



**Strategi Peningkatan
Inisiasi, Retensi, dan
Kepatuhan**

**PENGobatan
ANTIRETROVIRAL UNTUK
ORANG DENGAN HIV/AIDS
(ODHA)**

Oktober 2018 , Tim Perumus – Jaringan Indonesia Positif



Strategi Peningkatan
Inisiasi, Retensi, dan
Kepatuhan

PENGOBATAN
ANTIRETROVIRAL UNTUK
ORANG DENGAN HIV/AIDS
(ODHA)



USAID
UNITED STATES AID FOR INDONESIA

LINKAGES
Center for the Promotion of HIV
Prevention and Care Services



Strategi peningkatan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan antiretroviral untuk orang dengan HIV/AIDS (ODHA)

Tim Perumus (urutan abjad): Ahmad Basjir, Arie Rahadi (konsultan), Bonike I. Mustaqiem, Heryadi Tedja, dan Meirinda Sebayang

© Jaringan Indonesia Positif



Syarat penggunaan karya ini diatur dalam lisensi Creative Commons Atribusi-NonKomersial 4.0 Internasional. Untuk melihat salinan dan detail lisensi, kunjungi <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.id>

Reproduksi gambar, tabel, dan sebagian teks diperbolehkan untuk tujuan nirlaba, dengan atribusi para penulis.

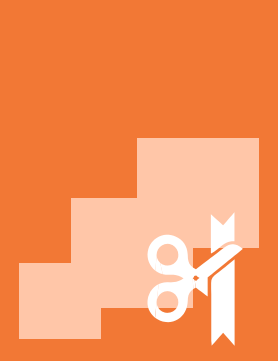
Publikasi yang dirilis oleh Jaringan Indonesia Positif bisa diperoleh dari Jaringan Indonesia Positif. Mohon kirimkan permohonan ke alamat surel di bawah ini.

Ilustrasi sampul oleh Jaringan Indonesia Positif

Diterbitkan oleh Jaringan Indonesia Positif
ISBN 978-602-53269-0-5

Dicetak di Jakarta, Indonesia

Jaringan Indonesia Positif
Ruang K21-05, Gedung Santo Fransiskus Asisi
Universitas Katolik Atma Jaya
Jl. Jendral Sudirman No. 51, Karet Semanggi, Jakarta Selatan
DKI Jakarta, Indonesia 12930
Kontak: +62 21 22833524
e-mail : seknas@jaringanindonesiapositif.com
cc : focalpoint.jip@gmail.com
situs: www.jaringanindonesiapositif.com



SEKAPUR SIRIH

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya atas rahmat, hidayah dan karunia-Nya, penyusunan strategi peningkatan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan Antiretroviral untuk orang dengan HIV (ODHA) ini dapat diselesaikan dengan baik.

Pemerintah Indonesia selama dekade terakhir telah cukup banyak mengupayakan kebijakan terkait penanggulangan HIV AIDS di Indonesia, namun tetap disadari masih banyak upaya yang harus dilakukan dengan komitmen tinggi, khususnya dalam meningkatkan kualitas pengobatan bagi orang dengan HIV.

Saya, seorang yang hidup dengan HIV sejak Juni 2013, tinggal di kota gudeg Yogyakarta. Saya mulai bergabung di tahun yang sama ke dalam sebuah organisasi berbasis komunitas yang bergerak dalam penanggulangan HIV AIDS yaitu yayasan Victory Plus, dan juga anggota sekretariat daerah JARINGAN INDONESIA POSITIF (JIP) di wilayah Yogyakarta. Saya Bersama-sama dengan teman-teman komunitas ODHA berupaya untuk memperjuangkan hak atas kesehatan ODHA, mencoba mengurangi dampak stigma diskriminasi akibat HIV, mendampingi mereka yang memulai terapi ARV dan berperan mencegah teman-teman ODHA yang ingin menghentikan pengobatannya. Saya menyadari bahwa pengobatan HIV tidak hanya berlangsung selama 6 bulan, atau 12 bulan tetapi akan berlangsung seumur hidupnya, membutuhkan adanya terobosan-terobosan baru agar ODHA tidak lagi mengalami hambatan atau mengalami kebosanan dalam menjalani terapi ARVnya. Sehingga mereka mendapatkan mutu hidup yang baik, menikmati kesehatan yang maksimal dan menikmati kehidupan sosial di tengah keluarga dan masyarakat.

Dalam merespon harapan saya beserta mendorong kepedulian pemerintah, penyusunan strategi peningkatan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan Antiretroviral untuk orang dengan HIV/AIDS (ODHA) ini diharapkan dapat memberikan dampak yang signifikan dalam menjawab tantangan 90-90-90 pada tahun 2020 (90% orang dengan HIV mengetahui status mereka, 90% dari ODHA yang tahu status menjalani pengobatan dan retensi, serta 90% dari mereka yang menjalani pengobatan ARV memiliki virus yang tidak terdeteksi jumlahnya).

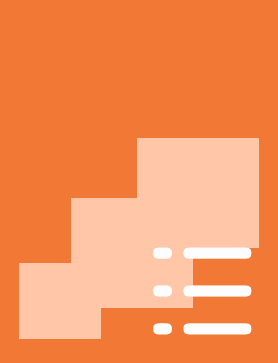
Akhir kata, semoga buku ini dapat menjadi bahan panduan dan acuan untuk para pengambil keputusan dan komunitas dalam merencanakan program nasional HIV sehingga bisa mendorong advokasi peningkatan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan Antiretroviral bagi orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

Saya, Ragil

Yogyakarta 2018

DAFTAR ISI

Sekapur Sirih	i
Daftar Isi	ii
Daftar Singkatan	iv
Ucapan Terima Kasih	v
Ringkasan Eksekutif	vii
1. Pendahuluan	12
1.1. Latar belakang.....	12
1.2. Tantangan dalam pengobatan HIV.....	13
1.3. Tujuan.....	15
1.4. Sasaran pembaca.....	15
1.5. Sistematika laporan.....	17
2. Metode Penyusunan Strategi	18
2.1. Definisi strategi.....	18
2.2. Kajian sistematis.....	18
2.3. Diskusi kelompok.....	21
2.4. Keterbatasan metodologi.....	21
2.5. Peran lembaga pendukung.....	21
3. Hasil Kajian Sistematis dan Temuan Strategi	22
3.1. Strategi untuk peningkatan inisiasi ART.....	22
3.2. Strategi untuk peningkatan retensi ART.....	26
3.3. Strategi untuk peningkatan kepatuhan ART.....	32
3.4. Daya terapan dan relevansi strategi.....	32
4. Rekomendasi Fokus Strategi	39
4.1. Inisiasi ART segera.....	39
4.2. Rejimen ART minim toksisitas.....	39
4.3. Desentralisasi layanan ART dan alih tugas.....	40
4.4. Integrasi layanan ART.....	40
4.5. Layanan ART bergerak.....	41
4.6. Terapi substitusi opioid.....	41
4.7. Dukungan psikososial, konseling, dan navigasi sistem.....	42
4.8. Pemberian sediaan obat multibulan.....	42
4.9. Kelompok kepatuhan dan distribusi di bawah pengawasan kader sebaya.....	43
4.10. Penelusuran pasien ART mangkir.....	43
4.11. Layanan pesan teks seluler pengingat.....	44
4.12. Rangkuman.....	44
5. Prospek Implementasi dan Langkah Selanjutnya	46
5.1. Tinjauan umum.....	46
5.2. Peran Jaringan Indonesia Positif.....	46
5.3. Kebutuhan prospek implementasi.....	47
Daftar Referensi	48



INFORMASI SUPLEMEN DARING

Informasi Suplemen Daring

- Lampiran A1:** Kata kunci pencarian literatur, kajian yang disertakan, dan kajian yang tidak memenuhi eligibilitas (**tautan A1**)
- Lampiran A2:** Hasil kajian sistematis dan temuan strategi (**tautan A2**)

DAFTAR GAMBAR DAN TABEL

Gambar 1.1.	Tingkat retensi pengobatan antiretroviral 2013-2017.....	12
Gambar 1.2.	Proyeksi kebutuhan jumlah fasilitas kesehatan PDP untuk mencapai target inisiasi ART 90%.....	14
Gambar 2.1.	Proses pencarian dan seleksi kajian.....	20
Tabel 1.1.	Ilustrasi strategi berdasarkan diferensiasi layanan.....	16
Tabel 3.1.	Strategi peningkatan inisiasi ART dan tingkat efektivitasnya.....	23
Tabel 3.2.	Strategi peningkatan retensi ART dan tingkat efektivitasnya.....	27
Tabel 3.3.	Strategi peningkatan kepatuhan ART dan tingkat efektivitasnya.....	33



INFORMASI SUPLEMEN DARING

AIDS	<i>Acquired immunodeficiency syndrome</i>
ART	<i>Antiretroviral treatment</i>
Balita	Bawah lima tahun
CD4	<i>Cluster of distribution 4</i>
GRADE Evaluation	Grading of Recommendations Assessment, Development and
HATI	HIV Awal (Early) Testing and Treatment Indonesia
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
HPTN	HIV Prevention Trials Network
II	<i>Integrase inhibitor</i>
JIP	Jaringan Indonesia Positif
KDT	Kombinasi dosis tetap
KIA	Kesehatan ibu dan anak
LSL	Lelaki seks dengan lelaki
LTFU	<i>Loss to follow-up</i>
NAPZA	Narkotika psikotropika dan zat adiktif lainnya
NRTI	<i>Nucleoside reverse transcriptase inhibitor</i>
ODHA	Orang dengan HIV/AIDS
PDP	Perawatan, dukungan, dan pengobatan
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
RCT	<i>Randomized controlled trial</i> (eksperimen dengan pengacakan kelompok intervensi)
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
WHO	World Health Organization

Singkatan lain yang tak terdapat dalam teks utama dapat ditemukan di catatan pada masing-masing tabel atau gambar.



UCAPAN TERIMA KASIH

Selama hampir 3 bulan rentang waktu yang dibutuhkan untuk mempersiapkan perumusan strategi ini. Banyak pihak telah memberikan kontribusi yang sangat berharga – tanpa bisa disebutkan namanya satu per satu.

Dalam proses penyusunan rumusan strategi peningkatan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan antiretroviral untuk orang dengan HIV/AIDS (ODHA), JARINGAN INDONESIA POSITIF (JIP) bekerja sama dengan LINKAGES telah menyelenggarakan berbagai diskusi kelompok terarah (*focus group discussion*) yang diikuti oleh perwakilan komunitas, perwakilan layanan kesehatan, untuk merangkum dan mendiskusikan isi dari penyusunan rumusan strategi peningkatan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan antiretroviral untuk orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

Ucapan terima kasih diberikan kepada semua pihak dan perwakilan yang terlibat sebagai kontributor untuk membantu menyelesaikan penyusunan rumusan strategi peningkatan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan antiretroviral untuk orang dengan HIV/AIDS (ODHA) ini:

- *Focal Point* JARINGAN INDONESIA POSITIF (JIP) wilayah Bekasi, Depok, DKI Jakarta, Tangerang dan Tangerang Selatan;
- Perwakilan jaringan nasional populasi kunci di Indonesia: GWL-INA, IPPI, OPSI, dan PKNi;
- Perwakilan klinik swasta di Jakarta: klinik Angsa Merah;
- Perwakilan komunitas ODHA Jakarta dan sekitarnya, Yogyakarta, Manado dan Jayapura;
- Perwakilan layanan kesehatan di Jakarta : PKM Tebet, PKM Kramat Jati, PKM Setiabudi, dan PKM Cengkareng;
- Perwakilan LSM: Yayasan Kotex Mandiri, Yayasan Stigma, Forum LSM DKI Jakarta, Yayasan Karisma, Yayasan Pelitu Ilmu, Yayasan Kusuma Buana, Yayasan Spiritia, Lentera Anak Pelangi, Yayasan Inter Medika, Yayasan Pesona Jakarta, Yayasan Srikandi Sejati;

Ucapan terima kasih juga diberikan kepada para mitra nasional dan internasional yang telah memberikan masukan dan dukungan sehingga penyusunan rumusan strategi peningkatan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan antiretroviral untuk orang dengan HIV (ODHA) ini bisa terselesaikan (berdasarkan urutan abjad):

- ☐ CCM – TWG HIV
- ☐ Dinas Kesehatan Kota Jakarta Barat
- ☐ Dinas Kesehatan Kota Jakarta Pusat
- ☐ Dinas Kesehatan Kota Jakarta Selatan
- ☐ Dinas Kesehatan Kota Jakarta Timur

- ☐ Dinas Kesehatan Kota Jakarta Utara
- ☐ Kepala Seksi Penyakit Menular, Tular Vektor dan Zoonotik Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
- ☐ Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan RI
- ☐ PPK FKM Universitas Indonesia
- ☐ PPH Unika Atma Jaya
- ☐ Sekretaris Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi DKI Jakarta
- ☐ Subdit HIV AIDS & PIMS Kementerian Kesehatan RI
- ☐ UNAIDS
- ☐ UNFPA
- ☐ UNICEF
- ☐ USAID
- ☐ WHO

Secara khusus, kami mengucapkan terima kasih kepada LINKAGES yang telah mendukung keseluruhan proses penyusunan rumusan strategi peningkatan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan antiretroviral untuk orang dengan HIV (ODHA) dari awal sehingga proses akhir.



RINGKASAN EKSEKUTIF

Perkembangan pengobatan antiretroviral atau *antiretroviral treatment* (ART) telah menumbuhkan optimisme dunia kesehatan akan semakin memungkinkannya pencapaian eliminasi HIV. Pemanfaatan strategis ART untuk pengobatan dan juga pencegahan menyaratkan cakupan program menyeluruh bagi setiap orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Cakupan ART pada tingkat 14% dari seluruh ODHA di Indonesia pada tahun 2017 menggarisbawahi urgensi besar untuk upaya percepatan inisiasi dan peningkatan retensi serta kepatuhan pengobatan. Hasil pendokumentasian oleh Jaringan Indonesia Positif (JIP) terhadap tantangan ODHA dalam retensi pengobatan menegaskan perlunya upaya sistematis untuk memacu akselerasi program dan menjawab tantangan ini.

Sebagai respons, JIP selaku jaringan ODHA Indonesia melalui Sekretariat menginisiasi penyusunan strategi peningkatan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan antiretroviral bagi ODHA. Dokumen ini berisikan beragam strategi dan rekomendasi fokus strategi yang diharapkan menjadi perhatian pengelola program dan pembuat kebijakan di lembaga pelaksana, representatif sektor kesehatan di tiap tingkatan administratif pemerintahan, dan lembaga internasional pendukung Program AIDS Nasional. JIP memandang penting strategi yang berpijak pada bukti dan berorientasi pada kemitraan antarpihak dalam implementasinya kelak.

Untuk keperluan ini Sekretariat menghasilkan kajian sistematis terhadap 91 kajian global yang telah ada. Strategi-strategi yang teridentifikasi dalam kajian sistematis ini kemudian mengalami pembahasan lebih lanjut dalam rangkaian lokakarya secara bertahap. Populasi sasaran spesifik untuk anak, pasien komorbid, dan kelompok risiko tertentu ditemukan dalam sejumlah strategi yang teridentifikasi. Sebelas rekomendasi fokus strategi kemudian dihasilkan untuk pengoptimalan strategi yang telah rutin diimplementasikan dan sebagai referensi sasaran yang dituju melalui penyempurnaan dan sistematisasi dari analog (belum memiliki komponen strategi yang utuh) yang ada. Bobot kualitas temuan bervariasi, dengan tingkat efektivitas yang tidak inferior dibandingkan dengan layanan standar yang menjadi tolok ukur.

