

HATIP 88: Saat memadukan perawatan TB/HIV pada skala nasional

Oleh: Theo Smart, 17 Juli 2007

Kemajuan dalam upaya untuk mendesak agar program TB dan HIV bekerja sama untuk mengurangi beban kedua penyakit di negara dengan koinfeksi TB/HIV umum adalah sangat lambat, tetapi perbaikan baru yang dramatis dalam penyediaan layanan TB dan HIV secara terpadu pada skala nasional di Kenya dan Rwanda menunjukkan bahwa adalah mungkin bergerak melampaui proyek percobaan menjadi penerapan skala penuh

Tanggapan yang terkoordinasi antara program nasional TB dan HIV/AIDS dibutuhkan secara mendesak untuk memperbaiki layanan diagnostik, perawatan dan pencegahan untuk orang yang hidup dengan HIV dan TB. Sebenarnya, upaya ini terlambat, karena Rencana Global untuk Hentikan TB (Global Plan to Stop TB) mendesak peningkatan secara penuh dalam “kegiatan kerja sama TB/HIV” pada 2007 di 63 negara dengan beban TB terkait HIV yang tertinggi.

Tetapi pertama untuk mendefinisikan istilah yang sulit: “kegiatan kerja sama TB/HIV” adalah tindakan kunci yang dibutuhkan agar program TB dan program HIV dapat bekerja sama secara efektif, serta juga layanan kesehatan yang nyata bertujuan pada kedua penyakit yang harus disediakan secara langsung atau membuatnya lebih terjangkau pada orang yang dilayani (kegiatan ini digambarkan lebih lengkap di bawah).

Namun walau ada perubahan pada tingkat kebijakan di beberapa negara untuk mendukung kerja sama TB/HIV yang lebih baik agar dapat memberikan layanan ini, dampak di lapangan di kebanyakan negara sampai saat ini agak kurang.

Penyediaan kegiatan kerja sama oleh program begitu lambat, bahkan untuk kegiatan yang sederhana, misalnya skrining orang dengan HIV secara berkala untuk gejala TB, atau VCT HIV untuk semua terduga TB. Contohnya, sampai akhir 2005, secara global hanya 7 persen pasien TB dites untuk HIV (10 persen di wilayah Afrika), walau negara didukung oleh PEPFAR sedikit lebih baik (kurang lebih 12 persen) dibandingkan kebanyakan negara lain menurut survei WHO yang dipresentasikan di pertemuan penyelenggara HIV (HIV Implementer) di Kigali, Rwanda pada Juni. Pada masa yang sama, program HIV di negara tersebut melaporkan melakukan skrining untuk TB pada kurang dari 0,5 persen Odha, (walau hanya sedikit program tampaknya melaporkan secara konsisten).

“Walaupun begitu, dari jumlah kecil yang diskriming, ada jumlah besar kasus TB terdeteksi,” dikatakan Dr. Alasdair Reid, penasihat HIV/TB pada UNAIDS, yang memulai survei saat di WHO dan mengkaji penemuannya. Contohnya, di Afrika Selatan, 38 persen yang diskriming untuk gejala TB akhirnya didiagnosis TB aktif. “Jadi ada banyak TB yang tidak terdiagnosis,” dia mengatakan.

Skrining TB dan tes HIV adalah pintu masuk pada perawatan untuk masing-masing penyakit – tetapi skrining dan tes hanya langkah pertama. Jumlah orang dengan TB atau HIV yang selanjutnya menerima layanan kerja sama, seperti dimasukkan pada program kotrimoksazol (kotri) atau pada terapi antiretroviral (ART), meningkat namun juga tetap rendah pada kebanyakan program. Hanya kurang lebih 26 persen pasien TB dengan hasil tes HIV positif selanjutnya diberi ART di negara PEPFAR.

“Hal ini jauh dari ideal,” menurut Dr. Reid. “Kita kehilangan banyak kesempatan untuk memberi perawatan yang lebih baik. Orang ini ada di depan mata kita, yang sudah ada dalam sistem perawatan. Ada berbagai macam rintangan yang harus dilewati orang ini untuk benar-benar menjangkau layanan kesehatan. Sedikitnya yang dapat kita lakukan adalah untuk menawarkan pencegahan, perawatan dan pengobatan yang dipadukan pada mereka saat mereka sampai ke layanan kesehatan – dan dengan cara begitu, menghindari kematian yang seharusnya tidak terjadi.”

Namun dalam kurang lebih satu tahun terakhir, beberapa negara, misalnya Kenya dan Rwanda di antara negara PEPFAR, mencapai penerobosan yang dramatis dalam skrining dan pemberian layanan lain. Hal ini menunjukkan bahwa bila ada keinginan, pemaduan pemberian layanan TB/HIV pada skala nasional memang dapat tercapai – dan cukup cepat juga.

Contohnya, Kenya memulai *provider-initiated testing and counselling* (PITC, yaitu tes dan konseling didorong oleh petugas kesehatan dengan pilihan untuk menolak tes (*opt-out testing*)) untuk orang dalam program TB-nya pada Oktober 2005. Pada triwulan keempat 2006, 67 persen pasien TB Kenya dites untuk TB – 85 persen dari mereka yang positif menerima kotri, walau program tetap menghadapi kesulitan untuk memberi ART pada lebih dari sepertiga yang memenuhi kriteria untuk menerimanya.

Serupanya, baru-baru ini Rwanda mulai PITC untuk pasien TB dan skrining TB untuk orang berisiko terinfeksi HIV. Tetapi pada triwulan pertama 2007, 87 persen pasien TB dites untuk HIV, sementara 76 persen orang dengan HIV yang mulai ART diskruining untuk TB. Tambahannya, dari mereka yang ternyata HIV-positif, kurang lebih 46 persen menerima kotri dan 31 persen menerima ART (kurang lebih tiga kali lipat lebih tinggi dibandingkan dengan satu tahun sebelumnya). Hasil di pusat pemaduan TB/HIV percontohan di kedua negara lebih baik lagi.

Keberhasilan dan tantangan seterusnya, disertai pengalaman dari beberapa proyek dan negara lain, digambarkan dalam Third South African AIDS Conference, HIV Implementers' Meeting, dan pada pertemuan pas setelahnya, yang dilakukan oleh PEPFAR dan WHO atas nama Global TB/HIV Working Group, Stop TB Partnership. Pertemuan PEPFAR/WHO dilakukan untuk menyoroti pelajaran yang diambil dan proyek percobaan mengenai apa yang sukses dan apa yang tidak, dan untuk mengetahui kegiatan kunci untuk membantu memperbaiki pemaduan TB/HIV pada skala nasional.

Beberapa alasan yang baik untuk memadukan layanan TB/HIV

Alasan untuk memperbaiki kerja sama antara program TB dan HIV diungkapkan pada beberapa presentasi, mulai dengan sambutan paripurna disampaikan di South African AIDS Conference oleh Dr. Kevin de Cock, Direktur Department of AIDS di WHO.

“Yang dibutuhkan oleh pasien adalah agar mereka ditangani secara efektif dan nyaman untuk kedua penyakit. Dan hal ini adalah garis dasar yang tidak dapat ditawar,” dia mengatakan.

Perawatan pasien yang lebih baik

“Sebelumnya kita menawarkan layanan TB dan layanan HIV secara terpisah dan hal ini menimbulkan banyak tantangan baik untuk pasien maupun untuk petugas layanan kesehatan,” dikatakan Hellen Muttai, manajer perawatan klinis yang membagi data dari Rumah Sakit Kabupaten Kericho di Kenya pada pertemuan Implementer. Sebelum dipadukan, pasien harus menghadiri dua klinik terpisah pada hari yang berbeda, dengan antri dua kali untuk bertemu dengan dokter, untuk mengambil resep obat, dan untuk tes laboratorium terkait. Tidak mengherankan, penerimaan layanan TB/HIV sebelum dipadukan sangat amat rendah. “Bila pasien dengan TB juga HIV, dokter hanya melakukan rujukan, mereka tidak memantau untuk memastikan pasiennya menjangkau layanan. Dan pasien harus berpindah dari satu klinik ke klinik lain sehingga mereka harus meluangkan banyak waktu di rumah sakit untuk menerima layanan TB dan HIV secara terpisah,” dia mengatakan.

