

© 2004 Eddy Widodo
Makalah pribadi
Pengantar Falsafah Sains (PPs 702)
Sekolah Pasca Sarjana / S₃
Institut Pertanian Bogor
Mei 2004

Posted 14 May 2004

Dosen Pembimbing:
Prof. Dr. Ir. Rudy C. Tarumingkeng
Prof. Dr. Ir. Zahrial Coto
Dr. Ir. Hardjanto

UPAYA PENINGKATAN PERAN MASYARAKAT DAN TENAGA KESEHATAN DALAM PEMBERANTASAN TUBERKULOSIS

Oleh:

Eddy Widodo
B161030081/SVT
egawa@cbn.net.id

PENDAHULUAN

Dewasa ini sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi tuberkulosis. Ada sekitar delapan juta penderita baru tuberkulosis di seluruh dunia dalam setahunnya, dan hampir tiga juta orang yang meninggal setiap tahunnya akibat penyakit ini. Paling sedikit satu orang akan terinfeksi tuberkulosis setiap detik, dan setiap sepuluh detik ada satu orang yang mati akibat tuberkulosis. Tuberkulosis membunuh hampir satu juta wanita setiap tahunnya. Angka ini lebih tinggi dari kematian wanita akibat proses kehamilan dan persalinan. Tuberkulosis juga membunuh seratus ribu anak setiap tahunnya. Banyak orang mempertanyakan gambaran tuberkulosis di masa mendatang. Dye menyatakan bahwa bila situasi penanggulangan tuberkulosis tetap bertahan seperti sekarang, maka jumlah kasus tuberkulosis pada 2020 akan meningkat menjadi 11 juta orang. Peneliti lain, Pil Heu (1998) menyatakan bahwa insidens tuberkulosis akan terus meningkat dari 8,8 juta kasus pada 1995 menjadi 10,2 juta kasus pada tahun 2000 dan 11,9 juta kasus tuberkulosis baru pada tahun 2005.

Sejak tahun 1995, program pemberantasan penyakit tuberkulosis paru telah dilaksanakan dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment, Shortcourse chemotherapy*) yang direkomendasi oleh WHO. Kemudian berkembang seiring dengan pembentukan GERDUNAS-TB, maka Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis Paru berubah menjadi Program Penanggulangan Tuberkulosis (TB). Penanggulangan TB dengan strategi DOTS dapat memberikan angka kesembuhan yang tinggi. Bank Dunia menyatakan strategi DOTS merupakan strategi kesehatan yang paling *cost-effective*.

LATAR BELAKANG

Masalah dunia

Sekitar sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi *Mycobacterium tuberculosis*. Berbagai usaha telah dilakukan untuk pemberantasan penyakit ini. Pada tahun 1993, WHO mencanangkan kedaruratan global penyakit TB, karena pada sebagian besar negara di dunia, penyakit TB tidak terkendali. Ini disebabkan banyaknya penderita yang tidak berhasil disembuhkan, terutama penderita menular (BTA positif). Pada tahun 1995, diperkirakan setiap tahun terjadi sekitar 9 juta penderita baru TB dengan kematian 3 juta orang (WHO, *Treatment of Tuberculosis, Guidelines for National Programmes*, 1997). Di negara-negara berkembang kematian akibat TB merupakan 25% dari seluruh kematian, yang sebenarnya dapat dicegah. Diperkirakan 95% penderita TB adalah kelompok usia produktif (15-50 tahun). Kematian wanita karena TB lebih banyak dari pada kematian karena kehamilan, persalinan dan nifas (WHO).

Tabel 1: Perkiraan jumlah kasus tuberkulosis di tiga negara dengan jumlah penderita terbanyak

Negara	Insidens BTA (+)	Insidens seluruh kasus	Prevalensi	Prevalensi seluruh kasus
India	805.000	1.799.000	2.182.000	4.854.000
Cina	630.000	1.402.000	1.132.000	2.721.000
Indonesia	262.000	583.000	715.000	1.606.000

Masalah Indonesia

Penyakit TB merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 menunjukkan bahwa penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor tiga, setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernapasan pada semua kelompok usia, dan nomor satu dari golongan penyakit infeksi. Tahun 1999, WHO memperkirakan setiap tahun terjadi 583.000 kasus baru dengan kematian karena TB sekitar 140.000. Secara kasar diperkirakan setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 penderita baru TB BTA positif.

Penderita penyakit TB sebagian besar berasal dari kelompok usia kerja produktif, kelompok ekonomi lemah, dan berpendidikan rendah. Sampai saat ini program Penanggulangan TB dengan Strategi DOTS belum dapat menjangkau seluruh puskesmas, demikian pula dengan rumah sakit pemerintah, swasta dan unit pelayanan kesehatan lainnya. Pada tahun 1995-1998, cakupan penderita TB dengan Strategi DOTS baru mencapai sekitar 10%, dan *error rate* pemeriksaan laboratorium belum dihitung dengan baik, meskipun *cure rate* lebih besar dari 85%.

Penatalaksanaan penderita TB dan sistem pencatatan pelaporan belum seragam disemua unit pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta.

