



JAWA TIMUR

RENCANA PENGEMBANGAN MANAJEMEN TERPADU PENGENDALIAN TB RESISTAN OBAT

Januari 2013 – Desember 2016

KATA PENGANTAR

Tuberkulosis atau TB masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menjadi tantangan global. Indonesia merupakan Negara pertama diantara negara-negara dengan beban TB yang tinggi di wilayah Asia Tenggara yang berhasil mencapai target global untuk TB pada tahun 2006, yaitu 70% penemuan kasus baru TB BTA positif dan 85% kesembuhan.

Saat ini Indonesia menduduki peringkat ke-4 dari 22 negara dengan beban TB tinggi di dunia, suatu perbaikan dari peringkat ke-3 sebelumnya.

Meskipun demikian kita tidak boleh lengah, karena saat ini berbagai tantangan baru perlu diperhatikan, terutama muncul penyakit tuberkulosis yang resisten terhadap obat anti tuberkulosis (OAT) lini pertama yang digunakan sebagai standar pengobatan TB secara programatik; TB/HIV, TB pada anak dan masyarakat rentan lainnya. Hal ini memacu pengendalian TB nasional terus melakukan intensifikasi, akselerasi, ekstensifikasi dan inovasi program.

Berdasarkan *Global Report DR TB* tahun 2012, Indonesia adalah Negara dengan beban TB MDR no. 8 di dunia.

Strategi Nasional Program Pengendalian TB 2011-2014 dengan tema “Terobosan menuju Akses Universal”; Strategi Nasional Program Pengendalian TB 2011- 2014 disusun berdasarkan kebijakan pembangunan nasional 2010-2014, Kementerian Kesehatan 2010-2014 dan strategi global dan regional.

Strategi Nasional program pengendalian TB dengan visi “Menuju Masyarakat Bebas Masalah TB, Sehat, Mandiri dan Berkeadilan”. Strategi tersebut bertujuan mempertahankan kontinuitas pengendalian TB periode sebelumnya. Untuk mencapai target yang ditetapkan dalam stranas, disusun 8 Rencana Aksi Nasional yaitu : (1) *Public-Private Mix* untuk TB ; (2) *Programmatic Management of Drug Resistance* TB; (3) Kolaborasi TB-HIV; (4) Penguatan Laboratorium; (5) Pengembangan Sumber Daya Manusia; (6) Penguatan Logistik; (7) Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial; dan (8) Informasi Strategis TB.

Kementerian Kesehatan melalui Direktorat Jenderal P2 PL menanggapi situasi TB MDR di Indonesia dengan melaksanakan uji pendahuluan penatalaksanaan PMDT di 2 kota, Surabaya dan Jakarta Timur pada pertengahan 2009. Pada 2011 Uji Pendahuluan dilanjutkan sebagai kegiatan rutin penatalaksanaan Pasien TB MDR, sebagai bagian dari Program Pengendalian TB secara umum dengan Strategi DOTS, disebut sebagai *Programmatic Management of Drug-resistant Tuberculosis (PMDT)* atau Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistensi Obat (MTTRO).

Dokumen Rencana Pengembangan MTTRO Provinsi Jawa Timur ini, dirancang dan disusun berdasar Strategi Nasional Program Pengendalian TB, Rencana Aksi Nasional *Programmatic Management of Drug-resistance Tuberculosis* Indonesia 2011-2014, dan Strategi Program Pengendalian TB provinsi, sebagai panduan pengembangan MTTRO di Provinsi Jawa Timur, bagi seluruh pelaksana program TB khususnya MTTRO di semua tingkatan, fasilitas dan penyedia pelayanan kesehatan, dan stake holders terkait.

Dokumen ini diharapkan dapat mendorong implementasi kegiatan untuk mencapai target yang telah ditetapkan, sesuai Rencana Aksi Nasional PMDT di Indonesia.

Penyusunan strategi tingkat provinsi melibatkan partisipasi berbagai pihak pemangku kebijakan di setiap jenjang di Provinsi Jawa Timur, organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat serta mitra internasional, nasional dan tingkat kabupaten/ kota.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak terkait yang telah berkontribusi dalam menyelesaikan Rencana Pengembangan MTTR0 Provinsi Jawa Timur. Segala kritik dan saran yang membangun demi perbaikannya pada masa mendatang sangat diharapkan. Semoga buku ini bermanfaat dalam pengendalian TB di Provinsi Jawa Timur dan Indonesia pada umumnya.

BERSAMA KITA BERJUANG UNTUK ELIMINASI TB DI JAWA TIMUR.

Surabaya, 02 Oktober 2013

**Kepala Dinas Kesehatan
Provinsi Jawa Timur**

Dr. Harsono

DAFTAR ISI

1. Kata Pengantar
2. Daftar Isi
3. Glossary
4. Daftar Singkatan
5. Pendahuluan
6. Latar Belakang
7. Analisis Situasi
8. Tujuan, Target dan Indikator
9. Kebijakan dan Strategi
10. Peran dan Tanggung Jawab
11. Diagnosis, Laboratorium dan Penemuan Kasus
12. Pengobatan
13. Dukungan Pada Pasien
14. Monitoring & Evaluasi
15. Supervisi
16. Keterlibatan Mitra: Lintas Sektor, Sektor Swasta, LSM
17. Keterlibatan Masyarakat
18. Pendanaan
19. Daftar Pustaka

Daftar Singkatan

AIDS	Acquired immune deficiency syndrome
ACSM	Advocacy, Communication and Social Mobilization
ART	Anti-retroviral therapy
DOT	Directly-Observed Treatment
DOTS	Directly-Observed Treatment Shortcourse
FHI	Family Health International
GDF	Global TB Drug Facility
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria
HIV	Human immunodeficiency virus
ISTC	International Standards of Tuberculosis Care
KNCV	KNCV Tuberculosis Foundation (KoninklijkeNederlandseCentraleVereniging)
MDR-TB	Multidrug-resistant tuberculosis
MTTRO	Manajemen Terpadu pengendalian TB Resistan Obat
NGO	Non-governmental organization
NTP	National Tuberculosis Program
PMDT	Programmatic Management of Drug-resistant Tuberculosis
TB	Tuberculosis
UNDP	United Nations Development Program
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization
XDR-TB	Extensively Drug-resistant Tuberculosis

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) sampai saat ini masih menjadi permasalahan global yang pengendaliannya merupakan tantangan yang harus dihadapi. Pada tahun 2011 diperkirakan ada 8,7 juta kasus TB baru dengan 1,4 juta kematian; lebih dari 95% kematian berasal dari negara dengan penghasilan yang rendah dan menengah. Masyarakat miskin dan kelompok rentan merupakan golongan yang paling terdampak, meskipun sebetulnya risiko penularan penyakit ini ada pada semua kelompok masyarakat karena cara penularannya yang melalui udara. TB merupakan salah satu dari tiga penyebab kematian wanita terbanyak pada kelompok usia 15-44 tahun. Kematian pada anak akibat penyakit ini diperkirakan sebanyak 64.000 dengan jumlah kasus anak sebanyak 0,5 juta kasus (data tahun 2011). Beberapa permasalahan yang dihadapi dalam pengendalian TB di antaranya adalah perkembangan pengendalian penyakit TB MDR yang masih lambat, karena pada akhir tahun 2011 jumlah pasien TB MDR yang menjalani pengobatan TB MDR baru sekitar 60.000 (1/5 dari jumlah perkiraan kasus TB MDR).

