

## **HATIP 83: Tantangan menahan pasien dan kebutuhan terhadap tindak lanjut yang lebih giat**

Oleh: Theo Smart, 22 Maret 2007

Peningkatan pada program pengobatan di rangkaian terbatas sumber daya sudah secara dramatis memperbaiki kesehatan, mutu hidup dan ketahanan hidup sebagian besar Odha yang sedang memakai terapi antiretroviral (ART). Namun beberapa program yang berkembang secara cepat menemui kesulitan untuk menahan pasien tetap berobat dan mengunjungi klinik untuk tindak lanjut, berdasarkan laporan pada Conference on Retroviruses dan Opportunistic Infections (CROI) ke-14 di Los Angeles, AS.

Yang lebih memprihatinkan berdasarkan penelitian operasional program ART di Botswana, pasien yang mangkir meninggal.

Walaupun keberhasilan besar dalam peningkatan skala program, para peneliti dari beberapa program ART garis depan di rangkaian terbatas sumber daya menggambarkan tantangan kunci yang dihadapi program mereka saat pembahasan poster di konferensi. Kendala terhadap perawatan tetap ada di banyak rangkaian, misalnya pembayaran pengobatan, dan hilangnya waktu bekerja sekadar untuk pergi ke klinik yang kadang-kadang sangat jauh, hanya untuk menunggu sehari penuh untuk dilayani. Dengan bertambahnya orang yang bergabung dalam program, semakin sulit untuk memberi perhatian pada setiap pasien secara individu diperlukan untuk penanganan gejala dan diagnosis infeksi oportunistik secara tepat. Ada risiko berat bahwa banyak yang akan 'jatuh ke dalam celah' atau tidak menerima dukungan yang tepat agar mereka ditahan dalam perawatan – sebagian karena keterbatasan sumber daya manusia (SDM) membatasi kemampuan klinik untuk memantau pasiennya secara giat.

Tetapi, dengan keterbatasan SDM merupakan tantangan yang dihadapi program ART, sama seperti program kesehatan pada umumnya di negara berkembang, penanganan yang lebih giat untuk mempertahankan orang dalam pengobatan mungkin membutuhkan pencarian dan pelatihan kader baru petugas layanan kesehatan yang bukan profesional untuk menyediakan tindak lanjut secara lebih giat.

### **Program ART mengalami kemajuan secara luar biasa**

Beberapa tahun setelah permulaan penggunaan ART di dunia, pelajaran kunci yang didapat adalah bahwa sangat mungkin mendapatkan perawatan dan pengobatan yang menyelamatkan jiwa ratusan ribu orang yang hidup di rangkaian terbatas sumber daya yang sangat beragam. Ada berbagai laporan dalam konferensi ini tentang proyek yang menunjukkan hal ini.

Sebagai contoh, sejak Juli 2004, Pusat Perawatan dan Pengobatan AIDS Internasional (International Center for AIDS Care and Treatment Programs/ICAP) di Universitas Columbia sudah membangun jaringan proyek, yang pada awalnya menawarkan layanan untuk mencegah penularan HIV ibu-ke-bayi (PMTCT), untuk menerapkan program perawatan HIV secara besar dan menyeluruh di 155 tempat di Etiopia, Kenya, Mozambik, Nigeria, Rwanda, Afrika Selatan dan Tanzania. Menurut Dr. Wafaa El-Sadr, pada Desember 2006, tempat ini sudah menerima 171.259 pasien HIV, 71.482 di antaranya sudah memulai ART.

Sebagian besar pasien pengguna ART dalam program ini tetap memakai rejimen lini pertama mereka dan sudah mempunyai tanggapan kekebalan yang baik. Di seluruh negeri yang dilayani oleh program ini, 4-6 persen penerima ART sudah meninggal dan 1-17 persen mangkir. Di antara pasien yang bertahan dengan ART, hampir semua orang dewasa (98 persen) dan anak (93 persen) masih memakai rejimen lini pertamanya. Peningkatan jumlah CD4 rata-rata setelah enam bulan memakai ART adalah 116 sementara menjadi 149 setelah 12 bulan mulai ART.

