

HATIP 96-2: Isoniazid terapi pencegah TB pada Odha: hambatan penerapan nasional

Oleh: Theo Smart, 29 November 2007

Secara keseluruhan, penelitian yang dibahas dalam [bagian 1 artikel ini](#) menekankan bahwa ada cukup yang diketahui tentang isoniazid sebagai terapi pencegah TB (*isoniazid prevention TB therapy/IPT*) sehingga risikonya dapat dipertahankan seminimal mungkin pada program besar di rangkaian terbatas sumber daya, dan mungkin secara bermakna mengurangi TB aktif dan meningkatkan ketahanan hidup.

Secara teoretis, IPT bahkan mengurangi penularan selanjutnya, serta beban TB secara keseluruhan.

Oleh karena itu, dengan adanya manfaat ini, apa yang menghambat penerapan nasional?

Sebagian dari masalahnya adalah tekanan antara program HIV/AIDS dan TB yang menjadi topik perdebatan yang tidak berkesudahan. Selain keprihatinan tentang keamanan – yang diharapkan sudah diatasi oleh beberapa penelitian terkini, penerapan IPT tertunda terutama karena ketakutan bahwa mungkin diberikan pada beberapa kasus TB aktif yang terlewatkan pada saat skrining dilakukan (bagaimana mengecualikan penyakit aktif), mungkin mengakibatkan resistansi isoniazid, yang sebaliknya dapat mengakibatkan timbulnya masalah resistansi terhadap berbagai obat, khususnya karena kepatuhan terhadap obat pencegahan sangat rendah.

Contoh di Botswana

Ketika dimulai, program di Botswana tampaknya sudah mencakup seluruh segi, sehingga menjadi alasan mengapa contoh ini diamati secara seksama.

“Pada 1999/2000, tidak ada di bumi ini yang dapat ditawarkan untuk Odha di Botswana. Dan satu-satunya yang tampak bermanfaat hanyalah IPT – karena kematian akibat TB adalah masalah terbesar yang terkait dengan HIV saat itu,” dikatakan Dr. Charles Wells, mantan pendukung penelitian TB/HIV dari CDC internasional, termasuk uji coba IPT.

Dahulu memang Botswana adalah salah satu negara yang luar biasa di Afrika sub-Sahara karena strategi pengendalian TB-nya tampaknya berhasil. Tetapi sejak penyebaran HIV, tingkat kasus TB menjadi tiga kali lipat menjadi kurang lebih 603 kasus per 100.000 (angka pada 2005). Perkiraan tingkat koinfeksi TB-HIV adalah lebih dari 80 persen, dan penelitian otopsi pada 1998 memberi kesan bahwa sedikitnya 36 persen kematian Odha disebabkan TB.

Di tahun yang sama, WHO dan UNAIDS menerbitkan rekomendasi untuk memakai terapi pencegahan TB pada Odha. Botswana bertindak dengan cepat.

Negara ini membentuk program dengan cara sangat metodis dan bertanggung jawab: dengan membentuk kelompok kerja pada 1999, dan melakukan penelitian perdana di tiga distrik untuk menentukan kemungkinan penerapan IPT di seluruh negeri.

Penelitian perdana ini cukup berhasil. Penelitian ini melakukan skrining terhadap 1.000 peserta, dan pada akhirnya memberi IPT pada lebih dari 600 dengan tingkat pemenuhannya 70 persen – jauh lebih baik dibandingkan laporan **kepatuhan** yang dilaporkan dari program lain. Pada saat itu dicatat bahwa proyek perdana ini juga menunjukkan bahwa skrining gejala yang sederhana (batuk, demam) adalah hampir sama pekanya dengan melakukan rontgen dada untuk **menentukan TB aktif** (hal ini dibahas lebih lanjut di bawah) (Mosimaneotsile).

Berdasarkan kemungkinan keberhasilan penelitian ini, Kementerian Kesehatan memutuskan untuk meneruskan program IPT secara nasional untuk Odha dan menandatangani kesepakatan kerja sama dengan CDC/BOTUSA, yang akan membantu mengembangkan sistem pencatatan dan laporan secara otomatis, dan membantu negara ini melakukan survei nasional terhadap resistansi obat anti-TB untuk **memantau secara cermat kecenderungan kemungkinan resistansi terhadap isoniazid**.

Sebagai tambahan, mereka berencana meluncurkan penelitian untuk menentukan masa penggunaan IPT yang optimal, dan apakah melakukan tes terhadap TB laten memberi manfaat tambahan dibandingkan

sekadar mengobati semua Odha (sebagaimana rancangan program saat ini). Ini semua dipersiapkan menjelang akhir 2001.

Program IPT berencana ditempatkan dalam departemen TB di tingkat nasional, dan diupayakan satu staf koordinator nasional, dua koordinator regional, tiga petugas pendataan dan seorang penatalaksana data. Tetapi, direncanakan penerapan akan dilakukan di distrik (ada 24 distrik kesehatan di negara ini), dengan skrining dan IPT dilakukan oleh dokter dan perawat yang bekerja di jaringan klinik umum milik pemerintah. Dukungan dan pengawasan di tingkat distrik dilakukan oleh koordinator TB tingkat distrik. Pada titik ini, program TB nasional relatif cukup kuat, walau seperti di tempat lain di Afrika sub-Sahara, Botswana memiliki sangat sedikit pekerja untuk kebutuhannya ini.

Rencana ini adalah sangat baik. Namun menurut Oaitse Motsamai, direktur program: “Sesungguhnya sangat sulit untuk menerapkan program ini di negara ini.”

Data terkini hasil program IPT di Botswana

Lebih dari 350.000 orang diketahui HIV-positif di Botswana. Saat ini, 71.096 Odha sudah diskriming untuk program ini, dan 67.413 mulai memakai IPT. 18.121 (27 persen) tercatat menyelesaikan pengobatannya, 6.779 (10 persen) saat ini masih memakai IPT, dan 42.513 (63 persen) tercatat sebagai yang tidak menyelesaikannya. Diketahui alasan untuk 24 persen sementara untuk 76 persen tidak.

Di antara 24 persen yang diketahui alasan tidak menyelesaikan pengobatan:

- Beberapa (kurang dari 0,5 persen) karena efek samping berat atau AIDS stadium akhir,
- 2 persen dilaporkan mengembangkan TB aktif (tidak jelas apakah saat itu patuh terhadap IPT atau tidak),
- 10 persen dihentikan pengobatan oleh petugas kesehatannya karena satu atau lain alasan,
- 19 persen terdaftar sebagai ‘lain-lain’ (tidak jelas berapa banyak, tetapi sebagai contoh, beberapa karena perempuan yang menjadi hamil),
- 69 persen dikategorikan sebagai mangkir (*lost to follow-up/LTFU*). Mereka dikategorikan sebagai mangkir hanya apabila petugas kesehatan sudah mengunjungi rumahnya dan tidak menemukannya atau mereka sudah pindah.

Tetapi untuk kohort secara keseluruhan, mereka tidak yakin apa yang terjadi pada kurang lebih 49 persen orang yang sudah memulai IPT. Dan hanya sedikit data yang mereka miliki tentang apa yang terjadi pada yang dicurigai TB ketika melakukan skrining (dianggap tidak memenuhi kriteria untuk IPT) – misalnya apakah mereka melakukan proses diagnosis atau mempunyai TB aktif.

