

HATIP 114: Memperbaiki kerja sama TB/HIV: contoh praktis dari Pertemuan HIV Implementers 2008

Oleh: Theo Smart, 24 Juli 2008

Edisi HATIP ini meliputi aspek praktis kerja sama TB/HIV, mengamati pelajaran dari serangkaian negara yang luas yang dipresentasikan pada Pertemuan HIV Implementers baru-baru ini di Kampala, Uganda.

Artikel pertama membahas perbaikan dalam diagnosis HIV pada pasien TB, dan laporan mengenai bagaimana program menghadapi masalah dalam rancangan layanan yang memicu angka diagnosis HIV yang rendah pada kelompok pasien ini.

Artikel kedua membahas bagaimana perawatan HIV, termasuk terapi antiretroviral (ART), dapat diberikan pada pasien TB. Apakah lebih baik dilakukan melalui program TB atau di klinik HIV, atau apakah tergantung pada rangkaian – dan pasien?

Memperbaiki diagnosis HIV pada pasien TB: pendekatan baru yang berhasil

Sejumlah program yang semakin meningkat di negara fokus PEPFAR memulai *provider-initiated HIV testing and counselling*/PITC untuk pasien TB, menurut laporan pada Pertemuan HIV Implementers di Kampala, Uganda, tetapi mereka mengambil pendekatan yang berbeda untuk mulai layanan ini.

Beberapa program melaporkan hasil yang baik dari pelatihan staf klinik TB untuk memberi tes dan konseling HIV secara langsung, sementara di rangkaian lain, konselor *lay* disediakan untuk memberi layanan di klinik TB. Di rangkaian lain, menempatkan klinik ART dengan tes dan konseling HIV bersamaan dengan klinik TB – dengan penjangkauan dan pendidikan yang agresif untuk klien klinik TB – mengakibatkan angka tes HIV yang lumayan baik, bahkan bila staf klinik TB yang pada awal enggan untuk merujuk pasien.

Pintu masuk pada layanan esensial

Tes HIV adalah pintu masuk pada layanan lain untuk HIV termasuk layanan pencegahan HIV, kotrimoksazol, pengobatan dan perawatan HIV, serta, tentu saja, ART – semuanya esensial untuk hasil jangka panjang yang baik untuk orang koinfeksi TB/HIV. Tetapi pengalaman menunjukkan bahwa hanya sekadar merujuk orang dengan TB – dengan ketahanan hidupnya mungkin tergantung pada mengetahui status TB-nya – pada layanan VCT yang berdiri sendiri hanya menghasilkan angka tes HIV yang rendah. Banyak akan menunda tes, sering sampai terlambat.

Tahun lalu, WHO mendukung ketersediaan PITC, serta juga VCT yang diluaskan, dengan mengeluarkan [pedoman untuk membantu negara membakukan dan meluaskan PITC melalui sarana layanan kesehatan](#).

Tetapi cara terbaik untuk menyediakan PITC tergantung pada rangkaian lokal sehingga tim yang bekerja di lapangan harus menyesuaikan pendekatannya berdasarkan sumber daya (terutama manusia) serta sistem dukungan yang tersedia. Namun, jelas bahwa tanpa memperhatikan bagaimana tes dan konseling HIV dilakukan, pendidikan untuk staf TB dan orang dengan TB mengenai koinfeksi TB/HIV meningkatkan penerimaan tes, sebagaimana ketersediaan layanan HIV (sebaiknya satu atap) ditingkatkan.

Peningkatan tes HIV di Tanzania

Di Tanzania – dengan kurang lebih separuh orang TB juga HIV – Program for Appropriate Technology in Health (PATH) bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial, dan program TB dan Kusta Nasional, untuk memulai tes dan konseling HIV di klinik yang didanai oleh PEPFAR di wilayah kerja PATH (Makame).

Program diuji coba di tiga tempat pada 2005, dan mulai ditingkatkan secara nasional pada 2006. Proyek tersebut mulai dengan mencari, melatih dan menempatkan koordinator TB/HIV di wilayah dan distrik. Koordinator ini kemudian melatih pemberi layanan kesehatan lokal dengan memakai pedoman PITC yang diterjemahkan pada bahasa Kiswahili. Pada Maret 2008, PITC dimulai di sembilan wilayah dan 31

distrik di negara tersebut. Pada triwulan kedua 2008, 84,2% pasien yang baru didiagnosis TB menerima PITC. (Catatan: mitra PEPFAR membantu mengkoordinasi layanan PITC di bagian Tanzania yang lain – misalnya, poster dari ICAP melaporkan bahwa 90-96% mereka dengan status tidak diketahui menerima PITC di Rumah Sakit Wilayah Tumbu (Maruchu)).