Pengobatan yang tidak teratur dan kombinasi obat yang tidak lengkap di masa lalu, diduga telah menimbulkan kekebalan ganda kuman TB terhadap Obat Anti-Tuberkulosis (OAT) atau *Multi Drug Resistance* (MDR).

VISI DAN MISI

Visi

Tuberkulosis tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat.

Misi

- Menetapkan kebijaksanaan, memberikan panduan serta membuat evaluasi secara tepat, benar dan lengkap.
- Menciptakan iklim kemitraan dan transparansi pada upaya penanggulangan penyakit TB
- Mempermudah akses pelayanan penderita TB untuk mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan standar mutu

TUJUAN PENANGGULANGAN TB

Jangka Panjang

Menurunkan angka kesakitan dan angka kematian penyakit TB dengan cara memutuskan rantai penularan sehingga penyakit TB tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat Indonesia.

Jangka Pendek

1. Tercapainya angka kesembuhan minimal 85% dari semua penderita baru BTA positif yang ditemukan.
2. Tercapainya cakupan penemuan penderita secara bertahap sehingga pada tahun 2005 dapat mencapai 70% dari perkiraan semua penderita baru BTA positif

DASAR KEBIJAKSANAAN

1. Evaluasi program TB yang dilaksanakan bersama oleh Indonesia dan WHO pada April 1994. (*Indonesia-WHO joint evaluation on National TB Program*)
2. Lokakarya Nasional Program P2TB pada September 1994.
3. Dokumen Perencanaan (*Plan of action*) pada bulan September 1994.
4. Rekomendasi "Komite Nasional Penanggulangan TB Paru" (KOMNAS-TB, 9 September 1996)
5. Gerdunas-TB (Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, 24 Maret 1999)

Dengan Strategi DOTS, manajemen penanggulangan TB di Indonesia ditekankan pada tingkat kabupaten/kota.

KEBIJAKAN OPERASIONAL

Untuk mencapai tujuan tersebut, ditetapkan beberapa kebijakan operasional. Penanggulangan TB di Indonesia dilaksanakan dengan desentralisasi sesuai kebijaksanaan Departemen Kesehatan. Penanggulangan TB dilaksanakan oleh seluruh Unit Pelayanan Kesehatan (UPK), meliputi Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah dan swasta, BP4 serta Praktek Dokter Swasta (PDS) dengan melibatkan peran serta masyarakat serta paripurna dan terpadu. Dalam Rangka menyukseskan pelaksanaan penanggulangan TB, prioritas ditunjukkan terhadap peningkatan mutu pelayanan, penggunaan obat yang rasional dan paduan obat yang sesuai dengan strategi DOTS. Target program adalah angka konversi pada akhir pengobatan tahap intensif minimal 80%, angka kesembuhan minimal 85% dari kasus baru BTA positif, dengan pemeriksaan sediaan dahak yang benar (angka kesalahan maksimal 5%). Untuk mendapatkan pemeriksaan dahak yang bermutu, maka dilaksanakan pemeriksaan uji silang (*cross check*) secara rutin oleh Balai Laboratorium Kesehatan (BLK) dan laboratorium rujukan yang ditunjuk. Obat Anti Tuberkulosis (OAT) untuk penanggulangan TB Nasional diberikan kepada penderita secara cuma-cuma dan dijamin ketersediaanya. Untuk mempertahankan kualitas pelaksanaan program, diperlukan sistem pemantauan, supervisi dan evaluasi program. Tak lupa juga perlu digalang kerja sama dan kemitraan dengan program terkait, sektor pemerintah dan swasta.

STRATEGI

Paradigma sehat

1. Meningkatkan penyuluhan untuk menemukan kontak sendiri mungkin, serta meningkatkan cakupan program.
2. Promosi kesehatan dalam rangka meningkatkan perilaku hidup sehat.
3. Perbaikan perumahan serta peningkatan status gizi, pada kondisi tertentu.

Strategi DOTS

Sesuai dengan rekomendasi WHO, strategi DOTS terdiri atas 5 komponen:

1. Komitmen Politis dari para pengambil keputusan, termasuk dukungan dana.
2. Diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis.
3. Pengobatan dengan paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO).
4. Kesiambungan persediaan OAT jangka pendek untuk penderita
5. Pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan TB.

Peningkatan mutu pelayanan

1. Pelatihan seluruh tenaga pelaksana.

2. Ketepatan diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopik.
3. Kualitas laboratorium diawasi melalui pemeriksaan uji silang (*cross check*).
4. Untuk menjaga kualitas pemeriksaan laboratorium, dibentuklah KPP (kelompok Puskesmas Pelaksana) terdiri dari satu PRM (Puskesmas Rujukan Mikroskopik) dan beberapa PS (Puskesmas Satelit). Untuk daerah dengan geografis sulit, dapat dibentuk PPM (Puskesmas Pelaksana Mandiri).
5. Ketersediaan OAT bagi semua penderita TB yang ditemukan.
6. Pengawasan kualitas OAT dilaksanakan secara berkala dan terus menerus.
7. Keteraturan menelan obat sehari-hari diawasi oleh Pengawas Menelan Obat (PMO). Keteraturan pengobatan tetap merupakan tanggung jawab petugas kesehatan.
8. Pencatatan dan pelaporan dilaksanakan dengan teratur, lengkap dan benar.