Adalah penting untuk menegaskan kembali bahwa ini adalah pertama kalinya sebuah negara pernah mencoba melakukan intervensi kesehatan masyarakat semacam ini, sehingga masuk akal terjadi beberapa masalah, dan apabila diperlukan, tindakan perbaikan.

“Botswana adalah satu-satunya tempat di dunia yang pernah mencoba memberi layanan ini secara aktif sebagai bagian dari program skala besar,” Dr. Wells mengatakan. “Kekhawatiran saya yang terbesar adalah bahwa orang akan langsung menolaknya, dan tidak melihatnya sebagai upaya pembelajaran.”

Namun, dimungkinkan untuk mengambil beberapa pelajaran dan pengalaman Botswana, walaupun beberapa tantangannya adalah unik sesuai dengan waktu dan tempat. Ada beberapa faktor yang terlibat dalam kelanjutan.

Penerapan yang tertunda

“Disayangkan, kantor IPT belum terbentuk hingga akhir 2003,” Motsamai mengatakan. “Saya tiba di kantor ini hampir dua tahun setelah penerapannya ketika sebelumnya hanya ditunjuk seseorang dari program TB nasional (NTP) untuk menilai keseluruhan pelaksanaannya. Hanya satu orang. Dan kemudian saat kantor ini didirikan, kami mulai dengan tiga orang, saya dan dua petugas data – setelah dua tahun. Dugaan saya adalah bahwa kantor ini seharusnya dibentuk terlebih dahulu, tata caranya, menjadikan segalanya jelas – laporan, pemantauan, penilaian, indikator penilaian dan lain sebagainya.”

Mengubah prioritas kesehatan masyarakat

Adalah penting untuk mengingat bahwa ada kegiatan lain di Botswana saat itu. Pada awal 2002, pemerintah Botswana mengambil langkah berani untuk meluncurkan program terapi antiretroviral (ART) nasional yang pertama di Afrika – yang dalam semalam menjadi prioritas pertama negara ini. Negara ini meluncurkan empat tempat ART dalam setahun, dan mulai mempersiapkan peluncuran ART di seluruh rumah sakit distrik. Dan pada tahun-tahun selanjutnya, berbeda dengan negara lain, Botswana beranggapan bahwa mereka sebenarnya memberi ART pada kurang lebih 85 persen warganya yang membutuhkannya secara mendesak.

“Ini adalah hal cemerlang untuk dilakukan, tetapi ada biaya kesempatan (*opportunity cost*) untuk melakukannya,” Dr. Wells mengatakan. “Dan salah satu program yang paling menderita adalah program TB, karena sebelum program HIV diluncurkan, ada koordinator TB di setiap distrik (kecuali tiga). Satu orang khusus ditugaskan untuk memastikan bahwa layanan TB diberikan dan bahwa segala sesuatunya berjalan dengan lancar dan obat yang dibutuhkan tersedia, tes dahak dilakukan, dan segala tes lainnya. Namun, model tersebut berubah dengan ditemukannya dan diluncurkannya program ART... mereka berubah dari satu orang melakukan semuanya untuk TB di 21 dari 24 distrik, menjadi satu perawat umum yang bertanggung jawab untuk enam program besar yang berbeda, termasuk TB.”

“Oleh karena itu, layanan IPT itu diterapkan dan diberikan ketika terjadi perubahan besar dalam pemberian layanan HIV yang mengorbankan layanan kesehatan lainnya.

Dan juga, untuk melindungi Odha dalam arti penggunaan obat serupa dengan IPT atau memastikan bahwa ini sudah merupakan bagian dari keseluruhan layanan – mereka didesak untuk meluncurkan ART, dan hal-hal lainnya hanyalah pelengkap saja hal ini dapat dimengerti mencoba yang lain,” dia mengatakan.

Tetapi perubahan besar di sistem kesehatan masyarakat Botswana ini sangat berdampak pada upaya peluncuran IPT, yang saat itu tampaknya seperti bersaing dengan petugas kesehatan program lain di klinik.

Staf kewalahan

Jadi dalam konteks ini, di akhir 2003, Motsamai dan hanya dua petugas data tersebut mulai mencoba melaksanakan program IPT di seluruh negeri, melatih para pelatih dan petugas kesehatan – hingga IPT diluncurkan di setiap distrik pada Juni 2004. Staf lain seharusnya dipekerjakan untuk program tersebut. Tetapi program IPT sendiri terganggu untuk mencoba menyelesaikan masalah kekurangan tenaga kerja untuk program nasional TB yang lebih luas.

“Di tingkat nasional, program IPT merupakan bagian dari program TB dan program TB sudah kekurangan staf sejak bertahun-tahun. Dan waktu kami mulai program ini, kami menghadapi seluruh strategi pengendalian TB nasional dan oleh karena itu kami akhirnya keluar dari jalur tugas utama kami yaitu IPT,” Motsamai mengatakan.

Tetapi beberapa hal ini mungkin tidak terelakkan, karena mempunyai program TB nasional yang berfungsi adalah aspek penting terhadap keberhasilan IPT.

“Kami memiliki orang-orang seperti perawat kesehatan komunitas dan pemerhati kesehatan lainnya yang diberi tanggung jawab untuk mengurus program TB, tetapi kami menemukan bahwa waktu yang mereka berikan mungkin kurang dari 10 persen dari upaya mereka pada kegiatan pengendalian TB dan ini adalah alasan mengapa kami memutuskan untuk menunjuk koordinator khusus TB, dan hal ini juga telah menolong kami karena kami berhasil memperbaiki catatan kami,” dia mengatakan.

Tetapi juga terjadi banyak penggantian petugas kesehatan di distrik, termasuk koordinator TB, sehingga ternyata tim IPT harus melatih dan melatih ulang.

Mangkir yang biasa

Setiap program HIV mengalami mangkir di antara orang dengan hasil tes HIV-positif, bahkan di antara mereka yang memenuhi kriteria untuk ART. Tetapi tingkat mangkir dalam program IPT ini tampak tinggi.

Motsamai mendaftarkan sejumlah alasan mengapa kliennya mangkir.

Beberapa pasien diberi konseling yang kurang memadai dan tidak tahu bahwa mereka harus kembali secara rutin untuk pemeriksaan kesehatan.

Alasan lain adalah lebih umum misalnya masalah transpor, khususnya di distrik, klien memberi alamat yang salah, dan klien yang selalu berpindah tempat (di Botswana, adalah sangat umum bagi orang untuk bekerja di kota atau tambang untuk beberapa bulan dalam setahun, dan kembali ke desa asalnya untuk sisa waktunya).

Berbeda dengan program ART yang memberi tahu pasien untuk kembali setiap tiga atau bahkan enam bulan selama jumlah CD4-nya tetap tinggi, peserta dalam IPT harus berkunjung ke klinik *setiap bulan*. Dan ini selama masa ketika tempat ART di Botswana sangat padat melebihi kapasitasnya, dan untuk memberi ART pun dokter dan perawat mengalami tantangan.

