

HATIP 176: Kepatuhan dan penahanan pada perawatan HIV di rangkaian terbatas sumber daya

Oleh: Theo Smart, 11 April 2011

Titik kunci

- Kepatuhan dalam pengobatan dan penahanan dalam perawatan merupakan tantangan penting untuk semua program pengobatan HIV, terutama bila sumber daya terbatas.
- Penahanan dalam perawatan setelah satu tahun di banyak program pengobatan di Afrika sub-Sahara adalah 60%. Hal ini menunjukkan bahwa banyak pasien hilang dan banyak waktu dan dana yang terbuang dalam mempersiapkan pasien untuk pengobatan dan mengobati mereka selama beberapa bulan. Jauh lebih sedikit waktu dan dana ditanam dalam mencari pasien tersebut setelah mereka tidak kembali ke klinik.
- Lebih banyak perhatian harus diberikan untuk mencari pasien yang tidak kembali ke klinik, dan menemukan cara yang paling efektif-biaya untuk melakukannya.
- Saat ini sulit menetapkan suatu standar terbaik sebagai alat ukur kepatuhan, ada banyak alat dan masing-masing memiliki kelebihan dan kekurangan.
- Klinik yang dapat menyediakan lebih banyak waktu oleh petugas untuk melacak yang mangkir, dan keluar ke komunitas untuk melakukannya, mungkin memiliki tingkat mangkir yang lebih rendah.
- Semakin lama klinik tidak mencari pasien hilang, semakin mungkin pasien tersebut akan hilang secara tetap.
- Penahanan pasien yang belum memakai terapi antiretroviral (ART) adalah penting; pasien yang mangkir sebelum memenuhi persyaratan untuk pengobatan kemungkinan nanti terlanjur datang, dan hanya muncul ketika sakit berat.
- Penawaran profilaksis kotrimoksazol (kotri) dapat meningkatkan penahanan dalam perawatan bagi mereka yang belum memenuhi persyaratan untuk ART.
- Persyaratan akan konseling kesiapan ART mungkin berat, dan penelitian lebih lanjut diperlukan untuk menentukan apakah persyaratan ini bertanggung jawab atas hilangnya pasien.
- Melayani pasien berisiko tinggi terhadap penyakit berat terkait AIDS secara cepat harus menjadi prioritas.
- Di antara mereka yang sudah dalam pengobatan, orang dewasa yang lebih muda mungkin perlu perhatian khusus untuk mencegah kemangkiran.
- Kelompok dukungan dan hitungan pil dikaitkan dengan kepatuhan yang lebih baik dalam penelitian di Nigeria, tetapi mungkin yang membuat hitungan pil lebih efektif adalah rasa bertanggung jawab pasien kepada petugas kesehatan, daripada pengaruh pemantauan dosis yang dilewatkan.

Memastikan kepatuhan dan penahanan dalam perawatan yang baik terus menjadi dua tantangan terbesar yang dihadapi program pengobatan antiretroviral saat program ditingkatkan. Kepatuhan yang baik terhadap obat, terhadap kunjungan klinik dan terhadap kunjungan apotek semua penting dalam memastikan hasil terbaik bagi pasien.

Kepatuhan dan penahanan juga masalah penting untuk program pengobatan dari sisi pandang keefektifan biaya. Sebagaimana program berusaha untuk memaksimalkan dampak dari sumber daya yang terbatas, semakin jelas bahwa program dirugikan oleh kegagalan untuk memastikan kepatuhan yang baik dan kurangnya perhatian terhadap kemangkiran.

Pasien yang tidak patuh terhadap pengobatan lebih mungkin mengembangkan resistansi terhadap obat dan kemudian membutuhkan pengobatan lini kedua yang lebih mahal, atau akan jatuh sakit sebagai akibat dari kegagalan terapi dan membutuhkan perawatan rumah sakit. Pasien mangkir akan membutuhkan pelacakan, dan mungkin muncul kembali sebagai kasus rumah sakit karena pemberhentian pengobatan.

Pasien yang hilang dari perawatan sebelum memulai ART juga bisa muncul nanti, dengan membutuhkan perawatan rumah sakit, atau justru meninggal dunia sebelum mencapai klinik kembali.

Semua hasil ini menempatkan beban tambahan pada sistem kesehatan yang sudah kewalahan, serta membuktikan penderitaan individu yang seharusnya dapat dicegah.

Namun, menentukan bagaimana mencegah kerugian ini dengan cara yang paling efektif dan hemat biaya adalah sebuah tantangan bagi program pengobatan, dan pada Konferensi Retrovirus dan Infeksi Oportunistik (CROI) pada Maret 2011, para ahli dari program pengobatan di Afrika sub-Sahara melaporkan mengenai penelitian yang dirancang untuk mengenal tindakan yang mungkin paling berhasil dalam memastikan kepatuhan yang baik dan membatasi kemangkiran.

Wawasan dari diskusi bertema di CROI

“Untuk mendapatkan manfaat dari ART, pasien harus menerimanya, harus patuh – dan juga perlu dipertahankan dalam perawatan,” kata Dr. Jean Nachega, dari Johns Hopkins dan Stellenbosch University.¹ “Kelompok kami telah mampu menunjukkan bahwa kita perlu berinvestasi dalam belajar mengenai bagaimana memantau kepatuhan dan untuk meningkatkan kepatuhan, karena pada akhirnya kita akan menghemat uang untuk pembayar pajak. Orang yang kurang patuh membuang banyak biaya karena tingkat rawat inapnya tinggi.”

Dr. Nachega berbicara sebagai pemandu bersama pada sebuah diskusi bertema mengenai penahanan dan kepatuhan terhadap perawatan di CROI yang diselenggarakan di Boston AS, dari 27 Februari-2 Maret 2011. Dr. Nachega memberikan gambaran mengenai topik ini sebelum memperkenalkan delapan peneliti yang memberikan gambaran singkat dari karya terbaru mereka di lapangan, dengan diskusi panel yang dipandu oleh Dr. Wafaa El Sadr, dari Columbia University dan direktur Pusat Internasional untuk Program Perawatan dan Pengobatan AIDS (ICAP). Meskipun bukan peninjauan komprehensif, sesi itu menawarkan beberapa wawasan yang berguna, dan dapat dipandang sebagai webcast [di sini](#).

Peninjauan luas yang singkat tentang intervensi kepatuhan

Bukti dari efisiensi biaya tinggi akibat kepatuhan baik yang dimaksud Dr. Nachega berasal dari sebuah penelitian kohort baru-baru ini dengan lebih dari 6.800 pasien, yang dilakukan di Afrika Selatan. Penelitian ini menemukan bahwa, meskipun beberapa biaya seperti untuk obat lebih tinggi pada orang dengan kepatuhan yang sangat baik, biaya tersebut diimbangi lebih rendah dibandingkandengan biaya perawatan rumah sakit yang dikurangi secara dramatis sebagai akibat dari pengobatan terhadap penyakit HIV yang efektif secara maksimal.² Hal yang sama bisa tetap benar untuk banyak intervensi untuk meningkatkan kepatuhan dan penahanan dalam perawatan – dengan tampaknya biaya lebih tinggi pada awal, tetapi mungkin akhirnya menghemat uang.