Di Rumah Sakit Kericho, pemaduan TB/HIV berarti memindahkan layanan HIV pada klinik TB yang sudah ada, termasuk menawarkan layanan terkait HIV pada orang dengan TB, termasuk PITC, dan bila ternyata HIV-positif, pemberian layanan lanjutan misalnya kotri dan ART (asal mereka tetap menerima pengobatan TB). Setelah pemaduan, 94,2 persen pasien TB dites untuk HIV; 45,4 persen ternyata koinfeksi bersamaan; mereka menerima kotri dan layanan perawatan dan pengobatan HIV; 78 persen dianggap memenuhi kriteria untuk ART dan semuanya menerimanya, kebanyakan sebelum mereka menyelesaikan pengobatan TB.

Tidak ada keraguan bahwa intervensi menyelamatkan jiwa.

Demikian juga, layanan TB/HIV dipadukan dalam Rumah Sakit Mulago di Uganda sejak Agustus 2005, waktu rumah sakit tersebut menawarkan PITC pada semua pasien TB rawat inap dan rawat jalan, skrining TB pada klinik HIV, dan skrining TB dan HIV sekaligus untuk semua pasien rawat inap medis. 96 persen menerima tes HIV dan 33 persen orang dengan TB juga terinfeksi HIV.

“Kami mempunyai sejumlah pasien yang sangat besar yang mempunyai penyakit TB dan HIV, dan oleh karena itu kami diharuskan membentuk sebuah klinik yang mampu memberi layanan TB dan HIV

bersamaan,” dikatakan Dr. Rhoda Wanyenze. Jadi klinik TB/HIV terpadu didirikan yang beroperasi satu hari per minggu dalam unit TB, yang menawarkan paket dasar perawatan HIV, serta ART dan pemantauan CD4 selama masa pengobatan TB. 327 dari 706 orang koinfeksi yang sampai saat ini menerima layanan dari klinik TB/HIV terpadu sudah mulai ART di situ.

Bahkan pengobatan TB dan perawatan HIV bukan ART sendiri memperbaiki status imunologis orang dengan HIV dan TB menurut analisis terhadap 792 pasien yang didaftarkan antar Juli 2005 dan Desember 2006 di Rumah Sakit Kericho.

“Kami melihat bahwa pasien yang tidak memenuhi kriteria untuk ART, atau tidak diobati dengan ART, walau kami hanya mengobati TB tanpa menawarkan ART, jumlah CD4 meningkat,” Muttai mengatakan. Mereka yang hanya diberi perawatan HIV dan pengobatan untuk TB mencapai peningkatan rata-rata 78 pada CD4 enam bulan setelah didaftarkan, sementara mereka yang juga menerima ART mencapai peningkatan 139 pada CD4 ($p < 0,001$).

“Dokter yang mengobati pasien dengan TB/HIV harus sadar mengenai manfaat pada infeksi HIV dengan hanya mengobati TB dan menawarkan perawatan mendukung, dan juga menawarkan ART,” katakannya.

Penanggulangan TB yang lebih baik

Namun selain memperbaiki perawatan dan pengobatan untuk orang dengan kedua penyakit, kerja sama yang lebih baik antara program HIV dan TB juga dapat menjadi satu-satunya cara untuk membantu sistem kesehatan yang kewalahan agar mampu menghadapi beban rangkap yang luar biasa akibat epidemi TB dan HIV.

Sekadar meninjau kembali data dari WHO/STOP TB Partnership: 14 juta orang terinfeksi TB dan HIV bersamaan di seluruh dunia; tetapi kurang lebih 80 persen dari orang koinfeksi ini tinggal di Afrika sub-Sahara. Di beberapa bagian dari benua itu, sampai 80 persen orang dengan TB aktif juga terinfeksi HIV. TB betul-betul infeksi oportunistik yang paling lazim didiagnosis dalam tiga bulan pertama penggunaan ART – terutama di Afrika. 200.000 Odha meninggal karena TB setiap tahun, sekali lagi kebanyakan di Afrika.

HIV menambah panasnya suasana TB.

- Odha lebih berisiko reaktivasi TB dan juga perkembangan TB yang cepat
- Kasus TB dapat lebih berat atau luar biasa, dengan TB di luar paru lebih sering terutama pada orang dengan penyakit HIV lanjutan
- TB dapat sulit didiagnosis, dengan angka BTA-negatif lebih tinggi, dan rontgen dada lebih sulit ditafsirkan (walau berbeda dengan beberapa tahun lalu, para ahli sekali lagi mengusulkan penggunaan rontgen dada bila terjangkau dan mungkin)
- Angka kematian lebih tinggi; walau TB dapat disembuhkan, penyakit ini adalah penyebab utama kematian Odha di banyak negara, dengan angka mortalitas kurang lebih 25 persen dalam dua tahun pada pasien yang tidak menerima ART
- Risiko TB kambuh lebih tinggi setelah pengobatan pada Odha

HIV juga dapat mempengaruhi perawatan yang diberi pada orang HIV-negatif dengan TB. Misalnya, stigma ganda berhubungan dengan TB terkait HIV berdampak pada perilaku mencari kesehatan oleh orang terduga TB tanpa memperhatikan status HIV-nya. Hal ini kadang kala dipakai sebagai alasan untuk tidak memadukan layanan TB dan HIV di bawah satu atap.

Namun menurut survei terhadap pasien TB di KwaZulu-Natal (Afrika Selatan) yang dikaji di South African AIDS Conference, masyarakat sudah cukup sadar “mengenai kaitan antara TB dan HIV/AIDS... Saat jatuh sakit dengan TB, banyak pasien takut mereka mungkin mengalami HIV/AIDS. Ketakutan ini menyebabkan mereka menunda ke layanan kesehatan” (Loveday). Pada gilirannya hal ini menunda diagnosis, mengakibatkan hasil yang lebih buruk dan peningkatan pada penularan dalam komunitas. Tambahan, jumlah orang dengan TB yang lebih tinggi membebankan kemampuan program TB dan dapat mengurangi mutu perawatan pada semua pasien.

Dampak keseluruhan dari epidemi ganda pada sistem kesehatan masyarakat adalah program yang diterapkan dengan baik dan pernah menghasilkan perkembangan baik menuju penanggulangan TB

HATIP 88: Saat memadukan perawatan TB/HIV pada skala nasional

sebelum pandemi HIV sekarang tidak lagi mampu mengendalikannya. Walau kejadian TB per tahun adalah stabil, jumlah kasus keseluruhan meningkat di Asia Tenggara dan Afrika – terutama bila koinfeksi HIV lebih umum.

Tetapi hal ini tidak tentu disebabkan oleh kekurangan dalam manajemen program TB. Di South African AIDS Conference, Dr. de Cock mengacu pada penelitian oleh Dr. Gavin Churchyard dan rekan yang menemukan kejadian TB yang meningkat di tambang emas di Welkom, Free State, Afrika Selatan, walau program TB DOTS yang menjadi contoh. “Mereka menunjukkan bahwa walau dengan program penanggulangan TB yang memenuhi semua saran WHO, kejadian TB tetap meningkat akibat tekanan dari HIV,” dia mengatakan. “Jadi jelas program TB sendiri tidak dapat mengendalikan semuanya.”

HIV adalah alasan utama program TB tidak mampu mencapai tujuannya.

“Dengan beban TB tahun lalu kurang lebih 300.000 kasus yang terlapor, kami tentu tidak menang dalam perang terhadap TB,” dikatakan Dr. Margot Uys dari Department of Health baik di KwaZulu Natal, Northwest Province dan Centers for Disease Control AS, di South African AIDS Conference. “Dengan angka sukses kurang lebih 54 persen dalam keberhasilan pengobatan, hal ini jauh di bawah saran WHO yaitu 80 persen. Dan di atas itu, kami mempunyai prevalensi HIV di antara pasien TB kami rata-rata 55 persen tetapi berkisar antara 30 dan 72 persen, dan setelah jangkitan XDR-TB tahun lalu kami juga mempunyai beban MDR-TB sedikitnya 6.000 kasus MDR-TB per tahun, dengan sebagian yang cukup besar XDR-TB.”

“Akan sangat penting untuk meningkatkan penanggulangan TB. Munculnya XDR-TB adalah tanda gawat yang dramatis, bukan hanya untuk Afrika Selatan tetapi untuk seluruh dunia,” dikatakan Dr. Peter Piot dari UNAIDS di South African AIDS Conference, dan kemudian, mengungkapkan kembali komentar yang dibuat oleh Nelson Mandela beberapa tahun lalu: “Bila kita tidak memadukan TB dalam semua yang kita lakukan, kita tidak akan berhasil. Kita pasti akan gagal dalam program pengobatan kita.”