Tiga fokus strategi berdampak pada pemerataan distribusi beban perawatan dan meningkatkan kapasitas operasional fasilitas kesehatan untuk memenuhi lonjakan permintaan pengobatan:

- (1) Desentralisasi ART ke Pusat Kesehatan Masyarakat, dengan alih tugas manajemen klinis dari dokter ke perawat atau tenaga kesehatan sejenis;

- (2) Pemberian sediaan obat multibulan bagi pasien ART stabil;
- (3) Kelompok kepatuhan dengan distribusi obat bagi para anggotanya yang merupakan pasien stabil di bawah pengawasan fasilitas kesehatan.

Dua fokus strategi merupakan wujud penyempurnaan dan tersistematikasi dari analog yang ada:

- (4) Dukungan psikososial, konseling, dan navigasi sistem – yang merupakan model lanjutan dari Pendidik Sebaya dan Pendukung Pengobatan;
- (5) Penelusuran pasien mangkir, dengan rencana inisiasi perintis di provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.

Dua fokus strategi memiliki bidang klasifikasi prosedur dan teknologi biomedikal:

- (6) Inisiasi ART segera;
- (7) Pilihan rejimen ART minim toksisitas.

Tiga fokus strategi memiliki tingkat efektivitas tinggi yang konsisten untuk meningkatkan inisiasi dan mempertahankan retensi serta kepatuhan pengobatan:

- (8) Terapi substitusi opioid untuk pengguna opioid suntik;
- (9) Integrasi layanan ART dengan layanan kesehatan ibu dan anak atau klinik tuberkulosis;
- (10) Layanan pesan teks seluler pengingat jadwal kunjungan dan minum obat.

Fokus rekomendasi terakhir berkaitan dengan pemerataan akses pengobatan bagi kelompok yang sulit terjangkau:

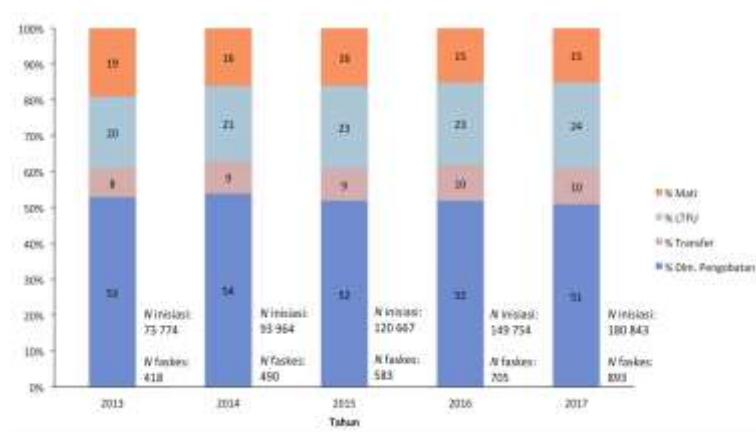
- (11) Layanan ART bergerak.

Penentuan strategi prioritas dari fokus strategi maupun strategi-strategi teridentifikasi lainnya diperlukan sebagai langkah pertama menuju implementasi rutin pada lingkup nasional, subnasional, dan organisasi. Penyelarasan kebutuhan implementasi dengan situasi daerah atau sasaran populasi khusus perlu diperhatikan. JIP mengemban peran aktif dalam advokasi dan asistensi dalam perencanaan dan kontekstualisasi fokus strategi di tahap praimplementasi.

1.1 Latar belakang

Pada tahun 2014 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) mencanangkan target akses menyeluruh bertajuk '90-90-90' untuk dicapai di tahun 2020 [1]. Angka ini mengacu pada target cakupan 90% orang terinfeksi HIV yang berhasil didiagnosis, 90% orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yang menjalani pengobatan antiretroviral (*antiretroviral treatment*, ART), dan 90% ODHA ART yang mencapai tingkat supresi HIV RNA yang tidak terdeteksi secara berkelanjutan [1]. Target akses universal ini sejalan dengan perkembangan cepat pedoman pengobatan dunia yang menekankan pentingnya inisiasi ART sesegera mungkin yang berimplikasi luas bagi kesehatan masyarakat [2]. Bersama inovasi penting lainnya di bidang pencegahan, tujuan besar untuk mengakhiri AIDS sebagai ancaman kesehatan dunia bukanlah sekadar retorika [3, 4].

Indonesia dengan estimasi 630.000 ODHA berupaya meningkatkan cakupan layanan dengan komitmen terhadap percepatan respons dan penentuan prioritas yang mencerminkan urgensi terwujudnya cakupan layanan optimal [5, 6]. Walaupun capaian Program AIDS Nasional mengalami peningkatan, masih didapati kesenjangan layanan yang besar dari yang ditargetkan dalam rencana aksi nasional [5] atau standar pelayanan minimal bidang kesehatan [7]. Dalam kurun 2013–2017 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mencatat kecenderungan peningkatan angka putus kontak (*loss to follow-up*, LTFU) dan rendahnya retensi di kisaran 51–54% dari jumlah kumulatif untuk semua durasi pengobatan (**Gambar 1.1**) [8–12]. Gambaran serupa juga didapati dari rilis studi kohort HIV Awal (Early) Testing and Treatment Indonesia (HATI) yang menunjukkan tingkat retensi ART 6 bulan sebesar 75%, meskipun tingkat inisiasi ART terbilang cukup tinggi (85% dari peserta) [13]. Persoalan ini menjadi ancaman bagi upaya ekspansi program melalui peningkatan jumlah fasilitas kesehatan yang menyediakan layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan (PDP) dan perlu mendapatkan perhatian khusus.



Gambar 1.1. Tingkat retensi pengobatan antiretroviral 2013–2017*

Retensi ditunjukkan oleh kategori 'Dlm. pengobatan'; LTFU = Loss to follow-up (hilang kontak).

* = Indikator kumulatif untuk semua durasi pengobatan.

Sumber: Laporan rutin Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2013–2017 [8–12].

Jaringan Indonesia Positif (JIP) merupakan sebuah organisasi jaringan nirlaba yang mewadahi aspirasi ODHA pada tingkat nasional. Sebagai mitra dalam Program AIDS Nasional, JIP dalam kesempatan ini memuat sejumlah pilihan-pilihan strategi peningkatan cakupan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan sebagai rekomendasi untuk diimplementasikan. Fokus strategi yang dihasilkan sebagian besarnya berkaitan dengan aksesibilitas dan pemberian layanan yang mengadaptasikan determinan sosial ODHA untuk pengobatan jangka panjang. Pendekatan kesehatan masyarakat perlu diutamakan dalam pemberian layanan kesehatan sehingga inovasi penting pengobatan dapat mencapai jangkauan populasi yang optimal dengan dampak kesehatan yang maksimal.

1.2 Tantangan dalam pengobatan HIV

Telah disebutkan di atas, aksesibilitas dan daya adaptasi program menjadi elemen penting dalam pendekatan kesehatan masyarakat [14]. Aksesibilitas merujuk pada kemudahan untuk mendapatkan layanan kesehatan bagi kelompok masyarakat yang heterogen berdasarkan identitas gender, kelompok risiko HIV, usia, dll. Elemen ini berdampak pada ekuitas horizontal di mana setiap orang dengan kebutuhan layanan kesehatan yang sama dapat memperolehnya (misal, setiap individu dengan diagnosis HIV dapat memperoleh pengobatan antiretroviral) [15]. Adaptasi berkaitan erat situasi akses dan determinan sosial yang berbeda di antara kelompok-kelompok masyarakat dan berdampak positif pada ekuitas vertikal (misal, layanan ART bergerak untuk di daerah pelosok) [14, 16]. Temuan dokumentasi JIP di 8 kota turut menyoroti perbedaan akses ART di antara kelompok ODHA sehingga menyebabkan putus pengobatan [17]. Peningkatan aksesibilitas dan adaptasi layanan diperlukan untuk percepatan pertumbuhan cakupan ART yang saat ini masih pada tingkat 14% dari estimasi ODHA [18].

Tantangan berikutnya berkaitan langsung dengan antisipasi percepatan pertumbuhan cakupan ART, yaitu beban operasional perawatan pada fasilitas kesehatan PDP. Pada bulan Juli 2018 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia merilis rekomendasi inisiasi segera tanpa memandang nilai CD4 dan tahap klinis HIV yang sebelumnya hanya diperuntukkan untuk kelompok prioritas [19].¹ Proses pembakuan rekomendasi ini menjadi Pedoman Nasional Pengobatan HIV sedang berlangsung pada saat penulisan dokumen ini. JIP menyambut baik rekomendasi ini yang menggarisbawahi kausalitas antara inisiasi ART segera dan peningkatan harapan hidup ODHA dan pencegahan sekunder.

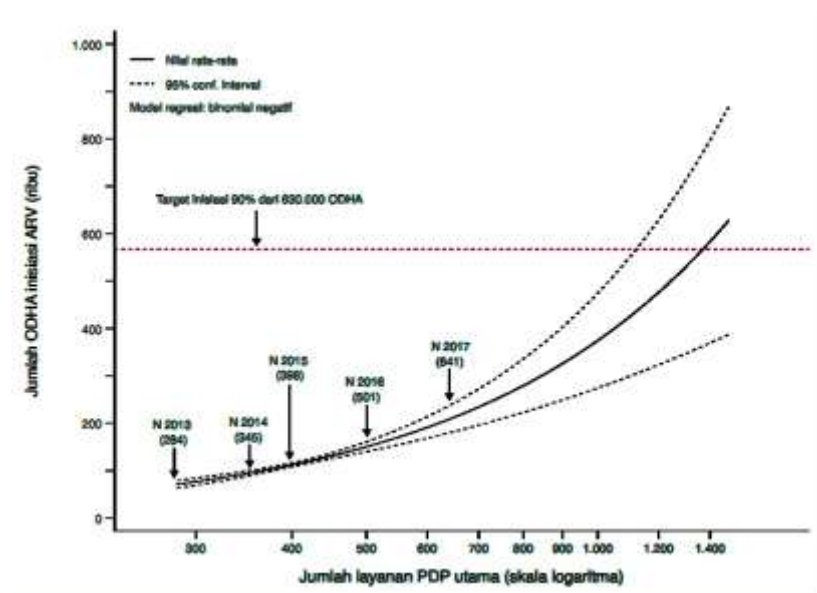
Dalam satu sisi, pertumbuhan pesat sistem kesehatan menjadi sebuah prasyarat mutlak untuk mengantisipasi lonjakan permintaan ART dan memenuhi target akses universal. Kebutuhan jumlah layanan diproyeksikan harus mencapai 1.300 fasilitas kesehatan PDP utama untuk dapat mencapai target inisiasi ART universal, yaitu 90% dari estimasi 630.000 ODHA (**Gambar 1.2**) [5]. Besaran kebutuhan ini setara dengan peningkatan lebih dari dua kali lipat dari jumlah fasilitas kesehatan PDP utama ($N = 641$) yang operasional di tahun 2017 [12]. Dari hasil proyeksi yang sama, jumlah fasilitas kesehatan satelit PDP ($N = 252$) secara keseluruhan belum memberikan dampak signifikan pada peningkatan inisiasi ART ($P = 0.141$), walaupun dampaknya pada tataran subnasional dapat bervariasi. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai fasilitas kesehatan tingkat primer belum menjadi penyedia layanan PDP dengan jumlah terbesar dibandingkan dengan rumah sakit seperti yang diharapkan dalam rencana aksi nasional

¹ Kelompok ini adalah ODHA koinfeksi tuberkulosis atau hepatitis B, ibu hamil atau menyusui, pasangan serodiskordan, populasi kunci (lelaki seks dengan lelaki, pekerja seks, waria, dan pengguna NAPZA suntik), ODHA di wilayah epidemi meluas, dan ODHA balita. Lihat Pedoman Pengobatan Antiretroviral Tahun 2014 [20].

[6]. Proyeksi ini berlaku untuk keadaan *status quo* termasuk tingkat retensi ART dan efisiensi layanan dan laju pertumbuhan permintaan ART serta fasilitas kesehatan PDP.

Di sisi lainnya, efisiensi layanan dapat ditingkatkan sehingga mendorong penggunaan kapasitas perawatan secara maksimal dan mengurangi kebutuhan akan jumlah besar fasilitas kesehatan PDP. Salah satu bentuk efisiensi ini adalah ‘diferensiasi layanan’ (*differentiated care*) [2, 21] bagi kelompok pasien ART stabil² dengan contoh berupa pengurangan sistematis jumlah kunjungan pasien ke fasilitas kesehatan [23]. Akibatnya, sumber daya PDP dapat dialokasikan secara lebih proporsional untuk kasus inisiasi dan periode ART awal di mana terdapat tingkat risiko kematian dan putus pengobatan yang paling besar [24].

Tabel 1.1 menyajikan logika diferensiasi layanan dan ilustrasinya berdasarkan pertanyaan penting mengenai waktu, lokasi, tenaga penyedia, dan jenis layanan yang menjadi basis diferensiasi dalam pemberian layanan. Sejumlah fokus rekomendasi strategi dalam dokumen ini menyasar diferensiasi layanan untuk meningkatkan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan.



Gambar 1.2. Proyeksi kebutuhan jumlah fasilitas kesehatan PDP untuk mencapai target inisiasi ART 90%

CI = 95% confidence interval; ODHA = Orang dengan HIV/AIDS; PDP = Perawatan, dukungan, dan pengobatan.

Estimasi diperoleh dengan ekstrapolasi dari hasil regresi dengan distribusi binomial negatif untuk memperhitungkan sebaran data yang terlampaui besar (*overdispersion*) dengan variabel independen log(jumlah layanan PDP utama) dengan nilai $P < 0.001$ untuk koefisien dan log(jumlah fasilitas kesehatan PDP satelit) dengan nilai $P = 0.141$ untuk koefisien.

Sumber data: Laporan rutin Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2013-2017 [8-12].

² Konsensus WHO di tahun 2016 [22] mendefinisikan kriteria pasien stabil, tidak berlaku pasien dengan kehamilan dan pediatrik, sebagai: (1) durasi pengobatan minimum 12 bulan tanpa toksisitas berat yang membutuhkan pemantauan rutin; (2) tidak menderita infeksi oportunistik; (3) memiliki pemahaman yang baik akan kepatuhan pengobatan; dan (4) respons pengobatan yang baik, terukur dari supresi HIV RNA dari 2 kali pemeriksaan berturut-turut ATAU peningkatan nilai CD4 atau nilai CD4 di atas 200 sel/ μ L dan tingkat kepatuhan optimal yang dapat diverifikasi. Dalam Pedoman Pengobatan Antiretroviral Tahun 2014 di Indonesia [20], kondisi pasien stabil diartikan sebagai: (1) tidak adanya infeksi oportunistik; (2) peningkatan nilai CD4; dan (3) teraturnya pengobatan.

1.3 Tujuan

Menyikapi berbagai tantangan program dalam pengobatan antiretroviral seperti yang dikemukakan pada bagian sebelumnya, JIP berinisiatif untuk menyusun dokumen bertajuk *Strategi Peningkatan Inisiasi, Retensi, dan Kepatuhan Pengobatan Antiretroviral untuk Orang dengan HIV/AIDS*. Dua tujuan utama dari dokumen ini adalah untuk:

- (1) merangkum basis bukti global yang ada akan efektivitas dari berbagai macam strategi untuk meningkatkan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan antiretroviral baik yang telah diterapkan secara luas atau dalam lingkup riset maupun program perintis;
- (2) memuat rekomendasi pilihan-pilihan strategi penting (fokus strategi) untuk implementasinya yang sistematis dan lebih terarah.

