

# HATIP 90: Tindak lanjut pada tindak lanjut: beralih ke tanggapan berbasis komunitas untuk meningkatkan kelangsungan perawatan

Oleh: Theo Smart, 31 Agustus 2007

*“Peningkatan ART harus disertai oleh desentralisasi pengobatan hingga ke tingkat perifer. Sistem yang tepat perlu dibentuk untuk menampung jumlah pasien yang terus bertambah. Hal ini termasuk memenuhi kebutuhan petugas kesehatan di semua tingkatan (di rangkaian Afrika Selatan, terutama perawat) untuk memberi dan memantau ART serta memastikan dukungan kepatuhan oleh staf non-medis.”*

Dr. Gilles Van Cutsem dari Médecins Sans Frontières, Khayelitsha menyatakan pada konferensi Retroviruses and Opportunistik Infeksi ke-14 di Los Angeles, AS, 2007

## 1. Pembukaan: mengapa kita harus angkat lagi masalah mangkir

Pada awal tahun ini, HATIP menulis tentang keprihatinan yang terus meningkat bahwa walau sebagian besar orang yang memulai terapi antiretroviral (ART) di rangkaian terbatas sumber daya berhasil baik dengan rejimen lini pertamanya, proporsi pasien yang tidak dapat diterima besarnya dan terus meningkat mangkir dari tindak lanjut dan perawatan, bahkan di tempat percontohan, karena rumah sakit telah mencapai batas jumlah orang yang dapat ditatalaksana dengan mudah (<http://spiritia.or.id/hatip/bacahat.php?artno=0083>). Kekhawatiran ini sudah diperkuat karena beberapa rumah sakit pemerintah di Afrika Selatan melaporkan angka mangkir yang cukup tinggi.

Tetapi, dalam konferensi besar pada Juni dan Juli, (Third South African AIDS Conference, Fourth International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Pengobatan and Prevention di Sydney dan HIV Implementer’s Meeting di Kigali, Rwanda), ada berbagai contoh program untuk meningkatkan ketahanan dengan cara memindahkan pemberian ART dan dukungan yang lebih mendekati pasien. Hal ini dilakukan secara desentralisasi hingga ke rumah sakit tingkat perifer dengan lebih banyak mengandalkan perawat dan petugas layanan kesehatan masyarakat – terutama Odha yang diberdayakan untuk berperan sebagai anggota tim perawat klinis – atau bersama LSM, organisasi keagamaan (*faith-based organisation/FBO*) (termasuk Catholic Relief Services) dan organisasi komunitas (CBO) sudah menyediakan perawatan berbasis komunitas dan di rumah.

Proyek Home Based AIDS care yang dibahas dalam HATIP yang lalu hanyalah satu contoh tentang hasil yang sangat baik yang dapat dicapai apabila kemampuan komunitas yang ada, yang dalam hal ini melibatkan tim perawatan di rumah yang memberi perawatan pencegahan secara menyeluruh, diperluas untuk juga memberi ART (<http://spiritia.or.id/hatip/bacahat.php?artno=0089>). Namun, walaupun hasilnya merupakan di antara hasil terbaik yang pernah dilaporkan, hasil tersebut tidak dibandingkan secara langsung dengan model perawatan ART lain.

Tetapi analisis data baru-baru ini dari program lain yang sangat besar di delapan negara yang didukung oleh PEPFAR, menyediakan bukti jelas yang menunjukkan bahwa ***program yang mendukung orang yang memakai (ART) di rangkaian terbatas sumber daya dengan kunjungan atau perawatan di rumah tampak mengurangi persentase mangkir secara bermakna dibandingkan apabila ART dan dukungan kepatuhannya adalah terutama berbasis rumah sakit.***

Penelitian ini, yang dipresentasikan dalam bentuk poster pada konferensi IAS oleh Martine Etienne dari Institute of Human Virology di Universitas Maryland, menilai model penyediaan perawatan dan dukungan kepatuhan yang berbeda yang dipakai pada 16.641 pasien yang datang ke 34 tempat selama tahun pertama AIDSRelief, konsorsium LSM, FBO dan CBO yang bertugas di negara berkembang. Selama tiga tahun terakhir, konsorsium ini sudah memulai lebih dari 70.000 orang dengan ART di lebih dari 140 tempat di Kenya, Tanzania, Uganda, Zambia, Haiti, Rwanda, Guyana dan Nigeria.

“Menilai dan menentukan model [perawatan] terbaik adalah penting untuk terus meningkatkan keberhasilan di rangkaian terbatas sumber daya,” tim peneliti menulis. Oleh karena itu program tersebut sudah mulai membandingkan data tentang hasil yang tersedia dari banyak tempat untuk menentukan

model perawatan terbaik untuk mengantar ART. Untuk kepentingan analisis ini, model perawatan didefinisikan oleh tipe dukungan kepatuhan di tempat dukungan ART AIDSRelief yang berbeda.

- Tingkat 1: Rumah sakit yang hanya menyediakan konseling kepatuhan (n=11 tempat)
- Tingkat 2: Rumah sakit yang menyediakan konseling kepatuhan dengan rencana persiapan pengobatan – yaitu orang menunjuk teman atau keluarga untuk menjadi pendukung kepatuhan dan keduanya mengikuti pendidikan HIV secara intensif dan persiapan ART; tindak lanjut adalah berbasis rumah sakit (termasuk melacak yang mangkir, bila perlu) (n=4 tempat)
- Tingkat 3: Mencakup intervensi Tingkat 1 dan 2, plus perawatan berbasis rumah dan /atau pemantauan kepatuhan yang disediakan oleh pekerja kesehatan yang terlatih (sering sesama Odha) (n=10 tempat)
- Tingkat 4: Sama dengan Tingkat 3 tetapi dengan tambahan perawat berbasis komunitas yang menyediakan pengawasan pada tim perawat berbasis di rumah dan dapat menanggapi kebutuhan medis secara cepat misalnya infeksi oportunistik dan efek samping yang mungkin dialami pasien (n=9 tempat)

Khusus pada penelitian ini kepatuhan pasien secara individu tidak diamati sebagai hasil, tetapi lebih menilai data mangkir (*loss to follow up/ LTFU*) secara kumulatif dari masing-masing tempat umumnya akan terkait dengan hasil yang sangat buruk (lihat di bawah). Data ini, yang secara garis besar diambil dari data pasien yang mulai memakai ART antara Agustus 2004 hingga Juni 2005, dirata-rata berdasarkan laporan hibah triwulan dan dilakukan analisis bivariat dan penekanan logistik.

Analisis ini menemukan bahwa orang yang mendapatkan ART dari rumah sakit Tingkat 1 adalah dua kali lebih cenderung mangkir dibandingkan dengan mereka yang menerima ART di tingkat lain. LTFU kumulatif adalah 18% di Tingkat 1, 13% di Tingkat 2, 8% di Tingkat 3 dan 3% di Tingkat 4. Perbedaan antara Tingkat 2 (berbasis di rumah sakit) dan Tingkat 3 (berbasis di rumah) adalah bermakna secara statistik. Walaupun hasil terbaik diamati pada Tingkat 4, hasil ini tidak lebih unggul secara bermakna dibandingkan dengan di Tingkat 3.