Kegiatan kerja sama TB/HIV

“Kami harus memadukan layanan TB/HIV,” dikatakan Dr. J. Muhwa Chakaya dari Kenya Medical Research Institute dan National Leprosy and TB Control Programme (NLTP) di pertemuan Implementer. “Itu satu-satunya cara untuk memberi layanan secara efektif.”

Untuk membantu negara memulai, Stop TB Department dan Department of HIV/AIDS WHO pada 2004 menerbitkan saran dasar mengenai bagaimana memadukan perawatan dan pengobatan TB dan HIV secara lebih baik, dalam Kebijakan Sementara Kegiatan Kerjasama TB/HIV (<http://spiritia.or.id/cst/koinftb.php>).

Kebijakan ini menyarankan 12 kegiatan yang dibagi dalam kegiatan di “tingkat pembuatan kebijakan” yang dibutuhkan untuk membentuk, merencanakan dan memantau kerja sama TB/HIV; kegiatan yang dilaksanakan oleh program HIV untuk mengurangi beban penyakit TB di antara Odha; dan kegiatan yang dilakukan terutama oleh program TB untuk mengurangi beban penyakit HIV di antara pasien TB, dengan menyediakan layanan pencegahan, mendiagnosis mereka dengan HIV dan memberi atau memastikan bahwa mereka menerima perawatan yang memadai dan sesuai (lihat tabel).

Kegiatan kerja sama TB/HIV yang dianjurkan

A. Membangun mekanisme kerja sama	B. Mengurangi beban TB pada orang dengan HIV/AIDS	C. Mengurangi beban HIV pada pasien TB
A1. Membentuk badan koordinasi untuk kegiatan TB/HIV yang efektif pada semua tingkat	B1. Intensifkan penemuan kasus TB (skrining TB dasar adalah bagian dari ini)	C1. Menyediakan konseling dan tes HIV
A2. Melaksanakan surveilans prevalensi HIV di antara pasien TB	B2. Mengobati TB laten (terapi pencegahan TB)	C2. Cara mencegah HIV
A3. Mengadakan perencanaan bersama TB/HIV	B3. Menjamin pengendalian infeksi TB dalam layanan kesehatan dan tempat padat orang	C3. Terapi pencegahan kotri
A4. Pemantauan dan evaluasi		C4. Perawatan dan dukungan HIV/AIDS
		C5. Terapi antiretroviral

Kegiatan ini digambarkan secara lebih rinci di Kebijakan Sementara dan di pedoman A Guide to Monitoring and Evaluation of Collaborative Activities (http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.342.pdf). Tetapi dengan pengalaman yang dilaporkan dari konferensi-konferensi pada Juni, dan khususnya dari pertemuan PEPFAR/WHO, adalah mungkin untuk menjelaskan lebih luas mengenai kegiatan ini.

Membangun mekanisme kerja sama/ Membentuk suasana kebijakan yang kondusif

Bagian berikut ditujukan pada siapa saja yang terlibat dalam atau peduli terhadap pemberian perawatan pada orang dengan TB dan/atau infeksi HIV, atau berisiko terhadap penyakit tersebut, apakah petugas perawatan kesehatan, LSM, masyarakat, organisasi komunitas atau orang dengan HIV dan/atau TB. Penggerakan komunitas HIV dan stakeholder lain di tingkat nasional dan lokal dibutuhkan untuk mengubah kebijakan, memantau pemerintah dan program, dan memastikan bahwa kebijakan dijadikan praktek baik di tingkat nasional maupun di tingkat lokal, dengan mengingat bahwa tingkat penerapan yang paling penting adalah titik pemberian layanan kesehatan.

Mengajak stakeholder dan membangun advokasi

“Satu masalah dengan TB/HIV adalah kedua sisi dianggap sebagai masalah orang lain,” Dr. de Cock mengatakan.

Sebelum membentuk badan kerja sama untuk TB/HIV, atau memperbaiki yang tidak efektif, adalah baik bila kita memahami sifat program yang terlibat – dan bagaimana dan di mana mereka berfungsi di setiap negara. Program TB dan HIV/AIDS secara umum adalah program vertikal terpisah, masing-masing dengan budaya berbeda.

“Budaya TB umumnya ‘bermerek’, mengutamakan pendekatan kesehatan masyarakat dengan algoritme yang tetap, hasil yang sangat jelas dan tajam, dan pendekatan yang baku dan disederhanakan,” Dr. de Cock mengatakan. “Layanan TB diorientasi pada jangka pendek – enam bulan sampai sembilan bulan – mempunyai kemampuan diagnostik terbatas dan tidak banyak memperhatikan pengendalian infeksi. Yang berkuasa di TB umumnya menganggap HIV sebagai pengacau, yang mengganggu sistem yang disempurnakan dengan hati-hati.”

“Sebaliknya, budaya HIV bertujuan pada individu dengan tekanan pada hak asasi manusia, mempunyai pedoman yang jauh dari baku, dan jelas harus menawarkan layanan jangka panjang. Budaya HIV mempunyai pemahaman yang terbatas mengenai epidemiologi TB dan meremehkan TB sebagai hanya salah satu infeksi oportunistik yang sulit diobati,” dia bilang. Satu cara untuk membangun pemahaman yang lebih baik antara kedua program yang diusulkan dalam pertemuan PEPFAR/WHO adalah untuk melibatkan staf program TB dalam siklus perencanaan HIV dan sebaliknya.

Tetapi tantangan lain di beberapa negara adalah bahwa badan yang menguasai HIV dan TB bekerja di tingkat yang lain dalam struktur pemerintah (departemen, dsb.), yang dapat mempersulit kerja sama dan kekuatan untuk memanggil rapat oleh badan TB/HIV yang mungkin terbentuk adalah lemah.

Sumber dana juga umumnya terpisah untuk TB dan HIV – dengan program TB kurang didanai, dan mungkin sulit memakai dana yang dijanjikan untuk kegiatan kerja sama TB/HIV dalam program TB.

Menghadapi program dengan akar yang begitu dalam dan sering tidak saling cocok membutuhkan komitmen politis yang tinggi, dari akar rumput sampai ke tingkat tinggi, serta keterlibatan semua stakeholder kunci.

“Apakah jenis kegiatan yang kami lakukan untuk mencapai hasil ini?” bertanya Dr. Chakaya. “Saya rasa salah satu yang sangat penting adalah keinginan dan kepemimpinan politis.” Di negara beliau, dia mengatakan bahwa program TB, yang lebih berkuasa daripada program HIV “memasukkan hal ini pada hatinya dan memberi ‘tekanan’ yang dibutuhkan agar kegiatan ini dapat terjadi.”

Demikian pula, Dr. Greet Vandebriel, Wakil Country Director Programs for the International Center for AIDS Care and Treatment Programmes (ICAP) di Rwanda, menekan bahwa komitmen pemerintah pada

tingkat tinggi untuk memadukan program dan layanan TB dan HIV adalah unsur yang sangat penting dalam “‘resep’ Rwanda untuk keberhasilan.”

Tetapi bagaimana kita dapat membentuk kepemimpinan politis tingkat tinggi terkait dengan kegiatan kerja sama bila hanya ada sedikit, atau bahkan tidak ada sama sekali? Di pertemuan PEPFAR/WHO, satu kelompok meja bundar mengusulkan penggunaan contoh dan bukti dari Kenya dan Rwanda, atau proyek percobaan percontohan nasional (sedikitnya ada proyek percontohan di Uganda dan Afrika Selatan) untuk “memperpekakan para politisi” dan stakeholder lain mengenai kebutuhan akan kegiatan TB/HIV. Proyek ini dapat dipakai untuk menunjukkan bahwa kegiatan kerja sama TB/HIV adalah mungkin dalam rangkaian yang serupa, seperti juga program ART Botswana pernah dipakai sebagai contoh untuk seluruh Afrika bahwa peningkatan ART dapat tercapai. “Menunjukkan bagaimana kegiatan kami dapat terutama penting mencapai target internasional (MDG), lembaga donor dan nasional,” mereka menambahkan.

Tekanan politis akar rumput juga dapat membantu.

“Pasangan yang paling penting dalam semua masalah ini adalah komunitas yang terdampak,” Dr. Reid mengatakan, “dan komunitas tersebut harus dilibatkan dalam perancangan, advokasi, penerapan dan terutama pemantauan tanggapan kerja sama.”

Koordinasi atau harmonisasi lembaga donor dan teknis serta sumber dana dengan program juga ditentukan sebagai penting di pertemuan PEPFAR/WHO. Walau lembaga donor tidak menentukan kebijakan, sumber dayanya tentu dapat membantu mendorongnya.