Hal ini telah ditunjukkan untuk kebanyakan intervensi pemantauan kepatuhan, tetapi sebagaimana digambarkan oleh Dr. Nachega dengan tabel di halaman berikut, belum ada alat standar terbaik untuk memantau kepatuhan.

“Mereka semua memiliki kelebihan dan kekurangan,” katanya, tapi dia menyoroti dua. Satu melibatkan penelitian yang juga dilakukan oleh kelompoknya yang mampu menunjukkan bahwa pemantauan isi ulang di apotek secara ketat dapat lebih baik daripada pemantauan CD4 untuk mendeteksi terobosan viremia.³

Dia menganggap bahwa kemajuan besar yang lain di lapangan mungkin adalah alat pemantauan tepat waktu (*real time*).⁴ Beberapa alat ini menggabungkan teknologi telepon seluler dengan kotak pil elektronik, yang menyampaikan sinyal pada web server terpusat setiap kali kotak pil dibuka. Jika pasien lupa minum obat, server web mengirimkan SMS pada ponsel pasien tersebut. Sejumlah sistem ini telah diujicobakan baru-baru ini, seperti sistem dispenser Wisepill dalam sebuah penelitian kecil di Uganda atau Med-eMonitor System.^{5,6} Jika dapat ditingkatkan, “dan jika kita anggap harganya akan turun, kami dapat membuat kemajuan yang sangat besar,” kata Dr. Nachega.

Namun, jika ada, data kelihatannya menunjukkan bahwa kepatuhan terhadap ART di rangkaian terbatas sumber daya adalah sebanding jika tidak lebih baik daripada di Amerika Utara.⁷ Meskipun demikian, tantangan tetap ada, termasuk masalah rutin yang disebabkan oleh penggunaan alkohol atau zat adiktif, depresi, efek samping, beban pil/frekuensi dosis, ingatan, atau masa remaja. Selain itu, tantangan

struktural perlu ditangani, misalnya ongkos pasien yang terkait dengan transportasi ke klinik, kerawanan pangan, kehabisan stok dan substitusi, dan tentu saja, stigma.

Alat pemantau kepatuhan ART: Menemukan standar terbaik yang sukar ditangkap

Alat Pemantau Kepatuhan ART	Keabsahan	Deteksi Pola Kepatuhan (Penghentian vs. Dosis kadang dilupakan)	Tepat Waktu (Deteksi kepatuhan rendah sebelum kegagalan terapi secara virologi)	Kemungkinan Dikerjakan/ Diteruskan dalam praktek biasa	Efisiensi Biaya
Lapor Sendiri	Spesifik, sangat tidak sensitif	Ya	Tidak	Ya	Ya
Apotek atau Isi Ulang Resep	Spesifik, Agak Sensitif	Tidak	Dapat jadi	Ya	Ya
Hitungan Pil Diketahui Sebelumnya atau Tidak	Agak Spesifik, Agak Sensitif	Tidak	Tidak	Ya	Tidak
Tutup Kotak Pil Elektronik (MEMS)	Spesifik, Terlalu Sensitif	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Kotak Pil Dipantau Internet (Med-eMonitor, Wise Pill, dll.)	Spesifik, Terlalu Sensitif	Ya	Ya	Ya	Tidak diketahui
Terapi Langsung Diawasi atau Diberi (DOT/DAART)	Spesifik, Sensitif	Tidak berlaku	Ya	Dapat dikerjakan tetapi tidak dapat diteruskan	Tidak diketahui
Pemantauan Tingkat ARV (Darah, Air Seni, Rambut, dll.)	Spesifik, Sensitif	Ya	Ya	Tidak	Tidak

Dalam hal intervensi untuk meningkatkan kepatuhan, Dr. Nachega menyoroti dua pendekatan. Satu, terapi diawasi langsung (DOT) untuk ART, katanya tampaknya tidak berhasil baik di masyarakat umum, menurut sebuah tinjauan sistematis baru-baru ini berdasarkan bukti mutu tinggi dari penelitian terkontrol secara acak, meskipun pendekatan ini masih mungkin berguna dalam kelompok khusus.⁸

“Tapi data yang paling menarik adalah tentang penggunaan ponsel di rangkaian terbatas sumber daya. Ponsel ini sangat populer, bahkan nenek memiliki ponsel sendiri! Kami sekarang memiliki penelitian terkontrol secara acak menyoroti bahwa pendekatan semacam ini mungkin berguna, sehingga kita butuhkan sekarang untuk memikirkan bagaimana untuk menerapkannya secara luas,” kata Dr. Nachega.^{9,10}

Masalah utama lainnya dihadapi oleh sesi adalah bagaimana mempertahankan orang dalam perawatan, seperti disoroti oleh peninjauan sistematis oleh Rosen dkk. yang menemukan bahwa penahanan setelah dua tahun di sebagian besar program Afrika hanya sekitar 60%.¹¹ Kemangkiran adalah penyebab kehilangan yang paling umum, diikuti dengan kematian.

Dr. Nachega menunjukkan bahwa salah satu pembicara dalam sesi, Dr. Elvin Geng (lihat di bawah) telah menerbitkan karya mengenai pentingnya menilai penahanan hidup secara benar antara kehilangan – karena tidak dilakukan dapat membuat sulit untuk mengidentifikasi secara benar faktor risiko kematian yang dapat diubah pada program ART. Tanpa informasi yang benar, tanggapan program bisa gagal. Sementara pelacakan semua kemangkiran bisa sulit, makalah ini menyarankan bahwa pendekatan berbasis sampling untuk menentukan kemangkiran bisa menjadi cara yang layak dan berpotensi ditingkatkan untuk melacak dan memastikan penyebab kemangkiran.¹²

Berhubungan dengan strategi untuk meningkatkan penahanan dalam perawatan, Dr. Nachega mengutip sebuah makalah baru dari Profesor Anthony Harries.¹³

“Kita perlu mencoba untuk membuat dan meneruskan sistem pemantauan yang sederhana dan standar,” kata Dr. Nachega. Sistem ini harus mencatat jumlah pasien yang mulai ART (setiap bulan atau triwulan) dan menghindari kelebihan beban data. “Kita perlu mengurangi biaya pasien yang tidak langsung – semua

hambatan struktural seperti transportasi ke klinik, mungkin melalui memberikan uang transpor, atau dengan memberikan perawatan berbasis rumah seperti pada percobaan dari Jinja, Uganda,” katanya.¹⁴

“Jelas, kita perlu berupaya untuk mencegah kehabisan obat,” katanya. Makalah Prof. Harries menekankan pelajaran yang dipetik dari program TB, untuk menjamin pasokan obat tidak terganggu dengan mengaktifkan peramalan obat, mengamankan pasokan obat-obatan dan mengutamakan beberapa rejimen yang baku. Terkait dengan ART, rejimen harus sesederhana dan tidak beracun mungkin sehingga mudah diberikan, dan dapat diberikan oleh staf paramedis. Pengobatan tentunya harus disediakan secara gratis.