“Kunjungan ke rumah ditandai peningkatan ketahanan pasien dalam perawatan,” ditulis Etienne dkk. “Data ini mendukung pemanfaatan program dukungan kepatuhan secara proaktif, lebih dari sekadar konseling pasien secara rutin dan melacak yang mangkir untuk mendukung ‘pendekatan kesehatan masyarakat’ terhadap ART.”

Penelitian ini mempunyai beberapa keterbatasan. Satu adalah bahwa mungkin ada perbedaan dalam pencatatan (pencatatan dari dua tempat dianggap sebagai data tindak lanjut yang “kurang akurat”). Tetapi, walaupun satu atau dua tempat di Tingkat 1 dan 2 melaporkan ketahanan pasien yang lebih baik, pola di semua tingkatan sangat konsisten. Juga, beberapa tempat lebih berpengalaman dalam menawarkan pengobatan dibandingkan tempat lain ketika program resmi dimulai. Bahkan, Etienne dan rekan mencatat bahwa “beberapa tempat sudah mempunyai program berbasis rumah yang aktif dan jaringan komunitas, menyediakan ART menjadi tambahan pada program ini.” Oleh karena itu, mungkin kurang adil bila membandingkan program yang sudah merawat orang dengan perawatan berbasis rumah dengan perawatan berbasis rumah sakit yang baru saja memulainya.

Juga ada cara yang berbeda untuk mendefinisikan model perawatan, analisis yang berbeda mungkin menunjukkan bahwa beberapa model perawatan terlaksana dengan lebih baik di rangkaian perkotaan dibandingkan di pedesaan (53% di antara 34 proyek ART dalam penelitian ini berada di daerah pedesaan).

Yang penting, penelitian ini tidak menerangkan secara jelas apakah sebagian besar rumah sakit di Tingkat 1 dan 2 merupakan rumah sakit besar di wilayah pusat atau klinik kesehatan primer, walaupun kita mungkin memperkirakan bahwa perawatan berbasis rumah di Tingkat 4 berhubungan dengan klinik kesehatan primer yang dipimpin oleh perawat (penelitian lain memberi kesan bahwa ketahanan pasien ditandai sebagai lebih baik di klinik kesehatan primer yang dipimpin oleh perawat). Demikian juga, perawatan berbasis rumah umumnya berarti jauh lebih banyak dari sekadar dukungan kepatuhan, biasanya menawarkan paket perawatan pencegahan dan serangkaian layanan lain yang berbasis keluarga di lingkungan setempat, yang mungkin sulit bagi program yang berbasis rumah sakit untuk menandinginya, walau dapat diduga bahwa beberapa rumah sakit dapat menggabungkan beberapa paket layanan serupa secara lengkap dan efektif.

Dengan kata lain, penelitian ini tidak menjelaskan semuanya. Walau demikian, kelompok tersebut cukup besar untuk dapat mengatakan secara aman bahwa ada manfaat yang dapat diperoleh dengan mendukung orang pemakai ART sedekat mungkin dengan rumahnya.

## 2. Ketahanan pasien sulit di sektor swasta di Afrika Selatan

Temuan ini menarik terutama dalam sudut pandang tingginya angka mangkir yang begitu mengkhawatirkan sebagaimana dilaporkan oleh beberapa rumah sakit besar yang memberi ART – kebanyakan harus dipertimbangkan sebagai rumah sakit di Tingkat 1 atau 2 – pada konferensi AIDS ke-3 di Afrika Selatan.

Sektor swasta di Afrika Selatan diberi wewenang untuk menyediakan perawatan kesehatan secara merata kepada semua yang membutuhkannya (dan, paling tidak secara teoretis hal ini harus termasuk ART). Para dokter yang terlibat dalam program HIV sudah peduli terhadap hal ini, tetapi dalam batasan tertentu, melibatkan orang secepat mungkin barangkali dapat bertentangan dengan memastikan bahwa mereka akan terus bertahan dalam perawatan.

Dengan peningkatan program ART yang berlangsung dengan sangat cepat, banyak Odha yang harus dilayani, dan sistem kesehatan sudah kewalahan. Tidak mengherankan bahwa rumah sakit – yang tidak dirancang untuk menyediakan perawatan kronis kepada begitu banyak pasien dan baru saja belajar bagaimana menata ulang kegiatan mereka untuk melakukan hal tersebut – mungkin melampaui kemampuan mereka untuk memberi dukungan secara individu yang bermutu tinggi, dan akibatnya adalah beberapa orang mangkir. Beberapa upaya mula-mula untuk menangani hal ini tampaknya harus belajar ini dengan cara yang sulit.

Sebagai contoh, 27% pasien gelombang pertama yang terdaftar di rumah sakit King Edward VIII di Durban yang mulai setelah April 2004 adalah “tidak bertahan” (didefinisikan sebagai tidak kembali untuk resep pengisian ulang obat selama 90 hari atau lebih) dalam 12 bulan setelah mulai ART. Berdasarkan poster, tidak ada perbedaan yang bermakna antara berbagai variabel pada awal yang dinilai atau kesiapan untuk diobati atau latihan kepatuhan pada mereka yang bertahan dalam perawatan atau tidak. “Kami tidak memahami alasan mangkir lebih dini ini,” ditulis Magula dkk.

Tingkat mangkir yang tidak biasa tingginya ini mungkin disebabkan karena program ART baru dimulai, tetapi beberapa laporan lain menunjukkan bahwa tingkat mangkir terus menjadi tantangan sebagaimana program ini semakin matang.

Dr. Helen Schneider dari Centre for Health Policy di Universitas Witwatersrand melaporkan tentang pengalamannya dengan apa yang dia sebut sebagai “keadaan lingkungan rutin di lembaga pemerintah” di mana sebagian besar peningkatan yang sekarang terjadi di negeri ini.

“Kami mempunyai bukti kuat bahwa sektor kesehatan pemerintah mampu menyediakan ART yang bermutu baik bagi masyarakat miskin, tetapi banyak bukti yang datang dari tempat dan program ‘penggagas’,” yang dikatakan selama ini “dipimpin oleh pelopor yang bersemangat dan sering kali mendapat dukungan dari pihak luar, dari LSM, lembaga pendidikan serta banyak dukungan dari lembaga donor.”

Oleh karena itu timnya menilai kinerja dan kemampuan empat tempat ART “generasi kedua” yang dipilih secara acak di provinsi Gauteng. Ada pendaftaran secara cukup ramai di tempat ini, beberapa di antaranya sudah berkembang menjadi cukup besar, contohnya rumah sakit daerah di Ekurhuleni sudah mendaftarkan lebih dari dua setengah ribu pasien di pertengahan tahun ini. Namun demikian, penilaian ini menemukan bahwa hasil di antara pasien yang masih bertahan dengan pengobatan adalah baik, dan bahwa kinerja di tempat tersebut adalah “setara dengan di tempat penggagas.”