KEGIATAN

1. Penemuan dan diagnosis penderita.
2. Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe tuberkulosis.
3. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung.
4. Pengobatan penderita dan pengawasan pengobatan.
5. *Cross check* sediaan dahak.
6. Penyuluhan tuberkulosis.
7. Pencatatan dan Pelaporan.
8. Supervisi.
9. Monitoring dan evaluasi.
10. Perencanaan.
11. Pengelolaan Logistik.
12. Pelatihan.
13. Penelitian.

ORGANISASI PELAKSANAAN

Tingkat Pusat

Upaya penanggulangan TB di tingkat pusat dibawah tanggung jawab dan kendali Direktur Jenderal PPM&PL. Untuk menggalang kemitraan dibentuk Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis (GERDUNAS-TB) yang dicanangkan oleh Menteri Kesehatan RI pada tanggal 24 Maret 1999, bertepatan dengan peringatan hari TB sedunia. GERDUNAS-TB merupakan organisasi fungsional yang terdiri dari : Komite Nasional (KOMNAS), Komite Ahli (KOMLI), Tim Teknis yang terdiri dari enam Kelompok Kerja (POKJA). Menteri Kesehatan dalam menetapkan kebijaksanaan umum, dibantu oleh KOMNAS TB. Direktur Jenderal PPM&PL dalam menetapkan kebijaksanaan teknis, dibantu oleh KOMLI TB yang anggotanya terdiri dari para pakar berbagai disiplin ilmu, wakil dari organisasi profesi, dan para pejabat terkait. Untuk

pelaksanaan sehari-hari, program dibantu oleh TIM TEKNIS, yang anggotanya terdiri dari berbagai unsur lintas program dan lintas sektor. Tim Teknis mempunyai 6 kelompok kerja (POKJA), yaitu :

- 1) Mobilisasi sosial
- 2) Pelatihan
- 3) Monitoring & Evaluasi
- 4) Pendanaan
- 5) Logistik, dan
- 6) Operasional

Tingkat Propinsi

Di tingkat propinsi dibentuk GERDUNAS-TB Propinsi yang terdiri dari Tim Pengarah dan Tim Teknis, Bentuk dan struktur organisasi disesuaikan dengan kebutuhan daerah.

Tingkat Kabupaten/kota

Di tingkat kabupaten/kota dibentuk GERDUNAS-TB kabupaten/kota yang terdiri dari Tim Pengarah dan Tim Teknis. Bentuk dan struktur organisasi disesuaikan dengan kebutuhan kabupaten/kota.

Unit Pelayanan Kesehatan

Dilaksanakan oleh Puskesmas, Rumah Sakit, BP₄/ Klinik, dan Praktek Dokter Swasta.

Puskesmas

Dalam pelaksanaan di Puskesmas, dibentuk kelompok Puskesmas Pelaksana (KPP) yang terdiri dari Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM), dengan dikelilingi oleh kurang lebih 5 (lima) Puskesmas Satelit (PS), yang secara keseluruhan mencakup wilayah kerja dengan jumlah penduduk 50.000 – 150.000 jiwa. Pada keadaan geografis yang sulit, dapat dibentuk Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM) yang dilengkapi tenaga dan fasilitas pemeriksaan sputum BTA.

Rumah Sakit dan BP₄.

Rumah sakit dan BP₄ dapat melaksanakan semua kegiatan tatalaksana penanggulangan TB, Dalam hal tertentu, rumah sakit dan BP₄ dapat merujuk penderita kembali ke puskesmas yang terdekat dengan tempat tinggal penderita untuk mendapatkan pengobatan dan pengawasan selanjutnya. Dalam pengelolaan logistik dan pelaporan, rumah sakit dan BP₄ berkoordinasi dengan Dinas kesehatan kabupaten/kota.