Pasien TB dengan koinfeksi HIV yang mendapatkan ART masih perlu ditingkatkan jumlahnya sehingga mencapai target yang ditetapkan. Target yang ditetapkan adalah 100% pasien TB yang juga mengalami koinfeksi HIV harus mendapatkan ART. Berbagai upaya melalui kolaborasi TB HIV telah dilaksanakan di berbagai tingkatan di banyak wilayah.

Indonesia merupakan salah satu dari lima negara dengan insiden TB yang besar di tahun 2011 dengan perkiraan kasus antara 0,4 juta sampai 0,5 juta. Estimasi prevalensi TB di Indonesia adalah 680 ribu dengan insiden 450 ribu kasus. Indonesia telah mencapai perkembangan yang signifikan dalam pengendalian TB dengan mengimplementasikan strategi DOTS sejak tahun 1996. Angka penemuan kasus TB baru BTA positif meningkat dari 20% di tahun 1990 menjadi 70% di tahun 2011. Pada tahun 2011 sebanyak 319.949 kasus TB semua tipe telah tercatat. Angka keberhasilan pengobatan telah mencapai lebih dari 85% sejak tahun 2000 dan pada tahun 2010 telah mencapai angka 91%. Indonesia adalah negara dengan beban TB terbesar di wilayah Asia Tenggara yang telah mencapai target global untuk penemuan dan angka keberhasilan pengobatan. Pencapaian yang menggembirakan ini karena komitmen politis dan kepemimpinan yang kuat, penerapan serta kepatuhan pada kebijakan WHO dan kolaborasi yang efektif antara Program Nasional Pengendalian TB dan berbagai mitra yang terlibat dalam pengendalian TB di Indonesia.

Salah satu tantangan utama dalam pengendalian TB di Indonesia adalah adanya TB resistan obat, khususnya TB MDR. Meskipun angka resistansi ini masih rendah, terutama pada kasus TB baru (sekitar 2%), namun jumlah kasus TB MDR diperkirakan sebanyak 6.620 kasus baru per tahun. Pengobatan TB MDR baru saja dimulai di Indonesia. Program pengobatan dimulai di Indonesia pada pertengahan 2009 dengan wilayah uji pendahuluan di dua tempat (Jakarta Timur-RS Persahabatan dan Surabaya- RSUD dr. Soetomo. Meskipun baru dalam implementasi pengobatan TB MDR, namun telah ada

berbagai tantangan, termasuk dalam upaya untuk mencapai akses universal dalam diagnosis dan pengobatan TB kebal obat.

Sejalan dengan kebijakan Program Nasional Pengendalian TB, pada tahun 2011, Provinsi Jawa Timur mengikuti kebijakan bahwa TB MDR merupakan bagian dari Program Pengendalian TB dan bukan uji pendahuluan sebagaimana yang dicanangkan pada pertengahan tahun 2009. Kegiatan tersebut dinamakan PMDT (Programmatic management of Drug Resistant TB) yang dalam bahasa Indonesia disebut Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat (MTTRO). Setahap demi setahap, Jawa Timur berusaha untuk mencapai akses universal untuk diagnosis dan pengobatan TB MDR (diagnosis dan pengobatan minimal 80% perkiraan kasus) yang diharapkan dapat tercapai di tahun 2016. Program akan dikembangkan berdasarkan wilayah geografis dan kebutuhan pasien yang sudah terdiagnosis.

2. Analisis Situasi

Provinsi Jawa Timur, adalah provinsi dengan jumlah penduduk 37.687.622 dengan kepadatan penduduk sebesar 786/Km². Topografi wilayahnya terdiri atas beberapa pulau kecil dan bagian daratan dengan luas wilayah 47.963 Km². Secara administratif provinsi ini terdiri dari 29 kabupaten dan 9 kota.

Jumlah Puskesmas di Jawa Timur pada tahun 2012 adalah 960 buah. Rumah sakit yang ada sebanyak 187 yang terdiri dari 54 rumah sakit pemerintah dan 133 rumah sakit swasta. Laboratorium Rujukan TB Provinsi Jawa Timur ada 3, yaitu:

1. BP4 Madiun untuk rujukan Mikroskopis,
2. Departemen mikrobiologi FK Universitas Airlangga untuk pusat pelatihan mikroskopis dan
3. RSUD dr. Soetomo rujukan kultur (dalam persiapan) yang nantinya juga dikembangkan sebagai rujukan uji kepekaan.

Saat ini untuk pemeriksaan biakan dan uji kepekaan adalah Balai Besar Laboratorium Kesehatan (BBLK) Surabaya yang mampu melakukan pemeriksaan TB sampai dengan uji kepekaan lini kedua sejak tahun 2011.

Akses antar wilayah di Jawa Timur dapat ditempuh dengan jalan darat, kecuali untuk mencapai beberapa pulau di Kabupaten Sumenep, Kabupaten Gresik dan Kabupaten Probolinggo yang harus ditempuh melalui jalur laut dengan kapal reguler.

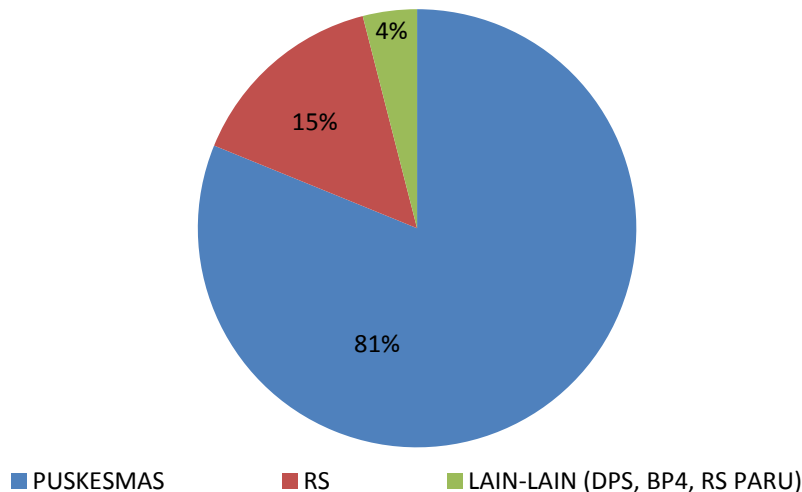
a. Epidemiologi penyakit TB dan TB MDR di Provinsi Jawa Timur

Merujuk pada survei terakhir tentang prevalensi penyakit tuberkulosis (TB) nasional pada 2004, prevalensi TB secara nasional sebesar 104 (66 – 142). Indonesia dibagi dalam 3 wilayah epidemiologi dengan hasil sebagai berikut: Jawa-Bali: 59 per 100.000 penduduk, Pulau Sumatera: 160 per 100.000 penduduk dan sisanya sebagai wilayah Kawasan Timur Indonesia (KTI) 189 per 100.000 penduduk. Provinsi Jawa Timur menggunakan angka 107 per 100.000 penduduk sebagai dasar perhitungan kasus TB BTA positif baru yang diperkirakan ada. Data terbaru masih menunggu hasil survei prevalensi yang dilaksanakan pada tahun 2013.

