



PEDOMAN LAYANAN KOMPREHENSIF **HIV-AIDS & IMS** di Lapas, Rutan dan Bapas

Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan,
Kementerian Kesehatan RI.
Direktorat Jenderal Pemasyarakatan, Kementerian Hukum dan HAM RI

KATA PENGANTAR

Layanan Komprehensif Berkesinambungan merupakan upaya pemerintah untuk mendekatkan layanan terkait HIV-AIDS dan Infeksi menular seksual (IMS) kepada masyarakat yang membutuhkan. Layanan tes dan konseling HIV, penatalaksanaan IMS, kolaborasi TB-HIV, pencegahan penularan dari ibu ke anak, pengobatan ARV dan infeksi oportunistik, terapi rumatan metadon dan layanan alat suntik steril bisa dilakukan oleh semua fasilitas layanan kesehatan, mulai dari layanan kesehatan primer, sekunder sampai dengan tersier. Layanan yang diberikan paripurna, mulai dari promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Buku pedoman layanan komprehensif HIV-AIDS dan IMS di Lapas, Rutan dan Bapas merupakan buku yang telah disusun sejak 2011 bersama-sama oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia. terselesaikannya buku ini menunjukkan kuatnya komitmen antara kedua kementerian dalam penegakan hak asasi manusia melalui upaya peningkatan kualitas hidup narapidana, tahanan, anak didik Pemasyarakatan, dan klien Pemasyarakatan sebagai Warga Negara. Khususnya untuk menjawab tantangan perlu nya pengendalian penyakit HIV-AIDS dan IMS di kalangan beriskotinggi di Lapas/Rutan dan Bapas.

Peningkatan koordinasi dan kerjasama, perbaikan manajemen program dan sumber daya serta penyediaan layanan program yang bermutu adalah strategi utama yang diupayakan untuk merespon kebutuhan pengendalian HIV-AIDS dan IMS ini. Melalui kegiatan ini, diharapkan klinik dan upaya kesehatan yang berada di Lapas/ Rutan dan Bapas dapat memberikan Layanan Komprehensif yang Berkesinambungan dengan kualitas baik dengan jejaring yang mantap dengan program layanan kesehatan umum sudah berjalan.

Pedoman ini menyajikan tujuan, ruang lingkup dan cara untuk memberikan layanan kesehatan terkait pencegahan, penatalaksanaan HIV-AIDS dan IMS dan rehabilitative bagi Warga binaan pemasyarakatan (WBP) dan tahanan. Baik dari sejak masuk sebagai tahanan, dilepaskan hingga tahap reintegrasi sosial.

Kami berharap buku ini dapat memberikan langkah yang baik untuk menjalankan program layanan kesehatan komprehensif di Lapas/Rutan dan Bapas dengan baik. Kami menyadari masih terdapat kekurangan dalam buku pedoman ini oleh karena itu, masukan dan perbaikan dari pembaca sangat diharapkan untuk penyempurnaan buku ini.

Jakarta, November 2012

Tim Penyusun

KATA SAMBUTAN

DIREKTUR JENDERAL PENGENDALIAN PENYAKIT DAN PENYEHATAN LINGKUNGAN

HIV-AIDS menjadi masalah global dan merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Program pengendalian HIV-AIDS di Indonesia sejalan dengan mempunyai tujuan menurunkan infeksi baru HIV, menurunkan diskriminasi dan menurunkan kematian karena AIDS, yang di kalangan internasional dikenal dengan Three Zeros, yaitu Zero New HIV Infections, Zero Discrimination and Zero AIDS Related Death.

Salah satu terobosan Kementerian Kesehatan dalam rangka mendekatkan layanan HIV-AIDS kepada masyarakat adalah Layanan Komprehensif Berkesinambungan, dimana fasilitas pelayanan kesehatan primer yang menjadi ujung tombak layanan kesehatan harus sudah mampu memberi layanan bagi odha, termasuk odha yang berada di Rutan, Lapas dan Bapas. Dalam pelaksanaannya, pemberian layanan ini bukan hanya menjadi tanggung jawab pemberi layanan namun juga menjadi tanggung jawab lintas sektor terkait.

Saya menyambut baik diterbitkannya buku “Pedoman Layanan Komprehensif HIV-AIDS dan IMS di Lapas, Rutan dan Bapas” ini. Buku merupakan pedoman bagi Lapas, Rutan dan Bapas dalam menyelenggarakan layanan HIV-AIDS dan IMS di Lapas, Rutan dan Bapas, mulai dari upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Melalui kesempatan ini, saya menyampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya dan ucapan terima kasih kepada Direktorat Jenderal Pemasarakatan, Kementerian Hukum dan Hak Asasi manusia RI serta semua pihak atas perhatian, bantuan dan kontribusinya dalam penyempurnaan Pedoman Layanan Komprehensif HIV-AIDS dan IMS di Lapas, Rutan dan Bapas ini.

Semoga buku pedoman ini bermanfaat dalam program pengendalian HIV-AIDS di Indonesia, khususnya dalam pengendalian HIV-AIDS dan IMS di Lapas, Rutan dan Bapas.

Jakarta, November 2012

Direktur Jenderal PP & PL,



Prof. dr. Tjandra Yoga Aditama,
Sp.P(K), MARS, DTM&H, DTCE
NIP. 195509031980121001

KATA SAMBUTAN

DIREKTUR JENDERAL PEMASYARAKATAN

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, Direktorat Jenderal Pemasyarakatan, Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI bersama-sama dengan Direktorat PP & PL, Kementerian Kesehatan RI telah menyelesaikan Buku Pedoman Layanan Komprehensif HIV dan AIDS serta IMS di Lapas, Rutan dan Bapas. terselesaikannya buku yang telah dimulai penyusunannya sejak tahun 2011 ini menunjukkan kuatnya komitmen antara Kementerian Kesehatan RI dan Kementerian Hukum dan HAM RI dalam meningkatkan kualitas hidup narapidana, tahanan, dan klien Pemasyarakatan melalui layanan yang menyeluruh dan berkesinambungan.

Menurut data prevalensi Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku 2011 Kementerian Kesehatan, ditemukan angka prevalensi HIV dan Sifilis dikalangan narapidana adalah 3% dan 5%. Hasil ini mendukung temuan pada Penelitian Kesehatan dan Perilaku Narapidana yang dilakukan Direktorat Jenderal Pemasyarakatan pada tahun 2010 di 24 Lapas/Rutan (13 propinsi), dimana prevalensi HIV dan Sifilis pada narapidana pria adalah 1,1% dan 5,1%, sedangkan pada narapidana wanita lebih tinggi yaitu mencapai 6% dan 8,5%. Data dari 2 (dua) sumber tersebut menunjukkan urgency dalam penyediaan layanan HIV dan AIDS serta IMS yang menyeluruh dan berkesinambungan.

Menyeluruh dalam artian dari upaya pencegahan hingga pengobatan dan rehabilitasi. Berkesinambungan menunjukkan adanya kontinuitas layanan kesehatan di Lapas/Rutan ke layanan kesehatan di tataran komunitas (masyarakat) bagi klien Pemasyarakatan ketika kembali ke masyarakat. Untuk itu penting kiranya agar layanan kesehatan di Lapas/Rutan memiliki kualitas yang sama dan menjadi bagian dalam layanan komprehensif berkesinambungan yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Sehingga keberhasilan program penanggulangan HIV - AIDS serta IMS di Lapas, Rutan dan Bapas dapat memberikan dampak luas terhadap keberhasilan penekanan dan penurunan angka prevalensi HIV - AIDS serta IMS dilingkungan masyarakat.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya saya ucapkan kepada Tim Penyusun baik Tim dari Direktorat PP & PL, Kementerian Kesehatan RI, dan Tim dari Direktorat Jenderal Pemasyarakatan, Kementerian Hukum dan Hak Asasi manusia RI yang

telah memberikan kontribusi dan daya upayanya sehingga buku pedoman ini dapat terselesaikan. Besar harapan saya “Buku Buku Pedoman Layanan Komprehensif HIV - AIDS serta IMS di Lapas, Rutan dan Bapas” ini, dapat menjadi landasan bagi implementasi program penanggulangan HIV - AIDS serta IMS mencapai tujuan yang diharapkan, yaitu meningkatkan kualitas hidup narapidana, tahanan dan klien Pemasyarakatan. Akhir kata, mudah-mudahan Tuhan menyertai upaya kita semua dalam upaya peningkatan kualitas layanan komprehensif dan berkesinambungan HIV - AIDS serta IMS di lingkungan Pemasyarakatan.

Jakarta, November 2012

DIREKTUR JENDERAL PEMASYARAKATAN



SIHABUDIN, Bc.IP, SH, MH

NIP. 19531111 197602 1 001

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
KATA SAMBUTAN DIREKTUR JENDERAL PENGENDALIAN PENYAKIT DAN PENYEHATAN LINGKUNGAN	iii
SAMBUTAN DIREKTUR JENDERAL PEMASYARAKATAN	V
DAFTAR ISI	v
DAFTAR GAMBAR	6
DAFTAR TABEL	7
DAFTAR LAMPIRAN	8
DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH	9
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan & sasaran	3
C. Dasar Hukum	4
D. Pengertian-pengertian	7
BAB II. SITUASI HIV AIDS DAN IMS	9
A. Situasi epidemiologi global	9
B. Kondisi Kesehatan WBP/Tahanan di Lapas/Rutan	10
C. Kondisi HIV-AIDS dan IMS di Lapas, Rutan dan Bapas	12
D. Kebijakan	14
E. Respon Pengendalian HIV AIDS & IMS di Lapas / Rutan	16
BAB III. PROGRAM LAYANAN KOMPREHENSIF HIV-AIDS & IMS	19
A. Strategi	19
B. Pengembangan Layanan Komprehensif HIV dan IMS yang Berkesinambungan	20
C. Model Layanan Komprehensif HIV & IMS yang Berkesinambungan	23
D. Layanan Komprehensif berkesinambungan di Lapas/Rutan	25
E. Tahapan pemberian layanan	28
F. Indikator	28
BAB IV. ORGANISASI	31
A. Kewenangan	31
B. Kewenangan Kanwil Kemenkumham dan UPT Pemasarakatan	36

C. Kewenangan UPT Masyarakat	37
D. Kemitraan dan Jejaring Rujukan	39
E. Pembiayaan	40
BAB V. LAYANAN KESEHATAN BAGI WBP/TAHANAN BARU	41
A. Pengertian	41
B. Pemeriksaan Kesehatan Awal	42
C. Pemeriksaan kesehatan lanjut & konfirmasi TB, IMS, dan IO	43
D. Konseling dan tes HIV	43
E. Masa pengenalan lingkungan (mapenaling)	43
BAB VI. LAYANAN KESEHATAN DAN PENGOBATAN DI LAPAS / RUTAN	47
A. Pengertian	47
B. Penerimaan pasien di klinik	47
C. Konseling dan Tes HIV	49
D. Pengelolaan kasus HIV AIDS dan infeksi oportunistik	55
E. Pengelolaan Tuberkulosis (TB) dan TB-HIV	64
F. Kegiatan pengelolaan TB di Lapas	65
G. Pengelolaan Infeksi Oportunistik Lain	76
H. Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM)	79
I. Infeksi Menular Seksual	81
BAB VII. LAYANAN RUJUKAN	89
A. Pengertian	89
B. Peran petugas dalam rujukan	89
C. Alur pengelolaan rujukan layanan kesehatan	90
BAB VIII. LAYANAN PENCEGAHAN PENULARAN PENYAKIT	91
A. Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE)	91
B. Kewaspadaan Standar	92
C. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TB dan Paru	94
D. Pengendalian IMS	96
E. Profilaksis Paska Paparan (PPP)	97
F. Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)	98
G. Pemulasaran jenazah	100
BAB IX. LAYANAN DUKUNGAN SOSIAL DAN REHABILITASI	101
A. Terapi ketergantungan NARKOBA	101
B. Pendidik Sebaya/ Kader Kesehatan	106
C. Kelompok Dukungan Sebaya (KDS)	107
D. Notifikasi dan Konseling pada pasangan	108

E. Pembinaan kemandirian (Vokasional)	110
F. Perawatan Paliatif	111
G. Terapi Komplementer	112
BAB X. LAYANAN MENJELANG BEBAS (PRERELEASE)	113
A. Pengertian	113
B. Alur dan layanan menjelang bebas	114
BAB XI. LAYANAN PASKA BEBAS (AFTERCARE)	115
A. Pengertian	115
B. Bapas dalam pelaksanaan pembimbingan	117
BAB XII. SARANA, PRASARANA, DAN SUMBER DAYA MANUSIA	119
A. Sarana	120
B. Prasarana	123
C. Sumber Daya Manusia	123
BAB XIII. PEMANTAUAN MUTU	125
A. Pengertian Monitoring dan Evaluasi	125
B. Tujuan M&E	126
C. Pelaksanaan M & E	126
D. Bimbingan Teknis/ Mentoring	129
LAMPIRAN	131
DAFTAR PUSTAKA	165

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Sebaran ODHA Global, 2009	9
Gambar 2. Perbandingan jumlah WBP/tahanan total, kasus narkoba dengan kapasitas hunian Tahun 2008 – 2011	10
Gambar 3. Angka kesakitan dan kematian akibat AIDS dan TB di Lapas dan Rutan Indonesia 2008 – Juni 2012	11
Gambar 4. Prevalensi HIV di Indonesia Tahun 2011	13
Gambar 5. Kerangka kerja layanan komprehensif HIV & IMS yang berkesinambungan	23
Gambar 6. Alur layanan bagi WBP/ tahanan baru	41
Gambar 7. Layanan kesehatan, pencegahan dan dukungan diklinik Lapas/ Rutan	48
Gambar 8. Model standar emas VCT	51
Gambar 9. Tahapan PITC	53
Gambar 10. Layanan konseling dan tes HIV	54
Gambar 11. Alur layanan klinis terkait HIV-AIDS	63
Gambar 12. Alur diagnosis TB paru pada ODHA dengan rawat jalan	70
Gambar 13. Alur diagnosis TB paru pada ODHA dengan sakit berat	71
Gambar 14. Kolaborasi TB dan HIV di Lapas / Rutan	76
Gambar 15. Alur rujukan ke luar Lapas/Rutan	90
Gambar 16. Strategi pencegahan penularan HIV dari Ibu ke anak dan kegiatan pendukungnya	99
Gambar 17. Waktu & risiko penularan HIV dari ibu ke anak	100
Gambar 18. Kerangka analisis notifikasi pasangan	109
Gambar 19. Alur layanan menjelang bebas	114
Gambar 20. Layanan kesehatan bagi WBP paska bebas	118
Gambar 21. Alur pencatatan dan pelaporan	128

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Jenis layanan komprehensif HIV	20
Tabel 2. LKB bagi masyarakat, populasi kunci, dan ODHA	22
Tabel 3. Indikator – indikator kunci	29
Tabel 4. Uraian layanan kesehatan bagi WBP/tahanan baru	44
Tabel 5. Daftar uraian tugas dan peran	49
Tabel 6. Daftar tilik anamnesis	56
Tabel 7. Daftar tilik pemeriksaan fisik	57
Tabel 8. Stadium Klinis (WHO, 2010)	59
Tabel 9. Stadium Klinis HIV yang direkomendasikan untuk mulai mendapatkan terapi ARV	61
Tabel 10. Diagnosis dan klasifikasi TB paru	68
Tabel 11. Pengobatan TB paru pada ODHA tanpa ARV di Lapas/Rutan yang tidak tersedia fasilitas hitung CD4	75
Tabel 12. Pengobatan TB paru pada ODHA tanpa ARV di Lapas/Rutan yang tersedia fasilitas hitung CD4	75
Tabel 13. Derajat PCP dan penatalaksanaannya	76
Tabel 14. Pengendalian IMS	96
Tabel 15. Kompetensi klinik kesehatan Lapas/Rutan	120
Tabel 16. Sumber daya manusia (SDM) berdasarkan kompetensi klinik	120

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Berita Acara Pemeriksaan (BAP) Kesehatan WBP/ Tahanan	131
Lampiran 2. Formulir pemeriksaan IMS	133
Lampiran 3. Formulir terkait konseling dan pemeriksaan HIV	134
Formulir 1. Sumpah kerahasiaan pelayanan konseling dan tes HIV	135
Formulir 2. Catatan kunjungan harian klien konseling dan tes HIV	136
Formulir 3. VCT	137
Formulir 4. PITC	138
Formulir 5. Persetujuan klien untuk tes HIV	139
Formulir 6. Rujukan permintaan pemeriksaan HIV	140
Formulir 7. Pengambilan hasil pemeriksaan HIV	141
Formulir 8. Laporan hasil tes HIV	142
Formulir 9. Rujukan	143
Formulir 10. Pelayanan VCT	144
Formulir 11. Pelepasan informasi	145
Lampiran 4. Ikhtisar perawatan HIV dan ART	146
Lampiran 5. Kuesioner pre ARV	148
Lampiran 6. Form kepatuhan ARV	150
Lampiran 7. Kartu pengobatan pasien TB (TB 01)	151
Lampiran 8. Formulir Permohonan Laboratorium TB untuk Pemeriksaan Dahak (TB 05)	153
Lampiran 9. Daftar tersangka Pasien (Suspek) TB yang Diperiksa Dahak SPS (TB 06)	154
Lampiran 10. Formulir Rujukan dan Transfer Pasien TB (TB 09)	155
Lampiran 11. Alamat Rumah Sakit, Klinik, & LSM peduli HIV-AIDS, TB, IMS	156

DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

ABC	: <i>Abacavir</i> : salah satu jenis obat antiretroviral
AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> , sindrom defisiensi imun yang didapat
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APD	: Alat Pelindung Diri
ART	: Terapi Antiretroviral
ARV	: Obat antiretroviral
ATZ	: <i>Atazanavir</i> : salah satu jenis obat antiretroviral
AZT	: <i>Azido Deoxy Thymidine</i> ; yang sering disingkat pula sebagai Zidovudine, adalah satu jenis obat antiretroviral
Bapas	: Balai Pemasarakatan
Bimtek	: Bimbingan Teknis
Binadik	: Pembinaan dan pendidikan
BNN	: Badan Narkotika Nasional
BNP/K	: Badan Narkotika Provinsi/Kabupaten/Kota
BTA	: Basil Tahan Asam
CD4	: CD4 adalah reseptor yang terdapat di permukaan sel tertentu, misalnya limfosit. Jumlah CD4 + (<i>Helper</i>) limfosit T dalam plasma adalah petunjuk progresivitas penyakit pada infeksi HIV/AIDS.
CB	: Cuti Bersyarat
CMB	: Cuti Menjelang Bebas
CST	: <i>Care, Support and Treatment</i> (Perawatan, dukungan dan pengobatan untuk ODHA)
DAK	: Dana Alokasi Khusus
DAU	: Dana Alkasi Umum
Dinkes	: Dinas Kesehatan
Ditjenpas	: Direktorat Jenderal Pemasarakatan
Ditjen PP&PL	: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
DOTS	: <i>Directly Observed Treatment Shortcourse</i> : Cara Pengobatan TB jangka panjang dengan pengawasan langsung.
d4T	: 2',3' didehydro-3' deoxythimidine / stavudine; salah satu jenis obat antiretriviral
ddl	: Didanosine : salah satu jenis obat antiretriviral
EFV	: Efavirenz : salah satu jenis obat antiretriviral
FDC	: <i>Fixed-Dose Combination</i> : (kombinasi beberapa obat dalam satu pil)

FHI	: <i>Family Health Internasional</i>
GF-ATM	: <i>Global Fund for AIDS, Tuberculosis, and Malaria</i>
GF R8	: <i>Global Fund Round 8</i>
HAART	: <i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i> : Antiretroviral dengan aktivitas tinggi
HAM	: Hak Asasi Manusia
HBV	: Hepatitis B virus
HCV	: Hepatitis C Virus
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i> : Virus yang menyebabkan penurunan kekebalan tubuh pada manusia
HCPI	: <i>HIV AIDS Cooperation Program for Indonesia</i>
HR	: <i>Harm Reduction</i> (pengurangan dampak buruk)
IDU(s)	: <i>Injecting Drug User(s)</i> : Pengguna NAPZA suntik
IDV	: Indinavir : salah satu jenis obat antiretroviral
IMS	: Infeksi Menular Seksual = PMS (Penyakit Menular Seksual)
IMAI	: <i>Integrated management for adult and adolescent in illness</i> , manajemen terpadu dewasa sakit
INH	: Isoniazid
IO	: Infeksi Oportunistik = OI = <i>Opportunistic Infection</i>
IPT	: <i>INH Preventive Therapy</i>
Juklak	: Petunjuk Pelaksanaan
Juknis	: Petunjuk Teknis
K3	: Kesehatan dan Keselamatan Kerja
Kanwil	: Kantor Wilayah
Kadivpas	: Kepala Divisi Pemasarakatan
Ka. UPT	: Kepala Unit Pelaksana Teknis
KDS	: Kelompok Dukungan Sebaya
Kemenkumham	: kementerian Hukum dan HAM
Keppres	: Keputusan Presiden
Kesling	: Kesehatan lingkungan
KIE	: Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KPAN	: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
KPAP/K	: Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi / Kabupaten / Kota
Lapas	: Lembaga Pemasarakatan
LASS	: Layanan Alat Suntik Steril
LSL	: Lelaki yang berhubungan Seks dengan Lelaki
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
Mapenaling	: Masa pengenalan lingkungan
MARP	: <i>Most at Risk Population</i>

MB	: <i>Morning briefing</i>
MDG	: <i>Millennium Development Goal</i>
MDR-TB	: <i>Multi Drug Resistant - Tuberculosis</i>
Menkokesra	: Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat
M&E	: Monitoring dan Evaluasi (disingkat juga Monev)
MK	: Manajemen Kasus
MSM	: <i>Men who have sex with men</i> (laki-laki suka hubungan seks sesama jenis)
NA	: <i>Narcotic Anonimous</i>
NAPZA	: Narkotik, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya
Narkoba	: Narkotika, obat, dan bahan adiktif
NNRTI	: <i>Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor</i> , suatu golongan ARV
NRTI	: <i>Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor</i> : suatu golongan ARV
NVP	: <i>Nevirapine</i> : salah satu jenis obat antiretriviral
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
ODHA	: Orang Dengan HIV AIDS
PB	: Pembebasan Bersyarat
PE	: <i>Peer educator</i> (pendidikan sebaya)
Penasun	: Pengguna Napza Suntik
PEP	: <i>Post exposure prophylaxis</i> (profilaksis paska pajanan)
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PITC	: <i>Provider initiated test and counseling</i>
PMO	: Pengawas minum obat
Pokja	: Kelompok Kerja
PSK	: Pekerja Seks Komersil
PTRM	: Program Terapi Rumatan Metadon
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
PMTCT	: <i>Prevention Mother to Child Transmission</i> : Pencegahan Penularan Perinatal dari Ibu ke Bayi
PDP	: Perawatan, Dukungan dan Pengobatan
PI	: <i>Protease Inhibitor</i> : Penghambat kerja enzim protease (enzim yang diperlukan untuk pembentukan partikel-partikel virus pada membran plasma)
PPML	: Pengendalian Penyakit Menular Langsung
PPP	: Profilaksis Paska Pajanan
RAN	: Rencana Aksi Nasional
RAK	: Rencana Aksi Kegiatan
RS	: Rumah Sakit
RSKO	: Rumah Sakit Ketergantungan Obat
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah

RTI	: <i>Reverse Transcriptase Inhibitor</i> : Penghambat kerja enzim transkriptase
RTV-PI	: <i>Ritonavir-boosted Protease Inhibitor</i> (Protease Inhibitor yang diperkuat dengan ritonavir)
Rutan	: Rumah Tahanan Negara
RTL	: Rencana tindak lanjut
Satgas	: Satuan Tugas
SDM	: Sumber Daya Manusia
Sidak	: Inspeksi Mendadak
SK	: Surat Keputusan
SKB	: Surat Keputusan Bersama
STBP	: Survei Terpadu Biologik dan Perilaku
SKPD	: Satuan Kerja Pemerintah Daerah
SRAN	: Strategi Rencana Aksi Nasional
Stranas	: Strategi Nasional
Subdit AIDS	: Sub Direktorat AIDS
TB	: Tuberkulosis
TC	: <i>Therapeutic Community</i>
TLC	: <i>Total Lymphocyte Count</i> (Jumlah Limfosit Total)
T & R	: Terapi dan rehabilitasi
ToT	: <i>Training of Trainer</i>
Tupoksi	: Tugas Pokok dan Fungsi
UNAIDS	: <i>United Nations Programme on HIV/AIDS</i> ; Program bersama HIV/AIDS di PBB
UNODC	: <i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
UP/SP	: <i>Universal Precautions</i> : peringatan umum dalam menangani pasien, yang saat ini digunakan istilah Standard Precaution.
UU	: Undang-undang
VCT	: <i>Voluntary Counseling and Test</i> : Konseling dan Tes HIV sukarela (Tes HIV secara sukarela disertai konseling)
<i>Viral Load</i>	: Beban virus yang setara dengan jumlah virus dalam darah yang dapat diukur dengan alat tertentu (antara lain PCR)
WBP	: Warga binaan masyarakat
WHO	: <i>World Health Organization</i> (Organisasi Kesehatan Dunia)
<i>Window Period</i>	: Periode Jendela ; periode 3 bulan pertama pasca infeksi HIV/AIDS, dimana pemeriksaan terhadap antibodi HIV masih negatif meski jumlah HIV dalam darah sudah cukup banyak dan mampu menularkan
ZDV	: <i>Zidovudine</i> , salah satu jenis obat antiretroviral
3TC	: 2',3' dideoxy-3' thiacytidine / lamivudine : salah satu jenis obat antiretrovira

BAB I.