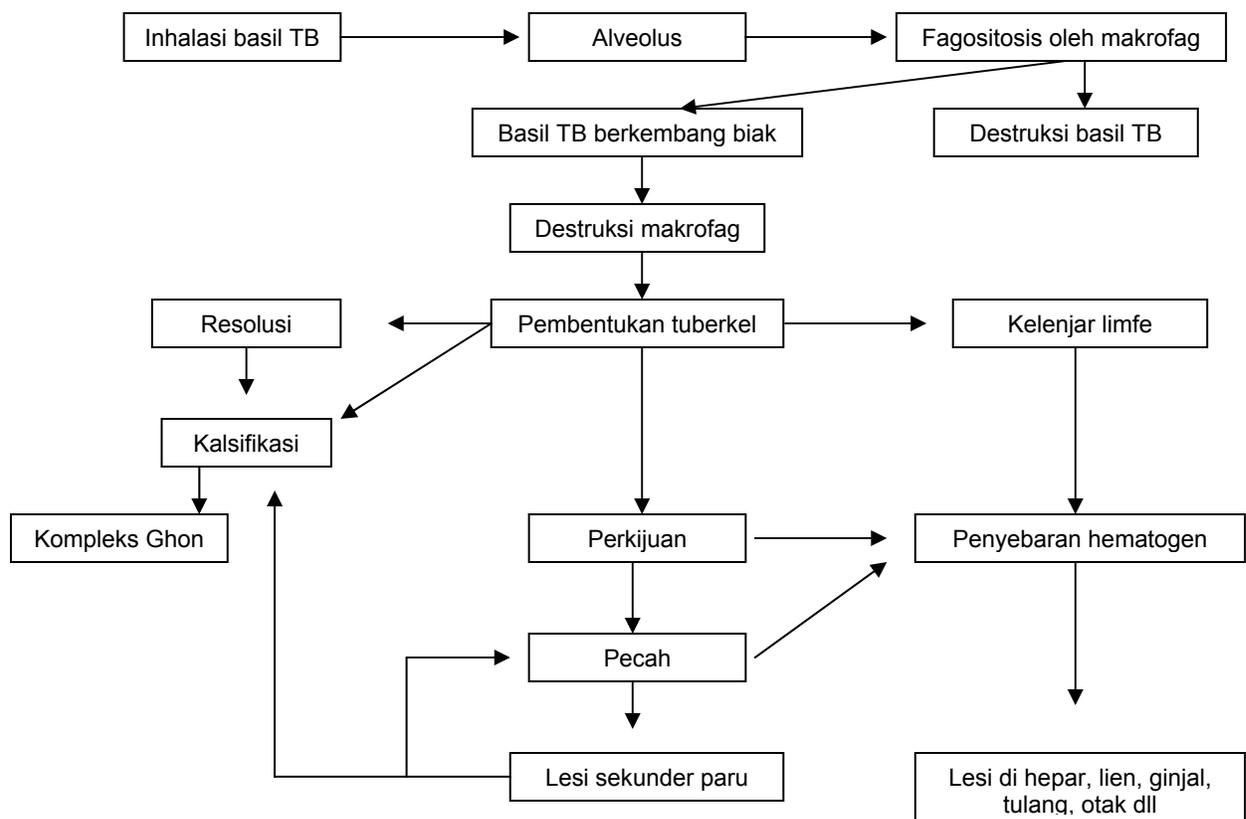
Klinik dan Dokter Praktek Swasta (DPS).

Secara umum konsep pelayanan di Klinik dan DPS sama dengan pelaksanaan pada rumah sakit dan BP₄. Dalam hal tertentu, klinik dan DPS dapat merujuk penderita dan spesimen ke puskesmas, rumah sakit, atau BP₄.

PERJALANAN PENYAKIT TUBERKULOSIS

Penularan biasanya melalui udara, yaitu dengan inhalasi droplet nukleus yang mengandung basil TB. Hanya droplet nukleus ukuran 1-5 μ (mikron) yang dapat melewati atau menembus sistem mukosilier saluran nafas sehingga dapat mencapai dan bersarang di bronkiolus dan alveolus.

Di sini basil tuberkulosis berkembang biak dan menyebar melalui saluran limfe dan aliran darah tanpa perlawanan berarti dari penjamu karena belum ada kekebalan awal. Di alveolus tersebut terjadi reaksi inflamasi nonspesifik. Makrofag dalam alveolus akan memfagositosis sebagian basil tuberkulosis tetapi belum mampu membunuhnya sehingga basil TB dalam makrofag umumnya tetap hidup dan berkembang biak. Basil TB yang menyebar melalui saluran limfe mencapai kelenjar limfe regional. Sedangkan melalui aliran darah akan mencapai berbagai organ tubuh, terutama organ dengan tekanan oksigen yang tinggi, seperti hepar, lien, ginjal, tulang, otak, bagian lain dari paru dan lain-lain.



Gambar 1. Patogenesis tuberkulosis

(Inselman L.S. Tuberculosis in children : An Update. Pediatr Pulmonol 1996,)

Basil TB dapat langsung menyebabkan penyakit di organ-organ tersebut atau hidup dorman dalam makrofag jaringan dan dapat menyebabkan TB aktif bertahun-tahun kemudian. Tuberkel dapat juga hilang dengan resolusi, berkalsifikasi membentuk kompleks Ghon, atau terjadi nekrosis dengan massa kiju yang dibentuk dari makrofag. Kalau masa kiju mencair maka basil dapat berkembang biak ekstraseluler sehingga dapat meluas di jaringan paru dan terjadi pneumonia, lesi endobronkial, pleuritis dan dapat menyebar secara bertahap menyebabkan lesi di organ-organ lainnya atau TB milier.

Pada anak 5 tahun pertama setelah infeksi, terutama 1 tahun pertama, adalah waktu di mana komplikasi biasanya terjadi. Menurut Walgren ada 3 bentuk dasar dari TB paru pada anak yaitu penyebaran limfohematogen, TB endobronkial dan TB paru kronik. Penyebaran limfohematogen 0,5 – 3% menjadi TB milier atau meningitis TB; hal ini biasanya terjadi 3 – 6 bulan setelah infeksi primer. Tuberkulosis endobronkial (lesi segmental karena pembesaran kelenjar regional) terjadi lebih kemudian. TB tulang dan sendi terjadi pada 5 – 10% anak yang terinfeksi dan timbul setelah 1 tahun. TB ginjal biasanya 5 – 25 tahun setelah infeksi primer. Terjadinya TB kronik sangat variabel tergantung umur terjadinya infeksi primer.

