflu", as trademark which in letter in tech reference manual use Oseltamivir in Puskesmas.

Existence not yet guide national made by government in overseas aid mechanism cause aid medicine from other state have come near expired aid and given without through clear regulation mechanism, where advantage and disadvantage from accepting the aid not become clear.

Governmental Regulation number 40 year 1991 about handling contagion epidemic as breakdown from UU No. 4 year 1984 about epidemic, in this time assessed less be relevant with case Flu Bird occurrence with condition decentralize and the area

autonomy in this time. So that require to be revised or made by related/relevant new PP by handling occurrence pandemic about Flu Bird.

In this time the health Department assessed not yet applied integrating approach good and holistic in science and also co-ordinate to pass by quickly sector in handling Flu Bird in general

Lower strive organizational involvement other like party, NGO, organization a period, religion figure, and bureaucrat outside agriculture institution and health institution which care technically in policy execution and arrangement in Depkes.

Strive socialization and improvement of knowledge about Flu of Bird to society continually require to be conducted beside strive clean improvement live and make healthy, and also preparation of medium of service of health reached and SDM of health which can make friends with society.

Actor of Policy of determinant of this use Antiviral Oseltamivir is consisted of the International actor and actor of national where organization of world health (WHO), health Department, Komnas FBPI and Industry medicine BUMN play a part important.

Process of policy of this use antiviral Oseltamivir is influenced by International environment especially by organization of world health (WHO).

In Autonomous context of Area in this time, Puskesmas have very vital role as institution of technical executor, claimed to own ability of managerial and knowledge far forwards to increase quality of health service. So that which ought to become governmental focus besides Hospital is Puskesmas as especial entrance.

Suggestion from this research is that economic analysis (cost benefit and cost effectiveness) related/relevant with overseas aid acceptance and use policy to antiviral Oseltamivir very required to reply policy efficiency and effectiveness in the future, governmental Regulation, or the arranging peculiarly about Flu Bird need immediately to create, function Puskesmas reinforcement very needed in health service in society, needed by existence regulation aid medicine national in Indonesia, needed by a knowledge improvement and socialization effort about Flu Bird to society continually and serious commitment of government shall with powerfully co-ordinate and cooperation multidiscipline and multisector to overcome.

References : 53 (1994-2007)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. IDENTITAS

Nama : Lilis Muchlisoh
Tempat, Tanggal Lahir : Bogor, 17 Juni 1980
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl. H. Saenan Rt./Rw. 003/09 Kelurahan Bedahan Kec.
Sawangan Kota Depok 16519
Telp. : 0251-618082, 081523615056

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Tahun 1992 : Lulus Madrasah Ibtidaiyah (MI) "Khoirul Huda" Depok
2. Tahun 1995 : Lulus Madrasah Tsanawiyah (MTS) "Salafiyah" Depok
3. Tahun 1998 : Lulus SPK Depkes Fatmawati Cilandak Jakarta Selatan
4. Tahun 2003 : Lulus S1 FIKes Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) Universitas Muhammadiyah Jakarta (UMJ)
5. Tahun 2005 : Mahasiswa Pascasarjana AKK IKM UI

C. RIWAYAT PEKERJAAN

1. Tahun 2003 sampai dengan sekarang adalah Dosen Tetap Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Maluku Utara (UMMU) Ternate
2. Tahun 2007 Tenaga Kontrak Bidang Kesehatan PKPU Depok dengan Telkomsel
3. Tahun 2007 Dosen Tim AKK di FKK Universitas Muhammadiyah Jakarta dan Akademi Kebidanan.

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan Puji Syukur kehadiran Illahi Robbi atas segala nikmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis tepat pada waktunya dengan Judul :“*Analisis Content, Context, Actors dan Process Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir Dalam Penanggulangan Flu Burung Di Indonesia Tahun 2007*”

Pada kesempatan ini penulis secara khusus menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak dr. Anhari Achadi, SKM, DSc sebagai Dosen Pembimbing yang telah memberikan bimbingan, dukungan dan masukan pada tesis ini
2. Bapak Drh. Wiku B.B Adisasmito, MSc, Ph.D yang telah memberikan bimbingan secara khusus di DRPM UI, penulisan dan penyempurnaan tesis ini
3. Rektor Universitas Muhammadiyah Maluku Utara Ternate yang telah mendukung Penulis selama pendidikan
4. Departemen Pendidikan Nasional Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi dan Universitas Indonesia yang telah membiayai dan memfasilitasi penulis selama pendidikan
5. Keluarga tercinta, khususnya Umi dan Bapak atas pengertian dan motivasinya yang tak terbalas
6. Rekan-rekan Gerai Siaga Telkomsel-PKPU, teman-teman DPR PKS Bedahan yang sangat pengertian
7. Rekan-rekan Dosen di Universitas Muhammadiyah Maluku Utara Ternate yang telah men-suport penulis selama pendidikan
8. Misnaniarti yang telah memberi semangat dan motivasi serta kerjasama yang baik di lapangan
9. Rekan-rekan Mahasiswa Program S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia angkatan tahun 2005 yang telah memberi masukan hingga terselesaikannya tesis ini.

10. Para Informan penelitian yang telah terlibat dan memberikan banyak pelajaran bagi Penulis di lapangan.

Penulis menyadari penulisan tesis ini jauh dari sempurna, oleh karena itu sumbangan pemikiran untuk penyempurnaan penelitian dan pengkayaan penelitian kebijakan lainnya dimasa yang akan datang sangat diperlukan.

Akhir kata, penulis berharap semoga penelitian ini bisa bermanfaat kepada berbagai pihak dalam menganalisis kebijakan kesehatan di Indonesia.

Depok, 21 Juli 2007

Penulis,



DAFTAR ISI

	Hal.
ABSTRAK	i
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR GRAFIK	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR ISTILAH	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Pertanyaan Penelitian	5
1.4 Tujuan	6
1.4.1 Tujuan Umum	
1.4.2 Tujuan Khusus	
1.5 Manfaat	7
1.6 Ruang Lingkup	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Analisis Kebijakan Kesehatan	8
2.2 Proses Pembuatan Kebijakan	12
2.3 Lingkungan Strategis Kebijakan	18
2.3.1 Aspek Ideologi	18
2.3.2 Aspek Ekonomi	19
2.3.3 Aspek Sosial Budaya	20
2.3.4 Aspek Politik	21
2.3.5 Aspek Hukum	22
2.3.6 Aspek Lingkungan Global	23

2.4 Ancaman Pandemi	25	
2.5 Kebijakan Anti Viral	28	
2.5.1 Neuraminidase inhibitor	28	
2.5.1.1 Zanamivir	30	
2.5.1.2 Oseltamivir	32	
2.5.2 M2-Inhibitor	37	
2.5.2.1 Amantadin	37	
2.5.2.2 Rimantadin	38	
BAB III	KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH	40
3.1 Kerangka Konsep	40	
3.2 Definisi Istilah	41	
BAB IV	METODE PENELITIAN	45
4.1 Disain Penelitian	45	
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	46	
4.3 Sumber Informasi	46	
4.4 Instrumen Penelitian dan Cara Pengumpulan Data	48	
4.5 Validitas Data	50	
4.6 Pengolahan Data	50	
4.7 Analisis Data	51	
4.8 Penyajian Data	52	
BAB V	HASIL PENELITIAN	53
5.1 Deskripsi Informan	53	
5.2 Analisis <i>Content</i> Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir	55	
2.2 .1 Gambaran Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir	55	
2.2 .2 Dokumen Kebijakan Resmi	68	
5.3 Analisis <i>Context</i> Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir	72	
5.3.1 Aspek Ideologi	73	
5.3.2 Aspek Ekonomi	73	
5.3.3 Aspek Sosial Budaya	75	
5.3.4 Aspek Politik	78	
5.3.5 Aspek Hukum	80	

5.3.6	Aspek Lingkungan Internasional	80
5.4	Analisis <i>Actors</i> Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir	83
5.5	Analisis <i>Process</i> Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir	86
5.5.1	Penetapan Agenda	86
5.5.2	Formulasi Kebijakan	90
5.5.3	Pelaksanaan	96
BAB VI	PEMBAHASAN	100
6.1	Keterbatasan penelitian	100
6.2	Analisis <i>Content</i> Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir	100
6.2.1	Gambaran Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir	100
6.2.2	Dokumen Kebijakan Resmi	103
6.3	Analisis <i>Context</i> Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir	105
6.3.1	Aspek Ideologi	106
6.3.2	Aspek Ekonomi	108
6.3.3	Aspek Sosial Budaya	110
6.3.4	Aspek Politik	112
6.3.5	Aspek Hukum	112
6.3.6	Aspek Lingkungan Internasional	114
6.4	Analisis <i>Actors</i> Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir	120
6.5	Analisis <i>Process</i> Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir	120
6.5.1	Penetapan Agenda	121
6.5.2	Formulasi Kebijakan	124
6.5.3	Pelaksanaan	125
6.6	Analisis mix <i>Content, Context, Actors, dan Process</i>	129
6.6.1	<i>Content</i> terhadap <i>Actors</i>	129
6.6.2	<i>Context</i> terhadap <i>Actors</i>	130
6.6.3	<i>Process</i> terhadap <i>Actors</i>	133
BAB VII	KESIMPULAN DAN SARAN	136
7.1	Kesimpulan	136
7.2	Saran	138
	TINJAUAN PUSTAKA	139
	Lampiran-Lampiran	

DAFTAR TABEL

Nomor	Tabel	Halaman
3.1	Definisi istilah penelitian	42
4.1	<i>Check list</i> arsip / data yang dibutuhkan	48
4.2	Informan dan metoda pengumpulan data	49
5.1	Deskripsi Informan Diskusi Kelompok Terarah Masyarakat Umum	53
5.2	Deskripsi Informan Wawancara Mendalam	54
5.3	Distribusi Oseltamivir s/d Januari 2007	66
5.4	Peraturan yang dihasilkan pemerintah terkait dengan penanggulangan Flu Burung	68
5.5	Pedoman Yang Menjadi Acuan Dalam Penanggulangan Flu Burung Dengan Menggunakan Oseltamivir	70
5.6	Rangkaian peristiwa perkembangan bantuan asing untuk penanganan Flu burung di Indonesia	82
5.7	Aktor Kebijakan Di Tingkat Komnas FBPI	84
5.8	Aktor Kebijakan Di Lingkungan Departemen Kesehatan	85

DAFTAR BAGAN

Nomor	Bagan	Halaman
2.1	Tingkatan proses pembuatan kebijakan	14
2.2	Kerangka Analisis Proses Kebijakan	16



DAFTAR GRAFIK

Nomor	Grafik	Halaman
5.1	Rekapitulasi institusi penerima oseltamivir sampai dengan Januari 2007	67



DAFTAR GAMBAR

Nomor	Gambar	Halaman
2.1	Analisis kebijakan yang berorientasi pada masalah	15
2.2	Antigenic drift dan Shift	26
2.3	Struktur kimia Zanamivir	31
2.4	Susunan Kimia Oseltamivir	32
2.5	Mekanisme Aktivitas Neuraminidase	34
2.6	Struktur Kimia Amantadin	37
2.7	Struktur kimia Rimantadin	39
3.1	Kerangka Konsep analisis faktor konten, konteks, aktor dan proses kebijakan Penggunaan Oseltamivir	41

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Lampiran
1	Format Verbal Biro Hukum dan Organisasi Depkes RI
2	Daftar 100 RS Rujukan Flu Burung Tahun 2007
3	Alat Yang diberikan ke RS Rujukan
4	WHO, Meeting On Avian Influenza
5	Kronologis Peristiwa Kejadian Flu Burung Sampai Dengan 2 Juli 2007
6	Perkembangan Kasus AI Indonesia Dibandingkan Dengan Total Kasus di Dunia
7	Perkembangan Kasus Flu Burung Pada Manusia Sampai dengan 29 Juni 2007
8	Avian Influenza – Situation in Indonesia 16 May 2007
9	H5N1 avian influenza: Timeline of Major Events
10	Pedoman Wawancara Mendalam
11	Pedoman Diskusi Kelompok Terarah
12	Kronologis Peristiwa Kejadian Flu Burung Sampai Dengan 2 Juli 2007
13	Daftar Hadir FGD
14	Surat Izin Penelitian dari Balitbangkes Depkes RI

DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN

- Avian Influenza** : Disingkat AI, sering disebut avian flu, bird flu atau flu burung adalah yang disebabkan oleh virus, dapat menular dengan cepat, dan dapat menyebabkan angka kematian pada unggas hingga 100%. Penyakit ini disebabkan oleh virus influenza tipe A, sub tipe H5 dan H7. Semua bangsa unggas seperti ayam, itik, kalkun, burung puyuh dan burung liar dapat terserang tetapi wabah AI sering terjadi pada ayam dan kalkun
- Actors** : Institusi, individu atau organisasi yang terlibat dalam formulasi dan implementasi kebijakan Penggunaan Oseltamivir
- Biosafety Level (BSL 3)** : Suatu level yang dianggap memadai untuk mencegah terjadinya transmisi suatu agen melalui saluran pernafasan dan dapat menimbulkan infeksi serius. Laboratorium BSL-3 adalah laboratorium yang memenuhi persyaratan internasional dalam pengamanan tertentu dari laboratorium untuk dapat memeriksa bakteri hidup dan atau virus hidup untuk menjamin keselamatan manusia dan lingkungannya
- Biosecurity** : Semua tindakan yang merupakan pertahanan pertama untuk pengendalian wabah dan dilakukan untuk mencegah semua kemungkinan kontak/penularan dengan peternakan tertular dan penyebaran penyakit.
- Content** : Adalah penggambaran substansi kebijakan penggunaan Osletamivir serta dokumen formal yang dihasilkan termasuk, peraturan, dan gabungan dokumen tatalaksana untuk kebijakan formal dll.
- Context** : Adalah sebuah faktor sistemik; Faktor Ideologi, Faktor politik, Faktor sosial dan Budaya, Faktor ekonomi, Faktor Hukum, Faktor Lingkungan Global yang mempengaruhi pembuatan kebijakan penggunaan Osletamivir
- Confirmed case** : Kasus adalah seorang menunjukkan gejala serangan flu burung yaitu yang menderita gangguan saluran pernafasan, demam (temperatur >38 derajat C), batuk dan atau sakit tenggorokan dan atau beringsus yang didukung oleh didukung oleh salah satu hasil pemeriksaan laboratorium: kultur virus influenza H5N1 positif, PCR influenza (H5) positif, atau peningkatan titer antibody H5 sebesar 4 kali
- Culling** : Adalah pemusnahan hewan yang terkena virus AI dengan cara pemotongan atau pembakaran.
- DSO** : Disease Surveillance Officer
- Depopulasi** : Atau pemusnahan selektif. Adalah tindakan untuk mengurangi populasi unggas yang menjadi sumber penularan. Langkah ini dilakukan terhadap semua peternakan tertular yang ditetapkan melalui

- diagnosa secara klinis dan patologi anatomis serta terhadap semua unggas yang tertular dan unggas sehat sekandang.
- Epidemiologi : Studi distribusi, determinan-determinan dan frekuensi penyakit (termasuk peristiwa-peristiwa lain yang berkaitan dengan kesehatan) dalam populasi-populasi
- FAO : Food and Agriculture Organization
- Flu Burung : Istilah yang sering digunakan untuk Avian Influenza (lihat definisi Avian Influenza)
- H5N1 : Suatu jenis/strain virus influenza tipe A yang bergerak pada tahun 1997 dari ternak ayam ke manusia.
- ILI : *Influenza like illness* (penyakit yang menyerupai influenza) adalah penyakit-penyakit yang secara klinis mempunyai gejala seperti influenza yaitu panas, batuk, pilek, nyeri tenggorokan, kepala pusing, dan nyeri otot.
- KLB : Kejadian Luar Biasa. Yaitu timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan/kematian yang bermakna pada suatu daerah atau kelompok masyarakat dalam kurun waktu tertentu, dan merupakan keadaan yang dapat menjurus pada terjadinya wabah
- Kelompok resiko tinggi : Kelompok penduduk yang didefinisikan berdasarkan keterpaparan (exposure) kolektif mereka yang secara epidemiologis terindikasi terjadinya peningkatan resiko terjangkit suatu penyakit. Pada kasus flu burung, yang tergolong kelompok resiko tinggi adalah peternak, pekerja peternakan, dan pedagang unggas; petugas medis dan paramedis kesehatan hewan, rumah sakit, laboratorium dan sarana pelayanan kesehatan lainnya; dan masyarakat pemilik unggas kesayangan dan masyarakat di sekitar peternakan
- Pandemi Influenza : Suatu keadaan di mana penyakit influenza dengan prevalensi yang meluas di beberapa negara di dunia
- Process : Tahapan, langkah, dan prosedur dari identifikasi isu yang terkait dengan kebijakan untuk penetapan dan pelaksanaan kebijakan dalam penetapan agenda, proses perumusan dan pelaksanaan kebijakan Penggunaan Oseltamivir.
- PPE : *Personnel Protection Equipment* (Alat Perlindungan Perseorangan atau APP) yaitu alat-alat yang harus dipakai oleh kelompok risiko tinggi seperti petugas kesehatan, petugas laboratorium, penjamah unggas, peternak, pekerja peternakan untuk mencegah terjadinya penularan flu burung.
- PDS : Participatory Disease Surveillance
- PDR : Participatory Disease Response
- Re-assortment genetik : Suatu kejadian di mana terjadi pencampuran (mixing) gen influenza pada hewan dan manusia dan membentuk virus sub tipe baru

- Sektor 1, 2, 3 dan 4 sistem industri unggas : Sistem peternakan unggas dibagi kedalam 4 kategori sektor yang didasarkan pada tipe usaha dan tingkat biosekuriti. *Sektor 1* adalah sistem industri perunggasan yang terpadu. Kelompok Industri perunggasan ini menerapkan sistem biosekuriti tingkat tinggi dan hasilnya dijual secara komersial di wilayah kota atau diekspor. *Sektor 2* adalah kelompok usaha unggas yang masuk ke dalam sistem produksi unggas komersial dengan menerapkan sistem biosekuriti tingkat menengah sampai tinggi. Hasil produksinya dijual di wilayah perkotaan dan desa. *Sektor 3* adalah kelompok usaha peternakan unggas yang hampir sama dengan sektor 2 akan tetapi sistem biosekuriti yang diterapkannya masih tingkat bawah. *Sektor 4* adalah kelompok usaha peternakan yang sistem pemeliharaannya dengan cara sistem *backyard* dan sistem biosekuritinya sangat kurang. Tipe usaha unggas semacam ini berpusat di wilayah desa dan merupakan usaha sampingan untuk memperleh tambahan pendapatn atau untuk dikonsumsi sendiri.
- Stamping out : Adalah pemusnahan seluruh ternak unggas atau hewan lainnya yang diduga bisa terkena unggas di wilayah baru tertular AI
- Strain : Suatu kelompok dalam suatu spesies atau tipe. Misalnya strain influenza yang bersirkulasi akhir-akhir ini termasuk tipe A (H1N1), tipe A (H3N2), dan tipe B (H3N2)
- Stockpiling : Penyediaan obat dalam jumlah besar untuk menghadapi suatu keadaan kemungkinan terjadinya pandemi
- Surveilans Epidemiologi : Kegiatan analisis secara sistematis dan terus menerus terhadap penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan tersebut, agar dapat melakukan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien melalui proses pengumpulan data, pengolahan dan penyebaran informasi epidemiologi kepada penyelenggara kesehatan
- Wabah : Kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular yang terjadi dalam jumlah yang relatif besar dan jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi dari pada keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka
- Wabah Penyakit Menular : Kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi dari pada keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka
- WHO : World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Saat ini virus A/H5N1 Avian Influenza adalah ancaman bagi kesehatan masyarakat karena potensi pandeminya. Dimana pandemi Influenza menjadi ancaman yang akan menyebabkan meningkatkan angka kesakitan dan kematian, kelumpuhan pelayanan kesehatan, kekacauan sosial, kerugian besar dalam bidang ekonomi (perdagangan, pariwisata, dan lain-lain).

Selain itu Flu burung adalah penyakit yang sangat mematikan (*highly pathogenic*) bagi manusia, dengan angka kematian (CFR) 79%. Tri Satya Putri Naipospos (2006) dalam www.kompas.com menyatakan hampir sepertiga dari kasus kematian pada manusia terjadi di Indonesia dan jumlah ini tercatat paling tinggi di dunia, maka Indonesia diperkirakan akan menjadi negara di mana pandemi influenza berawal.

Pada umumnya virus avian influenza, tidak menyerang manusia. Tapi beberapa tipe terbukti dapat menyerang manusia atau suatu tipe tertentu dapat mengalami mutasi lebih ganas dan menyerang manusia. Kejadian ini menimbulkan ketakutan, penderita flu burung akan meningkat menjadi pandemi, seperti yang terjadi satu abad lalu.

Pada tanggal 29 Juni 2007, WHO telah mencatat sebanyak 317 kasus dengan 191 kematian pada manusia di 12 negara yang disebabkan virus avian influenza A / (H5N1). Dimana Indonesia menempati ranking tertinggi pertama 101 kasus dengan 80 kematian.

Penyakit ini menurut WHO (2007), sudah berjangkit pada unggas di 30 provinsi di Indonesia, karena itu risiko penularan kepada manusia cukup tinggi.

Berdasarkan jumlah korban meninggal akibat infeksi AI, Indonesia merupakan negara di dunia yang memiliki korban terinfeksi AI terbanyak. Bahkan, Indonesia juga memiliki jumlah *family cluster* terbesar, sebanyak 7 kluster.

Untuk kasus Indonesia, berdasarkan tempat tinggal korban, Soeroso (2006) menyatakan bahwa dari 48 kasus di Indonesia, sekitar 44% tinggal di pedesaan, 29% tinggal di pinggiran perkotaan dan 27% tinggal di perkotaan.

Banyak negara telah melakukan kesiapsiagaan terhadap wabah tersebut, termasuk didalamnya menimbun sejumlah obat anti virus. Namun, sangat sedikit bahkan mungkin tidak ada pengarahan sama sekali, terutama bagi organisasi atau perusahaan yang ada di negara berkembang termasuk Indonesia.

Menurut tulisan Anne (2005) dalam *New England Journal of Medicine* menyatakan bahwa tidak ada perbedaan antara pasien yang diberi pengobatan (24%) dengan Oseltamivir dengan yang tidak diberikan pengobatan (25%). Selain itu, dua dari delapan orang yang menggunakan Oseltamivir, mengakibatkan resisten oseltamivir tingkat tinggi.

Hal ini juga ditunjukkan oleh Menno (2005) dalam *New England Journal of Medicine*, bahwa walaupun pasien akhirnya menerima dosis *twice-daily* oseltamivir pada dosis mengobati dan survive, akhirnya kedua-duanya meninggal.

Alur perkembangan virus itu menunjukkan virus tersebut sebelumnya telah mengalami mutasi sehingga membuatnya tahan Oseltamivir. Menurut hasil riset

tersebut, serangkaian tes di laboratorium-laboratorium kimia menunjukkan virus terakhir ini sensitif terhadap obat jenis lain yang disebut Zanamivir.

Para periset telah mengidentifikasi bentuk mutasi flu burung H5N1 yang tahan Tamiflu, obat anti-flu burung yang sedang ditumpuk di seluruh dunia sebagaiantisipasi kemungkinan wabah global flu yang menakutkan tersebut.

Selain Oseltamivir dan Zanamivir, FDA juga merekomendasikan Rimantadin dan Amantadin sebagai alternatif. Tetapi Pusat Pencegahan dan Kendali Penyakit (CDC) berdasarkan hasil penelitian Frederick (2006) dalam *The New England Journal of Medicine*, mengeluarkan instruksi untuk menghindari menggunakan M2 ion-channel (amantadine dan rimantadine) untuk influenza karena Amantadin telah dideteksi resisten secara luar biasa dalam mengisolasi virus influenza A (H3N2).

Elena (2001) menyatakan bahwa inhibitor RWJ-270201 (konsentrasi inhibitor 50%, 0.9 sampai 4.3 nM) adalah lebih bagus daripada carboxylate zanamivir dan oseltamivir untuk H5N1, H9N2, dan VirusAvian Influenza lainnya

Aditama (2006) menyatakan ada perkembangan baru dalam penelitian obat flu burung, yaitu penggabungan obat Oseltamivir dengan Amantadin/Rimantadin, atau mencoba derivat lain yang masih "sekeluarga" dengan Oseltamivir, yaitu Peramivir dan Zanamivir. Keuntungan Peramivir antara lain dapat diberikan suntikan intravena, sedangkan Zanamivir dapat diberikan dalam bentuk inhaler seperti obat semprot asma sehingga masuk langsung ke dalam paru-paru dan berefek lebih cepat.

Menurut Atmosukarto dalam situs IDI online 2007 dan empat rekannya dari Pusat Penelitian Bioteknologi Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia, tanpa penjabaran

metode penelitiannya menyatakan bahwa virus AI (*avian influenza*) telah menunjukkan gejala resistensi terhadap semua jenis obat yang ada dipasaran.

Saat ini pemerintah Indonesia mempunyai hak istimewa untuk memproduksi Tamiflu, namun hanya untuk keperluan pemerintah, bukan komersial. Indonesia menurut Kompas 2006, akan memproduksi sendiri obat oseltamivir sebanyak lima juta tablet oleh dua perusahaan, yakni Kimia Farma dan Indofarma. Sebelumnya, Pemerintah Indonesia telah mengimpor lima juta tablet tamiflu dari perusahaan farmasi *Roche*. Jutaan obat itu telah dibagikan ke rumah sakit, dinas kesehatan, dan puskesmas di berbagai tempat, terutama di daerah endemik flu burung untuk mengantisipasi adanya pandemi flu burung.

Selain itu, pemerintah Indonesia juga mengeluarkan beberapa kebijakan, antara lain:

1. Semua kasus flu burung harus dirawat di semua rumah sakit rujukan yang telah ditunjuk.
2. Disiapkan 100 rumah sakit rujukan di seluruh Indonesia
3. Rumah sakit lain dapat melakukan *assessment* awal sebelum merujuk dengan memperhatikan kewaspadaan universal dan seyogyanya dilakukan di ruang isolasi yang memadai.
4. Menyediakan obat anti viral oseltamivir sebagai pencegahan maupun pengobatan melalui Depkes dengan keputusan Menkes RI Nomor 1371/Menkes/SK/IX/2005 tentang penetapan flu burung sebagai penyakit yang dapat menimbulkan wabah serta pedoman penanggulangannya, dan petunjuk teknis pengendalian flu burung dan penggunaan "Oseltamivir" di puskesmas (Kepmenkes RI No.1371,2005).

Dalam pelaksanaan kebijakan Oseltamivir, ada sejumlah kebingungan yang terjadi dalam penatalaksanaannya, seperti pada Dinas Kesehatan Jawa Barat yang mengizinkan penggunaan tablet oseltamivir (Tamiflu) bagi petugas kesehatan dengan dua kriteria. Untuk petugas kesehatan, khususnya dalam penanganan flu burung, kami membuat kesepakatan bahwa penggunaan Tamiflu untuk pencegahan boleh, dengan kriteria panas di atas 39⁰C dan kontak dengan *suspect* flu burung. Kesepakatan dilakukan karena adanya *suspect* flu burung dari kalangan perawat yang diderita C, yang saat ini dirawat di RSHS. Tamiflu terbatas digunakan bagi *suspect* flu burung dan tidak dibenarkan untuk pencegahan (<http://pikiran-rakyat.com/cetak>).

Di sisi lain, ada beberapa permasalahan yang dihadapi dalam hal menanggulangi dan mengendalikan flu burung di Indonesia. Masih terdapat kekurangan/keterbatasan pembiayaan, infrastruktur belum memadai (termasuk pengetahuan dan ketrampilan petugas terutama di daerah), dan persepsi, pengetahuan serta kepedulian masyarakat umum terhadap flu burung masih belum sama. Wilayah Indonesia yang luas dengan lebih 13.000 pulau yang dihuni, lebih dari 220 juta penduduk, dan banyak daerah terpencil yang sukar dijangkau mempersulit penanganan flu burung sebagaimana sistem desentralisasi yang masih muda yang belum memunculkan kesadaran akan pentingnya upaya di sektor kesehatan yang sudah di desentralisasikan.

1.2 Rumusan Masalah

Kebijakan pemilihan penggunaan Oseltamivir oleh Pemerintah sebagai salah satu antiviral penanganan *strain H5N1 sub type A* membutuhkan sebuah analisis *content*, *context*, *actors* dan *process* kebijakan.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Penelitian ini diharapkan mampu menjawab sejumlah pertanyaan terkait dengan kebijakan penggunaan antiviral Oseltamivir, diantaranya yaitu :

1. Bagaimana *Content* kebijakan penggunaan antiviral Oseltamivir?
2. Bagaimana *Context* kebijakan penggunaan antiviral Oseltamivir?
3. Bagaimana keterlibatan *Actors* dalam kebijakan penggunaan antiviral Oseltamivir ?
4. Bagaimana *Process* kebijakan penggunaan antiviral Oseltamivir di tetapkan dan dilaksanakan?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum :

Menganalisis kebijakan penggunaan Antiviral Oseltamivir dalam penanggulangan flu burung di Indonesia dengan menggunakan analisis *content*, *context*, *actors* dan *process*.

1.4.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

1. Mengetahui *Content* kebijakan penggunaan antiviral Oseltamivir
2. Mengetahui *Context* kebijakan penggunaan antiviral Oseltamivir
3. Mengidentifikasi keterlibatan *Actors* kebijakan dalam penggunaan antiviral Oseltamivir
4. Mengetahui *Process* kebijakan penggunaan antiviral Oseltamivir di tetapkan dan dilaksanakan

1.5 Manfaat Penelitian

Secara teoritis, penelitian ini merupakan penelitian kebijakan yang diharapkan dapat menjadi salah satu rujukan yang secara umum berguna dalam mencermati kebijakan penanganan Flu Burung di Indonesia.

Secara praktis, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi para pengambil keputusan dan kebijakan penanganan Flu Burung, baik di jajaran pemerintah maupun parlemen daerah dalam menganalisis, membuat, menyusun dan meningkatkan kualitas kebijakan mengenai penanganan Flu Burung di Indonesia.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini merupakan penelitian kebijakan retrospektif menggunakan rancangan kualitatif dengan metode wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah, telaah dokumen dari institusi dan publikasi dari media terhadap *content*, *context*, *actors* dan *process* kebijakan penggunaan Antiviral Oseltamivir dalam penanggulangan Flu Burung di Indonesia tahun 2007.

Penelitian ini direncanakan akan dilakukan pada bulan Maret s/d Juni 2007 ini rencananya akan melibatkan Informan dari Dirjen Pelayanan Medik Depkes, Dirjen PPPL Depkes, Dirjen Bina Yanmedik, Dirjen Bina Yanfar, Kepala Pusat Promosi Kesehatan, Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kepala Pusat Hukum dan Organisasi Depkes, Komisi Nasional Pengendalian Flu Burung dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza (KOMNAS FBPI), Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan masyarakat umum.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Analisis Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan didefinisikan sebagai suatu bentuk arah utama dalam suatu pemerintahan negara berupa kebijakan publik guna menjalankan program-program pembangunannya, secara khusus di sektor kesehatan. Kebijakan ini terefleksi dalam beberapa bentuk produk hukum yang tertulis, misalnya undang-undang, peraturan pemerintah, rencana strategis, program-program kesehatan, dan sebagainya.

Kebijakan kesehatan mencakup tindakan yang berefek pada kedudukan institusi, organisasi, jasa/pelayanan kesehatan, dan meliputi tindakan yang diharapkan oleh publik dan organisasi sukarela yang berdampak pada kesehatan.

Kebijakan digunakan untuk menandakan suatu rangkaian besar kecilnya aktivitas yang diharapkan dan tidak di harapkan dari konsekuensi yang terkait, bukanya suatu keputusan terpisah. Menurut Hog Wood Ana Gunn (1894) dikutip dari Walt (1994) kebijakan merupakan label untuk sesuatu bidang dari kegiatan (sebagai contoh, membicarakan tentang kebijakan ekonomi pemerintah, atau kebijakan sosial).

Menurut Dunn (2000), analisis kebijakan adalah salah satu diantara sejumlah banyak aktor lainnya dalam sistem kebijakan. Suatu system kebijakan (*policy system*) atau seluruh pola institusional di mana di dalamnya kebijakan dibuat, mencakup hubungan timbal balik diantara tiga unsur, yaitu : kebijakan public, pelaku kebijakan, dan lingkungan kebijakan. Kebijakan publik (*public policy*) merupakan pilihan yang kurang lebih saling berhubungan (termasuk keputusan-keputusan untuk tidak bertindak)

yang dibuat oleh badan dan pejabat pemerintah. Pada salah satu bidang isu tersebut banyak isu kebijakan, yaitu serangkaian arah tindakan pemerintah yang aktual atau pun yang potensial yang mengandung konflik di antara segmen-segmen yang ada dalam masyarakat. Isu kebijakan yang ada biasanya merupakan hasil konflik definisi mengenai masalah kebijakan.

Barker (1996) mengemukakan bahwa teori tentang pembuatan kebijakan mempunyai kaitan dengan proses; sebuah analisis yang berfokus pada proses pengambilan keputusan, dan beberapa di bagi menjadi teori makro dan mikro. Teori makro terkait dengan sistem politik dan kekuasaan yang dibedakan dengan tema konflik atau konsensus kekuatan politis menyangkut kemampuan untuk memaksakan kebijakan yang mungkin dipertentangkan. Teori mikro tentang pembuatan kebijakan sedikit memfokuskan pada sistem politik dan lebih banyak pada mekanisme dan administrasi rutin .

Dalam pandangan demokrasi banyak cara untuk berpartisipasi dalam proses kebijakan yang dapat mempengaruhi pemerintah untuk menentukan kebijakan yang diinginkan. Pandangan ini tidaklah universal, dengan beberapa bantahan yaitu kekuasaan itu ada pada sebagian kecil orang dan kebanyakan kebijakan diputuskan oleh satu kelompok elit kecil dalam pemerintah atau luar pemerintah.

2.1.1 Pandangan Kelompok Pluralisme

Pandangan pendukung pluralisme klasik adalah bahwa kekuasaan merupakan difusi sosial: bahwa tidak ada sekelompok pun yang dapat memegang kekuasaan total tanpa yang lain. Pendukung pluralisme mendasarkan argumentasi mereka pada pengamatan terhadap demokrasi liberal, Smith (1977) dikutip dari Walt (1994) :

- a. persamaan politik dari individu dilindungi oleh hak asasi manusia : hak memilih dan kebebasan berbicara.
- b. kelemahan dari warga negara individu diganti dengan hak asasi manusia dan kemampuan untuk mengorganisir kelompok dan asosiasi untuk tindakan politis.
- c. negara yang menganut sistem prulalis sosial tidak monolitik: negara berkedudukan netral dalam institusi, mempertimbangkan konflik sosial dan kepentingan ekonomi. Negara tidak memihak kelas atau kelompok tertentu.
- d. negara dengan sistem prulalis ditandai kelompok elit yang prulalis/banyak. Tidak ada kelompok elit tertentu yang mendominasi.

Harapan dari proses kebijakan pada sistem pluralis adalah kebijakan yang bijaksana yang memihak pada kepentingan publik sebab mereka merupakan kelompok mayoritas, dan karena pemerintah tidak memihak salah satu pihak yang bersaing.

2.1.2 Pandangan Kelompok Elit

Marxisme memberikan dasar teori bagi berbagai teori tentang elite politik, dimana dapat memberikan sugesti pilihan kebijakan dan perubahan yang didominasi oleh kelompok sosial tertentu, dan fungsi utama negara adalah meniadakan dominasi tersebut. Teori tersebut mendorong untuk dasar empiris yang memberikan sugesti pada lingkaran atau kelompok sosial yang jarang dengan posisi penentu kebijakan tertinggi.

Dibanyak negara-negara dunia ketiga, birokrat, para pelaku bisnis, para profesional, pemerintah dan militer menyusun format siklus kebijakan yang ketat, untuk suatu kelas dominan atau kuasa. Dalam beberapa negara, mereka dalam jumlah sedikit dapat dikenali sebagai kelompok elite melalui nama keluarga mereka.

Penganut paham elit menyimpulkan pandangan yang salah dari kaum pliralisme tentang kekuasaan dan pengaruhnya dalam proses kebijakan, dan mendasarkan pada argumentasi sebagai berikut:

- a. elite selalu terbuka menjadi anggota kelompok yang mendominasi ekonomi yang mempengaruhi kebijakan.
- b. kepentingan group meniadakan kekuatan yang tidak sama.
- c. kaum pluralis memfokuskan pada proses kebijakan pemerintah.

Dalam analisis kebijakan pembangunan, banyak kepercayaan pandangan penganut paham elit dari sistem politik terlalu menekan kapasitas elite dalam memegang dan menggunakan kekuasaan. Non-elit menghadapi tantangan kaum elit dan kebijakan pemerintah menjadi sangat meliputi banyak hal dan area untuk mengamati berbagai kelompok yang bersaing untuk perhatian atas isu spesifik. Bahkan dinegara berkembang, dimana interest group tidak selalu cukup diorganisir dengan baik untuk menekan pejabat pemerintah, kelompok tertentu yang mempunyai akses ke pemerintah, untuk intansi, badan profesional.

Linblom (1979) dikutip dari Walt (1994) menyimpulkan isu kebijakan dibagi menjadi dua kategori: isu kebijakan biasa dan isu besar tang berkaitan dengan struktur dasar dari kegiatan ekonomi dan politik. Pada isu yang pertama terlihat banyak kelompok yang aktif berpartisipasi. Pada isu besar menyatakan bahwa partisipasinya lemah atau tidak ada.

2.2 Proses Pembuatan Kebijakan

Kerangka umum menurut Walt (1994) yang digunakan untuk menguraikan proses pembuatan melalui tahap atau fase-fase sebagai berikut :

1. Identifikasi masalah dan isu. Bagaimana cara isu bisa dijadikan agenda dalam kebijakan? Kenapa beberapa isu tidak dapat dibahas?
2. Perumusan kebijakan. Siapa yang merumuskan kebijakan? Bagaimana formulasinya? Dari mana datangnya inisiatif?
3. Implementasi kebijakan. Sumber daya yang tersedia? Siapa yang harus dilibatkan? Bagaimana implementasi dapat dapat dikuatkan?
4. Evaluasi kebijakan. Efek apa yang terjadi bila kebijakan mulai berjalan? Apakah bisa dimonitor? Bagaimana cara mencapai tujuan?

Kingdon (1984) dikutip dari Walt (1994) menyatakan bahwa proses pembuatan kebijakan sedikitnya meliputi :

1. Pengaturan agenda
2. Alternatif spesifik dari pilihan yang akan dibuat
3. Pilihan yang berwenang diantara alternatif spesifik
4. Implementasi dari keputusan

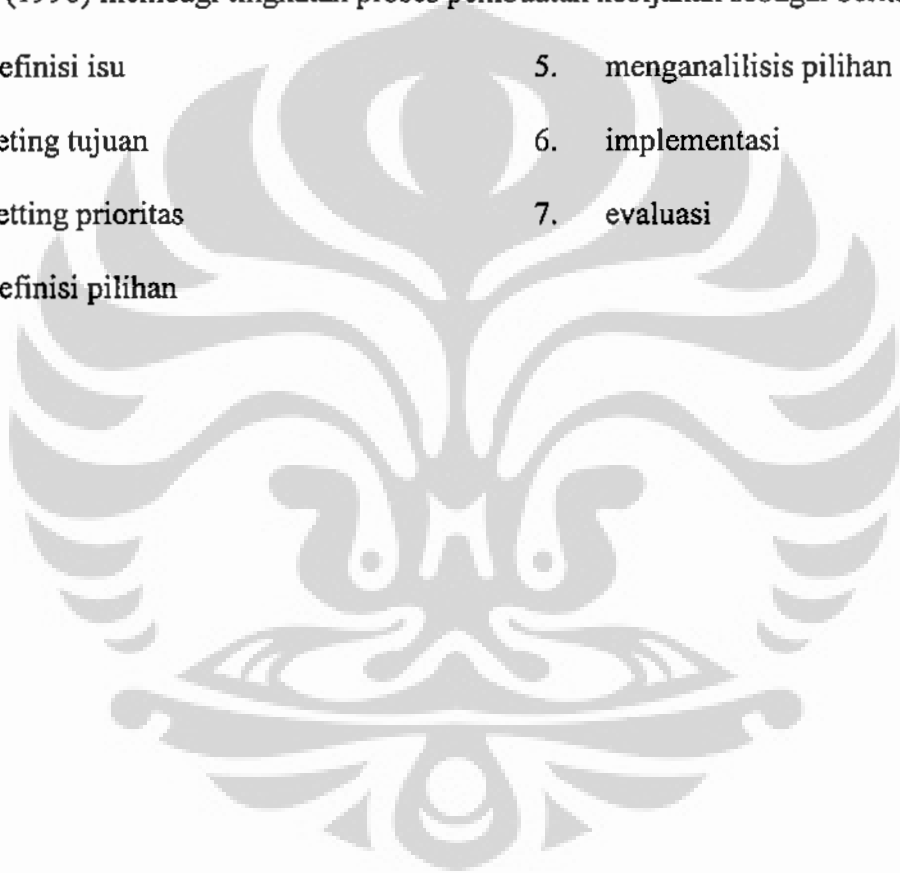
Hogwood dan Gunn (1984) dikutip dari Walt (1994) menjelaskan lebih rinci tentang proses pembuatan kebijakan :

1. Keputusan untuk memutuskan (mencari isu dan mengendakannya)
2. Keputusan bagaimana cara memutuskan (menyaring isu)
3. Definisi isu
4. Peramalan

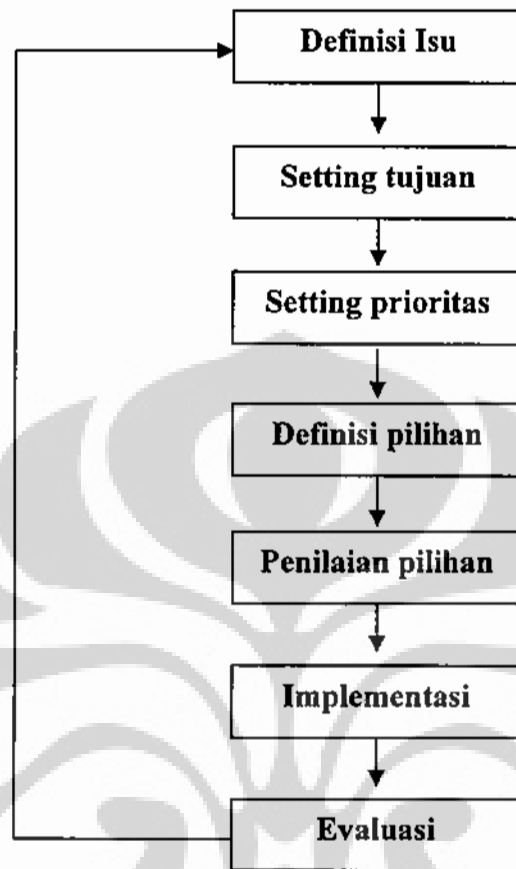
5. Pengaturan prioritas dan tujuan
6. Analisis pilihan
7. Implementasi kebijakan, monitoring dan kontrol
8. Evaluasi dan review
9. Pemeliharaan kebijakan, penghentian atau rangkaian

Barker (1996) membagi tingkatan proses pembuatan kebijakan sebagai berikut :

1. definisi isu
2. seting tujuan
3. setting prioritas
4. definisi pilihan
5. menganalisis pilihan
6. implementasi
7. evaluasi



Bagan 2.1
Tingkatan proses pembuatan kebijakan

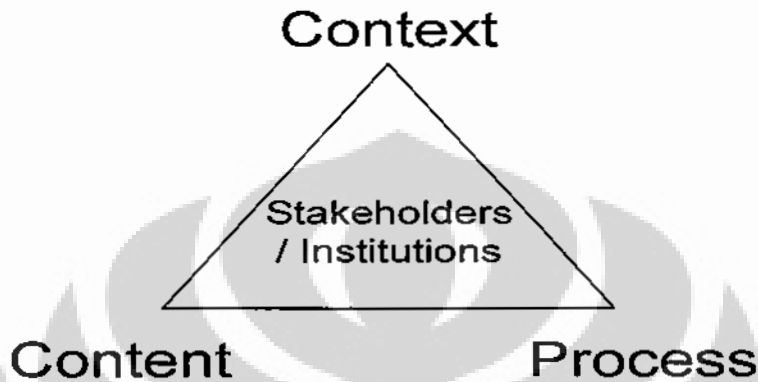


Sumber : Barker (1996)

Analisis kebijakan dapat dipandang sebagai suatu proses pengkajian yang meliputi lima komponen informasi kebijakan (*policy-informational components*) yang ditransformasikan dari satu ke yang lainnya dengan menggunakan lima prosedur analisis kebijakan (*policy-analytic procedures*) seperti digambarkan dalam gambar berikut :

lainnya dengan menggunakan prosedur analisis kebijakan. Seluruh proses diatur melalui perumusan masalah yang diletakkan pada pusat kerangka kerja.

Bagan 2.2
Kerangka Analisis Proses Kebijakan



Sumber : Buse (2006)

Context kebijakan didefinisikan sebagai pengembangan kebijakan yang berhubungan dengan struktur politik dan lingkungannya, ideologi, sosial ekonomi, demografi, geografi, ekologi, budaya, faktor lingkungan dan lingkungan internasional. Ini adalah sebuah konsep yang dibangun oleh Leichter, yang akan digunakan untuk menganalisis konteks formulasi kebijakan.

