

**RENCANA KERJA JANGKA MENENGAH PERAWATAN, DUKUNGAN DAN PENGOBATAN
UNTUK ODHA SERTA PENCEGAHAN HIV/AIDS TAHUN 2005-2009**
(Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1508/MENKES/SK/X/2005)

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang :

- a. bahwa jumlah kasus penderita HIV/AIDS dan penyakit menular seksual cenderung meningkat sehingga dapat mengancam kesehatan masyarakat di Indonesia;
- b. bahwa dalam rangka penanggulangan HIV/AIDS dan penyakit menular seksual lainnya, perlu disusun rencana kerja jangka menengah perawatan, dukungan dan pengobatan untuk ODHA serta pencegahan HIV/AIDS tahun 2005-2009 untuk melengkapi Rencana Strategis Penanggulangan HIV/AIDS Nasional;
- c. bahwa sehubungan dengan pertimbangan huruf a dan b, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Rencana Kerja Jangka Menengah Perawatan, Dukungan Dan Pengobatan Untuk ODHA Serta Pencegahan HIV/AIDS di Indonesia tahun 2005-2009;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273);
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437);
4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 70, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3848);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3447);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonomi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3952);

8. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan Atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4010);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Dekonsentrasi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4095);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 52 Tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Tugas Pembantuan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4106);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 56 Tahun 2001 tentang Pelaporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4124);
12. Keputusan Presiden Nomor 36 Tahun 1994 tentang Pembentukan Komisi Penanggulangan HIV/AIDS;
13. Keputusan Menteri Kesejahteraan Rakyat Nomor 9/KEP/1994 tentang Strategi Nasional Penanggulangan AIDS di Indonesia;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1277/MENKES/SK/XI/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;

M E N U T U S K A N :

Menetapkan :

- Pertama : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG RENCANA KERJA JANGKA MENENGAH PERAWATAN, DUKUNGAN DAN PENGOBATAN UNTUK ODHA SERTA PENCEGAHAN HIV/AIDS DI INDONESIA TAHUN 2005-2009.
- Kedua : Rencana kerja jangka menengah perawatan, dukungan dan pengobatan untuk ODHA serta pencegahan HIV/AIDS di Indonesia tahun 2005-2009 sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga : Rencana kerja sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua merupakan acuan dalam Perencanaan, Pengorganisasian, Monitoring dan Evaluasi kegiatan pengobatan untuk ODHA serta pencegahan HIV/AIDS bagi seluruh instansi kesehatan dan instansi lainnya yang terkait baik tingkat pusat, provinsi maupun kabupaten/kota.

Keempat : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dan akan diadakan perubahan seperlunya bila di kemudian hari terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 18 Oktober 2005
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP (K)

Lampiran

**RENCANA KERJA JANGKA MENENGAH PERAWATAN,
DUKUNGAN DAN PENGOBATAN UNTUK ODHA SERTA
PENCEGAHAN HIV/AIDS TAHUN 2005-2009**

I. PENDAHULUAN

A. Situasi HIV/AIDS di Indonesia

Pada saat ini, Indonesia tengah menghadapi memburuknya situasi epidemi HIV/AIDS, di mana tingkat epidemi prevalensi rendah (*low/prevalence epidemic*) sejak tahun 1999 telah berlanjut menjadi epidemi terkonsentrasi (*concentrated level of epidemic*), pada tempat-tempat dan kelompok sub populasi tertentu, terutama di provinsi DKI, Papua, Kepri, Bali, Jabar dan Jatim, Kalbar, Sumut dan Sulut. Prevalensi HIV dan jumlah kasus AIDS antar daerah sangat bervariasi dan hal ini terutama dipengaruhi oleh tingkat transmisi yang berbeda-beda. Di beberapa tempat, penyakit ini telah menja di problem kesehatan yang amat serius. Disamping dapat menurunkan status kesehatan penduduk, peningkatan morbiditas dan mortalitas, penyakit ini juga memberikan dampak sosial, ekonomi, politik dan bahkan keamanan.

Estimasi yang dibuat pada tahun 2002 memperkirakan bahwa di Indonesia terdapat sekitar 90.000-130.000 pengidap infeksi HIV, yang pada akhirnya dalam jangka waktu 3-10 tahun kemudian akan menjadi beban pada layanan kesehatan di Indonesia. Namun demikian, akses ODHA pada tahun 2004 terhadap pengobatan ARV yang dapat dihimpun dari beberapa unit layanan ARV, terdapat lebih dari 2000 ODHA.

Belajar dari pengalaman negara lain, seperti di USA dan Brazil, ditemukan bukti bahwa dengan pengobatan ARV maka kematian karena AIDS di USA dapat ditekan sampai 70% pada tahun 1996. Sementara itu di Brazil, ARV diberikan secara gratis dengan dukungan biaya 1,3 milyar USD dari tahun 1996 sampai 2002. Program ini ternyata dapat menghemat pengeluaran negara sampai 2.2 milyar USD belum termasuk penghematan tidak langsung karena ODHA tersebut tetap dapat hidup produktif. Selain itu kebijakan pemerintah Brazil tersebut telah dapat menurunkan angka kesakitan 40 - 70% dan

angka kematian 60-80% (1996-2000). Negara-negara lain yang memberikan obat ARV secara gratis kepada ODHA adalah India dan Muangthai.

Pengendalian epidemi HIV/AIDS yang efektif sangat bergantung pada peningkatan upaya pencegahan, penguatan perawatan & dukungan, perluasan pengobatan dan pelembagaan pengurangan dampak negatif dari epidemi ini. Banyak di antara upaya tersebut telah dilaksanakan di Indonesia. Namun, program pengobatan antiretroviral (ARV) belum dilaksanakan secara luas mengingat biaya yang mahal dan rumitnya proses pemberian intervensi yang menyelamatkan kehidupan ini.

Turunnya harga obat ARV dan diagnostik HIV, penyederhanaan prosedur pengobatan antiretroviral (*antiretroviral therapy - ART*), tersedianya dana bantuan dan pengalaman dari luar negeri dalam pelaksanaan program pemberian ART di negara berkembang lain, semuanya memberikan suatu jendela peluang untuk pemanfaatan ART secara luas dalam menanggulangi epidemi HIV/AIDS di Indonesia.

Pengobatan antiretroviral melibatkan ODHA yang minum kombinasi obat antiretroviral (ARV), dan layanan dukungan lain sepanjang hidupnya. Pemberian ART menunjukkan bahwa ART telah berhasil memperbaiki kualitas hidup ODHA secara nyata. ART tidak menyembuhkan HIV/AIDS, melainkan menghambat perkembangan penyakit tersebut sehingga memberi kesempatan kepada ODHA untuk hidup lebih lama, lebih sehat dan lebih produktif dibandingkan -tanpa ART. Obat ARV juga bermanfaat untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak (*Prevention of Mother to Child Transmission-PMTCT*) dan bermanfaat untuk profilaksis pasca-pajanan (*Post-exposure Prophylaxis - PEP*) untuk mencegah infeksi HIV setelah pajanan yang tidak disengaja (seperti di lingkungan perawatan medis).

Pada tanggal 22 September 2003 pada Sidang Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa, Direktur Jenderal Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO), dan Direktur Eksekutif UNAIDS, menyatakan bahwa kesenjangan pengobatan AIDS global sebagai keadaan darurat kesehatan masyarakat. Lebih dari 40 juta orang di seluruh dunia hidup dengan HIV/AIDS, 950/6 di antaranya tinggal di negara dengan sumber daya terbatas. WHO dan UNAIDS memperkirakan bahwa sedikitnya enam juta dari mereka telah menderita penyakit HIV tahap lanjut dan sangat membutuhkan pengobatan ARV. Dari enam juta tersebut, 4,1 juta di antaranya tinggal di selatan Sahara, Afrika, yang sistem kesehatannya lemah dan akses terhadap upaya pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV masih rendah.

WHO dan UNAIDS memelopori upaya internasional untuk menyiasati keadaan darurat tersebut, dengan sasaran agar tiga juta orang di negara yang bersumber daya terbatas dapat memperoleh pengobatan antiretroviral (ART) pada akhir 2005; strategi ini disebut '3 by 5'.

'3 by 5' adalah target yang dapat terukur dan dengan waktu terbatas menuju tercapainya akses universal terhadap ART. WHO telah mengembangkan strategi yang menggambarkan sumbangannya pada '3 by 5'. Strategi ini didasarkan pada pendekatan kesehatan masyarakat terhadap ART, dengan unsur-unsur kunci sebagai berikut:

- Dukungan terfokus pada 34 negara yang memiliki 90% orang yang membutuhkan ART;
- Protokol pengobatan standar dan pemantauan klinis disederhanakan;
- Pemanfaatan optimal sumber daya manusia serta infrastruktur fisik yang ada;
- Pelibatan ODHA serta masyarakat dalam merancang dan melaksanakan program;
- Pencatatan disederhanakan;
- Minimalisasi biaya, termasuk penurunan biaya obat-obatan dan bahan-bahan diagnostik.

Negara-negara anggota WHO dan PBB dihimbau agar berupaya mencapai target '3 by 5' ini dengan melaksanakan program-program yang dapat meningkatkan secara nyata berbagai layanan ART. Ini mencakup penetapan target nasional, pengembangan mekanisme koordinasi tingkat tinggi, mobilisasi sumber daya, penguatan kemampuan sistem kesehatan dan masyarakat, dan menjamin pasokan obat ARV berkesinambungan.

B. Visi : Jangkauan untuk semua

Mengacu pada visi Indonesia sehat 2010 maka semua ODHA diusahakan akan dapat menjangkau semua layanan yang dibutuhkannya, seperti misalnya perawatan dukungan dan pengobatan termasuk pengobatan ARV. Dengan banyaknya ODHA yang mampu menjangkau semua jenis layanan tersebut, maka perkembangan epidemi HIV/AIDS diharapkan akan terkendali.

C. Misi:

1. Memberikan jangkauan perawatan berkualitas bagi ODHA.
2. Memberikan jangkauan dukungan berkualitas bagi ODHA.
3. Memberikan jangkauan pengobatan berkualitas bagi ODHA.
4. Melaksanakan upaya pencegahan penyebaran infeksi HIV.
5. Meningkatkan kualitas hidup ODHA.

D. Tujuan

Tujuan umum:

Meningkatkan dan memudahkan jangkauan perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA untuk pencegahan penularan HIV lebih lanjut serta meningkatkan kualitas hidup ODHA

Tujuan khusus:

1. Menyediakan akses ARV bagi semua ODHA yang membutuhkan pada akhir th 2009.

2. Mengurangi penularan HIV di berbagai kelompok risiko tinggi dan pada masyarakat umumnya serta mengurangi dampak buruk akibat infeksi HIV melalui pengobatan ARV pada ODHA.

Sasaran:

3. Penyediaan obat ARV dan bahan yang terkait lainnya untuk mencakup pengobatan 20.000 orang ODHA di sarana kesehatan pemerintah dan non pemerintah pada akhir tahun 2009.
4. Semua kabupaten/kota sudah memiliki tim yang terampil dalam memberikan pengobatan ARV dan dukungan pada akhir tahun 2009.