Tetapi, Dr. Schneider mengatakan bahwa “waktu kami mengunjungi mereka, dua tempat secara kasat mata menunjukkan tanda-tanda menjadi kewalahan. Tempat tersebut adalah yang sibuk dari sudut pandang ruangan dan sumber daya manusia sedang bersusah payah untuk menangani pasien. Pelacakan yang berhenti tampaknya adalah satu hal yang, apabila tempat sudah begitu kewalahan, akan diabaikan.”

Tim Dr. Schneider sangat kesulitan untuk memakai data dari tempat tersebut untuk menentukan tingkat mangkir yang sesungguhnya. “Apa yang kami kira mungkin adalah cara yang paling dapat diandalkan

untuk menetapkan tingkat mangkir adalah dengan mengatakan ‘Berapa jumlah pasien secara keseluruhan yang terdaftar di tempat ini, dan berapa yang masih ada saat ini?’ Angka ini memberi kesan, bahwa selama beberapa waktu mulai 19 hingga 24 bulan, tingkat mangkir adalah 27-31% di tempat tersebut.”

Melalui penghitungan berbagai sumber data, mereka menyimpulkan kurang lebih sepertiga dari yang ‘berhenti’ meninggal, beberapa pindah dan sisanya, 15-20% mungkin benar-benar yang mangkir.

Angka yang sangat serupa dilaporkan dari tiga tempat ART besar, klinik Tshepong, sebuah rumah sakit di kota kecil di provinsi North West, rumah sakit Johannesburg, dan rumah sakit Taung (di pedesaan provinsi North West), yang semuanya menerima bantuan teknis dari Reproductive Health and HIV Research Unit (RHRU) Universitas Witwatersrand. Secara bersamaan ketiga rumah sakit ini sudah mendaftarkan kurang lebih 14.000 Odha.

“Dengan meningkatnya jumlah pasien, penatalaksanaan data dan pasien yang mangkir dari sistem telah menjadi keprihatinan klinik,” dikatakan Dr. Malebo Maponyane dari RHRU. Oleh karena itu penatalaksana klinik Tshepong, yang dengan melayani lebih dari 6.500 pasien adalah tempat ART jauh terbesar, meminta bantuan RHRU untuk menangani apa yang sedang terjadi. Maka mereka memakai alat pengumpul data satu lembar dan menggerakkan lebih dari 70 orang dari Departemen Kesehatan dan RHRU untuk melakukan penilaian secara menyeluruh terhadap rekam medis 12.987 pasien dari rumah sakit (seluruh data rekam medis sejak awal peluncuran program ART) untuk melihat berapa banyak orang yang masih dalam pengobatan, berapa yang mangkir dan seterusnya.

Mereka menemukan tingkat mangkir yang tinggi. Di rumah sakit Taung, 17% mengalami kegagalan pengobatan setelah mulai ART walau dengan persentase yang relatif lebih tinggi, yaitu 8%, dilaporkan meninggal di sana – yang menurut Dr. Maponyane adalah karena orang di komunitas pedesaan adalah lebih cenderung melaporkan peristiwa serupa itu kepada staf rumah sakit. Di rumah sakit Johannesburg, 22% mengalami kegagalan pengobatan setelah mulai ART sementara 2% dilaporkan meninggal. Akhirnya, 20% di antara yang datang ke klinik Tshepong gagal pasca ART, sementara 2% dilaporkan meninggal.

### 3. Alasan mangkir

Dr. Ebrahim Variava, pimpinan rumah sakit Klerksdorp Tshepong ingin mengetahui alasan mangkir, sebagaimana dapat ditentukan. Oleh karena itu pekerja sosial dan konselor rumah sakit memeriksa rekam medis 300 pasien (kurang lebih separuh dari yang mangkir), dan mencoba menghubungi yang mangkir melalui telepon. Apabila mereka tidak berhasil menghubunginya, mereka meminta LSM lokal untuk melakukan kunjungan rumah.

“Yang kami temukan adalah bahwa 42% sudah meninggal dan ini adalah jumlah yang cukup bermakna,” dikatakan Dr. Variava. Separuh di antaranya, kematian terjadi sebelum tiba saatnya mereka harus kembali ke klinik (dengan kata lain, kematian adalah alasan untuk mangkir); 87% meninggal dalam enam bulan setelah mulai ART.

Kematian dini waktu memakai ART mungkin disebabkan oleh infeksi oportunistik yang terjadi sebelum ART mempunyai kesempatan untuk bekerja atau kondisi yang mengancam jiwa yang sudah ada, atau karena kondisi terkait sindrom pemulihan kekebalan (IRIS). Tetapi dengan keberadaan pengumpulan data yang bersifat retrospektif, sulit untuk memastikan apakah pasien sungguh memakai ART waktu meninggal. Sisa kematian yang terjadi setelah orang tersebut gagal karena alasan lain yang tidak diketahui. Sebagai catatan, kurang lebih 31 pasien yang mencapai viral load tidak terdeteksi, akhirnya hilang.

Pada sebagian besar (57%) di antara yang gagal, tim tersebut tidak dapat menetapkan penyebab mangkir. Kurang lebih sepertiga di antaranya tidak dapat dilacak. Dr. Variava mengatakan bahwa telepon selular di Afrika Selatan menjadi berkat sekaligus petaka karena sementara telepon tersebut mempermudah pekerjaan mereka, tetapi juga sering berubah. Adalah penting untuk menunjukkan bahwa Tshepong melayani komunitas pekerja tambang dengan tingkat mobilitas yang luar biasa (tentunya, populasi ini yang mengunjungi tempat di dalam dan sekitar Johannesburg juga mungkin cukup banyak berpindah-pindah, karena ini adalah tempat orang Afrika Selatan berkunjung untuk mencari pekerjaan).

Tetapi alasan yang nyata untuk mangkir hanya dapat ditentukan dalam jumlah kecil (minoritas). Hal ini termasuk ketiadaan uang, yang bertanggung jawab untuk 5% dari yang gagal, biaya perjalanan dan relokasi sebesar 5%, 4% “pilihan pasien” dan 7% untuk sejumlah alasan lain.

Sejumlah faktor lain yang dapat menyebabkan mangkir dicatat oleh Dr. Scott Worley, dari International Centre for AIDS Care and Pengobatan (ICAP), yang sudah bekerja dengan sistem untuk menangani tingkat mangkir yang tinggi secara proaktif di beberapa tempat di kompleks rumah sakit East London di Eastern Cape (beberapa rumah sakit mempunyai tingkat mangkir yang rendah menjelang nol tetapi berkisar hingga 22%).

Dia mencatat bahwa mengharuskan orang yang paling sakit (yang ingin memulai ART) untuk berjalan lebih jauh untuk mendapatkan obat ARV-nya adalah sebagian besar masalah. Tetapi bukti dari tempat mereka memberi kesan adanya faktor lain misalnya mitos tentang ART, persaingan dengan jamu-jamuan, dan kekurangan dukungan berbasis rumah, takut kehilangan tunjangan kesejahteraan; dan di tingkat rumah sakit: kekurangan staf, jumlah pasien yang banyak dan konseling awal yang kurang baik. Dia juga mencatat bahwa faktor ini adalah juga mengarah pada mangkir oleh banyak pasien sebelum mulai ART.