Pada tahun 2010 Provinsi Jawa Timur melakukan survei resistensi OAT dengan hasil yang menunjukkan angka kejadian TB MDR di antara pasien TB baru adalah 2% dan dari pasien TB pengobatan ulang adalah 9,7%. Pada survei ini didapatkan proporsi kasus pengobatan ulang sekitar 10%. Berdasarkan kedua survei tersebut (survei prevalensi TB tahun 2004 dan DRS Jawa Timur tahun 2010) dengan memperhitungkan jumlah pasien TB yang tercatat, maka diperkirakan kasus TB MDR di Jawa Timur adalah 626 dengan perincian sebanyak 526 (84%) berasal dari kasus baru dan 100 (16%) berasal dari kasus pengobatan ulang.

Berdasarkan data dari wilayah uji pendahuluan di 2 tempat, yaitu kota Jakarta Timur dan kota Surabaya menunjukkan bahwa pasien TB MDR yang ditemukan terutama berasal dari kelompok pasien gagal pengobatan ulang menggunakan kategori-2 (31.4 %), pasien kambuh, baik pengobatan dengan kategori-1 maupun kategori-2 (23.2 %) dan pasien gagal pengobatan kategori-1 (13.2 %), serta 9.8 % adalah pasien yang diobati diluar sarana yang menerapkan strategi DOTS. Dengan melihat situasi sumber pasien TB MDR maka perlu dilakukan pemetaan fasilitas pelayanan TB dan hasil pengobatannya.

Terkait dengan distribusi pasien TB yang tercatat berdasarkan fasyankes menunjukkan data bahwa puskesmas masih mendominasi kontribusi pasien TB. Kontribusi rumah sakit pada tahun 2012, untuk semua tipe sebesar 15% (6.304 dari 42.440 kasus TB yang tercatat), sedangkan jika pada kelompok BTA positif, dari 26.706 kasus, kontribusi rumah sakit adalah 2.136 kasus (8%).



Gambar 1. Proporsi Pasien TB Semua Tipe Berdasarkan Fasyankes yang Melayani

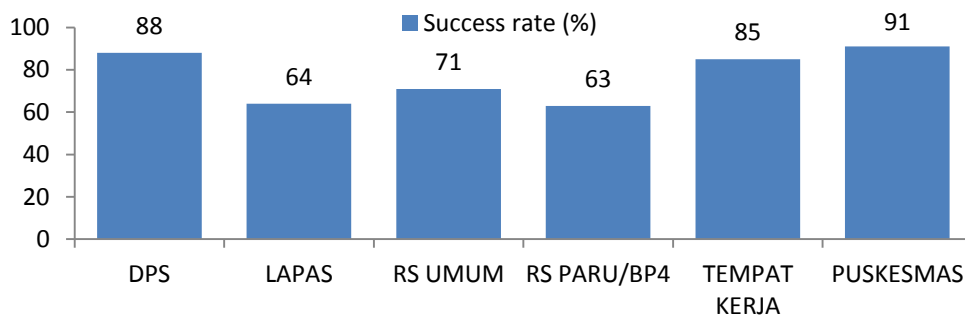
Keterlibatan dokter praktik swasta (DPS) dalam pengendalian TB strategi DOTS masih sangat sedikit, sehingga pasien yang tercatat dari layanan DPS juga sangat sedikit jika dibandingkan dengan pasien yang diobati di rumah sakit.

Hasil pengobatan pasien TB yang diobati di Puskesmas sudah cukup baik dengan angka keberhasilan pengobatan di atas 90%, sedangkan untuk rumah sakit masih sekitar 70%, bahkan masih ada rumah sakit dengan angka keberhasilan pengobatan di bawah 50%.

Penemuan dan analisis kohort pada data pengobatan yang dilaksanakan tahun 2011 menunjukkan bahwa angka keberhasilan secara provinsi sudah cukup baik, sebagaimana data berikut:

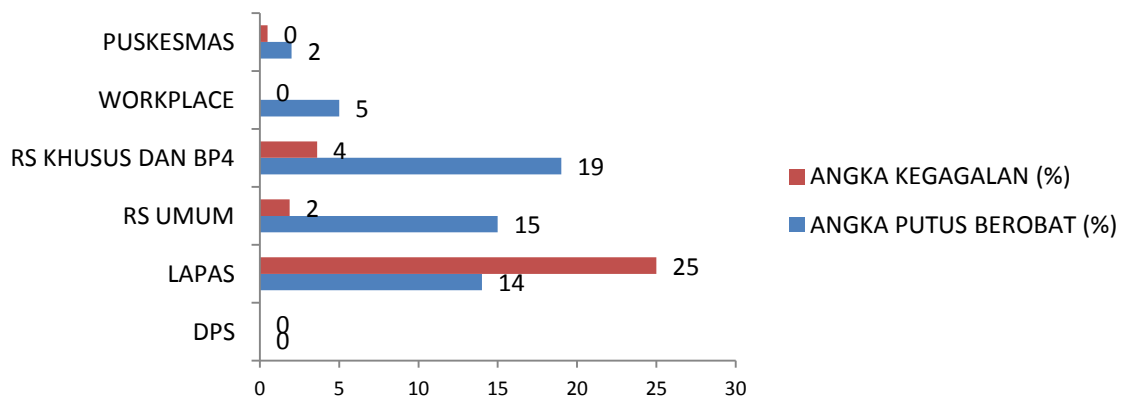
- Jumlah Pasien TB BTA Positif baru : 26.179
- Jumlah Pasien Pengobatan Ulang : 1.031
- Pasien yang sembuh : 22.578
- Pasien pengobatan lengkap : 1.365 (*success rate* 91%)
- Drop out : 948 (4%)
- Gagal : 174 (0,7%)

Jika hasil pengobatan dipilah sesuai dengan fasyankes, maka Puskesmas masih merupakan fasyankes dengan angka keberhasilan pengobatan yang terbaik, seperti data di bawah ini.



Gambar 2. Success Rate pengobatan Pasien TB per fasyankes di Jawa Timur pasien tahun 2011 (dalam %)

Angka Putus Berobat merupakan salah satu indikator kinerja pengobatan yang penting dan berpengaruh pada mutu pengobatan. Semakin tinggi angka putus berobat di suatu wilayah/ fasyankes, maka ada kecenderungan untuk meningkatnya kasus MDR di wilayah tersebut. Rumah sakit merupakan fasyankes yang memiliki risiko untuk angka putus berobat yang tinggi seperti yang digambarkan pada grafik berikut:



Gambar 3. Angka Putus Berobat dan angka kegagalan pengobatan Pasien TB per jenis fasyankes di Jawa Timur tahun 2011 (dalam %)

b. Pelayanan DOTS di fasyankes non puskesmas.

