

HATIP 99: Mengobati TB-MDR di komunitas: apa tantangannya?

Oleh: Keith Alcorn, 17 Januari 2008

Program TB nasional harus menyelidiki bagaimana pengobatan TB yang resistan terhadap obat dapat dilakukan sebaik mungkin dalam komunitas. Hal ini menurut dokter dan aktivis pengobatan dari Afrika bagian selatan pada pertemuan World Conference on Lung Health ke-38 di Cape Town, Afrika Selatan, pada November 2007.

Tetapi mengalihkan pengobatan TB-MDR ke dalam komunitas merupakan perubahan pada pendekatan yang sangat besar. Beberapa dokter dan aktivis kurang nyaman dengan usulan ini, khawatir terhadap peningkatan stigma dan peningkatan TB-MDR karena lemahnya pengendalian infeksi TB.

HATIP edisi ini mengamati pendapat tentang pengobatan berbasis komunitas, dan beberapa kendala yang harus dihadapi agar pendekatan ini menjadi aman dan efektif.

Mengapa TB-MDR ditatalaksanakan secara berbeda?

Pengobatan TB-MDR dipandang secara berbeda dari pengobatan TB yang baku karena setelah seseorang mendapatkan TB-MDR yang resistan terhadap rifampisin dan isoniazid, pilihan pengobatan mereka menjadi terbatas karena obat yang toksik dan harus dipakai dalam jangka yang lama. Walaupun TB-MDR tidak lebih menular dibandingkan TB yang peka terhadap obat, TB-MDR ini adalah prognosis yang jauh lebih buruk terutama pada Odha.

Dan apabila pengobatan TB-MDR gagal, hal ini berbahaya karena orang tersebut akan mengembangkan jenis TB yang lebih resistan terhadap obat, bahkan yang sangat resistan terhadap obat dan hampir tidak mungkin diobati. Demikianlah perkembangan epidemi TB yang sangat resistan terhadap obat di Afrika Selatan saat ini, dan potensi yang serupa juga terjadi di banyak negara lain di dunia.

TB-MDR: faktor kunci

TB yang resistan terhadap berbagai obat (TB-MDR) adalah tuberkulosis (TB) yang resistan terhadap dua obat lini pertama, rifampisin dan isoniazid.

TB-MDR didiagnosis setelah membiakkan basil TB dan kemudian dilakukan tes kerentanan terhadap obat. Proses ini membutuhkan waktu beberapa bulan dan tidak tersedia di banyak rangkaian.

TB-MDR didapatkan melalui penularan dari orang lain yang terinfeksi, atau karena kegagalan memakai seluruh pengobatan TB lini pertama karena dosis yang terlewatkan, kehabisan persediaan obat, obat yang bermutu kurang baik atau pemberian resep yang tidak benar.

Beberapa penelitian baru-baru ini menunjukkan bahwa kebanyakan kasus TB-MDR dan TB-XDR adalah akibat penularan dari orang yang terinfeksi.

TB yang resistan terhadap obat secara luas (TB-XDR) adalah TB yang resistan terhadap rifampisin dan isoniazid dan juga resistan terhadap fluorokuinolon dan paling sedikit satu dari tiga obat suntikan lini kedua (yaitu, amikasin, kanamisin, atau kapreomisin).

TB-MDR paling umum di India, Cina, Rusia, Eropa Timur dan Asia Tengah, tetapi peningkatan kasus terdeteksi di Afrika sub-Sahara.

Penyebaran TB-XDR secara luar biasa terdeteksi di Afrika Selatan; 481 kasus ditentukan sampai Oktober 2007.

Prognosis TB-MDR dan TB-XDR pada Odha jauh lebih buruk dibandingkan TB yang peka terhadap obat.

Muncul dan penyebaran TB-MDR dan TB-XDR dianggap menimbulkan masalah khususnya pada populasi prevalensi tinggi HIV. Odha lebih mungkin mengembangkan TB, lebih cenderung berkelompok dalam klinik dan mengalami pengembangan TB secara cepat setelah mereka tertular jenis TB yang resistan terhadap obat. Mereka juga lebih mungkin meninggal karenanya sebelum diagnosisnya dapat dipastikan.

HATIP 99: Mengobati TB-MDR di komunitas: apa tantangannya?