“Ada kebutuhan yang mendesak untuk mencari jalan keluar yang mempermudah proses memulai ART agar kita tidak kehilangan orang dalam proses ini,” dia mengatakan.

Hal ini juga dicatat dalam penelitian RHRU di mana persentase mangkirnya tinggi, kurang lebih 75% di Tshepong. Dr. Maponyane mengatakan bahwa dia berpendapat bahwa hal ini karena kriteria mangkir yang ketat dan bahwa banyak di antara orang ini yang kemudian datang untuk dirawat, tetapi Dr. Variava bimbang apakah hal ini ada kaitannya dengan persiapan untuk memulai ART. “Hal ini menimbulkan pertanyaan, kami mempersiapkan pasien untuk ART dengan cara memperlakukan pasien seperti anak-anak. Mereka harus datang empat atau lima kali sebelum ARV dan pada saat kita meminta mereka mulai ARV, mereka sudah hilang.”

Pada saat berdiskusi, seorang dokter dari sebuah klinik di George, Western Cape mengatakan, “Kami melakukan sebuah analisis kecil mengenai pasien kami yang gagal persiapan ARV sebelum mereka memulai ARV dan kurang lebih 80% di antaranya adalah mereka belum mengungkapkan status, dan sejumlah lainnya terkait dengan alkohol. Oleh karena itu kami menemukan pengungkapan status adalah alasan terbesar sesungguhnya mengapa mereka mengagalkan persiapan ARV.”

Tetapi sekali lagi, Dr. Worley memusatkan perhatiannya pada transportasi dan waktu: “Orang yang harus dirujuk ke rumah sakit untuk mendapatkan pengobatan dan proses ini dapat sangat lamban. Kami kehilangan banyak orang karena terlalu lama sampai memulai ART.”

Ada dua poster di konferensi yang menekankan pentingnya biaya perjalanan yang mahal dan lamanya waktu yang diperlukan untuk mencapai tempat ART. Contohnya, Dr. Gesine Meyer-Rath dari London School of Hygiene and Tropical Medicine dan rekan di RHRU melakukan survei terhadap ratusan pasien di rumah sakit Johannesburg dan Tshepong. Orang memakai berbagai metode untuk berjalan ke tempat, tetapi di rumah sakit Johannesburg, biaya transportasi rata-rata untuk ke klinik adalah R21,20 per kunjungan, dengan waktu perjalanan rata-rata 2,18 jam, dan di Tshepong, biaya transportasi rata-rata untuk ke klinik adalah R16,82 dan waktu perjalanan rata-rata 1,46 jam.

Sebelum tempat lain disetujui sebagai tempat rujukan ART, waktu perjalanan (dan biayanya) adalah jauh lebih lama dan karena semakin banyak tempat rujukan ART disetujui di daerah terpinggir, orang dapat dikirim ke tempat yang lebih dekat dan nyaman bagi mereka. Sebagai tempat penggagas, rumah sakit Johannesburg dan Tshepong, bekerja sama dengan RHRU dan Institute of Healthcare Improvement (IHI) sudah melakukan tugas mentoring yang sangat baik pada banyak rumah sakit lain di lingkungan sekitar mereka.

#### **4. Mangkir yang lebih sedikit di pusat kesehatan primer (puskesmas)**

Menyediakan ART di tempat yang lebih mudah dijangkau dapat menghadapi kehilangan beberapa pasien yang mangkir. Penelitian memberi kesan bahwa ketahanan terhadap ART adalah lebih baik di pusat kesehatan primer dalam komunitas yang sangat terdampak dibandingkan dengan rumah sakit besar di pusat. Contohnya, Médecins sans Frontières (MSF) dalam laporannya tentang peningkatan di Lusikisiki,

di Eastern Cape, mencatat bahwa, setelah 12 bulan, hanya 2% orang yang memulai ART antara Januari 2004 dan Juli 2005, mangkir dibandingkan dengan 19% di rumah sakit (lihat [http://www.msf.org.za/docs/lusikisiki\\_final\\_report\\_2006.pdf](http://www.msf.org.za/docs/lusikisiki_final_report_2006.pdf)).

Berdasarkan pengalaman Dr. Worley, pola ini terus berlanjut di Eastern Cape: “Tempat yang berhasil dengan jumlah mangkir yang rendah – secara umum adalah pusat kesehatan primer, bukan rumah sakit.”

Demikian halnya di provinsi Western Cape, yang “sejak awal sudah melakukan pendekatan ke arah kesehatan primer,” menurut Dr. Keith Cloete, dari Departemen Kesehatan Western Cape, tingkat mangkir pada umumnya jauh lebih rendah dibandingkan di bagian lain negara ini. Untuk sektor publik secara menyeluruh, yang mangkir di antara mereka yang memulai setelah 30 Juni 2004, ketika program sudah benar-benar diluncurkan adalah kurang lebih 7,2%, dengan 11,6% di antara semua Odha yang terdaftar meninggal sejak mulai ART (pada bulan ke-21) dan dua tahun, tingkat ketahanan mutlak secara keseluruhan pada perawatan orang dewasa adalah kurang lebih 80%.

“Kami sangat beruntung mendapatkan tempat penggagas di Western Cape sejak Mei 2001, terutama di daerah Khayelitsha dengan kerja sama MSF dan pemerintah provinsi,” dikatakan Dr. Cloete. Bahkan, sebelum April 2006, hampir 50% orang yang memakai ART di Western Cape datang ke puskesmas yang melayani komunitas yang lebih miskin di Khayelitsha, Gugulethu/Nyanga, Mitchell’s Plain, dan Hout Bay.

Tetapi rumah sakit primer dapat hadir dalam berbagai bentuk dan ukuran dan keterbatasan (staf, ruangan, dll) termasuk kemampuannya. “Sejalan dengan waktu, peningkatan akses pada perawatan telah menghasilkan peningkatan pada dampak awal, sebagian diimbangi dengan peningkatan mangkir,” dikatakan Dr. Cloete. Memang, pada awal tahun ini, Dr. Gilles Van Cutsem dari MSF, mencatat bahwa hal ini menjadi masalah karena tempat ART di puskesmas di Khayelitsha sudah menjadi “tempat monster.” Hanya mengandalkan beberapa puskesmas besar diperkirakan dapat menjadi sama buruknya dengan menggunakan rumah sakit yang lebih besar.

Jelas, ada kebutuhan untuk melibatkan rangkaian rekanan yang lebih luas dan strategi lain untuk memperbaiki tindak lanjut.

## **5. Memanfaatkan puskesmas yang lebih kecil, dokter dan perawat**

Sebagian besar distrik kesehatan mempunyai puluhan puskesmas yang merujuk ke rumah sakit sekunder dan tersier. Ada kesepakatan bahwa upaya yang lebih besar harus dibuat untuk memadukan program HIV ke dalam puskesmas ini. Tetapi model yang berbeda sudah diajukan tentang bagaimana mendesentralisasikan perawatan HIV termasuk ART (atau setidaknya pemantauan ART) kepada lebih banyak “tingkat perifer.”

