

HATIP 112: Tiga I untuk mengurangi beban TB pada Odha

Oleh: Theo Smart, 26 Juni 2008

Kegiatan kunci yang sangat penting untuk keberhasilan peningkatan ART secara terus-menerus

Terbitan HATIP ini didukung oleh Stop TB Department WHO.

Tahun ini, kurang lebih 750.000 Odha akan mengembangkan TB, kebanyakan di Afrika sub-Sahara. Kurang lebih 230.000 di antaranya akan meninggal. Tanpa alasan.

Tetapi TB adalah penyakit yang dapat dicegah dan dapat diobati, sehingga tidak harus menjadi vonis mati pada Odha.

Ada tiga kegiatan esensial yang seharusnya dilakukan oleh semua program HIV yang dapat melindungi Odha dari infeksi TB, membantu mencegah perkembangan penyakit aktif, dan mendiagnosis penyakit TB aktif secara dini dan meningkatkan kemungkinan disembuhkan – “Tiga I (*Three I's*)”. Tiga I ini adalah:

- **Penemuan kasus yang diperluas (*intensified case finding/ICF*) untuk TB aktif:** skrining secara tegas dapat mengarahkan pada diagnosis dini – memperbaiki tanggapan terhadap terapi dan mengurangi kemungkinan penularannya pada orang lain. Kegiatan ini juga menawarkan kesempatan untuk melindungi Odha yang belum mengembangkan TB;
- **Pemberian pengobatan pencegahan isoniazid (*isoniazid preventive treatment/IPT*):** antibiotik yang dapat mencegah risiko perkembangan TB aktif 33-62%; dan
- **Dengan menerapkan pengendalian infeksi (*PIN*) TB (*TB infection control/IC*):** yang mencakup tindakan yang dapat mengurangi penyebaran TB pada Odha yang rentan, petugas layanan kesehatan dan masyarakat umum.

Sejak Hari AIDS Sedunia tahun lalu, HATIP sudah menerbitkan terbitan khusus didukung oleh Stop TB Department WHO, yang membahas masing-masing unsur Tiga I [[HATIP 96](#) tentang IPT, [104](#) dan [105](#) tentang ICF, dan [109](#) tentang PIN TB]. Dalam artikel ini, kami mencatat beberapa tantangan operasional terkait dengan penerapan intervensi ini agar para pembaca mulai mempertimbangkan mengenai bagaimana masalah serupa dapat dihadapi dalam rangkaian dirinya sendiri. Tetapi tantangan ini tidak boleh dianggap sebagai halangan – jelas negara terbatas sumber daya sudah menghadapi banyak tantangan dalam peningkatan perawatan dan terapi antiretroviral (ART), tetapi sekarang ART menjangkau tiga juta orang, dan perawatan HIV tersedia untuk jutaan orang dan keluarga yang terdampak oleh HIV.

Sampai saat ini, program HIV tidak mengambil kesempatan dari strategi kunci untuk menatalaksana TB pada Odha – dan justru meruntuhkan layanan HIV/AIDS yang sudah kita bentuk dengan upaya betapa keras.

“Tiga I harus dilihat sebagai unsur esensial dan yang tidak boleh dipisahkan dalam peningkatan ART, dan yang tidak boleh dipisahkan dalam akses universal,” dikatakan Dr. Kevin De Cock, pimpinan HIV/AIDS Department WHO. “Kita tidak dapat melupakan aspek ini, seperti juga kita tidak dapat melupakan pemantauan pasien atau menghadapi resistansi obat untuk ARV atau unsur esensial lain dari program peningkatan ART.”

Dia membuat komentar ini pada akhir pertemuan mengenai Tiga I yang dilakukan di Jenewa pada awal April. Pada pertemuan ini, pendorong pengobatan, wakil komunitas, manajer program HIV, pengasuh HIV, dan pembuat kebijakan internasional dan nasional serta wakil dari LSM/organisasi komunitas HIV dari seluruh dunia mengeluarkan desakan akan tindakan untuk mulai penerapan Tiga I sekarang.

Terbitan HATIP ini meninjau kembali pertemuan tiga hari itu, dengan ringkasan singkat dari presentasi yang dibuat oleh para ahli dalam bidang, serta beberapa tantangan lain terhadap peningkatan ART yang diketahui oleh peserta pertemuan selama diskusi kelompok. Tetapi fokus utama kami adalah pada hasil kunci pertemuan, dan pengertian mengenai bagaimana dapat mempercepat penerapan Tiga I, serta langkah konkret yang diusulkan yang dapat dilakukan untuk menggerakkan kepentingan ini ke depan di garis global dan lokal.

Peluang untuk kerja sama HIV/TB

Saat membuka pertemuan, Dr. De Cock menekankan bahwa kaitan antara HIV dan TB pertama kali diperhatikan pada pertengahan 1980-an, “dan antara 1988 dan 1993, saya bekerja di Afrika Barat dan kaitan antara penyakit ini sangat jelas pada saya,” dia mengatakan. Tetapi dibutuhkan jangkitan TB yang resistan terhadap obat di New York, AS, pada awal 1990-an untuk memperbarui perhatian mengenai TB sebagai masalah kesehatan global.

Serupa dengan itu, jangkitan TB yang resistan secara luas terhadap obat (*extensively drug resistant TB/XDR-TB*) di klinik ART di Tugela Ferry, Afrika Selatan menarik perhatian dunia terhadap kenyataan bahwa HIV dan TB adalah kombinasi yang sangat berbahaya – mengancam keberhasilan upaya penanggulangan TB di seluruh dunia. Risiko XDR-TB pada Odha adalah terutama berat, karena data yang ada memberi kesan angka kematian adalah lebih dari 95%.

“Masalah tentang XDR-TB dan MDR-TB dapat ditafsirkan dengan dua cara,” dikatakan Dr. De Cock. Kita dapat bilang, “hal ini agak serius, atau kita dapat menafsirkannya sebagai salah satu peristiwa yang terpenting dalam kesehatan masyarakat pada jaman sekarang. Saya sendiri cenderung mengambil tafsiran kedua ini. Bila ada satu masalah yang dapat mengubah epidemi AIDS menjadi epidemi serupa dengan SARS, itu adalah penyebaran XDR-TB yang lebih terlihat – terutama pada dunia Barat.”

Oleh karena itu, dibutuhkan tindakan yang mendesak untuk mencegah, mendiagnosis dan mengobati TB pada Odha, keluarganya dan komunitasnya – dan dengan peningkatan layanan HIV secara terus-menerus, seharusnya menjadi mungkin untuk menghadapi HIV/TB secara nyaman bagi pasien dengan kedua infeksi atau rentan padanya.

Usulan yang jelas mengenai cara memadukan perawatan dan pengobatan untuk HIV dan TB secara lebih baik dikajikan di [Kebijakan Sementara Kegiatan Kerja sama TB/HIV](#), diluncurkan pada 2004 oleh Stop TB Department dan Department of HIV/AIDS, WHO.

Kebijakan ini mengusulkan 12 kegiatan kunci yang dibagi menjadi empat tindakan “di tingkat pembuatan kebijakan,” yang dibutuhkan untuk membentuk, merencanakan dan memantau kerja sama program TB/HIV; lima kegiatan yang dapat dilakukan oleh program TB untuk mengurangi beban penyakit HIV di antara orang dengan TB (termasuk pemberian konseling dan tes HIV, layanan pencegahan HIV, dan menyediakan langsung atau memastikan bahwa orang dengan HIV/TB menerima perawatan HIV yang cukup dan sesuai, termasuk profilaksis kotrimoksazol dan ART, bila dibutuhkan). Baru-baru ini, program TB nasional (NTP) memulai langkah besar menuju penerapan kegiatan untuk mengurangi beban penyakit HIV pada pasien dengan TB.

Namun, program nasional AIDS belum berlaju secepat penerapan sisa kegiatan yang bertujuan pada orang yang menjangkau layanan perawatan dan pengobatan untuk HIV: Tiga I.

Contoh Rwanda

Namun beberapa negara sudah menunjukkan bahwa peningkatan kegiatan ini adalah mungkin. Satu negara yang menjadi model adalah Rwanda, dan Dr. Greet Vanderbriel dari International Center for AIDS Care and Treatment Programs (ICAP) menyampaikan presentasi mengenai kemajuan di negara itu, atas nama Dr. Jules Mugabo dari Departemen Kesehatan (MoH).

Setelah konsultasi dengan stakeholder kunci, kebijakan TB/HIV Rwanda dirancang dan disetujui oleh MoH pada Oktober 2005. Pedoman, pelatihan, alat skrining TB dan materi komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) segera dikembangkan. Pentingnya, kebijakan tes HIV diubah untuk memasukkan *provider-initiated testing and counselling* (PITC) untuk pasien TB, alat catatan dan laporan TB dan HIV diperbarui untuk memasukkan informasi mengenai TB/HIV, dan sistem untuk pemantauan dan evaluasi skrining TB dikembangkan dan diterapkan.

Program tersebut menawarkan layanan satu atap sehingga pasien TB yang diketahui HIV-positif dapat menerima semua layanan dasar HIV-nya, termasuk pemantauan CD4, kotrimoksazol dan ART melalui klinik TB selama mereka memakai pengobatan TB. Setelah pengobatan TB diselesaikan, mereka dirujuk dan/atau diantar ke klinik ART di mana perawatannya akan diteruskan.

