

# HATIP 105: Penemuan kasus TB yang diperluas: mengembangkan rencana tindakan

Oleh: Theo Smart, 31 Maret 2008

*Artikel ini adalah bagian kedua dari edisi khusus ganda HATIP mengenai penemuan kasus TB yang diperluas (intensified TB case finding) pada orang dengan HIV, didukung oleh StopTB Department WHO.*

## Meningkatkan ICF

“*Intensified TB case finding*” (ICF) adalah suatu kegiatan yang dimaksudkan untuk mendeteksi kasus TB sedini mungkin pada orang yang hidup dengan HIV (Odha). TB kurang didiagnosis pada Odha, dan menjadi penyebab utama kematiannya. ICF sangat didesak oleh WHO, tetapi seperti dikatakan oleh Dr. Haileyesus Getahun dari Stop TB Department WHO, “ada pemisah antara kebijakan dan penerapan.”

Global Plan to Stop TB menganjurkan beberapa langkah untuk menuju dari kebijakan menjadi penerapan, dan beberapa lagi diusulkan pada pertemuan yang didukung oleh [Gates Foundation/WHO/PEPFAR untuk mengembangkan perencanaan yang dipercepat untuk kegiatan kerja sama TB/HIV](#), yang melibatkan para ahli internasional dan pimpinan program HIV dari enam negara sub-Sahara (Kenya, Rwanda, Etiopia, Zambia, Namibia, dan Afrika Selatan), yang dilakukan di Washington DC, AS pada Maret 2007.

- Oleh karena ICF adalah intervensi yang terutama akan dipakai di layanan terkait HIV, program AIDS nasional (NAP) harus bekerja sama dengan program TB nasional (NTP) untuk mengembangkan protokol dan prosedur operasi standar (SOP)
- Harus ada jaminan akses terhadap semua layanan diagnosis TB yang tersedia, termasuk pemeriksaan dahak dengan mikroskop, rontgen dada dan biakan secara cepat untuk terduga TB
- Harus ditentukan target nasional mengenai persentase pasien yang diskriminasi dan didiagnosis di rangkaian yang berbeda
- Sistem pemantauan dan evaluasi untuk ICF harus dikembangkan untuk mendukung kinerja program
- Sebuah rencana penerapan harus dikembangkan untuk mencapai target, termasuk sumber daya manusia, prasarana fisik, pelatihan staf, dan manajemen pembekalan kesehatan

Pada akhir pertemuan HIV Implementers 2007 di Kigali, Rwanda, beberapa negara Afrika sub-Sahara melaporkan perkembangan menuju penerapan ICF. Tetapi kebanyakan negara masih mempunyai jalan panjang.

“Tampaknya tidak ada satu negara pun yang memenuhi kriteria, yaitu mempunyai SOP, target penemuan kasus nasional, atau sistem pemantauan dan evaluasi model yang baik,” dikatakan Dr. Jay Varma dari CDC AS di Bangkok. “Tetapi satu contoh yang mengesankan adalah India, yang membentuk jaringan ICF yang sangat luas berhubungan dengan pusat VCT-nya, yang melibatkan puluhan ribu pasien.”

“[Program Penanggulangan TB Nasional](#) yang diperbarui (RNTCP) dan Organisasi Penanggulangan AIDS Nasional (NACO) di India mempunyai kebijakan untuk rujukan silang pasien,” Dr. Soumya Swaminathan dari Tuberculosis Research Centre (ICMR) di Chennai, India mengatakan pada HATIP.

“Klien HIV-positif (dan negatif) di pusat VCT sekarang ditanyai secara rutin mengenai gejala TB dan dirujuk ke pusat mikroskopi terdekat untuk diagnosis. Hal ini mengakibatkan peningkatan yang bermakna pada penemuan kasus TB (kurang lebih 5% pasien TB di negara ini adalah mereka yang dirujuk dari pusat VCT). Yang belum terbentuk adalah melacak TB secara terus-menerus di klinik ART dan tempat lain yang memantau Odha. Belum ada protokol untuk hal ini.”