Contoh dari Tugela Ferry di Afrika Selatan menunjukkan begitu berbahayanya TB-MDR di rangkaian prevalensi tinggi HIV. TB-MDR terjadi di provinsi KwaZulu-Natal sejak pertengahan 1990-an, tetapi perubahan jenis TB yang resistan terhadap isoniazid dan rifampisin menjadi jenis baru yang sangat resistan terhadap obat mengakibatkan wabah TB-XDR di antara pasien Odha di rumah sakit Church of Scotland di Tugela Ferry. Pasien yang tertular TB-XDR melalui penularan nosokomial sering meninggal sebelum mereka dapat didiagnosis dengan TB resistan terhadap obat. Lima puluh dari 51 pasien yang pertama kali ditentukan dengan TB-XDR meninggal dengan median 16 hari setelah dahak dikumpulkan di rumah sakit.

Kebijakan yang berlaku saat ini paling tidak di sebagian provinsi di Afrika Selatan – adalah agar semua pasien yang didiagnosis TB-MDR dirawat inap hingga pengobatan yang intensif diselesaikan dan pasien menjadi BTA-negatif dan biakan TB-negatif – yang membutuhkan paling sedikit enam bulan.

Kebijakan ini ditujukan untuk membatasi jumlah hubungan antara orang yang belum berubah menjadi BTA-negatif, dan memastikan kepatuhan terhadap pengobatan.

Tetapi rawat inap di rumah sakit dengan jangka waktu yang lama tidak praktis dan tidak manusiawi, menurut pendapat dokter dalam pertemuan satelit selama konferensi World Lung Health yang dilaksanakan Treatment Action Campaign (TAC), Médesins sans Frontières (MSF), Partners in Health (PIH), AIDS Rights Alliance of southern Africa dan Open Society Institute pada November 2007.

Justu rawat inap yang dipaksakan begitu ditentang oleh pasien sehingga mereka baru saja melakukan unjuk rasa di rumah sakit karantina Sizwe dekat Johannesburg. Satu pasien ditembak saat polisi panik.

“Mereka bukan aktivis, mereka adalah orang yang menuntut diperlakukan secara manusiawi”, dikatakan oleh Dr. Eric Goemaere, ketua misi MSF di Afrika Selatan.

Dan sebelum Natal 2007, 49 pasien TB-MDR dan TB-XDR yang dirawat di unit karantina di Eastern Cape mulai melarikan diri dengan cara memotong pagar kawat yang mengelilingi klinik di Port Elizabeth, karena tidak bersedia terpisah dengan keluarga di hari Natal.

Dr. Francois Venter dari kelompok Reproductive Health and HIV Research di Universitas Witwatersrand, Johannesburg, mengatakan, kenyataannya adalah kebijakan ini tidak ditegakkan di semua tempat, khususnya di rumah sakit swasta di Afrika Selatan.

Kebijakan ini juga tidak ilmiah, dia menunjukkan dalam sebuah artikel yang ditulis bersamaan dengan Mark Heywood dari AIDS Law Project pada November 2007. “Secara umum, pasien TB sakit dan menular selama berbulan-bulan sebelum mereka cukup sakit untuk didiagnosis. Begitu mereka memulai pengobatan, biasanya membutuhkan berbulan-bulan untuk mendiagnosis TB-MDR...Sejumlah besar orang dengan TB-MDR meninggal jauh sebelum didiagnosis, artinya mereka yang akhirnya mendapat pengobatan MDR-TB hanyalah puncak dari gunung es.”

“Mengisolasi seseorang untuk sementara waktu setelah mereka sudah tertular untuk jangka waktu yang lama adalah upaya yang sia-sia.”

Tetapi dalam beberapa keadaan tertentu, rawat inap mungkin diperlukan, contohnya apabila pasien terlalu sakit sehingga tidak dapat berjalan, apabila pengendalian infeksi dalam komunitas sangat sulit atau tidak tersedia masker. Rejimen pengobatan TB-MDR juga mengandung obat yang harus disuntikkan setiap hari dan penanganannya mungkin sulit dilakukan apabila pasien tidak dirawat inap.

Dr. Riitta Dlodlo, direktur program HIV dari International Union Against TB dan Lung Disease mencatat bahwa rujukan ke klinik khusus juga disarankan, karena rejimen pengobatan TB-MDR rumit dan pengobatan pasien harus diawasi oleh klinik terbaik – atau paling tidak klinik yang cukup berpengalaman dalam penatalaksanakannya – dan di klinik yang memiliki infrastruktur yang diperlukan untuk memastikan hasil terbaik bagi pasien.

Tetapi rumah sakit TB-MDR di Afrika Selatan kurang memadai. Pasien dirujuk ke rumah sakit rujukan, yang sering kali berlokasi sangat jauh dari rumah mereka sehingga mereka harus meninggalkan keluarga dan keseharian mereka selama enam hingga delapan bulan.

HATIP 99: Mengobati TB-MDR di komunitas: apa tantangannya?