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Salah satu program prioritas pembangunan pemerintah Indonesia adalah upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebagai unsur dari MDGs (*Millenium Development Goals*) pemerintah. Berbagai upaya kesehatanpun diarahkan untuk mendukung program ini, tidak terkecuali perang melawan penyakit infeksi seperti HIV AIDS dan penyakit menular lainnya seperti yang tercantum dalam MDG-6. Searah dengan MDG-6, UNAIDS juga memandu dengan visinya agar di tahun 2015 tidak ada lagi penyebaran (*zero new infections*), kematian (*zero AIDS-related deaths*), dan stigma (*zero discrimination*) akibat HIV AIDS.

Direktorat Jenderal Pemasyarakatan – Kementerian Hukum dan HAM RI, berdasarkan Peraturan Menteri Hukum dan HAM RI Nomor M.HH.01.PH.02.05 Tahun 2010 menetapkan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus–Acquired Immune Deficiency Syndrome* dan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Bahan Adiktif Berbahaya Lainnya pada Unit Pelaksana Teknis Pemasyarakatan Tahun 2010 – 2014. Pembentukan kebijakan tersebut dilatarbelakangi dengan tingginya prevalensi HIV, IMS dan TB di kalangan WBP/tahanan. Lembaga Pemasyarakatan (Lapas), Rumah Tahanan Negara (Rutan), dan Balai Pemasyarakatan (Bapas) sebagai Unit Pelaksana Teknis Pemasyarakatan melaksanakan berbagai upaya penanggulangan HIV-AIDS dan penyalahgunaan narkotika sebagai realisasi Rencana Aksi Nasional 2010-2014. Dengan pengembangan sistem pembinaan dan layanan pemasyarakatan, upaya ini bertujuan untuk mencapai visi kesehatan dalam rangka pemenuhan hak kesehatan dan sosial kemasyarakatan bagi Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) dan tahanan¹.

Padatnya penghuni dengan fasilitas akomodasi yang minim di Lembaga Pemasyarakatan meningkatkan penularan penyakit infeksi. Di beberapa Lapas, ditemukan jumlah kunjungan klinik sebanyak 6.477 pertahun (dari ± 1.000 warga binaan terdaftar). Angka prevalensi penyakit infeksi pun jauh diatas populasi umum diluar Lapas. Berdasarkan

¹ Ditjenpas Kemenkumham RI. (2010). Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS di Lapas dan Rutan 2010-2014

hasil survey prevalensi HIV-AIDS dan Sifilis serta perilaku berisiko (tahun 2010), diketahui bahwa prevalensi HIV pada WBP laki-laki adalah sebesar 1,1%, sedangkan WBP wanita 6,0%².

Diantara warga binaan pemasyarakatan yang pernah menggunakan narkotika suntik, ditemukan HIV positif sebesar 8% pada WBP laki-laki dan 12% pada WBP wanita. Tingginya prevalensi sifilis dikalangan WBPwanita juga tampak pada penelitian ini, yaitu 8,5% berbanding dengan 6,0% pada WBP laki-laki.²

Temuan di Lapas Narkotika Klas IIA Banceuy menunjukkan prevalensi HIV sebesar 7.2%, Hepatitis B 4.3%, Hepatitis C 19% dan TB 0,6% pada semua WBP baru masuk. Nilai ini sedikitnya 10 kali lebih tinggi dari prevalensi di masyarakat umum. Faktor resiko utama adalah penggunaan narkoba suntik pada 21% WBP. Beban ini diperberat tingginya perilaku hidup yang kurang bersih dan sehat diantara warga binaan serta tingginya tingkat perilaku berisiko seperti penyalahgunaan narkoba, penggunaan jarum suntikan bersama, seks tidak aman, tato, dan tindak³.

Untuk mengatasi beban permasalahan kesehatan ini, diperlukan pendekatan komprehensif dan terpadu. Dalam implementasinya, diperlukan sebuah pedoman yang praktis khusus dalam bidang HIV-AIDS dan IMS yang dapat diaplikasikan di seluruh Lapas, Rutan dan Bapas di Indonesia. Untuk keperluan ini, maka Ditjen PP & PL Kemenkes dan Ditjenpas Kemenkumham bersama-sama menyusun buku **Pedoman layanan komprehensif HIV dan AIDS serta IMS di Lapas, Rutan dan Bapas di Indonesia**.

Terlepas dari beban besar yang dihadapi di Lapas, Rutan dan Bapas, sebenarnya situasi di institusi-institusi ini merupakan kondisi yang ideal untuk memulai pengelolaan komprehensif bagi kelompok berisiko ini. Semua narapidana, tahanan dan warga binaan berada dalam pengendalian Lapas, Rutan dan Bapas. Mereka bisa terpapar pada program binaan dan kesehatan apapun untuk waktu yang cukup lama selama mereka dalam tahanan. Misalnya, mereka bisa memperoleh program KIE dan promosi kesehatan yang intensif bila ini bisa di laksanakan di Lapas, Rutan dan Bapas. Bila HIV bisa terdeteksi, maka upaya pengobatan akan dapat diinisiasi dan dilanjutkan dengan kepatuhan yang baik karena tahanan dapat hadir setiap hari di klinik. Dengan program pengobatan yang baik disertai pemahaman yang dimiliki oleh Warga Binaan Pemasyarakatan dan Tahanan, penulaaan lebih lanjut pada keluarga saat ia bebas akan dapat dicegah.

² Ditjen Pemasyarakatan. (2010). Penelitian Prevalensi HIV dan Sifilis serta Perilaku Berisiko Terinfeksi HIV pada WBPdi Lapas/Rutan Indonesia Tahun 2010.

³ Nelwan EJ. et al. (2010). Human immunodeficiency virus, hepatitis B and hepatitis C in an Indonesian prison: prevalence, risk factors and implications of HIV screening. *Tropical Medicine and International Health*. 2010. 15 (12).1491–1498.

Buku ini memuat panduan umum dan panduan teknis bagi petugas di berbagai instansi terkait untuk melaksanakan layanan kesehatan dan program HIV AIDS dan IMS secara komprehensif. Buku pedoman ini juga memuat alur pengelolaan yang fleksibel sehingga dapat di implementasikan di berbagai tingkat kompetensi Lapas, Rutan dan Bapas. Dengan program ini, diharapkan akan terbangun jejaring kerjasama antara Lapas, Rutan dan Bapas dengan institusi kesehatan atau pihak lain yang terkait. Perlu diingat dengan berkembangnya waktu, buku pedoman ini juga merupakan perangkat yang akan selalu berkembang. Oleh karena itu, masalah yang timbul dalam pelaksanaannya, ilmu yang baru seharusnya dapat diakomodasikan pada edisi berikutnya sehingga membuat buku ini semakin sesuai dan bermanfaat untuk semua Lapas, Rutan dan Bapas di Indonesia.

B. TUJUAN & SASARAN

Tujuan Umum

Buku ini disusun untuk menjadi pedoman dalam melaksanakan layanan komprehensif HIV AIDS dan IMS di Lapas, Rutan dan Bapas Indonesia.

Tujuan Khusus:

- Menjadi acuan praktis dalam melaksanakan kegiatan program pengendalian dan pengelolaan HIV AIDS dan IMS di Lapas, Rutan dan Bapas.
- Meningkatkan dan menjaga kualitas layanan kesehatan di Lapas, Rutan dan Bapas.
- Mendukung keberlangsungan layanan kesehatan komprehensif
- Membangun jejaring dan sistem rujukan antara Lapas, Rutan dan Bapas dan layanan kesehatan serta institusi terkait.

Sasaran

Pedoman HIV AIDS dan IMS ini disusun untuk dapat diaplikasikan oleh para pihak terkait yang berkepentingan dengan program dan layanan kesehatan di Lapas, Rutan dan Bapas di Indonesia, diantaranya :

- Kepala Lapas, Kepala Rutan, dan Kepala Bapas;
- Para Pejabat Struktural dan Seluruh Petugas Lapas, Rutan dan Bapas;
- Petugas Bagian Perawatan atau Tim AIDS Lapas, Rutan dan Bapas;
- Dinas Kesehatan Setempat;
- Dinas Sosial setempat;
- Laboratorium terdekat dari Lapas Rutan dan Bapas
- Puskesmas yang melayani wilayah dimana Lapas, Rutan & Bapas berada

- Rumah Sakit, Lapas, Rutan, dan Bapas
- Tim bimbingan teknis Kanwil KeMenKumHam Propinsi
- Institusi dan Mitra Kerja Terkait Program HIV AIDS, TB dan IMS

Ruang Lingkup

Buku pedoman memuat penjelasan mengenai program dan layanan komprehensif mengenai HIV-AIDS, IMS dan TB di Lapas, Rutan, Cabang Rutan dan Bapas. Kegiatannya meliputi aspek promotif, preventif, kuratif sampai dengan rujukan bagi narapidana, tahanan dan warga binaan yang berisiko atau mengalami masalah penyakit terkait HIV-AIDS. Bagian pengelolaan penyakit ditekankan pada upaya deteksi dini, diagnosis, prinsip serta garis besar cara terapinya. Penjelasan kegiatan disusun sesuai uRutan yang dialami subyek sejak saat baru masuk, didalam Lapas, klinik dan saat bebas. Kegiatan pencegahan dan upaya dukungan di deskripsikan dalam bab yang khusus dan dapat di implementasikan di langkah manapun.

C. DASAR HUKUM

1. Undang - Undang Nomor 12 Tahun 1995 tentang Pemasarakatan;
2. Undang - Undang Nomor 3 Tahun 1997 tentang Pengadilan Anak;
3. Undang - Undang Nomor 5 Tahun 1997 tetang Psicotropika;
4. Undang - Undang Nomor 7 Tahun 1997 tentang Pengesahan Konvensi Perserikatan Bangsa-Bangsa tentang Pemberantasan Peredaran Gelap Narkotika dan Psicotropika;
5. Undang - Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia;
6. Undang – Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak;
7. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
8. Undang - Undang Nomor Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437);
9. Undang - Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3848);
10. Undang - Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika;
11. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
12. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 1999 tentang Pembinaan dan Pembimbingan Napi/Tahanan Pemasarakatan;
13. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1999 tentang Syarat-syarat dan Tata Cara Pelaksanaan Hak Napi/Tahanan Pemasarakatan;

14. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 23 tahun 2010 tentang Badan Narkotika Nasional;
15. Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional;
16. Keputusan Presiden Republik Indonesia No. 36 Tahun 1994 tentang Komisi Penanggulangan AIDS (KPA);
17. Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2002 tentang Layanan komprehensif Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkotika, Psicotropika, Prekursor dan Zat Aditif lainnya;
18. Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat No. 2 Tahun 2007 tentang penanggulangan HIV AIDS pada penasun;
19. Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 56/HUK/2009 Tentang Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Narkotika, Psicotropika, dan Zat Adiktif lainnya;
20. Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat selaku Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Nasional Nomor 08/PER/MENKO/KESRA/II/2010 tentang Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2010 – 2014;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/SK/XI/ 2010 tentang Susunan Organisasi dan Tatakerja Depkes RI;
22. Peraturan Menteri Hukum dan HAM RI Nomor M.HH-05.OT.01.01 Tahun 2010 tanggal 30 Desember 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia;
23. Peraturan Menteri Hukum dan HAM RI Nomor M.HH.01.PH.02.05 Tahun 2010 Tentang Rencana Aksi Nasional Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus–Acquired Immune Deficiency Syndrome dan Penyalahgunaan Narkotika, Psicotropika dan Bahan Adiktif Berbahaya Lainnya Pada Unit Pelaksana Teknis Pemasarakatan Tahun 2010 – 2014;
24. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 565/Menkes/PER/III/2011 Tentang Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis Tahun 2011 – 2014;
25. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2011 Tentang Wajib Laporan;
26. Keputusan Bersama Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat selaku Ketua Komisi Layanan Komprehensif AIDS Nomor 20/KEP/MENKO/KESRA/ XII/2003 dan Kepala Kepolisian Negara Republik Indonesia selaku Ketua Badan Narkotika Nasional (BNN) Nomor B/01/XII/2003/BNN Tentang Pembentukan Tim Nasional Upaya Terpadu Pencegahan Penularan HIV-AIDS dan Pemberantasan Penyalahgunaan Narkotika, Psicotropika dan Zat/Bahan Adiktif Dengan Cara Suntik;

27. Kesepakatan Bersama antara Menteri Kesehatan RI dengan Menteri Dalam Negeri RI, Menteri Sosial RI, dan Menteri Hukum dan HAM RI – Nomor: 1232/Menkes/SKB/XII/2009; Nomor: 440 – 805A Tahun 2009; Nomor: M.HH.07.HM.03.0214/2009; Nomor: 13/PRS.2/KPTS/2009 – tentang Program Jaminan Kesehatan Masyarakat bagi Masyarakat Miskin Akibat Bencana, Masyarakat Miskin Penghuni Panti Sosial dan Masyarakat Miskin Penghuni Lembaga Pemasarakatan dan Rumah Tahanan Negara;
28. Surat Edaran Mahkamah Agung No.04 Tahun 2010 tentang Penempatan Penyalahgunaan, Korban Penyalahgunaan dan Pecandu Narkotika ke dalam kedalam Lembaga Rehabilitasi Medis dan Rehabilitasi Sosial;
29. Surat Edaran Mahkamah Agung No.03 Tahun 2011 tentang Penempatan Korban Penyalahgunaan Narkotika di Lembaga Rehabilitasi Medis dan Rehabilitasi Sosial;
30. Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat selaku Ketua Komisi Layanan komprehensif AIDS Nomor 9/Kep/Menko/Kesra/IV/1994 tentang Strategi Nasional Layanan komprehensif HIV AIDS;
31. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 996/Menkes/SK/VIII/2002 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sarana Pelayanan Rehabilitasi;
32. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1285/Menkes/SK/X/ 2002 tentang Pedoman Layanan komprehensif HIV-AIDS dan Penyakit Menular Seksual;
33. Keputusan Menteri Kehakiman dan HAM RI Nomor E.04.PR.07.03 Tahun 2003 tanggal 16 April 2003 tentang Pembentukan Lembaga Pemasarakatan Narkotika;
34. Keputusan Menteri Kehakiman dan HAM RI Nomor E.04.PR.09.03 Tahun 2004 tentang Pembentukan Kelompok Kerja Layanan Komprehensif HIV-AIDS di Lapas/Rutan di Lingkungan Direktorat Jenderal Pemasarakatan;
35. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 364/Menkes/SK/V/2009 Tentang Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis (TB);
36. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1259/Menkes/SK/XII/2009 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Jamkesmas Bagi Masyarakat Miskin Akibat Bencana, Masyarakat Miskin Penghuni Panti Sosial dan Masyarakat Miskin Penghuni Lembaga Pemasarakatan serta Rumah Tahanan Negara;
37. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1278/Menkes/SK/XII/2009 Tentang Pedoman Pelaksanaan Kolaborasi Pengendalian Penyakit TB dan HIV;
38. Nota Kesepahaman Antara Dirjen Pemasarakatan Dengan Dirjen PP & PL Tahun 2004 tentang Penanggulangan TB di Lapas/Rutan.

D. PENGERTIAN-PENGERTIAN

1. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) adalah suatu gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh masuknya dan replikasi virus HIV ke dalam tubuh seseorang.
2. BAPAS Adalah Unit Pelaksana Teknis dibidang masyarakatan luar lembaga yang merupakan pranata atau satuan kerja dalam lingkungan Dephukham RI yang ditugaskan melakukan pembimbingan terhadap klien (warga binaan) selama menjalani masa PB/CMB/CB.
3. Criminon adalah pelatihan rehabilitasi yang bertujuan agar klien tidak melakukan kembali kejahatan.
4. Human Immune-deficiency Virus (HIV) adalah virus yang menyebabkan AIDS.
5. IMS atau infeksi menular seksual adalah penyakit yang terutama mengenai dan ditularkan melalui alat kelamin laki-laki atau wanita.
6. Klien adalah seseorang yang mencari atau mendapatkan pelayanan konseling dan atau tes HIV AIDS.
7. Klien masyarakatan adalah seseorang yang berada dalam bimbingan BAPAS.
8. KT (konseling & tes) atau VCT (voluntary counselling & testing) adalah suatu prosedur diskusi pembelajaran antara konselor dan klien untuk memahami HIV AIDS beserta risiko dan konsekuensi terhadap diri, pasangan dan keluarga serta orang disekitarnya. Dan bertujuan agar klien mau di tes HIV.
9. KTIP (konseling & tes atas inisiasi petugas) atau PITC (Provider Initiative Tes and Counselling) adalah pendekatan tes dan konseling yang ditawarkan oleh petugas kesehatan secara aktif kepada mereka yang membutuhkan atau diperkirakan membutuhkan dan dilaksanakan atas persetujuan klien.
10. Konselor adiksi adalah pemberi pelayanan konseling yang telah dilatih keterampilan konseling adiksi sesuai persyaratan yang berlaku dan dinyatakan mampu.
11. Konselor KT (VCT) adalah pemberi pelayanan konseling yang telah dilatih keterampilan konseling HIV dan dinyatakan mampu.
12. K3 atau Kesehatan dan Keselamatan Kerja adalah suatu upaya untuk menekan atau mengurangi risiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja.
13. Lembaga Masyarakatan selanjutnya disebut Lapas adalah tempat untuk melaksanakan pembinaan WBP/tahanan masyarakatan
14. Narcotic anonimous (NA) merupakan self-help group yang didesain untuk membantu orang yang kecanduan heroin atau penyalahgunaan obat-obatan
15. ODHA (orang yang hidup dengan HIV AIDS) adalah orang yang terinfeksi HIV.
16. OHIDHA adalah orang yang hidup bersama ODHA, atau terpengaruh oleh HIV/AIDS

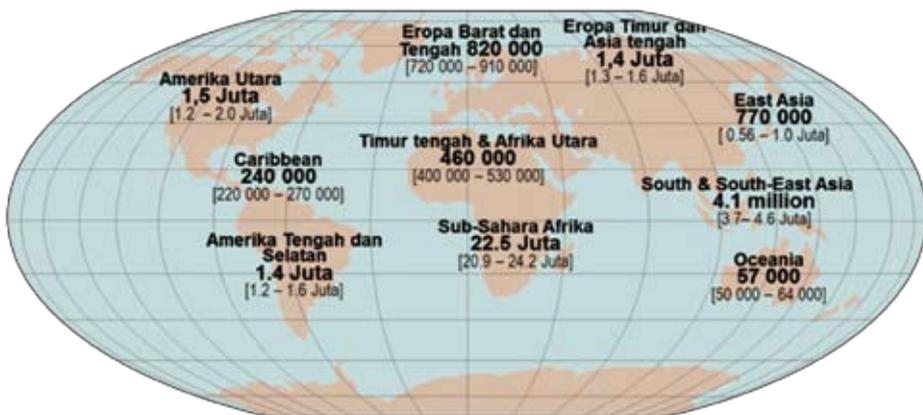
17. PDP (perawatan, dukungan, dan pengobatan) atau CST (care, support & treatment) adalah layanan komprehensif yang disediakan untuk ODHA dan keluarganya. Termasuk di dalamnya konseling lanjutan, perawatan, diagnosis, terapi, dan pencegahan infeksi oportunistik, dukungan sosio-ekonomi dan perawatan di rumah.
18. PEP (post exposure prophylaxis) atau profilaksis paska pajanan yaitu upaya menghindari terjadinya penularan bakteri, virus, zat renik patogen yang bisa menyebabkan penyakit.
19. Perilaku berisiko adalah pola hidup yang berisiko terhadap terjadinya penularan HIV seperti penggunaan Narkoba suntik, seks tidak aman, adiksi, pembuatan tato dan pemasangan asesoris kelamin.
20. MARGS : Most at Risk Group Surveillance
21. PPIA (Pencegahan Penularan dari Ibu ke anak) atau PMTCT (Prevention Mother to Child Transmission) adalah program pengelolaan HIV pada ibu hamil untuk mencegah penularan virus HIV pada anak yang akan dilahirkannya.
22. Rumah Tahanan Negara selanjutnya disebut Rutan adalah unit pelaksana teknis tempat tersangka dan terdakwa ditahan selama proses penyidikan, penuntutan dan pemeriksaan di sidang pengadilan
23. Tahanan adalah terdakwa yang ditempatkan di dalam Rutan untuk kepentingan penyidikan, penuntutan dan pemeriksaan di sidang Pengadilan.
24. Terapi Antiretroviral (ART) adalah sejenis pengobatan untuk menghambat replikasi virus dalam tubuh orang yang terinfeksi HIV. Selama penderita mengkonsumsi obat ini, jumlah virus HIV akan sangat rendah hingga bisa tidak terdeteksi.
25. Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi oleh bakteri tuberkulosis yang sering mengenai paru-paru atau jaringan tubuh lain. TB seringkali merupakan infeksi yang memperburuk kondisi penderita pengidap virus HIV dan meningkatkan mortalitasnya.
26. WBP (warga binaan masyarakat) adalah narapidana, anak didik masyarakat dan klien masyarakat.
27. Window Period atau Periode Jendela adalah periode 3 bulan pertama pasca infeksi HIV/AIDS, dimana pemeriksaan terhadap antibodi HIV masih negatif meski jumlah HIV dalam darah sudah cukup banyak dan mampu menularkan

BAB II.

SITUASI HIV AIDS DAN IMS

A. SITUASI EPIDEMIOLOGI GLOBAL

HIV AIDS telah menjadi pandemi global, pada tahun 2008, WHO/UNAIDS memperkirakan jumlah orang dengan HIV AIDS (ODHA) mencapai 33.4 juta jiwa atau prevalensinya kira-kira tiga kali lipat lebih tinggi dibandingkan pada tahun 1990. Kenaikan ini merupakan dampak gabungan dari terus tingginya tingkat infeksi HIV baru dan dampak positif dari ART dalam mengurangi angka kematian akibat HIV AIDS. Sebagai gambaran, data tahun 2008 memperkirakan 2,7 juta orang terjangkit infeksi HIV baru dan terjadi 2 juta kasus kematian terkait HIV pada tahun tersebut. Namun demikian, angka penularan ini telah menurun dari puncaknya pada tahun 1996, ketika 3,5 juta infeksi HIV baru terjadi. Angka kematian pun menurun dari puncaknya pada tahun 2004 ketika 2,2 juta kematian terkait HIV AIDS⁴.