Tetapi pemaduan ICF dalam VCT di India (dan skala penerapan ini begitu hebat) dapat memberi model untuk peluasan pada sarana kesehatan lain.

## ICF melalui pusat VCT di India

“Hal ini bukan masalah penelitian. Ini adalah cerita peningkatan di seluruh negara dalam skala besar,” dikatakan Dr. Puneet Dewan dari WHO kantor wilayah Asia Tenggara, yang menggambarkan

peningkatan pada program ICF untuk TB dalam pusat VCT di India dalam simposium di Union World Conference on Lung Health (UWCLH) pada November 2007.

Program ICF dimulai pada 2003, dengan proyek percobaan di lima pusat di empat distrik dalam negara bagian Maharashtra. Alat skrining TB berdasarkan gejala dikembangkan di sana. Konselor dilatih untuk memakai angket sederhana yang menanyakan apakah orang yang mengunjungi klinik VCT batuk lebih dari tiga minggu, atau demam, kehilangan berat badan, keringat malam, pembengkakan di leher dan ketiak dengan alasan tidak jelas. Mekanisme rujukan, dan aspek operasional seperti pelatihan, catatan dan laporan juga dikembangkan pada waktu ini.

Percobaan berjalan baik, dan oleh karena itu proyek ditingkatkan pada jaringan VCT pada 2005. Waktunya cocok, karena antara 2004 dan 2006, jumlah pusat VCT ditingkatkan empat kali lipat di India (menjadi lebih dari 4.000). Penerimaan skrining di pusat VCT terus meningkat, dengan 74% melaporkan kliennya diskriminasi pada triwulan kedua 2007.

Dr. Dewan meninjau kembali beberapa unsur penting yang menghasilkan program.

“Pelatihan adalah upaya yang sangat besar,” dikatakan Dr. Dewan. Program sudah melatih lebih dari 20.000 petugas medis, lebih dari 3.300 konselor VCT dan lebih dari 2.000 staf program TB.

Tetapi hal ini juga mempunyai kerugian. “Seperti supertanker. Tidak mudah membelok, sehingga perubahan kecil pada algoritme skrining gejala didorong oleh usulan dari luar, bukan sesuatu yang ingin dilakukan oleh program.”

Setelah skrining, “bila pasien adalah terduga dengan gejala, dia dirujuk ke pusat mikroskopi, yang bukan pusat berdiri sendiri, tetapi umumnya di dalam pusat kesehatan yang sama,” dikatakan Dr. Dewan. “Program memakai formulir rujukan rutin yang dipakai di seluruh sistem kesehatan, sehingga tidak ada formulir baru.”

Kemudian konselor mencatat rujukan pada daftar baris. Pada akhir bulan, daftar ini diberikan pada staf program TB yang melihat catatan program TB, daftar laboratorium, daftar TB, sehingga mengetahui bahwa pasien sudah menyelesaikan rujukan, dievaluasi, didiagnosis TB, dan mulai terapi.

Kemudian informasi ini diberikan kembali pada konselor yang memadukan informasi tersebut pada laporan HIV VCT TB/HIV bulanan. Status HIV klien yang dirujuk tidak diberikan ke program TB, karena hanya diketahui oleh konselor, yang kemudian menyusun data berdasarkan status HIV saat dia membuat laporan akhir keseluruhan.

Antara Januari 2006 dan Juni 2007, pusat VCT mengetes lebih dari 860.000 orang dengan HIV, dan lebih dari 2.350.000 orang yang dites HIV-negatif. Lima persen Odha (kurang lebih 43.000) dan 2,7% orang HIV-negatif (hampir 63.000) kemudian dirujuk untuk diagnosis TB. Satu dari lima orang yang dirujuk didiagnosis TB, dan hampir 18.000 mulai terapi TB.