Dari keseluruhan strategi yang berhasil diidentifikasi pada Tujuan (1), sejumlah 11 pilihan strategi ditemukan telah diimplementasikan secara rutin atau memiliki analog (intervensi yang sudah ada namun tidak memiliki komponen atau fungsi selengkap strategi yang dimaksud) dalam lingkup implementasi terbatas dengan format elementer. Hal ini memfasilitasi fokus rekomendasi fokus strategi pada Tujuan (2) untuk implementasi yang lebih adaptif bagi pembuat kebijakan, pelaksana program, dan pemangku kepentingan lainnya dalam kerangka program nasional.

1.4 Sasaran pembaca

Dokumen ini ditujukan terutama bagi:

- (1) Pengelola Program AIDS Nasional di semua tingkat administrasi pemerintahan (nasional, provinsi, kota/kabupaten);
- (2) Perwakilan lembaga internasional dan bilateral yang mendukung Program AIDS Nasional dengan pendanaan dan/atau bantuan teknis;
- (3) Unit organisasi pelaksana Program AIDS Nasional termasuk fasilitas kesehatan dan lembaga pemberi layanan kesehatan lainnya dan lembaga atau jaringan advokasi HIV di Indonesia.

Tabel 1.1. Ilustrasi strategi berdasarkan diferensiasi layanan

Pertanyaan	Jawaban	Strategi	
		Status quo ^a	Contoh diferensiasi layanan
<u>Kapan</u> sebaiknya pasien berkunjung ke layanan (<i>when</i>)?	Untuk pasien ART baru diperlukan pemantauan rutin untuk memastikan respons pengobatan yang baik dan toksisitas minim.	Kunjungan bulanan (untuk pasien baru).	Kunjungan per triwulan untuk pasien stabil dengan pemberian suplai ARV >1 bulan (multi-month supply)
<u>Di mana</u> sebaiknya pasien menerima layanan (<i>where</i>)?	Untuk kelompok rentan stigma dengan keseharian yang berbeda dengan pasien lain, pemberian layanan di fasilitas kesehatan bukan merupakan pilihan terbaik.	Fasilitas kesehatan saat jam kerja. (untuk pasien umumnya).	▪ Di <i>hotspot</i> di mana kelompok rentan stigma seperti pekerja seks atau pengguna NAPZA berkumpul. ▪ Perpanjangan waktu layanan melewati jam kerja biasa.
<u>Siapa</u> sebaiknya yang memberikan layanan (<i>who</i>)?	Dalam lingkup Puskesmas, terutama di luar kota besar, ketersediaan tenaga dokter sangat minim sehingga perlu diupayakan pemberdayaan tenaga kesehatan yang lain.	Dokter.	Alih tugas (<i>task shifting</i>) ke perawat secara terbatas hanya untuk aspek pengobatan HIV tertentu (misal, tetap merujuk ke dokter untuk penanganan toksisitas berat).
Layanan <u>apa</u> yang dibutuhkan (<i>what</i>)?	Pasien datang bisa dengan tujuan konsultasi, pemeriksaan, atau hanya untuk mengambil obat.	Pasien perlu konsultasi dengan dokter.	Pasien stabil, bila tidak ada keluhan, dapat langsung memperoleh obat di apotek fasilitas kesehatan.

^a = Merujuk pada keadaan yang diskenariokan berlaku saat ini.
Sumber: Adaptasi dari [21].

1.5 Sistematika laporan

Bab 2 dari dokumen ini membahas metodologi penyusunan strategi. Turut diuraikan dalam bab ini metode kajian sistematis yang menjadi basis bukti dari rekomendasi fokus strategi dan prinsip pembuatan rekomendasi yang merupakan pemilahan lebih lanjut dari strategi-strategi yang teridentifikasi dalam kajian sistematis. Batasan-batasan dari metodologi juga turut dibahas.

Bab 3 menampilkan ringkasan temuan dari kajian sistematis. Bab ini terbagi menjadi 3 bagian utama yaitu masing-masing temuan strategi yang berkaitan dengan peningkatan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan. Ringkasan juga diberikan dalam bentuk tabel yang mengandung informasi mengenai jenis strategi, kelompok populasi sasaran utama di mana masing-masing strategi telah diterapkan atau diujicobakan, efektivitas strategi, dan kualitas temuan.

Bab 4 menyajikan 11 rekomendasi fokus strategi serta penjabarannya. Informasi mengenai taraf perkembangan dari sebagian strategi dan intervensi lain yang telah memiliki implementasi rutin dan komponen-komponen strategi yang perlu diadopsi menjadi perhatian khusus dalam bab ini. Bagian ini disajikan terpisah sehingga pembaca dapat langsung membaca bab ini untuk informasi mengenai rekomendasi.

Bab 5 merupakan bab penutup yang membahas prospek dan kebutuhan implementasi strategi. Turut dijelaskan peran JIP dan besaran aktivitas yang dibutuhkan bersama dengan para pemangku kepentingan HIV untuk mewujudkan strategi-strategi ini.

Sekretariat JIP membentuk Tim Perumus Strategi Peningkatan Inisiasi, Retensi, dan Kepatuhan Pengobatan Antiretroviral untuk ODHA (Tim Perumus) yang beranggotakan staf program dan Koordinator JIP dan seorang konsultan eksternal. Tim Perumus bertanggung jawab untuk keseluruhan proses penyusunan strategi yang meliputi kajian sistematis temuan global dan diskusi kelompok. Kedua proses ini akan diuraikan lebih jauh di paragraf-paragraf berikutnya.

1.1. Definisi strategi

Dalam dokumen ini kata ‘strategi’ bermakna sama dengan ‘intervensi’ – yaitu, pemberlakuan sebuah prosedur yang berbeda dari praktik yang diberikan pada umumnya (layanan standar atau *standard care*) dalam lingkup kaskade perawatan dan pengobatan HIV. Pemberlakuan prosedur ini diharapkan dapat meningkatkan taraf kesehatan ODHA (yaitu, memiliki efektivitas yang lebih tinggi dari layanan standar) dan terdapat di berbagai tingkat kebijakan yang memengaruhi praktik pemberian layanan.

1.2. Kajian sistematis

Kajian sistematis (*systematic review*) merupakan sebuah metode identifikasi, seleksi, dan analisis terstruktur untuk mengkaji efektivitas dari satu atau lebih strategi peningkatan taraf kesehatan dari sejumlah temuan ilmiah yang representatif [25]. Tim Perumus melakukan kajian cepat sistematis (*rapid systematic review*) dari kajian-kajian (*review of reviews*) dalam Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia dengan periode publikasi 1-Jan-2008 s/d 15-Sep-2018 untuk merangkum basis bukti global efektivitas strategi peningkatan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan antiretroviral. Pencarian utama literatur kajian dilakukan pada bank data elektronik Medline (Ovid) menggunakan serangkaian kata kunci pencarian (**Tabel A1.1 suplemen daring**).

Sebuah kajian disertakan dalam analisis bila memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut:

- (1) memiliki populasi sasaran ODHA dalam inisiasi ART atau pasien ART tanpa batasan usia dan komorbiditas (misal, koinfeksi tuberkulosis) atau kesehatan lainnya (misal, kehamilan);
- (2) memiliki analisis komparatif satu atau lebih strategi dengan pembanding yang merupakan layanan standar atau strategi lainnya (pembanding konkuren) atau kondisi lampau tanpa strategi (pembanding temporal, yaitu pascaintervensi vs. praintervensi);
- (3) memiliki analisis indikator dampak kesehatan berupa tingkat inisiasi ART, kematian, hilang kontak atau penghentian pemberlakuan strategi (diskontinuitas), atrisi (kematian + hilang kontak), retensi (N inisiasi ART – n atrisi), dan kepatuhan pengobatan (per definisi studi yang bervariasi) dalam masa ART.

Tidak ada kriteria khusus untuk desain studi: semua kajian studi observasional atau eksperimental selama memenuhi 3 kriteria inklusi di atas akan disertakan dalam analisis. Sebuah kajian tidak disertakan dalam analisis bila salah satu dari kriteria eksklusi di bawah ini terpenuhi:

- (1) Bukan merupakan kajian sistematis – dinilai dari terdokumentasinya prosedur identifikasi, seleksi, dan analisis studi yang disertakan;
- (2) Populasi bukan pasien ART atau populasi ODHA yang tidak menjalani pengobatan antiretroviral untuk seluruh rentang waktu pengamatan;
- (3) Kajian tidak memiliki analisis indikator dampak kesehatan seperti yang diuraikan dalam Kriteria Inklusi (3);
- (4) Kajian tidak menyajikan perbandingan strategi atau kajian tidak melaporkan efek relatif (selisih absolut, rasio) berbanding dengan layanan standar atau strategi lainnya atau tidak adanya kesimpulan naratif dari efek relatif ini untuk kajian yang bersifat kualitatif.

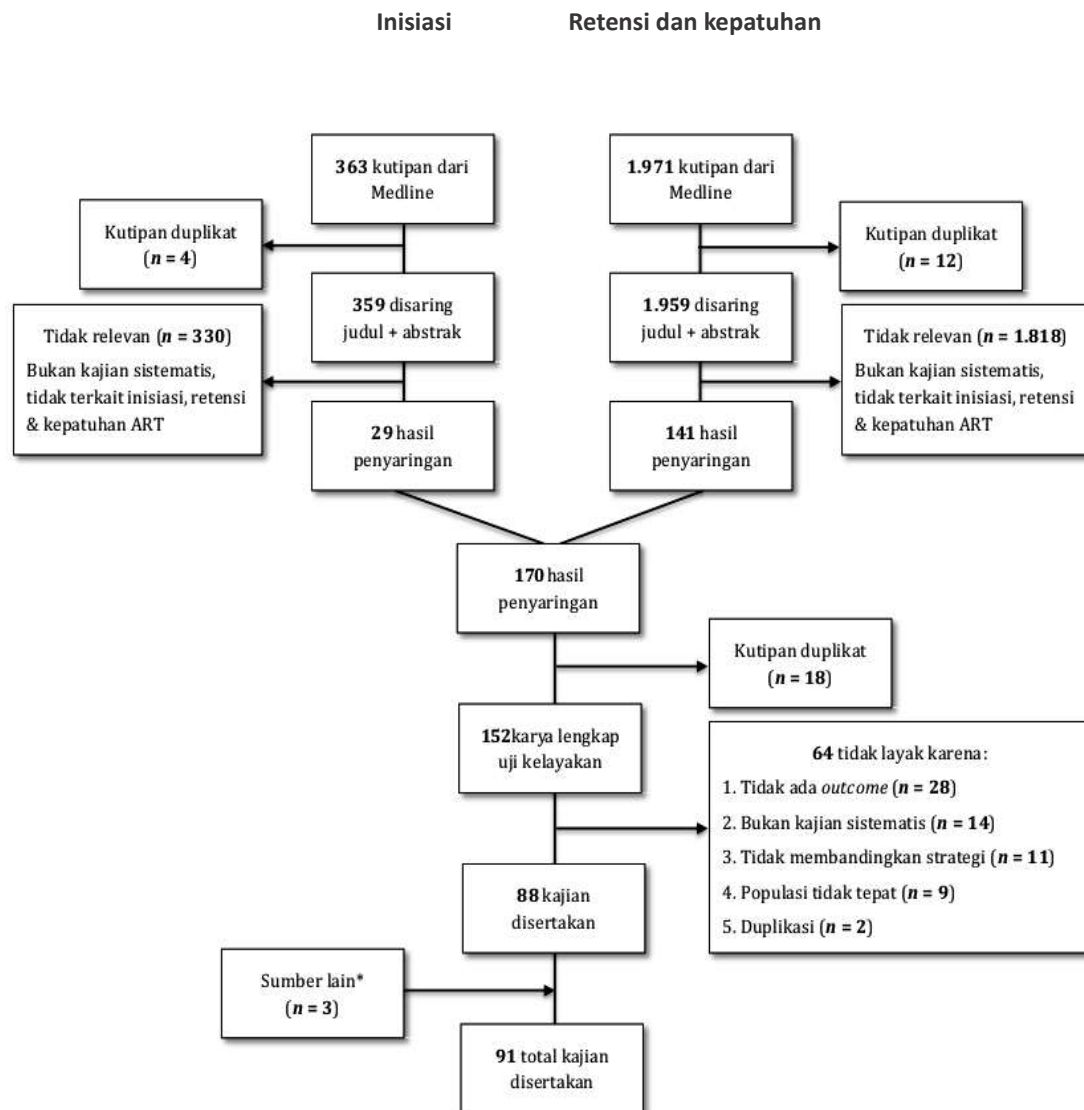
Untuk setiap kajian yang memenuhi kriteria inklusi dan disertakan dalam analisis, Tim Perumus melakukan ekstraksi informasi: identitas kajian (nama penulis utama, tahun publikasi), strategi, populasi utama sasaran strategi, total studi dalam analisis dan desain studi, jumlah sampel, metode sintesis (rangkuman kualitatif/kuantitatif, meta-analisis), tingkat efektivitas strategi, dan kualitas temuan untuk tiap strategi.

Kualitas temuan untuk sebuah strategi dinilai berdasarkan evaluasi terhadap potensi bias dari studi-studi yang mendasarinya, dan disajikan dalam peringkat Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) atau metode sejenis yang diasumsikan serupa antara satu dengan lainnya [26]. Peringkat kualitas ini adalah ‘minim’ (potensi tinggi bias), ‘menengah’ (potensi bias dengan pengaruh terbatas), dan ‘tinggi’ (potensi bias rendah). Kajian kali ini difokuskan pada kualitas temuan dan konteks negara berkembang seperti Indonesia. Akibatnya bila sebuah kajian mengelompokkan temuan berdasarkan desain studi (studi observasional atau studi intervensi tanpa pengacakan kelompok intervensi partisipan dan *randomized controlled trial* [RCT]) dan tingkat pendapatan negara (negara-negara berpendapatan tinggi dan berpendapatan rendah dan menengah³) hanya strata RCT dan negara-negara berpendapatan rendah dan menengah yang disertakan dalam analisis.

Gambar 2.1 menjelaskan proses seleksi kajian sampai dengan penyertaan 91 kajian yang memenuhi kriteria inklusi untuk analisis. Sejumlah 64 kajian dianggap tidak layak dan tak disertakan dalam analisis karena tidak adanya indikator dampak kesehatan yang relevan ($n = 28$), bukan merupakan kajian sistematis ($n = 14$), tidak adanya perbandingan strategi baik secara konkuren maupun temporal ($n = 11$), kelompok populasi yang tidak tepat ($n = 9$), dan kasus duplikasi ($n = 2$) baik dalam bentuk pengulangan (publikasi dengan tanggal terawal disertakan dalam analisis) atau karena pemuktahiran basis bukti (publikasi termuktahir disertakan dalam analisis). Daftar kajian yang disertakan dalam analisis dan yang tidak memenuhi kriteria inklusi diberikan terpisah (**Tabel A1.2** dan **A1.3 suplemen daring**). Ekstrak informasi yang menggambarkan karakteristik dari kajian-kajian yang memenuhi kriteria inklusi disajikan terpisah untuk tiap area kaskade pengobatan (**Tabel A2.1—A2.3 suplemen daring**).

³ Berdasarkan tingkat pendapatan yang didefinisikan oleh Bank Dunia untuk tahun publikasi kajian [27].

Gambar 2.1. Proses pencarian dan seleksi kajian



*= Dari penelusuran database International epidemiology Databases to Evaluate AIDS (IeDEA) dan mesin pencari Google Scholar (5 halaman pertama).