II. KEBIJAKAN

A. Bagian dari Respons Komprehensif terhadap HIV/AIDS

Program ART adalah bagian dari respons yang lebih luas terhadap HIV/AIDS dan harus melengkapi program yang sudah ada dan dibangun dari program tersebut sebagaimana digariskan dalam Rencana Strategis Penanggulangan HIV/AIDS Nasional. Program ART dimaksudkan untuk melengkapi, bukan menggantikan atau melemahkan program yang lain. Program ART mendukung upaya pencegahan dengan mendorong warga yang berperilaku berisiko tinggi untuk menggunakan layanan konseling dan tes. Pencegahan infeksi HIV/AIDS tetap mendapatkan prioritas penanggulangan HIV/AIDS yang diintegrasikan dengan pengobatan yang mencakup layanan medis berkelanjutan untuk mengobati infeksi oportunistik berkaitan dengan HIV, dan intervensi gizi. Di samping itu, diberikan pula berbagai layanan dukungan komunitas, yang mencakup konseling, dukungan untuk kepatuhan minum obat, upaya penggerakan masyarakat guna mengurangi stigma dan diskriminasi, perawatan di masyarakat dan di rumah dan, bila perlu, perawatan paliatif.

Dalam penanggulangan infeksi HIV/AIDS di Indonesia, pemerintah akan mengacu pada kebijakan dasar sebagai berikut (Strategi Nasional 2003-2007) :

- > Menggunakan pendekatan multisektoral dan kemitraan.
- > Menghormati hak azasi dan mendorong tanggung jawab dari individu yang terimbas oleh dampak infeksi HIV dan AIDS.
- > Memberdayakan masyarakat untuk melaksanakan upaya pencegahan infeksi HIV dan penyebarannya.
- > Perawatan dan dukungan ODHA harus terintegrasi dalam jaringan layanan kesehatan dan layanan sosial yang sudah ada pada saat ini di Indonesia.
- > Menerapkan kewaspadaan universal dan program K3 untuk meminimalkan terjadinya penularan dalam semua tindakan medis atau kesehatan.
- > Semua tes antibodi HIV untuk diagnosis harus dilaksanakan secara sukarela dengan

persetujuan dari yang bersangkutan setelah mendapatkan informasi yang jelas dengan konseling pra dan pasca tes yang memadai serta terjamin kerahasiaannya.

- > Pengembangan kebijakan dan program sosio-ekonomi dengan mempertimbangkan dampak dari infeksi HIV dan AIDS.
- > Alokasi dana dan sumberdaya lain dengan mempertimbangkan juga untuk keperluan berbagai kelompok masyarakat yang terkena dampak infeksi HIV dan AIDS.
- > Peningkatan jangkauan pada ART akan mengurangi penderitaan, memperpanjang hidup dan meningkatkan kualitas hidup juga meningkatkan kegiatan pencegahan dan memperkuat sistem kesehatan secara umum.
- > Untuk meningkatkan jangkauan ART perlu desentralisasi diagnostik dan jejaring pengobatan dengan menggunakan dan meningkatkan sarana kesehatan yang ada.
- > ART merupakan bagian integral dari perawatan dan pencegahan yang terpadu dalam layanan kesehatan dasar.
- > ART akan memperkuat program pencegahan.
- > Sangat penting untuk melibatkan pihak yang berkepentingan dan mitra dari sektor pemerintah, non-pemerintah, masyarakat, ODHA dan organisasi internasional.

B. Prinsip Dasar Strategi Pelayanan Komprehensif dalam Perawatan, Dukungan dan Pengobatan.

1. Perluasan dan Pemerataan Jangkauan.
ART harus diberikan secara merata kepada semua orang yang memerlukannya, termasuk anak-anak, kaum perempuan, laki-laki dan semua populasi yang rentan, seperti orang miskin, narapidana dan kaum pengungsi. Program ini akan menangani masalah pemberian layanan di lingkungan perkotaan dan pedesaan dengan memperhatikan kebutuhan kelompok masyarakat yang terisih dan wilayah terpencil.
2. Kualitas Perawatan.
Pelayanan komprehensif perawatan, dukungan dan pengobatan ODHA yang diberikan termasuk ART harus memenuhi standar internasional dan nasional.
Lingkup layanan meliputi diagnosis yang benar, konseling, pengobatan, pemeriksaan tindak lanjut, pemantauan timbulnya resistensi terhadap ARV dan efek samping obat yang merugikan. Protokol perawatan dan pengobatan harus didasarkan pada "praktek terbaik" internasional, prosedur sertifikasi menjamin sarana kesehatan untuk memberikan pengobatan ARV secara berkualitas, dan pelatihan serta sertifikasi tenaga kesehatan profesional dilakukan secara berkelanjutan untuk mendukung program.

3. Memperkuat Sistem Kesehatan.

Program ART dalam pelayanan komprehensif perawatan, dukungan dan pengobatan ODHA harus memperkuat sistem kesehatan nasional serta layanan kesehatan dasar untuk menjamin layanan efektif dari perawatan dan pengobatan HIV/AIDS secara paripurna. Pelayanan ini terintegrasi ke dalam layanan kesehatan tersedia di semua tingkat daerah kabupaten/kota ataupun propinsi dan nasional. Secara khusus pelaksanaan ART tidak akan mengurangi dana untuk prioritas dan program perawatan kesehatan lain yang sama pentingnya. Investasi dalam program ini akan banyak digunakan untuk memperkuat sistem kesehatan, termasuk pengembangan sumber daya manusia, mengadakan perlengkapan sarana kesehatan dan menata sistem pemantauan, pengadaan dan manajemen.

4. Memperkuat Kemitraan.

Untuk meningkatkan ART dalam pelayanan komprehensif perawatan, dukungan dan pengobatan ODHA secara efektif maka diperlukan suatu kemitraan luas antara pemerintah, sektor swasta, masyarakat madani dan masyarakat. Para ODHA dan masyarakat memiliki peran yang penting dalam memberikan dukungan-non medis bagi ODHA yang dirawat maupun tidak dirawat. Salah satu bentuk dukungan non-medis antara lain: manajer kasus, kelompok pendukun (support group) bagi keluarga dan ODHA, akses JPS/Gakin, akses, dukungan pemberdayaan ODHA, memberikan masukan dalam perencanaan program.

5. Pendekatan berdasarkan Hak Azasi Manusia (HAM).

Seperti halnya pelayanan untuk semua pasien lain maka pendekatan berdasarkan HAM merupakan acuan dalam merancang dan melaksanakan program pelayanan komprehensif perawatan, dukungan dan pengobatan ODHA termasuk ART. Layanan kesehatan berdasarkan pendekatan HAM bertumpu pada pemberdayaan individu dan masyarakatnya dengan melibatkan mereka di pusat layanan kesehatan. Bukti menunjukkan bahwa pelanggaran terhadap hak asasi manusia terhadap infeksi HIV justru lebih mengobarkan epidemi ini. Hak yang perlu difahami agar respons terhadap epidemi HIV/AIDS dapat berlangsung secara efektif mencakup hak untuk sehat, hak untuk mengetahui status HIV diri sendiri, hak atas informasi, hak atas privasi dan hak atas perlakuan non-diskriminatif. Jika ODHA diharapkan untuk menggunakan sarana layanan pengobatan maka pengobatan dan perawatan yang diberikan juga harus relevan, dan menghormati budaya setempat.

6. Kesenambungan.

Pelayanan komprehensif perawatan, dukungan dan pengobatan ODHA membutuhkan kesepakatan untuk memberikan perawatan dan pengobatan jangka panjang yang berkesinambungan dan diterapkan di setiap jenjang perencanaan baik di tingkat nasional, provinsi, kabupaten maupun institusi pemberi jasa pelayanan kesehatan dan juga penerima layanan. Sebagai contoh adalah bahwa obat ARV untuk ART harus diberikan tanpa henti seumur hidup, sedangkan obat, bahan diagnostik, sumber daya manusia dan sarana fisik yang diperlukan untuk mempertahankan ART sangat mahal.

Agar program ini berkesinambungan, maka perlu dilakukan secara efektif dan efisien, tanpa mengurangi kualitas. Hal tersebut berarti secara proporsional harus tersedia sekitar 90% kelima obat ARV lini pertama dan sekitar 10% obat ARV lini kedua.

Penyediaan dana untuk program ini akan diadakan dengan menggabungkan berbagai sumber, termasuk anggaran belanja negara, sumbangan individual dan bantuan luar negeri. Pada awalnya program ini akan membutuhkan dukungan dana dari luar negeri yang cukup besar, dan berangsur-angsur peran ini akan diambil alih oleh pembiayaan setempat, agar program ini menjadi semakin mantap.

III. ANALISIS SITUASI

Dalam rencana Strategi nasional penanggulangan HIV/AIDS 2003-2007 telah ditetapkan target untuk menurunkan 20% angka infeksi baru HIV pada usia 15-24 tahun di tahun 2007 yang umumnya kelompok umur tersebut merupakan kelompok pengguna NAPZA suntik. Untuk mencapai target tersebut diperlukan kerja sama dengan BNN dalam melaksanakan kampanye.

Masih banyak masalah yang belum tercakup di dalam Renstra 2003-2007, sehingga Renstra HIV/AIDS yang sudah ada perlu diamandemen, dan diperpanjang untuk tahun 2005-2009.

Pemerintah telah menyediakan obat lini pertama dan obat untuk infeksi oportunistik dan mulai disediakan 10% untuk lini kedua. Sementara ini telah dikeluarkan suatu kebijakan untuk memberikan "subsidi penuh" untuk ART. Pada tahun 2004 telah ditunjuk 25 rumah sakit rujukan ARV melalui SK Menkes Nomor 781/MENKES/SK/VII/2004 pada tanggal 7 Juli 2004 yang perlu diperluas agar dapat menjangkau jumlah ODHA yang lebih banyak pada tahun 2005. Penetapan 25 RS rujukan pengobatan ARV bagi ODHA dilakukan untuk menanggapi Initiative 3 by 5 WHO dalam memberikan akses terapi bagi ODHA, sebagai tahap awal di Indonesia.

Agar layanan perawatan, dukungan dan pengobatan ODHA dapat berjalan dengan baik maka diperlukan jejaring kemitraan dengan berbagai pihak seperti

misalnya manajer kasus. Dari hasil pemantauan ke 25 rumah sakit tersebut diketahui bahwa belum berkembang jejaring yang kuat di tingkat daerah. Hal tersebut diperkirakan karena belum adanya prosedur yang jelas mengenai pengembangan jejaring tersebut. Peran KPA di daerah baik KPA Provinsi maupun KPA Kabupaten dianggap sangat penting dalam pengembangan jejaring tersebut sehingga aktifitasnya perlu terus ditingkatkan. Dalam mengembangkan jejaring dan kemitraan, diperlukan kepercayaan, tanggungjawab.

Gambaran layanan di 25 RS tersebut adalah sebagai berikut :

A. Voluntary Consulting & Testing (VCT) :

1. VCT adalah sarana pelayanan konseling dan testing HIV yang merupakan entry point bagi semua layanan pemeriksaan-diagnosis-terapi bagi ODHA.
Entry point VCT ini di 20 RS masih terbatas aksesnya. Ke 25 RS Rujukan sudah melaksanakan konseling sebelum testing.
2. VCT bersifat pasif, menunggu rujukan dari dalam dan luar RS.
3. Konselor mempunyai tugas rangkap (sebagai dokter, perawat), sehingga pengembangan program VCT tak berjalan cepat.
4. Sebagian besar konselor belum menggunakan check list untuk menelusuri persoalan klien yang harus digali.
5. Bahan KIE dan alat peraga untuk edukasi klien, terbatas.
6. Masih terbatasnya SOP dan formulir-formulir VCT.
7. Ruang konseling belum tersedia di 15 RS, sehingga konseling masih dilakukan bedside, di poliklinik atau ruang yang berpindah-pindah. Dikuatirkan keterjagaan konfidensialitas, yang sangat dituntut dari proses konseling.
8. Jasa konseling sangat bervariasi (dari mulai gratis, biaya yang sangat kecil Rp 500/klien/kunjungan, atau subsidi Rp 30.000 - Rp 50.000/klien).
9. Rujukan dari dalam dan luar RS masih terbatas dan belum berjalan dengan baik.