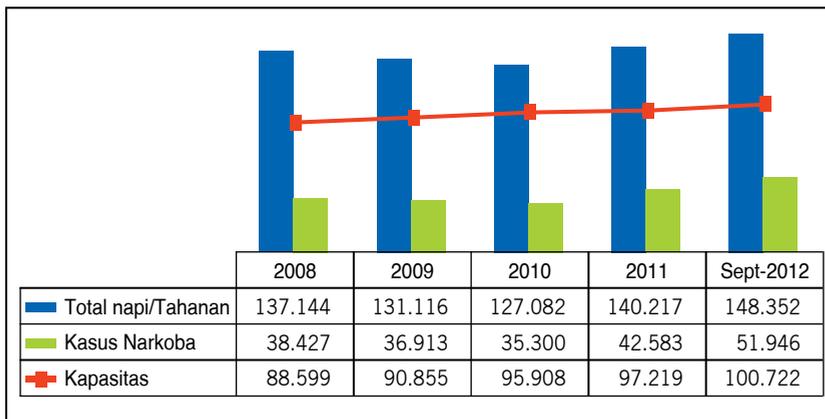
Gambar 1. Sebaran ODHA Global, 2009⁴

⁴ UNAIDS. (2009). WHO. AIDS Epidemic Update. <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf> (Diakses 26 Juni 2011)

Epidemi HIV/AIDS ini tampaknya telah stabil di sebagian negara, meskipun prevalensinya tetap meningkat beberapa Negara lainnya, seperti di Eropa Timur dan Asia⁴. Untuk situasi di Indonesia, tercatat 4,969 kasus baru AIDS yang dilaporkan pada tahun 2008. Jumlah ini empat kali lebih besar dibandingkan laporan tahun 2004, yakni 1,195 kasus. Hal ini menunjukkan terjadi peningkatan kasus AIDS secara signifikan pada periode 3 tahun tersebut⁵.

B. KONDISI KESEHATAN WBP/TAHANAN DI LAPAS/RUTAN

Pada tahun 2011 jumlah WBP/tahanan Indonesia mencapai 140.217 orang. Tiap tahun terjadi peningkatan jumlah WBP/tahanan secara terus menerus yang tidak sebanding dengan peningkatan kapasitas hunian dan sarana prasarannya⁶. Pada tahun 2008, kelebihan daya hunian mencapai 55% dan menurun menjadi 44% pada tahun 2011³. Situasi kepadatan hunian tersebut menambah kesulitan pelaksanaan program pembinaan pemasyarakatan, keamanan, peredaran dan penyalahgunaan Narkoba. Hal ini juga berdampak pada upaya penyehatan lingkungan dan kesehatan termasuk program pengendalian HIV/AIDS, TB, dan infeksi penyakit lainnya.



Gambar 2. Perbandingan Jumlah Narapidana/Tahanan Total, Kasus Narkotika dengan Kapasitas Hunian Tahun 2008 - 2011³

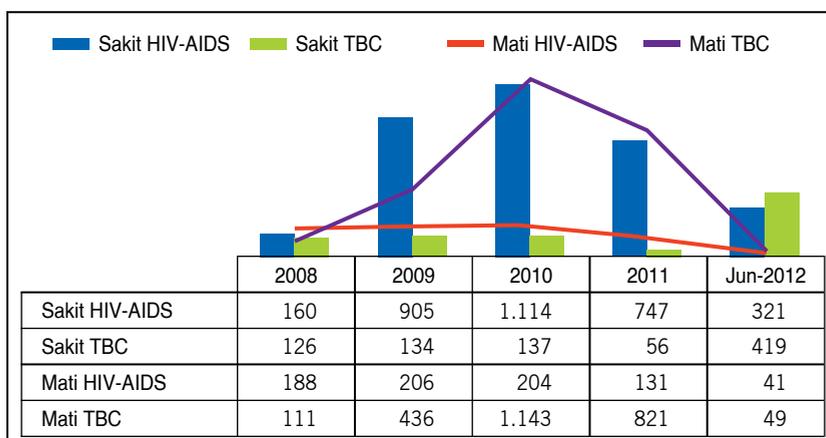
⁵ National AIDS Commission. (2010). Indonesian UNGASS Report. <http://www.aidsindonesia.or.id/?file_id=38> (Diakses 26 Juni 2011)

⁶ Ditjen Pemasyarakatan. Rekapitulasi Jumlah Narapidana/Tahanan dan Kapasitas Hunian Tahun 2005- 2011.

Direktorat Jenderal Pemasyarakatan melakukan berbagai upaya untuk menghadapi situasi ini dengan mengembangkan kebijakan yang dapat menurunkan tingkat kelebihan tingkat hunian. Antara lain dilaksanakan kebijakan Remisi, Pembebasan Bersyarat (PB), Cuti Menjelang Bebas (CMB), dan Pembangunan dan/atau Renovasi Lapas/Rutan. Hasil dari upaya tersebut dapat dilihat dari peningkatan jumlah kapasitas di tahun 2011 sebesar 12% jika dibandingkan dengan kapasitas hunian tahun 2008.

Undang-Undang tentang Narkotika dan Psikotropika (UU No. 22/1997 dan UU No. 5/1997) telah diundangkan sejak tahun 1997. Meskipun demikian, narapidana/tahanan kasus narkotika baru ada sejak tahun 2002 karena sebelum tahun 2002 tidak ada putusan hakim yang menyebutkan pidana berdasarkan kedua perundangan tersebut. Peningkatan pesat kasus narkoba sejak tahun 2002 sebagai akibat implementasi perundangan tersebut.

Klinik dan tenaga kesehatan di Lembaga Pemasyarakatan dan Rutan sering di bebani dengan masalah kesehatan, terutama penyakit kulit, saluran nafas atas dan diare. Hal ini tampak dari gambar 3 yang mencantumkan berbagai penyakit yang sering ditemui. Beban kerja upaya kesehatan ini makin diperberat meningkatnya jumlah kasus HIV yang semakin tampak sejak tahun 2006 keatas. Hal ini terjadi akibat dari epidemi HIV khususnya di kalangan pengguna Narkoba suntik di Indonesia yang dimulai sekitar tahun 2000-an. Kondisi ini terlihat pada peningkatan jumlah kasus HIV yang konsisten di gambar 3.



Gambar 3. Angka kesakitan dan kematian akibat AIDS dan TB di Lapas/Rutan Indonesia 2008 – Juni 2012

Dengan adanya peningkatan kasus HIV, angka kematian di Lapas/Rutan meningkat sangat pesat. Angka kematian akibat HIV mulai tampak pada tahun 2006 dan meningkat sebagai penyebab kematian tertinggi pada tahun 2010 (gambar 3). Kasus kematian tersebut terutama terkonsentrasi di kota-kota besar khususnya Jakarta, Tangerang dan Bogor.

Dalam merespon situasi demikian, Kementerian Hukum dan HAM RI, sebagai pengelola sistem masyarakatan, melalui Ditjen Pemasaraktannya pada tahun 2005 menetapkan Strategi Penanggulangan HIV/AIDS dan Penyalahgunaan Narkoba di Lembaga Masyarakatan dan Rumah Tahanan Negara di Indonesia 2005 -2009. Strategi ini kemudian dikembangkan lebih lanjut pada Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS dan Penyalahgunaan Narkotika di Unit Pelaksana Teknis Masyarakatan Tahun 2010 – 2014. Kebijakan inilah yang menjadi refleksi akan perlindungan seluruh warga negara, termasuk penghuni Lapas, Rutan dan Bapas, akan layanan kesehatan yang dijamin dalam konstitusi negara Republik Indonesia.

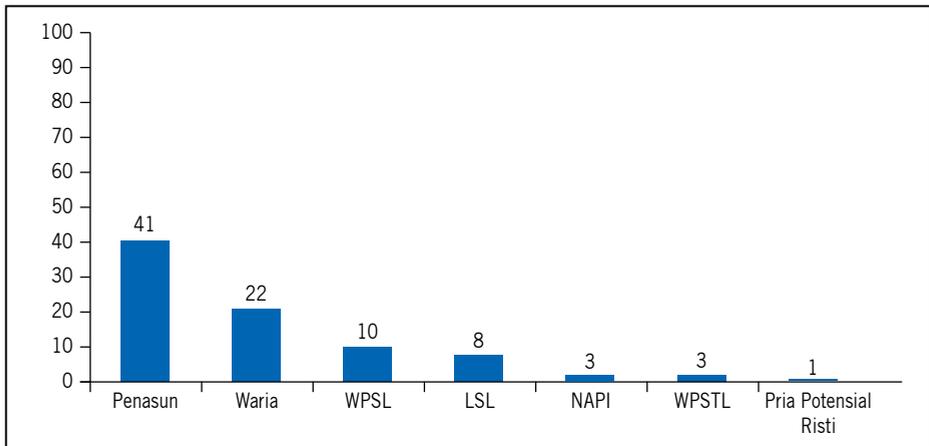
C. KONDISI HIV-AIDS DAN IMS DI LAPAS, RUTAN DAN BAPAS

Pada 2011, prevalensi HIV diantara penduduk Indonesia adalah 0,8%. Sedangkan prevalensi HIV pada populasi kunci jauh lebih tinggi. Berdasarkan data MARGs 2007 diketahui prevalensi HIV di kalangan pengguna narkoba suntik adalah 52%, wanita pekerja seks (WPS) 10,4%, waria 24,4% dan laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL) 5,3%⁷. Dalam STBP 2011 tersebut prevalensi HIV dikalangan narapidana/tahanan adalah 3%. Sedangkan pada MARGs 2007, narapidana/tahanan masuk kedalam kategori populasi berisiko dengan riwayat perilaku risiko tinggi seperti penasun (18%), seks tidak aman (42%), dan tato (61%)⁸.

⁷ KPAN, Depkes RI, dan Family Health International. (2007). Integrated Biological-Behavioral Surveillance of Most-at-Risk-Groups (MARG). Indonesia. Dalam Indonesian UNGASS Report 2010.

⁸ Isa A, dkk. (2009). Pengetahuan dan perilaku berisiko pada warga binaan masyarakatan Lapas Narkotika Banceuy. ICAAP 9 Publication. Indonesia.

⁹ Kementerian Kesehatan RI. (2011). Surveilans Terpadu Biologis Perilaku 2011, Jakarta Indonesia



Gambar 4. Prevalensi HIV di Indonesia tahun 2011⁹

Sebuah surveilans sentinel di antara WBP di Jawa Barat tahun 2006 menunjukkan prevalensi HIV adalah 13,1%, yang hampir 60 kali lebih tinggi daripada rata-rata nasional. Menurut data survey pada 24 Lapas/Rutan di Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi HIV mencapai 1,1,% pada WBP laki-laki dan 6,0% WBP wanita. Prevalensi sifilis pada WBP laki-laki sekitar 5,1% dan 8,5% pada wanita¹⁰. Sementara untuk WBP baru, hasil penelitian IMPACT di Lapas Banceuy menyebutkan bahwa diantara WBP baru, 17.2 % adalah penasun, prevalensinya HIV 7.2 %.³

Kasus IMS lainnya juga menambah besar beban pengelolaan program kesehatan di Indonesia. Beban ini dapat dilihat dari prevalensi, yang merupakan tertinggi di antara negara-negara Asia lainnya, terutama di antara kelompok populasi kunci atau kelompok paling berisiko. Infeksi ini tidak hanya membebani orang dengan penyakit akut, tetapi juga untuk beberapa komplikasi seperti kanker serviks, penyakit radang panggul, dan kontribusi penularan HIV. Oleh karena itu, deteksi dini dan pengobatan adalah solusi terbaik untuk mengatasi hambatan Namun beberapa faktor pada seperti keterbatasan dana, rendahnya kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan, dan distribusi tidak merata fasilitas kesehatan telah membatasi upaya pada pengelolaan IMS dan memperburuk beban penyakit.

¹⁰ Direktorat Jenderal Pemasarakan. Penelitian Prevalensi HIV dan Sifilis serta Perilaku Berisiko di Kalangan WBP pada 24 Lapas/Rutan di 13 Propinsi 2010. Jakarta – 2010.

Kepadatan populasi penjara merupakan salah satu tantangan untuk dikelola. Situasi lain seperti sanitasi rendah, pelayanan kesehatan yang kurang berkualitas, dan perilaku berisiko di antara mereka meningkatkan risiko terjadinya penularan HIV selama periode penjara. Menghadapi tingginya kejadian dan risiko IMS dan HIV di Lapas/Rutan, pengelolaan kesehatan yang berkesinambungan perlu dilakukan. Pada dasarnya penderita IMS dan HIV di Lapas sangat membutuhkan layanan ini, dan dengan adanya layanan ini akan menstimulasi teman-temannya untuk memeriksakan kesehatannya. Karena itu pengelolaan kesehatan komprehensif sangat perlu dilakukan. Pengobatan HIV di Lapas/Rutan juga memungkinkan lebih efektifnya upaya pengendalian HIV-AIDS & IMS dibandingkan diluar Lapas/Rutan.

Ketersediaan di waktu dan tempat memungkinkan untuk pemantauan dan pengawasan langsung disertai konseling yang berkesinambungan untuk kepatuhan dalam pengobatan. Kegiatan yang efektif akan menunjukkan bahwa angka kematian narapidana/tahanan akibat HIV-AIDS mengalami penurunan (lihat gambar 3). Hal ini dapat diamati di berbagai Lapas/Rutan yang melaksanakan program layanan kesehatan komprehensif pada narapidana/tahanan.

Salah satu contoh yang berhasil ditunjukkan pada penelitian di Lapas Banceuy. Pada tahun 2006 di Lapas ini ditemukan angka kematian sebesar 43% di antara WBPODHA. Dengan pengelolaan komprehensif yang baik, kematian dapat ditekan menjadi menjadi 18% pada tahun 2007 dan terus menurun menjadi 9% pada tahun 2008 dan menjadi 0% pada tahun 2009 dan sampai pertengahan 2010. Pengelolaan ART dapat dilaksanakan dengan tingkat kepatuhan yang tinggi. Enam belas dari 17 (94%) ODHA yang mendapatkan ART di Lapas Banceuy memiliki viral load (HIV-RNA) tidak terdeteksi setelah pengobatan enam bulan. Dibandingkan dengan klien di klinik HIV di Rumah Sakit, dengan angka *drop-out* 12, 10% menunjukkan kegagalan virologis¹¹.

D. KEBIJAKAN

Pelaksanaan layanan komprehensif HIV-AIDS & IMS di Lapas, Rutan dan Bapas didukung oleh kebijakan yang termaktub dalam Rencana Aksi Nasional Pengendalian HIV-AIDS dan Penyalahgunaan Narkotika di Unit Pelaksana Teknis Pemasarakatan Tahun 2010 - 2014, dengan menitik beratkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Pemenuhan sasaran pembinaan pemsarakatan dalam bidang kesehatan dan pola hidup sehat terbebas dari penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika pada tahun 2020;

¹³ Wisaksana R, Alisjahbana B, dkk. (2009). Challenges in delivering HIV-care in Indonesia; experience from a referral hospital. *Acta Med Indonesiana*. 2009 Jul;41 Suppl 1:45-51

2. Program pengendalian HIV-AIDS dan bahaya penyalahgunaan serta peredaran gelap narkoba menjadi tanggung jawab semua unit dalam jajaran Ditjenpas dan UPT Pemasarakatan dan di dalam kerangka sistem pemasarakatan;
3. Pelaksanaan program pengendalian HIV-AIDS dan bahaya penyalahgunaan serta peredaran gelap narkoba melalui koordinasi dengan berbagai pihak yang terkait di semua tingkat: pemerintah, perguruan tinggi, swasta, dan LSM;
4. Pelaksanaan program pengendalian HIV-AIDS dan bahaya penyalahgunaan serta peredaran gelap narkoba melalui harmonisasi kebijakan dan teknis pelaksanaan antara berbagai pihak terkait yakni Kemkumham, Kemkes, Kemsos, Kemdiknas, BNN, KPAN, Perguruan Tinggi, dan instansi terkait lainnya;
5. Program pengendalian HIV-AIDS dan bahaya penyalahgunaan serta peredaran gelap narkoba dilaksanakan bertujuan menciptakan iklim yang kondusif melalui pemberdayaan dan kesejajaran WBP/tahanan laki-laki dan wanita untuk berperan aktif, pemutusan mata rantai penularan HIV, pemutusan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba, penegakan dan pembimbingan hukum, terapi dan rehabilitasi serta pelayanan sosial yang berkesinambungan;
6. Pelaksanaan program pengendalian HIV-AIDS dan penyalahgunaan serta peredaran gelap narkoba diintegrasikan ke dalam TUPOKSI semua unit di semua tingkat pada Jajaran Pemasarakatan;
7. Program pengendalian HIV-AIDS dan penyalahgunaan serta peredaran gelap narkoba merupakan upaya peningkatan perilaku hidup sehat, pencegahan penularan penyakit, penegakan dan bimbingan hukum serta layanan sosial kemasyarakatan, terapi dan rehabilitasi, serta dukungan, perawatan dan pengobatan bagi ODHA dan berpedoman pada Juklak/Juknis yang sudah ada;
8. Pelaksanaan kegiatan program pengendalian IMS, HIV dan AIDS menggunakan standar, pedoman dan petunjuk teknis yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan;
9. Setiap pemeriksaan untuk diagnosis HIV didahului dengan penjelasan yang benar dan mendapat persetujuan yang bersangkutan (informed consent), serta menjaga kerahasiaan hasil pemeriksaan.

E. RESPON PENGENDALIAN HIV AIDS & IMS DI LAPAS / RUTAN

Pelayanan untuk HIV AIDS dan IMS sudah berkembang di beberapa Lapas/Rutan, dimana narapidana/tahanan mudah mendapat akses lanjutan perawatan dan dukungan setelah mendapatkan konseling dan tes. Pemeriksaan HIV untuk narapidana/tahanan sudah ditawarkan saat pertama kali masuk Lapas/Rutan, ketika dilakukan pemeriksaan kesehatan dasar oleh tenaga kesehatan (BAP kesehatan). Petugas akan mengidentifikasi dengan melakukan penilaian risiko sehingga dapat mengetahui siapa saja yang perlu dilakukan mendapatkan konseling dan tes. Konseling kepada WBP/tahanan juga dapat dilakukan secara berkelompok karena terbatasnya SDM. Metode *optional out* juga dapat diterapkan di Lapas/Rutan bila sumber daya memungkinkan.

Pelaksanaan layanan konseling dan tes HIV di Lapas/Rutan dilakukan dengan beberapa model pendekatan yang berbeda tergantung pada sumber daya dan fasilitas yang dimilikinya. Di beberapa Lapas/Rutan yang telah memiliki Konselor KT terlatih, layanan konseling dilakukan di klinik yang berada di dalam Lapas/Rutan namun untuk tes HIV banyak dilakukan dengan bekerjasama Rumah Sakit atau Puskesmas rujukan terdekat. Bila tenaga kesehatan sudah dapat mengambil darah tahanan atau narapidana, darah dapat dikirim ke Rumah Sakit atau Puskesmas rujukan. Pada beberapa daerah, KT di Lapas/Rutan dilaksanakan dengan mekanisme kunjungan KT reguler yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan setempat.

Mengenai tenaga konselor sebagian besar Lapas/Rutan yang ada di Indonesia sudah memiliki tenaga konselor terlatih dan bersertifikat, jumlah konselor yang ada di Lapas/Rutan juga bervariasi tergantung pada jumlah SDM yang ada namun kebanyakan Lapas hanya memiliki rata-rata 1-2 orang konselor.

Saat ini ada beberapa Lapas/Rutan juga telah memiliki SDM yang terlatih untuk pemeriksaan HIV sendiri dengan alat uji cepat (*rapid test*) dan memiliki laboratorium mini untuk hal ini. Jika Lapas/Rutan yang bersangkutan memiliki alat uji cepat maka tes dilakukan langsung di Lapas/Rutan. Bantuan alat uji cepat HIV dapat diperoleh dari Rumah sakit rujukan ataupun bantuan dari Dinas Kesehatan setempat.

Respon manajerial di jajaran Direktorat Jenderal Pemasarakatan dalam Program Pengendalian HIV AIDS dan IMS adalah sebagai berikut¹ :

- UPT Pemasarakatan (Lapas, Rutan dan Bapas) telah membentuk Tim AIDS dan menjalankan fungsi perencanaan, manajemen sumberdaya, mengelola pelaksanaan, menggerakkan partisipasi WBP/tahanan, dan monitoring serta evaluasi.

- UPT Pemasarakatan telah memiliki kecukupan tenaga terlatih, tersedia sarana dan prasarana kesehatan (standar minimum) untuk layanan program di dalam UPT Pemasarakatan.
- UPT Pemasarakatan telah menjalankan layanan bimbingan hukum, rehabilitasi dan pelayanan sosial, kegiatan pencegahan penularan HIV secara komprehensif, perawatan dukungan dan pengobatan bagi WBP/tahanan.
- UPT Pemasarakatan secara nyata mendapat dukungan politis dan teknis operasional dari pemerintah provinsi, kabupaten/kota wilayah kerja masing-masing UPT Pemasarakatan, termasuk di dalamnya melalui KPAP/K, BNP/K.
- UPT Pemasarakatan memiliki kemitraan tetap tentang jejaring layanan kesehatan bagi WBP/tahanan terkait HIV-AIDS dan ketergantungan Narkoba. Mitra tetap tersebut termasuk kerjasama dengan sektor kesehatan, RS pusat rujukan ARV, RS pengampu methadon, RSJ dan Ketergantungan Obat, Puskesmas dan klinik swasta penyedia layanan kesehatan terkait IMS dan HIV.
- UPT Pemasarakatan meningkatkan efektivitas layanan program pencegahan penularan HIV dan menurunkan risiko penularan TB melalui penyediaan layanan program, sebagai berikut¹:
 1. Kegiatan Komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) yang berorientasi pada penerapan pola hidup sehat WBP/tahanan yang rendah risiko penularan HIV dan infeksi oportunistik serta penyalahgunaan Narkoba.
 2. Material pencegahan penularan HIV, TB, dan infeksi penyakit lainnya.
 3. Konseling dan Tes HIV (KT), dan skrining TB yang saling berkaitan sebagai langkah penanganan TB-HIV.
 4. Program PMTCT bagi WBP/tahanan wanita.
 5. Program dukungan, perawatan, dan pengobatan ARV serta infeksi oportunistik bagi WBP/tahanan ODHA, kelompok dukungan sebaya (sesama ODHA), dan perawatan paliatif AIDS serta IO berbasis Lapas/Rutan.
 6. Program penegakan/bimbingan hukum, terapi dan rehabilitasi, serta pelayanan sosial bagi WBP/tahanan Narkoba.
 7. Mempercepat penyelesaian pembangunan dan operasionalisasi Lapas Khusus Narkotika dan pembentukan struktur kelembagaan khusus untuk Lapas Khusus Narkotika.

BAB III.

PROGRAM LAYANAN KOMPREHENSIF HIV-AIDS & IMS

Layanan komprehensif merupakan strategi dalam upaya pengendalian HIV-AIDS & IMS di Lapas/Rutan, terdiri dari pencegahan penularan, termasuk pencegahan penularan dari ibu ke anak (PPIA), konseling dan tes (KT), serta perawatan, dukungan, dan pengobatan (PDP). Pendekatan ini bertujuan untuk merespon secara komprehensif kebutuhan layanan populasi maupun individu di tiap fase perjalanan penyakit dan juga untuk menyediakan layanan bagi WBP/tahanan, serta mencegah penyebaran IMS-HIV & IMS didalam dan diluar Lapas/Rutan. Tiap komponen dapat disediakan oleh Lapas/Rutan sendiri atau melalui rujukan ke Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) di luar Lapas/Rutan.

A. STRATEGI

Strategi pelaksanaan program pengendalian HIV AIDS – IMS di Lapas Rutan , mengacu kepada Rencana Aksi Nasional 2010 -2014, terdapat 3 pilar utama dan 2 pilar pendukung, yang terbagi dalam 3 program utama.