DIAGNOSIS

Diagnosis pasti adalah bila ditemukan basil *M. tuberculosis* dari bahan yang diambil dari sputum, bilasan lambung, biopsi, dan lain-lain. Tetapi pada anak hal ini sulit dan jarang didapat, sehingga sebagian besar diagnosis tuberkulosis anak didasarkan atas gambaran klinis, radiologis, dan uji tuberkulin. Untuk itu penting dipikirkan adanya tuberkulosis pada anak kalau terdapat keadaan atau tanda-tanda yang mencurigakan, misalnya kontak erat atau serumah dengan penderita tuberkulosis dengan sputum BTA positif, terdapat reaksi kemerahan setelah penyuntikan BCG dalam 3 sampai 7 hari, atau ditemukan gejala umum.

Gejala-gejala yang harus dicurigai:

Gejala Umum/Tidak Spesifik:

1. Berat badan turun atau malnutrisi tanpa sebab yang jelas.
Berat badan tidak naik dalam satu bulan dengan penanganan gizi yang baik.
2. Nafsu makan tidak ada (anoreksia) dengan gagal tumbuh dan berat badan tidak naik (*failure to thrive*)
3. Demam lama atau berulang tanpa sebab yang jelas, dapat disertai keringat malam
4. Pembesaran kelenjar limfe superfisial yang tidak sakit, biasanya multipel, paling sering di daerah leher, axilla, dan inguinal
5. Gejala respiratorik

Pada anak kecil, tuberkulosis tidak selalu disertai batuk, dahak, dan hemoptisis seperti penderita dewasa. Batuk tidak selalu merupakan gejala utama dan jarang ada batuk darah. Batuk dapat terjadi karena iritasi oleh kelenjar yang membesar dan menekan

bronkus. Pada anak yang lebih besar gejala tuberkulosis dapat seperti penderita dewasa, di mana terdapat batuk dengan dahak dan dapat pula terjadi hemoptisis.

6. Gejala gastrointestinal:
 - diare persisten yang tidak sembuh dengan pengobatan diare
 - benjolan / massa di abdomen
 - tanda-tanda cairan dalam abdomen

Gejala Spesifik

1. TB kulit / skrofuloderma
2. TB tulang dan sendi
 - tulang punggung (spondilitis) gibbus
 - tulang panggul (koksitis) pincang
 - tulang lutut: pincang dan / atau bengkak
 - tulang kaki dan tangandengan gejala pembengkakan sendi, gibbus, pincang, sulit membungkuk
3. TB Otak dan Syaraf: Meningitis
Dengan gejala iritabel, kaku kuduk, muntah-muntah dan kesadaran menurun
Gejala Mata: *conjunctivitis phlyctenularis*
4. Tuberkel koroid (hanya terlihat dengan funduskopi)

PENYULUHAN TUBERKULOSIS

Penyuluhan kesehatan yang merupakan bagian dari promosi kesehatan adalah rangkaian kegiatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan di mana individu, kelompok, atau masyarakat secara keseluruhan dapat hidup sehat dengan cara memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesehatannya. Penyuluhan TB perlu dilakukan karena masalah TB banyak berkaitan dengan masalah pengetahuan dan perilaku masyarakat. Tujuan penyuluhan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan peran serta masyarakat dalam penanggulangan TB.

Penyuluhan TB dapat dilaksanakan dengan menyampaikan pesan penting secara langsung ataupun menggunakan media. Penyuluhan langsung bisa dilakukan secara perorangan maupun kelompok. Penyuluhan tidak langsung dengan menggunakan media, dalam bentuk bahan cetak seperti leaflet, poster, atau spanduk, juga media massa yang dapat berupa media cetak seperti koran, majalah maupun media elektronik seperti radio dan televisi.

Dalam program penanggulangan TB, penyuluhan langsung perorangan sangat penting artinya untuk menentukan keberhasilan pengobatan penderita. Penyuluhan ini ditujukan kepada suspek, penderita dan keluarganya, supaya penderita menjalani pengobatan secara teratur sampai sembuh. Bagi anggota keluarga yang sehat dapat menjaga, melindungi dan meningkatkan kesehatannya, sehingga terhindar dari penularan TB.

Penyuluhan dengan menggunakan bahan cetak dan media massa dilakukan untuk dapat menjangkau masyarakat yang lebih luas, untuk mengubah persepsi masyarakat tentang TB – dari “suatu penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan memalukan”, menjadi “suatu penyakit yang berbahaya, tapi dapat disembuhkan”. Bila penyuluhan ini berhasil, akan meningkatkan penemuan penderita secara pasif. Penyuluhan langsung dilaksanakan oleh tenaga kesehatan, para kader dan PMO, sedangkan penyuluhan kelompok dan penyuluhan dengan media massa selain dilakukan oleh tenaga kesehatan, juga oleh para mitra dari berbagai sektor, termasuk kalangan media massa.

