



Diagnosis dan Tatalaksana Infeksi TB pada ODHA di Indonesia

Tabel 1. Regimen pengobatan profilaksis primer tuberkulosis

	Pilihan Pertama	Alternatif
Regimen pengobatan profilaksis primer tuberkulosis	INH 1x300 mg dan piridoksin 50 mg/hari selama 9 bulan; INH 900 mg dan piridoksin 100 mg dua kali seminggu selama 9 bulan	Rifampisin 1x450-600 mg dan pirazinamid 15-20 mg/hari selama 2 bulan
Sumber penularan sensitif INH	Rifampisin 1x450-600 mg dan pirazinamid 15-20 mg/hari selama 2 bulan	Rifampisin 1x450-600 mg selama 4 bulan (tidak ada pengalaman pada ODHA)
Sumber penularan resisten INH	Gunakan 2 obat yang diharapkan masih sensitif (etambutol/pirazinamid atau levofloksasin/pirazinamid)	Rifampisin 1x450-600 mg selama 4-6 bulan (tidak ada pengalaman pada ODHA)

dr. Michaela A. Limawan
dr. Riki Tenggara Sp.PD-KGEH

Fakultas Kedokteran
Unika Atma Jaya, Jakarta

Tuberkulosis (TB) merupakan infeksi oportunistik tersering pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Indonesia. ODHA mempunyai risiko lebih besar menderita TB dibandingkan non-ODHA. Risiko ODHA untuk menderita TB adalah 10% per tahun, sedangkan pada non-ODHA risiko menderita TB hanya 10%. Penelitian pada 331 pasien di Chiang Rai, Thailand Utara, menyatakan bahwa 36,3% penyebab utama ODHA adalah tuberkulosis. Kematian dengan tuberkulosis 36,9% diakibatkan oleh tuberkulosis paru dan sisanya tuberkulosis ekstra paru.

Tuberkulosis paru merupakan jenis yang paling sering dijumpai pada ODHA dan infeksi ini dapat muncul pada stadium HIV awal dengan CD4 >300 sel/μL. Infeksi TB diketahui akan mempercepat progresivitas infeksi HIV karena akan meningkatkan replikasi HIV.

Gejala TB paru adalah batuk kronik >3 minggu, demam, penurunan berat badan, napsu makan menurun, berkeringat saat malam hari, nyeri dada dan batuk darah. Mayoritas ODHA tidak menunjukkan gejala khas. Diagnosis TB paru ditegakkan berdasarkan pemeriksaan dahak SPS untuk mencari BTA dan foto toraks dengan gambaran paru klasik yakni kavitas di lobus atas dan gambaran paru yang atipik berupa infiltrat intersisial bilateral. Pada efusi pleura dilakukan pemeriksaan BTA melalui pungsi pleura.

Diagnosis definitif TB pada ODHA adalah dengan ditemukannya *M. tuberculosis* pada kultur jaringan.

Sedangkan diagnosis presumtif ditegakkan berdasarkan ditemukannya BTA pada spesimen dengan gejala sesuai TB atau perbaikan gejala setelah terapi kombinasi OAT (Obat Anti Tuberkulosis). Pada ODHA rejimen OAT dapat diberikan sama dengan individu non-ODHA, yakni dengan 2RHZE/4RH, disarankan pemberian fase lanjutan setiap hari oleh karena tingginya angka kegagalan dengan pemberian dua kali seminggu.

Pengobatan ARV lini pertama (TDF + 3TC + EFV) dimulai pada semua individu HIV dengan TB aktif yang belum pernah menggunakan ARV sebelumnya, berapapun jumlah CD4. Gunakan EFV pada pasien yang memulai terapi ARV selama dalam terapi TB. EFV merupakan pilihan utama dibandingkan NVP, karena penurunan kadar dalam darah akibat interaksi dengan rifampisin adalah lebih kecil dan efek hepatotoksik yang lebih ringan. Mulai terapi ARV sesegera mungkin setelah terapi TB dapat ditoleransi. Secepatnya 2 minggu dan tidak lebih dari 8 minggu.

Hal yang harus diperhatikan pada ODHA dengan TB adalah kemungkinan resistensi OAT. ODHA dilaporkan lebih sering mengalami resistensi terhadap OAT dibandingkan non-ODHA. Karena itu, sebaiknya dilakukan uji resistensi BTA pada ODHA dengan TB. Profilaksis primer diindikasikan pada ODHA dengan tes tuberkulin >5mm yang tidak pernah mendapat terapi OAT dan terdapat kontak dengan penderita TB. Terapi profilaksis perlu dilakukan seperti pada tabel 1. ^{ss}

1. CDC. <http://www.cdc.gov/hiv/basics/livingwithhiv/opportunisticinfections.html>
2. WHO. <http://www.who.int/hiv/pub/arv/en>
3. Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa. Kemenkes RI 2014



Mengobati Gejala-Gejala Influenza