Memahami bahwa mereka harus terus mendaftarkan sejumlah besar Odha, tetapi hanya dapat menangani sejumlah tertentu di sana, tim di klinik Klerksdorp/Tshepong sudah melakukan tindakan yang sangat mengagumkan dengan membentuk sistem rujukan ke bawah ke klinik lokal dan dokter umum, mulai November 2005 (Mlambo).

Setelah memulai ART, orang yang stabil dengan viral load tidak terdeteksi diberi pilihan untuk dirujuk ke bawah ke dokter umum (yang bekerja dengan BroadReach Healthcare) atau ke puskesmas terdekat. Apotek pusat kemudian menyiapkan pengobatan berdasarkan nama pasien ke puskesmas atau tempat praktek dokter umum sehingga orang tersebut tidak perlu kembali ke rumah sakit untuk mengambil obatnya ulang.

Tingkat ketahanan setelah dirujuk ke seorang dokter adalah 99%. Tetapi, dalam presentasinya, Dr. Variava mencatat bahwa mayoritas mangkir terjadi dalam enam bulan pertama memakai ART, pada umumnya sebelum menjadi “stabil” sehingga sistem rujukan ke bawah tidak menyelesaikan kebanyakan kasus mangkir. Walaupun demikian, program ini sudah membantu klinik Klerksdorp/Tshepong untuk terus memulainya orang baru dengan ART sementara mempertahankan jumlah pasien di klinik secara konsisten.

Dr. Cathy Green dari IHI menggambarkan proses memadukan puskesmas berbasis perawat ke dalam program ART di wilayah Mhlontlo di Eastern Cape. Distrik ini mempunyai kurang lebih 200.000 orang,

25.000 di antaranya diperkirakan terinfeksi HIV. Menurut Green, hal ini mungkin berarti bahwa kurang lebih 1.700 orang harus dimulainya dengan ART setiap tahun. Ketika IHI memulai kerja mereka di sana, hanya satu rumah sakit di distrik tersebut yang sebenarnya diakreditasi untuk meresepkan ART, tetapi seorang dokter dan apoteker secara rutin pergi ke tiga klinik lain agar pengobatan lebih terjangkau.

Tetapi di distrik ini, yang melayani wilayah yang luas dengan penyebaran populasi miskin secara luas, mempunyai 22 klinik lain. Klinik ini menyediakan tes HIV, tetapi mengirim orang dengan hasil tes positif ke keempat tempat. Hasilnya adalah, ketika Dr. Green mulai menyediakan bantuan teknis ke distrik, hanya ada 75 orang yang memakai ART, dan hanya sembilan orang yang dimulainya dengan pengobatan setiap bulan.

“Tetapi kesempatan yang dimiliki klinik ini sangat besar dalam hal berbagi beban perawatan untuk Odha dan memastikan bahwa perawatan dapat dijangkau untuk semua,” dia mengatakan.

Oleh karena itu mereka meluncurkan “jaringan pembelajaran” pada Maret 2005 untuk mulai menangani kesenjangan ini. Program ini melibatkan pertemuan bulanan dengan perwakilan dari semua klinik untuk mengamati kebutuhan dan tantangan serta mencoba menyelesaikannya melalui pembelajaran dari pengalaman masing-masing. Dan klinik ditantang untuk mencoba ide baru, terutama dalam skala kecil dan kemudian menerapkan ide yang menunjukkan kemajuan.

“Satu di antara banyak hal yang kami lakukan adalah menolong orang belajar mencintai data mereka,” dia mengatakan. Mereka mendorong klinik “untuk mulai memperhatikan data mereka. Mereka diminta mengamati kecenderungannya dari waktu ke waktu dan mencoba memahami apa yang terjadi – terutama kecenderungan ketika mereka melakukan perubahan, agar dapat melihat apakah mereka dapat meningkatkannya kinerjanya. Kami juga mulai melakukan beberapa analisis lintas klinik agar kita dapat menentukan siapa yang kinerjanya kurang baik dan membantu mendukung mereka dan juga belajar dari yang kinerjanya lebih baik.”

Hasilnya adalah, distrik ini sekarang sudah mendaftarkan lebih dari 60 orang untuk memulai ART setiap bulan. Tiga belas klinik sekarang sudah mampu menyediakan semua layanan HIV – kecuali untuk meresepkan ART – termasuk tes CD4 dan persiapan untuk ART, dan selanjutnya mendukung perawatan kronis yang terus berlanjut dengan ART.

“Mengenai masalah orang mangkir, jelas berfokus pada perawatan hingga ke klinik lokal, kami dapat berharap bahwa yang mangkir akan jauh lebih sedikit dibandingkan yang mungkin terjadi apabila kita mewajibkan mereka untuk kembali ke klinik yang sangat jauh setiap bulan untuk mengambil pengobatan ARV mereka, yang adalah model layanan sebelumnya,” dikatakan Dr. Green.

“Kami sudah mengeluarkan ARV berdasarkan nama pasien ke klinik primer. Hal ini agar apabila pasien tidak mengambil pengobatannya, adalah sangat jelas bagi staf klinik bahwa hal tersebut terjadi, sehingga mereka lebih yakin untuk mengirim petugas kesehatan masyarakat untuk menindaklanjuti pasien tersebut – yang tentu saja adalah bagian dari komunitas mereka sendiri – dibandingkan dengan rumah sakit besar yang jauh.”

Tetapi, grup lain menentang sistem rujukan dari atas ke bawah, dan mengajukan desentralisasi sejak hari pertama peluncurannya.

“Rumah Sakit Mseleni [di KZN] mulai menyediakan ARV sejak Juli 2004, memakai semua klinik yang turut dalam program. Semua persiapan, memulai obat dan tindak lanjut yang terus berlangsung dilakukan melalui klinik,” ditulis Dr. Jennifer Nash dalam presentasi poster di konferensi AIDS di Afrika Selatan. Puskesmas yang dilayani oleh rumah sakit dikunjungi oleh dokter sekali atau dua kali per minggu, sangat mengandalkan kelompok dukungan Odha yang bertemu di klinik dan sudah meningkatkan serangkaian layanan terkait HIV/TB untuk pasien.

“Kami yakin bahwa ketersediaan ARV termasuk meningkatkan hubungan, yang akan berlanjut selama bertahun-tahun. Oleh karena ini klien perlu tetap dilayani di puskesmas untuk segala kebutuhan perawatan kesehatannya, termasuk ARV, dan selanjutnya tidak perlu ‘dirujuk ke bawah’. Ketiga, ada faktor kesetaraan. Semua orang di subdaerah memerlukan kesamaan akses pengobatan,” dia menulis.

Program yang serupa di Zimbabwe dan Rwanda dijabarkan pada HIV Implementers Meeting (Thistle, van Pad Bosch). Contoh, di Rwanda, Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF) sudah

melatih perawat yang sudah menyediakan VCT dan layanan pencegahan penularan dari ibu-ke-bayi (PMTCT) untuk menyediakan beberapa unsur dukungan klinis untuk Odha sampai mereka memerlukan ART (termasuk pemantauan CD4). Hal ini membutuhkan sejumlah perubahan pada alat dan pelatihan yang sudah ada, misalnya daftar pasien harus diubah untuk mencantumkan unsur pra-ART, pelatihan yang diubah untuk memasukkan pelatihan unsur perawatan HIV dan ART, dan alat baru dikembangkan untuk membantu perawat yang berpraktek dengan dokter (melalui telepon dan kunjungan berkala).

