

## HATIP 116: Pengalihan tugas

Oleh: Theo Smart, 5 September 2008

Pengalihan tugas – pengalihan tugas layanan kesehatan secara wajar yang biasanya dilakukan oleh petugas kesehatan yang sangat terlatih kepada petugas yang kurang terlatih – sedang didengungkan secara luas sebagai bagian utama dari penyelesaian masalah kekurangan petugas layanan kesehatan yang mengancam kelangsungan layanan lebih lanjut pada pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV serta layanan kesehatan lain di rangkaian miskin sumber daya.

Hal ini seharusnya tidak mengejutkan komunitas pembaca HATIP, karena kebanyakan mereka sudah memelopori pengalihan tugas tersebut yang sekarang baru disarankan di tingkat nasional dan/atau dunia oleh WHO dan lembaga lain.

Selama lima tahun terakhir HATIP menjelaskan tentang kegiatan yang dapat dilakukan dengan cukup baik oleh perawat, petugas kesehatan berbasis komunitas, Odha atau staf nonmedis – misalnya program perawatan AIDS berbasis rumah (*home-based AIDS care/HBAC*) di Uganda, klinik yang dikelola oleh perawat di Lesoto, atau skrining TB oleh staf tes dan konseling secara sukarela (*voluntary counselling and testing/VCT*). Banyak pembaharuan yang muncul karena kebutuhan, sering kali diprakarsai sendiri oleh komunitas untuk memfasilitasi akses pada layanan yang penting.

Berdasarkan banyak presentasi dalam HIV Implementers' Meeting 2008 dan Konferensi AIDS 2008, pengalihan tugas tidak hanya memperbaiki akses pada perawatan – cara ini dapat dilakukan tanpa mengorbankan mutu perawatan – bahkan mungkin meningkatkan mutu perawatan – dan sangat memuaskan pasien. Cara ini juga dapat menjadi cara penyediaan layanan yang lebih efisien dan efektif biaya – tetapi pada akhirnya mungkin hanya ada sedikit pilihan lain, karena barangkali ini adalah satu-satunya cara yang masuk akal untuk menyediakan layanan yang dibutuhkan oleh Odha secara cepat.

“Pengalihan tugas, dari pandangan ekonomi, merupakan pembagian ketenagakerjaan dan pembagian ini diikuti oleh efisiensi karena setiap petugas kesehatan berfokus khusus pada tugas khusus yang dapat dilakukannya,” dikatakan oleh Dr. Kate Tulenko dari Africa Health Workforce Program yang didukung World Bank pada simposium mengenai pengalihan tugas dalam Konferensi AIDS 2008. “Namun cara ini bukanlah sesuatu yang dikhususkan untuk HIV dan AIDS; cara ini merupakan reformasi kesehatan yang sudah lama dibutuhkan di banyak negara dan akhirnya kedaruratan AIDS yang berhasil mendorongnya.”

Saat terjadi krisis kesehatan, cara tercepat untuk mendapatkan petugas layanan kesehatan adalah meningkatkan jumlah staf yang tidak membutuhkan pelatihan dalam waktu yang lama. Sebagai contoh, mungkin dibutuhkan tujuh tahun untuk menghasilkan seorang dokter, tetapi (tergantung pada negaranya), beberapa tahun lebih cepat untuk menghasilkan asisten dokter/mantri, lebih cepat untuk menghasilkan perawat, dan lebih cepat lagi untuk menghasilkan petugas berbasis komunitas yang dapat dilatih selama beberapa bulan atau lebih cepat untuk melakukan satu tugas khusus – misalnya tes dan konseling HIV, melacak pasien yang mangkir, dukungan kepatuhan – dalam satu tim bersama petugas kesehatan lain.

Oleh karena itu pertanyaannya bukanlah mengalihkan tugas atau tidak, tetapi lebih pada tugas apa yang akan dialihkan, kepada siapa dan bagaimana pelaksanaannya. Hasil dari pengalihan tugas dapat berbeda tergantung pada pelatihan, dukungan dan sejumlah faktor – dan ada batasan pada jenis tugas yang dapat dialihkan. Oleh karena itu dengan kian banyak negara yang mulai meningkatkan pengalihan tugas, adalah penting untuk membentuk program pelatihan, pedoman dan aturan baku yang sesuai berdasarkan pada pemahaman tentang pengalihan tugas saat ini.

### Usulan dan pedoman pengalihan tugas global dari *Treat Train Retain*

Pedoman WHO yang baru mengenai pengalihan tugas, yang dikembangkan bersama dengan UNAIDS dan PEPFAR, merupakan permulaan yang baik.

“Cakupan layanan kesehatan yang baik tergantung pada jumlah petugas dan pelatihan yang memadai untuk menyediakan layanan,” Dr. Francesca Celletti dari Department of Human Resources for Health WHO, mengatakan dalam sebuah presentasi tentang usulan pengalihan tugas pada Konferensi AIDS 2008.

“Bagi Odha, pada 94% kasus, hubungan awal dengan sistem kesehatan bukanlah dengan dokter tetapi dengan perawat, petugas sosial atau petugas kesehatan komunitas (berdasarkan penelitian *Partners in Health* di Haiti),” dia mengatakan. “Oleh karena itu pertanyaannya menjadi bagaimana memberdayakan kader itu untuk menyediakan layanan dan memastikan bahwa penerima layanan aman dan petugas kesehatan terlindungi.”

Pedoman baru tumbuh dari sebuah proses untuk mencatat seluruh kegiatan pengalihan tugas yang sudah berlangsung di berbagai sektor, dan untuk memastikan pelajaran kunci yang telah dipelajari, menanyakan beberapa pertanyaan kunci tentang setiap contoh pengalihan tugas.

Apa dampak pengalihan tugas terhadap cakupan layanan dan mutu layanan yang disediakan? Apakah pengalihan tugas efektif biaya? Dan apakah cara ini dapat diterima oleh penerima layanan?

**Cakupan:** Ada banyak contoh tentang pengalihan tugas yang berdampak positif terhadap cakupan layanan. Sebagai contoh, di Etiopia, akses pada tes dan konseling HIV melonjak drastis dari 500.000 orang yang dites menjadi 1.600.000 pada 2007 setelah petugas kesehatan komunitas mulai melakukan layanan. Demikian juga di satu distrik di Tanzania, terjadi peningkatan drastis pada penerimaan KB secara oral ketika petugas kesehatan komunitas yang terlatih dilibatkan oleh *Family Planning Clinic* dan tingkat kehadiran di klinik meningkat hampir lima kali lipat pada periode yang sama.

**Mutu layanan:** “Kita juga perlu mengakhiri perdebatan tentang ‘pengalihan tugas adalah setara dengan perawatan kelas dua,’ karena pengalihan tugas sudah diterapkan secara luas di negara berpenghasilan tinggi seperti AS, Inggris, Prancis, Selandia Baru,” Dr. Celletti mengatakan. Sebagai contoh, dia menjelaskan tentang sebuah penelitian dari AS di mana para mantri memberikan layanan yang serupa atau lebih baik dibandingkan para dokter atau dokter umum yang ahli HIV, ketika memberikan ART pada Odha (Wilson et al, *Annals of Internal Medicine*, 2005). Dan di Brasil, petugas kesehatan komunitas dilatih untuk melakukan imunisasi dan menyediakan terapi rehidrasi oral pada anak-anak. Hal ini menghasilkan peningkatan secara tiba-tiba pada penerimaan layanan ini, penurunan tingkat kekurangan gizi dan rawat inap serta penurunan yang bermakna pada tingkat mortalitas bayi.