Namun beban kasus TB-MDR saat ini begitu tinggi, sehingga rumah sakit ini tidak mampu menghadapinya. Sebagai contoh di Khayelitsha, sebuah kota di provinsi Western Cape, menemukan 109 kasus pada 2006.

“Kenyataannya adalah bahwa rumah sakit TB-MDR di Afrika Selatan tidak memiliki cukup tempat tidur untuk menampung semua pasien yang saat ini didiagnosis TB-MDR, belum lagi jumlah yang akan bertambah apabila kami meningkatkan pemberian tes yang peka terhadap obat,” Dr. Graeme Meintjes dari Rumah Sakit GF Jooste Hospital di provinsi Western Cape mengatakan.

“Kebijakan yang berlaku saat ini tentang mulai dengan merawat inap untuk semua pasien kasus TB-MDR berarti mereka dirawat inap atau dirawat jalan di klinik umum sambil antri untuk tempat di bangsal TB-MDR. Di sebagian besar klinik umum ini, pengendalian infeksi saat ini kurang baik sehingga pasien sesama, termasuk yang terinfeksi HIV, berpotensi terpajan TB-MDR”.

Dr. Jim Kim dari PIH mengatakan dalam World Lung Health bahwa: “Kami berpendapat bahwa pengobatan tidak harus dilakukan di rumah sakit. Justru sedapat mungkin kita ingin menghindari rumah sakit dan menyediakan pengobatan di tingkat yang berbasis komunitas [untuk mencegah penularan di lingkungan rumah sakit]”

Dalam praktek, beberapa rumah sakit harus mengobati TB-MDR di tingkat komunitas. Dr. Tony Moll dari Church of Scotland Hospital, Tugela Ferry, mengatakan bahwa kliniknya menatalaksanakan pasien TB-MDR di klinik primer lokal atau di rumah kecuali apabila mereka sangat sakit. Tim yang melayani suntikan berkeliling mengunjungi pasien; selain menyuntikkan obat TB, tim ini juga memberi pelatihan meleak pengobatan TB dan pengendalian infeksi, pemantauan efek samping dan skrining orang yang berhubungan.

“Daripada menambah tempat tidur di rumah sakit...seharusnya dana dialihkan pada peningkatan program TB-MDR komunitas mengilhami program ARV yang ada saat ini... Program ini tidak lagi menjadi masalah dokter tetapi sudah menjadi masalah komunitas dalam skala yang lebih luas,” Francois Venter dan Mark Heywood menulis dalam harian Sunday Times edisi 11 November 2007 di Afrika Selatan.

Pengalaman penatalaksanaan oleh komunitas di Lesotho

Rumah sakit di Afrika sub-Sahara yang berpengalaman dalam pengobatan berbasis komunitas pada pasien yang baru didiagnosis TB-MDR adalah rumah sakit di Lesotho. Masalah TB-MDR semakin berkembang di sana sejak banyak orang yang kembali setelah bekerja di pertambangan di Afrika Selatan. Hal ini menurut Dr. Pheello Lethola dari Scott Hospital, sebuah rumah sakit di desa dengan 102 tempat tidur yang melayani kurang lebih 220.000 orang di wilayah pegunungan di Lesotho.

Dalam sebuah sesi pada konferensi World Lung Health Dr. Pheello Lethola mengatakan bahwa penatalaksanaan TB-MDR di rumah sakit bukanlah cara yang tepat, karena penularan melalui udara di lingkungan rumah sakit. Lagipula hal ini tidak realistis untuk wilayah pedesaan Lesotho, karena orang harus menunggang kuda selama berjam-jam untuk mencapai klinik.

Dr. Hind Satti melaporkan bahwa PIH melakukan penelitian percobaan terhadap pengobatan TB-MDR berbasis komunitas di Lesotho. Saat ini dia merawat 40 pasien TB-MDR. Hampir dua pertiga di antaranya adalah HIV-positif, dengan rata-rata kegagalan terhadap tiga hingga empat rejimen TB waktu mereka didiagnosis dengan resistansi terhadap berbagai jenis obat.

Program ini memakai para pendukung pengobatan berbasis komunitas untuk melakukan kunjungan rumah DOTS. Mereka digaji dan diminta mengantar pasien ke klinik sekali sebulan.

Semua pasien didiagnosis TB-MDR, penghuni rumah tangga dan semua kasus yang terduga ditawarkan tes HIV, dengan tujuan untuk memulai ART beberapa minggu setelah memulai pengobatan TB, terlepas jumlah CD4-nya.