2.3 Diskusi kelompok

Diskusi kelompok dilakukan dengan perwakilan ODHA di dalam dan luar struktur keanggotaan JIP (dari provinsi Banten, Daerah Istimewa Yogyakarta, Daerah Khusus Ibukota Jakarta, Papua, dan Sulawesi Utara) dan perwakilan fasilitas kesehatan PDP (dari provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta: 9 Puskesmas, 2 klinik rumah sakit umum, dan 3 klinik swasta).⁴ Diskusi kelompok bertujuan untuk menggalikan kelayakan dan tantangan dalam penerapan strategi-strategi potensial yang terpetakan dari proses hasil kajian sistematis yang senantiasa mengalami pemuktahiran. Diskusi kelompok dipandu oleh 2 orang fasilitator terlatih dalam format lokakarya ($n = 3$ untuk perwakilan ODHA dan $n = 1$ untuk perwakilan fasilitas kesehatan PDP). Rangkaian lokakarya dilaksanakan dalam periode Agustus-September 2018 dan memberikan informasi penting bagi Tim Perumus untuk mengidentifikasi analog elementer untuk sejumlah strategi yang memerlukan pengembangan dan sistematisasi lebih lanjut sebagai rekomendasi fokus strategi dalam dokumen ini.

2.4 Keterbatasan metodologi

Kajian sistematis cepat memiliki keterbatasan dalam jangkauan sumber perolehan literatur (hanya menggunakan Medline untuk kajian sistematis dalam dokumen ini) dan melibatkan sumber daya manusia yang terbatas (hanya satu tenaga pengkaji untuk pencarian literatur, ekstraksi, dan analisis). Meskipun Tim Perumus berusaha untuk mengendalikan mutu dari tiap langkah kajian sistematis, peluang untuk terjadinya bias seleksi masih memungkinkan sehingga hasil kajian menjadi kurang representatif dari semua basis bukti yang ada [28]. Keterbatasan lainnya adalah asumsi kesetaraan hasil uji kualitas temuan dari variasi metode yang digunakan pada kajian-kajian yang disertakan.

Berikutnya, keterbatasan partisipasi dari luar Daerah Khusus Ibukota Jakarta dalam rangkaian lokakarya memungkinkan rekomendasi fokus strategi dalam dokumen ini tidak berlaku menyeluruh untuk skala nasional. Tim Perumus menyarankan agar rekomendasi fokus strategi ini mengalami adaptasi lebih lanjut untuk penerapannya atau diskusi pemilihan strategi berdasarkan hasil kajian sistematis yang terdapat dalam dokumen ini dapat dilakukan kembali guna menghasilkan rekomendasi pilihan strategi yang lebih kontekstual dengan kebutuhan program daerah.

2.5 Peran lembaga pendukung

Aktivitas rangkaian lokakarya menerima dukungan pendanaan penuh dari LINKAGES. Sebagai lembaga pendukung LINKAGES tidak berperan dalam desain dan pelaksanaan kajian sistematis dan lokakarya untuk penyusunan strategi.

³ Perwakilan fasilitas kesehatan PDP yang diundang meliputi: (1) Puskesmas (Cengkareng, Grogol Petamburan, Koja, Kramat Jati, Menteng, Pasar Rebo, Senen, Setiabudi, dan Tebet); (2) klinik rumah sakit umum (Rumah Sakit Kanker Dharmas, Klinik Kelompok Studi Khusus [Pokdisus] Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo); dan (3) klinik swasta (Klinik Angsa Merah, Klinik Ruang Carlo Rumah Sakit St. Carolus, Klinik Teratai Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia). Lokakarya diskusi kelompok (3-Sep-2018) ini dihadiri oleh semua undangan Puskesmas dan Klinik Angsa Merah.

Tim Perumus mengidentifikasi sebanyak 27, 68, dan 72 (sub)strategi untuk masing-masing peningkatan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan antiretroviral dari total 91 kajian yang memenuhi kriteria inklusi. Populasi dikelompokkan berdasarkan kelompok usia (dewasa: ≥ 12 tahun, anak: < 18 tahun, remaja: 10–19 tahun, pediatrik: < 12 tahun, anak di bawah usia lima tahun [balita]: < 5 tahun, dan bayi: ≤ 12 bulan) dan komorbiditas (koinfeksi, ketergantungan Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya [NAPZA]) atau kondisi khusus lainnya (kehamilan). Mayoritas kajian memiliki populasi utama sasaran strategi berusia dewasa baik untuk kelompok strategi peningkatan inisiasi, retensi, atau kepatuhan.

Hampir semua kajian dan strategi yang dianalisis memiliki sasaran utama populasi dewasa, dengan variasi temuan yang masih sedikit untuk kelompok usia nondewasa, ODHA dengan komorbiditas, dan kelompok risiko HIV yang menjadi fokus penanggulangan di negara dengan epidemi HIV terkonsentrasi seperti Indonesia. Peningkatan jumlah kajian untuk kelompok-kelompok populasi ini di waktu mendatang akan meningkatkan basis bukti yang lebih aplikatif terhadap variasi konteks epidemiologi HIV.

3.1 Strategi untuk peningkatan inisiasi ART

Tabel 3.1 memuat strategi inisiasi pengobatan antiretroviral dari kajian sistematis yang dilakukan. Kelompok strategi terkait pemberian dukungan dan konseling dan peningkatan kapasitas layanan mendapatkan porsi terbesar dengan kelompok sasaran spesifik ibu hamil dan bayi untuk pemberian dukungan dan konseling. Strategi umumnya memiliki tingkat efektivitas superior dibandingkan dengan layanan standar dengan kualitas temuan mengarah pada peringkat ‘menengah’. Tiga strategi terkait dengan perluasan akses (kunjungan tes HIV di tempat tanpa koneksi layanan pra-ART atau dengan metode tes

Tabel 3.1. Strategi peningkatan inisiasi ART dan tingkat efektivitasnya

Strategi ^a	Kelompok usia utama sasaran strategi ^b											
	Dewasa		Anak		Remaja		Pediatrik		Balita		Bayi	
	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi
1. Prosedur, teknologi biomedis												
1.1. Inisiasi ART segera pada 14 hari diagnosis	>		-		-		-		-		-	
1.2. Enumerasi CD4 di titik layanan	>		-		-		-		-		-	
2. Dukungan & konseling												
2.1. Pendukung/mentor sebaya	≥	HML	-		-		-		-		-	
2.2. Pelibatan kader masyarakat	≥	HML	-		-		-		-		>	
2.3. Pelibatan pasangan pria	>	HML	-		-		-		-		-	
2.4. Pendampingan ke layanan	✓	HML	-		-		-		-		-	
2.5. Manajemen kasus oleh kader masyarakat	>	HML	-		-		-		-		-	
2.6. Dukungan, konseling & navigasi sistem	>	HML	-		-		-		-		-	
3. Integrasi layanan HIV												
3.1. Dengan layanan KIA												
+ Dan sarana laboratorium	>	HML	-		-		-		-		-	
3.2. Dengan layanan tuberkulosis	>	TBK										
+ Dan sarana laboratorium	>	TBK	-		-		-		-		-	
n												
4. Penguatan kapasitas layanan												
4.3. Peningkatan mutu manajemen kasus	>		-		-		-		-		-	

Strategi ^a	Kelompok usia utama sasaran strategi ^b											
	Dewasa		Anak		Remaja		Pediatrik		Balita		Bayi	
	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi
4.4. Penyederhanaan prosedur layanan	>	HML	-		-		-		-		-	
4.5. Penggunaan rekam medis elektronik	>		-		-		-		-		-	
4.6. Peningkatan kompetensi bidan untuk HIV	>	HML	-		-		-		-		-	
4.7. Alih tugas inisiasi ART oleh perawat	=		-		-		-		-		-	
5. Perluasan akses												
5.1. Kunjungan tes HIV di tempat:												
Tanpa koneksi layanan pra-ART	<		-		-		-		-		-	
+ Koneksi layanan pra-ART	>		-		-		-		-		-	
+ Pemeriksaan CD4 di tempat	>		-		-		-		-		-	
Dengan metode tes mandiri	<		-		-		-		-		-	
5.2. Konseling & tes HIV inisiasi petugas	<		-		-		-		-		-	
6. Teknologi komunikasi, seluler & internet												
6.1. Pesan teks seluler pengingat	>	HML	-		-		-		-		>	
6.2. Teknologi seluler untuk penyampaian hasil pemeriksaan CD4	=	HML	-		-		-		-		-	

Strategi ^a	Kelompok usia utama sasaran strategi ^b											
	Dewasa		Anak		Remaja		Pediatrik		Balita		Bayi	
	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi

7. Ko-medikasi

7.1. Terapi substitusi opioid > PEN - - - - -

ART = *Antiretroviral treatment* (pengobatan antiretroviral); ARV = *Antiretrovirals* (obat antiretroviral); DOT = *Directly observed therapy* (pengobatan dengan pengawasan langsung); Efek. = Efektivitas; Faskes = Fasilitas kesehatan; KIA = Kesehatan ibu dan anak; LPV/r = *Lopinavir/ritonavir*; NNRTI = *Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor*; ODHA = Orang dengan HIV/AIDS; PI = *Protease inhibitor*.

Efektivitas

> = Inisiasi superior dibandingkan layanan standar $\geq$ = Inisiasi tidak inferior dan dapat superior

= = Inisiasi tidak berbeda dengan layanan standar $\leq$ = Inisiasi (berpotensi) inferior, tidak superior

< = Inisiasi inferior dibandingkan layanan standar

 : Kualitas temuan minim  : Kualitas temuan menengah  : Kualitas temuan tinggi

Kondisi

HML = Ibu hamil; PEN = Pengguna NAPZA (atau opioid suntik); TBK = Ko-morbiditas dengan tuberkulosis.

^a = Layanan standar sebagai kelompok pembanding tidak menerapkan strategi ini. Dalam sejumlah strategi, layanan standar disebutkan setelah kata depan vs. (i.e. [strategi] vs. [layanan standar]).

^b = Kelompok usia: Dewasa – >12 tahun; anak – <18 tahun; remaja – 10-19 tahun; pediatrik – <12 (atau <15) tahun; balita – <5 tahun; bayi – <12 bulan.

mandiri dan konseling dan tes HIV inisiasi petugas kesehatan) memiliki tingkat efektivitas inferior untuk meningkatkan inisiasi pengobatan antiretroviral.

3.2 Strategi untuk peningkatan retensi ART

Temuan untuk mempertahankan dan meningkatkan retensi didominasi oleh strategi-strategi terkait prosedur dan teknologi biomedis, khususnya upaya-upaya mengoptimalkan kombinasi rejimen antiretroviral (**Tabel 3.2**). Perhatian khusus ditujukan pada upaya investigasi kandidat alternatif bagi efavirenz sebagai salah satu antiretroviral standar dengan penggunaan luas. Dolutegravir, dengan tingkat efektivitas yang superior berbanding dengan antiretroviral lain, berpotensi menjadi salah satu kandidat alternatif bagi efavirenz. Inisiasi ART cepat, baik sesegera mungkin setelah diagnosis atau pada nilai CD4 tinggi, dapat berdampak pada peningkatan retensi melalui penurunan risiko kematian dan diskontinuitas pengobatan di kelompok usia dewasa, balita, dan bayi.

Kelompok-kelompok strategi lain secara umum menunjukkan tingkat efektivitas yang tidak inferior berbanding dengan layanan standar. Temuan superioritas didapatkan untuk 9 strategi, yaitu: dukungan kepatuhan dan psikososial, peningkatan mutu pemantauan pasien, penelusuran kasus mangkir pengobatan, kelompok kepatuhan untuk pasien stabil,⁵ inisiasi ART cepat setelah dimulainya pengobatan tuberkulosis, terapi substitusi opioid, layanan prioritas untuk pasien dengan CD4 rendah, bantuan sosial pangan dan pendidikan, dan pengawasan langsung minum obat (*directly observed therapy*). Strategi-strategi ini pada umumnya memiliki basis temuan di kelompok usia dewasa dan memiliki kualitas temuan yang minim.

⁵ Kriteria empiris pasien stabil untuk eligibilitas strategi ini atau strategi lain mengacu pada durasi minimum ART yang bervariasi antara 4 minggu sampai dengan 12 bulan. Kriteria lain tidak diterapkan secara konsisten dalam literatur seperti sukses virologi (HIV RNA tidak terdeteksi dalam darah) atau peningkatan jumlah CD4 dan tidak adanya infeksi oportunistik seperti yang diuraikan dalam konsensus WHO. Lihat catatan kaki 2, hal. 4 untuk konsensus WHO mengenai kriteria pasien ART stabil.

Tabel 3.2. Strategi peningkatan retensi ART dan tingkat efektivitasnya

Strategi ^a	Kelompok usia utama sasaran strategi ^b											
	Dewasa		Anak		Remaja		Pediatrik		Balita		Bayi	
	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi
1. Prosedur, teknologi biomedis												
1.1. Inisiasi ART segera:												
Pada CD4 $\geq$ 350	>		-		-		-		-		-	
Pada $\leq$ 14 hari diagnosis	$\geq$		-		-		-		-		-	
Pada CD4 $\geq$ 25%	-		-		-		-		-		>	
Pada CD4 $\geq$ 15% dan $\leq$ 24%	-		-		-		=		<		-	
Sebelum indikasi klinis & imunologi	-		-		-		-		>		-	
1.2. Rejimen minim toksisitas: ^c												
Golongan NRTI:												
DDI+3TC/FTC vs. NRTI lain	>		-		-		-		-		-	
TDF+3TC/FTC vs. NRTI lain	>		-		-		-		-		-	
ABC+3TC vs. NRTI lain	>		-		<		<		<		-	
AZT+3TC vs. NRTI lain	=		-		-		-		-		-	
D4T+3TC vs. NRTI lain	=		-		-		-		-		-	
D4T+DDI vs. NRTI lain	<		-		-		-		-		-	
3 NRTI dgn. ABC vs. PI/NNRTI	<	SWT	-		-		-		-		-	
ABC vs. EFV	$\geq$		-		-		-		-		-	
TDF vs. EFV	>		-		-		-		-		-	
TDF vs. TAF	=		-		-		-		-		-	
TDF vs. NRTI lain	=	HML	-		-		-		-		-	
TDF vs. NRTI lain/NNRTI/PI	>	SWT	-		-		-		-		-	
AZT vs. D4T	>		-		-		-		-		-	
Golongan NNRTI:												
NNRTI vs. PI/r	=		-		-		-		-		-	
NVP vs. PI/r	<		-		-		-		-		-	
 Fokus grup 1	=	SWT	-		-		-		-		-	

Strategi ^a	Kelompok usia utama sasaran strategi ^b											
	Dewasa		Anak		Remaja		Pediatrik		Balita		Bayi	
	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi
EFV vs. ABC	≤		-		-		-		-		-	
EFV vs. TDF	<		-		-		-		-		-	
EFV vs. EFV dosis rendah	<		-		-		-		-		-	
EFV vs. EFV dosis bertahap	≤		-		-		-		-		-	
EFV vs. NVP	≥		-		-		>		-		-	
└ Fokus grup 1	≥	TBK	-		-		-		-		-	
EFV vs. ETR	≤		-		-		-		-		-	
EFV vs. RPV	<		-		-		-		-		-	
EFV vs. ATV/r	<		-		-		-		-		-	
EFV vs. LPV/r	=		-		-		-		-		-	
EFV vs. DRV/r	<		-		-		-		-		-	
EFV vs. DTG	<		-		-		-		-		-	
EFV vs. EVG/c	<		-		-		-		-		-	
EFV vs. RAL	<		-		-		-		-		-	
EFV vs. MRV	≤		-		-		-		-		-	
Golongan PI:												
PI/r vs. NVP	>		-		-		-		-		-	
└ Fokus grup 1	=	SWT	-		-		-		-		-	
ATV/r vs. EFV	>		-		-		-		-		-	
DRV/r vs. EFV	>		-		-		-		-		-	
LPV/r vs. EFV	=		-		-		-		-		-	
Golongan InSTI:												
DTG vs. EFV	>		-		-		-		-		-	
DTG vs. RPV	≥		-		-		-		-		-	
DTG vs. ATV/r	>		-		-		-		-		-	
DTG vs. DRV/r	>		-		-		-		-		-	
DTG vs. LPV/r	>		-		-		-		-		-	
DTG vs. EVG/c	>		-		-		-		-		-	
DTG vs. RAL	=		-		-		-		-		-	
Golongan EI:												
MRV vs. EFV	≥		-		-		-		-		-	
1.3. Induksi (4 ARV) — perawatan (3 ARV)	-		-		-		-		>		-	
1.4. Pemberian interleukin-2	=		-		-		-		-		-	
1.5. Profilaksis kotrimoksazol pada CD4<350	>		-		-		-		-		-	