**Efektif biaya:** “WHO, dalam program pemantauan TB menunjukkan bukti bahwa pendekatan desentralisasi untuk penatalaksanaan TB menyediakan hasil yang sama atau lebih baik dibandingkan pendekatan yang biasa dilakukan,” Dr. Celletti mengatakan. “Namun, data WHO juga menunjukkan bahwa pendekatan desentralisasi untuk penatalaksanaan TB adalah efektif biaya di Kenya, Malawi, Uganda dan Afrika Selatan, dengan hasil pengobatan yang sama efektifnya dengan biaya yang paling sedikit 50% lebih rendah.”

Beberapa pembicara lain dalam simposium ini membahas masalah efektif biaya. Hal ini tampak merupakan masalah yang membuat Dr. Louise Ivers dari *Partners of Health* jelas-jelas tidak merasa nyaman ketika membahas tentang pendekatan pengalihan tugas di Haiti.

“Kami tidak memilih model yang memakai petugas kesehatan komunitas karena merupakan model yang efektif biaya. Kami sebelumnya tidak melakukan analisis tentang efektif biaya. Kami memakai model perawatan ini karena kami tahu bahwa di rangkaian pedesaan yang terpencil, model ini akan berhasil. Pendekatan ini akan memberikan layanan di tempat yang tidak memiliki petugas selain petugas ini, apalagi tidak ada dokter untuk menyediakan layanan tersebut,” dia mengatakan.

“Dengan memakai petugas kesehatan komunitas dan model pengalihan tugas, kami mengantisipasi kemungkinan peningkatan penerimaan layanan kesehatan secara keseluruhan. Oleh karena itu pengalihan tugas kepada petugas kesehatan komunitas tidak boleh dipandang dan memang tidak dipandang sebagai cara untuk memangkas biaya. Kami menggaji petugas kesehatan komunitas dan berharap mereka menyediakan layanan, tuntutan layanan akan meningkat. Justru, sasaran model kami adalah peningkatan tuntutan layanan,” dia mengatakan.

“Model ini bukan tindakan untuk menghemat biaya dari sudut pandang kesehatan secara keseluruhan, tetapi dari sudut pandang per kunjungan pasien, tentu ini adalah efektif biaya,” Dr. Tulenko mengatakan. “Oleh karena dalam tim pengalihan tugas, kita memiliki petugas kesehatan misalnya petugas kesehatan garis depan dan garis tengah yang honorinya lebih rendah dibandingkan honor kader yang profesional misalnya dokter. Karena pendekatan ini, biaya per kunjungan untuk satu pasien akan lebih murah. Upah secara keseluruhan akan menjadi lebih besar karena sesungguhnya kita memiliki lebih banyak karyawan.”

**Kepuasan:** Dr. Celletti merujuk pada salah satu penelitian Dr. Iver tentang pengalihan tugas di tengah dataran tinggi Haiti sebagai contoh tingkat kepuasan yang tinggi terhadap layanan yang disediakan oleh petugas kesehatan komunitas. Dalam penelitian tersebut, 97% klien puas dengan layanan yang disediakan berdasarkan pendekatan pengalihan tugas (67% puas luar biasa, 28% sangat puas).

Contoh ini hanya sedikit bukti yang dipakai untuk mengembangkan usulan pengalihan tugas (dan banyak laporan lain tentang proyek pengalihan tugas yang dilaporkan dalam konferensi baru-baru ini, untuk keterangan lebih banyak lihat di bawah).

## **Usulan pengalihan tugas**

Ada 22 usulan yang dibagi menjadi lima kategori, dapat dibaca secara penuh di [The Global Recommendations and Guidelines on Task Shifting](#).

### **A) Menerapkan pengalihan tugas sebagai prakarsa kesehatan masyarakat**

Negara harus mempertimbangkan penerapan atau memperluas pengalihan tugas di tempat yang akses pada layanan HIV dan layanan penting lain digabungkan karena kekurangan staf, dikombinasikan dengan upaya lain untuk meningkatkan jumlah tenaga kerja. Seluruh *stakeholder* terkait, termasuk penerima layanan (Odha) dan organisasi profesi, harus dilibatkan dalam pembicaraan ini sejak awal; dan mengembangkan kerangka kerja nasional untuk menyelaraskan serta menstabilisasi layanan di sektor publik dan sektor lain. Upaya ini harus berdasarkan data yang tepat tentang sumber daya manusia untuk layanan kesehatan berdasarkan data demografi saat ini, informasi tentang layanan yang tersedia, jarak antara layanan dan mekanisme kepastian mutu yang ada saat ini.

### **B) Membentuk dan memampukan lingkungan pembuat kebijakan untuk penerapan**

Undang-undang yang berlaku saat ini mungkin perlu ditinjau kembali agar kader dapat melakukan tugas lain (misalnya memberi wewenang pada perawat untuk meresepkan ART) atau untuk mendapatkan kader baru dari antara angkatan kerja kesehatan. Perubahan undang-undang yang penting/darurat mungkin perlu dipercepat sementara tetap melakukan perubahan jangka panjang secara menyeluruh.

### **C) Memastikan mutu perawatan**

Mekanisme kepastian mutu perlu diterapkan atau dibentuk untuk mendukung pengalihan tugas yang dapat memantau dan meningkatkan mutu layanan yang disediakan. Peran dan tingkat kemampuan setiap kader (staf yang sudah ada atau baru) yang akan melakukan tugas baru harus didefinisikan secara jelas, dan harus menyediakan kriteria yang dibakukan untuk rekrutmen, pelatihan dan evaluasi. Negara harus mengembangkan program pelatihan yang berbasis kemampuan secara sistematis untuk memenuhi kebutuhan mereka dan untuk menyediakan pengakuan bahwa petugas kesehatan sudah dibekali untuk melakukan tugas mereka. Program pelatihan dan pendidikan yang berkelanjutan harus disatukan dengan mekanisme pendaftaran, pengakuan nasional, dan pengembangan perawatan yang dibakukan. Semua petugas kesehatan harus menerima bimbingan dan pengawasan yang berkelanjutan dalam tim kesehatannya – dan petugas yang menyediakan pengawasan harus mahir dan memiliki keterampilan mengawasi. Pada akhirnya, harus dimungkinkan untuk menilai kinerja dan kemampuan setiap kader petugas kesehatan.

### **D) Memastikan kesinambungan**

Negara harus mempertimbangkan menyediakan petugas kesehatan yang mengambil tanggung jawab baru dan lebih besar dengan insentif berupa uang atau yang lainnya untuk mendorong ketahanan dan peningkatan kinerja. Walaupun tugas relawan dalam jangka pendek mungkin membantu, ketahanan program kesehatan tidak dapat berdasarkan petugas relawan. Petugas kesehatan yang terlatih termasuk petugas berbasis komunitas yang menyediakan layanan penting harus menerima upah yang sesuai. Rencana pengalihan tugas harus dianggarkan dan didanai secara sesuai agar dapat dipertahankan.

### **E) Pembentukan layanan perawatan klinis**

Negara harus memilih untuk menerapkan, menyesuaikan atau memperpanjang kegiatan pengalihan tugas yang paling cocok dengan keadaan dan kebutuhan mereka. Sistem rujukan secara fungsional perlu

diterapkan untuk mendukung layanan desentralisasi yang dapat dialihkan tugas, dan petugas kesehatan perlu mengetahui sistem secara baik dan bagaimana memakainya.

Sisa usulan terkait dengan tugas, yang dicantumkan dalam lampiran yang sangat panjang dalam pedoman, yang dapat dilakukan secara aman dan efektif oleh empat atau lima kader petugas: 1) petugas klinis bukan dokter (mantri/asisten dokter) 2) perawat/bidan 3) petugas kesehatan komunitas dan asisten perawat, 4) Odha dan 5) kader lain, termasuk apoteker, penatalaksana rekam medis atau teknisi yang secara teoretis juga dapat dilibatkan dalam tugas baru.