Provinsi Jawa Timur telah mengembangkan pelayanan TB dengan menerapkan strategi DOTS di fasyankes selain puskesmas sejak tahun 2004, dan sampai tahun 2012 telah menjangkau 52 rumah sakit pemerintah, 20 rumah sakit swasta, 17 fasyankes di lembaga pemasyarakatan dan 53 di dokter praktik.

c. Ko-infeksi TB/ TB MDR dengan HIV

TB merupakan infeksi oportunistik dari HIV yang mematikan. Sebaliknya, HIV menjadi salah satu parameter penting dalam pengendalian TB MDR. Oleh karena itu aspek ini harus diperhatikan.

Sampai saat ini kegiatan kolaborasi TB HIV di Jawa Timur secara intensif melibatkan 12 kabupaten kota dan direncanakan seluruh kabupaten kota ikut melaksanakan kegiatan tersebut pada tahun 2013. Dalam kegiatan tersebut untuk ODHA selalu dilakukan kajian tanda dan gejala TB pada setiap kali mereka datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. ODHA dengan tanda dan gejala TB (suspek TB) dilakukan pemeriksaan diagnosis TB sesuai standar dan pemeriksaan Gene Xpert untuk meningkatkan sensitifitas diagnosis dan mempercepat diketahuinya resistansi terhadap rifampisin.

Data pada tahun 2012 menunjukkan kasus TB yang ditemukan dari ODHA yang tercatat dan dilaporkan adalah sebanyak 473 dari 6.422 ODHA tercatat (7%). Sedangkan jumlah kasus HIV yang ditemukan pada pasien TB adalah sebanyak 73 orang (0,2%). Survei prevalensi HIV pada pasien TB di Jawa Timur pada tahun 2008 menunjukkan angka sebesar 0,89%.

d. Surveilans TB dan TB MDR

Surveilans penyakit TB dilaksanakan secara rutin dengan cara penemuan dan penatalaksanaan pasien TB yang dicatat dan dilaporkan secara teratur, dengan menggunakan fomulir TB-07, TB-11 dan TB-8; dan dilaksanakan secara elektronik.

Surveilans penyakit TB MDR akan dilaksanakan sebagai suatu surveilans sentinel, yang merupakan pendahuluan untuk dilanjutkan sebagai surveilan TB MDR secara rutin dimasa yang akan datang.

Saat ini di Jawa Timur melaksanakan surveilans sentinel di 3 kabupaten kota (Kota Surabaya, Kabupaten Mojokerto dan Kabupaten Jombang). Hasil ini digunakan oleh NTP untuk memperkirakan besar kasus TB MDR secara nasional. Pengembangan sentinel di Jawa Timur mengikuti kebijakan pusat.

Hasil surveilans sentinel

e. Penanganan TB MDR di Provinsi Jawa Timur

Provinsi Jawa Timur secara resmi telah melaksanakan penatalaksanaan pasien TB MDR melalui PMDT sejak tahun 2009 sebagai uji pendahuluan dan pada tahun 2011 Provinsi Jawa Timur telah menyatakan seluruh wilayah Jawa Timur dapat mengakses layanan TB MDR. Pada tahun 2012, PMDT menjadi program nasional dengan nama Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat.

Saat ini telah ada 2 rumah sakit rujukan TB MDR (RSU dr. Soetomo Surabaya dan RSU dr. Saiful Anwar Malang) dengan 1 laboratorium rujukan diagnosis untuk uji kepekaan yaitu BBLK Surabaya. Sudah 37 kabupaten/kota memiliki pasien TB MDR (Kota Probolinggo belum memiliki pasien TB MDR). Jumlah fasyankes satelit yang ada

mencapai lebih dari 100 dan terus bertambah seiring bertambahnya pasien TB MDR yang berasal dari daerah yang berbeda dengan pasien yang ada. Jika dibandingkan antara angka keberhasilan pengobatan (*success rate*) dengan lokasi pasien MDR pada tahun 2012, maka akan tergambar sebagaimana tabel berikut:

Tabel 1. Angka keberhasilan pengobatan tahun 2011 dan kasus MDR yang tercatat di kab/ko Jawa Timur

No.	KAB/KO	SUCCESS RATE (%)	KASUS TB MDR (sampai tahun 2012)
1	Pacitan	86	1
2	Ponorogo	93	2
3	Trenggalek	95	1
4	Tulungagung	95	2
5	Blitar	83	1
6	Kediri	96	5
7	Malang	90	16
8	Lumajang	97	1
9	Jember	92	4
10	Banyuwangi	95	1
11	Bondowoso	93	0
12	Situbondo	94	1
13	Probolinggo	95	2
14	Pasuruan	91	7
15	Sidoarjo`	88	20
16	Mojokerto	97	0
17	Jombang	90	4
18	Nganjuk	95	1
19	Madiun	91	0
20	Magetan	94	1
21	Ngawi	95	2
22	Bojonegoro	97	0
23	Tuban	97	3
24	Lamongan	97	2
25	Gresik	91	20
26	Bangkalan	97	0
27	Sampang	83	2
28	Pamekasan	92	0
29	Sumenep	94	2
30	Kediri (Ko)	83	7
31	Blitar (Ko)	88	1
32	Malang (Ko)	85	30
33	Probolinggo (Ko)	93	0
34	Pasuruan (Ko)	92	0
35	Mojokerto (Ko)	92	2
36	Madiun (Ko)	91	0
37	Surabaya	79	177
38	Batu (Ko)	64	2
	TOTAL		320

Daerah dengan angka keberhasilan pengobatan yang masih kurang, akan lebih berisiko untuk menemukan pasien TB MDR. Selain itu, upaya aktif dalam menemukan pasien TB MDR juga sangat berpengaruh terhadap jumlah pasien TB MDR yang ditemukan dan diobati di daerah tersebut.

Wilayah Jawa Timur dibagi menjadi 2 regional untuk pelayanan TB MDR sesuai dengan rumah sakit rujukannya. Pembagian wilayah tersebut adalah:

- a. Wilayah RSUD dr. Soetomo Surabaya, meliputi:

1. Kab. Pacitan
2. Kab. Ponorogo
3. Kab. Magetan
4. Kab. Ngawi
5. Kab. Madiun
6. Kab. Nganjuk
7. Kab. Kediri
8. Kab. Jombang
9. Kab. Mojokerto
10. Kab. Sidoarjo
11. Kab. Gresik
12. Kab. Lamongan
13. Kab. Bojonegoro
14. Kab. Tuban
15. Kab. Bangkalan
16. Kab. Sampang
17. Kab. Pamekasan
18. Kab. Sumenep
19. Kota Surabaya
20. Kota Mojokerto
21. Kota Madiun
22. Kota Kediri

b. Wilayah RSUD dr. Saiful Anwar Malang, meliputi:

1. Kab. Trenggalek
2. Kab. Tulungagung
3. Kab. Blitar
4. Kab. Malang
5. Kab. Pasuruan
6. Kab. Probolinggo
7. Kab. Lumajang
8. Kab. Jember
9. Kab. Bondowoso
10. Kab. Situbondo
11. Kab. Banyuwangi
12. Kota Blitar
13. Kota Malang
14. Kota Pasuruan
15. Kota Probolinggo
16. Kota Batu

REGIONALISASI LAYANAN TB MDR



Gambar 4. Regionalisasi Wilayah Layanan Rujukan Pasien TB MDR di Jawa Timur

Regionalisasi dilakukan untuk kemudahan dalam menentukan rujukan pasien TB MDR serta pertimbangan kenyamanan bagi pasien. Namun masih dimungkinkan bila ada sesuatu hal yang menyebabkan tidak dirujuk sesuai regionalisasi, seperti adanya keluarga yang lebih dekat dengan RS rujukan yang bukan regionalnya.