Demikian juga, sebuah poster oleh Richard Marlink dan rekan menggambarkan peningkatan proyek HEART (Help-Expand-ART) yang luar biasa cepat yang dimulai pada Maret 2004 oleh Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation yang didanai oleh PEPFAR/CDC dan lembaga swasta. Dalam hanya 31 bulan, program ini melibatkan lebih dari 167.000 orang dewasa dan 87.000 anak dalam perawatan di Pantai Gading, Afrika Selatan, Tanzania, Zambia dan baru-baru ini Mozambik. Sekali lagi, hasil pengobatan dalam program ini sebanding dengan yang ada di negara maju. Penulis poster menyimpulkan

“perawatan dan pengobatan dimungkinkan di berbagai rangkaian, termasuk daerah konflik, rangkaian terpencil dan tempat pemerintahan yang sangat miskin.”

Kebanyakan program ini tidak mungkin terjadi bila belum ada contoh dari salah satu program ART yang paling mula-mula dan merangsang di dunia, yaitu proyek Khayelitsha di wilayah Western Cape, Afrika Selatan. Dr. Gilles Van Cutsem dari Médecins Sans Frontières (MSF) mempresentasikan analisis mengenai hasil dan tantangan yang muncul pada tiga klinik proyek ini. Karena ini adalah salah satu yang paling pertama menawarkan ART di negara berkembang (dimulai pada 2001), proyek Khayelitsha sekarang adalah salah satu yang pertama yang dapat melaporkan hasil pada pasien setelah empat dan lima tahun pengobatan.

Dr. Cutsem melaporkan tentang 3.373 pasien yang dirawat antara 2001 dan 2005 dengan pemantauan sampai September 2006. Walaupun hanya sejumlah kecil orang yang bergabung dalam program ini pada 2001, di antara mereka yang mencapai lima tahun masa tindak lanjut, 70 persen masih hidup dan dalam perawatan (kira-kira 16,9 persen, 95 persen *confidence interval* (CI) 13,6 hingga 21,0) diketahui sudah meninggal). Sebagian besar (79 persen) pasien yang tetap dalam pengobatan pada lima tahun masih memakai rejimen lini pertama.

Tanggapan terhadap pengobatan pada program secara keseluruhan (dan oleh karenanya termasuk mereka yang memakai rejimen lini pertama dan lini kedua) sangat luar biasa. Peningkatan jumlah CD4 rata-rata pada awal setelah empat tahun memakai ART adalah 429 (95 persen CI 388 hingga 469) dan 440 (95 persen CI 341 hingga 541) setelah lima tahun memakai ART. Program ini juga luar biasa di rangkaian terbatas sumber daya karena sudah dapat dicatat hasil viral load pada pesertanya, dengan proporsi pasien [dalam pengobatan] dengan viral load <400 pada tahun ke-1, 88,4 persen, tahun ke-2, 85,8 persen, tahun ke-3, 88,5 persen, tahun ke-4, 79,1 persen dan tahun ke-5, 82,1 persen.

Juga ada laporan secara lisan dari program ART nasional di Kamerun, program pengobatan Botswana (program kesehatan masyarakat nasional yang pertama menawarkan ART secara gratis), dan Uganda (di mana berbagai klinik pemerintah dan proyek lain menyediakan pengobatan). Tetapi, karena sekarang pemberian ART dibuktikan dimungkinkan, fokus sekarang dialihkan pada tantangan, dengan sebagian hanya muncul sebagaimana program ini mulai mencapai batas kemampuan prasarana mereka, yang dihadapi dengan menyediakan perawatan bermutu tinggi secara terus-menerus.