Pada dasar, banyak tugas dapat dialihkan dari kader yang lebih terlatih pada kader yang satu tingkat di bawahnya, sampai ke Odha, orang yang secara ringan dinyatakan dalam pedoman sebagai “dapat diberdayakan untuk mengambil tanggung jawab terhadap aspek tertentu perawatan dirinya sendirinya” dan berpotensi mendukung orang lain, khususnya terkait dengan “perawatan diri sendiri serta stigma dan diskriminasi.”

Namun, melibatkan Odha dapat mencapai jauh lebih banyak daripada tugas itu – sejak dulu mereka bertanggung jawab terhadap banyak pembaruan dalam penyampaian layanan yang diberikan pada kader petugas kesehatan, mengembangkan program dukungan kepatuhan, program perawatan berbasis rumah, kampanye pencegahan, dll. Tentu saja, peran tersebut diresmikan setelah beberapa waktu, dengan pelatihan dan pertaruhan baku, sehingga umumnya Odha menjadi petugas kesehatan komunitas. Namun mungkin akan lebih baik apabila pedoman tersebut mencakup hal tersebut secara lebih baik.

## **Mendefinisikan tugas dan sejauh mana tugas tersebut dapat dialihkan – pengalaman di Haiti**

Sebagaimana telah disebutkan, tumpukan tugas yang mungkin dapat dialihkan tercantum pada lampiran dalam pedoman, tetapi banyak dari tugas tersebut diperoleh dari daftar yang dikumpulkan oleh Dr. Ivers di Haiti.

Ada kurang lebih 8,5 juta penduduk di Haiti tetapi hanya 730 dokter dan 1.013 perawat yang bekerja di sektor publik. Partners in Health bekerja sama dengan Departemen Kesehatan dan salah satu fokusnya adalah pemberian layanan HIV di tingkat perawatan kesehatan primer/komunitas.

“Sebagian besar staf kami adalah petugas kesehatan komunitas; di bahasa Creole atau Prancis kami menyebutnya “*accompagneur*” yang berarti “seseorang yang menemani,” Dr. Ivers mengatakan. “*Accompagneur* adalah petugas kesehatan komunitas dari daerah tempat kami bertugas, tinggal bersama masyarakat setempat, tetangga pasien kami dan klien yang membawa obat pada orang setiap hari.”

Dia menambahkan, secara kebetulan ada semacam tradisi petugas kesehatan komunitas di Haiti. Ada petugas kesehatan yang disebut ‘*Ajan fanm/Ajan sante*’ yang dikhususkan untuk perawatan terhadap perempuan atau dilatih untuk melakukan vaksinasi; ada konselor yang berasal dari komunitas dan dilatih; banyak teknisi laboratorium adalah orang komunitas yang tidak berpendidikan tinggi, tetapi sudah dilatih untuk membantu di laboratorium. Serupa dengan itu, ada apoteker, teknisi rontgen, wakil petugas sosial, staf data dan staf rekam medis, banyak yang berasal dari komunitas untuk menyediakan layanan.

WHO menugaskan Partners in Health untuk melakukan survei tentang pengalihan tugas, yang menanyakan banyak penyedia layanan HIV mengenai pembagian tugas terkait perawatan HIV dan tugas yang mana biasanya secara khusus hanya dilakukan oleh kader tertentu. Mereka membentuk daftar tugas sebanyak kurang lebih 140 tugas terkait HIV, kurang lebih 50% di antaranya selalu dilakukan oleh dokter, kurang lebih 20% selalu dilakukan oleh perawat dan seterusnya.

“Petugas kesehatan komunitas sesungguhnya tidak dilihat dalam model perawatan HIV yang biasa,” dia mengatakan. “Namun, kami sudah melakukan survei di tempat kami di Haiti, kami menemukan bahwa pembagian tugas sudah beralih [sehingga sebagian besar tugas] dilakukan oleh dokter, perawat, petugas kesehatan komunitas dan staf non-medis lain.”

Nyatanya, hanya 28% tugas selalu dilakukan oleh dokter atau perawat di Haiti.

Namun, program ART di Haiti dipusatkan pada perawat, dan tugas dialihkan berdasarkan jenis tugas secara wajar, dengan pengalihan terbesar tampak pada penatalaksanaan pasien pas sebelum dan setelah

memulai ART. Perawat bertanggung jawab untuk meresepkan ART dan menatalaksana pasien. Hanya sedikit tugas yang tidak dilakukan oleh perawat, termasuk memulainya terapi TB pada pasien koinfeksi HIV/TB atau kasus TB BTA-negatif, serta penatalaksanaan beberapa efek samping tertentu dan infeksi oportunistik yang rumit.

Petugas kesehatan komunitas menangani sebagian besar perawatan pra-ART, dan menyediakan rujukan apabila ada tanda infeksi oportunistik atau efek samping ART.

“Petugas kesehatan komunitas menyediakan sistem dukungan pada komunitas,” dia mengatakan. “Mereka merujuk pasien yang memiliki efek samping akibat obat, mereka mengawasi terapi obat, mereka beradvokasi bagi pasien yang datang ke klinik dengan mengatakan ‘Pasien saya tidak sehat.’ Rujukan mereka ditanggapi secara sungguh-sungguh, mereka berkonsultasi dengan dokter tentang pasiennya, mereka berkonsultasi dengan perawat secara resmi tentang pasiennya; dan dalam rujukan dan konsultasi tersebut mereka dihormati. Mereka adalah wali pasiennya. Mereka akan datang dan memberitahukan bahwa atap rumah bocor, pasien itu tidak memiliki makanan di rumahnya dan sungguh-sungguh lebih dari sekadar mengantarkan obat pada pasiennya setiap hari.”

Bagaimana hal ini berdampak pada program perawatan? Walaupun tidak diperoleh dari penelitian terkontrol secara acak, bukti mudah dimengerti. Pada lebih dari 3.000 orang yang memakai ART, beberapa yang mulai sejak sepuluh tahun lalu, hanya 2% yang perlu mengganti ke pengobatan lini kedua, dan terlepas pada keadaan politik yang tidak menentu secara bermakna.

“Hal ini karena petugas kesehatan komunitas tinggal di dalam komunitas, mereka bertetangga, mereka tetap bekerja setiap hari tanpa terpengaruh oleh keadaan politik di negaranya,” dia mengatakan.

Sebagai tambahan, pengalihan tugas pada perawat mengubah klinik yang sebelumnya tidak berfungsi. Sebelum pengalihan tugas, klinik tersebut hanya menerima kurang lebih 10-50 kunjungan per hari. Sering terjadi kehabisan obat, tidak ada ART, staf yang alpa, dan tes HIV hanya tersedia di satu tempat tersendiri yang melakukan kurang dari 40 tes per tahun.

Sejak memperkenalkan model yang dipimpin oleh perawat, yang didukung petugas komunitas, setiap klinik menerima 200-300 kunjungan per hari. Dilakukan 50.000 tes HIV secara sukarela per tahun, lebih dari 8.500 Odha ditindaklanjuti dan lebih dari 3.000 orang memakai ART.

Sebagaimana telah disebutkan di atas, kepuasan pasien adalah sangat tinggi.

Dr. Ivers juga menekankan bahwa pendekatan ini dapat ditingkatkan di rangkaian lain. Sejak 2005 Partners in Health mulai memperluas model tersebut ke bagian timur Rwanda. Dalam waktu singkat program tersebut mampu memulai lebih dari 2.500 Odha dengan ART. Mereka melatih dan mempekerjakan lebih dari 800 warga desa sebagai petugas kesehatan komunitas dan memiliki hampir 100.000 kunjungan pada 2006, hanya satu tahun setelah mereka memulai program tersebut.