“Saya rasa apa yang sangat penting adalah bahwa kami diberikan dana agar dapat melakukan semua yang dibutuhkan,” menurut Dr. Chakaya, dengan mengatakan bahwa ada peningkatan secara eksponensial dalam dana yang dikhususkan pada TB/HIV dari PEPFAR, Global Fund dan yang lain. “Dana dari PEPFAR dan Global Fund memungkinkan untuk pertama kali banyak orang lain menjadi terlibat dalam TB/HIV. Jadi keterlibatan berbagai stakeholder menjadi mungkin dengan dana ini, yang memicu keterlibatan masyarakat umum dan sektor swasta dan itu sangat amat penting.”

Tingkat provinsi, kabupaten, kota

Satu perangkat umum adalah untuk hanya berfokus pada program tingkat nasional – tetapi upaya terbaik di tingkat nasional dapat gagal tanpa melibatkan pemerintah lokal, program dan stakeholder lain di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

Contohnya, Dr. Annalies van Rie, dari University of North Carolina di Chapel Hill, AS dan rekan diminta disediakan bantuan teknis untuk memadukan beberapa layanan HIV dalam program TB oleh pemerintah nasional di Republik Demokrat Kongo (DRC). Jadi mereka membantu mengembangkan kebijakan nasional untuk TB/HIV, yang termasuk pemberian PITC untuk semua pasien TB, plus kotri untuk mereka dengan hasilnya positif (negara tersebut mendapatkan dana Global Fund untuk kit tes HIV dan kotri). Kemudian mereka meluncurkan program di 14 tempat percobaan, melatih staf, dan memberi bantuan teknis di tempat.

Program berfungsi sangat baik, dengan lebih dari 5.000 pasien dites (kurang lebih 16 persen ternyata HIV-positif) walau akses pada tes CD4 dan ART (disediakan dengan rujukan pada klinik HIV) tetap agak rendah.

“Kami menunjukkan bahwa benar-benar mungkin melakukannya dan dapat dilakukan dengan petugas layanan kesehatan yang ada,” Dr. van Rie mengatakan. “Petugas layanan kesehatan termotivasi, dan tidak meminta gaji tambahan untuk pekerjaan tambahan ini. Kita tidak membutuhkan dana besar, bila sudah ada tes dan kotri, tetapi kita pasti membutuhkan ‘persetujuan’ [oleh pemerintah] serta pengelolaan.

Mereka mendapatkan persetujuan tertulis dari Program Penanggulangan TB Nasional, bahwa pada tanggal 1 Januari Program TB Nasional akan mengambil alih pada proyek. Tetapi hal ini tidak terjadi, dan pusat kesehatan kehabisan tes HIV, dan banyak kehabisan kotri.

“Ternyata tidak ada keinginan politis untuk menjalankannya. Itu yang hilang, yang jauh berbeda dengan Kenya di mana program juga dibentuk pada awal dengan dana internasional, tetapi didorong oleh pemerintah nasional,” Dr. van Rie mengatakan. “Saya rasa perbedaan tidak pada parahnya kemiskinan di Kongo, tidak pada kemampuan fasilitas. Bagi saya, perbedaan adalah dalam kepemilikan dan keinginan

untuk memilikinya oleh pemerintah lokal. Kami memperkirakan ini, jadi kami menuliskan MoU tetapi dengan program penanggulangan nasional. Tetapi yang terjadi adalah fasilitas dikuasai oleh program provinsi dan kemudian program provinsi mengatakan, 'Wah, kami tidak menandatangani ini!' dan program nasional mengatakan, 'Itu bukan tanggung jawab kami, kami melakukan program nasional.'"

Kenya mencoba menghindari masalah ini. "Kami membentuk panitia koordinasi di semua tingkat," Dr. Chakaya mengatakan. "Kami tidak selalu mengetahui apakah panitia provinsi dan kabupaten/kota bekerja baik tetapi kami benar-benar mencoba – dan mencoba terus-menerus – melakukan lebih banyak perencanaan bersama antara TB dan HIV."

Mengembangkan protokol operasional, materi pelatihan dan pelaporan

Seperti ditekankan oleh Dr. Peter Piot pada pembukaan South African AIDS Conference: "Jangan lupa bahwa pada akhirnya yang akan mempengaruhi keadaan orang adalah tindakan di tingkat kabupaten, tingkat lokal," dia mengatakan. "Rencana nasional hanya sama baik seperti setiap rencana kabupaten/kota, tergantung pada apa yang dapat dicapai di tingkat itu."

"Walau kebanyakan strategi WHO untuk mengurangi beban HIV pada pasien TB adalah bagian dari kebijakan TB-HIV yang diperbarui di Afrika Selatan, penggunaannya terbatas," dikatakan Dr. Margot Uys di South African AIDS Conference. "Tampaknya ada pemaduan pada tingkat pembuatan kebijakan tetapi tidak pada tingkat penerapan program."

Oleh karena itu, Dr. Uys dan rekan dari Medical Research Council dan Foundation for Professional Development mengembangkan kerangka kerja operasional untuk contoh tempat pemaduan layanan TB dan HIV di Rumah Sakit Richmond, di tengah-tengah KwaZulu-Natal, yang mencapai beberapa keberhasilan dalam mengenal dan mendaftarkan orang dengan TB dan HIV dalam perawatan HIV (sedikitnya mereka yang secara sukarela memilih melakukan tes HIV).

Program ini – TB HIV AIDS Treatment and Integrated Therapy (*that's it*) – sekarang sedang diperluas pada tiga atau empat kabupaten lain di daerah geografis lain di negara, dengan mengutamakan tempat yang sedikit prasarananya.

Ada juga beberapa contoh tempat pemaduan TB/HIV yang lain di Afrika Selatan, tetapi kesan dari sedikit presentasi poster pada South Africa AIDS Conference adalah bahwa beberapa daerah tertinggal sendiri mengenai bagaimana menerapkan kegiatan kerja sama – dengan hasil yang beraneka ragam (Dhlamini, Stephens, Scott, Verkujt, Ndlhovu).

Tetapi apakah setiap kabupaten di negara tersebut melalui proses pengembangan protokol operasional sendiri secara independen? Ada kesan bahwa ada banyak tumpang-tindih – apakah tidak ada cara untuk meningkatkan layanan secara lebih efisien, cepat dan sama rata. Dan pasti sulit menyesuaikan pemantauan dan evaluasi di kabupaten tersebut.

Sebaliknya, pemimpin nasional di Rwanda dan Kenya mendorong prosesnya. Segera setelah negara tersebut membentuk badan koordinasi dan menyatukan kegiatan kerja sama TB/HIV WHO dalam kebijakan nasionalnya, mereka langsung memperbarui petunjuk teknis dan pedoman TB dan HIV, mengembangkan protokol operasional dan pedoman pelatihan yang membakukan TB/HIV, dan menyebarkannya pada semua tempat pengobatan. Di Rwanda, materi KIE juga dikembangkan dan disebarkan. Proses keseluruhan membutuhkan waktu kurang lebih satu tahun.

Kedua negara mengembangkan dan menerapkan sistem pemantauan dan evaluasi (M&E) untuk layanan TB/HIV – dan segera mulai merekam dan melaporkan indikator TB/HIV-nya (keduanya pada triwulan ketiga 2005). M&E adalah sangat penting untuk berbagai alasan karena memungkinkan program mengukur keberhasilan (apakah mereka mencapai tujuan dan untuk mengenal masalah bila tidak). Lagi pula, M&E membentuk landasan dan ukuran untuk upaya berikut dalam peningkatan mutu.

Laporan diubah untuk memasukkan unsur TB pada laporan HIV (misalnya apakah pasien diskriming untuk TB) dan unsur HIV pada laporan TB (tes HIV, kotri, jumlah CD4), dan rekaman data dan pelaporan disesuaikan antara program TB dan HIV. Dengan memakai laporan dan peralatan yang diusulkan secara internasional dapat mempermudah hal ini, dan WHO hampir menyelesaikan standarisasi

formulir rekaman dan pelaporan untuk perawatan dan pengobatan untuk memasukkan indikator pemaduan TB/HIV.

Rwanda dan Kenya keduanya terus-menerus melakukan pelatihan staf dan dukungan teknis secara intensif. Di Rwanda, “Pusat percontohan TB/HIV dijadikan tempat pelatihan praktis,” Dr. Vandebriel mengatakan. “Antara April-Juni 2007, 21 perawat dan sembilan dokter dari layanan TB dan ART dilatih.” Pelatihan terdiri dari kunjungan dua hari untuk melengkapi pelatihan perawatan dan pengobatan TB dan HIV yang teoritis.

