

HATIP 123: Tes HIV secara universal dan pengobatan langsung dapat mengurangi 95% infeksi HIV dalam 10 tahun

Oleh: aidsmap.com, 27 November 2008

WHO menerbitkan penelitian percontohan

Tes HIV secara universal dan pengobatan yang segera untuk setiap orang yang didiagnosis HIV di negara dengan prevalensi HIV tinggi dapat mengurangi infeksi baru dari 20 per 1.000 menjadi satu per 1.000 dalam sepuluh tahun. Hal ini berdasarkan temuan percobaan matematis yang dilakukan oleh WHO yang diterbitkan dalam jurnal Lancet edisi 26 November 2008.

Temuan tersebut memberi kesan bahwa penularan HIV mungkin dapat diberantas pada 2020 di negara prevalensi HIV yang tinggi, misalnya Afrika Selatan, apabila adalah mungkin untuk membujuk setiap orang di komunitas untuk melakukan tes HIV sekali setahun, kemudian menyediakan terapi antiretroviral (ART) untuk semua orang dengan hasil tes HIV-positif. Penularan diharapkan menurun apabila lebih banyak orang yang diobati karena ART mengurangi jumlah HIV dalam air mani dan cairan vagina, sehingga mengurangi risiko penularan.

Saat ini kurang lebih 20% Odha di Afrika sub-Sahara mengetahui status HIV-nya, dan di kebanyakan negara ART hanya tersedia bagi orang dengan gejala penyakit HIV atau penekanan kekebalan berat (jumlah CD4 di bawah 200).

Memperluas pengobatan untuk semua orang yang membutuhkannya berdasarkan pedoman saat ini merupakan tindakan yang bermakna. Saat ini ada tiga juta orang yang menerima ART di seluruh dunia, tetapi kurang lebih 6,7 masih membutuhkan pengobatan dan 2,7 juta tertular pada 2007. Hal ini berdasarkan laporan 2008 WHO tentang perkembangan menuju akses pengobatan HIV secara universal.

Memperluas tes dan pengobatan untuk menjangkau setiap orang dengan HIV, khususnya di Afrika bagian selatan, akan menjadi tindakan sangat besar yang membutuhkan jauh lebih banyak sumber daya manusia untuk perawatan kesehatan dibandingkan jumlah yang ada saat ini.

Dr. Kevin de Cock, direktur departemen HIV WHO mengatakan bahwa tes secara universal dan pengobatan terlepas pada status sistem kekebalan tidak dapat menjadi anjuran WHO yang resmi tanpa penelitian lebih lanjut tentang kemungkinan, keamanan, penerimaan serta dampak dan efektivitas biaya terhadap pendekatan tersebut serta konsultasi secara luas.

Walau demikian, temuan itu tampak menggugah minat pada perluasan akses ART untuk membatasi dampak epidemi HIV dalam jangka panjang di negara yang terdampak paling berat, negara di Afrika bagian selatan di mana prevalensi HIV pada populasi orang dewasa berkisar 15-35%.

Mengobati setiap orang yang terinfeksi HIV untuk mengurangi jumlah infeksi HIV baru sudah pernah diadvokasi oleh Profesor Julio Montaner dari Universitas British Columbia di Kanada. Prof. Montaner dan rekan [menerbitkan hasil model matematik mereka pada 2006](#), yang memperkirakan bahwa kasus HIV baru akan menurun dari tujuh perseribu menjadi 0,1 perseribu dalam 50 tahun apabila tes dan pengobatan secara universal diterapkan.

Memperkenalkan tes dan konseling HIV dari rumah ke rumah serta ART untuk semua yang memenuhi kriteria berdasarkan pedoman pengobatan Uganda [mengurangi kasus infeksi HIV baru sebanyak kurang lebih 90%](#) dalam tiga tahun masa tindak lanjut. Hal ini berdasarkan temuan penelitian Centers for Disease Control (CDC) AS yang dilakukan di daerah pedesaan Uganda selama lima tahun terakhir.

