

Gambaran Klinis Tuberkulosis Milier pada Bayi

Bambang Supriyatno

*Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/
Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta*

ABSTRAK

Tuberkulosis (TB) masih merupakan masalah di dunia termasuk negara berkembang seperti Indonesia. Pada anak, selain tatalaksana TB masih kurang diperhatikan, diagnosis TB pada anak pun masih sulit ditegakkan apalagi pada bayi kurang dari 1 tahun, sehingga *under/over diagnosis* dan *under/over treatment* sering terjadi⁽¹⁾. Berbagai upaya diagnosis telah banyak dilakukan baik pemeriksaan serologi maupun kultur untuk mencari *M. tuberculosis*. Namun pemeriksaan penunjang tersebut belum mampu menentukan apakah seorang anak sakit TB atau hanya terinfeksi *M. tuberculosis* tanpa sakit. Para ahli sepakat bahwa anamnesis dan pemeriksaan klinis masih merupakan cara diagnosis TB pada anak.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran klinis pasien TB berat khususnya TB milier pada bayi kurang dari 1 tahun. Penelitian bersifat retrospektif dengan menelusuri catatan medik pasien yang dirawat dengan TB milier sejak Januari 2000-Desember 2001. Diagnosis TB milier ditentukan oleh supervisor Pulmologi Anak FKUI RSCM berdasarkan gambaran klinis dan radiologis. Didapatkan 19 pasien TB milier dengan perbandingan lelaki dan perempuan adalah 1:1. Kebanyakan berusia 6 bulan. Keluhan terutama adalah demam, berat badan turun atau tetap, dan anoreksi masing-masing 89,5%; 89,5%; dan 84,2%. Pembesaran kelenjar, hati, dan limpa, masing-masing didapatkan pada 73,7%; 57,9%; dan 47,7%. Uji tuberkulin positif didapatkan pada 52,6%, peningkatan laju endap darah dan anemia didapatkan pada 63,2% dan 57,9% pasien.

Penelitian ini mendapatkan bahwa gejala klinis yang paling menonjol pada TB milier bayi di bawah 1 tahun adalah demam, berat badan tidak naik atau turun, serta anoreksia. Sedangkan pembesaran kelenjar getah bening, hati, maupun limpa cukup banyak dijumpai. Sebagian besar pasien TB milier uji tuberkulinnya positif. Dengan mengetahui gambaran klinis dan pemeriksaan penunjang sederhana, diagnosis TB milier pada bayi di bawah 1 tahun dapat ditentukan.

Kata kunci: gambaran klinis, TB milier, bayi

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) masih merupakan masalah di dunia termasuk negara berkembang seperti Indonesia. Pada anak, selain tatalaksana TB masih kurang diperhatikan, diagnosis TB masih sulit ditegakkan apalagi pada bayi kurang dari 1 tahun,

sehingga *under/over diagnosis* dan *under/over treatment* sering terjadi.¹ Berbagai upaya telah dilakukan untuk menentukan diagnosis TB pada anak seperti uji serologis, kultur *M. tuberculosis* dan lain-lain, namun masih belum mampu memastikan diagnosis secara sederhana, murah, cepat dan akurat.^{2,3}

TB dapat menyerang semua lapisan, jenis kelamin dan usia. Bila TB terjadi pada masa bayi, diagnosis sering terlambat karena keterlambatan bayi dibawa ke petugas kesehatan dalam hal ini dokter. Tidak jarang bayi dibawa sudah dalam keadaan berat seperti TB milier atau meningitis. Sebenarnya bila TB diketahui lebih awal, kemungkinan menjadi berat dapat dicegah.⁴

Di bawah ini akan diuraikan beberapa gambaran klinis dan laboratorium TB milier pada bayi.

METODOLOGI

Populasi penelitian adalah semua pasien rawat inap di Bagian Anak FKUI, periode Januari 2000 - Desember 2001 yang didiagnosis TB milier berdasarkan gambaran klinis dan Rontgen dada. Diagnosis TB milier ditegakkan oleh Supervisor Pulmonologi Anak setelah memeriksa gambaran klinis dan radiologis pasien. Pasien tersebut diikuti perjalanan klinisnya dan dicatat di formulir yang disediakan. Pencatatan meliputi identitas, gejala klinis, pemeriksaan fisis, laboratoris, dan *outcome*. Data dianalisis dan disajikan dalam bentuk narasi dan tabel.

HASIL PENELITIAN

Selama periode tersebut, terdapat 19 pasien dengan diagnosis TB milier, lelaki 11 pasien dan perempuan 8 pasien, dengan rentang usia 2,5-11 bulan, terbanyak berusia 1-6 bulan (**tabel 1**).