B. Tatalaksana Infeksi Oportunistik (IO), termasuk TB :

1. 75-80% Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) dengan ko-infeksi TB.
2. Hanya 8 RS mengikuti strategi DOTS, dan menyediakan Obat Anti TB (OAT) gratis.
3. Adanya kendala biaya, karena obat IO gratis dari Pemerintah terbatas.
4. Belum memahami bahwa penanganan IO harus dilakukan sebelum memberikan Anti Retroviral Therapy (ART).
5. RS belum mempunyai SOP tertulis untuk tatalaksana klinis IO.
6. Belum adanya koordinasi penanganan IO multidisiplin.

- C. Pemberian Anti Retro Viral (ARV) :
1. Belum jelasnya kriteria pengobatan (medis & non medis)
 2. Pemakaian ARV belum terdokumentasi dengan baik.
 3. Pasien datang dalam stadium lanjut.
 4. Mobilitas ODHA tinggi (khusus Papua).
 5. Masih ada Dokter yang kurang memahami jenis-jenis ARV yang berasal dari Depkes, GF-ATM (bantuan Global Fund on AIDS-TB and Malaria), MSF (LSM: Dokter Untas Batas), Neba (LSM Belanda).
 6. Jumlah jangka waktu pemberian obat yang tidak seragam.
- D. Dukungan untuk kepatuhan :
1. Penyiapan pasien pra Anti Retro Viral Treatment (ART, suatu komponen yang terdiri atas rangkaian konseling pra pemeriksaan-pasca pemeriksaan-adherence-dukungan dan ARV) untuk adherence belum ditangani secara tim.
 2. Belum dikembangkan sistem pemantauan ART.
 3. Belum memanfaatkan manager kasus/LSM untuk pendampingan.
 4. Jangkauan RS yang masih terbatas didalam RS, belum memanfaatkan jejaring dengan kelompok dampingan.
 5. Stigma pada ODHA baik oleh petugas kesehatan maupun masyarakat, sehingga ODHA sulit untuk membuka diri.
- E. Prevention Mother To Child Transmition (PMTCT) :
1. Ibu hamil, melahirkan, menyusui belum mendapat perhatian untuk menghambat penularan dari ibu ke anak.
 2. Belum adanya pedoman baku nasional untuk PMTCT.
- F. Palliative care:
- Hanya sebagian kecil RS melakukan palliative care, dan bergabung dengan palliative-care dengan penyakit lain seperti kanker.
- G. Hak ODHA dan pengurangan stigma :
1. Stigma petugas kesehatan dan masyarakat terhadap ODHA masih belum bisa ditangani bahkan di beberapa tempat stigma ini demikian tebal, termasuk oleh pemberi layanan kesehatan.
 2. Permasalahan dengan diskriminasi pada ODHA.
 3. Kerahasiaan/konfidensialitas masih belum terjaga.
- H. Promosi kesehatan, pencegahan dan pengobatan :
1. Program Penyuluhan Kesehatan Masyarakat RS (PKMRS) belum mencakup materi HIV/AIDS.
 2. Masih kurangnya sosialisasi dan pelatihan tentang HIV/AIDS di dalam dan di luar RS.
3. Jadwal pengobatan ARV masih konvensional (rencana untuk mengingatkan ODHA).
 4. Berkembangnya issue buah merah dari Papua yang dikatakan dapat menyembuhkan HIV.
- I. Kepemimpinan dan pengelolaan SDM :
1. Komitmen Direktur RS cukup baik, 2 RS belum membentuk Pokja/Tim HIV/AIDS.
 2. Peran & fungsi Komite Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD), Dinas Kesehatan, LSM, masyarakat telah berjalan meski belum optimal.
 3. Tenaga yang telah dilatih belum dimanfaatkan dengan optimal.
 4. Belum seluruhnya memahami dan menerapkan kewaspadaan universal.
 5. Sistem/akses dan pengadaan obat *Post Exposure Prophylaxis* (PEP, profilaksis paska pajanan) yang belum menjadi perhatian yang serius.
- J. Pasokan dan pengelolaan obat.
1. Sumber obat ARV: program/Depkes, Otonomi Khusus, donor lain.
 2. Obat subsidi penuh Depkes adalah obat ARV esensial yang didistribusikan langsung ke RS oleh PT Kimia Farma.
 3. ARV yang telah didistribusikan ke 25 RS sebanyak (sampai 24 Januari 2005)

• Duviral	6648 paket
• Neviral	6648 paket
• Efavirens 200 mg	145 paket
• Efavirens 500 mg	173 paket
• Stavudin	236 paket
• Hiviral	1431 paket
 4. ODHA yang mendapat ART : 1553 orang.
 5. Sebagian besar instalasi farmasi RS berfungsi sebagai logistik, tidak memberikan konseling farmasi dan belum terlibat di dalam Tim/Pokja HIV/AIDS.
 6. Tiga RS menyimpan ARV bukan di Instalasi Farmasi (Di Farmasi Anak, Penyakit Dalam dan Ruang VCT).
 7. Belum berjalannya mekanisme monitoring obat ARV.
 8. Pada sebagian besar RS, resep diberikan oleh dokter yang terlatih.
- K. Tatalaksana Laboratorium:
1. Sebagian besar RS belum memiliki 3 reagen utk pemeriksaan HIV, sehingga pemeriksaan dirujuk ke Balai Laboratorium Kesehatan (BLK) dengan menggunakan 2 rapid test dan 1 ELISA. Pedoman Departemen Kesehatan mengisyaratkan 3 rapid test berbeda reagens.
 2. RS di 4 propinsi (RSUD Pekanbaru, RS Budi Kemuliaan Batam, RSU Duren Sawit dan RSU Sanglah, RS Dok II Jayapura dan RSUD Merauke) mendapatkan 3 jenis reagen rapid test dari Global Fund (GF).
 3. 1 RS masih menggunakan Western Blot sebagai

konfirmasi. WB tidak diisyaratkan oleh dunia karena harganya yang mahal, para klinisi sebagian besar lebih menyukai konfirmasi dengan WB.

4. Pemantapan Mutu Internal (PMI), (mis. pengukuran suhu lemari es, tip pipet, kalibrasi alat) tidak dilaksanakan dengan benar di 11 RS.
5. 3 RS belum mengikuti Pemantapan Mutu Eksternal (PME) yang dilaksanakan oleh Depkes RI.
6. CD4 baru dimiliki oleh 2 RS (RSCM dan RS Kanker Dharmais) sehingga sulit untuk memonitor pengobatan ART, dan 1 Dynabead di RSUD Merauke
7. *Viral Load Machine* hanya dimiliki oleh RSCM (Bagian Penyakit Dalam) dan RS Kanker Dharmais
8. Sebagian besar RS mampu memeriksa Hitung Limfosit Total (*Total Lymphocyte Count*=TLC), namun konversi TLC ke CD4 tidak direkomendasikan
9. Laboratorium IO : sebagian besar RS hanya melakukan pemeriksaan Candida dan TB secara mikroskopis
10. RS besar dapat melakukan pemeriksaan HBV, HCV, *Cryptococcus*, biakan TB & *Toxoplasma* (tetapi kendala pada biaya)
11. Perlu peningkatan dalam pengolahan limbah padat dan cair di RS.
12. Tenaga laboratorium yang terlatih berkisar antara 1-2 orang analis/RS dan 1 tenaga dokter (SpPK).
13. Sebagian besar RS belum mempunyai SOP untuk pemeriksaan laboratorium.

- L. Sistem manajemen informasi.
Pencatatan yang dilakukan, belum memudahkan pemantauan kepatuhan ART.

IV. STRATEGI

Penanganan ODHA merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat komprehensif meliputi pelayanan medis dan non-medis. Program medis pelayanan komprehensif meliputi VCT/CT, pelayanan laboratorium, pelayanan kepatuhan minum obat, pengobatan infeksi oportunistik berkaitan dengan HIV, terapi ARV, dan intervensi gizi. Pelayanan non-medis dapat diberikan oleh RS bekerjasama dengan berbagai layanan dukungan yang ada di masyarakat yang mencakup konseling, dukungan untuk kepatuhan minum obat, upaya penggerakan masyarakat guna mengurangi stigma dan diskriminasi, perawatan di masyarakat dan di rumah dan, bila perlu, perawatan paliatif. Program ART adalah bagian dari pelayanan ODHA yang komprehensif dan harus melengkapi dan dibangun dari program yang sudah ada sebagaimana digariskan dalam Rencana Strategis Penanggulangan HIV/AIDS Nasional.

Program ART dimaksudkan untuk melengkapi, bukan menggantikan atau melemahkan program yang lain.

Program ART mendukung upaya pencegahan dengan mendorong warga yang berperilaku berisiko tinggi untuk menggunakan layanan konseling dan tes. Berdasarkan atas analisis situasi dewasa ini baik di Indonesia maupun di kawasan regional Asia Tenggara serta sesuai arahan dari WHO maka untuk mencapai visi dan menjalankan misi yang disepakati maka tersusun strategi seperti berikut:

1. Membangun kesepakatan politik dan mobilisasi dana secara nasional.
2. Mengembangkan dan memperluas kapasitas layanan kesehatan dalam perawatan, dukungan dan pengobatan ODHA.
3. Pengembangan sumber daya manusia berkualitas.
4. Layanan perawatan, dukungan dan pengobatan berorientasi pada kebutuhan pasien dan mudah dijangkau.
5. Pengembangan atau pembaharuan penggunaan, pengadaan dan distribusi Obat ARV dan IO.
6. Penatalaksanaan kasus yang menjamin kepatuhan dan kesinambungan pengobatan (*adherence*).
7. Mengembangkan atau memperbaiki layanan laboratorium yang berkualitas di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota.
8. Pendanaan.
9. Mengembangkan Sistem Informasi Perawatan ODHA dan ART yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Manajemen.
10. Pemantauan dan evaluasi (*Monitoring & evaluation*), surveilans dan riset operasional.

Uraian hal di atas sebagaimana di bawah ini.

- A. Membangun kesepakatan politik dan mobilisasi dana secara nasional.

Bagi Indonesia sebagai anggota dari WHO, untuk mendukung pencapaian target 3 by 5 WHO maka kesepakatan tersebut sangat diperlukan oleh karena dalam era desentralisasi ini berarti pemerintah daerah memegang peran penting dalam pengambilan keputusan.

