

# HATIP 92: Bagaimana memberi dukungan kepatuhan yang baik: pengalaman dari seluruh dunia

Oleh: Keith Alcorn, 26 September 2007

Rejimen antiretroviral (ARV) lini pertama yang sedang dipakai di rangkaian terbatas sumber daya mengandung nevirapine atau efavirenz. Resistansi terhadap kedua obat tersebut sangat mudah terjadi apabila dosisnya terlewatkan, dan penelitian menunjukkan bahwa pasien perlu memakai sedikitnya 95% dosis untuk tetap mempertahankan menekan virus. Ini berarti tidak melewatkan lebih dari tiga dosis dalam sebulan untuk rejimen dua kali sehari, dan tetap mempertahankan tingkat kepatuhan tersebut secara terus-menerus.

Dengan banyaknya program pengobatan yang melaporkan bahwa antara 65% dan 80% pasien tetap mempertahankan viral load tidak terdeteksi setelah beberapa tahun pengobatan, jelas bahwa tingkat kepatuhan yang berat ini sudah tercapai secara luas.

Tetapi, mempertahankan kepatuhan pasien membutuhkan kewaspadaan. Penelitian di Nigeria dilakukan oleh Rumah Sakit Universitas Abuja dan Institute of Human Virology Universitas Maryland menemukan bahwa satu di antara lima pasien melaporkan tingkat kepatuhan kurang dari 95% (dinilai dengan seberapa tepat waktu mereka kembali untuk mengambil obat, yang disebut tingkat mengisi ulang) (Farley).

Di rumah sakit Kericho di Kenya, kurang lebih satu di antara 20 pasien yang memakai ARV melaporkan melewatkan dosis dalam tiga hari sebelumnya. Pada 29% kasus, hal ini terjadi karena mereka kehabisan obat dan tidak ada biaya ke klinik untuk mengisi ulang. Tetapi pada 29% kasus lain, hal ini karena setelah rata-rata sepuluh bulan pengobatan, mereka merasa lebih baik sehingga tidak lagi perlu melanjutkan pengobatannya.

Penelitian ini menemukan bahwa satu-satunya faktor terpenting untuk menentukan apakah pasien tetap memakai pengobatannya adalah keyakinan, diakui oleh 80% pasien yang patuh, bahwa ARV berhasil. Tetapi hanya 29% mengatakan bahwa mereka tahu kepatuhan adalah penting untuk memastikan keberhasilan ARV.

HATIP edisi ini meninjau pengalaman baru dalam bidang dukungan kepatuhan, menyoroiti beberapa kegiatan yang memberi perbedaan di seluruh dunia.

## Kendala individu terhadap kepatuhan

Peninjauan sistematis terhadap semua penelitian yang diterbitkan tentang kepatuhan di negara maju dan berkembang menemukan kesamaan kendala pada kepatuhan yang sangat jelas – dan faktor pendukung kepatuhan yang baik di antara semua orang di seluruh dunia (Mills 2006).

### Kendala

- Lupa memakai obat atau terlalu sibuk
- Takut statusnya terungkap
- Mengganggu kehidupan sehari-hari atau jauh dari rumah
- Tidak memahami pengobatan
- Efek samping – nyata dan diduga
- Depresi/keputusasaan
- Penggunaan narkoba/alkohol bersamaan
- Tidak percaya dengan obat-obatan

### Pendukung

- Keyakinan bahwa obat berhasil/melihat hasil yang positif
- Pengungkapan status/dukungan sosial
- Dosis dua kali sehari atau kurang, lebih sedikit pil
- Hubungan yang baik dengan penyedia perawatan kesehatan

Katherine Semrau dari Universitas Boston, AS melaporkan pada pertemuan HIV Implementer 2007 mengenai alasan perempuan di Zambia menolak atau menghentikan pengobatan HIV. Temuannya jelas serupa dengan temuan dari penelitian kualitatif terhadap orang Afrika yang tinggal di Inggris.

### **Alasan untuk tidak memulai saat pengobatan ditawarkan**

- “ARV tidak baik”
- Stigma
- Takut terhadap perceraian
- “Kekurangan makanan”

### **Alasan untuk menghentikan pengobatan**

- Takut dengan perubahan gaya hidup permanen misalnya menghindari alkohol
- Memakai pengobatan untuk waktu yang tidak tentu karena tidak ada obat penyembuh
- Tidak ada informasi yang tepat mengenai pengobatan HIV dan tujuannya

Kelompok fokusnya mengatakan bahwa orang yang berhenti atau menolak pengobatan terus-menerus menerima informasi yang tidak tepat dari tokoh yang dipercaya misalnya pendeta, ahli pengobatan tradisional (dukun), guru dan tokoh adat yang meruntuhkan kekuatan informasi resmi yang diterima dari perawat, dokter atau organisasi masyarakat. Keyakinan umum yang selalu beredar adalah bahwa ARV harus dipakai bersama makanan agar efektif.

Dia mengatakan, jelas bahwa informasi pengobatan perlu disesuaikan dengan konteks budaya, dan adalah penting untuk menentukan “penjaga pintu” informasi yang memberi informasi salah dan berupaya melatih mereka.

### **Kendala komunitas dan pemberdayaan masyarakat**

Tetapi stigma, dan ketidakmampuan seseorang untuk mengungkapkan status HIV-nya, tetap menjadi kendala utama penting terhadap tingkat kepatuhan yang baik di sebagian besar komunitas, dan hal ini menunjukkan kebutuhan untuk memadukan meleak pengobatan dengan pendekatan berbasis komunitas yang mencoba menangani stigma.

International HIV/AIDS Alliance melaksanakan program dua tahun di Zambia sejak akhir 2004 di daerah di Lusaka dan Ndola untuk mendorong kesiapan komunitas untuk pengobatan.

Penilaian tim tentang pelajaran yang diperoleh selama enam bulan pertama dalam proyek ini menyoroti bahwa “walau di dalam komunitas yang paling terdampak, stigma tetap menjadi kendala sangat besar terhadap tanggapan berbasis komunitas yang efektif.”

Program dukungan pengobatan ACER bertujuan untuk menjangkau 60.000 orang yang berpenghasilan rendah di dua kota, untuk menyediakan pendidikan ART, tes dan konseling secara sukarela (*voluntary counselling and testing/VCT*), pesan tentang pencegahan dan mengurangi stigma kepada komunitas. Program ini juga dibentuk untuk membangun sistem rujukan dua arah antara sistem kesehatan dan komunitas, memanfaatkan relawan komunitas dan pekerja dukungan pengobatan yang hidup dengan HIV secara terbuka. Tujuan program ini adalah untuk melibatkan seluruh komunitas, untuk membangun di atas struktur komunitas yang sudah ada, dan menghilangkan hambatan pengganggu keberhasilan pelaksanaan ART – terutama stigma.