“Kadang-kadang klien didaftar dan diberi dosis pertama atau kedua, lalu mereka menghilang begitu saja. Kita tidak tahu apa yang terjadi pada mereka dan tidak ada yang peduli yang mencarinya. Tindak lanjut sangat terbatas dan ini adalah yang sedang dicoba untuk didorong, bahwa semua klien yang sudah memakai IPT harus ditindaklanjuti,” dia mengatakan.

Dr. Taraz Samandari dari BOTUSA berpendapat bahwa: “Statistik yang diberikan oleh Motsamai adalah kasus terburuk karena banyak orang yang sudah menerima lima botol pil tetapi mereka tidak kembali pada bulan keenam dan mengatakan, ‘Baik, saya sudah selesai.’”

Dengan kata lain, apabila data ini dianalisis kembali terhadap peserta yang menyelesaikan lima bulan, Dr. Samandari berpendapat bahwa jumlah yang mangkir akan jauh lebih rendah.

Walaupun demikian, tujuannya adalah untuk mempertahankan orang dalam perawatan. Agar supaya program IPT dapat bermanfaat melalui hubungan yang sangat erat dengan mekanisme dukungan kepatuhan berbasis komunitas yang dipakai dalam program ART secara lebih berhasil (lihat [HATIP 90](#) dan [HATIP 92](#)).

Masalah menyimpan dan melaporkan data

Tetapi sejumlah besar yang dianggap tidak menyelesaikan pengobatan mungkin disalahkategorikan karena buruknya penyimpanan dan pelaporan data.

Program ini dimulai dengan memakai daftar catatan dan sistem pelaporan secara manual – terpisah dengan daftar TB, dan dari daftar ART/pra-ART – sementara program pangkalan data secara otomatis baru diluncurkan pada November 2005. Tetapi pada saat itu sudah lebih dari 20.000 orang yang memakai IPT.

Dan pada awalnya, walaupun dengan daftar manual, “di antara 24 distrik, kadang-kadang mungkin enam distrik yang membuat laporan, kadang-kadang sepuluh, tetapi hal ini sangat tidak menentu,” Motsamai mengatakan. “Kami tidak memiliki laporan yang tepat waktu. Baru-baru ini, saya bahkan sudah melakukan beberapa kunjungan pengawasan hanya untuk mengetahui ada sejumlah klien dalam daftar sudah menyelesaikan kunjungan selama enam bulan. Tetapi hal ini tidak diketahui dan dilaporkan hasilnya.”

Tetapi kembali lagi, sebagian ini mungkin karena masalah persaingan antara prioritas dan waktu bagi petugas kesehatan.

Motsamai menggambarkan pembahasan yang umum: “Kami menduga bahwa ada beberapa masalah sikap di antara petugas kesehatan karena mereka mengeluh, ‘Oh, beban pekerjaan!’ Terlalu banyak dokumen yang harus dicatat dan begitu banyak tugas lain yang mereka harus lakukan di saat yang sama. Dan pada akhirnya kita dihadapkan pada keadaan di mana seseorang sudah memakai IPT, dan tidak ada catatan

yang jelas/catatan kepatuhan. Kemudian kita bertanya, ‘Di mana pasien ini?’ dan mereka mengatakan, ‘Dia sudah menyelesaikan pengobatannya.’ ‘Jadi, mana rekamnya?’ ‘Ya begitu, saya sangat yakin mereka sudah menyelesaikannya,’ mereka akan menjawab demikian. Tetapi tidak ada catatannya.”

Mendorong program HIV, dan petugas kesehatan agar ‘menyetujui’ IPT

Secara bersamaan, peristiwa keseluruhan ini menggambarkan masalah yang lebih besar tentang kebutuhan akan membuat orang yang bekerja di bidang HIV menjadi peka bukan hanya bahwa IPT dapat menyelamatkan jiwa, tetapi mengapa cara pemberiannya adalah sangat penting, untuk keamanan pasien dan pengendalian TB secara umum. Bagaimana pun juga, ada bahaya terkait dengan tidak menyelidiki terduga TB yang ditentukan dari program ini, dan terhadap pemberian obat TB yang penting dalam jumlah besar di antara komunitas tanpa mendidik orang tentang penggunaannya secara benar.

Program HIV turut bertanggung jawab dalam hal ini. Tentu saja kerja sama TB dan HIV cenderung berjalan lambat di banyak negara. Akibatnya IPT tidak ditekankan sebagai bagian dari pelaksanaan ART. Sebuah badan penasihat TB/HIV baru saja dibentuk tahun lalu.

Mendorong orang dalam perawatan HIV untuk menyetujui IPT juga sudah menjadi masalah di banyak negara.

Contohnya, sebuah penelitian dari proyek THRio menemukan perbedaan besar tentang penggunaan IPT dari klinik ke klinik, dan kemudian menemukan bahwa kesalahan ada pada dokter.

“Ketiadaan pengetahuan dokter tentang cara pencegahan TB pada pasien HIV adalah alasan penting terhadap perbedaan kinerja di antara klinik tersebut,” Dr. Betina Durovni mengatakan dalam salah satu presentasi di konferensi. “Maka setelah hampir dua tahun menerapkan strategi ini, sesungguhnya kami meninjau kembali strategi kami dan mengembangkan strategi komunikasi yang baru untuk para dokter.”

Penguatan pengendalian TB yang terlambat

Pada 2001, sulit untuk memprediksi bahwa program TB akan dihancurkan oleh penggantian pekerja dan perubahan sistem kesehatan lainnya, tetapi adalah jelas bahwa peningkatan program contohnya IPT, baik ditempatkan di departemen TB atau HIV, harus berjalan bersamaan dengan penguatan pengendalian TB.

Dan baru-baru ini, program TB di Botswana diubah secara bermakna dengan kembali dibentuknya jabatan koordinator TB distrik, terlatih untuk memperkuat strategi pengendalian TB di tingkat daerah.

“Dengan adanya koordinator khusus TB, kami dapat mengendalikannya. Kami memantau mereka. Kami lebih sering mengundang mereka untuk rapat dan dapat melihat perubahan besar dari dampak ini. Kami melihat perbedaan dalam peningkatan, pemantauan dan bahkan hasil dari program”. Baru-baru ini laporan membaik secara bermakna – paling tidak dengan laporan secara manual. “Rata-rata adalah kurang lebih 94 persen laporan manual setiap bulan yang adalah sangat baik. Tetapi kami baru berhasil mendorong lima dari sepuluh distrik untuk mengajukan laporan secara elektronik.”

Walaupun demikian, dia mengatakan bahwa mutu data yang dihasilkan oleh program akan segera membaik.

“Saya baru saja kembali dari distrik tertentu yang kinerjanya sangat buruk dan sekarang sudah banyak perbaikan. Oleh karena itu hasilnya mulai akan segera terjadi,” dia menambahkan.

Penilaian program secara resmi dijadwalkan akan dilakukan tahun depan.

Reaksi terhadap laporan Botswana

Walaupun sebagian besar masalah dalam program IPT di Botswana lebih karena waktu yang unik ketika dilaksakannya (dan dengan sistem kesehatan yang mencoba melakukan begitu banyak dalam waktu yang bersamaan), laporan ini sudah menimbulkan perdebatan antara mereka yang mendukung IPT dan beberapa yang berpendapat bahwa peningkatannya harus dilakukan dengan pendekatan yang lebih hati-hati.