Di Kenya, pelatihan dan dukungan teknis adalah mungkin walau ada kekurangan sumber daya manusia, termasuk larangan untuk menambahnya, menurut Dr. Chakaya: “Kami harus memakai mekansime yang gila untuk mendapatkan staf, dan kami untung karena kami di antara gelombang pertama untuk Intensive Support and Action Countries (ISAC). Tentu saja kami mempunyai PEPFAR, yang memungkinkan kami mendapatkan 36 koordinator tambahan untuk memicu tindakan di daerah dengan beban TB/HIV yang tinggi. Dengan demikian kami mampu melatih orang di semua kabupaten kami; dan kami menyediakan dukungan teknis untuk mengembangkan pedoman dan daftar tilik.”

Dan dengan mengambil contoh dari buku mengenai penanggulangan TB, Kenya menetapkan target nasional untuk penerapan kegiatan TB/HIV.

“Kami menyediakan target, dan hal ini adalah kunci. Setiap titik pemberian layanan diberikan target untuk TB, HIV dan semua unsur lain penanggulangan TB. Hal ini sangat penting,” Dr. Chakaya mengatakan. Kenya menetapkan target untuk tes 80 persen pasien TB untuk HIV, dan ketersediaan kotri dan ART, dan skrining 20 persen Odha untuk TB. Secara nasional, mereka sudah mencapai target untuk kotri – jadi mungkin mereka sebaiknya mulai menetapkan target 100 persen.

Hampir semua yang dilakukan oleh Kenya dan Rwanda dimasukkan pada daftar usur penting untuk peningkatan layanan TB/HIV, yang dikajikan oleh Dr. Haileyesus Getahun dari Stop TB Department WHO di pertemuan PEPFAR/WHO, tetapi penetapan target adalah paling atas pada daftarnya, diikuti oleh penetapan kebijakan nasional, dan penerbitan dan penyebaran petunjuk operasional dan pedoman pelatihan.

Beberapa peserta pada pertemuan PEPFAR/WHO ingin membawa pulang pesan ini.

“Pelajaran kedua [yang kami pelajari] adalah manfaat dari pedoman untuk memadukan TB/HIV serta mendukung pedoman tersebut dengan protokol operasional mengenai penerapan pedoman, mengingatkan ada berbagai model untuk memadukan TB/HIV,” dikatakan wakil dari Afrika Selatan.

Layanan kerja sama TB/HIV

Sisa kegiatan kerja sama meliputi layanan kesehatan yang harus disediakan pada orang yang hidup dengan atau rentan terhadap HIV atau TB.

“Intervensi ini tidak dapat dilakukan oleh hanya satu program, harus keduanya,” Dr. Chakaya mengatakan. “Program penanggulangan TB harus memainkan peranannya seperti juga program penanggulangan HIV. Terkait dengan siapa yang harus ambil peranan utama dan untuk intervensi yang mana, saya rasa kegiatan untuk mengurangi beban TB di antara pasien HIV seharusnya dilakukan oleh program penanggulangan HIV sementara program penanggulangan TB harus bertanggung jawab untuk kegiatan untuk mengurangi beban penyakit HIV di antara pasien TB. Bagi saya hal ini paling masuk akal.”

Tetapi model yang berbeda dikembangkan untuk menyediakan layanan pada rangkaian yang berbeda:

1. Membentuk sistem rujukan lintas tempat TB dan HIV yang baik dan terpisah, dengan penyediaan layanan terkait TB terutama melalui klinik TB dan layanan terkait HIV terutama melalui klinik HIV. Beberapa layanan TB masih harus dipadukan dalam klinik HIV: klinik HIV masih harus skrining orang untuk TB (atau menilai status TB-nya, misalnya apakah mereka menjalankan terapi TB, dll.) dan mempraktekkan pengendalian infeksi TB yang baik. Namun, orang yang ditentukan oleh skrining TB sebagai terduga TB (mungkin memang TB) tetap harus dirujuk pada fasilitas yang dapat melakukan proses diagnostik TB secara lengkap.

2. Pemaduan sebagian: klinik TB menyediakan beberapa layanan HIV, tetapi merujuk pasien untuk layanan lain (misalnya tes CD4 atau ART). Cara ini terutama umum bila pemerintah mengharuskan klinik melalui proses akreditasi yang tegas atau memasang keamanan sebelum boleh menyediakan obat ARV. Di Afrika Selatan, masalah akreditasi menunda kemampuan Rumah Sakit Richmond untuk menyediakan ART, walau rumah sakit tersebut sekarang diakreditasikan untuk melakukannya. Satu ‘jalan pintas’ yang dikembangkan untuk menyebarkan ART dan layanan HIV lain ke klinik TB di daerah pelosok di provinsi Gauteng adalah klinik mobil dengan staf dan apotek khusus.
3. Pemaduan total dengan klinik satu atap untuk pasien, misalnya di Rumah Sakit Kericho dan Mulago di Rwanda (lihat boks). Contohnya, selama pasien belum sembuh TB-nya, mereka menerima semua layanan HIV-nya, termasuk ART, dari klinik TB yang ada, atau dari klinik terpadu yang baru.

Layanan satu atap untuk pasien TB dengan HIV di klinik TB/HIV model di Rwanda

- Konseling dan tes HIV (PITC)
- Pendaftaran untuk perawatan bagi pasien baru (atau bila seorang Odha sudah dalam perawatan saat didiagnosis dengan TB, rekam medisnya dipindah ke layanan TB)
- Pengambilan darah untuk tes CD4
- Konsultasi medis, penyediaan kotri, ART
- Distribusi kotri dan ART (pemindahan alat farmasi, pemantauan inventaris ART dan kotri);
 - Orang yang sudah memakai ART melalui penyediaan bulanan dan pemberian sendiri
 - Pasien yang baru terdaftar di bawah DOT (terapi yang diawasi oleh pengawas penelakan obat/PMO)
- Waktu pengobatan TB selesai, pasien dirujuk dan di-‘temankan’ ke klinik ART untuk tindak lanjut.

Kedua model ini mungkin mempunyai kekuatan dan kelemahan di rangkaian berbeda, atau dalam keadaan tertentu, mungkin sekadar kompromi untuk apa yang dapat tercapai pada satu tempat, tergantung pada suasana ‘kebijakan’ atau sumber daya yang tersedia pada waktu tertentu.

Namun penting diingat bahwa di setiap titik di seluruh rantai rujukan, kapan pun seseorang dirujuk ada risiko dia hilang. Beberapa program mengembangkan sistem dengan pemantauan aktif saat merujuk, kadang kala dengan penggunaan pekerja komunitas. Walau begitu, lebih sulit mendapatkan dan merekam data hasil mengenai rujukan, contohnya di rangkaian di mana klinik TB harus merujuk orang ke tempat yang terpisah untuk tes HIV.

Tetapi tidak harus semua atau tidak sama sekali – mungkin klinik HIV atau TB dapat mulai dengan sistem rujukan, dan berungsur-ungsur mengurangi ketergantungan pada rujukan sebagaimana sumber daya dan kemampuan menjadi tersedia untuk memadukan lebih banyak layanan di bawah satu atap.

“Terkait dengan model perawatan yang khusus,” Dr. de Cock mengatakan, “walaupun model menyampaikan mungkin berbeda-beda, hasilnya seharusnya persis sama: diagnosis untuk kedua penyakit; pengobatan TB yang sukses sampai ke penyembuhan atau penyelesaian; penurunan pada perkembangan penyakit HIV dan mortalitas, serta penurunan pada penularan kedua penyakit.”

Namun, dari presentasi di pertemuan PEPFAR, adalah jelas bahwa beberapa pendekatan pada penyediaan layanan TB/HIV adalah sangat penting untuk keberhasilannya.

Layanan untuk mengurangi beban TB pada Odha

Program HIV di kebanyakan negara belum menerapkan layanan mengurangi TB secara agresif.

1) Intensifkan penemuan kasus TB

Penemuan kasus TB yang diintensifkan meliputi skrining semua orang dengan, atau rentan terhadap HIV secara berkala (terutama pada rangkaian yang padat, misalnya lapas) untuk gejala dan tanda TB, segera merujuknya untuk diagnosis dan pengobatan, dan melakukan hal yang sama untuk kontakannya dalam rumah tangga.