## **MSF menghimbau peningkatan pengalihan tugas**

Dalam sesi satelit sebelum Konferensi AIDS 2008, Médecins sans Frontières (MSF), organisasi yang memelopori penyediaan ART di beberapa komunitas termiskin di dunia, mengulang himbauan WHO untuk upaya pengalihan tugas secara lebih menyeluruh yang dapat dilakukan oleh petugas kesehatan komunitas dan relawan yang jauh dari dokter dan perawat.

Namun pengalihan tugas tetap terjadi secara tidak konsisten dan belum menghasilkan secara menyeluruh.

Apabila pengalihan tugas adalah penting untuk mencapai akses universal dan menurunkan daftar tunggu obat, Thyolo di Malawi menggambarkan cara penyebarannya. Thyolo, serupa dengan seluruh wilayah lain di Malawi, memiliki kurang lebih 1,3 dokter per 100.000 orang, dibandingkan jumlah minimal usulan WHO yaitu 20 dokter per 100.000, dan kekurangan perawat lebih berat – 17 per 100.000 dibandingkan 28 per 100.000 di seluruh Malawi. WHO menyarankan minimal 100 per 100.000.

Marielle Bemelmans, pimpinan MSF di Malawi, menjelaskan tentang apa yang terjadi saat pengalihan tugas diterapkan di Thyolo.

VCT dialihkan kepada konselor lay dan jumlah tempat tes diperluas, menghasilkan peningkatan tes HIV dari 15.000 pada 2003 menjadi 78.000 pada 2007.

Sudah diperkirakan bahwa antara 9.000 dan 12.000 orang membutuhkan ART di distrik Thyolo pada 2008. Pada Juni 2008 13.702 memakai ART – akses universal di daerah pedesaan yang sangat kekurangan petugas layanan kesehatan. Bagaimana hal ini dapat tercapai?

Permulaan ART dialihkan kepada asisten medis, petugas klinis dan perawat setelah pelatihan, dengan tindak lanjut dilakukan oleh konselor lay. Pemberian obat dialihkan pada pendamping pasien dan jumlah kunjungan sebelum mulai pengobatan dikurangi, demikian juga dengan kunjungan tindak lanjut bagi pasien yang stabil. Odha yang bekerja sebagai relawan sudah dilibatkan melalui kelompok dukungan untuk membungkus obat, pendaftaran dan rujukan pasien.

Justru, satu-satunya tingkatan perawatan yang saat ini ditangani oleh perawat adalah skrining dan penentuan stadium penyakit secara klinis, penilaian infeksi oportunistik dan status gizi, dan permulaan profilaksis kotrimoksazol. Penggunaan relawan – saat ini 5-8 orang per hari klinik – berarti bahwa distrik tersebut hanya perlu mempekerjakan tujuh perawat tambahan untuk menampung pertumbuhan jumlah kasus pasien, bukan 27 sebagaimana diperkirakan pada awal.

Jumlah orang yang mulai terapi meningkat dua kali lipat sejak 2005, dengan kurang lebih 40% pasien sekarang memulai pengobatan di klinik lokal. Perbandingan hasil antara pasien yang mulai pengobatan di rumah sakit atau klinik lokal tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna terhadap ketahanan terhadap perawatan, tetapi tingkat kematian yang lebih tinggi terlihat di klinik dan tingkat pasien yang mangkir lebih tinggi di rumah sakit.

“Tanpa jaringan komunitas, akan dibutuhkan lima tahun untuk mencapai akses universal di distrik tersebut,” Marielle Bemelmans mengatakan.

### **Pengalihan tugas di Kenya**

Contoh lain mengenai pengalihan tugas adalah laporan dari Kenya yang baru-baru ini dirangkum secara lebih rinci dalam laporan aidsmap pada Konferensi AIDS 2008 ([\*Express care` for ARV starters by nurses decreases clinic congestion, may improve outcomes\*](#)). Laporan ini menunjukkan bahwa sistem ‘perawatan kilat’ juga dapat dikembangkan. Sistem ini mengalihkan banyak beban perawatan pasien yang memakai ART kepada perawat. Model ini menghasilkan hasil yang lebih baik bagi pasien, para peneliti melaporkan.

AMPATH mengembangkan model tersebut untuk menangani dua kategori pasien yang paling banyak memakai sumber daya klinik, pasien dengan jumlah CD4 di bawah 100 yang cenderung lebih sakit dan lebih berisiko mangkir, dan pasien yang memakai ART dengan keadaannya stabil secara klinis.

Perawatan kilat mengurangi mangkir, dan mengurangi risiko kematian sebanyak hampir 50%, menunjukkan bahwa pengalihan tugas tidak mengakibatkan hasil yang lebih buruk. Dengan pengalihan tugas ini, dimungkinkan untuk meningkatkan mutu perawatan bagi yang paling rentan serta juga meningkatkan jumlah pasien yang dapat diobati.

### **Kriteria untuk keberhasilan pengalihan tugas**

Dr. Wim Van Damme dari Royal School of Tropical Medicine, Antwerp, mengatakan dalam pertemuan bahwa penelitian dan analisis yang dia lakukan menunjukkan serangkaian kriteria untuk keberhasilan, tetapi pelajaran yang diperoleh tersebut diabaikan di banyak rangkaian.

Pertama, pemilihan dan motivasi: apakah para relawan termotivasi dan berkomitmen? Bukti dari Malawi, di mana pemerintah berupaya mendapatkan 4.000 pembantu pemantauan kesehatan (*Health Surveillance Assistants*) untuk bekerja di tingkat komunitas memberi kesan bahwa pemilihan yang seksama telah dikorbankan demi mencapai target jumlah rekrutmen.

Kedua, pelatihan awal adalah kunci untuk memastikan mutu. Di Etiopia petugas kesehatan komunitas didapatkan sebagai bagian dari prakarsa pengalihan tugas, dan petugas kesehatan tambahan (*Health Extension Worker*) menerima pelatihan satu tahun. Di Malawi *Health Surveillance Assistants* dilatih sampai dengan sepuluh minggu.

Dia mengatakan, kriteria keberhasilan lain adalah harus ada protokol yang dibakukan dan uraian tugas yang masuk akal. Kriteria ini terpenuhi di seluruh tempat yang diperhatikannya.

“Pengawasan, dukungan dan persediaan bahan untuk melakukan tugas juga penting, tetapi dukungan dan pengawasan sangat bermasalah pada sebagian besar program pengobatan. Staf yang diupah tidak memiliki waktu untuk mengawasi relawan karena beban kerja yang terlalu banyak, oleh karena itu mustahil untuk memastikan bahwa relawan dan petugas layanan kesehatan komunitas mematuhi aturan. Sebagai contoh di Etiopia, rujukan ke rumah sakit oleh *Health Extension Worker* tidak terjadi secara rutin,” dia mengatakan.