Tetapi, pengobatan TB-MDR berbasis komunitas yang paling berpengalaman hingga saat ini adalah di Peru, di Socios En Salud (SES), organisasi rekanan PIH di Peru mengobati TB-MDR di wilayah kumuh di Lima selama lebih dari sepuluh tahun. SES melatih dan mempekerjakan orang dari komunitas untuk mendampingi pasien selama masa pengobatan yang panjang dan sulit memakai obat lini kedua, melakukan pengobatan yang diawasi secara langsung. Pada 2003 Carole Mitnick dan Paul Farmer dari

PIH, bersama-sama dengan Dr. Jaime Bayona dan rekan dari SES menerbitkan hasil penelitian terhadap 66 pasien TB-MDR pertama dalam *New England Journal of Medicine*. Walaupun resistan terhadap median enam jenis obat, 83% sudah berubah menjadi biakan- dan BTA-negatif setelah empat bulan dan kemungkinan sudah sembuh, lima meninggal dan hanya satu pasien masih mempunyai TB-MDR BTA-positif setelah enam bulan.

Berdasarkan program TB nasional baku manapun, ini adalah hasil yang baik. Bagi pasien TB-MDR hasilnya luar biasa.

Tetapi, penting dicatat bahwa ada beberapa faktor klinis yang mungkin juga menyokong hasil yang baik ini. Terapi lebih manjur dibandingkan dalam penelitian TB-MDR lain, dengan memakai lebih banyak obat dengan dosis yang lebih tinggi dan jangka waktu yang lebih lama. Pengobatan juga disesuaikan secara individu setelah melakukan tes kerentanan terhadap obat untuk memungkinkan hasil tanggapan yang terbaik. Pasien mempunyai jumlah koinfeksi yang lebih rendah dan berusia lebih muda dibandingkan dengan pasien dalam kohort lain serta status koinfeksi HIV mereka tidak dicatat (tetapi mungkin sangat rendah, karena prevalensi HIV rendah di Peru).

Ketiadaan akses pengobatan TB-MDR

Pengobatan TB-MDR tetap langka di banyak negara di Afrika walaupun kejadiannya diperkirakan tinggi, sebagian karena tidak ada sarana laboratorium untuk melakukan tes kerentanan terhadap obat (*drug susceptibility testing/DST*). Tanpa DST, Komite Lampu Hijau (Green Light Committee/GLC) WHO enggan memberi akses terhadap obat TB lini kedua bersubsidi yang bermutu tinggi yang mereka lindungi, untuk memastikan agar penggunaan obat tersebut pada pasien dengan kerentanan rendah tidak menimbulkan peningkatan resistansi.

Tetapi GLC juga enggan memberi akses terhadap obat TB lini kedua tersebut apabila tidak ada dukungan politis dan administratif pada pengobatan TB-MDR, dan apabila tidak ada kemampuan untuk memastikan bahwa pasien akan memakai obat secara tepat.

Global Fund untuk melawan AIDS, TB dan Malaria sudah mengatakan pada program TB di Afrika Selatan untuk mengajukan dana lebih banyak untuk meningkatkan kapasitas laboratorium dan melaksanakan program pengobatan TB-MDR. Bantuan teknis disediakan oleh GLC bagi penerima dana Global Fund yang sudah menerima dana untuk melaksanakan program pengobatan TB-MDR.

DST mungkin akan tersedia secara lebih luas di luar Afrika Selatan setelah Global Laboratory Initiative WHO mencapai tujuannya untuk meningkatkan laboratorium guna memperbaiki diagnosis TB.

Di sebagian besar rangkaian, pertama-tama perlu merenovasi laboratorium dan meningkatkan prasarana, merampingkan alur kerja, mencari dan melatih lebih banyak teknisi serta menetapkan pengendalian mutu mikroskopis, biakan padat dan DST sebelum mencoba biakan cair. Sebagai tambahan, tindakan keamanan biologis yang tepat harus dipastikan dan menetapkan sistem untuk menjamin pengiriman contoh yang cepat dari laboratorium perifer ke laboratorium biakan serta menyampaikan hasilnya secara cepat.

Pengembangan lain yang dapat meningkatkan kapasitas untuk melakukan biakan dan mendiagnosis TB yang resistan terhadap obat adalah meluncurkan sistem biakan cair secara otomatis (*Mycobacteria Growth Indicator Tube/MGIT*) di beberapa negara. Menurut Dr. Richard O'Brien, FIND sudah bernegosiasi struktur harga baru untuk negara berpenghasilan rendah, dengan Becton Dickinson (BD) produsen tes, dan berhasil mengurangi harga menjadi kurang dari tiga dolar AS per tes – harga yang sangat sebanding dengan harga biakan padat.

