

HATIP 142: Penyediaan layanan TB/HIV di negara Asia-Pasifik dengan beban TB yang tinggi dan epidemi HIV terkonsentrasi

Oleh Theo Smart, 6 Agustus 2009

Edisi HATIP ini didukung oleh STOP TB department, WHO. Terbitan HATIP ini juga didukung oleh Department for International Development (DfID), pemerintah Inggris.

Peninjau: Dr. Haileyesus Getahun, WHO Stop TB Department; Dr. Puneet Dewan, WHO SEARO; Dr. Soumya Swaminathan, RNTCP, India; Dr. Alasdair Reid, UNAIDS; Dr. Jay Varma, US CDC Mekong Region; Dr. Beena Thomas, Tuberculosis Research Centre, India; Chris Green, Yayasan Spiritia, Indonesia

Mengatasi tantangan pemaduan TB/HIV di epidemi terkonsentrasi

Dengan beberapa perencanaan, pelatihan dan pengawasan, staf program TB dapat mendiagnosis kebanyakan pasien TB yang koinfeksi HIV. Setelah itu, staf tersebut dapat memulainya 95% pasien koinfeksi itu dengan profilaksis kotrimoksazol (CPT), dan merujuk cukup banyak pada terapi antiretroviral (ART). Hal ini menurut penelitian yang baru-baru ini dilakukan di rangkaian terbatas sumber daya dengan keadaan lapangan yang umum. Laporan penelitian ini diterbitkan oleh Raizada dkk di PLoS One pada Juni.¹

Sementara hal ini seharusnya tidak mengherankan pembaca HATIP yang tetap, rangkaian penelitiannya yang mungkin mengejutkan. Program TB yang dibahas bukan di Afrika sub-Sahara, tetapi di India, negara yang mempunyai beban TB terbesar di dunia, dengan program TB termasuk yang terbesar, dan (*dahulu* sering disebut) yang paling keras kepala. Mendorong program TB yang tua itu untuk secara efektif mulai menanggapi kebutuhan sebagian kecil kliennya dengan HIV – orang yang umumnya berasal dari populasi marjinal dan paling rentan (MARP) misalnya pekerja seks, laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL), narapidana, migran dan pengguna narkoba suntikan (penasun) – bukan perbuatan kecil.

Tetapi hal itu memang terjadi, bukan hanya di Andhra Pradesh (salah satu negara bagian India dengan prevalensi HIV yang lebih tinggi dan tempat penelitian percobaan ini), tetapi di seluruh subbenua akibat rencana TB/HIV yang dipertimbangkan dan diluncurkan secara hati-hati, dan akhirnya komprehensif. Rencana ini akan dibahas nanti di terbitan ini.

“Langkah yang dibuat untuk menerapkan kegiatan kerja sama TB/HIV di seluruh India dengan tujuan perluasan ke seluruh negara pada 2012 memang sangat besar dan yang mengesankan, dan harus dilihat sebagai pelopor wilayah,” menurut Dr. Haileyesus Getahun, dari Stop TB Department WHO, yang juga memimpin tim TB/HIV untuk Utusan Pemantauan Bersama (Joint Monitoring Mission) terhadap Program TB Nasional yang Diperbarui (Revised National TB Control Program/RNTCP) India, yang terbentuk dari perwakilan dari pemerintah India dan WHO.

Itu berita yang baik.

Namun, Raizada dkk juga melaporkan bahwa kemungkinan orang dengan TB dan HIV di penelitian yang tidak sampai memakai ART sambil memakai terapi TB akan meninggal lebih dari dua kali lipat.

Penelitian ini meninjau hasil dari 734 Odha dengan TB, 133 (18%) di antaranya sudah memakai ART saat didiagnosis TB. Berkat klinik TB, hampir semua sisa pasien dirujuk ke layanan ART. Tetapi semakin sedikit orang menyelesaikan setiap langkah masuk ke program ART secara berhasil, sehingga pada akhirnya, hanya 229 (38%) mulai ART waktu memakai terapi TB. Kegagalan mulai ART berhubungan sangat erat dengan risiko kematian yang lebih tinggi – pada analisis multivariat, pajanan pada ART pada saat apa pun dalam pengobatan TB secara independen melindungi terhadap kematian (rasio *hazard* [HR] yang disesuaikan 0,41, CI: 95% 0,28-0,60). Oleh karena itu, para penulis mengusulkan agar program TB nasional “harus mendorong tingkat permulaan ART yang tinggi dan memantau perkembangan penerapan secara hati-hati.”

Mempercepat penerapan kegiatan kerja sama TB/HIV (termasuk menemukan orang dengan HIV di program TB, dan memastikan mereka menerima layanan HIV, terutama ART) jelas adalah masalah hidup

HATIP 142: Penyediaan layanan TB/HIV di negara Asia-Pasifik dengan beban TB yang tinggi dan epidemi HIV terkonsentrasi

atau mati bagi Odha dengan TB. Juga ada data yang memberi kesan bahwa penatalaksanaan HIV adalah penting untuk penanggulangan TB bahkan di negara dengan prevalensi HIV yang rendah secara keseluruhan, terutama di rangkaian dengan TB yang resistan terhadap obat.

Namun hanya sedikit negara di Asia dan rangkaian lain dengan HIV terutama terkonsentrasi di antara MARP menerapkan tanggapan yang cukup terhadap TB/HIV. Sebetulnya, di Asia, menurut data WHO dari 2007, hanya sedikit negara bahkan melakukan tes HIV pada pasien TB (1,8% di wilayah Asia Tenggara (SEARO) WHO dan 5,8% di wilayah Pasifik Barat (WPRO) WHO).²

Justru sementara ada tantangan unik untuk bekerja dalam hal HIV yang terutama ditemukan di populasi marjinal, tantangan ini mungkin dapat dihadapi, seperti yang mulai ditunjukkan di India dan beberapa negara lain.

Penerapan kegiatan kerja sama secara bertahap

Pada 2004, WHO meluncurkan [Kebijakan Sementara Kegiatan Kerja sama TB/HIV](#). Kegiatan ini termasuk inti layanan HIV (misalnya skrining HIV) yang harus dipastikan terjangkau klien program TB, serta juga layanan yang harus ditawarkan oleh program HIV untuk mengurangi beban TB di antara Odha; dan yang tidak kalah penting, kegiatan atau mekanisme untuk memastikan program TB dan HIV dapat bekerja sama secara lebih efektif untuk membentuk, merencanakan dan memantau penyediaan intervensi TB/HIV (lihat boks). Beberapa terbitan HATIP menyoroti beberapa kegiatan ini (untuk daftar HATIP yang diterjemahkan dalam bahasa Indonesia, lihat [Koinfeksi TB/HIV](#)).

Kegiatan kerja sama TB/HIV yang dianjurkan

A. Membangun mekanisme kerja sama
A1. Membentuk badan koordinasi untuk kegiatan TB/HIV yang efektif pada semua tingkat A2. Melaksanakan surveilans prevalensi HIV di antara pasien TB A3. Mengadakan perencanaan bersama TB/HIV A4. Melaksanakan pemantauan dan evaluasi
B. Mengurangi beban TB pada orang dengan HIV/AIDS
B1. Menetapkan penemuan kasus TB yang diintensifkan B2. Memperkenalkan terapi pencegahan isoniazid B3. Menjamin pengendalian infeksi tuberkulosis pada upaya pelayanan kesehatan dan tempat umum
C. Mengurangi beban HIV pada pasien TB
C1. Menyediakan konseling dan tes HIV C2. Memperkenalkan metode pencegahan HIV C3. Memperkenalkan terapi pencegahan kotrimoksazol C4. Menjamin perawatan dan dukungan HIV/AIDS C5. Memperkenalkan ART

Kebijakan ini juga memberi prioritas pada bagaimana kegiatan kerja sama dapat diluncurkan berdasarkan beratnya epidemi HIV lokal. Sampai saat ini, tekanan terutama pada peningkatan kegiatan kerja sama secara masuk akal difokuskan pada negara Afrika sub-Sahara, dengan epidemi HIV yang tidak hanya menjadi pemicu epidemi TB yang menjadi keadaan darurat wilayah, tetapi juga mengubah peraturan penanggulangan TB, yang membuat TB lebih sulit didiagnosis dan ditangani. Diperkirakan 79% kasus TB antara Odha ada di Afrika sub-Sahara.