“Yang paling penting kita harus mendesentralisasikan klinik ART dan mengurangi frekuensi kunjungan,” kata Dr. Nachega. Dengan kata lain, perawatan ART harus bergerak di luar fasilitas khusus mencapai rumah sakit pedesaan dan pusat kesehatan, dengan tugas penanganan pasien sebanyak mungkin dialihkan ke perawat dan staf paramedis.

Sebelum memperkenalkan pembicara sesi, Dr. Nachega menekankan bahwa ancaman terbesar bagi penahanan Odha dalam perawatan mungkin merupakan krisis keuangan internasional.

“Beberapa donor menghentikan program pendanaan di Afrika, sehingga pasien yang memenuhi persyaratan tidak mungkin memulai ART,” katanya. “Kita perlu terus melakukan advokasi untuk memastikan bahwa donor utama, termasuk PEPFAR, mempertahankan dana mereka.”

Setelah Dr. Nachega berbicara, sejumlah pembicara mengikutinya. Perlu dicatat, tidak semua temuan mereka konsisten satu sama lain atau dengan data yang diterbitkan. Namun, seperti Dr. El Sadr mencatat, setiap program dapat memiliki pendekatan sendiri terhadap pemantauan atau intervensi – dan ke depan, akan sangat penting untuk menandai kegiatan agar mengenal unsur yang mengarah ke keberhasilannya atau kegagalannya.

Tidak semua pemangkir adalah hilang

“Kehilangan dari pemantauan adalah umum di antara program ART tetapi tidak didefinisikan secara konsisten,” kata Dr. Aima Ahonkhai dari Massachusetts General Hospital di Boston AS, yang mengajukan hasil penelitian kohort besar secara retrospektif terhadap orang dewasa yang memulai ART di Program Pengobatan HIV Konferensi Uskup Katolik dan Catholic Relief Services di Afrika Selatan antara 2004 dan 2008.¹⁵

Tujuan penelitian tersebut adalah untuk menilai hasil antara berbagai subkelompok yang sering diartikan sebagai mangkir, untuk menentukan faktor risiko yang berhubungan dengan hasil ini, dan untuk menilai kecenderungan dalam hasil ini dari waktu ke waktu. Analisis ini melibatkan 11.397 pasien, dengan median tindak lanjut 2,4 tahun. Pada akhir penelitian, 63% tetap dalam perawatan – namun, tidak semua benar-benar hilang. Beberapa jelas begitu; misalnya, 9% pasien meninggal dalam tujuh bulan pertama memakai ART, sementara 17% hilang dan tidak hadir pada semua janji pemantauan berkala pada tahun pertama penggunaan ART. Namun sisa 11% pasien hanya berhenti sementara. Mereka melewatkan semua janji ke klinik dalam tujuh bulan pertama pada ART tetapi kembali ke klinik sebelum tahun berakhir dan melanjutkan pengobatannya.

“Pasien yang berhenti sementara ini memperoleh hasil klinis yang sangat baik; setelah kembali ke klinik jumlah CD4 rata-rata meningkat menjadi 257 dan 84% mendapatkan viral load kurang dari 400,” katanya. Di sisi lain, pasien yang menderita kematian dini adalah yang paling sakit di awal, dengan jumlah CD4 rata-rata 48.

Dibandingkan dengan pasien yang tetap ditahankan dalam perawatan, jenis kelamin laki-laki memprediksikan semua hasil lain, tapi tidak ada faktor risiko lain pada awal atau faktor pasien yang memprediksi atau membedakan antara perawatan yang dihenti sementara dan kehilangan dari pemantauan.

Berbeda dengan beberapa program lain yang ditingkatkan, Dr. Ahonkhai mengatakan bahwa kemangkir semakin menurun. Tetapi dia menyimpulkan bahwa “karena faktor risiko pada awal tidak membedakan antara perawatan terputus dari kemangkir, lebih banyak sumber daya harus ditanam di sistem informasi kesehatan.”

Ciri-ciri program yang mempengaruhi penahanan dalam perawatan

Faktor seperti memiliki staf yang dikhususkan dan kendaraan untuk menindaklanjuti pasien, serta jangka waktu untuk melacak pasien mungkin memiliki dampak yang dramatis terhadap penahanan dalam perawatan HIV, berdasarkan analisis data program yang disampaikan oleh Dr. Paula Braitstein, dari Indiana University School of Medicine dan kemitraan USAID-AMPATH di Eldoret, Kenya.¹⁶

Analisis ini berdasarkan data dari Pangkalan Data Internasional Epidemiologi untuk Menilai AIDS (IeDEA), sebuah konsorsium multiwilayah termasuk 29 klinik ART di Afrika Timur – Uganda, Tanzania dan Kenya. Data tingkat program untuk analisis ini diambil dari dua putaran penilaian pusat pada 2007 dan kemudian dari laporan sendiri oleh klinik pada 2009. Termasuk dalam analisis ini adalah semua individu yang berusia minimal 18 tahun dan memakai ART pada kunjungan terakhir mereka.

Hasil primer adalah kemangkiran, yang didefinisikan sebagai tidak hadir pada klinik selama minimal enam bulan. Model tahan hidup Weibull dipakai untuk model waktu sampai mangkir. Model terpisah dipakai untuk setiap variabel jangkauan yang ditinjau: “pada dasarnya,” katanya, “yang melakukan penjangkauan tersebut; bagaimana dilakukan, dan kapan dilakukan?” Sebuah efek acak dimasukkan dalam model untuk menjelaskan hubungan antara pasien dari pusat yang sama, dan model disesuaikan untuk usia, jenis kelamin, jumlah CD4 serta stadium WHO pasien waktu mulai ART.

Analisis ini melibatkan 43.175 pasien, 61% perempuan, dengan usia rata-rata 38,4 tahun. Kejadian kemangkiran adalah 16,5 per 100 orang tahun, tetapi sangat beraneka ragam dari pusat ke pusat (dari 1 sampai 79,5 per 100 orang-tahun).

Analisis memandang tiga ciri program, yang Dr. Braitstein mengatakan “membawanya ke penyebab yang umum terendah sehingga ada cukup kebersamaan dalam kelompok untuk melakukan analisis dengan benar.”

1. Apakah klinik tersebut memiliki staf untuk menindaklanjuti, atau apakah mereka juga tidak memiliki staf atau hanya memakai telepon untuk tindak lanjut (klinik dengan dua ciri yang terakhir ini hampir mirip)? Hanya memakai telepon atau tidak memiliki staf yang dikhususkan dikaitkan dengan peningkatan risiko pasien akan mangkir lebih dari tiga kali lipat (rasio hazard yang disesuaikan (aHR) 3,36, 95% CI 1,72-6,57) dibandingkan dengan klinik yang mengkhususkan staf untuk melakukan penjangkauan ($p = 0,001$).
2. Apakah klinik hanya memakai transpor umum, sepeda atau jalan kaki untuk melakukan tindak lanjut, atau mereka juga memiliki akses terhadap kendaraan untuk tindak lanjut? Dibandingkan dengan klinik yang memakai segala cara yang ada untuk penjangkauan – yang mencakup penggunaan kendaraan pribadi, klinik yang hanya memakai transpor umum, sepeda atau jalan kaki mengalami peningkatan risiko pasien mangkir tiga kali lipat (3,12 aHR, (95% CI 1,41-6,88) $p = 0,009$).
3. “Dan dibandingkan dengan mencari pasien dalam waktu 30 hari, klinik yang menunggu lebih dari 30 hari sebelum mencari pasien lebih mungkin untuk memiliki pasien yang mangkir,” kata Dr. Braitstein, (aHR 2,32 (95% CI 1,26-4,24), $p = 0,011$)

“Sangat beraneka ragam antara semua klinik yang berbeda dengan apa yang mereka lakukan,” katanya. “Jadi misalnya pada AMPATH di Kenya Barat tempat saya bekerja, ada algoritme keseluruhan: Jika Anda baru mulai ART, dan lupakan satu kunjungan, seseorang mencoba untuk menemukan Anda dalam waktu 24 jam. Jika Anda stabil pada ARV mereka menunggu seminggu. Jika Anda seorang anak pengguna ARV, waktunya adalah 24 jam. Beberapa klinik menunggu sampai orang hilang [> 6 bulan], sebelum mereka benar-benar mencarinya.”