Sejauh ini tidak ada negara atau wilayah di dunia yang telah menerapkan strategi tes dan pengobatan secara universal. Pedoman pengobatan AS dan Eropa saat ini menyarankan ART untuk setiap orang yang jumlah CD4-nya di bawah 350, walaupun ada [beberapa bukti](#) bahwa memulai ART dengan jumlah CD4 di bawah 500 mengurangi risiko penyakit berat tidak terdefinisi AIDS apabila dibandingkan dengan mulai ART dengan jumlah CD4 di bawah 350.

Saat ini, satu-satunya wilayah di dunia yang memiliki sasaran kesehatan masyarakat yang secara terbuka mendorong pemberian ART untuk mengurangi penularan HIV adalah provinsi British Columbia di Kanada. Di sana kelompok penelitian Prof. Montaner [membujuk pemerintah provinsi](#) untuk menerapkan

HATIP 123: Tes HIV secara universal dan pengobatan langsung dapat mengurangi 95% infeksi HIV dalam 10 tahun

pendekatan yang lebih giat untuk menentukan orang yang saat ini memenuhi kriteria pengobatan dengan jumlah CD4 350 atau kurang. [Model yang dibuat kelompok penelitian tersebut memberi kesan](#) bahwa kebijakan tersebut dapat mencegah lebih dari dua pertiga infeksi yang diperkirakan akan terjadi di British Columbia antara 2008 dan 2030.

Model WHO memakai Afrika Selatan sebagai contoh, memakai data tingkat infeksi dan pengembangan penyakit untuk membuat model dampak memperluas pengetahuan status HIV dan peningkatan pemberian ART. Model tersebut memperkirakan bahwa dengan prevalensi HIV pada awal sebesar 16%, 99% penurunan daya tular apabila orang mulai ART, dan 90% jangkauan ART pada populasi yang terinfeksi HIV pada 2016, secara khusus 104.000 kematian dapat dicegah pada 2015 apabila dibandingkan dengan mulai ART waktu jumlah CD4-nya 350 (ini saja merupakan ambang batas yang optimis).

Model tersebut memperkirakan biaya pengobatan tahunan sebesar 727 dolar AS setahun untuk pengobatan lini pertama (termasuk obat, pemantauan dan penatalaksanaan pasien) dan 3.290 dolar AS setahun untuk pengobatan lini kedua, dengan obat antiretroviral (ARV) merupakan 30% dari keseluruhan biaya.

Model tersebut menunjukkan bahwa penularan HIV akan menurun tajam apabila jangkauan pengobatan HIV diperluas, turun dari kurang lebih 15 infeksi baru perseribu populasi orang dewasa dan remaja saat ini menjadi seperseribu pada 2016.

Walaupun strategi pengobatan secara universal mungkin harganya tiga kali lebih tinggi dibandingkan mengobati setiap orang dengan jumlah CD4 di bawah 350 pada 2015 (3,4 miliar dolar setahun), biaya tahunan akan menurun setelah itu dan pada 2030 pendekatan tersebut akan menjadi lebih murah dibandingkan hanya mengobati orang yang jumlah CD4-nya di bawah 350 (kurang lebih 1,8 miliar dolar).

Reaksi

Profesor Geoffrey Garnett dari Imperial College, London, Inggris, seorang ahli epidemiologi HIV mengatakan dalam komentar bersama: “Strategi yang disarankan mungkin luar biasa radikal, dengan intervensi medis pada manfaat kesehatan masyarakat daripada manfaat pasien secara individu. Karena skrining dan pengobatan akan bermanfaat bagi masyarakat, sumber daya harus didapatkan dari anggaran pemerintah. Strategi yang disarankan akan mencerminkan kesehatan masyarakat yang terbaik dan terburuknya.”