Sebagian besar wilayah ini memenuhi kriteria untuk menjadi apa yang disebut oleh kebijakan sebagai negara kategori 1. Kriteria ini adalah angka prevalensi HIV $\geq 1\%$ atau prevalensi nasional HIV di antara pasien TB adalah $\geq 5\%$. Negara ini didesak untuk menerapkan paket kegiatan TB/HIV lengkap secara nasional secepat mungkin.

Demikian juga, karena TB merupakan ancaman pada Odha di mana saja mereka tinggal, program HIV di mana pun harus melakukan '3 I'.

HATIP 142: Penyediaan layanan TB/HIV di negara Asia-Pasifik dengan beban TB yang tinggi dan epidemi HIV terkonsentrasi

Tetapi bahkan di negara dengan epidemi HIV tingkat rendah (kategori 3) atau epidemi HIV yang rendah secara nasional tetapi tinggi di beberapa wilayah (kategori 2), kebijakan menjelaskan bahwa program TB harus mengamati beban HIV di antara orang dengan TB.

Untuk negara kategori 3, hal ini berarti perencanaan TB/HIV bersamaan dan surveilans HIV (berkala atau sentinel) di antara pasien TB, (serta juga menyediakan '3 I' untuk Odha).

Tetapi, minimal negara kategori 2 harus menerapkan tanggapan dua tingkat dengan penerapan '3 I' di seluruh negara, perencanaan bersamaan dan surveilans HIV, dan paket kegiatan kerja sama TB/HIV yang penuh ditujukan pada daerah dengan prevalensi HIV yang tinggi.

Namun, mendorong program TB di negara dengan prevalensi HIV yang rendah secara nasional untuk mengikuti pedoman WHO ternyata cukup menantang. Perbedaan budaya, bentuk dan filosofi antara program TB dan HIV diperbesar bila program TB-nya lebih besar dan lebih tua dibandingkan program HIV. Juga sangat sulit meyakinkan program TB yang sudah lama dijalankan sedemikian rupa untuk meluaskan fokus untuk menghadapi kebutuhan sebagian kecil orang yang dianggap sebagai minoritas, terutama bila mereka berasal dengan bagian masyarakat yang sangat distigmatisasi.

MARP, epidemi HIV terkonsentrasi, dan TB – gabungan yang mudah meledak?

Program HIV dapat mengaku mengenai kesulitan untuk menilai kebutuhan, dan menyampaikan layanan untuk MARP. Dalam makalah baru-baru ini mengenai melawan HIV di India, Chandrasekaran menulis: "Menerapkan tanggapan yang efektif terhadap HIV di India menyediakan tantangan yang luar biasa rumit, akibat skala negara, keanekaragaman, luasnya dan mobilitas populasi rentan, serta pola HIV yang sangat distigmatisasi."⁴

Selain skala India yang unik, tantangan ini mungkin berlaku untuk kebanyakan negara dengan epidemi HIV terkonsentrasi, didefinisikan secara kasar oleh World Bank dan UNAIDS sebagai mempunyai prevalensi HIV di atas 5% di satu atau lebih kelompok risiko tinggi tetapi di bawah 5% di klinik pranatal di daerah perkotaan.⁵

Kebanyakan negara di Amerika Latin, Asia Tenggara, dan banyak negara bagian dari mantan Uni Soviet, masuk dalam definisi ini.⁶

Di sedikit daerah yang terbatas, epidemi terkonsentrasi mulai memasuki populasi umum (termasuk beberapa daerah administratif di India misalnya Andhra Pradesh) – tetapi, sebagian besar, negara yang mempunyai epidemi terkonsentrasi sepuluh tahun yang lalu tetap sama sekarang.⁷

Tentu, di negara seperti India dan Cina, dengan epidemi terkonsentrasi, prevalensi keseluruhan yang rendah masih berarti jumlah orang terinfeksi HIV yang sangat tinggi.⁸ Di India, hanya 0,34% populasi dewasa terinfeksi HIV, tetapi hal itu berjumlah 2,3 juta orang.

Di kebanyakan masyarakat, di mana LSL, pekerja seks dan penasun menghadapi diskriminasi, dipenjara atau lebih buruk lagi, sulit memperoleh perkiraan yang persis mengenai ukuran populasi berisiko, dan menentukan prevalensi HIV-nya lebih sulit lagi.⁹ Data menunjukkan bahwa prevalensi HIV di populasi kunci dapat sangat berbeda antara wilayah. Contohnya, menurut makalah baru-baru ini oleh Bertozzi dkk, prevalensi HIV di antara penasun di Armenia adalah kurang lebih 9%, sementara di Krivoi, Ukraina, prevalensi 89%.¹⁰

Oleh karena itu, di banyak negara dengan epidemi HIV terkonsentrasi, ada populasi orang yang sulit terjangkau dan sulit terukur yang diperkirakan mempunyai risiko lima kali lipat mengembangkan TB aktif seumur hidup. Hal ini menjadi masalah, terutama di negara dengan banyak orang terinfeksi TB secara laten.

Contohnya, di India, diperkirakan 40% populasi dewasa terinfeksi *M. tuberculosis* dan 50-60% orang terinfeksi HIV di India akan mengembangkan penyakit TB seumur hidupnya.¹¹ Tanpa intervensi yang efektif, pada dasarnya hal ini berarti kurang lebih tambahan satu juta kasus TB selama beberapa tahun.

Bagaimana hal ini mempengaruhi penanggulangan TB di negara itu kurang jelas. HIV jelas memberi dampak yang tinggi pada TB di Afrika bagian selatan dan timur, dengan laporan kasus yang meningkat

HATIP 142: Penyediaan layanan TB/HIV di negara Asia-Pasifik dengan beban TB yang tinggi dan epidemi HIV terkonsentrasi

lima kali lipat atau lebih.^{12,13,14} Apabila hal ini terjadi di India, dengan 20% beban TB global, “jumlah keseluruhan kasus TB di dunia akan mengganda dua kali,” dicatat oleh Willian dkk dalam makalah pada 2005 yang membuat model apakah program TB India dapat mengendalikan epidemi TB walau ada HIV.¹⁵

Sebetulnya, model ini memprediksi bahwa program India yang berdasarkan DOTS akan berhasil mengurangi prevalensi TB 50% pada 2015 tetapi, pentingnya, tidak mampu mengurangi hingga serupa dengan mortalitas terkait TB kecuali orang dengan TB terkait HIV diberi ART.