## **Tantangan mempertahankan pasien dalam perawatan di Kamerun walaupun biaya untuk ART diturunkan**

Berbagai penelitian di rangkaian terbatas sumber daya pernah melaporkan bahwa meminta pasien untuk membayar ART adalah kendala utama terhadap kepatuhan serta akses pada perawatan yang dihubungkan dengan tingginya tingkat mangkir dan hasil klinis yang lebih buruk. Dalam sebuah penelitian di Uganda yang dipresentasikan di CROI, 13,7 persen dari hampir 700 pasien yang menerima ART di dua klinik di Kampala menghentikan pengobatan sedikitnya selama satu bulan – dan alasan yang paling umum untuk menghentikan yang dilaporkan oleh 43 persen adalah biaya obat. Data yang dipresentasikan oleh Dr. Jembia Mosoko dari CDC di Kamerun memberi kesan bahwa walaupun biayanya sudah dikurangi secara drastis, mungkin tetap sulit untuk mempertahankan pasien dalam perawatan dan pengobatan.

Program ART di Kamerun dimulai pada 2002 di rumah sakit provinsi Limbe di wilayah barat daya. Dr. Mosoko dan rekan melakukan analisis retrospektif terhadap catatan pembayaran biaya klinik dan obat-obatan dari 2.920 pasien yang dilibatkan dalam program antara Februari 2002 dan Desember 2005.

Jumlah CD4 rata-rata pada awal adalah 107 dan seperti terlihat pada banyak program lain, mereka yang bertahan dalam perawatan mengalami peningkatan yang baik pada jumlah CD4-nya (dengan rata-rata 294 pada enam bulan, dan 340 pada 12 bulan).

Tetapi, pasien yang mangkir dari program ini cukup bermakna – 22 persen pasien menghentikan perawatan setelah kunjungan klinik yang paling pertama dan bahkan lebih banyak pasien tidak hadir pada kunjungan klinik berikutnya. Kepatuhan, didefinisikan oleh analisis ini sebagai kehadiran sesuai jadwal kunjungan, juga rendah. Sebenarnya, 77,4 persen peserta datang kurang dari empat dari lima kali jadwal kunjungan yang telah dibuat. Kemungkinan yang masih hidup dan dalam perawatan adalah 0,66 (95

persen CI 0,64 hingga 0,68) pada enam bulan, 0,58 (95 persen CI 0,56 hingga 0,60) pada satu tahun, 0,47 (95 persen CI 0,45 hingga 0,49) pada dua tahun dan 0,35 (95 persen CI 0,32 to 0,38) pada tiga tahun.

Salah satu alasan kunci terhadap ketahanan dalam program dan kepatuhan yang rendah adalah bahwa 96 persen pasien membayar sendiri biaya ART – baik secara pribadi maupun dibantu oleh keluarganya. Hanya sebagian kecil pasien mendapat bantuan dari pihak lain, misalnya perusahaan yang membayar program ini. Pada Oktober 2004, ada pengurangan biaya untuk ART secara besar-besaran mulai 30 hingga 50 dolar AS per bulan turun menjadi 6 dolar AS per bulan sehingga salah satu masalah yang diteliti adalah apakah penurunan harga ini meningkatkan keterlibatan dan hasil pengobatan.

Setelah penurunan biaya diumumkan, jumlah pasien yang mendaftar setiap bulan menjadi hampir dua kali lipat. Tetapi, yang mengherankan adalah penurunan harga tidak memperbaiki tingkat ketahanan dalam perawatan (*hazard ratio* (HR) 1,1, 95% CI 0,92 hingga 1,2).

Dalam analisis multivariat, pasien cenderung lebih bertahan hidup dan dalam perawatan apabila mereka tidak perlu membayar pengobatan (*adjusted HR* 3,34, 1,76 hingga 6,24;  $p < 0,001$ ).

Menurut seorang peneliti di konferensi, pesan untuk dibawa pulang adalah bahwa “gratis adalah baik dan membayar adalah buruk.”