Content kebijakan didefinisikan sebagai kebijakan secara formal dan non formal untuk maksud secara formal. Kebijakan dapat di gambarkan dalam dokumen formal termasuk hukum, peraturan, dan gabungan dokumen tatalaksana untuk kebijakan formal yang termasuk dokumen konsultasi, waktu pertemuan, catatan laporan, dll.

Process kebijakan didefinisikan sebagai tahapan, langkah, dan prosedur dari identifikasi isu yang terkait dengan kebijakan, setting agenda, setting prioritas, draf dokumen kebijakan formal untuk kebijakan implementasi, monitoring dan evaluasi.

Formulasi kebijakan dapat menjadi transparan dan akuntabel atau rahasia dan tertutup tergantung pada tingkatan konsultasi dan tingkatan pada institusi dan stakeholder.

Actors Kebijakan termasuk variasi jalur dan tahapan. Aktor yang dimaksud adalah; aktor politik, pemerintah daerah, LSM, Bisnis, industri obat, akademisi dan peneliti, dan masyarakat umum.

Definisi dari masalah kebijakan tergantung pada pola keterlibatan pelaku kebijakan (*policy stakeholders*) yang khusus, yaitu para individu atau kelompok individu yang mempunyai andil di dalam kebijakan karena mereka mempengaruhi dan dipengaruhi oleh keputusan pemerintah. Pelaku kebijakan, misalnya kelompok warga negara, perserkatan buruh, partai politik, agen-agen pemerintah, pemimpin terpilih, dan para analis kebijakan sendiri-sering menangkap secara berbeda informasi yang sama mengenai lingkungan kebijakan. Lingkungan kebijakan (*policy environment*) yaitu konteks khusus di mana kejadian-kejadian sekeliling isu kebijakan terjadi, mempengaruhi dan dipengaruhi oleh pembuat kebijakan dan kebijakan publik. Oleh karena itu, sistem kebijakan berisi proses yang bersifat dialektis, yang berarti bahwa dimensi obyektif dan subyektif dari pembuatan kebijakan tidak terpisahkan di dalam prakteknya. sistem kebijakan adalah produk manusia yang subyektif yang diciptakan melalui pilihan-pilihan yang teramati berikut konsekuensinya; para pelaku kebijakan merupakan produk dari sistem kebijakan. Aparat analis kebijakan, tidak berbeda dari aktor-aktor kebijakan lainnya, merupakan pencipta dan hasil ciptaan sistem kebijakan.

2.1 Lingkungan Strategis Kebijakan Flu Burung

Perkembangan lingkungan strategis yang dinamis secara langsung ataupun tidak langsung mempengaruhi perkembangan kebijakan nasional, oleh karenanya faktor-faktor lingkungan baik pada skala nasional maupun skala global, serta kecenderungannya ke depan, perlu dikaji dan dipertimbangkan.

2.1.1 Faktor Ideologi

Kata *ideologi* diciptakan oleh *Destutt de Tracy* pada akhir abad ke-18 untuk mendefinisikan "*sains tentang ide*". Ideologi dapat dianggap sebagai visi yang komprehensif, sebagai cara memandang segala sesuatu, sebagai akal sehat dan beberapa kecenderungan filosofis, atau sebagai serangkaian ide yang dikemukakan oleh kelas masyarakat yang dominan kepada seluruh anggota masyarakat (definisi *ideologi* Marxisme).

Sejak berakhirnya perang dingin yang kental diwarnai persaingan ideologi antara blok Barat yang mempromosikan liberalisme-kapitalisme dan blok Timur yang mempromosikan komunisme-sosialisme, tata pergaulan dunia mengalami perubahan-perubahan yang mendasar.

Di Indonesia ideologi yang sering disebut sebagai sandaran adalah ideologi yang berakar pada Pancasila atau sering disebut ideologi Pancasila. Dimana Pancasila sebagai ideologi memiliki karakter utama sebagai ideologi nasional. Ia adalah cara pandang dan metode bagi seluruh bangsa Indonesia untuk mencapai cita-citanya, yaitu masyarakat yang adil dan makmur. Pancasila adalah ideologi kebangsaan karena ia digali dan dirumuskan untuk kepentingan membangun negara bangsa Indonesia. Pancasila yang

memberi pedoman dan pegangan bagi tercapainya persatuan dan kesatuan di kalangan warga bangsa dan membangun pertalian batin antara warga negara dengan tanah airnya.

2.1.2 Faktor Ekonomi

Kondisi perekonomian bangsa Indonesia saat ini masih belum pulih dari krisis moneter yang terjadi 1997 lalu. Dimana hal ini sangat mempengaruhi kebijakan pemerintah bahkan cenderung menjadi prioritas.

Krisis ekonomi yang berlarut-larut telah menguras banyak energi dan pengorbanan masyarakat, banyak usaha yang bangkrut, pengangguran meningkat, lingkungan hidup yang semakin rusak, infrastruktur tidak bisa dirawat dengan optimal, rendahnya pendayagunaan kapasitas terpasang industri, kemampuan ekspor yang terbatas dan masih tingginya ketergantungan terhadap barang-barang impor. Hal-hal di atas, ditambah dengan rendahnya efisiensi pembangunan akibat masih tingginya budaya KKN, sehingga menyebabkan masih tingginya ekonomi biaya tinggi yang kontra produktif terhadap pembentukan daya-saing produk industri dalam negeri, serta tingkat pendayagunaan modal dasar pengembangan ekonomi dan industri. Kecenderungan tersebut, bila tidak diakhiri, maka Indonesia hanya akan menjadi pasar negara lain, karena kemampuan produksi yang terus melemah.

Jika terjadi pandemi flu burung, dampak negatif yang dapat ditimbulkan sangat luar biasa, terutama terhadap aspek sosial, ekonomi dan keamanan umat manusia. Dalam situs IDI Online disebutkan bahwa diperkirakan pandemi flu burung akan mengakibatkan kerugian ekonomi mencapai angka US\$ 800 milyar dan menimbulkan kematian 50-160 juta orang di seluruh dunia. Namun demikian, sulit untuk

memperkirakan munculnya pandemi flu burung sebagaimana sulitnya memperkirakan terjadinya gempa.

2.1.3 Faktor Aspek Sosial dan Budaya

Kesehatan yang secara ideal didefinisikan sebagai *state of complete psysical and social well being and not merely the absence of disease or infirmity*'' yang tidak mudah untuk direalisasikan.

Indonesia sejak dulu dikenal oleh dunia karena masyarakatnya memiliki perilaku prososial yang tinggi seperti tercermin dalam perikehidupan yang rukun, solidaritas sosial yang tinggi, saling menolong, saling bekerja sama, saling mensejahterakan, dan penuh keramahan. Akhir-akhir ini banyak ahli harus mengernyitkan dahinya untuk dapat memahami berbagai fenomena dan dinamika sosial yang berkembang dalam masyarakat. Para ahli menengarai terjadinya pergeseran dalam orientasi nilai hidup manusia Indonesia sebagai akibat proses industrialisasi dan modernisasi serta pembangunan yang terlalu menitikberatkan pada sektor ekonomi di masa yang lalu.

Sikap, tanggapan atau tabiat manusia terhadap lingkungan jika diajarkan, diwariskan turun temurun lama kelamaan akan menjadi budaya. Manusia dan kebudayaan merupakan kesatuan yang tidak terpisahkan, sementara itu pendukung kebudayaan adalah manusia itu sendiri. Sekalipun manusia akan mati akan tetapi kebudayaan yang dimilikinya akan diwrisikan kepada keturunannya, demikian seterusnya.

Menurut Hari Purwanto (1997) dalam Eka Iswasta (2007) pewarisan kebudayaan manusia tidak selalu terjadi secara vertikal atau kepada anak cucu mereka, melainkan

dapat pula secara horizontal yaitu manusia yang satu belajar dari kebudayaan manusia yang lain. Berbagai gagasan dapat dikomunikasikan kepada orang lain karena ia mampu mengembangkan gagasan-gagasannya dalam bentuk lambang-lambang vokal maupun tulisan.

Salah satu bagian dari kehidupan manusia dalam menanggapi kebudayaan maupun lingkungan adalah apa yang dimaksud dengan persepsi masyarakat. Persepsi mempunyai arti yang sangat penting dan mempunyai kedudukan yang kuat di dalam diri manusia, sebab persepsi bersifat pribadi dan subyektif. Reaksi seseorang terhadap permasalahan lingkungan (pencemaran sungai) harus ditinjau dari persepsi dan tanggapan orang terhadapnya. Sarwono (1986) dalam Eka Iswasta (2007) menyatakan bahwa manusia bereaksi terhadap tanggapannya sendiri, dan bukan terhadap lingkungan. Orang sering beranggapan bahwa manusia itu selalu bereaksi sama terhadap keadaan serupa yang dihadapi. Tetapi perkembangan selanjutnya dari pengertian tersebut menunjukkan bahwa karena tipe orang itu bermacam-macam, maka sudut pandang dan persepsinyapun berbeda-beda

2.1.4 Faktor Politik

Pemberitaan dan pernyataan yang terkait Avian Influenza sangat menyentuh aspek politis terutama terkait dengan kesiapsiagaan pandemi dan kebijakan tentang penyakit diseluruh dunia.

Sistem Pemerintahan Indonesia yang dulunya cenderung sentralistik telah berubah menjadi desentralistik atau otonomi daerah, dan kesehatan merupakan salah satu bidang yang didesentralisasikan. Hal ini, membawa dampak positif maupun negatif

pada penyelenggaraan program pemerintahan dan pembangunan secara keseluruhan. Dampak positifnya adalah masing-masing daerah dapat mengembangkan kreativitasnya, serta membangun daerahnya sesuai dengan aspirasi dan kebutuhan masyarakat lokal. Dengan demikian diharapkan akan terjadi percepatan dan ketepatan pembangunan di berbagai daerah, sehingga secara akumulatif akan meningkatkan daya gerak dan kualitas pembangunan secara nasional. Bila kecenderungan ini makin menguat, maka gerak pembangunan nasional di berbagai wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia akan semakin cepat, sehingga kesejahteraan rakyat yang menjadi agenda nasional akan lebih cepat dapat diwujudkan.

Dampak negatif dari otonomi ini adalah koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah lebih memerlukan waktu dan tenaga, dibandingkan dengan masa lalu. Yang harus dihindarkan adalah masing-masing daerah lebih menonjolkan kepentingan daerahnya, dibandingkan kepentingan nasional secara keseluruhan. Untuk itu pemerintah perlu mendorong dan memupuk sinergi antar daerah, sehingga bermanfaat secara nasional, terutama mengingat beragamnya potensi sumber daya daerah di sektor industri (sumber daya alam, manusia, infrastruktur).

2.1.5 Faktor Hukum

Indonesia adalah negara yang menganut sistem hukum campuran dengan sistem hukum utama yaitu sistem hukum Eropa Kontinental. Selain sistem hukum Eropa Kontinental, di Indonesia juga berlaku sistem hukum adat dan sistem hukum agama, khususnya hukum (syariah) Islam.

Hukum adalah suatu sistem aturan atau adat, yang secara resmi dianggap mengikat dan dikukuhkan oleh penguasa, pemerintah atau otoritas melalui lembaga atau institusi hukum.

Kepastian hukum, konsistensi kebijakan atas masalah-masalah kesehatan kesehatan, sangat diperlukan sebagai payung hukum bagi para pengambil kebijakan di tingkat pusat dan daerah.

Pandemi merupakan ancaman serius yang memerlukan aturan hukum yang jelas. Kita bisa belajar dari negara-negara lain seperti Amerika, dimana ketika terjadi musim influenza sepanjang tahun 2004-2005, mengalami kekurangan vaksin influenza reguler. Sekitar 20-40,000 orang mati disebabkan influenza selama musim "reguler" influenza tersebut. Persediaan vaksin yang terbatas yang ada tersedia di Amerika Serikat sepanjang musim influenza tahun 2004-2005 tersebut dibagikan berdasarkan *first-come-first-serve* atau system loterei. Organisasi enggan untuk menentukan orang yang satu itu adalah "lebih sakit" atau lebih sedang membutuhkan vaksin dibanding orang lain. Semua orang menjadi ketakutan akan digugat oleh keluarga orang lain yang meninggal karena mereka tidak diberi vaksin.

2.1.6 Faktor Lingkungan Global

Di awal abad ke-21 ini isu dan praktik globalisasi dan liberalisasi makin mencuat. Berbagai keputusan lembaga ekonomi internasional, seperti WTO, telah mendorong laju globalisasi dan liberalisasi ekonomi dunia. Banyak kontroversi yang sekarang masih menjadi perdebatan antara negara maju dan negara berkembang, berkaitan dengan isu dan praktik globalisasi ini. Di satu sisi negara-negara maju menghendaki negara

berkembang membuka akses pasar bagi produk negara maju, namun di sisi lain negara maju melakukan proteksi terhadap produk pertanian mereka melalui subsidi yang relative besar. Hal ini menimbulkan kecenderungan bahwa globalisasi dan liberalisasi ekonomi lebih memberikan peluang yang lebih baik bagi negara maju dibandingkan dengan negara berkembang.

Indonesia sebagai anggota masyarakat dunia tentu juga berkepentingan dengan isu di atas, terlebih lagi kepentingan untuk memajukan perekonomian nasionalnya. Oleh sebab itu kecenderungan perkembangan globalisasi ini harus dicermati secara proporsional, sehingga tidak merugikan kepentingan Indonesia. Sebagai anggota Negara kelompok 77, Indonesia bersama negara berkembang lainnya perlu terus melakukan berbagai usaha termasuk *lobby* ke berbagai lembaga dan negara lain yang berkepentingan sama. Langkah itu ditujukan agar keadilan dan keseimbangan pasar dalam perekonomian dunia dapat dicapai melalui bendera WTO, atau paling tidak jangan sampai merugikan kepentingan negara berkembang. Dengan demikian dalam perumusan kebijakan industri nasional, perlu memperhatikan kecenderungan di atas, sehingga kebijakan pembangunan industri nasional mampu mengantisipasi, serta selaras dengan perkembangan dunia masa depan.

Berbagai kesepakatan dilakukan Indonesia dengan lembaga-lembaga dunia seperti WHO, FAO, APEC, ASEAN, Dana Moneter Internasional, Bank Dunia, WTO, serta kesepakatan dan perjanjian multilateral, dan bilateral baik yang masih berbentuk *MOU* atau Nota Kesepahaman yang belum mengikat maupun yang sifatnya sudah mengikat atau *binding*.

Berbagai kesepakatan regional dan multilateral, antara Indonesia dengan berbagai lembaga Internasional lainnya seperti APEC, ASEAN dsb, sudah dan akan terus berpengaruh pada perjalanan dan potret ekonomi dan kesehatan Indonesia di masa depan. Sebagai contoh pasar bebas ASEAN (AFTA), sudah dan akan terus mempengaruhi potret ekonomi nasional. Kesepakatan AFTA tersebut membawa angin segar atau dampak positif dengan terbukanya pasar baru bagi produk-produk Indonesia di kawasan ASEAN.

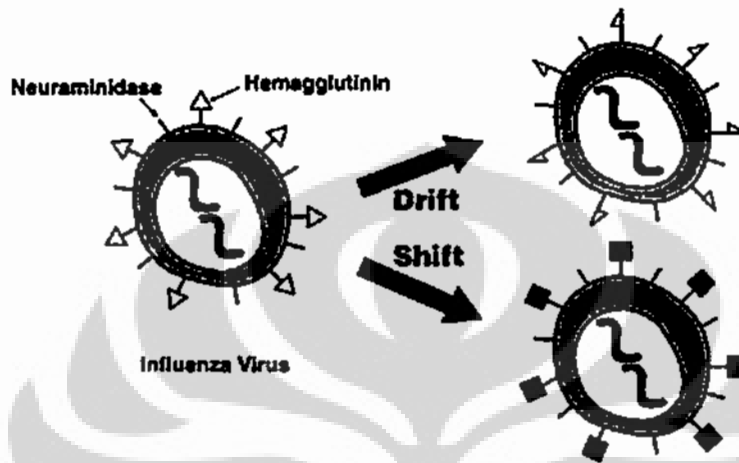
2.2 Ancaman Pandemi

Pandemi influenza Kartasasmita (2006) adalah KLB global penyakit yang terjadi bila virus influenza A muncul pada populasi manusia, menyebabkan penyakit yang serius, dan menular secara mudah dari satu manusia ke manusia lain. Pandemi berbeda dengan KLB musiman atau epidemi influenza. KLB musiman disebabkan oleh subtype virus influenza yang sudah bersirkulasi diantara manusia. Sedangkan pandemi disebabkan infeksi oleh sub-tipe baru, atau yang belum pernah bersirkulasi di antara manusia atau pernah bersirkulasi beberapa waktu lalu.

Pandemi influenza yang lalu mengakibatkan banyak korban yang sakit, meninggal, gangguan sosial maupun kerugian secara ekonomi. Pandemi influenza terjadi bila dihasilkan subtype virus influenza A baru, dikenal sebagai perubahan besar (*major*) antigen virus (*antigenic shift*). Bila ditemukan jenis baru virus influenza A, ini merupakan pertanda awal akan timbulnya pandemi, meskipun untuk terjadinya pandemi virus baru tersebut harus bisa dengan mudah menular antarmanusia. Untuk ini Badan Kesehatan Dunia (WHO) dan Center for Disease Control and Prevention (CDC) di

Amerika Serikat melakukan program monitor dan deteksi aktivitas influenza di dunia, termasuk mengawasi kemungkinan timbulnya sub-tipe virus influenza baru.

Gambar 2.2
Antigenic drift dan Shift



Sumber : <http://en.wikipedia.org>, 2007

Beberapa pandemik yang pernah terjadi di abad 20 antara lain :

1. Tahun 1918- 1919, Flu Spanyol (*Spanish Flu*). Disebabkan virus sub-tipe H1N1 menyebabkan kematian yang sangat tinggi, di Amerika Serikat menyebabkan lebih dari 500.000 orang meninggal dan mencapai hampir 50 juta kematian di seluruh dunia. Kebanyakan meninggal beberapa hari setelah sakit flu, banyak di antaranya orang yang muda dan sehat sebelumnya. Virus influenza H1N1 ini sampai saat ini masih bersirkulasi, dan tahun 1977 menginfeksi manusia kembali.
2. Tahun 1957-1958, Flu Asia (*Asian Flu*). Jenis sub-tipe virus H2N2 mengakibatkan 70.000 kematian di Amerika Serikat. Pertama kali diidentifikasi di Cina bulan Februari tahun 1957, menjalar ke Amerika Juni 1957.

3. Tahun 1968-1969, Flu Hong Kong (*Hong Kong Flu*). Disebabkan virus H3N2, menyebabkan kematian pada 34.000 orang di Amerika Serikat. Virus pertama kali ditemukan awal tahun 1968 di Hong Kong, dan menyebar ke Amerika pada akhir tahun. Sampai saat ini virus H3N2 masih ditemukan bersirkulasi.
4. Pandemi tahun 1957- 1958 dan 1968-1969, disebabkan karena virus baru gabungan virus influenza manusia dan burung, sedangkan pandemi tahun 1918-1919 penyebabnya murni virus AI.

WHO mengembangkan perencanaan global untuk menghadapi kemungkinan pandemi influenza yang disebut *global influenza preparedness plan*. Dibagi 3 periode, terdiri dari 6 tahapan:

1. Periode interpandemik, terdiri dari fase 1 dan 2. Pada periode ini tidak terjadi infeksi virus sub-tipe baru pada manusia.
2. Periode kesadaran pandemik, terdiri dari 3 fase.
3. Pada fase 3 terjadi infeksi manusia oleh sub-tipe baru, tetapi tak ada penularan antarmanusia, atau ada tetapi pada yang kontak erat saja. Fase 4 (*small cluster[s]*) ada penularan masih sangat terbatas antar manusia. Fase 5 (*large cluster[s]*), ada penularan lebih luas antar manusia tetapi masih terbatas.
4. Periode pandemik, peningkatan dan transmisi jangka panjang pada populasi umum.
5. Para pakar yakin bahwa pandemi akan datang hanya masalah waktu saja. Dahsyatnya pandemi yang akan datang masih sulit di prediksi. Diperkirakan bila terjadi pandemi, 15% - 35% populasi di Amerika Serikat akan terinfeksi, dan akan menyebabkan kerugian secara ekonomi sebesar 71,3 - 166,5 miliar dolar. Dengan kemudahan transportasi dan pergerakan orang yang tinggi penyebaran akan lebih

mudah lagi. Oleh karena itu saat ini setiap negara diharapkan sudah membuat perencanaan *pandemic preparedness*.

Pada pertemuan terakhir di Hong Kong awal bulan lalu APACI (*Asia-Pacific Advisory Committee on Influenza*) mengeluarkan rekomendasi untuk menghadapi pandemi ini. Rekomendasi itu memuat antara lain perlunya setiap negara melakukan pengawasan dan *surveilans* influenza, menyiapkan vaksin yang tepat dan melaksanakan imunisasi influenza terutama untuk yang berisiko, dan menyiapkan (*stockpiling*) obat anti virus (*amantadine, rimantadine, oseltamivir* dan *zanamivir*).

Setiap negara dianjurkan untuk menyiapkan rencana yang matang untuk Kesiagaan Pandemi (*Pandemic Influenza Response and Preparedness Plan*), bila perlu dibantu oleh WHO dan badan-badan lain. Beberapa negara telah melaksanakan imunisasi rutin influenza dan *stockpiling* obat antivirus. Namun baik vaksin influenza maupun obat antivirus mahal harganya sehingga untuk negara yang tidak kaya sulit untuk melaksanakan *stockpiling* maupun imunisasi (www.kompas.com, 2006).

2.3 Kebijakan Anti Viral

2.3.1 Inhibitor Neuraminidase

Selama dekade terakhir beberapa obat antivirus termasuk anti-influenza telah ditemukan dengan target struktur protein yang spesifik dari virus. Pada virus influenza target protein tersebut adalah neuraminidase, yaitu glikoprotein permukaan utama dari virus influenza.

Neuraminidase influenza menurut Lukito (2007) berikatan dengan asam sialik yang ada pada sel-sel saluran pernapasan, melubangi sel tersebut sehingga virus dapat

masuk dan bereplikasi. Aktivitas neuraminidase sangat tergantung pada tempat perlekatan tersebut sehingga dengan membuat katalisis pada tempat neuraminidase tadi dibuatlah obat yang bersifat inhibisi. Neuraminidase inhibitor adalah analog asam sialik sehingga obat ini berikatan dengan neuraminidase virus sehingga tidak terjadi ikatan dengan asam sialik pada saluran pernapasan.

Neuraminidase bertujuan memasukkan partikel virus ke dalam sel target dan membebaskan rangkaian virions. *Neuraminidase inhibitors* (NIs) didisain untuk mencegah luncuran kepala dan membebaskan virions influenza A and B oleh ganjalan aktivitas *neuraminidase*. Hal ini juga memungkinkan NIs dapat membuktikan penggunaannya untuk pencegahan sebagai pengobatan infeksi individu. Ada 3 NIs dalam phase III pengobatan klinis :

1. Zanamivir Inhalasi (asalnya sebagai GG167) dibuat oleh *Glaxo Wellcome* dengan nama dagang *Relenza™*;
2. Oseltamivir Oral (asalnya sebagai RO 64-0796 or GS 4104) co-developed oleh *Gilead Sciences Inc* dan *Hoffman La Roche Ltd* dengan nama dagang *Tamiflu™*;
3. RWJ-270201 Oral yang dibuat oleh *BioCryst Pharmaceuticals* dan *Johnson & Johnson*, dan sekarang sedang dalam percobaan phase III di Amerika Utara

Saat ini Zanamivir dan Oseltamivir digunakan di Canada, yang disetujui untuk dijual pada November 1999 dan Desember 1999. Kedua produk ini diindikasikan untuk pengobatan bagi penyakit akut infeksi influenza yang tidak komplikasi ketika gejala muncul tidak lebih dari 48 jam.

2.3.1.1 Zanamavir (Relenza)

Relenza (Zanamivir) merupakan suatu kelas baru obat antiviral dan jalan baru untuk memperlakukan virus influenza. Relenza bekerja secara sederhana dan secara langsung mencegah penyebaran virus influenza dari satu sel ke sel lainnya di dalam saluran pernafasan. Secara langsung ke target lokasi infeksi peradangan, relenza dihisap melalui jaringan dimana virus influenza bereplikasi. Dengan pendekatan ini, pengobatan dimulai berfungsi dalam beberapa detik untuk melumpuhkan dan membunuh virus influenza.

Relenza adalah yang pertama dalam generasi baru perawatan spesifik untuk virus influenza sebagai neuraminidase inhibitor, yang bekerja dengan memblok enzim yang berhubungan dengan influenza. Hal ini mencegah virus dari infeksi ke sel terdekat. Obat ini menghalangi penyebaran unutup virus influenza A dan influenza B dan efektif melawan semua subtype influenza.

Hasil percobaan klinis Relenza menunjukkan bahwa ;

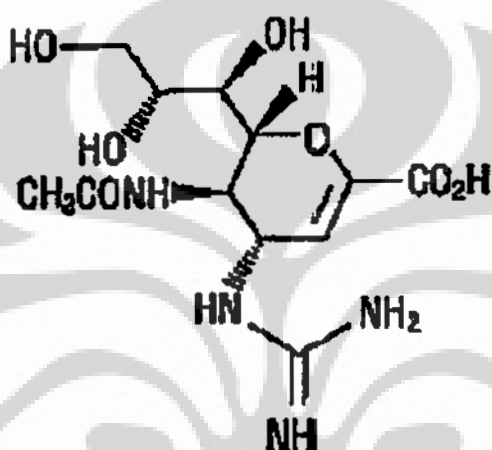
- Efek positif mempengaruhi kedua-duanya pada durasi waktu sakit dan mengurangi keparahan gejala.
- Pengurangan sampai 2 hari dalam pengurangan gejala influenza
- 61% mengurangi penggunaan antibiotic dan 70% mengurangi komplikasi dalam kelompok "resiko tinggi"
- Obat relatif aman dan mudah digunakan

Dalam kaitan dengan efektivitas obat, kini disetujui lebih dari 50 negara untuk digunakan sebagai pengobatan dan delapan Negara untuk pencegahan. Pasar utama di

mana produk telah disetujui adalah U.S, Uni Eropa dan Jepang. Cakupan pembayaran berada pada porsi signifikan pada pasar U.S dan Jepang, dan untuk kelompok resiko tinggi di U.K. Tiga pasar ini menunjukkan kira-kira 85% dari pasar farmasi dunia.

Gambar 2..3

Struktur kimia Zanamivir



Sumber : Bernd dan Hoffmann (2007)

Zanamivir dapat digunakan untuk pasien berusia diatas 12 tahun. Dosis yang dianjurkan untuk Zanamivir adalah 10 mg (dua inhalasi adalah 5 mg blister) untuk 5 hari.

Formulasinya dalam bentuk inhalasi dengan indikasi pengobatan influenza A dan B pada dewasa dan anak-anak diatas usia 12 tahun.

2.3.1.2 Osteltamivir (Tamiflu)

Oseltamivir adalah sebuah obat antiviral, sebuah inhibitor neuraminidase yang digunakan dalam penanganan influenza A dan B, dan banyak dikenal sebagai obat yang

dianjurkan untuk menangani flu burung. Oseltamivir adalah aktif netabolit yang dikenal sebagai GS4104 dan Ro 64-0796, GS4071 dan 64-0802.

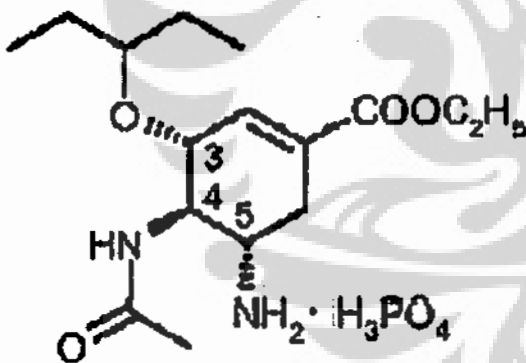
Oseltamivir dikembangkan oleh *Gilead Sciences* dan saat ini dijual oleh Roche dengan merek dagang Tamiflu®.

Oseltamivir digunakan hanya untuk dewasa (banyak studi oseltamivir tidak untuk pengobatan anak-anak, *Hoffman LaRoche* juga tidak membuat indikasi untuk kebijakan ini).

Oseltamivir diformulasikan dalam bentuk kapsul, dan bubuk untuk suspensi oral. Indikasi untuk pencegahan adalah untuk dewasa dan anak usia diatas 13 tahun.

Gambar 2.4

Susunan Kimia Oseltamivir



Sumber : Bernd dan Hoffmann (2007)

Tamiflu dapat merusak sistem kekebalan manusia, perempuan hamil mesti menghindari penggunaan obat tersebut karena obat itu belum diujicoba pada perempuan hamil.

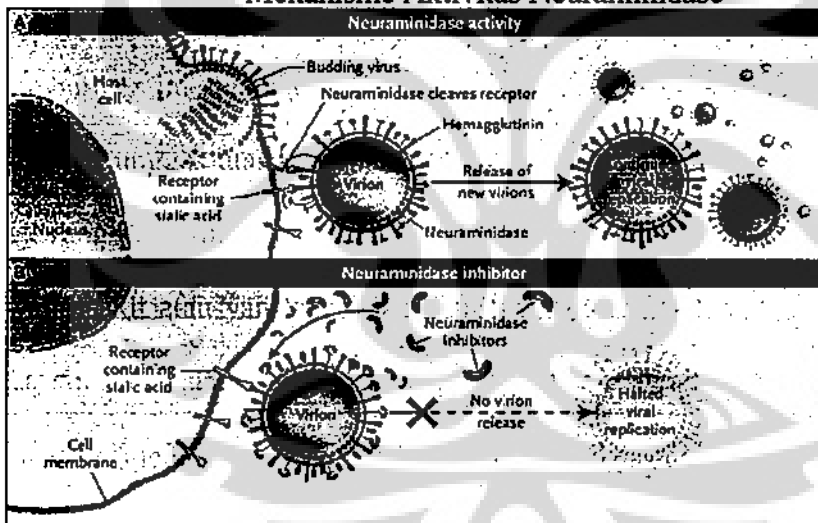
Zanamavir dan Oseltamivir, keduanya disetujui pemakaiannya oleh FDA Amerika untuk influenza pada tahun 1999, merupakan obat golongan neuraminidase inhibitor baru yang dapat menghambat secara selektif neuraminidase baik virus influenza A maupun B. Berbeda dengan Amantadin dan Rimantadin yang efektif terutama pada virus influenza A. Zanamavir diindikasikan untuk pengobatan influenza tanpa komplikasi pada orang berusia lebih dari 12 tahun yang mengalami gejala tidak lebih dari 2 hari. Baik Zanamavir maupun Oseltamivir tidak bisa mencegah terjadinya komplikasi yang serius dari influenza. Penggunaan kedua obat ini untuk profilaksis belum disetujui, tetapi ada satu penelitian yang menyatakan untuk profilaksis kedua obat ini cukup efektif (Zanamavir 84% dan Oseltamivir 82%). Profilaksis tetap terbaik dengan vaksinasi. Pemberian Zanamavir dengan cara inhalasi.

Seperti penyakit virus lainnya, sebenarnya penyakit ini belum ada obat yang efektif. Penderita hanya akan diberi untuk meredakan gejala yang menyertai penyakit flu itu, seperti demam, batuk atau pusing. Obat-obatan itu hanya meredakan gejalanya, tapi tidak mengobati. Tetapi *Food and Drug Administration* (FDA) Amerika Serikat telah merekomendasikan 4 jenis obat antiviral untuk pengobatan dan pencegahan influenza A. Jenis obat tersebut diantaranya adalah M2 inhibitors (Amantadine and Rimantadine) dan neuraminidase inhibitors (Oseltamivir and Zanimivir). Kadangkala beberapa galur virus influenza menjadi resisten terhadap satu atau lebih jenis obat tersebut. Misalnya, virus influenza A (H5N1) yang berhasil diidentifikasi dari penderita di Asia tahun 2004 – 2005 ternyata resisten terhadap obat Amantadin dan Rimantadin.

Orang yang berisiko mendapat flu burung atau yang terpajan harus mendapat pencegahan dengan Oseltamivir 75 mg dosis tunggal selama 1 minggu. Jika vaksin

untuk flu burung ini telah tersedia, dapat diberikan pada semua orang yang diduga kontak dengan unggas atau peternakan unggas yang terinfeksi dengan avian influenza (H5N1). Orang yang diindikasikan kontak khususnya orang yang bertugas memisahkan unggas yang sakit atau yang terlibat dalam pemusnahan unggas dan orang yang hidup dan bekerja di peternakan unggas dimana telah dilaporkan terdapat/dugaan H5N. Tenaga kesehatan yang menangani kasus influenza H5N1 pada manusia dan tenaga kesehatan yang bekerja pada sarana pelayanan darurat di daerah terjadinya influenza H5N1 pada burung juga dianggap orang yang beresiko.

Gambar 2.5
Mekanisme Aktivitas Neuraminidase



Sumber : Moscona, A. (2005)

Sejauh ini belum ditemukan vaksin yang dapat mencegah penyakit flu burung galur H5N1 pada manusia. Beberapa ahli di berbagai negara maju telah melakukan penelitian untuk menemukan vaksin untuk tersebut. WHO bersama *Global Influenza Surveillance Network* saat ini mengembangkan prototip virus H5N1 untuk mengungkap lebih jauh penemuan vaksin tersebut. Hingga sekarang belum ada vaksin yang tepat untuk influenza, termasuk avian influenza. Karena waktu perubahan mutasi virus sangat

singkat yakni dalam kurun waktu tiga tahun. Perubahan cepat model virus inilah yang menyebabkan para peneliti kesulitan untuk menemukan antiviral yang efektif jangka panjang. Vaksin prototip virus yang telah ditemukan dan dikembangkan tahun 2003 ternyata tidak dapat digunakan lagi. Pada evaluasi awal tahun 2004 ternyata virus telah bermutasi secara bermakna.

Untuk mengantisipasi lonjakan kebutuhan antivirus, Depkes berencana menambah 10.000 tablet Oseltamivir. Pengadaan obat diharapkan terealisasi secepatnya dengan bantuan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Pemerintah Indonesia juga telah menerima bantuan obat antivirus dari Pemerintah Thailand.

Pengobatan ditujukan pada eradikasi virus. Ada 4 obat antivirus saat ini yang dipakai pada pengobatan influenza yaitu *Amantadin*, *Rimantadin*, *Oseltamivir*, dan *Zanamivir*, tiga di antaranya dapat digunakan untuk pencegahan. Hasil penelitian terakhir menunjukkan virus H5N1 yang menyebabkan KLB di Asia resisten (kebal) terhadap *Amantadine* dan *Rimantadine*, sehingga hanya yang 2 terakhir yang masih sensitif. Keadaan ini harus terus-menerus di monitor. Obat antivirus yang saat ini beredar di dunia juga di Indonesia *Oseltamivir* (nama dagang Tamiflu), obat ini akan besar manfaatnya bila diberikan dalam waktu 2 hari sejak timbul gejala.

Tamiflu hanya bermanfaat untuk infeksi influenza A dan B. Obat ini tidak boleh diberikan pada bayi di bawah 1 tahun. Untuk pengobatan diberikan 2 x 1 kapsul (75 mg) sehari selama 5 hari. Efek samping yang mungkin timbul adalah mual, muntah, diare, nyeri lambung, pening, sulit tidur, dan sakit kepala.

Pencegahan untuk influenza umumnya dilakukan dengan vaksinasi selain obat antivirus. Namun sampai saat ini belum ada vaksin khusus untuk flu burung, masih

dalam percobaan pembuatannya. Vaksin yang ada saat ini bukan untuk virus H5N1. Namun dengan pemberian vaksin yang sesuai untuk virus yang bersirkulasi sesuai musimnya, diharapkan tidak terjadi *mixing* antara virus manusia (*human virus*) dan *avian virus* sehingga timbulnya virus baru bisa dicegah. Pencegahan lain dengan memberikan antivirus. Tamiflu dapat diberikan 1 kali sehari (75 mg) selama 7 hari.

Sejauh ini ada dua jenis protein AI yang diidentifikasi sebagai target dalam pengobatan flu burung. Yaitu, kanal ion M2 yang merupakan target dari obat yang terdiri dari senyawa kimia Amantadin dan Rimantadin. Target lainnya adalah enzim neuraminidase pada virus yang menjadi sasaran dari senyawa zanamivir yang dipasarkan dengan nama Relenza dan Oseltamivir yang dikenal sebagai obat Tamiflu.

Sayangnya saat ini telah terjadi resistensi obat terhadap inhibitor kanal ion M2 ini dan inhibitor neuraminidase pada virus tersebut. Persediaan obat yang ada juga diperkirakan tidak dapat mencukupi kebutuhan dunia apabila pandemik terjadi.

2.5.2 M2-Inhibitors

2.5.2.1 Amantadin (Symmetrel)

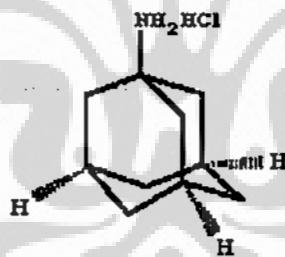
Amantadin menurut Bernd., dkk (2007) adalah sebuah agen antiviral lisensi Kanada untuk perawatan dan pencegahan influenza.

Gerakan *blocking* protein M2 setelah virion masuk ke dalam sel. Hal ini bertentangan dengan produksi enzim dalam replikasi viral dan pertemuannya. Kokhrane terbaru menunjukkan amantadin mengurangi jangka waktu demam satu hari (95% CI, 0,7 ke 1,3) ketika diberikan secara oral kepada orang dewasa dengan influenza A dalam 48 jam serangan gejala.

Bagaimanapun, hal ini berhubungan dengan sistem pusat syaraf dan gastrointestinal yang kurang baik. Ada perhatian resistensi yang muncul dengan Amantadin. Perlawanan tersebut mudah diproduksi di dalam laboratorium dan strain resisten dapat disembuhkan setelah enam hari sakit pada anak-anak yang menerima perawatan dan anggota keluarga yang menerima profilaksis post-exposure dari penyakit.

Amantadin adalah suatu tambahan yang penting dalam beberapa situasi. The National Advisory Committee on Immunization merekomendasikan bahwa Amantadin untuk profilaksis ditawarkan dalam situasi tertentu. (contoh untuk kejadian resiko tinggi ketika terjadi ledakan kasus influenza A dalam jangka panjang di fasilitas perawatan). Tetapi bahwa itu mestinya tidak menggantikan vaksinasi.

Gambar 2.6
Struktur Kimia Amantadin



Sumber : Bernd dan Hoffmann (2007)

Formula Amantadin dalam bentuk tablets/syrup, dengan indikasi pencegahan dan pengobatan influenza A pada dewasa dan anak-anak usia di atas 1 tahun.

2.5.2.2 Rimantadin (Flumadine)

Rimantadin adalah suatu chanel penghambat ion M_2 yang menghalangi reflikasi virus influenza A. M_2 menghalangi saluran ion yang dibentuk oleh M_2 protein yang

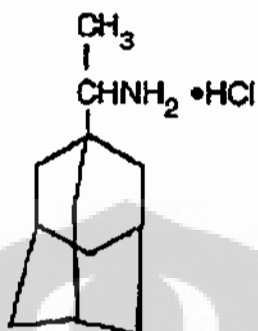
memutar selaput yang disebabkan virus (Hay; 1985, Sugrue; 1991 dalam Bernd., dkk 2007). Virus influenza masuk ke dalam sel oleh mediasi reseptor endositotik. Sesudah itu, gelembung endositotik diperlukan untuk memisahkan protein M1 ribonukleoprotein kompleks. Baru setelah itu partikel ribonukleoprotein masuk ke dalam nukleus melewati pori-pori nuklir tersebut. Ion Hidrogen dibutuhkan untuk gelembung menerobos saluran M2 (Bui; 1996 dalam Bernd., dkk : 2007).

Obat ini efektif melawan semua sub tipe influenza A yang sebelumnya menyebabkan penyakit pada manusia (H1N1, H2N2, dan H3N2), tetapi tidak untuk virus, karena protein M2 nya adalah unik untuk virus influenza A. Rimantadin mempunyai kemanjuran yang dapat diperbandingkan dengan potensi yang lebih rendah terhadap efek yang kurang baik (Stephenson; 2001, Jefferson; 2004 dalam Bernd., dkk : 2007).

Pengembangan dalam netralisis antibodi kepada strain influenza terlihat tidak terpengaruh oleh Rimantadin. Bagaimanapun kehadiran igA dalam sekret nasal secara signifikan disusutkan oleh sebuah studi (Clover; 1991 dalam Bernd., dkk : 2007).

Gambar 2.7

Struktur Kimia Rimantadin



Sumber : Bernd dan Hoffmann (2007)

Formulanya berbentuk tablet/syrup, dengan indikasi pencegahan influenza A pada anak-anak usia lebih dari 1 tahun dan dewasa. Untuk pengobatan dikhususkan pada dewasa.

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

3.1 Kerangka Konsep

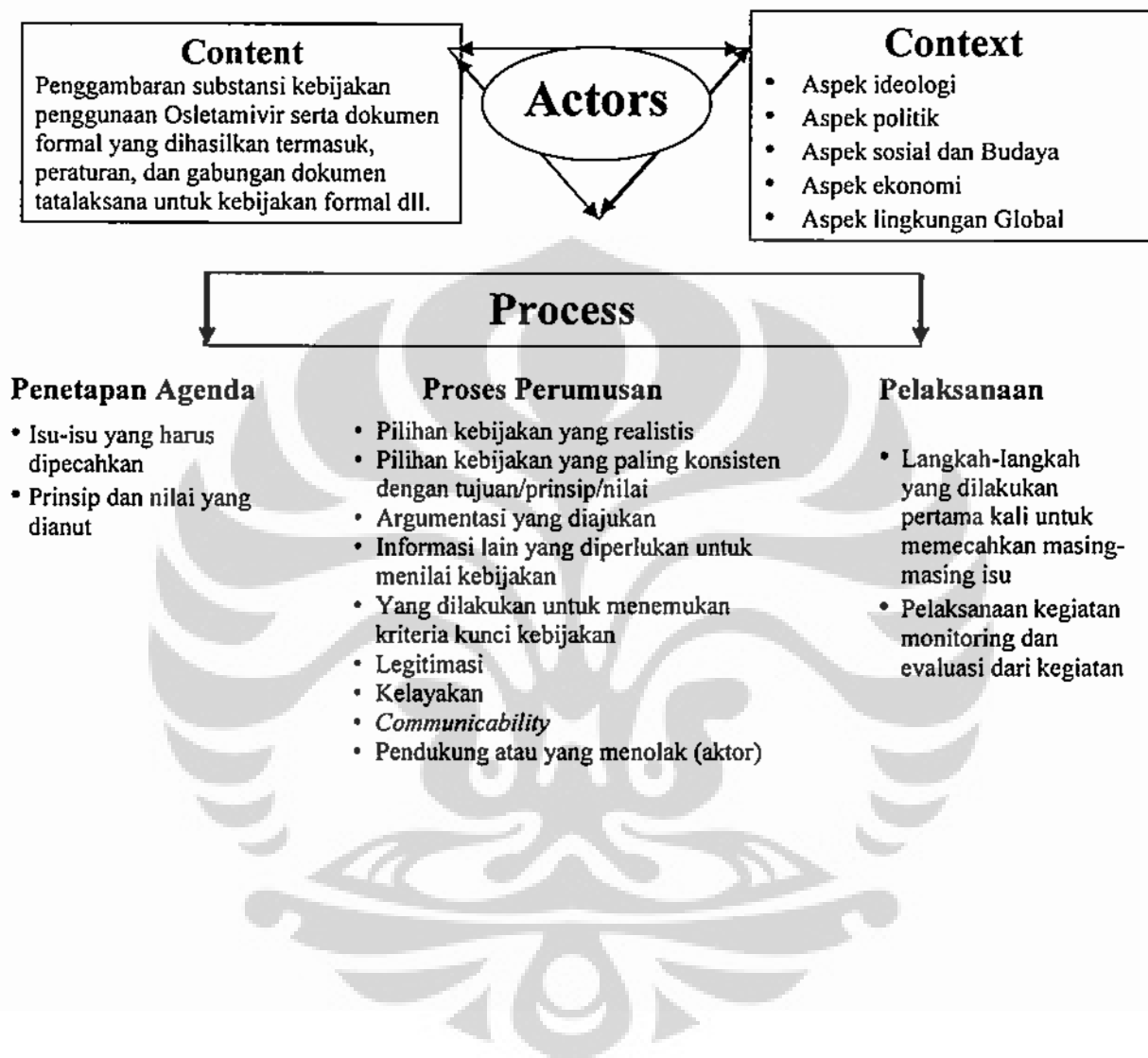
Kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini mengacu kepada Buse (2006) dimana kebijakan memiliki elemen kebijakan secara formal dan non formal untuk maksud secara formal (*content*), pelaku kebijakan (*actors*), lingkungan kebijakan (*context*), dan kebijakan publik (*process*). Ini adalah sebuah konsep yang dibangun oleh Leichter, yang akan digunakan untuk menganalisis konteks formulasi kebijakan.