Mereka mencatat bahwa “sumber ketidakpastian utama dalam model muncul dari kekurangan data mengenai dampak HIV pada TB di tingkat populasi.” Untuk menjelaskan dampak minimal HIV pada prevalensi TB di model, para penulis menyebutkan sebuah penelitian di tambang emas Afrika Selatan, yang menyimpulkan bahwa HIV mempunyai dampak yang jauh lebih kecil pada prevalensi penyakit TB daripada diperkirakan.¹⁶ Ada beberapa kemungkinan alasan untuk hasil ini – daya menularkan TB orang terinfeksi HIV (yang sering mempunyai TB BTA-negatif) umumnya lebih rendah daripada orang HIV-negatif dengan TB, dan karena mereka melanjut dan muncul untuk diobati atau meninggal lebih cepat, mungkin mereka menular untuk jangka waktu lebih singkat.

Namun, apa yang terjadi dalam rangkaian tambang emas, yang agak terkendali dan memantau kesehatan pekerjanya, mungkin tidak berlaku untuk masyarakat umum dengan akses ke layanan perawatan kesehatan dan perilaku mencari kesehatan tidak begitu konsisten.

Di epidemi terkonsentrasi, kenyataan bahwa orang yang rentan HIV begitu dimarginalkan harus menjadi peringatan untuk program TB karena orang yang dikucilkan oleh masyarakat sering mempunyai berbagai faktor risiko untuk TB selain HIV, termasuk gizi buruk, layanan kesehatan yang sulit terjangkau – sebetulnya banyak menghindari layanan kesehatan untuk menghindari stigma dan penyiksaan – dan banyak tinggal bersama orang yang serupa di rumah yang kurang cocok atau padat di mana TB lebih mungkin menyebar. Jadi sementara HIV mungkin tidak mengakibatkan kehilangan pengendalian TB di seluruh India, ada kemungkinan infeksi ini dapat menyebabkan masalah di beberapa wilayah kesehatan di negara bagian atau kota tempat MARP cenderung terpusat.

Untuk alasan ini, epidemi terkonsentrasi cenderung masuk negara kategori 2 yang membutuhkan paket layanan TB/HIV yang lebih luas di beberapa wilayah. Tetapi lingkup masalah TB/HIV negara hanya dapat ditentukan dengan penelitian skrining HIV di antara pasien TB – dan penelitian ini menunjukkan bahwa di beberapa negara dengan epidemi HIV terkonsentrasi sedikitnya sebagian memicu epidemi TB. Contohnya, menurut Global Report yang baru, prevalensi HIV di kasus TB yang baru adalah 17% di Thailand, 16% di Rusia, 11% di Myanmar, 8,1% di Vietnam dan 7,8% di Kamboja.

Satu lagi keprihatinan yang diangkat oleh beberapa penelitian adalah bahwa orang dengan HIV dan TB lebih mungkin putus pengobatan, mempunyai tingkat kekambuhan TB yang lebih tinggi dan memperoleh TB yang resistan terhadap obat. Pada 2000, sebuah penelitian dari Thailand melaporkan risiko TB yang resistan terhadap berbagai jenis obat (TB-MDR) yang 12 kali lebih tinggi di antara orang dengan HIV dan TB.¹⁸ Penulis laporan menyoroti angka HIV dan TB-MDR yang tinggi di antara penasun, yang sering dipenjarakan, sebagai yang paling mengkhawatirkan.

Risiko ini mungkin berbeda-beda antara rangkaian dan MARP; sebuah survei di India Selatan antara 2001 dan 2003 menemukan tingkat resistansi yang hanya sedikit lebih tinggi di antara pasien baru TB yang HIV-positif, walau ada peningkatan yang lebih besar di antara yang pernah diobati sebelumnya.¹⁹ Tetapi di laporan baru dari Ukraina, di tempat yang ada epidemi HIV terkonsentrasi di antara penasun, status HIV berhubungan secara bermakna dengan TB-MDR.²⁰ Dari 1496 orang dengan TB di Oblast Donetsk, 307 terinfeksi HIV, 379 mempunyai TB-MDR, dan 97 koinfeksi TB-MDR dan HIV (rasio kans 1,7, CI:95% 1,3-2,3).

Tetapi angka TB-MDR yang lebih tinggi di antara penasun terinfeksi HIV tidak harus mengherankan, dengan adanya hambatan terhadap perawatan bagi pengguna narkoba yang sering ditempatkan di sistem kesehatan sendiri. Di beberapa rangkaian, penasun terpaksa memilih antara pengobatan HIV, pengobatan TB atau terapi ketergantungan narkoba (lihat [berita ini](#)).

“Kami sering meminta pengguna narkoba membuat pilihan yang mustahil mengenai pengobatan..., Anda tidak dapat memperoleh detoksifikasi untuk ketergantungan narkoba bila Anda mempunyai TB aktif, dan Anda tidak dapat menerima terapi untuk ketergantungan di rumah sakit TB,” dikatakan Daniel Wolfe,

HATIP 142: Penyediaan layanan TB/HIV di negara Asia-Pasifik dengan beban TB yang tinggi dan epidemi HIV terkonsentrasi

Direktur International Harm Reduction Development Program pada pertemuan satelit di World AIDS Conference 2008. Di konferensi tersebut, [Guidelines for Collaborative TB and HIV Services for Injecting and Other Drug Users](#) yang baru diluncurkan.

Model India

Sementara beberapa negara dengan epidemi HIV terkonsentrasi dan epidemi TB yang saling bertabrakan tampak menyangkal mengenai skala masalah, India memilih mengembangkan pendekatan dasar bukti untuk mengukur bahayanya dan menanggapinya secara sesuai.

“India melakukan perkembangan yang luar biasa dalam kegiatan TB/HIV selama beberapa tahun terakhir,” dikatakan Dr. Soumya Swaminathan, RNTCP, India pada HATIP. Dr. Swaminathan dilibatkan secara erat dalam peluncurannya serta juga beberapa penelitian klinis dan operasional untuk menyediakan dasar bukti yang dibutuhkan untuk kerja sama TB/HIV.

Menurut laporan Ministry of Health and Family Welfare (MOHFW) *TB Control in India*, “konsep tindakan bersama untuk dampak bersinergi sudah dilakukan sejak 2001 di India.” Tetapi, selain pelatihan bersama mengenai TB-HIV bagi petugas kesehatan, intervensi bersama pertama yang nyata adalah program meluaskan penemuan kasus TB yang diuji coba di 2003 di satu-satunya layanan HIV yang tersedia saat itu, yaitu pusat konseling dan tes HIV terpadu (*integrated HIV counselling and testing centre/ICTC*). Pusat ini umumnya ditempatkan bersama dengan pusat mikroskopi TB untuk memudahkan rujukan silang. Pada saat itu, mungkin hanya ada satu ICTC per distrik (yang melayani satu sampai tiga juta orang). Begitu juga, staf program TB mulai merujuk pasien TB dengan faktor risiko HIV pada ICTC untuk tes HIV sukarela.

National AIDS Control Organization (NACO) kemudian mengembangkan strategi per distrik untuk perencanaan dan penerapan, yang memprioritaskan distrik dengan prevalensi HIV di klinik pralahir di atas 1% di tempat mana pun selama tiga tahun terakhir atau bila prevalensinya di atas 5% di salah satu populasi paling berisiko.

Layanan ditingkatkan secara dramatis selama beberapa tahun terakhir ini. Antara Januari 2006 dan Januari 2009, jumlah ICTC meningkat dari kurang lebih 1.800 menjadi kurang lebih 5.000, dan pada Maret 2009, ICTC ini dihubungkan dengan jaringan 197 pusat ART yang menyediakan ART pada 215.000 orang. (Harus dicatat bahwa, sementara kebanyakan distrik prioritas tinggi mempunyai satu pusat ART, ada lebih dari 600 distrik kesehatan di India).