Dr. Van Damme juga mencatat bahwa jenjang karier dan upah adalah kriteria penting untuk keberhasilan dan dia mencatat sejumlah kriteria untuk peningkatan pengalihan tugas:

- Dukungan politik dan kerangka kerja perundang-undangan yang baik yang memungkinkan kader baru untuk melakukan tugas petugas layanan kesehatan yang sudah ada: ini jelas adalah keadaan di Etiopia dan Malawi, tetapi tidak ada tuntunan dari pemerintah Uganda, mengakibatkan TASO menetapkan kerangka kerja peraturan mereka sendiri untuk menatalaksana pengalihan tugas dalam wilayah kerja mereka yang menyediakan perawatan berbasis rumah di banyak lokasi.
- Sejalan dengan kegiatan penguatan sistem kesehatan yang lebih luas, misalnya dengan menambah jumlah dokter dan perawat dengan menanam modal pada pendidikan lanjutan dan rencana nasional untuk menggerakkan peningkatan jumlah dokter dan perawat dalam jangka panjang: sekali lagi, terjadi di Etiopia dan Malawi, tetapi tidak di Uganda.
- Fleksibilitas dan dinamisme: belum jelas apakah prakarsa pengalihan tugas akan memungkinkan perubahan yang cepat, misalnya beralih dari tes dan konseling secara sukarela menjadi tes yang diprakarsai oleh dokter dengan pilihan untuk tidak melakukannya di banyak rangkaian selama lebih dari dua tahun lalu.

Dia juga mencatat bahwa pengalihan tugas memberi dua kesempatan pada sistem kesehatan:

- Memakai kisah nyata pasien, misalnya Odha.
- Mengembangkan model perawatan kronis yang berfokus pada kepatuhan dan ketahanan dalam perawatan: hal ini dapat diterapkan pada banyak penyakit, tidak hanya HIV, dan Uganda adalah yang memeloporinya.

## **Hambatan yang tetap ada pada pengalihan tugas**

Walaupun ada kian banyak dukungan terhadap pengalihan tugas di antara komunitas HIV, ada sejumlah kendala yang bermakna pada peningkatan pengalihan tugas di banyak rangkaian. Sebagai contoh, di Afrika Selatan, South African National AIDS Council dan serangkaian besar *stakeholder* menghimbau perubahan peraturan dan undang-undang yang menghambat pengalihan tugas dan akses universal. Sebagai contoh, di Afrika Selatan konselor lay tetap belum diizinkan untuk menyediakan tes HIV (walau memakai alat tes cepat), dan perawat belum diizinkan untuk memulainya ART pada Odha.

Dalam sebuah simposium tentang pengalihan tugas pada HIV Implementers’ Meeting, ada diskusi tentang bagaimana asosiasi dokter bertentangan dengan pengalihan tugas di beberapa negara.

“Ada banyak kesalahpahaman tentang pengalihan tugas,” seorang peserta mengatakan. “Memiliki pedoman global belum cukup. Ada kebutuhan untuk mengesahkannya berdasarkan negara dan partisipasi organisasi profesi setempat untuk menerima pedoman WHO. Masalah lain adalah bahwa hubungan antara ketenagakerjaan, lembaga dan layanan kesehatan profesi sangat lemah. Untuk mengaku, mengesahkan dan mendorong penerapan pengalihan tugas, ada kebutuhan untuk memperbaiki hubungan antara ketenagakerjaan, lembaga dan layanan kesehatan. Beberapa organisasi profesi lebih berkomitmen terhadap pendekatan tenaga kerja kesehatan global tetapi yang lainnya tetap bertahan, melindungi profesi.”

Yang lain prihatin tentang peningkatan beban perawat, dan bahwa belum banyak yang dilakukan untuk melindungi petugas kesehatan berbasis komunitas khususnya Odha (HATIP edisi yang akan datang akan membahas masalah ini).

Akhirnya, ada kemungkinan bahwa harapan terhadap pengalihan tugas mungkin terlalu tinggi.

“Dengan pengalihan tugas kita dapat meningkatkan efisiensi tenaga kerja tetapi kita tidak dapat menggerakkan jumlah yang dibutuhkan untuk pendekatan perawatan kesehatan primer. Di luar ruangan ini, di luar konferensi, kita terus berdebat tentang pendanaan AIDS, pendanaan sistem kesehatan dan pendanaan global untuk perawatan kesehatan primer secara terpadu. Dan tenaga kerja yang menangani ini TIDAK ADA!” dikatakan Dr. Jos Perriens, koordinator unit Systems Strengthening and HIV (SSH) dari departemen HIV/AIDS WHO, moderator diskusi tersebut.

“Pengalihan tugas bukanlah peluru ajaib, ini hanya sebuah jalan keluar untuk masalah rumit yang saat ini menyebabkan krisis sumber daya manusia. Hal ini harus ditangani bersamaan dengan strategi lain, misalnya menghasilkan lebih banyak petugas perawatan kesehatan dan mempertahankan yang sudah ada,” Dr. Celletti mengatakan.

Namun, adalah penting bahwa komunitas HIV dan TB yang terlibat dalam pengalihan tugas melakukan penelitian operasional secara terus-menerus dan mencatat setiap peningkatan mutu untuk membantu menambah dasar bukti mengenai apa yang berhasil dan apa yang tidak – dengan alasan. Janji tentang proyek pengalihan tugas atau metodologi yang berhasil sangat baik, dan orang harus menjadi pendorong untuk melakukan programnya yang berhasil ke tingkat tertinggi.

### **Sumber:**

Celletti F. WHO recommendations and guidelines on task shifting: The evidence, the content and the way forward for implementation. AIDS 2008, Mexico City, abstract MOSY0903.

Ivers LC et al. Task-shifting in HIV care: a nurse-centered, community-based model of care in rural Haiti. AIDS 2008, Mexico City, abstract WEAX0103.

Ivers L. The community healthcare workers back on the scene for HIV and primary health care service delivery: The experience of Haiti and Rwanda. AIDS 2008, Mexico City, abstract MOSY0902.

Tulenko K. Task shifting: How much does it cost? Is it cost-effective? AIDS 2008, Mexico City, abstract MOSY0906.

### ***Pengalihan tugas: keberhasilan dari Mozambik dan Rwanda***

Petugas klinis dan perawat yang bukan dokter dapat mengambil alih banyak tugas penyediaan perawatan dan pengobatan HIV (termasuk ART) di beberapa rangkaian terbatas sumber daya. Hal ini berdasarkan sejumlah laporan pada kedua HIV Implementer's Meeting di Kampala, Uganda dan Konferensi AIDS 2008 di Meksiko. Pengalihan tugas kepada mereka dapat meluangkan waktu dokter serta mengurangi dampak terhadap program HIV/AIDS pada sistem kesehatan secara menyeluruh. Berbagai penelitian juga melaporkan bahwa perawatan tersebut paling tidak sama baiknya dengan yang disediakan oleh dokter, dengan tingkat kepuasan klien yang tinggi.

Namun agar pengalihan tugas tersebut dapat berkesinambungan, petugas klinis dan perawat yang bukan dokter perlu diberi upah yang sesuai dengan peningkatan tanggung jawab mereka, dan beberapa tugas yang biasa mereka lakukan (administrasi, konseling, dll.) perlu dialihkan kepada petugas kesehatan yang kurang terlatih. Pengalihan tugas tersebut tidak akan menyelamatkan seluruh krisis sumber daya manusia (SDM) di kebanyakan negara; mereka tetap perlu melatih dan melibatkan lebih banyak petugas layanan kesehatan dari berbagai bidang.

### **SDM untuk krisis kesehatan**

Secara global ada kekurangan dalam tenaga medis, misalnya dokter dan perawat, yang sangat berat di rangkaian terbatas sumber daya. Dokter adalah yang paling dibutuhkan; terlalu sedikit dokter yang dihasilkan, dokter memerlukan pelatihan yang paling lama, dan dokter yang paling mungkin menerima jabatan dengan upah yang lebih baik di perusahaan swasta atau pindah untuk bekerja ke negara yang lebih maju.