Secara bersamaan, skrining TB ditawarkan pada semua pasien HIV saat masuk ke program dan pada kunjungan pemantauan setiap enam bulan. Layanan skrining TB serta tes dan konseling HIV juga ditawarkan pada anggota keluarga pasien induk melalui kunjungan rumah oleh pendidik sebaya.

Pada akhir 2007, 89% pasien TB diskriming untuk HIV, 61% yang diketahui koinfeksi TB/HIV menerima kotrimoksazol dan 39% menerima ART. Skrining TB juga tinggi (88% pada 25% klinik ART nasional) saat pendaftaran pada layanan HIV, disertai perbaikan terus-menerus dalam kinerja skrining pada kunjungan pemantauan.

Jelas akses ART harus diperbaiki, tetapi penemuan lain oleh program adalah bahwa deteksi TB melalui ICF adalah lebih rendah daripada diharapkan, yang menunjukkan bahwa ada kebutuhan untuk memperkuat kemampuan diagnosis di layanan kesehatan dan mungkin menyesuaikan alat skrining TB untuk meningkatkan sensitivitasnya (lihat ICF di bawah).

Masalah lain adalah bahwa, saat ini, Rwanda tidak menawarkan IPT secara rutin pada orang dengan hasil skrining TB negatif – Dr. Vanderbriel menyatakan hal ini harus segera ditinjau kembali.

ICF – pengalaman di lapangan dan tantangan dalam komunitas

“ICF adalah penjaga pintu untuk semua yang lain [IPT dan IC],” dikatakan Dr. Wafaa El-Sadr, dari ICAP dan Universitas Columbia, “apa yang terjadi kemudian adalah masalah.” (Lihat HATIP 104 dan 105). Tambahan, Dr. El-Sadr mengatakan, ICF yang mengarah ke diagnosis (dan pengobatan) TB secara dini dapat membantu mengurangi sindrom pemulihan kekebalan (*immune reconstitution inflammatory syndrome/IRIS*) dan meningkatkan keberhasilan ART.

“Kita mempunyai alasan jelas untuk meluaskan penemuan kasus,” disepakati Ezio Santos-Filho, seorang anggota Stop TB Coordinating Board dan aktivis pengobatan HIV/TB. “Seharusnya ini masuk akal – tetapi ternyata tidak.”

Aktivis Brasil ini berbicara dari pengalaman sendiri: dia sudah dua kali mengalami TB.

Walau ICF adalah bagian dari kebijakan di kebanyakan negara, sampai saat ini kebijakan ini tidak diterjemahkan menjadi pedoman operasional atau prosedur operasi tetap. Alat skrining belum dibakukan dan skrining tidak terjadi di semua rangkaian yang layak – di mana saja Odha berkumpul atau menghadapi layanan kesehatan. Menurut peserta pertemuan, program membutuhkan penjelasan mengenai kompleks gejala yang terbaik untuk dimasukkan pada alat skrining TB, yang dapat ditatalaksana secara mudah oleh staf awam yang dilatih.

Satu pertanyaan yang muncul terus-menerus di beberapa negara adalah apakah rontgen dada harus dipakai untuk menyingkirkan TB – justru di beberapa negara Asia, dokter sangat tergantung pada rontgen dada – walau penelitian memberi kesan bahwa rontgen ini gagal menemukan banyak kasus TB. Penelitian yang menambah rontgen pada skrining gejala memberi hasil yang bertentangan, beberapa memberi kesan bahwa sensitivitas untuk TB tidak lebih tinggi, sementara yang lain memberi kesan sebaliknya. Tetapi rontgen dada jarang dimungkinkan dalam kebanyakan rangkaian.

“Saya sulit membayangkan rontgen dada sebagai alat skrining – terlalu berat bila tidak mustahil kalau diharuskan pada kebanyakan rangkaian kerja kami karena jumlah pasien yang sangat tinggi dan karena tidak tersedia rontgen dada bahkan untuk diagnosis; serta juga kebutuhan akan skrining ulang untuk orang dalam perawatan dan pengobatan HIV,” mengatakan Dr. El-Sadr.

Anggota keluarga yang berhubungan juga harus diskriming karena TB dapat ditularkan di rumah tangga. “TB adalah penyakit keluarga,” dikatakan Dr. El-Sadr. “Bila ada satu orang di rumah tangga dengan TB, pasti ada yang lain dengan infeksi TB.” Namun skrining anak terutama sulit dan kinerja sistem anamnesis/skoring gejala yang ada adalah kurang baik, terutama pada anak yang kurang gizi atau hidup dengan HIV. Lebih banyak penelitian dibutuhkan secara sangat mendesak untuk memperbaiki diagnosis TB pada anak.

Salah salah masalah lain adalah bahwa banyak program enggan memperbarui alat skrining TB-nya yang baku, yang tergantung pada pertanyaan mengenai batuk kronis (untuk tiga minggu atau lebih) walau terbukti sensitivitasnya kurang baik sebagai satu-satunya gejala jaga pintu untuk TB pada Odha.

Alat skrining yang lebih sensitif, yang menangkap sampai 90% pasien dengan TB, lebih cocok, tetapi alat ini akan meningkatkan beban pada layanan laboratorium untuk diagnosis TB secara bermakna. Dan, kecuali layanan diagnosis berada di tempat yang sama, atau sistem pengangkutan contoh diatur, pasien harus dirujuk pada layanan lain – yang tidak selalu efektif.

“Sistem rujukan kebanyakan hanya di atas kertas,” dikatakan Santos-Filho. “Bila orang diskriminasi positif, apa yang dapat kami lakukan? Bila mereka dirujuk ke tempat lain untuk diagnosis, apakah mereka didorong secara baik? Apakah mereka mampu? Orang tidak mempunyai uang untuk pergi ke klinik TB yang mungkin jauh. Contohnya, di Mexico City, pusat HIV yang sangat baru tidak dapat melakukan mikroskopi sehingga orang harus naik bis dua jam atau melakukan biakan.”

Namun ada model yang menunjukkan bahwa ICF dapat ditingkatkan secara berhasil, misalnya di klinik VCT di India; klinik ini digambarkan oleh Dr. Puneet Dewan pada peserta pertemuan Tiga I (presentasi serupa diliputi di [HATIP 105](#)). Tambahannya, Dr. Dewan menggambarkan kerja sama yang lebih baru antara program TB nasional dan Avahan – sebuah jaringan LSM didukung oleh Gates Foundation. Dalam kerja sama ini, staf klinik IMS, staf penjangkauan dan pendidik sebaya dilatih untuk melakukan skrining gejala rutin.

Salah satu peserta, Dr. Kudur Prakash, Wakil Direktur Proyek SANKALP di Bangalore, bekerja di jaringan ini, dan mengatakan bahwa petugas penjangkauan mengantar pasien ke klinik untuk skrining TB, kemudian dilakukan rujukan yang diantar pada pusat mikroskopi terdekat, atau dahak diambil di klinik dan diantar ke laboratorium.

“Upaya dimulai untuk mencoba melihat di luar tempat layanan untuk menjangkau orang di rumah,” dikatakan Dr. El-Sadr. “Ada banyak potensi untuk memakai sistem yang ada untuk mendukung, merawat dan mengobati HIV untuk menemukan kasus di rumah tangga – ada banyak sepeda motor dan sepeda di sana, petugas sebaya pergi ke rumah, petugas penjangkauan mencoba memastikan orang dipertahankan dalam layanan. Ada kemungkinan untuk memasukkan penemuan kasus dalam komunitas dengan memakai angkatan kerja yang hebat ini.”

IPT untuk mencegah penyakit aktif dan penyebaran TB secara lebih luas

IPT saat ini diusulkan oleh WHO untuk semua Odha di daerah dengan prevalensi infeksi TB laten di atas 30%, dan untuk semua Odha dengan infeksi TB laten yang didiagnosis atau terpajan pada kasus TB yang menular, tidak tergantung pada daerah tinggalnya. Lebih baru, bukti menunjukkan bahwa penggunaan IPT dan ART secara bersamaan di antara Odha mengurangi kejadian TB secara bermakna; dan penggunaan IPT pada pasien yang sudah selesai terapi TB secara berhasil ditunjukkan mengurangi risiko kasus TB selanjutnya secara bermakna.

Tetapi saat Dr. Paul Nunn dari Stop TB Department menanyakan pada peserta pertemuan apakah mereka merasa IPT adalah kebijakan WHO yang resmi, ada kebingungan pada para hadirin – dan kemudian banyak peserta mengatakan bahwa pesan yang dikeluarkan oleh WHO dan kelompok penasihat teknis lain mengenai IPT adalah bertentangan. Dr. Nunn juga mencatat bahwa saat ini hanya 82 negara mempunyai kebijakan IPT – dan “jelas ada perbedaan antara kebijakan dan penerapan, dengan akibat penerapan adalah rendah.”