Oleh karena penelitian ini melakukan studi tentang kebijakan antiviral Oseltamivir dalam penanganan Flu Burung, maka yang dimaksud pelaku kebijakan disini adalah pegawai pemerintah yang memiliki wewenang dalam proses perencanaan yang nantinya akan memutuskan kebijakan dalam penanganan Flu Burung dan penggunaan Oseltamivir. Sedangkan lingkungan kebijakan terdiri atas semua *context* khusus dimana kejadian-kejadian di sekeliling isu kebijakan terjadi serta kebijakan publik yang merupakan pilihan-pilihan kolektif yang saling tergantung dan memiliki hubungan timbal balik terhadap pelaku kebijakan dan lingkungan kebijakan.

Pelaku kebijakan (*Actors*) menurut teori ini adalah akademisi, kelompok masyarakat, instansi/departemen terkait, dan pemimpin terpilih terkait dengan kebijakan.

Lingkungan kebijakan meliputi semua konteks khusus dimana kejadian-kejadian di sekeliling isu kebijakan terjadi antara lain terdiri dari aspek ipoleksosbudhankam, demografi, geografis, dan lingkungan internasional.

Gambar 3.1
Kerangka konsep analisis faktor *content*, *context*, *actors* dan *process*
kebijakan penggunaan Oseltamivir



Tabel 3.1
Definisi istilah penelitian

No	Lingkup Penelitian	Definisi Istilah	Metode Pengumpulan Data	Alat Ukur	Informan	Hasil Ukur
1	<i>Content</i>	Adalah penggambaran substansi kebijakan penggunaan Oseltamivir serta dokumen formal yang dihasilkan termasuk, peraturan, dan gabungan dokumen tatalaksana untuk kebijakan formal dll.	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara Mendalam • Telaah dokumen • Analisis hasil pemberitaan di media 	Panduan WM	PPPL Yanmedik Yanfar Balitbang Komnas FBPI	<p>Di dapatkannya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gambaran Substansi kebijakan penggunaan Oseltamivir • Dokumen formal yang dihasilkan termasuk, peraturan, dan gabungan dokumen tatalaksana untuk kebijakan formal dll.
2	<i>Context</i>	Adalah sebuah analisis lingkungan strategis kebijakan; aspek ideologi, aspek politik, aspek sosial dan Budaya, aspek ekonomi, aspek Hukum, aspek lingkungan internasional yang mempengaruhi pembuatan kebijakan penggunaan Oseltamivir	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara Mendalam • Diskusi kelompok terarah • Telaah dokumen • Analisis hasil pemberitaan di media 	<p>Panduan WM</p> <p>Panduan FGD</p>	PPPL Yanmedik Yanfar Balitbang Komnas FBPI Masyarakat Umum	<p>Diketahuinya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspek Ideologi • Aspek politik • Aspek sosial dan Budaya • Aspek ekonomi • Aspek Hukum • Aspek Lingkungan Internasional
3	<i>Actors</i>	Institusi, individu atau organisasi yang terlibat dalam formulasi dan implementasi kebijakan Penggunaan Oseltamivir	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara Mendalam • Telaah dokumen 	Panduan WM	PPPL Yanmedik Yanfar Komnas FBPI Rumah Sakit	<p>Diketahuinya Institusi, individu atau organisasi yang terlibat dalam formulasi dan implementasi kebijakan Penggunaan Oseltamivir</p>

	dari identifikasi isu yang terkait dengan kebijakan penggunaan Oseltamivir untuk penetapan dan pelaksanaan kebijakan yang terdiri dari penetapan agenda, formulasi kebijakan dan pelaksanaan kebijakan Oseltamivir.	Mendalam <ul style="list-style-type: none"> • Telaah dokumen • Analisis hasil pemberitaan di media 	WM	Yanmedik Yanfar Balitbang Komnas FBPI Rumah sakit	yang dilakukan untuk penetapan dan pelaksanaan kebijakan dalam penetapan agenda, proses perumusan dan pelaksanaan.
Penetapan Agenda	Adalah sebuah proses penentuan kerangka yang menjadi tujuan umum, sasaran hasil yang diharapkan, prinsip dan nilai yang dianut, dan isu-isu yang harus dipecahkan	Wawancara Mendalam <ul style="list-style-type: none"> • Telaah dokumen • Analisis hasil pemberitaan di media 	Panduan WM	PPPL Yanmedik Yanfar Balitbang Komnas FBPI WHO	Diketahuinya : <ul style="list-style-type: none"> • Tujuan umum • Sasaran hasil • Prinsip dan nilai yang dianut • Isyu-isu yang harus dipecahkan
Formulasi Kebijakan	Adalah proses pemilihan, argumentasi, informasi lain dan upaya yang dilakukan termasuk legitimasi, kelayakan, <i>communicability</i> , dan pendukung atau yang menolakan kebijakan penggunaan Oseltamivir	Wawancara Mendalam <ul style="list-style-type: none"> • Telaah dokumen • Analisis hasil pemberitaan di media 	Panduan WM	PPPL Yanmedik Yanfar Balitbang Komnas FBPI	Diketahuinya : <ul style="list-style-type: none"> • Pilihan kebijakan yang realistik • Pilihan kebijakan yang paling konsisten dengan tujuan/prinsip/nilai • Argumentasi yang diajukan • Informasi lain yang diperlukan untuk menilai kebijakan • Yang dilakukan untuk menemukan kriteria kunci

						<ul style="list-style-type: none"> • Legitimasi • Kelayakan • <i>Communicability</i> • Pendukung atau yang menolak (aktor)
						<p>Diketahuinya :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Langkah-langkah yang dilakukan pertama kali untuk memecahkan masing-masing isu
						<p>PPPL</p> <p>Yanmedik</p> <p>Yanfar</p> <p>Balitbang</p> <p>Komnas</p> <p>FBPI</p> <p>Rumah Sakit</p>
						<p>Panduan</p> <p>WM</p>
						<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara Mendalam • Telaah dokumen • Analisis hasil pemberitaan di media
						<p>Adalah sebuah proses bagaimana kebijakan penggunaan Osletamivir yang telah ditetapkan itu dilaksanakan</p>
						<p>Pelaksanaan</p>

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Disain Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan rancangan kualitatif secara retrospektif untuk mendapatkan informasi dan menganalisis kebijakan penanganan Flu Burung dengan menggunakan oseltamivir di Indonesia.

Metode kualitatif dilakukan karena sulit untuk didekati jika menggunakan metode kuantitatif. Penelitian kualitatif secara kontekstual digunakan untuk mengetahui secara lengkap dan mendalam tentang latarbelakang pembuatan kebijakan penggunaan oseltamivir. Selain itu, perkembangan penyakit flu burung pada manusia sangat dinamis, sehingga kemungkinan terjadinya perubahan dari apa-apa yang telah dirumuskan sebelumnya.

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah dengan wawancara mendalam (*indepth interview*), diskusi kelompok terarah, telaah dokumen, observasi, dan analisis hasil laporan dari media terkait kebijakan penggunaan Oseltamivir ini. Pengambilan data dengan menggunakan wawancara mendalam dilakukan terhadap informan yang dibutuhkan dan observasi terhadap *content*, *context*, *actors* dan *process*. kebijakan dan kegiatan telaah dokumen.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.2.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di institusi terkait penelitian seperti Dirjen PPPL, Dirjen Yanmedik, Dirjen Yanfar, Balitbangkes, PT Indofarma, Namru-2, Komnas FBPI, WHO, Pusat Promosi Kesehatan, Rumah Sakit, Biro Hukum dan Organisasi

4.2.2 Waktu

Pengumpulan data penelitian ini dimulai sejak bulan Maret 2007 sampai dengan bulan Juni 2007.

4.3 Sumber Informasi

Sumber informasi adalah informan yang terlibat dengan substansi penelitian, namun apabila informasi yang diberikan belum menjawab pertanyaan penelitian, maka akan dilakukan penambahan informan. Selain itu sumber informasi lain yang digunakan adalah dokumen yang ada terkait dengan masalah penelitian.

Penentuan informan ini mengacu kepada prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*) melalui metode kunci utama (*key informan*) yang dalam penelitian ini adalah mereka yang secara mendalam mengetahui informasi dan mampu menggambarkan kebijakan yang diteliti. Informan yang diperlukan dalam penelitian ini adalah :

1. Menteri Kesehatan RI
2. Dirjen PPPL Depkes
3. Dirjen YanMed

4. Dirjen YanFar
5. Ketua Litbangkes
6. Namru-2
7. Komnas FBPI
8. PT Indofarma
9. Direktur Rumah Sakit
10. Kepala Biro Hukum dan Organisasi Depkes
11. Kepala Pusat Promosi Kesehatan Depkes RI
12. Masyarakat Umum

4.4 Instrumen penelitian dan Cara Pengumpulan Data

Instrumen penelitian ini dilakukan oleh peneliti sendiri dengan menggunakan bantuan pedoman wawancara mendalam dan pedoman diskusi kelompok terarah yang berisi pertanyaan terbuka dilengkapi perekam suara digital dan panduan penelusuran dokumen (*check list*).

Jenis data dan cara pengumpulan data yang dilakukan adalah :

1. Data Sekunder

Data sekunder dikumpulkan dengan melakukan *check list* terhadap arsip dokumen yang mendukung penelitian ini melalui penelusuran dokumen berdasarkan daftar yang telah ditetapkan.

Selain itu data sekunder utama yang dikumpulkan adalah publikasi media terkait dengan kebijakan penggunaan Oseltamivir, peraturan-peraturan, kebijakan-kebijakan formal yang tertulis dan dokumen terkait yang dihasilkan.

Tabel 4.1
Check list arsip / data yang dibutuhkan

Institusi	Dokumen / Data
Komnas FBPI	Kebijakan yang dihasilkan Koordinasi yang dilakukan Aktor yang terlibat Pedoman yang dibuat
WHO Indonesia	Guidelines, Aktor yang terlibat Pedoman yang dibuat
Dirjen PP-PL	Perkembangan Penyakit Koordinasi yang dilakukan Aktor yang terlibat Bantuan-bantuan pihak luar Pedoman yang dibuat
Dirjen Bina Yanmed	Kebijakan penggunaan oseltamivir di RS dan Puskesmas Aktor yang terlibat Pedoman yang dibuat
Dirjen Bina Yanfar	Distribusi oseltamivir Kebijakan penggunaan Aktor yang terlibat Pedoman yang dibuat
Balitbang	Penelitian-penelitian yang dihasilkan Masukan untuk kebijakan Proses pengambilan spesimen
Pusat Promosi Kesehatan	Aktor yang terlibat Pedoman yang dibuat
Biro Hukum dan Organisasi	Peraturan dan kebijakan formal yang dikeluarkan Alur Proses Pembuatan Kebijakan
Rumah Sakit	Realisasi penggunaan oseltamivir
Masyarakat Umum	Sistem Nilai Penyakit Flu Burung di masyarakat

2. Data Primer

Data primer dilakukan dengan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah yang dilakukan pada saat penelitian. Alat bantu penelitian ini adalah instrumen pertanyaan dan alat perekam agar tidak ada jawaban yang tidak tercatat.

Tabel 4.2
Informan dan metoda pengumpulan data

Informan	Institusi	Jumlah	Metode	Instrumen
Menteri Kesehatan	Depkes	1	WM	Panduan WM
PPPL	Depkes	1	WM	Panduan WM
Bina Yanfar	Depkes	1	WM	Panduan WM
Bina Yanmed	Depkes	1	WM	Panduan WM
Balitbang	Depkes	1	WM	Panduan WM
Biro Hukum dan Organisasi	Depkes	1	WM	Panduan WM
Pusat Promosi Kesehatan	Depkes	1	WM	Panduan WM
WHO Indonesia		1	WM	Panduan WM
Komnas FBPI		1	WM	Panduan WM
Badan POM		1	WM	Panduan WM
Rumah sakit		1	WM	Panduan WM
PT Indofarma		1	WM	Panduan WM
Namru-2		1	WM	Panduan WM
Masyarakat Umum		1 Klmpk	FGD	Panduan FGD

4.5 Validitas Data

Untuk metode kualitatif, validitas data yang dilakukan adalah dengan menggunakan metode triangulasi yang meliputi :

a. Triangulasi Sumber, yaitu :

1. *Cross check* data dengan fakta dari sumber melalui informan yang berbeda, sampai menghasilkan data yang saling memperkuat atau tidak ada kontradiksi satu dengan yang lainnya.
2. Menbandingkan dan melakukan kontras data pada kategori informan yang berbeda dengan telaah topik yang berkaitan di samping itu juga dilakukan penelusuran data tersier melalui telaah dokumen

b. Triangulasi Metode, yaitu :

Menggunakan beberapa metode dalam pengumpulan data yaitu dengan melakukan wawancara mendalam, observasi (telaah dokumen), dan analisis publikasi dari media

c. Triangulasi Data, yaitu :

Analisis data dilakuan lebih dari satu orang dengan cara meminta umpan balik pada informan serta mengkonfirmasi hasil penelitian pada orang yang ahli dalam analisa data kualitatif dengan tujuan meningkatkan kualitas analisis.

4.6 Pengolahan Data

Pengolahan data primer dilakukan dengan langkah sebagai berikut :

- a. Mengumpulkan dan menelaah semua data yang tersedia dari berbagai sumber informan

- b. Membuat transkrip rekaman hasil wawancara mendalam segera setelah selesai wawancara
- c. Melakukan reduksi data dengan cara membuat rangkuman inti dan menjaga agar pernyataan yang perlu tetap di dalamnya
- d. Melakukan kategorisasi pada data yang mempunyai karakteristik yang sama
- e. Menyajikan ringkasan data dalam bentuk matriks

Pengolahan data tersier dilakukan dengan langkah sebagai berikut :

- a. Mengkode data untuk membantu dalam pengelompokan data sejenis
- b. Memasukkan data yaitu memasukkan data sesuai dengan kode yang sudah dibuat (*spread sheet/Excel*)

4.7 Analisis Data

Data primer dianalisis dengan membuat bentuk matriks wawancara mendalam dengan melakukan pendekatan isi (*content analysis*), yaitu menganalisis dan mengidentifikasi sesuai dengan topik bahasan dari setiap hasil wawancara.

Langkah pertama adalah menulis hasil penelitian secara keseluruhan (data mentah) dalam bentuk transkrip hasil wawancara mendalam, kemudian diringkas dalam suatu matriks. Ringkasan ini kemudian diuraikan dalam bentuk narasi untuk kemudian dilakukan konseptualisasi.

Hasil penelitian dibandingkan dengan teori yang dikemukakan dalam tinjauan pustaka.

Untuk data tersier, dianalisis dengan melakukan interpretasi dari data yang telah diolah.

4.8 Penyajian Data

Data hasil penelitian disusun dan disajikan menjadi informasi untuk menggambarkan hasil yang didapatkan dalam bentuk narasi dan tabel sehingga mudah di mengerti. Penyajian data dibuat dalam bentuk matriks, dikategorikan sesuai dengan pertanyaan penelitian.



BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Deskripsi Informan

Secara umum penelitian ini dilaksanakan di beberapa institusi; Depkes, Komnas Flu Burung, WHO dan masyarakat umum untuk mengetahui sistem nilai penanggulangan penyakit Flu Burung ini.

Proses pelaksanaan penelitian berjalan dimulai dari pengumpulan data sekunder dan data primer mengenai *content*, *context*, *actors* dan *process* kebijakan penggunaan Antiviral Oseltamivir dalam penanggulangan Flu Burung di Indonesia. Data sekunder dilakukan melalui telaah dokumen pada instansi terkait, dan telaan publikasi dari media.

Tabel 5.1
Deskripsi Informan Wawancara Mendalam

Institusi	Sub Institusi	Jabatan	Jumlah
DEPKES RI	P2PL	Direktur Jenderal	1
	Subdit Zoonosis	Kasubdit	1
		Staf subdit zoonosis	1
	Bina Yanfar	Sesditjen	1
	Bina Yanmed	Staf Subdit Gawat Darurat dan Evakuasi	1
		Balitbang	Peneliti Penyakit Menular Langsung
	Pusat Promkes	Staf Pusat Promkes	2
	Puskom Publik	Sub Bag umum dan kepegawaian	1
	Hukum dan Organisasi		1
Surveilens	Subdit surveilens	1	
KOMNAS FBPI		Tim Tekhnis	1
		Humas	1
RS		Dokter	1
WHO	Divisi Flu Burung	Konsultan	1

Tabel 5.2
Deskripsi Informan Diskusi Kelompok Terarah Masyarakat Umum

No	Nama	Umur (th)	Sex	Pendidikan	Pekerjaan	Alamat
1	Astuti	30	P	SMA	Ibu Rumah Tangga	Kp. Perigi Rw. 05 Kel. Bedahan- Depok
2	Bekti	38	P	SD	Ibu Rumah Tangga	Kp. Perigi Rw. 05 Kel. Bedahan- Depok
3	Marpu'ah	29	P	SMP	Ibu Rumah Tangga	Kp. Perigi Rw. 05 Kel. Bedahan- Depok
4	Linda	25	P	SMA	Ibu Rumah Tangga Ibu Rumah Tangga	Kp. Perigi Rw. 05 Kel. Bedahan- Depok
5	Aay	35	P	SD	Ibu Rumah Tangga	Kp. Perigi Rw. 05 Kel. Bedahan- Depok
6	Elih H	39	P	SMA	Ibu Rumah Tangga	Kp. Perigi Rw. 05 Kel. Bedahan- Depok
7	Murdiati	35	P	SD	Ibu Rumah Tangga	Kp. Perigi Rw. 05 Kel. Bedahan- Depok
8	Asmanih	40	P	SD	Ibu Rumah Tangga	Kp. Perigi Rw. 05 Kel. Bedahan- Depok
9	Dewi Eviati	27	P	SMP	Ibu Rumah Tangga	Kp. Perigi Rw. 05 Kel. Bedahan- Depok

Data primer dikumpulkan dengan wawancara mendalam terhadap 15 informan dari 19 informan yang direncanakan dan 1 kelompok diskusi kelompok terarah. Wawancara dilakukan kepada Direktur Jenderal PPPL, Kasubdit Zoonosis, Peneliti

Balitbang, Bidang Epim Kesma, Konsultan WHO, Subdit Medik Dasar, Sesditjen Bina Pelayanan Farmasi, Kasubdit Perlindungan Hukum dan Organisasi, Pusat Komunikasi Publik, Pusat Promosi Kesehatan, dan Komnas Flu Burung.

Data yang terkumpul dikelompokkan menurut kelompok variabel *content*, *context*, *actors* dan *process* kebijakan.

Setelah pengelompokkan variabel, dilakukan identifikasi dari masing-masing variabel untuk kemudian dianalisis.

Pembahasan dilakukan dengan membandingkan rangkaian yang terjadi dengan literatur, dan hasil-hasil penelitian yang pernah dilakukan terkait dengan kebijakan yang dihasilkan serta faktor-faktor yang melatarbelakanginya.

5.2 Analisis *Content* Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir

5.2.1 Gambaran Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir

Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir ini tidak terlepas dari kebijakan penanggulangan Flu Burung secara keseluruhan. Hal ini dikarenakan indikasi penyakit menjadi wabah, sehingga penanganannya memerlukan langkah-langkah yang tepat dan khusus, seperti dinyatakan informan berikut :

"Karena ini merupakan suatu penyakit baru maka Depkes pertama-tama menetapkan ini sebagai suatu penyakit yang berpotensi wabah. Yang di dalam UU No. 4 tahun 1984 tentang wabah itu Menkes berwenang mengumumkan terjadinya penyakit yang berpotensi wabah. Sehingga dengan diumumkannya wabah tersebut diambil langkah-langkah yang tepat untuk menanggulangi".

.....ditetapkan sebagai KLB agar supaya penanganan penyakit ini tidak seperti biasanya. Karena kalau mengikuti langkah-langkah biasa maka kita akan ketinggalan. Sehingga diambil langkah-langkah yang konkrit yang ada aturan hukumnya".

Kebijakan penggunaan antiviral Oseltamivir ini merupakan sebuah petunjuk teknis yang dibuat oleh Direktorat Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (PP-PL) Depkes RI pada tahun 2006 tentang pengendalian Flu Burung dan penggunaan “Oseltamivir” di Puskesmas.

Petunjuk teknis ini berdasarkan pada pedoman penanggulangan penyakit Flu burung (Avian Influenza) pada manusia dalam lampiran I keputusan Menteri Kesehatan Nomor 137/Menkes/IX/2005 tanggal 19 September 2005 tentang penetapan Flu Burung (Avian Influenza) sebagai penyakit yang dapat menimbulkan wabah serta pedoman penanggulangannya.

Pembuatan kebijakan ini melalui beberapa tahapan formal di dalam organisasi Depkes. Dimana PP-PL sebagai Direktorat teknis menyiapkan draft kasar dengan melibatkan konsultan untuk kemudian ke bagian Sekretariat Jenderal dengan disposisi ke kepala biro hukum dan organisasi Depkes untuk dibuatkan legal drafter dan verbalnya. Secara rinci tahapan pembuatannya adalah seperti dinyatakan informan berikut :

“Semua melalui biro hukum. Kalau materinya sudah cukup bagus, kita hanya menyusun legal drafternya saja, atau kita lihat dari aspek hukumnya. Kalau sudah masuk ke biro hukum kita proses, kita bikin verbal. Verbal itu adalah proses dimana kita memperbaiki lagi draft tersebut kita sempurnakan secara materi, aspek hukum dan tata cara peraturan perundang-undangan, kemudian diperiksa oleh penyelenggara, misalnya saya stafnya, lalu di atasnya lagi kabag dia baca paraf lagi, berarti setuju, di atas kabag ada Karo dibaca lagi, dia juga lewat dibaca lagi. Jadi tahapannya banyak. Kemudian ke kepala biro baru masuklah ke tehnik. Di tehnik juga banyak lagi, misalnya direkturnya deh biar nggak panjang birokrasi, dia harus baca karena ini kan dah pakai bahasa hukum jadi kan dia lebih tau lagi bener nggak kalimat ini. Jangan sampe yang kita tulis malah nggak sesuai. Kalau ada perbaikan biasanya ada buat tanda panah, paraf tapi perbaikan biasanya di pasalnya. Pokoknya prosesnya seperti itu yang penting berjalan. Itu sampai ke Sekretaris jenderal, dia yang mengadministrasikan surat menyurat, baru terakhir ke direktorat dialah

pimpinan terakhir. Barulah ke sekretariat jenderal barulah ke menteri. Menteri paraf, karena sudah di paraf oleh yang di bawah-bawahnya (contoh alur verbal terlampir).

Kalau sudah di paraf, nanti biasanya di kasih kertas yang ada Garuda. Lalu tulisan rancangannya di buang, baru dikasih nomor oleh TU Menteri. Lalu kita print dengan kertas ini (menunjuk kertas berlogo atas garuda) bukan kertas biasa lagi. Nah setelah begini baru jadi”.

Proses pembuatannya meski PP-PL adalah penanggung jawab teknis, tetapi dalam pelaksanaannya melibatkan beberapa Direktorat lain seperti Bina Yanmed, Bina Yanfar & Alkes, Binkesmas. Berikut ungkapan informan :

”Prosesnya itu gak hanya sendiri PP-PL, karena flu burung kan ada hubungannya dengan lingkungan, ada hubungannya dengan rumah sakit, itu di bawah direktorat jenderal pelayanan medik jadi kita duduk bersama. Karena dirjen kesmas membawahi puskesmas. Harus disesuaikan dengan alat, dana dsb. Dilihat dari RS nya bisa nggak dia menampung masyarakatnya. Kalau Dirjen Kesmas itu dalam rangka puskesmasnya bagaimana nanti tanggung jawabnya rumah sakit gimana, puskesmas gimana. Baru nanti PP-PL dalam rangka penanganan penyakitnya. Kalau KLB itu PP-PL. Mereka yang menyiapkan draft, pada waktu pertamanya mereka yang mengundang pihak-pihak terkait. Setelah draft nya matang baru mereka kirim ke kita”.

Selain itu dari luar juga diundang Rumah Sakit dan Fakultas Kedokteran, seperti dinyatakan oleh informan berikut :

”Dari luar itu FK UI, Rumah sakit juga di undang karena mereka usernya kan...”.

Pada pedoman tersebut tertulis bahwa penyediaan obat antiviral sebagai salah satu strategi dalam penanggulangan penyakit Flu Burung pada manusia dengan mendistribusikan obat Oseltamivir di setiap Rumah Sakit rujukan (44 Rumah Sakit rujukan SARS) sebagai kesiapsiagaan pengobatan kasus AI.

Dalam petunjuk teknis tersebut ditetapkan 10 strategi nasional kebijakan pengendalian Flu Burung, dimana point kedua kebijakan tersebut menyatakan tentang penatalaksanaan kasus pada manusia dengan pengadaan obat antiviral.

Dalam mendiagnosa kasus Flu Burung ada 4 kriteria yang ditetapkan, yaitu kasus dalam investigasi, kasus suspek, kasus probable, kasus konfirmasi. Menurut Surveilens, telah ada definisi kasus baru yang dipakai berdasarkan surat edaran PPPL pada Januari 2007 yang sewaktu-waktu bisa berubah. Definisi kasus terbaru tersebut adalah :

1. Seseorang dalam penyelidikan

Adalah seseorang atau sekelompok orang yang diputuskan oleh pejabat kesehatan yang berwenang untuk dilakukan penyelidikan epidemiologi terhadap kemungkinan terinfeksi H5N1.

2. Kasus Suspek

Seseorang yang menderita demam dengan suhu $\geq 38^{\circ}$ C disertai demam satu atau lebih gejala Batuk

- Sakit tenggorokan
- Pilek
- Sesak nafas

Dan disertai salah satu atau lebih keadaan di bawah ini :

- 1 Dalam 7 hari terakhir sebelum muncul gejala klinis, maupun riwayat kontak erat dengan penderita (suspek, probable atau konfirmasi) seperti merawat, berbicara atau bersentuhan dalam jarak ≤ 1 meter

- 2 Dalam 7 hari terakhir sebelum muncul gejala klinis, mempunyai riwayat kontak erat dengan unggas (misalnya menyembelih, menangani, membersihkan bulu, atau memasak)
- 3 Dalam 7 hari terakhir sebelum muncul gejala klinis, mempunyai riwayat kontak dengan unggas, bangkai unggas, kotoran unggas, bahan atau produk mentah lainnya di daerah yang satu bulan terakhir telah terjangkit Flu burung pada unggas, atau adanya kasus pada manusia (suspek, probable, atau konfirmasi)
- 4 Dalam 7 hari terakhir sebelum muncul gejala klinis, mempunyai riwayat mengkonsumsi produk unggas mentah atau yang tidak dimasak dengan sempurna, yang berasal dari daerah yang satu bulan terakhir telah terjangkit flu burung pada unggas, atau adanya kasus pada manusia (suspek, probable, atau konfirmasi)
- 5 Dalam 7 hari terakhir sebelum muncul gejala klinis, kontak erat dengan binatang selain unggas yang telah dikonfirmasi terinfeksi H5N1, antara lain: babi atau kucing
- 6 Dalam 7 hari terakhir sebelum muncul gejala klinis, memegang atau menangani sample (hewan atau manusia) yang dicurigai mengandung virus H5N1
- 7 Ditemukan leucopenia (jumlah leukosit/sel darah putih dibawah nilai normal)
- 8 Ditemukan titer antibodi terhadap H5 dengan pemeriksaan uji HI menggunakan eritrosit kuda atau uji ELISA untuk influenza A tanpa subtype
- 9 Foto rontgen dada/toraks menggambarkan pneumonia yang cepat memburuk pada serial foto.

3. Kasus *Probable*

Kriteria kasus suspek ditambah dengan satu atau lebih keadaan di bawah ini :

- Ditemukan kenaikan titer antibodi terhadap H5, minimum 4 kali dengan pemeriksaan uji HI menggunakan eritrosit kuda atau uji ELISA
- Hasil laboratorium terbatas untuk influenza H5 (terdeteksinya antibody spesifik H5 dalam specimen serum tunggal) menggunakan uji netralisasi (dikirim ke laboratorium rujukan)

Atau seseorang yang meninggal karena suatu penyakit saluran nafas akut yang tidak bisa dijelaskan penyebabnya yang secara epidemiologis berkaitan dengan aspek waktu, tempat, dan pajanan terhadap suatu kasus probable atau suatu kasus H5N1 yang terkonfirmasi.

4. Kasus Konfirmasi

Seseorang yang memenuhi criteria kasus suspek atau probable dan disertai ;

Satu dari hasil positif berikut ini yang dilaksanakan dalam suatu laboratorium influenza nasional, regional atau internasional yang hasil pemeriksaan H5N1 nya diterima oleh WHO sebagai konfirmasi:

- 1 Isolasi virus H5N1
- 2 Hasil PCR H5N1 positif
- 3 Peningkatan ≥ 4 kali lipat titer antibodi netralisasi untuk H5N1 dari spesimen konvalesen dibandingkan dengan specimen akut (diambil ≤ 7 hari setelah awitan gejala penyakit), dan titer antibodi netralisasi konvalesen harus pula $\geq 1/80$
- 4 Titer abtibodi mikronetralisasi H5N1 $\geq 1/80$ pada spesimen serum yang diambil pada hari ke ≥ 14 setelah awitan (onset penyakit) disertai hasil

positif uji serologi lain, misalnya titer HI sel darah merah kuda $\geq 1/160$ atau Western blot spesifik H5 positif.

Sedangkan menurut WHO, Definisi kasus yang dipakai di Indonesia mengacu kepada definisi yang mereka buat, seperti dinyatakan dalam pernyataan berikut:

"Definisi kasus itu juga WHO yang memberikan. Di dalam website WHO juga ada tuh case definition, tapi kita tidak mengadopsi mentah-mentah, disesuaikan dengan situasi masing-masing negara."

Untuk penatalaksanaan kasus di fasilitas kesehatan non rujuk berdasarkan kesepakatan workshop *case management & pengembangan laboratorium regional AI* di Bandung pada tanggal 20-23 April 2006 yaitu :

- a. Pasien Suspek Flu Burung langsung diberikan Oseltamivir 2 X 75 mg (jika anak, sesuai dengan berat badan) lalu dirujuk ke RS rujukan Flu Burung.
- b. Penentuan kasus suspek AI berdasarkan kepada kriteria yang telah dijelaskan sebelumnya
- c. Untuk Puskesmas terpencil, pasien AI diberi pengobatan oseltamivir sesuai scoring. Sementara pada Puskesmas yang tidak terpencil pasien langsung dirujuk ke RS rujukan
- d. Kriteria pemberian Oseltamivir dengan sistem scoring dimodifikasi dari hasil pertemuan workshop *case management & pengembangan laboratorium regional AI*, Bandung pada tanggal 20-23 April 2006

Gejala Klinis / Lab.	Skor	
	1	2
Gejala & riwayat epidemiologi	1	2
Suhu	$< 38^{\circ}\text{C}$	$\geq 38^{\circ}\text{C}$
Respiratory Rate (Frekuensi Nafas)	N	$> N$
Ronki	Tidak ada	Ada
Leukopeni	Tidak ada	Ada
Kontak	Tidak ada	Ada
Jumlah		

Keterangan :

- Kriteria pemberian Oseltamivir.

Skor 6-7 : evaluasi 24 jam apabila meningkat > 7 diberikan Oseltamivir

Skor > 7 : diberikan Osletamivir

- Batas *respiratory rate* (frekuensi nafas) di atas normal berdasarkan usia, yaitu :

< 2 bulan : $\geq 60x$ /menit

2 bln - < 12 bln : $\geq 50x$ /menit

≥ 1 th - < 5 th : $\geq 40x$ /menit

5 th – 12 th : $\geq 30x$ /menit

≥ 13 th : $\geq 20x$ /menit

- Nilai Leukosit normal yaitu : 5000 – 10.000
- Pada fasilitas kesehatan yang tidak memiliki sarana untuk pemeriksaan lab sederhana/leukosit maka pasien dianggap sebagai leukopeni (skor 2).

Untuk wilayah kerja Puskesmas, diharapkan melakukan kegiatan-kegiatan :

a. Pengobatan dini

- Obat yang direkomendasikan WHO untuk suspek Flu Burung adalah Oseltamivir dengan merek dagang Tamiflu
- Dosis untuk pengobatan (terapi) Flu Burung adalah :

a. Dewasa : 2 X 75 mg / hari selama 5 hari

b. Anak (usia > 1 tahun) : (2 mg/kkg) atau

Berat < 5 Kg 2 X 30 mg/hari

Berat > 15 – 23 Kg 2 X 45 mg/hari

Berat > 23 – 40 Kg 2 X 60 mg/hari

Berat > 40 Kg 2 X 75 mg/hari

Diberikan selama 5 hari

- Pemberian Oseltamivir (Tamiflu) di Puskesmas pada kasus suspek Flu burung harus mengikuti sistem skoring yang telah disepakati
- Setiap pemberian Oseltamivir harus berdasarkan resep dokter dan dicatat serta dilaporkan sesuai format.

Oseltamivir tidak direkomendasikan untuk profilaksis dan pemberian harus dilakukan oleh dokter.

Dalam situs Clinicaltrials.gov (2007), Indonesia merupakan salah satu negara yang ikut dalam penelitian peningkatan dosis yang berlokasi RSPI dan RS Persahabatan dan sedang berlangsung pada saat penelitian ini dilaksanakan. Dimana dosis pengobatan Tamiflu ditingkatkan dari 2x75 mg, menjadi 2x150 mg. Penelitian ini didasarkan pada bukti yang menyebutkan bahwa tingkat kematian babi guinea menurun setelah diberi dosis tamiflu yang lebih besar dan ahli medis berencana melakukan uji kliniknya pada manusia. Penelitian ini juga melibatkan negara lain seperti United States Maryland, Vietnam, United Kingdom, dan Thailand yang di sponsori oleh *National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID)*.

Menurut laporan Kompas, Selasa 4 Oktober 2005, Tamiflu dapat beredar di Indonesia dengan izin peredaran Tamiflu oleh Badan Pengawasan Obat dan Makanan (POM) nomor izin (Reg. No. DKI0557503701A1), melalui 'fast track'--prosedur yang cepat. Ijin edar Tamiflu diberikan karena obat anti virus tersebut telah memenuhi syarat

ilmiah dan administratif untuk diedarkan. Di mana Tamiflu tersebut berjumlah 25 ribu dus dengan rincian 10 ribu merupakan sumbangan dari Badan Kesehatan Dunia (WHO), 10 ribu dus persediaan pemerintah dan 5 ribu dus yang akan diedarkan oleh sektor swasta. Tetapi menurut salah satu informan, Tamiflu itu sudah teruji kualitasnya, apalagi dengan kondisi darurat penyakit, maka sebenarnya tidak diperlukan uji coba lagi.

Berikut pernyataan informan :

“Obat itu kan sebelumnya sebelum diedarkan sudah melalui uji coba. Kalau negara lain sudah melakukan kan nggak mungkin lagi disini dilakukan lagi, butuh waktu lama kan. Kan nggak mungkin, penyakitnya udah kemana-mana, obatnya baru diuji coba”.

Terkait dengan mutu Oseltamivir yang di distribusikan di Indonesia oleh PT Indofarma Tbk, berikut pernyataan informan :

“Kan obat itu didaftarkan ke badan POM itu sudah terjamin baik khasiat, kemananan maupun mutunya. Kalau obat itu sudah didaftarkan sudah ada nomor registrasinya. Itu sudah dijamin karena sudah dijamin oleh badan POM. Baru beli, baru produksi, masak sudah ada yang rusak jangan terus ganggap....”.

Untuk peredaran di sektor swasta, rencananya Tamiflu akan dijual melalui apotek-apotek. Tetapi karena ada larangan dari Menkes, rencana itu tidak dijalankan.

Terkait dengan bantuan yang diberikan dari WHO ke Indonesia, ada beberapa penjelasan yang dinilai cukup penting untuk di kaji lebih lanjut dari pernyataan informan berikut ini :

“WHO nggak banyak memberikan, WHO juga dapetnya sumbangan dari negara lain, WHO menerima dari Roche untuk 3 juta pengobatan, terus jepang memberikan kepada ASEAN yang disimpan di Singapura itu 1,5 juta dosis. Jadi Kalau kita stockpiling banyak-banyak takutnya expired. Makanya ada global stockpiling ada regional stockpiling.”

"Kita berusaha membantu apa yang diperlukan pemerintah. Utamanya adalah untuk peningkatan surveilans, tim gerak cepat, rapid responsif, pelatihan. Kita memberikan biaya untuk pelatihan, peningkatan pemeriksaan lab itu juga ada pelatihannya, kerjasama dengan Singapura, Australia. Itu adalah bantuan utama. Artinya surveilans kan itu tulang punggung pemberantasan penyakit, bukan hanya penyakit menular saja."

Selanjutnya menurut informan, terkait tangapannya terhadap bantuan obat yang akan expired di Puskesmas:

"Mereka umumnya negara-negara luar kayak gitu. Mereka pura-puranya bantu tapi obatnya sudah mau expired. Lho kalau kita dibantu, kita cek dulu ke badan POM itu harus kita cek dulu, mutunya bagus gak. Kan tidak semua orang luar negeri lebih bagus dari kita. Entah pabrik kelas berapa gitu disana. Ya kita musnahkan. Bukan dibuang lho...tapi dimusnahkan. Atau digunakan untuk yang mendesak-mendesak baru kita gunakan."

Untuk distribusi dalam negeri, dimulai pada Oktober 2006 oleh Bina Yanfar & Alkes Depkes. Berikut uraian informan :

"Jadikan kita harus siap antara 0,5 sampai 1% dari penduduk. Setiap orang butuhnya 10 kapsul, jadi Depkes itu harus menyiapkan 11 juta sampai 22 juta. Kalau terjadi pandemi lebih dari itu. Pada tahun 2006 pertamanya 12 juta, tapi karena kita bisa nego harganya jadi dapat 16 juta. Kita bagikan ke semua Puskesmas, dinas provinsi, kabupaten, rumah sakit Kab, RS Provinsi, karena oseltamivi tidak dijual bebas kan jadi disiapkan. Kita kirim langsung semua dari sini. Jadi Kabupaten yang ngirim ke puskesmas. Jadi sekarang seluruh Indonesia sudah ada. Saya kirimkan semua ya setiap puskesmas kita kasih 200 kapsul, dinkes kab 1000 kapsul, dinkes provinsi 2000, Rs rujukan 500, kemudian RSU Kab 300 kapsul. Tapi begitu mereka pake mereka kurang kita drop lagi. Kemudian RSPI 5000 awalnya tapi begitu ini kita tambah lagi."

Tabel 5.3
Distribusi Oseltamivir s/d Januari 2007

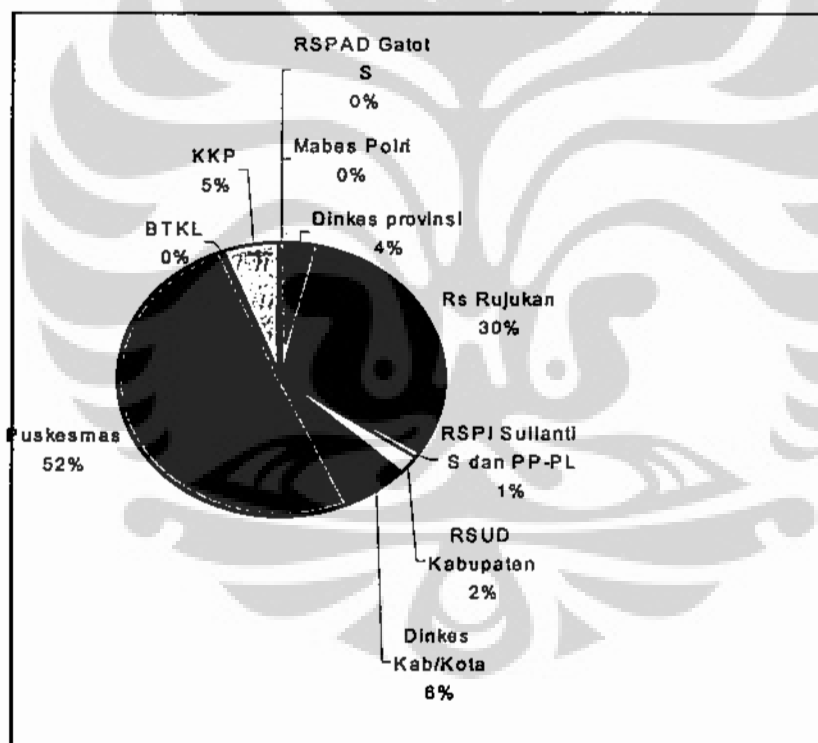
No	Bulan Pengiriman	Unit Kesehatan	Jumlah/Unit	Jumlah Distribusi Oseltamivir (Kapsul)	Jumlah Pengadaan	%
1	Juni 2006	Dinkes provinsi	33 Unit X 2000 kapsul	66.000	5.000.000	20,51
		Rs Rujukan	43 Unit X 5000 kapsul	21.500		
		RSPI Sulianti S	1 Unit X 5000 kapsul	5.000		
		RSUD Kabupaten	152 Unit X 300 kapsul	45.600		
		Ditjen PPPL	1Unit X 50000 kapsul	50.000		
		Dinkes Kab./Kota	232 Unit X 1000 kapsul	232.000		
		Puskesmas	3927 Unit X 200 kapsul	605.400		
		Ditjen PPPL (pengganti sampel uji BA/BE)		150		
Jumlah				1.025.650		
2	Agust-06	Dinkes Kab/Kota	208 X 1000 Kapsul	208.000	2.000.000	60,00
		RSUD	2171 X 300 Kapsul	51.300		
		Puskesmas	4618 X 200 Kapsul	923.600		
		Dinkes Kab. Garut :				
		* melalui PT Pos		4.000		
		* melalui PP-PL		13.000		
Jumlah				1.199.900		
3	Okt-06	Dinkes Provinsi	9 Unit X 6600 Kapsul	59.400	5.000.000	53,32
		RS Rujukan	54 Unit X 22500 Kapsul	1.215.000		
		RSUD Kab.	123 Unit X 300 Kapsul	36.900		
		Puskesmas	4499 Unit X 300 Kapsul	1.349.700		
		Mabes Polri	1 Unit X 5000 Kapsul	5.000		
		Jumlah				
4	Des-06	Dinkes Provinsi		158.400	3.000.000	85,61
		Rs Rujukan		1.012.500		
		RSUD Kabupaten		37.800		
		Puskesmas		924.600		
		BTKL		30.000		
		KKP		405.000		
Jumlah				2.568.300		
5	Jan-07	RSPAD Gatot Soebroto		2.500	1.322.700	0,19
		Jumlah				
Jumlah Total				7.462.350	16.322.700	45,72
Sisa Stok					8.860.350	

Sumber : Data Bina Yanfar Depker RI 2007, diolah.

"Pengiriman itu mulai 2006 bulan April. Selesai pengiriman pertama bulan Juni. Kemudian Agustus kita kirim lagi. Awalnya kita kirim rumah sakit-rumah sakit yang ada kasus flu burung dari binatang. Agustus, September, Oktober itu kita kirim semua. Ada atau nggak ada kasus kita kirim semua. Kemudian kita kirim ke KKP, BTKL, kemudian kita juga mengirimkan ke Garut, waktu itu ada kasus sempet kita kasih 17 ribu. Karena pada waktu itu terjadi di desa Cikelet, itu daerah yang diberi profilaksi. Jadi tergantung, begitu ada kejadian bisa cepat. Di Garut itu orang yang bawa langsung. Kita sudah bagikan semua, kita masih punya sisa 7 jutaan di gudang."

Untuk distribusi secara jelas proporsinya dapat dilihat pada grafik berikut :

Grafik 5.1
Rekapitulasi institusi penerima oseltamivir sampai dengan Januari 2007



Sumber : Data Bina Yanfar Depker RI 2007, diolah.

Untuk pengiriman ke Rumah sakit Rujukan berikut pernyataan informan :

"RS rujukan kita dorong semua. Kan awalnya 44 RS rujukannya. Awalnya 500, tapi bulan mulai oktober kita dorong 22500 baik yang baru maupun yang lama. Begitu perlu kita dorong".

Obat yang telah didistribusikan tersebut dari laporan yang masuk adalah masih utuh belum digunakan baik itu di tingkat Puskesmas, RSUD, dan Dinas kesehatan Kabupaten/Kotaantisipasi jika obat menjadi *expired*. Seperti dinyatakan oleh informan berikut :

Nyatanya sampai sekarang masih banyak. Laporan penggunaan di Puskesmas masih utuh. Jadi rutin, jadi kita selalu tahu, kalau sewaktu-waktu diperlukan, itukan untuk kesiapsiagaan."

"Kalau sudah expired ya ditarik dong. Karena kalau obat sudah expired gak boleh digunakan."