Kerangka Kerja Nasional untuk Kegiatan Kerja Sama TB/HIV yang pertama, dibentuk pada November 2007 dan diperbarui pada Februari 2008, menetapkan intervensi TB/HIV penting yang harus diterapkan di seluruh negeri, mulai dari badan koordinasi dan kelompok kerja teknis di tingkat nasional dan negara bagian, pemilihan tujuan dan indikator nasional untuk memantau kinerja program, dan menetapkan titik fokus TB/HIV penuh waktu baik di NACO maupun di Divisi TB Pusat.

“Koordinasi benar-benar memperbaiki pada 2007, dengan ditetapkannya National Technical Working Group for TB-HIV, yang melibatkan manajer dan pemimpin teknis di program HIV dan TB,” Dr. Puneet Dewan dari SEARO WHO mengatakan pada HATIP. “Kerangka kerja ini termasuk perintah yang sangat spesifik pada program TB dan HIV negara bagian dan program TB distrik mengenai bagaimana membentuk badan koordinasi, siapa yang harus terlibat, jadwal pertemuannya, dan apa yang mereka harus bahas. Selama pertemuan peninjauan program di tingkat negara bagian dan nasional, frekuensi pertemuan panitia koordinasi ini dipantau. Notulen pertemuan di tingkat negara bagian harus disampaikan ke tingkat nasional.”

Kelompok Kerja Teknik dipimpin oleh manajer program tingkat nasional: manajer program HIV Ms. Sujatha Rao dan wakilnya Dr. D Bachani, beserta manajer program TB Dr. LS Chauhan, yang harus diakui untuk secara bersama menyediakan kepemimpinan dan antusiasme untuk langsung menghadapi TB/HIV, dan menggerakkan kedua program agar cepat menyesuaikan kebijakan dengan dasar bukti yang muncul.

Bersamaan dengan mekanisme koordinasi TB/HIV, Kerangka Kerja Nasional edisi pertama juga menerapkan beberapa intervensi nasional kunci lain, termasuk pelatihan mengenai TB/HIV untuk petugas

HATIP 142: Penyediaan layanan TB/HIV di negara Asia-Pasifik dengan beban TB yang tinggi dan epidemi HIV terkonsentrasi

program dan staf lapangan, penemuan kasus TB yang diluaskan ke dalam layanan HIV (termasuk ICTC dan pusat ART), rujukan pilihan pasien TB dengan faktor risiko HIV pada ICTC untuk skrining HIV, dan rujukan mereka yang positif pada National AIDS Control Programme (NACP) untuk perawatan dan dukungan HIV termasuk ART.

Waktu kerangka kerja dibentuk, sejumlah penelitian dilakukan untuk menyediakan dasar bukti yang dibutuhkan untuk pembuatan keputusan kebijakan program, termasuk surveilans sentinel terhadap HIV pada pasien TB, yang dilakukan di 2005-6 (empat distrik) dan 2006-7 (14 distrik). Prevalensi HIV di antara pasien TB berkisar antara hampir nol di beberapa distrik sampai 14% di distrik lain. Menurut [situs web](#) RNTCP, surveilans ini dipakai untuk mengestimasi prevalensi HIV di antara pasien TB untuk 2007 sebagai kurang lebih 4,85% (CI:95%, 4,12-5,73%). Hal ini berarti bahwa dari 1,29 juta kasus kejadian TB yang dilaporkan pada program nasional di 2007, diperkirakan 62.849 (CI:95%, 53.274-74.223) pasien TB terinfeksi HIV.

Sedemikian rupa, uji coba dilakukan untuk menunjukkan kemungkinan keberhasilan kegiatan kerja sama lain, termasuk menawarkan profilaksis kotrimoksazol pada orang koinfeksi TB dan HIV, dan Provider Initiated Testing and Counselling (PITC) dengan memakai rujukan rutin dalam sarana atau ke ICTC, daripada rujukan selektif di distrik dengan prevalensi HIV lebih tinggi.

Berdasarkan penemuan ini, Kerangka Kerja Nasional diperbarui untuk mendorong paket layanan TB/HIV yang lebih luas untuk daerah dengan beban HIV yang lebih tinggi, tergantung pada ketersediaan layanan HIV (pertama di sembilan, sekarang 11 negara bagian di negara tersebut). Layanan ini termasuk PITC, ketersediaan profilaksis kotrimoksazol pada semua pasien TB terinfeksi HIV, dan pelatihan yang diluaskan mengenai kegiatan TB-HIV untuk staf medis dan paramedis di seluruh sistem kesehatan umum. Namun, akhirnya, TB-HIV harus dipadukan dalam semua aspek pelatihan program TB berkala untuk staf sistem kesehatan umum.

Tambahan, sebagai bagian program TB rutin yang diluaskan, catatan diubah untuk memungkinkan pencatatan status HIV dan hubungan pada perawatan.

Penemuan kasus dan catatan hasil pengobatan dan laporan RTNCP diperbarui pada 2007, agar sebagian besar disesuaikan dengan usulan WHO. Sekarang negara bagian dapat melaporkan proporsi pasien TB dengan status HIV ditentukan, proporsi terinfeksi HIV, dan proporsi pasien TB terinfeksi HIV yang diberi ART dan profilaksis kotrimoksazol selama pengobatan TB. Sistem baru ini sudah diterapkan di seluruh negara.

Selama Joint Mission, perkumpulan data dan pencatatan di laporan TB di tingkat distrik dan negara bagian ditemukan lengkap dan benar, dan laporan triwulan tepat waktu dan terpadu. Program ini juga memakai sistem data elektronik dengan umpan balik melalui E-mail dan mempunyai sistem intern untuk memantau dan mengawasi di semua distrik yang ditinjau (walau komitmen pada pemantauan dan evaluasi dapat dikuatkan).

Sebagai hasil penerapan tanggapan dua tingkat ini di India, dihasilkan kemajuan yang luar biasa pada sejumlah indikator. Contohnya, antara 2006 dan 2008, jumlah pasien TB yang dites HIV meningkat dua kali lipat dan jumlah Odha dirujuk untuk diagnosis TB meningkat tiga kali lipat.

Sekarang, Kerangka Kerja Nasional sekali lagi sedang diperbarui untuk mencerminkan tujuan untuk meningkatkan paket layanan TB/HIV yang diluaskan di seluruh negara pada 2012.

Perkembangan di negara lain di wilayah

Walau keberhasilan TB/HIV India baru-baru ini begitu mengesankan, mungkin ada juga model lain di wilayah.

“Adalah penting menyoroti tantangan di negara selain India. Karena India adalah negara yang begitu besar dengan tantangan demografis yang begitu unik, perkembangan dalam TB/HIV adalah penting pada penanggulangan TB dan HIV di dunia, tetapi pelajarannya mungkin tidak selalu berlaku di rangkaian yang lain,” dikatakan Dr. Jay Varma, dari Centers for Disease Control (CDC) AS pada HATIP.

Contohnya, menurut SEARO WHO, Thailand melakukan perkembangan yang cukup bermakna dalam penerapan kegiatan kerja sama TB/HIV di seluruh negeri. Program nasional TB memberi tuntunan pada

HATIP 142: Penyediaan layanan TB/HIV di negara Asia-Pasifik dengan beban TB yang tinggi dan epidemi HIV terkonsentrasi

kegiatan kerja sama TB/HIV dan sebuah kelompok kerja nasional sudah terbentuk. PITC sekarang diusulkan secara nasional untuk semua pasien TB. Pada 2007, angka tes HIV di antara pasien TB adalah 68%, dan 20% di antara semua pasien yang dites ditemukan terinfeksi HIV. Kurang lebih 67% pasien TB yang terinfeksi HIV menerima profilaksis kotrimoksazol dan 32% menerima ART. Walau jelas ada kebutuhan akan perbaikan, hal ini merupakan langkah awal. Di WPRO WHO, Kamboja dan Vietnam juga mulai meningkatkan kegiatan kerja sama TB/HIV.