Tetapi, menurut Dr. Mohammed Makame dari PATH, ada beberapa kendala. Contohnya, banyak klinik TB tidak mempunyai tempat yang cocok untuk memberi konseling HIV; penyediaan kit tes HIV kadang tersendat; dan ada kekurangan dokter dengan pengetahuan mengenai penatalaksanaan TB dan HIV secara bersamaan, para staf klinik tetap saja kurang memahami PITC, dan kekurangan staf untuk melakukan konseling dan tes di beberapa klinik.

Mengupahkan konselor *lay* di Lesotho

Di Lesotho, konselor *lay* mengisi kekurangan. Dr. Biggie Mabaera dari University Research Co (URC) melaporkan mengenai upayanya untuk membantu permulaan konseling dan tes HIV di klinik TB di enam dari sepuluh distrik di Lesotho. Saat proyek mulai pada 2006, klinik TB merujuk orang dengan TB pada tempat ART atau pusat VCT untuk tes HIV – dan hanya 16% dari mereka mengikuti rujukan. Menurut Dr. Biggie Mabaera, pejabat TB justru terlalu “sibuk dengan tanggung jawab lain” untuk menyediakan konseling dan tes HIV sendiri.

Sebagai pengganti, URC melatih konselor *lay* yang menjadi karyawan yang digaji untuk menyediakan layanan di klinik TB. Mereka mengikuti pelatihan selama dua minggu mengenai konseling dan tes HIV, dengan pelatihan lanjutan mengenai gejala dan tanda TB, hubungan antara TB dan HIV, dan bagaimana mencatat data TB/HIV.

Perbaikan terjadi secara cepat. Selama 2007, 53% kasus TB yang didaftarkan dites untuk HIV (78% di antaranya dengan hasil HIV-positif), dan pada triwulan pertama 2008, 74% orang dengan TB dites. Satu rumah sakit, yang hanya melakukan tes pada kurang dari 1% pasien TB-nya pada 2006, melakukan tes pada 75% pasien TB pada triwulan pertama tahun ini setelah ditambah hanya satu konselor *lay* akhir tahun lalu.

Satu tantangan adalah bahwa konselor *lay* sudah mulai diberi tanggung jawab lain di klinik yang sibuk ini. Walau begitu, “konselor *lay*, bila dipimpin secara sesuai, dapat memungkinkan sarana kesehatan untuk meningkatkan konseling dan tes HIV untuk pasien TB secara cepat, dan juga menerapkan penatalaksanaan TB/HIV secara terpadu. Penerimaan konseling dan tes HIV juga dapat diperbaiki dengan menawarkan konseling dan tes di klinik TB, daripada merujuk pasien ke klinik ART atau pusat VCT,” dikatakan Dr. Mabaera.

Perlawanan terhadap PITC di Afrika Selatan

Sebagaimana akan dikonfirmasi oleh laporan dari South African TB Conference pertama (dilakukan Juli ini di Durban) nanti, banyak klinik TB di negara itu bersusah payah untuk meningkatkan tes HIV. Beberapa pembicara pada pertemuan itu melaporkan bahwa orang dengan TB menolak dites karena mereka tidak ingin menghadapi dua penyakit sekaligus. Berdasarkan itu, tetap ada keprihatinan mengenai bagaimana memulai PITC sekaligus memastikan tes HIV dilakukan secara sukarela.

Di Pertemuan HIV Implementer, Dr. Munira Khan dari CAPRISA AIDS Treatment Programme menggambarkan percobaannya untuk mulai PITC untuk orang dengan TB di Prince Cyril Zulu Communicable Disease Centre (PZC-CDC) di distrik eThekweni di KwaZulu Natal, distrik dengan beban TB yang paling tinggi (dan hasil yang paling buruk). Angka koinfeksi HIV di distrik itu lebih dari 50%.

Sebelum klinik pengobatan HIV eThekweni dibentuk dengan konseling dan tes di tempat, PZC-CDC juga tergantung pada VCT yang biasa (dan yang menghasilkan angka tes yang rendah). Di negara lain, program TB umumnya menjadi pendorong skrining HIV pada kliennya, tetapi mungkin karena rasa bertentangan mengenai tes HIV di Afrika Selatan, dalam hal ini justru klinik HIV yang mendorong mulainya PITC di klinik TB.

Namun hal ini menjadi tantangan. “Pada awal, konsep PITC sulit didorong – terutama di antara staf TB. Dan hal ini dicerminkan dalam angka rujukan kami, yang rendah pada dua bulan pertama,” dikatakan

Dr. Khan. Sebetulnya, staf TB hanya merujuk 10% pasien TB untuk tes. Akibat pelatihan untuk staf TB mengenai koinfeksi HIV, angka rujukan meningkat, tetapi hanya menjadi 31%, masih jauh dari rujukan umum untuk tes.