“Strategi itu bila terbaik akan mencegah morbiditas dan mortalitas pada populasi, melalui pengobatan secara individu yang lebih baik dan mengurangi penyebaran HIV. Yang terburuknya adalah strategi itu akan mengakibatkan terlalu banyak tes, terlalu banyak pengobatan, efek samping, resistansi dan berpotensi mengurangi hak orang untuk menentukan pilihan pengobatannya... Mudah untuk melihat bagaimana tes paksaan dan pengobatan yang diterapkan untuk kebaikan masyarakat akan mengikuti pendapat tersebut. Keberhasilan yang tidak menyeluruh dapat mengakibatkan infeksi yang terpusat pada kelompok risiko tinggi, dengan peningkatan bahaya stigma dan kekerasan. Sejarah pengendalian infeksi menular seksual (IMS) mencatat beberapa contoh skrining dan pengobatan yang dilakukan secara paksa pada populasi yang distigmatisasi, dan ada bahaya model pengobatan yang sangat patriarki setelah mengikuti cara tersebut.”

Ada [upaya advokasi yang kuat untuk mencapai cakupan pengobatan secara universal sebagai upaya pencegahan](#) pada International AIDS Conference (IAC) 2008 di Mexico City. Prof. Julio Montaner yang juga sebagai Presiden International AIDS Society, mengatakan: “Kami berpendapat bahwa ada cukup bukti untuk mengatakan pada pembuat kebijakan bahwa apabila kita meluncurkan pengobatan HIV yang menjangkau semua, kita akan melihat penurunan penularan HIV.”

Penelitian ini disokong sebagai langkah penting oleh beberapa kelompok aktivis. GNP+, jaringan Odha sedunia, mengatakan bahwa penelitian tersebut menunjukkan terobosan cara berpikir WHO, tetapi mendesak WHO untuk bekerja sama dengan jaringan Odha untuk meningkatkan akses tes dan pengobatan sementara melindungi hak asasi manusia.

International Treatment Preparedness Coalition (ITPC), jaringan kelompok aktivis pengobatan HIV sedunia juga menyambut baik publikasi tersebut. “Artikel itu dapat membantu menghentikan perdebatan yang keliru antara pengobatan dan pencegahan HIV,” dikatakan oleh Aditi Sharma, koodinator bersama

HATIP 123: Tes HIV secara universal dan pengobatan langsung dapat mengurangi 95% infeksi HIV dalam 10 tahun

Treatment Monitoring and Advocacy Project (TMAP) dari ITPC. “Apabila penelitian tambahan mendukung model tersebut, mungkin menandai pergeseran paradigma pada tanggapan kesehatan masyarakat terhadap HIV,” Sharma mengatakan.

“Penelitian WHO mengonfirmasi apa yang kami ketahui berdasarkan pengalaman pribadi sebagai peneliti utama epidemi: pencegahan dan pengobatan HIV saling menguatkan,” Sharma menambahkan.

“Kita membutuhkan penelitian untuk menentukan kemungkinan dan dampak jangka panjang dari perubahan cara penatalaksanaan pengobatan HIV,” dikatakan oleh Gregg Gonsalves, anggota ITPC.

“Memulai ART waktu jumlah CD4 tinggi mungkin tidak memiliki manfaat klinis bagi Odha karena ART memiliki toksisitas jangka panjang, memulai ART sangat dini mungkin akan bermasalah.”

Pertanyaan yang belum terjawab

WHO akan mengadakan pertemuan pada awal 2009, yang melibatkan para pakar etis, lembaga donor, aktivis HAM, dokter serta pakar pencegahan dan manajer program AIDS. Pertemuan tersebut akan membahas pendekatan ini dan masalah lain yang terkait penggunaan ART secara lebih luas untuk pencegahan HIV.

Namun pedoman tidak akan segera diubah hanya berdasarkan percobaan model tersebut.

WHO mengatakan bahwa mereka perlu memahami lebih banyak tentang pertanyaan berikut untuk menentukan apakah model adalah akurat:

- Apakah tes HIV secara universal dapat diterima dan betul-betul dilakukan secara universal?
- Tingkat daya menular orang yang menerima ART, khususnya di rangkaian dengan tingkat IMS yang tinggi?
- Tingkat kepatuhan orang terhadap ART dalam jangka panjang?
- Tingkat kegagalan ART dalam jangka panjang dan apa pola resistansi selanjutnya? Sejauh mana kegagalan tersebut akan membatasi tanggapan terhadap terapi lini kedua?
- Apa dampak tes secara universal dan ketersediaan ART terhadap perilaku seksual? Secara khusus, apakah ketersediaan pengobatan secara lebih luas, bersamaan dengan pesan bahwa pengobatan mengurangi risiko menularkan HIV, akan mengakibatkan peningkatan perilaku berisiko secara umum selama fase awal peningkatan pengobatan yang sebaliknya akan mengakibatkan peningkatan kejadian HIV?