“Mendorong program TB di tiga negara ini untuk mempertimbangkan masalah HIV, mulai PITC, dan memasukkan status HIV pada buku laporan, membutuhkan banyak pekerjaan tetapi program sudah menerimanya, dan unsur ini sekarang tetap berjalan di tiga negara tersebut,” Dr. Varma mengatakan pada HATIP. “Hal ini dilakukan dengan mulai di daerah prevalensi HIV yang tinggi, menunjukkan kemungkinan ada keberhasilan dan angka PITC yang tinggi, kemudian mengarahkannya pada kebijakan dan praktik nasional. Namun memang dibutuhkan sumber daya, jadi memasukkan dana HIV pada program TB yang sangat kurang didanai adalah langkah yang dibutuhkan tetapi tidak menyelesaikan semua masalah.”

Namun dia menambahkan bahwa mendorong program HIV untuk menerapkan ‘3 I’ lebih menimbulkan tantangan (lagi di bawah).

Chris Green, pendidik pengobatan bermarkas di Jakarta, Indonesia, melihat kecenderungan yang serupa di Indonesia, yang mempunyai epidemi terkonsentrasi di antara populasi berisiko di kebanyakan provinsi, dan sudah memulai kegiatan kerja sama TB-HIV di beberapa daerah prevalensi HIV yang tinggi di negara itu. “Ada lebih banyak tanggapan dari program TB mengenai HIV daripada sebaliknya,” dia laporkan ke HATIP. Namun *Global TB Control Report 2009* mencatat bahwa program HIV baru-baru ini melaporkan perkembangan besar, dengan menskrining hampir semua orang dalam perawatan HIV untuk TB, dan memberi pengobatan pada 54% di antaranya.²¹

Membentuk mekanisme untuk koordinasi TB/HIV mungkin membutuhkan pendekatan yang berbeda di negara yang berbeda, menurut Dr. Varma.

“Apakah mulai dari tingkat atas-ke-bawah atau bawah-ke-atas tergantung pada rangkaian negara dan tingkat mana di sistem paling siap berubah, dan tentu tidak benar-benar pilihan keadaan ‘satu atau yang lain’, tetapi lebih sebuah spektrum berdasarkan fokus awal. Contohnya, di Thailand kami bekerja pada awal dengan beberapa provinsi untuk mengembangkan model kerja sama, menyesuaikan laporan, prosedur dan pelatihan untuk PITC. Setelah menunjukkan keberhasilan di provinsi itu, program nasional mengangkat alat dan model untuk penerapan nasional,” dia mengatakan pada HATIP.²²

Pendekatan serupa dipakai di Kamboja, dengan provinsi percontohan memulai kegiatan TB/HIV dan menunjukkan keberhasilan, walaupun program nasional TB dan AIDS lebih terlibat dari tahap awal perencanaan dan penerapan uji coba ini. Namun, cara yang berbeda dibutuhkan di Vietnam karena sistem pemerintahannya yang sangat tersentralisasi.

“Adalah penting untuk bekerja sangat dekat dengan tingkat program nasional mengenai model perencanaan untuk memulainya di provinsi percontohan, dan kerja sama antara program nasional AIDS dan TB adalah kuat,” dikatakan Dr. Varma. Meluaskan kerja sama ini pada tingkat provinsi dan distrik lebih bertantangan, dan tetap belum rata tergantung pada pimpinan lokal. Namun bahkan pada sistem yang sangat tersentralisasi Vietnam, yang membantu menerapkan program adalah dengan menguji coba model di provinsi percontohan sebelum kebijakan nasional mengenai TB/HIV dikembangkan secara penuh dan difinalisasi. Data dari uji coba ini menunjukkan kemungkinan keberhasilan dan kebutuhan, dan menyumbang pada perkembangan *Collaborative Protocol for TB/HIV Diagnosis, Treatment, and Case Management* nasional.

Pelajaran yang diambil mengenai kegiatan kerja sama

HATIP menanyakan pada panel pakar yang berpengalaman dengan TB/HIV di epidemi terkonsentrasi mengenai pelajaran yang diambil dalam penerapan layanan TB/HIV secara individu di rangkaian tersebut. Satu tema yang sering diulang adalah pentingnya melakukan penelitian percontohan dan kemudian memakai hasilnya untuk mendorong perubahan kebijakan. Satu lagi adalah pentingnya surveilans HIV di antara pasien TB.

HATIP 142: Penyediaan layanan TB/HIV di negara Asia-Pasifik dengan beban TB yang tinggi dan epidemi HIV terkonsentrasi

Kemampuan program TB untuk melakukan tes HIV pada pasien TB adalah penting untuk keberhasilan layanan kerja sama TB/HIV, menurut Dr. Beena Thomas dari Tuberculosis Research Centre di India, yang mengatakan bahwa program sudah melewati “ketakutan yang tidak dibutuhkan mengenai tes HIV” dan sudah mengalami “kemajuan cepat sampai kami dapat bicara mengenai pemaduan layanan.”

Mengenai tes dan konseling HIV untuk pasien TB sebagai kegiatan kerja sama: Kebijakan di India saat ini adalah untuk selalu merujuk semua pasien TB untuk tes HIV di rangkaian yang menerapkan paket yang diluaskan; hal ini bekerja dengan baik bila jumlah pusat tes dan konseling HIV hampir sama dengan jumlah pusat mikroskopi (dan ditempatkan di pusat yang sama).

Tetapi di rangkaian lain yang belum menerapkan paket diluaskan, “rujukan selektif” diusulkan – sesuai tuntunan WHO, yang mengusulkan semua pasien TB harus dinilai untuk faktor risiko HIV, dan dirujuk untuk tes HIV bila faktor tersebut ditemukan.

“Sebetulnya, bila tersedia tes HIV di sarana kesehatan yang sama atau di tempat yang terjangkau, selalu merujuk untuk tes HIV adalah lebih mudah diterapkan daripada rujukan selektif,” dikatakan Dr. Dewan. “Satu pengamatan dari India adalah bahwa penilaian risiko HIV adalah sangat sulit diterapkan di rangkaian pasien rawat jalan umum yang padat; jaminan konfidensialitas terbatas, penilaian risiko dapat membutuhkan banyak waktu, dokter tidak nyaman menanyakan mengenai perilaku berisiko HIV, perempuan umumnya ditemani oleh anggota keluarga, dan pemantauan rujukan selektif umumnya tidak mungkin,” Dr. Dewan mengatakan pada HATIP.

Kami menanyakan mengenai akurasi penilaian risiko jenis itu di konteks ini. Namun pada sebuah penelitian yang melakukan rujukan selektif pada waktu yang sama di survei infeksi HIV di antara pasien TB berdasarkan populasi, kurang lebih 82% populasi terinfeksi HIV yang diperkirakan ditemukan melalui rujukan selektif.²³ Namun, ini hanya satu sampel dan mungkin tidak mencerminkan negara keseluruhan. Lagi pula, penilaian risiko mungkin tidak menemukan faktor risiko istri yang tidak mengetahui perilaku berisiko pasangannya.