2. Dukungan & konseling

2.1. Dukungan kepatuhan & psikososial:

Oleh staf kesehatan/ kader masyarakat	>		-	-	-	-	-
Oleh kader ODHA	>		-	-	-	-	-

3. Integrasi layanan HIV

3.1. Integrasi dgn.

4. Penguatan kapasitas layanan

4.1. Alih tugas:

Klinis oleh perawat	>		-	-	-	-	-
Fokus grup 1	=	HML	-	-	-	-	-
Fokus grup 2	>	STA	-	-	-	-	-
kader ODHA/ keperawatan oleh	≥		-	-	-	-	-

masyarakat

Farmasi oleh kader masyarakat	≥		-	-	-	-	-
mutu pemantauan pasien	≥		-	-	-	-	-

4.3. Penelusuran kasus mangkir/LTFU

	>		-	-	-	-	-
--	---	--	---	---	---	---	---

5. Perluasan akses

gratis/berbiaya murah	>		-	-	-	-	-
--------------------------	---	--	---	---	---	---	---

5.2. Desentralisasi layanan ART

	>		-	-	=	-	-
Fokus grup 1	≥	STA	-	-	>	STA	-

5.3. Layanan ART di luar faskes:

luar faskes (tdk. distribusi, di terperinci)	>	STA	-	-	-	-	-
--	---	-----	---	---	---	---	---

Kunjungan rumah kader kesehatan/ODHA	=	ASM	-	-	-	-	-
--	---	-----	---	---	---	---	---

Layanan bergerak ke lingkungan ODHA	≥	STA	-	-	-	-	-
--	---	-----	---	---	---	---	---

Kelompok kepatuhan	>	STA	-	-	-	-	-
-----------------------	---	-----	---	---	---	---	---

6. Teknologi komunikasi, seluler & internet							
6.1. Pesan teks seluler pengingat	≥		-	-	-	-	-
7. Ko-medikasi							
7.1. Inisiasi ART cepat: minggu pengobatan tuberkulosis	>	TBK	-	-	>	TBK	-
<4 minggu							
pengobatan meningitis kriptokokus	<	KRP	-	-	-	-	-
7.2. Terapi substitusi opioid	>	PEN	-	-	-	-	-
8. Layanan khusus							
8.1. Layanan prioritas untuk CD4<100	>		-	-	-	-	-
8.2. Klinik khusus/ramah remaja	-		-	≥	-	-	-
8.3. Jam klinik khusus	-		-	>	-	-	-
8.4. Pengurangan frekuensi kunjungan:							
Untuk konsultasi medis (per 3-12 bulan)	≥	STA	-	-	-	-	-
Untuk pengambilan ARV (per 3-6 bulan)	≥	STA	-	-	-	-	-
9. Lain-lain							
9.1. Bantuan sosial (pangan & pendidikan)	>		-	-	-	-	-
9.2. Suplemen gizi:							
Pemberian mikronutrien	≥		-	-	-	-	-
Multivitamin dosis tinggi	≥		-	-	-	-	-
Seng (zinc)	≥		-	-	-	-	-
Fokus grup 1	<	HML	-	-	-	-	-
9.3. DOT ART	≥		-	-	-	-	-

ART = *Antiretroviral treatment* (pengobatan antiretroviral); ARV = *Antiretrovirals* (obat antiretroviral); DOT = *Directly observed therapy* (pengobatan dengan pengawasan langsung); Efek. = Efektivitas; Faskes = Fasilitas kesehatan; KIA = Kesehatan ibu dan anak; LPV/r = *Lopinavir/ritonavir*; NNRTI = *Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor*; ODHA = Orang dengan HIV/AIDS; PI = *Protease inhibitor*.

Obat antiretroviral

/c = *Cobicistat*; /r = *Ritonavir*; 3TC = *Lamivudine*; ABC = *Abacavir*; ATV = *Atazanavir*; AZT = *Zidovudine*; d4T = *Stavudine*; DDI = *Didanosine*; DTG = *Dolutegravir*; EFV = *Efavirenz*; EI = *Entry inhibitor*; ETR = *Etravirine*; EVG = *Elvitegravir*; FTC = *Emtricitabine*; InSTI = *Integrase strand transfer inhibitor*; LPV = *Lopinavir*; MRV = *Maraviroc*; (N)NRTI = *(Non-)nucleotide reverse transcriptase inhibitor*; NVP = *Nevirapine*; PI = *Protease inhibitor*; RAL = *Raltegravir*; RPV = *Rilpivirine*; TAF = *Tenofovir alafenamide*; TDF = *Tenofovir disoproxil fumarate*.

Efektivitas

> = Retensi superior dibandingkan layanan standar ≥ = Retensi tidak inferior dan dapat superior
 = = Retensi tidak berbeda dengan layanan standar
 < = Retensi inferior dibandingkan layanan standar ≤ = Retensi (berpotensi) inferior, tidak superior



: Kualitas temuan minim



: Kualitas temuan menengah



: Kualitas temuan tinggi

Kondisi

ASM = HIV asimtomatik; HML = Ibu hamil; KRP = Ko-morbiditas dengan meningitis kriptokokus; PEN = Pengguna NAPZA (atau opioid suntik); TBK = Ko-morbiditas dengan tuberkulosis; STA = Pasien stabil – mengacu pada durasi minimum ART 4 minggu s/d 12 bulan dengan kriteria lain yang tidak diterapkan konsisten dalam literatur seperti sukses virologi (tidak terdeteksinya HIV-RNA dalam darah) atau peningkatan jumlah CD4 dan tidak adanya infeksi oportunistik; SWT = Switch – pergantian rejimen pada pasien sukses virologi, kecuali untuk PI/r (atau NVP) vs. NVP (atau PI/r) di mana kriteria ini tidak disebutkan dalam kajian terkait.

^a = Layanan standar sebagai kelompok pembanding tidak menerapkan strategi ini. Dalam sejumlah strategi, layanan standar disebutkan setelah kata depan vs. i.e. [strategi] vs. [layanan standar]).

^b = Kelompok usia: Dewasa – >12 tahun; anak – <18 tahun; remaja – 10-19 tahun; pediatrik – <12 (atau <15) tahun; balita – <5 tahun; bayi – <12 bulan.

^c = Obat antiretroviral dalam strategi disertakan dalam rejimen kombinasi 2 NRTI+1 NNRTI/1 PI/1 InSTI/1 NRTI ekstra.

3.3 Strategi untuk peningkatan kepatuhan ART

Untuk indikator ini jumlah strategi terbesar terdapat pada kelompok strategi dukungan dan konseling dan teknologi komunikasi, seluler, dan Internet (**Tabel 3.3**). Pada kelompok strategi pertama perpaduan strategi cukup banyak didapatkan, dengan peluang besar untuk peningkatan efektivitas bila dipadukan dengan strategi berbasis teknologi komunikasi, seluler, dan Internet. Pada kelompok strategi kedua pesan teks seluler pengingat jadwal kunjungan dan/atau minum obat memiliki tingkat efektivitas superior yang konsisten untuk kelompok usia dewasa umum, ibu hamil, dan kelompok risiko lelaki seks dengan lelaki (LSL).

Untuk kelompok strategi lainnya strategi superior didapatkan pada: rejimen ART kombinasi dosis tetap, integrasi layanan HIV dengan kesehatan ibu dan anak (KIA) yang dipadukan dengan pelibatan pasangan pria dan kampanye masyarakat, penggunaan rekam medis elektronik yang dipadukan dengan penyeranta pengingat bagi pasien, desentralisasi layanan ART, dan terapi substitusi opioid. Temuan pendukung efektivitas strategi-strategi ini memiliki kualitas minim sampai menengah dan didasarkan pada kajian-kajian dengan populasi sasaran utama berusia dewasa.

3.4 Daya terapan dan relevansi strategi

Beberapa strategi seperti pesan teks seluler pengingat, integrasi layanan ART, dan terapi substitusi opioid memiliki daya terapan dan relevansi yang tinggi karena tingkat efektivitasnya yang superior dan konsisten untuk peningkatan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan antiretroviral. Tingkat efektivitas yang konsisten pada semua area kaskade pengobatan seperti ditunjukkan oleh kedua strategi ini merupakan pengecualian. Terobosan strategi seperti kebijakan inisiasi ART segera memiliki peluang superioritas yang besar dalam inisiasi dan retensi, namun memiliki potensi tingkat kepatuhan jangka panjang yang lebih rendah dengan perbedaan mencapai 20% dibandingkan dengan inisiasi pada nilai CD4 rendah. Hal ini merefleksikan urgensi akan strategi peningkatan kepatuhan untuk mewujudkan dampak besar inisiasi ART segera pada

Tabel 3.3. Strategi peningkatan kepatuhan ART dan tingkat efektivitasnya

Strategi ^a	Kelompok usia utama sasaran strategi ^b											
	Dewasa		Anak		Remaja		Pediatrik		Balita		Bayi	
	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi
1. Prosedur, teknologi biomedis												
1.1. Inisiasi ART segera pada CD4 tinggi	≤		-		-		-		-		-	
1.2. LPV/r vs. NNRTI atau PI lain	-		-		-		=		-		-	
1.3. Regimen ART kombinasi dosis tetap	>		-		-		-		-		-	
2. Dukungan & konseling												
2.1. Pendukung/mentor sebaya/pengobatan:												
Tanpa strategi lain	>		-		=		-		-		-	
+ Terapi perilaku kognitif	>		-		=		-		-		-	
+ Layanan telepon	>		-		-		-		-		-	
+ Penghasilan pendapatan	>	HML	-		-		-		-		-	
2.2. Manajemen kasus	=	PEN	-		-		-		-		-	
2.3. Konseling individu:												
Tanpa strategi lain												
Oleh apoteker	=		-		-		-		-		-	
+ Tampilan multimedia berbasis internet	≥		-		-		-		-		-	
+ Konseling kelompok	=		-		-		-		-		-	
+ Pesan teks seluler pengingat	≥		-		-		-		-		-	
+ Alarm pengingat	=		-		-		-		-		-	
2.4. Konseling kelompok:												
Tanpa strategi lain	≥		-		≥		-		-		-	
+ Konseling individu	=		-									
Terapi kelompok keluarga	-		-		>		-		-		-	
2.5. Wawancara motivasional:												
Tanpa strategi lain	>		-		-		-		-		-	

Strategi ^a	Kelompok usia utama sasaran strategi ^b											
	Dewasa		Anak		Remaja		Pediatrik		Balita		Bayi	
	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi
└ Fokus grup 1	=	PEN	-		-		-		-		-	
└ Fokus grup 2	=	PRM	-		-		-		-		-	
+ Edukasi kepatuhan berbasis komputer	>		-		-		-		-		-	
2.6. Terapi perilaku kognitif:												
Tanpa strategi lain												
Oleh profesional	≥		-		-		-		-		-	
└ Fokus grup 1	=	PEN	-		-		-		-		-	
Oleh kader masyarakat	=		-		-		-		-		-	
+ Pendukung sebaya/pengobatan	≥		-		-		-		-		-	
+ Alat bantu pengingat	≥		-		-		-		-		-	
2.7. Dukungan psikososial	=		-		-		-		-		-	
2.8. Konseling berbasis teori konflik	>		-		-		-		-		-	
2.9. Manajemen kontingensi	>		-		-		-		-		-	
└ Fokus grup 1	>	PEN	-		-		-		-		-	
2.10. Pelibatan keluarga												
2.11. Pelatihan keterampilan perilaku:												
Tanpa strategi lain												
+ Alat bantu pengingat (non-) elektronik	≥		-		-		-		-		-	
2.12. Kunjungan terapi kepatuhan/keperawatan ke rumah	≥	PEN	>		>		-		-		-	
2.13. Penggunaan catatan harian:												
Tanpa strategi lain												
+ Konseling untuk pengasuh	-		-		-		-		-		>	
2.14. Pendidikan kepatuhan terstruktur	>		-		-		-		-		-	
2.15. Alat bantu pengingat ^d												

Strategi ^a	Kelompok usia utama sasaran strategi ^b											
	Dewasa		Anak		Remaja		Pediatrik		Balita		Bayi	
	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi
Nonelektronik/ elektronik	≤		-		-		-		-		-	
+ Terapi perilaku kognitif	≥		-		-		-		-		-	
+ Pelatihan keterampilan perilaku	>		-		-		-		-		-	
Elektronik	≥		-		-		-		-		-	
+ Konseling/ intervensi edukasi lain	≤		-		-		-		-		-	
2.16. Pelibatan pasangan pria												
Tanpa strategi lain	=	HML	-		-		-		-		-	
+ Integrasi KIA + kampanye masyarakat	>	HML	-		-		-		-		-	
2.17. Terapi												
multisistemik ^e	-	-	-		>		-		-		-	
3. Integrasi layanan HIV												
3.1. Dengan layanan KIA	≥	HML	-		-		-		-		-	
+ Dukungan kader sebayang/masyarakat	≥	HML	-		-		-		-		-	
+ Pelibatan pasangan pria + kampanye	>	HML	-		-		-		-		-	
4. Penguatan kapasitas layanan												
4.1. Penggunaan rekam medis elektronik												
Tanpa strategi lain	=		-		-		-		-		-	
+ Penyeranta pengingat bagi pasien	>		-		-		-		-		-	
4.2. Alih tugas ke perawat + kader kesehatan/sebayang/ masyarakat	=		-		-		-		-		-	
4.3. Penyederhanaan prosedur layanan	≥		-		-		-		-		-	
5. Perluasan akses												
5.1. Desentralisasi												
layanan ART	≥		-		-		-		-		-	

Strategi ^a	Kelompok usia utama sasaran strategi ^b											
	Dewasa		Anak		Remaja		Pediatrik		Balita		Bayi	
	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi
5.2. Layanan ART di luar faskese	=	STA	-		-		-		-		-	
6. Teknologi komunikasi, seluler & internet												
6.1. Konseling, penjangkauan & dukungan virtual	≥		-		-		-		-		-	
6.2. Konseling + penjadwalan obat dgn. teknologi seluler	≥		-		-		-		-		-	
↳ Fokus grup 1	≥	LSL	-		-		-		-		-	
6.3. Edukasi/konseling berbasis seluler/ internet	≥		-		-		-		-		-	
6.4. Edukasi daring untuk manajemen perawatan mandiri	=		-		-		-		-		-	
6.5. Edukasi/informasi melalui aplikasi seluler	≥		-		-		-		-		-	
Frekuensi panggilan harian	-		-		>		-		-		-	
6.7. Pesan teks seluler pengingat												
Fokus grup 1	>	HML	-		-		-		-		-	
Fokus grup 2	>	LSL	-		-		-		-		-	
+ Alat pemantau kepatuhan	≥		-		-		-		-		-	
+ Konseling individu	≥		-		-		-		-		-	
6.8. Pemantauan kepatuhan daring dengan umpan balik dari konselor	>		-		-		-		-		-	
6.9. Pengelolaan perawatan mandiri dengan bantuan gawai	=		-		-		-		-		-	
6.10. Edukasi interaktif melalui komputer	=		-		-		-		-		-	
6.11. Edukasi dengan konten informasi yang disesuaikan	=		-		-		-		-		-	
6.12. Layanan & dukungan konseling per telepon:												

Strategi ^a	Kelompok usia utama sasaran strategi ^b											
	Dewasa		Anak		Remaja		Pediatrik		Balita		Bayi	
	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi	Efek.	Kondisi
Tanpa strategi lain	≥		-		>		-		-		-	
+ Pendukung/ mentor sebaya/ pengobatan	>		-		-		-		-		-	
7. Ko-medikasi												
7.1. Penanganan depresi	=	DPR	-		-		-		-		-	
7.2. Terapi substitusi opioid	>	PEN	-		-		-		-		-	
8. Layanan khusus												
8.1. Pengurangan frekuensi kunjungan konsultasi medis (per 3-12 bulan)	≥	STA	-		-		-		-		-	
9. Lain-lain												
9.1. DOT ART	≥		-		-		-		-		-	
9.2. Bantuan sosial:												
Tak bersyarat												
Pangan + gizi	≥		-		-		-		-		-	
Status penyandang cacat	=		-		-		-		-		-	
Bersyarat												
Pangan + gizi atau tunai	=	HML	-		-		-		-		-	
9.3. Dukungan nutrisi	≥		-		-		-		-		-	

ART = *Antiretroviral treatment* (pengobatan antiretroviral); ARV = *Antiretrovirals* (obat antiretroviral); DOT = *Directly observed therapy* (pengobatan dengan pengawasan langsung); Efek. = Efektivitas; Faskes = Fasilitas kesehatan; KIA = Kesehatan ibu dan anak; LPV/r = *Lopinavir/ritonavir*; NNRTI = *Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor*; ODHA = Orang dengan HIV/AIDS; PI = *Protease inhibitor*.