1. Luaran yang diharapkan.
Adanya kebijakan, dana, dan kegiatan yang terintegrasi
2. Kegiatan meliputi;
 - Mengembangkan kebijakan dan strategi nasional tentang layanan perawatan dukungan dan pengobatan ODHA sebagai bagian dari strategi penanggulangan AIDS nasional secara keseluruhan.
 1. Kebijakan ART lini pertama dan kedua dan terakhir (*salvage*)
 2. Kebijakan obat IO dan profilaksis
 3. Kebijakan pemeriksaan laboratorium, distribusi alat dan reagen
 4. Kebijakan Kewaspadaan Universal dan PPP di layanan kesehatan
 5. Kebijakan tentang penetapan RS

- Rujukan, satelit dan layanan kesehatan lainnya serta kewenangan masing-masing tingkat layanan
6. Kebijakan alur rujukan pasien obat dan laboratorium
 7. Kebijakan alur distribusi sarana prasarana
 8. Kebijakan di bidang layanan obat dan pembiayaan termasuk peresepannya
 9. Kebijakan penyelenggaraan VCT dan pembiayaannya
 10. Kebijakan tentang PMTCT
 11. Kebijakan Registrasi AIDS Nasional
 12. Kebijakan untuk memberikan donasi
 13. Kebijakan penetapan kewenangan Tim Pemantau dan Pengendali Pengobatan HIV/AIDS Nasional dan lokal
- Melaksanakan advokasi kepada pihak terkait dengan menggunakan dokumen advokasi yang ada seperti: serta Pedoman VCT, Pedoman ARV, Pedoman CST, Sistem Yankes ODHA, KU, Evaluasi Reagen Lab, Pedoman Pencatatan dan Pelaporan, Pedoman Akses Khusus (*special access scheme*), yang mudah diakses untuk para pengambil keputusan di tingkat pusat, propinsi, dan kabupaten.
 - Pengembangan kemitraan jaringan Depkes dengan wakil masyarakat, ODHA, dan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional/ Propinsi/Kabupaten dan juga mitra internasional.
 - o Pemetaan donor yang bekerja di HIV/AIDS
 - o Pemetaan tugas dan fungsi tiap departemen dan interdepartemen
 - o Pertemuan lintas sektor terkait per triwulan
 - Memperkuat kapasitas pengelolaan program dengan membentuk dan memberdayakan Tim Pemantau dan Pengendali Pengobatan HIV/AIDS di pusat dan daerah
 - o Membuat jejaring internet
 - o Pertemuan rutin tiap bulan
 - o Pelaksanaan movev ke RS Rujukan sekali setahun
 - Membangun kesepakatan pengelolaan sumber daya nasional dengan memobilisasi sumber dana dan sumber daya yang ada, peran setiap pihak yang terkait, penyandang dana di tingkat pusat dan daerah, termasuk sektor swasta untuk memperlancar proses serta memantapkan mekanisme kerjasama yang sudah ada
 - o Pertemuan tahunan seluruh stake holders terkait
- B. Mengembangkan dan memperluas kapasitas layanan kesehatan dalam perawatan, dukungan dan pengobatan ODHA.
1. Luaran yang diharapkan
Tersedianya layanan kesehatan perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA yang komprehensif dan terpadu, dan fasilitas pemberi layanan mempunyai kemampuan memenuhi standar
 2. Kegiatan meliputi
 - Mengembangkan pedoman, peraturan, tatalaksana yang terkait perawatan, dukungan dan pengobatan.
 - Pemetaan sarana, prasarana dan alat pendukung layanan perawatan dukungan dan pengobatan ODHA yang ada di tingkat nasional, propinsi dan kabupaten. Hasil pemetaan digunakan dalam perencanaan program dan juga sebagai salah satu bagian kegiatan monitoring dan evaluasi.
 - o Penetapan RS Rujukan
 - Mengembangkan dan memperluas layanan konseling dan testing dengan sistem rujukan sebagai pintu masuk (*entry point*). Layanan konseling dan testing yang terintegrasi dengan berbagai layanan kesehatan yang sudah ada seperti: klinik TB, IMS, KIA dan layanan pengurangan dampak buruk penggunaan NAPZA suntik
 - Mengembangkan dan memperbarui sistem kendali mutu untuk setiap bentuk layanan yang tersedia dalam perawatan, dukungan dan pengobatan ODHA
 - o Membuat pedoman kendali mutu
 - o Mengembangkan instrumen kendali mutu
 - Mengembangkan sistem layanan perawatan, dukungan dan pengobatan yang terintegrasi dalam setiap unit kesehatan, termasuk:
 - o Layanan pemantauan kesehatan bagi ODHA yang belum memerlukan ART.
 - o Pemantauan peserta ART guna mengantisipasi adanya kegagalan pengobatan dan tindak lanjutnya.
 - Mengembangkan sistem informasi tentang layanan perawatan dukungan dan pengobatan bagi ODHA yang tersedia saat ini yang mudah diakses dan berkesinambungan.
 - Pengembangan sistem akreditasi untuk setiap sarana pemberi layanan ODHA.
 - Memasukkan layanan ODHA termasuk ART ke dalam sistem akreditasi sarana layanan kesehatan.
 - Mengembangkan model untuk program peningkatan jangkauan ART serta

perawatan, dukungan dan pengobatan, berdasarkan riset operasional.

- Mengembangkan sistem pelayanan kesehatan berbasis rumah (home-based care) termasuk rujukan antar berbagai sarana layanan kesehatan dan/atau yang melibatkan LSM.

C. Pengembangan sumber daya manusia

Tersedianya SDM berkualitas dalam pelayanan komprehensif perawatan, dukungan dan pengobatan ODHA dalam pelayanan tingkat dari tingkat tersier ke pelayanan kesehatan primer adalah sangat penting dalam memberikan pelayanan perawatan dukungan dan pengobatan ODHA yang optimal.

Pada perencanaan jangka menengah prioritas ditujukan untuk tingkat RS baik pada tingkat pusat maupun propinsi/kabupaten/ kota. Program ini pada akhirnya akan melibatkan puskesmas sehingga nantinya perlu dilakukan perkiraan semua aspek SDM di tingkat puskesmas.

1. Luaran yang diharapkan

Tersedianya sumber daya manusia pemberi layanan perawatan dukungan dan pengobatan ODHA yang berpengetahuan, terampil dan kompeten.

2. Kegiatan meliputi:

- Mengidentifikasi sasaran dan kebutuhan jumlah tenaga medis dan non medis dalam menerima layanan pasien ODHA.
- Menerapkan kualifikasi (sertifikasi dan lisensi) tenaga medis dengan merujuk parameter nasional.
- Mengidentifikasi kebutuhan pelatihan dan ketersediaan/kemungkinan penyediaan sarana pelatihan dan adanya suatu sistem yang mengarah ke peningkatan kompetensi tenaga yang terlibat.
- Memberikan pelatihan yang terencana dan berkesinambungan, yang dievaluasi dan disesuaikan dengan perkembangan secara berkala.
- Mengembangkan kerjasama yang baik antara tenaga medis dan non-medis.
 - o Pertemuan rutin RS dengan LSM dan KPA
- Mengidentifikasi LSM serta bidang kerjanya
- Mengembangkan suatu sistem yang menjamin sikap yang tidak diskriminatif dari petugas kesehatan terhadap ODHA.
 - o Melakukan sosialisasi
- Menjamin pelaksanaan kewaspadaan universal dalam layanan kesehatan dan ketersediaan profilaksis pasca paparan (PPP) bagi tenaga kesehatan. Pendekatan diharapkan juga dapat mengurangi sikap diskriminatif dari tenaga kesehatan.

D. Layanan perawatan, dukungan dan pengobatan berorientasi pada kebutuhan pasien dan mudah dijangkau.

Pelayanan perawatan, dukungan dan pengobatan berorientasi pada kebutuhan pasien dan mudah dijangkau.

1. Luaran yang diharapkan:

Tersedianya atau diperbaharui pelayanan perawatan, dukungan dan pengobatan yang berorientasi pada kebutuhan pasien dan mudah dijangkau.

2. Kegiatan meliputi:

- Mengidentifikasi dukungan nonmedis yang tersedia di masyarakat maupun keluarga yang dapat diberikan untuk ODHA dan menjalin kemitraan dalam sistem rujukan dukungan tersebut.
 - o Membuat instrumen survei.
- Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menghambat dan mendukung pasien untuk mengakses layanan dengan memperhatikan faktor-faktor antara lain:
 - (a) konteks daerah pedesaan atau perkotaan.
 - (b) kebiasaan pasien atau masyarakat dalam mencari layanan kesehatan.
 - (c) stigma dan diskriminasi.
 - o Membuat instrumen survei.
- Mengidentifikasi dan mendukung pengembangan program dampingan bagi pasien melalui pendekatan kemitraan dengan masyarakat/komunitas.
- Mengembangkan kemitraan di antara tenaga ahli di tingkat nasional, propinsi dan kabupaten dengan tenaga ahli lainnya bekerja sama dengan masyarakat untuk menyediakan dukungan teknis dalam pengembangan kapasitas untuk memantapkan pengetahuan ODHA tentang seluk beluk pengobatan dan jaringan pendukungnya.
 - o Pembuatan kurikulum dan modul pelatihan bagi ODHA.
- Menyediakan sistem layanan umpan balik dari pengguna jasa layanan.
 - o Membuat survei kepuasan pelanggan.
 - o Mengembangkan sistem pelaporan dan respon untuk setiap keluhan pelanggan.

E. Pengembangan atau pembaharuan penggunaan, pengadaan dan distribusi Obat ARV dan IO

1. Luaran yang diharapkan :

Tersedia pedoman, pengadaan, distribusi dan penggunaan obat ARV dan IO yang sesuai dengan kebutuhan nasional dengan mengacu pada rujukan internasional.

2. Kegiatan meliputi:

- Memilah dan memperbarui regimen yang digunakan mengacu pada protokol pengobatan ART internasional dan disesuaikan dengan situasi nasional. Depkes bertanggung jawab dalam proses kegiatan ini. Dalam memperkaya dukungan teknis Depkes bermitra dengan tenaga ahli dari universitas dan donor.
- o Pembaruan dan perkiraan kebutuhan obat sesuai dengan data kebutuhan dan distribusi rutin setiap 3 bulan.
- Memasukkan obat ARV lini pertama serta obat IO yang belum masuk ke dalam Daftar Obat Esensial Nasional.
- Memastikan pengadaan obat ARV lini pertama yang berkualitas dengan harga yang terjangkau.
- Memastikan pengadaan obat profilaksis dan pengobatan untuk IO.
- Membangun suatu sistem yang menjamin kesinambungan dan kualitas pasokan obat ARV dan IO. Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan setempat bertanggung jawab atas seluruh proses pengadaannya. Sistem ini meliputi ketersediaan pedoman, peraturan, pembelian dan pengelolaan rantai distribusi obat ARV dan IO. Sistem terdokumentasi dan mudah diakses.
- Membuat pedoman dan SOP cara pengobatan yang mengutamakan obat ARV lini-pertama, sedangkan obat ARV lini-kedua menjadi pilihan terakhir apabila benar-benar diperlukan.
- o Sosialisasi Pedoman ART.
- Pencatatan dan pelaporan penggunaan obat yang tertib untuk digunakan sebagai data acuan dalam membuat perencanaan secara institusional maupun nasional.
- Merencanakan pengadaan formulasi ARV untuk pediatrik.
- Pengembangan pedoman pengobatan untuk anak secara spesifik mengingat pemberian ARV pada anak cukup rumit.

F. Penatalaksanaan kasus yang menjamin kepatuhan dan kesinambungan pengobatan (*adherence*)

1. Luaran yang diharapkan :

Terbentuknya sistem penatalaksanaan kasus dalam menjamin kepatuhan dan kesinambungan pengobatan (*adherence*).

2. Kegiatan:

- Mengidentifikasi faktor-faktor yang menghambat dan mendukung adherence.
- Mengembangkan pedoman yang mendukung kepatuhan dan kesinambungan pengobatan (*adherence*) untuk digunakan oleh sarana layanan.

pemantau/pendukung pengobatan (masyarakat/teman) dan mereka yang mendapatkan terapi.

- Mengembangkan Jejaring rujukan dan mekanisme di masyarakat untuk mendukung adherence (petugas kesehatan, keluarga, organisasi masyarakat, dan ODHA sendiri untuk mendukung kepatuhan pengobatan).
- Mendorong sarana layanan ART untuk memfasilitasi pertemuan peserta ART.
- Mendorong masyarakat untuk berhimpun sebagai kelompok dukungan sebaya dan meningkatkan kapasitas dalam menjaga kepatuhan dan kesinambungan berobat.

G. Mengembangkan atau memperbarui layanan laboratorium yang berkualitas di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten

1. Luaran yang diharapkan:

Adanya layanan laboratorium yang berkualitas di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota.