Satu lagi keprihatinan adalah apakah orang dengan TB aktif yang harus berjalan untuk dites HIV akan melakukannya bila mereka sakit.

“Keseluruhan konsep mengenai tempat tes HIV adalah bermasalah dan hambatan penting pada perawatan yang harus dihadapi bahkan pada rangkaian dengan kejadian HIV yang rendah,” dikatakan Dr. Varma. Dia mengacu pada penelitian baru-baru ini yang dia lakukan, di Kamboja, yang menemukan bahwa kemungkinan orang akan dites adalah separuh bila tempat tes HIV adalah lebih dari 15 menit dari klinik TB dibandingkan bila tes tersedia di klinik.²⁴

“Bahkan jumlah pasien HIV-positif yang relatif kecil, dampak infeksi HIV pada pasien TB adalah begitu penting, dan angka mortalitas begitu tinggi, sehingga PITC secara universal diusulkan di semua negara di mana kami bekerja [Thailand, Kamboja dan Vietnam],” dikatakan Dr. Varma. “Tes HIV dalam rangkaian perawatan TB adalah tindakan yang penting untuk memberantas hambatan terhadap rujukan pada pusat VCT khusus, dan menormalisasikan tes HIV dengan cara ini harus tetap didorong.”

Dr. Thomas beranggapan bahwa konseling sebelum dan sesudah tes di VCT mungkin sebetulnya menstigmatisasi, dan adalah hambatan untuk tes. “Mengapa kita membuat skrining HIV di antara pasien TB begitu heboh, dengan konseling prates, konseling pascates? Tetapi bila masih ada kesepakatan luas bahwa konseling ini dibutuhkan, fasilitas ini harus disediakan di klinik TB juga, dan tidak dibatasi pada klinik HIV. Layanan HIV dan TB harus dipadukan agar menjadi bersahabat pada pasien dengan layanan terjangkau dan tersedia, terbaiknya di tempat yang sama.”

Mengenai ketersediaan kotrimoksazol: Walau uji coba oleh Raizada dkk melaporkan bahwa di penelitiannya kotrimoksazol dimulai pada hampir semua pasien TB dengan HIV yang belum memakainya, Joint Review menemukan bahwa kotrimoksazol tidak selalu tersedia di klinik kesehatan umum di banyak negara bagian. Kepatuhan juga dapat lebih baik di penelitian percontohan. Secara keseluruhan, 351 (48%) mengambil lebih dari 60% dosis bulanan yang tersedia. Para penulis menambahkan bahwa “secara anekdot, kami mengamati bahwa ketersediaan kotrimoksazol di tempat di pusat kesehatan primer tampaknya memotivasi dokter untuk menilai status HIV pasien TB.”

HATIP 142: Penyediaan layanan TB/HIV di negara Asia-Pasifik dengan beban TB yang tinggi dan epidemi HIV terkonsentrasi

Dr. Varma menyetujui bahwa penyediaan kotrimoksazol di rangkaian klinis TB meningkatkan penggunaannya.

Mengenai ketersediaan ART pada Odha yang diobati TB: Mengaitkan pasien TB terinfeksi HIV pada ART adalah tantangan terbesar yang kita hadapi terkait kerja sama TB/HIV saat ini,” begitu bunyi situs web RNTCP.

“Untuk ART, keharusan untuk merujuk dari rangkaian perawatan TB ke perawatan HIV menghasilkan penundaan dan kehilangan,” dikatakan Dr. Varma. “Contohnya, di Vietnam sebuah peninjauan baru mengenai peningkatan pada PITC di 14 provinsi menunjukkan: 78% menerima profilaksis kotrimoksazol, 59% secara berhasil dirujuk ke fasilitas perawatan HIV, 24% mempunyai jumlah CD4 yang terdokumentasi, dan 27% menerima ART selama pengobatan TB.”²⁵

Namun hilang selama proses rujukan adalah hanya sebagian dari masalah. “Di penelitian operasional di India yang dilakukan oleh TRC Chennai dan NTI Bangalore, kebanyakan pasien TB terinfeksi HIV ternyata mencapai pusat ART di distrik penelitian, tetapi ada jangka waktu antara mencapai pusat ART dan mulai ART. Secara sederhana, sekadar mencapai pusat ART tidak cukup... oleh karena itu mungkin kami harus kembali dan mengerti pandangan pasien secara lebih baik,” dikatakan Dr. Dewan.

India berencana meningkatkan jumlah pusat ART serta mendesentralisasi banyak fungsi ART (misalnya desentralisasi skrining ART dan ambil resep ulang, serta perawatan untuk mereka yang sudah mulai ART) ke “pusat sambungan ART” di tingkat subdistrik yang paling membutuhkan layanan. Pusat ini akan ditempatkan di ICTC terpilih yang sudah mendeteksi dan merujuk lebih dari 50 pasien di pusat ART apa pun.

Sambungan pada layanan di distrik prevalensi HIV yang rendah terutama kurang – dan bahkan pada distrik prevalensi tinggi, pusat ART masih tersentralisasi di tingkat rumah sakit distrik.

Dr. Haileyesus Getahun dari STOP TB Department WHO mengatakan pada HATIP bahwa Joint Monitoring Mission dari RNTCP India juga menemukan bahwa “akses pada ART oleh pasien TB terinfeksi HIV masih terbatas dan malang pada kebanyakan tempat. Upaya terus-menerus untuk desentralisasikan layanan dan fungsi ART memberi semangat dan harus dilanjutkan secara agresif. Namun sebagaimana kita semua mengetahui di banyak negara tersebut – termasuk India – ada lebih banyak fasilitas diagnosis dan pengobatan TB dibandingkan fasilitas ART. Oleh karena itu, memakai layanan dan fasilitas TB yang didesentralisasi untuk meluaskan layanan pencegahan dan pengobatan HIV termasuk ART untuk jutaan pasien dan klien yang memakai layanan ini harus dikaji dan ditindaklanjuti secara agresif.”

Dr. Swaminathan sepakat. “Kita harus mengkaji cara desentralisasi ART agar mengurangi penundaan dan memperbaiki akses untuk pasien. Namun, tantangan bukan sekadar menyediakan obat tetapi juga penatalaksanaan klinis, menentukan stadium HIV, tes CD4, dll. India mempunyai jaringan layanan perawatan kesehatan primer yang baik – dokter tidak selalu ada, tetapi perawat, teknisi laboratorium dan apoteker ada. Salah satu kekuatan program penanggulangan TB adalah program tersebut berjalan melalui layanan perawatan kesehatan umum.”

“Mungkin ada manfaat melakukan percobaan desentralisasi ART – seperti yang dilakukan untuk kotrimoksazol dan PITC di beberapa distrik. Kami bahkan dapat mengkaji kemungkinan menyediakan ‘penyedia DOT’ dipilih pasien atau “*accompagnateur*” dari desa sebagai pendukung pengobatan. Kami akan mempelajari pelajaran penting dan dapat berlanjut,” dia menyimpulkan.

Menurut Green, di Indonesia, “sejumlah kecil tetapi meningkat pusat kesehatan komunitas menawarkan VCT dan mampu menatalaksanakan ART, sedikitnya setelah dimulai di rumah sakit rujukan. Hal ini mengurangi waktu tunggu. Tambahan, sejumlah Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4) dari dulu menyediakan layanan HIV, sekali lagi menawarkan VCT dan penatalaksanaan ART. Beberapa siap mengobati pasien ART secara terus-menerus setelah pengobatan TB-nya sudah selesai, untuk memastikan kesinambungan.”