Sebagai tambahan terhadap kekhawatiran tradisional: bagaimana mengecualikan penyakit TB aktif, mencegah resistansi isoniazid, dan bagaimana memastikan kepatuhan, ada kekhawatiran dalam pelaksanaan, termasuk siapa yang seharusnya bertanggung jawab untuk melaksanakan program ini (departemen TB atau HIV), dan bagaimana mencatat data program serta keterkaitan antara program TB dan HIV?

Mengecualikan penyakit aktif: apakah rontgen dada diperlukan?

Dalam edaran TB/HIV terkini dari TB/HIV Working Group of the Stop TB Partnership*, Dr. Yibeltal Assefa dari National HIV/AIDS Prevention and Control Office, Etiopia, mengatakan bahwa dia khawatir karena tidak ada pedoman jelas yang menunjukkan bagaimana dapat mengecualikan TB paru aktif secara pasti tanpa rontgen dada. Di rangkaiannya: “kami tidak memiliki prasarana yang dapat mengecualikan TB aktif secara pasti di klinik yang banyak pasien Odha. Saya mengharapkan penelitian yang terancang dengan baik... dan tata cara yang dapat diterapkan di tempat untuk mengecualikan TB aktif yang mempertimbangkan kebutuhan pengembangan prasarana di negara ini. Penelitian operasional yang lebih nyata dan berorientasi tempat yang bersangkutan diperlukan untuk meningkatkan IPT sebagai intervensi terhadap kesehatan masyarakat yang dapat dilaksanakan di Etiopia.”

Tetapi rontgen dada tidak diperlukan dalam program di Botswana. Oleh karena itu apakah tindakan di situ cukup aman?

Hasil penelitian IPT di Botswana yang dipresentasikan awal tahun ini pada CROI memberi kesan bahwa penghitungan yang saat ini dipakai di Botswana tanpa rontgen tidak menemukan lebih banyak kasus penyakit paru aktif dibandingkan dugaan yang semula.

Dari sejumlah 4.328 orang dewasa yang diskriming, 2.608 pasien yang tidak bergejala (dan oleh karena itu mungkin memenuhi kriteria untuk IPT) sudah melakukan rontgen dada. 12 persen (305 peserta) dari jumlah ini memiliki hasil rontgen dada yang tidak normal dibandingkan dengan empat persen yang dilaporkan dari penelitian perdana sebelumnya, 31 (10 persen) di antaranya ditemukan mempunyai TB aktif, maka secara keseluruhan, 1,2 persen peserta yang tidak bergejala mungkin sesungguhnya mempunyai penyakit paru aktif (Samandari). Tetapi, hal ini menyisakan 38 persen orang dengan hasil rontgen dada yang tidak normal yang tidak pernah kembali untuk pemeriksaan lebih lanjut dan yang mangkir. Oleh karena itu 31 dari 190 (17 persen) di antara mereka dengan hasil rontgen dadanya yang tidak normal yang kembali didiagnosis dengan TB, dan jumlah kasus TB aktif yang terlewatkan mungkin lebih banyak.

Harus dicatat dalam program IPT, dua persen peserta yang tidak menyelesaikan dengan alasan yang diketahui adalah karena pengembangan TB aktif.

Walaupun persentasenya tampak kecil, dampak pada kesehatan masyarakat akibat kurang diobati proporsi kasus TB aktif yang kecil tetapi mungkin bermakna adalah kurang jelas saat ini. Dapat dicatat, dalam penelitian CDC, 72 dari mereka dengan hasil rontgen dada yang tidak normal diketahui sudah memulai pengobatan IPT enam bulan. Empat di antaranya mengembangkan TB aktif, satu mempunyai isolat TB mono-resistan terhadap isoniazid.

Mungkin tidak terlalu sulit untuk mengobati kasus ini – asal mereka ditemukan cukup dini. Paling tidak [satu penelitian](#) sudah menemukan bahwa pasien yang mengembangkan TB paru saat memakai IPT menanggapi pengobatan TB selanjutnya dengan baik (Mtei).

Menyertakan rontgen dada di tempat yang menyediakannya dapat mengurangi kemungkinan pengobatan penyakit aktif secara tidak optimal. Rontgen dada pasti dimasukkan dalam penghitungan pada proyek penelitian CREATE .

Tetapi mewajibkan rontgen dada sebagai bagian dari algoritme skrining penyakit aktif pada setiap pasien akan meningkatkan biaya program ini secara bermakna – dan secara logistik hal ini tidak mungkin dilakukan di rangkaian perifer.

“Rontgen dada tidak dapat dijangkau oleh kebanyakan Odha yang mungkin dapat memperoleh manfaat IPT di Afrika sub-Sahara, maka mewajibkan rontgen dada sebagai bagian dari algoritme akan

menghilangkan akses terhadap intervensi pencegahan penyakit dan mungkin kematian” dikatakan oleh Dr. Kevin De Cock, Direktur Departemen HIV/AIDS WHO.

Paling tidak satu penelitian pada konferensi World Lung Health memberi kesan bahwa melakukan rontgen dada membuat IPT kurang efektif biaya dibandingkan temuan kasus secara intensif (bila kasus sering didiagnosis hanya dengan mikroskopi) (Sutton). Seorang pembicara menunjukkan bahwa apa yang dapat dideteksi oleh rontgen adalah tergantung pada pengamat hasil rontgen tersebut: petugas klinik yang mengetahui bahwa pasien mempunyai gejala TB lebih cenderung melihat (atau menduga) bukti TB pada hasil rontgen dibandingkan peneliti yang tidak berada di tempat tersebut (Tamhane).

Di lain pihak, mungkin kita harus berpikir di luar kebiasaan dan mencoba memperbaiki akses hasil rontgen dada di sistem kesehatan tingkat yang lebih perifer di Afrika? Apabila dana dapat diperoleh untuk meningkatkan fasilitas laboratorium, mengapa tidak dengan rontgen dada? Alat kecil yang murah sudah dikembangkan, dan perawat dapat dilatih untuk membedakan antara rontgen dada yang normal dan tidak. Orang dengan hasil rontgen dada normal dapat diberi IPT sementara yang lain dirujuk untuk penyelidikan lebih mendalam. Hal ini akan menambah manfaat yang mengarah pada lebih banyak diagnosis TB.

Tetapi Dr. Tony Harries di Malawi tidak yakin hal ini dapat berhasil.

“Saya tidak yakin dengan pendekatan ini. Cara ini mahal dan tanpa pemeliharaan alat yang murah ini mungkin akan segera diabaikan, tidak dipakai lagi begitu ada kerusakan kecil,” dia mengatakan.

“Dengan rontgen dada berukuran normal dan petugas klinis yang cukup kompeten, kami mendapat interpretasi yang sangat beragam – kami sudah mencobanya beberapa tahun lalu di Malawi! Perawat umumnya tidak terbiasa membaca hasil rontgen dada, maka saya menduga akan ada interpretasi yang beragam tinggi dihasilkan oleh para petugas ini. Akhirnya, sudah sangat dikenal bahwa sebagian pasien Odha, dengan penekanan kekebalan dan TB yang dibuktikan dengan biakan mempunyai rontgen dada yang benar-benar normal - hingga 20 persen. Maka, mempunyai hasil rontgen dada normal tidak mengesampingkan TB aktif!”