2. Kegiatan:

- Mengidentifikasi jenis layanan laboratorium sesuai dengan kapasitas di tiap jenjang.
- Mengidentifikasi jenis alat dan layanan laboratorium yang dibutuhkan dalam program.
- Meningkatkan jumlah laboratorium yang berkualitas dalam memberikan layanan diagnostik dan penunjang lainnya dalam penanganan HIV/AIDS.
- Mengembangkan atau memperbarui pedoman dan prosedur tetap layanan laboratorium bagi HIV/AIDS dewasa dan anak.
- Menerapkan dan mengembangkan kendali mutu internal dan eksternal dalam pemilihan.
 - (a) Jenis test yang diperlukan dalam mendiagnosis HIV, penyakit IO dan follow-up terapi ARV.
 - (b) Jenis alat (kemudahan penggunaan dan maintenance).
 - (c) Jenis reagen.

- Mengembangkan dan mendokumentasi sistem alur pengadaan dan rujukan test.
- Pendidikan dan pelatihan tenaga teknis laboratorium yang berkualitas melalui kegiatan pelatihan yang terakreditasi dan berkesinambungan yang dapat berupa pelatihan penyegaran.
- Membuat kebijakan tentang diagnostik bagi infeksi HIV pada anak.
- Membangun sistem kendali mutu internal dan eksternal untuk layanan laboratorium berkualitas termasuk penyalangan darah donor dan dilakukan secara rutin oleh institusi yang berwenang.

- Mengembangkan sarana pemeriksaan resistensi virus di tingkat pusat.
- Mengembangkan sistem, jejaring dan pedoman rujukan laboratorium yang memudahkan klien.
- Memperkuat laboratorium daerah atau regional sebagai laboratorium rujukan yang mendukung ART.

H. Pendanaan

1. Luaran yang diharapkan:
Tersedianya dana yang cukup dan berkesinambungan.
2. Kegiatan:
 - Pemetaan sumber dana pemerintah dan non pemerintah.
 - Mengembangkan rencana pendanaan jangka menengah dan panjang dengan melihat contoh dari daerah dan negara lain.
 - Membuat kebutuhan sumber dana dalam satu periode tertentu berdasarkan hasil pendekatan surveilans dan riset operasional.
 - Memberikan advokasi dalam memobilisasi dana daerah provinsi dan kabupaten.

I. Mengembangkan Sistem Informasi Perawatan ODHA dan ART yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Manajemen

1. Luaran yang diharapkan:
Tersedia sistem informasi perawatan ODHA untuk keperluan pemantauan dan evaluasi yang terintegrasi dengan sistem informasi manajemen.
2. Kegiatan:
 - Mengembangkan model sistem registrasi nasional (*National AIDS Registry*).
 - Membuat sistem database rekam medis di tingkat institusi pemberi layanan.
 - Membentuk sistem penyimpanan database informasi yang berhubungan dengan layanan, perawatan dan dukungan dan pengobatan (pedoman, kebijakan, perencanaan, dll).
 - Membuat alur sistem pelaporan untuk kasus HIV/AIDS dan pemakaian obat untuk berbagai tingkat institusi dengan jaminan kerahasiaan.
 - Memperbarui sistem informasi nasional yang sudah ada dan mudah dijangkau.

- Mengembangkan sistem pelaporan bulanan.
- Mengembangkan sistem pelaporan analisis kohort perawatan ODHA dan ART setiap 6 bulan dan setiap tahun.
- Mendistribusikan hasil laporan secara rutin untuk kebutuhan perencanaan dan pengambilan keputusan.

J. Pemantauan dan evaluasi (*Monitoring & evaluation*), surveilans dan riset operasional.

Untuk memastikan bahwa program berjalan dengan baik maka perlu dikembangkan suatu sistem monitoring & evaluasi, sistem surveilans atau riset operasional yang akan digunakan secara terpadu untuk melaksanakan supervisi.

1. Luaran yang diharapkan:
Ada sistem pemantauan dan evaluasi, surveilans dan riset operasional
2. Kegiatan meliputi:
 - Mengembangkan sistem pencatatan dan penyimpanan kartu berobat pasien dan register Laboratorium yang dapat dipantau oleh Tim Pemantau Pusat dan Dinas Kesehatan daerah.
 - Mengadaptasi pemantauan ART dan indikator monitoring & evaluation internasional ke dalam program nasional.
 - Membangun sistem pemantauan untuk mengamati dampak pengobatan.
 - Melakukan surveilans resistensi ARV dengan menggunakan protokol internasional yang diakui dan berpartisipasi dalam *ARV Drug Resistance Surveillance (DRS)*.
 - Pelaporan dari setiap titik layanan, setiap triwulan ke tingkat pusat dengan rangkuman yang dapat dijangkau oleh masyarakat.
 - Melaksanakan riset operasional atas model pemberian layanan, kepatuhan dan kesinambungan pengobatan, partisipasi sektor bisnis dsb.
 - Membangun jaringan pelaporan elektronik dari tingkat terendah ke tingkat tertinggi.
 - Melaksanakan pemantauan eksternal oleh WHO setiap tahun dan oleh badan eksternal lain serta komunitas.

V. INDIKATOR UNTUK MENGUKUR KEMAJUAN (Bersambung)

**RENCANA KERJA JANGKA MENENGAH PERAWATAN, DUKUNGAN DAN PENGOBATAN
UNTUK ODHA SERTA PENCEGAHAN HIV/AIDS TAHUN 2005-2009**
(Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1508/MENKES/SK/X/2005)

(Sambungan WPU Nomor :2553/Selasa, 04-04-2006)

V. INDIKATOR UNTUK MENGUKUR KEMAJUAN

Untuk mengukur keberhasilan program perlu ditetapkan beberapa indikator, sesuai dengan tahapan program. Indikator tersebut meliputi:

A. Indikator Asupan (*Input*)

Kebijakan Nasional dan Pedoman: Ketersediaan pedoman ART.

B. Indikator Proses

1. Sumber daya manusia: Jumlah petugas kesehatan pemberi layanan ART yang terlatih berdasarkan standar nasional/ internasional.
2. Pasokan obat: Persentase dari titik distribusi ARV yang mengirimkan laporan pemakaian, laporan kualitas obat, laporan kehilangan dan penyesuaiannya setiap bulan serta ketepatan perencanaan (*forecast accuracy*).

C. Indikator Luaran (*Output*)

1. Cakupan program dan jangkauan : Persentase kabupaten/kota yang sedikitnya mempunyai satu sarana pemberi layanan ART yang telah mengikuti standar nasional.
2. Kualitas layanan : Persentase sarana layanan ART yang telah mengikuti standar nasional.
3. Aspek pencegahan dari pengobatan dengan ARV : Jumlah orang yang di tes HIV berdasarkan umur dan jenis kelamin, dan proporsi yang positif.

D. Indikator Hasil (*Outcome*)

1. Layanan ARV : Persentase ODHA memenuhi kriteria medis yang menerima ART.
2. Kemajuan Program ART : Jumlah obat ARV yang didistribusikan ke pasien setiap bulan.
3. Kepatuhan dan kesinambungan pengobatan : Persentase ODHA yang masih dalam pengobatan pada bulan ke 6, 12 dan 24

E. Indikator Dampak (*Impact*)

1. Kualitas hidup : Persentase ODHA dewasa yang BB nya meningkat sedikitnya 10% pada 6 bulan setelah ART dimulai.
2. Kelangsungan hidup : Persentase ODHA dalam pengobatan yang masih hidup pada bulan ke 6, 12 dan 24.
Secara rinci indikator tersebut di atas terpapar dalam Tabel 2.

VI. PEDOMAN OPERASIONAL

Pemberian ART adalah rumit dan membutuhkan sarana serta kompetensi yang memadai, ART adalah

pengobatan selama hidup. Bila pengobatan terputus dapat berakibat hasil yang tidak memuaskan. Petunjuk berikut memberikan dasar pelaksanaan ART yang semestinya untuk menjamin akses, kualitas dan kelangsungan yang luas.

A. Unsur-unsur Pokok untuk Keberhasilan Pelaksanaan ART.

Unsur-unsur pokok berikut perlu tersedia untuk merealisasikan ART yang berhasil :

1. Kepemimpinan dan dukungan yang konsisten pada semua tingkat;
2. Sistem pengelolaan (pengadaan, penyimpanan dan distribusi) obat yang handal dipadukan dengan sistem pemantauan, pengamanan dan pemakaian obat yang rasional pada semua tingkat;
3. Layanan laboratorium yang efektif yang mampu melakukan tes paling dasar untuk mendukung paket minimum (3 jenis tes cepat HIV, limfosit total, Hb dan tes kehamilan);
4. Protokol pengobatan dan panduan klinik nasional yang jelas;
5. Tenaga kesehatan dan pendukung lainnya yang terlatih secara memadai dan memiliki motivasi;
6. Prakarsa masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan tentang pengobatan HIV dan kepatuhan minum obat.

B. Penggunaan Obat Antiretroviral

Obat antiretroviral digunakan untuk pengobatan pasien HIV/AIDS serta pencegahan infeksi HIV terutama pada kasus sebagai berikut:

1. Pengobatan ODHA yang memenuhi kriteria klinis (sesuai Pedoman Nasional) dan kriteria kepatuhan mengingat pengobatan antiretroviral untuk HIV harus dijalankan seumur hidup;
2. Profilaksis pasca-pajanan (PPP) bila terjadi pajanan bagi petugas kesehatan. Pemberian obat PPP dilakukan setelah dilakukan evaluasi oleh tim sesuai pedoman yang berlaku (lihat Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi ODHA, Depkes RI 2003);
3. Untuk pencegahan penularan dari ibu-ke-anak (prevention of mother-to-child transmission - PMTCT);
4. Memberikan ART kepada ibu hamil yang mengikuti program PMTCT plus yaitu yang menunjukkan gejala AIDS atau masuk dalam kriteria sebagaimana dimaksud dalam angka 1.

C. Perlakuan selama Pemberian ART

Dalam pemberian ART perlu diambil langkah berikut:

1. Calon didorong untuk menjalani tes HIV sukarela melalui konseling untuk menetapkan status HIV mereka apabila status belum diketahui dengan disertai pemberian informasi yang cukup (dengan informed consent);
 2. Pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan klinis tambahan untuk menetapkan apakah calon berada pada tingkat infeksi di mana dibutuhkan ART;
 3. Bagi calon yang belum berada pada tingkat yang memerlukan ART, harus diberikan konseling mengenai pencegahan penularan, penanganan infeksi oportunistik jika ditemukan atau profilaksisnya;
 4. Bagi calon yang sudah memenuhi syarat untuk menerima ART, konseling lebih lanjut perlu diberikan untuk menginformasikan kepada calon (dan anggota keluarga atau pendukung di komunitas dengan persetujuan pasien) tentang seluk-beluk ART dan untuk menilai kecenderungan kepatuhan dan ketaatan minum obat (adherence) dan kesiapan;
 5. Pengobatan TB dan infeksi oportunistik lain, bila pasien mempunyai penyakit tersebut;
 6. Pemberian resep obat ARV sesuai dengan petunjuk pengobatan nasional dan internasional;
 7. Mematuhi aturan minum obat ARV setiap hari dan ART tersebut diperiukan untuk seumur hidup;
 8. Pemberian ulang obat ARV secara konsisten dan tepat waktu, disertai penilaian respons terhadap pengobatan konseling tentang penanganan efek samping dan menekankan kembali pentingnya *adherence* atau kepatuhan minum obat;
 9. Pengobatan yang tepat waktu terhadap infeksi oportunistik yang muncul kemudian;
 10. Pemeriksaan klinis dan laboratorium yang terjadwal untuk menilai response terhadap pengobatan dan pemantauan efek samping obat;
 11. Mengganti obat ARV bila pasien yang tidak memberikan respon pengobatan yang diinginkan atau tidak cocok dengan pengobatan ARV lini pertama yang direkomendasikan.
- D. 'Pintu masuk' (Entry Points)
- Untuk memaksimalkan pemanfaatan dan keefektifan layanan ART, perlu untuk menggunakan segala kesempatan yang ada sebagai 'pintu masuk' (entry points), untuk mendapatkan orang yang mungkin membutuhkan ART. 'Pintu masuk' adalah tempat layanan klinis dan di komunitas, tempat di mana orang yang berisiko tinggi terinfeksi HIV atau orang lain mencari pengobatan. 'Pintu masuk' tersebut mencakup klinik TB atau klinik paru, poliklinik umum, poliklinik penyakit dalam, poliklinik THT, poliklinik syaraf, klinik infeksi menular seksual (IMS), layanan

MTCT di klinik KIA atau poliklinik kebidanan dan penyakit kandungan, klinik kesehatan anak, Puskesmas, tempat pemulihan narkoba, klinik metadon dan perawatan di rumah, serta dokter praktek swasta. Berbagai 'pintu masuk' tersebut harus terhubung dengan layanan konseling dan tes HIV (dengan tetap mempertahankan asas kesukarelaan, konseling pra- dan pasca-tes, dan kerahasiaan), yang merupakan 'pintu gerbang' menuju layanan pengobatan.