Dia menambahkan bahwa “sejumlah klinik lembaga masyarakat yang meningkat juga mampu menatalaksanakan TB dan HIV termasuk ART – dan beberapa bahkan mendorong warga binaan agar meneruskan pengobatan di klinik setelah mereka bebas, sedikitnya untuk menyelesaikan pengobatan TB.”

Mengenai pencegahan HIV di antara pasien TB: Kebijakan mengenai Kegiatan Kerja Sama mengusulkan bahwa program TB harus mengembangkan dan menerapkan strategi pencegahan HIV komprehensif yang tersasar untuk pasiennya (atau menyambung pada mitra HIV/AIDS atau LSM dengan program pencegahan), menawarkan skrining IMS, rujukan pada program untuk mencegah penularan HIV dari ibu-ke-bayi dst. Namun, menasar layanan ini secara efektif mungkin lebih menantang di epidemi terkonsentrasi.

Kerangka Kerja Nasional India mengusulkan bahwa staf lapangan kunci RNTCP dan semua penyedia perawatan kesehatan umum harus “membangkitkan kesadaran” pasien TB-nya. Kerangka Kerja ini membiarkan intervensi pencegahan spesifik dilakukan oleh mitra LSM. Namun sebagaimana diusulkan oleh Dr. Getahun, ketersediaan begitu banyak fasilitas layanan TB memberi peluang besar untuk meluaskan layanan pencegahan HIV. Situs RNTCP mencatat bahwa dikembangkan kemitraan dengan LSM misalnya Avahan Initiative, proyek pencegahan HIV berskala besar, terutama untuk menyediakan layanan skrining TB yang diluaskan untuk pekerja seks, penasun, LSL, dan populasi marjinal lain yang menghadapi hambatan untuk menjangkau sistem kesehatan umum. Mungkin kemitraan ini harus dua arah, dengan Avahan dan LSM lain mendorong program TB untuk menambah pencegahan HIV pada rangkaian layanannya.

Mengenai ‘3 I’: HATIP [sebelumnya melaporkan](#) mengenai pekerjaan penting yang dilakukan pada penemuan kasus TB yang diluaskan di India dan pada penelitian wilayah CDC AS di Thailand, Kamboja dan Vietnam. Dr. Varma mengatakan pada HATIP bahwa hasil penelitian ini sudah naik cetak. Penemuan termasuk bahwa batuk kronis tidak cukup peka sebagai pertanyaan skrining pertama, tetapi gabungan gejala dapat cukup peka, dan biakan dahak dengan cairan akan dibutuhkan pada kebanyakan orang bergejala agar diagnosis TB secara tetap.²⁶ Hasil penelitian ini dimasukkan pada pedoman baru di semua ketiga negara ini dan kemungkinan menambah secara bermakna diagnosis biakan dengan cairan sedang dinilai.²⁷

Terapi pencegahan isoniazid (IPT) memasukkan tahap proyek percobaan di ketiga negara itu juga, menurut Dr. Varma. Demikian juga, India merencanakan penelitian operasional IPT di lima pusat ART, dan melakukan penelitian riset klinis untuk memastikan rejimen optimal (isoniazid saja banding isoniazid plus etambutol) dan lamanya pengobatan.

“Pengendalian infeksi TB masih pada tahan awal, dengan beberapa pelatihan dilakukan dan pengembangan pedoman yang diperbarui sudah dimulai,” dikatakan Dr. Varma.

Menurut sumber RNTCP, fasilitas TB di India cenderung adalah bangunan lebih tua yang terventilasi secara baik tetapi hal ini tidak berlaku pada semua pusat ART yang dimasukkan pada fakultas kedokteran yang ada. Pusat ini sering sangat padat selama jam klinik pagi, melayani ratusan Odha dalam beberapa jam. Sementara, pusat tes dan perawatan HIV sering tidak *triage* (mendahulukan pasien bergejala) yang dapat mendorong pengendalian infeksi menurut penemuan Joint Mission. Sebagaimana di negara lain, penularan TB hampir pasti terjadi di fasilitas layanan HIV ini.

Namun sudah terjadi beberapa perbaikan. Secara nasional, pedoman pengendalian infeksi diperbarui dan dilakukan lebih banyak pelatihan staf terkait pengendalian infeksi. Joint Review mengamati praktek baik dalam tindakan pengendalian infeksi TB di beberapa pusat ART yang mempunyai lingkungan terbuka dan terventilasi dengan baik, dan sistem *triage* bagi terduga TB untuk diagnosis dini. Namun perbaikan ini harus dilakukan secara konsisten di seluruh NACP.

Green mengatakan pada HATIP bahwa keadaan serupa di Indonesia. “Ruang konseling sering tertutup, dan bila disediakan ventilasi, kemungkinan juga akan meningkatkan risiko pada konselor daripada mengurangnya. Odha semakin sering ditugaskan sebagai konselor atau pendidik sebaya, dan oleh karena itu juga berisiko. Ruang tunggu, terutama di fasilitas modern (termasuk pusat kesehatan masyarakat di perkotaan) sering tertutup dengan sedikit ventilasi, dan dengan orang yang sakit antre selama berjam-jam.”

“Pengendalian infeksi yang diangkat udara adalah sulit, tetapi pedoman nasional sedang dikembangkan,” dikatakan Dr. Dewan. “Namun dengan pengendalian infeksi, kebijakan adalah bagian yang mudah. Mungkin penerapan yang berhasil dapat tercapai dengan membuat tindakan pengendalian infeksi diangkat udara sebagai bagian dari kewaspadaan universal, dengan memasukkan persyaratan lingkungan dalam

HATIP 142: Penyediaan layanan TB/HIV di negara Asia-Pasifik dengan beban TB yang tinggi dan epidemi HIV terkonsentrasi

persyaratan pembangunan dan standar untuk fasilitas layanan kesehatan, dan dengan menyerempakkan upaya dengan upaya pengendalian infeksi untuk influenza pandemi. Tidak dibutuhkan pelatihan dua kali, pertama untuk influenza pandemi, dan lagi untuk pengendalian infeksi TB, ketika tindakan yang sama berlaku untuk keduanya.”

Green menyepakati: “Flu burung dan flu A(H1N1) – flu babi – menambah daftar tantangan yang lebih mendesak untuk dihadapi negara seperti Indonesia dengan epidemi terkonsentrasi. Namun tindakan pengendalian infeksi adalah serupa. Dapatkah kita sedikitnya mencoba ambil kesempatan dari epidemi ini untuk meningkatkan kesadaran mengenai higiene batuk dan pola hidup yang sehat, yang dapat memanfaatkan pengendalian infeksi TB?”

Green juga menyoroti sesuatu yang tidak diangkat oleh siapa pun yang lain: “HIV terutama terkonsentrasi di sini di antara pengguna narkoba, dan mereka cenderung akhirnya ke rangkaian padat: pusat rehabilitasi narkoba dan sistem pemasyarakatan. Lembaga pemasyarakatan (Lapas) yang akhirnya mereka tempati umumnya dihuni tiga atau empat kali di atas kapasitas, sehingga risiko epidemi TB adalah tinggi. Di sisi baik, banyak Lapas berangin dan berventilasi dengan baik, pemimpin dan staf umumnya berpengetahuan mengenai HIV dan TB, dan staf klinik Lapas sadar terhadap risiko. Sekali lagi, sudah bertambah jumlah klinik Lapas yang mampu menatalaksanakannya TB dan HIV termasuk ART – dan beberapa bahkan mendorong warga binaan untuk meneruskan pengobatan di klinik setelah bebas, sedikitnya untuk menyelesaikan pengobatan TB.”