Namun, Dr. David Moore dari Vancouver menunjukkan bahwa semua ciri program yang tampaknya berpengaruh membutuhkan biaya yang lebih tinggi.

“Jadi, tampaknya ada kecenderungan umum bahwa program yang lebih didanai benar-benar lebih berprestasi. Jadi apakah mungkin untuk benar-benar membedakan ciri-ciri khusus dari program yang lebih didanai dari efek keseluruhan pendanaan yang lebih baik untuk program individu?” tanyanya.

Dr. Braitstein mengakui bahwa pertanyaan ini membutuhkan pemeriksaan yang lebih dalam, tetapi melanjutkan: “Meskipun beberapa hal membutuhkan biaya yang lebih tinggi, dibandingkan dengan kerugian dari kehilangan semua pasien yang telah ditanam begitu banyak, mungkin ada manfaat untuk

mengupahkan petugas kesehatan atau pekerja penjangkauan komunitas, berpikir dalam hal prioritas dan bagaimana untuk menyeimbangkan.”

Dia menyarankan bahwa program perlu memperhatikan efektivitas-biaya dari penyediaan profilaksis kotri atau bantuan pangan terkait kemampuan program untuk mempertahankan orang dalam perawatan.

Penahanan pasien yang belum mulai ART

Apakah persyaratan kesiapan ART menyebabkan angka kemangkiran yang tinggi di antara orang yang memenuhi persyaratan untuk ART tetapi belum mulai?

Pasien dengan jumlah CD4 kurang dari 250 harus segera mulai ART tetapi hambatan struktural, perilaku dan psikososial dapat menimbulkan hambatan untuk mulai ART. Kemangkiran (yaitu, hasil tidak diketahui) pada tahap ini adalah tinggi dan mencegah pengawasan hasil pasien secara lengkap, menurut Dr. Elvin Geng dari University of California, San Francisco.¹⁷ Seperti telah dicatat, Dr. Geng telah menerbitkan mengenai penggunaan sampling untuk mencoba memastikan apa yang terjadi dengan pasien yang mangkir, dan sekarang sudah memperluas karyanya dengan penelitian yang menyelidiki penyebab mangkir di antara orang yang memenuhi persyaratan untuk ART tetapi karena berbagai alasan, tidak mulai.

“Kami memakai pendekatan berbasis sampling yang mengisi hasil melalui pelacakan sampel acak pasien yang mangkir untuk menilai permulaan ART di klinik yang khas, volume tinggi, semiperdesaan yang ditingkatkan di Uganda barat daya yang umumnya melakukan dua atau tiga sesi konseling dan mengharuskan disediakan pendukung pengobatan untuk memulai ART,” katanya.

Dalam studi tersebut, selama tiga tahun 2.369 pasien yang memenuhi persyaratan untuk ART mengunjungi klinik. Tetapi setelah satu tahun, 21% menjadi hilang sebelum mulai ART – didefinisikan sebagai terlambat setidaknya 60 hari pada kunjungan kembali. Dalam sebuah sampel acak dari pasien hilang, dengan hasil dari 82% dipastikan, angka kematian setelah satu tahun mencapai 31%.

Setelah menggabungkan hasil di antara pasien hilang ke dalam seluruh populasi klinik yang memenuhi persyaratan untuk ART, Dr. Geng dan rekan mengamati bahwa selama 90 hari pertama, bagian yang mulai ART meningkat secara cepat. Tetapi kemudian setelah satu tahun, hanya 69% pasien telah mulai, 16% sedang menunggu dalam perawatan/untuk ART, tapi terus mengunjungi klinik – kebanyakan di klinik yang bukan klinik asli; 7% benar-benar terlepas dari perawatan, yang berarti tidak ada kunjungan ke klinik sama sekali, dan 9% pasien telah meninggal sebelum mulai ART.

“Pertanyaan berikutnya benar-benar adalah: mengapa?” kata Dr. Geng. “Persyaratan untuk konseling kepatuhan merupakan aspek penting dari perawatan dan sangat luas tapi mungkin peranannya dalam waktu sampai mulai ART harus dinilai lebih lanjut.”

“Jangan salah, saya berpikir bahwa konseling memiliki efek sebab-akibat yang luar biasa hasil pasien setelah mulai ART. Tetapi saya pikir kita harus bertanya pada diri sendiri – apakah kita juga perlu menilai macam seleksi apa yang terjadi pada saat itu, dan apakah cara seleksi itu menghalangi cukup banyak pasien dari mulai ART?”

Persyaratan untuk konseling kepatuhan termasuk kebutuhan untuk mengulangi kunjungan klinik untuk konseling – yang Dr. Geng mengatakan dalam protokol klinik berarti antara dua sampai empat kali kunjungan sebelum mulai ART – serta pasien harus menetapkan pendukung pengobatan (yang mungkin juga perlu dilatih). Penyebab potensial lain untuk tidak mulai dapat mencakup jarak ke klinik dan waktu libur tugas kerja atau keluarga yang dibutuhkan untuk membuat kunjungan ini.

“Jika pengamatan ini benar di tempat lain, dalam peningkatan program sampai saat ini, mungkin ada lebih dari satu juta pasien yang memenuhi persyaratan untuk ART yang telah sampai perawatan tetapi tidak mulai ART secara tepat waktu. Oleh karena itu, strategi untuk terlibat pasien yang memenuhi persyaratan untuk ART merupakan prioritas kesehatan masyarakat,” pungkasnya.

Beberapa pembicara mencatat selama bagian diskusi ini bahwa yang sangat mengangkat perhatian adalah pasien yang meninggal sebelum mereka dapat dimulai dengan pengobatan – sehingga mungkin lebih baik memasukkan pasien yang paling sakit pada jalur cepat.

Dr. Ahonkhai mengatakan bahwa sementara dia setuju tentang pentingnya persiapan, pendidikan dan konseling pra-ART, “Saya pikir dalam kohort kami, kami menemukan bahwa median waktu untuk mulai ART adalah 30 hari dalam program multipusat yang sangat besar di Afrika Selatan – dan Pedoman Nasional Afrika Selatan sekarang mengusulkan dimasukkan pada jalur cepat. Menjalurcepatkan, terutama untuk pasien yang datang dengan penyakit yang paling lanjut, merupakan serapan program penting yang dapat [diterapkan].”