“Dalam hal perluasan praktek perawatan, kami wajib membangun di atas antara dokter yang datang dari rumah sakit daerah dan menyediakan alat yang sangat tepat dan nyata agar perawat dapat berpraktek. Di Rwanda saat ini perawat belum diizinkan atau mampu secara klinis meresepkan ARV sendiri, tetapi sebagaimana dokter semakin mengenal para perawat, mereka lebih yakin pada kemampuan perawat tersebut, mereka dapat mendukung prakteknya secara lebih efektif melalui telepon,” dikatakan oleh Dr. Nancy Fitch.

## 6. Perawat pemberi resep!

Di rangkaian tanpa tim medis pendukung yang bergerak, hingga dokter mulai tumbuh di pohon atau pemerintah mulai mengizinkan perawat untuk meresepkan dan mengeluarkan ARV, rujukan ke atas dan ke bawah mungkin adalah satu-satunya pilihan yang tersedia.

Tetapi mengapa perawat yang terlatih dengan pengawasan yang tepat tidak diizinkan meresepkan ART? MSF sudah memelopori hal ini dengan cukup berhasil di pedesaan Lesotho.

Lesotho hanya mempunyai 89 dokter untuk seluruh penduduknya yang berjumlah dua juta orang. Tugas yang di tempat lain dilakukan oleh dokter, tentunya harus dilakukan oleh perawat, dan dengan prevalensi HIV 23,2%, berarti tugas tersebut juga harus termasuk ART.

Oleh karena itu MSF membentuk model perawatan berbasis perawat di daerah kurang lebih 40km dari Maseru, bekerja sama dengan Scott Hospital Health Service yang terdiri dari satu rumah sakit pusat dan 14 klinik primer di pedesaan yang melayani penduduk kurang lebih 220.000 orang tersebar di 941 desa, kebanyakan sangat terpencil, di daerah pegunungan. Diperkirakan 35.000 orang HIV/AIDS dan 5.000 orang secara klinis diperkirakan perlu segera memakai ART.

Program ini terdiri dari memadukan ART ke dalam perawatan di puskesmas yang ditangani oleh perawat. Perawat diberi pelatihan teori secara intensif dan pelatihan di tempat untuk penatalaksanaan HIV dan ART serta menyediakan pedoman khusus perawat dan peralatannya.

“Setiap klinik menerima paling sedikit satu kali kunjungan setiap minggu dari tim medis kami,” dikatakan Dr. Pheello Lethola dari MSF. Saat ini tim tersebut terdiri dari dua dokter dan dua perawat walaupun mereka merencanakan untuk menguranginya menjadi satu dokter apabila perawat sudah lebih berpengalaman. Tim ini menyediakan latihan praktek kerja dan mendukung pada kasus-kasus yang sulit. Pasien yang sakit berat dipindahkan ke rumah sakit.

Sejak April tahun ini, klinik ini sudah melakukan tes pada lebih dari 10.000 orang, hampir 4.000 di antaranya ternyata HIV-positif, dan memulai ART pada 1393. Penggunaan PMTCT meningkat hingga 86%, dan mereka memperkenalkan tes DNA PCR HIV untuk diagnosis HIV lebih dini pada bayi. Mereka juga sudah memadukan layanan TB/HIV, dengan memperkenalkan unsur MDR. tahun ini.

Pada analisis enam bulan pertama dalam program kelompok ini, jumlah CD4 rata-rata meningkat dari 74 pada awal menjadi 258 dan berat badan meningkat rata-rata 5,4 kg. 85,4% pasien masih dalam perawatan, 8,5% meninggal dan hanya 6,1% yang mangkir. Ini sangat bagus bila mempertimbangkan keadaan di sana.

“Salah satu masalah yang kami hadapi adalah pasien harus menempuh perjalanan jauh untuk menjangkau klinik dan kenyataan bahwa klinik berada di tempat sangat pedalaman dan pegunungan di mana sering sangat sulit untuk mendapat transportasi dan sering cuacanya buruk,” dikatakan Dr. Lethola. Namun, “kebijakan desentralisasi ART hingga ke tingkat puskesmas, dibandingkan dengan merujuk pasien dari rumah sakit ke klinik, menyediakan lebih banyak titik akses pengobatan dan mengurangi hambatan pada pendaftaran. Memberdayakan perawat penting untuk memaksimalkan efisiensi di tingkat perawatan primer.”

Dan agar orang jangan berpikir bahwa ini adalah semacam keberhasilan yang hanya dapat dilakukan oleh MSF, beberapa poster pada pertemuan HIV Implementer menggambarkan proyek serupa yang dipimpin perawat di tempat lain di Lesotho. Satu dijalankan oleh para perawat di rumah sakit St Leonard di Semonkong, Lesotho, sebuah kota pedesaan di pegunungan 120km dan empat jam dengan bis dari Maseru. Para perawat dari klinik ini dikirim untuk program pelatihan yang didukung oleh IMAI WHO; kemudian Clinton HIV/AIDS Initiative menyediakan mentor (pembimbing) klinis sukarela sampai perawat nyaman untuk memberi resep.

“Program ini menunjukkan bahwa perawat dapat menerapkan program pengobatan HIV tanpa penambahan staf dan pengawasan dokter, apabila mentoring klinis jangka pendek tersedia selama masa implementasi. Hasilnya adalah pertumbuhan program pengobatan HIV yang bertahan di daerah yang sangat sulit dijangkau. Dalam sembilan bulan 1.200 orang dites, 395 mendaftar untuk dirawat, dan 120 orang memakai ART,” ditulis Wernsberg et al.

Beberapa negara lain, termasuk Malawi dan Etiopia, sekarang mengizinkan perawatnya untuk meresepkan ART. Sementara itu, MSF menghimbau pemerintah Afrika Selatan untuk menghapus larangan yang melarang perawat memberi resep ART, dengan pendapat bahwa tanpa perawat pemberi resep, Afrika Selatan tidak akan pernah mencapai sasaran Rencana Strategi Nasional untuk menjangkau hampir semua orang.

## 7. Sistem untuk melacak yang mangkir

Terlepas dari tipe tempat ART diberikan, sistem proaktif yang dibakukan untuk mendeteksi mangkir secara cepat perlu dilaksanakan. “Program ART di rangkaian rendah sumber daya dengan masalah mangkir yang cukup bermakna dapat diperbaiki dengan teknik yang sederhana dan didefinisikan dengan baik,” dikatakan Dr. Worley, mengingat bahwa dalam enam bulan, sistem yang diterapkan di East London mengarah pada penurunan mangkir (turun menjadi 2%) walaupun jumlah pasien meningkat, sementara mangkir terus meningkat di tempat lain di Eastern Cape yang tidak memiliki sistem.