Bagaimana bila mengesampingkan TB BTA– dan TB luar paru?

Tetapi alat skrining ini kebanyakan berfokus pada penyakit paru tipikal, sementara banyak Odha mengembangkan bentuk penyakit yang kurang mudah didiagnosis yang tidak selalu dapat diskruining dengan penilaian gejala penyakit paru. Bahkan, pengobatan isoniazid dalam kasus serupa ini akan menunda diagnosis dengan cara penekanan sebagian infeksi.

“Pendapat saya adalah bahwa pesan ini harus sederhana – hanya pasien yang SEHAT boleh diberi IPT. Pasien yang sakit (baru kehilangan berat badan, gejala resam, segala kelainan fungsi sehari-hari) tidak boleh diberi IPT. Lebih baik menunda dan meneliti serta dan/atau memantau pasien tersebut terhadap TB – mudah-mudahan hal ini dapat mencegah pasien TB BTA-negatif atau luar paru memakai IPT,” dikatakan oleh Dr. Graeme Meintjes dari GF Jooste Hospital di Cape Town, Afrika Selatan.

“Pesan lain adalah bahwa tidak pernah ada desakan untuk memulai IPT... apabila pasien mungkin mempunyai TB tetapi kita tidak tahu pasti, lebih baik menunggu dan menyelidiki. Apabila mereka benar-benar mempunyai TB, hal ini akan terungkap dengan sendirinya pada tiga bulan yang akan datang pada Odha dengan jumlah CD4 rendah, kemudian harus diberi pengobatan TB dan bukan IPT.”

“Saya cemas bahwa apabila kita tidak menyampaikan pesan ini secara jelas maka pelaksanaan di rangkaian pasien dengan TB aktif yang tidak dikenali akan diberi IPT dengan efek samping pada pasien dan program tersebut,” dia mengatakan.

Resistensi

Pakar lain juga prihatin tentang resistansi, khususnya dipandang krisis TB-MDR/XDR

“Dalam analisis kohort MDR. di tempat kami, enam dari 140 pasien pernah memakai IPT. Keenam pasien tersebut mengembangkan TB-MDR. dalam setahun setelah menyelesaikan pengobatan IPT,” dikatakan oleh Dr. Alistair Calver dari AngloGold Ashanti Health (tergabung dengan industri pertambangan di Afrika Selatan) selama sesi tanya jawab setelah presentasi Motsamai. “Saya prihatin

dengan jumlah mangkir dari pengobatan IPT yang tinggi di Botswana – yang mungkin juga memicu epidemi MDR.”

Tetapi Dr. Alison Grant, yang bekerja dengan para penambang dan juga dalam proyek TB di Thibela, berpendapat bahwa hal ini adalah bukti secara tidak langsung, karena para penambang mungkin baru terinfeksi dengan TB yang MDR.

Program HIV seharusnya tidak terlalu mengabaikan risiko resistansi, dan kemungkinan dampaknya – tetapi dari sisi lain, peluncuran IPT tidak boleh dihentikan oleh pendapat ini.

Botswana adalah yang paling berpengalaman dengan hal ini. Negara ini sudah melakukan penelitian sejak 1996. Waktu itu resistansi isoniazid di antara pasien baru adalah 1,6 persen, yang meningkat menjadi 4,4 persen pada 1999 dan bertahan stabil (pada 4,5 persen) pada 2002 (sesungguhnya mengurangi kasus pengobatan ulang). Resistansi MDR. pada 2002 adalah 0,8 persen di antara pasien baru. Penilaian ini akan selesai Maret 2008.

“Sesungguhnya mereka sudah melakukan tindakan pemantauan secara tepat untuk melihat bagaimana program ini berdampak pada resistansi di negara tersebut,” Dr. Wells mengatakan.

Kepatuhan

Tingkat penyelesaian 27 persen di Botswana adalah masih sangat jauh dari tingkat penyelesaian 70 persen sebagaimana dilaporkan dalam penelitian percobaan. Hal ini lebih sejalan dengan kepatuhan yang buruk yang terlihat dalam ProTest, prakarsa paket perawatan yang menggabungkan IPT dengan konseling dan tes HIV di Afrika Selatan, Zambia dan Malawi, dengan kepatuhan yang berkisar mulai 24 hingga 59 persen di seluruh proyek.

Tetapi sebagaimana dicatat sebelumnya, uji coba sederhana yang besar terhadap IPT di Botswana memiliki tingkat penyelesaian yang sangat tinggi yaitu 94 persen (di antaranya 1.893 yang tidak berhenti karena alasan lain) (Chengeta). Berdasarkan data hitungan pil, 90 persen peserta memakai 80 persen pil atau lebih. Satu hal yang tampaknya mendorong para peserta – mereka diberi hadiah kecil, misalnya cangkir kopi dengan hiasan zebra menari apabila mereka berhasil menyelesaikan pengobatan IPT.

Setelah melakukan diskusi kelompok fokus untuk membahas imbalan yang pantas, proyek TB di Thibela juga menerapkan strategi ini, dengan menawarkan berbagai hadiah misalnya kaos, topi, botol air dan gantungan kunci (Coetzee). Sebagai tambahan, proyek ini melakukan pendidikan untuk peserta, individu dan kelompok dukungan sebaya.

“Saya menduga ada perlawanan di golongan akar rumput dan prihatin mengenai menjadi pemicu MDR. tetapi saya kira hal ini dapat diatasi,” dikatakan oleh Dr. Venter di Afrika Selatan. “Kami baru saja menganalisis kohort kami di pusat kota Johannesburg, dan 94 persen di antara yang memulai ART adalah pengguna kotrimoksazol. Oleh karena itu mendorong pekerja kesehatan untuk memberi profilaksis adalah mungkin, dengan pelatihan yang memadai.”

“Salah satu masalah besar kami adalah karena kami tidak berhasil mempertahankan mereka yang CD4-nya baik dalam perawatan – program yang paling diminati [pendidikan pasien] dalam kebanyakan kasus adalah kosong, dan pasien merasa hanya memperoleh sedikit manfaat (yang memang benar). Kita harus memperbaikinya, sehingga skrining TB dan penentuan stadium secara rutin dapat dilakukan. Sebaliknya, menyediakan isoniazid lebih memungkinkan pasien ini bertahan dalam perawatan, karena mereka benar-benar menerima pengobatan melampaui ceramah tentang dasar kesehatan yang tidak terbukti setelah duduk menunggu giliran yang panjang di klinik primer,” dia mengatakan.

Di mana menempatkan program IPT

Secara alami hal ini menimbulkan masalah tentang di mana program IPT seharusnya ditempatkan. Dalam surat edaran TB/HIV terbaru, Dr. Mario Raviglione, Direktur WHO Departemen Stop TB, Geneva, Swiss, menganjurkan ditematkannya di departemen HIV/AIDS. “Saya sangat yakin bahwa IPT tidak akan berkembang dan terjangkau oleh mereka yang membutuhkannya kecuali apabila ditangani oleh mereka yang memberi layanan pada Odha: mulai dari tes dan konseling secara sukarela (VCT) dan klinik ARV hingga layanan perawatan primer secara umum. Oleh karena itu, kunci terpenting dalam langkah

yang strategis harus termasuk unsur sektor kesehatan pemberi layanan HIV dan perawatan primer untuk sepenuhnya terlibat dalam penerapan IPT.”