Kemampuan dilakukan pendekatan juga perlu diuji di rumah sakit secara nyata untuk menentukan jumlah petugas kesehatan dan tingkat penguatan sistem kesehatan yang dibutuhkan, serta juga dampak pendekatan terhadap sasaran kesehatan masyarakat lainnya.

Data yang lebih baik dari rangkaian yang nyata dibutuhkan secara mendesak, tetapi ada beberapa masalah untuk mendapatkannya:

- Para peneliti belum puas dengan ketepatan alat tes yang dirancang untuk menangkap kejadian HIV dalam uji coba pencegahan secara biomedis, membuat kita tergantung pada gabungan tes antibodi/antigen yang memiliki [tingkat ketepatan yang beragam](#). Alat tes yang lebih baik dibutuhkan secara mendesak.
- Mengukur kejadian di tingkat komunitas adalah mahal dan memerlukan program surveilans secara nasional atau regional; program pengobatan tidak disusun untuk mengukur kejadian saat ini (walaupun hal ini mungkin mengejutkan). Pada akhirnya data dapat dikumpulkan secara cukup lengkap untuk meta-analisis apabila lembaga donor utama misalnya Global Fund dan PEPFAR mewajibkan penghitungan kejadian HIV pada komunitas di wilayah yang menyediakan pengobatan atas dukungannya.

Namun, data jangka panjang yang paling meyakinkan mungkin diperoleh dari penelitian jangka panjang secara acak. Penelitian dampak memulainya ART pada pasangan diskordan (salah seorang pasangan adalah HIV-positif) saat ini sedang dilakukan di Malawi, Brasil, India, Thailand, dan Zimbabwe, dan akan dilaporkan kira-kira pada 2013. Penelitian tersebut, HPTN 052, melibatkan orang HIV-positif dengan jumlah CD4 antara 350 dan 550 dan pasangannya yang HIV-negatif. Pasangan yang HIV-positif dibagi secara acak untuk langsung diberi ART atau mulai ART berdasarkan pedoman nasional (waktu

HATIP 123: Tes HIV secara universal dan pengobatan langsung dapat mengurangi 95% infeksi HIV dalam 10 tahun

jumlah CD4-nya turun menjadi 250-200). Penelitian tersebut akan mengukur dampak kejadian pada kedua strategi pengobatan tersebut, dan mampu mendeteksi lebih dari 35% penurunan kejadian HIV pada kelompok pengobatan dini.

Namun, banyak pertanyaan terkait pelaksanaan pendekatan ini yang mungkin dapat dihadapi dalam uji coba komunitas secara acak. Dalam uji coba tersebut distrik yang terpisah secara geografis dengan jumlah peserta yang sama dapat dibagi secara acak untuk memakai pengobatan dan tes berdasarkan pedoman yang berlaku saat ini, atau menerapkan pendekatan tes secara universal dan pengobatan. Penelitian serupa itu barangkali membutuhkan lima hingga tujuh tahun untuk menyediakan jawaban yang tepat sejak penelitian didanai, dipersiapkan dan dimungkinkan untuk berlangsung cukup lama, untuk menilai kesulitan pelaksanaan yang dihadapi dari pendekatan baru.

Beberapa kelompok penelitian yang berbasis di Inggris, Kanada dan Prancis sudah mengembangkan gagasan penelitian terhadap pendekatan baru tersebut.

Pada akhirnya, Reuben Granich dari departemen HIV WHO mengatakan pada HATIP, WHO membutuhkan berbagai informasi tentang topik ini sebelum mereka dapat menerbitkan usulan.