Penilaian proyek ini belum selesai secara keseluruhan, tetapi sudah terlihat peningkatan penerimaan VCT dalam komunitas, pengakuan dari Menteri Kesehatan tentang peran kunci yang dimainkan oleh organisasi komunitas dalam dukungan kepatuhan dan hubungan antara klinik dan komunitas, dan pasien sangat menghargai dukungan yang disediakan oleh sebayanya di klinik.

Informasi lebih lanjut tentang proyek ini dapat dilihat di

[http://www.aidsalliance.org/custom\\_publications/view.asp?publication\\_id=52&language=en](http://www.aidsalliance.org/custom_publications/view.asp?publication_id=52&language=en)

Pengalaman di Zambia membuahkan pendanaan dari USAID untuk program mobilisasi komunitas yang lebih besar dan penuh semangat yang ditatalaksanakan oleh Alliance di Uganda. Program ini melibatkan lebih dari 80 ‘perantara pendukung jaringan (*network support agent*)’ berpusat di 43 klinik kesehatan di tujuh distrik. Perantara pendukung jaringan – Odha – dipilih oleh kelompok dukungan Odha untuk bertindak sebagai penghubung antara klinik kesehatan dan kelompoknya, dan dilatih untuk mendukung pemberian layanan pencegahan, pengobatan dan perawatan, termasuk VCT, pengungkapan status, pendidikan pengobatan dan dukungan kepatuhan. Mereka melakukan pemantauan pasien ART dengan bersepeda yang disediakan oleh proyek ini, dan menyediakan umpan balik kepada klinik kesehatan tentang kendala komunitas terhadap tes, pengobatan dan kepatuhan.

Proyek ini juga mengukur keberhasilan dengan menghitung jumlah kelompok dukungan Odha yang mengajukan hibah untuk memperluas proyek layanan komunitas mereka; 215 yang meminta dana tersebut tetapi hanya 45 yang dapat didukung.

Pada 2006-2007 saja, program ini telah berhasil mendidik 94.500 orang termasuk tentang pemberian dukungan kepatuhan pada lebih dari 9.000 orang dan pelatihan melek ART pada lebih dari 19.000 orang.

Kedua proyek ini menunjukkan kesulitan untuk membedakan ‘dukungan kepatuhan’ dan ‘keterlibatan komunitas’, dan manfaat memadukan dukungan kepatuhan dalam penggerakan komunitas yang lebih luas.

## **Kendala struktural**

Banyak penelitian sudah menunjukkan bahwa kendala struktural terpenting terhadap kepatuhan adalah membebani biaya perawatan atau obat. Kendala terbesar kedua sebagaimana dijelaskan di atas adalah transportasi menuju klinik.

“Berapa seluruh biaya yang harus dikeluarkan, tidak hanya biaya untuk pergi ke klinik, tetapi juga untuk tidak tinggal di rumah dan menanam singkong?” Alex Coutinho dari TASO di Uganda menanyakan dalam pertemuan HIV Implementer.

Penelitian kualitatif secara luas tentang kendala terhadap kepatuhan di Botswana, Uganda dan Tanzania menunjukkan bahwa biaya transportasi, biaya pendaftaran layanan kesehatan dan kehilangan penghasilan adalah kendala keuangan terpenting terhadap kepatuhan yang baik. Para peneliti menyarankan bahwa program ART harus menyediakan dukungan transpor dan makanan untuk pasien yang terlalu miskin untuk membayar, dan biaya berkala yang dibebankan pada pemakai harus dikurangi dengan cara menyediakan persediaan obat untuk tiga bulan bukan satu bulan apabila tingkat kepatuhan optimal sudah tercapai (Hardon 2007).

## **Mangkir**

Berbicara pada pertemuan HIV Implementer 2007, Alex Coutinho dari TASO, Uganda, menyoroti tantangan terhadap program pengobatan akibat dukungan kepatuhan. Pada awal peluncuran pengobatan, program-program menerapkan model pendaftaran atau kepatuhan dalam meningkatkan penjangkauan. Sementara model pendaftaran yang berfokus dengan memulai sebanyak mungkin orang pada pengobatan, model kepatuhan berfokus dengan mempersiapkan orang secara menyeluruh terhadap tantangan kepatuhan terhadap ART harian.

Walaupun model kepatuhan sering ternyata lamban dalam peningkatan jumlah pasien yang menerima pengobatan, model ini terbukti lebih mampu mempertahankan pasien dalam pengobatan. Model pendaftaran sering mengalami 30% mangkir, dikatakan Alex Coutinho.

Sebagaimana dibahas pada pertemuan HIV Implementer, sulit untuk memisahkan masalah kepatuhan dan mangkir. Yang jelas pasien mangkir secara definisi dianggap tidak patuh terhadap pengobatan.

Menilik mangkir dimulai dengan sistem penyimpanan rekam medis yang baik dan cara yang dapat diandalkan untuk menemukan pasien yang mangkir. Seperti dijelaskan oleh Colin Shephard dari I-TECH Etiopia, hal ini mungkin sangat menantang.

I-TECH bekerja sama dengan rumah sakit Felege Hiwat di Bahir Dar, wilayah utara Amhara, yang sudah memulai lebih dari 3.600 pasien dengan ART pada akhir 2006. Tetapi 22% pasien mangkir, dan pada 41% kasus tidak ada informasi bagaimana menghubungi pasien. Dalam 47% kasus lagi, satu-satunya informasi yang tersedia adalah nama tempat terkenal setempat.

Klinik melibatkan dan melatih tiga pasien pengguna ART untuk mencari pasien yang mangkir, serta untuk mendapatkan informasi alamat yang tepat dari semua pasien yang baru mendaftar, serta izin untuk mengunjungi rumah apabila mereka tidak datang ke klinik sesuai janji.

Kunjungan ke rumah dan pertanyaan lain hanya mampu mencari 6% pasien, dengan 44% yang mangkir lain ternyata meninggal. Sisanya masih belum ditemukan.

Rumah Sakit Klerksdorp di provinsi North-West, Afrika Selatan juga mengupah pelacak mangkir sejak tingkat mangkir telah mencapai 21%. Sebagian besar mangkir terjadi pada enam bulan pertama pengobatan, tetapi hasil audit terhadap 300 pasien yang mangkir hanya menemukan 126 pasien yang meninggal berdasarkan catatan kematian setempat. Sisanya masih ada, dikatakan Dr. Ebrahim Variava, tetapi alamat mereka tidak lengkap, atau mereka tidak mengangkat telepon genggamnya.

“Kami kira telepon genggam adalah suatu berkah sekaligus kutukan [dari sudut pandang kepatuhan]. Orang terus-menerus mengubah nomor teleponnya karena cara termurah untuk mempunyai telepon adalah membeli paket perdana dengan nomor yang baru.”

Beberapa program mewajibkan kunjungan rumah untuk membuktikan alamat sebelum pengobatan dimulai. Selain nomor telepon dan alamat yang lengkap, pedoman klinis program ICAP (The International Center for AIDS Care and Treatment Programs) menyarankan berusaha mencari nama dan alamat serta nomor telepon keluarga dekat dan/atau teman, dan tempat-tempat di mana pasien menghabiskan waktu (bekerja atau rekreasi) – serta juga izin untuk melakukan kunjungan rumah atau menghubungi keluarga dan teman.