Dr. El Sadr mengatakan bahwa kesadaran harus ditingkatkan di kalangan staf klinik tentang desakan agar kelompok ini pasien mulai pengobatan, “Mungkin dengan mengembangkan sesuatu seperti jam [atau alat pengatur waktu]. Jam mulai berdetak ketika orang diketahui memenuhi persyaratan sehingga ada kesadaran bahwa jam terus berdetak [antara] staf klinik dan mereka berusaha untuk memenuhi batas waktu,” saran dia.

“Ada yang mungkin menunda karena mereka tidak mampu bepergian ke tempat penyedia ART,” kata Dr. Geng. “Terakhir kita perlu menghapus stigma – untuk melawan stigma – agar benar-benar memastikan bahwa stigma tidak ada karena stigma meningkatkan hambatan terhadap akses ke ART. Pasien tidak mau maju karena takut diketahui oleh masyarakat bahwa mereka HIV-positif.”

Dapatkah menyediakan terapi pencegahan mempertahankan Odha yang belum memakai ART dalam perawatan?

“Saya rasa kita semua menyadari bahwa sebagian besar data mengenai penahanan dan kepatuhan telah benar-benar terfokus pada pasien yang telah mulai ART. Sampai baru-baru ini kelompok yang dalam perawatan, atau pra-ART, belum diberikan perhatian yang cukup. Jadi kelompok macam itu penting disoroti, untuk mencoba menemukan strategi untuk mempertahankan individu ini dalam perawatan sehingga mereka dapat mulai ART secara tepat waktu,” kata Dr. El-Sadr.

Salah satu masalah dasar tentang penahanan pasien dalam perawatan sebelum mulai ART adalah menciptakan insentif agar mereka tetap terlibat dalam perawatan. Justru, mengapa pasien harus menyerah waktu dan uang, dan berjalan jauh ke klinik jika tidak ada manfaat kesehatan yang jelas dan dia merasa sehat?

“Kotri gratis meningkatkan secara bermakna penahanan antara klien yang belum memenuhi persyaratan untuk ART di Kenya,” kata Dr. Pamela Kohler dari University of Washington, Seattle AS, saat melaporkan mengenai analisis data dari program perawatan di Nairobi.¹⁸ Tujuan penelitian ini adalah untuk menilai apakah perubahan pada program – yang menawarkan profilaksis kotri gratis pada semua klien, terlepas dari jumlah CD4 – dikaitkan dengan peningkatan penahanan dalam perawatan antara klien yang belum memenuhi persyaratan untuk ART.

Analisis ini melibatkan 1.024 klien yang belum memenuhi persyaratan untuk ART yang terdaftar dalam program ini antara 2005 dan 2007. Pada saat itu, tidak memenuhi persyaratan untuk ART didefinisikan sebagai memiliki jumlah CD4 di atas 250, dan penyakit WHO stadium satu atau dua. Penahanan dalam perawatan setelah satu tahun di antara yang didaftarkan dibandingkan sebelum ($n = 610$) dan setelah ($n = 414$) ditawarkan profilaksis kotri gratis. Tidak ada perbedaan yang bermakna dalam usia, jenis kelamin, status TB, BMI atau jumlah CD4 yang dikaitkan dengan waktu akses ke perawatan. Namun mereka yang mangkir secara bermakna lebih muda dan memiliki BMI lebih rendah daripada mereka yang tetap dalam perawatan.

Analisis ini menemukan bahwa mereka yang didaftarkan setelah penawaran kotri gratis mulai memiliki tingkat penahanan yang lebih tinggi secara bermakna (84% banding 63%), $p < 0.001$, dengan rasio hazard (d disesuaikan dengan usia, jenis kelamin dan jumlah CD4) 2,64 (95% CI 1,95-3,57, $p < 0,001$).

Dengan kata lain, mereka yang didaftarkan sebelum pelaksanaan kotri gratis lebih dari dua setengah kali lebih mungkin akan mangkir.

Namun dari sisi lain, analisis yang mengamati penahanan pada jangka waktu yang sama di antara mereka yang diobati dengan ART tidak menemukan perbedaan pada jangka waktu yang sama (89% dan 88% tetap dalam perawatan), yang memberi kesan bahwa perubahan secara keseluruhan program dari waktu ke waktu tidak bertanggung jawab atas perbedaan dilihat hanya pada klien yang tidak memenuhi persyaratan untuk ART.

“Meskipun tidak jelas dari data tersebut, mekanisme yang mungkin untuk efek ini adalah penurunan morbiditas, persepsi pengobatan, biaya perawatan yang lebih rendah atau mungkin pembentukan kebiasaan mencari perawatan,” kata Dr. Kohler. “Implikasi analisis ini adalah bahwa yang hari ini tidak memenuhi persyaratan untuk ART dan mangkir cukup mungkin terlambat datang untuk pengobatan besok, dan bahwa kehilangan klien ini memberi kesempatan yang hilang untuk mulai ART secara tepat waktu dan untuk memberi pesan [untuk mendesak martabat kesehatan dan pencegahan positif].”

Pendekatan ini mungkin berhasil untuk tindakan perawatan pencegahan lain, seperti terapi profilaksis isoniazid (IPT) untuk mencegah TB, dan lebih umum, dampak profilaksis pra-ART pada penahanan dalam perawatan perlu dinilai dalam berbagai rangkaian. Meskipun penyerapan kotri adalah baik di beberapa negara di antara pasien yang sudah memakai ART atau mereka pada terapi TB, intervensi ini terus kurang dipakai antara mereka tidak memenuhi persyaratan untuk ART, meskipun usulan WHO.

Layanan yang lebih luas mungkin diperlukan untuk mempertahankan dalam perawatan orang dewasa muda pada ART

Penahanan dalam perawatan yang lebih buruk secara bermakna diamati pada orang dewasa muda pada ART di Tanzania, menurut sebuah penelitian retrospektif yang disampaikan oleh Dr. Geoffrey Somi dari Program Penanggulangan AIDS Nasional Tanzania.¹⁹

Penelitian ini dilakukan untuk menilai penahanan dan tanggapan klinis antara pasien yang terdaftar dalam program ART nasional, melalui hitungan data dasar klinik tentang kunjungan enam-bulanan. Ini memanfaatkan rancangan kohort retrospektif dengan sampling multistage secara acak untuk membentuk sampel yang mewakili keadaan nasional dari 11 wilayah, 32 distrik, 43 fasilitas, termasuk sejumlah 2.781 pasien berusia 15 tahun ke atas, dan yang memulai ART antara 2004 dan Agustus 2007.