Di banyak negara, dokter adalah satu-satunya kader petugas layanan kesehatan yang diizinkan untuk meresepkan ART, sehingga ketiadaan dokter di beberapa daerah (khususnya di pedesaan di negara yang lebih miskin) membuat sulit atau mustahil untuk mencapai akses ART secara universal. Karena



diperlukan tujuh tahun untuk menghasilkan dokter baru, satu-satunya cara untuk menolong jutaan jiwa adalah dengan memberdayakan kader yang kurang terlatih untuk menyediakan ART.

## Petugas klinis bukan dokter

Sebutan petugas klinis bukan dokter berbeda-beda tergantung negaranya, tetapi mereka “membentuk sejarah dan hadir secara efektif di banyak negara.” Hal ini menurut Dr. Seble Frehywot dari Universitas George Washington yang mempresentasikan sebuah survei pada Konferensi AIDS 2008 tentang keberadaan dan pemberdayaan petugas klinis bukan dokter di Afrika sub-Sahara dengan fokus khusus pada bagaimana hal tersebut dapat diterapkan dalam program HIV.

Di AS, petugas klinis non-dokter disebut asisten dokter atau *nurse practitioner*, tetapi di rangkaian terbatas sumber daya, sebutan yang paling umum adalah petugas klinis (*clinical officer*) atau mantri (*health officer*). Terlepas dari sebutannya, para petugas klinis non-dokter dengan pelatihan yang lebih sedikit dibandingkan dokter tetapi lebih banyak dibandingkan perawat berizin, dapat melakukan tugas dokter dalam tahapan tertentu (kadang-kadang tanpa pengawasan seorang dokter). Mereka dilatih mengenai diagnosis dasar dan pengobatan medis sehingga dapat memberi serangkaian layanan kesehatan klinis secara perorangan.

Dr. Frehywot mengatakan bahwa pendidikan dasar mereka mengambil satu dari dua bentuk. Beberapa negara mengambil perawat berizin atau sarjana perawat yang kuliah selama empat tahun, menambahkan satu atau dua tahun pelatihan lalu disebut sebagai *nurse clinician* atau *nurse practitioner*. Negara lain mengambil siswa langsung setelah lulus SMU, melatih mereka selama tiga hingga empat tahun, dan magang selama 12 hingga 18 bulan. Namun pada akhirnya fungsi mereka pada dasarnya adalah sama dengan yang dihasilkan oleh model pelatihan perawat.

Namun kurikulum mereka sering kali ditentukan oleh pemerintah setempat dan disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan klinis di negara tersebut. Karena pelatihan dan izin mereka adalah khusus di setiap negara, tidak mudah bagi mereka untuk memperoleh pekerjaan di negara lain, sehingga kemungkinan mereka ‘dibajak’ oleh negara lain jauh lebih rendah.

Sebagai tambahan, Dr. Frehywot mengatakan, “kami menemukan bahwa apabila para petugas klinis ini ditempatkan di komunitas pedesaan, mereka menetap di sana.”

Dia mengatakan bahwa adalah sulit untuk menghitung biaya tenaga kerja yang terdiri dari petugas klinis bukan dokter di Afrika karena datanya tidak tersedia. “Apa yang kita temukan adalah bahwa umumnya biayanya berkisar mulai 1.200 hingga 4.000 dolar AS per tahun tetapi jumlah ini hanya mencakup biaya pendidikan dan tempat tinggal secara perorangan.”

Petugas klinis bukan dokter lebih umum ditemukan di wilayah yang berbahasa Inggris walaupun mereka juga ada di beberapa negara yang berbahasa Prancis dan Portugis.

Sebagai contoh, di Mozambik petugas klinis bukan dokter disebut *Técnicos de Medicina*.

“Di Mozambik kami memiliki tiga dokter untuk 100.000 pasien untuk populasi kurang lebih 20 juta,” dikatakan oleh Dr. Catherine McKinney dari US Centers for Disease Control dalam pidatonya pada HIV Implementers’ Meeting. Dia mengatakan bahwa *Técnicos de Medicina* diperkenalkan kurang lebih pada masa kemerdekaan (33 tahun lalu) tetapi segera mengambil tanggung jawab yang lebih tinggi. “Kurang lebih 75% dokter meninggalkan Mozambik menjelang kemerdekaan, oleh karena saat itu tidak ada perawat kesehatan dengan pangkat yang lebih tinggi maka petugas klinis bukan dokter menjadi eselon yang lebih tinggi,” dia mengatakan.

Pola ini terulang di seluruh Afrika sub-Sahara.

## Memperluas penggunaan petugas klinis bukan dokter dalam layanan HIV/AIDS

Baru-baru ini, Dr. Frehewot mengatakan, “petugas yang bukan dokter menunjukkan peran yang efektif dalam layanan HIV dan AIDS.” Beberapa negara, misalnya Malawi, Etiopia, Tanzania dan Zambia, membangun strategi ART berdasarkan kader tersebut. Secara umum, mereka dipakai untuk melakukan

diagnosis dan penentuan stadium penyakit HIV, untuk memulai pengobatan pencegahan infeksi oportunistik, dan untuk menatalaksana sebagian besar kasus klinis yang tidak rumit. Pada akhirnya mereka dapat memulakan ART.

“Namun semua hal ini membutuhkan semacam kerangka kerja perundangan,” Dr. Frehywot mengatakan. Dengan kata lain, untuk pengalihan tugas dari dokter ke asisten yang bukan dokter, sejumlah perubahan harus dibuat pada hukum/perundangan, peraturan, kebijakan, dan pedoman yang terkait di setiap negara.

Dr. Frehywot mengatakan, “Ada beberapa hal yang harus dipertimbangkan oleh negara, termasuk: lingkup praktik dan kemampuan petugas kesehatan tersebut; *standard of care* perlu disediakan; diperlukan pendidikan dan pelatihan yang dibakukan sebelum mulai kerja, serta juga pelatihan setelah mulai kerja dan perizinan; pendaftaran; pengawasan, bimbingan dan pemantauan untuk memastikan penyediaan perawatan bermutu tinggi; peraturan tentang keadaan kerja, bagaimana mereka akan direkrut, ditempatkan, dan dipromosikan, berapa upah mereka serta masalah terkait SDM lainnya; dan pada akhirnya, penerapan sub-nasional, karena banyak di antara petugas tersebut yang akan ditempatkan di daerah pedesaan.”

Hal yang sama berlaku untuk pengalihan tugas kepada perawat.

Ada beberapa hambatan terhadap peningkatan ketergantungan pada petugas klinis yang bukan dokter. “Biaya yang masih agak tinggi dan sekolah tinggi serta prasarana yang tidak memadai untuk melatih para kader tersebut. Akhirnya, di beberapa negara para dokter menyatakan keberatan,” Dr. Frehywot mengatakan, tetapi dia menekankan kembali bahwa petugas klinis bukan dokter dapat menyediakan perawatan bermutu tinggi, dan merupakan kader petugas kesehatan yang dapat dilatih dan ditempatkan jauh lebih cepat dibandingkan dokter, dengan tingkat ketahanan yang jauh lebih tinggi.

### ***Tecnicos de Medicina* menyediakan layanan HIV tingkat tinggi di Mozambik**

Saat ini hanya ada kurang lebih 600 *Tecnicos de Medicina* (TdM) di Mozambik, tetapi mereka terbukti sebagai bagian yang tidak seimbang dalam perawatan klinis. “Para petugas klinis bukan dokter ini merupakan strategi yang efektif karena kemudahan penempatan mereka, dapat bertahan lama di tempat tugasnya, masa pelatihan yang lebih singkat, kemampuan pelatihan yang lebih baik, dan biaya pelatihan serta pemeliharaan yang lebih rendah,” dikatakan oleh Dr. Kenneth Gimbel-Sherr dari Universitas Washington dan Health Alliance International, pada presentasi lain pada Konferensi AIDS 2008.