Selain itu, PEPFAR juga mengumumkan komitmennya untuk mendanai peluncuran sistem MGIT di Pantai Gading, Etiopia, Kenya, Tanzania, Uganda, Malawi, Mozambik, dan Afrika Selatan.

Tetapi beberapa hal harus diwaspadai sebelum “mengirimkan” alat yang rumit dan membutuhkan perawatan secara terus-menerus tersebut ke rangkaian bersumber daya lebih rendah, menurut Dr. Ruth McNerney dari London School of Hygiene and Tropical Medicine.

“Desakan peluncuran tes biakan terus dilakukan tetapi kami masih belum melihat data tentang dampak MGIT dan sistem biakan cair pada layanan pasien,” dia mengatakan. “Kami menuangkan begitu banyak sumber daya ke dalam program ini, namun tidak satu pun yang tahu apakah akan memberi dampak. Dua

minggu masih cukup lama untuk mendapatkan hasil tes tersebut. Apakah hal ini akan memberi perbedaan pada pasien tersebut atau mereka sudah diobati? Apabila mereka belum memakai pengobatan, apakah kita akan bertemu mereka kembali?”

Tetapi orang lain berpendapat bahwa satu-satunya cara untuk mencapai peningkatan pengobatan TB-MDR – 1,5 juta orang diobati pada 2015 – adalah dengan mengendurkan standar baku yang diperlukan untuk mendapatkan akses obat TB-MDR.

“Mustahil tujuan pengobatan TB-MDR ini dapat tercapai tanpa mengambil risiko, misalnya diagnosis berdasarkan dugaan,” Carole Mitnick dari PIH mengatakan.

Kekhawatiran pengendalian infeksi

Himbauan untuk memindahkan perawatan TB-MDR ke dalam komunitas tercapai dikhawatirkan akibat ketakutan terhadap risiko penyebaran TB-MDR yang lebih luas, khususnya di antara Odha.

“Kami bertemu dengan aktivis pengobatan dari TAC [Organisasi Odha di Afrika Selatan] dan mereka mengatakan pindahkan pasien TB-MDR tersebut. Mereka ketakutan,” dikatakan oleh Dr. Eric Goemaere dari MSF, menggambarkan reaksi saat pertama kali dia mulai membahas tentang mengobati TB-MDR di rangkaian perkotaan di Khayelitsha.

Reaksi staf layanan kesehatan di Lesotho juga serupa.

“Ketika kami pertama kali mengobati pasien TB-MDR, kami harus merawatnya di bangsal khusus,” Dr. Lethola mengatakan. “Perawat dan semua petugas lain yang kemudian mengetahui bahwa mereka adalah pasien atau terduga TB-MDR tidak mau melayani mereka. Tidak ada yang bersedia ke ruangan tersebut termasuk petugas yang pembawa makanan dan kebersihan,” dia mengatakan.

Oleh karena itu mereka melaksanakan pelatihan tentang TB, pengendalian infeksi, dan bagaimana merawat pasien tersebut. Pelatihan disediakan bagi staf kesehatan dan pasien di rumah sakit dan klinik TB-MDR berbasis komunitas.

“Begitu mereka menyelesaikan pelatihan ini, stigma menurun. Saya tidak dapat mengatakan bahwa tidak ada stigma, tetapi orang sudah lebih dapat menerima dan lebih berminat melayani pasien tersebut,” Dr. Lethola mengatakan.

Dr. Goemaere mengatakan, “reaksi para aktivis TAC membuktikan betapa banyak pekerjaan yang harus dilakukan untuk membangun apa yang dapat saya katakan komunitas ramah TB-MDR – komunitas yang memahami penyakit karena melek pengobatan, memahami cara penularannya, memahami bagaimana orang dapat menularkan, komunitas yang secara perlahan dapat menerima bahwa pasien TB-MDR hidup di antara mereka. Mereka berhasil melakukannya di Peru dan tidak ada alasan mengapa kita tidak dapat melakukannya di sini karena ini adalah satu-satunya cara, karena kita sudah belajar dari program ARV – hanya dengan cara desentralisasi, hanya dengan cara mengalihkan tugas.”

“Orang di luar [rumah sakit Tugela Ferry] tidak perlu gemetar dan takut untuk masuk,” dikatakan oleh Dr. Gerry Friedland dari Fakultas Kedokteran Universitas Yale School, yang selama ini terlibat dan sangat dekat dengan tanggapan terhadap wabah TB-XDR. “Staf tetap bekerja, orang dirawat; ada petugas kesehatan yang tertular dan meninggal tetapi strategi pengendalian infeksi juga dilakukan secara sangat aktif – yang kami yakin sudah berjalan dengan baik. Orang yang sedang bekerja dalam lingkungan tersebut menempatkan diri mereka pada risiko terburuk terhadap TB-MDR/TB-XDR dan melakukan pekerjaan mereka.”