Efektivitas

> = Kepatuhan superior dibandingkan layanan standar

= = Kepatuhan tidak berbeda dengan layanan standar

< = Kepatuhan inferior dibandingkan layanan standar

≥ = Kepatuhan tidak inferior dan dapat superior

≤ = Kepatuhan (berpotensi) inferior, tidak superior

 : Kualitas temuan minim

 : Kualitas temuan menengah

 : Kualitas temuan tinggi

Kondisi

DPR = Ko-morbiditas dengan manifestasi depresi; HML = Ibu hamil; LSL = Lelaki seks dengan lelaki; PEN = Pengguna NAPZA (atau opioid suntik); PRM = Perempuan; STA = Pasien stabil – mengacu pada durasi minimum ART 4 minggu s/d 12 bulan dengan kriteria lain yang tidak diterapkan konsisten dalam literatur seperti sukses virologi (tidak terdeteksinya HIV-RNA dalam darah) atau peningkatan jumlah CD4 dan tidak adanya infeksi oportunistik.

^a = Layanan standar sebagai kelompok pembanding tidak menerapkan strategi ini. Dalam sejumlah strategi, layanan standar disebutkan setelah kata depan vs. (i.e. [strategi] vs. [layanan standar]).

^b = Kelompok usia: Dewasa – >12 tahun; anak – <18 tahun; remaja – 10-19 tahun; pediatrik – <12 (atau <15) tahun; balita – <5 tahun; bayi – <12 bulan.

^c = Nilai tinggi (vs. rendah) bervariasi antara >50 sel (vs. <50 sel) sampai >500 sel (vs. <500 sel).

^d = Peranti yang berfungsi memudahkan atau memfasilitasi seseorang untuk minum obat sesuai dosisnya tepat pada waktunya. Kotak obat dengan alokasi dosis, alarm jadwal minum obat, atau alat penunjuk waktu yang disematkan pada tempat menyimpan obat merupakan bagian dari pengertian ini.

peningkatan harapan hidup ODHA dan pencegahan. Lebih jauh lagi, dengan berlakunya inisiasi ART segera tanpa mengindahkan nilai CD4 kebutuhan enumerasi CD4 cepat untuk penentuan eligibilitas pengobatan menjadi berkurang.

Perlu ditekankan juga bahwa tidak semua strategi dirancang dengan tujuan superioritas semata yang berujung pada penggantian layanan standar *status quo*. Strategi-strategi yang berkaitan dengan perluasan akses, strategi alih tugas, dan sejumlah strategi pemberian layanan dengan populasi sasaran pasien ART stabil (klub kepatuhan, pengurangan frekuensi kunjungan ke fasilitas kesehatan) merupakan contoh strategi dengan prioritas pada tingkat efektivitas yang setara dengan layanan standar sehingga dapat bersanding dalam pemberian layanan yang konkuren.

Di bawah ini akan diuraikan 11 fokus strategi dengan tingkat efektivitas noninferior (tidak lebih rendah berbanding layanan standar) dengan implementasi rutin atau dalam format elementer berupa praktik sporadis yang memerlukan sistematisasi untuk mencapai tingkat implementasi rutin. Seperti telah disebutkan sebelumnya, implementasi riil dari tiap pilihan strategi ini memerlukan penyesuaian dengan lingkup program setempat dan peluang penerapan strategi lain dari hasil kajian sistematis dan di luar kesemua rekomendasi fokus strategi sangatlah memungkinkan. Strategi ditampilkan tanpa urutan tertentu.

4.1 Inisiasi ART segera

Inisiasi ART segera secara signifikan meningkatkan harapan hidup ODHA dan berimplikasi terhadap pencegahan sekunder. Kebijakan inisiasi ART segera memangkas drastis periode prapengobatan yang berkepanjangan dengan risiko tinggi hilang kontak atau kematian pada fase ini [29, 30]. Selain meningkatkan peluang inisiasi ART, inisiasi segera meningkatkan retensi pengobatan dengan cara mencegah kematian prematur karena AIDS pada ODHA dan mengurangi risiko diskontinuitas yang ditimbulkan oleh komplikasi pengobatan pada banyak pasien dengan tingkat imunitas rendah [31]. Dengan adanya peluang kepatuhan yang lebih rendah pada pasien ART dengan CD4 tinggi pada saat inisiasi ART [32], inisiasi segera mensyaratkan tersedianya strategi penunjang kepatuhan yang terbukti efektif. Bukti temuan paling kuat mengenai tingkat efektivitas inisiasi ART segera terdapat pada kelompok usia dewasa dan berlaku untuk pasien dengan koinfeksi tuberkulosis (inisiasi ART ≤ 4 minggu sejak dimulainya pengobatan antituberkulosis) [33, 34].

Di Indonesia, inisiasi ART segera setelah diagnosis ditegakkan diimplementasikan sejak 2014 untuk kondisi dan kelompok pasien yang terbatas [20]⁶ dan untuk semua ODHA sejak Juli 2018 [19]. Kebijakan inisiasi ART segera tidak menghilangkan perlunya serangkaian tes imunologi dan klinis awal untuk menegakkan diagnosis infeksi oportunistik, penentuan rejimen antiretroviral yang tepat, dan sebagai tolak ukur respons pengobatan.

4.2 Rejimen ART minim toksisitas

Dampak toksisitas dan efek samping ART menjadi kekhawatiran besar bagi ODHA untuk memulai pengobatan dan kendala dalam mempertahankan retensi dan kepatuhan pengobatan [35]. Dolutegravir merupakan antiretroviral golongan *integrase inhibitor* (II) dengan risiko rendah diskontinuitas terkait efek samping neuropsikiatri dibandingkan dengan efavirenz, golongan *non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor* (non-NRTI), yang saat ini menjadi pilihan utama pendamping NRTI dalam pengobatan

⁶ Lihat catatan kaki 1, hal. 3 untuk kelompok pasien ini.

kombinasi antiretroviral [36]. Rendahnya diskontinuitas dari penggunaan dolutegravir juga ditemukan pada perbandingan dengan II dan non-NRTI lainnya [37]. Dengan tingkat supresi HIV RNA yang lebih tinggi dibandingkan dengan II lain dan non-NRTI [37], dolutegravir mendapatkan perhatian khusus dari otoritas kesehatan internasional untuk dipergunakan secara luas.

Keunggulan lain dolutegravir terletak pada bioavailabilitasnya yang panjang sehingga dapat diformulasikan menjadi kombinasi dosis tetap (KDT) bersama tenofovir dan lamivudine [38]. Produk KDT generik dapat dipasarkan dengan harga rata-rata US\$75 per orang/tahun yang setara dengan harga antiretroviral lain yang telah dipergunakan secara luas [39]. Indonesia menjadi salah satu negara di Asia yang boleh mengedarkan dolutegravir versi generik dosis dewasa dan anak dalam skema lisensi sukarela yang diberikan oleh perusahaan pemegang paten [39]. Pada bulan Juli 2018, World Health Organization (WHO) merilis rekomendasi sementara untuk penggunaan rejimen dengan dolutegravir sebagai rejimen pilihan pengobatan lini pertama untuk dewasa dan remaja, termasuk perempuan, dan anak berusia di atas 6 tahun dengan dosis yang telah mendapatkan persetujuan dari otoritas kesehatan [38]. Saat ini WHO tengah mengkaji lebih jauh dampak buruk dolutegravir pada janin dalam masa kehamilan dan interaksi dengan obat antituberkulosis rifampicin [38].

4.3 Desentralisasi layanan ART dan alih tugas

Desentralisasi dalam konteks ini didefinisikan sebagai upaya perluasan ketersediaan layanan ke berbagai tingkat layanan sehingga dapat diperoleh di fasilitas kesehatan selain rumah sakit dan pada tingkat paling dasar (primer) [40]. Alih tugas (*task shifting*) klinis ART dari dokter ke staf medis lain dengan keterampilan keperawatan merupakan komponen penting dalam program desentralisasi untuk mengatasi keterbatasan sumber daya manusia pada fasilitas kesehatan tingkat primer [41, 42]. Temuan global dari kajian sistematis mengemukakan tingkat retensi yang serupa atau lebih tinggi pada fasilitas kesehatan primer untuk pemeliharaan perawatan bagi pasien ART stabil⁷ dan untuk retensi dan kepatuhan bagi pasien dengan inisiasi ART [40, 43]. Landasan kebijakan untuk praktik alih tugas belum diketahui secara jelas di Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mencatat sejumlah 200 Puskesmas (80% dari total satelit) telah berpartisipasi sebagai satelit PDP di tahun 2017 [12]. Dua tantangan dalam desentralisasi adalah peningkatan signifikan jumlah Puskesmas PDP sesuai dengan sasaran [6]⁸ dan pengoptimalan kapasitas layanan untuk meningkatkan cakupan pengobatan dan distribusi beban operasional yang lebih merata untuk setiap tingkat layanan. Seperti telah diulas pada bagian latar belakang, peran satelit PDP dalam peningkatan cakupan pengobatan skala nasional perlu dimaksimalkan.

4.4 Integrasi layanan ART

Integrasi layanan bermakna penyatuan ketersediaan layanan ART dengan layanan kesehatan non-HIV baik secara penuh (semua layanan disediakan dalam klinik yang sama) maupun parsial (rujukan untuk klinik non-HIV dalam fasilitas kesehatan yang sama) [44]. Dari temuan kajian sistematis didapatkan bahwa integrasi layanan ART dengan layanan KIA dan tuberkulosis meningkatkan inisiasi ART pada

⁷ Lihat catatan kaki 5, hal. 21 untuk pengertian empiris pasien stabil yang digunakan dalam kajian-kajian yang ada

⁸ Rencana Aksi Nasional Pengendalian HIV dan AIDS Bidang Kesehatan 2015-2019 menargetkan sejumlah 900 Puskesmas untuk inisiasi ART pada akhir 2017 dan jumlah yang sama untuk Puskesmas satelit ART [6].

pasien dengan kehamilan dan (suspek) koinfeksi tuberkulosis, dengan peningkatan efektivitas bila sarana laboratorium diagnostik juga turut diintegrasikan [45-49]. Integrasi dengan layanan KIA juga berdampak positif terhadap retensi ART di kelompok ibu hamil dan menunjang kepatuhan pengobatan secara signifikan dengan tambahan strategi pelibatan pasangan pria dan kampanye masyarakat [50]. Integrasi parsial merupakan model integrasi yang jamak untuk layanan ART di Indonesia.

4.5 Layanan ART bergerak

Layanan bergerak merupakan sebuah inovasi kesehatan untuk menjangkau daerah terpencil dengan taraf infrastruktur kesehatan yang belum memadai untuk menyelenggarakan layanan ART dan menjangkau kelompok populasi tertentu seperti pekerja seks dengan menyelenggarakan layanan berkala di lokasi. Pengertian ini bermakna luas dan meliputi seluruh modalitas pemberian layanan oleh petugas kesehatan di luar lingkup fasilitas kesehatan. Temuan dari kajian sistematis menekankan pentingnya layanan koneksi setelah diagnosis melalui layanan bergerak untuk meningkatkan peluang inisiasi ART [51]. Layanan bergerak berpotensi efektif dan menjamin ekuitas akses layanan untuk karakteristik wilayah dan populasi yang telah disebutkan di atas, meskipun pada praktiknya memerlukan biaya yang besar dari perspektif penyedia layanan besar karena tambahan operasional dan sebaran kluster dengan jumlah populasi kecil [52].

Layanan tes HIV bergerak telah diimplementasikan secara rutin terutama untuk menjangkau kelompok risiko pekerja seks di beberapa wilayah Indonesia. Kota Yogyakarta memelopori layanan ART bergerak untuk pekerja seks di bilangan Pasar Kembang dan untuk LSL dan transpuan di LSM Kebaya. Tim dari Puskesmas Gedong Tengen beranggotakan 5 staf (1 dokter, 2 perawat, dan 2 konselor) melakukan kunjungan bulanan ke lokasi untuk layanan tes HIV dan ART termasuk inisiasinya; dan saat ini tercatat 5 orang telah inisiasi ART dalam sejak inisiatif ini diluncurkan pada Juli 2018 sampai dengan September 2018 (26 September 2018, percakapan melalui telepon). Performa dari inisiatif ini dan rencana peralihan perawatan untuk mengantisipasi perpindahan individu atau lokasi *hotspot* masih dikaji oleh Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta.

4.6 Terapi substitusi opioid

Terapi substitusi opioid berupa rumatan buprenorfin atau metadon merupakan salah satu dari sedikit jumlah strategi dengan tingkat efektivitas yang tinggi serta merata untuk semua area kaskade pengobatan (inisiasi, retensi, dan kepatuhan) [53-55]. Terapi ini mengalihkan penggunaan opioid ilegal terutama dengan cara suntik menjadi rumatan oral dengan pengawasan petugas kesehatan untuk penentuan dosis dan konsumsinya. Rumatan metadon merupakan terapi substitusi opioid utama yang tersedia secara luas di Indonesia, dengan jumlah pasien aktif tertinggi tercatat di tahun 2012 ($N = 2.554$) [6]. Di tahun 2017 angka ini menurun menjadi 1.210 pasien aktif [12], sebagai akibat penurunan drastis peredaran heroin sejak 2010 dan peralihan pasar dengan dominasi penggunaan metamfetamina [56].

4.7 Dukungan psikososial, konseling, dan navigasi sistem

Strategi ini mengacu pada pengertian luas intervensi untuk memulihkan atau menguatkan fungsi ODHA sebagai anggota masyarakat luas, termasuk relasi dalam keluarga dan dengan layanan HIV dan layanan pendukung, yang mengarah kepada perilaku positif dalam pengobatan (memulai dan mempertahankan pengobatan serta mematuhi ketentuan minum obat). Dalam praktiknya strategi ini sangat bervariasi dalam ragamnya menurut pihak yang melakukan (kader sebaya ODHA, kader masyarakat, petugas kesehatan, apoteker), teknik intervensi (konseling individu atau kelompok, terapi kognitif perilaku, wawancara motivational, manajemen kontingensi), dan perpaduannya dengan strategi lain. Basis temuan dari kajian sistematis tidak dapat mengidentifikasi model terbaik untuk strategi ini. Meski demikian, perpaduan elemen konseling/edukasi melalui tatap muka dan telekomunikasi tampak lebih efektif dalam menunjang kepatuhan pengobatan (lihat **Tabel 3.3**).