5.2.2 Dokumen Kebijakan Resmi

Dari hasil yang didapatkan, dokumen kebijakan resmi penanggulangan Flu Burung yang di edarkan adalah adalah sebagai berikut :

Tabel 5.4

Peraturan yang dihasilkan pemerintah terkait dengan penanggulan Flu Burung

No	Perihal	Nomor	Tentang	Tanggal/ Tahun
1	Undang-Undang RI	4 Tahun 1984	Wabah Penyakit Menular	1984
2	Peraturan Pemerintah	40/1991	Penanggulangan Wabah Penyakit Menular	1991
3	Peraturan Menteri Kesehatan RI	560/Menkes/Per/VI II/1989	Jenis Penyakit Tertentu Yang Dapat Menimbulkan Wabah, Tata Cara Penyampaian Laporrannya dan Tata Cara Penanggulangan Seperlunya	1989
4	Keputusan Menteri Kesehatan RI	1643/Menkes/SK/ XII/2005	Tim Nasional Penanggulangan Penyakit Flu Burung	2005
5	Keputusan Menteri Kesehatan RI	1372/Menkes/SK/I X/2005	Penetapan Kondisi Kejadian Luar Biasa (KLB) Flu Burung (Avian Influenza)	2005
6	Keputusan Menteri Kesehatan RI	1371/Menkes/SK/I X/2005	Penetapan flu Burung (Avian Influenza) Sebagai Penyakit Yang Dapat Menimbulkan Wabah Serta Pedoman Penanggulangannya	2005
7	Lampiran I Keputusan Menteri Kesehatan	1371/Menkes/SK/I X/2005	Pedoman Penanggulangan Penyakit Flu Burung (Avian Influenza) Pada Manusia	Thn 2005

8	Lampiran II Keputusan Menteri Kesehatan	1371/Menkes/SK/IX/2005	Daftar Nama RS Rujukan Perawatan Penderita Flu Burung Menurut Provinsi	19 September 2005
9	Keputusan Menteri Kesehatan RI	756/Menkes/SK/IX/2006	Pembebasan Biaya Pasien Penderita Flu Burung	2006
10	Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan	756/Menkes/SK/IX/2006	Pedoman Prosedur Penggantian Biaya Penanganan Pasien Penderita Flu Burung	20 September 2006
11	Peraturan Presiden RI	7 tahun 2006	Komite Nasional Pengendalian Flu Burung (Avian Influenza) dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza	13-Mar-06
12	Mendagri RI	443/949/SJ	Pembentukan Komite Prov dan Kab/Kota Pengendalian FB dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza	09-Mei-06
13	Keputusan Ketua KOMNAS FBPI	Kep - 01/Komnas-FBPI/06/2006	Tim Pelaksana Harian Komisi Nasional Pengendalian Flu Burung (AI) dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza	27-Jun-06
14	Keputusan Ketua KOMNAS	Kep - 02/Komnas-FBPI/06/2006	Panel Ahli Komite Nasional Pengendalian Flu Burung (Avian Influenza) dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza	27-Jun-06
15	Keputusan Sekretaris/Kerua Pelaksana Harian Komnas FBPI	Kep - 01/Ses.Komnas-FBPI/09/2006	Pembentukan Tim Pelaksana Kesekretariatan Komnas FB (AI) dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza	05-Sep-06
16	Instruksi Presiden RI	1 Tahun 2007	Penanganan Pengendalian Virus Flu Burung (Avian Influenza)	2007
17	Keputusan Menteri Kesehatan RI	414/Menkes/SK/IV/2007	Penetapan 100 RS Rujukan Penanggulangan Flu Burung (Avian Influenza)	2007
18	Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan	414/Menkes/SK/IV/2007	Daftar Nama RS Rujukan Penanggulangan Flu Burung (Avian Influenza)	10-Apr-07

Dokumen yang dihasilkan berasal dari WHO, Dirjen Bina Yanfar, Bina Yanmed, Komnas FBPI, Dirjen P2PL, dan pedoman kerjasama dengan Departemen Pertanian.

Untuk pedoman yang berasal dari WHO, beberapa informan menyatakan bahwa pedoman tersebut tidak secara langsung mereka dapatkan dan pedoman tersebut dirasakan masih belum jelas benar, berikut pernyataan mereka :

"Guidelines yang diberikan dari WHO itu biasanya kita download-download aja untuk referensi, yang lebih banyak biasanya dari pengalaman, pengalaman itu lebih berharga."

"Pedoman secara riil itu belum karena ini penyakit yang belum clear belum bisa diobati gitu. Kalau ini karena adanya ancaman pandemi influenza."

Tabel 5.5
Pedoman Yang Menjadi Acuan Dalam Penanggulangan Flu Burung Dengan Menggunakan Oseltamivir

No	Nama Pedoman	Terbitan	Tahun
1	Panduan Sumbangan Obat-Obatan, Revisi 1999	WHO	1999
2	Rencana Strategis Nasional Pengendalian Flu Burung (Avian Influenza) dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza 2006-2008	Republik Indonesia	2005
3	Pedoman Pengelolaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan, Cet. Kedua	Dirjen Bina Kefamasian Depkes RI	2005
4	Pedoman Advokasi dan Bantuan Hukum Dalam Penanganan Kasus Pelayanan Medis di RS	Bagian Hukum dan Humas Dirjen Bina Yanmed Depkes RI	2005
5	Organisasi dan Tatakerja Depkes	Permenkes No: 1575/Menkes/Per/XI/2005	2005
6	Petunjuk Teknis Pengendalian Flu Burung Dengan Menggunakan Oseltamivir di Puskesmas Edisi II	Direktorat P2B2 Dirjen P2PL Depkes	2006
7	Pedoman Pentalaksanaan Flu Burung di RS	Dirjen Bina Yanmed Depkes RI	2006
8	<i>WHO Rapid Advice Guidelines on pharmacological management of humans infected with avian influenza A (H5N1) virus</i>	WHO	2006
9	<i>Regional Influenza Pandemic Preparedness Plan (2006-2008)</i>	WHO	2006
10	<i>Guidelines for the establishment and use of the Stockpile of Oseltamivir</i>	WHO	2006
11	Pedoman Surveilens epidemiologi AI integrasi di Indonesia Edisi II	Kerjasama Depkes, Deptan, WHO Indonesia	2006
12	Modul Pelatihan Tim Gerak Cepat Pengendalian Flu Burung dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza	Depkes RI	2006

Untuk kegiatan rapat-rapat koordinasi dilakukan antara Depkes dengan Deptan dilakukan di Komnas FBPI, seperti yang diungkapkan :

"Komnas itu koordinasi antara departemen teknis, jadi kalau misalnya tatarannya untuk koordinasi baru kita. Kita tidak main di tataran teknis. Kita hanya yang bersifat umum. Misalnya oseltamivir, itu kan sudah teknis sekali."

Untuk rapat-rapat secara formal dilakukan di P2PL selaku penanggungjawab program di Depkes RI, dengan melibatkan Direktorat terkait seperti Bina Yanfar, Bina Yanmed, Deptan dan WHO.

"Semua ini kita berkoordinasi dengan Dirjen P2PL. Bukan suka-suka kita. Mereka penanggungjawab programnya. Dimana butuh obat mereka beritahu. Karena kita penanggungjawab obatnya. Termasuk RSPAD, mereka butuh ya kita kirim."

"Koordinasi internal cukup bagus, dul-dulu koordinasi dengan Deptan memang susah, tapi sekarang kan ada Komnas."

"Memang kita lebih banyak secara informal kalau secara formal juga ada dengan P2PL. Jadi yang berkoordinasi ke luar itu Dirjen. Karena P2PL sendiri ada beberapa kan jadi yang berkoordinasi adalah P2PL, lalu P2PL berkoordinasi lagi dengan Depkes, kita teknis saja. paling kita koordinasi dengan Posko flu burung dan posko AI Deptan untuk teknisnya. Untuk Deptan bukan kita yang langsung berhubungan dengan mereka, kecuali untuk DSO kita langsung dengan posko AI Deptan."

Rapat-rapat non formal juga dilakukan Surveilans, Zoonosis, P2B2, P2ML, yang tidak membahas AI secara khusus, termasuk juga rapat-rapat dengan pihak donor itu langsung ke subdirektorat masing-masing. Informan lain juga menguatkan pernyataan ini sebagai berikut :

"Kalau dengan WHO memang kita bisa langsung ke mereka, dana (funding) banyak dari mereka pelatihan-pelatihan dari mereka, penyelidikan kita sama-sama dengan mereka, kemudian data juga kita sama-sama. Kita dengan posko flu burung dengan WHO kita kadang-kadang rapat sebulan atau dua bulan sekali dengan mereka, tapi lebih banyak informalnya daripada formalnya."

"Untuk pengajuan proposal kita langsung ke WHO dengan tandatangan Kepala Dirjen, gak harus ke Menkes."

"Makanya kita akhirnya lebih banyak informal ke daerah, sebagai teman dengan mereka itu, jadi ada dari mereka yang kita pegang."

5.3 Analisis Context Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir

Jika terjadi pandemi flu burung akan terjadi dampak negatif yang luar biasa terhadap aspek sosial, ekonomi dan keamanan umat manusia. Diperkirakan pandemi flu burung akan mengakibatkan kerugian ekonomi mencapai angka US\$ 800 milyar dan menimbulkan kematian 50-160 juta orang di seluruh dunia. Namun demikian, sulit untuk memperkirakan munculnya pandemi flu burung sebagaimana sulitnya memperkirakan terjadinya gempa (<http://www.idionline.org>). Hal senada juga dinyatakan oleh informan diantaranya:

"Kalau dikatakan FB itu menjadi pandemik, dampaknya besar sekali. Seperti SARS yang pernah terjadi di China dulu. China itu dinyatakan sebagai daerah wabah, itu orang keluar orang masuk itu nggak boleh. Kebayang nggak kalau Indonesia begitu. Makanya jangan sampai pandemi. Jadi cepet-cepet baru terkena berapa orang langsung dilakukan penelitian dan sebagainya. Kalau sudah wabah itu ekonomi, sosial, politik, akan terkena".

"Kalau penularan antar manusia, maka nanti akan diisolasi daerah itu. Itu kerugiannya bukan hanya dari ekonomi saja, dari pariwisata, dll dari berbagai sektor".

Berkembangnya suatu penyakit menular mempengaruhi langsung kesehatan, segi sosial dan tantangan di bidang ekonomi dan secara tidak langsung menimbulkan kekhawatiran di seluruh dunia. Berawal di tahun 2003, ketika virus flu burung, yang lebih dikenal dengan nama H5N1 menyerang sekawanan burung dan kelompok unggas. Dan kemudian berkembang menjadi kewaspadaan ketat mengenai kemungkinan terjadinya bencana wabah diakibatkan virus flu burung ini, dengan kemungkinan

hilangnya jutaan nyawa manusia dan dampaknya pada kehidupan manusia akan dianggap yang terbesar pernah terjadi di belahan dunia ini.

5.3.1 Faktor Ideologi

Secara ideologis kebijakan penanggulangan Flu Burung ini khususnya penggunaan Oseltamivir ini tidak banyak berpengaruh tatanan ideology yang dipegang oleh masyarakat, tidak seperti kasus-lasus lain seperti abortus atau eutanasia yang mendapat respon menolah bdari banyak pihak. Seperti dinyatakan dalam salah satu pernyataan informan berikut :

“Kalau sampai saat ini kayaknya gak terlalu keras ya, karena kalau sudah wabah semua orang keliatannya bagaimana menghindari jangan sampai terjadinya wabah itu. Dan pemerintah berupaya meng-hire semua pihak jangan sampai ini membludak menjadi wabah. Tapi kayak abortus, eutanasiu itu baru....kalau penyakit itu sama-sama khawatir bencana kan ?”

5.3.2 Faktor Ekonomi

Wabah flu burung menurut <http://www.pikiran-rakyat.com> : 24 Maret 2006, telah mengakibatkan dampak ekonomi yang tidak sedikit di negara-negara ASEAN yang terjangkau. Di Indonesia, kerugian ekonomi akibat flu burung sepanjang 2003-2006 mencapai 170 juta dolar AS. Di Thailand, wabah tersebut telah merugikan ekonominya lebih dari 1,2 miliar dolar AS. Di Vietnam sebesar 200 juta dolar AS, Kamboja, Laos dan Malaysia juga mengalami kerugian dalam bilangan juta dolar AS. Berdasarkan perhitungan jumlah unggas yang mati karena sakit maupun penggantian akibat depopulasi dan *stamping-out*. Angka kerugian itu akan jauh lebih besar jika dihitung kerugian pada kesehatan manusia.

Kompas (2004) mencatat bahwa tidak hanya kalangan peternak yang mengalami kerugian, tetapi juga kalangan petani jagung seperti yang terjadi di Propinsi Bengkulu. Produksi jagung mereka yang biasanya terserap oleh peternakan ayam dan unggas lainnya, mejadi kurang laku dipasarkan. Petani jagung tidak hanya kesulitan memasarkan produksi mereka, tetapi juga akibat menurunnya harga jagung hingga Rp. 150 per kilogram, dari sebelumnya Rp. 950 per kilogram menjadi Rp 800-Rp. 850 per kilogram. Anjloknya harga jagung untuk pakan ternak ini semakin menyengsarakan petani jagung di Bengkulu, karena peternak ayam mengurangi atau menghentikan pembelian pakan.

Salah satu informan menyatakan bahwa kebijakan pemberantasan unggas merupakan kebijakan penanganan yang cenderung ke masalah ekonomi, dimana pemerintah memberi ganti rugi terhadap unggas-unggas tersebut. Berikut uraiannya :

"Makanya salah satu penanganannya adalah pemberantasan unggas-unggas, ke sektor ekonomi larinya kan? Tapi pemerintah membuat kebijakan, di ganti satu ekor unggas berapa gitu harganya kan. Jadi karena kita sekarang desentralisasi masing-masing daerah lah membuat bagaimana tidak terjadi gejala di masyarakat. Dilihat sudah panas-panas begini di larikan ke puskesmas".

Selain berpengaruh pada bidang ekonomi, negara-negara akan mengalami kerugian yang teramat besar, karena adanya pelarangan kunjungan perjalanan wisata dan perdagangan ke negara tersebut dan hal lainnya sebagai konsekuensi tidak langsung yang diakibatkan oleh penyakit ini. Menurut Cissy: 2005, diperkirakan bila terjadi pandemi, 15% - 35% populasi di Amerika Serikat akan terinfeksi, dan akan menyebabkan kerugian secara ekonomi sebesar 71,3 - 166,5 miliar dolar.

Menurut informan, Oseltamivir produksi dalam negeri saat ini dinilai masih lebih murah dibandingkan dengan membeli tamiflu. Berikut pernyataannya :

"Ya lebih murah dong, otomatis bea masuk produknya lebih... ternyata kenapa saya rencara 12 juta jadi 16 juta karena lebih murah".

Berbeda dari analisis media di dapatkan bahwa harga Tamiflu dengan kadaluarsa sampai dengan November 2009 menurut www.1drugstore-online.com, 2007 adalah US\$ 79 - 99 per 10 kapsul dari harga norma \$20. Dan dalam situs www.antiaging-systems.com (2007) harga ini ditawarkan lebih murah dengan harga \$79.99. Sedangkan di Indonesia Oseltamivir produksi dalam negeri dijual dengan harga netto apotek sekitar Rp.120 ribu/dosis.

Belum lagi terjadi pandemi, Indonesia sudah dirugikan dengan adanya pihak-pihak yang memanfaatkan spesimen yang dikirim ke WHO untuk membuat vaksin dan peralatan yang dibutuhkan untuk penanggulangan AI tanpa sepengetahuan pihak Indonesia. Seperti dinyatakan dalam pernyataan informan berikut :

".....ternyata spesimennya yang kita kirimkan kepada WHO diberikan kepada produsen obat, produsen alat pelindung untuk menanggulangi FB itu ya. Itu kan merugikan kita, kok mereka yang memetik hasilnya. Karena mereka pelajari oh ini penyakitnya ini, harus perlu alat ini. Karena itu mekanisme itu kemarin dirubah oleh Menkes kita. Agar supaya negara yang membutuhkan virus datang ke kita itu harus ada tandatangannya, perjanjiannya, harus ada keperluannya apa. Kalau itu untuk komersil itu harus bagi hasil dong, kan gitu. Kalau selama ini nggak. Kita main kirim-kirim aja. Dan ternyata Australia sudah bisa membuat vaksin dan menawarkan ke kita".

5.3.3 Faktor Sosial dan Budaya

Secara Epidemiologi penyakit, nampaknya karakteristik virus AI menunjukkan gambaran yang menarik, kalau dulu pada waktu wabah gelombang pertama virus AI

nampaknya bermukim di industri-industri peternakan ayam ras skala besar dan menengah (sektor 1 dan sektor 2) maka kini virus AI berkeliaran di peternakan rakyat dan *backyard farm*. Ini terbukti orang yang terkena penyakit flu burung tinggal di pemukiman-pemukiman dan di perkotaan-perkotaan. Gejala ini dapat dimengerti karena *biosecurity* di peternakan sektor 1 dan 2 cukup intensif dilaksanakan, sedangkan di peternakan rakyat dan di *backyard farm* (sektor 3 dan 4) relatif tidak dilaksanakan *biosecurity*, sehingga berkeliaranlah virus AI di pemukiman-pemukiman dan perkotaan-perkotaan tempat orang memelihara ayam yang dilepas begitu saja.

Hal ini tentu menjadi pekerjaan rumah bagi departemen pertanian dan segenap komponen bangsa untuk mengantisipasi sektor-sektor tersebut. Seperti dalam pernyataan informan berikut :

"Jadi gini, FB ini kan awalnya dari unggas ke unggas mulai tahun 2003, kemudian baru ke manusia tahun 2005. melihat sumbernya ini masih ada, maku resiko menular pada manusia itu akan ada. Oleh karena itu upaya yang paling ampuh adalah memutus rantai sumber peularan oleh pertanian".

Hal ini tidak terlepas dari pengaruh sosial budaya masyarakat di Indonesia terhadap perlakuan unggas untuk sektor 3 dan 4. Bahkan dari diskusi kelompok terarah yang dilakukan, ternyata antara ayam dengan manusia memiliki hubungan psikologis yang erat. Berikut pernyataan mereka :

"Tetangga saya mah ayam kayak anak sendiri sering diajakin ngomong. Dipanggil neng.. ada nama-namanya gitu.... dikandangin sih kalau malem cuman deket banget sama rumah ampe kayak nempel...deket dapur..".

"Tetangga saya kan punya ayam, saya bilangin bu kan flu burung, ah nggak ada! saya diomelin duluan....".

Selain itu praktek mengandangi ayam pada waktu malam hari di dalam rumah menjadi hal yang biasa karena kekhawatiran akan adanya maling dan tikus. Berikut pernyataan informan :

"Kalau gak dikandangin dirumah ntar ilang".

"Kadang dikandangin juga kan dimakan tikus".

Kendalanya pemerintah salah satunya adalah kebiasaan masyarakat masih melepas unggas-unggas peliharaannya tersebut untuk berkeliaran dimana-mana, sehingga pemerintah akan "memusnahkan" ternak-ternak unggas rakyat yang dinyatakan positif berdasarkan test dan pemerintah akan memberi kompensasi. Dalam pelaksanaannya di lapangan pelaksanaan strategi ini tidak mudah, seperti contoh kasus yang terjadi di DKI Jakarta. Berikut ungkapan informan :

"Itu tadi tidak mudah, sulit. Di DKI aja yang sudah ada perdu untuk pemisahan unggas itu masih aja berkeliaran karena itu tadi berkaitan dengan budaya dengan kebiasaan. Jadi masyarakat tidak mudah untuk digerakkan agar supaya dia menjaga kebersiha kandang, menjaga kebersihan diri".

"..... sektor 3,4 ini masyarakat sering lakukan, yang unggasnya dilepas kan, mau vaksinasi bagaimana?"

Tetapi ketika dikonfirmasi dengan bagian promosi kesehatan Depkes, tahun ini

Kebijakan penanganan pada unggas ini menjadi permasalahan yang sangat terkait dengan faktor budaya masyarakat terkait dengan fungsi ayam yang dinilai cukup penting, diantaranya yaitu seperti dinyatakan oleh informan :

"Menambah penghasilan kalau dijual pas lebaran gitu".

"Makan nasi basi atau sisa".

"Buat obat telurnya".

"Kalau pingin makan ayam ada yang dipotong".

"Kalau ada maling atau apa ketahuan itu dia bunyi berisik".

Hal ini juga senada dengan yang ungkapkan para informan dari sektor kesehatan dan kemungkinan kesulitan yang akan dihadapi jika kebijakan pada unggas di sektor 3 dan 4 diterapkan, diantaranya :

"Jadi faktor budaya sangat berpengaruh. Dan dulu orang kalau ayamnya sakit kan di potong, dimakan kan gitu. Tapi dulu kan virusnya lain. Ssekarang memang virusnya mati dalam pemanasan suhu tertentu. Tapi prosesnya itu yang kita nggak tahu. Memegang terus mengusap hidung dan lain sebagainya. Jadi prosesnya. Makanya tentang perilaku tentang hidup bersih dan sehat itu harus tertaman betul di masyarakat supaya penularannya dapat dicegah. Karena itu tadi, selama ada virus di unggas, selama itu resiko pada manusia terkena".

"Kalau budaya mah memang kita agak repot ya, menembusnya. Kadang-kadang sudah ketahuan ada virusnya ya, biasanya kita kan bikin imunisasi gitu kan, kan nggak semua budaya menerima adanya cairan yang masuk ke tubuh. Itu penjelasannya harus lama nggak bisa sebentar. Harus ke kepala suku dulu, kita jelasin dulu. Habis dari situ kemana dulu. Kayak orang melahirkan saja, biasanya lari ke dukun. Kalau ke dokter katanya segala macam ceritanya, banyak yang meninggal. Banyak angka kelahiran mati tinggi karena terlambat. Karena kalau misalnya kita nasehati mereka bilang nggak, ini kesambet. Ya kan repot kan..."

Faktor sosial budaya masyarakat dalam mencari pertolongan kesehatan juga masih rendah. Dimana menurut Prof Does Sampurno, dan dari beberapa penelitian pemanfaatan puskesmas, hanya 30% saja dari masyarakat kita yang berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan jika sakit. Selebihnya mereka mengobati sendiri, tidak berobat, atau mencari pertolongan pengobatan tradisional.

Selain itu, hal lain yang menurut penulis menjadi salah satu penyebab dari tingginya angka kematian Flu burung karena alasan keterlambatan menggunakan Oaeltamivir. Berikut pernyataan informan terkait dengan hal ini :

"Makanya ada analisis masalah hambatan ini. Mungkin karena keterlambatan itu akan semakin AI tinggi, karena gejalanya kan mirip flu bisajadi nunggu 2,3, 4 hari. Padahal obat tamiflu itu hanya efektif 48 jam. Nah kebanyakan kan masyarakat pergi ke RS dalam keadaan parah sehingga pemberia tamiflu sudah tidak ada gunanya".

5.3.4 Faktor Politik

Pengaruh kasus Flu Burung ini juga berdampak pada bidang politik sebuah negara., apalagi jika sampai terjadi pandemi. Berikut pernyataan informan :

"Dalam bidang politik misalnya hubungan-hubungannya sudah tutup mau bagaimana kita mau datang ke sana ke sini, nggak bisa. Sampai dia dinyatakan nggak ada lagi wabah".

Desentralisasi sering disebut informan sebagai salah satu hambatan dalam penanggulangan Flu Burung di Indonesia, diantaranya :

"Sebenarnya untuk kesehatan desentralisasi ada hambatan. Contohnya penyakit itu kan nggak bisa kita batasi. Sementara kalau sudah terjadi penyakit kalau daerahnya tanggap dia bisa mengungkung daerahnya. Tapi sekarang kenyataannya kan kesehatan di daerah-daerah manapun juga kecil sekalai penanganan terhadap kesehatan. Jadi mereka itu lebih banyak memikirkan pembangunan".

"Desentralisasi dalam hal penanganan FB hambatan. Karena nggak bisa sentralistik kan? Tidak bisa semuanya diatur. Padahal kalau sudah pandemi itu harus satu komando. Kita menggunakan uu wabah siapa yang menghalangi kena pasal misalnya rumah sakit menolak keluarga menolak, dsb".

Daerah saat ini mempunyai fungsi yang sangat penting, sehingga diperlukan upaya serius pemerintah daerah untuk bersama-sama pemerintah pusat berupaya menanganinya. Hal ini yang kemudian menjadi masalah yang dihadapi, oleh karena kurang tanggapnya pemerintah daerah mensikapi statemen-statement pemerintah pusat, seperti dinyatakan oleh informan berikut :

"Kalau terkait dengan Flu burung, karena kita sudah bicara mengenai wabah, kalau wabah mereka kan gratis kan pembayarannya. Jadi mereka begitu. Pemerintah yang hanya melakukan itu. Mestinya daerah juga melakukan seperti itu, tapi kenyataannya baru pusat yang mengeluarkan statement seperti itu. Nah sekarang pemerintah itu tidak hanya pemerintah di pusat saja kan, pemerintah daerah, pemerintah kota. Nah sekarang kan bagaimana penanganannya. kita paling hubungan itu cuma sampe provinsi nggak bisa sampe bawah".

"Hambatan sekarang adalah koordinasi. Itu tadi para gubernur yang sudah dipanggil Presiden saja itu Sekarang ada yang ada perdanya ada yang nggak, kan dah ketahuan dari situ".

"Ya itu mestinya masing-masing daerah juga harus melakukan komunikasi di masyarakatnya. Tapi kita juga kan nggak Tau apa sudah dilakukan di daerah, informasi, advokasi kepada pihak-pihak terkait. Kan semestinya semua orang melakukan. Jadi pemerintah aja tidak cukup kalau hanya satu departemen satu lembaga, gitu".

Dalam penanganan Flu Burung secara umum tidak bisa hanya departemen kesehatan atau departemen pertanian saja yang terlibat, tetapi seluruh sektor dan masyarakat harus juga berperan aktif seperti dinyatakan oleh informan berikut :

"Kita tidak bisa menyelesaikan masalah satu departemen, mesti ada keterlibatan sektor dan masyarakat. Nah sekarang ini keterlibatan sektor dan masyarakat ini belum sepenuhnya".

5.3.5 Faktor Hukum

Kebijakan penggunaan Oseltamivir ini secara hukum dinyatakan oleh informan sudah cukup memadai, seperti dinyatakan sebagai berikut :

"Kalau kata saya sudah cukup. UU nya sudah ada, PP nya sudah ada, permen nya banyak sekali. Jadi gini, UU kes juga ada. UU wabah ada UU lain yang mengisi. Jadi FB itu termasuk kategori apa, kategori penyakit menular, yang bisa menimbulkan KLB, sudah ada di PP 40. Kalau terjadi penangana KLB seperti ini, jadi tidak ada spesifik FB, FB itu masuk dalam kategori bisa menjadi KLB bisa menjadi wabah".

"Sementara ini UU wabah masih cukup, masih memadai".

Kemungkinan untuk dibahasnya rancangan peraturan yang khusus terkait Flu Burung, sampai saat ini belum ada. Tetapi kemungkinan ada tetapi hal ini akan dibuat dan di bahas pada direktorat teknis. Seperti dinyatakan informan berikut :

"Kalau misalnya ada teknik-teknik baru atau temuan-temuan baru dalam penanganan FB karena lintas program ya, ini pasti itu masukan dari teknisnya dan kita yang menggodognya. Tapi substansi teknisnya yang menyiapkan harus teknis terkait seperti P2PL, Binyanmed, Binkesmas. Tapi saat ini belum ada".

"Kalau misalnya trend nya dia naik terus, lalu ada temuan-temuan baru misalnya ada obat baru, ternyata Oseltamivir sudah tidak ini lagi bisa jadi resisten, Oseltamivir ternyata setelah di riset tidak terbukti itu mesti ada kajian lagi atau penanganan FB yang paling efektif itu bagaimana gitu ada, misalnya kan selama ini mungkin isolasi kedepan atau apa, temuan baru, rancangannya diusulkan kekita baru kita yang buat".

5.3.6 Faktor Lingkungan Global

Seperti halnya lingkungan dalam negeri, lingkungan internasional juga mengalami perubahan yang cukup mendasar. Beberapa kecenderungan internasional yang berpengaruh pada perkembangan industri nasional, dapat dicatat sebagaimana uraian berikut.

"Ya tentu kan kita pergaulan masyarakat dunia tentu yang namanya penyakit kan sudah mendunia. Dan kebetulan kita negara yang keberapa, jadi kan kita tinggal meniru apa yang sudah diterapkan negaran lain".

"Komnas dibentuk karena ada kekhawatiran dunia, karena ini kan konsepnya dunia bukan hanya indonesia. Itu tadi dikhawatirkan kalau terjadi pandemi angka kematiannya akan tinggi".

Dikaitkan dengan peran WHO sebagai Organisasi Kesehatan Dunia di Indonesia dinilai juga memiliki kepentingan internasional yang dibawa, seperti ungkapan informan :

"WHO itu gini, kita kan adopsi segala macam peraturan itu dari WHO, kita melihat aturan-aturan internasional dari WHO yang menentukan. Biasanya kalau hal-hal yang sifatnya gak perlu WHO kita enggak ngajak. Tapi kadang-kadang WHO itu kepentingan secara internasionalnya itu ada. Misalnya dalam hal flu burung, ada dia keterikutannya tapi mungkin bukan itu, karena untuk flu burung aja gak satu dua SK menkes yang keluar, mungkin ada dana yang mereka keluarkan juga. Mungkin kerjasama antara WHO dengan Depkes atau ada dana sumbangan dalam rangka misalnya peralatan Rs, nah itu baru ada kontribusinya".

Pada tahap awal ketika terjadi kasus, Indonesia belum melakukan penyediaan obat, hanya murni bantuan dari pihak asing baik yang melalui WHO ataupun secara langsung. Selain itu, tawaran bantuan Tamiflu juga sudah mendekati masa kadaluarsa obat. Berikut pernyataan informan yang menyatakan hal tersebut :

"Awal-awalnya kita dibantu Australia melalui WHO, dari Jepang ada, dari Taiwan sedikit bawa, kira 5 juta kapsul lah. Lalu kita beli 12 juta sampai 15 jt kapsul. Dananya dari RI. Kemudian ada stockpile ASEAN saya juga dapat tawaran dari Manila dia sudah mau expired oktober ya kita terima, kita gunakan sebelum expired".

"Kasus baru ada juni 2005, dapat bantuan dan kita distribusi sekitar bulan oktober. Awal 2006 kita kirim terus pertengahan sudah oleh Yanfar. Murni bantuan, enggak ada pengadaan".

"Awal-awal baru itu Depkes gak punya obat, baru bantuan WHO. Depkes ini baru mengadakan tahun 2006. dan juga Sampai dengan tahun 2006 di Indonesia belum ada yang produksi baru oktober 2006 baru pakai obat produksi dalam negeri. Jadi yang datang bulan April itu import".

"Bantuan itu bertahap, tahun 2005".

"Bantuan pernah ada, kalau enggak salah dari Singapura".

Dari analisis publikasi media didapatkan secara rinci bantuan-bantuan yang pernah diterima oleh Indonesia dari pihak asing.

Tabel 5.6
Rangkaian peristiwa perkembangan bantuan asing untuk penanganan Flu burung di Indonesia dari publikasi media

Tahun 2004	Sejak tahun 2004 bantuan sebesar A\$15,5 juta telah dialokasikan untuk mendanai pelatihan staf laboratorium dalam mendiagnosa virus, mendukung tim respon cepat dalam menginvestigasi kasus dugaan flu burung pada manusia maupun hewan, dan menyediakan 50 ribu paket Tamiflu untuk meningkatkan persediaan obat di Indonesia
Tahun 2005	Bantuan obat Tamiflu sebanyak 563.800 kapsul berasal dari bantuan WHO 3.800 kapsul, AUSAID-WHO 500.000 kapsul, PT Tempo 50.000 kapsul dan Economic of Taiwan 10.000 kapsul. Didistribusikan ke 33 Dinas Kesehatan Provinsi, 44 rumah sakit rujukan, 10 BTKL (Balai Teknik Kesehatan Lingkungan dan Dinkes Kabupaten di 8 Provinsi.
Kamis(6/10) 2005	50.000 dos (500.000 tablet) bantuan dari Pemerintah Australia resmi diserahkan kepada Pemerintah Indonesia. Selain obat, Pemerintah Australia juga berkomitmen membantu pelatihan-pelatihan, pembangunan kapasitas untuk laboratorium beserta alat-alatnya, dan pengembangan penanganan kasus mencegah pandemi
27/06/2005	Pemerintah telah menerima 563.800 kapsul Oseltamivir masing-masing 3.800 kapsul dari World Health Organization (WHO), 500 ribu kapsul dari USAID-WHO, 50 ribu kapsul dari PT Tempo dan 10 ribu kapsul dari Economic of Taiwan.
3/5/06	Wakil Menlu Jepang Mitoji Yabunaka mengatakan menyerahkan 5 ratus ribu course atau 5 juta stockpills tamiflu dan 7 ratus ribu baju pelindung akan diserahkan melalui Sekjen ASEAN
3/5/06	Wakil Menlu Jepang Mitoji Yabunaka mengatakan menyerahkan 5 ratus ribu course atau 5 juta stockpills tamiflu dan 7 ratus ribu baju pelindung akan diserahkan melalui Sekjen ASEAN
Selasa (05/12),2006	Pemerintah Australia akan memberikan tambahan dana sebesar A\$18,5 juta selama empat tahun untuk membantu Indonesia dalam menangani flu burung.
Selasa (29/5) 2007	Pemerintah China, diwakili Duta Besar China untuk Indonesia Lan Lijun, menyerahkan bantuan penanggulangan Avian Influenza (AI) yang diterima oleh Menteri Pertanian Anton Apriantono

Program bantuan-bantuan yang diberikan pihak asing kepada Indonesia adalah seperti dinyatakan oleh informan berikut :

"Kalau bantuan dalam bentuk untuk penanganan pengobatan itu dari Jepang dari Australia. Tapi kalau jangka panjang itu dari Amerika dari Singapura dari negara-negara islam juga ada. Jangka panjangnya akan meningkatkan kapasitas kemampuan dari masing-masing negara, misalnya laboratorium, memberikan PPE".

Tri Satya Puteri Naipospos (2005) dalam www.detik.com mengungkapkan bahwa Pemerintah kita terlalu merasa mengalah pada *pressure* dari luar negeri sehingga kita melupakan sumber penyebabnya, lebih baik uangnya dicurahkan untuk *surveillance* (pengawasan). Pemerintah, menurutnya, jangan hanya sibuk membuat Tamiflu dengan dana yang besar. Padahal ada pekerjaan yang lebih penting mengetahui asal usul penyakit tersebut. Dia juga mengimbau kepada pemerintah agar lebih berhati-hati melakukan kebijakan yang berdampak pada masyarakat, serta dapat menggunakan aspek-aspek lain sebagai bahan pertimbangannya

5.4 Analisis *Actors* Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir

Dari hasil penelitian di lapangan, aktor kunci kebijakan penggunaan Oseltamivir ini adalah WHO, Departemen Kesehatan dan Perusahaan Obat BUMN.

Tetapi dalam pelaksanaan dilapangan apalagi jika terjadi Pandemi, dibutuhkan segenap komponen bangsa untuk bekerjasama menanggulangi penyakit Flu Burung ini.

Seperi dinyatakan oleh informan :

“Kerjasama lintas sektor Yang jelas dengan pihak Pertanian, Kominfo, yang jelas kalau terjadi wabah bencana itu yang jelas semua terlibat sampai ABRI.”

“Kerjasama dengan pertanian kita lewat FEO. Belum tentu Indonesia menjadi sumber pandemik. Nah ini yang belum kita bikin skenarionya. Makanya kita udah bikin penanggulangan epi centre. Itu yang penting, kita akan all out. Misalnya di Jakarta muncul human to human transmision, kita akan dengan segala daya menanggulangi secara masal pencegahan terpadu ya kan.”

Selanjutnya beberapa penjabaran aktor dalam institusi yang dapat dijabarkan adalah sebagai berikut :

Tabel 5.7
Aktor Kebijakan Di Tingkat Komnas FBPI

No	Jabatan	Status
1	Menkokesra	Ketua Komnas FBPI Merangkap Wakil Ketua 1
2	Menteri Pertanian	Wakil Ketua 2
3	Menteri Kesehatan	Wakil Ketua 3
4	Menteri Dalam Negeri	Anggota FBPI
5	Menteri Luar negeri	Anggota FBPI
6	Menteri Perindustrian	Anggota FBPI
7	Menteri Kehutanan	Anggota FBPI
8	Menteri Perdagangan	Anggota FBPI
9	Menteri Pendidikan Nasional	Anggota FBPI
10	Menteri Perhubungan	Anggota FBPI
11	Menteri Kebudayaan dan Pariwisata	Anggota FBPI
12	Menteri Keuangan	Anggota FBPI
13	Menteri Komunikasi dan Informatika	Anggota FBPI
14	Menteri Negara Riset dan Teknologi	Anggota FBPI
15	Menteri Negara Lingkungan Hidup	Anggota FBPI
16	Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional	Anggota FBPI
17	Panglima Tentara Nasional Indoensia	Anggota FBPI
18	Kepala Kepolisian Negara RI	Anggota FBPI
19	Ketua Palang Merah Indonesia	Anggota FBPI
20	Deputi Menteri Koordinator Bidang Pertanian dan Kelautan	Sekretaris Merangkap Anggota
21	Para Gubernur	
22	Para Bupati/Walikota	

Sumber : Peraturan Presiden RI No. 7 Tahun 2006

Aktor kebijakan di tingkat Komnas, terlihat sangat komprehensif bahkan sampai kepada pembentukan Komda (Komisi Nasional) untuk penanggulangan dan kesiapsiagaan pandemi. Tetapi dalam pelaksanaan sangat sulit dikarenakan kesibukan masing-masing aktor dan pemahaman yang berbeda dalam hal prioritas.

Tabel 5.8
Aktor Kebijakan Di Lingkungan Departemen Kesehatan

No	Jabatan	Status
1	Menteri Kesehatan	Pelindung
2	Sekretaris Jenderal Depkes	Pengarah
3	Direktur Jenderal Bina Yanmedik	Pengarah
4	Direktur Jenderal Bina Yanfar & Alkes	Pengarah
5	Direktur Jenderal Bina Kesmas	Pengarah
6	Kepala Badan Litbangkes	Pengarah
7	Inspektur Jenderal Depkes	Pengarah
8	Direktur Jenderal PPPL	Ketua Pelaksana
9	Sesditjen PPPL	Sekretaris
10	Direktur P2B2, Ditjen PPPL	Anggota
11	Direktur Epim Kesma, Ditjen PPPL	Anggota
12	Direktur P2ML, Ditjen PPPL	Anggota
13	Direktur Penyehatan Lingkungan, Ditjen PPPL	Anggota
14	Direktur Penyehatan Air dan Sanitasi, Ditjen PPPL	Anggota
15	Direktur Yanmed dan Gigi Dasar, Ditjen Bina Yanmed	Anggota
16	Direktur Yanmed dan Gigi Spesialis, Ditjen Bina Yanmed	Anggota
17	Direktur Watnis Medik, Ditjen Bina Yanmed	Anggota
18	Direktur Laboratorium Kesehatan, Ditjen Bina Yanmed	Anggota
19	Direktur Kesehatan Komunitas, Ditjen Bina Kesmas	Anggota
20	Direktur Obat Publik dan Pembekalan Kesehatan, Ditjen Bina Yanfar & Alkes	Anggota
21	Kapuslitbang Pemberantasan Penyakit Menular, badan Litbangkes	Anggota
22	Kepala Pusat Kesehatan Kerja	Anggota
23	Kepala Biro Umum dan Humas	Anggota
24	Kepala Biro Hukum dan Organisasi	Anggota
25	Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran	Anggota
26	Kepala Biro Keuangan dan Perlengkapan	Anggota
27	Kepala Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan	Anggota
28	Kepala Pusat Kajian Kelembagaan Kesehatan	Anggota
29	Direktur RSPI-SS Jakarta	Anggota

Sumber : Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1643/Menkes/SK/XII/2005

Aktor di lingkungan Depkes dalam pelaksanaan, direktorat jenderal PP-PL-lah yang dianggap sebagai departemen teknis yang bertanggung jawab secara penuh dalam penanggulangan kasus Flu Burung ini.

5.5 Analisis *Process* Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir

Secara teoritis, Tetapi dalam praktiknya semua proses tersebut tidak melalui analisis secara komprehensif dengan anggapan bahwa kasus ini adalah darurat, sehingga mempercayakan secara penuh terhadap rekomendasi yang dikeluarkan WHO, seperti pernyataan informan kunci berikut :

"Kita nggak usah mengkaji, kita ngikut who aja lah....."

Analisis selanjutnya di dasarkan pada hasil wawancara yang dilakukan peneliti yang kemudian dipetakan sesuai dengan teori yang ada.

5.5.1 Penetapan Agenda

Pada tahap awal dari proses kebijakan adalah penetapan agenda, dimana di dalamnya di mulai dari penetapan tujuan; yaitu terobatnya suspek flu burung sedini mungkin, sehingga dapat segera mendapat pertolongan lebih lanjut di rumah sakit.

"Ya untuk pengobatan ya. Tapi untuk mencegah supaya orang tidak sakit ya vaksin".

Menkes selaku pimpinan tertinggi di Departemen Kesehatan kemudian membentuk Tim Nasional Penanggulangan Penyakit Flu Burung atas masukan-masukan (konsultan WHO, Pen) yang di ketuai oleh Dirjen PP-PL dengan anggota 21 anggota yang berasal dari para Direktur Jenderal di Depkes, RS dan Kepala-kepala Pusat.

Tim Nasional Penanggulangan Penyakit Flu Burung dibentuk dalam keputusan Menkes No. 1643/Menkes/SK/XII/2005 yang terdiri dari 9 tim, yaitu :

1. Tim Nasional Penanggulangan Penyakit Flu Burung
2. Tim Pakar Penanggulangan Penyakit Flu Burung
3. Tim Pengembangan Surveilens, Epidemiologi, dan Monitoring Evaluasi Penanggulangan
4. Tim Verifikasi, Pengembangan tatalaksana kasus dan pemantauan Rumah sakit
5. Tim pengembangan kinerja laboratorium
6. Tim pengembangan operasional penanggulangan
7. Tim pemantauan dan pengendalian faktor resiko
8. Tim advokasi, sosialisasi dan humas
9. Tim bantuan hukum

Sasaran hasil dari kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir ini menurut informan adalah :

“Supaya obat itu dekat ke tempat pelayanan, karena tidak ada obat lain kalau ada obat lain ya oseltamivirnya kalah.”

Sasaran hasil ini melibatkan 100 RS rujukan pelayanan Flu Burung berdasarkan SK Menkes No. 414/Menkes/SK/IV/2007 seperti terlampir pada halaman belakang.

Prinsip dan nilai yang dianut berdasarkan hasil telaah dokumen adalah sebagai berikut :

- a. Mengutamakan keselamatan manusia

Prinsip pengutamaan keselamatan manusia dianut mengingat keberlanjutan kehidupan manusia lebih diutamakan.

b. Mempertimbangkan faktor ekonomi

Faktor ekonomi yang perlu dipertimbangkan mengingat dampak sosial ekonomi yang ditimbulkan, adanya berbagai pilihan kebijakan dan langkah yang dapat dilakukan dan keterbatasan sumberdaya yang dimiliki.

c. Menekankan upaya terintegrasi seluruh komponen bangsa: pemerintah, dunia usaha, masyarakat, organisasi profesi, lembaga internasional.

Rencana strategis ini pada akhirnya akan diterapkan di tingkat masyarakat, baik perusahaan ternak dan produk ternak, maupun penyedia pelayanan kesehatan manusia yang lebih banyak juga dilakukan oleh swasta. Untuk itu, kesadaran dan peran aktif swasta dan masyarakat dalam pelaksanaan menjadi kunci. Dalam era desentralisasi, peran pemerintah daerah sebagai pelaksana utama penerapan rencana strategis ini menjadi sangat penting. Transparansi pemerintah daerah tentang kejadian di wilayahnya masing-masing sangat diperlukan dan upaya bersama seluruh pemerintah daerah di berbagai tingkatan menjadi suatu keharusan. Peran organisasi profesi dan lembaga internasional dalam mendukung peran serta masyarakat dan swasta sangat besar pula.

d. Kesiapsiagaan dan kewaspadaan dalam mengantisipasi pandemi influenza harus tetap terpelihara secara berkelanjutan dan akan mempengaruhi terhadap dokumen hidup ini yang setiap saat dapat disesuaikan dengan kebutuhan.

"Waktu itu Jepang mengumumkan, tapi terus dia takut juga efek pandemi, sehingga sekarang dibatasi karena khawatir resistensi pada AI. Kita tahu side efeknya rendah. Kita pernah mengadakan profilaksis masal terbatas di Cikelat Garut".

Selanjutnya isu-isu yang terkait dengan kebijakan ini adalah kurangnya koordinasi, pendanaan, upaya dari Kesehatan Hewan, kecenderungan pandemi, dan urgensi penyakit, seperti dinyatakan oleh informan berikut :

"Kurangnya koordinasi, kapasitas peringatan dini, pemahaman dan kesadaran masyarakat, kemampuan mengkompensasi, sumber daya pendukung, Distorsi informasi, Rendahnya cakupan vaksinasi pada unggas, DLL keterbatasan dan kekurangan".

"Komitmen juga, satu lagi juga mungkin pendanaan di masing-masing kabupaten/provinsi".

"Kes Wan mereka harus melakukan 10 langkah-langkah itu, tapi kalau mereka kesulitan ya kita juga jadi terhambat".

"Kecenderungan terjadi pandemi ya... kalau melihat kondisi sekarang ya ada. Bisa jadi dia kan adaptasi sehingga akan terjadi human to human".

"Kita sudah memberikan itu misalnya para petugas kesehatan yang merawat penderita ada permasalahan akhirnya paling akhir ditambah dengan simulasi itu. Nah ini skenarionya ini yang belum ada".