“Ada kesempatan yang nyata, saat orang datang untuk perawatan HIV atau mengunjungi klinik perawatan HIV untuk mengambil ARV-nya, untuk melakukan skrining secara sederhana untuk TB. Kita tidak bicara mengenai mengesampingkan TB dalam hal ini, kita hanya bicara mengenai penggunaan angket untuk

melihat apakah mereka bergejala, dan kalau begitu, memasukkan mereka dalam proses diagnostik,” dikatakan Dr. Reid.

Skrining HIV dapat dilakukan secara cepat dan murah dengan memakai angket yang menanyakan pasien apakah mereka saat ini memakai pengobatan TB, dan bila tidak apakah mereka mempunyai gejala berikut: biasanya batuk (selama lebih dari dua atau tiga minggu), demam, keringat pada malam hari, kehilangan berat badan baru-baru ini, limfadenopati.

Alat skrining kemungkinan akan menangkap terlalu banyak pasien terduga dari terlalu sedikit – karena ini hanya langkah pertama dalam proses diagnostik. Walau begitu, Dr. Willie Were dan rekan dari CDC Uganda mengkaji penelitian di pertemuan Implementer yang menunjukkan bahwa sedikit gejala klinis dasar sangat memprediksikan TB pada pasien terinfeksi HIV dengan TB. Analisis melibatkan 71 (3,6 persen) kasus TB didiagnosis dari 1995 pasien. Sensitivitas 100 persen tidak dapat tercapai dengan hanya satu gejala, tetapi gabungan parameter berikut: batuk lebih dari tiga minggu, demam lebih dari satu bulan, limfadenopati, dan body mass index (BMI) kurang dari 18 mencapai sensitivitas 99 persen, spesifitas 66 persen dan *negative predictive value* (NPV) 100 persen untuk TB. Selama pemantauan pasien pemakai ART, keberadaan salah satu dari batuk lebih dari tiga minggu atau kelemahan lebih dari dua minggu mencapai sensitivitas 100 persen, spesifitas 66 persen dan NPV 100 persen.

Tidak jelas mengapa program HIV belum menerapkan skrining (atau sedikitnya melaporkannya), karena ada beberapa contoh yang memberi kesan bahwa skrining cukup mudah diterapkan. Rumah Sakit Mulago menskrining 4.835 pasien klinik HIV-nya, dengan fokus pada batuk lebih dari dua minggu, kemudian mencari gejala klinis lain (demam dan kehilangan berat badan) sebelum memasukkan pada proses diagnostik (yang termasuk rontgen dada). Tujuh belas persen ditemukan dengan TB aktif. Rwanda mengembangkan angket dengan lima pertanyaan, dan saat ini menskrining lebih dari 90 persen orang dalam klinik model TB/HIV-nya (dan 76 persen di seluruh negara). Rwanda sekarang mulai skrining pada program tes dan konseling HIV yang menjangkau komunitas (skrining sampai 68 persen orang dalam keluarga yang dikunjungi).

Haiti juga menerapkan skrining TB dalam klinik VCT-nya dengan hanya menilai apakah klien berbatuk. Tiga puluh persen mereka yang berbatuk ditemukan mempunyai TB aktif, 9 persen dari keseluruhan klien VCT (Grand’Pierre).

Demikian juga, skrining TB juga harus dimulai di klinik PMTCT, klinik IMS dan di mana pun lain orang berisiko TB mungkin berkumpul.

Namun, menetapkan sistem rujukan yang baik antara tempat ini dan pusat diagnosis dan pengobatan TB adalah penting. Di beberapa program, jumlah pasien yang besar hilang antara skrining dan diagnosis akhir. Menurut Dr. Vandebriel di Rwanda, pasien hilang setelah kunjungan berulang pada klinik TB yang dibutuhkan untuk pengambilan contoh dahak ulang, dan terutama bila mereka harus membayar biaya layanan (mis. untuk rontgen dada).

2) Mengobati TB laten (terapi pencegahan TB dengan isoniazid/IPT)

“IPT mungkin kegiatan yang paling jarang diterapkan, dan kami memahami alasan untuk hal ini,” dikatakan Dr. Reid.

Bila TB sudah dikesampingkan, IPT diberi pada orang dengan HIV dan infeksi *Mycobacterium tuberculosis* laten untuk mencegah timbulnya penyakit aktif. Namun, hanya kurang lebih 25.000 Odha saat ini diobati dengan isoniazid untuk infeksi TB laten, dan kurang lebih 84 persen adalah peserta program IPT Botswana.

Banyak program takut pengembangan resistansi terhadap isoniazid, dan juga tidak mampu menerapkan IPT secara luas (walau mengapa IPT lebih sulit diterapkan dibandingkan profilaksis kotri tidak jelas). HATIP baru saja menggambarkan beberapa masalah terkait IPT (lihat <http://www.aidsmap.com/cms1199982.asp>). Di pertemuan Implementer, ada beberapa laporan mengenai proyek percobaan yang mulai di negara lain, termasuk Nigeria dan Kenya. Namun kebanyakan negara tampaknya menunggu data mengenai hasil program pelopor Botswana, beberapa di antaranya diharapkan akan dipresentasi di pertemuan World Union TB pada November 2007.

3) Pengendalian infeksi TB DAPAT diterapkan di klinik HIV

Demikian juga, pengendalian infeksi TB tidak diterapkan di kebanyakan rangkaian di mana orang diobati untuk HIV tetapi hal ini berubah sejak jangkitan XDR-TB di Afrika Selatan.

Afrika Selatan banyak disalahkan karena jangkitan XDR-TB, dengan banyak ahli menyalahkan program TB-nya “tidak patuh terhadap DOTS”, satu “produk sampingan” pengendalian TB yang lemah. Mungkin anggapan ini sebagian benar: kewalahan oleh beban infeksi bersamaan, beberapa klinik TB Afrika Selatan tidak mampu memenuhi target untuk pengenalan kasus dan dukungan kepatuhan pasien yang diawasi. Di seluruh negara, angka penyelesaian pengobatan TB hanya mencapai kurang lebih 65 persen dan angka mangkir 14 persen. Juga ada masalah dengan ketersediaan obat TB lini kedua seperti fluorokwinolon secara luas di sektor swasta untuk indikasi yang kurang berat.

Tetapi jangkitan mungkin sebagian diakibatkan oleh kegiatan kerja sama TB yang telat dipadukan – terutama pengendalian infeksi – dalam program HIV. Dalam hal jangkitan tahun lalu, 85 persen XDR-TB diakibatkan penularan hanya satu jenis XDR secara nosokomial – jadi tidak muncul secara independen pada ratusan pasien yang menerima perawatan yang kurang memadai. Tetapi dengan ketiadaan pengendalian infeksi TB secara efektif, satu kasus XDR-TB dapat menyebar secara cepat di antara Odha lain karena mereka cenderung lebih sering menjangkau layanan kesehatan.

“Ada banyak TB yang tidak didiagnosis, dan hal ini berarti TB yang terus-menerus disebarkan dalam klinik ART dan dalam komunitas,” Dr. Reid mengatakan. “Kebanyakan klinik tersebut belum menetapkan kebijakan penanggulangan TB dan orang duduk berjam-jam dalam ruang tunggu untuk mengambil obatnya. Bila salah satunya mempunyai TB, atau yang lebih buruk, XDR-TB, semua yang ada dalam ruang kemungkinan akan tertular.”

“Sebetulnya jangka panjang ada kemungkinan keadaan dapat memburuk bila kita menerapkan program yang kurang baik,” Dr. de Cock mengatakan. “Karena ART dapat memperpanjang hidup pasien terinfeksi HIV tetapi rentan terhadap TB dan juga mampu menularkan TB pada orang lain.”

Hubungan yang semakin erat antara resistansi HIV dan TB terhadap obat diamati di negara lain. Contohnya, pada pertemuan Implementer, Dr. Reynold Grand’Pierre dari Haiti mengatakan bahwa angka MDR-TB adalah tiga kali lipat lebih tinggi di antara Odha di negaranya.

Banyak negara, termasuk Kementerian Kesehatan di Afrika Selatan menyatakan keinginan untuk menerapkan kebijakan pengendalian infeksi secara luas, walau tidak jelas kapan kebijakan ini dapat ditetapkan.

Sementara itu, klinik HIV dapat menetapkan strategi pengendalian infeksi berdasarkan praktek kerja yang baik dan kegiatan administratif. Strategi ini dapat termasuk: rencana pengendalian tertulis untuk setiap pusat kesehatan; dukungan administratif untuk prosedur dalam rencana, termasuk pengendalian mutu, pelatihan staf, pendidikan pasien dan peningkatan kepedulian komunitas dalam koordinasi dan komunikasi dengan program TB.