1. Klinik TB (pemerintah dan swasta)
Hubungan antara infeksi TB dan HIV/AIDS sangat erat. TB adalah penyebab utama kesakitan dan kematian pada pasien HIV/AIDS, sedangkan HIV memacu epidemi TB. Klinik TB harus mempunyai akses pada sarana konseling & tes HIV, dan mampu merujuk pasien HIV untuk mendapatkan pengobatan antiretroviral. Klinik TB juga bisa menjadi model untuk meningkatkan layanan ART jangka panjang dan kepatuhan minum obat
2. Bagian Rawat Jalan dan Rawat Inap Rumah Sakit 'Pintu masuk' ini menjadi penting apabila epidemi HIV/AIDS telah mencapai tahap 'epidemi menyeluruh' (generalized epidemics). Situasi epidemi HIV/AIDS di Papua mungkin sudah mengarah ke tahap ini.
3. Klinik Kesehatan Ibu dan Anak dan Klinik Kesehatan
Anak 'Pintu masuk' ini menjadi penting lebih-lebih bila epidemi HIV/AIDS telah mencapai tahap 'epidemi menyeluruh' (generalized epidemics). Situasi epidemi HIV/AIDS di Papua mungkin sudah mengarah ke tahap ini. Anak yang terinfeksi HIV menjadi rentan terhadap semua jenis infeksi dan mengalami gangguan tumbuh-kembangnya, hal tersebut dapat menjadi pertanda adanya infeksi HIV baik bagi anaknya sendiri ataupun bagi orang tuanya.
4. Klinik IMS
IMS mempermudah penularan HIV dan berperan sebagai pertanda perilaku berisiko tinggi. Klinik IMS sekarang harus menyediakan atau setidaknya memiliki akses pada layanan konseling dan tes HIV, dan menjamin bahwa pasien mendapat kesempatan untuk mengetahui status HIV-nya dan mendapatkan ART bila perlu.
5. Klinik THT, dan Klinik Gigi
Infeksi oportunistik yang tersering dijumpai adalah adanya infeksi jamur di rongga mulut atau esophagus. Apabila ditemukan kasus seperti tersebut maka perlu segera dirujuk ke sarana layanan konseling dan testing agar mendapat akses ART bilamana perlu.
6. Tempat penjangkauan kelompok berisiko tinggi
Berbagai organisasi non-pemerintah/LSM kini tengah bekerja menjangkau kelompok berisiko tinggi (para pekerja seks perempuan dan laki-laki beserta pelanggannya, para pengguna

Napza suntik beserta pasangannya, para laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (men who have sex with men -MSM), para narapidana di lembaga pemasyarakatan, dsb.), untuk mempromosikan pencegahan terhadap penularan HIV/AIDS. Organisasi tersebut perlu diberdayakan untuk mengintegrasikan rujukan konseling & tes HIV serta rujukan pengobatan ke dalam layanan penjangkauannya, dengan cara mengembangkan jejaring kerja sama rujukan timbal-balik dengan sarana kesehatan yang ada.

E. Konseling dan tes

Konseling dan tes adalah pintu masuk utama menuju pengobatan ARV.

Sebelum seseorang bisa memperoleh ART, ia harus dipastikan HIV (+) lebih dulu. Oleh karena itu, akses terhadap layanan konseling dan tes merupakan unsur yang sangat penting dari proses pelaksanaan ART. Layanan konseling dan tes harus terjangkau secara luas pada berbagai 'pintu masuk' dan di komunitas. Orang yang ingin mengetahui status HIV-nya harus mempunyai akses kepada layanan konseling dan tes HIV, yang dari situ mereka dapat dirujuk kepada layanan ART atau layanan dukungan lainnya.

Kesempatan mendapat pengobatan cenderung menarik orang untuk datang ke tempat layanan konseling dan tes, sehingga terbuka kesempatan untuk memperkuat pesan-pesan pencegahan dan pemahaman tentang ART.

Orang yang mendapat ART perlu mendapat konseling tentang keuntungan dan keterbatasan ART, tentang perlunya kepatuhan minum obat dalam dosis yang ditentukan, dan kemungkinan penularan kepada pasangan bahkan ketika minum obat secara patuh.

F. Pemberian ART

1. Saat memulai ART

Orang yang dites dan ternyata HIV (+) perlu dirujuk untuk mendapat tes dan pemeriksaan lebih lanjut untuk dinilai apakah secara klinis perlu mendapat ART. ART dapat mulai diberikan pada mereka yang memenuhi persyaratan klinis dan atau laboratoris, serta telah mendapat konseling yang memadai dan dinilai mampu menerima ART.

Rekomendasi untuk memulai pemberian ART pada orang dewasa dan remaja yang terbukti HIV (+) sesuai dengan Pedoman Penggunaan terapi Antiretroviral adalah sebagai berikut (penjelasan lebih rinci dapat dilihat pada pedoman: "Pedoman Nasional Terapi Antiretroviral, Departemen Kesehatan 2004).

2. ART untuk Anak-anak

Pengobatan ARV untuk anak-anak sama dengan untuk orang dewasa dengan beberapa pengecualian. Bila seorang anak ternyata HIV (+), pengasuhnya (ibu, anggota keluarga dsb) harus diberi konseling.

Pengobatan ARV pada anak memerlukan persiapan yang lebih rumit.

Bila anak tersebut tidak memenuhi syarat klinis dan atau laboratoris untuk mendapat ART, pengasuhnya perlu diberi konseling tentang pencegahan serta kapan anak tersebut akan memenuhi syarat.

Bila anak tersebut memenuhi syarat klinis dan atau laboratoris untuk mendapat ART, pengasuhnya perlu diberi konseling tentang perlunya dan kemungkinan keterbatasan ART pada anak dan tentang kepatuhan minum obat.

3. Peresepan obat ARV

Peresepan obat ARV dapat dilakukan oleh dokter yang telah dilatih dalam ART dan telah mendapatkan sertifikat atau dokter lain di bawah pembinaan dokter terlatih di rumah sakit rujukan terdekat.

Pasien yang bersedia menerima ART setelah diperiksa secara klinis dan atau laboratoris diberi obat ARV sesuai rekomendasi yang tercantum dalam petunjuk pengobatan. Rekomendasi itu mencakup kombinasi tiga obat ARV (triple therapy) dari sejumlah obat ARV yang direkomendasikan. Kombinasi ini dimaksudkan untuk memperoleh keefektifan terapeutik yang terbaik dan keefektifan biaya. Pedoman terapi merekomendasikan kombinasi lini-kedua bila kombinasi lini-pertama tidak memberikan hasil yang memuaskan.

4. Tindak-lanjut dan pemantauan pengobatan

Sekali pengobatan dimulai, pengobatan itu harus diteruskan sepanjang hidup pasien. Pasien perlu datang secara teratur ke sarana kesehatan bersangkutan untuk mendapat pasokan-ulang obat, konseling tambahan, dan secara berkala pemeriksaan klinis dan tes untuk menetapkan respons terhadap pengobatan. Pada kesempatan itu, perlu ditetapkan adanya toleransi terhadap obat, adanya efek samping, dan apakah obat diminum secara teratur. Rekomendasi tentang jadwal tindak-lanjut dan pemantauan pengobatan diuraikan dalam pedoman pengobatan.

5. Kepatuhan minum obat dan adherence

Agar pengobatan memberikan hasil yang diharapkan, obat harus diminum sesuai dengan aturan minum. Oleh karena itu, kepatuhan minum obat merupakan komponen amat penting dari pengobatan. Ketidakepatuhan minum obat dapat menyebabkan kegagalan pengobatan dan timbulnya resistensi obat. Pasien harus dilatih mengenai bagaimana minum obat dan berjanji untuk patuh minum obat sebelum ART dimulai. Kebanyakan dukungan kepatuhan dilakukan di komunitas. Kemasan obat dalam bentuk kombinasi dosis tetap, atau jika mungkin dalam bentuk blister, membantu pasien untuk patuh minum obat. Untuk membantu meningkatkan kepatuhan

tersebut dapat dibantu digunakan kotak obat. Pada setiap kunjungan ke sarana kesehatan, laporan kepatuhan dan jumlah obat tersisa harus dicatat sebagai bagian dari penilaian dan dukungan untuk kepatuhan. Dapat pula dibentuk suatu tim konselor yang akan menilai dan memberikan rekomendasi kepada dokter tentang kesiapan pasien untuk menerima ART dalam aspek kepatuhan.

- G. Pengelolaan Infeksi Oportunistik dan Penyakit Lain yang Berkaitan dengan HIV Pasien yang menerima ART yang efektif akan mengalami lebih sedikit infeksi oportunistik dibandingkan pasien dalam stadium infeksi HIV sama tapi tidak menerima ART. Namun, mereka tetap lebih rentan terhadap infeksi oportunistik dibandingkan orang HIV (-). Sarana kesehatan yang memberikan ART harus mampu menangani infeksi oportunistik dan penyakit lain yang berkaitan dengan HIV termasuk sindrom pemulihan kekebalan (IRIS) sesuai dengan petunjuk pengobatan yang direkomendasikan, atau dapat merujuk pasien ke tingkat perawatan yang lebih canggih. Tatalaksana penyakit infeksi oportunistik dapat merujuk pada buku Pedoman Tatalaksana Klinis HIV/AIDS, Depkes (2000).
- H. Profilaksis Pasca-Pajanan dan Kewaspadaan Universal Pemberian obat ARV kepada orang yang tidak terinfeksi segera setelah yang bersangkutan terpajan terhadap HIV dapat mencegah infeksi. Profilaksis pasca-pajanan (post-exposure prophylaxis) - PPP biasanya diberikan setelah pajanan, seperti di tempat layanan kesehatan. Semua sarana kesehatan yang memberikan ART harus dapat pula memberikan profilaksis pasca-pajanan. Orang yang akan mendapat PPP harus menjalani konseling & tes. Untuk tujuan itu, petugas kesehatan dianjurkan untuk menjalani tes HIV segera dan secara berkala sampai 6 bulan untuk mengevaluasi efektivitas pemberian PPP. Setiap sarana kesehatan harus dilengkapi dengan kit PPP yang siap pakai dan terjamin tidak kadaluwarsa serta digunakan sesuai pedoman yang berlaku (lihat Pedoman Nasional Perawatan Dukungan Dan Pengobatan Bagi ODHA, Depkes 2003). PPP merupakan bagian dari penerapan kewaspadaan universal, oleh karenanya kewaspadaan universal mutlak harus diterapkan kepada semua pasien. Rumah sakit harus mengembangkan sistem agar kewaspadaan universal tersebut dapat terlaksana dengan baik.
- I. Sertifikasi dan Akreditasi Sarana Kesehatan Semua sarana kesehatan yang memberikan ART harus memenuhi standar minimum tertentu untuk menjamin bahwa kualitas perawatan yang diterima pasien memiliki standar yang ditetapkan. Untuk itu diperlukan sistem sertifikasi sarana kesehatan untuk memberikan ART dan perlu masuk sebagai salah

satu tolok ukur akreditasi rumah sakit yang dilakukan secara berkala setiap 3 tahun.