ICAP di Tanzania menemukan perbedaan yang bermakna pada tingkat mangkir antara empat klinik di wilayah Pwani di selatan Dar es Salaam. Walaupun dukungan kepatuhan diberikan melalui model baku tiga sesi konseling kepatuhan sebelum pengobatan, dikuatkan dengan konseling pada setiap kunjungan ke tempat pengambilan obat, yang mangkir berkisar dari tiga hingga empat persen di dua klinik sampai 25% di klinik lain.

ICAP menemukan bahwa tingkat mangkir yang lebih tinggi dikaitkan dengan kurangnya sumber daya staf untuk melacak yang mangkir bersamaan dengan kurangnya kepekaan komunitas mengenai kebutuhan kepatuhan. Stigma dan keengganan untuk mengungkapkan status juga turut berperan. Kendala besar lain adalah transportasi menuju klinik.

Untuk meningkatkan ketahanan dalam perawatan dan kepatuhan terhadap pengobatan, klinik ICAP mengambil langkah berikut ini:

- Mereka mendorong konseling berbasis keluarga untuk mendorong tes HIV dan pengungkapan status
- Mereka mulai menyediakan transportasi dari pusat kesehatan di desa ke klinik ARV dengan tingkat mangkir yang tinggi, dan juga menyiapkan klinik satelit di pusat kesehatan lokal
- Pasien dengan riwayat kepatuhan sangat baik diizinkan mengambil obat untuk tiga bulan daripada harus kembali setiap bulan
- Kampanye lokal tentang pentingnya kepatuhan terhadap ART dilakukan

Pembahasan lebih lanjut tentang pendekatan penanganan mangkir dapat ditemukan dalam HATIP edisi 31 Agustus 2007, <http://spiritia.or.id/hatip/bacahat.php?artno=0090>

## **Mempersiapkan pasien untuk pengobatan**

Program pengobatan mengambil cara yang berbeda untuk menentukan pasien mana yang akan memulai pengobatan, sebagaimana dicatat oleh Alex Coutinho, dengan beberapa berfokus pada jumlah daripada mutu untuk mencapai target nasional dan regional. Beberapa juga menganggap persiapan kepatuhan secara luas sangat membebani pasien yang sakit, dan lebih mengutamakan membujuk mereka untuk mulai pengobatan.

Di sisi lain, program yang berfokus pada kepatuhan cenderung berpatokan pada model perintis yang dikembangkan lima tahun lalu oleh MSF di Khayelitsha, Afrika Selatan, dan di banyak tempat pengobatan lain di dunia.

Ini adalah model yang memusatkan pasien, dan yang menolak sikap program TB kesehatan masyarakat yang sebetulnya menghakimi, yang menganggap bahwa pasien tidak bertanggung jawab, melainkan mengambil pendekatan yang berpendapat bahwa apabila dibekali dengan pengetahuan dan dukungan, dalam jangka panjang pasien adalah yang paling bertanggung jawab terhadap keberhasilan pengobatannya.

## HATIP 92: Bagaimana memberi dukungan kepatuhan yang baik: pengalaman dari seluruh dunia

Model ini mencakup pendidikan tentang manfaat dan efek samping pengobatan ARV secara menyeluruh sebelum pasien memulai pengobatan, dan dukungan secara terus-menerus dengan keterlibatan dalam kelompok dukungan, pemilihan pendukung pengobatan sendiri serta keberadaan konselor kepatuhan untuk sesi empat mata. Kepatuhan terhadap pengobatan dibuktikan dengan penghitungan jumlah pil secara rutin ketika kembali ke klinik. Kotak obat dan brosur disediakan sebagai alat bantu kepatuhan.

ICAP menekankan bahwa “kepatuhan lebih dari sekadar memakai obat” tetapi juga harus termasuk (dan umumnya dimulai dengan) “kepatuhan terhadap perawatan”: Apakah pasien memenuhi semua janji kunjungannya, melibatkan diri dalam pendidikan dan konseling, dan menghadiri kelompok dukungan? Apakah mereka dapat menyetujui dengan kunjungan rumah atau cara penjangkauan lain? Apakah mereka sudah datang dan menyelesaikan tes yang diminta, mengubah gaya hidupnya dan berjanji untuk tidak menulangi HIV-nya pada orang lain?

Di banyak klinik pasien dinilai siap untuk mulai pengobatan hanya apabila mereka sudah melalui proses persiapan, dan dinilai oleh kelompok seleksi. Misalnya di Vietnam, kelompok seleksi di proyek pengobatan yang dilakukan oleh Family Health International (FHI) terdiri dari staf klinik dan tim perawatan berbasis rumah, serta juga utusan yang dipilih Odha setempat.

FHI, yang menjalankan program pengobatan di beberapa negara yang didukung PEPFAR, melaporkan pembelajaran yang diperolehnya dari program mula-mula di Ghana, Kenya dan Rwanda dalam laporan terperinci pada 2005 (Ritzenthaler).

Semua program mewajibkan sedikitnya satu dan lebih baik tiga sesi konseling kepatuhan terhadap pengobatan, dilakukan oleh perawat yang umumnya menerima pelatihan tentang kepatuhan selama dua hingga tiga hari. Di Rwanda pasien juga menerima brosur terkait ART dalam bahasa daerah, termasuk kartu bergambar masing-masing jenis obat dan jadwal memakainya.

Beberapa program FHI mewajibkan pengungkapan status kepada sanak saudara atau teman yang akan berperan sebagai pendukung pengobatan (lihat di bawah). Konselor di Kenya mengatakan bahwa walau pelatihan mempersiapkan mereka dengan sangat baik untuk dukungan pengungkapan status, mereka prihatin tentang peningkatan jumlah pasien, mencatat bahwa konseling membutuhkan waktu, tidak boleh terburu-buru dan mungkin akan sangat lama apabila muncul masalah pengungkapan status. Mereka sependapat bahwa diperlukan lebih banyak konselor sebagaimana jumlah pengguna pengobatan bertambah.

Konselor program di Kenya menyoroti kebutuhan akan informasi yang tepat dan jelas tentang efek samping dan bagaimana menatalaksananya. Selain kebutuhan untuk pendidikan risiko terkait dengan beberapa efek samping obat, masalah efek samping obat sering kali disebut sebagai alasan untuk menghentikan pengobatan, sehingga mendidik tentang efek samping harus menjadi bagian inti dari persiapan pengobatan semua pasien.

FHI membuat materi yang dipakai oleh konselor untuk menjelaskan tentang infeksi oportunistik, terapi antiretroviral (ART) dan efek samping yang dapat muncul.