Lima langkah untuk mencegah penularan TB dalam rangkaian perawatan HIV (dari pedoman WHO)

Langkah I: Skrining

- pengenalan dini kasus atau yang terduga

Langkah II: Bimbingan

- higiene batuk

Langkah III: Pisahkan

- kasus atau yang terduga di klinik rawat jalan dan bangsal

Langkah IV: Beri layanan HIV/AIDS

- layanan secara cepat untuk mengurangi pajanan

Langkah V: Selidiki atau rujuk untuk TB

- Diagnosis TB di tempat atau rujukan secara cepat

Layanan untuk mengurangi beban HIV di antar orang dengan TB

Layanan untuk mengurangi beban HIV di antara orang dengan TB lebih jelas. Namun beberapa negara dan proyek jauh lebih berhasil dalam peningkatannya dibanding yang lain. Beberapa kesuksesan dan kegagalan, serta tantangan terus-menerus digambarkan di bawah.

1) Konseling dan tes HIV

Tanpa konseling dan tes HIV, para negara tidak akan pernah mengenal skala beban koinfeksi HIV dan TB secara benar, dan orang dengan TB yang juga terinfeksi HIV tidak akan diketahui dan diobati.

Diulang berkali-kali di pertemuan Implementer sebagai pendorong yang jauh paling penting untuk keberhasilan peningkatan layanan TB/HIV di beberapa tempat adalah PITC. Tanpa cara tes dan konseling ini (yang dipicu oleh petugas layanan kesehatan), kesuksesan program di Kenya, Rwanda, Rumah Sakit Mulago dan tempat lain pasti tidak mungkin.

Salah satu kejadian yang sangat penting di Kenya adalah pembentukan kebijakan untuk PITC di rangkaian klinis,” Dr. Chakaya mengatakan. “Sebelum 2004, semua pasien TB kami dirujuk ke tempat VCT untuk tes HIV dan hal ini mengalami banyak masalah. Tetapi pada 2004, Menteri Kesehatan mengeluarkan dokumen kebijakan mengenai Tes HIV di Rangkaian Klinis yang mengatakan bahwa: ‘bila kita tidak menawarkan tes HIV pada orang yang hadir dengan penyakit terkait HIV, maka kita menyediakan perawatan yang di bawah standar sebagai dokter.’”

“Pernyataan itu sangat menonjol dalam dokumen tersebut, dan sangat mempengaruhi. Tidak ada dokter yang ingin menawarkan perawatan di bawah standar,” dia mengatakan, mencatat bahwa pernyataan juga diperkuat dalam pelatihan. “Peristiwa ini sangat, amat penting yang benar-benar mempermudah jalan untuk banyak tes pada pasien TB.”

Namun di negara lain, program terus tergantung pada VCT. Sayangnya, walau sangat mudah untuk staf klinik TB mengusulkan VCT, kebanyakan orang tidak meneruskan rujukan.

“Pada awalnya, pemanfaatan VCT sangat buruk di Rumah Sakit Richmond,” Dr. Uys mengatakan, “karena kami harus memakai pendekatan VCT akibat kebutuhan etika. Kehadiran untuk VCT meningkat sementara waktu kami meningkatkan sesi konseling kelompok tetapi sayangnya kemudian merosot.”

Proporsi orang dengan TB yang sebenarnya melakukan tes di program Richmond hanya 30 persen. Dan ini lebih tinggi daripada dilaporkan oleh beberapa poster di South African AIDS Conference. Contohnya, setelah pelatihan perawat secara intensif yang sangat baik oleh program Practical Approach to Lung Health and HIV/AIDS in South Africa (PALSA PLUS), pemanfaatan VCT di antara pasien TB meningkat lebih dari dua kali lipat – tetapi hanya dari 10,1 persen menjadi 21,2 persen (Fairall).

Pengalaman dari program kerja sama TB/HIV didirikan di Jakarta, Indonesia juga serupa.

“Ada keengganan untuk mulai konseling dan tes untuk HIV di program TB (PPTI), karena ada kekhawatiran menimbulkan stigma ganda, dan mengurangi deteksi TB, mengurangi jumlah orang yang hadir untuk pengobatan TB,” dikatakan Dr. Flora Tanujaya, manajer klinis senior untuk Family Health International di Indonesia.

Tetapi pada September 2004, mereka mendirikan tempat VCT di klinik TB (serta beberapa layanan kerja sama untuk Odha). Tetapi pada bulan-bulan pertama, hampir tidak ada seorang pun yang dirujuk padanya sebenarnya melakukan tes (kurang lebih 14 persen penggunaan keseluruhan, kurang lebih 30 persen di antara mereka yang mengikuti sesi pendidikan HIV). Jadi pada 2005, mereka mengambil pendekatan *opt-in*. Tidak ada perubahan. Pada 2006, mereka mulai memutar video pendidikan yang meningkatkan penjangkauan sesi pendidikan HIV menjadi 100 persen.

“Namun pemanfaatan konseling prates (dan tes) tetap hanya kurang lebih 30 persen,” dia mengatakan. “Sudah waktunya untuk memakai strategi *opt-out*, tetapi kami menunggu perubahan pada kebijakan nasional.”

Mengubah kebijakan nasional termasuk mengubah siapa yang diperbolehkan melakukan tes HIV. Di beberapa rangkaian, staf non-laboratorium (termasuk perawat) tidak diperbolehkan menjalankan tes HIV cepat, sementara di rangkaian lain staf medis dapat menjalankan tes tetapi konselor terlatih tidak.

Program HIV kadang kala enggan melepaskan tes HIV pada program TB, yang menghasilkan kelambatan dalam peningkatan kegiatan kerja sama. Tetapi kesimpulan dari satu diskusi meja bundar di pertemuan PEPFAR/WHO adalah bahwa tes HIV harus tersedia pada setiap tempat TB mikroskopi.

Satu titik akhir yang sering diulang pada pertemuan HIV Implementer dan PEPFAR/WHO adalah bahwa tes HIV harus dilakukan pada semua terduga TB – bukan hanya pasien TB. Beberapa tim mencatat bahwa masalah lain terkait HIV ternyata sering menjadi alasan orang dirujuk pada klinik TB.

2) Cara mencegah HIV

Dengan pelatihan dan pembekalan bahan secara terus-menerus, kebanyakan tempat kerja sama mampu memulai dan menerapkan strategi pencegahan HIV yang memadai untuk pasiennya.

Aspek yang masih harus diperhatikan oleh program termasuk penyediaan atau rujukan pada PMTCT, skrining IMS dan layanan KB.

3) Profilaksis kotri

Kebanyakan program TB di konferensi melaporkan hampir tidak ada masalah dengan memulai terapi profilaksis kotri, selain kadang kala ada masalah dengan pengelolaan rantai pembekalan, dan karena tidak ada pilihan lain selain kotri (mis. dapson) bila ada kontraindikasi di DRC.

4) Perawatan dan dukungan HIV/AIDS

Klinik TB mungkin harus meningkatkan jumlah staf bila mereka menyediakan layanan perawatan dan dukungan HIV/AIDS terpadu (daripada merujuk pasien ke klinik HIV).

“Konseling dan dukungan untuk pasien yang sekaligus memakai obat anti-TB dan ART membutuhkan jauh lebih banyak dukungan. Mereka sering sangat sakit dan ada lebih banyak laporan mengenai kehilangan pil dan mencoba mengubah waktu untuk memakai obat di antara pasien ini, sehingga mereka membutuhkan jauh lebih banyak dukungan,” Dr. Wanyenze mengatakan. “Karena ada beban kerja yang lebih tinggi terkait dengan konseling dan menyediakan pasien untuk ART, misalnya, dan untuk tes laboratorium, kami terpaksa menambah staf di sana untuk membantunya.”

“Kami memakai beberapa sumber daya yang kami terima dari PEPFFAR untuk mengupah karyawan tambahan,” dia mengatakan.

5) Terapi antiretroviral

Program TB mencapai keberhasilan yang berbeda-beda dalam memulai ART pada pasien koinfeksi, terutama tergantung pada apakah mereka tergantung pada rujukan dari klinik ART yang ada atau mampu memulainya sendiri. Di DRC, kurang lebih 7 persen orang yang dirujuk mulai ART, sementara di Rumah Sakit Kericho, 100 persen mendapatkannya (walau untuk sebagian kecil mereka baru mulai setelah menyelesaikan pengobatan TB).