"Begitu pandemi muncul biasanya karena kita gagal menanggulangi epi centre itu agak sulit. 1 hari sebelum onset dia sudah menularkan. Sehingga kita mau karantina disarankan karantina sukarela dulu ya gak akan efektif juga, orang mau keluar rumah kan dia harus keluar. apalagi kalau karantinanya wajib itu kan, itu harus ada ABRI, polisi yang jaga, pemerintah harus menyediakan makan minum buat rakyat. Pasti ada yang lolos. Hampir sama dengan ayam, biosecurity nggak boleh pemindahan ayam antar provinsi antar kabupaten tapi kenyatannya gimana, strateginya bagus cuma dalam implementasinya".

"Case fatality rate sangat tinggi sekali 78,7%. Situasi terkini FB pada manusia tahun 2007 sudah ditemukan di 11 provinsi. Sulsel dan Bali itu kita ramalkan suatu saat akan terjadi. Tapi Bali sampai saat ini belum ada apa karena tidak dilaporkan, tidak tertangkap atau karena memang mereka berhasil. Kemudian Jawa Barat paling tinggi, ada korelasi antara densitas unggas yang tinggi bertemu dengan densitas manusia yang tinggi terjadi interaksi yang sangat intens sehingga virus flu burung menyerang manusia".

"Laporan ada yang ngasih, ada yang nggak. Harusnya mereka kirim. Dari puskesmas-puskesmas itu jarang banget yang ngasih".

Terkait dengan kurangnya koordinasi, informan lain juga menyebutkan bahwa :

"Kemungkinan besar koordinasi lintas sektor itu sulit. Di dalam satu sektor aja itu susah. Egoisme sektoral, egoisme sub direktorat, punya uang gak mau bagi-bagi, dianggap uangnya sendiri, siapa yang punya uang dia yang bisa menentukan strategi. itu masih tetap berlangsung ditambah lagi dengan desentralisasi. Kendalanya adalah di pemerintah daerah di tingkat II, apakah dia mau mengalokasikan anggaran kesehatan untuk itu. Jumlah penderitanya di bawah 100 masih banyak demam berdarah, malaria, TBC, ngapain sih repot-repot. Tapi lambat laun mereka bisa menyadari, karena kalau sampe terjadi pandemi jangankan pandemi baru muncul human-to human aja tuh orang asing sudah nggak mau datang kemari ketakutannya setengah mati mereka. Dampaknya lebih hebat dari SARS. Hongkong itu menderita berapa tahun itu, tapi sekarang kelihatannya sudah bertambah baik ya."

5.5.2 Formulasi Kebijakan Penggunaan Oseltamivir

Proses formulasi kebijakan dalam penelitian ini dibagi dalam langkah-langkah; pendefinisian pilihan, dan bagaimana menaksir pilihan

Pendefinisian pilihan berdasarkan pilihan kebijakan yang dianggap realistis adalah bahwa Obat Tamiflu merupakan obat bagi pasien dengan gejala awal terinfeksi virus avian influenza (AI) atau flu burung yang direkomendasikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Selain Indonesia, beberapa negara lain juga menggunakan obat ini. Berikut beberapa pernyataan informan terkait dengan hal ini :

"Sampai saat ini yang cukup baik adalah oseltamivir. Dan diharapkan kalau nanti terjadi pandemik juga cukup efektif. Kalau vaksinasi H5N1 ini kan belum ada, baru ada dalam uji klinis".

"Sementara ini kita ngikutin WHO. Kalau yang lain kan pedagang yang ngomong....."

"Jadi kita tim penanggulangan AI itu ada tim pakarnya. Juga referensi dari WHO kan masih Tamiflu".

"Sampai saat ini hanya Oseltamvir. Sebenarnya untuk mencegah kan vaksin. Tapi sampai saat ini kan masih dalam proses".

Dalam klarifikasinya WHO menjelaskan tentang Oseltamivir dan vaksin yang digunakan untuk penanggulangan flu burung pada manusia :

"Oseltamivir ini sebenarnya tidak diperuntukkan untuk Avian influenza, dia adalah antivirus yang sudah terbukti efektif untuk influenza musiman. Jadi clinical trial untuk oseltamivir itu terusan belum begitu banyak karena sekarang jumlah penderitanya di dunia sekitar 300 an, padahal clinical trial barangkali perlu ribuan penderita yang konform atau yang suspek dulu. Karena kan harus diberikan dalam 48 jam."

"Senjata yang kita gunakan hanya 2 kan, yang kita kenal pharmaceutical intervention, termasuk vaksin. Karena belum ada H5N1 yang menggunakan strain Indonesia baru akan dibuat. Yang ada strain vietnam. Kalau digenjot habis-habisan. Maksimum itu 1,2 miliar dosis. Sekarang kapasitasnya 5 ratus juta dosis diseluruh dunia. karena kan hanya beberapa negara yang mampu. Kemudian yang kedua adalah non pharmaceutical intervention itu isolasi penderita, karantina anggota keluarga, desa, kecamatan, dsb, karena pesimis terhadap efektivitasnya. Maka tumpuan dunia adalah oseltamivir. Yang paling bagus vaksin, cuman vaksinnya sangat terkendali. Sehingga harus mempunyai akses terhadap vaksin kalau terjadi pandemi. Karena yang dikhawatirkan kalau terjadi pandemi, tiap-tiap negara berebut. Seperti Austria sudah meng-ijonlah, dia sudah membayar ke Baxter 22 juta dosis untuk seluruh penduduk Austria. Amerika juga sudah pesan 20 juta tapi penduduk Amerika 200 juta. Kalau di kita belum."

Pilihan kebijakan yang paling konsisten dengan tujuan dan prinsip/nilai adalah seperti dinyatakan oleh informan berikut :

"Pandemi itu bisa terjadi kapan saja, jadi isu pandemi itu tetap kita perhatikan, karena kalau kita tidak siap, tidak kita perhatikan, kekhawatirannya tinggi."

"Yang ditakuti ya itu, terjadinya pandemi, tidak ada orang yang tahu, makanya kita melakukan penyediaan tamiflu."

"Kalau dia belum bereplikasi masih bisa dengan oseltamivir. Sementara ini yang ada dan efektif."

Pilihan ini memiliki beberapa argumentasi yang dilontarkan, diantaranya adalah karena rekomendasi awal berasal dari WHO termasuk penggunaan obatnya, seperti pernyataan informan berikut :

"Sejak awal, WHO yang inisiatif, nah kita itu kan anggota, disitu kumpulan pakar-pakar, rujukan kita itu kesitu".

"Inisiatip itu ya tentu WHO. Pertama itu kan kita belum tahu itu penyakitnya apa kan? "

"Kita nggak usah mengkaji, kita ngikut WHO aja lah. WHO kan ahli-ahli disitu yang ngeluarin uang kan juga mereka."

"Puskesmas hanya screning. Aturan mainnya memang dari WHO begitu."

"Ada di dalam dokumen WHO masing-masing obat, plus minusnya, efek sampingnya, itu tergantung kita mau negosiasi misalnya kalau WHO mau beli banyak kita adakan kontrak, misalnya dapat harga tamiflu 5 dolar per kapsul WHO bisa negosiasi cuma 1 dolar aja."

Sedangkan menurut WHO, pihak swasta menjadi memiliki peran penting untuk melakukan penelitian-penelitian obat dan pembuatan vaksin. Berikut pernyataan mereka terkait dengan hal itu:

"Penelitian tentang itu pasti berlomba-lomba. Kita nggak pernah mengadakan penelitian, WHO nggak pernah membuat vaksin, itu adalah swasta. Akan tetapi atas rekomendasi swasta. Misalnya vaksin yang dibuat oleh Baxter atau apa, dia mendapatkan bibit virusnya itu dari WHO. Misalnya untuk vaksin Influenza musiman, itu WHO mengumpulkan secara rutin dari sekitar 130an -160an national influenza centre. Indonesia ini jadi badan litbang. Dikumpulkanlah dari apa yang namanya early. Maka Nanti ketahuan strain apa saja sih yang beredar di indonesia, di Cina, dsb. Lalu dipilih strain yang paling banyak yang beredar lalu diserahkan ke vaksin Manufacturer".

Untuk menguatkan pilihan ini, dikemukakan informasi lain untuk meilai pilihan tersebut yaitu :

"Yang terbaik ya mana tahu. Kalau diberikan dalam 48 jam pertama itu kataya efektif. Jadi kematian tinggi itu karena datangnya terlambat atau memang tamiflunya tidak becus. Kalau kita nanti punya pembanding dengan case control mungkin kita bisa. Jadi kita hanya berdasarkan pada penelitian awal mereka pada clinical trial 48 jam pertama.

Sekarang ini tidak ada didunia yang berpengalaman. Baru pertama kali saat ini FB menyerang manusia. Terlalu pagi unuutk mengatakan obat ini begini2. Kalau nanti ada yang lebih baik lagi tentu dia akan tersingkir.

Karena gak ada lagi yang lain dengan segala keterbatasannya. "

"Sampai saat ini yang cukup baik adalah oseltamivir. Dan diharapkan kalau nanti terjadi pandemik juga cukup efektif."

"WHO itu punya rujukan dia punya guidellines. jadi semua kajian teknis itu dari situ, bukan menkes terus bisa memuntuskan sendiri tentu ada masukan, dia bikin tim, saya ketua timnya."

"Kalau produksi sendiri sih belum. Tahap pertama indofarma masih packing doang belum membuat sendiri."

Hal ini sangat berbeda sekali dengan pernyataan informan yang lain terkait oseltamivir dari Indofarma :

"Kalau saya ngomong packing beda, saya ngomong produksi loh. Obat kita itu gak ada yang dari bahan mentah. Jadi obat kita itu bahan bakunya aja yang yang impor. Itu ada uji stabilitas, mana yang kualitasnya lebih bagus. Karena mulai Januari itu proses terus semua bahan baku dicoba semua, mana yang lebih bagus."

Selanjutnya, dalam menaksir pilihan yang dilakukan untuk menemukan kriteria kunci adalah dengan melakukan pengkajian terlebih dahulu seperti pernyataan berikut :

"Kita kan dalam SK Menkes 1643, itu ada tim ahli, sebelum kita memilih alternatif obat yang lain kita akan mengkaji oleh tim pakar tersebut. Ada hasil kajian nya dari tim pakar. Jadi gak semata-mata diterima, harus dikaji dulu baru kita terima. Jadi itu ada dibawah Depkes, yang dalam pelasaannya ada di pak Nyoman."

Hal ini sangat berbeda dengan ungkapan yang diberikan informan lain :

"Nggak mungkin lah kita lakukan pengkajian dulu. Pengkajian dilakukan oleh dunia Internasional, oleh WHO. Tidak menutup kemungkinan kita melakukan pengkajian, tapi sampai saat ini kita belum melakukan pengkajian. Karena pasien-pasien2 yang dapat jadi kita menlai efektivitasnya gimana, kecuali pasien datang pada gejala awal, baru bisa kita kaji efektifitasnya."

"Kita pernah bikin pertemuan salah satunya aja karena ada iklan AC LG pembunuh Flu burung, waktu itu belum diteliti secara riset di Indonesia. bahwa kita tidak merekomendasikan AC untuk pembunuh. Yang kita rekomendasika itu cuci tangan yang bersih, jauhkan unggas dari pemukiman. Sejauh yang saya

ikuti kalau untuk oseltamivir itu benar-benar kebijakan teknis depkes, kecuali kebijakan umum ya."

Selain itu, terkait oseltamivir pernyataan yang diajukan informan adalah :

"Dari beberapa penderita yang kita analisa disini, ternyata faktor waktu pemberian itu tidak signifikan. Jadi yang diberikan kurang dari 48 jam atau di atas 48 jam.

Di Indonesia rata-rata diberikannya 5 hari sesudah sakit. Ternyata gak ada perbedaan. Makanya apakah sekarang strain Indonesia ini yang lebih ganas, karena kan selalu dengung di luar Indonesia angka kematian paling tinggi, tapi sebenarnya kamboja ada 6 kalau gak salah, enam-enamnya mati, kok kita aja yang diitukan. kita kan mendekati 80%."

Dalam analisis Ligitimasi, yang perlu dilaksanakan untuk merealisasikan pilihan tersebut adalah :

"Kesiapsiagaan pandemi itukan pengembangan 44 RS menjadi 100. distribusi tamiflu sampai ke puskesmas, langkah2 hukum seperti inores, komnas, termasuk kawan2 peternakan melakukan langkah2 vaksinasi, restrukturisasi, banyak yang mereka lakukan."

"Langkahnya adalah bagaimana caranya mendeteksi adanya kasus AI. ILI sama pneumoni, nanti akan diketahui lebih lanjut lagi, ada gak kontak dengan unggas."

Disamping itu pada 01 Mar 2006, Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari dalam www.depkesgo.id menyatakan bahwa selain menyediakan stok tamiflu, obat antivirus influenza yang direkomendasikan dalam penanganan flu burung, di Puskesmas, pemerintah juga akan melengkapi Puskesmas dengan alat diagnosis cepat (*rapid diagnostik test*) agar setiap petugas bisa mendeteksi kasus AI dengan mudah.

"Di puskesmas ini idealnya ada rapid test mestinya. Rapid diagnostic test, yang bisa untuk menentukan apakah di terserang influenza A atau tidak. Rapid test ini yang sekarang ini beredar itu tidak spesifik untuk AI. Dia hanya untuk Influenza A saja. Oleh karena itu kalau dia positif paling tidak kita tahu dia influenza A, karena kan FB ini influenza A."

WHO dalam perkembangannya juga membentuk beberapa tim khusus untuk penanganan flu burung baik di Deptan maupun di Depkes. Di Depkes, dibentuk DSO (*Disease Surveillance Officer*) di bagian Surveilens, di Promkes di bentuk TGC (Tim Gerak Cepat) yang saat ini sedang digodog ke arah penanganan KLB, tidak khusus flu burung lagi. Berikut pernyataan informan terkait dengan hal tersebut :

"Di Depkes adanya DSO parternya PDS di Pertanian. DSO aktif menemukan kasus pada manusia. PDS dapat laporan adanya unggas, dikasih tahu ke DSO, lalu turun mencari kasus manusianya. karena baru tahun ini juga pelatihan tahun ini. Baru aja bulan lalu. Benar-benar baru, baru 3 provinsi. Banten, Bali sama Yogyakarta. Pemilihannya pertama adalah daerah yang ada kasus manusia dan PDS nya jalan. Bertahap, PDS juga baru tahun 2006 jadi kita juga bertahap sama. Mudah-mudahan aja kalau misalnya pertama ini sukses, karena ini kan bantuan dari USAID karena PDS juga dari USAID."

"Tim gerak cepat dibentuk tahun 2006. sekarang lebih luas lagi tidak hanya FB tapi fokusnya ke KLB, kekesiapsiagaan bencana ke 12 propinsi. Tim gerak cepat itu berubah akhir desember ini, Sekarang sedang digodog lagi. TGC ke promkes-san. TGC juga merupakan usulan dari WHO. Yang sekarang diperluas lagi ke arah KLB."

Dari analisis kelayakan pilihan, kemungkinan untuk mampu dilaksanakan di lapangan adalah seperti dinyatakan oleh beberapa informan berikut :

"Sekarang jumlah penderitanya 97 jumlah kematian 77. Jadi itu kelihatannya gak terlalu ini. Makanya sekarang dicoba meninggikan doses oseltamivir ini. Kita akan mengadakan satu penelitian mullicenter, Indonesia di RSPI, Thailand dan Vietnam. Tiga negara yang ikut didalam penelitian dengan meningkatkan 2 kali dosisnya, kalau sekarang untuk pengobatan 150 mg di dobelkan menjadi 300 mg termasuk anak-anak tidak ada pengecualian. Artinya dosisnya harus sesuai dengan berat badan."

"Kalau di puskesmas misalnya ada rapid test yang cukup sensitif dan spesifik, sudah positif terus ada kontak dengan ayam mati atau ada ayam tetangga mati. Itu sudah mungkin untuk indikasi memberikan oseltamivir. Tapi karena belum ada rapid testnya, jadi kita hanya bersandarkan pada gejala demam diatas 38 derajat, batuk pilek. Tapi yang paling penting sebenarnya adalah faktor resiko itu, kontak dengan ayam sakit, ayam mati, atau dengan pupuk kandang. Kalau untuk hewan dia sudah spesifik."

Selanjutnya dalam analisis *Communicability*, hal tersebut dapat dijelaskan dengan informasi informan berikut :

“Secara teoritis kalau tidak ada ayam tidak ada yang menularkan. Unggasnya jauh ya probability penularannya berkurang.”

“Dengan peningkatan health promotion tersangka yang datang mengunjungi apakah RS seperti di Thailand itu sangat banyak. Sehingga kalau menunggu PCR itu disamping mahal juga lama. Jadi di test dulu lah kalau yang negatif tidak usah dirawat gitu, meskipun sensitifitinya hanya 60-75%. Cuma dari pada nggak ada. Akan tetapi kebijakan kita disini tidak, kecuali untuk hewan. Itu mendekati 90% karena di ayam itu dia gak ada H1N1, H3N3, karena pada ayam itu 99% H5, jadi bisa digunakan untuk hewan.”

Pilihan kebijakan penggunaan Oseltamivir ini di dukung penuh oleh WHO yang dilaksanakan secara teknis di Depkes.

5.5.3 Pelaksanaan

Langkah-langkah yang dilakukan pertama kali untuk memecahkan masing-masing isu adalah dengan menerapkan strategi :

1. Penguatan manajemen berkelanjutan (perencanaan, aktivitas, pengorganisasian, koordinasi, monitoring dan evaluasi).
2. Penguatan surveilans pada hewan dan manusia (termasuk peringatan dini, investigasi dan tindakan pengendalian).
3. Pencegahan dan pengendalian (proteksi risiko tinggi, vaksinasi, *biosecurity*, dll).
4. Penguatan kapasitas respons pelayanan kesehatan (kesiapan obat, peralatan kesehatan, vaksin, laboratorium, SDM, penatalaksanaan kasus, dll).
5. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (komunikasi resiko).

Di bagian promosi Depkes, ironisnya untuk tahun 2007 tidak ada anggaran khusus untuk Flu Burung. Seiring dengan tim gerak cepat yang dibentuk sudah berakhir dan saat ini tim diarahkan untuk KLB.

"Untuk tahun 2007 ini kita belum ada dana khusus untuk Flu Burung. Adanya dana KLB. Kegiatan tahun 2007 ini paling buat bantu narasumber aja. Karena Semarang banyak permintaan. Biasanya dari daerah. Untuk kegiatan sendiri itu tidak ada".

"Tim gerak cepat dibentuk tahun 2006. sekarang lebih luas lagi tidak hanya FB tapi fokusnya ke KLB, kekesiapsiagaan bencana ke 12 propinsi".

Dalam pelaksanaan kebijakan ini seharusnya di barengi dengan monitoring dan evaluasi dari kebijakan.

"Evaluasi terus dilakukan, misalnya tim surveilens ada kejadian suspek, mereka harus turun untuk melakukan pelacakan penyebab penularan bagaimana, bagaimana penanganannya. Kalau FB itu untuk menetapkan itu positif atau tidaknya melalui laboratorium, tidak seperti penyakit lainnya. Oleh karena itu tim survei yang harus datang mencocokkan gejalanya sama nggak, diambil darahnya untuk menjalani pemeriksaan. Dari hasil pemeriksaan ini diketahui ini suspek, ini probabel, atau ini conform".

Tetapi kenyataan di lapangan, informan lain menyatakan berbeda. Dimana terjadi kesulitan terutama daerah yang memiliki karakteristik berbeda dengan daerah lain dalam hal manajemen dan kesibukan para aktor kebijakan di tingkat pusat. Berikut pernyataan informan terkait dengan kegiatan monitoring:

"Monev kita tidak ada. Untuk koordinasi memang kita ada. Mungkin Belum ada waktu yang tepat untuk dilaksanakan. Seharusnya rutin, per tiga bulan sekali karena agak sulit ya masing-masing orang sibuk sekali".

"Kegiatan evaluasi itu ada, dan lagi ini bukan hanya kegiatan subdit, karena melibatkan surveilens, yansur, binkesmas, lintas sektornya melibatkan Deptan, tidak hanya PP-PL".

"Renstra itu kan disitu rencana ya, pokoknya kita di binfar ini obat oseltamivir itu tersedia cukup. Karena kita dananya awalnya kita pakai dana buffer pusat, prov, kab digabungkan. Tahun 2007 kita sudah anggarkan tapi sampai saat ini kita belum karena kita masih punya stok 7 juta".

"Sementara nggak, karena kita kantor pos cepet kok. Dan pengadaan sesuai Kepres".



BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti mengalami banyak kesulitan terutama terkait dengan sulitnya menembus jalur birokrasi untuk menemui aktor kunci seperti PT Indofarma, Namru-2, yang tidak bersedia menjadi informan pada penelitian ini. Pada Balitbangkes, disposisi surat tidak seperti yang diharapkan, yaitu didisposisi kepada peneliti di Laboratorium yang dianggap lebih memahami tema penelitian, meski ada bidang kebijakan di institusi tersebut. Begitu juga dengan surat yang ditujukan ke Menteri Kesehatan di disposisi ke PP-PL.

Selain itu keterbatasan peneliti dalam mengeksplorasi materi ketika wawancara berlangsung, publikasi media, dan waktu yang dibutuhkan untuk penelitian ini relatif singkat dan terbatas, sedangkan informasi terkait kebijakan penanggulangan Flu burung ini terus berkembang.

6.2 Analisis *Content* Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir

6.2.1 Gambaran Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir

Oseltamivir saat ini menjadi satu-satunya alternatif pengobatan Flu Burung di Indonesia. Kebijakan ini diambil dikarenakan beberapa hal, diantaranya adalah karena Oseltamivir ini merupakan obat yang direkomendasikan WHO untuk pengobatan Flu Burung, selain itu pada awal-awal terjadinya kasus, pemerintah Indonesia belum

memiliki persiapan untuk pengadaan obat, sedangkan bantuan obat yang datang dari berbagai negara adalah Oseltamivir dengan merek dagang "Tamiflu".

Ada dua istilah yang kemudian menjadi sedikit rancu dengan kata Oseltamivir. Oseltamivir merupakan inhibitor neuraminidase yang digunakan dalam penanganan influenza A dan B dengan sebagai aktif metabolit yang dikenal sebagai GS4104 dan Ro 64-0796, GS4071 dan 64-0802. Oseltamivir dikembangkan oleh *Gilead Sciences* dan saat ini dijual oleh Roche dengan merek dagang Tamiflu®. Di Indonesia istilah "Oseltamivir" selain sebagai zat aktif metabolit, juga merupakan nama merek dagang untuk Oseltamivir tersebut yang diproduksi PT Indofarma Tbk. Sehingga pada awal analisis penelitian, jawaban informan yang menggunakan istilah Oseltamivir menjadi sedikit rancu apakah yang dimaksud itu Oseltamivir "Tamiflu" oleh Roche atau Oseltamivir "Oseltamivir" oleh PT Indofarma Tbk.

Kedua istilah kemudian dibagi berdasarkan tahun, di mana pada tahun 2005 Oseltamivir yang di distribusikan adalah murni bantuan dengan merek dagang Tamiflu. Oktober tahun 2006 Indonesia baru membuat pengadaan dengan merek dagang Oseltamivir.

Oseltamivir digunakan berdasarkan buku petunjuk teknis Pengendalian Flu Burung dan Penggunaan Oseltamivir di Puskesmas yang diterbitkan oleh Direktorat Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang, Dirjen PP-PL Depkes RI. Di dalam buku tersebut di jabarkan definisi kasus yang kemudian diperbaharui dengan keluarnya surat edaran Dirjen PP-PL pada Januari 2007. Kemudian di dalamnya juga di jelaskan mengenai penatalaksanaan kasus Flu Burung di sarana kesehatan berdasarkan workshop

case management & pengembangan laboratorium regional AI di Bandung pada 20-23 April 2006.

Kriteria pemberian berdasarkan sistem skoring dimana Tamiflu disebut sebagai merek dagang Oseltamivir yang direkomendasikan WHO untuk suspek Flu Burung.

Dosis pengobatan juga berdasarkan berat badan yang dibedakan antara dosis dewasa dengan dosis anak-anak. Untuk dewasa adalah 2 x 75 mg/hari selama 5 hari di mana dosis ini sedang dalam penelitian untuk ditingkatkan 2 kali menjadi 2 X 150 mg/hari di RSPI dan RS Persahabatan.

Dalam buku panduan sumbangan obat-obatan oleh WHO (2007), dalam hal jaminan mutu dan masa kadaluwarsa tertulis bahwa sisa masa kadaluwarsa semua obat yang disumbang harus minimal setahun terhitung setelah tiba di negara penerima. Suatu pengecualian boleh dibuat untuk sumbangan langsung kepada fasilitas kesehatan khusus dengan catatan bahwa: di pihak penerima, petugas yang bertanggung jawab mengetahui masa kadaluwarsanya; dan jumlah maupun masa kadaluwarsa memungkinkan pemberian obat tersebut secara semestinya sebelum menjadi kadaluwarsa. Sangat penting bahwa tanggal tiba obat dan masa kadaluwarsanya telah diberitahukan kepada pihak penerima sebelum waktu kedatangan. Di samping pengecualian untuk sumbangan langsung, perlu ditambah suatu pengecualian untuk obat bermasa kadaluwarsa kurang dari dua tahun terhitung dari tanggal produksinya. Untuk obat ini, sewaktu tiba di negara penerima, minimal masih harus tersisa sepertiga dari masa kadaluwarsanya. Untuk Tamiflu, sumbangan yang diberikan oleh Manila misalnya, akan *expired* pada Oktober 2007, dan bantuan tersebut diserahkan ke Indonesia sekitar Mei 2007. Padahal Tamiflu tersebut harus melalui badan POM, dan proses distribusi ke provinsi, kabupaten sampai

kecamatan membutuhkan waktu yang tidak cepat, dengan kondisi geografis seperti Indonesia, sehingga kemungkinan sampai di tempat sasaran sudah mendekati masa kadaluarsa. Hal ini menurut penulis sangat tidak menguntungkan secara ekonomi, karena selain membutuhkan biaya yang tidak sedikit untuk distribusi, juga membutuhkan biaya lagi untuk pemusnahan obat tersebut setelah kadaluarsa.

Masalah sumbangan obat-obatan dari pihak asing ke Indonesia dikarenakan sampai saat ini belum dibuatnya panduan nasional bagi sumbangan obat-obatan di Indonesia, karena memang pada umumnya sulit bagi negara penerima untuk menolak suatu sumbangan yang telah tiba. Karena bila informasi diberikan secara profesional, kebanyakan donor akan menghargai dan mengikutinya.

6.2.2 Dokumen Kebijakan Resmi

Undang-undang kesehatan dan UU wabah yang menjadi payung hukum kebijakan penggunaan Oseltamivir ini secara khusus dan umumnya penanggulangan penyakit Flu Burung secara umum.

Dari kebijakan-kebijakan tersebut ditemukan 1 peraturan pemerintah, 1 peraturan presiden, dan 6 keputusan menteri kesehatan. Dimana kebijakan penggunaan Oseltamivir ini merupakan petunjuk teknis yang dibuat Direktorat PP-BB untuk realisasi di lapangan. Di tingkat Komnas yang menjadi acuan adalah Rencana Strategis Nasional Pengendalian Flu Burung (Avian Influenza) dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza 2006-2008, dan tidak ditemukan aturan yang secara khusus mengatur kebijakan penggunaan Oseltamivir secara khusus karena dianggap sangat teknis.

Dalam peraturan pemerintah nomor 40 tahun 1991 tentang penanggulangan wabah penyakit menular, Menteri bertanggung jawab atas pelaksanaan teknis upaya penanggulangan wabah dan penanggung jawab operasional pada pelaksanaan penanggulangan wabah adalah Daerah Tingkat II adalah Bupati/Walikota/Kepala Daerah Tingkat II dengan mengikutsertakan instansi terkait di Daerah. Pembiayaan yang timbul dalam upaya penanggulangan wabah dibebankan pada anggaran instansi masing-masing yang terkait. Hal ini menunjukkan besarnya peran daerah terhadap kegiatan penanggulangan sangat vital. Pada pasal 23 dan 24 dalam PP tersebut dinyatakan bahwa pelaksanaan bantuan yang berasal dari dalam negeri dikoordinasikan oleh Bupati/Walikota/Kepala Daerah Tingkat II dan pelaksanaan bantuan yang berasal dari luar negeri dikoordinasikan oleh Menteri. Tetapi jika kita bandingkan dengan kondisi saat ini, di mana Desentralisasi dan otonomi membuat daerah memiliki prioritas dan pandangan yang berbeda. Hal ini tidak saja terkait dengan terbatasnya kemampuan sumber daya dan tenaga di daerah, tetapi pada tingkat pusat, sehingga nampaknya daerah menjadi sangat tergantung dengan pusat. Dimana bantuan-bantuan yang datang saat ini adalah langsung ke Depkes atau melalui perwakilan organisasi kesehatan dunia di Jakarta. Sehingga peran Menteri dalam menerima bantuan luar negeri tidak lagi bersifat koordinasi seperti yang diamanatkan PP nomor 40 tahun 1991.

PP nomor 40 tahun 1991 ini menarik untuk di kaji lebih lanjut terkait dengan penanggulangan kasus Flu Burung di Indonesia. Di mana secara umum pasal-pasalnya sudah tidak relevan dengan kondisi saat ini terutama terkait dengan Flu Burung. Dalam pasal 15 disebutkan bahwa Tindakan pemusnahan penyebab penyakit dilakukan terhadap bibit penyakit/kuman dan hewan, tumbuh-tumbuhan dan atau benda yang

mengandung penyebab penyakit. Pemusnahan harus dilakukan dengan cara tanpa merusak lingkungan hidup atau tidak menyebabkan tersebarnya wabah penyakit. Pemusnahan kedua hal di atas belum mencakup bagaimana pemusnahan dilakukan jika terjadi pandemic dan penyebab penyakit sudah *human to human*.

Strategisnya peran pemerintah daerah seharusnya tidak hanya DKI Jakarta atau 11 daerah yang sudah melaporkan kasus pada manusia yang diharuskan membuat perda dan alokasi dana khusus terkait Flu Burung ini, tapi juga daerah lain dalam rangka kesiapsiagaan menghadapi pandemi seperti semboyan “mencegah lebih baik daripada mengobati”.

Komnas sebagai komite yang mengkoordinasikan lintas departemen secara administrasi tidak memiliki kumpulan dokumen formal yang dihasilkan dari masing-masing departemen. Selain itu laporan yang juga seharusnya dimiliki Komnas sebagai Komite nasional juga tidak tersedia. Hal ini sedikit memberi gambaran bahwa belum terkoordinasinya departemen-departemen terkait dengan tidak terjadwalnya pertemuan rutin, evaluasi, dan kehadiran aktor nasional tersebut dalam pertemuan-pertemuan yang dilakukan dengan alasan kesibukan di masing-masing institusinya.

6.3 Analisis *Context* Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir

6.3.1 Aspek Ideologi

Faktor ideologi dalam penerapan kebijakan penanggulangan Flu burung secara umum dan penggunaan Antiviral Oseltamivir tidak dianggap sebagai masalah atau hambatan yang berarti di lapangan.

Hal ini bisa jadi di karenakan masih rendahnya pemahaman masyarakat dalam hal penyakit Flu Burung, dan dalam tatanan pelaksanaannya masih bersifat lokal di beberapa tempat saja. Seperti kasus pemusnahan unggas di DKI Jakarta, Karo, Tangerang dsb, sehingga reaksi yang muncul biasanya diakibatkan reaksi ketidakrelaan masyarakat akan pemusnahan unggas dan belum ada organisasi atau kelompok-kelompok keagamaan tertentu yang membahas penanggulangan Flu Burung secara umum ini dikaitkan dengan ideologi yang dimiliki masyarakat secara umum.

6.3.2 Aspek Ekonomi

Wabah flu burung (*Avian Influenza : AI*) saat ini telah menjadi isu global. Penanganan yang serius perlu segera diambil agar wabah flu burung tidak bermutasi menjadi flu yang menular dari manusia ke manusia dan menjadi wabah pandemi influenza (*Pandemic Influenza : PI*). Kerugian yang terjadi seandainya virus flu burung menjadi flu yang menular dari manusia ke manusia akan sangat besar berupa kerugian ekonomi akibat banyaknya unggas yang harus dimusnahkan, kerugian berupa biaya sosial karena banyaknya orang yang sakit dan bahkan meninggal di Indonesia.

Dunia kedokteran hewan telah mengenali virus ini pertama kali tahun 1878 di Italia. Virus ini mewabah dan menimbulkan kerugian ekonomi yg tidak sedikit di negara maju seperti Skotlandia (1959), Amerika (1929, 1983, 1984), Australia (1975, 1985, 1994), Inggris (1979), Irlandia (1983, 1984), dan negara lainnya (Belanda, Jerman, Israel, Afrika Selatan, Rusia, Kanada, Yunani, Hongkong, China, Jepang, Korea Selatan).

Di Indonesia, menurut pikiran-rakyat.com (2006) bahwa kerugian ekonomi akibat flu burung sepanjang 2003-2006 mencapai 170 juta dolar AS.

Menurut media, di Indonesia Oseltamivir produksi dalam negeri dijual dengan harga netto apotek Rp.120 ribu/dosis, sedangkan harga Tamiflu dengan kadaluarsa sampai dengan November 2009 menurut www.1drugstore-online.com, 2007 adalah US\$ 79 - 99 per 10 kapsul dari harga norma \$20. Dan dalam situs www.antiaging-systems.com (2007) harga ini ditawarkan lebih murah dengan harga \$79.99. Sedangkan di Indonesia Oseltamivir produksi dalam negeri dijual dengan harga netto apotek sekitar Rp.120 ribu/dosis.

Berdasarkan analisis CDC (2007), biaya relatif untuk 5 hari perawatan Oseltamivir adalah lebih mahal dibandingkan dengan inhibitor neurominidase lain seperti Zanamivir yaitu; Amantadin: \$3.70, Rimantadin: \$20.40, Oseltamivir: \$63.40 dan Zanamivir: \$51.40.

Selain dengan menggunakan antiviral, vaksin merupakan pilihan lain untuk pencegahan yang oleh banyak kalangan sangat vital jika terjadi pandemi, mengingat kapasitas produksi antiviral yang masih terbatas. Di mana Patrick, dkk (2002) menyatakan bahwa semua strategi dengan vaksinasi influenza lebih bermanfaat/menguntungkan dibandingkan dengan strategi tanpa vaksin. Vaksinasi dan penggunaan rimantadin, strategi *cost-beneficial*nya adalah \$30.97 dan ini lebih *cost-beneficial* dibanding tanpa vaksinasi dan tidak menggunakan pengobatan antiviral.

6.3.3 Aspek Sosial Budaya

Faktor sosial budaya unggas dalam tatanan masyarakat di Indonesia memiliki nilai historis yang cukup penting. Di mana unggas pada sektor 4 (*Backyard - farm*) yang kerap menjadi sasaran peraturan daerah untuk di musnahkan karena jumlahnya yang kurang dari 20 ekor. Begitu juga dengan sektor 3, yang merupakan usaha peternakan rakyat.

Masyarakat Indonesia di kenal sangat akrab dengan unggas. Bagi anak kecil unggas menjadi salah satu teman bermain dan hewan kesayangan. Bagi orang dewasa, unggas terutama ayam merupakan salah satu sumber "investasi" yang pada waktu tertentu seperti lebaran atau untuk membeli kebutuhan mendesak dapat di jual. Unggas menjadi sangat bersahabat karena cenderung tidak membutuhkan biaya makan ekstra setiap harinya, cukup dengan memakan sampah dapur berupa sisa makanan atau dibiarkan berkeliaran mencari makan sendiri di kebun atau halaman rumah.

Pada upacara-upacara keagamaan tertentu di masyarakat pedesaan seperti syukuran, pernikahan, sunatan, lebaran, dan sebagainya unggas terutama ayam kampung kerap di jadikan hidangan istimewa pengganti daging sapi/kerbau. Pada acara kunjungan pengantin baru ke rumah paman atau bibi misalnya, pada suku tertentu seperti Betawi, memberikan hadiah sepasang ayam kampung kepada pasangan tersebut sebagai salah satu bekal berumah tangga.

Selain itu, kepercayaan masyarakat akan telur yang dihasilkan oleh ayam kampung kerap di cari dan dibutuhkan untuk dijadikan obat, atau untuk sejenis sesajen yang tidak bisa digantikan dengan telur ayam biasa.

Hal ini menjadi salah satu faktor mengapa masyarakat kita menjadi sangat sulit untuk tidak memelihara unggas meski jumlah yang dipelihara tidak banyak.

Faktor lain adalah perilaku mencari pertolongan kesehatan yang masih rendah untuk kalangan masyarakat terutama pedesaan dan pulau-pulau terpencil di Indonesia. Di mana rendahnya jumlah kunjungan ke fasilitas kesehatan sebenarnya bukan karena masyarakat kita tidak mau, terbukti dengan tingginya antusias masyarakat ketika di adakan kegiatan pengobatan gratis di wilayahnya dengan pengunjung tertinggi adalah dewasa sampai manula. Rendahnya kunjungan ke fasilitas kesehatan ini dikarenakan berbagai kendala terkait dengan tarif, aksesibilitas, jarak, dan lain sebagainya seperti yang telah dikemukakan oleh banyak penelitian.

Selain itu, rendahnya pemahaman masyarakat terhadap penyakit Flu Burung menyebabkan mereka menganggap bahwa itu adalah flu biasa yang tidak perlu di obati. Kemudian ketika lebih dari 3 hari kondisi pasien memburuk dengan tidak bisa bangun dari tempat tidur, barulah mereka mencari pertolongan kesehatan. Dan ini menjadi salah satu penyebab keterlambatannya pasien datang ke Puskesmas / Rumah Sakit untuk ditangani.

Perilaku menjaga kebersihan atau sering disebut perilaku hidup bersih dan sehat terutama mencuci tangan masih belum membudaya dalam masyarakat kita. Padahal desinfektan mampu menginaktifkan virus Flu burung.

Penyakit Flu Burung ini belum disentuh oleh para Sosiolog dan Antropolog serta ahli kesehatan masyarakat yang sebenarnya memiliki kontribusi besar dalam memberikan

gambaran sosial budaya masyarakat kita. Selain penelitian-pelitian klinis yang menjadi dasar dalam penanggulangan penyakit di institusi.

6.3.4 Aspek Politik

Desentralisasi menjadi salah satu isyu yang muncul sebagai hambatan dalam penanggulangan Flu Burung karena dengan terbatasnya fungsi kontrol nasional terhadap bidang kesehatan dan pertanian karena status desentralisasi dan otonomi daerah yang menyebabkan kebijakan kesehatan tidak lagi menjadi satu komando, menjadi tanggung jawab pemerintah pusat dikaitkan dengan urgentitas penyakit yang dapat menimbulkan wabah.

Perhimpunan Peternak Unggas Indonesia (PPUI) dalam pikiran-rakyat (2005) menyatakan bahwa merebaknya wabah flu burung justru lebih bersifat politis dan lebih banyak melibatkan politik ekonomi unggas. Di mana jumlah rupiah yang berputar dalam dunia usaha perunggasan tidak sedikit, bahkan mencapai Rp 60 triliun/tahun. Bahkan, saat ini 80% usaha perunggasan Indonesia dikuasai perusahaan PMA .

CA Nidom (2006) menyatakan bahwa selama ini pemerintah belum berhasil menjadikan isu flu burung sebagai musuh bersama. Kesan yang ada adalah berjalan sendiri-sendiri, tanpa koordinasi dan komunikasi yang memadai. Di Deptan misalnya upaya yang dilakukan kurang konstruktif dan tidak terpola. Belum ada program yang bersifat substantif, misalnya restrukturisasi peternakan dan sosialisasi yang intensif. Program pengendalian yang dicanangkan selama ini lebih ditekankan pada vaksinasi, rapid test, dan biosekuriti. Penyebaran flu burung yang semakin meluas wilayahnya

disebabkan oleh tidak terkontrolnya pergerakan unggas yang terinfeksi flu burung, produk hasil unggas dan limbahnya, tenaga kerja serta kendaraan pengangkut dari wilayah terinfeksi ke wilayah yang masih bebas, serta rendahnya kapasitas kelembagaan kesehatan hewan dan tenaga kesehatan hewan yang terlatih.

Selain itu, program-program yang dilakukan kurang melibatkan masyarakat secara luas dan terintegratif. Begitu pula dengan Depkes yang hanya merencanakan yang menjadi tugasnya saja. Sering terlihat tidak terkoordinasi dengan institusi lain. Sehingga yang diperlukan saat ini adalah Depkes juga perlu ikut serta dalam program pengendalian AI di sektor peternakan. Karena pencegahan penularan ke manusia yang paling baik jika dilakukan pengendalian yang intensif dan secara dini pada sektor peternakan. Demikian pula pengendalian yang dilakukan oleh Deptan bukan hanya untuk kepentingan peternakan semata, tetapi juga mencegah terjadi korban pada manusia.

Di samping itu, hingga saat ini isu kesehatan belum menjadi prioritas politik dalam pemerintahan sehingga masalah masalah kesehatan tak kunjung terselesaikan. Di samping komitmen politik, hal lain yang belum berubah dalam pembangunan sektor kesehatan di negara ini, adalah paradigma pemerintah dalam pembangunan kesehatan.

Pemerintah masih menggunakan paradigma sakit dalam pembangunan di bidang kesehatan dengan lebih menitikberatkan program dan kegiatan yang bersifat kuratif (pengobatan) dan kurang memberikan penekanan pada upaya-upaya yang sifatnya lebih preventif (pencegahan).

Penetapan kebijakan penggunaan antiviral Oseltamivir secara khusus dan penanggulangan Flu Burung secara umum secara politis harus lebih dulu melalui

penetapan kebijakan teknis yang benar dan tepat. Karena jika ini yang tidak terjadi di lapangan. Akibatnya, penerjemahan kebijakan teknis menjadi kebijakan politis menimbulkan kesan tindakan pemerintah hanya pemadam kebakaran atau seremonial tanpa menyentuh secara substansial permasalahan sebenarnya di lapangan.

6.3.5 Aspek Hukum

Saat ini pemerintah kembali memberlakukan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang wabah penyakit menular untuk menanggulangi penyebaran virus flu burung di Indonesia. Pemberlakuan ini seiring dengan ditetapkannya kasus flu burung sebagai kejadian luar biasa (KLB). Di mana mekanisme penanganan selanjutnya dilakukan oleh Komnas Flu Burung dan Pandemi Influenza (FBPI) dan kalau ada pihak yang menghalang-halangi akan dikenakan sanksi Rp.1 juta atau kurungan.

Fenomena ini di masyarakat cenderung di kaitkan dengan kekerasan karena belum kuatnya upaya pemerintah dalam promosi dan peningkatan pemahaman masyarakat terhadap penyakit Flu Burung ini. Seperti kasus yang terjadi di Karo, Sumatera Utara dimana sebagian warga bersikeras tidak menerima pemusnahan unggas, sehingga pemusnahan pun dilakukan bak gerilya menjelang tengah malam dengan mendapat pengawalan kepolisian dan tentara. Bahkan, Bupati Kabupaten Karo pun mengancam, bahwa siapa saja yang menghalang-halangi pemusnahan unggas bisa diperkarakan secara hukum. Kemudian DKI Jakarta dimana perda pelarangan memelihara unggas ini telah dibuat, tetapi hingga kini sulit di wujudkan meski upaya kompensasi telah dilakukan.

Meski oleh beberapa informan penelitian menyatakan sudah cukup memadai peraturan-peraturan yang ada, tetapi upaya penanggulangan wabah dalam UU tentang wabah penyakit menular terkait AI ini mulai dari penyelidikan epidemiologis, pemeriksaan, pengobatan, perawatan, isolasi penderita dan seterusnya diturunkan 1 peraturan pemerintah nomor 40 tahun 1991 yang dinilai sudah kurang relevan dengan situasi desentralisasi dan konteks penyakit Flu Burung, 1 peraturan presiden No. 7 tahun 2006 tentang komite nasional pengendalian Flu Burung dan kesiapsiagaan menghadapi pandemi influenza, dan 5 keputusan menteri kesehatan. Sehingga menurut penulis, hal ini yang kemudian menjadi penyebab kurangnya respon daerah terhadap pelaksanaan kebijakan penanggulangan Flu Burung, kurang responnya daerah dalam pembentukan Komda (pembentukan komite Provinsi dan Kab./Kota Pengendalian FB dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza) termasuk di dalamnya penguatan kebijakan untuk penggunaan Oseltamivir di tingkat daerah.

Menurut penulis, diperlukan peraturan yang cukup kuat dan mengikat untuk pelaksanaan di daerah terkait Flu Burung ini minimal dengan merevisi PP nomor 40 tahun 1991 atau membuat PP baru atau dalam bentuk peraturan perundang-undangan.

6.3.6 Aspek Lingkungan Internasional

Ada banyak definisi mengenai organisasi Internasional, beberapa mengacu pada organisasi antar pemerintah, atau institusi internasional (Archer, 1983 dalam Walt, 1994). Organisasi Internasional (atau antar pemerintah) dapat menjadi global (bagian system PBB) atau regional (Uni Eropa, unit organisasi Afrika, Liga Arab).

Perserikatan Bangsa-Bangsa (UN) memberikan pandangan bahwa strain virus H5N1 yang mematikan ini mampu melampaui jarak jauh dari Asia Tenggara dan Asia Utara sepanjang jalur terbang unggas air liar ke arah Timur Tengah, Eropa, Asia Selatan, dan Afrika. Kemampuan jarak jauh ini berpotensi memicu terjadinya pandemi global.