Oleh karena itu, untuk lebih meningkatkan penerimaannya, klinik HIV melakukan penjangkauan di klinik TB dengan menempelkan poster pada ruang tunggu TB yang menguraikan layanan HIV di tempat, dan dengan memberi sesi pendidikan kesehatan sederhana mengenai higien, kaitan antara TB dan HIV, pengobatan TB dan kepatuhan, serta juga mengenai pengobatan HIV – sekaligus mendorong konseling dan tes. Tambahannya, “setelah diketahui bahwa banyak laki-laki merasa ada kesulitan berhubungan dengan konselor perempuan, konselor laki-laki diupahkan,” dikatakan Dr. Khan.

Selain mengupahkan lebih banyak konselor, agar meningkatkan kapasitas lebih lanjut untuk menghadapi peningkatan pada permintaan, ruang konseling dibagi untuk menyediakan lebih banyak ruang konseling tertutup. Akhirnya, klinik juga mulai menawarkan sesi konseling prates secara massal (dengan konseling pascates secara individu).

Dalam 19 bulan setelah PITC pertama dimulai, 2.375 pasien BTA-positif yang baru diperiksa di klinik TB, 1.457 di antaranya dianjurkan untuk tes; dan 975 (67%) setuju untuk dites.

“Kami juga menemukan bahwa ada tingkat penolakan tes yang tinggi pada awal,” Dr. Khan mengatakan. Oleh karena itu, mereka melakukan penelitian untuk mencari alasan orang enggan dites. Paling sering, alasan dilaporkan ternyata adalah karena orang ‘sudah tahu statusnya.’ “Namun penting dicatat bahwa tidak ada bukti mereka mengetahui status pada saat dikontak,” dikatakannya, (atau bahwa pengetahuan adalah baru). ‘Ketakutan akan positif’ (terutama di antara laki-laki) dan ‘keinginan untuk mengobati TB dulu’ adalah alasan yang paling umum kedua, diikuti secara dekat dengan ‘tidak ada waktu untuk menunggu.’ Sejumlah yang serupa juga melaporkan bahwa mereka sudah memakai ART.

Memperbaiki mutu layanan untuk tes SEMUA – bukan hanya sebagian – pasien TB untuk HIV

Serupanya, presentasi poster dari Uganda memberi kesan bahwa pengertian mengenai alasan orang memilih tes atau tidak, kemudian memperbaiki mutu layanan secara sesuai, akan meningkatkan tes (Okot-Chono). Walau ditetapkan sebagai kebijakan nasional sejak 2006, tes HIV pada pasien TB tetap sangat rendah di negara tersebut, kurang lebih 30%. Oleh karena itu, sebuah angket diisi oleh 400 orang dengan TB di lima distrik. Dalam analisis multivariat, faktor yang meningkatkan secara bermakna penerimaan tes HIV termasuk ‘rasa bahwa kerahasiaannya dihormati,’ waktu tunggu yang singkat (kurang dari satu jam), dan pendidikan mengenai pentingnya tes HIV untuk orang dengan diagnosis TB yang baru (dan kaitan antara TB dan HIV).

Tetapi penemuan penelitian lain adalah bahwa sebagian yang besar dari mereka yang didiagnosis (lebih dari sepertiga) melakukan tes HIV sebelum TB dan tidak dites ulang. “Pasien yang ditemukan HIV-negatif [sebelum diagnosis TB] harus dites ulang untuk HIV sebelum menyelesaikan pengobatan TB, dan pemberi layanan TB harus didesak untuk “secara umum melakukan PITC untuk semua pasien TB,” disimpulkan penulis penelitian.

Referensi

Makame, M, Munuo, G, Egwaga, S. Diagnostic counselling and testing (DCT) uptake in PEPFAR-funded clinics in Tanzania. 2008 HIV Implementers’ Meeting, Kampala, Uganda, abstract 451.

Maruchu I et al. Integration of TB and HIV diagnosis and management in Tanzania. 2008 HIV Implementers’ Meeting, Kampala, Uganda.

Mabeara B et al. Scaling HIV testing and counselling among tuberculosis patients and suspects. 2008 HIV Implementers’ Meeting, Kampala, Uganda, abstract 1147.

Khan M. Strategies to enhance provider initiated testing for HIV infection in an urban tuberculosis clinic. 2008 HIV Implementers’ Meeting, Kampala, Uganda, abstract 1244.

Okot-Chono R et al. Uptake of HIV testing among TB patients in Uganda: implications for TB/HIV collaborative programs. 2008 HIV Implementers’ Meeting, Kampala, Uganda, abstract 466.

Cara terbaik untuk memberi layanan HIV, termasuk ART pada pasien TB dengan HIV

Program dan klinik TB menghadapi kendala yang bermakna dalam menghubungkan orang dengan TB yang dites dan didiagnosis HIV dengan layanan HIV termasuk ART – bahkan bila layanan tersebut satu atap – menurut laporan pada pertemuan HIV Implementers 2008 di Kampala, Uganda.

Walau ada kesepakatan secara luas bahwa layanan ini adalah esensial, program memakai pendekatan yang berbeda pada pemaduan layanan TB/HIV – dengan tanggapan berkisar dari klinik satu atap sampai ke rujukan yang diantar. Tetapi keberhasilan pendekatan ini dapat berbeda tergantung pada rangkaian.