TUJUAN, TARGET DAN INDIKATOR

1. Tujuan

Tujuan umum dibuatnya rencana pengembangan Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat Provinsi Jawa Timur adalah untuk mempersiapkan layanan TB MDR yang komprehensif dengan memperhatikan akses universal untuk seluruh masyarakat Jawa Timur.

Adapun tujuan khusus penyusunan rencana pengembangan adalah:

- a. Menghitung beban masalah TB MDR di Jawa Timur sampai periode tahun 2016
- b. Mempersiapkan jejaring layanan pengobatan mulai dari RS Rujukan, RS Sub Rujukan dan Fasyankes Satelitnya dengan mempertimbangkan pengendalian infeksi yang efektif
- c. Mempersiapkan fasilitas laboratorium yang mendukung diagnosis TB MDR dan pemeriksaan biakan untuk follow up
- d. Mempersiapkan dukungan kepada pasien TB MDR untuk aspek selain pengobatan (ekonomi dan psikososial)
- e. Mempersiapkan masyarakat dan organisasi yang peduli dengan TB MDR untuk memberikan dukungannya pada pengendalian TB MDR di Jawa Timur

2. Target

Target yang ditetapkan pada tahun 2016 adalah:

1. Pemeriksaan tes kepekaan OAT pada seluruh pasien pengobatan ulang dan 5% pasien baru, ditingkatkan secara bertahap sampai 25%
2. Pasien TB MDR yang diobati mencapai 100% dari pasien TB MDR terdiagnosis
3. Setiap kabupaten kota mampu mengelola kegiatan MTTRO di wilayahnya
4. Jawa Timur memiliki 2 RS Rujukan TB MDR dan 10 RS Sub Rujukan TB MDR serta fasyankes satelit yang cukup dengan penerapan pengendalian infeksi yang efektif
5. Setiap kabupaten kota memiliki minimal 1 fasyankes pengumpul dahak
6. Ada 5 Laboratorium Kultur selain BBLK Surabaya yang mampu melaksanakan pemeriksaan evaluasi pengobatan pasien TB MDR
7. Ada 2 laboratorium selain BBLK Surabaya yang sudah tersertifikasi tes kepekaan OAT lini pertama dan lini kedua.

3. Indikator

Indikator dalam MTTRO yang ditetapkan sesuai dengan buku petunjuk teknis MTTRO, yaitu:

- a. Indikator Utama:
 1. Angka pengobatan pasien TB MDR (*enrollment Rate*)
 2. Angka keberhasilan pengobatan (*success rate*)
- b. Indikator Tambahan:

1. Angka Pemeriksaan suspek
2. Angka kultur positif
3. Angka MDR di antara kultur positif
4. Angka konversi sampai bulan ke-6

Indikator tersebut merupakan bagian yang terintegrasi dalam sistem pencatatan dan pelaporan TB strategi DOTS.

KEBIJAKAN DAN STRATEGI

1. Kebijakan

- a. Kebijakan umum Manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat mengacu pada kebijakan nasional dan merupakan bagian dari Pengendalian TB Nasional
- b. Titik berat pengelolaan program ada di tingkat kabupaten kota dengan dukungan dari pemerintah pusat melalui dinas kesehatan provinsi
- c. Indikator kinerja MTTRO merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari indikator Program pengendalian TB
- d. Jejaring layanan terdiri dari rumah sakit rujukan, rumah sakit sub rujukan dan fasyankes satelit yang didukung jaringan laboratorium yang terstandar nasional
- e. Penyiapan tempat layanan TB MDR yang memperhatikan aspek pengendalian infeksi TB serta kemudahan akses
- f. Pengobatan dilaksanakan dengan memperhatikan aspek keprograman dan aspek klinis yang dilaksanakan oleh tim ahli klinis dan tim di RS Sub Rujukan dan fasyankes satelit yang ditunjuk
- g. Logistik pengobatan disediakan sesuai dengan mekanisme pengelolaan logistik TB nasional
- h. Ketersediaan petugas pelayanan yang berkualitas melalui upaya peningkatan kapasitas yang berkelanjutan, seperti pelatihan, *micro training* dan asistensi-fasilitasi
- i. Memperkuat dukungan masyarakat, lembaga/organisasi sosial dan lintas sektor

2. Strategi

- a. Perluasan layanan untuk *universal access* serta pengendalian program dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan memperhitungkan kebutuhan pasien
- b. Jaga mutu layanan dilaksanakan melalui supervisi berjenjang
- c. Pembentukan Tim MTTRO Kabupaten/Kota untuk penyiapan layanan dan pengendalian kasus di tingkat kabupaten kota
- d. Penguatan komitmen pemangku kepentingan melalui pemberdayaan pasien TB MDR dalam paguyuban pasien
- e. Melakukan kegiatan inovatif dengan fokus pada pasien untuk menyelesaikan pengobatan yang bermutu

PERAN DAN TANGGUNG JAWAB

1. Peran

Peran dari berbagai tingkatan adalah sebagai berikut:

- a. Dinas Kesehatan Provinsi berperan sebagai:
 - Pengelola kegiatan MTTRO untuk tingkat provinsi
 - Kapanjangan Kementerian Kesehatan dalam implementasi kegiatan MTTRO
- b. Dinas kesehatan Kabupaten/Kota berperan sebagai:
 - Pengelola kegiatan MTTRO untuk tingkat Kabupaten/Kota
- c. Rumah Sakit Rujukan TB MDR berperan sebagai:
 - Pelaksana tatalaksana pengobatan TB MDR dari diagnosis, pengobatan dari awal (termasuk tatalaksana efek samping) sampai menyatakan hasil akhir pengobatan
 - Pelaksana kegiatan MTTRO untuk aspek program di RS (pencatatan, pelaporan dan pengelolaan logistik)
 - Tim pendukung teknis medis untuk pengembangan dan peningkatan kapasitas petugas dan layanan
- d. Rumah Sakit Sub Rujukan TB MDR berperan sebagai:
 - Pelaksana tatalaksana pengobatan TB MDR dari diagnosis, pengobatan dari awal (termasuk tatalaksana efek samping) sampai menyatakan hasil akhir pengobatan, dengan berkoordinasi kepada TAK di RS Rujukan
 - Pelaksana kegiatan MTTRO untuk aspek program di RS Sub Rujukan (pencatatan, pelaporan dan pengelolaan logistik)
 - Tim pendukung teknis medis untuk pengembangan dan peningkatan kapasitas petugas dan layanan
- e. Laboratorium Rujukan TB MDR berperan sebagai:
 - Pelaksana pemeriksaan biakan dan uji kepekaan OAT untuk diagnosis dan *follow up*
 - Pelaksana kegiatan MTTRO untuk aspek program di laboratorium rujukan TB MDR (pencatatan, pelaporan dan pengelolaan logistik)
 - Tim pendukung teknis laboratorium untuk pengembangan dan peningkatan kapasitas petugas dan layanan
- f. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Satelit berperan sebagai:
 - Pelaksana tatalaksana pengobatan TB MDR, dengan melakukan pengobatan lanjutan (termasuk tatalaksana efek samping ringan) dengan berkoordinasi kepada TAK di RS Rujukan atau RS Sub Rujukan
 - Pelaksana kegiatan MTTRO untuk aspek program di fasyankes satelit (pencatatan, dan pengelolaan logistik)

- g. Paguyuban Pasien TB MDR dan masyarakat berperan sebagai:
 - Pendamping pasien TB MDR menuntaskan pengobatan dan mendukung kegiatan advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial kepada pemangku kepentingan
- h. LSM Peduli TB berperan sebagai:
 - Pendukung Program Pengendalian TB Nasional untuk memberikan dukungan pada kegiatan MTTRO, terutama dalam memberikan dukungan ekonomi dan psikososial

2. Tanggung Jawab

Tanggung jawab masing-masing institusi adalah sebagai berikut:

- a. Dinas Kesehatan Provinsi bertanggung jawab untuk:
 - Menyusun kegiatan MTTRO (beserta anggarannya) dan melaksanakannya untuk tingkat provinsi
 - Melakukan asistensi dan fasilitasi ke Kab/Ko dan fasyankes rujukan
 - Mengelola logistik MTTRO
 - Memantau e-TB Manager
 - Membina paguyuban pasien TB MDR
 - Melakukan kegiatan pencatatan dan pelaporan serta monitoring dan evaluasi
 - Menyelesaikan permasalahan yang timbul terutama dari aspek program dengan berkoordinasi dengan Subdit TB dan Dinas kesehatan kab/ko
- b. Dinas kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab untuk:
 - Menyusun kegiatan (beserta anggarannya) dan melaksanakannya untuk tingkat kabupaten/kota
 - Melakukan asistensi dan fasilitasi ke fasyankes satelit
 - Mengelola logistik MTTRO
 - Memantau e-TB Manager
 - Melakukan kegiatan pencatatan dan pelaporan serta monitoring dan evaluasi
 - Menyelesaikan permasalahan yang timbul terutama dari aspek program dengan berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
- c. Rumah Sakit Rujukan TB MDR bertanggung jawab untuk:
 - Memberikan tatalaksana pengobatan TB MDR dari diagnosis, pengobatan dari awal (termasuk tatalaksana efek samping) sampai menyatakan hasil akhir pengobatan
 - Melaksanakan kegiatan MTTRO dari aspek program di RS Rujukan (mengelola logistik, melakukan pencatatan dan pelaporan)
 - Menyelesaikan permasalahan yang timbul terutama dari aspek klinis dengan berkoordinasi dengan TAK Nasional

- d. Rumah Sakit Sub Rujukan TB MDR bertanggung jawab untuk:
 - Memberikan tatalaksana pengobatan TB MDR dari diagnosis, pengobatan dari awal (termasuk tatalaksana efek samping) sampai menyatakan hasil akhir pengobatan, dengan berkoordinasi kepada TAK di RS Rujukan
 - Melaksanakan kegiatan MTTRO dari aspek program di RS Sub Rujukan (mengelola logistik, melakukan pencatatan dan pelaporan)
 - Menyelesaikan permasalahan yang timbul terutama dari aspek klinis dengan berkoordinasi dengan TAK RS Sub Rujukan

- e. Laboratorium Rujukan TB MDR bertanggung jawab untuk:
 - Melaksanakan pemeriksaan biakan dan uji kepekaan OAT untuk diagnosis dan *follow up*
 - Melaksanakan kegiatan MTTRO untuk aspek program di laboratorium rujukan TB MDR (pencatatan, pelaporan dan pengelolaan logistik)
 - Menyelesaikan permasalahan yang timbul terutama dari aspek laboratorium dengan berkoordinasi dengan Subdit Mikrobiologi dan LRN (Laboratorium Rujukan Nasional)

- f. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Satelit bertanggung jawab untuk:
 - Melakukan tatalaksana pengobatan TB MDR, dengan melakukan pengobatan lanjutan (termasuk tatalaksana efek samping ringan) dengan berkoordinasi kepada TAK di RS Rujukan atau RS Sub Rujukan

- g. Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mengobati pasien TB
 - Melakukan deteksi suspek TB MDR dan melakukan proses rujukan

RENCANA PENGEMBANGAN

1. Penjaringan Suspek dan Diagnosis

Diagnosis TB MDR dilakukan pada suspek TB MDR yang memenuhi kriteria suspek sebagaimana petunjuk teknis tatalaksana TB MDR. Diagnosis saat ini menggunakan pemeriksaan konvensional dan tes cepat (GeneXpert®).

Penjaringan suspek pada tahun 2016 diharapkan dilaksanakan dengan memeriksa seluruh pasien TB BTA positif pengobatan ulang dan 25% pasien TB BTA positif kasus baru (dengan metoda pemilihan yang sistematis. Untuk tahun 2013 dilakukan di RS Rujukan TB MDR dan RS Sub rujukan TB MDR). Berdasarkan hasil DRS tahun 2010, maka suspek TB yang diperiksa diperkirakan adalah 9.355 per tahun di tahun 2016 sedangkan pasien yang diobati adalah 626. Adapun tahapannya adalah sebagai berikut:

Tabel 2. Target Suspek MDR dan pasien TB MDR per tahun (2013-2016)

	TAHUN			
	2013	2014	2015	2016
Jumlah Suspek yang diperiksa	1.083	2.239	5.403	8.378
Jumlah TB MDR yang didiagnosis dan diobati	188	313	501	626

Setiap kabupaten kota memiliki target yang berbeda, sesuai dengan angka notifikasi TB yang ada di masing-masing kabupaten/kota.