FHI juga mengembangkan pedoman pelatihan dukungan kepatuhan yang sangat luas, dengan lebih dari 15 modul. Pedoman ini dapat *download* dari [http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/res\\_ASW\\_CD.htm](http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/res_ASW_CD.htm)

Bahan pelatihan FHI berasal dari program pelatihan yang dikembangkan di Zambia, yang kini sudah melatih lebih dari 200 relawan komunitas.

NAM sudah mengembangkan bahan pelatihan untuk pekerja perawatan kesehatan dan konselor tentang setiap kombinasi obat yang biasa diresepkan di rangkaian terbatas sumber daya, dengan penjelasan tentang efek samping obat kunci dan bagaimana menanganinya. Materi ini dapat *download* dari <http://www.aidsmap.com/en/docs/6B8B0557-7767-4AB5-95FF-4DA8D882DF1D.asp>

Africaid mengembangkan program pelatihan perawat yang mencakup latar belakang ART dan peran perawat pada dukungan kepatuhan dan pemantauan pasien. Materi ini dapat *download* dari <http://www.aidsmap.com/en/docs/3F5509B5-BC9C-4C63-9AFD-EDA4EEA3B52E.asp>. Versi bahasa Indonesia, yang dilengkapi dengan modul lain, tersedia dari Spiritia.

Juga ada materi dari Western Cape ART rollout di: <http://web.uct.ac.za/depts/epi/artrollout/>

## Keragaman besar pada model persiapan pengobatan dan dukungan kepatuhan

Penelitian oleh David Pienaar dan rekan di Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Cape Town, Afrika Selatan menemukan model persiapan pengobatan dan dukungan kepatuhan yang sangat beragam di provinsi Western Cape. Temuan mereka dirangkum dalam tabel berikut ini, termasuk praktek yang dilakukan di suatu klinik HIV besar di Johannesburg, Afrika Selatan.

Klinik	Pendidikan pra-ARV	Keputusan untuk memulai	Dukungan kepatuhan ARV
GF Jooste	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiga sesi konseling di hari yang sama dengan pemeriksaan kesehatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapat dilakukan setiap hari setelah kerja usai</li> <li>Kesepakatan antara staf medis dan staf konseling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hanya berbasis di rumah sakit</li> <li>Masalah kepatuhan yang diketahui dirujuk kepada konselor untuk sesi 'booster'</li> </ul>
Guguletu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiga sesi kelompok wajib (15-20 orang); setiap sesi mencakup dua topik secara bersamaan tetapi tidak harus di hari yang sama dengan pemeriksaan kesehatan</li> <li>Kunjungan rumah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapat antarbagian setiap Selasa</li> <li>Kesepakatan antara staf medis, konselor dan staf lain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kunjungan PP (Pendukung Pasien), teorinya harian selama seminggu kemudian dua minggu sekali dan akhirnya bulanan</li> <li>Fokus kunjungan rumah diubah hanya untuk yang diketahui bermasalah, tidak untuk setiap orang</li> </ul>
Hout Bay	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dua sampai empat sesi kepatuhan tergantung pada pemahaman pasien</li> <li>Disediakan ahli gizi dan pekerja sosial</li> <li>Mendorong untuk mengikuti konseling kelompok dan mengajak pendukung pengobatan dalam sesi</li> <li>PP menilai rumah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seminggu sekali setiap Senin</li> <li>Keputusan kesepakatan antara staf medis, konselor, PP dan ahli gizi serta pekerja sosial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PP kunjungan rumah dengan jadwal yang berubah-ubah</li> <li>Masalah kepatuhan yang diketahui dirujuk kepada konselor untuk sesi 'booster'</li> </ul>
Michael Mapongwana	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sesi konseling secara terencana diberikan secara individu</li> <li>Wajib menetapkan pendukung pengobatan yang harus mengikuti satu sesi konseling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dua kali sebulan pada Selasa</li> <li>Keputusan kesepakatan antara staf medis dan konselor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Semua yang baru mulai mendapatkan kotak obat</li> <li>Awalnya diberi ARV hanya cukup untuk dua minggu</li> <li>Masalah kepatuhan yang diketahui dibidik untuk sesi 'booster'</li> <li>Sekali-kali konselor mengunjungi pasien yang tidak datang ke klinik</li> </ul>
TC Newman	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tidak ada 'peningkatan' baku. Idealnya, enam sesi (biasanya lebih) konseling individu, sesi dirancang sesuai pemahaman dan motivasi pasien</li> <li>Konselor mengunjungi klinik 'penjangkauan'</li> <li>Ada PP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapat setiap Selasa</li> <li>Keputusan kesepakatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Masalah kepatuhan yang diketahui menerima sesi 'booster' di klinik</li> <li>Jaringan PP dan perawat berbasis rumah menjangkau komunitas dan pengenalan masalah</li> </ul>
Klinik Themba Lethu, Johannesburg	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiga sesi kelompok wajib (15-30 orang); setiap sesi meliputi berbagai topik. Sesi terakhir termasuk konseling kepatuhan dan penghitungan CD4</li> <li>Perempuan hamil dan yang CD4-nya rendah lebih cepat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokter yang menangani pasien</li> <li>(kami memulai antara 50 dan 150 pasien per minggu)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Setiap pasien dengan viral load terdeteksi dirujuk ke konselor kepatuhan sesi empat mata. Bila viral load terdeteksi dua kali pasien dialihkan ke lini kedua</li> </ul>

## **Pelatihan petugas pendukung kepatuhan**

FHI melaporkan tentang proyek pelatihan petugas dukungan kepatuhan di Zambia yang saat ini dipakai sebagai dasar untuk pekerjaan di negara lain tempat FHI menatalaksana program pengobatan yang didukung oleh PEPFAR.

Proyek kerja sama pencegahan, perawatan dan pengobatan Zambia, yang ditatalaksanakakan oleh FHI melatih petugas dukungan kepatuhan untuk menjadi bagian dari tim multidisipliner di klinik kesehatan, dan menjembatani antara klinik kesehatan dan komunitas lokal.

Pelatihan ini tidak hanya berfokus pada kepatuhan dan pengobatan ARV; tetapi juga membantu petugas dukungan kepatuhan agar terlibat dalam jaringan rujukan; bekerja bersama dengan perawat dan dokter sebagai bagian dari tim klinis; serta berhubungan dengan pasien di klinik, komunitas, dan rumah-rumah.

Hampir semua petugas dukungan kepatuhan adalah Odha yang sudah memakai ART. Mereka bekerja sebagai relawan sedikitnya 20 jam seminggu, menerima uang transpor sebesar 100.000 kwacha (kurang lebih 25 dolar AS) per bulan. (Pendanaan ini diatur dalam bagian dari perjanjian dengan petugas kesehatan di distrik, tidak langsung dengan klinik kesehatan).

Mereka bertugas dua hari di klinik dan satu hari lagi di komunitas sekitarnya, tempat mereka mengunjungi pasien untuk mendukung kepatuhan terhadap pengobatan dan melacak yang mangkir serta mencoba mengajak mereka kembali.