Belakangan ini fungsi ‘navigasi sistem’ yang meliputi fungsi dukungan psikososial dan manajemen kasus mulai diujicobakan di beberapa negara berkembang, termasuk Indonesia [57]. Penelitian RCT bertajuk HIV Prevention Trials Network (HPTN) 074 di Indonesia, Ukraina, dan Vietnam membuktikan efektivitas navigasi sistem di populasi pengguna NAPZA suntik dalam meningkatkan peluang inisiasi ART dan menunjang kepatuhan pengobatan yang dibuktikan dengan tingkat supresi HIV RNA yang tidak terdeteksi [58].¹ Di luar navigasi sistem, strategi dukungan sosial dan konseling sebaya di Indonesia umumnya terfragmentasi dengan fungsi yang terspesialisasi dalam penjangkauan dan rujukan tes HIV (diemban oleh Pendidik Sebaya) dan pengobatan (Pendukung Pengobatan). Model pemberian layanan yang tepat untuk strategi ini perlu mendapatkan perhatian, terutama untuk mengintegrasikan fungsi navigasi sistem dan penentuan lingkup spesialisasi.

4.8 Pemberian sediaan obat antiretroviral multibulan

Strategi ini merupakan turunan langsung dari strategi pengurangan frekuensi kunjungan konsultasi dan pengambilan obat bagi pasien ART stabil.² Dengan layanan standar berupa frekuensi kunjungan konsultasi per 1—4 bulan dan pengambilan obat per 1—3 bulan, tidak ditemukan tingkat retensi dan kepatuhan yang lebih rendah dengan kebijakan frekuensi kunjungan yang lebih rendah untuk konsultasi (per 3—12 bulan) dan pengambilan obat (per 3—6 bulan) bagi pasien ART stabil dalam kajian sistematis [23]. Frekuensi kunjungan yang lebih rendah dapat mengurangi beban perawatan fasilitas kesehatan yang dapat dialokasikan untuk kasus inisiasi baru, di mana komplikasi perawatan lebih sering terjadi.

Dalam rangkaian lokakarya yang diselenggarakan sejumlah peserta perwakilan ODHA mengemukakan frekuensi kunjungan dan pengambilan obat untuk 2—3 bulan. Hal ini terkonfirmasi dalam lokakarya dengan peserta perwakilan fasilitas kesehatan PDP di mana dikemukakan kebijakan pemberian sediaan

1 Lebih jauh lagi, kelompok intervensi HPTN 074 mencatat nol infeksi HIV yang ditularkan oleh partisipan kepada rekan pengguna NAPZA suntik dalam satu jaringan sosial yang sama [58].

2 Lihat catatan kaki 5, hal. 21 untuk pengertian empiris pasien stabil yang digunakan dalam kajian-kajian yang ada.

obat lebih 1 bulan, di luar kebutuhan darurat (misal, keluar kota untuk waktu lama), dapat diberikan secara kasuistik berdasarkan kepercayaan terhadap kepatuhan pasien. Penyempurnaan analog ini dapat dilakukan dengan sistematisasi pengaturan eligibilitas dan kriteria pasien stabil, metode partisipasi (*opt-in*: partisipasi dari inisiatif pasien atau *opt-out*: semua pasien stabil ditawarkan strategi ini), dan frekuensi kunjungan yang dianjurkan.

4.9 Kelompok kepatuhan dan distribusi di bawah pengawasan kader sebaya

Kelompok kepatuhan merupakan kelompok dukungan pasien ART stabil³ dengan mekanisme utama berupa pertemuan rutin tiap 2—3 bulan (± 60 menit tiap pertemuannya) yang difasilitasi oleh kader sebaya untuk konseling singkat dan distribusi obat antiretroviral untuk tiap anggotanya [59]. Kader sebaya bertanggung jawab untuk pengawasan kondisi kepatuhan dan kesehatan para anggota, melakukan fungsi rujukan bila diperlukan, dan mengambil sediaan obat antiretroviral di fasilitas kesehatan terafiliasi untuk distribusi ke para anggota bila ditunjuk untuk mengemban fungsi tersebut. Secara berkala kunjungan pasien diperlukan untuk memastikan perolehan obat dan kepatuhan anggota atau petugas kesehatan dapat hadir di pertemuan untuk keperluan ini dan melakukan pemeriksaan kesehatan sederhana [59]. Kajian sistematis yang dilakukan menunjukkan tingkat retensi yang lebih tinggi dari pasien stabil yang tergabung dalam kelompok kepatuhan tanpa penurunan tingkat kepatuhan karena berkurangnya frekuensi kunjungan ke fasilitas kesehatan [23].

Strategi ini juga memiliki varian lain dengan jumlah keanggotaan yang lebih sedikit (≤ 10 orang) di mana tiap anggota secara bergiliran melakukan pengambilan sediaan obat di fasilitas kesehatan terafiliasi untuk anggota lainnya dan melakukan kunjungan konsultasi kesehatan (disebut *community adherence group*) [60].

Kelompok dukungan sebaya yang dirintis oleh Yayasan Spiritia merupakan analog terdekat dari kelompok kepatuhan ini, namun tanpa pemilahan keanggotaan berdasarkan kriteria stabil dan fungsi distribusi obat antiretroviral. Untuk mencapai taraf fungsi kelompok kepatuhan diperlukan sistematisasi eligibilitas dan prosedur serupa dengan strategi pemberian sediaan obat antiretroviral multibulan (lihat hal. 45) dan prosedur perwakilan dalam pengambilan obat.

4.10 Penelusuran pasien ART mangkir

Mangkir dari kehadiran yang sudah terjadwalkan untuk konsultasi dan pengambilan obat antiretroviral di fasilitas kesehatan berpotensi besar untuk berlanjut menjadi kasus LTFU. Hasil kajian sistematis menunjukkan tingkat retensi pengobatan yang lebih tinggi untuk program yang menerapkan strategi penelusuran pasien mangkir [61]. Mekanisme penelusuran berperan penting dalam mengarahkan pasien mangkir kembali dalam fase pengobatan. Perlu diketahui juga penelusuran pasien mangkir dapat berdampak secara administratif pada pencatatan angka kematian yang sebelumnya tidak dilaporkan dan dikategorikan sebagai LTFU.

3 Untuk pengertian empiris pasien stabil yang digunakan dalam kajian-kajian yang ada silahkan lihat catatan kaki 5, hal. 21.

Saat penulisan laporan ini, Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta bersama dengan JIP dengan dukungan FHI 360 tengah menyusun pedoman penelusuran pasien ART mangkir. Rencana selanjutnya adalah uji coba melalui program perintis untuk wilayah Daerah Khusus Ibukota Jakarta. Ketersediaan informasi aktual untuk mengetahui status kunjungan pasien untuk segera diteruskan kepada tim penelusur menjadi tantangan bagi strategi ini kelak dalam implementasi rutinnya. Prosedur penelusuran yang menghargai prinsip konfidensialitas pasien dan tidak berdampak intrusif terhadap privasi perlu mendapatkan perhatian serius.

4.11 Layanan pesan teks seluler pengingat

Strategi ini memberikan pesan berkala untuk mengingatkan waktu kunjungan berikut dan/atau jadwal minum obat antiretroviral harian bagi pasien. Efektivitas strategi ini telah dibuktikan dalam sejumlah RCT dan berlaku untuk semua area kaskade pengobatan dan beragam populasi seperti bayi (inisiasi) [47], dewasa (retensi dan kepatuhan) [62-65], ibu hamil (inisiasi dan kepatuhan) [47, 50], dan LSL (kepatuhan) [66]. Frekuensi pengiriman mingguan dan model interaksi dua arah (dapat membalas pesan yang dikirim atau percakapan teks) dilaporkan mempunyai efektivitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan frekuensi pengiriman harian dan model interaksi satu arah [64].

Penerapan di Indonesia saat ini terbilang sporadis dan sangat tergantung pada kesiapan klinik atau fasilitas kesehatan. Ruang Carlo di Rumah Sakit St. Carolus merupakan salah satu unit layanan yang menerapkan strategi ini menggunakan pesan samar (isi teks: 'Salam Carlo') yang tidak mengindikasikan keterkaitan pasien dengan layanan HIV untuk melindungi kerahasiaannya. Pilihan frekuensi dan bunyi pesan dapat dibuat beragam untuk ditawarkan kepada pasien ART yang berpartisipasi dalam strategi ini untuk dipilih yang sesuai dengan preferensinya.

4.12 Rangkuman

Bab ini dan bab sebelumnya telah menguraikan temuan tingkat efektivitas dari strategi-strategi yang teridentifikasi melalui kajian sistematis dan menyajikan rekomendasi fokus strategi untuk meningkatkan inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan baik yang telah diimplementasikan secara rutin maupun dalam wujud analog yang memerlukan penyempurnaan dan sistematisasi lebih lanjut. Tidak semua strategi yang teridentifikasi memiliki daya terapan dan relevansi yang tinggi untuk situasi epidemiologi HIV Indonesia.

Rekomendasi fokus strategi memiliki klasifikasi yang beragam: prosedur dan teknologi biomedikal (inisiasi ART segera; rejimen minim toksisitas), dukungan dan konseling (dukungan psikososial, konseling, dan navigasi sistem), integrasi layanan ART, penguatan kapasitas layanan (penelusuran pasien mangkir), perluasan akses (desentralisasi layanan ART; layanan ART bergerak; kelompok kepatuhan), teknologi komunikasi, seluler, dan Internet (layanan pesan teks seluler), layanan khusus (pemberian sediaan obat multibulan), dan ko-medikasi (terapi substitusi opioid). Terapi substitusi opioid, integrasi layanan ART, dan layanan pesan teks seluler pengingat merupakan tiga fokus strategi dengan tingkat efektivitas melebihi layanan standar dan konsisten untuk tiap area kaskade pengobatan. Pengoptimalan diperlukan untuk percepatan pertumbuhan desentralisasi layanan dan menghasilkan model dukungan psikososial yang tepat sasaran mengikuti kebutuhan inisiasi ART segera dan pemenuhan akses universal.

Agar berdampak lebih luas terhadap inisiasi, retensi, dan kepatuhan pengobatan, sejumlah fokus strategi membutuhkan sistematisasi prosedur (pemberian sediaan obat multibulan; layanan bergerak) sekaligus penambahan komponen (kelompok dukungan untuk pasien ART stabil dengan distribusi obat) pada bentuk implementasi atau analog yang telah ada. Fokus strategi lainnya telah memasuki tahap program perintis (penelusuran pasien ART mangkir) untuk diujicobakan. Penentuan fokus strategi sehingga menjadi prioritas sangat ditentukan oleh kebutuhan pengobatan dengan pemberlakuan inisiasi ART segera, kapasitas sistem kesehatan, dan dukungan kebijakan yang bervariasi untuk tiap daerah.

5.1 Tinjauan umum

Respons penanggulangan AIDS yang optimal membutuhkan strategi berorientasikan kesehatan masyarakat. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi pengobatan HIV telah mencapai titik di mana tujuan pengobatan dan pencegahan dapat berjalan beriringan menuju eliminasi HIV. Dokumen ini telah memetakan sejumlah strategi potensial untuk implementasi guna mendukung pelaksanaan revisi Pedoman Nasional Pengobatan HIV yang pada saat penulisan dokumen ini tengah berlangsung.

Prospek implementasi dari fokus strategi atau pilihan strategi lainnya akan merujuk kepada situasi epidemi HIV dan prioritas di tingkat nasional dan daerah. Pembahasan lebih lanjut mengenai prospek implementasi harus diselenggarakan dalam kerangka pembuatan kebijakan yang berbasis bukti, mengingat urgensi pemenuhan target akses universal yang berimplikasi besar bagi kesehatan masyarakat Indonesia. Penting untuk digarisbawahi bahwa basis bukti yang menjadi acuan dalam penyusunan strategi-strategi ini akan senantiasa mengalami perkembangan sehingga pemuktahiran untuk menghasilkan strategi-strategi yang lebih tepat guna di masa mendatang tidak bisa dihindarkan.

Di bawah ini akan diuraikan kebutuhan dan peran umum pemangku kepentingan yang diharapkan untuk mendukung prospek implementasi. Peran ini meliputi pihak JIP sebagai jaringan advokasi ODHA tingkat nasional dan pihak eksternal pemangku kepentingan, termasuk lembaga pelaksana program, representatif sektor kesehatan publik di tiap tingkatan administratif pemerintahan, dan lembaga internasional pendukung Program AIDS Nasional di Indonesia. Kerja-kerja untuk memenuhi kebutuhan implementasi dan mengemban peran ini menjadi agenda prioritas JIP.

5.2 Peran Jaringan Indonesia Positif

JIP pertama akan melakukan kampanye dan advokasi untuk prospek implementasi strategi ke seluruh struktur internal. Struktur internal JIP meliputi keanggotaan dengan struktur di luar sekretariat, yaitu Focal Point dan Sekretariat Daerah JIP yang tersebar di 26 provinsi berikut dengan organisasi peduli HIV tempat mereka bernaung dan mitra kerja organisasi mereka. Sebagai aset utama organisasi, Focal Point dan Sekretariat Daerah memainkan peranan inti dalam mendukung prospek implementasi dan menjalin kerja sama yang dibutuhkan antara Sekretariat dengan organisasi mitra setempat untuk keperluan ini.

Kedua, Sekretariat akan menyuarakan rekomendasi fokus strategi, berikut dengan pilihan strategi lain, dengan keterlibatan dan keanggotaan JIP di forum nasional dan internasional. JIP juga akan memanfaatkan media sosial dan situs organisasi serta partisipasi dalam kongres, seminar, lokakarya, dan medium pertemuan sejenis lainnya untuk diseminasi rekomendasi fokus strategi.

Ketiga, JIP berkomitmen untuk melakukan kerja asistensi bagi organisasi mitra untuk mendukung prospek implementasi strategi. Bidang kerja asistensi ini bertujuan untuk mengontekstualisasikan strategi prioritas pada tingkatan nasional dan daerah dan meliputi:

- (1) Keterlibatan dalam penentuan strategi prioritas;
- (2) Keterlibatan dalam penentuan sasaran dan penyusunan panduan serta rencana implementasi;
- (3) Pembuatan kajian serupa untuk kelompok sasaran tertentu bilamana dibutuhkan.

Peran-peran ini akan menjadi area prioritas kerja JIP untuk yang tertuang dalam Rencana Kerja Tahunan 2019.

5.3 Kebutuhan prospek implementasi

Dokumen ini diharapkan dapat menjadi rujukan strategis dalam membantu proses mengefektifkan revisi Pedoman Nasional Pengobatan HIV sampai tingkat aktivitas pemberian layanan yang riil. Besaran kebutuhan-kebutuhan dalam proses ini meliputi terbagi menjadi tiga tahap, yaitu penentuan strategi prioritas, program perintis, dan adopsi strategi untuk implementasi luas.

Penentuan strategi prioritas mengacu kepada pemilihan strategi yang diutamakan untuk dikembangkan menjadi implementasi atau untuk pengoptimalan implementasi dari yang sudah ada. Penentuan strategi prioritas juga perlu memilah berdasarkan ruang lingkup:

- (1) Strategi prioritas dengan lingkup implementasi seluruh Indonesia;
- (2) Strategi prioritas dengan lingkup implementasi subnasional (provinsi, kota/kabupaten) untuk adaptasi lebih lanjut dengan kebutuhan dan karakteristik khusus daerah;
- (3) Strategi prioritas dengan lingkup implementasi unit pelaksana, termasuk fasilitas kesehatan dan mitra pelaksana pemerintah atau nonpemerintah lainnya.