Temuan penelitian ini mungkin sudah mengubah kebijakan pemerintah di Kamerun. Menurut Dr. Mosoko, “Kami mendapat kesempatan untuk mendengar Menteri Kesehatan yang secara terbuka menjanjikan masyarakat Kamerun bahwa dalam beberapa minggu mendatang, pengobatan akan diberikan secara gratis.”

### **Apakah jender berdampak pada ketahanan pasien?**

Dua faktor lain juga dihubungkan dengan hasil yang lebih baik dalam analisis multivariat terhadap kelompok Kamerun. Contoh, jenis kelamin perempuan juga dihubungkan dengan bertahannya dalam perawatan (HR 1,2, 1,1 hingga 1,3;  $p = 0,003$ ).

Penelitian lain walaupun tidak seluruhnya sudah melaporkan pengamatan serupa sehubungan dengan peranan jender terhadap hasil pengobatan. Contoh, jenis kelamin laki-laki secara terpisah dihubungkan dengan kematian dalam 12 bulan pertama setelah mulai ART (*adjusted HR* 1,8, 95% CI 1,0 hingga 2,6) dalam laporan dari program ART di Botswana, tetapi pada proyek Khayelitsha tidak ada kaitan antara jender dan mortalitas dalam pengobatan.

Menurut pendapat Dr. Gregory Bisson dari Universitas Pennsylvania., AS yang mempresentasikan data dari Botswana, ada perbedaan yang bermakna dalam jumlah CD4 pada awal antara laki-laki dan perempuan. “Jumlah CD4 rata-rata pada laki-laki adalah kira-kira 65 dan pada perempuan adalah kira-kira 95. dia mengatakan. “Tetapi, walaupun sudah disesuaikan terhadap perbedaan ini, hasilnya masih tetap ada.”

Namun demikian, data ini memberi kesan bahwa di beberapa rangkaian mungkin karena latar belakang budaya, masih ada perbedaan perilaku dalam mencari kesehatan antara laki-laki dan perempuan bahkan setelah memakai ART. Hal ini dapat ditangani oleh intervensi yang ditargetkan.

### **Jarak tempuh ke klinik: satu alasan melakukan desentralisasi perawatan**

Faktor terakhir dalam analisis multivariat yang dihubungkan dengan ketahanan dalam perawatan pada kelompok Kamerun adalah akses klinik yang baik (HR 1,5, 1,3 hingga 1,8;  $p < 0,001$ ). Definisi akses klinik yang baik adalah agak bebas – tinggal dalam jarak kurang dari 40 kilometer dari klinik (atau sejauh 80 km dari kota terdekat Douala apabila di jalan utama). Kenyataannya, beberapa pasien dalam program ini sesungguhnya tinggal lebih dari 150 kilometer jauhnya (54,3 persen di antara peserta ini mangkir dari program atau meninggal).

Jarak yang sangat jauh yang sering hingga ratusan kilometer yang harus menempuhnya untuk mencapai klinik percobaan ART oleh beberapa orang di rangkaian terbatas sumber daya sudah lama diketahui sebagai kendala terhadap perawatan. Dan seperti di sebagian besar negara, Dr. Mosoko dan rekan menyarankan desentralisasi dan membuka klinik di wilayah lain. “Pusat pengobatan ini hanya satu dari 23

pusat ART yang mula-mula kami bangun di seluruh negeri. Kemudian dalam peningkatan proses, klinik pengobatan yang lebih kecil terus dibangun untuk melayani populasi di wilayah lain.”

Karena program ART sudah meningkat dan didesentralisasi dengan pembukaan klinik baru untuk melayani wilayah lain, tentu saja akses membaik. Tetapi banyak Odha di negara berkembang masih terlalu jauh untuk dengan mudah mengakses klinik ART terdekat secara mudah – sering kali di daerah yang tidak mempunyai jalan yang baik atau kendaraan yang terjangkau, yang dapat menambah biaya secara bermakna untuk memperoleh isi ulang obat dan bertahan dengan pengobatan.