[http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/country/Zambia/res\\_ASWstory.htm](http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/country/Zambia/res_ASWstory.htm)

## **Pemantauan komunitas**

Peninjauan tentang dukungan kepatuhan yang dilakukan oleh program AIDS dari Departemen Kesehatan Uganda, menyimpulkan bahwa pemantauan komunitas setelah memulai pengobatan adalah unsur perawatan yang penting tidak hanya untuk mencegah mangkir tetapi juga untuk mempertahankan kepatuhan.

Surveinya mengambil sampel dari 30 klinik kesehatan di seluruh negeri pada 2005, mewakili berbagai jenis tipe klinik kesehatan yang menyediakan ART di Uganda. Walau semua klinik mewajibkan dukungan pengobatan sebelum pasien memulai ART, hampir separuh yang mempunyai semacam pemantauan yang terorganisir di dalam komunitas, dan 11 dari 14 tempat menerima dana dari PEPFAR untuk melakukannya.

Kegiatan ini termasuk:

- Tindak lanjut kunjungan yang dilewatkan dengan kunjungan ke rumah pasien oleh petugas kesehatan, pendukung pengobatan atau sebaya, dan peringatan melalui telepon
- Rujukan dan hubungan dengan kelompok dukungan berbasis komunitas
- Penghitungan jumlah pil yang tidak diumumkan sebelumnya oleh pendukung pengobatan atau petugas kesehatan di rumah atau di komunitas
- Klub pascates dan pendidikan sebaya
- Perawatan berbasis di rumah
- Dukungan pengungkapan status dan konseling berbasis keluarga

Tingkat kepatuhan lebih tinggi di klinik yang memiliki pemantau komunitas: lebih dari 80% pasien melaporkan kepatuhan di atas 95%. Sebagai pembanding dengan klinik tanpa pemantau komunitas melaporkan tingkat kepatuhan yang lebih rendah (walaupun tidak jauh lebih rendah). Hasil survei menemukan bahwa klinik kesehatan tidak menyediakan pemantau komunitas, karena mereka tidak mempunyai dana untuk melakukannya. Sebelas dari 14 tempat yang memantau menerima dana dari PEPFAR untuk melakukannya (Mutya).

Tetapi, ada keprihatinan bahwa pemantauan komunitas oleh Odha relawan tidak didanai secara baik. David Barr dari HIV Collaborative Fund, yang secara global memberi hibah kecil kepada organisasi komunitas yang melakukan dukungan pengobatan, pendidikan dan advokasi, mengatakan: “Hampir selalu, Odha yang jelas melakukan layanan penting – tidak digaji atau hanya diberi sedikit upah untuk

pekerjaannya. Organisasi komunitas menerima sedikit atau pun tidak dana dalam kemitraan ini. Peraturan PEPFAR tampaknya memperburuk masalah ini, karena pusat kesehatan menerima dana PEPFAR, tetapi organisasi komunitas harus mencari aliran dana dari USAID.”

## Terapi yang diawasi langsung

Beberapa program pengobatan mencoba memperkuat kepatuhan dengan memakai terapi yang diawasi langsung. Program pengobatan FHI di Rwanda mewajibkan pasien untuk datang ke klinik setiap pagi selama satu minggu pertama pengobatan untuk memantau penggunaan pil mereka. Di Vietnam, pasien Odha yang menerima terapi metadon melalui program FHI lokal mulai menerima ART sehari sekali yang diawasi langsung.

Tetapi secara umum, terapi yang diawasi langsung di rangkaian klinik berperan kecil dalam mendorong atau mempertahankan kepatuhan yang baik di Afrika.

“Sebagai akibat dari jumlah pasien dan kenyataan bahwa sebagian besar berhasil sangat baik, kita tidak dapat memakai strategi terapi diawasi langsung. Strategi tersebut tidak akan menghemat biaya. Tetapi pada kegagalan lini pertama mungkin ada manfaat,” dikatakan Dr. Francesca Conradie dari klinik Themba Lethu di Johannesburg.

## Pendukung pengobatan

Sebaliknya, banyak program pengobatan sudah menerapkan terapi yang diawasi langsung dengan cara lain, yaitu dengan memanfaatkan pendukung pengobatan berbasis komunitas.

Memakai orang-orang di komunitas ini untuk memantau dan mendukung kepatuhan yang baik terhadap pengobatan, belum mempunyai dasar bukti waktu MSF dan Partners in Health pertama kali mulai menerapkannya di Afrika Selatan dan Haiti dalam proyek yang menunjukkan bahwa mungkin ART akan berhasil di rangkaian terbatas sumber daya.

Saat ini penggunaan pendukung pengobatan cukup tersebar luas di rangkaian terbatas sumber daya, dan justru di beberapa program hal ini menjadi kewajiban untuk mendapatkan pengobatan.

Dr. Jean Nachege melakukan penelitian secara mendalam di provinsi Western Cape, Afrika Selatan, dengan kelompok fokus Odha dan staf perawatan kesehatan yang berpengalaman menyediakan perawatan HIV. Dia menemukan bahwa pendukung pengobatan dapat menyediakan bantuan jangka pendek bagi orang yang sangat sakit yang baru memulai pengobatan. Orang ini sering sakit, lemah, bingung dan takut dengan pikiran harus memakai pengobatan. “Dukungan membantu saya untuk tidak putus asa dan terus memakai tablet saya walau saya sangat lemah sehingga saya kira saya akan meninggal,” dikatakan oleh seorang Odha perempuan.

Tetapi pendukung pengobatan juga memiliki peran jangka panjang: mempertahankan tingkat kepatuhan dalam jangka panjang dan mengubah pola pikir pasien terhadap hidup dengan HIV, daripada berjuang untuk bertahan dari penyakit berat. Pendukung pengobatan juga sangat tepat untuk berbicara tentang masalah pencegahan, penularan dari ibu-ke-bayi dan kesejahteraan sosial.

Siapakah para pendukung pengobatan? “Pertama-tama adalah ibunya; kedua saudara perempuan; ketiga saudara laki-laki, ayah mungkin adalah yang terakhir, kemudian pasangan, pasangan seksual,” seorang dokter mengatakan. Memiliki otoritas tertentu membuat seseorang menjadi pendukung pengobatan yang lebih baik, demikian diperkirakan oleh para dokter, tetapi Odha cenderung melihat sikap penerimaan terhadap keadaannya sebagai syarat yang utama.

Takut mengungkap status kepada anggota keluarga sering terlihat sebagai kendala, karena takut ditolak dalam hubungan, tetapi juga karena sering dianggap takut seandainya anggota keluarganya akan mengungkapkan status HIV mereka di lingkungannya bila sedang mabuk.

Beberapa pendukung pengobatan datang dan mengawasi pil sendiri, sementara yang lain memeriksa dengan cara mengamati kotak pilnya setiap hari, atau menelepon untuk mengingatkannya.