Dr. Gimbel-Sherr mengatakan bahwa bukti dari AS memberi kesan bahwa petugas klinis bukan dokter tingkat menengah bekerja sebaik atau lebih baik dibandingkan dokter (termasuk untuk perawatan HIV), tetapi bukti dari rangkaian terbatas sumber daya sebagian besar masih bersifat anekdotal.

“Ketiadaan bukti ini mengakibatkan pembuat kebijakan tetap menolak untuk mengizinkan petugas yang bukan dokter untuk meresepkan ART dan menyediakan perawatan secara terus-menerus bagi pasien yang memakai ART,” dia mengatakan. “Banyak dari keberatan ini berpusat pada kekhawatiran mengenai mutu perawatan, dan ketiadaan bimbingan serta kelanjutan dukungan yang disediakan bagi petugas klinis bukan dokter, yang banyak bekerja di klinik kesehatan terpencil.”

Oleh karena itu Dr. Gimbel-Sherr dan rekan melakukan analisis secara retrospektif pada kohort mengenai dampak di antara pasien dalam program ART selama lebih dari 3,5 tahun (diawali dengan permulaan program ART nasional pada Juli 2004) mendatangi dua klinik HIV di sepanjang koridor Beira di pusat Mozambik, daerah dengan epidemi tertinggi dan paling matang di Mozambik. Penelitian ini membandingkan hasil pada pasien yang ditangani oleh TdM dan dokter.

Klinik tersebut memiliki jumlah pasien yang tinggi berjumlah rata-rata lebih dari 900 pendaftar baru yang HIV-positif per bulan, rata-rata lebih dari 225 pasien yang memulai ART per bulan, dan hampir 5.000 konsultasi medis per bulan di seluruh klinik. Ada lebih banyak dokter (28) dibandingkan TdM (14) tetapi TdM lebih mungkin hadir di klinik. Oleh karena itu, dari hampir 6.000 pasien yang dilibatkan dalam analisis ini, sebagian besar (69,4%) ditangani oleh TdM dan hanya 30,6% oleh dokter. Tidak ada perbedaan yang bermakna pada ciri-ciri pada awal (jenis kelamin, berat badan pada awal, CD4, stadium klinis, dll.).

Begitu juga, hasilnya tampak serupa. Pasien yang ditangani oleh TdM lebih mungkin mangkir, kemungkinan meninggal lebih rendah, tetapi hasil ini sekali lagi tidak bermakna dalam analisis yang disesuaikan. Namun, pasien yang ditangani oleh TdM secara bermakna lebih mungkin melakukan kunjungan setiap triwulan dengan petugas klinis sebanyak paling sedikit tiga dari empat triwulan setelah memulai ART – kemungkinan karena TdM lebih mungkin hadir di klinik HIV – dan secara bermakna lebih mungkin memiliki tingkat kepatuhan optimal pada enam bulan setelah mulai ART, sebagaimana didefinisikan oleh catatan apotek.

Penelitian ini memiliki sejumlah keterbatasan yang bermakna. Sebagai contoh, sebagaimana ditunjukkan oleh seorang peserta Konferensi ahli statistik, penelitian tersebut tidak memenuhi standar uji coba terkontrol secara acak. Namun, penelitian tersebut merupakan awal dari pencatatan mutu layanan yang dapat disediakan oleh petugas klinis bukan dokter yang diawasi, yang Dr. Gimbel-Sherr simpulkan “tampak setara atau sedikit lebih baik dibandingkan yang disediakan oleh dokter.” Namun dia menambahkan bahwa “hasil dari klinik pusat yang besar dengan lebih banyak pengawasan mungkin tidak dapat diterapkan di klinik yang lebih kecil di tempat terpencil dengan pengawasan yang lebih sedikit.”

Informasi tersebut harus menenteramkan hati Mozambik, yang pada 2006 mulai merencanakan untuk menghasilkan ribuan TdM untuk ditempatkan pada 2010.

### **Pengalihan tugas pada perawat di Rwanda mencapai hasil yang baik**

Namun masih memerlukan waktu yang cukup lama untuk menghasilkan kader petugas kesehatan yang baru, dan bagi kebanyakan negara untuk meningkatkan program ART secara cepat, mereka harus berpaling pada sumber daya manusia yang mereka miliki – yang kebanyakan adalah perawat.

Beruntung, “perawat dapat bertugas secara efektif apabila kondisi optimal terpenuhi – dan di sini kita bicara tentang persiapan yang baik, alat yang lebih baik dan dukungan dokter secara konsisten,” dikatakan oleh Dr. Fabienne Shumbusho dari Family Health International (FHI) dalam pidatonya pada HIV Implementers’ Meeting di Kampala. Dia menjelaskan tentang program percobaan yang berhasil di daerah pedesaan di Rwanda. Dalam program ini, perawat dilatih dan dibimbing oleh dokter untuk meresepkan ART lini pertama bagi pasien dewasa yang belum pernah memakai pengobatan di tiga pusat kesehatan primer.

Pada kebanyakan tempat di Rwanda, program HIV adalah berpusat pada dokter. Para dokter melakukan pemeriksaan fisik, memesan tes CD4, meresepkan ART dan menyediakan tindak lanjut pasien sebelum dan setelah memulai ART. Perawat melakukan peran dukungan, termasuk memesan tes CD4 di beberapa tempat, dan memesan pengisian ulang ART.

Dalam proyek percobaan FHI ini, seluruh tugas utama dokter kecuali penatalaksanaan kasus yang rumit (termasuk anak-anak) dan menyediakan bimbingan serta pengawasan, dialihkan kepada perawat yang telah menyelesaikan pendidikan perawatan dan pengobatan HIV. Proyek percobaan ini, yang berlangsung dari September 2005 hingga Maret 2008, melibatkan lebih dari seribu pasien, 435 di antaranya memulai ART melalui perawat.

Hasilnya adalah sangat serupa dengan yang diamati di klinik lain di Rwanda dengan perawatan berpusat pada dokter. Hampir 88% pasien yang masih hidup memakai ART pada Maret 2008, 6,7% meninggal dan kurang dari 3% mangkir – tidak ada kasus penghentian pengobatan. Pada 18 bulan kemungkinan bertahan dalam perawatan adalah 91%, dan median peningkatan jumlah CD4 pada enam bulan adalah 140, 166 pada 12 bulan dan 251 pada 24 bulan.

Penelitian tersebut juga menilai beberapa aspek kinerja perawat termasuk:

- Apakah kriteria untuk memulai ART ditentukan secara benar? Ya, perawat tidak memberi ART kepada orang yang tidak memenuhi kriteria, dan hanya terlewatkan 4,2% kasus orang yang seharusnya sudah mulai ART.
- Apakah resep ART dibuat secara benar? Ya, tidak ada pasien yang diberi obat dengan kontraindikasi.
- Apakah pasien ART dipantau secara sesuai melalui pengendalian laboratorium dan pemeriksaan klinis? Pada awalnya ya, walaupun setelah pemantauan yang lebih lama jumlah data semakin menurun.

“Lagi pula, kami menemukan bahwa tingkat penyempurnaan catatan pada proyek percobaan ini sebanding dengan data dari penilaian nasional yang dilakukan pada 2004-2005 di Rwanda,” Dr. Shumbusho mengatakan.

“Masih ada kesempatan untuk perbaikan,” dia menyimpulkan, tetapi dia menyarankan bahwa program tersebut harus ditingkatkan di seluruh negeri. “Kita dapat mencapai akses universal pada pengobatan AIDS dengan meningkatkan keterampilan perawat hingga mencapai seluruh kapasitas dan potensinya,” dia mengatakan.