Faktor yang terkait dengan penyakit HIV lanjut pada awal dan kehilangan pada 12 bulan

Penyakit HIV lanjut pada awal	AOR	95% CI	nilai-p
Usia di bawah 30 tahun	1,63	1,35-1,97	<0,00001
Jenis kelamin – Laki-laki	1,39	1,16-1,69	0,0004
Pusat – Perdesaan	1,72	1,13-2,63	0,01
Kehilangan pada 12 bulan			
Usia di bawah 30 tahun	1,64	1,25-2,17	0,0003
Jenis kelamin – Laki-laki	1,7	1,32-2,18	<0,0001
Penyakit HIV lanjut pada awal	1,61	1,15-2,27	0,005

Penelitian ini menemukan ada hasil klinis yang baik bagi mereka dipertahankan dalam perawatan pada 12 bulan dalam hal peningkatan jumlah CD4 dan berat badan. Terkait penahanan dalam perawatan, pada 12 bulan 63% masih hidup memakai ART, 8% dilaporkan sudah meninggal 4% masih hidup, status ART tidak diketahui, 25% kehilangan dengan alasan yang tidak diketahui. Penahanan dan hasil klinis tidak berbeda secara bermakna menurut tanggal mulai ART di masa penelitian.

Namun, penahanan lebih buruk secara bermakna pada orang dengan jumlah sel CD4 di bawah 50 pada awal, laki-laki dan yang berusia di bawah 30 tahun.

“Kami menyimpulkan bahwa penahanan dan tanggapan yang baik dipertahankan sebagai jumlah klien meningkat sebesar lebih dari 1.600%, dan jumlah pusat naik dari 11 menjadi 605. Dewasa muda menunjukkan penahanan lebih rendah dibandingkan klien yang lebih tua, dan usia dewasa muda dikaitkan dengan penyakit HIV lanjut pada awal, yang memberi kesan bahwa orang dewasa muda terlanjur mencari perawatan,” kata Dr. Somi. “Penyebab kehilangan perlu diidentifikasi dan ditangani – orang dewasa muda tampaknya yang terutama harus diperhatikan.”

Dukungan kepatuhan

Manfaat konselor sebaya dan perawatan dasar-perawat untuk mendorong kepatuhan terhadap ART

Pendekatan pengalihan tugas yang memakai konselor sebaya dan perawatan dasar-perawat mungkin sama efektif untuk mendukung kepatuhan dibandingkan model klinik baku, menurut Dr. Flavia Matovu, dari Penelitian Kerja Sama Rumah Sakit Mulago-Johns Hopkins di Kampala, Uganda.²⁰

“Berdasarkan kebutuhan mendesak untuk program biaya yang lebih rendah bertujuan untuk mencapai dan mempertahankan tingkat kepatuhan terhadap ART yang lebih tinggi, kami melakukan uji coba intervensi *non-inferiority* secara acak untuk menilai efektivitas konselor sebaya dan perawat dalam mencapai/mendukung kepatuhan terhadap ART di antara pasien Uganda yang menghadiri klinik PMTCT di rumah sakit rujukan nasional negara itu,” katanya.

Delapan puluh lima peserta diacak untuk menerima salah satu dari dua model intervensi HIV: model dasar-klinik baku atau intervensi pengalihan tugas.

Model dasar-klinik baku mendorong kepatuhan melalui konseling rutin oleh seorang konselor berijazah, dengan perawatan yang diberikan oleh petugas medis di setiap kunjungan. Intervensi ini termasuk tenggang waktu yang lebih pendek antara kunjungan, dan semua peserta mulai ART yang disediakan melalui program PEPFAR disampaikan oleh dokter rumah sakit.

Model intervensi menilai dampak dari konselor sebaya, dan efek kunjungan rumah digabung dengan penekanan lebih besar pada perawat waktu kunjungan rutin, dan juga menilai tenggang waktu yang lebih lama antara kunjungan klinik.

Hasil primer adalah penekanan virologi di bawah 400. Hasil sekunder termasuk perubahan dalam jumlah CD4 dari awal, perubahan pada berat badan dan kepatuhan terhadap pil.

“Tingkat kepatuhan yang tinggi ditahan pada kedua model setelah disesuaikan untuk viral load pada awal,” kata Dr. Matovu. Pengalihan tugas memiliki hasil yang sama dan tidak pasti kalah dengan model baku yang memakai dokter dan konselor. Pada dasar, tidak ada perbedaan yang bermakna dalam viral load, jumlah CD4, kepatuhan terhadap pil, atau perubahan berat badan selama enam sampai 12 bulan masa tindak lanjut.

“Data ini memberi kesan bahwa kepatuhan terhadap ART dapat didukung secara efektif dengan memakai perawat dan konselor sebaya untuk kunjungan perawatan lanjutan – pendekatan pengalihan tugas yang dapat membantu memberikan pengobatan yang menyelamatkan nyawa yang efektif untuk lebih banyak orang terinfeksi HIV di rangkaian terbatas sumber daya,” dia menyimpulkan.

Kepatuhan lebih baik pada perempuan yang mulai ART sebelum hamil?

“Keprihatinan telah diangkat dalam literatur mengenai dampak kehamilan pada kepatuhan terhadap ART yang sedang berlangsung,” kata Dr. Rory Leisegang dari University of Cape Town, Afrika Selatan.

“Penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa kepatuhan menurun setelah melahirkan, dan bahwa kemangkiran meningkat pada pasien yang sudah memulai ART yang sedang berlangsung saat hamil.”

Untuk lebih memahami dampak kehamilan pada kepatuhan, dilakukan analisis kohort retrospektif terhadap perempuan pengguna ART yang berlangsung di program ART perawatan dikelola di sektor swasta di Afrika Selatan. Kelompok kontrol meliputi: 1) 4.549 perempuan pengguna ART yang tidak pernah hamil, 2) 293 perempuan yang memulai ART setelah mengetahui dirinya hamil (hamil prevalent) dan (3) 128 yang menjadi hamil setelah mulai ART (hamil insiden).

Ada dua hasil kunci: kepatuhan terhadap ART, dari data isi ulang bulanan, dan pemberhentian ART berkelanjutan, yang didefinisikan sebagai tidak mengisi ulang resep bulanan selama lebih dari 60 hari.

“Para perempuan itu terdaftar dalam program sektor swasta dan mereka menerima perawatan melalui dokter umum. Jadi mereka melalui proses yang sama seperti orang lain akan melalui selama kehamilan – tidak ada perawatan khusus, tidak ada program khusus lain selain memakai dokter umum dengan layanan rumah sakit di daerah tersebut,” kata Dr. Leisegang.

Temuan utama dari penelitian ini adalah bahwa median kepatuhan lebih tinggi pada yang tidak pernah hamil, dibandingkan dengan kelompok hamil prevalent: 79% vs 54% ($p < 0,001$). Waktu sampai mangkir memang lebih lama pada orang yang mulai ARV selama hamil, dengan rasio hazard yang disesuaikan 1,78 (95% CI 1,44-2,19). Namun, dalam kelompok tidak pernah hamil banding kelompok hamil insiden, kepatuhan yang lebih tinggi (dengan regresi logistik) dikaitkan dengan waktu lebih pendek memakai ART (dengan kata lain, pada tahap awal ART), dan dengan usia yang lebih tua – juga pada pasien insiden, selama kehamilan dan selama enam bulan pasca-kelahiran.²¹

Salah satu hadirin bertanya apakah ada perubahan selama kehamilan – apakah mungkin mual dan muntah selama triwulan pertama mungkin dikaitkan dengan kepatuhan buruk, tetapi penelitian belum mampu menunjukkan efek macam itu. Tetapi kebingungan lain adalah mengapa kepatuhan meningkat pada kelompok hamil insiden tetapi tidak pada kelompok hamil prevalent.