Satu-satunya negara yang menerapkan kebijakan IPT pada Odha adalah Botswana, dan Ntukmun Makubate dari Program IPT Nasional Botswana menyampaikan presentasi mengenai pengalaman di Botswana. Seperti digambarkan di [HATIP 96](#), program besar ini menghadapi tantangan dengan persoalan dengan pencatatan data, serta tingkat tinggi data yang tidak lengkap. Banyak pasien tidak kembali untuk kunjungan klinik terakhir, sehingga mustahil dikatakan apakah mereka menyelesaikan pengobatan. Makubate beranggapan bahwa memang banyak yang menyelesaikannya – hanya mobilitas populasi Botswana begitu tinggi sehingga orang sering di daerah lain di negara pada akhir pengobatan. “Orang Botswana sering mempunyai empat tempat tinggal: satu di kota, satu di tempat asalnya, tempat mereka memelihara ternak, dan juga tempat mereka melakukan pertanian.”

Rekan dia, Dr. Ndwapi Ndwapi, Manajer Operasi program ART Botswana, mengatakan bahwa pangkalan data elektronik dan sistem pemantauan dan evaluasi “harus berada dari awal.” Dia juga beranggapan bahwa

IPT harus dipadukan dalam pedoman pengobatan HIV, serta perencanaan, pelatihan dan supervisi bersama “daripada mencoba memasukkan semua ini pada bidang pelatihan yang semakin padat.”

“Saya mau menunjukkan bahwa ketidakpatuhan pada profilaksis atau mangkir darinya bukan malapetaka untuk kesehatan masyarakat, seperti ketidakpatuhan pada pengobatan HIV, karena orang mempunyai penyakit laten atau tidak mempunyai penyakit, sehingga mereka tidak dapat menjadi resistan atau gagal,” dikatakan Mark Harrington dari Treatment Action Group (TAG), yang menyampaikan presentasi menghadapi beberapa alasan untuk tidak menerapkan IPT. Tetapi pertama-tama dia menceritakan pengalaman sendiri.

“Saya menantikan tes PPD tahunan saya karena tes ini memberi saya kesempatan untuk mengetahui apakah saya membutuhkan INH. Saya sudah memakai rejimen ART mengandung PI sejak 1996, dan bila saya mendapat TB aktif, saya harus mengganti rejimen [PI tidak boleh dipakai bersamaan dengan rifampisin]. Jadi jauh lebih baik saya memakai INH untuk sembilan bulan atau bahkan satu tahun karena saya tidak harus ganti rejimen ART saya.”

Dia mengaku bahwa kelompok aktivis komunitas dan kelompok Odha belum cukup berupaya untuk mendidik sebayanya mengenai IPT, dan menciptakan permintaan. Tetapi dia menyalahkan program TB karena mengejek IPT. Menurut dia, kebanyakan alasannya melawan penerapan IPT tidak mempunyai dasar ilmiah.

“Salah satu masalah utama yang menimbulkan keengganan untuk menerapkan kebijakan IPT adalah ketakutan akan resistansi terhadap obat – terutama oleh manajer program TB dan/atau mereka yang menguasai INH, tetapi umumnya manajer program TB,” dikatakan Dr. Nunn. “Mereka mengendalikan keran INH dan tidak ingin membukanya karena takut akan resistansi terhadap obat – sebuah ketakutan yang belum pernah terbukti nyata.”

Mark Harrington menunjukkan bahwa ada risiko yang lebih besar terhadap resistansi pada orang dengan penyakit aktif – dan “keprihatinan mengenai menyingkirkan penyakit aktif sebelum penggunaan IPT dapat dihadapi dengan peningkatan ICF dan [algoritme WHO untuk diagnosis TB BTA-negatif dan di luar paru](#),” menurut Harrington.

Kelalaian untuk meningkatkan IPT justru terkait langsung dengan kelalaian untuk menerapkan ICF, dan rasa ketidakpercayaan pada kemampuan alat dan algoritme skrining untuk menyingkirkan TB aktif di tingkat perawatan primer – dan sering kali, apakah penggunaan rontgen dada dibutuhkan untuk mendeteksi beberapa kasus TB aktif. Ada ketakutan bahwa bila kasus TB yang aktif ternyata lolos, pengobatan suboptimal dapat mengakibatkan resistansi terhadap obat. Tetapi Harrington menunjukkan secara cukup benar bahwa kebanyakan kasus lolos dapat diobati dengan pengobatan baku, walau data masih sedikit.

Tambahan, orang mendesak disediakan lebih banyak penuntun mengenai masalah teknis misalnya bagaimana menangani toksisitas; bagaimana memastikan kepatuhan dan menahan pasien dalam perawatan (terutama pasien yang sehat, yang sampai saat ini belum dibidik secara efektif oleh program HIV).

Tetapi Harrington menekankan bahwa pengobatan TB baku adalah lebih toksik, namun masih dipakai, dan bahwa program ART dapat menyesuaikan dukungan kepatuhan terhadap ART untuk membantu orang menyelesaikan IPT-nya.

Umumnya, anggapan peserta pertemuan adalah bahwa manfaat IPT jauh lebih tinggi dibandingkan risiko potensialnya. Juga, karena IPT dibidik pada pasien yang “sehat”, yang juga sering diberi kotrimoksazol, banyak peserta menganggap bahwa mungkin ada manfaat bila kedua obat ini dibuat sebagai kombinasi takaran tetap (FDC) atau berkemas bersama.

“Benar-benar tidak alasan apa pun kotrimoksazol dan isoniazid tidak dapat dikombinasikan dalam satu pil,” dikatakan Dr. Charlie Gilks dari HIV Department WHO. “Dan secara program, ada banyak manfaat mengkombinasikannya.”

Pengendalian Infeksi

Tindakan pengendalian infeksi (PIN) TB adalah esensial untuk mencegah penyebaran *M. tuberculosis* pada pasien yang rentan, petugas perawatan kesehatan, komunitas dan orang yang tinggal dalam keadaan padat manusia. Dasarnya, pengendalian infeksi TB adalah mengenai keamanan – orang yang menerima atau memberikan perawatan HIV seharusnya tidak khawatir mengenai pajanan terhadap TB dalam prosesnya. Akibat krisis TB yang resistan terhadap obat di negara dengan beban HIV yang tinggi, membentuk sarana kesehatan yang aman dari TB menjadi keadaan darurat secara umum untuk layanan kesehatan, lembaga pemasyarakatan dan rangkaian padat manusia, tetapi terutama untuk program HIV.

[Pedoman mengenai tindakan PIN TB](#), termasuk pengawasan administratif (praktek tempat kerja yang baik, misalnya mendahulukan pasien yang batuk), lingkungan (ventilasi yang baik) dan pelindung pernapasan pribadi sudah dibuat oleh WHO dan CDC.

Namun Phillip Mokoena dari Treatment Action Campaign (TAC) di Afrika Selatan mengatakan bahwa kesadaran mengenai PIN TB sangat rendah dalam komunitas dan bahwa upaya melekat pengobatan dibutuhkan secara mendesak untuk membangun kesadaran dalam komunitas mengenai pentingnya PIN TB.

Diskusi kelompok mengenai PIN TB sangat hangat.

“PIN TB adalah masalah sistem kesehatan yang tidak dimiliki oleh siapa pun; dan dalam sistem pemerintah jalur kekuasaan untuk menetapkan atau menegakkan kebijakan dan standar sering tumpang-tindih atau tidak jelas. Di beberapa rangkaian mungkin ada beberapa departemen pemerintah yang terlibat yang bertanggung jawab akan sarana kesehatan,” dikatakan Dr. Puneet Dewan.

“Kebanyakan solusi rekayasa di luar bidang keahlian kebanyakan orang yang bekerja di layanan kesehatan: dan para ahli teknis terutama langka pada rangkaian terbatas sumber daya,” dikatakan Dr. Bess Miller dari USAID.

Dr. Liz Corbett dari London School of Hygiene and Tropical Medicine mencatat bahwa “hanya sedikit negara yang mempunyai konsep apa pun mengenai TB sebagai bahaya keselamatan kerja” dan bahwa pengawasan administratif di tingkat sarana sering diabaikan, tanpa staf yang terpusat dan bertanggung jawab. Tambahan hanya ada sedikit tuntunan yang jelas dan sederhana mengenai PIN TB yang dasar untuk mereka yang bekerja di sarana kesehatan yang ada, terutama sarana yang kecil atau organisasi komunitas yang melayani Odha. Masalah teknis lain misalnya masalah penyediaan pembekalan, pengelolaan limbah, dan keamanan laboratorium juga harus dihadapi.

Usulan kunci dari peserta pertemuan

Namun, pertemuan ini merancang dorongan baru untuk memadukan Tiga I sebagai layanan pemberian kesehatan yang lebih baik untuk Odha. Ada kesepakatan yang jelas mengenai beberapa hasil kunci:

Sebagaimana ditekankan oleh Dr. De Cock, Tiga I (ICF, IPT, IC) harus dipromosi dan diterapkan sebagai bagian esensial paket pengobatan dan perawatan HIV, sama seperti penyediaan kotrimoksazol. Kebijakan IPT 1998 WHO harus dikonsepsikan kembali dan diperbarui sebelum akhir tahun ini untuk mengusulkan penerapan Tiga I dengan tekanan terhadap pada skrining TB dengan alat skrining WHO yang baku sebagai bagian esensial dari perawatan HIV. Kapan pun Odha diskriminasi untuk TB, mereka harus ditentukan sebagai seorang yang membutuhkan evaluasi diagnosis untuk TB atau penyakit lain terkait HIV, atau mereka harus diberi IPT.