Peningkatan Koordinasi dan Kerjasama

1. Antar direktorat di Ditjenpas, antar divisi di Kanwil Depkumham, antar UPT Pemasarakatan, dan antar bagian dalam UPT Pemasarakatan.
2. Antara Direktorat Jenderal Pemasarakatan dengan Unit Utama di Departemen Hukum dan HAM
3. Antara jajaran Pemasarakatan di semua tingkat dengan berbagai pihak terkait lainnya termasuk media.

Manajemen Program dan Sumberdaya

1. Peningkatan fungsi Tim Pengamat Pemasarakatan (TPP) Pusat dan Daerah dalam mendukung pelayanan yang berkualitas tentang program layanan komprehensif HIV-AIDS dan bahaya penyalahgunaan Narkoba.
2. Memperkuat sistem perencanaan program, manajemen sumberdaya, monitoring serta evaluasi program.
3. Meningkatkan partisipasi WBP/tahanan dalam pelaksanaan program.
4. Memperkuat kuantitas dan kualitas petugas kesehatan, sarana dan prasarana, serta anggaran pemerintah.

Menyediakan layanan program yang bermutu

1. Meningkatkan bimbingan hukum, penanganan, dan penindakan bagi penyalahguna Narkoba di UPT Pemasarakatan.
2. Meningkatkan kegiatan terapi dan rehabilitasi, serta pelayanan social yang berkesinambungan.
3. Menciptakan iklim kondusif di lingkungan UPT Pemasarakatan.
4. Melindungi hak WBP/tahanan atas pelayanan pengobatan, perawatan dan dukungan dan tanpa diskriminatif.
5. Mengembangkan sistim informasi berbasis web sebagai sarana untuk saling tukar pengalaman dalam pelaksanaan program.

B. PENGEMBANGAN LAYANAN KOMPREHENSIF HIV DAN IMS YANG BERKESINAMBUNGAN

Layanan komprehensif adalah upaya yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang mencakup semua bentuk layanan HIV dan IMS, di Puskesmas Rujukan dan Non-Rujukan termasuk fasilitas kesehatan lainnya dan Rumah Sakit Rujukan Kabupaten/Kota.

Layanan yang berkesinambungan adalah pemberian layanan HIV & IMS secara paripurna, yaitu sejak dari rumah atau komunitas, ke fasilitas layanan kesehatan seperti puskesmas, klinik dan rumah sakit dan kembali ke rumah atau komunitas; juga selama perjalanan infeksi HIV (semenjak belum terinfeksi sampai stadium terminal). Kegiatan ini harus melibatkan seluruh pihak terkait, baik pemerintah, swasta, maupun masyarakat (kader, LSM, kelompok dampingan sebaya, ODHA, keluarga, PKK, tokoh adat, tokoh agama dan tokoh masyarakat serta organisasi/kelompok yang ada di masyarakat).

Layanan komprehensif dan berkesinambungan juga memberikan dukungan baik aspek manajerial, medis, psikologis maupun sosial ODHA selama perawatan dan pengobatan untuk mengurangi atau menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya. Tabel 1 memaparkan jenis layanan komprehensif yang diperlukan di suatu wilayah kabupaten/kota untuk menjamin kelengkapan layanan yang dapat diakses oleh masyarakat meskipun tidak seluruh layanan tersebut tersedia dalam satu unit/fasilitas pelayanan kesehatan.

Tabel 1. Jenis Layanan Komprehensif HIV

PROMOSI DAN PENCEGAHAN	TATALAKSANA KLINIS HIV	DUKUNGAN PSIKOSOSIAL, EKONOMI, DAN LEGAL
<ul style="list-style-type: none"> - Promosi Kesehatan (KIE) - Ketersediaan dan akses alat pencegahan (kondom, alat suntik steril) - PTRM, PTRB, PABM - Penapisan darah donor - <i>Life skills education</i> - Dukungan kepatuhan berobat (Adherence) - PPIA - Layanan IMS, KIA, KB dan Kesehatan reproduksi remaja - Tatalaksanaan IMS - Vaksinasi Hep-B bagi bayi dan para penasun (bila tersedia) - Pencegahan Pasca Pajanan 	<ul style="list-style-type: none"> - Tatalaksana medis dasar - Terapi ARV - Diagnosis IO dan komorbid terkait HIV serta pengobatannya, termasuk TB - Profilaksis IO - Tatalaksana Hepatitis B dan C - Perawatan paliatif, termasuk tatalaksana nyeri - Dukungan gizi 	<ul style="list-style-type: none"> - Dukungan psikososial - Dukungan sebaya - Dukungan spiritual - Dukungan sosial - Dukungan ekonomi: latihan kerja, kredit mikro, kegiatan peningkatan pendapatan, dsb. - Dukungan legal

Permasalahan medis yang dihadapi ODHA dapat berupa infeksi oportunistik, gejala simtomatik yang berhubungan dengan AIDS, ko-infeksi, sindrom pulih imun tubuh serta efek samping dan interaksi obat ARV. Sedangkan masalah psikologis yang mungkin timbul yang berkaitan dengan infeksi HIV adalah depresi, ansietas (kecemasan), gangguan kognitif serta gangguan kepribadian sampai psikosis. Masalah sosial yang dapat timbul pada HIV adalah diskriminasi, pengucilan, stigmatisasi, pemberhentian dari pekerjaan, perceraian, serta beban finansial yang harus ditanggung ODHA. Masalah psikososial dan sosioekonomi tersebut sering kali tidak saja dihadapi oleh ODHA namun juga oleh keluarga dan kerabat dekatnya.

Sebagian dari kasus HIV berasal dari kelompok pengguna NARKOBA suntikan sehingga cakupan layanan pada ODHA tak dapat dilepaskan dari permasalahan yang timbul pada penggunaan NARKOBA yaitu adiksi, overdosis, infeksi terkait NARKOBA suntikan, permasalahan hukum, dan lain-lain. Dengan demikian cakupan layanan menjadi luas dan melibatkan tidak hanya layanan kesehatan namun juga keluarga dan lembaga swadaya masyarakat.

Tabel 2. LKB bagi masyarakat, populasi kunci dan ODHA

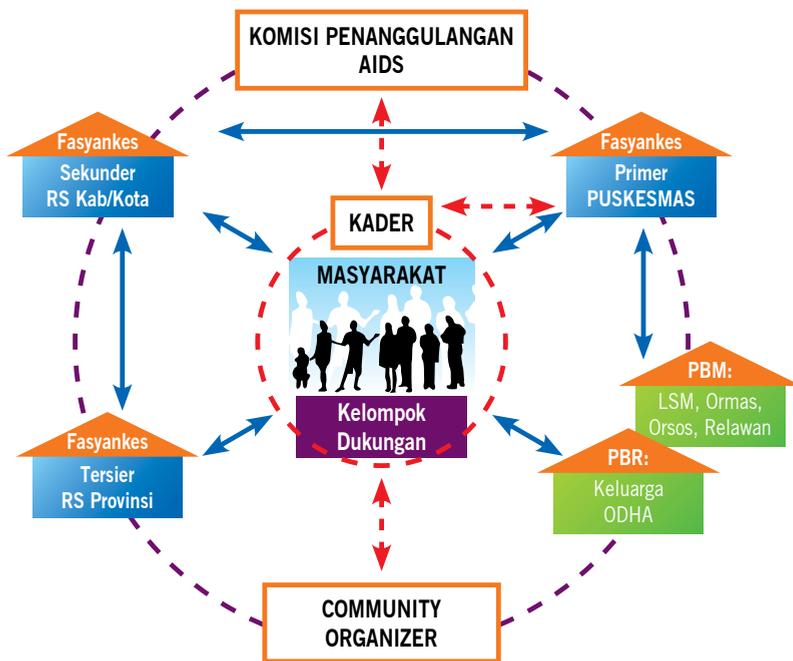
		Perawatan paliatif		
		Perawatan berbasis rumah		
PPIA		Terapi ARV		
PPP	IO dan penyakit terkait HIV diagnosis, perawatan, pengobatan, dan profilaksis			
Dukungan psikososial dan spiritual bagi Individual dan keluarga, perawat, yatim piatu				
Konseling dan Tes HIV Sukarela				
Pencegahan Tatalaksana IMS, PDB, KPP, KIE, Kewaspadaan Standar				
HIV (-)	TERPAJAN	HIV (+)	AIDS	FASE TERMINAL

Agar kepatuhan pada terapi ARV dan kualitas hidup ODHA dapat meningkat secara optimal, maka perlu dikembangkan suatu layanan perawatan komprehensif yang berkesinambungan. Semula upaya pencegahan merupakan ujung tombak dalam pengendalian HIV di Indonesia karena jumlah anggota masyarakat yang terinfeksi HIV masih sedikit, sehingga terbuka kesempatan luas untuk mencegah penularan di masyarakat. Namun dengan semakin banyaknya orang yang terinfeksi HIV di Indonesia maka dibutuhkan upaya terapi dan dukungan pada saat dilaksanakan. Tabel 2 menggambarkan layanan/perawatan yang diperlukan masyarakat populasi kunci dan ODHA sepanjang waktu sesuai tahapan infeksi HIV. Komponen LKB terdiri dari 5 komponen utama dalam pengendalian HIV di Indonesia yaitu: Pencegahan, perawatan, pengobatan, dukungan, dan konseling.

C. MODEL LAYANAN KOMPREHENSIF HIV & IMS YANG BERKESINAMBUNGAN

Disadari bahwa tidak ada model layanan sempurna yang dapat diterapkan secara universal. Namun, dalam hal layanan terkait HIV disepakati bahwa layanan harus tersedia melalui layanan yang berkesinambungan¹² dengan melibatkan semua pemangku kepentingan terkait (KPA, pelaksana layanan kesehatan, LSM, kelompok dukungan sebaya.

ODHA, sektor pemerintah lainnya yang terkait, Lapas/Rutan, sektor swasta, dll), serta jejaring berbagai layanan baik dari fasyankes dan masyarakat yang terhubung satu sama lain dalam suatu wilayah geografi tertentu.



Gambar 5.
Kerangka kerja Layanan Komprehensif HIV & IMS yang Berkesinambungan

Sesuai KEPMENKES No. 374 Th 2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional maka jenjang layanan kesehatan terdiri atas 3 jenjang yaitu sebagai layanan kesehatan primer, sekunder dan tersier.

¹² WHO. (2010). Priority interventions. HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. Version 2.0 – July 2010

Dalam pengembangan model LKB, sebagai pusat rujukan LKB adalah fasyankes sekunder yang berupa rumah sakit rujukan sekunder di tingkat kabupaten/kota, yang merupakan tempat perawatan dan pengobatan HIV, IMS dan penyakit lain terkait HIV. Layanan tersebut diselenggarakan dengan membangun kemitraan dengan berbagai pihak pemangku kepentingan terutama ODHA dan populasi kunci sebagai manajer kasus, kelompok dampingan, konselor awam, dsb. Layanan kesehatan sekunder tersebut berfungsi sebagai pusat rujukan yang mempunyai satelit.

Fasyankes satelit adalah fasyankes yang merupakan bagian dari LKB yang mampu merawat ODHA sebelum dan sesudah mendapat terapi ARV, namun untuk menginisiasi terapi ARV masih harus merujuk ke fasyankes pengampu, yang dalam hal ini adalah fasyankes rujukan sekunder.

Di tingkat kabupaten/kota, dimungkinkan terdapat layanan lain yang mempunyai layanan terkait HIV seperti misalnya RS BUMN, RS TNI dan Polri, RS swasta, klinik swasta, klinik di Lapas/Rutan, klinik perusahaan, LSM dengan layanan kesehatan dasar dan KT HIV, klinik IMS, klinik TB, KIA dsb. Fasyankes tersebut dapat menjadi satelit dari RS Pusat LKB Kabupaten/Kota dalam pemberian terapi ARV.

Bila fasyankes tersebut mempunyai kemampuan setara dengan fasyankes sekunder dan mempunyai LKB serupa maka menjadi mitra dari RS pusat rujukan LKB Kabupaten/Kota, dan dapat mengampu fasyankes satelit di wilayahnya.

Fasyankes LKB didorong untuk memfasilitasi kelompok pendukung melakukan kegiatannya, seperti menyelenggarakan pertemuan. Manfaat pertemuan di Pusat LKB tersebut adalah:

- Untuk membangun koordinasi dan kolaborasi dari berbagai pihak yang berkepentingan, termasuk pelayanan klinik dan kesehatan masyarakat, Komunitas termasuk ODHA dan keluarganya
- Untuk menyediakan layanan satu atap yang tidak asing bagi ODHA, serta berfungsinya sistem rujukan ke berbagai layanan yang dibutuhkan.
- Memungkinkan terbentuknya kelompok dukungan sebaya sebagai faktor pendukung perawatan dan pengobatan yang komprehensif.
- Mengintegrasikan perawatan dan pengobatan dengan upaya pencegahan.
- Memfasilitasi proses pembelajaran timbal balik dan terbentuknya kelompok pelaksana inti yang mumpuni karena berfungsinya sistem bimbingan dan pertukaran informasi dan keterampilan.
- Mengoptimalkan kepatuhan terhadap terapi ARV melalui semua kegiatan yang bermanfaat di atas.

D. LAYANAN KOMPREHENSIF BERKESINAMBUNGAN DI LAPAS/RUTAN

Mengacu kepada Pedoman Layanan Komprehensif Kementerian Kesehatan agar penatalaksanaan layanan HIV AIDS & IMS di Lapas/Rutan dilaksanakan secara komprehensif, yang dimulai dari saat warga binaan baru datang ke Lapas/Rutan sampai menjelang bebas. Layanan komprehensif yang dimaksudkan disini adalah mencakup layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif terkait HIV dan IMS, serta tersedianya layanan rujukan ke penyedia layanan kesehatan yang lebih tinggi (Poliklinik/RS) di luar Lapas/Rutan bagi kasus-kasus yang sulit dan tidak dapat tertangani di dalam Lapas/Rutan baik untuk kasus akut maupun kronis. Demi keberlanjutan layanan komprehensif kepada WBP/tahanan, kebijakan ini mempunyai landasan pada asas kesamarataan (principle of equivalence). Asas ini dijelaskan oleh WHO¹³:

1. Semua WBP memiliki hak untuk menerima perawatan kesehatan, termasuk tindakan preventif, setara dengan yang tersedia di masyarakat tanpa diskriminasi, khususnya berkenaan dengan status hukum atau kewarganegaraan mereka.
2. Asas umum yang disetujui dalam program AIDS nasional harus berlaku sama rata untuk WBP dan masyarakat.

Merujuk pada program-program Ditjenpas Kemenkumham tentang pengendalian HIV-AIDS dan penyalahgunaan Narkoba di UPT Pemasyarakatan, maka dapat disimpulkan bahwa layanan komprehensif HIV AIDS dan IMS di Lapas/Rutan memiliki tujuan, yaitu:

1. Memutus mata rantai penularan HIV di lingkungan Lapas/Rutan dengan mencegah perilaku berisiko selama masa tahanan/pembinaan di Lapas/Rutan
2. Mengurangi risiko penularan jika perilaku berisiko tersebut masih terjadi dengan program *harm reduction*
3. Deteksi dan pengobatan dini terhadap kasus-kasus HIV dan IMS melalui layanan VCT dan CST
4. Memutus mata rantai peredaran dan penyalahgunaan narkoba di lingkungan Lapas/Rutan
5. Meningkatkan status kesehatan dan kehidupan sosial kemasyarakatan narapidana/tahanan pada umumnya dan ODHA pada khususnya dengan meningkatkan kualitas hidup, mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat HIV AIDS dan IMS, dan mengurangi stigma/diskriminasi yang berhubungan dengan HIV AIDS dan IMS

¹³ UNAIDS. (1993). WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. <http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc277-who-guidel-prisons_en.pdf> (diakses tanggal 9 Juli 2011)

Pada tahun 2005 WHO mendefinisikan istilah *harm reduction* untuk di Lapas/Rutan secara lebih luas. Harm Reduction adalah sebuah program yang bertujuan untuk mencegah atau mengurangi dampak kesehatan negatif yang terkait dengan perilaku tertentu (seperti diantaranya penasun) dan terkait dengan masa penahanan, dan kepadatan hunian serta kondisi kesehatan mental narapidana¹⁴.

Layanan kesehatan komprehensif ini dapat juga dikelompokkan secara umum dalam 4 jenis upaya kesehatan "promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif". Namun dengan pembagian ini, akan terjadi banyak yang tumpang tindih karena satu kegiatan sering berintegrasi dengan kegiatan lainnya.

Layanan Kesehatan Promotif

Tujuan dari kegiatan promotif ini adalah agar warga binaan mempunyai pengetahuan cukup mengenai HIV AIDS dan IMS, sehingga warga binaan mampu mencegah agar tidak tertular/menularkan dari/kepada orang lain dan mampu berperilaku hidup sehat. Yang dapat digolongkan kedalam kegiatan promotif di dalam Lapas/ Rutan adalah :

1. Pendidikan kesehatan melalui KIE dan *peer educator*
2. Upaya perubahan perilaku dengan motivasi pada konseling
3. Kebijakan kepala Lapas/Rutan yang mendukung program layanan kesehatan komprehensif HIV dan IMS di Lapas/ Rutan

Layanan Kesehatan Preventif

Program pencegahan penularan HIV AIDS dan IMS di Lapas/Rutan dilaksanakan dengan memberikan layanan komprehensif sebagaimana tercantum dalam program *Harm Reduction*. Program kesehatan preventif yang dapat dilakukan di Lapas/Rutan adalah :

1. Skrining kesehatan melalui layanan kesehatan dasar
2. Komunikasi, Informasi dan edukasi (KIE)
3. Konseling dan test HIV (KT)
4. Pengendalian TB-HIV
5. Pengendalian IMS
6. Kewaspadaan Standar
7. Profilaksis paska pajanan (PPP)
8. Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak.
9. Pendidikan sebaya

¹⁴ WHO. (2005). Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction. <www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78549/E85877.pdf> (Diakses tanggal 7 Juli 2011)

Layanan Kesehatan Kuratif

Layanan ini merupakan layanan manajemen kasus untuk orang yang sudah infeksi HIV, TB atau IMS. Baik itu berupa deteksi penyakit, perawatan untuk kondisi yang akut dan atau yang sudah kronik. Untuk kasus HIV layanan ini juga sering disebut sebagai *care support and treatment* (CST) atau perawatan, dukungan dan pengobatan. Dalam buku pedoman ini, layanan kesehatan kuratif yang akan di bahas adalah untuk pengelolaan HIV AIDS, TB, terapi Metadon, IMS. Layanan perawatan pada penyakit lain juga penting untuk mempertahankan kepatuhan penderita dalam Lapas/Rutan.

Narapidana/ tahanan dengan kasus sulit yang tidak dapat ditangani di dalam Lapas/ Rutan akan dirujuk ke rumah sakit atau klinik penyedia layanan terkait HIV, TB, dan IMS. Rujukan narapidana/ tahanan memerlukan koordinasi dari berbagai pihak di jajaran Lapas/ Rutan dan institusi pelayanan kesehatan umum karena selain mempertimbangkan segi kondisi penyakit dan fungsional pendeita, juga harus mempertimbangkan segi keamanan.

Layanan Kesehatan Rehabilitatif

Rehabilitasi berarti kombinasi dan kolaborasi dari tindakan medis, sosial, pendidikan dan keterampilan untuk mengembalikan individu ke tingkat kemampuan fungsional tertinggi¹⁵. Dalam konteks HIV, TB dan IMS, layanan kesehatan rehabilitasi juga berhubungan dengan mendidik pasien dan keluarganya tentang bagaimana menghindari kesulitan, hambatan, dan komplikasi yang tidak perlu.

Salah satu aspek penting dalam rehabilitasi adalah pengurangan stigma berupa tekanan dari sebaya (*peer pressure*) dan juga lingkungan sekitarnya (*social pressure*). Selain itu terapi okupasional dan vocational menyangkut pekerjaan dan keterampilan akan memberdayakan penderita dalam kehidupan social yang lebih baik dari sebelumnya¹⁶. Karena salah satu tujuan dari program rehabilitasi adalah mengurangi keterbatasan aktifitas baik secara fisik (*disable*), maupun secara psikologis dan sosio-kemasyarakatan. Kegiatan rehabilitatif dan dukungan yang dimaksud adalah :

- Terapi ketergantungan NARKOBA dengan TC, Criminon, dan NA
- Terapi substitusi (PTRM)
- Pendidik sebaya (*peer educator*)
- Kelompok dukungan sebaya (KDS)

¹⁵ WHO. (1969). Expert Committee on Medical Rehabilitation. Technical Report Series No. 419, 1969.

¹⁶ National Working Positive Coalition. (2009). Employment and Vocational Rehabilitation for People Living with HIV/AIDS: A Report to the Presidential Transition Team. <http://www.aidsaction.org/attachments/503_employemen_a_vocation_for_ppl_living_with_aids.pdf> (Diakses tanggal 8 Juli 2011)

- Konseling adiksi
- Notifikasi pasangan dan konseling
- Pembinaan kemandirian (vokasional)
- Perawatan paliatif

E. TAHAPAN PEMBERIAN LAYANAN

Tahapan dari proses pembinaan meliputi, masa penerimaan WBP/tahanan, masa penahanan/pembinaan, masa menjelang bebas dan masa pembebasan. Pada proses pembinaan tersebut maka berbagai program telah "mengepungnya" dengan tujuannya agar meningkatkan kualitas hidup para penghuninya. Tahapan proses pembinaan dapat mempermudah pemberi layanan dalam pemberian perencanaan layanan komprehensif berkesinambungan. Perhatian perlu ditingkatkan agar implementasi dari program-program ini bisa optimal pada tiap tahapan dari proses pembinaan seperti diterangkan dibawah ini. Terlepas dari itu, perlu juga direncanakan agar saat WBP bebas, akses ini masih terbuka. Pada tahapan ini peran bapas sangat diperlukan untuk memfasilitasi WBP/tahanan agar mudah mengakses layanan lanjutan di luar Lapas/Rutan.