“Dan kebanyakan di antara kita yang berada dalam ruangan ini adalah petugas layanan kesehatan, dan kita menghadapi keadaan yang berbahaya dalam pekerjaan kita; ini adalah salah satunya. Saya berpendapat bahwa dengan pendidikan dan pemahaman yang tepat serta mungkin lebih sedikit sensasi terhadap masalah tersebut, tidak ada alasan mengapa setiap kita yang berada dalam ruangan ini tidak bekerja dengan orang dengan penyakit HIV dan TB-MDR.”

Tindakan pengendalian infeksi yang dapat melindungi petugas layanan kesehatan dan pasien lain dengan kasus TB-MDR yang diketahui adalah sisi lain sebuah uang logam. Rumah sakit juga perlu melindungi terhadap kasus TB-MDR yang belum didiagnosis, dengan pengendalian infeksi yang lebih baik di seluruh rumah sakit.

Contohnya di Lesotho, Dr. Pheello Lethola mengatakan bahwa didorong agar tersedia ruang tunggu yang terbuka sedang ditingkatkan, demikian juga dengan memisahkan ruang tunggu bagi pasien yang batuk dan yang tidak. Pasien juga dibina tentang etika dasar berbatuk – menutup mulut bila batuk, tidak meludah, menjauh apabila ada orang sedang batuk-batuk di dekatnya.

Masker untuk petugas layanan kesehatan juga menjadi kebutuhan tetapi persediaannya sering kurang.

“Masker bedah yang terbuat dari kertas tidak bermanfaat bagi petugas layanan kesehatan kecuali apabila dipakai oleh pasien menular yang sedang batuk dan tidak mampu menutup mulutnya saat batuk,” Dr. Alasdair Reid dari UNAIDS mengatakan. “Hanya masker pernapasan khusus N95 yang sangat pas dan memiliki saringan khusus dapat melindungi staf, tetapi memakai masker ini membuat panas dan tidak nyaman, sering kali juga tidak pas dan mahal sehingga masker tersebut tidak selalu tersedia.”

Namun risiko tertular TB adalah paling tinggi apabila seseorang menghabiskan hampir seluruh waktunya bersama orang yang mempunyai TB aktif dan masih BTA-positif. Tempat dengan pajanan jenis itu adalah di rumah atau tempat tidur yang berdekatan dalam bangsal rumah sakit yang tidak memiliki jalur udara yang baik (ventilasinya buruk).

Hal ini berarti memisahkan pasien yang batuk dan yang tidak, sesuai anjuran Dr. Lethola. Tetapi hal ini dapat juga berarti membangun rumah kecil yang terpisah untuk pasien TB-MDR sehingga pasien dapat dirawat di rumah tanpa harus menulari keluarganya. Di Peru, Dr. Salmaan Keshavjee dari PIH mengatakan, biaya membangun sebuah kamar tambahan di dalam rumah seseorang selama masa pengobatan TB-MDR adalah kurang dari 50 dolar AS.

“Saya kira masalah tidak adanya ventilasi yang baik adalah masalah yang sangat tidak diperhitungkan,” Dr. Francois Venter mengatakan. “Aliran udara dalam sebuah ruangan sudah dinyatakan sebagai masalah yang paling penting terhadap pengendalian infeksi – tetapi di banyak rumah sakit, orang menolak membuka jendela karena udara dingin; dan kita mengeluarkan begitu banyak uang untuk masker dan sinar ultraviolet sedangkan sekadar menambah jumlah selimut dan mewajibkan staf memakai pakaian lebih tebal akan membuat pilihan ini jauh lebih sesuai!”

Tetapi, Dr. Alasdair Reid dari UNAIDS menunjukkan, “semakin lama seseorang memakai pengobatan yang tepat risiko menularnya terus menurun. Maka cara terbaik untuk mencapai pengendalian infeksi yang baik adalah mendiagnosis lebih awal dan memberi pengobatan terbaik secepatnya daripada berkonsentrasi untuk mengasingkan orang yang resistan terhadap obat TB begitu memulai pengobatan.”

Mendukung anggota komunitas yang bergejala TB terhadap akses diagnosis dan pengobatan secara cepat dengan cara mencari kasus secara intensif mungkin memiliki dampak yang bermakna terhadap pengendalian infeksi dalam komunitas, dia menunjukkan.