“Di rangkaian kami, orang memilih untuk tidak pergi ke klinik ART yang hanya di seberang jalan ... klinik satu atap tidak cukup,” Dr. Mike Kalulu dari Lighthouse Trust di Lilongwe, Malawi mengatakan pada pertemuan.

Menjadi semakin jelas bahwa pemberian akses yang lebih nyaman pada layanan HIV hanya sebagian dari solusi. Orang dengan TB yang didiagnosis dengan HIV juga membutuhkan informasi, konseling dan dukungan untuk menghadapi stigma, masalah pengungkapan dan ketakutan lain yang menjadi hambatan terhadap penerimaan pengobatan dan perawatan HIV.

Memperbaiki perawatan untuk pasien TB didiagnosis dengan HIV

Kian banyak program dan klinik TB di rangkaian terbatas sumber daya melakukan tes HIV secara biasa pada orang dengan TB, tetapi, agar tes ini berpengaruh, pasien TB yang dites untuk HIV harus juga menerima layanan pencegahan, kotrimoksazol untuk mencegah infeksi berat, perawatan dasar serta pengobatan untuk infeksi oportunistik dan masalah lain terkait HIV, dan akhirnya ART.

Sebelumnya, klinik TB hanya dapat merujuk pada klinik HIV untuk layanan tersebut, tetapi pengalaman menunjukkan bahwa rujukan antara program terpisah ini – sering di tempat terpisah – cenderung kehilangan jumlah pasien yang tinggi.

“Tidak luar biasa untuk pasien koinfeksi HIV-TB terhilang dari sistem rujukan dan hilang dari pemantauan setelah pengobatan TB-nya selesai, yang mengakibatkan tidak mendapatkan akses pada ART secara dini dan oleh karena itu mengalami hasil yang kurang baik untuk HIV maupun TB,” ditulis Dr. Vikas Inamder dan rekan pada poster mengenai pemaduan perawatan dan dukungan HIV untuk pasien TB di India Selatan.

Bila menghadapi pemberian perawatan dan pengobatan HIV, termasuk ART, kebanyakan program dan klinik TB menanggapi dengan mencoba menyempurnakan proses rujukan atau dengan mencari cara untuk menyediakan beberapa atau semua layanan ini satu atap (dengan klinik TB dan klinik ART di satu tempat atau dengan pemberian layanan HIV dalam klinik TB).

Layanan pencegahan

Setelah tes HIV, pasien TB membutuhkan konseling pencegahan dan dukungan HIV sama seperti orang lain – tetapi layanan ini sering diabaikan. Menurut survei Population Council di tiga provinsi di Afrika Selatan, kurang dari 20% pasien klinik TB melaporkan menerima informasi pencegahan HIV apa pun (Maphanga).

Pasien TB yang dites HIV-negatif harus menerima konseling dan layanan (akses pada kondom, dll.) agar mereka tetap negatif. Hal ini adalah bagian yang tak terpisahkan dari konseling dan tes HIV. Tetapi bila pasien TB ternyata HIV-positif, hal ini dapat memicu berbagai intervensi lain yang berguna, seperti ditunjukkan oleh Dr. Reuben Granich dari WHO pada pembahasan mengenai pemaduan TB/HIV.

“Saat seseorang mendapatkan hasil tes positif, hal ini memberi peluang pencegahan yang penting karena mereka semua mempunyai pasangan dan keluarga yang berisiko terinfeksi HIV. Beberapa negara sekarang memulai tes pada pasangan dan sebetulnya menaikkan hal ini pada tingkat lebih tinggi terkait dengan menganggap pasien TB sebagai bagian dari keluarga lebih luas dan komunitas lebih luas,” katanya.

Praktek di Rwanda dapat dijadikan model.

“Untuk setiap pasien TB yang kami ketahui terinfeksi HIV, sebuah kunjungan ke rumah dilakukan dan pada kunjungan, mereka melakukan penyuluhan untuk mendorong semua anggota keluarga yang belum dites agar melakukan tes HIV,” dikatakan Dr. Greet Vandebriel dari International Center for AIDS Care and Treatment Programs (ICAP) pada simposium, “dan hal ini meningkatkan tes HIV secara bermakna.”

Pencegahan dan tes HIV untuk keluarga menyambung secara baik dengan melacak kontak TB – sebuah intervensi yang penting untuk kesejahteraan keluarga karena TB umumnya menyebar di rumah tangga. Oleh karena itu, klinik TB yang melayani populasi koinfeksi harus diberi kemampuan untuk menyediakan intervensi berdasarkan keluarga ini selama kunjungan ke rumah. Hal ini berarti melatih staf, pendidik sebaya atau pendukung DOTS dalam komunitas – dan memberikannya kemampuan untuk mencatat apakah kegiatan adalah teliti dan lengkap.