“Demikianlah pandangan saya sebagai dokter HIV, bahwa secara menyeluruh hal ini tepat dan alami dalam perawatan HIV dan demikianlah pendapat saya tentang bagaimana kita harus melakukannya,” Dr. Grant mengatakan. “Sangat jelas ada masalah karena program pengendalian TB tidak bersedia mengeluarkan isoniazid untuk tujuan ini. Saya kira jelas bahwa hal tersebut harus dibahas di tingkat yang lebih tinggi untuk mencoba mendorong orang dan meyakinkan mereka bahwa hal ini tidak akan menimbulkan malapetaka pada program pengendalian TB mereka. Saya kira ini adalah bagian dari perawatan HIV dan ini adalah cara yang seharusnya dilakukan karena kami sudah berada di tempat yang tepat. Kami mempunyai orang yang datang untuk diskriminasi terhadap TB dan apabila mereka tidak mempunyai TB, mereka berada dalam posisi yang sempurna untuk memakai IPT. Ini adalah kerja sama yang alami.”

Tetapi, Dr. Halima Dawood dari Rumah Sakit Edendale di KwaZulu Natal khawatir tentang kemampuan program untuk mendukung begitu banyak pasien yang “sehat”.

“Pertama, saya berpendapat bahwa kita perlu memperbaiki angka penyembuhan dan penghentian kita ke tingkat yang lebih sempurna sebelum memakai IPT, walaupun intervensi sangat bermanfaat di rangkaian di Afrika Selatan. Tetapi saya khawatir mengenai tindak lanjut yang diperlukan terhadap IPT, karena program ARV yang sekarang sudah kewalahan sehingga sudah dipikirkan untuk memperpanjang interval masa pemantauan. Saya tidak yakin apabila program ini dapat didukung oleh dokter di masa yang akan datang. Kita harus mulai memikirkan secara lateral dan melibatkan komunitas dalam penatalaksanaan HIV/AIDS/TB lebih banyak lagi,” dia mengatakan.

Ironisnya, program HIV belum ada ketika program IPT dirancang di Botswana. Tentu saja, hanya administrasinya saja yang ditempatkan di TB di Botswana. Pengirimannya diberikan melalui perawatan umum. Tetapi apakah memindahkannya ke program HIV akan meningkatkan penggunaannya?

Dr. Wells berpendapat bahwa lebih tepat apabila IPT berada dalam program TB di Botswana:

“Ironisnya, saya berpendapat bahwa adalah keputusan yang tepat untuk menempatkannya dalam program TB karena sejak saat itu – khususnya dengan ditemukannya XDR. dan semuanya itu – lebih banyak fokus diberikan kembali pada program TB dan bahwa orang menjadi sadar untuk melakukan semua, karena mereka tidak dapat melakukan satu hal tanpa yang lainnya. Apabila ditinjau kembali, ini adalah langkah yang lebih bijaksana karena program dipadukan dengan lebih baik.”

Dr. Annalies Van Rie berpendapat bahwa akan terjadi masalah dengan IPT yang ditempatkan dalam program mana pun: “Apabila ditempatkan dalam program TB atau program HIV/ART, maka akan selalu menjadi program bertujuan sekunder. Untuk program TB, pengobatan TB adalah tujuan utama, dan untuk klinik HIV/ART, membujuk orang memakai ART dan mempertahankannya adalah tugas yang paling penting.”

Dengan adanya masalah kapasitas di beberapa program HIV, mungkin tidak ada jawaban yang salah atau benar karena model yang berbeda mungkin berhasil di negara lain.

Contohnya, di proyek IPT di Kamboja, mereka menempatkan satu atau dua orang petugas program TB di klinik HIV yang akan melakukan IPT, menurut Dr. Phalkun Chheng. Hal ini justru memperkuat hubungan antara kedua program, dan meningkatkan kapasitas di klinik untuk melakukan penemuan kasus secara intensif atau menatalaksanakannya pasien yang memakai IPT.

“Masing-masing negara harus mengamati kondisinya masing-masing dan kemudian menentukannya,” Dr. Riita Dlodlo dari Zimbabwe mengatakan. “Jelas bukan program yang terpisah secara vertikal, tetapi perlu disepakati antara NTP dan Program Penanggulangan AIDS Nasional.”

Fokusnya harus terhadap kebutuhan komunitas dan Odha untuk mencegah TB – bukan sekadar program saja. Program TB dan HIV perlu bekerja sama untuk menentukan bagaimana memberi IPT dengan cara yang masuk akal bagi pasien dan komunitas dan kemudian mempersiapkan logistik sesuai program.

“Saat ini IPT ditujukan bagi Odha yang sehat dan tidak memerlukan ART. Sebenarnya ini adalah orang-orang yang khusus, diberi tahu bahwa mereka mempunyai HIV, sehat dan diminta datang kembali di lain

hari. Mungkin mereka dianggap sebagai beban dari sistem, karena mereka menghabiskan waktu dan tempat dari mereka lain sungguh-sungguh memerlukan perawatan,” Dr. Van Rie mengatakan. “Kita harus mengadvokasi layanan yang lebih baik untuk Odha yang tidak membutuhkan ART. Mereka membutuhkan konseling tentang pencegahan dan bagaimana bertahan sehat. IPT (dan kotrimoksazol) cocok di rangkaian ini, mungkin secara umum juga di klinik rawat jalan primer.”

Penerapan bertahap untuk calon IPT terbaik

Dengan mentargetkan pada yang sehat saja, sebagaimana disarankan oleh Dr. Meintjes, atau Odha dengan jumlah CD4 lebih tinggi, risiko pengobatan TB subklinis juga jauh lebih rendah. Tetapi pendapat lain mengatakan bahwa pendekatan ini mungkin tidak akan memberi IPT kepada pasien yang seharusnya memperoleh manfaat terbesarnya (orang dengan jumlah CD4 lebih rendah lebih berisiko terhadap TB). Namun, dengan cara apapun, dimungkinkan untuk melakukan penerapan IPT secara bertahap dengan mentargetkan pada satu populasi di saat tertentu.

“Beberapa dokter berpendapat bahwa mungkin kita harus memberi IPT hanya pada Odha yang CD4-nya tinggi,” seorang dokter dari Kampala, Uganda, mengatakan sesuai presentasi Motsamai. “Tetapi pendapat lain adalah untuk memberikannya pada mereka yang CD4-nya rendah, memberi IPT bersamaan dengan ARV. Dengan cara ini, apabila mereka memakai ART dan IPT, mereka ditindaklanjuti secara cermat sehingga apabila mereka mengalami TB aktif lebih mungkin untuk diketahui, dibandingkan dengan orang yang agak sehat dan diberi pengobatan namun tidak menyelesaikannya serta cenderung tidak terdiagnosis terhadap TB aktif karena tindak lanjut yang lemah.”