Kebijakan harus menjelaskan bahwa program HIV bertanggung jawab untuk Tiga I dan terutama penerapan IPT dan ICF. Kebijakan juga harus dikembangkan untuk Tiga I di rangkaian padat manusia, termasuk rumah tangga, lapas, tambang dan komunitas, dan tujuan harus ditetapkan untuk penerapannya.

Hasil kebijakan kunci digambarkan pada [laporan pertemuan yang resmi](#). Bagian berikut menggambarkan lebih banyak pembahasan oleh peserta pertemuan mengenai bagaimana hasil ini dapat diterapkan.

Usulan tentang Penerapan Tiga I

Kebijakan dan penerapan ICF

Untuk meluruskan persepsi bahwa skrining TB adalah tanggung jawab program TB, kebijakan dan penuntun diperbarui harus menjelaskan bahwa skrining TB (dan IPT) adalah bagian dasar penatalaksanaan infeksi oportunistik pada Odha. Kebijakan harus menjelaskan bahwa skrining TB dapat dan harus dilakukan di mana pun Odha berhubungan dengan perawatan atau layanan HIV (termasuk layanan VCT), atau ditemukan pada rangkaian atau komunitas padat manusia. Penuntun juga harus menjelaskan bahwa ICF adalah langkah pertama yang penting dalam PIN TB.

Mengembangkan alat skrining TB yang baku dan sederhana

Bagian esensial paket ICF/IPT adalah promosi alat skrining yang disetujui oleh WHO, yang cukup sensitif untuk mendeteksi kebanyakan (80-90%) kasus TB biakan-positif (termasuk di luar paru) pada Odha. Untuk melakukan ini, tim WHO harus secepatnya melakukan peninjauan kembali secara sistematis terhadap data yang ada dari penelitian ICF yang terancang paling baik, untuk mengetahui tanda dan gejala yang paling cocok dimasukkan pada alat skrining. Alat yang dihasilkan harus sederhana dan praktis untuk dipakai oleh pekerja layanan kesehatan komunitas yang terlatih atau oleh konselor *lay* dalam rangkaian terbatas sumber daya.

Walau alat akan dibakukan, peserta pertemuan mengaku bahwa “satu mungkin tidak cocok untuk semua.” Dalam kata lain, beberapa rangkaian mungkin mempunyai kemampuan dan sumber daya lebih tinggi untuk melakukan penyelidikan yang lebih dalam. Diharapkan penelitian yang sedang dilakukan akan diteruskan untuk menyempurnakan alat tersebut (lihat riset operasional), tetapi itu bukan alasan untuk tidak mulai dengan penggunaan alat yang baik sekarang.

“Kita harus sepakat mengenai alat atau cara dasar untuk sekarang,” dikatakan Muhamed Mulongo dari The AIDS Service Organisation (TASO). “Saya tahu bahwa cara saat ini mempunyai keterbatasan. Tetapi bila kita dapat mulai dan terus menyempurnakannya, akhirnya kita akan menuju 100% deteksi kasus.”

Dan mempunyai alat baku seharusnya membantu meyakinkan program yang enggan untuk berhenti menggantungkan diri pada alat skrining yang tua, yang terancang untuk mendeteksi terduga TB sebelum epidemi HIV – yang mengubah tampilan klinis TB. Khususnya, tidak semua orang dengan HIV dan TB mempunyai batuk kronis, jadi hal ini sebaiknya tidak lagi dianggap satu-satunya gejala ‘penjaga pintu’ untuk skrining TB pada Odha. “Batuk” pasti tetap adalah bagian dari alat yang dibakukan, karena batuk tetap salah satu gejala TB yang paling umum – dan penyakit penting lain misalnya pneumonia yang juga membutuhkan perhatian diagnosis pada Odha. Namun batuk kronis mungkin akan terus dianggap gejala yang terutama penting untuk diperhatikan untuk kepentingan triase (mendahulukan pasien) dan menangani lebih cepat, karena lebih mungkin diakibatkan oleh TB dibandingkan penyebab lain.

Alat tersebut harus juga menjelaskan peranan rontgen dada sebagai bagian skrining TB. Walau pada sarana kesehatan yang cukup canggih, rontgen dada mungkin akan menemukan beberapa kasus TB subklinis (belum ada gejala) tambahan, mengharuskan rontgen dada akan membatasi peningkatan ICF di kebanyakan negara terbatas sumber daya atau dalam rangkaian seperti tempat VCT.

Cara untuk skrining (dan diagnosis) TB pada anak juga belum dirancang.

“Bukan hanya pada yang terinfeksi HIV, tetapi secara umum, diagnosis TB pada anak sulit,” dikatakan Dr. Anand Date dari CDC. “Oleh karena itu harus dilakukan lebih banyak riset operasional dan menekankan bagaimana kita menghadapi masalah itu.”

Melacak kontak adalah kunci untuk mulai tetapi sering diabaikan karena hal ini sering mengarah ke anak terpajan TB di rumah. “Kita harus meninjau kembali dan menegakkan kebijakan lacakan kontak sebagai peluang untuk ICF dan IPT,” dikatakan Dr. Angélica Sálomáo dari wilayah AFRO WHO.

Menguatkan kemampuan laboratorium/diagnosis

“Bila ICF dilakukan oleh semua pemberi layanan perawatan HIV mulai besok, tindakan itu pasti menempatkan beban kerja yang sangat berat pada layanan laboratorium yang ada,” dikatakan Dr. Date,

“sehingga harus menaruh perhatian pada penilaian dan memperbaiki mutu layanan laboratorium yang ada.”

Agar yakin ICF mengarah ke diagnosis yang cepat dan benar, prasarana dan kemampuan laboratorium diagnosis TB harus diperkuat. Hal ini akan membutuhkan kerja sama dan penyamaan persepsi yang lebih tinggi dengan kelompok yang bekerja pada masalah laboratorium.

“Hal ini adalah mata rantai yang paling lemah,” dikatakan Dr. Bess Miller, “sehingga penting dibentuk kerja sama dengan Global Laboratory Initiative mengenai menguatkan kemampuan diagnosis laboratorium di semua tingkat – termasuk pengendalian mutu eksternal, dan mengembangkan kemampuan sumber daya manusia untuk melakukan lebih banyak mikroskopi sambil kita terus meningkatkan kemampuan kita.”

Dia juga menyarankan mendorong penggunaan sumber daya HIV (misalnya dana PEPFAR untuk prasarana laboratorium) agar meningkatkan kemampuan diagnosis TB dan memperbaiki waktu yang dibutuhkan dalam laboratorium (lihat bagian Sumber daya).

Sama halnya, agar yakin bahwa orang dengan TB BTA-negatif dan luar paru didiagnosis dan diobati sebagaimana mestinya, harus ada lebih banyak promosi dan penerapan pedoman WHO mengenai algoritme diagnosis untuk TB BTA-negatif dan luar paru, serta juga akses yang lebih baik pada biakan TB secara cepat.

Untuk membantu negara menerapkan ICF, kebijakan harus diterjemahkan menjadi penuntun operasional yang jelas, yang membahas bidang yang berikut:

- **Bagaimana memadukan ICF pada rangkaian layanan terkait HIV yang berbeda:** tempat VCT, kelompok dukungan sebaya, klinik ART, klinik PMTCT, perawatan di rumah, dll.), rangkaian padat manusia, termasuk tambang, lapas dan asrama militer, dan komunitas (termasuk orang yang berpindah-pindah).
- **Staf:** Peranan dan tanggung jawab untuk kinerja, supervisi, pelatihan dan pemantauan program untuk ICF harus dijelaskan – terutama bila program sudah menerapkan pengalihan tugas.
- **Pengendalian infeksi TB yang dipadukan.** Karena skrining dapat mengarah ke pengambilan dahak, harus ada tuntunan yang menekankan praktek PIN untuk skrining TB dan pengambilan dahak oleh staf, relawan, dan pekerja sebaya – terutama mereka yang mungkin terinfeksi HIV.
- **Frekuensi skrining** – terutama karena mungkin ada berbagai tempat skrining untuk Odha. Bagaimana skrining dan rujukan dikoordinasi lintas berbagai pemberi layanan? Juga, setiap rujukan untuk evaluasi TB pada klinik lain dapat membebani klien secara waktu dan mungkin uang untuk transpor. Namun, bila orang yang hasil skrining TB-nya negatif langsung diberi IPT untuk mencegah TB, kebutuhan untuk layanan diagnosis lanjutan akan menurun secara bermakna.
- Bidang lain yang harus dihadapi adalah **bagaimana menangani orang yang diskринing positif yang kemudian ternyata TB negatif** setelah diagnosis laboratorium. Kasus macam ini akan semakin umum dengan alat skrining yang lebih sensitif pada orang dengan penyakit HIV lanjut karena ada tumpang tindih antara gejala penyakit HIV lanjut dan TB.
“Bila Anda mempertimbangkan gejala yang dapat memicu ICF, bila pasien dengan HIV mempunyai gejala TB tetapi tidak mempunyai TB – pasti ada alasan lain. Odha, saat menjadi sakit, membutuhkan akses terhadap layanan yang dapat mendiagnosis TB di antara infeksi oportunistik lain misalnya pneumonia, karena mereka ingin mendapatkan pengobatan yang paling cocok dan benar,” dikatakan Dr. Charlie Gilks dari WHO.
- **Sistem pencatatan dan laporan, dan pemantauan dan evaluasi yang dibakukan.** “Ada kebutuhan akan memasukkan skrining sebagai kegiatan inti dalam laporan akses universal,” dikatakan Dr. Haileyesus Getahun dari WHO, “dan ini, secara ideal, akan dilakukan dengan memperbaiki catatan pra-ART dan ART yang ada.”
- **Sistem pencatatan harus sederhana** agar petugas layanan kesehatan yang kewalahan tidak menganggap ICF sebagai layanan tambahan tetapi sebagai bagian perawatan HIV yang rutin. Mekanisme lain harus disediakan untuk memantau ICF di luar rangkaian pemberian layanan kesehatan (misalnya klinik VCT).