Tabel 1. Karakteristik pasien berdasarkan umur dan jenis kelamin

Umur (bulan)	Jenis kelamin		Total
	Laki-laki	Perempuan	
<1	0	0	0
1-6	8	6	14
>6-12	3	2	5
Total	11	8	19

Keluhan demam, berat badan turun atau tetap, dan batuk menempati urutan teratas masing-masing 17/19 (89,5%), diikuti oleh anoreksia (16/19; 84,2%); 5/19 pasien menderita kejang (**tabel 2**).

Tabel 2. Gejala klinis

Gejala	Jumlah	Persentase
Demam	17	89,5
BB tetap/turun	17	89,5
Anoreksia	16	84,2
Batuk	14	73,7
Sesak	9	47,4
Keringat malam	8	42,1
Kejang	5	26,3
Riwayat kontak TB	10	52,6
Pembesaran kelenjar	14	73,7
Hepatomegali	11	57,9
Splenomegali	9	47,4
<i>BCG Scar</i>	11	57,9

Keterangan: Pasien dapat mempunyai gejala >1

Hepatosplenomegali ditemukan pada kira-kira 50% pasien, sedangkan pembesaran kelenjar getah bening ditemukan pada 14/19(73,7%) pasien. Adanya riwayat kontak TB dijumpai

pada 10/19(52,6%) pasien, 3 kasus dengan kontak pasti (BTA positif) dan sisanya baru diduga. *BCG scar* (parut BCG) ditemukan pada 11/19 pasien.

Pada **tabel 3** terlihat bahwa gizi buruk dijumpai pada 8/19 pasien sedangkan gizi kurang dijumpai pada 9/19 pasien.

Tabel 3. Berdasarkan status gizi

Status gizi	Jumlah	Persentase
Gizi buruk	8	42,1
Gizi kurang	9	47,4
Gizi baik	2	10,5
Total	19	100

Anemia terdapat pada 11/19 pasien dan peningkatan LED (laju endap darah) terjadi pada 12/19 pasien. (**tabel 4**).

Tabel 4. Berdasarkan uji laboratorium

Pemeriksaan	Jumlah	Persentase
Anemia	11	57,9
LED meningkat	12	63,2
Limfositosis	5	26,3

Uji tuberkulin (Mantoux) positif didapatkan 10/19 pasien, 7 di antaranya dengan indurasi >15 mm, 6 pasien negatif, 3 pasien belum sempat dinilai karena meninggal sebelum uji tuberkulin dibaca.

Tabel 4. Berdasarkan uji Mantoux

Ukuran (mm)	Jumlah	Persentase
<10	6	31,6
10-15	3	15,8
15-20	7	36,8
>20	0	0

Keterangan: 3 pasien tidak sempat dibaca

DISKUSI

TB masih merupakan masalah di Indonesia. TB dapat menyerang semua usia termasuk bayi (di bawah 1 tahun). Penelitian ini menemukan peningkatan kasus TB milier dibanding tahun sebelumnya yaitu sekitar 12 pasien dalam 3 tahun terakhir. Peningkatan ini dapat terjadi mungkin karena terjadinya krisis moneter yang mengakibatkan kurangnya perhatian orang tua terhadap gizi anaknya. Terlihat di **tabel 3** bahwa 42,1% pasien termasuk gizi buruk, padahal status gizi sangat menentukan beratnya penyakit TB yang diderita⁵.

Tidak tampak perbedaan jenis kelamin di kalangan penderita; terutama berusia 1-6 bulan. Hal ini sesuai dengan Lincoln,⁶ yang mendapatkan bahwa jika terjadi perburukan, akan terlihat dalam waktu 6 bulan pertama setelah infeksi. Mungkin saja infeksi terjadi segera setelah lahir karena eratnya kontak yang ada; kontak TB dijumpai pada 10/19 kasus, 3 kasus terbukti penderita TB, sedangkan lainnya diduga yaitu diobati TB oleh dokter dan terdapat hemoptoe tetapi tidak dapat menunjukkan hasil BTA. Tidak tertutup kemungkinan kontak TB yang lain sebenarnya positif, tetapi disangkal oleh keluarga.

Demam, berat badan turun atau tetap, serta anoreksia menempati urutan atas sebagai gejala TB pada bayi. Hal ini sesuai dengan Miller⁷. Algoritme Konsensus Nasional TB Anak⁸ mengenai Diagnosis dan Tatalaksana TB pada anak pun menempatkan ketiganya dalam kelompok gejala utama. Biasanya keluhan di atas sudah dicoba untuk diobati oleh orang tua atau oleh tenaga kesehatan (dokter) sebelum datang ke rumah sakit. Konsensus Nasional TB Anak memakai patokan jika ada gejala demam yang tidak jelas penyebabnya, berat badan yang tidak naik setelah pemberian gizi, harus dicurigai TB dan memerlukan pemeriksaan lebih lanjut.

