
Artikel

ULASAN

Pemberantasan Tuberkulosis pada Pelita VI

Abdul Manaf

Perkumpulan Respirologi Indonesia

PENDAHULUAN

Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1992 menyatakan tuberkulosis sebagai penyebab kematian nomor 2 dari semua golongan usia dan nomor 1 dari golongan penyakit infeksi. Setiap tahunnya 175.000 meninggal, sekitar 500.000 kasus baru dengan 260.000 tidak terdiagnosis serta mendapatkan pelayanan yang tidak tuntas. Kenyataan bahwa penderita umumnya dari golongan usia produktif kerja akan berdampak terhadap pertumbuhan ekonomi.

Terbaikannya penyakit ini telah menimbulkan masalah resistensi kuman yang menjadi beban sektor kesehatan. Ancaman penyebaran infeksi I-IIIV turut memperberat masalah, oleh karena penderita HIV positif 10 kali lebih mungkin akan menderita tuberkulosis.

Keinginan pemerintah untuk menanggulangi masalah tuberkulosis yang sejalan dengan keinginan untuk mengentaskan kemiskinan perlu mendapatkan dukungan lintas program, lintas sektor dan mengikut sertakan LSM maupun meningkatkan peran serta masyarakat untuk secara terpadu menggunakan infrastruktur fasilitas pelayanan kesehatan yang telah ada sebagai wadah. Pada kenyataannya masih banyak penderita yang berobat di luar puskesmas, di samping belum adanya keseragaman tata laksana penanggulangan.

Keberhasilan beberapa proyek dengan menggunakan rekomendasi WHO, menunjukkan bahwa infrastruktur yang ada sudah baik dan telah siap untuk digunakan. Penggalan sumber daya dan dana yang selanjutnya digunakan secara tepat di samping penataan yang baik dalam program P2TB Paru Nasional akan meningkatkan pemerataan keberhasilan program P2TB Paru khususnya dan Program Kesehatan pada umumnya dalam mencapai tujuan Kesehatan bagi Semua di tahun 2000.

Hal ini lebih lanjut akan memberikan dampak bagi peningkatan sumber daya manusia (SDM) serta meningkatkan sektor ekonomi.

Kebijaksanaan operasional baru program P2TB Paru sesuai dengan rekomendasi WHO adalah sejalan dengan kondisi struktur administrasi pemerintahan dengan desentralisasi ke tingkat kabupaten; hal ini akan memudahkan pelimpahan tugas kepada petugas tingkat kabupaten sesuai dengan strategi baru.

SITUASI

Pelaksanaan program pemberantasan yang selama ini dijalankan di puskesmas belum memperlihatkan hasil yang bermakna, di samping itu belum terdapat keseragaman diagnosis sesuai lokasi dan klasifikasi berdasarkan kategori pengobatan yang dibutuhkan untuk analisis secara kohort melalui keseragaman pencatatan. Lebih dari 50% penderita belum tercakup oleh program yang selama ini dipusatkan di puskesmas dan di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah lainnya maupun sektor swasta.

Pada tahun 1994 telah dilaksanakan evaluasi program bersama dengan WHO dan hasilnya telah diajukan dalam Lokakarya Nasional ke VI. Selanjutnya Dokumen Perencanaan 5 Tahun yang dibuat dengan bantuan konsultan WHO merupakan dasar kebijaksanaan operasional yang dimulai pada tahun 1995. Dalam rangka menunjang keberhasilan pelaksanaan program pada tahun 1995, WHO melengkapi strategi pelaksanaan program dengan mengembangkan strategi DOTS (Direct Observed Treatment Short-Course) karena pengendalian pengobatan penderita sangat menentukan keberhasilan pengobatannya.

Meningkatnya penyebaran infeksi HIV dan penyakit AIDS

merupakan salah satu faktor meningkatnya penyakit tuberkulosis di dunia akibatnya daya tahan tubuh yang rendah. Meskipun di Indonesia jumlah penderita HIV/AIDS yang ditemukan terbatas, tetapi peningkatan kasus yang terjadi cukup memprihatinkan. Kedua penyakit yang saling mempengaruhi akan menjadikan beban ganda bagi petugas kesehatan bila tidak segera ditanggulangi dengan baik.