Penelitian David Pienaar di lima klinik di Western Cape mengungkapkan bahwa, bila mereka bagian dari paket dukungan, pendukung pengobatan adalah bentuk dukungan pengobatan yang paling dihargai oleh

pasien ( $n = 749$ ) dan yang paling banyak dipakai. Delapan puluh satu persen pasien di kelima tempat mempunyai pendukung pengobatan, dan 83% di antaranya menilai pendukung pengobatan sebagai bentuk dukungan kepatuhan 'yang sangat penting'. Sebagai pembanding walau dinilai tinggi, klinik dipakai oleh 38% dan kelompok dukungan berbasis komunitas dipakai oleh 14%, karena persiapan dukungan pengobatan yang berbeda di klinik yang disurvei.

Di Haiti, Partners in Health membuat pendamping bertanggung jawab untuk memberi obat HIV dan TB setiap hari, mengunjungi rumah penduduk setempat. "Kunjungan harian dan mengawasi pasien memakai obat tidak hanya memastikan bahwa pasien patuh terhadap pengobatan mereka, tetapi juga mampu menyediakan kesempatan bagi petugas kesehatan komunitas untuk memberi dukungan, memantau gejala efek samping terhadap ART dan/atau komplikasi terkait HIV, menjawab pertanyaan tentang pengobatan dan efek sampingnya, dan menekankan pesan pencegahan sekunder," Partners in Health melaporkan.

Dr. Nachega dan rekan berpendapat bahwa model pendukung pengobatan seharusnya dibuktikan dalam uji coba klinis secara acak terhadap perawatan yang baku, tetapi karena sudah dipakai secara sangat luas, model ini sudah dapat dianggap sebagai model perawatan yang baku.

### **Kelompok dukungan**

Sebagaimana ditunjukkan oleh peninjauan HATIP bulan lalu mengenai perawatan berbasis komunitas dan ketahanan pasien, dukungan berbasis komunitas mungkin mampu menyediakan bantuan yang kuat terhadap kepatuhan. Kelompok dukungan, yang dijalankan oleh klinik atau dalam komunitas, menyediakan mekanisme dukungan sebaya yang tidak hanya membantu menemukan orang yang akan gagal, tetapi juga menyediakan forum untuk menyelesaikan masalah dan belajar di antara orang yang dalam kehidupan sehari-harinya mempunyai kendala yang sama terhadap kepatuhan. Hal ini mungkin satu-satunya kesempatan yang ditawarkan agar orang dapat membahas hidup dengan HIV secara terbuka.

Kehadiran dalam kelompok dukungan adalah kewajiban di beberapa program pengobatan sebelum memulai pengobatan, sebagai sarana mempersiapkan orang menghadapi masa depan dan bersatu dengan kelompok sebaya.

### **Kotak pil**

Di klinik yang dinilai oleh David Pienaar dan rekan di Western Cape, pasien sangat menghargai kotak pil sebagai alat bantu kepatuhan yang sangat penting apabila disediakan. Di satu klinik semua pasien disediakan kotak pil yang sudah terisi sebelumnya (dosis harian disimpan dalam ruang yang terpisah) untuk pengobatan selama satu minggu pertama, dan hal ini berlanjut selama dua hingga tiga minggu.

Sebuah penelitian di San Francisco menemukan bahwa penggunaan kotak pil dikaitkan dengan kepatuhan yang lebih baik dan tingkat penekanan viral load yang lebih tinggi pada populasi kaum perkotaan yang sering kali adalah tunawisma, rentan terhadap penggunaan narkoba atau zat lain serta hidup dengan penghasilan yang sangat rendah. Penelitian ini membandingkan viral load dan perubahan kepatuhan pada pasien yang memakai kotak pil dan yang tidak antara 1996 dan 2000, tetapi tidak dilakukan secara acak (Petersen).

### **Menentukan tingkat kepatuhan: hitung jumlah pil dan ingatan pasien**

Banyak klinik memantau kepatuhan berdasarkan hitungan jumlah pil; pasien diminta mengembalikan botol obatnya ke klinik setiap bulan dan sisa pil dihitung untuk menentukan berapa banyak dosis yang tidak terpakai.

Penelitian yang dilakukan oleh Jessica Oyugi dan rekan di Uganda menunjukkan bahwa penghitungan jumlah pil yang dilakukan saat kunjungan rumah terkait erat dengan hasil yang disediakan oleh tutup botol pil otomatis yang mencatat setiap kali tutup botol dibuka, dan bahwa keduanya terkait erat dengan tes ingatan selama tiga hari, yaitu pasien diminta melaporkan apakah ada dosis mereka yang terlewatkan selama tiga hari, dan bila ya, berapa banyak (Oyugi).

Tetapi, penelitian yang dilakukan di Malawi memberi kesan bahwa hitungan jumlah pil mungkin melampaui perkiraan kepatuhan. Penelitian ini membandingkan tiga metode penilaian kepatuhan:

penghitungan jumlah pil, ingatan tiga hari dan tutup botol pil otomatis pada 80 pasien yang memakai Triomune dua kali sehari selama rata-rata 13 bulan (Bell).

Penelitian ini menemukan bahwa tingkat kepatuhan rata-rata berdasarkan penghitungan jumlah pil adalah 96,8%, sementara alat pelacak otomatis yang menghitung setiap kali tutup botol dibuka mencatat tingkat kepatuhan rata-rata 88,1%. Pada empat kasus, kepatuhan di bawah 20%, namun jumlah pil bulan memberi kesan kepatuhan 100% untuk setiap metode penghitungan. Apa yang sedang terjadi?

Tutup botol pil otomatis tidak dapat menentukan apakah pil benar-benar dipakai, tetapi para peneliti tetap menanyakan apakah peserta mengeluarkan pil dari botol tersebut untuk disimpan di tempat lain, dan empat pasien yang melakukan hal tersebut dikeluarkan dari penelitian.

“Pasien yang lupa memakai dosisnya mungkin membuang tablet mereka yang lebih tersebut di akhir bulan agar terlihat lebih patuh,” para peneliti berpendapat.

Peserta juga ditanya tentang mengingat kepatuhan mereka tentang satu hari, satu minggu dan satu bulan sebelumnya. Berdasarkan ukuran ini, hanya empat dari 80 yang lupa memakai satu pun dosisnya pada bulan sebelumnya, hasil yang tidak sesuai dengan jumlah pil atau alat pelacak otomatis.

Pesan dari penelitian ini bukan bahwa pasien akan berbohong, tetapi bahwa dokter dan perawat sebaiknya tidak terlalu berkhayal. “Penghitungan pil dan laporan pribadi bermanfaat di rangkaian ini dengan memastikan bahwa masalah kepatuhan selalu diangkat pada setiap sesi konsultasi,” para peneliti mengatakan, dan jelas sebagaimana ditunjukkan oleh penelitian ini, masalah ini harus selalu dibicarakan dengan pasien setiap kali ia berkunjung klinik atau berhubungan dengan petugas perawatan kesehatan. Hasil yang baik dari metode untuk memantau kepatuhan pilihan klinik ini seharusnya tidak untuk kesenangan diri sendiri.