## **Pengalihan tugas pada perawat meluangkan waktu dokter dan mengurangi dampak program HIV pada layanan kesehatan secara umum**

Justru, model matematika menemukan bahwa apabila model pengalihan tugas kepada perawat ditingkatkan di seluruh Rwanda, maka hal ini secara bermakna akan meningkatkan waktu dokter untuk menangani kasus yang lebih rumit. Hal ini berdasarkan presentasi Joyce Chung dari Center of Strategic HIV Operations Research dan Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative pada HIV Implementers’ Meeting dan Konferensi AIDS 2008.

Model ini melibatkan 976 pasien dari pusat FHI (hanya pasien yang mendaftar sampai dengan Desember 2007). Model ini membandingkan jadwal dan waktu konsultasi di sebuah klinik percobaan dan satu klinik umum. Informasi lebih lengkap mengenai cara kerja model tersebut dapat dilihat pada presentasi Chung, yang dapat diunduh dari <http://www.aids2008.org/Pag/ppt/WEAB0205.ppt>.

Secara keseluruhan, antara September 2005 dan Desember 2007, perawat yang memberi resep menghabiskan 942 jam, menghemat 737 jam waktu dokter. Chung mengatakan, “Angka ini setara dengan dokter yang bekerja 30 jam per minggu selama enam bulan, dengan satu jam kerja perawat peresep ART menghemat kurang lebih 47 menit waktu dokter.”

Hal ini meluangkan waktu untuk kasus yang lebih rumit, misalnya menangani anak dengan HIV, dan untuk bekerja di bidang non-HIV.

Temuan akhir ini adalah sangat penting karena program HIV sudah dituduh mencuri waktu layanan dari kesehatan umum. Namun dengan menerapkan model pengalihan tugas ini, walaupun pemberian ART terus meningkat, Chung menghitung bahwa mungkin ada peningkatan kapasitas dokter pada sistem secara keseluruhan.

“Apabila kita memperkirakan perluasan hingga 59.000 orang yang memakai pengobatan pada akhir 2008, untuk menyediakan perawatan sesuai dengan pedoman nasional akan membutuhkan kurang lebih 9.300 jam konsultasi dengan dokter per bulan, atau kurang lebih 77 dokter dengan 30 jam per minggu untuk menyediakan perawatan secara langsung pada pasien,” dia mengatakan. “Karena hanya ada kurang lebih 150 dokter yang menyediakan perawatan bagi pasien di klinik umum, hal ini berarti bahwa perawatan dan pengobatan HIV akan menyerap kurang lebih 51% dari seluruh kapasitas dokter dari pemerintahan Rwanda pada akhir tahun ini. Namun penerapan pengalihan tugas di seluruh negeri selama setahun akan menghasilkan 78% penurunan kebutuhan dokter menjadi hanya 17 dokter yang bekerja 30 jam per minggu, atau hanya 11% dari keseluruhan kapasitas dokter umum. Jumlah kapasitas dokter untuk menangani kasus rumit atau perawatan non-HIV adalah 183% lebih tinggi dengan pengalihan tugas!”

## **Keraguan dan keberatan**

Walaupun adanya temuan positif sebagaimana dilaporkan dari penelitian di atas, beberapa peserta pada masing-masing konferensi menyatakan kekhawatiran bahwa pengalihan tugas akan serupa dengan perawatan kelas dua. Pada simposium di Meksiko, Dr. Frehewot bersikukuh bahwa tidak demikian kasusnya.

“Apabila pelatihan sebelum layanan sungguh ditingkatkan terkait dengan psikologi, patologi, pengobatan, mikrobiologi, maka mereka akan sungguh-sungguh memberi pelayanan yang baik. Saya dapat memberikan contoh: Saya sudah tinggal di AS selama kurang lebih 15 sampai 17 tahun saat ini. Apabila saya sakit – dan saya adalah seorang dokter – saya tidak suka mengobati diri saya sendiri. Oleh karena itu saya pergi ke dokter keluarga dan paling sering saya dilayani oleh *nurse practitioner*. Saya adalah

seorang dokter tetapi saya ditangani oleh *nurse practitioner*, dan ini adalah sangat baik. Pelatihan mereka dan segala sesuatunya adalah sangat baik. Saya memiliki seorang putri berusia lima tahun dan apabila dia flu atau diare, maka kami mengunjungi dokter, kebanyakan saya mengunjungi *nurse practitioner* atau asisten dokter. Kami tidak bertemu dengan dokter – dan ini di AS,” dia mengatakan.

Pada akhirnya, kekhawatiran lain adalah bahwa pengalihan tugas kepada petugas klinis dan perawat akan mengakibatkan petugas kesehatan yang kewalahan, dan beberapa tugas rutin mereka menjadi tidak tertangani.

“Hal itu berarti tugas yang sebelumnya dilakukan oleh perawat sekarang tidak dapat dilakukan,” dikatakan oleh seorang peserta dari Malawi pada Implementers’ Meeting. “Sangat penting untuk menyadari bahwa pengalihan tugas – keuntungan bersih dari pengalihan tugas – hanya dapat terjadi apabila kita mampu menambah orang ke dalam sistem, yaitu pengalihan tugas kepada petugas yang bukan dokter yang kemudian akan mulai melakukan layanan HIV.”

Chung menekankan bahwa penelitian dia hanya berpusat pada penghematan waktu dokter akibat pengalihan tugas kepada perawat. Namun model tersebut secara serupa dapat dipakai untuk menilai penghematan waktu perawat dengan pengalihan tugas kepada petugas kesehatan berbasis komunitas yang dilatih untuk melakukan konseling dan tes, mencatat dan melaporkan serta dan melakukan tugas lain.

Dr. Shumbusho menekankan bahwa perawat saat ini menghabiskan terlalu banyak waktu untuk melakukan tugas administrasi yang dapat dilakukan oleh staf yang kurang terlatih. Dengan demikian pengalihan tugas kepada mereka seharusnya tidak menambah beban mereka, dan pada akhirnya banyak perawat yang begitu bahagia melakukan tugas yang memang lebih menarik yang mereka miliki dan telah dilatih untuk melakukannya: “Perawat sudah dilatih untuk melakukan pemeriksaan klinis, kami tidak mengajar mereka untuk melakukan sesuatu yang belum pernah dilakukan. Kami hanya memberi alat untuk mempermudah tugasnya, dan kami menghargai yang sudah mereka lakukan,” dia mengatakan.

## Sumber:

Chung et al. Quantification of physician-time saved in a task shifting pilot program in Rwanda. XVII International AIDS Conference, Mexico City, abstract WEAB0205, 2008.

Gimbel-Sherr K et al. Task shifting to mid-level clinical health providers: an evaluation of quality of ART provided by *tecnicos de medicina* and physicians in Mozambique. XVII International AIDS Conference, Mexico City, abstract WEAX0105, 2008.

Frehywot S. Non-physician clinicians and HIV service delivery: Experiences from 45 countries. XVII International AIDS Conference, Mexico City, abstract MOSY0901, 2008.

Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*, 370(9605):2158-63, 2007.

Shumbusho F. Task shifting to achieve universal access to HIV care and treatment services in Rwanda : a nurse centered ART program at three rural health centres. HIV Implementers’ Meeting, abstract 621, 2008.

Wilson I et al. Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistants, and physicians. *Ann Intern Med* 143:729-36, 2005.

## Sumber lain

Public Sector Unions Fighting against AIDS (PSUFASA) hosts a resource map on HIV/AIDS responses in the public sector in Southern Africa on its website.

A comprehensive report on Malawi’s Public Health Sector can be found on the PSUFASA website.

Artikel asli: [Task shifting](#)