Sarana kesehatan yang memberikan ART harus memiliki:

1. Petugas kesehatan (dokter, tenaga keperawatan, apoteker atau asisten apoteker) yang telah dilatih dalam pemberian ART;
2. Sarana untuk memberikan layanan klinis yang diperlukan dalam ART dan penanganan infeksi oportunistik;
3. Akses terhadap sarana laboratorium yang dapat melakukan tes yang diperlukan untuk pemberian ART dan mendiagnosis infeksi oportunistik;
4. Obat yang cukup untuk ART, pengobatan dan profilaksis infeksi oportunistik;
5. Sarana penyimpanan dan pemberian obat yang memiliki tenaga Apoteker/asisten Apoteker;
6. Layanan konseling dan dukungan yang memiliki tenaga Konselor yang terlatih;
7. Sarana untuk pencatatan dan pemantauan hasil pengobatan.
8. Melaksanakan kewaspadaan universal dan PPP. Standar mutu telah ditetapkan untuk layanan yang merupakan paket ART. Layanan itu mencakup konseling, tes HIV, pemeriksaan klinis, peresepan, pengelolaan infeksi oportunistik dan pemantauan.

J. Sistem Rujukan

Dalam melaksanakan program pengobatan diperlukan suatu sistem rujukan yang berfungsi di antara berbagai tingkat layanan kesehatan yang berbeda.

Rujukan dapat dilakukan demi berbagai alasan sebagai berikut:

1. Untuk menangani komplikasi, kegagalan pengobatan, dan bila diagnosis meragukan. Dalam hal ini, suatu tempat layanan bisa merujuk ke tempat layanan lebih tinggi yang mempunyai sarana untuk menangani masalah yang bersangkutan.
2. Untuk tindak lanjut di komunitas. Dalam hal ini, sebuah rumah sakit dapat merujuk seorang pasien yang sudah mendapat ART ke sebuah puskesmas atau ke unit keperawatan kesehatan di rumah atau di komunitas yang dekat dengan tempat tinggal pasien dengan persetujuan pasien.
3. Bila pasien pindah tempat. Dalam hal ini, pasien perlu dirujuk ke tempat layanan kesehatan yang mampu memberikan ART dan dekat dengan tempat tinggal yang baru dari pasien.
4. Pilihan pribadi. Kadang kala pasien memilih untuk pindah dari satu tempat layanan ke tempat layanan lain demi berbagai alasan pribadi, termasuk persepsi tentang mutu layanan dan konfidensialitas. Sistem rujukan harus menjamin bahwa perpindahan pasien dari satu tempat layanan ke

tempat layanan lain tidak mengalami hambatan dan kerumitan demi kelangsungan pengobatannya.

K. Pembiayaan

Pemerintah Indonesia pada tahun 2004 mensubsidi biaya pengobatan ARV bagi 4000 ODHA, yang disediakan dari APBN dan setiap tahunnya akan diupayakan terus ditingkatkan, sehingga dalam tahun 2005 pemerintah Indonesia akan menyediakan 10.000 paket ARV. Juga tidak menutup kemungkinan untuk menggunakan sumber dana dari luar APBN seperti APBD, bantuan luar negeri, dan lain-lain.

L. Sumber Daya Manusia

Faktor esensial bagi keberhasilan pelaksanaan program peningkatan akses ART secara luas adalah ketersediaan sumber daya manusia yang kompeten untuk memberikan ART termasuk melakukan diagnosis, konseling, pemeriksaan laboratorium, pengelolaan kasus, perawat kesehatan, dalam jumlah yang cukup.

Beberapa ketrampilan yang dibutuhkan untuk memberikan ART mencakup konseling, pemeriksaan klinis dan penulisan resep ARV, tes laboratorium, pengelolaan obat dan manajemen.

Perlu diambil sejumlah langkah penting untuk menggarap masalah sumber daya manusia dalam pemberian ART. Langkah-langkah tersebut mencakup:

1. Upaya memecahkan masalah kekurangan staf

- Memberi wewenang kepada petugas kesehatan terlatih lainnya, seperti perawat, untuk memberikan pengobatan lanjutan dengan regimen standar pada pasien yang tidak mempunyai komplikasi di bawah pengawasan dokter atau melalui jejaring dengan rumah sakit rujukan yang ditunjuk.
- Memberi wewenang kepada petugas komunitas yang terlatih untuk memberikan layanan konseling untuk melakukan rujukan tes HIV ke sarana yang telah mendapatkan sertifikat.
- Melatih para ODHA dan anggota masyarakat lain untuk menyiasati masalah kepatuhan minum obat dan konseling dukungan (konseling sebaya).
- Bekerjasama dengan kelompok ODHA dan organisasi di masyarakat untuk meningkatkan pemahaman dan kesiapan akan pengobatan.
- Kapan pengobatan dimulai dapat diputuskan oleh seorang dokter yang mendapat sertifikat, dan perawatan serta dukungan selanjutnya dapat dilakukan oleh para perawat dan petugas di komunitas seperti pengelola atau manajer kasus.

2. Dukungan dan motivasi bagi staf yang ada

- Mendorong pemimpin masyarakat dan

organisasi di masyarakat untuk mendukung petugas kesehatan komunitas, petugas kesehatan dan pusat layanan.

- Memperbaiki lingkungan kerja dengan menyediakan mekanisme informasi, pelatihan, insentif, peralatan dan dukungan bagi petugas perawatan kesehatan agar mereka dapat berperan secara aktif.
- Secara aktif mengajak staf dalam pengambilan keputusan mengenai masalah pemberian layanan.
- Menjamin akses yang bebas biaya untuk profilaksis pasca-pajanan serta ART kepada para petugas kesehatan.
- Secara berkala mengkaji ulang dan memantau rasio petugas untuk memperkirakan dampaknya terhadap kualitas perawatan dan terjadinya 'burn-out' petugas yang ada.
- Menghindari keterlambatan dalam pembayaran gaji dan tunjangan lainnya.
- Mengembangkan supervisi dan mekanisme umpan balik yang efektif.
- Diseminasi informasi baru yang berkaitan dengan HIV/AIDS.

3. Pelatihan dan pengembangan ketrampilan

- Mengidentifikasi dan melatih para manajer penting untuk meningkatkan ketrampilan dan kompetensi mereka dalam peningkatan cepat program ART, dengan memberikan perhatian khusus pada pemantauan dan evaluasi, manajemen rantai pasokan obat, dan ketrampilan manajemen umum.
- Menggunakan dan memperkuat lembaga pelatihan yang ada untuk mengidentifikasi dan menggunakan lembaga pelatihan yang tepat untuk membedakan pelatihan ART dan perawatan kepada para petugas kesehatan sebelum dan di dalam tugas.
- Merumuskan standar minimum pelatihan bagi berbagai pemberi layanan yang berbeda dan bagi sertifikasi para pelatih.
- Menjamin pengadaan dan distribusi yang cepat dari bahan pengajaran dan pembelajaran (dalam bahasa yang relevan dan tepat).
- Mendirikan mekanisme 'mentorship' pada semua tingkatan.
- Mencari kesempatan dan investasi dalam akses terhadap peningkatan teknologi informasi bagi lembaga pelatihan.
- Memperkenalkan akreditasi program pelatihan yang tepat.
- Mengembangkan sistem pemantauan dan evaluasi pasca pelatihan.

M. Manajemen Obat dan Bahan

Berbagai komoditi diperlukan bagi ART dan harus tersedia sepanjang waktu di sarana yang menyediakan ART. Komoditi yang esensial mencakup obat-obat ARV, tes HIV, pasokan obat-obat untuk menangani infeksi-infeksi oportunistik dan kesakitan lain yang berkaitan dengan HIV, perawatan paliatif (termasuk morfin), reagen laboratorium dan kondom. Obat dan komoditi lain untuk program ART tersebut di atas membutuhkan manajemen yang saksama oleh karena:

- Harga obat ARV, peralatan laboratorium dan bahan lain yang digunakan dalam program ART sangat mahal. Penghamburan perlu dihindarkan.
 - Pasokan obat ARV tidak boleh terputus, oleh karena dapat menyebabkan kegagalan pengobatan karena munculnya resistensi HIV terhadap obat.
Oleh karena itu harus dihindarkan habisnya persediaan obat ARV.
 - Kebanyakan produk yang digunakan dalam program ART diimpor dan efek dari waktu sela antara pemesanan dan ketersediaan obat di tempat mungkin besar. Oleh karena itu, perlu dikembangkan rencana pengadaan obat dengan melihat jauh ke depan.
 - Pertimbangan kunci dalam manajemen obat dan bahan mencakup biaya, kualitas, penghitungan yang akurat dan kehandalan dari pasokannya.
1. Seleksi, prakiraan dan kuantifikasi kebutuhan
- Obat-obat yang perlu disediakan harus tercantum di dalam Daftar Obat Esensial atau direkomendasikan di dalam petunjuk pengobatan nasional.
- Disarankan untuk membatasi jumlah formulasi/jenis obat yang tersedia melalui standarisasi regimen pengobatan dan bahan-bahan diagnostik.
- Obat-obat yang mempunyai dosis kombinasi tetap (FDC) lebih mudah diberikan dan jika mungkin harus dipilih. Namun, perlu pula disediakan obat-obat dosis tunggal untuk digunakan apabila terjadi intoleransi atau efek samping dari kombinasi obat dengan dosis tetap. Bagi pengobatan lini pertama perlu dipilih obat-obat yang tidak memerlukan penyimpanan di lemari es, kecuali dapat dijamin adanya suatu rantai dingin (cold chain).
- Kuantifikasi kebutuhan harus didasarkan pada estimasi akurat dari jumlah pasien, yang didasarkan pada kriteria pemasukan (eligibility), tersedianya sarana tes HIV, besarnya populasi pasien yang sudah ada dan ditindaklanjuti, dan perkiraan prevalensi HIV, untuk menentukan jumlah kebutuhan akan komoditi. Angka morbiditas dan konsumsi obat/bahan dari tingkat kabupaten/kota perlu digunakan untuk memprakirakan dan mengkuantifikasikan kebutuhan obat/bahan di

masa depan. Prakiraan pada setiap kuartal akan mempermudah pemesanan dan mungkin penyesuaian pesanan bila ada surplus pada komoditi tertentu.