Pada tahap selanjutnya, diperlukan program perintis untuk mengkaji secara cermat efektivitas riil dari sebuah strategi prioritas. Dalam tahap ini dibutuhkan:

- (1) Rancangan implementasi dan pedoman pelaksanaan;
- (2) Pelaksanaan program perintis;
- (3) Evaluasi efektivitas dan biaya;
- (4) Pembaharuan rancangan implementasi dan pedoman pelaksanaan berdasarkan hasil evaluasi dan sesuai yang diperlukan;
- (5) Pembuatan nota advokasi seperti ringkasan kebijakan untuk mendorong adopsi untuk implementasi rutin.

Untuk tahap adopsi diperlukan:

- (1) Rancangan implementasi;
- (2) Peningkatan kapasitas dan kompetensi untuk melaksanakan dan mengevaluasi strategi;
- (3) Implementasi rutin di ruang lingkup masing-masing strategi;
- (4) Nota kebijakan formal yang menjamin berjalannya implementasi rutin.

Daftar Referensi

1. UNAIDS. 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic [dokumen diperoleh dari Internet]. Jenewa: UNAIDS; 2014 [dikutip 18 Agustus 2018]. Tersedia di: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf
2. WHO Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Second edition, 2016 [dokumen diperoleh dari Internet]. Jenewa: WHO; 2016 [dikutip 1 September 2018]. Tersedia di: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1
3. UNAIDS. Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030 [dokumen diperoleh dari Internet]. Jenewa: UNAIDS; 2014 [dikutip 3 September 2018]. Tersedia di: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf
4. General Assembly Resolution. 70/266: Political declaration on HIV and AIDS: on the fast-track to accelerating the fight against HIV and to ending the AIDS epidemic by 2030. New York: United Nations; 2016 [dikutip 3 September 2018]. Tersedia di: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Estimasi dan proyeksi HIV/AIDS di Indonesia tahun 2011-2016. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Rencana Aksi Nasional Pengendalian HIV-AIDS. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2015.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 43 tahun 2016 tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan situasi perkembangan HIV & AIDS di Indonesia tahun 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pencegahan, Pengendalian Penyakit, dan Penyehatan Lingkungan; 2014.
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan situasi perkembangan HIV & AIDS di Indonesia tahun 2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pencegahan, Pengendalian Penyakit, dan Penyehatan Lingkungan; 2015.
10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan situasi perkembangan HIV & AIDS di Indonesia tahun 2015. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit; 2016.
11. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan situasi perkembangan HIV-AIDS & PIMS di Indonesia Oktober-Desember 2016. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit; 2017.

12. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan situasi perkembangan HIV-AIDS & PIMS di Indonesia Januari-Desember 2017. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit; 2018.
13. Januraga PP, Reekie J, Mulyani T, Lestari BW, Iskandar S, Wisaksana R, et al. The cascade of HIV care among key populations in Indonesia: a prospective cohort study. *Lancet HIV*.
14. Gilks CF, Crowley S, Ekpini R, Gove S, Perriens J, Souteyrand Y, et al. The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *Lancet*. 2006;368(9534):505-10.
15. Lu JF, Leung GM, Kwon S, Tin KY, Van Doorslaer E, O'Donnell O. Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies. *Soc Sci Med*. 2007;64(1):199-212.
16. Cleary SM, Mooney GH, McIntyre DE. Claims on health care: a decision-making framework for equity, with application to treatment for HIV/AIDS in South Africa. *Health Policy Plan*. 2011;26(6):464-70.
17. Jaringan Indonesia Positif. Dokumentasi kasus dan faktor-faktor penyebab loss to follow-up dalam pengobatan antiretroviral di 8 kota Indonesia. Jakarta: Jaringan Indonesia Positif; 2018.
18. WHO. Antiretroviral therapy coverage: data and estimates by country. Jenewa: WHO; 2017 [pemukhtahiran 24 Juli 2017; dikutip 2018 3 September]. Tersedia di: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.626>.
19. Surat Edaran Nomor HK.02.02/1/1564/2018 tentang Penatalaksanaan Orang dengan HIV AIDS (ODHA) untuk Eliminasi HIV AIDS Tahun 2030. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2018.
20. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 87 tahun 2014 tentang pedoman pengobatan antiretroviral. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014.
21. International AIDS Society. Differentiated care for HIV: a decision framework for antiretroviral therapy [dokumen diperoleh dari Internet]. Jenewa: International AIDS Society; 2016 [dikutip 8 September 2018]. Tersedia di: http://www.differentiatedcare.org/Portals/0/adam/Content/yS6M-GKB5EWs_uTBHk1C1Q/File/Decision Framework.pdf
22. Waldrop G, Doherty M, Vitoria M, Ford N. Stable patients and patients with advanced disease: consensus definitions to support sustained scale up of antiretroviral therapy. *Trop Med Int Health*. 2016;21(9):1124-30.
23. Mutasa-Apollo T, Ford N, Wiens M, Socias ME, Negussie E, Wu P, et al. Effect of frequency of clinic visits and medication pick-up on antiretroviral treatment outcomes: a systematic literature review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(Suppl. 4):21647. DOI:10.7448/IAS.20.5.21647.
24. Fox MP, Rosen S. Retention of adult patients on antiretroviral therapy in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis 2008-2013. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;69(1):98-108.
25. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535. DOI:10.1136/bmj.b2535.

26. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-6.
27. The World Bank. World bank country and lending groups [dokumen diperoleh dari Internet]. Washington: The World Bank Group; 2018 [dikutip 21 Agustus 2018]. Tersedia di: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
28. Taylor-Phillips S, Geppert J, Stinton C, Freeman K, Johnson S, Fraser H, et al. Comparison of a full systematic review versus rapid review approaches to assess a newborn screening test for tyrosinemia type 1. *Res Synth Methods*. 2017;8(4):475-84.
29. Mugglin C, Estill J, Wandeler G, Bender N, Egger M, Gsponer T, et al. Loss to programme between HIV diagnosis and initiation of antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health*. 2012;17(12):1509-20.
30. Fox MP, Rosen S. A new cascade of HIV care for the era of "treat all". *PLoS Med*. 2017;14(4):e1002268. DOI:10.1371/journal.pmed.1002268.
31. Ford N, Migone C, Calmy A, Kerschberger B, Kanters S, Nsanzimana S, et al. Benefits and risks of rapid initiation of antiretroviral therapy. *AIDS*. 2018;32(1):17-23.
32. Bock P, James A, Nikuze A, Peton N, Sabapathy K, Mills E, et al. Baseline CD4 count and adherence to antiretroviral therapy: a Systematic review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;73(5):514-21.
33. Uthman OA, Okwundu C, Gbenga K, Volmink J, Dowdy D, Zumla A, et al. Optimal timing of antiretroviral therapy initiation for HIV-infected adults with newly diagnosed pulmonary tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*. 2015;163(1):32-9.
34. Yan S, Chen L, Wu W, Fu Z, Zhang H, Li Z, et al. Early versus delayed antiretroviral therapy for HIV and tuberculosis co-infected patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE [Electronic Resource]*. 2015;10(5):e0127645. DOI:10.1371/journal.pone.0127645.
35. Renju J, Moshabela M, McLean E, Ddaaki W, Skovdal M, Odongo F, et al. 'Side effects' are 'central effects' that challenge retention in HIV treatment programmes in six sub-Saharan African countries: a multicountry qualitative study. *Sex Transm Infect*. 2017;93(Suppl. 3):e052971. DOI:10.1136/sextrans-2016-052971.
36. Ford N, Shubber Z, Pozniak A, Vitoria M, Doherty M, Kirby C, et al. Comparative safety and neuropsychiatric adverse events associated with efavirenz use in first-line antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;69(4):422-9.
37. Kanters S, Vitoria M, Doherty M, Socias ME, Ford N, Forrest JI, et al. Comparative efficacy and safety of first-line antiretroviral therapy for the treatment of HIV infection: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet HIV*. 2016;3(11):e510-20. DOI:10.1016/S2352-3018(16)30091-1.

38. WHO Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV - interim guidance [dokumen diperoleh dari Internet]. Jenewa: WHO; 2018 [dikutip 11 September 2018]. Tersedia di: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273632/WHO-CDS-HIV-18.18-eng.pdf?ua=1>
39. TREAT ASIA. Ringkasan klinis pengobatan HIV: dolutegravir [dokumen diperoleh dari Internet]. Bangkok: TREAT Asia; 2017 [dikutip 13 September 2018]. Tersedia di: [http://www.amfar.org/uploadedFiles/amfarorg/Articles/Around The World/TreatAsia/2017/TA Clinical Dolutegravir Bahasa.pdf](http://www.amfar.org/uploadedFiles/amfarorg/Articles/Around%20The%20World/TreatAsia/2017/TA%20Clinical%20Dolutegravir%20Bahasa.pdf)
40. Kredo T, Ford N, Adeniyi FB, Garner P. Decentralising HIV treatment in lower- and middle-income countries. *Cochrane Database Sys Rev.* 2013(6):CD009987. DOI:10.1002/14651858.CD009987.pub2.
41. Emdin CA, Chong NJ, Millson PE. Non-physician clinician provided HIV treatment results in equivalent outcomes as physician-provided care: a meta-analysis. *J Int AIDS Soc.* 2013;16:18445. DOI:10.7448/ias.16.1.18445.
42. Kredo T, Adeniyi FB, Bateganya M, Pienaar ED. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014(7):CD007331. DOI:10.1002/14651858.CD007331.pub3.
43. Decroo T, Rasschaert F, Telfer B, Remartinez D, Laga M, Ford N. Community-based antiretroviral therapy programs can overcome barriers to retention of patients and decongest health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Int Health.* 2013;5(3):169-79.
44. Turan JM, Steinfeld RL, Onono M, Bukusi EA, Woods M, Shade SB, et al. The study of HIV and antenatal care integration in pregnancy in Kenya: design, methods, and baseline results of a cluster-randomized controlled trial. *PLoS One.* 2012;7(9):e44181.
45. Geldsetzer P, Yapa HM, Vaikath M, Ogbuaji O, Fox MP, Essajee SM, et al. A systematic review of interventions to improve postpartum retention of women in PMTCT and ART care. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(1):20679. DOI:10.7448/IAS.19.1.20679.
46. Fox MP, Rosen S, Geldsetzer P, Barnighausen T, Negussie E, Beanland R. Interventions to improve the rate or timing of initiation of antiretroviral therapy for HIV in sub-Saharan Africa: meta-analyses of effectiveness. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(1):20888. DOI:10.7448/IAS.19.1.20888.
47. Ambia J, Mandala J. A systematic review of interventions to improve prevention of mother-to-child HIV transmission service delivery and promote retention. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(1):20309. DOI:10.7448/IAS.19.1.20309.
48. Suthar Amitabh B, Hoos D, Beqiri A, Lorenz-Dehne K, McClure C, Duncombe C. Integrating antiretroviral therapy into antenatal care and maternal and child health settings: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2013;91(1):46-56.
49. Lindegren ML, Kennedy CE, Bain-Brickley D, Azman H, Creanga AA, Butler LM, et al. Integration of HIV/AIDS services with maternal, neonatal and child health, nutrition, and family planning services. *Cochrane Database Sys Rev.* 2012(9):CD010119. DOI:10.1002/14651858.CD010119.

50. Omonaiye O, Nicholson P, Kusljic S, Manias E. A meta-analysis of effectiveness of interventions to improve adherence in pregnant women receiving antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa. *Int J Infect Dis.* 2018;74:71-82.
51. Sharma M, Ying R, Tarr G, Barnabas R. Systematic review and meta-analysis of community and facility-based HIV testing to address linkage to care gaps in sub-Saharan Africa. *Nature.* 2015;528(7580):S77-85.
52. Babigumira JB, Sethi AK, Smyth KA, Singer ME. Cost effectiveness of facility-based care, home-based care and mobile clinics for provision of antiretroviral therapy in Uganda. *Pharmacoeconomics.* 2009;27(11):963-73.
53. Mlunde LB, Sunguya BF, Mbwapbo JK, Ubuguyu OS, Yasuoka J, Jimba M. Association of opioid agonist therapy with the initiation of antiretroviral therapy - a systematic review. *Int J Infect Dis.* 2016;46:27-33.
54. Low AJ, Mburu G, Welton NJ, May MT, Davies CF, French C, et al. Impact of opioid substitution therapy on antiretroviral therapy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis.* 2016;63(8):1094-104.
55. Binford MC, Kahana SY, Altice FL. A systematic review of antiretroviral adherence interventions for HIV-infected people who use drugs. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2012;9(4):287-312.
56. Levissianos S, Raithelhuber M, Sim I, Soe TN. The challenge of synthetic drugs in East and South-East Asia: trends and patterns of amphetamine-type stimulants and new psychoactive substances. Bangkok: United Nations Office on Drugs and Crime; 2017.
57. McBrien KA, Ivers N, Barnieh L, Bailey JJ, Lorenzetti DL, Nicholas D, et al. Patient navigators for people with chronic disease: a systematic review. *PLoS One.* 2018;13(2):e0191980. DOI:10.1371/journal.pone.0191980.
58. Miller WC, Hoffman IF, Hanscom BS, Ha TV, Dumchev K, Djoerban Z, et al. A scalable, integrated intervention to engage people who inject drugs in HIV care and medication-assisted treatment (HPTN 074): a randomised, controlled phase 3 feasibility and efficacy study. *Lancet.* 2018;392(10149):747-59.
59. Grimsrud A, Lesosky M, Kalombo C, Bekker L-G, Myer L. Implementation and operational research: community-based adherence clubs for the management of stable antiretroviral therapy patients in Cape Town, South Africa: a cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016;71(1):e16-e23. DOI:10.1097/qai.0000000000000863.
60. Decroo T, Koole O, Remartinez D, dos Santos N, Dezembro S, Jofrisse M, et al. Four-year retention and risk factors for attrition among members of community ART groups in Tete, Mozambique. *Trop Med Int Health.* 2014;19(5):514-21.
61. McMahon JH, Elliott JH, Hong SY, Bertagnolio S, Jordan MR. Effects of physical tracing on estimates of loss to follow-up, mortality and retention in low and middle income country antiretroviral therapy programs: a systematic review. *PLoS One.* 2013;8(2):e56047. DOI:10.1371/journal.pone.0056047.

62. Kanters S, Park JJ, Chan K, Socias ME, Ford N, Forrest JI, et al. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet HIV*. 2017;4(1):e31-40. DOI:10.1016/S2352-3018(16)30206-5.
63. Daher J, Vijn R, Linthwaite B, Dave S, Kim J, Dheda K, et al. Do digital innovations for HIV and sexually transmitted infections work? Results from a systematic review (1996-2017). *BMJ Open*. 2017;7(11):e017604. DOI:10.1136/bmjopen-2017-017604.
64. Mbuagbaw L, van der Kop ML, Lester RT, Thirumurthy H, Pop-Eleches C, Ye C, et al. Mobile phone text messages for improving adherence to antiretroviral therapy (ART): an individual patient data meta-analysis of randomised trials. *BMJ Open*. 2013;3(12):e003950. DOI:10.1136/bmjopen-2013-003950.
65. Barnighausen T, Chaiyachati K, Chimbindi N, Peoples A, Haberer J, Newell ML. Interventions to increase antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa: a systematic review of evaluation studies. *Lancet Infect Dis*. 2011;11(12):942-51.
66. Muessig KE, LeGrand S, Horvath KJ, Bauermeister JA, Hightow-Weidman LB. Recent mobile health interventions to support medication adherence among HIV-positive MSM. *Curr Opin HIV AIDS*. 2017;12(5):432-41.

**Strategi Peningkatan Inisiasi,
Retensi, dan Kepatuhan**

**PENGOBATAN
ANTIRETROVIRAL UNTUK
ORANG DENGAN HIV/AIDS
(ODHA)**