“Saya pikir kita harus menganggap mereka sebagai dua kelompok yang berbeda. Perempuan diskriminasi waktu mereka hamil, dan sering kali mereka mulai ART karena seseorang telah mendesak mereka [segera] mulai ART,” kata Dr. Leisegang.

“Kami tidak akan selalu memasukkan orang dengan jumlah CD4 yang lebih tinggi ke program kecuali kita dapat meningkatkan mengapa orang tidak memakai ART-nya waktu mereka mungkin masih sehat, atau waktu ada stres tambahan,” Dr. Leisegang menyimpulkan.

Komponen apa yang paling efektif dalam paket intervensi kepatuhan?

“Saya bekerja di sebuah pusat yang menyediakan perawatan untuk sekitar 6.000 pasien HIV dengan program yang sangat komprehensif untuk mempertahankan pasien dalam perawatan – baik di klinik, serta komponen komunitas. Namun agar kami dapat menjaga kesinambungan program PEPFAR, kami harus mampu menentukan komponen yang paling efisien dalam program ini,” kata Dr. Loice Achieng dari Rumah Sakit AIC Kijabe, Kenya.²²

Agar menentukan unsur khusus program kepatuhannya yang menyumbang lebih pada keberhasilan ART, 301 pasien HIV pengguna ART diamati secara prospektif untuk keterlibatan dalam kegiatan kepatuhan dalam waktu enam bulan setelah mulai terapi. Kegiatan ini mencakup hitungan pil yang dilakukan di depan pasien oleh dokter, konseling di apotek setelah obat diberikan, dan kunjungan klinik. Titik akhir primer adalah waktu untuk kegagalan pengobatan didefinisikan sebagai kematian, mangkir atau mengalami viral load HIV terdeteksi pada satu tahun sebagaimana diukur dengan analisis Kaplan-Meier.

Kepatuhan secara bermakna berbeda antara pasien yang: mengunjungi klinik sesuai janji; terlibat dalam kelompok pendukung, dan/atau pilnya dihitung oleh dokter di depannya.

Perbandingan Kepatuhan dalam Keberhasilan dan Kegagalan oleh Pendorong Kepatuhan

Faktor	Jumlah Hari Sampai Kegagalan		Risiko Kegagalan (Model Cox)
	Keberhasilan	Kegagalan	Rasio Hazard
Kunjungan rumah	463	394	0,98
Kelompok dukungan	480	425	0,54
Hitungan pil	481	355	0,57
Konseling di apotek	461	338	0,61
Kunjungan klinik	503	391	0,46

“Kami menemukan bahwa kelompok dukungan dan hitungan pil berhubungan dengan kepatuhan yang lebih baik; kunjungan klinik, dan kelompok dukungan serta hitungan pil yang dilakukan oleh dokter terkait dengan waktu terbaik sampai kegagalan pengobatan,” katanya.

Namun, sebagaimana beberapa hadirin menunjukkan, penting untuk mengetahui apakah temuan tersebut benar-benar berlaku secara umum.

Satu hadirin menanyakan apakah hitungan pil oleh dokter benar-benar praktis pada pusat dengan jumlah pasien yang sangat besar.

“Sebagian besar pasien datang, mereka mungkin telah melewatkan beberapa pil. Mungkin hanya membutuhkan satu atau dua menit untuk benar-benar menghitung pil dengan pasien dalam rangkaian klinik. Dan ini mungkin adalah intervensi yang termurah,” jawab Dr. Achieng. “Kelompok dukungan meluangkan waktu pasien secara bermakna, serta [kita harus] mampu menjamin kelompok dukungan dijalankan. Hal-hal lain yang kami menganalisis seperti kunjungan rumah adalah cukup mahal karena kita harus mengupahkan petugas kesehatan komunitas untuk melakukan kunjungan rumah. Hitungan pil tampaknya yang termurah dan termudah untuk digunakan dalam rangkaian ini.”

Mengapa hitungan pil tampaknya berhasil?

“Saya pikir ini peran dokter daripada penyedia layanan lain, karena dalam penelitian yang sama kita menemukan bahwa konseling apotek [sedang diberi] selama apoteker bekerja,” kata Dr. Achieng. “Penelitian lain menunjukkan bahwa ketika pasien berbicara dengan dokter, dibandingkan oleh anggota tim lain, maka mereka lebih cenderung menjadi patuh terhadap pengobatan.”

Sebaliknya, “terapi diawasi secara langsung sulit dilakukan, karena banyak alasan: kita harus menghadapi pasien, pasien harus ada dengan kita. Sehingga intervensi ini mungkin tidak berhasil hanya karena logistik menghadapi pasien setiap hari, beberapa kali sehari.”

Dr. Ahonkhai setuju bahwa waktu bersama dokter menghitung pil mungkin meningkatkan kepatuhan, tetapi dia kurang yakin tentang dasar hitungan pil.

“Hitungan pil bukan sensitif atau spesifik tetapi tergantung pada siapa yang melakukannya, di rangkaian yang mana. Pengalaman kami tentang hitungan pil secara keseluruhan sudah sangat buruk, dan terutama ketika kita berhubungan dengan program besar misalnya Global Fund, PEPFAR dengan sejumlah pasien yang besar. Jadi tidak benar-benar sempurna namun [pada kenyataannya] jauh dari sempurna. Jadi dalam hal pengukuran, ada penelitian yang intensif untuk menentukan bagaimana kita dapat menggabungkan pengukuran yang sederhana dan praktis untuk meningkatkan kesahihan dan keandalan,” katanya.

Seorang hadirin bertanya apakah mungkin ada indikator peringatan dini kemangkiran seperti tenggang waktu kunjungan isi ulang ke apotek?

“Sektor di mana saya bekerja adalah sektor perawatan dikelola dan kami memiliki pangkalan data dan saya bekerja dengan sebuah tim yang mencoba memakai beberapa tindakan untuk melacak pasien dan kemudian membentuk sistem telepon panggilan yang dapat memakai jumlah CD4, isi ulang atau dokter [sebagai isyarat],” kata Dr. Leisegang. “[Dengan] pangkalan data itu – sangat berguna karena kita memiliki sistem ‘pop-up’ yang muncul pada konselor yang kemudian menelepon ke pasien dan menanyakan apa yang terjadi. Itu sering diabaikan karena negara berkembang sering tidak memiliki pangkalan data yang baik. Tetapi bila ada, itu yang mereka lakukan, mereka memiliki pangkalan data yang secara otomatis memberi tanda dan memberitahukan kami bahwa ada pasien yang melewatkan pengobatan mereka.”

Panelis lain menawarkan wawasan tentang indikator peringatan dini yang berpotensi pada populasi lainnya.