Dengan melihat situasi terakhir flu burung di Indonesia, menurut Naipospos (2006), Pemerintah AS secara tidak langsung menyatakan bahwa diperlukan kesungguhan dalam mengatasi masalah ini. Perlu digarisbawahi bahwa Indonesia di satu sisi memiliki keterbatasan dalam sumber daya dan dana untuk mengatasi krisis flu burung, di samping banyaknya masalah bencana nasional dan serangan penyakit menular yang dialami belakangan ini.

Kompas (2006) menyebutkan bahwa untuk penanganan Flu Burung menurut strategi Pemerintah Indonesia, paling tidak dibutuhkan dana sebesar 900 juta dollar AS sampai dengan tahun 2008. Tahun 2006, Pemerintah Indonesia telah mengalokasikan dana sebesar 57,4 juta dollar AS. Bantuan dari pihak donor internasional maupun bilateral seluruhnya mencapai 35,4 juta dollar AS. Dari bantuan uang (*grant aid*), sejumlah 14,6 juta dollar AS atau 59 % berasal dari Pemerintah AS. Dari media lain juga disebutkan bahwa mitra internasional telah berkomitmen memberikan bantuan senilai 65,5 juta dolar Amerika untuk upaya-upaya pengendalian flu burung dan kesiapsiagaan menghadapi pandemi influenza.

Bantuan Pemerintah AS untuk penanganan flu burung di Indonesia disalurkan melalui berbagai kelembagaan, seperti USAID, USDA, Department of State, US Navy Medical Research Unit (NAMRU-2), dan DHHS melalui Center for Disease Control

(CDC) Atlanta. Penyaluran bantuan ini tidak dilakukan secara langsung ke Pemerintah Indonesia, tetapi sebagian besar melalui Organisasi Pangan dan Pertanian Dunia (FAO).

Penyelenggaraan kegiatan yang paling mendasar menurut Putri Naipospos adalah pelatihan untuk tenaga pelatih (*training for trainers*), surveilans, dan respons cepat. Pembentukan Pusat Pengendali Penyakit (*Local Disease Control Center*) di tingkat kabupaten yang difokuskan sementara ini di wilayah-wilayah dengan tingkat kejadian wabah unggas tinggi. Begitu juga pembentukan tim *Participatory Disease Surveillance* (PDS) dan *Participatory Disease Response* (PDR) yang merupakan ujung tombak di lapangan bekerja sama dengan masyarakat setempat di tingkat desa.

ASEAN juga menjadi salah satu fasilitator dalam penyaluran bantuan ke Indonesia dan upaya negara-negara ASEAN untuk terus bekerja sama dalam pengendalian flu burung baik pada sisi kesehatan unggas maupun manusia.

Selain itu, agen internasional lain yang sangat berpengaruh adalah WHO hingga saat ini. Di mana sejak awal-awal kasus, WHO sangat berkontribusi terkait dengan penguasaan keilmuan penyakit, penyaluran bantuan obat dan alat pelindung diri serta penyediaan laboratorium-laboratorium Kolaborasi WHO untuk melakukan pengujian mendalam pada virus influenza. Laboratorium-laboratorium itu terdapat di Atlanta dan Memphis (Amerika Serikat), London (Inggris), Tokyo (Jepang), serta Melbourne (Australia).

Pertanyaan yang kemudian muncul adalah sedemikian lemah kah Indonesia untuk sekedar memutuskan sesuatu dengan kemampuan sendiri? karena dari hasil penelitian Bank Dunia yang menyebutkan kenaikan harga beras sebagai penyebab kenaikan angka kemiskinan memunculkan dugaan kegagalan lembaga-lembaga

Internasional dalam memotret problem sosial ekonomi Indonesia. Kajian-kajian lembaga Internasional dan juga saran-saran mereka dinilai tidak membumi.

Pendanaan WHO yang cukup besar ini merupakan adanya perubahan dominasi anggaran regular kepada peningkatan anggaran ekstra atau pendanaan sukarela. Anggaran regular-dibuat oleh kontribusi negara anggota-dimulai kira-kira US\$6 juta di tahun 1950, dan dari tahun 1960 ditambahkan mdel donasi sukarelayang datang dari agen multilateral lain atau donor. Awalnya tahun 1990, kontribusi sukarela menyusul anggaran regular diperkirakan US\$21 juta.

Dengan demikian, menurut Walt (1994) di awal tahun 1990 kira-kira 54% (ada yang bilang 25% di tahun 1971) anggaran WHO datang dari sumber anggaran ekstra, termasuk organisasi multilateral lain (bank dunia, UNDP, dll) dan donor pemerintah (USA dan eropa-termasuk negara Scandinavia, di antara donor besar). Anggaran regular untuk kantor negara WHO, yang bisanya kecil dan sangat menyedihkan, kebanyakan dikeluarkan pada *ad hoc* keuangan beasiswa atau karya wisata, workshop dan bermacam-macam persediaan dan perlengkapan. Pertanyaan utama mengenai peningkatan pertumbuhan pendanaan sukarela adalah sejauhmana mereka mengambil pengaruh kebijakan melalui WHO.

Pada tingkat negara, Bank Dunia meningkatkan koordinasi antara agen lain. Karena tingginya statusnya di antara organisasi multilateral, beberapa berargumentasi bahwa World Bank mengambil alih kepemimpinan di WHO.

Sehingga saat ini menurut Walt (1994) kedudukan WHO menjadi lebih banyak sebagai organisasi politik Di sejumlah wilayah memaknai bahwa WHO kadang-kadang

kuat memegang kendali di kalangan sejumlah persaingan, kekuasaan, kelompok interest. Kurangnya kekuatan anggaran pada negara berkembang mengakibatkan perannya menjadi sangat terbatas dalam membuat kebijakan di arena internasional.

Di arena internasional Indonesia juga terkena dampak akibat diterapkannya perluasan perlindungan paten dalam TRIPs (*Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights*) untuk produk obat-obatan. Melalui mekanisme kesepakatan WTO paten ini menghambat kemungkinan produsen obat lokal untuk memproduksi obat generik dan obat penyelamat hidup (*life saving drugs*). Sebelum ditetapkan TRIPs, produsen lokal diperbolehkan memproduksi obat-obatan sejenis dengan proses yang berbeda karena proses pembuatannya tidak termasuk dipatenkan.

Karena itulah dilakukan tekanan terus menerus untuk merubah ketetapan ini karena nyawa manusia yang jadi taruhannya. Negara-negara Afrika dan kelompok masyarakat sipil termasuk yang paling gencar melancarkan kampanye tentang dampak TRIPs ini terhadap akses obat-obatan bagi orang miskin. Pada akhirnya negara-negara maju mengizinkan impor paralel dan lisensi wajib bagi obat-obatan.

Hal ini mengingatkan kita pada proyeksi Bappenas, bahwa pada tahun 2025 jumlah penduduk Indonesia diperkirakan 273,7 juta jiwa. Dalam bidang pangan, Indonesia merupakan pasar yang luar biasa besar, namun hingga kini negeri agraris ini masih tergantung pada pangan impor. Untuk produk peternakan, setiap tahun Indonesia mengimpor sapi hidup sebanyak 450 ribu ekor dari Australia, 30 ribu ton tepung telur dan 140 ribu ton susu bubuk.

Potensi pandemi flu burung menjadi ancaman dunia yang menyebabkan negara-negara menyediakan stok yang cukup untuk tamiflu. Yang menyebabkan Pemilik paten Tamiflu, perusahaan farmasi Roche, Inc., swiss kekurangan kapasitas produksi untuk menyediakan kebutuhan Tamiflu di seluruh dunia.

Sebagai jawaban atas tingginya permintaan, menyebabkan Roche mendorong produksi Tamiflu di tahun 2006 dengan menandatangani persetujuan lebih dari 15 pemborong eksternal di 10 negara-negara berbeda untuk membuat oseltamivir. Sebagai tambahan, Roche telah mendermakan “ tanggapan cepat” persediaan Tamiflu kepada Organisasi Kesehatan Dunia untuk persediaan regional.

Surat dari Roche kepada pemerintah Indonesia yang ditandatangani oleh Presiden Direktur Roche Ait Allah Mejri menyebutkan dalam kondisi tertentu, Indonesia diizinkan memproduksi tamiflu tanpa perlindungan paten, tanpa harus membayar biaya kompensasi kepada Roche. Selain Indonesia, lisensi juga diberikan kepada beberapa negara seperti India, Cina dan Thailand untuk memproduksi obat anti viral dengan maksud supaya ketersediaan lebih terjamin, dan harga obat akan turun dengan naiknya jumlah produksi.

Dr. Buddhima Lokuge, Dr. Peter Drahos dan Warwick Neville dalam *Global Justice Update Volume III, No. 52, 15-30 November 2005, 25-November-2005*, berpendapat bahwa cadangan obat yang ada sama sekali tidak cukup untuk banyak negara. Lokuge dan temannya, menyebutkan bahwa dengan harga yang sekarang ditetapkan oleh pemegang paten, 20 persen masyarakat di negara maju seperti Australia, Kanada, akan dibebani biaya sekitar hanya 1 persen dari total biaya kesehatan tahunan.

Sementara di negara-negara seperti China akan membebani 58 % dari biaya kesehatan; 54 % di Kamboja; 67 % di Indonesia; 75 % di Vietnam; dan 173 % di Laos. Pada harga yang berlaku saat ini, mungkin akan banyak negara menjangkaunya. Tetapi ketika krisis berlangsung tentu akan ada peningkatan permintaan. Sumbangan dari negara maju ke negara berkembang merupakan salah satu opsi, tetapi apa yang bisa dilakukan jika katakanlah Australia menyumbang 50 ribu pil Tamiflu sementara jumlah penduduk Indonesia lebih dari 200 juta jiwa. Karena itu, lisensi wajib merupakan pilihan terbaik. Lisensi wajib adalah penggunaan obyek paten tanpa ijin dari pemegang haknya ketika keadaan darurat seperti ketika pandemi menyerang dan bencana alam.

Selain itu Indonesia juga diharapkan melakukan Impor paralel yaitu pembelian langsung dari pihak ketiga di negara lain bukan dari produsen karena terkadang produsen memberlakukan harga yang berbeda untuk negara yang berbeda. Dengan kedua mekanisme yang ada ini diharapkan dapat diterima obat dengan harga yang lebih terjangkau dan dunia dapat lebih siap siaga menghadapi pandemi seperti flu burung yang saat ini masih mengancam.

Naipospos (2006) dalam www.kompas.com menyatakan bahwa untuk mencegah agar pandemi global tidak terjadi, maka seluruh upaya yang dilakukan untuk memerangi flu burung perlu dikonsolidasikan ke dalam suatu upaya bersama pemerintah, swasta, dan seluruh masyarakat Indonesia serta dukungan dunia internasional.

6.4 Analisis *Actors* Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir

Aktor kebijakan penggunaan Antiviral oseltamivir ini dapat dibagi dalam dua. Pertama adalah aktor di tingkat internasional dan aktor di tingkat nasional.

Aktor di tingkat Internasional adalah organisasi-organisasi dunia yang secara langsung mempengaruhi kebijakan, yaitu FAO, WHO, ASEAN, dan WTO.

Aktor di lingkungan Nasional adalah Departemen Kesehatan, Komnas FBPI. Dan industri Obat BUMN.

Akan tetapi banyak anggapan mengungkapkan bahwa pemerintah sering terkesan menutupi wabah *avian influenza* (AI), dan lamban dalam merespon/serangan wabah virus tersebut. Padahal, wabah sudah merebak sejak tahun 2003. Dalam kesempatan terpisah, Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI) juga menilai pemerintah belum memihak kepada masyarakat berkaitan dengan wabah AI ini (*Suara Karya*, 28 Januari 2004).

6.5 Analisis *Process* Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir

Keputusan strategis pemerintah pada umumnya diambil tanpa didahului kajian atau penelitian. Hasil-hasil kajian dan penelitian tidak pernah digunakan sebagai dasar untuk membuat keputusan. Akibatnya peran badan penelitian dan pengembangan di pusat dan daerah tidak pernah optimal. Terbukti dengan hasil analisis genetik yang dilakukan Balitbangkes pada tahun 2006 dimana dari 37 virus H5N1 memperlihatkan 27 (73%) resisten terhadap Amantadine dan Rimantadine, tetapi sensitif terhadap Oseltamivir (Tamiflu) dan Zanamivir (Relenza). Ketika dikonfirmasi kenapa pemilihan akhirnya jatuh kepada Oseltamivir, pihaknya tidak tahu menahu.

Idealnya pengambilan keputusan strategis idealnya didahului kajian dan penelitian agar tetap sasaran. Selain itu, penggunaan hasil-hasil kajian dan penelitian menjadi alasan suatu bangsa dapat dikatakan maju dalam penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK). Dimana disebutkan dalam salah satu media bahwa dalam kurun waktu enam tahun, dari 100 penelitian yang dihasilkan tidak sampai sepuluh persen hasilnya digunakan oleh pemerintah.

Di banyak negara, kementerian kesehatan sangat sentralistis, dengan garis vertikal kekuasaan, tidak banyak kesempatan bagi kekuasaan level yang lebih rendah untuk memberikan masukan dalam perumusan kebijakan. Saat penerapan kebijakan, kementerian kesehatan pusat tergantung dengan kekuasaan provinsi atau kabupaten/kota.

Alasan kegawatdaruratan sehingga sulit jika dilakukan penelitian dan kajian menjadi salah satu alasan yang sering disebutkan. Sehingga pemilihan terhadap 2 alternatif obat yang sama-sama belum teruji menjadi pilihan politis semata.

6.5.1 Penetapan Agenda

Terminologi agenda diartikan sebagai daftar subyek atau masalah di mana pejabat pemerintah dan masyarakat diluar pemerintah yang berhubungan erat dengan pejabat pemerintah tersebut, memberikan perhatian secara serius pada setiap waktu yang ditentukan.

Kebijakan Penggunaan Antiviral Oseltamivir ini merupakan agenda yang diusung karena kondisi kegawatdaruratan, sehingga mau tidak mau kebijakan ini diambil dengan berdasarkan rekomendasi dari WHO yang dinilai sebagai *expert* dalam pengobatan Flu Burung. Karena Indonesia bukan negara pertama yang terkena penyakit

Flu Burung ini, dan Tamiflu sudah dianggap teruji keamanannya. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan penggunaan Tamiflu. Alasannya, dari pengalaman, obat tersebut terbukti efektif dalam menghadapi kasus flu burung di Thailand dan Vietnam.

Pada dasarnya ada dua jenis obat untuk mengatasi virus influenza, yaitu golongan *neuraminidase inhibitors* seperti oseltamivir dan zanamivir, serta golongan *M2 inhibitors* yaitu amantadin dan rimantadin. Hanya saja, data dari beberapa negara menunjukkan resistensi terhadap *M2 inhibitor*, kendati data Indonesia tidak demikian halnya; sehingga akhirnya secara internasional WHO menganjurkan penggunaan oseltamivir untuk menangani Flu Burung akibat H5N1.

100 Rumah Sakit rujukan telah disiapkan dalam rangka kesiapsiagaan kejadian pandemi. Hal ini mengingatkan kita pada orientasi pemerintah yang masih berparadigma sakit, di mana penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dianggap sebagai suatu yang diharuskan sebagai bukti komitmen pemerintah terhadap kesehatan masyarakat. Tetapi akar masalah yang sebenarnya seperti masalah lingkungan, kurangnya pengetahuan tentang penyakit, perilaku hidup bersih dan sehat, dan peningkatan gizi dan kesejahteraan masyarakat menjadi kurang diperhitungkan. Mengingat hanya 30% saja dari masyarakat kita yang sakit berobat ke pelayanan kesehatan.

Penulis melihat bahwa kecenderungan departemen kesehatan menyalahkan departemen pertanian dengan permasalahan unggas-nya. Sedangkan Deptan berdasarkan analisis media menyatakan bahwa virus Flu Burung tidak semata-mata dari unggas,

terbukti kasus pertama Iwan dan keluarga yang tidak berhubungan langsung dengan unggas menjadi korbannya.

Saat ini sebagian masyarakat dan pemerintah percaya bahwa virus H5N1 yang berasal dari ayam dapat menular ke manusia. Pengertian tersebut berasal dari hasil pemeriksaan laboratorium WHO di Hongkong dan laporan DEPKES.

Akan tetapi ada penelitian lain di Jerman yang menyatakan bahwa virus H5N1 yang berasal dari ayam tidak bisa menular ke manusia. Jadi laporan dari WHO dan DEPKES yang menyatakan virus AI dapat menyerang manusia, masih belum final dan masih perlu diperdebatkan/dibuktikan lebih lanjut.

Peneliti dari Jerman melaporkan bahwa pada dasarnya virus AI yang berasal dari ayam tidak menular ke manusia secara langsung karena adanya perbedaan reseptor/titik tangkap antara sel unggas dan sel manusia.

Reseptor virus AI H5N1 pada permukaan sel ayam adalah *sialic acid a 2,3* yang cocok dgn Haemaglutinin virus AI H5N1, sehingga virus H5N1 dapat melekat dan menginfeksi sel ayam. Permukaan sel pernafasan manusia memiliki reseptor *sialic acid a 2,6* yg tidak cocok dengan Haemaglutinin virus H5N1, sehingga virus tersebut tidak dapat melekat dan menginfeksi sel manusia.

Virus H5N1 memiliki neurominidase (N), yaitu enzim yang berfungsi menembus permukaan sel unggas agar materi genetik RNA virus dapat masuk ke sel unggas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa neurominidase virus AI yang berasal dari ayam tidak mampu menembus sel permukaan manusia, sehingga materi genetik RNA virus tidak dapat menginfeksi manusia.

Pertemuan-pertemuan yang dilakukan kerap dilakukan secara institusi yang melibatkan tenaga-tenaga dokter dan perawat, tetapi tenaga-tenaga lain seperti kesehatan masyarakat, antropolog atau sosiolog tidak pernah diajak duduk bersama dalam membicarakan penanggulangan Flu Burung di Depkes. Ini menunjukkan bahwa departemen kesehatan sangat parsial memahami aspek-aspek lain yang sangat penting perannya, sehingga cenderung bekerja sendiri. Atau meminjam istilah konsultan WHO sebagai "egoisme sektoral". Dan menurut penulis situasi yang sama juga terjadi di Departemen Pertanian dan departemen lainnya.

6.5.2 Proses Formulasi

Mekanisme pengambilan keputusan teknis semestinya harus berlandaskan kepada informasi ilmiah yang dibahas di antara para ahli berdasarkan kajian analisa risiko, epidemiologi, surveilans, dan laboratorium. Tetapi input yang masuk seperti dari Balitbangkes yang menyatakan bahwa Oseltamivir dan Zanamivir adalah sensitif untuk genetik Indonesia berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan dari 72 spesimen yang dikultur, 37 virus H5N1 berhasil tumbuh dan dikarakterisasi, diklasifikasi sebagai virus Avian yang secara genetik asli Indonesia (*clade 2, subclade a*). Hal ini sesuai dengan rekomendasi FDA (*Food Drug Administration*) yang menggolongkan kedua obat tersebut sebagai inhibitor neurominidase yang direkomendasikan untuk digunakan. Tetapi Indonesia kemudian memilih Oseltamivir saja yang dapat digunakan di Indonesia.

Oseltamivir disebut yang paling efektif terhadap beberapa serangan virus influenza termasuk jenis H5N1. Namun, Oseltamivir termasuk obat yang mahal dan hanya baru diproduksi oleh satu pabrikan obat dengan kapasitas yang terbatas. Sementara beberapa negara maju dengan sumber daya melimpah telah memiliki cadangan yang cukup akan anti-virus ini, beberapa negara lainnya bahkan baru berencana dan menyiapkan sumber daya untuk memenuhinya. Pemenuhan akan kebutuhan anti-virus juga memegang peranan penting dalam menghalangi penyebaran virus dan mencegah bertambahnya jumlah orang yang tertular virus flu burung ini.

Melihat cara kerja senyawa ini, maka obat ini hanya efektif pada saat infeksi awal virus, ketika individu yg terserang belum menunjukkan gejala klinis. Pada umumnya penderita berobat ke dokter ketika sudah terserang gejala klinis seperti demam tinggi, batuk, sesak napas sebagai akibat virus telah berkembang biak dalam tubuh.

Didalam tubuh, virus AI dapat memperbanyak diri dalam waktu 8 jam setelah menginfeksi sel. Pemberian Tamiflu menjadi tidak efektif ketika penderita telah terinfeksi virus dalam waktu lebih dari 3 hari karena virus telah berkembang biak dan menyebar keseluruh tubuh.

6.5.3 Pelaksanaan

Dalam pelaksanaan kebijakan penggunaan antiviral, dalam hal penguatan manajemen berkelanjutan secara umum dalam pelaksanaan masih belum sesuai dengan yang diharapkan. Di mana hal ini disebabkan oleh banyak faktor diantaranya masih

kurangnya koordinasi, dan Flu Burung masih belum menjadi musuh bersama di setiap sektor.

Dalam penggunaan Oseltamivir, dosis yang dianjurkan WHO adalah 2 X 75 mg perhari untuk terapi dan 1 X 75 mg per hari untuk profilaksis. Untuk mereka yang berusia di bawah 13 tahun, dosis disesuaikan dengan berat badan. Dan kebijakan ini telah berlangsung di rumah sakit rujukan.

Untuk *Rapid Diagnostik Test* sampai saat ini belum direalisasikan di Puskesmas, masih mengandalkan Oseltamivir sebagai *treatment* dengan menggunakan skoring yang telah ditentukan dalam pedoman teknis yang telah ditetapkan.

Karena berbagai alasan di atas maka para ahli mulai memikirkan mencari obat baru untuk menangani Flu Burung dan atau meneliti untuk memberi Oseltamivir dalam dosis yang lebih besar dan atau waktu yang lebih lama. Selain itu, para ahli juga mencoba efektifitas obat-obat lain.

National Institute of Health (NIH) Amerika Serikat sejak tahun 2005 meneliti kemungkinan penggunaan obat *Pegylated Interferon Gamma*. Obat lain yang juga kini sedang diteliti meliputi obat anti *tumor necrosis factor*, obat golongan statin dan *ACE inhibitor*.

Beberapa obat lain yang dalam penelitian antara lain:

1. *Neuraminidase (NA) inhibitors* :

Peramivir (oral/iv), A-315675 (oral), Zanamivir (iv)

2. *Long-acting NA inhibitors (LANI): R-118958 (topical), Flunet® (topical)*

3. *Conjugated sialidase : Fludase™ (topical)*

4. *HA inhibitors- cyanovirin-N*

5. *Polymerase inhibitors : siRNA; ribavirin (aerosol/iv/po)*

6. *Protease inhibitors : Aprotinin*

Para ahli juga sedang meneliti kemungkinan memberikan gabungan / kombinasi dari beberapa obat yang telah dibahas di atas, termasuk juga dengan Oseltamivir. Di pihak lain, juga telah dicoba untuk menggabungkan obat antivirus dengan obat-obat yang dapat mempengaruhi imunologi (daya tahan) seseorang dan berfungsi sebagai *cytokine dysregulation* karena diduga pada Flu Burung terjadi *cytokine storm* atau badai sitokin yang dapat merusak tubuh secara parah.

Obat lain yang juga diteliti untuk pencegahan adalah Zanamivir dalam bentuk inhalasi. Selain obat-obatan, kini dikenal konsep penting *mass geographical prophylaxis* atau pencegahan massal atau disebut juga *ring prophylaxis*. Konsep ini dijalankan dengan memberi profilaksis Oseltamivir pada seluruh penduduk satu desa di mana ada kasus pasien Flu Burung, dan Thailand adalah Negara yang sudah mulai mencoba konsep ini.

Aditama (2007) menyebutkan sedikitnya ada 8 (delapan) masalah dalam pengobatan Flu Burung dengan Oseltamivir (Tamiflu[®]). **Pertama**, ketersediannya di dunia masih terbatas, dan demikian juga di Indonesia. Kini tampaknya ada upaya penyediannya secara maksimal, yang semoga dapat segera terrealisir. **Kedua**, obat ini baru punya efek maksimal bila diberikan dalam 48 jam pertama sakit, sementara pasien biasanya masuk rumah sakit sudah terlambat. Karena itu pemberian Oseltamivir di pelayanan primer di puskesmas mungkin merupakan keputusan yang baik, hanya harus diingat adanya kemungkinan *over-use* dan resistensi. **Ketiga**, tidak semua pasien Flu

Burung yang mendapat obat ini walau dalam 48 jam pertama akan sembuh; dan cukup banyak pula pasien Flu Burung yang dapat sembuh tanpa obat ini. Data dari 37 kasus di Vietnam dan Thailand bahkan menunjukkan bahwa pada mereka yang diberi Oseltamivir angka *survival* nya adalah 24%, sementara yang tidak diberi Oseltamivir angka *survival* nya bahkan bisa 25%. Tentu data ini masih bisa dikritisi, baik karena sedikitnya jumlah kasus dan juga tidak ada informasi apakah Oseltamivir diberikan dalam 48 jam setelah gejala timbul, seperti yang dianjurkan. **Keempat**, meskipun obat ini bekerja baik, tampaknya perlu digabung dengan obat-obat lain dan **kelima** ada pendapat ahli yang memperkirakan bahwa dosis yang kini dipakai adalah kurang dan perlu ditingkatkan. **Keenam** adalah lamanya pengobatan, apakah cukup 5 hari atau barangkali harus lebih panjang. **Ketujuh** adalah adanya laporan efek samping obat ini, khususnya di Jepang di mana obat ini telah dikonsumsi oleh 24,5 juta orang, 11,6 juta di antaranya anak-anak. Dari sejumlah itu dilaporkan 32 kasus dengan gangguan neuropsikiatrik seperti halusinasi, *confusion*, *suicide*, *seizure*. Selain itu juga ada laporan terjadinya insomnia, vertigo, diare, *dizziness* dan nyeri kepala. Tidak diketahui etiologi dan patofisiologi efek samping ini. Sementara itu, **kedelapan** dari oseltamivir (Tamiflu[®]) adalah mulai ditemukannya virus Flu Burung yang resisten terhadap obat ini, antara lain dilaporkan dari Vietnam.

Thailand, Indonesia dan Vietnam akan mulai melakukan uji kliniknya pada 100 pasien pada April-Mei 2007. Penelitian ini didasarkan pada bukti yang menyebutkan bahwa tingkat kematian babi Guinea menurun setelah diberi dosis tamiflu yang lebih besar dan ahli medis berencana melakukan uji kliniknya pada manusia. Menurut standar

penanganan kasus infeksi H5N1, setiap pasien menerima dua tablet tamiflu per hari selama lima hari. Dalam pengujian ini mereka akan menerima dua kali lipat.

Beberapa negara mulai menggalakkan penyimpanan cadangan anti-virus. Saat ini, sekitar 25 negara, sebagian besar diantaranya merupakan negara industri, telah menanamkan sebagian modalnya mempertahankan persediaan obat Oseltamivir. Disebutkan, 10 negara mempunyai cadangan cukup sebanyak 20-25 persen dari jumlah populasinya. Sampai sekarang, hanya satu pabrikan yang membuat obat jenis ini di dunia. Kapasitas pembuatan dari pabrikan ini telah di tingkatkan sebanyak empat kali selama dua tahun terakhir ini dan besar peluangnya bertambah dua kali lipat lagi dalam 12 bulan ke depan. Namun, negara-negara yang telah memesan baru akan memperoleh pesannya pada akhir tahun 2006. Ini membuat negara-negara tersebut harus memikirkan pilihan lain guna memenuhi kebutuhan jangka pendek dari ancaman wabah ini.

6.6 Analisis mix *Content*, *Context*, *Actors*, dan *Process*

6.6.1 *Content* terhadap *Actors*

Oseltamivir merupakan kebijakan yang digunakan di Indonesia karena adanya tekanan dunia internasional, dengan Tamiflu sebagai merek dagang yang secara tersurat dalam pedoman teknis penggunaan Oseltamivir di Indonesia.

Regionalisme Asia Tenggara sebagai landasan politik luar negeri Indonesia mencerminkan ketidakmampuan negara-negara Asia Tenggara untuk meraih kepercayaan diri tanpa usaha bersama dalam rangka ketahanan nasional. Karena itu

ASEAN oleh Indonesia merupakan organisasi yang diharapkan akan mengembangkan dan memelihara nilai-nilai bersama, terutama nilai-nilai yang meningkatkan martabat manusia dan kebebasan (kemerdekaan).

Selain itu, Tamiflu yang beredar di Indonesia ijin edarnya diberikan melalui *'fast track'*--prosedur yang cepat karena kondisi yang mendesak namun secara administratif dan ilmiah obat itu telah memenuhi syarat.

Belum adanya peraturan/pedoman yang dibuat pemerintah dalam mekanisme bantuan luar negeri menyebabkan bantuan obat dari negara lain sudah mendekati kadaluarsa dan bantuan diberikan tanpa melalui mekanisme peraturan yang jelas, dimana keuntungan dan kerugian dari menerima bantuan tersebut menjadi jelas.

Rancunya aplikasi PP no. 40 tahun 1999 di tingkat pusat. Hal ini sering diungkapkan bahwa dari sisi konsep dan arah kebijakan, Indonesia sebenarnya sudah bagus. Namun, implementasi di lapangan masih kurang efektif.

Desentralisasi menjadi sebuah peluang atau hambatan tergantung dari kuatnya aturan yang mengikat dan kepercayaan pemerintah pusat

6.6.2 *Context* terhadap *Actors*

Saat ini Departemen kesehatan dinilai belum menerapkan pendekatan integral dan holistik baik dalam keilmuan maupun koordinasi lintas sektor dalam penanggulangan Flu Burung secara umum.

Harapan Indonesia bahwa ASEAN akan mengembangkan dan memelihara nilai-nilai bersama, terutama nilai-nilai yang meningkatkan martabat manusia dan kebebasan (kemerdekaan). Regionalisme Asia Tenggara sebagai landasan politik luar negeri

Indonesia mencerminkan ketidakmampuan negara-negara Asia Tenggara untuk meraih kepercayaan diri tanpa usaha bersama dalam rangka ketahanan nasional.

Masalah kesehatan belum menjadi masalah bersama, pembebanan hanya kepada sektor kesehatan. Begitu pula sebaliknya, masalah unggas hanya menjadi masalah Departemen pertanian. Departemen lain belum terlibat secara aktif.

Keterlambatan Indonesia mengetahui dan mengakui sejak awal tentang berjangkitnya penyakit AI pada unggas menunjukkan bahwa kemampuan pemerintah dalam melakukan sistem peringatan dini sangat lemah. Penyakit hewan menular yang mampu melintas batas wilayah/benua (*transboundary*), seperti AI, merupakan ancaman global yang harus diantisipasi oleh setiap negara. Sistem kesehatan hewan nasional (sikeswannas) di Indonesia sendiri belum efektif mendeteksi secara dini penyakit baru yang setiap saat bisa muncul.

Adanya sikap mendua atau dualisme kebijakan dalam penanganan flu burung. Salah satu contoh adalah ketidakserasian antara Deptan dan Depkes. Di satu pihak, Depkes dengan berpegang pada UU Wabah ingin aman dulu, kalau ada yang mati, bunuh semua ayamnya untuk memutus semua mata rantai penularan. Sebaliknya, Deptan berpandangan tidak ada dasar ilmiah kuat untuk melakukan pemusnahan secara menyeluruh..

Sedangkan Deptan berargumen, penanggulangan penyakit hewan menular yang mampu menular ke manusia (zoonosis) bukanlah semata-mata urusan Deptan dan Depkes, tetapi juga sudah lintas departemen. Dalam hal ini, Deptan menghadapi kendala sistem berupa ketidakmampuan membuat jejaring yang mengikutsertakan semua

komponen dalam pemerintahan dalam upaya penanggulangan, serta garis komando yang sifatnya "hierarkis" dari pusat sampai ke daerah.

Dengan otonomi daerah, Deptan tidak lagi mempunyai kendali terhadap kelembagaan yang memegang otoritas veteriner di daerah.

Begitu juga koordinasi terpusat yang sangat diperlukan dalam mekanisme penanggulangan wabah yang harus dipegang oleh paling tidak eselon satu yang memiliki seluruh kewenangan untuk melaksanakan suatu tindakan darurat yang diperlukan.

Rendahnya upaya keterlibatan organisasi lain seperti partai, LSM, organisasi masa, tokoh agama, dan petinggi negara di luar institusi kesehatan dan institusi pertanian yang peduli secara teknis dalam pengaturan dan pelaksanaan kebijakan di Depkes.

Pembangunan di bidang sosial budaya bertumpu pada ideologi dengan menekankan demokrasi politik dan demokrasi ekonomi sebagai syarat tumbuhnya demokrasi sosial. Solidaritas yang dijiwai semangat gotong-royong di dalam persatuan masyarakat yang majemuk. Sikap toleransi dan empati di antara masyarakat yang berbeda suku, bangsa, agama, dan antargolongan serta tingkatan sosial adalah cita-cita demokrasi sosial yang tercermin dalam pembangunan national character building. Dengan demikian saat ini sangat diperlukan upaya yang didasarkan pada budaya dan kehidupan sosial masyarakat di Indonesia.

Kebijakan desentralisasi yang diluncurkan sejak Januari 2001 membawa konsekuensi strategis terhadap sektor kesehatan antara lain pengambilan keputusan program kesehatan harus benar-benar berdasarkan data, fakta dan informasi yang sah, akurat dan tersedia tepat waktu. Di era desentralisasi peran Badan Penelitian dan Pengembangan (Litbang) di daerah justru akan semakin penting untuk memberi

masukannya bagi kebijakan pembangunan di daerah. Tetapi tidak dapat dielakkan bahwa para pelaksana akan memiliki tujuan masing-masing. Oleh karena itu Badan Litbangkes Depkes sebagai National Focal Point Sistem Litbangkes Nasional sangat diperlukan. Sehingga payung hukum yang cukup kuat untuk pelaksanaan kebijakan di daerah menjadi sesuatu yang sangat penting.

Analisis ekonomi (*cost benefit* dan *cost effectiveness*) terkait dengan kebijakan penggunaan dan penerimaan bantuan luar negeri terhadap antiviral oseltamivir sangat dibutuhkan untuk menjawab efektivitas dan efisiensi kebijakan di masa yang akan datang.

Laboratorium BSL 3 Eijkman yang saat ini dimiliki Indonesia harus dimanfaatkan secepat-cepatnya dalam rangka mendapatkan vaksin strain Indonesia.

Upaya sosialisasi dan peningkatan pengetahuan tentang Flu Burung ke masyarakat secara terus menerus perlu dilakukan di samping upaya peningkatan hidup bersih dan sehat, serta penyiapan sarana pelayanan kesehatan yang terjangkau dan SDM kesehatan yang dapat bersahabat dengan masyarakat.

6.6.3 *Process* terhadap *Actors*

Kebijakan pemilihan dari 2 alternatif obat diasumsikan merupakan pilihan politis semata terhadap tekanan dunia Internasional dan bantuan yang diberikan. Bahkan sampai penelitian ini berakhir belum ada upaya untuk mencoba alternatif obat lain.

Pada awal tahap phase pandemik, menurut Gani (2005), satu-satunya pengobatan yang tersedia adalah neuraminidase inhibitor, yang oleh banyak Negara dipertimbangkan untuk ditimbun sebagai persediaan pandemic. Estimasi persediaan

20%-25% dari populasi akan cukup untuk mengobati kebanyakan dari kasus klinis dan bisa mendorong pengurangan 50% - 77% pasien rawat inap.

Akan tetapi dalam laporan Kompas (2005), disebutkan bahwa Perusahaan obat Swiss Roche Holding AG ROG.VX telah menghentikan penjualan obat flu burungnya di China. Langkah tersebut menyusul penundaan sementara serupa oleh Roche atas pasokan Tamiflu ke farmasi di Amerika Serikat, Kanada dan Hong Kong untuk menghindari penimbunan oleh para konsumen yang khawatir akan penyebaran flu burung saat dunia menghadapi mulainya musim influenza.

Berdasarkan dua kasus terakhir pada Februari dan Maret pemerintah Jepang dalam hal ini Depkes mengeluarkan instruksi agar dihentikan pemberian Tamiflu pada anak-anak remaja. Hal ini menjadi kekhawatiran juga untuk Indonesia karena jumlah penderita murid SD adalah 18,1 % dari seluruh penderita, kedua terbesar setelah Swasta.

Pengkajian terhadap suatu kejadian merupakan salah satu bukti upaya kemandirian yang dilakukan bangsa ini terhadap masalah yang menimpa. WHO dapat saja menjadi kontributor utama, tetapi keputusan dengan kajian secara terus menerus harus dilakukan yang disesuaikan dengan kondisi masyarakat dan segala legal aspeknya.

Penyediaan 100 RS rujukan memerlukan dana yang sangat besar dimana biaya maintenance alat diserahkan ke pemerintah setempat. Tentu hal ini harus dikaji lebih lanjut, baik itu efisiensi dan efektivitas alat dan sarana pelayanan di RS tersebut dikaitkan dengan faktor-faktor pencarian pertolongan kesehatan di Indonesia.

Padahal dalam konteks Otonomi Daerah saat ini, Puskesmas mempunyai peran yang sangat vital sebagai institusi pelaksana teknis, dituntut memiliki kemampuan

manajerial dan wawasan jauh ke depan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Sehingga yang seharusnya menjadi focus pemerintah selain Rumah Sakit adalah Puskesmas sebagai pintu masuk utama. Rapid Diagnostik Test yang telah difikirkan untuk menjadi alat diagnosis dini di Puskesmas sampai saat ini belum ada realisasi.

Egoisme sektoral sebagai sebuah istilah yang cenderung diikuti oleh egoisme direktorat bahkan sampai egoisme subdirektoral memerlukan analisis lebih lanjut dalam sistem kelembagaan pemerintah di Indonesia. Di mana hal ini sangat mempengaruhi keberhasilan program yang direncanakan dan memiliki dampak besar bagi kesehatan dan kesejahteraan bangsa dan negara.

Egoisme ini tidak terlepas dari proyek-proyek yang mempunyai nilai “Uang” yang besar. Hal ini tentu membuat kekhawatiran dimana Indonesia merupakan ranking kelima negara terkorup dunia dengan Indeks korupsi Indonesia menurut Transparency International Indonesia (2007) juga sangat rendah, yakni 2,4 poin. Poin itu nilainya sama dengan 4 atau D (nilai terendah--tidak lulus dalam kategori nilai ujian), dimana Indonesia hanya satu langkah di bawah negara Timor Leste, negara yang baru saja merdeka. Korupsi tentu sangat merugikan keuangan negara yang berdampak pada lambatnya pembangunan ekonomi dan pembangunan infrastruktur lainnya.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Oseltamivir saat ini menjadi satu-satunya alternatif pengobatan Flu Burung di Indonesia. Kebijakan ini diambil dikarenakan beberapa hal, diantaranya adalah karena Oseltamivir ini merupakan obat yang direkomendasikan WHO untuk pengobatan Flu Burung, selain itu pada awal-awal terjadinya kasus, pemerintah Indonesia belum memiliki persiapan untuk pengadaan obat, sedangkan bantuan obat yang datang dari berbagai negara adalah Oseltamivir dengan merek dagang “Tamiflu”, sebagai merek dagang yang secara tersurat dalam pedoman teknis penggunaan Oseltamivir di Puskesmas.

Kebijakan pemilihan dari 2 alternatif obat diasumsikan merupakan pilihan politis semata terhadap tekanan dunia Internasional dan bantuan yang diberikan. Bahkan sampai penelitian ini berakhir belum ada upaya untuk mencoba alternatif obat lain.

Belum adanya peraturan/pedoman nasional yang dibuat pemerintah dalam mekanisme bantuan luar negeri menyebabkan bantuan obat dari negara lain sudah mendekati kadaluarsa dan bantuan diberikan tanpa melalui mekanisme peraturan yang jelas, dimana keuntungan dan kerugian dari menerima bantuan tersebut menjadi jelas.

Peraturan Pemerintah nomor 40 tahun 1991 tentang penanggulangan wabah penyakit menular sebagai jbaran dari UU No. 4 tahun 1984 tentang wabah, saat ini dinilai kurang relevan dengan kejadian kasus Flu Burung dengan kondisi desentralisasi

dan otonomi daerah saat ini. Sehingga perlu direvisi atau dibuatkan PP baru yang terkait dengan penatalaksanaan kejadian pandemi atau Undang-undang tentang Flu Burung.

Saat ini Departemen kesehatan dinilai belum menerapkan pendekatan integral dan holistik baik dalam keilmuan maupun koordinasi lintas sektor dalam penanggulangan Flu Burung secara umum.

Rendahnya upaya keterlibatan organisasi lain seperti partai, LSM, organisasi masa, tokoh agama, dan petinggi negara di luar institusi kesehatan dan institusi pertanian yang peduli secara teknis dalam pengaturan dan pelaksanaan kebijakan di Depkes.

Upaya sosialisasi dan peningkatan pengetahuan tentang Flu Burung ke masyarakat secara terus menerus perlu dilakukan di samping upaya peningkatan hidup bersih dan sehat, serta penyiapan sarana pelayanan kesehatan yang terjangkau dan SDM kesehatan yang dapat bersahabat dengan masyarakat.

Aktor kebijakan penentu penggunaan Antiviral Oseltamivir ini terdiri dari aktor Internasional dan aktor nasional dimana Departemen kesehatan, Komnas FBPI dan Industri obat BUMN memegang peranan penting.

Proses pembuatan kebijakan penggunaan antiviral Oseltamivir ini dipengaruhi oleh lingkungan Internasional terutama oleh organisasi kesehatan dunia (WHO).

Dalam konteks Otonomi Daerah saat ini, Puskesmas mempunyai peran yang sangat vital sebagai institusi pelaksana teknis, dituntut memiliki kemampuan manajerial dan wawasan jauh ke depan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Sehingga yang seharusnya menjadi focus pemerintah selain Rumah Sakit adalah Puskesmas sebagai pintu masuk utama.

7.2 Saran

Saran ini ditujukan untuk pemerintah pusat dan daerah serta berbagai pihak :

- Analisis ekonomi (*cost benefit* dan *cost effectiveness*) terkait dengan kebijakan penggunaan dan penerimaan bantuan luar negeri terhadap antiviral Oseltamivir sangat dibutuhkan untuk menjawab efektivitas dan efisiensi kebijakan di masa yang akan datang.
- Diperlukan Peraturan Pemerintah, atau Undang-undang yang mengatur secara khusus tentang Flu Burung
- Penguatan fungsi Puskesmas sangat diperlukan dalam pelayanan kesehatan di masyarakat
- Diperlukan adanya peraturan/pedoman nasional bantuan obat-obatan di Indonesia
- Diperlukan upaya sosialisasi dan peningkatan pengetahuan tentang Flu Burung ke masyarakat secara terus menerus
- Komitmen serius pemerintah hendaknya dibarengi dengan kuatnya koordinasi dan kerjasama multidisiplin dan multisektor untuk menanggulangnya.

TINJAUAN PUSTAKA

Ambrosius Harto, 2006

Pemerintah Enggan Gunakan Hasil Penelitian, Senin, 04 Desember 2006, www.kompas.com

Anne Moscona, M.D., 2005

Oseltamivir Resistance — Disabling Our Influenza Defenses, The New England Journal of Medicine, Volume 353:2633-2636, Number 25, December 22, 2005, [Http://www.nejm.org](http://www.nejm.org)

Arnold S. Monto, et al., 2006

Detection of Influenza Viruses Resistant to Neuraminidase Inhibitors in Global Surveillance during the First 3 Years of Their Use, Antimicrobial Agents and Chemotherapy, July 2006, p. 2395-2402, Vol. 50, No. 7, [Http://aac.asm.org](http://aac.asm.org)

Barker Carol., 1996

The Health Care Policy Process, SAGE Publications

Benyamin Lukito, 2007

Flu Burung: Apa dan Bagaimana Pengobatannya? SUARA PEMBARUAN DAILY, download tgl 1-8-2007

Bernd Sebastian Kamps dan Christian Hoffmann, 2007

Amantadine, download tgl 2-26-2007, <http://www.influenzareport.com>

Brady B, McAuley L, Shukla VK. 2001

Economic evaluation of zanamivir for the treatment of influenza. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment; Technology report no 13. January 2001, <http://www.ccohta.ca>

Brian T. Yeh, 2006

Influenza Antiviral Drugs and Patent Law Issues, Updated December 22, 2006, CRS Report for Congress.

Cissy B. Kartasasmita, 2005

Ancaman Pandemi Flu Burung, Jumat, 11 Nopember 2005, www.pikiran-rakyat.com

David Spurgeon, 2005

Roche Canada stops distributing oseltamivir, News, BMJ 2005;331:1041 (5 November), doi:10.1136/bmj.331.7524.1041-b, [Http://www.bmj.com](http://www.bmj.com)

David M. Weinstock, M.D., et al., 2003

Prolonged Shedding of Multidrug-Resistant Influenza A Virus in an Immunocompromised Patient, The New England Journal of Medicine, Volume 348:867-868, Number 9, February 27, 2003, [Http://www.nejm.org](http://www.nejm.org)

Dr Widodo Judarwanto SpA, 2006

Implikasi Flu Burung Pada Manusia, Sunday, September 24, 2006

Dunn Wiliam N., 2000

Pengantar Analisis Kebijakan Publik, UGM Press, Cetakan Kedua

Eka Iswasta : 2007

Menilai Masalah Lingkungan Sosial dan Krisis Yang Berkepanjangan.