Riset operasional: Bersamaan dengan penerapan penuntun dan alat yang dibakukan, riset operasional harus juga dipromosi untuk mengenal model terbaik untuk menerapkan ICF di rangkaian HIV, dan mengoptimalkan alat skrining untuk keadaan lokal.

Langkah-langkah selanjutnya di tingkat negara untuk penerapan ICF

Kebijakan dan penuntun internasional tidak akan berdampak sebelum diresmikan dan diterapkan di tingkat nasional dan lokal. Satu aspek dari ini adalah untuk mendesak para Kementerian Kesehatan untuk mengamanatkan bahwa program AIDS nasional (KPA) adalah bertanggung jawab untuk ICF di rangkaian perawatan HIV, dan untuk mendorong kerja sama dan perencanaan bersama yang lebih baik antara program TB nasional dan KPA.

“Kita agak sering berpura-pura bahwa program HIV dan TB mempunyai kegiatan kerja sama,” dikatakan Dr. Sálomáo, “tetapi akhirnya apa yang kita lihat adalah kita bahkan tidak saling berbicara.”

Tingkat pemerintah yang lebih tinggi juga harus terlibat untuk memastikan bahwa ICF terjadi di setiap tempat yang seharusnya, yaitu untuk memastikan bahwa kementerian yang bertanggung jawab untuk layanan di rangkaian padat manusia (Keamanan, Kehakiman, Pertambangan, dll.) melibatkan diri dalam peningkatan ICF.

Kebijakan nasional, dan penuntun operasional internasional, harus disesuaikan menjadi protokol operasional secara rinci yang memperhatikan tantangan logistik lokal.

- Prioritas untuk rangkaian layanan kesehatan dan dukungan tempat ICF harus yang lebih dulu ditingkatkan, harus berdasarkan epidemiologi TB lokal. Namun, jelas skrining gejala TB harus dipadukan dalam pemeriksaan fisik berkala dan daftar tilik kunjungan pemantauan untuk semua orang yang menerima perawatan dari program HIV/AIDS.
- Koordinasi pelatihan dan supervisi pada berbagai rangkaian di mana ICF akan dilakukan – sekali lagi, dengan memperhatikan bahwa petugas layanan kesehatan berdasarkan komunitas dapat terlibat dalam penerapan ICF. Unsur TB ini harus dipadukan dalam kegiatan pelatihan dan bimbingan yang ada untuk pekerja dan staf kesehatan baru, terutama staf HIV, tetapi pelatihan lanjutan untuk staf kesehatan yang ada juga akan mendorong penerapan.
“Walau TB dimasukkan pada kebanyakan pelatihan HIV, saya melihat modul pelatihan dan bila kita benar-benar melihat isi yang terkait dengan unsur TB dari pelatihan HIV tersebut, sebetulnya tidak begitu ditekankan – umumnya hanya dua *slide* pada bagian infeksi oportunistik,” dikatakan Dr. Date. “Jadi sangat penting bahwa program AIDS, program TB dan lembaga pelatihan – yang terlibat dalam perkembangan materi pelatihan ini memastikan bahwa TB dimasukkan secara menyeluruh dalam paket pelatihan.”
- Memadukan unsur TB dalam sistem pencatatan dan pelaporan.
- Menetapkan kaitan yang efektif untuk diagnosis dan pengobatan, menyesuaikan logistik untuk meminimalkan kehilangan saat dirujuk. Program harus membuat diagnosis lebih nyaman untuk pasien. Satu cara adalah untuk mengembangkan kemampuan diagnosis TB (mikroskopi) satu atap dengan klinik AIDS atau dalam layanan kesehatan umum. Tetapi bila kemampuan diagnosis TB tidak satu atap dengan tempat skrining TB, mekanisme rujukan yang efektif (mungkin diantar) harus dikembangkan untuk menahan terduga TB di proses diagnosis dan memastikan mereka yang ditemukan dengan TB diobati. Pilihan lain adalah untuk mengambil dahak dari terduga TB saat skrining dilakukan dan membentuk sistem yang dapat diandalkan untuk mengirim contoh ke sarana diagnosis dan mengembalikan hasil pada pasien dan/atau pemberi perawatannya.

Langkah-langkah global selanjutnya untuk kebijakan dan penerapan IPT

Kebijakan IPT yang baru harus menyelesaikannya, sekali dan untuk selamanya, masalah bahwa program HIV/AIDS bertanggung jawab untuk menyampaikan IPT di rangkaian HIV – hal ini bukan tanggung jawab program TB nasional.

Dalam rangkaian dengan beban HIV/TB yang tinggi, Odha dengan hasil skrining untuk TB aktif yang negatif harus diberi IPT secara otomatis, kecuali ada kontraindikasi dengan isoniazid (misalnya pada pengguna alkohol yang tinggi).

Hal ini berarti harus ada kerja sama yang lebih baik antara bidang program HIV dan TB untuk memperbaiki rantai pembekalan untuk akses universal terhadap isoniazid. Global Drug Facility dan stakeholder rantai pembekalan lain, termasuk AIDS Medicines and Diagnostic Service (AMDS), Global Fund to Fight TB and Malaria (GFATM), dan Supply Chain Management System (SCMS) PEPFAR harus dilibatkan, dan harus mengembangkan proposal kepada UNITAID untuk isoniazid agar memudahkan pembelian dalam skala besar.

Tambahan lagi, strategi dapat termasuk pengemasan atau pembentukan isoniazid bersamaan dengan kotimoksazol (IPT dan CPT). Strategi ini juga harus menghadapi dosis dan bentuk untuk anak.

Menghadapi keprihatinan operasional dengan mendukung kebijakan IPT dengan penuntun operasional yang jelas:

Banyak program enggan meningkatkan IPT karena hanya ada sedikit pengalaman tentang program dengan IPT. Oleh karena itu, untuk meningkatkan penggunaan, penuntun operasional yang jelas harus dikembangkan untuk menghadapi hambatan yang dianggap berhubungan dengan pemberian IPT, didasari oleh informasi dari peninjauan kembali ilmiah mengenai semua pengalaman IPT yang ada. Penuntun operasional ini juga dapat dipakai untuk kepentingan advokasi (lihat Dorongan advokasi). Penuntun ini harus menghadapi masalah kunci seperti:

- **Menyingkirkan TB aktif.** Kebanyakan kasus terduga TB aktif dapat disingkirkan dari program IPT dengan alat skrining yang sangat peka – bahkan di tingkat layanan kesehatan primer. Masalah apakah harus memakai rontgen dada harus dihadapi dengan cara yang mencerminkan hambatan pada rangkaian yang berbeda dan tidak menghambat penerapan IPT.
- **Resistensi:** Walau dengan alat skrining TB yang peka, beberapa kasus TB aktif subklinis akan terlewatkan, dan mungkin mengembangkan resistansi terhadap isoniazid – kendati hanya ada sedikit bukti bahwa hal ini akan sering terjadi. Walau begitu, penuntun harus meninjau penatalaksanaan kasus macam ini (sekali lagi, bukti memberi kesan bahwa rejimen TB yang baku dapat mengobati kasus terobosan setelah IPT). Tambahan, “kita harus melakukan surveilans terhadap resistansi,” dikatakan Harrington, “termasuk pada program IPT di antara mereka yang mengembangkan penyakit.”
- **Apa peranan tes PPD** atau tes lain untuk menentukan pajanan TB, dan bagaimana hal ini dapat berbeda antara rangkaian dan risiko lokal pajanan terhadap TB?
- **Siapa yang memenuhi persyaratan untuk IPT?** Program tetap tidak jelas apakah mereka dapat memakai IPT pada pasien TB yang diobati sebelumnya, perempuan hamil dengan HIV, anggota rumah tangga yang terpajan, dan khususnya, anak terpajan. Dr. Siobhan Crowley dari WHO mengusulkan mempertimbangkan “bayi dan balita yang lahir tanpa TB tetapi hidup dekat dengan TB. Karena ketakutan orang terhadap kemampuan untuk diagnosis TB – kita akhirnya menunggu sampai mereka mengembangkan penyakit – yang harus kita mengobati dulu sebelum kita memberikan ART, yang mengakibatkan tingkat mortalitas yang tinggi. Oleh karena itu, kita harus mulai memikirkan anak dan balita ini.”
- Bagaimana IPT dapat disampaikan kepada populasi yang marjinal/rentan, misalnya warga binaan pemasyarakatan, pengungsi, orang yang berpindah-pindah, dll.?
- **Keamanan.** Walau IPT sudah dipakai secara aman di banyak rangkaian, hati pemberi layanan kesehatan harus ditenteramkan terkait keamanan IPT di rangkaian terbatas sumber daya. Pertanyaan yang bersangkutan termasuk bagaimana menghindari toksisitas hati: cara terbaik untuk mengenal dan menyingkirkan orang dengan masalah hati sebelumnya? Berapa sering dan bagaimana pasien sebaiknya dipantau? Apakah IPT aman untuk perempuan hamil? Berapa tingkat konsumsi alkohol yang aman? Apa yang seharusnya dimasukkan dalam informasi keamanan dan pendidikan untuk pasien?
- **Bagaimana kita harus memakai IPT dalam kombinasi dengan ART.** Data memberi kesan bahwa IPT dan ART dapat bersinergi terhadap TB. Namun, penuntun akan dibutuhkan untuk menghindari neuropati perifer pada orang yang memakai rejimen ART dengan d4T secara bersamaan. Contohnya, apakah program harus mempertimbangkan usulan untuk ganti d4T dengan AZT atau tenofovir sebelum neuropati perifer terjadi?
- **Berapa lama jangka waktu optimal** (enam bulan, sembilan bulan, terus-menerus?) dan frekuensi IPT pada Odha (mengingat bahwa hal ini mungkin tergantung pada rangkaian dan angka pajanan TB lokal)?