Telah terbentuknya infrastruktur dan dengan meningkatkan kualitas pelaksanaan program pemberantasan TB Paru pada fasilitas pelayanan kesehatan yang ada akan menurunkan angka kematian dan kesakitan penderita yang umumnya terdapat dalam golongan kurang/tidak mampu serta termasuk dalam golongan usia produktif kerja. Dengan mencegah penyebaran resistensi kuman terhadap obat antituberkulosis, keberhasilan program pemberantasan akan mengandung peningkatan sumber daya manusia (SDM) yang pada akhirnya akan meningkatkan pertumbuhan ekonomi negara.

Peranan pelayanan kesehatan di luar puskesmas untuk penderita tuberkulosis perlu ditingkatkan, termasuk rumah sakit pemerintah maupun swasta, dokter spesialis dan dokter swasta.

Desentralisasi ke tingkat kabupaten maupun suksesnya pelaksanaan secara terpadu, memerlukan konsolidasi dan kesatuan sudut pandang untuk secara bersama-sama mengambil bagian dalam program P2TB Paru secara nasional. Penggalan sumber daya dan dana dengan pemerataan penggunaan secara tepat dan tata laksana yang baik akan menunjang keinginan pemerintah untuk mengentaskan kemiskinan serta meningkatkan perekonomian dan tercapainya kesejahteraan.

PROGRAM P2TB PARU PELITA VI

Kebijaksanaan operasional program pemberantasan tuberkulosis Paru (P2TB Paru) Pelita VI merupakan antisipasi terhadap kondisi pelaksanaan program pemberantasan yang walaupun selama ini telah dijalankan, tetapi belum memperlihatkan hasil yang bermakna. Prioritas ditujukan terhadap peningkatan mutu pelaksanaan dan pelayanan, di samping penggunaan obat yang rasional untuk memutuskan rantai penularan serta mencegah meluasnya resistensi kuman tuberkulosis di masyarakat. Untuk itu usaha yang telah ada harus dilanjutkan dengan beberapa perbaikan sesuai dengan perkembangan dunia dan Iptek di samping keterpaduan kegiatan seluruh sektor terkait (lintas program maupun lintas sektor) dalam menunjang pelaksanaannya.

Dalam rangka memutuskan rantai penularan dan mencegah meningkatnya resistensi kuman, tujuan utama adalah pencapaian angka kesembuhan 85% yang kemudian disusul dengan peningkatan cakupan 70% di tahun 2000, yang berdasarkan pengalaman akan menurunkan angka prevalensi separuhnya.

Untuk meningkatkan kualitas pelaksanaan program dan pelayanan, berdasarkan pengalaman serta hasil evaluasi, perlu dilakukan penyempurnaan kebijaksanaan operasional dengan mengaktifkan serta meningkatkan kualitas infrastruktur yang telah ada di samping mengikut sertakan komponen pelayanan kesehatan di luar program.

Pembentukan Kelompok Puskesmas Pelaksana (KPP) yang

terdiri dari Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM) dengan di sekelilingnya terdapat 3-5 Puskesmas Satelit (PS) yang secara keseluruhan mencakup wilayah kerja dengan jumlah penduduk antara 100.000-150.000 jiwa merupakan kondisi ideal bagi kelangsungan program dan menjadi dasar perencanaan maupun pengembangan selanjutnya.

Dalam kebijaksanaan operasional program P2TB Paru Pelita VI, Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM) merupakan bagian terpenting dalam rangka peningkatan kualitas, khususnya dalam rangka penegakan diagnosis secara mikroskopis di laboratorium. Beban kerja pemeriksaan sediaan yang cukup dan pelatihan yang baik akan mempertahankan keterampilan dan meningkatkan kualitas petugas laboratorium. Pemakaian pewarnaan Ziehl Neelsen dan digunakannya mikroskop binokuler merupakan unsur penunjang yang tidak dapat diabaikan serta menuntut terbentuknya tatalaksana serta jaring-jaring laboratorium dalam usaha menjaga dan meningkatkan kualitas (mutu). Pembentukan kelompok-kelompok puskesmas pelaksana program dengan PRM sebagai tempat pemeriksaan laboratorium secara mikroskopis ini selanjutnya dikembangkan secara bertahap; dengan demikian puskesmas yang saat ini belum sebagai pelaksana program dapat secara langsung menjadi PS.

Sesuai dengan struktur organisasi Departemen Kesehatan terlihat bahwa untuk mencapai keberhasilan program secara nasional, sejak awal harus dilakukan secara lintas program sesuai dengan beban dan tanggung jawabnya.