“Di Malawi, kami mempertimbangkan menggabungkan IPT dengan ART tetapi hal ini perlu dipertimbangkan secara hati-hati, khususnya karena banyak pasien kami yang mengalami demam yang tidak dapat dijelaskan dan kehilangan berat badan mungkin tidak terdiagnosis TB,” Dr. Tony Harries mengatakan. Tetapi dia menambahkan, “kami berencana mencoba meningkatkan IPT dalam kaitannya dengan pencegahan penularan HIV dari ibu-ke-bayi (PMTCT) karena sebagian besar perempuan Odha mengalami penyakit HIV Stadium 1 sehingga ketakutan untuk memberi pasien monoterapi TB subklinis lebih rendah secara bermakna.”

Perempuan hamil sering tidak dilibatkan dalam program IPT. Penelitian yang [baru-baru ini diterbitkan](#) di India memberi kesan bahwa perempuan hamil mungkin mempunyai kebutuhan besar terhadap terapi pencegahan TB yang tidak terpenuhi dan kita harus memikirkan kembali bagaimana menangani perempuan hamil/kehamilan dalam program ini.

Anak dengan HIV juga harus dipertimbangkan. “Untuk anak-anak, kita harus mampu mendiagnosis TB anak,” dikatakan oleh Dr. Mark Cotton dari Rumah Sakit Tygerberg. Mengesampingkan penyakit aktif pada anak bahkan lebih menantang (lihat [HATIP 32](#)).

Tetapi Dr. Cotton memandang IPT sebagai tawaran kesempatan untuk memperbaiki perawatan ibu-anak secara menyeluruh. “Ini dapat dijadikan kesempatan untuk memperbaiki diagnosis TB sebagai latihan persiapan. Hal ini harus dilaksanakan secara bersamaan dengan diagnosis HIV lebih dini, akses ART lebih dini dan skrining TB pada perempuan hamil.”

Daftar yang terpisah atau terpadu

Akhirnya, dengan adanya masalah pencatatan, bukanlah lebih masuk akal apabila menggabungkan daftar IPT dengan daftar TB atau pra-ART/ART? Dr. Wells tidak yakin apakah akan membawa banyak perbedaan di Botswana, karena buruknya mutu pelaporan data terkait data TB keseluruhan.

“Adalah sungguh penting untuk menghubungkan daftar kasus TB karena apa yang ingin kita ketahui adalah: berapa banyak kasus TB yang kita lihat di antara orang yang sudah memakai IPT?” dia menambahkan.

Tetapi, yang lain berpikir bahwa memiliki terlalu banyak daftar akan menimbulkan masalah yang tidak terelakan.

“Daftar adalah seperti jamur, kita harus membasminya,” Dr. Reuben Granich dari WHO mengatakan. “Kemungkinan keberhasilannya adalah kunci dan harus terus diingat – setiap daftar baru yang kita terapkan berpotensi menjadi bencana.”

“Tidak ada waktu untuk mengisi daftar yang terpisah di negara di Afrika sub-Sahara yang hanya memiliki kurang lebih sepersepuluh petugas kesehatan yang mereka butuhkan,” Dr. Dlodlo mengatakan.

“Memadukannya dengan daftar pra-ART dan ART. Dan untuk mengutip Dr. Antony Harries, buat secara sederhana, sederhana, sederhana!”

Bergerak maju dengan pesan sederhana

Memang, membuat yang sederhana jelas adalah tujuan kelompok inti Core Group of the TB/HIV Working Group of the Stop TB Partnership.

“Mempercepat penerapan IPT adalah salah satu prakarsa besar dari HIV/TB Working Group of the STOP TB partnership,” dikatakan oleh Dr. Diane Havlir, yang bertindak sebagai ketua kelompok.

“Menghentikan IPT, sebuah intervensi yang dapat mencegah penyebab utama kematian Odha berdasarkan laporan di Botswana, tidak dapat dibenarkan, dan tentunya bukan terbaik untuk kepentingan kesehatan individu atau masyarakat. Serupa dengan ART, IPT mempunyai tantangan yang dapat diatasi dan akan ditangani berdasarkan pengalaman program dan penelitian operasional.”

“Salah satu yang perlu diupayakan adalah memastikan kita dapat membentuk sistem yang mampu mengesampingkan TB aktif, mampu mendiagnosis TB aktif agar orang dapat menerima pengobatan yang tepat. Apabila orang yang HIV-positif di wilayah dengan beban HIV yang tinggi tidak mempunyai TB aktif, maka mereka adalah calon IPT dan mereka harus diberi kesempatan untuk memakainya – hal ini dapat menyelamatkan nyawa mereka dan mencegahnya terhadap TB,” dikatakan oleh Mark Harrington, direktur eksekutif untuk Treatment Action Group. “Ini adalah himbuan untuk mempersenjatai...dan ini menjadi pesan yang terus disampaikan bersamaan dengan kelompok kerja Stop TB.”

Memahami apa yang kita ketahui sekarang tentang pelaksanaan intervensi kesehatan masyarakat skala besar untuk Odha di negara terbatas sumber daya, seharusnya kita dapat mengambil contoh yang dikembangkan di Botswana, mengambil sebagian yang berhasil baik, dan memperbaikinya dengan sungguh-sungguh.

“Hal ini dapat dilakukan. IPT tidak lebih rumit dibandingkan banyak program lain yang sudah berhasil kita laksanakan,” Dr. Granich mengatakan.

Tantangan teknis dan logistik dapat diatasi, tetapi program HIV dan TB harus terlibat secara bersamaan untuk menentukan bagaimana melaksanakannya.

“WHO juga mendorong ini dan kami sungguh ingin bekerja secara ilmiah dan terencana dalam layanan IPT pada Odha,” Dr. Granich mengatakan .

“Dugaan saya adalah bahwa penggunaan IPT secara luas hanya dapat terlaksana melalui kerja sama yang erat antara program AIDS dan TB,” dikatakan oleh Paul Nunn, Koordinator TB/HIV dan Drug Resistance for the Stop TB Department of WHO.

“Pandangan saya adalah bahwa tempat terbaik untuk memulai adalah di klinik ART, karena di sana kita memiliki prasarana untuk menentukan siapa yang sungguh memerlukannya dan memantau mereka. Kemudian sebagaimana layanan ART mulai beralih ke klinik perifer, IPT dapat diberikan bersama-sama. Dengan mengemas layanan bersama secara kreatif, seharusnya dimungkinkan untuk mempertahankan lebih banyak orang dalam perawatan dan memakai IPT, memprioritaskan keamanan dan masalah resistansi obat, serta mengurangi beban penyakit TB secara keseluruhan di antara Odha dan keluarganya.”

Di tingkat kebijakan, adalah penting untuk memastikan akses isoniazid pada stakeholder HIV dan penyedia layanan melalui sistem yang ada saat ini, misalnya Global Drug Facility, dan juga melalui kesepakatan di tingkat nasional antara kedua program. Di banyak negara, program TB nasional mempunyai kuasa penuh terhadap pembelian dan penyebaran isoniazid yang dapat menghambat penggunaannya oleh penyedia layanan HIV.

Hal ini mungkin merupakan kepentingan terbaik untuk Odha yang lebih mungkin meninggal karena TB dibandingkan penyakit lain.