Hal ini dapat dibantu dengan penyesuaian “formulir pendaftaran perawatan dan pengobatan HIV/AIDS keluarga” yang dikembangkan oleh ICAP di Etiopia. Kapan saja seorang dengan HIV didiagnosis, mereka ditanya mengenai anggota keluarga. Informasi ini dicatat pada formulir, yang termasuk tempat untuk mencatat setiap anggota keluarga, bagian yang dipakai oleh konselor yang membuat kunjungan ke rumah untuk mencatat konseling dan status tes untuk masing-masing anggota keluarga, dan apakah mereka sudah mulai ART. Formulir ini dapat diubah untuk memasukkan unsur TB termasuk apakah anggota keluarga sudah diskriming untuk TB, didiagnosis dan memakai terapi, atau diberi terapi pencegahan isoniazid (IPT) untuk mencegah agar kontak rumah tangga tidak mendapat TB.

Kotrimoksazol

Ada cukup banyak bukti bahwa klinik TB dapat memberi terapi pencegahan kotrimoksazol (kotri) pada kliennya dengan TB yang dites positif untuk HIV – tetapi seperti ditunjukkan oleh sebuah survei di Uganda, hal ini tidak sekadar terjadi secara otomatis. Protokol operasional baku harus dikembangkan, sistem manajemen rantai pembekalan harus disediakan dan petugas layanan kesehatan dilatih untuk menerapkan dan memantau ketersediaan kotri, serta juga harus dikembangkan cara untuk mendidik dan mendukung pasien.

Di Lesotho, Dr. Biggie Mabaera dari University Research Co mengatakan bahwa tahun lalu, tempat yang didukung memberi kotri pada 60-80% pasien TB yang HIV-positif. Dr. Mabaera mengatakan bahwa jumlah ini seharusnya lebih tinggi, bila tidak ada kehabisan obat – “masalah yang sudah diperbaiki,” dikatakannya.

Serupanya, Dr. Fadare Amos Omoniyi dari WHO menggambarkan peluncuran kotri secara cepat di pusat DOTS di 12 negara bagian Nigeria, dengan layanan kerja sama TB/HIV yang didukung oleh WHO dan USAID. Saat mengunjungi klinik TB, kotri diberikan tanpa memperhatikan jumlah CD4 (sebagian besar klinik TB tidak mampu mengukurnya). Pada triwulan keempat tahun lalu, 84 dari 90 pusat DOTS di negara bagian tersebut sudah menerapkan intervensi itu, sehingga, secara keseluruhan, 79% klien TB yang didiagnosis HIV di 90 klinik tersebut menerima kotri dari pusat DOTS-nya.

Pengobatan dan perawatan untuk HIV, termasuk ART, jarang dijangkau

Tetapi, sayangnya layanan itu tampaknya satu-satunya layanan HIV yang ditawarkan pada klien TB yang didagnosis dengan HIV di banyak rangkaian.

“Kotri, karena disediakan di pusat DOTS, kadang sebetulnya satu-satunya pengobatan anti-HIV/AIDS yang dijangkau oleh seorang yang koinfeksi selama masa pengobatan TB-nya karena jarak yang jauh dari pusat ARV,” dikatakan Dr. Omoniyi.

Ada relatif sedikit klinik HIV (saat ini, hanya kurang lebih 240 yang dapat meresepkan ART) tersebar di seluruh negara, melayani populasi lebih dari 3 juta PLHIV, dibandingkan ribuan klinik kesehatan dasar,

Sebuah survei terhadap klinik TB dan HIV di provinsi Gauteng, Northwest dan Mpumulanga di Afrika Selatan mengamati hal yang serupa: “layanan ART disediakan di jauh lebih sedikit tempat dibandingkan layanan TB, yang dapat dijangkau di puskesmas,” ditulis Maphanga dkk.

Di Nigeria, yang lebih mengkhawatirkan lagi adalah bahwa pasien baru dirujuk ke klinik HIV pada paling akhir pengobatan TB-nya, yang di negara tersebut melanjut sampai delapan bulan.

Banyak program sekarang mulai ART lebih dini dengan harapan hal ini akan memperbaiki hasilnya. Tetapi ketahanan hidup adalah buruk bahkan waktu orang dengan TB dan HIV mendapatkan akses dini pada ART, menurut poster yang menggambarkan ketersediaan ART pada pasien yang sangat sakit di Rumah Sakit TB Nkqubele di Eastern Cape (Verkuijl). Dengan bantuan ICAP, sejak September 2006, rumah sakit TB itu mulai menentukan stadium pasien dengan hasil tes HIV positif. Pasien rawat inap dengan jumlah CD4 di bawah 50 dan/atau penyakit stadium IV yang berat dimulai ART saat masih pada fase intensif pengobatan TB (dua bulan untuk kasus baru dan tiga bulan untuk kasus ulang), sementara mereka dengan jumlah CD4 antara 50-200 disiapkan untuk ART, dengan tujuan untuk mulai di klinik ART terdekat segera setelah dilepas (pada fase lanjutan pengobatan TB).