Tetapi dokter tidak boleh berasumsi bahwa mereka lebih mampu memantau kepatuhan dibandingkan pasien. Hal ini berdasarkan hasil penelitian retrospektif secara besar tentang pasien ART di Zambia, Uganda dan Kenya, yang dilakukan oleh Institute of Human Virology, Universitas Maryland, AS. Penelitian ini meninjau rekam medis yang tersedia dari 863 pasien pengguna ART yang kepatuhannya dilaporkan sendiri dan oleh dokternya serta data viral load.

Penelitian ini menemukan bahwa pasien 2.6 kali lebih mungkin melaporkan ketidakpatuhan dengan salah satu dari tiga penilaian (minggu sebelumnya, bulan sebelumnya, janji pertemuan yang tidak dipenuhi atau mengisi ulang obat) bila dibandingkan dengan dokter. Contoh di Uganda, dokter melaporkan tingkat kepatuhan rata-rata adalah 91,4% di antara pasien mereka, tetapi pasien melaporkan tingkat kepatuhan 84%. Perbedaan ini jarang dibicarakan di Zambia dan tidak terjadi di Kenya, tetapi temuan ini memberi kesan bahwa memakai rekam medis mungkin tidak dapat diandalkan untuk melihat dan membidik pasien yang kurang patuh (Etienne).

Rekam medis klinik berstandar tinggi juga berperan untuk memantau kepatuhan. Sistem yang dengan mudah dapat menemukan janji yang tidak dipenuhi di hari itu adalah penting, tetapi hal ini dapat juga dilakukan secara berhasil dengan sistem administrasi secara manual, seperti yang ditemukan ICAP di Rwanda. Dr. Miriam Rabkin dari ICAP mengatakan bahwa mengumpulkan data dari seluruh klinik tentang tingkat kepatuhan, janji pertemuan dan kunjungan ke apotek yang tidak dipenuhi, dapat membantu meningkatkan kinerja program di distrik dengan cara menentukan klinik mana yang bermasalah dan mana yang dapat dijadikan contoh untuk yang lain.

### **Mempertahankan kepatuhan jangka panjang**

Berbagai penelitian memberi kesan bahwa sistem pemantauan klinik dan komunitas yang berfungsi dengan baik, serta pencatatan rekam medis yang sangat teliti, adalah penting untuk mempertahankan tingkat kepatuhan tinggi yang terlihat setelah pemantauan jangka pendek.

Di Eastern Cape Management Sciences for Health (MSH) bekerja sama dengan apoteker dan klinik untuk mencatat kepatuhan dan mengembangkan cara untuk meningkatkan kepatuhan apabila mereka menemukan yang mulai meragukan.

Gavin Steel dari MSH mengatakan pada HATIP: “Bagi pasien yang memerlukan dukungan lebih besar kami menawarkan dukungan kepatuhan yang dipimpin oleh apoteker di klinik yang berlangsung sekali

seminggu. Program ini menawarkan wawancara untuk memotivasi dan intervensi meningkatkan kepatuhan lain berdasarkan rujukan. Semua pasien yang gagal dengan rejimen pertama melakukan penilaian kepatuhan sebelum dimulai dengan pengobatan lini kedua. Sebagian besar dari rujukan kami adalah dari kelompok pasien ini. Para dokter yang lebih terampil dalam memberi dukungan kepatuhan berfokus pada kasus yang sulit. Apoteker di Eastern Cape adalah sumber daya yang langka; oleh karena itu sangat penting untuk memaksimalkan waktu mereka.”

Mereka juga mengembangkan sistem komputer untuk mengalihkan pemberian obat dari Rumah Sakit Cecilia Makiwane di Mdantsane ke klinik setempat. Resep diatur di pusat oleh klinik rujukan, dikirimkan ke apotek lokal berdasarkan daftar tilik kepatuhan kemudian diberikan oleh perawat lokal, yang melaporkan hasilnya ke rumah sakit. Sistem ini mengurangi biaya transportasi pasien dan memungkinkan pemantauan pasien di komunitas secara konsisten untuk jangka panjang. Cara ini sudah diterapkan pada 1.000 pasien di distrik yang menerima pengobatan kesehatan jiwa jangka panjang.

“Filsafat kami dasarnya adalah kami membantu klien kami untuk menelusuri pilihan yang memungkinkan mereka dapat menerima rejimen tersebut dalam rutinitasnya setiap hari. Akibatnya kami menemukan bahwa wawancara untuk memotivasi mereka sangat bermanfaat dan lebih unggul dibandingkan memakai cara otomatis untuk menangani masalah ini.”

Di klinik yang menyediakan tes viral load terbukti bermanfaat untuk menyoroti pasien yang membutuhkan dukungan kepatuhan secara intensif. Di klinik HIV Desmond Tutu di Guguletu dekat Cape Town, Catherine Orrell dan rekan melaporkan bahwa di antara 929 pasien yang memulai pengobatan antara 2002 dan 2005, 67 pasien mengalami peningkatan viral load (didefinisikan sebagai viral load di atas 1.000 satu kali). Pasien ini segera dirujuk ke konselor kepatuhan untuk tindak lanjut secara intensif dan dites ulang delapan minggu kemudian. Hanya 20 di antara 67 (2,2% dari semua pasien) yang akhirnya beralih ke terapi lini kedua karena terus mengalami peningkatan viral load; sisanya mencapai viral load tidak terdeteksi sekali lagi. Dengan memakai analisis Kaplan-Meier, para peneliti di Cape Town memperkirakan tingkat kegagalan viral sebesar 5,6% setelah tiga tahun pengobatan dengan menggunakan pendekatan ini.

Sejak penelitian tersebut selesai, prosedur sudah lebih diperketat, Dr. Catherine Orrell mengatakan pada HATIP. “Kami membidik mereka yang menghadapi kesulitan dengan kepatuhan. Kapan pun seseorang tercatat sudah menurunkan jumlah pil yang dipakainya menjadi < 85% atau menunjukkan viral load di atas 50, orang tersebut ditempatkan pada daftar “waspada” dan konselornya dikirim untuk mengunjungi mereka di rumah. Mereka juga mengulang sesi pendidikan pengobatan dari awal dan kembali mengunjungi klinik setiap bulan untuk pengobatan. Status waspada berwarna merah hanya berhenti setelah pasien sudah menunjukkan kepatuhan di atas 85% selama dua bulan berturut-turut.

Penelitian Ugandan Home Based AIDS Care (HBAC) dijelaskan oleh Dr. Jonathan Mermin pada pertemuan HIV Implementer adalah contoh lain. Penelitian ini menunjukkan tingkat kepatuhan tinggi yang dapat dicapai dengan dukungan kepatuhan berbasis komunitas termasuk kunjungan rumah mingguan (yang dilakukan oleh petugas dari komunitas yang mengantar obat dan memakai angket gejala dan kepatuhan yang baku) serta manfaat dukungan secara intensif ketika pemantauan menunjukkan bahwa mungkin terjadi masalah kepatuhan.