Satu aspek lain dari program India adalah program TB masih tampak sebagai pendorong utama dalam proses di India, karena mempunyai kemampuan manajemen program yang lebih tinggi. Contohnya, menurut Dr. Dewan, pemimpin program TB lokal bertanggung jawab untuk melatih semua staf yang terlibat, termasuk staf program HIV, dan pemantauan diumpanbalikkan pada program TB nasional.

Dr. Joseph Odhiambo of CDC/KEMRI mengatakan Program AIDS Nasional di Kenya mulai lebih terlibat dalam kegiatan kerja sama TB/HIV. “Waktu kerja sama TB/HIV mulai di Kenya, kegiatan terutama didorong oleh program TB, tetapi program HIV mulai mengambil kepemilikan ICF. Hal ini akan sangat membantu kerja sama, dan penerapan kegiatan kerja sama.”

## **Daftar tilik mungkin harus disesuaikan untuk beberapa sarana perawatan klinis**

Satu tantangan untuk penerapan yang diketahui oleh Dr. Odhiambo adalah bahwa alat ICF yang berbeda mungkin dibutuhkan pada tingkat perawatan HIV yang berbeda. Misalnya, daftar tilik khusus TB mungkin mudah diterapkan di tempat VCT, tetapi pada sarana layanan kesehatan umum (rumah sakit, puskesmas, dll.) anamnesis dan pemeriksaan fisik harus memperhatikan berbagai macam kondisi yang mungkin.

Penatalaksanaan pasien adalah esensial di sarana klinis. Misalnya, di Afrika Selatan, program [PALSA PLUS](#) sedang diterapkan di seluruh negara pada semua puskesmas yang dipimpin perawat. Pendekatan PALSA PLUS menekankan kebutuhan akan pedoman diagnosis terpadu untuk menghadapi TB tetapi juga mengenal penyakit pernapasan umum lain yang membutuhkan penatalaksanaan (satu versi algoritme dapat didownload [di sini](#)). Setelah segala-galanya itu, pengobatan untuk penyakit pernapasan lain yang dapat berbahaya tidak dapat menunggu diagnosis TB.

## **Ketakutan akan hasil pengobatan yang buruk dan resistansi**

Beberapa program dan pemberi layanan mungkin menerapkan ICF secara lamban karena pedoman penanggulangan TB yang dulu mengusulkan pendekatan yang kurang agresif bila angka penyembuhan adalah rendah.

“Hal ini adalah tantangan yang dasar pada penanggulangan TB. Apakah kami mencoba mencari lebih banyak kasus bila kami tidak dapat menjamin bahwa pasien itu dapat disembuhkan?” dikatakan Dr. Varma.

Jadi apakah ICF hanya harus diterapkan bersamaan dengan DOTS atau setelah mekanisme berdasarkan masyarakat yang dapat diandalkan sudah diterapkan dan target program penanggulangan TB sudah dipenuhi? Bukti dari Zambia memberi kesan bahwa dengan dukungan kepatuhan yang baik, hasil pengobatan tidak lebih buruk pada orang yang ditemukan oleh ICF aktif dibandingkan hasil dari penemuan kasus secara pasif – dengan angka keberhasilan pengobatan 83,8% di antara kasus aktif (walau jumlah kasus rendah) (Nota).

Angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan angka kesembuhan untuk orang dengan TB/HIV yang dilaporkan dalam Global TB Report 2008 (yang masuk menunjukkan angka keberhasilan di atas 50%). “Saya menduga secara kuat bahwa angka kesembuhan di klinik ART akan jauh lebih tinggi dibandingkan angka kesembuhan di klinik TB umum – bila kita mendukung pasien, mereka berhasil sembuh,” dikatakan Dr. Francois Venter dari kelompok Reproductive Health and HIV Research di Universitas Witwatersrand, Johannesburg.