Pendidikan pasien dan efek samping

Keberhasilan pengobatan berbasis komunitas membutuhkan tidak sekadar mengizinkan pasien untuk menerima pengobatan di rumah.

“Tidak ada yang menjelaskan kepada saya betapa susahnyanya memakai streptomisin selama dua bulan,” Johanna Ncala, koodinator melek pengobatan nasional TAC di Afrika Selatan.

Pendidikan pasien tentang cara penularan TB, mengapa TB-MDR adalah terutama berbahaya, dan kebutuhan terhadap pentingnya memakai pengobatan hingga selesai, juga dengan persiapan terhadap efek samping yang tidak nyaman terhadap pengobatan lini kedua, nasihat tentang gizi dan bimbingan tentang pengendalian infeksi.

“Dari sudut pandang pasien, kepatuhan terhadap pengobatan yang lama dan menyusahkan adalah kunci keberhasilan, kami berpendapat bahwa mekanisme dukungan kepatuhan berbasis komunitas akan meningkatkan kepatuhan sebagaimana cara tersebut juga dilakukan terhadap ARV,” Dr. Eric Goemaere dari MSF Afrika Selatan mengatakan.

Pendukung pengobatan berbasis komunitas serupa dengan yang dipekerjakan untuk pasien ARV pasien barangkali adalah pendekatan yang layak dicontoh, tetapi sebagaimana pengalaman Dr. Goemaere dengan TAC, masih ada kekhawatiran yang masuk akal tentang risiko pada Odha yang harus dihadapi melalui pendidikan pada komunitas sebelum pendekatan ini dapat dilanjutkan.

HATIP 99: Mengobati TB-MDR di komunitas: apa tantangannya?

“Saya belum cukup mendengar tentang pelatihan dan pengembangan kapasitas sumber daya yang akan dibutuhkan oleh mereka yang disebut pendukung pengobatan,” dikatakan oleh Mark Harrington, Direktur Eksekutif Treatment Action Group (TAG). “Maksud saya, saya Odha, saya sudah melakukan pekerjaan terkait HIV selama lebih dari 20 tahun dan saya takut menjadi pendukung pengobatan untuk pasien TB-MDR. Pertama-tama saya ingin mengetahui bagaimana melakukannya.”

“Apakah risiko yang nyata bagi pendukung dari komunitas di Afrika Selatan?” Javid Syed dari TAG mengatakan. “Kita tidak hanya membutuhkan pendidikan dan pemahaman tetapi juga upaya yang giat untuk mengendalikan infeksi dan pencarian kasus secara intensif, mendeteksi, dan pengobatan yang tepat.”

Dr. Riitta Dlodlo, yang berpusat di Bulawayo, Zimbabwe, mengambil sikap berhati-hati. Komunitas pendukung pengobatan “seyogyanya adalah orang yang mengetahui status HIV-nya, yang seharusnya adalah negatif,” dia mengatakan.

Mengajarkan perawat bagaimana menyuntikkan obat TB juga akan diperlukan, demikian juga pelatihan tentang bagaimana mengenali salah satu efek samping pengobatan TB yang terberat yaitu hipokalemia.

Hipokalemia, tingkat kalium yang sangat rendah yang terutama disebabkan oleh antibiotik aminoglikosida dan sejenisnya serta kapreomisin, dan terjadi pada sepertiga pasien yang memakai pengobatan TB-MDR di Peru. Kondisi ini muncul pada dua pertiga dari yang memakai kapreomisin.

Gejala awal mungkin adalah kram, kelelahan, mual dan kemungkinan lekas marah tetapi apabila tidak terdeteksi lebih dini, hipokalemia dapat mengakibatkan kejang, tetanyi (kram berat pada otot tangan dan kaki) dan gangguan denyut jantung yang dapat mengakibatkan kematian.

Tanda awal mungkin tidak kentara dan hipokalemia mungkin hanya dapat terdeteksi dengan mengukur tingkat elektrolit (kalium di bawah 3,5mEq/L adalah terlalu rendah). Dalam penelitian di Peru, berat badan rendah dikaitkan dengan hipokalemia, dan sebaiknya disarankan memantaunya lebih dari sekali sebulan.

Hipokalemia dapat dipulihkan dengan memberi kalium klorida dan magnesium sulfat. Begitu hipokalemia terdeteksi dan pengobatan dimulai, diperlukan kurang lebih enam bulan untuk mengembalikan kalium ke tingkat normal, dalam penelitian di Peru (penelitian terhadap pasien TB-MDR yang terbesar hingga saat ini).