Berdasarkan terbitan terbaru dalam IRIN Plus News mangkir adalah masalah yang baru muncul di Namibia, di mana “keprihatinan terus bertumbuh mengenai kemungkinan penghentian pengobatan untuk warga pedesaan yang mulai memakai ART dan kemudian tidak mampu melakukan kunjungan tindak lanjut. ‘Tidak luar biasa bila pasien harus berjalan kaki hingga 20 kilometer ke rumah sakit Eenhana karena mereka kekurangan uang untuk biaya transportasi. Kadang-kadang mereka datang ke klinik dan kadang-kadang mereka tidak datang,’” dikatakan oleh salah seorang petugas klinik (lihat artikel lengkap di <http://www.plusnews.org/AIDSreport.asp?ReportID=6733>).

Tanpa transportasi yang dapat diandalkan – atau kemampuan untuk membayarnya – mungkin sulit mencapai klinik di kotanya sendiri, terutama bagi seseorang yang merasa sakit.

“Saya memperhatikan bahwa ada keengganan besar pada program saat ini [untuk menghadapi masalah] biaya transportasi untuk pasien,” dikatakan Dr. Wafaa El-Sadr pada sesi diskusi tentang penelitian ini. “Dan sering ini adalah kendala yang besar, bahkan di dalam kota karena dari jumlah kunjungan yang harus dilakukan dan lain-lain. Tampaknya bukan hal yang biasa dilakukan, memberi kupon atau sesuatu yang lain pada pasien agar datang ke klinik. Sebaliknya, sebagai contoh di AS, kami dapat menyediakan kupon transportasi untuk pasien miskin seperti yang saya lihat di klinik saya di Harlem. Ini sekadar persoalan yang mendunia.”

### **Angka kematian yang tinggi di antara mereka yang mangkir**

Dan apa yang terjadi pada sebagian besar pasien ini yang tidak berhasil kembali ke klinik?

“Kami mencoba melakukan berbagai analisis yang mengamati faktor sehubungan dengan penghentian dini ini,” dikatakan Dr. Mosoko. “Dan salah satu faktor sesungguhnya adalah kematian.”

Sebuah penelitian lain dirancang untuk meneliti apa yang terjadi pada pasien yang mangkir dalam program ART nasional di Botswana mencapai kesimpulan yang sama persis – sebagian besar sudah meninggal.

Penelitian ini dirancang untuk menentukan apakah hasil sebagaimana diukur dengan pemantauan pasif dapat mencerminkan keberhasilan program ART secara tepat. Dr. Gregory Bisson dari Universitas Pennsylvania dan rekan di Botswana melakukan penelitian retrospektif terhadap 410 pasien yang memulai ART pada tahun pertama program Botswana di Klinik Perawatan Penyakit Infeksi (Infectious Disease Care Clinic/IDCC) di Gaborone yang membandingkan hasil yang dikumpulkan melalui pemantauan pasif dengan yang kemudian dikumpulkan dengan pemantauan aktif. Pada pemantauan pasif, pasien digolongkan sebagai meninggal apabila kematiannya tercatat di mana pun dalam rekam medis, dan sebagai mangkir apabila hubungan terakhirnya dengan klinik adalah lebih dari 30 hari setelah kunjungan terakhirnya. Dengan pemantauan aktif, pasien yang mangkir secara giat dilacak melalui telepon atau kunjungan ke rumahnya.

Jangka waktu tindak lanjut rata-rata untuk 410 peserta dalam analisis ini adalah 44 minggu. Serupa dengan penelitian lain: “Tingkat tanggapan virologi dan imunologi pada pasien yang bertahan hidup cukup lama untuk dipantau [pada enam bulan] adalah luar biasa baik.” 94 persen di antara mereka dengan data tindak lanjut selama enam bulan mempunyai viral load yang tidak terdeteksi pada saat itu dan 80 persen mempunyai jumlah CD4 di atas 200 walaupun jumlah CD4 rata-rata pada awal hanya 80.