Penelitian ini membandingkan tiga metode pemantauan pasien, dengan penghitungan CD4 secara rutin, CD4 dan viral load, atau hanya pemantauan klinis (gejala). Walau peserta di dalam kelompok yang hanya dipantau secara klinis memiliki tanggapan yang lebih buruk secara bermakna dibandingkan peserta di dalam kedua kelompok pemantauan tes laboratorium, kebanyakan peserta di dalam penelitian ini menanggapi dengan cukup baik: “90% pasien mempunyai penekanan virus secara penuh setelah satu tahun (kurang dari 50). Ini adalah tingkat penekanan virus tertinggi yang tercatat dalam kepustakaan dan terbukti sebagai tingkat kepatuhan terbaik yang dicapai oleh peserta mungkin karena pengiriman pengobatan secara mingguan dan upaya konseling kepatuhan yang direncanakan dengan sangat baik,” dikatakan Dr. Mermin.

Bahkan, pada masing-masing kelompok penelitian, tanggapan pertama terhadap indikasi kegagalan pengobatan adalah konseling dan dukungan kepatuhan – yang mengakibatkan tingkat pengalihan ke rejimen lini kedua yang sangat rendah, terutama pada kelompok dengan pemantauan tes laboratorium.

Tetapi pada setiap kelompok, pemantauan kepatuhan secara rutin mungkin juga meningkatkan tingkat tanggapan. Pada kunjungan klinik mingguan, petugas perawatan kesehatan, tingkat kepatuhan dinilai dengan memakai angket. [Catatan: asli dalam bahasa Inggris dapat diminta dari Spiritia]

Secara umum, konselor dari komunitas menyediakan dukungan kepatuhan secara intensif, tetapi menurut Dr. Mermin, apabila menemukan kasus yang lebih rumit (misalnya anak yang memakai ART), konselor kepatuhan kadang-kadang ikut serta pada kunjungan rumah.

Tetapi, melakukan kunjungan rumah setiap minggu pada ribuan rumah membebani sumber daya manusia yang bermakna. Bahkan, Dr. Mermin mengatakan bahwa program HBAC sedang mengubah peraturan kunjungannya menjadi setiap dua minggu.

## Ringkasan

- Ada banyak model dukungan kepatuhan yang belum dibandingkan dengan uji coba secara acak.
- Sistem dukungan kepatuhan yang melibatkan persiapan secara intensif, pendekatan penyelesaian masalah kepatuhan dan pemantauan pasien yang mangkir dan yang tidak patuh secara hati-hati menghasilkan hasil besar dalam hal penekanan virus.
- Persiapan pengobatan harus membahas melek pengobatan, tetapi pada sebagian besar kasus juga perlu membahas pengungkapan status, penyelesaian masalah tentang kendala yang mungkin terjadi terhadap kepatuhan, dan persiapan untuk pemantauan dan dukungan pengobatan yang berlanjut.
- Sumber daya manusia yang diperlukan untuk keberhasilan dukungan kepatuhan mungkin cukup besar. Orang dengan HIV memainkan peranan penting dalam proses ini, tetapi tidak dapat dianggap sebagai sumber daya gratis. Dukungan komunitas perlu diperhitungkan biayanya ke dalam program pengobatan di tingkat nasional.
- Setiap hubungan dengan klinik atau petugas perawatan kesehatan harus dianggap sebagai kesempatan untuk menilai dan memperkuat kepatuhan. Hitungan jumlah pil dan memenuhi janji pertemuan adalah metode penting untuk melacak kepatuhan, tetapi jangan dianggap sempurna.
- Pendukung pengobatan yang seramah dengan pasien atau komunitas adalah bentuk dukungan yang sangat kuat, tetapi model ini perlu ditingkatkan bersamaan dengan pendidikan komunitas untuk mengurangi stigma.
- Mempertahankan kepatuhan yang sangat baik untuk jangka panjang perlu diteliti lebih luas, tetapi hasil sementara dari Uganda dan Afrika Selatan memberi kesan bahwa hal ini akan terus memerlukan sumber daya manusia yang tinggi dan pemantauan secara cermat.

## Referensi

- Bell DJ et al. Adherence to antiretroviral therapy in patients receiving free treatment from a government hospital in Blantyre, Malawi. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 45 (5): 560-563, 2007.
- Etienne M et al. Provider assessment of patient adherence: a poor predictor of viral suppression in resource limited settings. Fourth International AIDS Society Conference on HIV Treatment and Pathogenesis, Sydney, abstract WePeB100, 2007.
- Farley J. Adherence assessment utilizing pharmacy refill records and patient self-report. 2007 HIV Implementers' Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 791.
- Hardon AP et al. Hunger, waiting time and transport costs: time to confront challenges to ART adherence in Africa. *AIDS Care* 19(5):658-65, 2007.
- Matiku S. Approaches to bridging the gap between patients lost to follow-up and facility-based care and treatment centres in Pwani region of Tanzania. 2007 HIV Implementers' Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 281.
- Mills EJ et al. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *PLoS Med* 3: e438, 2006.
- Murray LK, Semrau K et al. What are the causes of reduced ARV adherence in Africa? A hypothesis-generating study from Zambia. HIV Implementers' Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 1642, 2007.
- Muttai HC. Adherence to antiretroviral therapy among patients receiving therapy in a resource-poor setting: the case of Kericho district hospital in Kenya. HIV Implementers' Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 115, 2007.
- Mutyaba NE et al. Community follow-up and support enhances high levels of adherence to ART but remains a big challenge in Uganda. PEPFAR HIV/AIDS Implementers' Meeting, Durban, 2006.

## HATIP 92: Bagaimana memberi dukungan kepatuhan yang baik: pengalaman dari seluruh dunia

Oyugi JH et al. Multiple validated measures of adherence indicate high levels of adherence to generic HIV antiretroviral therapy in a resource-limited setting. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 36 (5): 1100-1102, 2004.

Nachege J et al. Treatment supporter to improve adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected South African adults. A qualitative study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 43 supp 1: S127-S133, 2006.

Orrell C et al. Conservation of first-line antiretroviral treatment regimen where therapeutic options are limited. *Antiviral Therapy* 12 : 83-88, 2007.

Petersen ML et al. Pillbox organisers are associated with improved adherence to HIV antiretroviral therapy and viral suppression: a marginal structural model analysis. *Clinical Infectious Diseases* 45: 908-15, 2007.

Pienaar D et al. Models of care for antiretroviral service delivery. University of Cape Town 2006.

Ritzenthaler R. Delivering antiretroviral therapy in resource-constrained settings. Lessons from Ghana, Kenya and Rwanda. *Family Health International*, 2005.

Shepard CW et al. Employing ART patients to determine outcomes of their peers at the ART clinic of Felege Hiwot referral hospital in Amhara region, Ethiopia. HIV Implementers' Meeting, Kigali, Rwanda, abstract 773, 2007.

Artikel asli: How to deliver good adherence support: lessons from round the world

<http://www.aidsmap.com/cms1250002.asp>