Modul pelatihan yang bermanfaat yang dibuat oleh WHO Eropa tentang efek samping terhadap semua obat TB dan penatalaksananya dapat *didownload* dalam bentuk PDF dari [situs ini](#).

Kesimpulan

“Apabila kita menuju ke arah pengobatan berbasis komunitas, setiap orang akan harus mengambil risiko tersebut – dokter, pimpinan, pendukung pengobatan,” Dr. Eric Goemaere dari MSF mengatakan..

Tetapi ketua program TB nasional Afrika Selatan, Dr. Lindiwe Mvusi tidak yakin terhadap pendekatan ini ketika dia berbicara dalam konferensi World Lung Health di Cape Town pada November 2007 lalu.

“Kami dipaksa untuk mempertimbangkan perawatan TB-MDR berbasis komunitas karena kurangnya tempat tidur di rumah sakit, tetapi saya tidak yakin apakah sekarang adalah saat yang tepat untuk mempertimbangkannya karena kita tidak memiliki perawatan TB berbasis komunitas yang efektif.”

“Satu pendekatan terhadap masalah ini adalah meningkatkan jumlah tempat tidur untuk TB-MDR di rumah sakit di negara ini, tetapi kita tahu bahwa proyek tersebut membutuhkan beberapa tahun untuk menganggarkannya dan melaksanakannya melalui Pekerjaan Umum,” komentar Dr. Graeme Meintjes. “Kita akan selalu berkejar-kejaran dengan pendekatan ini dan tertinggal jauh.”

“Pendekatan yang lebih pragmatis adalah untuk berkata mari mengembangkan tempat yang terpisah di unit rawat jalan dengan aliran udara yang baik sehingga pasien TB-MDR datang berkunjung untuk perawatan mereka, dan menerapkan intervensi berbasis komunitas untuk menangani pengendalian infeksi di rumah dan mengoptimalkan kepatuhan sesuai dengan cara yang dilakukan di Peru. Tentu saja pasien TB-MDR yang sangat sakit sehingga harus dirawat inap tetap dirawat inap di rumah sakit TB-MDR.”

HATIP 99: Mengobati TB-MDR di komunitas: apa tantangannya?

Tetapi Mark Harrington, Direktur Eksekutif TAC mengatakan, “perkembangan yang luar biasa di Lesotho...adalah karena PIH dan Soros serta semua lembaga donor ini berada di Lesotho dan membantu pembangunannya. Tetapi tidak ada kader dari PIH yang mampu pergi ke seluruh dunia dan mengobati 1,6 juta kasus TB-MDR [pada 2015].”

Oleh karena itu tambahan mitra harus dicari dan sumber daya diangkat untuk negara lain.

Harrington mengatakan, “Satu hal yang paling banyak kami dengar dari orang yang berkerja pada Global Fund adalah bahwa program TB tidak mengajukan dana yang cukup, sehingga satu pesan kunci dari pertemuan ini seharusnya adalah bahwa program TB harus mengajukan dana yang cukup untuk peningkatan MDR yang mereka butuhkan, untuk membangun laboratorium dan untuk memastikan penatalaksanaan rantai persediaan dan pembelian obat serta pelatihan orang yang akan menyediakan layanan tersebut.”

Dr. Alasdair Reid dari UNAIDS mengatakan, “Kita perlu bersemangat, komunitas TB selalu sudah melakukan apa yang mampu dilakukan dengan sumber daya yang dimilikinya. Kita harus menyatakan secara jelas sumber daya yang kita perlukan, dan bahwa tanpa sumber daya tersebut kita akan gagal.”

Tetapi kata penutup harus mengutip Dr. Riitta Dlodlo.

“Resistensi terhadap obat adalah masalah yang dibuat oleh manusia. Kita yang mengembangkannya – kita para dokter – dengan tidak mematuhi anjuran baku terhadap rejimen pengobatan anti-TB dan dosis obat yang tepat, serta tidak mendukung pasien TB agar patuh terhadap pengobatan. Kita dapat mencegah lebih banyak resistansi terhadap obat dengan meninjau kembali cara praktek kita untuk meningkatkan keberhasilan pengobatan dan tingkat penyembuhan, serta dengan cara memantau pasien yang menghentikan pengobatan dan mengembalikan mereka ke dalam pengobatan secepat mungkin.”

Referensi

Shin S et al. Hypokalemia among patients receiving treatment for multidrug-resistant tuberculosis *Chest* 125:974-980, 2004.

Mitnick C et al. Community-based therapy for multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru. *N Engl J Med* 348: 119-128, 2003.

Artikel asli: [Treating MDR TB in the community: what are the challenges?](#)