Tetapi, 29 (7 persen) peserta digolongkan sebagai meninggal, dengan pemantauan pasif, dan 68 (17 persen) yang mangkir. Kemudian, setelah menelusuri yang pasien mangkir, 69 (17 persen di antara seluruh kelompok) ditemukan meninggal dan 22 (5 persen) tidak ditemukan. Dengan demikian pemantauan pasif kehilangan 40 pasien (59 persen) yang sudah meninggal ( $p < 0,001$ ).

Sementara pengamatan bahwa hasilnya adalah buruk di antara mereka yang mangkir bukan lagi hal yang baru, proporsi yang meninggal agak cepat setelah memulai ART dalam program percontohan ini adalah serupa tingginya dengan yang pernah dilaporkan dari tempat lain, dan memberi kesan bahwa mungkin angka kematiannya lebih tinggi lagi di dalam program dengan angka mangkir yang lebih tinggi.

Sayang sekali penelitian ini hanya menyediakan sedikit pemahaman baru sehubungan dengan penyebab kematian.

“Tentu apabila Anda sudah meninggal, sangat tidak mungkin bahwa Anda akan datang kembali ke klinik.” dikatakan Dr. James Hakim dari Universitas Zimbabwe, pemimpin bersama sesi diskusi poster. Tetapi dia menyarankan bahwa akan lebih bermanfaat untuk mendapatkan ”akar penyebab kematian – mungkin ada manfaat mengetahui apa penyebabnya yang dini dan akhir, sehingga dapat ditangani dalam program – dan berapa bagian dari pasien yang meninggal karena mereka mangkir dibandingkan dengan mereka yang mangkir karena meninggal.”

Penelitian ini mengenal beberapa faktor risiko terhadap kematian pada tahun pertama setelah memulai ART, termasuk jenis kelamin laki-laki (seperti disebutkan sebelumnya) dan jumlah CD4 pada awal di bawah 100 (HR yang disesuaikan 4,8, 95% CI 2,4 hingga 9,3) – dan jangka waktu ketahanan hidup rata-rata pada mereka yang meninggal adalah kira-kira 44 hari. “Tetapi membutuhkan penelitian prospektif secara cermat untuk sungguh-sungguh dapat menentukan apa yang sedang terjadi, apakah pemulihan kekebalan atau infeksi yang luar biasa akibat infeksi oportunistik atau efek samping.” dikatakan Dr. Bisson. “Kami tidak tahu jalur penyebabnya. Maka, kami tidak tahu apakah pasien mangkir karena mereka meninggal atau mereka meninggal waktu memakai ART. Kami tidak memiliki data untuk menjawab pertanyaan tersebut dengan benar.”

Tetapi, Dr. Bisson berpendapat bahwa menerapkan tindak lanjut aktif terhadap ART dapat menyelamatkan jiwa.

“Apabila kita dapat menindaklanjuti secara intensif pada seluruh pasien dalam satu rangkaian dengan peningkatan cepat – menelepon, kunjungan ke rumah – apabila kita mempunyai sumber daya untuk melakukan hal seperti ini, sungguh hal ini dapat memberi perbedaan terhadap hasil dan saya berpendapat bahwa hal ini akan menjelaskan mekanisme sebab-akibat mengapa pasien meninggal,” dia mengatakan. Di wilayah IDCC, “membutuhkan kira-kira dua kali telepon per pasien – beberapa pasien perlu ditelepon lebih dari dua kali. Kira-kira 50 persen perlu ditelepon tiga kali, dan kira-kira 20 persen pasien perlu dikunjungi di rumahnya.”