“Pusat rehabilitasi adalah masalah lain, dengan jumlah penghuni lebih kecil tetapi sama padatnya. Pimpinan mungkin tidak terlatih atau berpengetahuan mengenai HIV atau pun TB, dan jarang ada staf kesehatan. Saya menduga hal ini akan menjadi tantangan berikut, terutama setelah keputusan MA Indonesia yang mengharuskan pelanggaran penggunaan narkoba pertama ditawarkan rehabilitasi.”

Masih ada banyak pekerjaan untuk melawan TB/HIV di epidemi HIV terkonsentrasi

Pengalaman di negara ini di Asia Tenggara memberi semangat, tetapi hanya langkah pertama.

Lebih banyak praktek terbaik pasti akan keluar dari pertemuan *From Mekong To Bali: Scaling Up TB/HIV Collaborative Activities In Asia Pacific*, dan ICAAP di Bali, keduanya dilakukan pada Agustus 2009. Menurut WHO “keterlibatan stakeholder nasional kunci, termasuk program penanggulangan nasional TB dan HIV, serta mitra lain adalah penting untuk memastikan pertukaran pengalaman dan praktek terbaik ini, dan pemasukan TB/HIV ke dalam rencana strategis TB dan HIV nasional dan perencanaan lain, serta mempercepat penerapan kegiatan kerja sama TB/HIV.”

Harapan kami sejumlah besar Odha dan orang dari populasi paling rentan terlibat dalam pertemuan ini. Justru, masalah yang sering diabaikan tetap adalah status marjinal orang rentan TB terkait HIV di epidemi terkonsentrasi. Berapa banyak pasien TB akan menjangkau skrining atau layanan HIV bila mereka harus mengaku mereka penasun dan oleh karena itu berisiko ditangkap polisi? Berapa orang yang dirujuk untuk ART akan menjangkau pengobatan bila mereka harus mengungkapkan status HIV dan perilaku berisikonya pada istri dan keluarga?

Petugas dan program layanan kesehatan harus lebih disesuaikan dengan kerumitan menjadi anggota MARP – pemahaman mengenai mengapa hal ini dapat mempengaruhi penjangkauan layanan kesehatan adalah penting. Sumber daya harus dikembangkan untuk pelatihan dan pemekaan petugas untuk memenuhi kebutuhan pekerja seks, LSL, penasun, dan Odha. Demikian juga, mereka harus terlibat untuk meningkatkan pendesakan dan tekanan politis untuk mendanai kegiatan kerja sama TB/HIV. Justru, Joint Review di India menekankan bahwa NACO dan CTD harus meluaskan dan menguatkan keterlibatan jaringan Odha di kegiatan RNTCP.

“Dalam konteks ART terjangkau tetapi terbatas, memperbaiki akses dan memastikan kelompok marjinal tidak menerima diskriminasi menjadi sangat penting,” ditulis Chandrasekaran dkk. “Memastikan program HIV dan TB menerima perhatian dari upaya luas untuk menguatkan dan memadukan layanan kesehatan sektor pemerintah – misalnya National Rural Health Mission di India dan Revised National TB Programme – membutuhkan kepemimpinan nasional yang kuat.”

Referensi

- 1 Raizada N et al. Linking HIV-infected TB patients to cotrimoxazole prophylaxis and antiretroviral treatment in India. *PLoS ONE* 4(6): e5999, 2009.
- 2 WHO. Global tuberculosis control – epidemiology, strategy, financing, Geneva, 2009. See online at http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/en/index.html.
- 3 Ibid.
- 4 Chandrasekaran P et al. Containing HIV/AIDS in India: the unfinished agenda. *The Lancet Infectious Diseases*, Volume 6, Issue 8, Pages 508 – 521, August 2006.
- 5 World Bank. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. New York: Oxford University Press, 1997.
- 6 UNAIDS. Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access. http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf
- 7 Bertozzi SM et al. Making HIV prevention programmes work. *The Lancet*, Volume 372, Issue 9641, Pages 831 – 844, 6 September 2008
- 8 UNAIDS. 2007. AIDS epidemic update: December 2007. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/default.asp>.
- 9 Walker N et al. The workbook approach to making estimates and projecting future scenarios of HIV/AIDS in countries with low level and concentrated epidemics. *Sex Transm Infect*;80(Suppl I), 2004.
- 10 Bertozzi, op cit.
- 11 Agarwal SP, Roy D, Chauhan LS. TB-HIV co-infection: A lethal combination; in *TB Control in India*, Editors, Agarwal SP, Chauhan LS. Directorate General of Health Services/Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi, 2005. Online at <http://www.tbcindia.org/pdfs/Tuberculosis%20Control%20in%20India-Final.pdf>
- 12 World Health Organization (2005) *World Health Organization Global Tuberculosis Control Surveillance, Planning, and Financing* (World Health Organization, Geneva), 2005.
- 13 Corbett, EL *et al.*: The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with HIV epidemic. *Arch Intern Med*; 163:1009-21, 2003.
- 14 Currie, C.S.M., Williams, B.G., Cheng, R.C., Dye, C.: Tuberculosis epidemic driven by HIV: is prevention better than cure? *AIDS*. (2003).
- 15 Williams BG et al. The impact of HIV/AIDS on the control of tuberculosis in India. *Proc Natl Acad Sci USA* 102: 9619-9624, 2005.
- 16 Corbett EL et al. Human immunodeficiency virus and the prevalence of undiagnosed tuberculosis in African gold miners. *Am J Respir Crit Care Med*. 170(6):673-9, 2004.
- 17 WHO. Global tuberculosis control – epidemiology, strategy, financing, Geneva, 2009
- 18 Punnotok J et al. Human immunodeficiency virus-related tuberculosis and primary drug resistance in Bangkok, Thailand, *Int J Tuberc Lung Dis* 4(6):537–543, 2000.
- 19 Swaminathan S et al. Anti-tuberculosis drug resistance in patients with HIV and tuberculosis in South India. *INT J TUBERC LUNG DIS* 9(8):896–900, 2005.
- 20 Dubrovina I et al. Drug-resistant tuberculosis and HIV in Ukraine: a threatening convergence of two epidemics? *Int J Tuberc Lung Dis* 12(7):756–762, 2008.
- 21 WHO. Global tuberculosis control – epidemiology, strategy, financing, Geneva, 2009.
- 22 Varma JK et al. Evaluating the potential impact of the new Global Plan to Stop TB: Thailand, 2004-2005. *Bull World Health Org.*;85:586-92, 2007.
- 23 Raizada N et al. HIV seroprevalence among tuberculosis patients in India, 2006–2007. *PLoS ONE* 3: e2970, 2008.
- 24 Kanara N et al. Association between distance to HIV testing site and uptake of HIV testing for tuberculosis patients in Cambodia *Int J Tuberc Lung Dis* 13(2):226-231, 2009.
- 25 Thai LH et al. Expansion of provider-initiated HIV testing and counseling for TB patients to 14 provinces in Vietnam, 2007-2008. 9th International Conference on AIDS in Asia and the Pacific, Indonesia, 2009.
- 26 Cain KP et al. An evidence-based approach to tuberculosis screening and diagnosis among people with HIV in resource-limited settings. In CDC clearance and Monkongdee P et. al. Yield of acid-fast smear and mycobacterial culture for TB diagnosis in people with HIV. *Am J Resp Crit Care Med*. 2009; in press.

Artikel asli: [HATIP 142: Provision of TB/HIV services in Asia-Pacific countries with a heavy burden of TB and concentrated HIV epidemics](#)