## **Memulai ICF dalam sistem kesehatan yang kewalahan**

Satu tantangan lain adalah untuk memulai ICF dalam sarana klinis yang berlebihan beban, karena staf mungkin akan memandang program apa pun yang baru sebagai “pekerjaan tambahan.”

“Ini kenyataan yang tidak menguntungkan dengan staf yang jenuh, semangat menurun, pelatihan kurang dan tidak ada pemaduan antara layanan HIV dan TB,” dikatakan Dr. Krista Dong, Programme Director iTEACH di Edendale Hospital di KwaZulu Natal pada HATIP.

Baru-baru ini, Dr. Dong dan rekan menerbitkan penilaian operasional pemberian layanan TB/HIV di rumah sakit tersebut, yang melayani kurang lebih satu juta orang berbahasa Zulu, dengan sampai separuhnya HIV-positif (Dong). Mereka menemukan bahwa prosedur penting tidak dilakukan di bangsal, sementara permintaan tes diagnosis TB dilakukan secara sporadis, yang menunjukkan bahwa dokter tidak mempunyai pengetahuan yang seragam mengenai penerapan protokol diagnosis.

Untuk menghadapi masalah ini, rumah sakit itu memperbaiki pelatihan staf, mengembangkan alat referensi yang cepat dan mudah mengenai pedoman perawatan TB/HIV, dan [mengupah kader petugas kesehatan lay yang baru yang disebut “Warrior TB.”](#)

“Warrior TB kami membantu dokter untuk mengambil diagnosis. Warrior itu memastikan ada cangkir dahak dan formulir permintaan di bangsal, sering menanyakan pada dokter apakah mereka mempunyai terduga TB dan menyediakan ‘catatan ronde’ yang kosong pada dokter agar mereka dapat mencatat terduga setelah menyelesaikan rondanya pada sore hari.”

“Mereka pergi ke tempat tidur pasien yang tercantum dalam daftar dengan cangkir dahak dan bila batuknya tidak berdahak, Warrior mengurus induksi dahak. Mereka sendiri membawa dahak ke laboratorium, mengambil hasil (termasuk hasil biakan yang tersedia) setiap hari, dan membawa hasil dahak pada tempat tidur dan menempatkannya di atas rekam pasien.”

“Sebelum kami mulai program Warrior, peliputan mikrobakteriologis TB di rumah sakit adalah di antara yang paling rendah di negara ini; dahak dari hanya 20-30% terduga TB dikirim ke lab,” dikatakan Dr. Dong. “Tetapi hanya beberapa bulan setelah mulai dengan dua orang lay, sekarang kami mempunyai peliputan mikrobakteriologis TB di antara tertinggi di negara.”

Warrior TB menjadi mata rantai antara penemuan kasus umum di bangsal rumah sakit dan diagnosis – dan tim baru saja menerima dana untuk mengupahkan dua Warrior lagi untuk melayani Departemen Medis Pasien Rawat Jalan, dan diharapkan peliputan dapat diperluas pada semua layanan rumah sakit itu.

Program serupa dapat membantu permulaan ICF di sistem kesehatan lain yang kewalahan.

“Kami tidak membutuhkan perawat profesional! Hanya orang yang terlatih dan didukung secara baik – dengan petanggungjawaban,” dikatakan Dr. Dong.

## **Membuat diagnosis: tantangan**

Setelah mengenal terduga, ada risiko yang bermakna bahwa proses akan berhenti di situ. Akan ada banyak pasien yang hilang antara skrining dan diagnosis kecuali mekanisme yang dapat diandalkan diterapkan untuk memastikan terduga TB melakukan rujukan dan kunjungan lanjutan. Mekanisme berdasar masyarakat (untuk lebih lanjut, lihat di bawah) dapat membantu mendukung terduga TB melalui proses ini.

Mengambil dahak di tempat (atau di rumah terduga) adalah pendekatan yang lain, terutama bila klinik lebih nyaman buat pasien, dan memastikan contoh dahak disampaikan ke laboratorium.