- **Kepatuhan:** Menyoroti praktek terbaik yang mendukung kepatuhan, misalnya penelitian CREATE secara berhasil menyesuaikan pelajaran diambil dari program kepatuhan ART dan profilaksis kotrimoksazol seperti penggunaan pendukung sebaya yang terlatih. “Lihat Odha yang mempunyai kepatuhan yang sangat tinggi – lebih dari 90-95% terhadap ART,” Mark Harrington mengatakan. “Mengapa program pengobatan HIV tidak memakai cara pelatihan dan dukungan kepatuhan untuk meningkatkan penggunaan dan kepatuhan terhadap IPT?”
- **Pedoman dan indikator pemantauan dan evaluasi.** Norma harus ditetapkan untuk mencatat dan melaporkan (memadukan unsur TB ke dalam kartu pra-ART dan ART dan catatan yang ada), pemantauan dan evaluasi untuk menunjukkan kemajuan dan dampak IPT. Contohnya, harus ada pelaporan yang dibakukan mengenai proporsi klien baru mengakses IPT, dan program harus mampu menilai dampak IPT sebagai bagian dari paket perawatan, serta juga manfaat kualitatif dan kuantitatif tambahan (termasuk analisis manfaat biaya).

Satu aspek pemberian IPT yang penting dalam peningkatan layanan HIV yang ditekankan oleh beberapa peserta pertemuan adalah bahwa pemberian perawatan pra-ART, saat IPT paling cocok, kurang diperhatikan. Di kebanyakan sistem layanan kesehatan, kemampuan staf dan prasarana terbatas saat klien dengan HIV masuk perawatan. Penuntun harus diberikan untuk membantu klinik dan sistem kesehatan yang padat agar dapat memberi perawatan esensial termasuk IPT pada pasien yang ‘sehat [belum memenuhi kriteria untuk mulai ART]’, misalnya bekerja dengan mitra dalam komunitas untuk mengembangkan paket layanan ‘sehat’ yang dasar dan pemberian IPT melalui perawatan berdasarkan rumah dan keluarga.

Riset operasional tentang IPT

Walau tidak boleh menunda penerapan IPT, pengalaman mengenai penggunaan isoniazid di rangkaian program di negara terbatas sumber daya adalah terbatas. Program riset operasional tentang IPT harus dikembangkan, yang harus meliputi:

- Membentuk proyek riset operasional dan percontohan di daerah dan negara untuk meningkatkan pengalaman program dan memperkuat dasar bukti mengenai IPT (mungkin membandingkan cara pemberian, termasuk perawatan di rumah, dll.).
- Penilaian praktek dukungan kepatuhan dan pemberian IPT yang berbeda.
- Menetapkan rejimen pencegahan TB yang optimal. Apakah rejimen pencegahan TB dua obat sebaiknya dipertimbangkan di beberapa rangkaian (terutama untuk orang yang kemungkinan akan terpajan ulang pada TB adalah lebih rendah) atau sebaliknya apakah sebaiknya IPT dilanjutkan terus-menerus untuk mencegah infeksi ulang dengan TB di negara dengan beban TB yang berat?
- Mengukur dampak, bila ada, pada TB yang resistan terhadap obat. Belum jelas apakah peningkatan IPT akan mengarah ke peningkatan resistansi terhadap isoniazid (diakibatkan oleh pengobatan kasus TB aktif yang tidak dideteksi secara suboptimal) atau apakah penurunan pada kejadian TB aktif akibat IPT justru dapat mengarah pada penurunan pada jumlah total kasus TB yang resistan (termasuk resistan terhadap rifampisin dan TB-MDR).

Langkah-langkah selanjutnya di tingkat negara mengenai kebijakan dan penerapan IPT

Tetapi untuk mendorong penerapan IPT pada skala luas di negara, persetujuan dan pengarahan yang jelas dari tingkat tinggi di pemerintah dan departemen kesehatan harus didapat. Sekali lagi, perencanaan dan pemantauan HIV/TB bersamaan harus diperkuat tetapi program HIV yang akhirnya harus bertanggung jawab untuk penerapan IPT pada tingkat pasien dan program. Hal ini berarti sumber daya program HIV harus dimanfaatkan untuk memastikan kepatuhan dan penyelesaian pengobatan.

Rencana tindakan: Kebijakan dan tuntunan harus diterjemahkan menjadi rencana pelaksanaan di tingkat negara, termasuk pemaduan ICF/IPT dalam pedoman pencegahan dan perawatan infeksi oportunistik. WHO dan mitra lain harus memberi bantuan teknis di tingkat wilayah dan negara. Masalah kunci yang harus dihadapi adalah:

- Pembelian dan logistik pembekalan isoniazid. Harus dibentuk persetujuan mengenai pembelian, mekanisme distribusi, inventaris dan logistik untuk pesan ulang. Akses pada IPT harus gratis, tetapi

agar benar-benar mencapai akses universal, harus ada akses gratis pada layanan skrining dan diagnosis TB.

- Pemantauan dan evaluasi, yang esensial dari awal. Pengalaman dengan program IPT di Botswana menunjukkan bahwa kecuali sistem pencatatan, serta pelaporan/pemantauan dan evaluasi sudah terbentuk saat program diluncurkan, akan sulit mendokumentasi penyelesaian pengobatan atau keberhasilan program secara penuh. Indikator pencegahan TB yang dibakukan harus dimasukkan pada dokumentasi pencatatan dan pelaporan perawatan dan pengobatan HIV yang ada.
- Menetapkan dan/atau memperkuat surveilans resistansi TB terhadap obat secara berkala.
- Pelatihan dan supervisi ICF/IPT harus dipadukan dalam program HIV yang ada untuk menghindari berbagai program pelatihan dalam bidang yang sudah padat.
- Upaya KIE harus segera diluncurkan, yang membidik komunitas, pasien DAN petugas layanan kesehatan. “Penerimaan oleh komunitas, pasien, klien atau pengguna serta juga staf pemberian layanan sendiri adalah penting sekali untuk memastikan keberhasilan program IPT apa pun,” dikatakan Cynthia Eyakuze dari Open Society Institute (lihat Advokasi). “Banyak orang yang menjalankan klinik ARV sebetulnya tidak tahu-menahu mengenai IPT,” dikatakan Pendeta Edward Phillips, Managing Director Eastern Deanery AIDS Relief Program di Nairobi Kenya. “Oleh karena itu harus adalah pembelajaran secara umum di kedua pihak, baik pihak TB maupun orang yang menjalankan klinik ARV.”

Langkah-langkah selanjutnya di tingkat dunia: kebijakan dan penerapan PIN TB

Dengan adanya penyebaran TB secara nosokomial (termasuk TB yang resistan terhadap obat) di rangkaian perawatan terkait HIV, PIN TB harus dikenal sebagai masalah darurat sistem kesehatan. Harus ada desakan sangat jelas untuk komitmen dan keinginan politis tingkat tinggi untuk menerapkan PIN TB – menempatkan PIN TB sebagai hak asasi manusia yang esensial untuk semuanya yang menjangkau layanan kesehatan (lihat Advokasi).

Karena PIN TB lintas melewati banyak disiplin, harus ada rangkaian stakeholder yang jauh lebih luas yang harus dilibatkan dalam proses untuk mengurangi penyebaran TB dalam sarana kesehatan, termasuk:

- Pendorong untuk penguatan sistem kesehatan;
- Mereka yang bekerja di masalah PIN lain, terutama mereka yang bekerja di bidang infeksi diangkit udara lain (misalnya penahanan pandemi dan kelompok tanggapan yang bekerja dengan SARS, flu burung). PIN TB harus dipadukan dalam kewaspadaan universal (pedoman PIN yang dirancang untuk melindungi petugas dari pajanan pada penyakit disebarkan oleh darah dan cairan tubuh tertentu) – walau juga harus diakui bahwa PIN TB harus dianggap khas dan sebagai masalah darurat;
- Kelompok internasional yang bekerja di bidang keselamatan kerja dan mendorong perlindungan perundang-undangan untuk petugas kesehatan. PIN TB harus dianggap sebagai masalah keamanan kerja dan harus ada akses yang lebih luas pada layanan kesehatan karyawan, termasuk HIV dan tes untuk pajanan terhadap TB;
- Ahli teknis. Ada kebutuhan yang jelas untuk membangun kemampuan lebih tinggi untuk memberi bantuan teknis, dan menghadapi kelangkaan ahli dan spesialis PIN (arsitek, insinyur, ahli higien industri);
- Global Laboratory Initiative. Keamanan dalam laboratorium dan teknisi lab juga harus diberi prioritas – mengenal bahwa dalam sarana klinis, teknisi lab sering mempunyai sedikit kekuasaan untuk memperbaiki keamanan lingkungan pekerjaannya.