Editor Tangcharoensathien dan Jongudomsuk. 2004

From Policy To Implementation: Historical events during 2001-2004 of Universal Coverage in Thailand, National Health Security Office (NHSO), Thailand

Frederick G. Hayden, M.D., 2006

Antiviral Resistance in Influenza Viruses — Implications for Management and Pandemic Response, The New England Journal of Medicine, Volume 354:785-788, Number 8, February 23, 2006, [Http://www.nejm.org](http://www.nejm.org)

Gill Walt, 1994

Health Policy and Introduction to Process and Power, Witwatersrand University Press Johannesburg

Granados, C. Goodman and L. Eklund , 2006

Pandemic influenza: using evidence on vaccines and antivirals for clinical decisions and policy making, Eur Respir J 2006; 27:661-663, [Http://www.erj.ersjournals.com](http://www.erj.ersjournals.com)

Kent Buse, et al., 2005

Making Helath Policy Understanding Public Health, Open Univerity Press, New York

Laurent Kaiser, MD, 2003

Impact of Oseltamivir Treatment on Influenza-Related Lower Respiratory Tract Complications and Hospitalizations, Vol. 163 No. 14, July 28, 2003, Arch Intern Med. 2003;163:1667-1672, [Http://archinte.ama-assn.org](http://archinte.ama-assn.org)

Menno D. de Jong, M.D., Ph.D., 2005

Oseltamivir Resistance during Treatment of Influenza A (H5N1) Infection, The New England Journal of Medicine, Volume 353:2667-2672, Number 25, December 22, 2005, , [Http://www.nejm.org](http://www.nejm.org)

Patrick Y. Lee, MD; et all : 2002

Economic Analysis of Influenza Vaccination and Antiviral Treatment for Healthy Working Adults, Annals of Internal Medicine, 20 August 2002, Volume 137 Issue 4, Pages 225-231, www.annal.org

Q. Mai Le, et all., 2005

Avian flu: Isolation of drug-resistant H5N1 virus, Nature 437, 1108 (20 October 2005), [Http://www.nature.com](http://www.nature.com)

Raymond Gani, et all., 2005

Potential Impact of Antiviral Drug Use during Influenza Pandemic, Emerging Infectious Diseases • www.cdc.gov/eid • Vol. 11, No. 9, September 2005, p. 1355- 1362

Tjandra Yoga Aditama , 2006

Perkembangan Terbaru Pengobatan Flu Burung, Cermin Dunia Kedokteran No. 151, 2006, Hal. 55-57

----- 2006

Kerugian Flu Burung 170 Juta Dolar AS, 24 maret 2006, <http://www.pikiran-rakyat.com>

----- 2004

Kompas, 11 Februari 2004 Flu Burung Ikut Rugikan Petani Jagung Bengkulu.

----- 2006

Tamiflu, Roche dan TRIPs (Flu Burung, Sejarah Kematian dan TRIPs Situasi Flu Burung di Indonesia & Peran Masyarakat Dalam Upaya Penanggulangannya, <http://www.idionline.org>), 17 Oktober 2006, <http://id.wikipedia.org>)

----- 2006

Lembaga Internasional Gagal Potret Soal Indonesia, Jumat, 17 November 2006, <http://www.kompas.com>

- 2007
Sulung Prasetyo, Akhir 2007, Flu Burung Musnah dari Indonesia, Jumat, 22 Juni 2007, <http://sinarharapan.co.id>
- 2005
High dosages of Tamiflu protect mice from H5N1 avian influenza strain, Updated:19 Jul 2005, <Http://www.usinfo.state.gov>
- 2006
Antiviral Drug-Resistant Strains of Influenza Virus, September 26, <Http://www.cdc.gov>
- 2007
Legal, Ethical, Political and Economic Concerns, Issues, download tgl 2-26-2007, <http://www.fluwikie.com/>
- 2007
Influenza Primer Part II The Influenza Virus, Science, download tgl 2-26-2007, <http://www.fluwikie.com/>
- 2007
Influenza, download tgl 2-26-2007, <http://en.wikipedia.org>
- 2007
Peneliti Temukan Virus Flu Unggas Kebal Obat Washington, 22 Desember 2005 17:20, download tgl 1-8-2007, <http://gatra.com/2005>,
- 2007
KLB Flu Burung di Riau RSUD Arifin Ahmad Pekanbaru Siapkan Ruang Khusus, Berita Utama, Sabtu, 18 November 2006, download tgl 1-8-2007, www.kompas.com/
- 2007
Kluster Flu Burung Terjadi di Pamulang, download tgl 1-8-2007 http://www.pikiran_rakyat.com/cetak
- 2007
Obat Oseltamivir Diproduksi di Dalam Negeri, Humaniora, Sabtu, 09 September 2006, download tgl 1-8-2007, www.kompas.com/
- 2007
Virus Flu Burung Tunjukkan Gejala Resisten pada Obat, Info IDI, download tgl 2-26-2007, <http://www.idionline.org>

- 2007
Relenza Available Flu Drugs, download tgl 2-26-2007, <http://www.arrestflu.com>
- 2007
Ditemukan Virus Flu Burung Tahan Tamiflu, Info IDI, download tgl 1-8-2007, <http://idionline.org/>
- 2007
Situasi Flu Burung di Indonesia & Peran Masyarakat Dalam Upaya Penanggulangannya, Info IDI, download tgl 1-8-2007, <http://idionline.org/>
- 2006
Flu burung patogenik tinggi (Highly Pathogenic Avian Influenza) (HPAI) <http://www.info.gov.hk/info/flu/eng/global.htm>
- 2006
Virus Flu Burung Mulai Tunjukkan Gejala Resistensi, Selasa, 06 Juni 2006, www.kompas.com
- 2007
Laporan WHO, www.who.int
- Depkes RI
Akselerasi Program Penanggulangan Flu Burung, Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan DEPKES.
- 2007
Satu Pasien Flu Burung di Jawa Tengah Meninggal, 29 Jan 2007; www.depkes.go.id,
- 2006
Wabah Flu Burung Indonesia, Ancaman Global, Minim Penanganan, Sep 23, '06, <http://inoshadow.multiply.com/tag/analisis>,
- 1999
Panduan Sumbangan Obat-Obatan, Revisi 1999, WHO, Geneva, Swiss

Peraturan Perundang-undangan :

1. Keputusan Menkes RI Nomor 1371/Menkes/SK/IX/2005
2. Tentang penetapan flu burung sebagai penyakit yang dapat menimbulkan wabah serta pedoman penanggulangannya, dan petunjuk teknis pengendalian flu burung dan penggunaan "oseltamivir" di puskesmas.
3. Undang-Undang RI Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 560/Menkes/Per/VIII/1989
5. Tentang Jenis Penyakit Tertentu Yang Dapat Menimbulkan Wabah, Tata Cara Penyampaian laporannya dan Tata Cara Penanggulangan Seperlunya
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1643/Menkes/SK/XII/2005
7. Tentang Tim Nasional Penanggulangan Penyakit Flu Burung
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1372/Menkes/SK/IX/2005
9. Tentang Penetapan Kondisi Kejadian Luar Biasa (KLB) Flu Burung (Avian Influenza)
10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 756/Menkes/SK/IX/2006
11. Tentang Pembebasan Biaya Pasien Penderita Flu Burung
12. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1371/Menkes/SK/IX/2005
13. Tentang Penetapan flu Burung (Avian Influenza) Sebagai Penyakit Yang Dapat Menimbulkan Wabah Serta Pedoman Penanggulangannya
14. Peraturan Presiden RI Nomor 7 tahun 2006
15. Tentang Komite Nasional Pengendalian Flu Burung (Avian Influenza) dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza
16. Mendagri RI Nomor 443/949/SJ
17. Tentang Pembentukan Komite Prov dan Kab /Kota Pengendalian FB dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza
18. Keputusan Ketua KOMNAS FBPI Nomor Kep - 01/Komnas-FBPI/06/2006
19. Tentang Tim Pelaksana Harian Komisi Nasional Pengendalian Flu Burung (AI) dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza
20. Keputusan Ketua KOMNAS Nomor Kep - 02/Komnas-FBPI/06/2006
21. Tentang Panel Ahli Komite Nasional Pengendalian Flu Burung (Avian Influenza) dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza
22. Keputusan Sekretaris/Kerua Pelaksana Harian Komnas FBPI Nomor Kep - 01/Ses.Komas-FBPI/09/2006
23. Tentang Pembentukan Tim Pelaksana Kesekretariatan Komnas FB (AI) dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza
24. Instruksi Presiden RI Nomor 1 Tahun 2007
25. Tentang Penanganan Pengendalian Virus Flu Burung (Avian Influenza)
26. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 414/Menkes/SK/IV/2007
27. Tentang Penetapan 100 RS Rujukan Penanggulangan Flu Burung (Avian Influenza)

AGENDA No.

ima di Departemen

esaikan oleh penyelenggara 7/11/15-107

riksa oleh Kabag. PP

Diterima di Arsip

Diterima di Expedisi

Dikirim

Penunjuk

or:.....

Jakarta,..... 2007

ebih Dahulu :

Kepala Biro Hukum dan Organisasi
Direktur PP BB
Sekretaris Ditjen PP & PL
Dirjen PP & PL
Sekretaris Jenderal

MEMBACA

18/16-07
Andon diproses dan
usulan reakt kesehatan

apkan : **MENTERI KESEHATAN,**

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP(K)

diran :

al : R. Kepmenkes **Tentang Pedoman Penanggulangan Reaksi Pengobatan Filariasis.**

DAFTAR 100 RUMAH SAKIT RUJUKAN FLU BURUNG TAHUN 2007

NO	RUMAH SAKIT RUJUKAN FB
1	RSU Dr. Zainoel Abidin
2	RSU H. Adam Malik
3	RSU Dr. M. Djamil
4	RSU Tj. Balai Karimun
5	RSU Dumai
6	RSU Tembilahan
7	RSU Tj. Pinang
8	RSU Pekan Baru
9	RSU Otorita Batam
10	RSU Raden Mattaher, Jambi
11	RSU M. Yunus
12	RSU Tj. Pandan
13	RSU Dr. M. Hoesin
14	RSU Dr. Abdul Muluk
15	RSPI Prof Sulianti Saroso
16	RSU Persahabatan
17	RSU Hasan Sadikin
18	RSU Garut
19	RSU Kab. Serang
20	RSU Dr Kariadi
21	RSU H. Suwondo Kendal
22	RSU Dr. Moewardi
23	RSU Banyumas
24	RSU Dr. Soetomo
25	RSU Dr Subandi Jember
26	RSU Dr. Saiful Anwar
27	RSU Dr. Sardjito
28	RSU Sanglah
29	RSU Mataram
30	RSU Dr. WZ. Johannes
31	RSU Dr. Soedarso
32	RSU Tarakan
33	RSU Dr Kardjati Wibowo
34	RSU Doris S, Palangkaraya
35	RSU Ulin Banjarmasin

NO	RUMAH SAKIT RUJUKAN FB
51	RSU Lubuk Linggau
52	RSU Kayu Agung
53	RSD Kab. Lahat
54	RSU Pangkal Pinang
55	RSU Arga Makmur
56	RSU Manna
57	RSU Kalianda
58	RSU Mayjend HM Ryacudu
59	RSU Ahmad Yani
60	RSPAD Gatot Sobroto
61	RSU Gunung Jati Cirebon
62	RSTP Dr. H.A. Rotinsulu Bandung
63	RSU R.Syamsudin, SH Sukabumi
64	RSU Indramayu
65	RSU Subang
66	RSU Tangerang
67	RSU Kudus
68	RSU Dr. H RM Soeselo W
69	RSU Pekalongan
70	RSU Tidar
71	RSU Prof. Dr. Margono Soekarjo
72	RSU Dr Suraji Tirtonegoro
73	RSU Panembahan Senopati Bantul
74	RS Dr R Koesma Tuban
75	RS Dr S Djatikoesoemo
76	RS Pare
77	RS Blambangan
78	RS Dr Soedono
79	RSU Tabanan
80	RSU Sanjiwani Gianyar
81	RSU Raba
82	RSU Dr R Sudjono
83	RSU Praya
84	RSU Dr TC Hillers Maumere
85	RSU Dr Abdul Aziz

36	RSU Prof. RD Kandou
37	RSU H. Aloe Saboe
38	RSU Undata
39	RSU Dr. Wahidin SH
40	RSU Andi Makkasau
41	RSU Kendari
42	RSU M. Haulussy Ambon
43	RSU Ternate
44	RSU Jayapura
45	RSU Cut Meutia Lhokseumawe
46	RSU Kabanjahe
47	RSU Pematang Siantar
48	RSU Tarutung
49	RSU Padang Sidempuan
50	RSU Dr. Achmad Mochtar

86	RSU Sintang
87	RSU Dr Murjani Sampit
88	RSU H Boejasin Pelaihari
89	RSU H A Wahab Sjahranie
90	RSU Kota Bontang
91	RSU Panglima Sebaya
92	RSU Tanjung Selor
93	RSU Dr Sam Ratulangi
94	RSU Luwuk
95	RS MokopidoToli-Toli
96	RSU Kolonedale
97	RSU Lakipadada Tana Toraja
98	RS Islam Faisal
99	RS Akademis Jaury
100	RSU Sinjai



ALAT YANG DIBERIKAN KE RS RUJUKAN

NO	NAMA ALAT
1	TT 3 Posisi + matras
2	Ventilator
3	Bed Side Monitor
4	Mobile X Ray
5	Blood Gas Analyse
6	UV light
7	PPE
8	Pulse Oxymetri
9	Intubasi set
10	Oxygen Therapi set
11	Infusion Pump
12	Syringe pump
13	EKG
14	Defribilator
15	Automatic Film Processor
16	Vena Sectie
17	Oksigen Concentrator
18	Sterilasator Kering
19	Suction Pump
20	Stretcher
21	Central Monitor

WHO, Meeting On Avian Influenza

Time	Even
25-Apr-07	Increasing the access of developing countries to H5N1 and other potentially pandemic vaccines
9-21 March 2007	The Second WHO Consultation on Clinical Aspects of Human Infection with Avian Influenza A (H5N1) Virus
16-Sep-06	First meeting of the ad hoc Influenza Pandemic Task Force
10 June 2006	Indonesia holds avian influenza expert consultation
8-19 May 2006	Addressing Ethical Issues in Pandemic Influenza Planning
17-Apr-06	WHO Consultations on Influenza Vaccines
10 March 2006	UN System Meeting On Avian Influenza
7 March 2006	WHO widens work on avian and pandemic influenza preparedness to reach displaced populations and local communities
6 March 2006	WHO convenes international meeting to discuss influenza pandemic containment strategy
2-13 January 2006	Japan-WHO joint meeting on early response to potential influenza pandemic
1-9 November 2005	Meeting on avian and human pandemic influenza

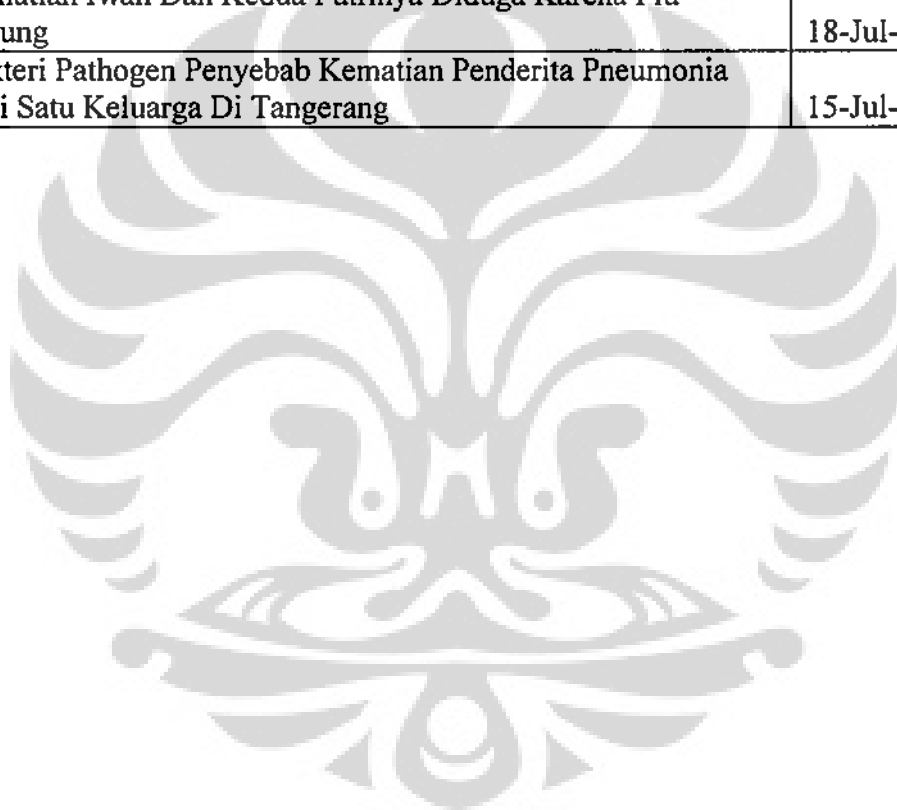
Kronologis Peristiwa Kejadian Flu Burung Sampai Dengan 2 Juli 2007

No	Peristiwa	Waktu
1	Dua Tahun Flu Burung Di Indonesia, 101 Korban	02-Jul-07
2	Y, Positif Flu Burung	15-Jun-07
3	Saat Ini Sudah 80 Orang Meninggal Akibat Flu Burung	14/06/2007
4	Menkes Tetapkan 100 Rumah Sakit Rujukan Flu Burung	13-Jun-07
5	Komitmen APEC untuk Tangkal Pandemi di Asia Pasifik	12-Jun-07
6	Kesepakatan Bersama Etika Promosi Obat GP Farmasi Indonesia dengan Ikatan Dokter Indonesia	11-Jun-07
7	Menteri Kesehatan APEC Bahas Pandemi Influenza	08-Jun-07
8	Pemerintah Indonesia dan PT Bio Farma Raih Penghargaan WHO	07-Jun-07
9	Sudah 79 Orang Meninggal Dunia Akibat Flu Burung	04-Jun-07
10	Kasus Flu Burung ke-98 di Kabupaten ke-37	31 May 2007
11	Korban Flu Burung Ke-7 di Jawa Tengah	23 May 2007
12	Satu Lagi Pasien Flu Burung	15 May 2007
13	Indonesia dan PT Bio Farma Peroleh Penghargaan WHO	14 May 2007
14	Pengukuhan Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan 2007-2011	08 May 2007
15	Riau Propinsi ke-11 Flu Burung	08 May 2007
16	Kasus Flu Burung Indonesia Paling Banyak di Dunia	09-Apr-07
17	Kasus Flu Burung ke-92 di Indonesia	04-Apr-07
18	Pertemuan Tingkat Tinggi Tentang Pertukaran Virus di Dunia Sambutan Menteri Kesehatan	31-Mar-07
19	Deklarasi Jakarta Untuk Mekanisme Pertukaran Virus yang Lebih Adil	30-Mar-07
20	2 Orang Lagi Meninggal Karena Flu Burung	30-Mar-07
21	3 Kasus Baru Pasien Flu Burung, 2 Orang Meninggal	28-Mar-07
22	SN Pasien Flu Burung Akhirnya Meninggal	21-Mar-07
23	Kasus Positif Flu Burung Ke-86	20-Mar-07
24	Kasus Flu Burung Ke-85 di Indonesia	13-Mar-07
25	Kasus Flu Burung ke-84 di Indonesia	15-Feb-07
26	Sudah 83 Orang Positif Flu Burung	09-Feb-07
27	Depkes dan Baxter Kerjasama Kembangkan Vaksin Flu	08-Feb-07

	Burung	
28	Satu Pasien Flu Burung di Jawa Tengah Meninggal	29-Jan-07
29	Pemerintah Keluarkan Rekomendasi Mengenai Flu Burung	25-Jan-07
30	Satu Lagi Penderita Flu Burung Meninggal	25-Jan-07
31	Dua Lagi Pasien Flu Burung Meninggal	15-Jan-07
32	Dua Penderita Flu Burung di Awal 2007	10-Jan-07
33	ESR Penderita Flu Burung Akhirnya Meninggal	30 Nov 2006
34	Situasi Flu Burung di Indonesia Hingga 20 November 2006	22 Nov 2006
35	Kasus Flu Burung Bertambah 2 Kasus	13 Nov 2006
36	Penderita Positif Flu Burung Meninggal Dunia Kini Berjumlah 55	18 Oct 2006
37	Satu Lagi Penderita Flu Burung Meninggal Dunia	28-Sep-06
38	Penderita Flu Burung Bertambah 2 Kasus	13-Sep-06
39	Sampai 21 Agustus 2006 47 Orang Meninggal Akibat Flu Burung dari 62 Kasus Konfirm	23 Aug 2006
40	Konfirmasi Virus Flu Burung Ditentukan Laboratorium Dalam Negeri	10 Aug 2006
41	Sampai 9 Agustus 2006 Kasus Konfirm Flu Burung di Indonesia Mencapai 58 Kasus, 45 Meninggal	10 Aug 2006
42	Sudah 41 Orang Meninggal Akibat Flu Burung	06-Jul-06
43	PP Muhammadiyah Pelopor Program Penanggulangan Flu Burung dan Ancaman Pandemi Influenza	09-Jun-06
44	Kasus Konfirm Flu Burung di Indonesia Sampai dengan 3 Juni 2006 Tetap 50 Kasus , 37 Meninggal	03-Jun-06
45	Sampai dengan 1 Juni 2006 Kasus Konfirm Flu Burung di Indonesia Mencapai 50 Kasus , 37 Meninggal	02-Jun-06
46	Sampai dengan 30 Mei 2006 Kasus Konfirm Flu Burung di Indonesia Mencapai 49 Kasus	31 May 2006
47	Sampai dengan 28 Mei 2006 Kasus Konfirm Flu Burung di Indonesia Mencapai 48 Kasus	30 May 2006
48	Perkembangan Flu Burung di Indonesia Sampai Tanggal 22 Mei 2006	23 May 2006
49	Sampai dengan 15 Mei 2006 Kasus Konfirm Flu Burung di Indonesia Mencapai 40 Kasus	16 May 2006
50	Perkembangan Keadaan Flu Burung di Indonesia 15 Mei 2006	16 May 2006
51	Pasien Positif Flu Burung Capai 35 Kasus hingga 7 Mei 2006	12 May 2006
52	Jumlah Penderita Flu Burung Konfirm 30 Kasus	13-Mar-06

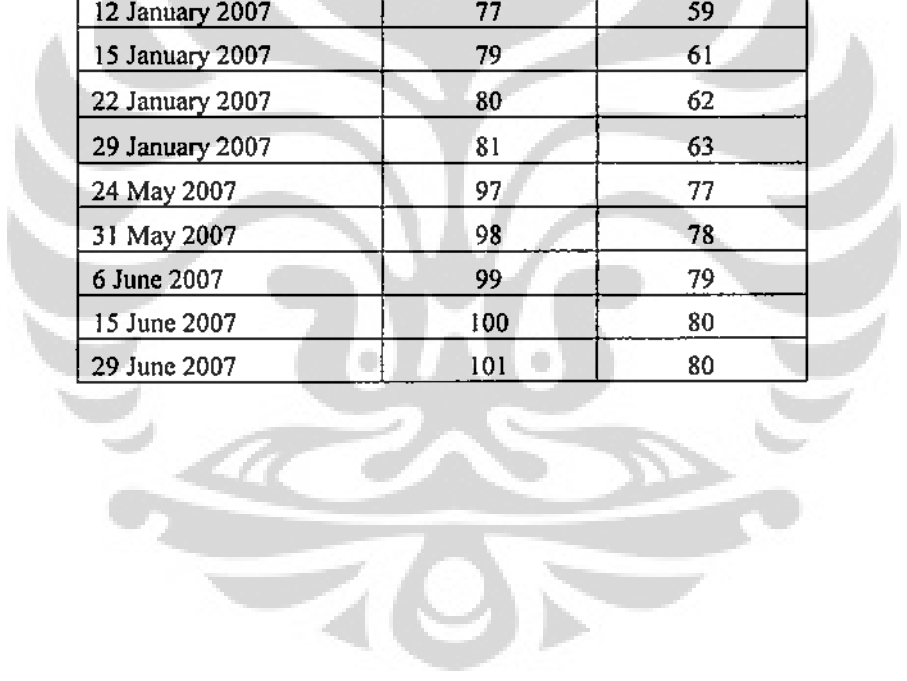
53	Penderita Flu Burung Di Indonesia Bertambah Satu Orang	17-Jan-06
54	Pemerintah RI Dan Singapura Bahas Pilot Project Penanganan Flu Burung	13-Jan-06
55	Indonesia Akan Produksi Vaksin Flu Burung Untuk Manusia Strain Indonesia	19 Dec 2005
56	Singapura Sumbang 5.000 Dosis Tamiflu dan 10.000 Set Alat Medis	28 Nov 2005
57	Pemerintah Jepang Kirimkan Bantuan Untuk Tanggulangi Flu Burung	23 Nov 2005
58	Komisi Eropa Janjikan Bantuan Untuk Tanggulangi Flu Burung	22 Nov 2005
59	Bank Dunia Siapkan Bantuan Untuk Tangani Flu Burung Di Indonesia	22 Nov 2005
60	Dua Orang Lagi Pasien RSPI SS Meninggal Dunia	16 Nov 2005
61	Empat Orang Diduga Flu Burung Masuk RSPI Sulianti Saroso	16 Nov 2005
62	Status KLB Flu Burung Diperpanjang Hingga Awal 2006	11 Nov 2005
63	Dua Orang Lagi Positif Flu Burung	10 Nov 2005
64	ZZ Dan AQZ Negatif Flu Burung	26 Oct 2005
65	Menkes Terima Bantuan 50.000 Kapsul Tamiflu Dari PT. Tempo	24 Oct 2005
66	Pemerintah Amerika Serikat Janjikan Bantuan Untuk Polio Dan Flu Burung	19 Oct 2005
67	Jumlah Pasien Suspek Flu Burung Bertambah 5 Orang	18 Oct 2005
68	Jumlah Pasien Yang Diduga Terkena Flu Burung Terus Menurun	17 Oct 2005
69	Menkes Terima 50.000 Tamiflu Dari Pemerintah Australia	13 Oct 2005
70	Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Mulai Diberlakukan	11 Oct 2005
71	Sampai 4 Oktober 2005 Jumlah Pasien Yang Diduga Terkena Flu Burung Mencapai 85 Kasus	05 Oct 2005
72	Sampai 29 September 2005 Jumlah Pasien Yang Diduga Terkena Flu Burung Mencapai 73 Kasus Di 9 Propins	04 Oct 2005
73	Sampai 27 September 2005 Jumlah Pasien Yang Diduga Flu Burung Mencapai 57 Kasus	30-Sep-05
74	Sampai 26 September 2005 Jumlah Pasien Yang Diduga Flu Burung Mencapai 42 Kasus	28-Sep-05
75	Flu Burung Mengancam Dunia	27-Sep-05
76	Pemeriksaan Spesimen Mut Dan Fir Yang Dikirim Ke Hongkong Belum Selesai	23-Sep-05
77	RIS Meninggal Diduga Flu Burung	22-Sep-05

78	Flu Burung Dinyatakan Sebagai Kejadian Luar Biasa	22-Sep-05
79	Pemerintah Tetapkan Langkah Tangani Flu Burung	20-Sep-05
80	Indonesia Dalam Status Waspada Flu Burung	19-Sep-05
81	Hasil Pemeriksaan Sampel Darah RD Positif Virus Flu Burung	19-Sep-05
82	Pasien RD Diduga Terjangkit Flu Burung	14-Sep-05
83	Depkes Tetap Lakukan Surveilans Terhadap Virus Flu Burung	15 Aug 2005
84	Masyarakat Harus Waspada Hadapi Flu Burung	25-Jul-05
85	Depkes Siagakan 44 Rumah Sakit Rujukan Untuk Perawatan/Observasi Penderita Suspek Flu Burung	20-Jul-05
86	Menkes Minta Semua Warga Tidak Panik Dan Tetap Waspada	20-Jul-05
87	Kematian Iwan Dan Kedua Putrinya Diduga Karena Flu Burung	18-Jul-05
88	Bakteri Pathogen Penyebab Kematian Penderita Pneumonia Dari Satu Keluarga Di Tangerang	15-Jul-05



**Perkembangan Kasus AI Indonesia
Dibandingkan Dengan Total Kasus di Dunia**

TGL/BLN/TAHUN	KASUS KONFIRMASI	MENINGGAL
21 July 2005	1	3
16 September 2005	2	3
22 September 2005	3	3
29 September 2005	4	3
10 October 2005	5	3
24 October 2005	7	4
7 November 2005	9	5
17 November 2005	11	7
29 November 2005	12	7
6 December 2005	13	8
14 December 2005	14	10
23 December 2005	16	11
14 January 2006	17	12
23 January 2006	19	14
6 February 2006	23	16
13 February 2006	25	18
20 February 2006	26	19
27 February 2006	27	20
10 March 2006	28	21
13 March 2006	29	22
04 April 2006	30	23
12 April 2006	31	23
19 April 2006	32	24
8 May 2006	33	25
18 May 2006	40	31
19 May 2006	41	32
29 May 2006	48	36
6 June 2006	49	37
15 June 2006	50	38
20 July 2006	54	42
8 August 2006	55	43
9 August 2006	56	44



14 August 2006	57	44
17 August 2006	58	45
23 August 2006	60	46
08 September 2006	63	48
14 September 2006	65	49
25 September 2006	67	51
27 September 2006	68	51
28 September 2006	68	52
3 October 2006	69	52
16 October 2006	72	55
13 November 2006	74	56
29 November 2006	74	57
9 January 2007	76	57
11 January 2007	76	58
12 January 2007	77	59
15 January 2007	79	61
22 January 2007	80	62
29 January 2007	81	63
24 May 2007	97	77
31 May 2007	98	78
6 June 2007	99	79
15 June 2007	100	80
29 June 2007	101	80

Perkembangan Kasus Flu Burung Pada Manusia Sampai dengan 29 Juni 2007

TGL/BLN/TAHUN	KASUS KONFIRMASI	MENINGGAL
21 July 2005	1	3
16 September 2005	2	3
22 September 2005	3	3
29 September 2005	4	3
10 October 2005	5	3
24 October 2005	7	4
7 November 2005	9	5
17 November 2005	11	7
29 November 2005	12	7
6 December 2005	13	8
14 December 2005	14	10
23 December 2005	16	11
14 January 2006	17	12
23 January 2006	19	14
6 February 2006	23	16
13 February 2006	25	18
20 February 2006	26	19
27 February 2006	27	20
10 March 2006	28	21
13 March 2006	29	22
04 April 2006	30	23
12 April 2006	31	23
19 April 2006	32	24
8 May 2006	33	25
18 May 2006	40	31
19 May 2006	41	32
29 May 2006	48	36
6 June 2006	49	37
15 June 2006	50	38
20 July 2006	54	42
8 August 2006	55	43
9 August 2006	56	44
14 August 2006	57	44

17 August 2006	58	45
23 August 2006	60	46
08 September 2006	63	48
14 September 2006	65	49
25 September 2006	67	51
27 September 2006	68	51
28 September 2006	68	52
3 October 2006	69	52
16 October 2006	72	55
13 November 2006	74	56
29 November 2006	74	57
9 January 2007	76	57
11 January 2007	76	58
12 January 2007	77	59
15 January 2007	79	61
22 January 2007	80	62
29 January 2007	81	63
24 May 2007	97	77
31 May 2007	98	78
6 June 2007	99	79
15 June 2007	100	80
29 June 2007	101	80

Lampiran 8

Avian influenza – situation in Indonesia 16 May 2007

Sex	Age	Location	Onset date	Hospitalized	Outcome
M	30	West Java	25-Jan-07	31-Jan-07	Recovered
F	16	Central Jakarta	31-Jan-07	05-Feb-07	Recovered
F	20	West Java	02-Feb-07	09-Feb-07	Died 11 Feb 07
F	20	East Java	28-Feb-07	08-Mar-07	Died 19 Mar 07
M	32	East Jakarta	09-Mar-07	13-Mar-07	Died 14 Mar 07
F	22	South Sumatra	10-Mar-07	23-Mar-07	Died 24 Mar 07
M	16	West Java	04-Mar-07	24-Mar-07	Died 25 Mar 07
M	39	East Java	19-Mar-07	24-Mar-07	Died 28 Mar 07
M	14	West Sumatra	15-Mar-07	22-Mar-07	Died 24 Mar 07
F	29	Jakarta	20-Mar-07	23-Mar-07	Died 28 Mar 07
F	23	Jakarta	28-Mar-07	31-Mar-07	Died 1 April 07
F	15	Jakarta	28-Mar-07	30-Mar-07	Died 5 April 07
M	29	Central Java	24-Mar-07	30-Mar-07	Died 5 April 07
F	29	Riau	27-Apr-07	28-Apr-07	Died 3 May 07
F	26	North Sumatra	3 May 07	8 May 07	Died 12 May 07

H5N1 avian influenza: Timeline of major events

18 June 2007

**Early Events**

Date	Events in Animals	Events in Humans
1996	Highly pathogenic H5N1 virus is isolated from a farmed goose in Guangdong Province, China.	
1997	Outbreaks of highly pathogenic H5N1 reported in poultry at farms and live animal markets in Hong Kong.	Human infections with avian influenza H5N1 are reported in Hong Kong. Altogether, 18 cases (6 fatal) are reported in the first known instance of human infection with this virus.
Feb-03		Two human cases of avian influenza H5N1 infection (one fatal) are confirmed in a Hong Kong family with a recent travel history to Fujian Province, China. A third family member died of severe respiratory disease while in mainland China, but no samples were taken.

Subsequent Events

Date	Events in Animals	Events in Humans
25 Nov 2003		A fatal human case of avian influenza H5N1 infection occurs in China in a 24-year-old man from Beijing and is attributed to SARS. This case is retrospectively confirmed in August of 2006 (as the 20th human case in China).
12 Dec 2003	Republic of Korea first reports H5N1 in poultry. Outbreaks continue through September 2004.	
Dec 2003 - 01/01/2004	Two tigers and two leopards, fed on fresh chicken carcasses, die unexpectedly at a zoo in Thailand. Subsequent investigation identifies a H5N1 virus similar to that circulating in poultry. This is the first report of influenza causing disease and death in big cats.	
08-Jan-04	Vietnam first reports H5N1 in poultry. Outbreaks continue to be reported on a regular basis.	
11-Jan-04		Vietnam identifies H5N1 as the cause of human cases of severe respiratory disease with high fatality. Sporadic cases are reported through mid-March.
12-Jan-04	Japan first reports H5N1 in poultry, through March 2004. outbreaks continue in commercial poultry	
19-Jan-04	Hong Kong reports H5N1 in a dead wild outbreak in 1997 bird (first report in birds since poultry	

23-Jan-04	Thailand first reports H5N1 in poultry. By the end of January, 32 provinces (throughout the north and several in the south) report outbreaks in many types of poultry, including fighting cocks, and outbreaks continue to be reported throughout the year. The virus appears closely related to the isolates from human cases in Viet Nam. Thailand prohibits vaccination of poultry.	Thailand reports two laboratory-confirmed cases of human infection with H5N1. Sporadic cases are reported through mid-March.
24-Jan-04	Cambodia first reports H5N1 in poultry.	
27-Jan-04	Lao PDR first reports H5N1 in poultry.	
01-Feb-04		Investigation of a family cluster of cases, which occurred in Vietnam in early January, cannot rule out the possibility of limited human-to-human transmission.
02-Feb-04	Indonesia first reports H5N1 in poultry in 11 provinces. Outbreaks continue to be reported. Vaccination is allowed.	
04-Feb-04	China first reports H5N1 in poultry. During February-March, 16 mainland provinces are affected, and approx. 9 million poultry culled. Government-subsidized vaccination initiated.	
20-Feb-04	A report from Thailand confirms that a domestic cat was infected with H5N1 after eating an infected pigeon.	
18-Mar-04		Research 2. Case studies of 10 patients in Vietnam point to close contact with infected poultry as the probable source of infection in most cases, but conclude that, in two family clusters, limited human-to-human transmission within the family cannot be ruled out.
Jun/Jul 2004	China reports recurrence of H5N1 in poultry. Outbreaks continue to be reported in Indonesia, Viet Nam and Thailand.	
08-Jul-04	Research 3. Research identifies the dominant Z genotype in poultry, considers possible role of wild birds in spread, and concludes that H5N1 has found a new ecological niche in poultry, but is not yet fully adapted to this host.	
13-Jul-04	Research 4. Research shows that H5N1 has become progressively more lethal for mammals and can kill wild waterfowl, long considered a disease-free natural reservoir.	
Jul-04		Research 5. A case report is published indicating atypical human H5N1 infection in Thailand (from March 2004), with fever and diarrhoea but no respiratory symptoms. The report suggests that the clinical spectrum of disease may be broader than previously thought.
12 Aug 2004		Vietnam reports 3 new human cases, all fatal (first cases since February). Dates of hospital admission are from 19 July to 8 August.

19 Aug 2004	Malaysia (peninsular) first reports H5N1 in poultry. Outbreaks and positive avian surveillance samples continue to be reported through September 2004.	
20 Aug 2004	Research6, Chinese researchers report preliminary findings of H5N1 infection in pigs. No evidence suggests that pig infections are widespread, and the finding appears to have limited epidemiological significance.	
02-Sep-04	Research7, Research shows that domestic cats experimentally infected with H5N1 develop severe disease and can spread infection to other cats. Prior to this research, domestic cats were considered resistant to disease from all influenza A viruses.	
07-Sep-04		A 4th fatal human case is reported in VietNam.
09-Sep-04		Thailand confirms its third fatal case of human infection.
28-Sep-04		Thailand confirms 2 further human cases.
4 Oct 2004		Thailand confirms its 4th human case.
18 Oct 2004	Two healthy Hawk-Eagles smuggled from Thailand are seized at Brussels International Airport. HPAI H5N1 is isolated.	
20 Oct 2004	A second outbreak of HPAI H5N1 in zoo tigers in Thailand occurs. It is attributed to tigers having been fed fresh chicken carcasses and whole chickens. Altogether, 147 tigers out of a population of 441 die or are euthanized. No virus is detected in birds in zoo or local area.	
25 Oct 2004		Thailand confirms its 5th human case.
29 Oct 2004	Research8, Research confirms that domestic ducks can act as silent reservoirs, excreting large quantities of highly pathogenic virus yet showing few if any signs of illness.	
3 Nov 2004	Hong Kong SAR reports H5N1 in a dead wild bird (last report January 2004).	
Dec 2004	Poultry outbreaks continue in Indonesia, Thailand, and Viet Nam and possibly also in Cambodia and Lao PDR. Reported outbreaks continue more or less continuously in Indonesia through August 2006, in Thailand through November 2005, and in Viet Nam through December 2005.	
30 Dec 2004		Vietnam confirms a new case.
06-Jan-05		Vietnam confirms 2 further cases.

14-Jan-05	Hong Kong reports H5N1 in one wild bird as part of routine surveillance.	Total number of human cases in Vietnam rises to 6. Sporadic cases continue to be reported over the coming months, making Viet Nam the hardest hit country.
27-Jan-05		Research9, Research concludes that a girl in Thailand probably passed the virus to at least her mother in September 2004, causing fatal disease. This is the first published account of probable secondary human transmission, resulting in severe disease, of any avian influenza virus.
02-Feb-05		Cambodia confirms its first human case, which is fatal.
17-Feb-05		Research10, Research retrospectively identifies at least one fatal atypical case in Viet Nam (from Feb 2004), presenting with diarrhoea and encephalitis, but normal chest X-rays.
29-Mar-05		Cambodia confirms its 2nd case, also fatal.
12-Apr-05		Cambodia confirms its 3rd case, also fatal.
30-Apr-05	Wild birds begin dying at Qinghai Lake in central China, where hundreds of thousands of migratory birds congregate. Altogether, 6,345 birds from different species die in the coming weeks. This is the first reported instance of any HPAI causing mass die-offs in wild birds.	
4 May 2005		Cambodia confirms its 4th case, also fatal.
08-Jun-05	China reports poultry outbreak in Xinjiang Autonomous Region. Reports continue from several provinces, through February 2006.	
26-Jun-05	Japan reports LPAI H5N2 in poultry, which continues to be detected through April 2006. Source remains unconfirmed, though one rumour suggests the strain was introduced via improperly prepared vaccine.	
30-Jun-05		A WHO investigative team finds no evidence that H5N1 has increased its transmissibility in humans in Vietnam.
06-Jul-05	Research11, Research on viruses isolated from dead birds in Qinghai Lake suggests the outbreak was caused by a new H5N1 variant that may be more lethal to wild birds and experimentally infected mice.	
07-Jul-05	The Philippines reports LPAI (likely an H9) in poultry.	

14-Jul-05	Research ¹² , Research on viruses isolated from dead birds in Qinghai Lake demonstrates transmission of the virus among migratory geese and suggests that the virus may be carried along winter migratory routes.	
15-Jul-05	H5N1 is detected in three captive Owston's palm civets that died in late June in a Vietnamese wildlife preserve. This is the first reported infection of this species with the virus. The civets were not fed chicken and the source of infection remains unknown.	
21-Jul-05		Indonesia confirms its first human case. Infection in two other family members is considered likely, but cannot be laboratory confirmed. Subsequent investigation is unable to determine the source of infection. Virus has been circulating in poultry in Indonesia since February 2004.
23-Jul-05	Russia reports first outbreaks of H5N1, in poultry in the Novosibirsk region. Dead migratory birds are reported in the vicinity of outbreaks. From 23 July-22 December 2005, a total of 62 sites in 10 regions are confirmed as HPAI H5N1-positive.	
29-Jul-05	Kazakhstan reports first H5N1 in poultry in areas adjacent to Siberia. Dead migratory birds are reported in the vicinity of outbreaks.	
2 Aug 2005	Indonesia reports H5N1 in poultry and pigs during surveillance in the region where the recent human cases lived (Tangerang district, Banten province, West Java).	
10 Aug 2005	China reports additional outbreaks in several provinces through February 2006. Vaccination is initiated in affected regions using an H5N2 monovalent inactivated vaccine. Mongolia reports deaths in 89 migratory birds at two lakes in Northern Mongolia. H5N1 is subsequently identified in 4 of the birds.	
16-Sep-05		Indonesia confirms its 2nd case.
22-Sep-05		Indonesia confirms its 3rd case.
29-Sep-05		Indonesia confirms its 4th case. Research ¹³ Research describes the clinical features of H5N1 infection and reviews recommendations for the management of cases.

Oct 2005		Research14 , animal viruses circulating in Asia in 2005 suggests that several amino acids located near the receptor-binding site are undergoing change, some of which may affect antigenicity or transmissibility.
6 Oct 2005	Highly pathogenic H5N1 is first reported in poultry in Turkey.	Research15, 16 , Research describes reconstruction of the lethal 1918 pandemic virus, concludes that this virus was entirely avian, and finds some similarities with H5N1.
7 Oct 2005	Highly pathogenic H5N1 is first reported in poultry in Romania. Reports continue through July 2006.	
10 Oct 2005		Indonesia confirms its 5th human case.
20 Oct 2005	Taiwan, China reports the detection of highly pathogenic H5N1 in a cargo of exotic songbirds smuggled from mainland China.	Thailand confirms its first human case since October 2004.
21 Oct 2005	Croatia first reports H5N1 in wild birds (migratory swans). H5N1 continues to be reported in wild birds on routine surveillance, through April 2006.	
23 Oct 2005	The United Kingdom reports highly pathogenic H5N1 in an imported parrot, held in quarantine, that died 3 days earlier.	
24 Oct 2005		Thailand confirms its 19th human case, and Indonesia confirms its 6th and 7th human cases.
9 Nov 2005		Vietnam confirms its first new case since July 2005.
11 Nov 2005	Kuwait detects highly pathogenic H5N1 in a single migratory flamingo, marking the first report of this disease in the Gulf region.	
17 Nov 2005		China confirms its first two human cases, from Hunan and Anhui provinces (does not include the case in 2003, confirmed retrospectively).
24 Nov 2005		China confirms its third human case, from Anhui province. Sporadic cases continue to be reported in the coming weeks.

2 Dec 2005	Ukraine reports its first H5N1 outbreak in domestic birds in Crimea. Outbreaks continue to be reported through February 2006.	
26 Dec 2005	Turkey reports a new outbreak in poultry in the eastern province of Iğdir. Through April 2006, additional outbreaks are reported in primarily backyard poultry in 11 of the country's 81 provinces. Wild birds are also reported to be infected. Control measures include culling of poultry in Iraqi Kurdistan and all backyard poultry in Iran within 10 km of the Turkish border. Vaccination is prohibited.	
Jan-06	Qinghai Lake-like H5N1 viruses are reportedly isolated from cats in Northern Iraq. ¹⁷	By the end of 2005, Indonesia has confirmed a total of 20 cases in humans.
05-Jan-06		Turkey confirms its first two human cases. Sporadic cases continue to be reported in the coming weeks, but rapidly end. Viruses are similar to those currently circulating in birds.
20-Jan-06	Hong Kong reports H5N1 in a dead wild bird (first report since January 2005), and H5N1 reports in wild birds (and in 2 chickens) continue through March 2006. These viruses all belong to H5N1 genotype V, which has previously been recorded in southern China, Japan and South Korea.	
30-Jan-06		Iraq confirms its first human case, in a 15-year-old girl in Sulaimaniyah.
01-Feb-06	Iraq reports its first outbreak of H5N1, in backyard flocks in same village where human case detected.	
03-Feb-06	Bulgaria first reports H5N1 in wild birds (swans).	
08-Feb-06	Nigeria first reports H5N1 in poultry. This is the first report of the virus in Africa. Outbreaks in poultry and ornamental birds are reported through March 2006.	
09-Feb-06	Greece first reports H5N1 in wild birds (swans). Additional reports in wild birds through March 2006.	
11-Feb-06	Italy first reports H5N1 in wild birds.	
12-Feb-06	Slovenia first reports H5N1 in a wild bird (swan). A total of 48 dead wild birds are reported through March 2006.	