Selanjutnya secara lebih rinci, penyuluhan TB dilakukan sebagai berikut:

1. PENYULUHAN LANGSUNG PERORANGAN

Cara penyuluhan langsung perorangan lebih besar kemungkinan untuk berhasil dibanding dengan cara penyuluhan melalui media. Dalam penyuluhan langsung perorangan, unsur yang terpenting yang harus diperhatikan adalah membina hubungan yang baik antara petugas kesehatan (dokter, perawat, dll) dengan penderita. Penyuluhan ini dapat dilakukan di rumah, di puskesmas, posyandu, dan lain lain sesuai kesempatan yang ada. Supaya komunikasi dengan penderita bisa berhasil, petugas harus menggunakan bahasa yang sederhana yang dapat dimengerti oleh penderita. Gunakan istilah-istilah setempat yang sering dipakai masyarakat untuk penyakit TB dan gejala-gejalanya.

Supaya komunikasi berhasil baik, petugas kesehatan harus melayani penderita secara ramah dan bersahabat, penuh hormat dan simpati, mendengar keluhan-keluhan mereka, serta tunjukkan perhatian terhadap kesejahteraan dan kesembuhan mereka. Dengan demikian, penderita mau bertanya tentang hal-hal yang masih belum dimengerti.

Penyuluhan langsung perorangan ini dapat dianggap berhasil bila:

- Penderita bisa menjelaskan secara tepat tentang riwayat pengobatan sebelumnya
- Penderita datang berobat secara teratur sesuai jadwal pengobatan
- Anggota keluarga penderita dapat menjaga dan melindungi kesehatannya

Hal-hal penting yang disampaikan pada kunjungan pertama

Dalam kontak pertama dengan penderita, terlebih dulu dijelaskan tentang penyakit apa yang dideritanya, kemudian Petugas Kesehatan berusaha memahami perasaan penderita tentang penyakit yang diderita serta pengobatannya.

Petugas Kesehatan seyogyanya berusaha mengatasi beberapa faktor manusia yang dapat menghambat terciptanya komunikasi yang baik. Faktor yang menghambat tersebut antara lain:

- Ketidaktahuan penyebab TB dan cara penyembuhannya

- Rasa takut yang berlebihan terhadap TB yang menyebabkan timbulnya reaksi penolakan
- Stigma sosial yang mengakibatkan penderita merasa takut tidak diterima oleh keluarga dan temannya
- Menolak untuk mengajukan pertanyaan karena tidak mau ketahuan bahwa ia tidak tahu tentang TB

Pada kontak pertama ini petugas kesehatan harus menyampaikan beberapa informasi penting tentang TB, antara lain:

a. Apa itu TB?

Jelaskan bahwa TB adalah penyakit menular dan bukan penyakit keturunan. Tenangkan hati penderita dengan menjelaskan bahwa penyakit ini dapat disembuhkan bila penderita menjalani seluruh pengobatan seperti yang dianjurkan.

b. Riwayat pengobatan sebelumnya

Jelaskan kepada penderita bahwa riwayat pengobatan sebelumnya sangat penting untuk menentukan secara tepat paduan OAT yang akan diberikan. Salah pengertian akan mengakibatkan pemberian paduan OAT yang salah. Petugas Kesehatan harus menjelaskan bahwa pengobatan pada seorang penderita baru berbeda dengan pengobatan pada penderita yang sudah pernah diobati sebelumnya.

c. Bagaimana cara pengobatan TB

Jelaskan kepada penderita tentang:

- Tahapan pengobatan (tahap intensif dan tahap lanjutan)
- Frekuensi menelan obat (tiap hari atau 3 kali seminggu)
- Cara menelan obat (dosis tidak dibagi)
- Lamanya pengobatan untuk masing-masing tahap

d. Pentingnya pengawasan langsung menelan obat

Perlu disampaikan pentingnya pengawasan langsung menelan obat pada semua penderita TB, terutama pada pengobatan tahap awal (intensif). Bila tahap ini dapat dilalui dengan baik, maka besar kemungkinan penderita dapat disembuhkan.

Penderita perlu didampingi oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO). Diskusikan dengan penderita bahwa PMO tersebut sangat penting untuk mendampingi penderita agar dicapai hasil pengobatan yang optimal.

e. Bagaimana penularan TB

Jelaskan secara singkat bahwa kuman TB dapat menyebar ke udara waktu penderita bersin atau batuk. Orang di sekeliling penderita dapat tertular karena menghirup udara yang mengandung kuman TB. Oleh karena itu, penderita menutup mulut bila

batuk atau bersin dan jangan membuang dahak di sembarang tempat. Jelaskan pula bila ada anggota keluarga yang menunjukkan gejala TB (batuk, berat badan menurun, kelesuan, demam, berkeringat malam hari, nyeri dada, sesak nafas, hilang nafsu makan, batuk dengan dahak campur darah), sebaiknya segera memeriksakan diri ke unit pelayanan kesehatan.

Setiap anak balita yang tinggal serumah atau kontak erat dengan penderita TB BTA positif segera dibawa ke unit pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan, sebab anak balita sangat rentan terhadap kemungkinan penularan dan jatuh sakit.