Sementara itu, mungkin program harus memikirkan penerapan secara bertahap – mungkin pertama memulai pada orang yang lebih sehat dengan jumlah CD4 lebih tinggi sebelum beralih ke pasien dengan penyakit lebih lanjut yang lebih sulit untuk mengesampingkan penyakit aktif – atau barangkali dimulai pada orang yang memakai ART yang lebih mudah dipantau. Dengan cara yang mana pun, ini akan memungkinkan program untuk terlebih dahulu mengatasi masalah logistik, mendapatkan pengalaman lalu menentukan bagaimana menyediakan layanan ini kepada populasi lain secara lebih efektif.

Tetapi kita tidak harus menerima masalah mangkir yang tinggi atau kemungkinan risiko penyalahgunaan obat yang penting. Hari ini, kita harus mampu melakukan dengan lebih baik.

Ada model berbasis komunitas yang berhasil yang mampu mencapai tingkat melek pengobatan yang tinggi, dan menyediakan dukungan kepatuhan sehingga mempertahankan pasien dalam perawatan. IPT harus dikemas dengan sesuatu yang memberi tambahan insentif sehingga orang bertahan memakai pengobatan, mungkin dengan memadukan antara IPT dengan layanan lain yang sungguh *diinginkan* oleh Odha dan komunitasnya. Tentu, hal ini membutuhkan keterlibatan Odha dan komunitasnya ketika merancang program ini.

Tetapi dengan mengemas layanan bersama ini secara kreatif, seharusnya dapat mempertahankan orang dalam perawatan dan memakai IPT, memprioritaskan keamanan dan masalah resistansi obat, bahkan menyelamatkan lebih banyak jiwa serta mengurangi beban penyakit TB secara keseluruhan di antara Odha dan keluarganya.

Referensi

- Motsamai OI. Isoniazid preventive therapy (IPT): Botswana experience. Stop TB Symposium, Cape Town, 2007.
- International Union Against Tuberculosis Committee on Prophylaxis. Efficacy of various durations of isoniazid preventive therapy for tuberculosis: five years of follow-up in the IUAT trial. Bulletin of the World Health Organization. 60: (4) 555-564, 1982.
- Woldehanna S, Volmink J. Treatment of latent tuberculosis infection in HIV infected persons. Cochrane Database Syst Rev. (1): CD000171, 2004.
- Churchyard GJ et al. Efficacy of secondary isoniazid preventive therapy (IPT) among HIV-infected Southern Africans: time to change policy? AIDS 17: 2063-2070, 2003.
- Golub JE et al. The impact of antiretroviral therapy and isoniazid preventive therapy on tuberculosis incidence in HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil. AIDS 21: 1441-1448, 2007.
- Cobelens FG et al. Tuberculin skin testing in patients with HIV infection: limited benefit of reduced cutoff values. Clinical Infectious Diseases. 43: 634-639, 2006.
- Quigley MA et al. Long-term effect of preventive therapy for tuberculosis in a cohort of HIV-infected Zambian adults. AIDS 15(2): 215-222, 2001.
- Johnson JL, et al. Duration of efficacy of treatment of latent tuberculosis infection in HIV-infected adults. AIDS 15: 2137-2147, 2001.
- Riska N. Hepatitis cases in Isoniazid treated groups and in a control group. Bulletin of the International Union Against Tuberculosis, 51:203-207, 1976.
- American Thoracic Society and Centers for Disease Control and Prevention. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. Am J Respir Crit Care Med 161 :S221-S247, 2000.
- Nolan CM, Goldberg SV, Buskin SE. Hepatotoxicity associated with isoniazid preventive therapy: a seven year survey from a public health clinic. JAMA 281: 1014-1018, 1999.
- Eldred L et al. Lack of hepatotoxicity in patients on isoniazid preventive therapy (IPT) and antiretroviral therapy (ART). 38th World Lung Health Conference, Cape Town, abstract TS-71788-10, 2007.
- Mngadi K et al. Adverse event experience in workplace settings with widespread isoniazid preventative therapy. 38th World Lung Health Conference, Cape Town, abstract PS-71835-10, 2007.
- Nyirenda S et al. Isoniazid-associated hepatitis in people living with HIV (PLWH) during TB prophylactic therapy (IPT) – Botswana. 38th World Lung Health Conference, Cape Town, abstract PS-72134-11, 2007.
- Popane F et al. Reasons for ineligibility for a community-wide isoniazid preventative therapy study. 38th World Lung Health Conference, Cape Town, abstract PS-72071-11, 2007.

HATIP 96-2: Isoniazid terapi pencegah TB pada Odha: hambatan penerapan nasional

Grant AD et al. Effect of routine isoniazid preventive therapy on tuberculosis incidence among HIV-infected men in South Africa: a novel randomized incremental recruitment study. *JAMA* 293: 2719-2725, 2005.

Coetzee L et al. Interpreting good clinical practice for a community study. 38th World Lung Health Conference, Cape Town, abstract PS-71930-11, 2007.

Durovni B. Implementing isoniazid preventive therapy for people living with HIV: overcoming the barriers – perspective of the HIV programme. Stop TB Symposium, Cape Town, 2007.

Sutton BS et al. Cost-effectiveness of treatment for isoniazid preventive therapy among HIV-infected patients in Battambang, Cambodia. 38th World Lung Health Conference, Cape Town, abstract PS-71480-10, 2007.

Tamhane A et al. Inter-reader agreement for chest X-ray readings in HIV-infected pulmonary tuberculosis suspects, Battambang, Cambodia. 38th World Lung Health Conference, Cape Town, abstract PS-71464-11, 2007.

Mosimaneotsile B et al. Value of chest radiography in a tuberculosis prevention programme for HIV-infected people, Botswana. *Lancet* 362: 1551-1552, 2003.

Mtei L et al. High rates of clinical and subclinical tuberculosis among HIV-infected ambulatory subjects in Tanzania. *Clinical Infectious Diseases* 40(10): 1500-1507, 2005.

Chengeta B et al. Adherence to isoniazid TB preventive therapy (IPT) among people living with HIV (PLWH), Botswana, 2004-2006. 38th World Lung Health Conference, Cape Town abstract PS-72129-11, 2007.

WHO global tuberculosis programme/UNAIDS. Policy statement on preventive therapy against tuberculosis in people living with HIV. Report of a meeting held in Geneva, 18-20 February 1998. *Weekly Epidemiological Record*, 74(46): 385-400, 1999.

Getahun H, Van Gorkom J, Harries A, Harrington M, Nunn P, Perriens J, et al. Interim policy on collaborative TB/HIV activities. Geneva, Switzerland. Stop TB Department and Department of HIV/AIDS. World Health Organization 2004.

* Global TB/HIV Working Group (Kelompok Kerja Globa TB/HIV) adalah salah satu dari tujuh kelompok kerja dalam Stop TB Partnership terbentuk pada 2001 untuk mengkoordinasikan tanggapa global terhadap epidemi ganda TB dan HIV. Core Group (Kelompok Initi) adalah badan pembuat keputusan yang menetapkan arah strategis Kelompok Kerja dan membuat usulan mengenai tanggapan global terhadap epidemi koinfeksi TB dan HIV.

Artikel asli: [Isoniazid preventive therapy for TB in people with HIV: barriers to national implementation](#)