F. INDIKATOR

Dalam tabel 2. terdaftar indikator langsung kinerja program pengelolaan HIV, TB dan IMS di Lapas. Disamping itu dapat ditentukan pula indikator lanjutan yang menunjukkan keberhasilan dari program pengendalian HIV-AIDS, TB dan IMS Lapas, Rutan dan Bapas yaitu:

1. Menurunnya angka kematian yang disebabkan HIV-AIDS dan Infeksi Oportunistik;
2. Menurunkan angka penderita HIV dengan stadium lanjut (3/4) dan atau dengan CD4 dibawah 200/mm³
3. Meningkatnya jumlah WBP/tahanan yang terdeteksi dini HIV pada tahap awal yaitu pada stadium I dan II;
4. Meningkatnya jumlah WBP/tahanan yang terdeteksi dini karena IMS dan mendapat pengobatan;
5. Meningkatkan jumlah WBP/ tahanan yang terdeteksi dengan TB paru
6. Menurunnya angka kesakitan akibat HIV-AIDS dan Infeksi Oportunistik;
7. Meningkatnya kepatuhan ART;
8. Meningkatnya kasus konseling dan tes

Tabel 3. Indikator – Indikator Kunci¹⁷

NO	INDIKATOR
Indikator terkait beban kerja	
1	Jumlah Warga Binaan Pemasyarakatan / tahanan (WBP/tahanan) baru
2	Jumlah WBP/tahanan yang beada di Rutan, Lapas, terdaftar Bapas
3	Jumlah WBP/tahanan yang mengikuti pemeriksaan awal
4	Jumlah WBP/tahanan yang terdaftar di klinik kesehatan
5	Jumlah WBP/tahanan yang akan bebas dalam satu saat
6	Jumlah WBP/tahanan yang mengikuti <i>pre-release</i> program
Indikator terkait program pencegahan dan dukungan	
1	Jumlah WBP/tahanan yang baru mengikuti Penyuluhan HIV
2	Jumlah WBP/tahanan yang baru mengikuti program Peer Educator
3	Jumlah WBP/tahanan yang baru dan aktif dalam KDS dan program dukungan sosial lain
4	Jumlah WBP/tahanan yang mendapat Terapi Rumatan Metadon
5	Jumlah WBP/tahanan yang baru mengikuti berbagai terapi ketergantungan Narkoba
6	Jumlah kondom yang didistribusikan dan WBP/tahanan yang mendapatkannya
Indikator deteksi dan pengelolaan perilaku beresiko serta penyakit	
1	Jumlah WBP/tahanan yang menggunakan NARKOBA
2	Jumlah WBP/tahanan yang menggunakan NARKOBA suntik
3	Jumlah WBP/tahanan yang mengikuti Pre-tes Konseling
4	Jumlah WBP/tahanan yang testing HIV dan menjalani konseling paska test
5	Jumlah WBP/tahanan yang mengidap HIV dan stadiumnya
6	Jumlah WBP/tahanan dengan HIV yang mendapatkan terapi kontrimoksazol
7	Jumlah WBP/tahanan dengan HIV yang menjalani skrining TB
8	Jumlah WBP/tahanan dengan HIV yang mendapatkan profilaksis INH
9	Jumlah WBP/tahanan yang memenuhi syarat dan mendapatkan ART
10	Hasil akhir dari pengelolaan HIV dalam satu waktu tertentu (patuh, gagal, meninggal)
11	Jumlah WBP/tahanan dengan kasus dan terdiagnosis IMS
12	Jumlah WBP/tahanan dengan kasus IMS yang diobati
13	Jumlah WBP/tahanan dengan IMS yang menjalani testing HIV
14	Jumlah WBP/tahanan dengan kasus IMS dan HIV
15	Jumlah WBP/tahanan dengan suspek TB
16	Jumlah WBP/tahanan dengan sputum BTA atau bakteriologi positif
17	Jumlah WBP/tahanan dengan bakteriologi negatif, foto toraks positif
18	Jumlah WBP/tahanan yang mendapatkan pengobatan TB
19	Hasil akhir pengelolaan penderita TB dalam satu waktu tertentu
20	Jumlah WBP/tahanan penderita TB yang menjalani testing HIV
21	Jumlah WBP/tahanan penderita koinfeksi TB-HIV

¹⁷ Ditjen Pemasyarakatan. (2009). Pedoman Pencatatan dan Pelaporan HIV-AIDS di Lapas/Rutan

BAB IV.

ORGANISASI

A. KEWENANGAN

Upaya layanan komprehensif HIV AIDS dan IMS di Lapas/Rutan diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat sipil bersama-sama dibantu oleh kemitraan dari dalam dan luar negeri. Pemerintah meliputi kementerian kesehatan, kementerian hukum dan HAM, kantor wilayah Kementerian Hukum dan HAM, dan UPT Pemasarakatan. Sedangkan pemerintah daerah terdiri dari pemerintah daerah tingkat propinsi, Kabupaten dan Kota (Satuan Kerja Pemerintah Daerah Propinsi/Kab/Kota) (SKPD). Masing-masing tingkat pemerintahan tersebut memiliki kewenangan yang berimplikasi terhadap pembiayaan urusan yang direalisasikan dalam berbagai pelayanan publik yang disediakan. Masyarakat sipil meliputi LSM, sektor privat dan masyarakat umum²⁰.

Kewenangan Pemerintah (Tingkat Nasional)

Kewenangan yang dimiliki pemerintah meliputi 5 (lima) urusan, yaitu: politik luar negeri, pertahanan, keamanan, yustisi, moneter dan fiskal, serta agama¹⁸. Sedangkan urusan diluar kelima urusan tersebut merupakan urusan yang dibagi kewenangannya antara pemerintah dan pemerintah daerah. Dengan demikian urusan kesehatan yang bukan menjadi 5 (lima) urusan pemerintah menjadi urusan 2 (dua) tingkatan pemerintahan. Pemerintah dalam rangka implementasi urusan kesehatan (khususnya) dan/atau urusan lain dari kelima urusan utama (umumnya) di tingkat daerah dapat melakukan pelimpahan wewenang kepada pemerintah daerah dan/atau instansi vertikal lainnya (Dekonsentrasi) atau menugaskan pemerintah daerah untuk melaksanakan tugas tertentu dari pemerintah (Asas Pembantuan)¹⁹. Agar kewenangan tersebut dapat diimplementasikan, pemerintah mengalokasikan APBN kepada pemerintah daerah melalui dana perimbangan, baik dalam bentuk bagi hasil, dana alokasi umum ataupun dana alokasi khusus.

¹⁸ Peraturan Pemerintah RI No. 37 Tahun 2007 tentang Pembagian Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Propinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.

¹⁹ Peraturan Pemerintah RI No. 7 Tahun 2008 tentang Dekonsentrasi dan Asas Pembantuan.

Sehubungan dengan pelaksanaan program komprehensif pengendalian HIV-AIDS dan IMS dilingkungan Lapas/Rutan, maka kewenangan 2 (dua) kementerian terkait adalah sebagai berikut :

Kementerian Kesehatan RI

Kementerian kesehatan memiliki kewenangan dalam mengembangkan kebijakan dalam kerangka layanan kesehatan komprehensif dalam sistem LKB, termasuk di Lapas/Rutan. Untuk mendorong keberhasilan pelaksanaan kebijakan kesehatan, Kementerian Kesehatan menjalin kerjasama dengan kementerian Hukum dan HAM dan/atau instansi pemerintah dan organisasi lain (misal. LSM). Dalam mengimplementasikan kewenangan tersebut, terdapat beberapa aktivitas strategis yang akan dilakukan, yaitu :

1. Membuat kebijakan nasional dan teknis terkait program layanan kesehatan komprehensif di UPT pemyarakatan, khususnya terkait HIV-AIDS dan IMS
2. Mendorong keterlibatan Dinas Kesehatan dalam meningkatkan standar layanan kesehatan klinik Lapas/Rutan sebagai UPT tersier dalam program pengendalian HIV-AIDS & IMS secara nasional
3. Membantu ketersediaan sumber daya (SDM, sarana dan prasarana) dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di Lapas/Rutan
4. Membantu perencanaan dan pengadaan ketersediaan logistik untuk pelayanan kesehatan terkait layanan HIV-AIDS & IMS
5. Memberikan bimbingan teknis untuk pelayanan kesehatan di Lapas/Rutan
6. Melakukan monitoring dan evaluasi serta pemantauan mutu pelayanan kesehatan di Lapas/Rutan dengan melibatkan Dinas Kesehatan setempat.
7. Melakukan surveillans rutin di Lapas/Rutan untuk penyakit terkait HIV-AIDS & IMS

Kementerian Hukum dan HAM RI

Dalam melaksanakan program kesehatan komprehensif di Lapas/Rutan, Kementerian Hukum dan HAM berkolaborasi dengan Kementerian Kesehatan dalam pengembangan kebijakan nasional dan perencanaan kebutuhan kesehatan. Kementerian Hukum dan HAM memastikan kebijakan kesehatan teknis yang diimplementasikan di Lapas/Rutan sesuai dengan kebijakan teknis yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI.

Kewenangan Kementerian Hukum dan HAM dalam koridor peningkatan pelayanan kesehatan terkait HIV-AIDS & IMS di Lapas/Rutan adalah:

1. Membuat kebijakan nasional pengendalian HIV-AIDS dan penyalahgunaan narkoba di Lapas/Rutan
2. Merencanakan kebutuhan sumber daya manusia teknis kesehatan, seperti dokter, perawat, psikolog, laboran, analis, dan lainnya melalui berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan

3. Menyediakan sarana dan prasarana kesehatan di Lapas/Rutan
4. Memberikan bimbingan teknis untuk penguatan manajerial dan koordinasi dalam pelayanan kualitas kesehatan di Lapas/Rutan
5. Memastikan tersedianya anggaran kesehatan yang memadai bagi WBP/tahanan
6. Melakukan monitoring dan evaluasi manajemen pengelolaan pelayanan kesehatan di Lapas/Rutan
7. Mendukung kegiatan surveillans rutin dan monitoring/evaluasi di Lapas/Rutan yang dilakukan Kementerian Kesehatan dan/atau Dinas Kesehatan setempat.

Kewenangan Pemerintah Daerah dan BNN (Propinsi/Kab/Kota)

Menurut Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, ditetapkan beberapa kewenangan yang dimiliki oleh Pemerintah Daerah berdasarkan 2 (dua) jenis urusan, yaitu : Urusan Pemerintahan Wajib dan Urusan Pemerintahan Pilihan. Kedua urusan ini dilaksanakan melalui 3 (tiga) sumber pembiayaan daerah seperti Pendapatan Asli Daerah, Dana Perimbangan, dan Lain-lain Pendapatan Daerah yang Sah²⁰²¹.

Dalam rangka implementasi program komprehensif pengendalian HIV-AIDS & IMS di Lapas/Rutan, pemerintah daerah dapat memberikan dukungan teknis dan logistik dengan memanfaatkan sumber pembiayaan melalui Dana Perimbangan yang diperoleh dari Kementerian Kesehatan dalam rangka pelaksanaan kewenangan asas Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan. Dengan demikian, pemerintah daerah melalui Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) Propinsi/Kab/Kota memiliki kewenangan sebagai berikut :

Dinas Kesehatan

Sebagai SKPD yang memiliki kewenangan mengembangkan perencanaan dan implementasi program kesehatan di daerah, dinas kesehatan memiliki beberapa peran dalam pengendalian HIV-AIDS & IMS di Lapas/Rutan, yaitu :

1. Mengembangkan perencanaan dan penganggaran program pengendalian HIV-AIDS & IMS dalam aspek kesehatan yang menjadikan narapidana/tahanan sebagai target populasi layanan
2. Memberikan bimbingan/asistensi teknis berkala terkait layanan program
3. Menyediakan logistik program layanan pengendalian HIV-AIDS, seperti: reagen, obat-obatan dan bahan habis pakai yang dibutuhkan klinik Lapas/Rutan
4. Membantu peningkatan kapasitas petugas kesehatan melalui pelibatan petugas kesehatan dalam pelatihan-pelatihan yang diselenggarakan Dinas Kesehatan

²⁰ Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara, pasal 16

²¹ Peraturan Pemerintah RI Nomor 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah, pasal 23.

5. Melakukan supervisi monitoring, evaluasi serta pemantauan mutu program kesehatan secara periodik di Lapas/Rutan
6. Bekerja sama dengan pihak Lapas/Rutan untuk melaksanakan surveilans berkala

Puskesmas

Sebagai salah satu fasilitas layanan kesehatan di propinsi/kab/kota, Puskesmas memiliki peran penting dalam implementasi pengendalian HIV-AIDS & IMS di Lapas/Rutan, yaitu:

1. Memberikan bantuan teknis dalam menyediakan tenaga dokter dan perawat bagi Lapas/Rutan yang kekurangan tenaga kesehatan.
2. Membantu penyediaan logistik (obat, reagen dan bahan habis pakai) terkait dengan program sesuai dengan rencana tahunan Dinas Kesehatan setempat dan/ atau pengajuan permohonan dari pihak Lapas/Rutan.
3. Menerima rujukan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium.

Rumah Sakit Pemerintah/Swasta di Propinsi/Kabupaten/Kota

Fasilitas kesehatan ini dapat mendukung program pengendalian HIV-AIDS & IMS pada Lapas/Rutan melalui pelaksanaan beberapa hal berikut ini :

1. Menerima rujukan pasien untuk kasus-kasus yang tidak bisa ditangani di Lapas/Rutan
2. Memberikan bantuan konsultasi dalam pengelolaan penyakit
3. Membantu dalam memberikan pelayanan laboratorium terkait program HIV, TB, IMS.
4. Membantu distribusi obat ART dan OAT untuk pelayanan program HIV, TB, dan IMS.
5. Menerima narapidana/tahanan untuk memperoleh layanan rawat inap
6. Menerima Jamsostek dalam rujukan rawat inap bagi narapidana/tahanan

Dinas Sosial

Adalah SKPD Propinsi/Kab/Kota yang dapat mendukung program pengendalian HIV-AIDS & IMS di Lapas/Rutan dengan melaksanakan peran sebagai berikut:

1. Mengembangkan perencanaan dan penganggaran program pengendalian HIV-AIDS & IMS dalam aspek kesejahteraan sosial yang menjadikan narapidana/tahanan dan klien Pemasarakatan sebagai target populasi layanan
2. Bersama-sama dengan pejabat Lapas/Rutan mengembangkan program rehabilitasi sosial sosial bagi narapidana/tahanan di Lapas/Rutan

3. Melakukan asistensi/bimbingan teknis program *pre-release* di Lapas/Rutan
4. Membantu peningkatan kapasitas petugas *pre-release* Lapas/Rutan melalui pelibatan dalam pelatihan-pelatihan pekerja sosial yang diselenggarakan Dinas Sosial setempat
5. Bekerjasama dengan BAPAS melaksanakan program dukungan mitigasi sosial bagi Klien Pemasarakatan yang sedang menjalani PB, CB, CMB.
6. Membantu peningkatan kapasitas petugas *post-release* Bapas melalui pelibatan dalam pelatihan-pelatihan pekerja sosial yang diselenggarakan Dinas Sosial setempat
7. Memberikan pelatihan dan training keahlian khusus bagi narapidana yang sedang menjalani PB, CB, CMB dalam bidang kemandirian.

KPA Propinsi/Kab/Kota

Merupakan SKPD yang memiliki kewenangan dalam mengkoordinasikan upaya pengendalian HIV-AIDS tingkat Propinsi/Kab/Kota. Untuk mendukung program komprehensif pengendalian HIV-AIDS dan penyakit penyertanya di Lapas/Rutan Indonesia, KPA Propinsi/Kab/Kota memiliki peran sebagai berikut:

1. Melibatkan Kanwil Kemenkumham dan Lapas/Rutan dalam rapat koordinasi rutin program pengendalian HIV-AIDS daerah
2. Mengembangkan rencana advokasi program pengendalian HIV-AIDS bersama dengan pejabat Kanwil Kemenkumham dan pejabat Lapas/Rutan agar memperoleh dukungan dari SKPD terkait
3. Menjadi penghubung antara Kanwil Kemenkumham dan Lapas/Rutan dengan SKPD yang terlibat dalam program pengendalian HIV-AIDS daerah dalam sinkronisasi program
4. Mengkoordinir pelibatan LSM dalam membantu pelaksanaan program pengendalian HIV-AIDS di Lapas/Rutan
5. Membantu mencari dan menyalurkan sumber daya tambahan untuk peningkatan cakupan dan kualitas program

BNN Propinsi/Kab/Kota

Merupakan institusi pemerintah vertikal yang berada di Propinsi/Kab/Kota yang dalam upaya pengendalian HIV-AIDS komprehensif, TB dan IMS serta penyalahgunaan narkotika di Lapas/Rutan memiliki peran dalam:

1. Pengembangan perencanaan dan penganggaran program pencegahan dan rehabilitasi penyalahgunaan narkoba yang menjadikan narapidana/tahanan dan klien Pemasarakatan sebagai target populasi layanan

2. Implementasi kebijakan P4GN di Lapas/Rutan yang berkoordinasi dengan pejabat Lapas/Rutan setempat
3. Peningkatan kapasitas petugas Lapas/Rutan melalui pelatihan-pelatihan konselor adiksi
4. Implementasi program rehabilitasi ketergantungan Narkoba di Lapas/Rutan bagi narapidana/tahanan
5. Pelaksanaan kegiatan penyuluhan berkala dalam rangka pencegahan penyalahgunaan Narkoba bagi petugas dan narapidana/tahanan

B. KEWENANGAN KANWIL KEMENKUMHAM DAN UPT PEMASYARAKATAN

Kewenangan Kanwil Kemenkumham

Kantor Wilayah Kementerian Hukum dan HAM melalui Divisi Pemasyarakatan dalam melaksanakan kewenangannya dalam mendukung keberhasilan implementasi program pengendalian HIV-AIDS di Lapas/Rutan, yaitu membentuk Kelompok Kerja HIV-AIDS. POKJA HIV-AIDS berperan penting dalam :

1. Mengembangkan strategi dan melakukan advokasi kepada SKPD setempat,
2. Mediasi dan memecahkan permasalahan akses layanan dan logistik terkait program pengendalian HIV-AIDS yang dihadapi oleh Lapas/Rutan,
3. Bimbingan teknis manajemen program
4. Pengembangan rencana kerja dan anggaran tahunan, khusus kesehatan, Kanwil Kemenkumham dan UPT Pemasyarakatan diwilayahnya yang didasarkan pada standar biaya umum yang ditetapkan Dinas Kesehatan setempat dan/atau Kementerian Kesehatan
5. Memastikan adanya peningkatan anggaran kesehatan bagi narapidana/tahanan
6. Memastikan adanya peningkatan anggaran bahan makanan bagi narapidana/tahanan
7. Meningkatkan koordinasi dengan SKPD setempat dan LSM dalam program pengendalian HIV-AIDS, TB, IMS dan penyalahgunaan Narkoba melalui pertemuan koordinasi rutin
8. Memberikan akses bagi instansi terkait (Dinas Kesehatan) dalam melakukan surveilans rutin

C. KEWENANGAN UPT PEMASYARAKATAN

Lapas dan Rutan

Lapas/Rutan adalah penyedia layanan kesehatan dan pelaksana dalam layanan komprehensif HIV AIDS dan IMS serta penyalahgunaan Narkoba bagi WBP. Karenanya setiap Lapas/Rutan memiliki kewenangan sebagai berikut :

1. Membentuk tim HIV-AIDS dengan KaLapas/KaRutan sebagai penanggung jawab dan melibatkan seluruh pejabat Lapas/Rutan
2. Mengembangkan rencana kerja dan anggaran (RKAKL) program layanan kesehatan tahunan yang dapat diajukan dalam DIPA APBN
3. Pelibatan petugas kesehatan dalam pembuatan RKAKL
4. Mengembangkan rencana kerja dan anggaran program layanan kesehatan tahunan yang dapat diajukan dalam APBD setempat
5. Terlibat dalam rapat koordinasi rutin dengan SKPD setempat
6. Mengawal rancangan RKAKL yang telah disetujui oleh KaLapas/KaRutan pada Kanwil Kemenkumham setempat
7. Menyusun laporan semester dan tahunan pelaksanaan program komprehensif pengendalian HIV-AIDS, TB, IMS dan penyalahgunaan Narkoba

Contoh susunan Tim Pokja Penanggulangan HIV AIDS di Lapas/ Rutan

Penanggung Jawab	: KaLapas/ KaRutan
Ketua	: Kasi binadik
Kordinator Bidang Medis	: Tenaga Medis
Kordinator Bidang Sosial	: Kasubsidi Bimkemaswat
Bidang CST	: Tenaga Medis
Bidang VCT	: Konselor
Bidang KIE	: Penyuluh
Bidang Rehabilitasi	: Staf terlatih
PTRM	: Tenaga medis terlatih
Program prerelease	: Staf Bimkemaswat
Admin Monev	: Staf Bimkemaswat

Bapas (Balai Pemasyarakatan)

Adalah Unit Pelaksana Teknis dibidang pemasyarakatan luar lembaga yang merupakan pranata atau satuan kerja dalam lingkungan Kementerian Hukum dan HAM RI yang ditugaskan melakukan pembimbingan terhadap klien (warga binaan) selama menjalani masa PB/CMB/CB. Berkenaan dengan program komprehensif pengendalian HIV-AIDS, TB, IMS dan penyalahgunaan Narkoba. Tugas pokok dan fungsi BAPAS adalah:

1. Mengembangkan rencana kerja dan anggaran (RKAKL) program mitigasi sosial tahunan yang dapat diajukan dalam DIPA APBN
2. Pelibatan petugas Bapas dalam pembuatan RKAKL
3. Mengembangkan rencana kerja dan anggaran program mitigasi sosial tahunan yang dapat diajukan dalam APBD setempat
4. Terlibat dalam rapat koordinasi rutin dengan Dinas Sosial setempat
5. Mengawal rancangan RKAKL yang telah disetujui oleh Kabapas pada Kanwil Kemenkumham setempat
6. Menyusun laporan semester dan tahunan pelaksanaan program mitigasi sosial terkait dukungan bagi Klien Pemasyarakatan
7. Memberikan pembimbingan baik klien anak maupun dewasa sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
8. Melaksanakan pembinaan, pembimbingan dan pengawasan terhadap klien di luar Lapas/RutanMemperkuat koordinasi dengan Dinas Sosial setempat dalam implementasi program mitigasi sosial bagi klien PB/CMB/CB
9. Mengembangkan rencana kebutuhan peningkatan kapasitas petugas *post-release* Bapas tahunan yang dapat diajukan kepada Dinas Sosial setempat
10. Memberikan motivasi/pembinaan terhadap klien PB/CMB/CBMemberikan bantuan penyaluran kerja bagi klien
11. Mengadakan sidang TPP di Bapas, Lapas/Rutan
12. Pendampingan terhadap anak yang bermasalah dengan hukum
13. Berperan sebagai manajer kasus (MK) HIV AIDS dan IMS, dengan memberikan informasi yang dibutuhkan oleh klien dan dapat menyalurkan ke tempat penyedia layanan yang dibutuhkan.Memberikan pemantauan klien yang sedang/membutuhkan pengobatan
14. Memberikan konseling individu terkait HIV AIDS dan IMS

Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)

LSM atau *civil society* merupakan unsur yang sangat penting dalam mencapai tujuan pembangunan nasional. Karenanya program komprehensif pengendalian HIV-AIDS, TB, IMS dan penyalahgunaan Narkoba di Lapas/Rutan hanya dapat berhasil dengan adanya

kolaborasi antara pemerintah (*public sector*) dengan LSM (*civil society*). Untuk itu LSM atau *civil society* dapat terlibat dalam:

1. Memberikan dukungan sumber daya tambahan yang diperlukan pada program yang terkait HIV-AIDS & IMS
2. Memberikan bantuan teknis dalam pelaksanaan program yang terkait HIV-AIDS & IMS.
3. Bersama-sama mengembangkan rencana advokasi SKPD untuk *resources mobilization* DAU dan/atau DAK atau asas pembantuan program HIV-AIDS Komprehensif di Lapas/Rutan.

D. KEMITRAAN DAN JEJARING RUJUKAN

Membangun jejaring kerja bertujuan untuk mendapatkan berbagai dukungan dari multisektor baik antar pemerintah, LSM, maupun lembaga swasta, juga untuk menyelaraskan kebijakan dalam layanan komprehensif HIV AIDS dan IMS di Lapas/Rutan. Jejaring dapat dilakukan pada tingkat nasional, propinsi, dan kabupaten/kota. Kemitraan yang dapat dijalin UPT pemasyarakatan diantaranya dengan :

- Puskesmas terdekat
- RSUD
- LSM peduli HIV-AIDS, TB, dan IMS
- Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota
- Dinas Sosial Propinsi/Kabupaten/Kota
- BNN Propinsi/Kab/Kota
- KPA Propinsi/Kab/Kota

Penanganan HIV-AIDS, TB dan IMS memerlukan kerjasama dari pihak-pihak terkait dalam rujukan, diantaranya :

1. Pasien dengan gejala yang tidak bisa ditangani di dalam Lapas/Rutan, dirujuk ke penyedia layanan CST HIV-AIDS dan IMS di luar Lapas/Rutan, sehingga memerlukan kerjasama dari pihak penyedia layanan CST
2. ODHA dengan ART yang telah selesai menjalani masa hukuman di Lapas dan Rutan akan diberikan rujukan ke RS/Puskesmas/klinik yang menyediakan ARV untuk terapi lanjutan Warga binaan yang menjalani PB/CMB/CB akan dilimpahkan ke bapas, dimana Petugas Pembimbing kemasayarakatan Bapas (PK) dapat berperan sebagai manajer kasus (MK) dalam layanan komprehensif HIV-AIDS dan IMS pasca keluar dari Lapas/Rutan.

E. PEMBIAYAAN

Program layanan komprehensif HIV AIDS dan IMS mempunyai cakupan yang luas dan membutuhkan dana yang besar. Sesuai Perpres No. 75 tahun 2006, dana yang diperlukan bersumber dari :

- Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN)
- Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD)
- Sumber lain (kemitraan dengan instansi/lembaga/badan dalam dan luar negeri)
- Jamkesmas

BAB IX.