Hal-hal yang perlu ditanyakan pada kunjungan berikutnya

Pada kunjungan berikutnya, sisihkan waktu beberapa menit untuk menanyakan hal-hal yang telah dijelaskan pada kunjungan lalu, hal ini untuk memastikan bahwa penderita sudah mengerti. Beberapa hal penting yang perlu dibahas dengan penderita pada kunjungan berikutnya adalah:

- a. Cara menelan OAT
- b. Jumlah obat dan frekuensi menelan OAT
- c. Apakah terjadi efek samping OAT, seperti:
 - Kemerahan pada kulit
 - Kuning pada mata dan kulit
 - Gejala seperti flu (demam, kedinginan, dan pusing)
 - Nyeri dan pembengkakan sendi, terutama pada sendi pergelangan kaki dan pergelangan tangan
 - Gangguan penglihatan
 - Warna merah / orange pada air seni
 - Gangguan keseimbangan dan pendengaran
 - Rasa mual, gangguan perut sampai muntah
 - Rasa kesemutan / terbakar pada kaki
 - Jelaskan kepada penderita, bila mengalami hal-hal tersebut, beri tahu petugas kesehatan atau PMO supaya dapat segera diatasi
- d. Pentingnya dan jadwal pemeriksaan ulang dahak
- e. Arti hasil pemeriksaan ulang dahak: negatif atau tetap positif
- f. Apa yang dapat terjadi bila pengobatan tidak teratur atau tidak lengkap

2. PENYULUHAN KELOMPOK

Penyuluhan kelompok adalah penyuluhan TB yang ditujukan kepada sekelompok orang (sekitar 15 orang), bisa terdiri dari penderita TB dan keluarganya.

Penggunaan flip chart (lembar balik) dan alat bantu penyuluhan lainnya sangat berguna untuk memudahkan penderita dan keluarganya menangkap isi pesan yang disampaikan oleh petugas. Dengan alat peraga (dalam gambar/symbol) maka isi pesan akan lebih

mudah dan lebih cepat dimengerti. Gunakan alat bantu penyuluhan dengan tulisan dan atau gambar yang singkat dan jelas.

3. PENYULUHAN MASSA

Penyakit menular termasuk TB bukan hanya merupakan masalah bagi penderita, tetapi juga masalah bagi masyarakat, oleh karena itu keberhasilan penanggulangan TB sangat tergantung pada tingkat kesadaran dan partisipasi masyarakat. Pesan-pesan penyuluhan TB melalui media massa (surat kabar, radio, dan TV) akan menjangkau masyarakat umum. Bahan cetak berupa *leaflet*, poster, *billboard* hanya menjangkau masyarakat terbatas, terutama pengunjung sarana kesehatan.

Penyampaian pesan TB perlu memperhitungkan kesiapan unit pelayanan, misalnya tenaga sudah dilatih, obat tersedia dan sarana laboratorium berfungsi. Hal ini perlu dipertimbangkan agar tidak mengecewakan masyarakat yang datang untuk mendapatkan pelayanan. Penyuluhan massa yang tidak dibarengi kesiapan UPK akan menjadi “bumerang” (*counter productive*) terhadap keberhasilan penanggulangan TB.

4. KEMITRAAN DALAM PENANGGULANGAN TB

- a. TB tidak hanya merupakan masalah kesehatan tetapi juga masalah sosial.
- b. Perlu keterlibatan berbagai pihak dan sektor dalam masyarakat, termasuk kalangan swasta, organisasi profesi dan organisasi sosial kemasyarakatan serta LSM dalam penanggulangan TB.
- c. Sosialisasi dan advokasi program penanggulangan TB perlu dilaksanakan ke berbagai pihak dengan tujuan memperoleh dukungan.

5. ADVOKASI

Advokasi merupakan salah satu kegiatan penting dalam promosi kesehatan. Tujuan advokasi adalah menarik perhatian para tokoh penting atau tokoh kunci, untuk memperoleh dukungan politik agar dapat memanfaatkan sumber daya masyarakat.

Tahap-tahap yang perlu dipersiapkan untuk merencanakan kegiatan advokasi:

- Analisa situasi
- Memilih strategi yang tepat
- Mengembangkan bahan-bahan yang perlu disajikan kepada sasaran
- Mobilisasi sumber dana

PELATIHAN

Pelatihan merupakan salah satu upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Peningkatan kualitas tenaga dalam hal pengetahuan, sikap, dan ketrampilan untuk pengelolaan program TB menjadi penting, mengingat keterbatasan sumber daya manusia yang ada.

Pelatihan diberikan kepada semua tenaga yang terkait dengan Program Penanggulangan TB, baik tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan di semua jenjang administrasi pelaksana program.

Cara meningkatkan kualitas sumber daya manusia, dapat dilakukan melalui pelatihan, orientasi, lokakarya, magang, seminar, dan diskusi ilmiah.

SASARAN LATIH

Tenaga Kesehatan

Dibedakan berdasarkan jabatan dan profesi, antara lain dokter umum, dokter spesialis, paramedis keperawatan, tenaga laboratorium serta menurut tugas dan fungsinya (Kepala Rumah Sakit, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Seksi, Wasor dan lain-lain).

Tenaga Non-Kesehatan

Yang perlu mendapatkan pelatihan atau orientasi antara lain pimpinan daerah, pamong desa, pemuka masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, kader, PMO.