“Kami melakukan ini di Kamboja pada 2000: satu contoh dahak diambil pada kunjungan rumah secara berkala,” dikatakan Dr. Michael Kimerling dari Universitas Alabama di Birmingham, AS. “Konsep sederhana, mudah dilakukan, tetapi harus meyakinkan program TB untuk menerima pendekatan ini. Dengan kebijakan WHO yang baru mengenai cukupnya [satu hasil BTA-positif](#), hal ini jauh lebih mungkin dan harus dilakukan.”

Pekerja dalam masyarakat dapat melakukan sebagian kegiatan ini (Peters, Ya Diul), tetapi siapa pun pekerja lay yang terlibat dalam pengambilan dahak harus dilatih mengenai cara melakukannya secara aman (sebuah edisi HATIP nanti akan membahas pengendalian infeksi TB).

Akhirnya adalah penting untuk mengkaitkan hasil dengan pasien. Bahkan di rumah sakit, pasien kadang pulang sebelum hasil diterima dari laboratorium. Oleh karena itu, di Edendale, Warrior TB juga bekerja sebagai pelacak TB. “Saya memerintahkan mereka untuk mengambil dua atau pun tiga nomor HP untuk setiap terduga TB. Tulis rincinya sama seperti itu anggota keluarga Anda yang tidak akan dilacak dan akan meninggal bila Anda tidak mengisi formulir secara benar,” Dr. Dong mengatakan.

## **Prasarana dan sistem laboratorium yang lemah menantang diagnosis**

Beberapa dokter mengkhawatirkan mengenai mengirim contoh atau membuat lebih banyak rujukan untuk diagnosis – terutama berdasarkan gejala tidak khas – bila laboratorium sudah mengalami kesulitan untuk memenuhi permintaan yang ada atau bila tampaknya hampir mustahil untuk membuat diagnosis yang pasti berdasarkan penemuan laboratorium.

Misalnya, Dr. Dong mengatakan bahwa sedikit dokter menyusahkan diri untuk memesan mikroskopi di Edendale “karena hampir mustahil mendapatkan hasil dari satu contoh dahak. Waktu di laboratorium lebih lama daripada waktu rata-rata rawat inap. Oleh karena itu, pasien sudah pulang atau mati sebelum hasil dahak dapat diperoleh.”

Rumah sakit itu sudah berhasil memperbaiki masalah ini secara bermakna, tetapi masih “kami tidak dapat memperoleh hasil tes dahak dalam waktu 24 jam atau kurang. Hanya ada dua teknisi di laboratorium yang melakukan semua tes dahak untuk daerah berpenduduk 900.000 jiwa. Kami membutuhkan staf yang cukup di lab,” katakannya.

“Dalam keadaan dengan layanan diagnosis [misalnya biakan bakteri] benar-benar tidak tersedia, pengobatan empirik harus menjadi pilihan. Namun, program-program TB nasional enggan menerima

pendekatan ini, karena melawan asas strategi DOTS, yaitu diagnosis yang dibakukan,” dikatakan Dr. Varma.

“Saya rasa semua dokter di Afrika bagian selatan memberi terapi empirik, bahkan mungkin untuk mayoritas pasien – sehingga saya mencurigai keraguan mengenai apakah pendekatan yang diperbolehkan ini adalah sia-sia!” Dr. Venter mengatakan pada HATIP.

Oleh karena itu, tidak ada kepastian bahwa mengenal seseorang sebagai terduga TB dapat mengarah pada diagnosis pasti di setiap kasus. Yang dapat dilakukan oleh tim klinis adalah membuat diagnosis sebaik mungkin – dan mengobati. Walau demikian, masyarakat harus melobi untuk kemampuan laboratorium yang cukup untuk mendukung ICF – dan tes cepat dan sederhana yang dapat mendiagnosis TB BTA-negatif pada tempat layanan.