Tetapi karena alasan yang jelas, setiap klinik TB di negara dengan beban tinggi tidak dapat menyediakan ART secepatnya – sehingga rujukan tetap dibutuhkan. Tetapi hal ini menimbulkan masalah bila klinik TB lebih didesentralisasi dibandingkan klinik ART.

“Walau jumlah mutlak pasien TB terinfeksi HIV yang menerima ART meningkat dramatis, proporsi pasien TB terinfeksi HIV yang tidak menerima ART tidak menurun,” Dr. Chakaya mengatakan.

“Layanan TB didesentralisasi... tetapi tempat pengobatan ARV belum didesentralisasi pada tingkat yang sama. Kami menganggap bahwa hal ini mungkin menjadi alasan utama banyak pasien TB kami yang terinfeksi HIV tidak menerima pengobatan ARV,” dikatakan Dr. Chakaya.

Masalah lain adalah kapan persisnya harus mulai ART pada orang yang ditemukan dengan TB dan HIV. Kebijakan berbeda-beda tergantung negara, tetapi sistem di Rumah Sakit Kericho tampaknya bekerja dengan lumayan baik.

“Pada awalnya, pada hari pertama mereka ditemukan koinfeksi, kami melakukan tes CD4 dan pemeriksaan, kemudian mulai pengobatan TB dan minta mereka kembali setelah dua minggu,” Muttai mengatakan. Anggota keluarga atau teman dikonseling untuk mengawasi pasien (DOTS).

“Setelah dua minggu, kami meninjau kembali hasil HIV dan memberi obat TB lagi. Bila CD4-nya sangat rendah, kami ingin mulai ART secepatnya, tetapi kami memberi sedikitnya dua minggu untuk mengamati apakah mereka bertahan baik dengan obat TB-nya, dan dengan cara ini bila kemudian ada efek samping ART, kami dapat menilai secara klinis apakah diakibatkan oleh obat TB atau HIV... Waktu mereka menyelesaikan pengobatan TB, kami mengalihkan mereka pada klinik HIV,” dia mengatakan.

Meneruskan pengobatan untuk seorang dengan HIV dan sembuh dari TB di klinik TB jelas menempatkan mereka dalam risiko paparan ulang pada TB, jadi kebanyakan program mengusulkan orang yang memakai ART dirujuk pada klinik HIV yang paling nyaman. Tetapi kadang kala hal ini rumit.

“Kami menghadapi tantangan dengan memindahkan pasien keluar setelah mereka menyelesaikan pengobatan TB,” Dr. Wanyenze mengatakan. “Mereka dikaitkan dengan klinik dan menjadi sedikit tidak nyaman bila dipindahkan.”

Tantangan tetap

Pasti ada beberapa masalah yang terus-menerus membatasi kesuksesan upaya kerja sama TB/HIV apa pun. Misalnya, negara terbatas sumber daya tetap harus memperkuat sistem kesehatannya dan menambah angkatan tenaga kerja kesehatan. Walau bantuan dari PEPFAR, Global Fund, DFID dan mitra lain memungkinkan beberapa program menambah staf, dan program lain mencari cara untuk ‘mengalihkan tugas’ kepada kader pekerja yang baru (misalnya relawan dan/atau staf *lay* yang digaji dari komunitas), solusi jangka panjang dan kesinambungan dibutuhkan.

Walaupun ada peningkatan dana untuk laboratorium dan bahan diagnostik, kemampuan untuk diagnosis TB secara cepat, termasuk yang BTA-negatif dan jenis yang resistan terhadap obat tetap bermasalah. Satu kelompok meja bundar di pertemuan PEPFAR/WHO mengusulkan bahwa program HIV dapat mempertimbangkan penggunaan sebagian dananya untuk memperbaiki kemampuan laboratorium, karena dengan angka koinfeksi yang tinggi, ada kemungkinan besar hal ini akan memperbaiki hasil bagi pasiennya.

Akhirnya, pengelolaan rantai pembekalan harus diperbarui dan diperbaiki untuk mencegah kehabisan kit tes HIV, kondom dan kotri.

Saat berkembang

Tetapi pada akhirnya (termasuk akhir konferensi), adalah jelas, berdasarkan contoh dari Kenya dan Rwanda dan di beberapa tempat percobaan, masalah ini tidak boleh merintangikan penerapan kegiatan kerja sama secepatnya.

“Saya menganggap inilah saat kita bergerak melampaui tempat percobaan,” dikatakan Dr. Anand Date dari CDC saat kami naik pesawat meninggalkan Kigali. “Sudah saatnya untuk berkembang.”

Referensi

- Dhlamini N et al. HIV & AIDS, STI, tuberculosis (HAST) integration. 3rd South African AIDS Conference, Durban South Africa, abstract 223, 2007.
- Chakaya JM. TB/HIV: Integration of services and stopping the newest epidemic—XDR-TB. The 2007 HIV/AIDS Implementers’ Meeting, Kigali, Rwanda.
- Fairall L. Practical approach to lung health and HIV/AIDS in South Africa (PALSA PLUS): a best practice model for primary care nurse training in integrated healthcare. 3rd South African AIDS Conference, Durban South Africa, abstract 733, 2007.
- Getahun, H. Enablers for nationwide expansion of collaborative TB/HIV activities. Accelerate HIV/TB activities in PEPFAR focus countries. Kigali, Rwanda, 2007.
- Grand’Pierre, R et al. HIV/TB integration in a network of VCT centers in Haiti. The 2007 HIV/AIDS Implementers’ Meeting, Kigali, Rwanda. The 2007 HIV/AIDS Implementers’ Meeting, Kigali, Rwanda abstract 303.
- Loveday, M et al. The awareness and effect of HIV on TB patients and health service provision for TB patients. 3rd South African AIDS Conference, Durban South Africa, abstract 710, 2007.
- Mwesigire, D.M A model for integration of TB and HIV care and treatment services in Mulago Hospital, Uganda. The 2007 HIV/AIDS Implementers’ Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 1062.
- Muttai HC, Hamm TE, Sigei, CK. Integration of HIV and TB services within the district hospital: experiences from the Kericho District Hospital in Kenya. The 2007 HIV/AIDS Implementers’ Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 678.

HATIP 88: Saat memadukan perawatan TB/HIV pada skala nasional

- Natpratan, C et al. TB/HIV public-private partnership for most-at-risk-groups in Jakarta, Indonesia. The 2007 HIV/AIDS Implementers' Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 831.
- Ndhlovu L et al. Challenges to integrating ART and TB services in Health Facilities in South Africa. 3rd South African AIDS Conference, Durban South Africa, abstract 230, 2007.
- Reid A et al. Global progress in implementing collaborative TB/HIV Activities – comparison with the 15 PEPFAR 'focus' countries. The 2007 HIV/AIDS Implementers' Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 1771.
- Scott V et al. Evaluation of an integrated HIV/TB/STI strategy in Cape Town. Addressing the challenge of turning the policy of HIV/TB integration into action. 3rd South African AIDS Conference, Durban South Africa, abstract 586, 2007.
- Stephens D et al. Integration of tuberculosis (TB) treatment in HIV And AIDS programming. 3rd South African AIDS Conference, Durban South Africa, abstract 445, 2007.
- Van Rie A et al. Roll-out of provider-initiated HIV counselling and testing for patients with tuberculosis in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. The 2007 HIV/AIDS Implementers' Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 763.
- Vandebriel G. Early results of implementation of a national policy on TB screening in people living with HIV attending ART clinics in Rwanda. The 2007 HIV/AIDS Implementers' Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 596.
- Verkijt SE et al. TB and HIV services integration in TB hospitals at the Buffalo City Local Service Area, East London, South Africa. 3rd South African AIDS Conference, Durban South Africa, abstract 684, 2007
- Weyer K et al. Improving access to HIV care for TB patients in South Africa: a best-practice approach. 3rd South African AIDS Conference, Durban South Africa, abstract 362, 2007.
- Were W.A et al. Clinical predictors of active tuberculosis in HIV-infected people attending an antiretroviral treatment program in rural Uganda. The 2007 HIV/AIDS Implementers' Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 1280.

Acuan

WHO STOP TB Department <http://www.who.int/topics/tuberculosis/en/>

The STOP TB Partnership http://www.stoptb.org/wg/tb_hiv/

Artikel asli: It's time to integrate TB/HIV care on a national scale
<http://www.aidsmap.com/cms1230909.asp>