LAYANAN DUKUNGAN SOSIAL DAN REHABILITASI

A. TERAPI KETERGANTUNGAN NARKOBA

Therapeutic Community (TC)

Pengertian

Therapeutic Community (TC), yaitu suatu metode rehabilitasi sosial yang ditujukan kepada korban penyalahguna NARKOBA. Teori yang mendasari metode TC adalah pendekatan *behavioral* dimana berlaku sistem *reward* (penghargaan/penguatan) dan *punishment* (hukuman) dalam mengubah suatu perilaku. Selain itu digunakan juga pendekatan kelompok, dimana sebuah kelompok dijadikan suatu media untuk mengubah suatu perilaku³³.

Tujuan

Tujuan dari rehabilitasi ini adalah menolong diri sendiri dan sesama untuk merubah perilaku dari negatif ke arah positif. Dengan kata lain, *man helping man to help himself*, yaitu seseorang menolong orang lain untuk menolong dirinya.

Dalam program TC kesembuhan diciptakan lewat perubahan persepsi/pandangan alam (*the renewal of worldview*) dan penemuan diri (*self discovery*) yang mendorong pertumbuhan dan perubahan ke arah yang positif (*growth and change*).

TC di Lapas

Program TC yang dilaksanakan di Lapas narkotika ini diadaptasi dari pelaksanaan TC pada panti-panti rehabilitasi narkotika yang ada di Indonesia. Kegiatan mengacu pada pedoman pelaksanaan rehabilitasi narkotika yang ditetapkan oleh Kementerian Sosial (Depsos) dan Badan Narkotika Nasional (BNN). Meskipun demikian, tidak semua kegiatan dalam program TC tersebut dapat dilaksanakan secara murni di dalam Lapas. Hal ini dikarenakan adanya perbedaan kondisi dan fungsi dari Lapas dan panti rehabilitasi. Kegiatan akan efektif jika dilakukan setiap hari selama \pm 6 bulan. Untuk mendukung keberhasilan program, sebaiknya peserta program menempati blok khusus.

³³ Winanti. (2008). *Therapeutic Community; Lapas Klas IIA Narkotika Jakarta*

Membangun program TC di Lapas

Dalam pelaksanaan program TC harus ada fasilitator/ pembina yang berasal dari Petugas dan WBP yang dipilih oleh petugas dalam mengelola program ini. Adapun kriteria WBP yang dapat mengelola dan menjadi fasilitator dalam program TC adalah mereka yang memiliki riwayat adiksi dan dinilai oleh petugas serta WBP lain memiliki Perilaku baik yang bisa menjadi panutan.

Sebelum memulai program ini, ada beberapa hal yang perlu dilakukan, diantaranya adalah :

1. Identifikasi kebutuhan di antara WBP yang memiliki riwayat adiksi dengan memperkenalkan melalui penyuluhan mengenai program TC secara umum.
2. Mengidentifikasi WBP yang akan menjadi fasilitator atau pengelola program TC dengan kriteria yang telah ditentukan.
3. Melakukan training ataupun orientasi program TC kepada petugas terkait dan WBP sebagai fasilitator program TC.
4. Menentukan tempat dalam Lapas untuk Kegiatan TC yang akan dilakukan karena dalam program ini, peserta akan banyak melakukan aktivitas dan juga mengembangkan edukasi-edukasi serta mengembangkan media KIE yang terus dapat dilihat langsung oleh peserta program TC

Keberhasilan TC ini sangat ditentukan oleh keteraturan dalam menerapkan langkah-langkah aktivitasnya dan keberlangsungan program dalam satu masa terapi.

Criminon

Pengertian

Criminon merupakan program rehabilitasi berskala internasional yang dirancang untuk mengupayakan pencegahan kejahatan dan rehabilitasi kriminal bagi para pelanggar hukum. Criminon diartikan sebagai “*no crime*”, artinya pelatihan rehabilitasi ini bertujuan untuk membentuk seorang pelanggar hukum untuk tidak melakukan kembali kejahatan.

Filosofi dasar criminon adalah pada dasarnya seseorang melakukan kejahatan karena kurangnya rasa percaya diri, mengakibatkan tidak mampu menghadapi tantangan kehidupan dan tidak mampu menyesuaikan diri dengan sistem nilai yang berlaku di masyarakat, sehingga yang bersangkutan melakukan pelanggaran hukum³⁴.

³⁴ Harjono, W.J. (2008). Terapi dan Rehabilitasi WBP Narkotika melalui Metode Criminon dan Kesenian

Tujuan

Tujuan dari rehabilitasi criminon adalah membantu memperbaiki dan meningkatkan kemampuan seseorang dalam menghadapi rasa bersalah, rendah diri, takut, emosi, dan diharapkan mampu mengendalikan diri, sehingga tidak melakukan kembali pelanggaran hukum. Tujuan lainnya adalah membuat mereka bertanggung jawab terhadap segala tindakan, dan menjadi warga negara yang produktif³⁵.

Criminon di Lapas/Rutan

Pelaksanaan criminon di dalam Lapas/Rutan ditujukan sebagai pembekalan bagi para warga binaan sebelum kembali kepada lingkungan sosial dimana dia berada pada awalnya. Peserta pelatihan rehabilitasi criminon merupakan warga binaan (WBP yang dibina dan sudah divonis hukuman) yang sudah selesai menjalani masa pengenalan dan orientasi lingkungan (Mapenaling).

Beberapa Lapas/Rutan sudah ada yang menerapkan program ini, dan sudah banyak petugas masyarakat yang telah dilatih sebagai fasilitator rehabilitasi criminon.

Dalam sebuah program criminon, peserta akan mendapatkan beberapa pelatihan keterampilan hidup seperti :

- Cara menikmati dan bahagian dalam hidup
- Keterampilan komunikasi
- Keterampilan hidup
- Keterampilan yang sukses sebagai orang tua/ orang dewasa
- Mengetahui dan memahami kecanduan
- Bagaimana menghadapi ritme hidup yang 'naik dan turun'

Dalam criminon dikenal adanya 10 (sepuluh) tahap atau langkah dalam pelaksanaan terapi dan rehabilitasi. Namun dalam penerapan terapi dan rehabilitasi di Lapas, baru dilaksanakan 4 tahap (*4 steps criminon program*). Pelatihan criminon merupakan usaha rehabilitasi penyalahguna narkoba untuk lepas dari pengaruh ketergantungan narkoba. Pelatihan tenaga instruktur/supervisor melalui komunikasi, informasi dan edukasi.

³⁵ Criminon International. (2009). Rehabilitation through Education & Judicial Reform. <<http://www.criminon.org/>> (Diakses 4 Juli 2012)

Narcotic Anonimous (NA)

Pengertian

Narcotic Anonymous (NA) adalah program pemulihan bagi pecandu yang memiliki keinginan untuk berhenti menggunakan narkoba³⁶. Metode NA adalah dengan mengadakan pertemuan secara rutin untuk saling membantu dan mendukung satu sama lainnya dalam upaya belajar dan berlatih cara hidup sehat dan bebas dari obat terlarang (pemulihan kecanduan)³⁷. Hanya ada satu nyarat menjadi anggota NA yaitu berkeinginan untuk berhenti menggunakan³⁸.

Tujuan

Tujuan dari program NA ini adalah pecandu bisa berhenti menggunakan narkoba, kehilangan keinginan untuk menggunakan, dan menemukan cara hidup baru yang bebas narkoba³.

NA di Lapas/Rutan

Program rehabilitasi di Lapas/Rutan terutama Lapas narkotika sebaiknya mempunyai program NA. Karena banyak warga binaan pecandu narkoba yang berkeinginan untuk berhenti menggunakan, tetapi tidak tahu harus bagaimana dan harus minta bantuan kemana.

Di dalam penjara, obat-obat terlarang tidak mudah diperoleh seperti di masyarakat umum. Beberapa dari warga binaan mampu, atau dipaksa oleh keadaan, untuk tidak menggunakan narkoba. Tetapi mereka tetap berpikir tentang menggunakan obat, di mana untuk mendapatkan obat dan berapa harganya. Adiksi memang tidak dapat disembuhkan³. Apabila adiksi tidak ditangani di dalam Lapas/Rutan, setelah bebas nanti, besar kemungkinan mereka akan kembali menggunakan narkoba (*relapse*).

Beberapa Lapas narkotika sudah ada yang menjalankan program *Narcotic Anonymous* (NA) ini dengan bantuan LSM.

³⁶ NA Fellowship. (1990). Behind the walls. Narcotics Anonymous World Services, Inc.Chatsworth, California. <http://www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/litfiles/us_english/Booklet/Behind%20the%20Walls.pdf> (Diakses 7 Agustus 2012)

³⁷ NA Fellowship. (1987). Welcome to Narcotics Anonimous. Narcotics Anonymous World Services, Inc.Chatsworth, California. <http://na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/litfiles/us_english/IP/EN3122.pdf>. (Diakses 7 Agustus 2012)

³⁸ NA Fellowship. (2008). Narcotics Anonymous. Narcotics Anonymous World Services, Inc. Chatsworth, California. <http://www.naalamedacounty.org/elements/literature/Basic%20Text,%20Narcotics%20Anonymous/Basic%20Text,%20Narcotics%20Anonymous%20-%20NAWS_%20Inc_.pdf> (Diakses 7 Agustus 2012)

Konseling Adiksi

Pengertian

Konseling: merupakan suatu dialog/diskusi interaktif antara klien dengan petugas/konselor untuk memotivasi klien agar menyadari bahwa didalam dirinya ada suatu masalah. Sehingga konselor dapat membantu klien menggali masalah klien dan meningkatkan kapasitas diri klien dalam memecahkan masalah.

Adiksi adalah kondisi seseorang yang telah menderita ketergantungan NARKOBA/hal lain sehingga mempunyai perilaku untuk terus mencari NARKOBA/hal lain tersebut tanpa berpikir risiko yang akan dialami.

Konseling adiksi NARKOBA adalah kegiatan yang dilakukan konselor adiksi untuk membantu klien dalam usahanya melepaskan diri dari ketergantungan NARKOBA.

Tujuan dan ruang lingkup

- Tujuan konseling adalah untuk membantu klien merubah perilaku adiksi menjadi perilaku bersih dari NARKOBA dengan cara mengembangkan kemampuan diri klien untuk membuat keputusan yang bijaksana dan realistis dalam usahanya menghentikan ketergantungan NARKOBA.
- Konseling adiksi di Lapas/Rutan juga bertujuan mengurangi/ menghilangkan penularan HIV melalui konseling perubahan perilaku terhadap kebiasaan melakukan suntik NARKOBA bersama dan kegiatan seks tidak aman

Konseling adiksi di Lapas Rutan

Konseling adiksi di Lapas Rutan diperlukan untuk mendorong dan memotivasi klien mengurangi/menghilangkan ketergantungan NARKOBA dan risiko yang ditimbulkan, serta untuk mendiskusikan pilihan terapi yang tersedia yang paling sesuai untuk situasi klien misalnya mengikuti terapi substitusi methadone atau buprenorphin atau terapi residensial (rehabilitasi).

Sebelum petugas kesehatan Lapas Rutan melakukan konseling adiksi, yang lebih diperlukan adalah melakukan skrining/asesmen, yaitu : proses pengumpulan informasi dengan menggunakan interview klinis, analisis fungsional, observasi klinis, dan inventori terhadap klien. Tujuan proses asesmen adalah agar dapat menjawab pertanyaan yang berhubungan dengan masalah ketergantungan terhadap NARKOBA, diantaranya :

- Apakah klien adalah pasien penyalahguna NARKOBA?
- Apakah klien adalah pasien ketergantungan NARKOBA/ sedang dalam gangguan penggunaan NARKOBA?

Konseling adiksi sebaiknya dilakukan oleh seseorang yang telah mengikuti pelatihan konseling adiksi.

B. PENDIDIK SEBAYA/ KADER KESEHATAN

Pengertian

Pendidik sebaya adalah orang yang berasal dari kelompoknya sendiri dan/atau orang terdekat yang berada dalam lingkungan sosial tertentu yang mempunyai tugas khusus, atau dengan kata lain orang yang menjadi narasumber bagi kelompok sebayanya. Sedangkan kader kesehatan adalah orang atau kumpulan orang yang dibina oleh penyedia layanan kesehatan, yang berfungsi untuk membantu tugas dan fungsi pokok suatu layanan kesehatan. Kader kesehatan merupakan perwujudan peran serta aktif masyarakat (WBP/tahanan) dalam pelayanan kesehatan.

Peserta pendidik sebaya/kader kesehatan di Lapas/Rutan adalah warga binaan yang telah dilatih dan telah mendapatkan pendidikan kesehatan khususnya mengenai HIV-AIDS, TB dan IMS secara berkesinambungan.

Tujuan

Pendidik sebaya/kader kesehatan dilatih bertujuan untuk menjangkau WBP/tahanan yang mempunyai perilaku berisiko agar mereka diberi informasi yang cukup mengenai HIV AIDS dan penyakit menular lainnya, serta memotivasi mereka untuk mau memeriksakan dirinya ke klinik pemberi layanan kesehatan dan mau melakukan tes HIV.

Pendidik Sebaya/ kader kesehatan di Lapas/Rutan

Masalah kesehatan di Lapas/Rutan, salah satunya disebabkan karena terbatasnya sumber daya manusia (SDM), dalam hal ini kurangnya tenaga petugas kesehatan. Untuk mengatasinya, Lapas/Rutan memerlukan perpanjangan tangan yang diambil dari warga binaan untuk menjadi kader di bidang kesehatan, dengan melatih mereka sebagai pendidik sebaya. Karena besarnya manfaat bagi keberlangsungan program kesehatan, maka pendidik sebaya/kader kesehatan telah menjadi salah satu program kesehatan utama di Lapas/Rutan.

Kelebihan dari adanya pendidik sebaya/ kader kesehatan bagi WBP/tahanan adalah mereka menggunakan bahasa yang sama sehingga informasi mudah difahami oleh sebayanya. Teman sebaya mudah untuk mengemukakan pikiran dan perasaannya sehingga masalah kesehatan yang dianggap 'pribadi' atau pesan-pesan sensitif dapat disampaikan secara lebih terbuka dan santai.

Menjadi seorang pendidik sebaya/kader kesehatan di Lapas/Rutan mempunyai kriteria tertentu, mereka harus memenuhi syarat-syarat berikut:

- WBP dengan masa sisa tahanan lebih dari 1 tahun
- Aktif dalam kegiatan sosial dan populer di lingkungannya
- Tertarik dan aktif dalam program kesehatan
- Mempunyai motivasi menyebarluaskan informasi kesehatan
- Lancar membaca dan menulis

C. KELOMPOK DUKUNGAN SEBAYA (KDS)^{39,40}

Pengertian

Makna sederhana dari dukungan sebaya adalah dukungan yang diberikan untuk dan oleh orang-orang yang berada dalam situasi yang sama. Untuk jelasnya, kelompok dukungan sebaya (KDS) adalah sekelompok orang yang berkumpul untuk berbicara tentang tantangan dan pengalaman yang sama, yang mereka hadapi, tanpa takut adanya stigma atau isolasi dari yang lainnya.

KDS ODHA adalah suatu kelompok yang anggotanya terdiri dari orang yang terinfeksi HIV atau ODHA (orang dengan HIV AIDS) dan OHIDHA (orang yang hidup bersama dengan ODHA), mereka berkumpul dan dapat berbagi informasi, mengemukakan masalah yang dihadapi, mendiskusikan pemecahan masalah, dan saling memberikan nasihat. Dengan bergabung dengan KDS mereka menyadari bahwa mereka tidak sendiri dalam menghadapi masalah.

Tujuan

KDS merupakan suatu wadah/tempat yang aman, yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup bagi ODHA dan OHIDHA.

Tujuan lain dengan adanya KDS adalah :

- Meningkatkan dukungan sosial dengan membantu ODHA dan OHIDHA agar tidak merasa sendiri dalam menghadapi masalah
- Menyediakan kesempatan untuk bertemu orang lain dan berteman dengan mempertemukan orang dari berbagai latar belakang yang berbeda
- Membantu menurunkan stigma, baik stigma dari diri sendiri maupun stigma dari lingkungannya, sehingga ODHA menjadi lebih percaya diri
- Membantu menurunkan diskriminasi dari lingkungannya

³⁹ Spritia, Pedoman kelompok dukungan sebaya dan kelompok penggagas di Indonesia

⁴⁰ Ditjenpas. (2011). Buka Saku Dukungan Sebaya Di Lapas/Rutan

- Berfungsi sebagai wadah untuk melakukan kegiatan, berbagi sumber daya, ide, dan informasi
- Memberdayakan ODHA dengan memberi suara yang kuat untuk melakukan perubahan (advokasi)

KDS di Lapas/Rutan

Dalam lingkup penjara yang sangat terbatas, gosip selalu beredar terutama perihal sensitif seperti status HIV, sehingga kerahasiaan akan status HIV sangatlah rentan⁴¹. Banyak warga binaan yang positif terinfeksi HIV masih belum mau membuka statusnya kepada petugas kesehatan untuk mendapatkan layanan pengobatan dan dukungan. Hal ini merupakan tanda kurang baiknya pengetahuan dan tingginya stigma di antara warga binaan terhadap HIV/AIDS, sehingga ODHA tidak tertarik untuk berobat ke klinik karena takut status mereka diketahui oleh orang lain.

KDS adalah wadah yang sangat mereka butuhkan karena sejak seseorang mengetahui dia terinfeksi HIV, dia akan mengalami tantangan yang dihadapi setiap ODHA diantaranya stigma dan diskriminasi. Kelompok inilah yang diharapkan bisa merubah sikap negatif menjadi sebuah sikap positif diawali dengan penerimaan diri, sehingga ODHA bisa tetap sehat, tetap produktif, dan dia tidak merasa sendiri.

KDS di Lapas/Rutan dapat dibentuk oleh manajer kasus (MK), bisa dari petugas Lapas/Rutan yang telah dilatih atau dari LSM apabila Lapas/Rutan belum mempunyai MK. Dalam suatu kelompok pada awalnya dapat berupa gabungan ODHA dengan latar belakang yang berbeda atau gabungan ODHA dan OHIDHA. Kemudian sesuai kebutuhan dapat membentuk kelompok yang lebih spesifik seperti kelompok khusus ODHA saja atau dengan latar belakang tertentu (waria, IDU, perempuan, dll).

D. NOTIFIKASI DAN KONSELING PADA PASANGAN⁴²

Pengertian

Notifikasi dan konseling pada pasangan atau Partner notification and counseling adalah proses dimana pasangan seksual atau berbagi jarum suntik dari seseorang yang terinfeksi HIV, diberitahu mengenai adanya paparan mereka terhadap infeksi HIV, dengan demikian mereka perlu mengunjungi layanan kesehatan untuk mendapatkan konseling, tes HIV, dan pengobatan.

⁴¹ National AIDS Trust (NAT). (2003). HIV/AIDS Stigma and Discrimination: Prisoners. Fact Sheet 4.5, (NAT) National AIDS Trust

⁴² Hogben et al. (2007). A systematic Review; The effectiveness of HIV partner counseling and referral services. American journal of preventive medicine, Elsevier Inc.

Tujuan

Ada 2 tujuan dalam layanan ini yaitu;

- Untuk memberikan layanan yang tepat sedini mungkin untuk mereka yang terinfeksi
- Untuk memberikan tes dan konseling pencegahan penularan untuk yang belum terinfeksi HIV, dalam upaya mengurangi perilaku berisiko.

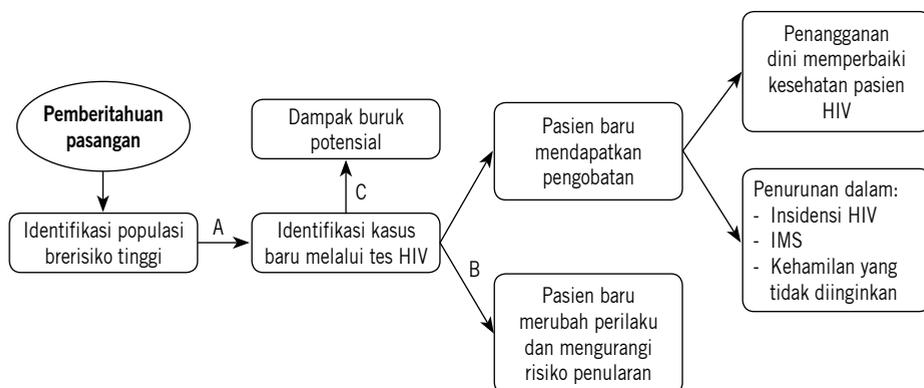
Kedua tujuan tersebut diarahkan untuk menemukan kasus dan pengobatan profilaksis

Notifikasi dan Konseling pada Pasangan di Lapas/Rutan

Wargabinaan yang terinfeksi HIV disarankan untuk membuka status mereka terhadap keluarga terdekat terkait pencegahan penularan dan rencana tindak lanjut terapi. Mereka yang telah siap/telah membuka statusnya akan ditawarkan layanan ini.

Kegiatan utama dari layanan notifikasi dan konseling pasangan adalah pelacakan kontak. Pelacakan kontak pada pasangan WBP/tahanan dapat dilakukan dengan;

- Memanggil pasangan seksual (istri, suami atau pacar) WBP/tahanan yang menderita HIV ke klinik
- Pelacakan teman atau kelompok sharing jarum suntik narkoba WBP/tahanan yang menderita HIV, yang berada di Lapas/ Rutan yang sama dengan penderita. Mereka diberi konseling kelompok terkait paparan HIV mereka dan kemungkinan mereka terinfeksi HIV.



Gambar 18. Kerangka analisis notifikasi pasangan

Pasangan ODHA yang mempunyai risiko tinggi tertular HIV, akan ditawarkan tes HIV melalui VCT/PITC (Gambar 16, jalur A). Mereka yang didiagnosis HIV akan mendapatkan (rencana) pengobatan, serta dikonseling mengenai perubahan perilaku untuk menurunkan penyebaran penyakit (Gambar 16, jalur B)

Pemberitahuan pasangan cenderung mengarahkan ke penanganan yang lebih dini daripada menunggu sampai gejala timbul, sehingga efektif meningkatkan kesehatan mereka. Notifikasi dan konseling pasangan diharapkan mengarah pada penurunan insidensi HIV, IMS, dan kehamilan yang tidak diinginkan.

Belum ada terbukti adanya kerugian yang besar dari layanan ini. Kerugian yang dapat diterima oleh wargabinaan dari layanan ini adalah putusnya hubungan perkawinan/pasangan dan adanya kekerasan (jalur C).

E. PEMBINAAN KEMANDIRIAN (VOKASIONAL)

Pengertian

Pembinaan kemandirian merupakan pembinaan yang menekankan kepada peningkatan keterampilan dan keahlian sebagai bekal mata pencaharian setelah habis menjalani pidana, dengan harapan setelah bebas mereka akan mudah untuk mencari (menciptakan) lapangan kerja. Pembinaan kemandirian ini merupakan salah satu program pembinaan yang ada di Lapas/ Rutan.

Pembinaan kemandirian merupakan bagian dari kegiatan kerja yang mempunyai fungsi sebagai berikut;

- Memberikan pelatihan dan bimbingan kerja bagi WBP/tahanan
- Mempersiapkan sarana dan fasilitas kerja
- Mengelola hasil kerja

Tujuan

Tujuan dari adanya pembinaan kemandirian yang berupa kegiatan kerja bagi wargabinaan adalah :

- Memberdayakan wargabinaan menjadi individu yang produktif
- Mendapatkan penghasilan dari hasil kerja, yang dikelola oleh bidang kegiatan kerja Lapas/ Rutan
- Wargabinaan mempunyai keahlian sebagai bekal mata pencaharian setelah bebas

Vokasional di Lapas/Rutan

Jenis dan macam latihan pekerjaan yang diberikan selama di dalam Lapas/Rutan hendaknya sedapat mungkin disesuaikan dengan kemampuan, minat dan bakat yang bersangkutan, namun tetap berorientasi kepada kebutuhan pasar, artinya produk (jasa) yang dihasilkan merupakan barang (jasa) yang dibutuhkan oleh orang banyak dan laku

untuk dijual. Dengan demikian akan diperoleh hasil yang maksimal terhadap program penyelenggaraan kegiatan yang dilaksanakan.