## **Menjangkau melampaui tempat layanan kesehatan**

Sayangnya, banyak orang hanya memanfaatkan layanan kesehatan umum sebagai langkah akhir.

“Di beberapa komunitas [di Kenya], orang tidak mengunjungi sarana kesehatan karena mereka merasa gejala TB berat adalah tanda pertama HIV,” dikatakan oleh Dr. Mukadi Ya Diul dari Family Health International di UWCLH. “Bila mereka batuk terus-menerus, langkah pertamanya adalah untuk mengunjungi dukun untuk mencoba mengetahui apa masalahnya.”

Dr. Ayles memperkirakan bahwa dalam penelitian rumah-ke-rumah yang dia lakukan, kurang dari separuh orang dengan TB benar-benar ke layanan kesehatan.

Di Kenya Barat, “pemantau batuk” menekankan komunitas, dan kemudian pergi rumah-ke-rumah dengan memakai alat skrining gejala yang lebih rumit. Sampai saat ini, mereka sudah menskrining lebih dari 45.000 orang dan hasilnya adalah 4.442 kasus BTA-positif ditemukan dan diobati.

“Kami harus lebih inovatif, kami harus menemukan lebih banyak kasus di luar layanan kesehatan serta juga di dalamnya,” Ayles mengatakan.

“Walaupun masalah teknis seputar ICF untuk TB merupakan tantangan, kami mempunyai pikiran yang lumayan jelas mengenai apa yang dibutuhkan, tetapi pertanyaan yang benar bukan masalah ilmiah tetapi bagaimana merancang pendekatan program yang memerhatikan pasien dan keluarganya,” Dr. Kevin De Cock, Direktur Departemen HIV/AIDS WHO mengatakan pada HATIP.

“Program harus memerhatikan secara serius bagaimana memastikan layanan yang aman dan nyaman buat pasien – zaman mengirim pasien dari layanan ke layanan untuk mencari jawaban dan pengobatan harus diganti dengan upaya terfokus untuk memberi pencegahan, perawatan dan pengobatan berpusat pada pasien. Upaya untuk tes dan memberi perawatan HIV di rumah sudah sangat berhasil dan menunjukkan contoh pemikiran di luar kebiasaan mengenai masalah penting ini.”

## **Mendorong komunitas HIV untuk mendukung kegiatan TB**

Untuk sementara, petugas layanan kesehatan yang terlibat dalam pemberian perawatan untuk Odha harus mulai dengan orang yang duduk pas di depannya. Mendorong program HIV agar menjadi lebih proaktif mengenai TB sudah lama menjadi tantangan, tetapi hal ini berubah sebagaimana semakin banyak orang dari komunitas HIV mendesak penerapan ICF.

“Waktu kami melakukan pertemuan stakeholder pada Mei, rancangan awal pedoman ICF dan alat ICF – alat skrining TB – dipresentasikan bukan oleh program TB tetapi oleh program HIV,” Dr. Odhiambo menceritakan. “Peningkatan pengakuan ini, yaitu bahwa baik program HIV maupun program TB saling tergantung dalam proses ini, adalah penting untuk Kenya.”

“Orang terinfeksi HIV berisiko lebih tinggi terhadap TB dari awal infeksi HIV, dan risiko ini hanya meningkat setelah beberapa waktu. Program perawatan HIV dapat dan harus memadukan skrining TB ke dalam perawatan longitudinal,” dikatakan oleh Dr. Diane Havlir, Ketua Pokja TB/HIV di Stop TB Partnership.

“Karena analisis kohort pasien terinfeksi HIV mengungkapkan angka TB yang tinggi baik sebelum maupun setelah mulai terapi antiretroviral (ART), ICF dalam sarana yang menyediakan perawatan dan

pengobatan HIV adalah bagian penting dari paket layanan TB/HIV yang esensial,” Dr. Tom Kenyon, Principal Deputy Coordinator dan Chief Medical Officer untuk PEPFAR mengatakan pada HATIP.