2. Pengadaan dan manajemen rantai pasokan

- Untuk keperluan publik maka jumlah dan sumber obat, pasokan bahan habis pakai menjadi tanggung jawab pemerintah mengikuti persyaratan dan prosedur pengadaan pemerintah yang berlaku dengan pelelangan internasional maupun lokal. Penyimpanan dan distribusi obat dan bahan habis pakai menjadi tanggung jawab institusi atau instalasi Farmasi rumah sakit setempat yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan.
- Komoditi yang diperlukan untuk ART akan dikelola dalam sistem yang telah berlaku dengan menghindari keterlambatan pasokan dan kehabisan stok dalam rantai pengadaannya. Dalam pemilihan rekanan maka ditekankan bahwa salah satu faktor yang menjadi pertimbangan adalah harga di samping faktor lain seperti kualitas produk dan jaminan
- kesinambungan pasokan yang juga merupakan pertimbangan yang sama pentingnya.
- Informasi yang akurat dan tepat waktu tentang inventaris, laju pemakaian, jangka waktu pemasokan, dan masa berlaku obat akan membantu mengembangkan mekanisme yang diperlukan untuk memperbaiki pasokan obat/bahan.
- ARV produksi lokal perlu mendapat perhatian karena memberikan peluang untuk menurunkan biaya dan menjamin kesinambungan pasokan, kualitas dan terjaminnya aturan perundangan tentang perdagangan internasional (seperti halnya TRIPS).

3. Pengaturan dan pengendalian mutu

Badan Pengawasan Obat dan Makanan (POM) Republik Indonesia adalah badan yang bertanggung jawab untuk pendaftaran produk-produk obat.

Semua produk yang akan digunakan dalam ART harus terdaftar pada Badan POM. Oleh karena proses pendaftaran produk biasanya membutuhkan waktu lama, disarankan untuk menggunakan jalur "fast track" ketika mendaftarkan produk untuk ART.

Kebanyakan obat yang digunakan dalam ART dilindungi oleh paten dan mungkin dapat diperoleh dalam bentuk generik. Pada umumnya harga obat generik lebih murah dibandingkan harga obat paten.

Sehubungan dengan masalah mahalannya Obat ARV yang masih dilindungi paten, maka Depkes telah memproses Kepres Nomor 83 tahun 2004

tentang Pelaksanaan paten oleh pemerintah terhadap obat-obat Antiretroviral, yaitu suatu upaya terobosan paten sesuai Deklarasi ODHA mengenai TRIPS sehingga saat ini obat ARV dapat diproduksi sendiri oleh pemerintah untuk kebutuhan masyarakat dalam bentuk generik dan harga terjangkau.

4. Penggunaan obat secara rasional
Penggunaan obat secara rasional dalam ART berarti bahwa pasien menerima obat yang sesuai dengan kebutuhan klinis mereka, dalam dosis yang direkomendasikan, secara terus-menerus, dan dengan harga terendah yang bisa didapat oleh pasien dan komunitas mereka. Untuk menjamin penggunaan obat/bahan secara rasional, hal-hal berikut perlu dilakukan:
 - Memantau dan menganalisis data dari semua tingkat untuk menjamin bahwa jumlah pasien dan penggunaan komoditas sesuai satu sama lain;
 - Melatih pasien dan pendukung pengobatan (anggota keluarga, petugas kesehatan komunitas dsb) tentang penggunaan obat ARV dan memastikan kesepakatan mereka terhadap kepatuhan minum obat sebelum ART dimulai;
 - Mendesain dan menyebarkan leaflet informasi pasien bagi semua tingkat perawatan kesehatan, dalam bahasa dan isi yang sesuai;
 - Mengembangkan program untuk pendidikan berkelanjutan bagi dokter pembuat resep;
 - Mengembangkan sistem farmako-vigilans untuk memantau efek samping obat terhadap populasi;
 - Melarang insentif finansial yang tidak selayaknya kepada dokter apotek.
 - Mengembangkan panduan tertulis mengenai penggunaan ARV dan untuk infeksi Oportunistik

N. Pengintegrasian Program ART ke Dalam Sistem Kesehatan

Alur distribusi obat antiretroviral akan diintegrasikan secara penuh ke dalam sistem layanan kesehatan nasional yang ada. ART akan dimasukkan ke dalam daftar paket obat esensial yang akan sebar ke semua jenjang layanan kesehatan, semua pihak yang berkepentingan, dan institusi yang terlibat dalam pemberian ART, seperti berikut:

1. Komisi Penanggulangan AIDS (KPA, KPA di daerah baik ditingkat Propinsi ataupun Kabupaten/Kota) Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) bertanggung jawab untuk:
 - Merumuskan dan mengembangkan kebijakan dan strategi nasional penanggulangan HIV/AIDS.
 - Advokasi kebijakan kepada eksekutif dan legislatif untuk mendukung program

penanggulangan HIV/AIDS.

- Mengkoordinasikan upaya penanggulangan HIV/AIDS secara nasional, sehingga dapat dicapai tujuan penanggulangan dengan baik melalui berbagai pertemuan yang terjadwal maupun pertemuan sewaktu-waktu.
- Menyusun dan mengkaji peraturan, pedoman dan aspek legal lainnya yang diperlukan dalam penanggulangan HIV/AIDS.
- Mengembangkan pusat informasi tentang program penanggulangan HIV/AIDS.
- Menjalin kerjasama dengan Badan Perserikatan Bangsa-Bangsa (UN Sistem), lembaga donor dan lembaga internasional lainnya untuk penanggulangan HIV/AIDS.
- Menggalang dana dari berbagai sumber baik nasional maupun internasional untuk penanggulangan HIV/AIDS.
- Mengkoordinasikan penyandang dana dan pihak yang perkepentingan (stake holders)
- Melakukan bimbingan penanggulangan HIV/AIDS kepada instansi terkait di tingkat pusat, KPA provinsi dan KPA kabupaten/kota.
- Melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan Strategi Nasional penanggulangan HIV/AIDS dan melakukan langkah tidak lanjut.

2. Departemen Kesehatan

Departemen Kesehatan memegang fungsi mobilisasi sumber daya, memberikan pedoman dan standarisasi pelayanan kesehatan, perumusan kebijakan, perencanaan strategis, dan koordinasi internasional bilateral dan multilateral.

3. Tim Nasional Pemantau dan Pengendali Pengobatan ODHA

Tim Nasional Pemantau dan Pengendali Pengobatan ODHA merupakan kelompok pejabat dan ahli yang diberi wewenang dan tanggung jawab dalam koordinasi lintas sektor dan lintas program. Sebagian tanggung jawab dari tim ini adalah:

- Penjabaran dan penerapan kebijakan di bidang kesehatan.
- Pengembangan pedoman termasuk protokol pengobatan.
- Memantau kinerja dari rumah sakit yang ditunjuk dan organisasi terkait.
- Memastikan kesinambungan alur distribusi dan pasokan obat, bahan medis dan non-medis.

Disamping koordinasi internal dalam pengembangan kebijakan yang terpadu sejalan dan saling menunjang antara Ditjen PP&PL: Ditjen Bina Yan Medik; Ditjen Binkesmas dan Ditjen Bina Yanfar&Alkes, Badan Litbang Kes, Badan POM.

4. Sistem Kesehatan Daerah.
Dinas Kesehatan mengkoordinasikan dan memberikan dukungan kepada pemberi layanan kesehatan dasar seperti layanan preventif, promotif dan kuratif dan layanan kesehatan lanjutan yang ada di wilayahnya, berkoordinasi dengan layanan di masyarakat.
Yang masuk di dalam sistem ini adalah Rumah Sakit Daerah (Provinsi, dan Kabupaten/Kota) (rumah sakit rujukan tingkat I dan II), Puskesmas dan Pustu. Di tingkat masyarakat melibatkan LSM, ORMAS-ORNOP, organisasi keagamaan, tenaga kesehatan masyarakat, dan layanan kesehatan penunjang lainnya.
5. Sektor Swasta.
Sektor swasta berperan penting dalam pemberian layanan medis. Layanan kesehatan pencari-laba terutama bekerja di wilayah perkotaan. Sektor swasta mencakup klinik dan rumah sakit swasta, apotik swasta, laboratorium dan perusahaan yang memberikan jasa layanan kesehatan, sedikit banyak kepada karyawan mereka yang membutuhkan ART. Sektor swasta telah mengobati pasien dengan obat ARV. Sektor swasta didorong untuk melanjutkan layanan mereka seperti sediakala, dan dukungan akan diberikan untuk menjamin bahwa mereka memenuhi standar yang ditetapkan dan mengikuti petunjuk yang diberikan. Pemerintah dapat memfasilitasi akses oleh sektor swasta terhadap obat-obat ARV dengan harga yang disubsidi, apabila dimungkinkan.
6. Perhimpunan Rumah Sakit di Indonesia
Perhimpunan Rumah Sakit di Indonesia seperti PERSI, ARSADA, Perhimpunan RS Swasta dsb. yang menjadi forum komunikasi manajemen rumah sakit akan menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan melalui rumah sakit secara luas baik pemerintah maupun swasta yang berada di luar jangkauan sistem kesehatan Kabupaten/Kota. Termasuk di dalamnya adalah RS tingkat menengah di provinsi atau tingkat dasar di Kabupaten/Kota. Selain itu organisasi tersebut di atas memiliki peran penting dalam mendukung akreditasi layanan rumah sakit anggotanya.
7. Rumah sakit rujukan strata III (RS Rujukan Nasional)
Rumah sakit yang termasuk dalam upaya kesehatan strata ketiga merupakan upaya kesehatan unggulan rujukan tingkat lanjut, adalah RS yang memiliki sarana dan teknologi untuk memberikan semua layanan kesehatan subspecialistik, disertai layanan diagnostik yang lengkap, biasanya di rumah sakit pendidikan atau rumah sakit di provinsi atau rumah sakit rujukan nasional untuk penyakit tertentu. RS tingkat ini akan menerima rujukan dari dan

memberikan dukungan kepada RS tingkat di bawahnya atau RS kabupaten/kota. Di samping itu juga melaksanakan pelatihan untuk tenaga kesehatan.

8. Rumah sakit rujukan strata II (RS Rujukan Tingkat Menengah)
Rumah sakit yang termasuk pada strata ini adalah rumah sakit yang memiliki sarana dan teknologi spesialistik seperti layanan kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan & penyakit kandungan, dan bedah umum serta layanan diagnostik yang lebih canggih. RS tingkat ini akan menerima rujukan dari dan memberikan dukungan kepada sarana layanan kesehatan di bawahnya yang memiliki kemampuan memberikan layanan medis spesialistik terbatas yang meliputi: kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah umum, radiologi, laboratorium tertentu atau sarana diagnostik tertentu lainnya yang sederhana. Di samping itu dapat juga melaksanakan pelatihan untuk tenaga kesehatan.
9. Ikatan Dokter Indonesia dan Organisasi Profesi Kesehatan
Setiap organisasi profesi bertanggung jawab terhadap mutu layanan profesi dari anggotanya di seluruh Indonesia.
- IDI - mutu pelayanan dokter anggotanya termasuk sarana pelayanan medis.
 - PDGI - mutu pelayanan dokter gigi dan sarana pelayanan kesehatan gigi dan mulut.
 - PPNI - mutu pelayanan dan asuhan keperawatan.
 - IBI - mutu asuhan kebidanan termasuk PMTCT.
- Mutu pengendalian infeksi termasuk penerapan kewaspadaan universal dan profilaksis pasca pajanan merupakan tanggung jawab rumah sakit.

- O. Pemantauan Dan Evaluasi
Agar tujuan yang diharapkan tercapai, program perlu dipantau dan dievaluasi.
Suatu sistem pemantauan dan evaluasi ART perlu diintegrasikan ke dalam sistem informasi manajemen kesehatan nasional, dan perlu melibatkan pengumpulan informasi dan semua tempat yang memberikan layanan ART, termasuk milik pemerintah, swasta dan LSM, serta layanan di tempat kerja.

MENTERI KESEHATAN,
ttd.

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP(K)

Catatan Redaksi :

- Lampiran tabel tidak dimuat