“WHO memiliki proses pembentukan pedoman yang agak ketat untuk membuat usulan. Sehubungan dengan itu, uji coba terkontrol biasanya merupakan standar terbaik, tetapi data dari penelitian jenis lain dapat disampaikan untuk proses tersebut, dan seluruh bukti akan dipertimbangkan.”

Data lain dapat termasuk meta-analisis data kejadian dari komunitas dengan berbagai tingkat cakupan pengobatan, serta juga penelitian pelaksanaan. Negara dengan cakupan ART dan prasarana yang baik, misalnya Botswana dan Namibia, dapat menghasilkan data yang berguna dalam waktu yang relatif cepat.

Kemampuan untuk melakukan

Namun apakah mungkin mempertahankan tes HIV secara hampir universal setiap tahun di populasi selama banyak dasawarsa? Pergeseran yang demikian hebat tentu membutuhkan pergeseran pada prakarsa tes di tingkat komunitas yang barangkali memiliki manfaat pencegahan tersendiri. Sebagaimana dicatat di atas, CDC AS menunjukkan bahwa pelaksanaan tes HIV yang hampir universal dimungkinkan di penelitian Home Based AIDS Care di daerah pedesaan Uganda, melalui kunjungan rumah ke rumah.

Di sisi lain kampanye nasional untuk mendorong pengetahuan tentang status HIV di Lesoto, hasilnya jauh di bawah targetnya, barangkali karena konselor *lay* tidak dilatih dengan baik dan hubungan antara tes dan pengobatan tidak cukup tersedia (berbeda dengan model CDC). Pada Agustus 2007 hanya 25.000 orang yang dites melalui kampanye Ketahui Status Anda (*Know Your Status*). Sasarannya adalah 1,3 juta pada akhir 2007. [Penelitian secara kualitatif](#) oleh Human Rights Watch dan AIDS and Rights Alliance for Southern Africa (ARASA) menemukan “hubungan yang jelas terputus antara persiapan yang tertulis dan kemampuan untuk menerapkan apa yang telah direncanakan.” Konselor tidak dilatih secara memadai, khususnya tentang pentingnya pemahaman informasi (*informed consent*) dan kerahasiaan, serta tidak ada pelatihan untuk konseling pasangan, yang merupakan kunci pendekatan CDC di Uganda.

Masalah lain adalah bahwa saat ini tidak ada bukti tentang apa yang diperlukan untuk mencapai dan mempertahankan angka tes HIV yang tinggi, khususnya di wilayah perkotaan dan sekitarnya. Masalah ini terutama penting di Afrika Selatan, negara di Afrika bagian selatan dengan wilayah perkotaan yang terbanyak, tetapi pertumbuhan urbanisasi menjadikannya penting serupa dengan negara lain di Afrika sub-Sahara.

Kemampuan rumah sakit untuk memberikan pengobatan berdasarkan angka yang diperkirakan adalah pertanyaan besar yang belum terjawab. Diperlukan lebih banyak informasi mengenai tingkat penguatan sistem kesehatan yang dibutuhkan untuk memfasilitasi tes dan pengobatan sebanyak itu, serta juga penilaian kemungkinan dampak penyimpangan pada prioritas sistem kesehatan lain. Pendekatan serupa itu tidak dipungkiri membutuhkan penyediaan layanan yang luar biasa besar di tingkat layanan kesehatan primer dan di tingkat komunitas, begitu juga dengan penerapan model penatalaksanaan penyakit kronis di tingkat layanan kesehatan primer yang pada akhirnya membutuhkan investasi dan pelatihan secara bermakna. Walaupun beberapa model pengalihan tugas dalam layanan HIV telah menunjukkan hasil yang positif, tidak semua pengalihan tugas secara konsisten menghasilkan layanan yang baku atau yang dapat

HATIP 123: Tes HIV secara universal dan pengobatan langsung dapat mengurangi 95% infeksi HIV dalam 10 tahun

dibandingkan (untuk informasi lebih lanjut lihat [HATIP edisi 116 yang diterbitkan pada September 2008](#)).