“Kami sedang melakukan analisis sekarang pada anak-anak, mencari hubungan antara kunjungan yang dilewatkan dan risiko kemangkiran. Karena kami pikir mungkin ada hubungan yang erat antaranya,” kata Dr. Braitstein. “Dan kita mungkin menasar lebih banyak konseling terkait kepatuhan terhadap kunjungan klinik, misalnya, atau mencoba untuk mencari tahu apa yang sedang terjadi sehingga kita meningkatkan penahanan anak-anak yang justru kelompok sangat rentan. Juga patut mengamati beberapa faktor risiko yang telah diidentifikasi dalam literatur, misalnya pengungkapan status HIV. Jadi jika seseorang tidak pernah mengungkapkan status HIV-nya, pada tingkat tertentu itu bendera merah tanda bahaya bahwa pasien yang bersangkutan berisiko tinggi menjadi mangkir.”

“Atau laki-laki,” lanjutnya. “Kami menemukan bahwa laki-laki berisiko lebih tinggi menjadi mangkir, bahkan setelah menyesuaikan untuk segala faktor lain. Jadi kita mungkin membutuhkan beberapa intervensi khusus untuk mencoba menghadapi faktor tersebut. Mungkin klinik [harus buka] akhir pekan dan sore hari?”

“Dari pengalaman kami, dalam hal persiapan pasien, masalah pengungkapan yang diangkat, masalah memiliki pendukung pengobatan, memakai riwayat isi ulang dan kunjungan klinik – telah menjadi isyarat

yang sangat baik,” kata Dr. Matovu. “Kami memiliki jaringan komunitas yang baik dari petugas kesehatan masyarakat, beberapa di antaranya sebenarnya pasien, dan mereka yang membantu kami melacak pasien. Salah satu hal yang kita lakukan adalah membentuk daerah penjangkauan yang sangat jelas. Sebelumnya program kami melayani pasien yang datang dari berbagai tempat, dan sangat sulit melacak pasien itu. Bila pasien kita datang dari daerah penjangkauan yang terbatas, kami dapat menjangkau mereka, kita tahu tempat tinggal masing-masing pasien, atau petugas kesehatan masyarakat di daerah masing-masing tahu tempat tinggal pasien dan kita dapat melacak semua pasien.”

Lebih banyak penelitian diperlukan

Dr. El Sadr menawarkan beberapa kata-kata terakhir untuk menyimpulkan diskusi. “Ada minat yang luar biasa dan perlunya penelitian lebih lanjut untuk mencoba menilai secara benar-benar ketat efektivitas intervensi yang dijelaskan dengan baik – tidak setiap program sebaya adalah sama dengan program sebaya lain, tidak setiap program terapi diawasi langsung (DOT) adalah sama atau mirip dengan yang lain. Jika kita dapat belajar bukan hanya apa yang berhasil tetapi mengapa berhasil dalam hal ciri-ciri program yang jelas dan intervensi yang terdefinisi dengan baik, dan kemudian jika kita dapat menunjukkan efektivitasnya, saya pikir kita akan mampu mencoba meniru intervensi tersebut dan meningkatkannya. Jadi ini adalah bidang penelitian yang sangat penting, dan bidang penyelidikan lebih lanjut yang penting.”

Referensi

- 1 Nachega JB. Retention and adherence to care in resource-limited settings. Eighteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, 2011.
- 2 Nachega JB et al. Association of antiretroviral therapy adherence and health care costs. *Annals of Intern Med.* 152(1): 18-25, 2010.
- 3 Bisson GP et al. Pharmacy refill adherence compared with CD4 count changes for monitoring HIV-infected adults on antiretroviral therapy. *PLoS Med* 5(5): e109, 2008. (Online [di sini](#)).
- 4 Bangsberg DR. Preventing HIV antiretroviral resistance through better monitoring of treatment adherence. *J Infect Dis* 197(s3): s272-278, 2008. (Online [di sini](#)).
- 5 Haberer JE et al. Real-time adherence monitoring for HIV antiretroviral therapy. *AIDS Behav* 14(6):1340-6, 2010. (Online [di sini](#)).
- 6 Haberer JE et al. Real-time electronic adherence monitoring is feasible, comparable to unannounced pill counts, and acceptable. *AIDS Behav* 2011 (advance epub).
- 7 Mills J et al. Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. *JAMA.* 296(6):679-90, 2006. (Online [di sini](#)).
- 8 Ford N et al. Directly observed antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Lancet* 374(9707): 2064-71, 2009.
- 9 Pop-Eleches C et al. Mobile phone technologies improve adherence to antiretroviral treatment in a resource-limited setting: a randomized controlled trial of text message reminders. *AIDS* 25(6): 825-834, 2011.
- 10 Lester RT et al. Effects of a mobile phone short message service on antiretroviral treatment adherence in Kenya (WelTel Kenya1): a randomised trial. *Lancet* 376: 1838-1845, 2010. (Online [di sini](#)).
- 11 Rosen S, Fox MP, Gill CJ. Patient retention in antiretroviral therapy programs in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS Med* 10:e298, 2007. (Online [di sini](#)).
- 12 Geng EH. Tracking a sample of patients lost to follow-up has a major impact on understanding determinants of survival in HIV-infected patients on antiretroviral therapy in Africa. *Trop Med In Health* 15 Suppl 1:63-9, 2010.
- 13 Harries AD et al. Strategies to improve patient retention on antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Health* 15 Suppl 1:70-5, 2010. (Online [di sini](#)).
- 14 Jaffar S et al. Rates of virological failure in patients treated in a home-based versus a facility-based HIV-care model in Jinja, southeast Uganda: a cluster-randomised equivalence trial. *Lancet* 374:2080-2089, 2009. (Online [di sini](#)).
- 15 Ahonkhai A et al. Not all are lost: early death, care interruption, and loss to follow-up in a large South African community treatment programme. Eighteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 1014, 2011. (Online [di sini](#)).

- 16 Braitstein P et al. Retaining adults in HIV care: impact of key programme characteristics on patient loss to follow-up among adult patients receiving cART in the IeDEA East Africa Consortium. Eighteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 1015, 2011. (Online [di sini](#)).
- 17 Geng EH et al. Failure to initiate ART, loss to follow-up and mortality among HIV-infected patients during the pre-ART period in Uganda: understanding engagement in care in resource-limited settings. Eighteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, abstract 1017, Boston, 2011. (Online [di sini](#)).
- 18 Kohler P. Free CTX substantially improves retention among ART ineligible clients in a Kenyan HIV treatment programme. Eighteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 1018, 2011. (Online [di sini](#)).
- 19 Somi G et al. 24-Month Outcomes for adults in Tanzania's national ART programme from 2004 to 2009: success maintained during scale-up but should services be more youth friendly? Eighteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 1019, 2011. (Online [di sini](#)).
- 20 Matovu F et al. Efficacy of using peer counselors and nurses to support adherence to HAART among HIV-1 infected patients at the prevention of MTCT Program, Mulago Hospital, Kampala, Uganda. A randomized non-inferiority interventional trial. Eighteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 1016, 2011. (Online [di sini](#)).
- 21 Liesegang R et al. The impact of pregnancy on adherence to and default from ART. Eighteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 1021, 2011. (Online [di sini](#)).
- 22 Achieng L et al. Evaluation of methods to promote adherence at an HIV treatment center in Central Kenya. Eighteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 1020, 2011. (Online [di sini](#))

Artikel asli: [Adherence and retention in HIV care in resource-limited settings](#)