Tabel 3. Target Pasien TB MDR yang ditemukan dan diobati

NO	Kabupaten/Kota	TAHUN			
		2013	2014	2015	2016
1	Bangkalan	5	8	12	16
2	Banyuwangi	6	10	16	20
3	Blitar	3	6	9	11
4	Blitar (Kota)	1	2	2	3
5	Bojonegoro	6	10	16	20
6	Bondowoso	5	8	12	16
7	Gresik	5	9	14	18
8	Jember	16	27	43	54
9	Jombang	5	9	14	17
10	Kediri	5	9	15	18
11	Kediri (Kota)	2	4	6	8
12	Lamongan	6	10	15	19
13	Lumajang	7	12	19	24
14	Madiun	3	5	8	10
15	Madiun (Kota)	1	2	3	3

16	Magetan	3	5	8	9
17	Malang	9	14	23	29
18	Malang (Kota)	6	10	17	21
19	Mojokerto	4	7	12	15
20	Mojokerto (Kota)	1	1	1	2
21	Nganjuk	3	5	8	10
22	Ngawi	2	4	6	8
23	Pacitan	1	2	3	4
24	Pamekasan	6	10	16	20
25	Pasuruan	7	12	19	23
26	Pasuruan (Kota)	1	2	3	3
27	Ponorogo	2	4	6	8
28	Probolinggo	7	11	18	22
29	Probolinggo (Kota)	2	4	6	7
30	Sampang	5	9	14	17
31	Sidoarjo`	8	13	21	26
32	Situbondo	4	7	10	13
33	Sumenep	8	14	22	27
34	Surabaya	20	34	54	68
35	Trenggalek	2	3	5	6
36	Tuban	5	8	14	17
37	Tulungagung	3	5	8	10
38	Batu (Ko)	1	2	3	4

Agar jumlah pasien TB MDR yang diobati dapat mencapai target yang telah ditetapkan, maka upaya penjarangan suspek dengan memeriksa biakan dan uji kepekaan pada seluruh pasien pengobatan ulang, pasien yang gagal konversi pada pengobatan TB dengan katagori 1 dan katagori 2 serta 25% pasien baru (dengan metoda yang sistematis untuk menentukan yang diperiksa).

Pada tahun 2016 diharapkan mekanisme pengiriman sampel sudah tertata dengan baik dari setiap kabupaten kota ke 2 RS Rujukan dan 10 RS Sub Rujukan dengan mekanisme sebagai berikut:

- a. Untuk kabupaten kota yang memiliki rumah sakit rujukan dan sub rujukan mekanisme yang digunakan adalah pasien datang ke rumah sakit rujukan/sub rujukan
- b. Kabupaten yang lain memakai mekanisme mengirimkan dahak ke RSUD dr. Soetomo Surabaya melalui fasyankes pengumpulan dahak di masing-masing kabupaten/kota

2. Laboratorium

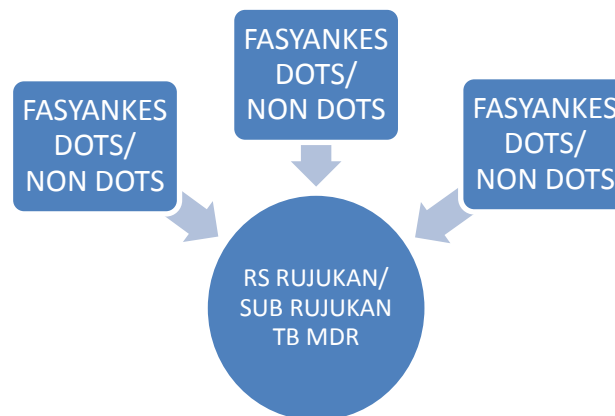
Laboratorium rujukan pemeriksaan resistensi *M.tuberculosis* adalah BBLK Surabaya. Laboratorium rujukan DST diharapkan ada 2, selain BBLK Surabaya dan didukung dengan 5 buah laboratorium biakan dan identifikasi di Malang, Madiun, Surabaya, Pamekasan dan Jember. Pada tahun 2016 diharapkan ada 12 genexpert yang dapat

dimanfaatkan. Genexpert tersebut ada di 2 RS Rujukan TB MDR dan 10 RS Sub Rujukan TB MDR.

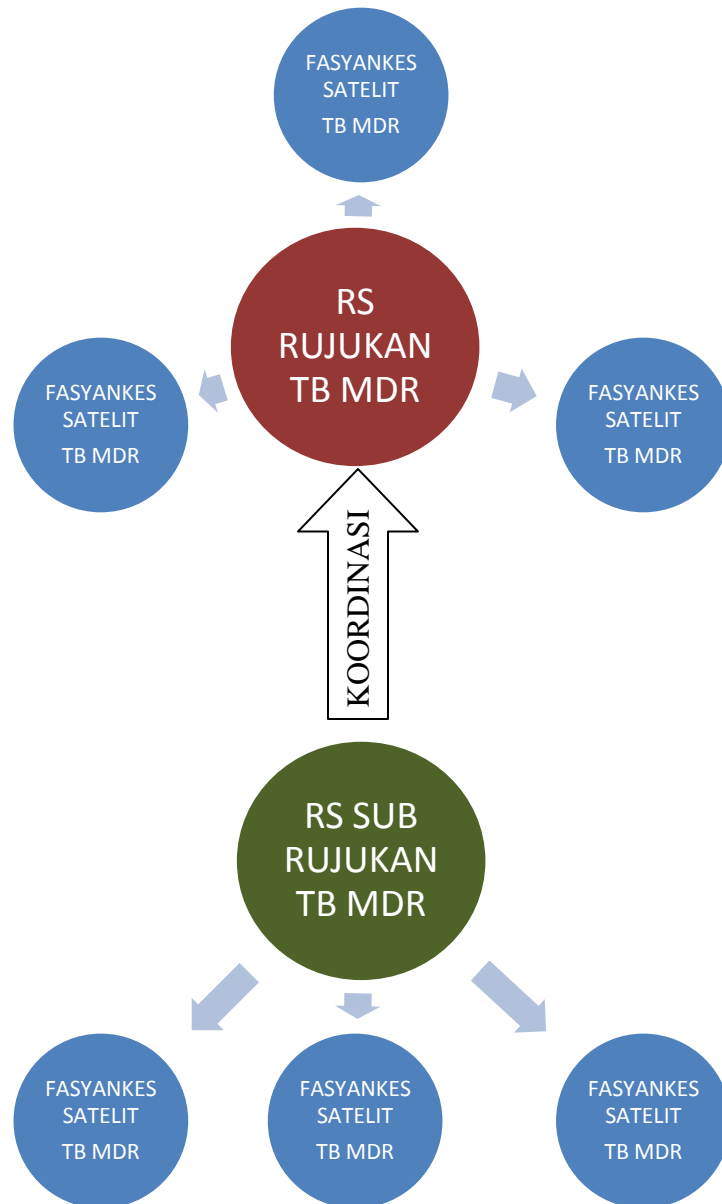
3. Fasyankes TB MDR

Fasyankes TB MDR yang diharapkan siap beroperasi dengan penerapan pengendalian infeksi TB yang baik, sampai tahun 2016 adalah sebagai berikut:

- a. RS Rujukan: ada 2, yaitu RSUD dr. Soetomo dan RSUD dr. Saiful Anwar Malang
- b. RS Sub Rujukan, ada 10 dengan penambahan sebagai berikut:
Tahun 2013: → 2 RS Sub Rujukan
Tahun 2014: → 3 RS Sub Rujukan
Tahun 2015: → 2 RS Sub Rujukan
Tahun 2016: → 3 RS Sub Rujukan
Total → 10 RS Sub Rujukan
- c. Fasyankes Satelit, diharapkan 50% fasyankes DOTS ditambah 2 lapis siap untuk menjadi fasyankes satelit dengan mekanisme *micro training*



Gambar 4. Jejaring Rujukan Suspek TB MDR



Gambar 5. Jejaring Pengobatan TB MDR

4. Pengobatan

Setiap pasien TB MDR perlu segera diobati dengan metode pengobatan sebagaimana buku Pedoman manajemen Terpadu Pengendalian TB Resistan Obat. Pengobatan dikelola oleh Tim Ahli Klinis RS Rujukan TB MDR. Pasien yang diobati di RS Sub Rujukan dan fasyankes satelit, tetap dikonsultasikan ke Tim Ahli Klinis RS Rujukan TB MDR. Pekerja sosial (*social worker*) membantu tim ahli klinis untuk memberikan dukungan kepada pasien yang mengalami kesulitan dalam pengobatan TB MDR. Pekerja sosial diharapkan ada di setiap fasyankes TB MDR (termasuk fasyankes satelit).

Pengobatan pasien TB MDR di Jawa Timur menggunakan skema 6/6 (6 hari per minggu minum obat dan suntik) untuk tahap awal dan 6 hari per minggu untuk tahap lanjutan. Pengobatan tahap lanjutan akan dibuat mekanisme DOT berbasis masyarakat (sebagai pilot) yang diharapkan ada di 2 kabupaten/kota di tahun 2014. Untuk itu perlu ada persiapan mengenai mekanisme DOT berbasis masyarakat.

Inisiasi pengobatan dalam satu tahun mendatang dapat dilaksanakan langsung di fasyankes satelit.

5. Dukungan untuk pasien

Dukungan Untuk pasien TB MDR meliputi:

- a. Dukungan dana bantuan transportasi
- b. Dukungan pemberian makanan tambahan
- c. Dukungan untuk kegiatan peningkatan keterampilan yang bernilai ekonomis

Dukungan diharapkan berasal dari pemerintah daerah melalui mekanisme bantuan sosial atau hibah untuk paguyuban pasien TB MDR serta peran serta mitra yang memiliki kepedulian terhadap pasien TB MDR. Besaran dana dukungan yang dibutuhkan ada dalam lampiran.

6. Supervisi

Supervisi dilakukan secara berjenjang oleh Dinas kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Jika diperlukan, supervisi dapat dilakukan dengan melibatkan Tim Ahli Klinis dan atau pengelola logistik TB MDR baik dari RS Rujukan/Sub Rujukan. Supervisi diharapkan terjadwal minimal 3 bulan sekali di setiap fasyankes TB MDR.

7. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi dilaksanakan melalui mekanisme kunjungan supervisi dan pertemuan monitoring evaluasi yang dilaksanakan di tingkat provinsi sebanyak minimal 2 kali setahun. Selain itu setiap 3 bulan sekali dilakukan evaluasi capaian indikator MTTRO di masing-masing kabupaten/kota. Hasil monitoring dan evaluasi diumpun-balikkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan fasyankes Rujukan dan Sub Rujukan.

8. Keterlibatan Mitra

Perlu ada upaya untuk menyebarluaskan informasi terkait kegiatan MTTRO ke organisasi sosial kemasyarakatan yang berpotensi untuk membantu kegiatan pengobatan pasien TB MDR. Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia (PPTI) Wilayah Jawa Timur, Aisyiyah dan NU yang sudah berkontribusi dalam pengendalian TB perlu diajak untuk terlibat dalam kegiatan MTTRO. Perlu dirintis adanya forum *Stop TB Partnership* (Kemitraan Stop TB) Jawa Timur yang dapat dijadikan wadah kemitraan untuk pengendalian TB, termasuk TB MDR. Tahun 2016 diharapkan minimal ada 2 mitra yang mempunyai kontribusi nyata dalam pengendalian TB MDR di tingkat Provinsi dan minimal ada 5 kabupaten/kota di tahun 2016 yang memiliki mitra yang terlibat dalam pengendalian TB MDR di tingkat kabupaten/kota.

9. Keterlibatan Masyarakat

Keterlibatan masyarakat sangat diperlukan dalam pengendalian TB MDR. Pada tahun 2016 diharapkan minimal ada 5 tempat yang memiliki kegiatan pengendalian TB MDR berbasis masyarakat, khususnya dalam hal Pengawasan Menelan Obat untuk pasien TB MDR

10. Pendanaan

Pendanaan kegiatan MTTRO didapatkan dari dana Pusat (APBN dan BLN) serta dana dari daerah (APBD Provinsi dan APBD Kabupaten/Kota) dan dana dari sumber lain yang sah. Kebutuhan dana untuk Jawa Timur diperkirakan sebesar Rp. 3-16 Milyar /tahun (rincian di lampiran)

MATRIKS RENCANA PENGEMBANGAN MANAJEMEN TERPADU PENGENDALIAN TB RESISTAN OBAT (2013-2016)

No	SUBYEK	TAHUN				KETERANGAN
		2013	2014	2015	2016	
1.	Jumlah Pasien TB MDR yang diperkirakan	235	391	626	782	
2.	Jumlah Suspek yang diperiksa dari yang memenuhi kriteria suspek	563	939	1.503	1.878	
3.	Jumlah Suspek yang diperiksa dari kasus baru	520	1.300	3.900	6.500	
4.	Jumlah Suspek dari ODHA-TB					
5.	Perkiraan kasus dengan efek samping berat	14	24	38	48	
6.	Pasien TB MDR yang diobati (80% dari kasus yang diperkirakan)	188	313	501	626	
7.	Rencana Jumlah Sub Rujukan	2	5	7	10	Kumulatif
8.	Perkiraan jumlah fasyankes satelit	131	219	351	438	Kumulatif
9.	Rencana Laboratorium Rujukan Biakan	1	2	3	5	Kumulatif
10.	Rencana kebutuhan Genexpert	2	3	2	3	Untuk RS Sub Rujukan
11.	Pertemuan Monitoring dan Evaluasi	2x	2x	2x	2x	
12.	Supervisi tingkat provinsi (Orang Hari)	160 OH	160 OH	160 OH	160 OH	
13.	Kebutuhan Masker N95 (untuk petugas di RS Rujukan, sub rujukan dan satelit)	4.160	8.840	11.960	16.640	Diperhitungkan setiap minggu ganti 2 kali
14.	Kebutuhan paket pengiriman dahak	542	1.120	2.702	4.189	Diperkirakan 50% suspek
15.	Reward mengikuti kursus internasional		3 kab	3 kab	3 kab	
16.	Kebutuhan dana	5,2 Milyar	7,8 Milyar	11,3 Milyar	15,7 Milyar	Perhitungan terlampir (tidak termasuk obat, alat dan BHP genexpert.)