Tetapi walau dengan pengobatan secara agresif, mortalitas tetap tinggi: 16% selama persiapan untuk ART dan 21% setelah mulai ART (dibandingkan mortalitas 24% keseluruhan di rumah sakit pada periode yang sama). (Harus dicatat bahwa sindrom pemulihan kekebalan/IRIS dan TB yang resistan terhadap obat adalah masalah pada populasi ini).

“Banyak orang koinfeksi dirawat inap dalam keadaan klinis yang sangat buruk,” ditulis oleh penulis poster, dan mereka mengusulkan bahwa ART seharusnya dimulai dini pada pasien rawat inap siapa pun dengan jumlah CD4 di bawah 100.

Dr. Omoniyi mengaku bahwa orang dengan TB/HIV di Nigeria sering tidak bertahan hidup sampai dapat dirujuk pada klinik HIV dan mulai ART, sehingga dia mengusulkan bahwa “sumber daya manusia yang ada di sarana yang menyediakan layanan DOTS – kebanyakan di puskesmas yang dekat pada masyarakat – harus dimanfaatkan untuk menyediakan layanan ARV untuk mereka yang tidak dapat menjangkau layanan ini.”

Tetapi untuk mencapai hal ini, kebanyakan negara harus memakai kriteria klinis untuk mulai ART, (stadium penyakit WHO) dan/atau mengobati semua pasien koinfeksi TB/HIV, karena pemantauan jumlah CD4 tidak tersedia di kebanyakan puskesmas, atau menanam modal dalam perkuatan kapasitas laboratorium dan mungkin juga sumber daya manusia di tingkat layanan dasar.

Pendekatan ini berhasil di beberapa program (lihat di bawah) – tetapi tidak di seluruh daerah.

Contohnya, dengan memakai pendekatan kesehatan masyarakat, Malawi mendirikan 200 klinik ART di sarana umum dan swasta, sering hanya dengan perawat yang dilatih, dan memulai 100.000 orang dengan ART – pencapaian yang luar biasa untuk negara di antara yang paling terbatas sumber daya di dunia ini.

Namun, pengobatan TB sebetulnya tidak disediakan di puskesmas di Malawi. Sebaliknya, pengobatan TB dimulai di 48 sarana yang dipusatkan, dan kelanjutan pengobatan didesentralisasi pada 600 sarana. Orang dengan TB/HIV secara otomatis memenuhi kriteria untuk ART, kecuali mereka mempunyai jumlah CD4 yang tinggi (dan pemantauan CD4 tidak tersedia luas).

Di Malawi, tujuannya adalah agar orang mulai pengobatan, dan ART seharusnya mulai dua bulan setelah mulai pengobatan TB. Tetapi ART justru tidak dapat diresepkan di klinik kelanjutan TB yang dijalankan oleh staf nonmedis (misalnya pekerja sosial/pegawai negeri).

Oleh karena itu sekarang di Malawi, orang dengan TB/HIV harus dirujuk ke klinik ART – dengan penerimaan yang hanya sedang-sedang.

“Enam puluh persen pasien TB/HIV kami tidak mulai ART,” dikatakan Dr. Kalulu. Namun harus dicatat bahwa hanya sedikit program di dunia melaporkan angka yang lebih tinggi (lihat di bawah).

Hasil yang mengecewakan dengan klinik TB dan HIV satu tempat di Malawi

Tetapi apa yang lebih menggelisahkan, seperti diketahui oleh Dr. Kalulu dkk., adalah bahwa hasilnya kurang lebih sama bahkan bila klinik ART ditempatkan dalam rumah sakit yang sama dengan klinik TB.

Martin-Preuss-Centre di Rumah Sakit Bwaila Hospital di Lilongwe dibuka oleh Departemen Kesehatan dan Lighthouse Trust pada 2006. Klinik TB dan HIV sebetulnya terletak di dua sayap terpisah dalam rumah sakit, untuk membantu pengendalian infeksi.

Namun justru hanya 36% pasien TB dengan HIV mengikuti rujukan dalam satu sarana ini dan mulai ART.

Untuk mencari alasan mengapa, tim memeriksa kendala antara klinik TB dan mulai ART.

Tes HIV benar-benar tidak masalah. Melalui konseling dan tes HIV secara rutin, klinik TB mampu menentukan status HIV kurang lebih 92% pasien; 68% ternyata HIV-positif.

Namun, ada masalah dengan ketahanan bahkan dalam dua bulan pertama pengobatan TB, dengan 16% mangkir. Beberapa dari jumlah ini mungkin memilih meneruskan pengobatannya di pusat lokal mereka – walau Malawi mempunyai sistem perpindahan yang mencoba melacak pasien TB. Beberapa orang kemungkinan sudah meninggal; justru 2% diketahui sudah meninggal dalam dua bulan pertama.