Pemakaian obat anti tuberkulosis (OAT) jangka pendek sesuai dengan rekomendasi WHO berdasarkan Kategori dan Klasifikasi penyakit sangat penting dalam mencegah kegagalan pengobatan dan resistensi kuman dengan keteraturan berobat penderita sampai sembuh. Obat anti tuberkulosis (OAT) yang dipergunakan dalam program pemberantasan tuberkulosis paru terdiri dari beberapa kategori yaitu :

a) Kategori 1: 2HRZE/4 H3R3

Untuk penderita Baru BTA positif dan penderita BTA negatif/Rontgen positif sakit berat.

b) Kategori 2 : 2 HRZES/HRZE/5 H3R3E3

Untuk penderita BTA positif kambuh atau gagal dengan pengobatan kategori 1.

c) Sisipan : HRZE

Sebagai tambahan pengobatan selama 1 bulan secara intensip apabila setelah selesai pengobatan fase awal, pemeriksaan sputum hasilnya BTA positif.

d) Kategori 3 : 2 HRZ/2 H3R3, belum disediakan oleh program saat ini. Paduan obat ini digunakan untuk penderita BTA negatif dengan radiologis positif.

Beberapa daerah sehubungan dengan kondisi setempat, terutama akibat faktor geografis; dalam tahap pengembangan akan didapatkan Puskesmas Pelaksana Program yang tidak dapat dikelompokkan sebagai KPP serta berdiri sendiri. Puskesmas pelaksana program demikian disebut sebagai Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM).

Keberadaan BP-4, Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta yang juga menangani penderita tuberkulosis diharapkan dapat

turut terlibat secara aktif dan mempunyai kesatuan sudut pandang. Hal ini akan dapat dicapai dengan koordinasi dan kerja sama yang baik dari tingkat Pusat, Propinsi dan Kabupaten. Demikian pula halnya dengan Perhimpunan Dokter Ahli Paru (PDPI) maupun Ikatan Dokter Indonesia (IDI).

Eksistensi Balai Laboratorium Kesehatan (BLK.) di seluruh daerah tingkat I perlu dikembangkan, terutama dalam rangka pelatihan tenaga laboratorium dan meningkatkan kegiatan jaga mutu.

Seluruh kegiatan penelitian dan pengembangan termasuk dalam rangkaian penilaian perlu dikembangkan dengan melibatkan unsur terkait di bawah koordinasi Badan Litbangkes.

Meningkatkan keterlibatan semua unsur pelayanan Pemerintah dan Swasta maupun peran serta masyarakat dengan lebih mengaktifkan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang telah ada. Hal ini merupakan pengamalan strategi DOTS (*Direct Observed Treatment Short-Course*) sebagai suatu rangkaian dari kesatuan mata rantai (*The Hold Chain*). DOTS terutama berperan dalam menjamin keberhasilan pengobatan penderita dengan keteraturan dan ketaatan penderita selama masa pengobatan. Di samping itu juga melengkapi penderita dengan informasi yang cukup jelas mengenai penyakitnya yang dapat disembuhkan serta memberikan semangat agar dapat memenuhi seluruh jadwal pengobatannya.

KESIMPULAN

Keberhasilan kebijaksanaan operasional Pelita VI sangat ditentukan oleh kerja sama lintas program dan sektor di setiap tingkat administrasi pemerintahan dengan prioritas utama pada kualitas; pencapaian angka kesembuhan 85% sebagai target diharapkan sesuai dengan pengalaman, maka dalam 5 tahun angka prevalensi akan dapat diturunkan separuhnya di samping mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap obat anti tuberkulosis.

Tatalaksana pengobatan yang baik, pengendalian pengobatan penderita, pengadaan OAT yang cukup dan tidak terputus, pengadaan sarana dan prasarana, penyuluhan, pelatihan dan supervisi, dan peningkatan kualitas pelayanan sangat menentukan keberhasilan program pemberantasan penyakit tuberkulosis paru (P2TB Paru) dengan kebijaksanaan baru.

Dengan ancaman menyebarnya infeksi HIV, penanggulangan tuberkulosis saat ini perlu ditingkatkan dan merupakan saat yang tepat untuk mencegah terdapatnya dua penyakit pada seorang penderita yang akan menjadikan penanggulangannya lebih sulit lagi.

Pelaksanaan secara terpadu dengan memanfaatkan sumber daya dan dana yang ada perlu ditingkatkan dalam usaha pemerataan pembangunan kesehatan yang pada akhirnya akan turut mendukung pembangunan di bidang ekonomi serta mengentaskan kemiskinan.