Salah satu langkah awal, dia katakan, adalah untuk mengembangkan alat yang dibakukan. Pra-ART dan daftar ART dipakai untuk mengetahui siapa yang mangkir, termasuk buku janji kunjungan klinik, tetapi mereka juga membuat daftar pelacakan, untuk memantau pelacakan dan kembali dalam perawatan.

Hal ini mungkin adalah bagian dari rencana pada kebanyakan program, tetapi Dr. Schneider mencatat bahwa sistem pencatatan yang mereka temukan dalam survei di klinik di Gauteng jelas tidak bermanfaat dan sering membebani. Jelas diperlukan beberapa pemikiran lebih lanjut untuk mengatur sistem ini dengan lebih baik.

Sebagai tambahan, koordinator tempat di East London mengawasi proses pelacakan, sementara petugas data di sana yang mengawasi pengumpul data mengenal pasien yang tidak memenuhi janji kunjungan dan membuat daftar secara berkala, dan ada pertemuan tim bulanan untuk membahas kinerja program.

Setelah sistem sudah diterapkan untuk mendeteksi dan melacak janji kunjungan yang tidak ditepati, tentu saja, harus ada orang yang melakukan tindak lanjut. Beberapa program mempekerjakan orang yang khusus untuk melacak yang mangkir.

“Sebagian besar kasus mangkir dan kematian terjadi enam bulan setelah mulai ARV,” dikatakan Dr. Variava, “yang menjadikannya penting untuk mempertimbangkan kunjungan rumah dalam upaya untuk melacak pasien yang sakit untuk datang. Apa yang sudah kami lakukan selama ini dengan RHRU, sesungguhnya kami sudah mempekerjakan pelacak tetap yang memperkirakan pasien yang akan mangkir dan kemudian kami akan segera melakukan kunjungan rumah untuk mencoba membawa pasien ini kembali lebih cepat ke klinik.”

Dampak memakai pelacak tetap di rumah sakit Johannesburg dijelaskan oleh Tellie dkk. Antara Juli dan Desember 2006, pelacak menelepon 745 pasien yang tidak memenuhi janji kunjungannya. Di antara semuanya ini, 48% kembali ke klinik dalam waktu 30 hari sejak dihubungi. 13% pasien lainnya akhirnya kembali klinik tetapi setelah jangka waktu yang lebih lama. Banyak yang tidak dapat dihubungi berdasarkan informasi yang ada, dan penulis menyimpulkan bahwa penting untuk “menekankan pelatihan

pada staf klinik untuk mengawasi kecenderungan pasien atau keadaan tertentu yang mungkin menandai kemungkinan mangkir.”

## 8. Memadukan Odha dan masyarakat ke dalam tim klinis

Walaupun ‘pelacakan yang mangkir’ adalah langkah awal, tindakan ini mungkin dapat digabungkan dengan strategi yang lebih proaktif. Dr. Worley mengatakan bahwa sistem yang mereka bentuk di East London adalah memakai pendidik sebaya, yang juga adalah pasien dalam program, untuk melakukan konseling dan menyiapkan orang untuk ART.

“Idealnya kami berencana melakukan kunjungan rumah, sebelum memulai ART atau paling tidak sangat segera setelah mulai ART untuk memantau hasilnya,” dia mengatakan. Sebaya ini, yang sudah terlebih dahulu mengembangkan hubungan dengan pasien, dan diharapkan dengan keluarganya juga, adalah yang akan mencoba mengajak orang tersebut kembali ke klinik di East London.

“Kelompok dukungan yang kuat,” dikatakan Dr. Worley, “adalah mekanisme yang tercatat baik agar sungguh membantu mempertahankan pasien dalam perawatan dan membantu mencari anggota yang hilang. Pengalihan tugas tentu adalah kebutuhan yang perlu dipertimbangkan dan mekanisme berbasis masyarakat sangatlah penting.”

Serupa dengan ini MSF sudah mengalihkan lebih banyak tugas kepada petugas kesehatan sebaya. “Kami mengoptimalkan penggunaan sumber daya berbasis komunitas yang sudah ada dan membentuk kemampuan baru,” dikatakan Dr. Lethola. “Oleh karena itu, sebagaimana tugas yang biasanya dilakukan oleh dokter dialihkan kepada perawat, beberapa tugas perawat dialihkan ke konselor dasar yang adalah Odha.” Ini termasuk dukungan kepatuhan.

Di Namibia, Lironga Eparu (sebuah organisasi Odha) sudah membentuk program ‘*buddies*’ untuk menyediakan dukungan psikososial bagi klien yang memakai ART dan juga menangani masalah kepatuhan. Teman ini diberi uang transport untuk mengunjungi kliennya paling sedikit dua kali sebulan dan selama kunjungan tersebut, teman ini mungkin menghitung pil.

“Kelompok dukungan ini membuktikan pentingnya mengurangi stigma dan diskriminasi, menyediakan meleak pengobatan dan melacak klien yang mangkir,” ditulis Zenagan Chirwa dan Erich Afrikaner dari Mapilelo Project, yang menyediakan program pengobatan dan perawatan HIV di wilayah Caprivi dan yang bermitra dengan organisasi Odha tersebut.

ICAP juga menyediakan program kegiatan dukungan di tiga negara bagian di Nigeria untuk mengembangkan program pengobatan dan perawatan HIV/AIDS. Program ini yang paling memberdayakan komunitas di sana.

“Waktu ICAP Nigeria memulai program kegiatan dukungan, dukungan layanan terbatas dan layanan di tingkat klinik dan komunitas tidak terkoordinir dengan baik. Tetapi sumber daya di tingkat komunitas sungguh menciptakan kesempatan untuk bermitra dengan organisasi dan orang yang sangat memahami epidemi setempat,” dikatakan Bolanie Oyeledun dari ICAP pada pertemuan Implementer.

“Sebaliknya hal ini menyediakan kesempatan untuk layanan desentralisasi, mengurangi beban pada fasilitas layanan kesehatan dan membawa perawatan lebih dekat ke klien untuk memberdayakan komunitas serta melibatkan mereka, termasuk Odha dalam menyampaikan layanan dan mengurangi stigma.”

Berdasarkan poster yang menyoroti pelaksanaan program di komunitas dengan Odha, “ICAP, LSM, dan staf klinik menyediakan perawatan, dukungan dan pelatihan (terhadap kepatuhan, fasilitasi kelompok dukungan, bicara di depan umum, perawatan di rumah, pencegahan HIV, dll) kepada Odha untuk melengkapi mereka untuk memainkan peran kunci dalam menyampaikan layanan;” (dengan gaji dan tidak) dan Odha dilatih dan dilibatkan sebagai Pendidik Kesehatan Sebaya (Peer Health Educator/PHE) untuk memfasilitasi hubungan dalam perawatan, dukungan dan pengobatan.

Proyek ini menyediakan layanan kepada lebih dari 10.000 Odha dan keluarganya dan sudah membentuk 20 kelompok dukungan berbasis komunitas dengan anggota kurang lebih 5.800 Odha. Di antara hal lainnya, kelompok dukungan memelopori kegiatan pelacakan yang mangkir; dan mendukung pendidik sebaya untuk membimbing pasien dan mendampingi mereka saat kunjungan.