Kendala berikut terhadap ART adalah bahwa pasien harus mempunyai hasil BTA-negatif sebelum boleh masuk klinik ART untuk memastikan mereka tidak menular – yang berarti pengumpulan dahak pada kunjungan dua bulanan. Akibat jumlah contoh yang tinggi di lab, pasien harus kembali mengunjungi klinik lagi untuk mengambil hasilnya dan rujukan ke klinik HIV.

Setelah mereka mendapatkan hasil BTA-negatif, mereka dikirim ke apotek rumah sakit untuk mengambil obat TB-nya dan kemudian diarahkan ke pendaftaran klinik ART disebelahnya. Tetapi 30% pasien koinfeksi yang mengambil obat TB ternyata memilih untuk tidak mengunjungi klinik ART.

Mereka yang mendaftar di klinik ART diberi penilaian klinis dan mengikuti sesi pendidikan kelompok mengenai ART seumur hidup, dan diperintahkan untuk kembali setelah satu minggu untuk mulai ART.

Tetapi 44% tidak kembali, walau sedikit lagi yang masuk pada bulan-bulan berikut.

Oleh karena itu, menempatkan kedua klinik di sarana yang sama mungkin tidak selalu cukup. Namun, penempatan bersama ini bukan satu-satunya cara – justru mungkin bukan cara terbaik – untuk menyediakan klinik satu atap.

Perawatan dan pengobatan HIV satu atap disediakan oleh klinik TB

“Bahkan di rumah sakit yang menyediakan layanan TB dan ART, layanan ini tidak disediakan di divisi yang sama. Kedua layanan berfungsi secara terpisah,” penelitian Population Council mencatat. Para penulis menyimpulkan bahwa baik klinik HIV maupun klinik TB harus mampu memberi semua layanan esensial TB/HIV, dilayani oleh “pemberi layanan yang lebih terlatih sehingga mereka mampu menatalaksanakan dan mengobati HIV dan TB.”

Pendekatan ini dilaksanakan oleh beberapa kelompok, termasuk MDH, sebuah kemitraan yang didukung PEPFAR di antara Universitas Muhimbili, pemerintah kota Dar es Salaam dan Harvard School of Public Health, setelah program tersebut mengamati bahwa angka rujukan adalah rendah antara klinik TB dan pusat perawatan dan pengobatan HIV. Mereka menyimpulkan bahwa menerima perawatan di dua sarana meningkatkan risiko ketidakpatuhan terhadap pengobatan (Makubi).

MDH mengembangkan kapasitas laboratorium dan sumber daya manusia dalam klinik TB untuk skrining pasien TB untuk HIV, dan kemudian memberi pada mereka yang positif perawatan dan pengobatan HIV yang lengkap, termasuk ART, bila klien memenuhi kriteria.

Klinik TB mencapai angka tes yang tinggi (87%), dan 471 dari 552 (86%) dari mereka yang memenuhi kriteria dimulai dengan ART dan dipantau di klinik TB sampai penyelesaian terapi TB. Setelah itu, mereka dirujuk ke klinik ART.

Menurut Dr. Kalulu, Malawi sekarang merencanakan menempatkan dokter ART di klinik TB – yang juga akan memungkinkan klinik tersebut mulai ART selama dua bulan pertama pengobatan TB, daripada menunggu sampai klien ditentukan BTA-negatif. Tetapi tetap akan menjadi tantangan untuk menyampaikan layanan HIV pada orang yang mengunjungi satu dari 600 tempat lanjutan pengobatan TB yang lokal.

Dan walau layanan HIV dipadukan dalam klinik yang mulai pengobatan TB, harus ada rujukan ke klinik ART pada suatu hari nanti, saat pengobatan TB selesai.

Rujukan yang diawasi langsung?

Satu pilihan lain, terutama bila klinik HIV dan TB di sebelah atau di bawah satu atap, adalah rujukan yang didampingi – dengan seseorang ditetapkan untuk mengkawali pasien dengan TB/HIV dari satu klinik ke klinik lain – yang digambarkan sebagai bagian penting dari program Rwanda di pertemuan Implementers tahun lalu, lihat [HATIP 88: Saat memadukan perawatan TB/HIV pada skala nasional](#).

Cara ini cukup berhasil di klinik pedesaan di Mozambik, yaitu puskesmas Nicoadala, dengan bagian TB dan HIV, menurut presentasi oleh Dr. Anna Scardigli, penasihat teknis TB/HIV pada ICAP di negara tersebut. Pada 2007, seorang perawat ditetapkan sebagai titik kontak TB/HIV untuk menemani pasien TB/HIV antarlayanan di puskesmas, memperkuat konseling dan memperbaiki pengumpulan data. Selama triwulan terakhir tahun itu, 45/56 (80%) pasien TB yang tidak tahu statusnya dites untuk HIV. Dua puluh dua ternyata positif dan 68% dari mereka langsung didaftarkan di klinik ART, dan 87% dalam beberapa bulan berikut. 53% pasien koinfeksi TB/HIV sudah mulai ART (dengan efavirenz atau abacavir).