“Lagi pula, diagnosis dan pengobatan untuk TB secara dini memotong rantai penularan dan adalah tindakan pencegahan yang penting buat pasien, petugas layanan kesehatan dan komunitas. PEPFAR mendukung secara kuat peningkatan cepat pada ICF melalui kemitraan dengan pemerintah setempat, mitra penerapan dan mitra multilateral, termasuk WHO dan Global Fund to fight AIDS, TB dan Malaria.”

Stop TB Department WHO mendukung ketersediaan lebih banyak layanan TB oleh pemberi layanan HIV.

“Skrining Odha untuk TB, dan tergantung pada hasil skrining, pemberian terapi pencegahan isoniazid (IPT) dan pengobatan TB yang layak pada mereka harus menjadi fungsi inti layanan perawatan HIV,” Dr. Mario Raviglione, Direktur Stop TB Department WHO mengatakan pada HATIP.

“Pada 2-3 tahun terakhir, banyak negara, terutama di Afrika sub-Sahara menunjukkan bahwa peningkatan keberhasilan layanan HIV pada pasien TB dan secara cepat, termasuk tes HIV dan ketersediaan profilaksis kotrimoksazol dan ART untuk pasien TB terinfeksi HIV adalah mungkin,” dia meneruskan.

“Pengalaman dan praktek terbaik ini harus didukung dan dipakai sebagai model untuk peningkatan layanan pencegahan, diagnosis dan pengobatan pada Odha agar kita dapat mencegah kematian yang seharusnya tidak terjadi akibat penyakit yang dapat disembuhkan.”

Sekali lagi, pendekatan harus berpusat pada pasien, seperti ditulis oleh Krista Dong et al di Journal of Infectious Diseases: “untuk pasien koinfeksi yang miskin, memaksimalkan koordinasi program seharusnya mengurangi beberapa tantangan yang dihadapi pasien yang mencari perawatan untuk HIV dan TB. Sistem yang menanggapi kebutuhan pasien dapat membantu membangkitkan kembali harapan dan mendorong pasien agar terlibat dalam keberhasilan pengobatannya sendiri. Waktu pasien diberdayakan dan dibuat bertanggung jawab atas perawatannya, mereka kurang mungkin mangkir dari pengobatan.”

“Odha menghadapi berbagai ancaman – TB adalah salah satu yang paling berat dan di masa sebelumnya mereka sering menghadapi tantangan yang berat dalam mengakses dan memanfaatkan layanan TB yang menyelamatkan jiwa,” dikatakan Dr. de Cock.

“Sumber daya dipusatkan pada program HIV dan TB jauh lebih tinggi daripada sebelumnya, dan sekarang adalah saat untuk program dan komunitas bekerja sama untuk menghadapi tantangan teknis yang kunci, misalnya penemuan kasus, IPT dan pengendalian infeksi dalam cara yang berpusat pada pasien ... untuk memastikan pasien dan keluarganya tidak masuk ‘jurang’ antara kedua program.”

Organisasi akar rumput berdasarkan masyarakat harus dilibatkan sebagai stakeholder, dan Odha harus diberdayakan untuk membantu mengurangi beban TB dalam komunitasnya.

“Program HIV meningkat secara dramatis karena organisasi masyarakat yang kuat, yang terlibat dalam advokasi, dukungan, tes, perawatan dan pengobatan. Kami harus melibatkan kelompok ini dalam ICF, dan kelompok ini (yaitu komunitas HIV) harus mengerti mengapa ICF harus mendapatkan prioritas tinggi. Organisasi masyarakat atau agama dapat memakai sebuah alat sederhana untuk menskrining Odha di komunitas dan membawa mereka ke layanan diagnosis TB,” dikatakan Dr. Varma.