Organisasi Profesi Kesehatan

Peran organisasi profesi kesehatan sangat besar dalam mendukung keberhasilan program Penanggulangan TB. Untuk organisasi profesi lebih ditekankan pada orientasi, seminar, loka karya pentaloka, diseminasi informasi, advokasi dan diskusi ilmiah. Organisasi profesi dimaksud antara lain IDI, PDPI, PAPDI, IDAI, POGI, IBI, PPNI, HAKLI, IAKMI.

Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)

Bagi LSM terkait, antara lain PPTI, bisa dilakukan orientasi dan diseminasi informasi agar mampu mengoptimalkan kemampuan dan potensi yang ada dalam mendukung penanggulangan TB nasional.

Institusi Pendidikan Kesehatan

- Tenaga pengajar perlu diberikan orientasi program TB nasional
- Peserta didik perlu diberikan pengetahuan tentang program penanggulangan TB nasional melalui kegiatan intra dan ekstra kurikuler.

Masyarakat

Masyarakat juga perlu diberi informasi melalui penyuluhan, dengan tujuan untuk menyebarkan informasi program penanggulangan TB nasional kepada anggota keluarganya.

MATERI PELATIHAN

Materi pelatihan disesuaikan dengan sasaran peserta latih dan tujuan pelatihan, yang disampaikan dalam bentuk modul dan bahan lainnya.

KEGIATAN PELATIHAN

Pelaksanaan pelatihan yang baik harus mengikuti langkah-langkah sebagai berikut:

Menyusun Rencana Pelatihan

Rencana pelatihan mencantumkan kegiatan-kegiatan antara lain:

1. *Training Need Assessment* (TNA)

TNA perlu dilakukan karena calon peserta latih mempunyai pengalaman dan dasar pendidikan yang berbeda. TNA dilaksanakan untuk menentukan jenis pelatihan yang diperlukan sesuai kelompok sasaran.

2. Menyusun Rencana Pelaksanaan Pelatihan

- Menyusun Kerangka Acuan
- Menyusun jadwal dan pengorganisasian pelatihan
- Menyusun Kebutuhan Tenaga Pengajar dan Fasilitator
- Menyusun Kebutuhan Tempat dan Sarana Latihan

3. Menyusun rencana evaluasi pasca pelatihan

Pelaksanaan

1. Pelatihan seharusnya dilaksanakan sebelum pelaksanaan program

2. Pelatihan harus dilaksanakan dengan cara belajar aktif (*active learning*) berdasarkan situasi tugas di lapangan (*task-oriented*) dengan penugasan yang mengacu pada pemecahan masalah (*problem-solving*). Metode pelatihan dapat berupa tatap muka, penugasan, dan praktek lapangan.

3. Proses pelatihan perlu dimonitor dan dievaluasi, untuk itu perlu dibuat instrumennya.

- Pre test dan post test
- Evaluasi setiap materi
- Evaluasi harian pelaksanaan pelatihan
- Evaluasi pelatih/fasilitator
- Evaluasi praktek kerja di lapangan

4. Penyusunan laporan pelatihan untuk kepentingan tindak lanjut.

5. Melaksanakan evaluasi pasca pelatihan.

KESIMPULAN

Jumlah kasus tuberkulosis dari tahun ke tahun terus meningkat meskipun telah dilakukan program penanggulangan tuberkulosis sejak beberapa puluh tahun yang lampau. Saat ini Indonesia menduduki peringkat ketiga dunia dalam prevalensi seluruh kasus penderita

tuberkulosis, yaitu 1.606.000 penderita. Juga di negara-negara maju jumlah kasus tuberkulosis juga meningkat dengan adanya penyakit AIDS. Dalam hal peran serta masyarakat perlu dilakukan penyuluhan sehingga masyarakat dapat berperan dalam penemuan kasus baru dan juga dalam pengobatan, misalnya membantu dalam strategi DOTS yang diterapkan. Tenaga kesehatan perlu ditingkatkan kemampuannya dengan pelatihan-pelatihan dalam hal diagnosa, terapi, dan rehabilitasi. Sedangkan pemerintah mempunyai peranan yang penting dalam koordinasi penyediaan obat dan *political will* dalam pemberantasan penyakit tuberkulosa ini. Jadi di sini dibutuhkan peran serta masyarakat, tenaga kesehatan, dan usaha pemerintah dalam pemberantasan penyakit tuberkulosis ini. Kerja sama yang baik ini diharapkan dapat menurunkan angka kejadian penyakit tuberkulosis di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO, Tuberculosis Handbook, 1998 (WHO/TB/98.253)
2. Pedoman Nasional Penanganan Tuberkulosis di Indonesia, 2002:49-53
3. Inselman LS, Kendig EL Jr. Tuberculosis. In: Disorders of The Respiratory Tract in Children, WB Saunders Co, Philadelphia 1990:730-1
4. Widodo E, Tuberkulosis pada Anak: Diagnosis dan Tatalaksana. Pediatric Update Symposium: Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan. Jakarta, 1-2 Oktober 2003
5. WHO, Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes, Second Edition, 1997 (WHO/TB/97.220)
6. WHO, TB – A Global Emergency, WHO report on the tuberculosis epidemic, 1994 (WHO/TB/94.177)
7. Stop TB dengan DOTS, Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis (Gerdunas TB), 1999