Adapun jenis dan macam latihan ketrampilan yang dapat diberikan kepada WBPdi dalam Lapas/Rutan meliputi :

- Latihan perbengkelan seperti, pengelasan, otomotif, servis elektronik/HP dll;
- Latihan pertanian, perikanan dan peternakan;
- Latihan seni dan budaya, seperti main musik, tari, teater dll;
- Bekerja pada unit-unit produksi dan perusahaan di dalam Lapas/Rutan, seperti produksi rotan, pertenenan, perkayuan, sablon dll.

F. PERAWATAN PALIATIF

Pengertian

Perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan, peniadaan serta penanganan nyeri, dan masalah-masalah lain baik fisik, psikososial, maupun spiritual⁴³.

Dulu perawatan ini hanya diberikan kepada pasien kanker yang secara medis sudah tidak dapat disembuhkan lagi, tetapi kini diberikan juga pada penderita penyakit-penyakit lain yang mengancam kehidupan seperti HIV-AIDS dan berbagai kelainan yang bersifat kronis⁴⁴.

Perawatan paliatif biasanya dilakukan di rumah sakit dan/atau klinik, oleh tenaga paliatif dan/atau keluarga atas bimbingan/ pengawasan tenaga paliatif, dapat dilakukan melalui rawat inap, rawat jalan, dan kunjungan/rawat rumah.

Jenis kegiatan perawatan paliatif meliputi :

- Penatalaksanaan nyeri.
- Penatalaksanaan keluhan fisik lain.
- Asuhan keperawatan
- Dukungan psikologis
- Dukungan sosial
- Dukungan kultural dan spiritual
- Dukungan persiapan dan selama masa dukacita (bereavement).

⁴³ Keputusan Menkes RI. (2007). Kebijakan perawatan paliatif. <<http://spiritia.or.id/Dok/skmenkes812707.pdf>> (Diakses 1 Oktober 2011)

⁴⁴ RumahKanker. (2012). Perawatan Paliatif? Apa sih?. <<http://rumahkanker.com/paliatif/perawatanpaliatif/24-perawatan-paliatif-apa-sih/>> (Diakses 4 Oktober 2012)

Tujuan

Tujuan utama perawatan paliatif bukanlah untuk menyembuhkan penyakit tetapi untuk mengurangi penderitaan pasien, memperpanjang umurnya, meningkatkan kualitas hidupnya, juga memberikan support kepada keluarganya¹².

Perawatan Paliatif di Lapas/Rutan

Perawatan paliatif bagi warga binaan ODHA dianjurkan untuk di rujuk ke rumah sakit yang mempunyai layanan CST, karena perawatan paliatif melibatkan keluarga pasien dan perlu penanganan yang komprehensif.

G. TERAPI KOMPLEMENTER

Pengertian

Terapi Komplementer adalah cara pengendalian penyakit yang dilakukan sebagai pendukung kepada pengobatan medis konvensional atau sebagai pengobatan pilihan lain diluar pengobatan medis yang konvensional⁴⁵. Terapi komplementer dapat diartikan terapi pelengkap/pendamping, yang sering disebut juga terapi tradisional atau terapi alternatif⁴⁶. Teknik yang digunakan dalam terapi komplementer umumnya meliputi naturopati, akupunktur, homeopati, pengobatan tradisional China, osteopati, pijat pengobatan, dan prana (olah nafas dan meditasi).

Tujuan

Terapi Komplementer pada dasarnya bertujuan untuk memperbaiki fungsi dari sistem-sistem tubuh, terutama “Sistem Kekebalan dan Pertahanan Tubuh”. Bagi ODHA, terapi komplementer dapat digunakan untuk mengurangi keluhan ringan terkait penyakit yang diderita¹³.

Terapi Komplementer di Lapas/Rutan

Terapi komplementer di Lapas/Rutan dapat digagas dengan bantuan LSM atau yayasan yang bekerjasama dengan Lapas/Rutan, dengan melatih wargabinaan untuk menjadi terapis. Teknik terapi komplementer yang digunakan disesuaikan dengan aturan yang berlaku, seperti akupunktur tidak diperbolehkan karena menggunakan jarum, sebagai penggantinya maka digunakan teknik akupresur.

⁴⁵ Argitya. (2010). Terapi Komplementer. <<http://argitauchiha.blogspot.com/2010/12/terapi-komplementer.html>> (Diakses 4 Oktober 2012)

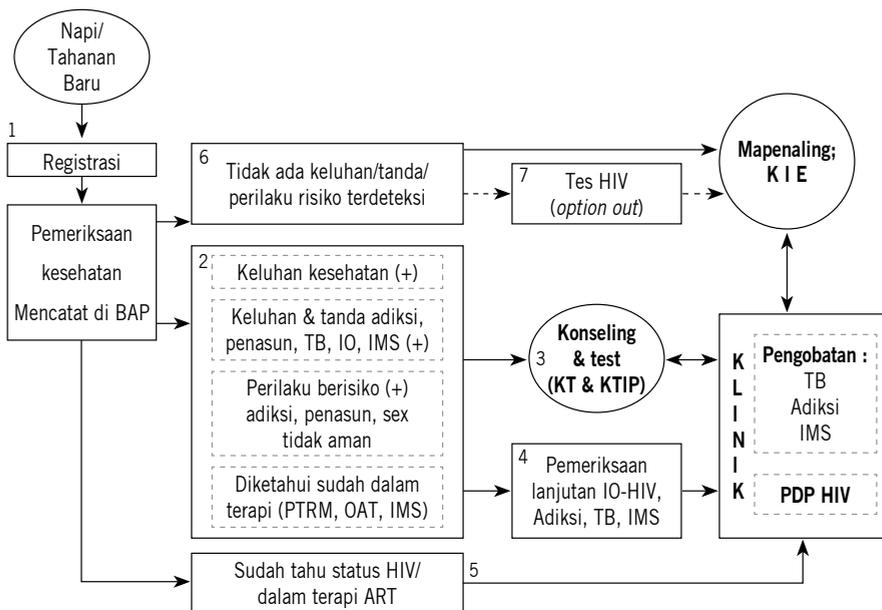
⁴⁶ Yayasan Taman Sringanis. (2009). Program terapi Komplementer untuk meningkatkan derajat kesehatan bagi WB di Lapas

BAB V.

LAYANAN KESEHATAN BAGI WBP/ TAHANAN BARU

A. PENGERTIAN

Semua warga binaan pemasyarakatan (WBP) & tahanan berhak mendapatkan layanan kesehatan yang sesuai. Layanan kesehatan dapat diakses oleh mereka sejak baru masuk ke dalam Lapas / Rutan. Petugas kesehatan harus menilai kondisi kesehatan WBP/tahanan pada saat pemeriksaan kesehatan awal. Adanya kondisi tertentu yang memerlukan tindakan medis lanjutan harus dilakukan secepatnya (Gambar 6).



Gambar 6. Alur layanan bagi WBP dan tahanan baru

WBP/tahanan yang baru masuk ke Lapas/Rutan pertama-tama akan didata oleh bagian registrasi kemudian mendapat pemeriksaan kesehatan dasar oleh tenaga kesehatan. Pemeriksaan ini dilakukan terhadap semua WBP dan tahanan, serta dituangkan dalam Berita Acara Pemeriksaan (BAP) (kotak 1). Khusus dalam program pengendalian HIV-

AIDS, perlu diperhatikan adanya perilaku berisiko (adiksi, penggunaan Narkoba suntik, dan perilaku sex tidak aman) serta adanya keluhan atau tanda terkait HIV (adiksi, skar jarum, tato, IO, TB atau IMS) (kotak 2). Apabila ditemukan hal tersebut diatas, maka perlu dirujuk untuk konseling dan tes HIV (kotak 3) serta pemeriksaan medis lanjutan (kotak 4). Perawatan khusus HIV juga dapat diberikan bagi mereka yang sudah membawa rujukan dari Lapas/ Rutan sebelumnya (kotak 5). Bagi yang sehat dan tidak menunjukkan adanya perilaku, keluhan atau tanda terkait HIV dapat lanjut ke kegiatan mapenaling dimana kemudian mereka akan memperoleh KIE mengenai HIV. Mereka mungkin bisa masuk layanan konseling dan tes HIV secara sukarela (kotak 6). Bila sumber daya memungkinkan, tes HIV dapat ditawarkan pada semua narapidana dan tahanan baru sebagai paket awal masuk program pengendalian HIV-AIDS komprehensif (kotak 7).

B. PEMERIKSAAN KESEHATAN AWAL

Pemeriksaan kesehatan awal pada WBP/tahanan baru merupakan prosedur tetap yang harus dilakukan di Lapas/Rutan untuk mengetahui status awal kesehatan WBP/tahanan. Bila ada rujukan atau surat transfer pengobatan HIV atau penyakit lainnya dari Lapas/Rutan sebelumnya, sebaik juga diketahui pada saat ini.

Melalui pemeriksaan kesehatan awal, WBP/tahanan yang mempunyai masalah kesehatan, perilaku berisiko, adiksi mempunyai gejala terkait IO atau IMS akan dapat dideteksi untuk dapat dirujuk ke klinik kesehatan untuk penanganan lebih lanjut. Pemeriksaan kesehatan awal dilakukan oleh tenaga kesehatan berdasarkan pedoman formulir BAP (lampiran 1). Pemeriksaan akan termasuk hal-hal dibawah ini:

- Pemeriksaan dasar; tinggi badan, berat badan, tensi darah
- Anamnesa mengenai keluhan kesehatan dalam 6 bulan terakhir
- Anamnesa riwayat perilaku berisiko (riwayat adiksi, pengguna jarum suntik, sex tidak aman)
- Memeriksa keluhan dan tanda adiksi, skar jarum suntik, TB, IO, IMS, tato
- Memeriksa adanya bekas bekas trauma fisik
- Riwayat haid terakhir atau test kehamilan untuk WBP/tahanan wanita
- Menerima rujukan atau resume medis dari Lapas / Rutan sebelumnya
- Menseleksi siapa yang harus konseling dan tesing HIV dan ke layanan medis selanjutnya.

C. PEMERIKSAAN KESEHATAN LANJUT & KONFIRMASI TB, IMS, DAN IO

Apabila pada pemeriksaan awal WBP/tahanan baru ditemukan mempunyai perilaku beresiko, riwayat adiksi, gejala TB, IMS atau tanda-tanda infeksi oportunistik maka ia harus segera dirujuk ke klinik untuk pemeriksaan lebih lanjut dan konseling serta tes HIV.

Pemeriksaan lanjutan di klinik dilakukan oleh petugas tenaga medis (dokter, perawat) dan oleh konselor. Petugas kesehatan akan melakukan pemeriksaan tambahan terkait keluhan adiksi, IO, TB, dan IMS yang mungkin disertai dengan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan laboratorium dan radiologi mungkin akan diperlukan untuk konfirmasi. Konseling dan tes atas inisiasi petugas kesehatan (KTIP) dapat dilakukan dalam kondisi ini

D. KONSELING DAN TES HIV

Terdapat beberapa pendekatan untuk melakukan konseling dan tes HIV yaitu dengan 1) menawarkan pada semua tahanan (*routine offer*), 2) dengan konseling dan tes sukarela (KTS) atau 3) konseling dan tes atas inisiasi petugas (KTIP). Masing masing mempunyai tujuan, kelebihan dan kelemahannya sehingga dapat dilakukan dalam kondisi yang tertentu. Penjelasan lebih lengkap mengenai ini dapat dilihat pada sub bab 6.2.

E. MASA PENGENALAN LINGKUNGAN (MAPENALING)

WBP/tahanan yang baru masuk akan mendapatkan program pembinaan awal yang disebut mapenaling atau masa pengenalan lingkungan. Pada tahap ini WBP/tahanan diperkenalkan orientasi tata tertib yang berlaku, hak dan kewajibannya²², dan penelusuran minat dan bakat yang kemudian akan diarahkan kepada jenis kegiatan kepribadian yang diawali dengan pembinaan kerohanian²³. Setelah itu mereka diarahkan untuk mengikuti program-program lain yang ada di Lapas/ Rutan.

Pada tahap mapenaling ini adalah tahap yang paling efektif untuk diberikan program KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi), baik mengenai masalah hukum yang berkaitan dengan masalah mereka, maupun masalah kesehatan secara umum dan yang berkaitan dengan HIV AIDS dan IMS.

²² Permenkumham. (2009). Cetak biru pembaharuan pelaksanaan sistem pemasyarakatan

²³ Rizanto Y. (2009). Implementasi sistem pemasyarakatan. Tesis. Universitas Indonesia. Jakarta

Saat masa pengenalan lingkungan, beberapa layanan yang dapat di akses yaitu:

- KIE kesehatan
- Konseling kelompok maupun individu terkait HIV dan IMS
- Tawaran rutin untuk tes HIV (jika tidak ada akses layanan KT di Lapas/Rutan setempat, maka bisa dirujuk ke layanan KT di RS/ Pukesmas/ LSM terdekat)
- Skrining adiksi (untuk PTRM bagi yang memerlukan)
- Konfirmasi dan tindak lanjut untuk pengelolaan TB, HIV dan IMS
- PDP dan KDS bagi ODHA

Tabel 4. Uraian layanan kesehatan bagi WBP/tahanan baru

KEGIATAN	PELAKSANA	URAIAN KEGIATAN
Pemeriksaan kesehatan awal	Perawat Dokter Bidan	<ul style="list-style-type: none"> – Melakukan pemeriksaan dasar dan pencatatan status kesehatan dalam BAP – Pemeriksaan dasar; tinggi badan, berat badan, tensi darah – Anamnesa riwayat penyakit dalam 6 bulan terakhir (termasuk riwayat TB, IO, IMS) – Anamnesa riwayat perilaku berisiko (adiksi, penasun, sex tidak aman) – Pemeriksaan tanda-tanda resiko dan HIV (IO, TB, IMS, skar jarum suntik, tato). – Menerima rujukan dari Lapas/Rutan sebelumnya apabila ada – Menseleksi siapa yang harus lanjut ke layanan medis selanjutnya dan KT HIV.
Skrining faktor resiko	Petugas kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> – Skrining faktor resiko dilakukan sesuai ceklist pada saat pemeriksaan awal pembuatan BAP – Skrining juga dilakukan saat pemeriksaan lanjutan di klinik – Semua yang diduga mempunyai faktor resiko (riwayat Adiksi, penasun, sex tidak aman, TB, IMS) di anjurkan KTIP HIV
KT / KTIP	Konselor/ dokter	<ul style="list-style-type: none"> – Melaksanakan KT atau KTIP sesuai prosedur – Menawarkan tes HIV setelah memberikan penjelasan singkat – WBP dan tahanan yang setuju langsung dilakukan KTIP – WBP dan tahanan yang tidak setuju tes HIV akan diarahkan pada program mapenaling (termasuk program KIE) untuk KT sukarela
Pemeriksaan kesehatan lanjut & pemeriksaan konfirmasi TB, IMS, IO-HIV	Dokter umum Dokter spesialis Laboratorium kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> – Melakukan pemeriksaan lanjut dengan berdasarkan keluhan dan memberikan pengobatan – Melakukan pemeriksaan kesehatan untuk konfirmasi TB, IMS, adiksi dan IO (cek laboratorium & konsul dokter spesialis) – Menindaklanjuti keluhan ke layanan selanjutnya
Layanan kefarmasian	Apoteker/ perawat	<ul style="list-style-type: none"> – Monitoring terapi obat – Layanan informasi dan konseling obat – Pengelolaan obat

Tabel 4. Uraian layanan kesehatan bagi WBP/tahanan baru (lanjutan)

KEGIATAN	PELAKSANA	URAIAN KEGIATAN
Mapenaling (KIE)	Staf pembinaan dan petugas kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> – Memberikan informasi mengenai tata tertib yang berlaku di Lapas/ Rutan, hak & kewajiban narapidana dan tahanan – Memberikan pembinaan kerohanian – Memberikan KIE melalui TC, MB, PE, konseling kelompok, dll. (dapat diarahkan untuk menawarkan VCT atau skrining adiksi layanan PTRM) – Penelurusan minat dan bakat untuk disalurkan pada kegiatan kerja

BAB VI.

LAYANAN KESEHATAN DAN PENGOBATAN DI LAPAS / RUTAN

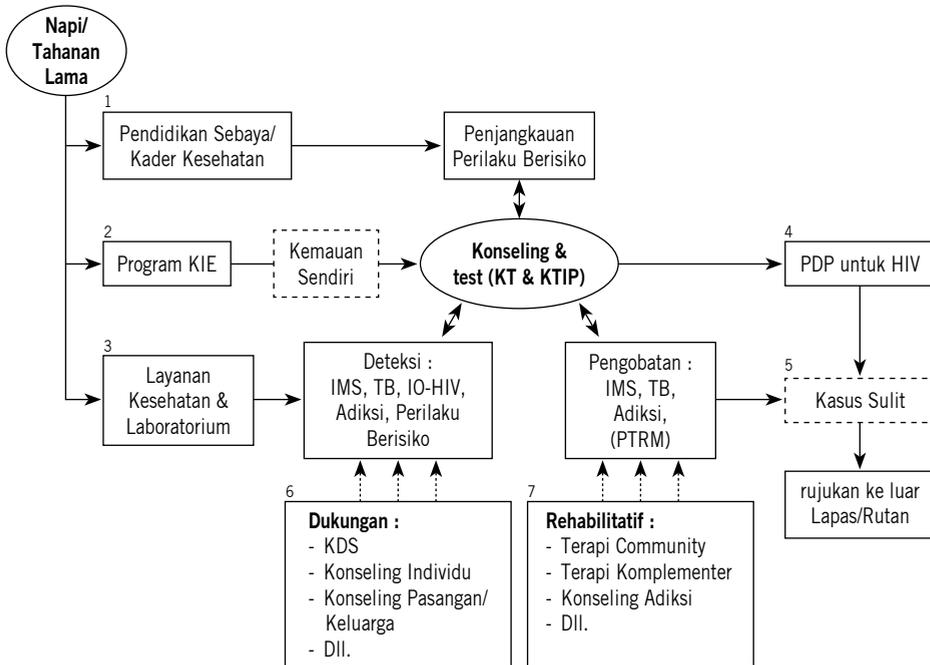
A. PENGERTIAN

Dalam bagian ini dijelaskan secara garis besar layanan kesehatan dan dukungan yang dapat diberikan bagi WBP/tahanan yang berada didalam Lapas Rutan. Setelah menentukan diagnosis dan stadium penyakit, pengelolaan kemudian dilakukan sesuai program HIV, TB, IMS, maupun adiksi. Di Lapas/Rutan pasien seharusnya dapat menerima obat langsung dalam pantauan petugas setiap hari. Kondisi ini diperlukan misalnya pada program DOTS, terapi ARV, Metadon atau pengobatan IMS.

Setelah program pengobatan berjalan, aspek dukungan dan pencegahan perlu mendapatkan perhatian. Dukungan sosial dan rehabilitasi diperlukan untuk mengurangi stigma dan mengembalikan kepercayaan diri pasien. Aspek pencegahan diperlukan untuk mengurangi kemungkinan penularan penyakit yang sama pada teman WBP/tahanan. Kedua kegiatan ini harus dilakukan secara terintegrasi dengan program lain selain bidang kesehatan.

B. PENERIMAAN PASIEN DI KLINIK

WBP/tahanan di dalam Lapas/Rutan akan mendapatkan layanan kesehatan, pencegahan, dan dukungan seperti yang diilustrasikan dalam Gambar 7.



Gambar 7. Layanan kesehatan, pencegahan dan dukungan di Klinik Lapas/ Rutan

Setelah WBP/tahanan berada di Lapas/ Rutan, mereka bisa mendapatkan semua layanan kesehatan. WBP/Tahanan yang terdeteksi mempunyai perilaku beresiko, gejala adiksi, IO, TB, dan IMS mesti diperiksa selanjutnya di klinik. Konseling dan tes HIV dapat dilakukan dengan KTIP (kotak 1). Agar WBP/tahanan mau memeriksakan diri, situasi di klinik sebaiknya dibuat bersahabat. Bagi pasien-pasien ini, pendekatan konseling dan testing dengan dengan cara KTIP akan memberikan hasil yang lebih optimal sesuai kebutuhan medis.

Beberapa kegiatan lain dapat menjangkau WBP/tahanan yang berisiko HIV. Pendidik sebaya / kader kesehatan bisa melakukan penjangkauan terhadap WBP/tahanan yang mempunyai perilaku berisiko dan membawanya untuk konseling dan tes HIV (kotak 2). Program KIE yang diberikan diharapkan akan memberikan kesadaran pada WBP/ tahanan untuk memeriksakan dirinya secara sukarela (kotak 3).

Bila penderita yang sudah terdiagnosis sebagai HIV positif, pengelolaan dilakukan sesuai pedoman ART yang berlaku (kotak 4). Untuk kasus sulit atau dengan komplikasi yang berat misalnya dengan penurunan kesadaran atau sepsis, pasien dapat dirujuk ke rumah sakit untuk tindakan medis segera dan inisiasi ART (kotak 5). Kegiatan dukungan dan rehabilitatif sebaiknya di laksanakan semaksimal mungkin untuk mendukung semua

kegiatan pengelolaan medis ini (kotak 6 dan 7). Pelaksana dari kegiatan layanan kesehatan diatas diuraikan dalam Tabel 3.

Tabel 5. Daftar uraian tugas dan peran

KEGIATAN	PELAKSANA
Penjangkauan kasus	pendidik sebaya, kader kesehatan, WBP terlatih
KIE (komunikasi, informasi dan edukasi)	Petugas pemasyarakatan, petugas kesehatan, petugas pembinaan, WBP, LSM
Layanan kesehatan dasar dan laboratorium	Petugas kesehatan
Penjaringan dan deteksi kasus khusus	Petugas kesehatan
PTRM	Petugas kesehatan
Diagnosis dan pengobatan	Petugas kesehatan
Koseling dan tes (KT)	Konselor HIV
Konseling dan tes inisiasi petugas (KTIP)	Petugas kesehatan dan konselor HIV
Perawatan dukungan dan pengobatan (PDP)	Petugas kesehatan terlatih CST
Dukungan sosial dan rehabilitatif	Petugas pembinaan, petugas kesehatan, konselor HIV, LSM
Rujukan	Petugas kesehatan, petugas pembinaan, petugas keamanan, petugas kamtib,
Layanan kefarmasian	Apoteker, petugas kesehatan

*petugas kesehatan=dokter, perawat, bidan, petugas lab, apoteker.

C. KONSELING DAN TES HIV

Tujuan dan ruang lingkup

Test HIV bermanfaat untuk mengetahui status HIV seseorang sedini mungkin. Sehingga ia dapat mengadopsi perilaku yang lebih aman untuk mencegah penularan dan dapat mengases layanan kesehatan seawal mungkin untuk mencegah berlanjutnya penyakit ke tahap yang lebih parah.

Prosedur dan pertimbangan khusus untuk tes HIV

Pemberi layanan konseling dan tes HIV sebaiknya memenuhi prosedur yang berlaku, yaitu:

- Konseling untuk test HIV dilakukan oleh konselor, adalah petugas pembinaan yang sudah dilatih dan mempunyai sertifikat dari Depkes. Apabila Lapas/Rutan belum mempunyai petugas yang dilatih sebagai konselor, maka dapat meminta bantuan kepada instansi atau lembaga terkait.
- Spesimen darah diambil di dalam ruang klinik Lapas/Rutan oleh petugas kesehatan dan dikirim ke laboratorium jejaring guna dilakukan tes HIV.