Kisah Hosea menggambarkan bahwa melacak yang mangkir berarti lebih dari sekadar mengajak seseorang kembali dalam pengobatan, hal ini juga berarti pemantauan klinis dan deteksi kasus:

*“Hosea adalah salah seorang pasien pengguna ART di RS Saminanka. Dia mangkir pada 24/04/07. Petugas rekam medis yang secara sukarela melacak yang mangkir mencarinya pada hari itu juga. Dia bertemu dengan Hosea yang sangat lemah dan sakit di rumahnya, dan tidak ada orang yang membawanya ke rumah sakit. Relawan ini segera mengatur untuk membawanya ke rumah sakit di mana dia dirawat dan mengisi ulang ARV. Hosea membaik dan sangat bersyukur atas kedatangan relawan yang tepat waktu.”*

Program ICAP di Nigeria lebih dari sekadar mempekerjakan pendukung kepatuhan sebaya.

“Apa yang kami lakukan adalah membentuk paket layanan yang diantar di muka pintu untuk klien,” dikatakan Oyeledun.

Setelah menentukan dan memetakan CBO, LSM dan FBO setempat yang lokasinya strategis dengan jaringan rumah sakit, mereka membentuk kemitraan untuk merancang jaring dukungan layanan, perawatan yang holistik dan berpusat pada keluarga (termasuk dukungan gizi dan perawatan jalan/day care) disampaikan pada Odha dan keluarganya.

Dengan begitu banyak yang ditawarkan, dan pendekatan yang demikian terpadu, tidak heran kalau program ini mempunyai tingkat mangkir yang rendah. Ini hampir serupa dengan yang dikembangkan TASO di Uganda, dan penting untuk mencatat bahwa dalam penelitian HBAC, hal ini mengarah pada salah satu tingkat ketahanan dalam perawatan yang tertinggi yang pernah dilaporkan dalam sebuah program ART (hanya satu di antara 987 orang dewasa yang mangkir).

## 9. Jurang antara lembaga kesehatan resmi dan komunitas

Namun menghimbau fasilitas yang lebih besar untuk memanfaatkan organisasi masyarakat secara lebih baik adalah sebuah tantangan, terutama karena lembaga kesehatan tradisional kadang kala cenderung “melakukannya sendirian” dan tidak selalu mengkomunikasikannya secara baik dengan dunia CBO.

“Kami menemukan bahwa fasilitas ini tidak berhubungan dengan organisasi berbasis komunitas yang juga melakukan upaya dalam komunitas ini, maka kami menemukan bahwa apabila kami mengunjungi rumah sakit, mereka tidak tahu apa yang terjadi di antara komunitas, dan komunitas tidak tahu layanan apa yang tersedia di rumah sakit,” dikatakan Oyeledun.

Tetapi melibatkan komunitas dan mengembangkan kemampuan komunitas untuk mendukung dan memantau pasien bukan hanya benar secara politis, atau semacam bentuk kegiatan ekstrakurikuler – ini adalah intervensi penyelamatan jiwa yang sudah terbukti. Mungkin membutuhkan waktu dan serangkaian keterampilan yang agak berbeda, tetapi untuk program besar dengan tingkat mangkir yang tinggi menawarkan perawatan untuk ratusan ribu pasien, mengembangkan sistem tindak lanjut berbasis rumah dan melibatkan komunitas dapat mencegah puluhan ribu kematian yang tidak perlu terjadi.

## Referensi

Etienne M et al. *Effect of varying models of adherence support on lost to follow up rates; findings from 34 treatment facilities in eight resource limited countries.* 4th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, abstract WEPEB101, Sydney, 2007.

Magula, Nombulelo et al. *Adherence to HAART in the first year of the rollout programme at King Edward VIII Hospital, KwaZulu-Natal, South Africa.* Third South African AIDS Conference, Durban, 696, 2007.

Schneider H et al. *Can the public sector rise to the challenge of ART? Evidence from second generation sites in Gauteng Province.* Third South African AIDS Conference, Durban, abstract 474, 2007.

Cloete K, Boule A, Osler M. *Antiretroviral programme outcomes at four years in the Western Cape Province.* Third South African AIDS Conference, Durban, abstract 585, 2007.

Maponyane M et al. *2-year follow-up of patients attending ART clinics in Gauteng and the North West Province: results of a systematic review of 13,097 patients.* Third South African AIDS Conference, Durban, abstract 326, 2007.

Variava E. *Reasons for loss to follow-up and defaulter tracing after 2 years of ART programme.* Third South African AIDS Conference, Durban, abstract 590, 2007.

- Green C et al. *Enabling access to antiretrovirals within a poor, dispersed rural community in South Africa. Successes and limitations.* Third South African AIDS Conference, Durban, abstract 495, 2007.
- Lethola, P et al. *Decentralising HIV care and treatment in a rural health service area in Lesotho. The MSF/Scott experience after one year.* Third South African AIDS Conference, Durban, abstract 800, 2007.
- Worley SB et al. *Development of a system for identifying and tracking ART patients to minimise losses to follow-up in Eastern Cape South Africa.* Third South African AIDS Conference, Durban, abstract 672, 2007.
- Meyer-Rath, G, Kumaranayake, L, Venter, F. *Transport costs of patients accessing antiretroviral treatment (ART) in Gauteng and the North West province: how free is free ART?* Third South African AIDS Conference, Durban, abstract 323, 2007.
- Mlambo, K et al. *Down referral project: a way to prevent overloading at initiation sites.* Third South African AIDS Conference, Durban, abstract 592, 2007.
- Nash, J. *What are the current challenges, and lessons learnt from providing antiretroviral drugs at primary health care facilities in rural KwaZulu-Natal?* Third South African AIDS Conference, Durban, abstract 499, 2007.
- Tellie, M. *Experiences from a patient defaulter tracer programme established at the Johannesburg hospital.* Third South African AIDS Conference, Durban, abstract 316, 2007.
- van Pad Bosch, J et al. *EGPAF's basic services package for HIV, care and treatment at PMTCT/VCT Services.* HIV Implementers' Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 405, 2007.
- Wennberg, J.L et al. *HIV and TB treatment by nurses in the mountains of Lesotho.* HIV Implementers' Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 1336, 2007.
- Thistle et al. *Decentralization of antiretroviral treatment in a rural district in Zimbabwe: experiences and lessons at one year.* HIV Implementers' Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 730, 2007.
- Chirwa, Z and Africaner E. *The Buddy Programme, successes and challenges in a resource limited setting in Katima Mulilo, Namibia.* Third South African AIDS Conference, Durban, abstract 526, 2007.
- Ashie M et al. *Partnering with people living with HIV/AIDS to support HIV/AIDS prevention, care, and treatment services in rural Nigeria.* HIV Implementers' Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 309, 2007.
- Oyeledun B et al. *Fostering community partnerships to bring HIV/AIDS care and treatment to rural Nigeria.* HIV Implementers' Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 315, 2007.
- Artikel asli: A follow-up on follow-up: shifting to a community-based response to improve retention in care <http://www.aidsmap.com/cms1234974.asp>