Gejala batuk dijumpai pada 14/19 pasien; batuk merupakan gejala utama infeksi saluran nafas akut; yang mencurigakan TB biasanya batuk lama yang bukan karena asma atau penyakit lain seperti pertusis.

Kejang pada TB berat (milier) mungkin akibat meningitis⁹. Pada penelitian ini kejang didapatkan pada 5/19 pasien, 4 didiagnosis meningitis tuberkulosis sedangkan 1 pasien kejang demam.

Pemeriksaan fisik menemukan pembesaran kelenjar getah bening dan hepatosplenomegali. Hal ini sesuai dengan keputus-takaan yang menyatakan bahwa TB berat (TB milier) sebagian besar akan melibatkan organ lain seperti hati, limpa, dan kelenjar getah bening.¹⁰

Pada penelitian ini terlihat bahwa LED yang meningkat dan limfositosis bukan merupakan tanda utama. LED memang tidak mempunyai peran berarti terhadap diagnosis TB⁵. Uji tuberkulin positif didapatkan pada 10/19 pasien. Terdapat 6 pasien dengan uji tuberkulin negatif, mungkin akibat anergi, meskipun harus dibuktikan lebih lanjut¹¹. Tiga pasien tidak dapat ditentukan hasil uji tuberkulinnya karena meninggal sebelum sempat dibaca. Yang menarik pada penelitian ini adalah adanya 11/19 pasien dengan parut BCG positif, padahal dikatakan BCG dapat mencegah TB yang berat termasuk TB milier. Sterne¹² juga mempertanyakan pengaruh BCG terhadap pencegahan TB pada anak. Kesan yang didapatpun hampir sama yaitu BCG tidak dapat mencegah TB berat.

Pada penelitian ini 4 pasien yang meninggal seluruhnya TB milier dan meningitis tuberkulosis. Diagnosis meningitis tuberkulosis di sini hanya berdasarkan gejala klinis dan pening-

katan jumlah sel dengan dominasi limfosit⁹ pada pemeriksaan cairan serebrospinal. Pemeriksaan kultur terhadap cairan serebrospinal hasilnya negatif.

KESIMPULAN

TB dapat mengenai seluruh lapisan masyarakat termasuk bayi. TB milier dapat mengenai bayi, terbanyak pada usia 1-6 bulan. Tidak ada perbedaan antara lelaki dan perempuan. Gejala dan tanda tersering TB milier pada bayi adalah demam, berat badan turun atau tetap, anoreksia, pembesaran kelenjar getah bening, dan hepatosplenomegali. Uji tuberkulin positif didapatkan pada 10/19(52,6%) pasien, sedangkan parut BCG dijumpai pada 11/19(57,9%) pasien. Perlu penelitian lebih lanjut mengenai peran BCG dalam mencegah terjadinya TB berat.

KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan RI. Gerakan terpadu nasional penanggulangan tuberkulosis. Jakarta, 1999; hal 1-16.
2. American Thoracic Society. Diagnostic standards and classification of tuberculosis. Am Rev Respir Dis 1990; 142:725-35.
3. Inselman LS. Tuberculosis in children : An update. Pediatr Pulmonol 1996; 21:101-120
4. American Thoracic Society. Treatment of tuberculosis and tuberculosis infection in adults and children. Am Respir J Crit Care Med 1994; 149:1359-74.
5. Rahajoe NN. Beberapa masalah diagnosis dan tatalaksana tuberkulosis anak. Dalam: Rahajoe N, Rahajoe NN dkk. Penyunting. Perkembangan dan masalah pulmonologi anak saat ini. Jakarta: FKUI, 1994; hal.161-81.
6. Lincoln EM, Sewell EM. Tuberculosis in children., London: McGraw Hill Book, 1963; hal.18-54.
7. Miller FJW. Tuberculosis in children. New York, 1982; hal 3-36.
8. UKK Pulmonologi. Pertemuan UKK Pulmonologi Ikatan Dokter Anak Indonesia, 12-13 Desember 1998 di Bandung.
9. Kumar S, Singh SN, Kohli N. A diagnostic rule for tuberculous meningitis. Arch Dis Child 1999; 81:221-4.
10. Houwert KAF, Borggreven PA, Schaaf HS, Nel E, Donald PR, Stolk J. Prospective evaluation of World Health Organization criteria to assist diagnosis of tuberculosis in children. Eur Respir J 1998; 11:1116-20.
11. Watkins RE, Brennan R, Plant AJ. Tuberculin reactivity and the risk of tuberculosis: a review. Int J Tuberc Lung Dis 2000; 4:895-903.
12. Sterne JAC, Rodrigues LC. Does the efficacy of BCG decline with time since vaccination?. Int J Tuberc Lung Dis 1998; 2(3):200-7.

*We have more indolence in the mind than in the body
(La Rochefoucauld)*