“Pasien HIV sudah sering berkumpul dalam pusat perawatan dan kelompok dukungan sebaya, sehingga pajanan mereka terhadap TB pada awal sudah cukup tinggi. Justru, menerapkan skrining TB dalam kelompok jenis itu adalah satu cara untuk melindungi semua anggota kelompok.”

Tambahan, organisasi masyarakat, jaringan Odha dan kelompok komunitas dapat membantu membangkitkan permintaan untuk skrining TB di antara Odha. Satu cara untuk mulai adalah untuk memastikan bahwa Odha sadar bahwa mereka sebaiknya diskriminasi untuk TB secara berkala, dan mereka berhak mendesak agar skrining ini menjadi bagian dari perawatan berkalanya, dan bila mereka tidak diskriminasi secara layak, bila gejalanya tidak diteliti, maka pemberi layanan kesehatannya harus dianggap bertanggung jawab.

“Tidak menskrining Odha untuk TB adalah serupa dengan malapraktik medis,” dikatakan Mark Harrington dari Treatment Action Group pada satu sesi di UWCLH.

Namun, sampai saat ini, relatif hanya sedikit tekanan dari organisasi masyarakat dan Odha untuk mendorong skrining TB secara lebih berkala (atau kegiatan lain untuk mengurangi beban TB pada Odha, misalnya IPT atau pengendalian infeksi).

“Mungkin kami terlalu menekankan bahwa TB mematikan Odha daripada menyatakan bahwa ada beberapa tindakan positif yang sederhana yang dapat dilakukan oleh individu dan komunitas dapat dan harus mendesak akses kepada – yang dapat melindungi orang dari infeksi, membantu mencegah perkembangan penyakit aktif, dan dapat mengenal penyakit secara dini dan meningkatkan kemungkinan penyembuhan,” Dr. Charlie Gilks, Coordinator Antiretroviral Treatment dan HIV Care di Departemen HIV/AIDS WHO mengatakan pada HATIP.

Oleh karena itu, sama seperti VCT, ICF harus dilihat sebagai intervensi yang dapat menyelamatkan jiwa dan adalah bagian esensial dari layanan HIV – dan yang dapat diterapkan hari ini.

Namun, harus ada fokus baru pada advokasi yang mendesak tanggung jawab untuk penerapan ICF dari pemerintah nasional, sistem kesehatan masyarakat, dan klinik lokal. Demikian juga, walau nasihat dari luar dan pedoman mungkin tidak mendesak program untuk menerapkan alat skrining yang lebih peka dengan dasar bukti, komunitas lokal dapat memintanya dengan tegas.

Akhirnya, aktivisme TB/HIV global harus mendesak tersedianya alat diagnosis TB biaya rendah yang dapat dipakai pada tempat perawatan, agar menghilangkan hambatan antara skrining dan diagnosis, dan mengantar diagnosis TB dari laboratorium referensi langsung ke tempat orang berisiko TB/HIV berada, yaitu dalam komunitas atau rumahnya.

### **Referensi (sesuai urutan di artikel)**

Dewan P on behalf of Chauhan LS. Intensified TB case finding in voluntary HIV counseling and testing centres in India. 38th World Lung Health Conference, Cape Town, symposium on intensified case finding, 2007.

King L et al. Is a tuberculosis treatment success target of 85% achievable for HIV-infected persons. 38th World Lung Health Conference, Cape Town, abstract PC-71502-12, 2007.

Nota A et al. To compare treatment success rates among patients found by active or passive finding during a ZAMS. 38th World Lung Health Conference, Cape Town, abstract PS-71268, 2007.

Dong K et al. Challenges to the success of HIV and tuberculosis care and treatment in the public health sector in South Africa. JID. 196:S491–6, 2007.

Ya Diul M. Integrating HIV/AIDS and TB activities at the community level. 38th World Lung Health Conference, Cape Town, abstract, 2007.

Artikel asli: [HATIP 105: Intensified case finding- developing an action plan](#)