Rujukan juga dapat didampingi oleh pekerja DOTS, anggota komunitas yang terlatih, atau pendidik sebaya. Contohnya, program TB di India Selatan memakai pendukung DOTS untuk membantu membuat rujukan yang efektif pada pusat ART selama fase intensif pengobatan TB (walau hanya untuk persiapan ART karena ART umumnya dimulai setelah fase intensif selesai di negara tersebut) (Inamder). Satu manfaat dari kerja sama dengan pendukung DOTS atau pendukung kepatuhan komunitas adalah bahwa pasien akan membangun hubungan yang terus-menerus – sehingga ada lebih dari satu kesempatan untuk membuat rujukan yang efektif.

Pendidikan, dukungan dan penyuluhan komunitas terhadap TB/HIV

Satu manfaat lagi dari menetapkan perawat sebagai titik kontak TB/HIV atau pendidik sebaya adalah setiap hubungan dengan seorang dengan TB/HIV menyediakan peluang untuk memberi informasi mengenai ART dan dukungan.

Dengan tingginya proporsi orang di Malawi yang berhasil sampai ke klinik HIV, tetapi memilih untuk tidak kembali, jelas bahwa orang dengan TB/HIV enggan untuk mulai ART dan mungkin hal ini disebabkan karena tingkat pengetahuan mengenai TB/HIV adalah rendah dalam komunitas, diperkuat oleh stigma dan ketakutan akan mengungkapkan status HIV-nya pada keluarganya. Dr. Kalulu mengusulkan bahwa faktor tambahan juga mungkin memainkan peranan termasuk beban pil, ketakutan akan efek samping – dan anggapan bahwa “obat akan meningkatkan nafsu makan, dan tidak terjamin ada keamanan makanan di rumah.”

Untuk menghadapi faktor ini, klinik Lilongwe berencana untuk memperbaiki konseling HIV di klinik TB, dan meluaskan upaya KIE untuk orang dengan TB/HIV.

Tim yang bekerja di Rumah Sakit TB Nkqubele juga memberi beberapa usulan praktis dalam presentasi posternya untuk memastikan kesinambungan perawatan dan menghindari penghentian sementara pada terapi dan kehilangan setelah rujukan:

- 1) Pengungkapan pada dan keterlibatan dengan pendukung pengobatan di rumah (hal ini dapat dipermudah dengan memberi layanan pencegahan berdasarkan keluarga yang dibahas sebelumnya)
- 2) Pencatatan yang cukup saat rujukan ke tempat ART terdekat
- 3) Menindaklanjuti dengan klinik penerima
- 4) Kunjungan ke rumah oleh pendidik sebaya, dan
- 5) Mendorong kepedulian komunitas mengenai TB dan HIV serta upaya untuk menghadapi stigma terkait TB dan HIV

Bekerja sama dengan kelompok dukungan komunitas lokal mungkin merupakan cara terbaik untuk mencapai tujuan ini dan menahan orang dengan TB/HIV dalam perawatan. Dan bila belum ada kelompok macam ini secara lokal, laporan lain di pertemuan Implementers menggambarkan bagaimana, dengan sedikit dukungan, kelompok tersebut dapat didorong untuk berkembang.

Referensi

Inander V et al. Integrating tuberculosis control with HIV care and support service lessons from Southern India. 2008 HIV Implementers' Meeting, Kampala, Uganda, abstract 57.

Maphanga T et al. Exploring models of delivering antiretroviral therapy and integration of ART with TB services in South Africa. 2008 HIV Implementers' Meeting, Kampala, Uganda, abstract 1935.

Omoniyi FA et al. Implementation of cotrimoxazole preventive therapy (CPT) at DOTS centers. Experiences from Nigeria. 2008 HIV Implementers' Meeting, Kampala, Uganda, abstract 1418.

Verkuijl S et al. Providing HAART to HIV coinfecting TB In-patients: Lessons learnt from a TB hospital in the Eastern Cape, South Africa. 2008 HIV Implementers' Meeting, Kampala, Uganda, abstract 1138.

Kalulu M et al. Challenges in effective TB/ART Integration and The Riddle of Monitoring Referrals in Routine Public Health Services. 2008 HIV Implementers' Meeting, Kampala, Uganda, abstract 675.

Makubi A et al. TB/HIV integration services within the PEPFAR funded MDH HIV/AIDS Care and Treatment Program, Dar es Salaam, Tanzania. 2008 HIV Implementers' Meeting, Kampala, Uganda, abstract 1077.

Scardigli A et al. Integration between HIV services and TB services: the experience of a rural health centre in Mozambique. 2008 HIV Implementers' Meeting, Kampala, Uganda, abstract 1548.

Artikel asli: [HATIP 114: Improving TB/HIV collaboration: practical examples from the 2008 HIV Implementers' Meeting](#)