Namun, karena PIN TB menempatkan komunitas HIV (baik Odha, keluarganya maupun pemberi layanan kesehatan) pada risiko yang tertinggi, komunitas HIV harus mendorong proses untuk menetapkan PIN TB di rangkaian yang memberi perawatan pada Odha dan tempat Odha berkumpul, dan segera menerapkan PIN TB di rangkaian ART. Justru, harus diakui bahwa PIN TB adalah aspek kunci dalam upaya peningkatan ART sehingga PIN TB harus dipadukan secara lebih baik dalam pedoman program HIV, misalnya [“Essential Prevention and Care Interventions for Adults and Adolescents living with HIV in resource limited settings.”](#)

Lagi pula, sebagai bagian dari proses untuk memperkuat keterlibatan komunitas HIV, subkelompok PIN dari “STOP TB Partnership” harus menambah lebih banyak orang dari komunitas HIV.

Kerangka kerja PIN TB HIV Department dan Stop TB Department WHO yang diperbarui sedang dikembangkan, dan peserta pertemuan merasa bahwa pengembangannya harus dipercepat. Dokumen ini akan memberi penuntun normatif mengenai prioritas intervensi; penilaian sarana; standar ventilasi; unsur yang diusulkan untuk akreditasi atau sertifikasi; dan mengembangkan indikator yang dibakukan untuk pemantauan tindakan administratif (satu ukuran penting mengenai keberhasilan PIN TB dapat berupa penilaian berkala prevalensi TB di antara petugas layanan kesehatan). Dokumen ini juga harus termasuk alat penilaian dibakukan untuk menilai risiko penularan TB di tingkat sarana klinis yang dapat diterapkan di seluruh negara.

Tetapi penting agar program tidak menunggu kerangka kerja baru diterbitkan – penuntun sudah ada yang menggambarkan praktek PIN TB yang baik. Tetapi untuk membantu negara dan program prioritaskan peningkatan intervensi PIN TB, pada pertemuan wakil dari kelompok PIN TB dari STOP TB berjanji akan membuat, dalam dua bulan, langkah konkret untuk PIN TB, berdasarkan kebijakan yang ada: “Sepuluh tindakan esensial untuk PIN TB yang efektif. Kemanan tanpa stigma.”

Dokumen ini sudah diterbitkan, dan diterjemahkan dalam bahwa Indonesia sebagai [“Tindakan esensial untuk pengendalian infeksi TB yang efektif.”](#)

Begitu juga, penuntun sederhana harus dikembangkan atau disesuaikan yang membidik kelompok dan organisasi komunitas, misalnya kelompok dukungan sebaya, untuk mengurangi penyebaran TB dalam komunitas.

Karena belum ada cukup sarana untuk mengisolasi orang dengan TB yang resistan terhadap obat, harus dikembangkan pedoman untuk penanganan TB-MDR dan TB-XDR dalam komunitas. Pilihan lain adalah untuk membiarkan orang tersebut tidak diobati dan lebih mungkin menyebarkan TB yang resistan.

Memperkuat rantai pembekalan: Manajemen rantai pembekalan untuk bahan terkait PIN juga harus diperbaiki. WHO harus mengembangkan spesifikasi yang jelas untuk pembelian PIN, sementara Stop TB Department harus mengembangkan dan mengajukan proposal PIN pada UNITAID.

Riset operasional: Bersamaan dengan penerapan, negara/daerah percobaan dapat dibentuk untuk memperkuat dasar bukti untuk PIN TB dan membantu memprioritaskan intervensi PIN.

“Walau jelas bahwa paket intervensi PIN TB secara keseluruhan berhasil untuk mengurangi penyebaran nosokomial, seperti ditunjukkan di New York City, tidak jelas bagian mana yang paling efektif,” dikatakan Dr. Puneet Dewan. “Apakah ketersediaan ventilasi dan arus angin, kecurigaan dan triase, higien batuk dan bimbingan pasien, atau pun betapa penting skrining dan pendidikan petugas layanan kesehatan mengenai TB dan HIV.”

Kebijakan dan penerapan PIN TB di tingkat negara

Komitmen pemerintah tingkat tinggi akan dibutuhkan agar membuat PIN TB prioritas nasional di semua rangkaian. Jalur kekuasaan yang jelas harus ditetapkan untuk mengatur dan menegakkan kebijakan dan standar PIN TB. Selain departemen kesehatan, departemen keamanan, kehakiman, dll. harus juga dilibatkan untuk menyediakan PIN TB di lapas, asrama militer, rumah sakit dan tempat lain yang padat manusia.

Kebijakan PIN TB nasional harus ditetapkan atau diperbarui, serta standar untuk akreditasi atau sertifikasi dan mekanisme menegakkannya. Sebagai tambahan, negara-negara harus mengembangkan kemampuan teknis lokal mengenai PIN.

Ada perdebatan di antara peserta pertemuan mengenai apakah sarana yang tidak lulus penilaian PIN TB mungkin sebaiknya tidak diperbolehkan untuk praktek. Namun, dengan kenyataan bahwa kebanyakan sarana di Afrika sub-Sahara kemungkinan akan gagal, berdasarkan sebuah penilaian yang dilakukan oleh Dr. Liz Corbett dan rekan (lihat [HATIP 109](#)), solusi ini mungkin tidak praktis – walau diusulkan agar aktivis HIV/TB dapat memakai penilaian untuk menarik perhatian pada kegagalan sistem kesehatan masyarakat untuk menerapkan PIN TB.

“Hal ini sebenarnya adalah sesuatu yang dibahas pada pertemuan di Afrika Selatan yang melibatkan aktivis, pembuat kebijakan dan ilmuwan untuk membahas masalah PIN,” Dr. Alasdair Reid dari UNAIDS mengatakan. “Salah satu hasilnya adalah suatu bentuk akreditasi – sebuah cap besar di luar klinik yang mengatakan “Aman TB” atau sejenisnya – setelah mereka memenuhi beberapa pedoman. Kemudian komunitas akan sadar mengenai itu dan mungkin memboikot sarana yang tidak memenuhi kriteria tersebut. Cara ini cukup sederhana untuk dilakukan bila ada kampanye besar.”

“Komunitas harus terlibat – mereka adalah macam polisi yang terbaik untuk penerapan PIN TB,” dikatakan Dr. Corbett.

Pedoman operasional dan prosedur operasional baku (*standard operating procedure/SOP*) harus dikembangkan dengan menyesuaikan pedoman internasional yang ada (dengan bantuan dari WHO dan mitra teknis lain) untuk serangkaian sarana di mana PIN TB mungkin menjadi masalah dalam sebuah negara. Beberapa peserta merasa bahwa tekanan awal harus diberikan pada pengembangan rencana sementara untuk segera memperbaiki penerapan PIN TB di sarana yang ada (memakai praktek dan ukuran pekerjaan yang baik seperti ruang tunggu di luar gedung, dll...) – sebelum mempertimbangkan tindakan teknis dan arsitektur yang mahal.

Pada tingkat sarana, program harus mencari cara untuk memberdayakan mereka yang ditetapkan bertanggung jawab untuk PIN TB. “Tipe orang yang sering diberi tanggung jawab di tingkat sarana tersebut cenderung dari tingkat rendah yang tidak mempunyai keterampilan untuk mendorong orang,” Dr. Corbett mengatakan.

Beberapa peserta pertemuan merasa bahwa fokus utama upaya harus pada membuat sarana kesehatan lebih aman. Namun, yang lain membantah bahwa harus juga ada kampanye yang diarahkan pada pencegahan penyebaran TB dalam komunitas.

“Bila kita turun ke komunitas di mana penularan TB terjadi, pesan ini tidak ada di situ,” dikatakan Muhamed Mulongo dari TASO. “Saya rasa kita harus memikirkan cara terbaik untuk masuk ke rumah itu, ke dalam gubuk yang kecil dan padat itu di mana banyak penularan TB terjadi, karena komunitas tidak menerima pesan.”

Minimal, kelompok komunitas dan organisasi kelompok di mana Odha berkumpul juga harus dibimbing mengenai PIN TB secara dasar, dan didorong untuk mempraktekkan PIN TB secara dasar (lihat Advokasi) di mana saja mereka bertemu, membimbing higien batuk, dll.

Advokasi

Advokasi global untuk semua Tiga I: “Dorong”

“Advokasi harus terjadi di semua tingkat yang berbeda,” dikatakan Cynthia Eyakuze. “Di tingkat global, dalam tingkat nasional – pembuat kebijakan, pemberi layanan dan pasien sendiri. Dan ada berbagai macam advokasi yang sangat berbeda, termasuk kampanye untuk mendorong permintaan, dll.”