Tetapi, sekadar menindaklanjuti pasien mungkin belum cukup untuk mempertahankan mereka dalam perawatan. “Ada data lain dari Zambia di mana mereka menindaklanjuti sebagian pasien yang mangkir secara bermakna di sana dan mereka menemukan bahwa mereka mungkin melakukan banyak panggilan dan mereka tidak mampu mengajak pasien untuk kembali dalam perawatan,” dia mencatat.

## **Mangkir semakin meningkat di beberapa tempat ART yang hampir mencapai kapasitas**

Dr. Bisson juga mengakui bahwa analisis ini dilakukan pada permulaan program ART Botswana. Seperti rumah sakit umum Limbe di Kamerun, IDCC di Gaborone adalah salah satu klinik ART pertama yang dibuka dalam program nasional dan oleh karena itu beberapa temuan dari penelitian ini mungkin khusus pada masa-masa awal program. Program ini mungkin perlu melakukan penilaian operasional macam ini secara berkala. Sejalan dengan pertumbuhan program dan lebih banyak tempat ART dibuka, kita dapat berharap bahwa faktor seperti jarak tempuh ke klinik akan berhasil lebih kecil terhadap ketahanan pasien.

Sayang sekali data yang dipresentasikan dari beberapa program ini memberi kesan bahwa yang mungkin akan muncul justru sebaliknya – sebagian besar karena kesulitan dalam penanganan pasien dalam jumlah besar.

Contoh, walaupun angka mangkir dalam program ICAP secara keseluruhan adalah rendah (berkisar antara 1 hingga 17 persen di antara setiap proyek nasional), di beberapa tempat di Afrika Selatan dan Tanzania angka ini lebih tinggi (di atas 20 persen), dan di beberapa tempat di Kenya, di atas 35 persen.

Menurut Dr. El-Sadr dan rekan, “Tempat dengan tingkat kematian dan mangkir lebih tinggi cenderung adalah tempat yang sudah menawarkan layanan untuk jangka waktu yang lebih lama.”

Marlink et al juga mencatat bahwa Proyek HEART perlu memperbaiki “tindak lanjut pasien secara keseluruhan, penatalaksanaan toksisitas/infeksi oportunistik dan menyediakan perawatan HIV dasar pada sejumlah besar pasien baik dalam pengobatan maupun belum memenuhi persyaratan untuk pengobatan. Banyak tempat pengobatan sudah mencapai batas kapasitas, menekankan perlunya menambah rumah sakit primer dan melatih [lebih banyak] dokter dalam perawatan dan pengobatan HIV/AIDS.”

Demikian juga, walaupun sudah ada penurunan jumlah kematian lebih dini yang dilaporkan dalam program Khayelitsha (sebagian dijelaskan dengan peningkatan jumlah CD4 saat pasien memulai ART), angka mangkir juga meningkat – muncul lebih awal dan dengan jumlah pasien yang lebih banyak setiap tahun secara berturut-turut. Pada 2001 dan 2002, hampir tidak ada yang mangkir dalam 12 bulan pertama. Tetapi, ada 2 persen yang mangkir dalam satu tahun pertama pada 2003, 3 persen pada 2004, dan 6 persen pada 2005.

Menurut Dr. Cutsem dalam presentasi posternya, “Angka mangkir meningkat secara dramatis setelah klinik mencapai beban jumlah pasien yang tinggi. Yang mangkir termasuk pasien yang sudah memakai ART selama beberapa tahun. [Hal ini mungkin] sebuah cerminan tentang kendala yang dihadapi klinik di Khayelitsha saat ini dengan peningkatan pada jumlah pasien secara cepat telah melampaui kemampuan layanan untuk secara tetap mempertahankan tindak lanjut yang berbasis komunitas terhadap pasien yang mangkir. Kemungkinan juga bahwa unsur lain dalam jalur perawatan dan konseling sudah diganggu oleh peningkatan yang cepat dalam perawatan.”