Toksisitas

Lebih banyak informasi juga diperlukan tentang perbandingan antara manfaat pengobatan dini dan toksisitas obat. Di banyak negara berkembang pengobatan lini pertama mencakup obat yang tingkat toksisitasnya tinggi, termasuk d4T dan AZT. Penggunaan obat tersebut, yang jauh lebih murah dibandingkan rejimen lini pertama lain yang lebih dapat ditahan yang sekarang dipakai di Eropa dan Amerika Utara, akan memberi kerugian yang bermakna dalam jangka panjang apabila obat tersebut menimbulkan efek samping pada orang yang seharusnya sehat. [Beberapa data memberi kesan](#) sampai dengan satu dari lima orang mungkin perlu mengganti obat akibat toksisitas. Di sisi lain, [juga ada bukti](#) bahwa efek samping obat tersebut tampak kurang sering muncul pada orang yang mulai pengobatan lebih dini.

Obat tersebut dipakai karena harganya kurang lebih 100-150 dolar setahun, dibandingkan 270-400 dolar setahun untuk obat yang kurang toksik. Apabila mempertimbangkan biaya pengobatan lini pertama adalah penting untuk menyadari kenyataan bahwa seluruh kombinasi yang termurah mengandung nevirapine. Namun nevirapine tidak cocok untuk perempuan dengan jumlah CD4 di atas 250 atau laki-laki dengan jumlah CD4 di atas 400, karena di atas ambang batas tersebut terjadi peningkatan risiko toksisitas hati yang membahayakan jiwa. Oleh karena itu, proporsi yang bermakna pada orang yang diobati akan menerima obat lain yang kurang toksik, obat yang lebih mahal apabila sasarannya adalah pengobatan secara universal.

Tampaknya mustahil bahwa obat yang kurang toksik akan sama murahannya dengan pilihan obat lini pertama yang ada saat ini, karena obat tersebut membutuhkan bahan baku yang lebih banyak dan zat kimia yang lebih rumit, menurut pandangan Clinton HIV/AIDS Initiative.

Daya beli

Tes secara universal dan pengobatan hanya mungkin menjadi efektif biaya di rangkaian endemi HIV yang sangat besar dan di mana AIDS sungguh-sungguh mengancam stabilitas dan pertumbuhan dalam jangka panjang. Analisis lebih lanjut pada efektivitas biaya diperlukan. Analisis WHO mengamati biaya relatif untuk mencapai pendekatan secara universal atau mengobati orang waktu jumlah CD4-nya turun di bawah 350. Pendekatan secara universal menuntut pengeluaran yang lebih besar secara bermakna selama dua dasawarsa memakai pengobatan lini pertama, tetapi mulai menjadi lebih murah dibandingkan pendekatan pengobatan yang baku saat ini pada 2030. Keseimbangan tersebut dan jangka waktu yang diperlukan mungkin berbeda di negara lain di Afrika wilayah selatan.

Namun, pengeluaran yang demikian besar tampak akan menimbulkan masalah pada penyimpangan prioritas sistem kesehatan. Pendekatan pengobatan HIV secara universal di rangkaian dengan prevalensi melampaui 15%, mungkin dapat menghindari penyimpangan hanya apabila ditempatkan pada paket layanan kesehatan penting secara lebih luas yang disampaikan melalui sistem layanan kesehatan primer. **Tes secara universal dan pengobatan akan menyediakan kesempatan besar untuk mendorong dan menguatkan layanan kesehatan primer** dan gabungan layanan kesehatan untuk ibu/anak, TB dan HIV.

Sumber:

Granich R et al. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *The Lancet* (online publication, November 26 2008):

doi:10.1016/S0140-6736(08)61697-9

De Cock K et al. Can antiretroviral therapy eliminate HIV transmission? *The Lancet* (online publication, November 26 2008): doi: 10.1016/S0140-6736(08)61732-8.

Garnett G, Baggeley RF. Treating our way out of the HIV pandemic: could we, would we, should we? *The Lancet* (online publication, November 26 2008): doi: 10.1016/S0140-6736(08)61698-0.

Sayang sekali, artikel secara lengkap hanya tersedia bagi pelanggan.

Artikel asli: [HATIP 123: Universal testing and immediate treatment could cut HIV infections by 95% in 10 years](#)