Strategi komunikasi Tiga I harus dikembangkan untuk membangkitkan tekanan dan permintaan secara global. Langkah yang segera termasuk menyebarkan laporan mengenai hasil pertemuan pada staf WHO di semua tingkat, membahas hasil pertemuan di pertemuan STAC dan STAG yang akan dilakukan, di pertemuan kelompok penasihat teknis wilayah WHO, dan merencanakan pertemuan Tiga I di tingkat wilayah dan negara.

Hasil pertemuan akan dipromosikan di semua pertemuan utama (UNAIDS PCB, PEPFAR, pertemuan PBB 9 Juni, World AIDS Conference).

“Kita harus promosi diseminasi praktek yang berhasil dan terbaik. Ada hal baik yang terjadi di beberapa daerah dunia; kita harus melakukan komunikasi dan diseminasi,” dikatakan Dr. Getahun. “Harus juga dilakukan advokasi ilmiah, dengan memakai kepustakaan ilmiah yang ada dan mendesak jurnal medis terkemuka untuk mendorong pencegahan, diagnosis dan pengobatan TB secara umum untuk Odha.”

Pakar teknis dari lembaga lain (KNCV, Union, JICA) harus dilibatkan – baik pendukung maupun yang ragu. Khususnya, strategi advokasi dan komunikasi untuk menghadapi salah persepsi/hambatan yang dilihat terhadap penerapan IPT adalah sangat penting.

Advokasi “Tarik”

Lembaga donor dan kelompok komunitas global harus bekerja sama untuk membangkitkan permintaan pada akar rumput untuk Tiga I.

“Ini pertama kalinya saya mendengar mekansime ‘dorong dan tarik’ dikaitkan dengan layanan klinis dan saya rasa hal ini adalah penting karena sebelumnya ‘dorong’ dari komunitas pasien TB jarang dilakukan di program TB, dibandingkan dengan program HIV; pada HIV saya rasa “dorong” sangat efektif untuk mendesak perubahan,” dikatakan Dr. Alwyn Mwinga dari Global AIDS Program CDC di Zambia.

“Kelompok aktivis komunitas dan kelompok Odha belum cukup membimbing sebayanya dan membentuk permintaan,” Mark Harrington mengatakan. “Hal ini terkait dengan kenyataan bahwa TB masih merupakan penyakit yang menarik stigma.”

Tetapi hal ini mulai berubah, seperti dibuktikan oleh aksi aktivis pertama untuk TB saat pertemuan World Union on Lung Health di Cape Town, yang melibatkan lebih dari 5.000 orang. Dan semakin banyak aktivis HIV dilatih untuk menjadi aktivis HIV/TB.

Aktivis HIV/TB di pertemuan di Jenewa jelas menerima Tiga I sebagai bagian dari kepentingan mereka sendiri.

“Kami [TAG] baru-baru ini melakukan pelatihan untuk 45 aktivis dari 25 negara mengenai melek ilmiah TB – mereka sangat antusias dan orang benar-benar ingin tahu ilmiah yang melatarbelakanginya. Sekarang ada beberapa aktivis yang benar-benar profesional yang bergerak di tingkat sangat tinggi. Oleh karena itu, saat Anda mengembangkan kebijakan... saya benar-benar mendesak agar Anda melibatkan komunitas karena mereka adalah aktivis yang paling baik dalam rangka membantu mendorong riset dan program Anda menjadi kebijakan, dan melakukan tindakan,” dikatakan Claire Wingfield dari TAG.

“Kita harus memberdayakan Odha untuk mengerti gejala TB dan mendesak perawatan, minta skrining untuk TB,” dikatakan Dr. Alyssa Finlay dari CDC. “Stigma TB dapat dihadapi melalui pendidikan dan kesadaran. Komunitas, pimpinan nasional dan panutan harus mendorong skrining TB dan menghadapi masalah stigma terkait TB. Harus ada pesan yang sederhana, jelas dan positif bahwa ICF TB adalah bagian dari paket yang memberi perawatan yang paling tinggi.”

Pendekatan positif ini adalah sangat penting – daripada pesan yang biasanya negatif mengenai TB.

“Kita harus memastikan ada pesan yang sangat positif mengenai TB karena hal ini memberdayakan tindakan,” dikatakan Dr. Gilks.

Aktivis hak asasi manusia harus dilibatkan juga dengan menempatkan pencegahan TB dalam konteks berdasarkan hak asasi manusia. Contohnya, Mark Harrington menggambarkan kegagalan untuk menerapkan IPT sebagai masalah hak asasi manusia yang jelas.

“Kelalaian untuk menyediakan IPT yang mencegah TB, penyebab utama kematian dari HIV, adalah pelanggaran hak asasi manusia. IPT dapat membantu 10,3 juta orang koinfeksi TB/HIV saat ini. Dan kenyataan bahwa kita tidak melakukannya adalah pelanggaran yang berat – menurut saya – terhadap hak akan kehidupan dan pengobatan dengan obat yang murah dan efektif,” dikatakannya.

Begitu juga, Odha mempunyai hak asasi manusia terhadap sarana layanan kesehatan yang lebih aman. Pendeta Phillips menganggap bahwa mungkin harus dilakukan tindakan hukum:

“Saya benar-benar yakin beberapa tuntutan hukum untuk malapraktek adalah baik untuk beberapa departemen kesehatan. Mungkin hal ini tidak pernah akan terjadi di dunia, tetapi saya benar-benar merasa beberapa tuntutan hukum yang dahsyat dapat membangkitkan departemen tersebut, kemudian mungkin mereka akan melakukan sesuatu!”

Kampanye KIE skala besar untuk pencegahan, diagnosis dan pengobatan TB yang membidik HIV dan TB dalam keluarga harus diluncurkan. “Pemberi layanan kesehatan harus menanyakan pada pasien mengenai anggota keluarga saat mereka datang mengunjungi klinik,” dikatakan Dr. Finlay, “dan melakukan skrining pada mereka juga.” Sebagai tambahan, dia mengusulkan bahwa pendidikan mengenai TB harus dipadukan di sekolah untuk menggerakkan anak.

Dr. Ndwapi Ndwapi dari Botswana mengusulkan untuk memakai interaksi dengan klien di klinik ART sebagai peluang untuk pendidikan masyarakat – karena saat mereka dalam ruang tunggu, mereka adalah pendengar yang mau tak mau harus mendengarkan.

Komunitas petugas layanan kesehatan juga harus dilibatkan. Permintaan untuk PIN dan pencegahan TB juga harus dirancang di antara petugas layanan kesehatan, yang sering pada awal menganggap Tiga I sebagai “pekerjaan tambahan.”

“Kebanyakan pekerja kita kewalahan jadi bila kita mempertimbangkan pendekatan ini, kita harus juga mengatakan, ‘Bagaimana kita dapat mendukung pekerja kita?’” dikatakan Dr. Sálomáo.

Namun di sisi lain, petugas layanan kesehatan harus diyakinkan bahwa penerapan Tiga I adalah untuk mendorong kepentingan mereka sendiri.

“Pendapat saya adalah bahwa semua kegiatan Tiga I mendukung pekerja karena pekerja berisiko terhadap TB, banyak yang sudah terinfeksi HIV dan banyak yang akan mengembangkan TB,” dikatakan Dr. Reuben Granich dari WHO. “Oleh karena itu saya merasa upaya ini benar-benar mengenai keamanan pekerja dan hak pekerja dan mendukung petugas layanan kesehatan yang kewalahan.”

Dr. Dick Chaisson dari Johns Hopkins Medical School menunjukkan bahwa di AS, sebuah jangkitan TB di klinik di Florida “mengakibatkan permintaan yang sangat tinggi dari petugas layanan kesehatan untuk lingkungan kerja yang aman. Bila kita bicara mengenai penggerakan komunitas untuk PIN TB, komunitas petugas layanan kesehatan harus digerakkan dan sebagaimana pasien menuntut IPT, petugas harus menuntut PIN. Hal ini adalah sumber kekuatan yang luar biasa yang belum dipakai, yang harus dipakai untuk menghadapi masalah ini!”

Penggerakan sumber daya

Penerapan tidak akan terjadi tanpa sumber daya – tambahan sumber daya manusia harus dicari dan dilatih untuk bekerja pada masalah ini sebagai bagian dari peningkatan perawatan HIV, standar dan penerapan Tiga I. Akhirnya, peserta pertemuan mendesak agar Tiga I dijadikan prioritas dalam proposal pada Ronde 8/9 Global Fund yang akan datang, dan dalam rencana operasional negara pada PEPFAR yang akan datang. Mitra donor harus didesak untuk mengarahkan dana kepada kegiatan PIN, termasuk pembaruan sarana kesehatan.

Bahkan sebelum pertemuan Tiga I ditutup, banyak peserta pertemuan berjanji untuk mendorong kepentingan Tiga I – termasuk wakil dari banyak mitra donor. Hal ini dapat dibaca secara lengkap pada akhir [laporan pertemuan Tiga I](#) yang resmi.

Artikel asli: [HATIP 112: Three I's to reduce the burden of TB in people with HIV](#)