Ketika proyek di Khayelitsha dimulai, dan akses pada ART sangat terbatas, dukungan kepatuhan diutamakan dan bahkan pasien yang dipilih untuk dilibatkan dalam program ini berdasarkan motivasinya dan kemungkinan untuk patuh terhadap pengobatan. Hal ini biasanya meliputi ditentukannya seorang sahabat atau anggota keluarga untuk membantu mereka memakai pengobatannya secara teratur. Tetapi, untuk terus menambah lebih banyak pasien dalam perawatan, mungkin menjadi semakin sulit untuk terus memberi program dukungan terhadap kepatuhan yang sama intensifnya.

“Ketika kami mulai meningkatkan pemberian ART secara besar-besaran pada 2004 dan 2005, dengan 1000 orang, kemudian 1.500 orang mendaftar untuk ARV setiap tahun, klinik menjadi kewalahan karena kami tidak mendapat izin dari pemerintah untuk membuka klinik lagi,” dikatakan Dr. Cutsem.

“Maka kita terpaksa dengan tiga klinik yang menjadi klinik monster saat ini dengan hampir 2.000 pasien per klinik yang memakai ARV dengan jumlah staf yang relatif sedikit dan saat itulah yang mangkir mulai meningkat bahkan di antara pasien yang sudah patuh selama dua hingga empat tahun sejak permulaan program. Dan itu adalah apa yang akan dihadapi oleh sebagian besar program karena peningkatan yang luar biasa.”

Dr. Cutsem menyarankan bahwa peningkatan ART didampingi “dengan desentralisasi pengobatan hingga ke tingkat yang paling di luar dan ke sejumlah titik layanan yang lebih banyak untuk mencegah terjadinya tempat pengobatan ‘monster’ di mana tindak lanjut yang cukup tidak dapat dipertahankan.”

## **Penempatan staf sangat penting**

Untuk memperbaiki tindak lanjut, Dr. Cutsem dan rekan juga menyarankan bahwa: “sistem yang sesuai perlu dibuat untuk menampung jumlah pasien yang terus meningkat. Ini termasuk pemberian kemampuan pada petugas perawatan kesehatan di semua tingkat (di rangkaian Afrika Selatan terutama perawat) untuk memberi dan memantau ART serta memastikan tambahan dukungan kepatuhan oleh staf non-medis.”

ICAP sedang melakukan penelitian lintas-program “mencoba belajar dari satu tempat ke tempat lain” untuk sekadar menilai jenis staf yang mungkin dibutuhkan (berapa jumlah staf dari tiap bagian yang berbeda, apakah dokter, perawat, “staf bukan profesional atau sukarelawan) untuk mengelola klinik dengan baik, dalam hal pendaftaran, dan proporsi berbagai anggota staf yang dibutuhkan per pasien untuk mempertahankan mereka dalam perawatan atau dalam ART.

“Tentu saja hal ini memiliki hasil,” dikatakan Dr. El-Sadr, “terutama dalam pertumbuhan, dalam hal pendaftaran di tempat yang sangat besar ini yang mencapai kapasitasnya pada saat ini.”

## Referensi

El-Sadr W et al. *Variability in populations enrolled and their outcomes in HIV care and treatment programs across countries in sub-Saharan Africa*. Fourteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, abstract 534, 2007.

Van Cutsem G et al. *Clinical outcomes and emerging challenges after 5 years of ART in a South African township*. Fourteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, abstract 535, 2007.

Mosoko J et al. *Survival and adherence to ART in an era of decreasing drug cost in Limbe, Cameroon*. Fourteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, abstract 536, 2007.

Bisson G et al. *High rates of death among patients lost to follow-up in Botswana's national ART program: implications for monitoring and evaluation*. Fourteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles, abstract 537, 2007.

Artikel asli: Patient retention challenges and the need for more active follow-up

<http://www.aidsmap.com/cms1191180.asp>