13-Feb-06	<p>Iran first reports H5N1 in wild birds (swans) found dead on routine surveillance.</p> <p>Russia reports H5N1 outbreaks (at large commercial farms) in the Caucasus region, near the border with Azerbaijan.</p> <p>Further outbreaks are reported in backyard poultry, pigeons, and wild birds in Tyva Republic, Altaj, Tomsk, Omsk and Novosibirsk regions through July 2006. (first outbreak reported since October 2005)</p>	<p>China confirms its 12th case and 8th fatality. Some human cases have occurred in areas with no reported outbreaks in poultry.</p> <p>Indonesia confirms its 25th case and 18th fatality.</p>
14-Feb-06	<p>Germany first reports H5N1 in wild birds (swans). Reports of H5N1 in wild birds on routine surveillance continue through April 2006.</p>	
17-Feb-06	<p>Egypt reports its first H5N1 in domestic poultry (since 1965). Outbreaks continue to be reported through December 2006.</p> <p>France first reports H5N1 in a wild duck (followed by additional reports in other wild birds).</p>	<p>Iraq confirms its second human case.</p>
18-Feb-06	<p>India first reports H5N1 in domestic poultry. Reported outbreaks continue through April 2006.</p> <p>Austria first reports H5N1 in wild birds (swans). Austria continues to find H5N1 in some wild birds on routine surveillance, until April 2006.</p>	
19-Feb-06	<p>Malaysia reports H5N1 in a flock of freerange poultry (last reported September 2004). Outbreaks reported through March 2006.</p>	
20-Feb-06	<p>Bosnia-Herzegovina and Slovakia each first report H5N1 in wild birds (migratory swans).</p>	
21-Feb-06	<p>Hungary first reports H5N1 in wild birds (swans). Research¹⁸</p> <p>Studies of H5N1 viruses show that multiple genetically and antigenically distinct sublineages of the virus are now established in poultry in parts of Asia. Poultry-to-poultry transmission is thought to sustain endemicity of the virus in this region.</p> <p>H5N1 virus is isolated from apparently healthy migratory birds in southern China, suggesting that migratory birds can carry the virus over long distances.</p>	
23-Mar-06	<p>West Bank/Gaza Strip first reports H5N1 in poultry. Outbreaks reported through April 2006.</p>	

24-Feb-06	Azerbaijan first reports H5N1 in migratory birds. H5N1 is later also confirmed in poultry. Georgia first reports H5N1 in wild birds (swans).	
25-Feb-06	France first reports H5N1 in a single turkey farm, marking the first appearance of this disease in domestic poultry in the EU. Had previously been identified in wild birds in France.	
27-Feb-06	Niger first reports H5N1 in domestic poultry (area near border with affected states of northern Nigeria) Pakistan first reports H5N1 in poultry. Outbreaks are reported through July 2006.	
28-Feb-06	Germany reports H5N1 infection in a dead domestic cat on the Isle of Ruegen. Two more cats on the Island are found to be infected in March. Cats are thought to have been exposed by eating infected birds.	
01-Mar-06	Serbia-Montenegro first reports H5N1 in wild birds (swans). Switzerland first reports H5N1 in a dead wild bird. Additional wild birds are reported positive in March and April from various locations throughout the country on routine surveillance.	
06-Mar-06	Poland first reports H5N1 in wild birds (swans). Reports continue through May 2006.	
07-Mar-06	Albania first reports H5N1 in poultry (chickens). Austria reports H5N1 in 3 domestic cats in an animal shelter.	
09-Mar-06	Germany reports H5N1 infection in a stone marten on the Isle of Ruegen, marking the first documented infection of this species with an avian influenza virus. Myanmar reports H5N1 in poultry (first since 1996).	
11-Mar-06	Cameroon first reports H5N1 in domestic ducks.	
13-Mar-06	Serbia-Montenegro first reports H5N1 in poultry (1 rooster). Had been previously reported in wild birds.	Iraq has its third human case, in a 3-year-old boy (case retrospectively confirmed in September, 2006)
14-Mar-06	Denmark first reports H5N1 in a wild bird. Reports in wild birds continue through May of 2006.	Azerbaijan confirms its first human cases.
15-Mar-06	Afghanistan first reports H5N1 in poultry and a crow.	

16-Mar-06	Israel first reports H5N1 in poultry. Sweden first reports H5N1 in 36 dead wild birds tested in February and March (no increase in overall wild bird mortality)	
17-Mar-06	Khazakistan reports H5N1 in wild birds (first since August 2005) Sweden first reports HPAI H5 (no N type given) in poultry in a game bird holding within the surveillance zone set up in response to detection of H5N1 in wild birds.	
20-Mar-06		Egypt confirms its first human case
23-Mar-06	Cambodia reports its first outbreak in poultry since December 2004. Outbreaks continue to be reported through fall 2006. Jordan first reports H5N1 in poultry.	Research19, 20, Two research groups publish findings that may help explain why the H5N1 virus does not easily infect humans or – like normal seasonal influenza – spread readily by coughing or sneezing. Whereas human influenza viruses attach themselves to molecules in cells lining the nose and throat, avian viruses prefer to bind to molecules located deep in the lungs. Such findings are consistent with the clinical picture of H5N1 infection, in which most patients present with symptoms of infection in the lower respiratory tract, with rapid progression to pneumonia.
27-Mar-06	Czech Republic first reports H5N1 in a wild bird (swan). Reports in wild swans continue through May 2006. Sweden detects H5N1 in a wild mink in southern Sweden in an area where wild birds cases have been detected.	
03-Apr-06	Burkina Faso first reports H5N1 in poultry (guineafowl).	
05-Apr-06	Germany first reports H5N1 in poultry, in turkeys on a single farm (previously reported in wild birds).	
06-Apr-06	United Kingdom first reports H5N1 in a single wild bird (swan).	Cambodia confirms its first human case since April 2005.
12-Apr-06		Indonesia confirms its 31st human case in a 23-year-old man from West Java.
13-Apr-06		Egypt confirms its 12th human case in a 18-year-old woman from Minufiyah.
17-Apr-06	Sudan first reports H5N1 in poultry (both intensive and backyard systems). Additional outbreaks reported through October 2006.	

19-Apr-06	China reports H5N1 in wild aquatic and other birds in Qinghai and Tibet regions. Côte d'Ivoire first reports H5N1 in poultry and a wild bird. Outbreaks continue to be reported through July 2006.	China confirms its 17th human case in a 21-year-old man from Hubei. Indonesia confirms its 32nd human case in a 24-year-old man from Banten.
24-Apr-06	Djibouti reports its first case of H5N1 in poultry.	
27-Apr-06		China confirms its 18th human case in an 8-year-old girl from Sichuan.
4 May 2006	Mongolia reports H5N1 in dead wild birds on routine surveillance through June 2006 (last report August 2005).	Egypt confirms its 13th human case in a 27-year-old woman from Cairo.
8 May 2006		Indonesia confirms its 33rd human case in a 30-year-old man from Jakarta
9 May 2006	Ukraine first reports HPAI H5 in wild birds (previously reported in poultry)	
12 May 2006		Djibouti confirms its first human case in a 2-year-old girl from Arta.
18 May 2006	Denmark reports its first outbreak of H5N1 HPAI in domestic poultry (was previously reported in wild birds). An outbreak of H5N2 LPAI was also reported during this period.	Egypt confirms its 14th case in a 75-year-old woman from Al Minya. Indonesia reports the largest family cluster in any country to date, with 7 confirmed cases (the 34th through 39th and the 42nd) from 4 households in the Karo district of North Sumatra. The index case (unconfirmed) develops symptoms on 24 Apr, the last case dies on 22 May. Cases include the index case's 2 sons, (aged 15 and 17 years), her 10-year-old nephew, her 2 brothers (aged 25 and 32 years), her 28-year-old sister, and this sister's 18-month-old daughter. Disease does not spread beyond the extended family. Limited human to human transmission can not be ruled out. Viruses do not show any significant genetic mutations or reassortment. Indonesia also confirms its 40th human case, in a 38-year-old woman from East Java.
19 May 2006		Indonesia confirms its 41st human case in a 12-year-old boy from East Jakarta.
29 May 2006		Indonesia confirms its 43rd - 48th human cases in an 18-year-old man from East Java, a 10-year-old girl and her 18-year-old brother from West Java, a 39-year-old man from Jakarta, a 43-year-old man from Jakarta, and a 15-year-old girl from West Sumatra. All 6 cases are unrelated to the family cluster in Karo, North Sumatra.
04-Jun-06	China reports its first cases in poultry since February 2006. Outbreaks reported from various provinces through October 2006.	
06-Jun-06		Indonesia confirms its 49th human case in a 15-year-old boy from West Java.

09-Jun-06	Hungary reports its first H5N1 in poultry (previously reported in wild birds).	
15-Jun-06	Ukraine reports H5N1 in poultry (first report since February 2006), first reported in wild birds in May 2006.	Indonesia confirms its 50th human case in a 7-year-old girl from Banten.
16-Jun-06		China confirms its 19th human case, in a 31-year-old man in Guandong.
20-Jun-06		Indonesia confirms its 51st human case in a 13-year-old boy from Jakarta.
30-Jun-06		Research21 , The first analysis of epidemiological data on all 205 laboratory-confirmed H5N1 cases officially reported to WHO from Dec 2003 to 30 Apr 2006 is published by WHO.
04-Jul-06		Indonesia confirms its 52nd human case in a 5-year-old boy from East Java.
07-Jul-06	Spain first reports H5N1 in a single wild shore bird (grebe) in northern region.	
14-Jul-06		Indonesia confirms its 53rd human case in a 3-year-old girl from Jakarta.
20-Jul-06		Indonesia confirms its 54th human case in a 44-year-old man from Jakarta.
26-Jul-06	Thailand reports two H5N1 outbreaks in poultry (in Phichit and Nakhon Phanom provinces). These are the first reported in more than 8 months. Poultry vaccination remains prohibited.	Thailand confirms its 23th human case in a 17-year-old boy from Phichit in northern Thailand (the first human case in Thailand in 2006).
27-Jul-06	Lao PDR reports H5N1 in poultry (first reported since January 2004)	
3 Aug 2006	H5N1 is detected in a captive zoo swan in Germany (previously reported in both wild and domestic birds)	
30 Aug 2006	Vietnam reports H5N1 in unvaccinated duck flocks and market ducks on routine surveillance. Ducks did not show clinical signs. (First report since December 2005)	
7 Aug 2006		Thailand confirms its 24th human case in a 27-year-old man from Uthai Thani in central Thailand.
8 Aug 2006		China retrospectively confirms its 20th human case in a 24-year-old man from Beijing who became ill in late November 2003 and died. This case becomes the first confirmed case of HPAI H5N1 infection in the present outbreak. The case was initially attributed to SARS. Indonesia confirms its 55th human case in a 16 -year-old boy from West Java, and becomes the country with the most human deaths (43) from H5N1 HPAI infection, surpassing Viet Nam.
9 Aug 2006		Indonesia confirms its 56th human case in an 17-year-old girl from Jakarta.

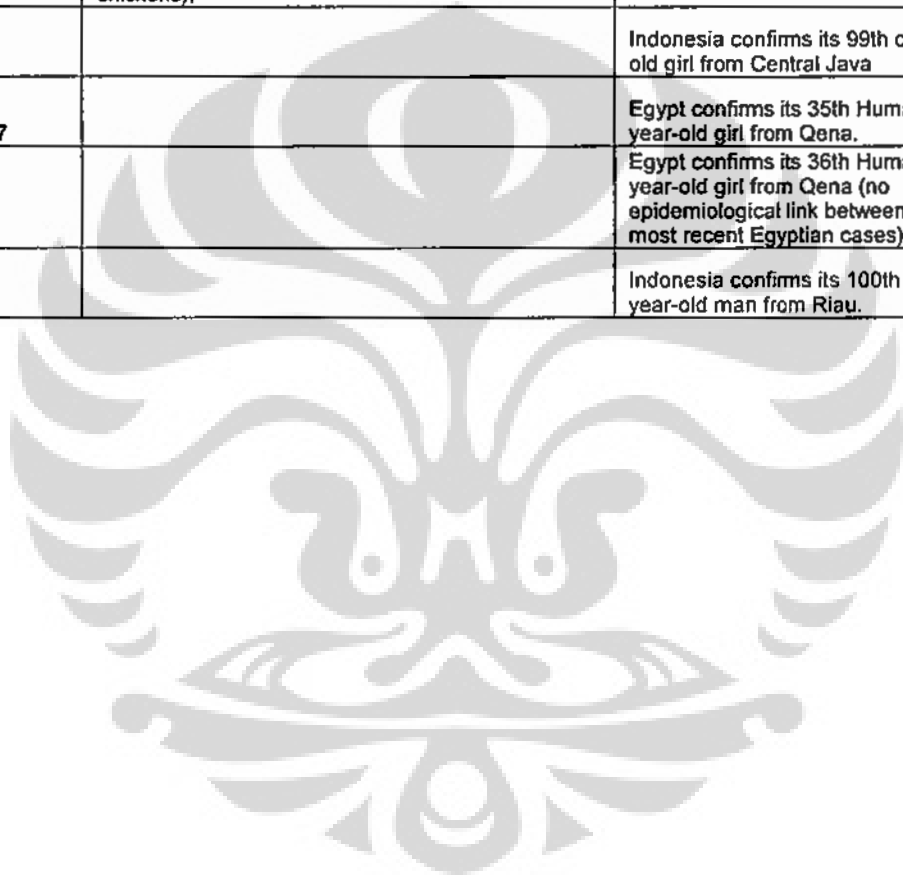
14 Aug 2006		Indonesia confirms its 57th human case in an 17-year-old boy from West Java (Cikelet/Garut Cluster).
14 Aug 2006	The USA detects LPAI H5N1 in wild mute swans in Michigan.	China confirms its 21st human case in a 62 - year-old man from the Uygur Autonomous Region in north-western China.
17 Aug 2006		Indonesia confirms its 58th human case in an 9-year-old girl from West Java (Cikelet/Garut Cluster).
21 Aug 2006		Indonesia confirms its 59th human case in (Cikelet/Garut Cluster). In this cluster, there was no evidence of human to human transmission, poultry deaths were possibly linked with live chickens returning to village from live animal market, and there were possible additional human cases that were not confirmed.
23 Aug 2006		Indonesia confirms its 60th human case in an 6-year-old girl from West Java.
02-Sep-06	The USA detects LPAI H5N1 in wild ducks in Pennsylvania and Maryland.	
08-Sep-06		Indonesia confirms its 61st human case in an 14-year-old girl from South Sulawesi. Due to revisions to the WHO case definition, two cases are retrospectively confirmed in Indonesia: The 62nd in an 8-year-old girl from Banten (in late June 2005) and the 63rd in a 45-year-old man from central Java (in late November 2005)
14-Sep-06		Indonesia confirms its 64th human case in a 5-year-old boy from West Java and (through follow up testing) its 65th human case in a 27-year-old male from West Sumatra (brother of 15 -year-old girl; was possible human to human transmission).
25-Sep-06		Indonesia confirms its 66th human case in an 11-year-old boy from East Java and its 67th human case in a 9-year-old boy from Jakarta.
27-Sep-06		Indonesia confirms its 68th human case in a 20-year-old man from West Java.
27-Sep-06		Thailand confirms its 25th human case, in
3 Oct 2006		Indonesia confirms its 69th human case in a 21-year-old woman from East Java (the sister of the 66th case).
11 Oct 2006		Egypt confirms its 15th human case, in a 39-year-old woman from Gharbiya (the first human case since May 2006)
16 Oct 2006		Indonesia confirms its 70th human case in a 67-year-old woman from West Java, its 71st human case in a 11-year-old boy from Jakarta, and its 72nd human case in a 27-year-old woman from Central Java.

30 Oct 2006	Research ²² , A surveillance study of H5N1 isolates from poultry in southern China confirms that subtypes continue to emerge and their relative prevalence continues to change.	
13 Nov 2006		China confirms its 22nd human case in a 37-year-old man from Anhui (retrospectively confirmed on 10 January 2007).
14 Dec 2006	In an effort to contain the disease, live animal markets in Beijing, China are permanently closed.	
19 Dec 2006	Viet Nam reports H5N1 in unvaccinated poultry (first report since August 2006). Outbreaks become widespread in the southern part of the country.	
27 Dec 2006		Egypt confirms its 16th, 17th, and 18th human cases in an extended family in Gharbiyah. The isolated viruses had a genetic mutation, linked in laboratory testing to moderately reduced susceptibility to oseltamivir. WHO does not change treatment recommendations.
08-Jan-07		Indonesia confirms its 75th human case, in a 14-year-old boy from West Jakarta.
09-Jan-07		Indonesia confirms its 76th human case, in a 37-year-old woman from Banten.
12-Jan-07		Indonesia confirms its 77th human case, in a 22-year-old woman from Banten.
13-Jan-07	Japan reports H5N1 in poultry (first since March 2004).	
15-Jan-07	Hong Kong reports H5N1 in dead wild birds (first since January 2006).	Indonesia confirms its 78th human case, in a 27-year-old woman from South Jakarta and its 79th human case, in a 18-year-old boy from Banten (son of the 76th case).
16-Jan-07	Thailand reports H5N1 in poultry during routine intensive surveillance (first since July 2006). Vaccination remains prohibited.	
17-Jan-07	Vietnam reports continued H5N1 infection in farmed and village poultry.	
22-Jan-07		Egypt confirms its 19th human case, in a 27-year-old woman from Beni Sweif.
22-Jan-07		Indonesia confirms its 80th human case, in a 32-year-old woman from West Java.
24-Jan-07	Hungary reports H5N1 in poultry (first since June 2006).	
25-Jan-07		Indonesia confirms its 81st human case, in a 6-year-old girl from Central Java.
26-Jan-07	Russia reports H5N1 in poultry (first report since July 2006).	

27-Jan-07	The United Kingdom reports H5N1 on a commercial turkey farm (first ever report in poultry, reported in wild birds in April 2006). Only a single outbreak occurs.	
28-Jan-07	In an effort to curb virus spread, Indonesia institutes a poultry ban for the entire island of Java, and bans backyard poultry in 9 provinces.	
31-Jan-07		Nigeria confirms its first human case, in a 22-year-old woman from Lagos.
01-Feb-07	Pakistan reports H5N1 in poultry (first since July 2006).	
06-Feb-07		Egypt confirms its 20th human case, in a 17-year-old girl from Fayoum.
09-Feb-07		Research ²³ , The second WHO analysis of epidemiological data on WHO-confirmed human cases of avian influenza A (H5N1) infection, 25 November 2003 – 24 November 2006 is published by WHO.
09-Feb-07	Turkey reports H5N1 in backyard poultry (first report since April 2006).	
15-Feb-07		Egypt confirms its 21st human case, in a 37-year-old woman from Fayoum.
19-Feb-07		Egypt confirms its 22nd human case, in a 5-year-old boy from Sharkia.
20-Feb-07	Ongoing H5N1 outbreaks in poultry in several states of Nigeria are reported by FAO. 24	
19-Feb-07	Lao PDR reports H5N1 in poultry (first reported since July 2006).	
22-Feb-07	Afghanistan reports H5N1 in backyard poultry and farms (first report since March 2006).	
26-Feb-07	Kuwait reports H5N1 in poultry in backyards, on farms, and in a zoo (first report in birds since November 2005. First ever report in poultry).	Lao PDR confirms its first human case, in a 15-year-old girl from Vientiane.
28-Feb-07	Myanmar reports H5N1 in poultry (first report since April 2006).	Egypt confirms its 23rd human case, in a 4-year-old girl from Dakahlea. China confirms its 23rd human case, in a 44-year-old woman from Fujian.
06-Mar-07	China reports H5N1 in poultry (first report since September 2006).	
12-Mar-07		Egypt confirms its 24th human case, in a 4-year-old boy from Dakahlea.
16-Mar-07		Lao PDR confirms its second human case, in a 42-year-old woman from Vientiane Province.
19-Mar-07		Egypt confirms its 25th human case, in a 10-year-old girl from Aswan.

20-Mar-07		Egypt confirms its 26th human case, in a 2-year-old boy from Aswan. China confirms avian influenza H9N2 infection in a 9-month-old girl with mild signs of disease.
26-Mar-07		Egypt confirms its 27th human case, in a 3-year-old girl from Aswan. No epidemiological link is evident among the three recent cases from Aswan.
27-Mar-07		During high level talks in Jakarta, Indonesia announces that it will resume sharing H5N1 A1 virus with the international community
28-Mar-07		Egypt confirms its 28th human case, in a 6-year-old girl from Qena, and its 29th human case, in a 5-year-old boy from Menia.
29-Mar-07		China confirms its 24th human case, in a 16-year-old boy from Anhui.
30-Mar-07	Bangladesh reports H5N1 in poultry (first ever in Bangladesh).	
02-Apr-07	Saudi Arabia reports H5N1 in poultry (first ever in Saudi Arabia)	Egypt confirms its 30th human case, in a 4-year-old boy from Qena (brother of the 28th case), its 31st human case, in a 7-year-old boy from Sohag, and its 32nd human case, in a 4-year-old girl from Qalyoubia. According to the Ministry of Health in Indonesia, cases of H5N1 infection in humans continue to occur.
10-Apr-07		Cambodia confirms its 7th human case, in a 13-year-old girl from Kampong Cham (first human case since March 2006). Egypt confirms its 33rd human case, in a 2-year-old girl from Menia and its 34th human case in a 15-year-old girl from Cairo.
12-Apr-07	Cambodia reports H5N1 in village poultry (first report in poultry since August 2006).	
3 May 2007	Ghana reports H5N1 in poultry (first ever in Ghana).	
16 May 2007		WHO retrospectively confirms 15 human cases and 13 deaths in Indonesia, bringing the total confirmed human cases to 96, with 76 deaths. Cases had onset dates between 25 Jan and 3 May 2007, and had been initially confirmed by the Indonesian Ministry of Health.
23 May 2007		A resolution on international sharing of influenza viruses is reached at the WHO World Health Assembly in Geneva.
24 May 2007	Vietnam reports multiple outbreaks in unvaccinated poultry (primarily ducks) from several provinces throughout the country. Bangladesh reports multiple outbreaks in poultry from additional provinces throughout the country.	Indonesia confirms its 97th case, in a 5-year-old girl from Central Java.

25 May 2007		The United Kingdom Health Protection Agency reports at least 4 human infections with low pathogenic avian influenza H7N2. The cases are associated with reported H7N2 infections in poultry.
30 May 2007		China confirms its 25th case, in a 19-year-old soldier stationed in Fujian province.
31 May 2007		Indonesia confirms its 98th case, in a 45-year-old man from Central Java.
02-Jun-07	Malaysia reports its first outbreak in poultry since March, 2006 (in village chickens).	
06-Jun-07		Indonesia confirms its 99th case, in a 16-year-old girl from Central Java
11 June 2007		Egypt confirms its 35th Human case, in a 10-year-old girl from Qena.
12-Jun-07		Egypt confirms its 36th Human case, in a 4-year-old girl from Qena (no epidemiological link between these two most recent Egyptian cases).
15-Jun-07		Indonesia confirms its 100th case, in a 27-year-old man from Riau.



PEDOMAN WAWANCARA

AKTOR POLITIK KEBIJAKAN ANTIVIRAL OSELTAMIVIR

Proses Kebijakan

1. Apakah tujuan umum dari kebijakan penggunaan Oseltamivir ini?
2. Bagaimana oseltamivir bisa dijadikan agenda dalam kebijakan?
3. kenapa anti viral yang lain tidak dibahas?
4. Siapa yang merumuskan kebijakan?
5. Dari mana datangnya inisiatif?
6. Apa saja yang melatarbelakangi (isu) kebijakan Oseltamivir ini?
7. Bagaimana formulasinya?
8. Bagaimana cara implementasinya?
9. Siapa yang harus dilibatkan?
10. Apakah prinsip dan nilai yang dipegang dalam penentuan kebijakan?
11. Bagaimana proses pengambilan keputusan tersebut?
12. Adakah argumentasi yang menguatkan keputusan untuk mengambil kebijakan tersebut?
13. Bagaimana cara mencapai tujuan?
14. Informasi lain yang dapat ditelusuri terkait dengan pilihan kebijakan tersebut?
15. Peluang realistik dari pilihan kebijakan ?
16. Bagaimana implementasi dapat dapat dikuatkan?
17. Dari yang telah dikemukakan, apakah konsisten dengan tujuan yang ingin dicapai ?
18. Apakah kebijakan yang ditentukan Feasibel, affordable, communicable, dan supportability
19. Siapa saja yang terlibat dalam pengajuan pilihan tersebut?
20. Adakah legalitas untuk kebijakan itu?
21. Langkah apa yang diambil untuk merelaisasikan kebijakan tersebut?
22. Bagaimana evaluasi kebijakan dilakukan?

23. Efek apa yang terjadi bila kebijakan mulai berjalan?

24. Apakah bisa dimonitor?

Isu pandemik

1. Apa yang dimaksud dengan Pandemi? Kapan bisa terjadi?
2. Siapa yang mempunyai resiko untuk pandemik flu?
3. Apakah kemungkinan akan terjadi Pandemi?
4. Apakah dampak jika terjadi pandemi?
5. Apakah ada tingkatan dari kejadian pandemi?
6. Bagaimana dampaknya terhadap kematian?
7. Apakah intervensi yang dapat diambil jika terjadi pandemi?
8. Bagaimana dampak ekonomi terhadap perekonomian?
9. Bagaimana dampak pandemik terhadap organisasi?
10. Apa yang telah dipersiapkan oleh dunia menghadapi ancaman pandemi?

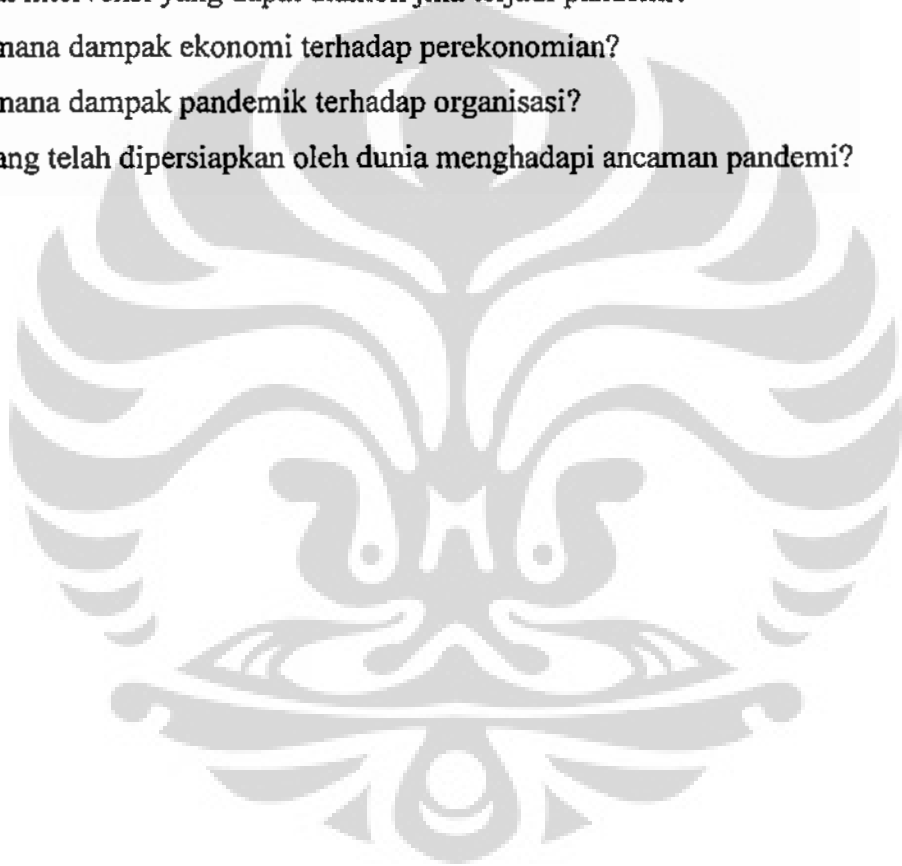
PEDOMAN WAWANCARA

KOMISI NASIONAL PEMBERANTASAN FLU BURUNG

1. Apakah tujuan umum dari kebijakan pembentukan Komnas ini?
2. Siapa yang merumuskan kebijakan terkait pembentukan Komnas ini?
3. Dari mana datangnya inisiatif?
4. Apa saja yang melatarbelakangi (isu) pembentukan Komnas ini?
5. Bagaimana formulasinya?
6. Bagaimana cara implementasinya?
7. Siapa yang harus dilibatkan?
8. Apakah prinsip dan nilai yang dipegang dalam penentuan kebijakan?
9. Bagaimana proses pengambilan keputusan tersebut?
10. Adakah argumentasi yang menguatkan keputusan untuk mengambil kebijakan tersebut?
11. Bagaimana cara mencapai tujuan?
12. Informasi lain yang dapat ditelusuri terkait dengan pilihan kebijakan tersebut?
13. Peluang realistik dari pilihan kebijakan ?
14. Bagaimana implementasi dapat dapat dikuatkan?
15. Dari yang telah dikemukakan, apakah konsisten dengan tujuan yang ingin dicapai ?
16. Apakah kebijakan yang ditentukan Feasibel, affordable, communicable, dan supportability
17. Siapa saja yang terlibat dalam pengajuan pilihan tersebut?
18. Adakah legalitas untuk kebijakan itu?
19. Langkah apa yang diambil untuk merelaisasikan kebijakan tersebut?
20. Bagaimana evaluasi kebijakan dilakukan?
21. Efek apa yang terjadi bila kebijakan mulai berjalan?
22. Apakah bisa dimonitor?

Isu pandemik

11. Apa yang dimaksud dengan Pandemi? Kapan bisa terjadi?
12. Siapa yang mempunyai resiko untuk pandemik flu?
13. Apakah kemungkinan akan terjadi Pandemi?
14. Apakah dampak jika terjadi pandemi?
15. Apakah ada tingkatan dari kejadian pandemi?
16. Bagaimana dampaknya terhadap kematian?
17. Apakah intervensi yang dapat diambil jika terjadi pandemi?
18. Bagaimana dampak ekonomi terhadap perekonomian?
19. Bagaimana dampak pandemik terhadap organisasi?
20. Apa yang telah dipersiapkan oleh dunia menghadapi ancaman pandemi?



PEDOMAN FGD TENTANG PENYAKIT FLU BURUNG INFORMAN : IBU-IBU RUMAH TANGGA

Perkenalan :

Selamat pagi/siang, sore, ibu-ibu semua, nama saya Lilis dan teman saya (pencatat) bernama Amelia Kami berkunjung kesini untuk menjumpai ibu-bapak dan kami ucapkan terimakasih atas kedatangan ibu bapak semua.

Penjelasan tujuan diskusi:

Kami datang ke tempat ini untuk memperoleh penjelasan/belajar dari ibu-bapak tentang kesehatan masyarakat di daerah ini dan khususnya tentang Penyakit Flu Burung. Kami tidak akan menilai jawaban ibu-bapak, tidak ada jawaban yang benar atau salah. Ibu-bapak bisa berbeda pendapat dan saya mohon ibu-bapak bebas mengatakan apa yang benar-benar dirasakan .

Prosedur :

Kami mohon izin untuk menggunakan perekam supaya kami dapat mencatat semua yang ibu- bapak katakan dan kami akan merahasiakan semua penjelasan /informasi yang kami peroleh. Jangan segan-segan menanggapi saya dan ibu-bapak yang lain dalam kelompok ini. Meskipun demikian bicaralah secara bergiliran. Diskusi/Ngobrol kita akan berlangsung kurang lebih selama 1,5 jam - 2 jam.

Perkenalan peserta :

Sekarang, bagaimana kalau setiap ibu- bapak mengenalkan diri supaya kita saling mengenal, misalnya tentang namanya, tempat tinggal, keadaan keluarga, umur, pendidikan, pekerjaan dll

PEDOMAN FGD KEPADA MASYARAKAT TENTANG FLU BURUNG

1. Apa yang diketahui tentang penyakit flu burung?
2. Dari mana informasi didapatkan?
3. Adakah unggas mati mendadak di daerah ini?
4. Adakah yang pernah terkena penyakit Flu Burung di daerah ini?
5. Apa yang Ibu ketahui tentang tanda-tanda penyakit tersebut pada hewan unggas ?
6. Apa yang Ibu ketahui tentang tanda-tanda penyakit tersebut pada manusia?
7. Bagaimana jika kita menderita penyakit tersebut?
8. Adakah seseorang di lingkungan tempat tinggal yang meninggal akibat flu burung?
9. Bagaimana seharusnya penanganannya?
10. Adakah obat yang dapat dikonsumsi untuk penyembuhan atau pencegahan?
11. Apa yang seharusnya dilakukan pemerintah pusat?
12. Apa yang seharusnya dilakukan pemerintah daerah?
13. Apakah disekitar tempat tinggal banyak unggas yang mati mendadak?
14. Jika diberikan obat untuk pencegahan apakah akan dikonsumsi?
15. Bagaimana tanggapannya terhadap penyakit flu burung?
16. Siapa yang kemungkinan bisa terkena?
17. Bagaimana upaya supaya terhindar dari penyakit tersebut?
18. Bagaimana menurut Ibu tentang unggas yang dipelihara di rumah?
19. Dampak apa saja yang mungkin bisa ditimbulkan ketika terjadi pandemi Flu Burung? jelaskan

Kronologis Peristiwa Kejadian Flu Burung Sampai Dengan 2 Juli 2007

No	Peristiwa	Waktu
1	Dua Tahun Flu Burung Di Indonesia, 101 Korban	2-Jul-07
2	Y, Positif Flu Burung	15-Jun-07
3	Saat Ini Sudah 80 Orang Meninggal Akibat Flu Burung	6/14/2007
4	Menkes Tetapkan 100 Rumah Sakit Rujukan Flu Burung	13-Jun-07
5	Komitmen APEC untuk Tangkal Pandemi di Asia Pasifik	12-Jun-07
6	Kesepakatan Bersama Etika Promosi Obat GP Farmasi Indonesia dengan Ikatan Dokter Indonesia	11-Jun-07
7	Menteri Kesehatan APEC Bahas Pandemi Influenza	8-Jun-07
8	Pemerintah Indonesia dan PT Bio Farma Raih Penghargaan WHO	7-Jun-07
9	Sudah 79 Orang Meninggal Dunia Akibat Flu Burung	4-Jun-07
10	Kasus Flu Burung ke-98 di Kabupaten ke-37	31 May 2007
11	Korban Flu Burung Ke-7 di Jawa Tengah	23 May 2007
12	Satu Lagi Pasien Flu Burung	15 May 2007
13	Indonesia dan PT Bio Farma Peroleh Penghargaan WHO	14 May 2007
14	Pengukuhan Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan 2007-2011	08 May 2007
15	Riau Propinsi ke-11 Flu Burung	08 May 2007
16	Kasus Flu Burung Indonesia Paling Banyak di Dunia	9-Apr-07
17	Kasus Flu Burung ke-92 di Indonesia	4-Apr-07
18	Pertemuan Tingkat Tinggi Tentang Pertukaran Virus di Dunia Sambutan Menteri Kesehatan	31-Mar-07
19	Deklarasi Jakarta Untuk Mekanisme Pertukaran Virus yang Lebih Adil	30-Mar-07
20	2 Orang Lagi Meninggal Karena Flu Burung	30-Mar-07
21	3 Kasus Baru Pasien Flu Burung, 2 Orang Meninggal	28-Mar-07
22	SN Pasien Flu Burung Akhirnya Meninggal	21-Mar-07
23	Kasus Positif Flu Burung Ke-86	20-Mar-07
24	Kasus Flu Burung Ke-85 di Indonesia	13-Mar-07
25	Kasus Flu Burung ke-84 di Indonesia	15-Feb-07
26	Sudah 83 Orang Positif Flu Burung	9-Feb-07

27	Depkes dan Baxter Kerjasama Kembangkan Vaksin Flu Burung	8-Feb-07
28	Satu Pasien Flu Burung di Jawa Tengah Meninggal	29-Jan-07
29	Pemerintah Keluarkan Rekomendasi Mengenai Flu Burung	25-Jan-07
30	Satu Lagi Penderita Flu Burung Meninggal	25-Jan-07
31	Dua Lagi Pasien Flu Burung Meninggal	15-Jan-07
32	Dua Penderita Flu Burung di Awal 2007	10-Jan-07
33	ESR Penderita Flu Burung Akhirnya Meninggal	30 Nov 2006
34	Situasi Flu Burung di Indonesia Hingga 20 November 2006	22 Nov 2006
35	Kasus Flu Burung Bertambah 2 Kasus	13 Nov 2006
36	Penderita Positif Flu Burung Meninggal Dunia Kini Berjumlah 55	18 Oct 2006
37	Satu Lagi Penderita Flu Burung Meninggal Dunia	28-Sep-06
38	Penderita Flu Burung Bertambah 2 Kasus	13-Sep-06
39	Sampai 21 Agustus 2006 47 Orang Meninggal Akibat Flu Burung dari 62 Kasus Konfirm	23 Aug 2006
40	Konfirmasi Virus Flu Burung Ditentukan Laboratorium Dalam Negeri	10 Aug 2006
41	Sampai 9 Agustus 2006 Kasus Konfirm Flu Burung di Indonesia Mencapai 58 Kasus, 45 Meninggal	10 Aug 2006
42	Sudah 41 Orang Meninggal Akibat Flu Burung	6-Jul-06
43	PP Muhammadiyah Pelopori Program Penanggulangan Flu Burung dan Ancaman Pandemi Influenza	9-Jun-06
44	Kasus Konfirm Flu Burung di Indonesia Sampai dengan 3 Juni 2006 Tetap 50 Kasus , 37 Meninggal	3-Jun-06
45	Sampai dengan 1 Juni 2006 Kasus Konfirm Flu Burung di Indonesia Mencapai 50 Kasus , 37 Meninggal	2-Jun-06
46	Sampai dengan 30 Mei 2006 Kasus Konfirm Flu Burung di Indonesia Mencapai 49 Kasus	31 May 2006
47	Sampai dengan 28 Mei 2006 Kasus Konfirm Flu Burung di Indonesia Mencapai 48 Kasus	30 May 2006
48	Perkembangan Flu Burung di Indonesia Sampai Tanggal 22 Mei 2006	23 May 2006
49	Sampai dengan 15 Mei 2006 Kasus Konfirm Flu Burung di Indonesia Mencapai 40 Kasus	16 May 2006
50	Perkembangan Keadaan Flu Burung di Indonesia 15 Mei 2006	16 May 2006
51	Pasien Positif Flu Burung Capai 35 Kasus hingga 7 Mei 2006	12 May 2006

52	Jumlah Penderita Flu Burung Konfirm 30 Kasus	13-Mar-06
53	Penderita Flu Burung Di Indonesia Bertambah Satu Orang	17-Jan-06
54	Pemerintah RI Dan Singapura Bahas Pilot Project Penanganan Flu Burung	13-Jan-06
55	Indonesia Akan Produksi Vaksin Flu Burung Untuk Manusia Strain Indonesia	19 Dec 2005
56	Singapura Sumbang 5.000 Dosis Tamiflu dan 10.000 Set Alat Medis	28 Nov 2005
57	Pemerintah Jepang Kirimkan Bantuan Untuk Tanggulangi Flu Burung	23 Nov 2005
58	Komisi Eropa Janjikan Bantuan Untuk Tanggulangi Flu Burung	22 Nov 2005
59	Bank Dunia Siapkan Bantuan Untuk Tangani Flu Burung Di Indonesia	22 Nov 2005
60	Dua Orang Lagi Pasien RSPI SS Meninggal Dunia	16 Nov 2005
61	Empat Orang Diduga Flu Burung Masuk RSPI Suliarti Saroso	16 Nov 2005
62	Status KLB Flu Burung Diperpanjang Hingga Awal 2006	11 Nov 2005
63	Dua Orang Lagi Positif Flu Burung	10 Nov 2005
64	ZZ Dan AQZ Negatif Flu Burung	26 Oct 2005
65	Menkes Terima Bantuan 50.000 Kapsul Tamiflu Dari PT. Tempo	24 Oct 2005
66	Pemerintah Amerika Serikat Janjikan Bantuan Untuk Polio Dan Flu Burung	19 Oct 2005
67	Jumlah Pasien Suspek Flu Burung Bertambah 5 Orang	18 Oct 2005
68	Jumlah Pasien Yang Diduga Terkena Flu Burung Terus Menurun	17 Oct 2005
69	Menkes Terima 50.000 Tamiflu Dari Pemerintah Australia	13 Oct 2005
70	Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Mulai Diberlakukan	11 Oct 2005
71	Sampai 4 Oktober 2005 Jumlah Pasien Yang Diduga Terkena Flu Burung Mencapai 85 Kasus	05 Oct 2005
72	Sampai 29 September 2005 Jumlah Pasien Yang Diduga Terkena Flu Burung Mencapai 73 Kasus Di 9 Propins	04 Oct 2005
73	Sampai 27 September 2005 Jumlah Pasien Yang Diduga Flu Burung Mencapai 57 Kasus	30-Sep-05
74	Sampai 26 September 2005 Jumlah Pasien Yang Diduga Flu Burung Mencapai 42 Kasus	28-Sep-05
75	Flu Burung Mengancam Dunia	27-Sep-05

76	Pemeriksaan Spesimen Mut Dan Fir Yang Dikirim Ke Hongkong Belum Selesai	23-Sep-05
77	RIS Meninggal Diduga Flu Burung	22-Sep-05
78	Flu Burung Dinyatakan Sebagai Kejadian Luar Biasa	22-Sep-05
79	Pemerintah Tetapkan Langkah Tangani Flu Burung	20-Sep-05
80	Indonesia Dalam Status Waspada Flu Burung	19-Sep-05
81	Hasil Pemeriksaan Sampel Darah RD Positif Virus Flu Burung	19-Sep-05
82	Pasien RD Diduga Terjangkit Flu Burung	14-Sep-05
83	Depkes Tetap Lakukan Surveilans Terhadap Virus Flu Burung	15 Aug 2005
84	Masyarakat Harus Waspada Hadapi Flu Burung	25-Jul-05
85	Depkes Siagakan 44 Rumah Sakit Rujukan Untuk Perawatan/Observasi Penderita Suspek Flu Burung	20-Jul-05
86	Menkes Minta Semua Warga Tidak Panik Dan Tetap Waspada	20-Jul-05
87	Kematian Iwan Dan Kedua Putrinya Diduga Karena Flu Burung	18-Jul-05
88	Bakteri Pathogen Penyebab Kematian Penderita Pneumonia Dari Satu Keluarga Di Tangerang	15-Jul-05

DISKUSI KELOMPOK TERARAH (FGD)
Aspek Sosial Budaya Penyakit Flu Burung



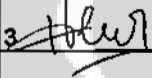
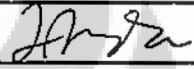
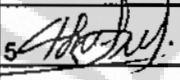


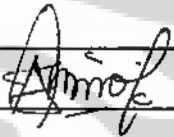
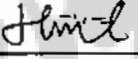
DAFTAR HADIR PESERTA

PENYULUHAN : Penyakit Flu Burung

PENYULUH : Lilis Muchlisoh

TANGGAL : 21 Juli 2007

TEMPAT : Gera! Siaga Telkomsel Bedahan Kec. Sawangan Kota Depok

No	Nama Peserta	Tanda Tangan Peserta	
1	Astuti	1	
2	Bekti	2	
3	MARPUAH	3	
4	Linda	4	
5	DAU	5	
6	ELIH H	6	
7	MURDIATI	7	
8	ASmanah	8	
9	DEWI - EVIATI	9	
10		10	
11		11	
12		12	

DEPARTEMEN KESEHATAN RI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN BIOMEDIS DAN FARMASI



Kan Negara No. 29 Jakarta 10560
26 Jakarta 10012

Telepon (021) 4244375, 4259860, 4244693
Fax. (021) 4245386, 4244693

No. : KS. 01.01.4-986
Lampiran :
Perihal : Ijin penelitian

21 Maret 2007

Yth. Dr. dr. Sudijanto Kamso, SKM.
Wakil Dekan Bidang Akademik
Fakultas Kesehatan Masyarakat UI
Kampus Baru UI
Depok 16424

Merujuk surat Saudara No. 1247/PT.02.H5.FKMUI/I/2007, tanggal 28 Februari 2007, perihal ijin penelitian atas nama Lilis Muchlisoh, pada prinsipnya kami bersedia menerima Saudara Lilis Muchlisoh untuk penulisan tesis yang bersangkutan. Untuk pelaksanaannya silahkan berhubungan dengan *contact person* kami dr. Reni Herman (HP. 081314659952), peneliti dari KPP Penyakit Menular Langsung.

Demikian mohon maklum, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.



Kepala Ruslitbang Biomedis dan Farmasi,

[Signature]
dr. Endang R. Sedyaningsih, MPH., Dr. PH.
NIP. 140 098 035

Tembusan :

1. Kepala Badan Litbangkes
2. dr. Reni Herman