- Klien harus memberikan persetujuan (informed consent) sebelum tes HIV.
- Hanya klien sendiri yang berhak membuka status HIV-nya, baik negatif maupun positif, kepada pihak lain selain konselor dan dokter.
- Klien dengan hasil positif terinfeksi HIV akan didampingi oleh manajer kasus (MK).
- Layanan konseling dan tes HIV harus ditindak lanjuti oleh layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan HIV AIDS yang dapat bekerjasama dengan RSUD setempat dan LSM peduli HIV AIDS.

Beberapa hal yang perlu dipertimbangkan terkait konseling dan testing di Lapas:

- Apabila tidak tersedia konselor atau petugas terlatih di Lapas/ Rutan, maka dapat menggunakan konselor atau petugas terlatih dari organisasi luar Lapas/ Rutan.
- Konselor membutuhkan kemitraan dengan semua stakeholders sebelum memulai kegiatan.
- Melakukan penilaian risiko HIV dan IMS dengan menggunakan checklist yang tepat termasuk semua perilaku seksual yang dijalani dan kemungkinan paparan non seksual seperti penggunaan jarum suntik bersama, tato dan lain-lain.
- Menyediakan materi KIE tentang penularan HIV dan teknik pencegahannya. Konselor harus memberikan pemahaman akan materi yang diberikan pada klien.
- Pelayanan konseling dan testing terintegrasi dengan layanan klinik. Hal ini perlu diperhatikan sehingga tidak mengundang stigma dan diskriminasi.

Pendekatan konseling dan tes HIV

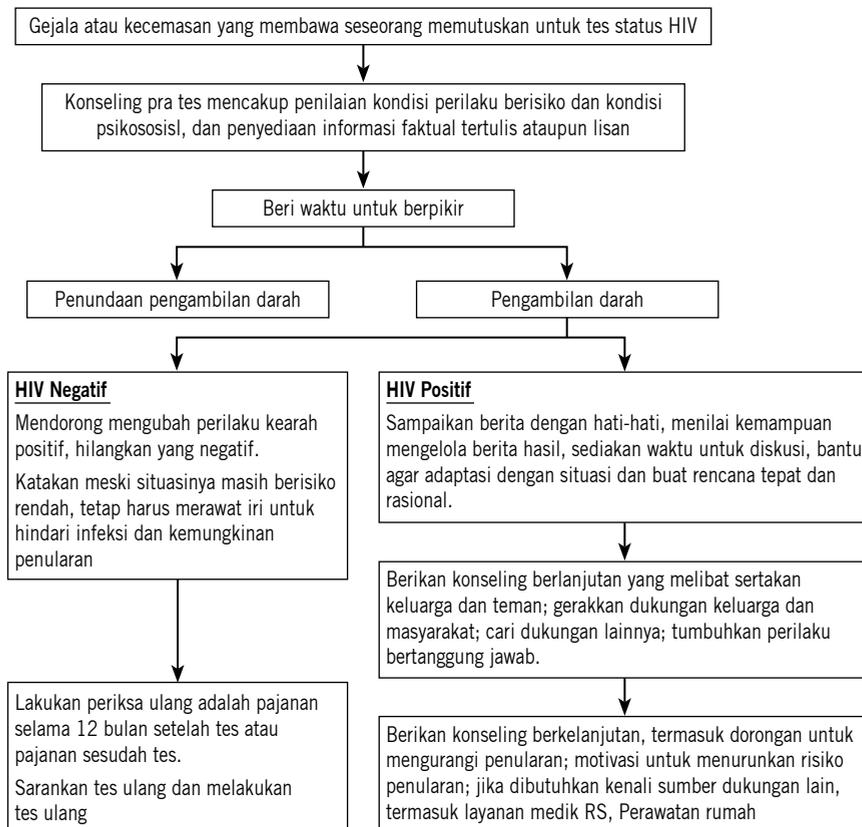
Layanan konseling dan test HIV (KT) dapat dilakukan di sarana kesehatan termasuk di dalam Lapas/ Rutan, yang dapat diselenggarakan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Terdapat 3 pendekatan konseling dan test HIV, yaitu :

Konseling dan test sukarela (KTS)

konseling dan tes sukarela atau yang dikenal sebagai *voluntary counseling and testing* (VCT)¹⁶ adalah salah satu pendekatan skrining yang memberikan kesempatan penuh pada pasien atau klien untuk memutuskan akan dilakukannya test HIV. Pendekatan ini merupakan salah satu strategi skrining dan sebagai pintu masuk ke seluruh layanan kesehatan HIV AIDS berkelanjutan. Konseling dalam KTS adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi, dan pengetahuan HIV AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggung jawab, pengobatan ARV, dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait HIV AIDS .

Prinsip pelayanan konseling dan tes HIV-AIDS sukarela yaitu:

- Sukarela; pemeriksaan HIV hanya dilaksanakan atas kemauan klien, tanpa paksaan, dan tekanan.
- Saling mempercayai dan terjaminnya kerahasiannya; Semua informasi yang diberikan klien harus dijaga kerahasiannya oleh konselor dan tenaga kesehatan. Semua informasi tertulis disimpan dalam tempat yang tidak terjangkau oleh yang tidak berkepentingan.
- Mempertahankan hubungan relasi konselor-klien yang efektif; Konselor memberikan dukungan untuk mengambil hasil tes dan dibicarakan mengenai respon dan perasaan klien saat menerima hasil yang positif.
- Tes merupakan salah satu komponen KTS



Gambar 8. Model standar layanan VCT

Penawaran Rutin (*routine offer*¹⁴)

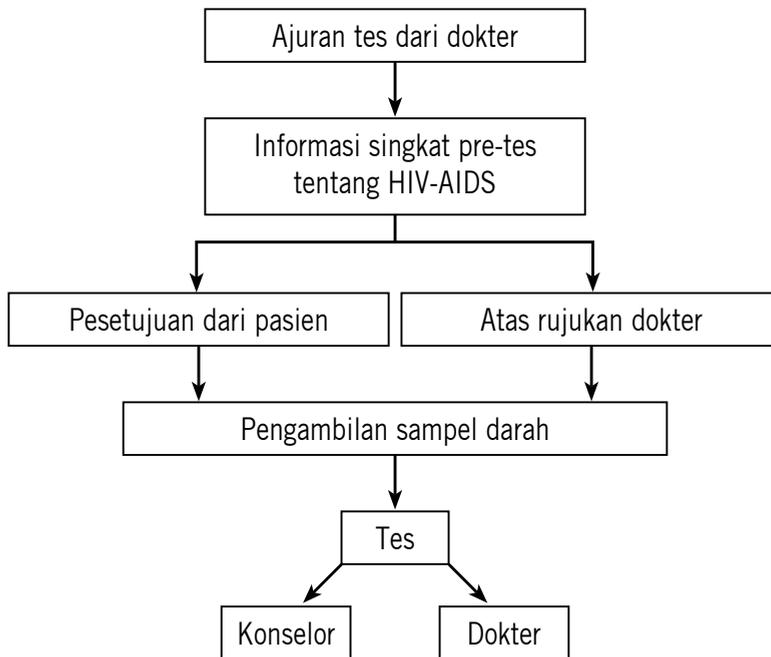
Konseling dan tes dapat ditawarkan secara rutin kepada semua warga binaan dan tahanan sebagai bagian dari paket layanan kesehatan pada saat tertentu. Pendekatan ini terutama apabila tingkat insidens dan prevalens HIV pada suatu Lapas/Rutan perlu diketahui. Cara ini juga diperlukan apabila diperlukan identifikasi adanya hubungan faktor resiko tertentu dengan penderita HIV. Pengetahuan mengenai factor resiko ini bisa menjadi pedoman untuk skrining yang terseleksi yang efektif dan efisien di waktu yang kemudian. Dalam upaya ini, klien tetap harus mendapatkan informasi lengkap, memberikan persetujuan tertulis atau *inform consent* dan mempunyai hak untuk menolak (*opt out*).

Penawaran rutin juga dapat diberikan kepada WBP sebulan menjelang bebas, agar ia mengetahui status HIV-nya dengan pasti untuk dapat membuat perencanaan penanganan kesehatannya setelah bebas. Hal ini juga dapat mencegah terjadinya penularan kepada pasangannya dan keluarga. Tes HIV dengan cara ini dapat dikategorikan sebagai pendekatan PITC. Saat buka hasil, WBP atau tahanan seyogyanya dirujuk ke layanan konseling dan tes.¹⁴

Konseling dan Test dilnisiasi oleh Petugas kesehatan (KTIP)

WHO telah menganjurkan untuk melaksanakan tes HIV yang secara aktif dengan cara Konseling dan Test dilnisiasi oleh Petugas kesehatan (KTIP). Sebelumnya disebut dengan istilah *Provider Initiated Test and Counseling* (PITC). Dalam hal ini, petugas kesehatan secara langsung meminta pasien untuk di test HIV atas dasar indikasi medis yang jelas. KTIP sebaiknya dilakukan pada pasien yang sudah datang dengan infeksi oportunistik (IO) yang mengindikasikan HIV atau adanya perilaku risiko yang besar kemungkinan tertular HIV (WHO 2006). Test diinisiasi oleh petugas kesehatan perlu dilakukan karena pada kondisi ini kecepatan petugas kesehatan mengetahui status HIV seseorang pasien akan sangat mempercepat pengelolaan medis selanjutnya. Demikian pula pengelolaan definitif atas IO atau HIV nya akan cepat dapat dimulai sehingga mencegah komplikasi yang berat.

Walaupun perlu dilakukan, dalam proses test ini tidak boleh ada unsur paksaan. Bila klien dalam kondisi sadar dan mampu menilai, ia harus diberikan kesempatan untuk memberikan persetujuan dan mempunyai hak untuk menolak. Konseling lengkap pre-tes tidak perlu dilakukan pada KTIP, tetapi informasi ringkas mengenai HIV AIDS, alasan perlunya tes dan jaminan kerahasiaan (*confidentiality*) harus disampaikan. Konseling kemudian dilakukan pada saat pembacaan hasil.



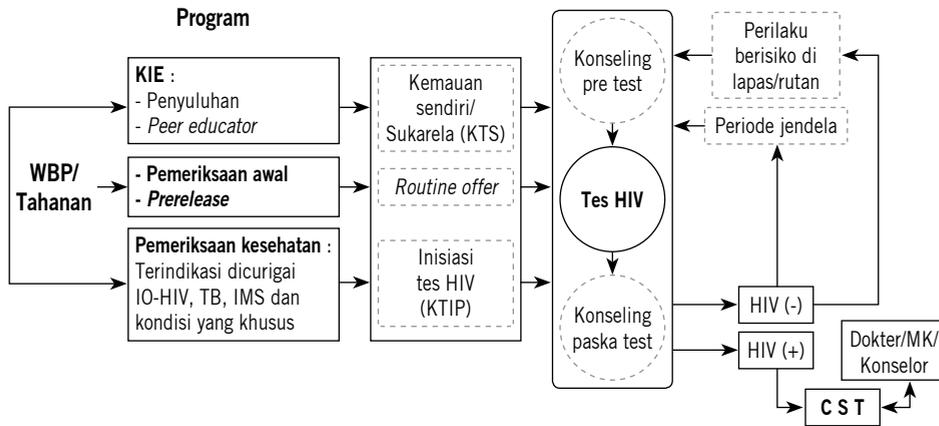
Gambar 9. Tahapan KTIP²⁷

Tahapan KTIP adalah²⁴:

- Langkah 1 : sarankan untuk menjalani tes
- Langkah 2 : berikan informasi ringkas mengenai HIV AIDS dan jaminan kerahasiaan (*confidentiality*)
- Langkah 3 : minta persetujuan untuk dilakukan tes (*informed consent*)
- Langkah 4 : pengambilan contoh darah untuk dilakukan tes
- Langkah 5 : menyampaikan hasil test dengan cara 1) Disampaikan oleh petugas medis, selanjutnya petugas medis merujuk ke konselor apabila masih memerlukan dukungan atau 2) hasil tes disampaikan oleh konselor, kemudian monselor memberikan hasil kepada petugas medis yang meminta

Gambaran aktivitas konseling dan testing secara komprehensif dapat dilihat pada Gambar 10.

²⁴ RSHS. (2010). Dukungan, perawatan dan pengobatan; Komprehensif HIV-AIDS



Gambar 10. Layanan Konseling dan Tes HIV

WBP/tahanan sebaiknya diperkenalkan pada layanan konseling dan tes HIV melalui program KIE, pemeriksaan awal saat masuk ke dalam Lapas, program *prerelease*, atau saat kunjungan pemeriksaan di klinik Lapas/ Rutan. Mereka yang melalui program KIE diharapkan mengikuti layanan konseling dan tes HIV secara sukarela (KTS). Mereka yang datang dengan gejala atau tanda infeksi oportunistik HIV (tuberkulosis, kandidiasis, infeksi kulit khusus, dll) atau dengan kondisi khusus mengarah pada HIV (riwayat pemakaian jarum suntik, IMS) akan disarankan untuk mengikuti tes HIV karena indikasi medis (KTIP).

Tes skrining HIV bisa ditawarkan pada semua WBP/tahanan yang baru masuk ke dalam Lapas/ Rutan atau yang mengikuti program *prerelease* (*routine offer*). Upaya ini perlu dilakukan karena tingginya tingkat prevalensi HIV positif diantara WBP/tahanan^{2,3}. Diantara WBP/tahanan terdapat kelompok Pengguna narkoba suntik atau pekerja seks dengan proporsi yang cukup besar. Skrining universal ini akan segera mendapatkan WBP/tahanan dengan HIV yang jelas perlu pengelolaan khusus dalam stadium dini. Karena ditawarkan kepada semua, tanpa pilih kasih, besar kemungkinan penerimaan dari WBP/tahanan baik. Dengan catatan bahwa petugas kesehatan bekerja dengan profesional. Patugas harus Melakukan semua wawancara dan meminta persetujuan dengan seksama, baik dan memberikan informasi hasil secara lengkap dan konfidensial.

WBP/tahanan dengan hasil tes HIV negatif tetapi masih dalam masa periode jendela dan/ atau memiliki perilaku berisiko di dalam Lapas/Rutan seyogyanya ditawarkan kembali untuk tes HIV ulang. Mereka yang terinfeksi HIV akan dirujuk kepada manajer kasus (MK), dan apabila diperlukan dirujuk pada layanan *care, support, treatment* (CST).

D. PENGELOLAAN KASUS HIV AIDS DAN INFEKSI OPORTUNISTIK

Pengertian

Pengelolaan kasus HIV-AIDS adalah layanan kesehatan yang diberikan bagi semua WBP/tahanan dengan HIV-AIDS (ODHA) baik yang sudah bergejala maupun yang masih belum. Layanan yang di uraikan dalam bab ini adalah upaya yang diberikan di klinik dalam bentuk diagnosis, asesment, dan langkah-langkah medis pengelolaan HIV-AIDS termasuk pengobatan dengan ARV.

Tujuan dan ruang lingkup

- Mengusahakan bahwa ODHA bisa memperoleh akses layanan HIV-AIDS yang lengkap mulai dari diagnosis hingga pengobatan.
- Meningkatkan keberhasilan pengobatan yang di berikan kepada ODHA dimanapun ia berada tetapi khususnya selama ia dalam Lapas / Rutan.
- Memberikan pengertian dan rasa tanggung jawab pada ODHA agar berusaha hidup sehat dan bisa merubah perilakunya untuk mengurangi kejadian penularan.

Kegiatan Pengelolaan HIV-AIDS di Lapas

Secara umum kegiatan pengelolaan HIV-AIDS di klinik Lapas terdiri dari (ref: Konsep LKB, pedoman nasional ART 2011)

- Pengkajian awal penderita HIV positif
- Melakukan pemeriksaan penunjangPenetapan stadium klinis dan status fungsional
- Penapisan status tuberkulosis
- Mengkaji status keluarga, dukungan di rumah
- Menyusun rencana penatalaksanaan
- Pengelolaan infeksi oportunistik
- Terapi ARV

Pengkajian awal

ODHA yang datang atau terdaftar di klinik Lapas/ Rutan dari rujukan MK, Konselor atau petugas kesehatan yang telah melakukan tes. Kesempatan pertemuan pertama merupakan hal penting dalam pengelolaan kasus karena ODHA bisa berada dalam kondisi klinis yang sangat bervariasi (ref. Pedoman nasional ART 2011).

Langkah-langkah yang dilakukan pada langkah pengkajian awal:

- Menganalisa riwayat penyakit dan kondisi saat ini
- Melakukan pemeriksaan penunjang termasuk pemeriksaan CD4

- Menilai adanya infeksi oportunistik pada penderita
- Membangun hubungan yang baik antara petugas dan pasien .
- Diakhiri dengan penetapan stadium klinis WHO

Untuk lebih seksama, anamnesis dan pemeriksaan fisik saat evaluasi ODHA sebaiknya menggunakan daftar tilik pada tabel 4 dan 5 dibawah ini

Tabel 6. Daftar tilik anamnesis

Riwayat tes HIV dan tes laboratorium lainnya	Tanggal dan tempat tes HIV, alasan tes, dokumentasi dari hasilnya. Hasil pemeriksaan CD4, HIV-RNA (viral load) atau lainnya
Faktor risiko HIV	Kegiatan seksual yang tidak aman Penasun (pengguna narkoba suntik) Lelaki berhubungan seks dengan lelaki Terpapar HIV pada kecelakaan kerja Transmisi perinatal Transfusi darah
Telaah sistemik	Kehilangan berat badan Pembengkakan kelenjar getah bening Keringat malam Sakit kepala yang tidak biasa Nafsu makan menurun Ruam kulit Radang atau bercak putih di rongga mulut & nyeri menelan Nyeri dada, batuk lama, sesak napas Diare lama, nyeri perut, muntah-muntah Kesemutan pada tangan dan atau kaki Kelemahan anggota gerak Penglihatan menurun Keputihan, duh tubuh, penyakit kelamin Gangguan ingatan Depresi
Riwayat penyakit dahulu	Riwayat pengobatan TB, toxoplasmosis otak, kandidiasis, herpes zoster Riwayat penyakit kelamin, penyakit jiwa Penyakit lain
Riwayat obstetri dan ginekologis	Tanggal mens terakhir (apa ada kehamilan saat ini?) Riwayat penggunaan kontrasepsi Riwayat kehamilan, melahirkan anak, status HIV anak Riwayat Pap smear tes: tanggal dan hasil
Riwayat ARV dan obat-obatan lainnya	Pengobatan ARV sebelumnya; Pernah untuk pengobatan / tidak, tanggal mulai, tanggal akhir bila telah berhenti Pernah PMTCT, tanggal mulai dan akhir Pernah PPP tanggal mulai dan akhir Pemahaman mengenai ARV Pengobatan TB ; Jenis TB, TB paru atau ekstra paru Tempat pengobatan, tanggal mulai, dan tuntas atau tidak Penggunaan alkohol, stimulan, opiat, methadone

Riwayat penyakit lain	Hepatitis C, B, Diabetes, Hipertensi, dan lain-lain
Riwayat Vaksinasi	BCG, Hepatitis A, B, dan lain-lain
Riwayat alergi	Alergi obat atau lainnya yang diketahui
Riwayat Psikologi	Riwayat keluarga, penyakit yang sama di keluarga Riwayat sosial, perkawinan, pendidikan, pekerjaan, sumber penghasilan Dukungan keluarga dan keuangan Kesiapan membuka status Ketersediaan dukungan bagi perawatan dan pengobatan
Status fungsional	Mampu bekerja, sekolah atau melakukan pekerjaan rumah tangga Ambulatori, tidak mampu bekerja tapi masih dapat bergerak Terbaring, tidak mampu bergerak

Tabel 7. Daftar tilik pemeriksaan fisik

Tanda vital	Berat badan dan tinggi badan, Tekanan darah, frekuensi denyut nadi, respirasi, suhu badan
Keadaan umum	Kehilangan berat badan tanpa sebab yang jelas (Wasting syndrome) atau akibat infeksi oportunistik Jejas suntikan pada penasus
Penyakit lain selain HIV	Malaria, TB, PCP, Pneumonia bakterial, Infeksi susunan syaraf pusat, penyakit kelamin, gastroenteritis, hepatitis viral, dan lain-lain
Kulit	Pruritic papular eruption (PPE), dermatitis seborholiK, Herpes simpleks, herpes zoster atau bekasnya
Kelenjar getah bening	Persitent generalyzed lypohadenopathy (PGL) Lymphadenopathy TB Lymphoma Maligna
Mulut	Kandidiasis Oral Oral hairy leucoplakia (OHL) Keilitis angularis
Dada	TB PCP Pneumonia bakterial
Abdomen	Kandidiasis oesophageal Hepatitis akut dan kronik
Anogenital	Herpes simpleks Lesi genital, duh tubuh Pap smear bila perlu
Neurologi	Visus, tanda-tanda neuropathy

Pemeriksaan Penunjang

Untuk melengkapi evaluasi pada penderita HIV, perlu dilakukan beberapa pemeriksaan laboratorium penunjang. Bila tidak tersedia, penderita atau spesimen darah dapat dirujuk ke sarana kesehatan yang mampu. Pemeriksaan yang terpenting adalah pemeriksaan ke satu sampai dengan ke 4. Bila fasilitas menunjang semua pemeriksaan dibawah ini sebaiknya di periksa diawal (ref Pedoman Nasional ART 2011).

- Darah lengkap (Hemoglobin, trombosit, leukosit dan hitung diferensial) *
- Jumlah CD4 *
- SGOT dan SGPT *
- Kreatinin serum *
- Urin analisis rutin *
- HbsAg *
- Foto toraks
- Anti-HCV (untuk ODHA penasun)
- Sputum BTA, bila ada keluhan batuk
- Serologi Sifilis, VDRL, TPHA, PRP.
- Tes Kehamilan (untuk perempuan usia produktif)
- PAP smear, utk singkirkan adanya CaCervix
- Jumlah virus / viral load RNA **

* Pemeriksaan minimal perlu dilakukan,

** tidak mutlak diperlukan tapi bila mampu akan sangat bermanfaat untuk pengelolaan klinis

Pemeriksaan CD4 adalah salah satu pemeriksaan penunjang yang penting dalam penatalaksanaan awal HIV-AIDS. Data ini penting untuk menentukan kondisi awal pasien saat inisiasi terapi ART dan kemudian bisa menilai perbaikan akibat pengobatannya kelak. Apabila jumlah pemeriksaan CD4 yang bisa dilakukan terbatas, pemeriksaan sebaiknya diprioritas untuk:

- Pasien dengan dugaan kegagalan pengobatan (memutuskan untuk mengganti, setelah melihat kepatuhan)
- Diagnosis klinis pada beberapa penyakit berat (misalnya, untuk menentukan PCP atau retinitis CMV)

Wanita hamil dengan HIV-AIDS stadium 1, 2 atau 3 tidak perlu pemeriksaan CD4 untuk memulai ART

Penetapan Stadium Klinis

Berdasarkan hasil evaluasi pemeriksaan klinis dan laboratorium diatas, penderita dapat dimasukkan kedalam stadium klinis dengan mengikuti tabel 6 dibawah ini.

Tabel 8. Stadium Klinis (WHO, 2010)

STADIUM	GAMBARAN KLINIS
1	Asimptomatik Limfadenopati generalisata
2	Berat badan turun < 10% Infeksi saluran napas bagian atas yang berulang seperti sinusitis, tonsilitis, otitis media, faringitis Herpes zoster Keilitis angularis Ulkus mulut berulang PPE (Papular Pruritic Eruptions) Dermatitis seboroik Infeksi jamur kuku
3	Berat badan menurun > 10% Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan Kandidiasis orofaringeal Oral hairy leukoplakia TB paru Infeksi bakterial yang berat, seperti pneumonia, piomiositis, cervicitis, bakteriemia, infeksi tulang dan jaringan otot Acute necrotizing ulcerative: stomatitis, gingivitis atau periodontitis Anemia (< 8 g/dl), neutropenia (< 0.5 x 10 ⁹ /l) dan Trombositopenia kronis (below 50 x 10 ⁹ /l)
4	HIV wasting syndrome Pneumocystis jiroveci pneumonia Pneumonia Bakteri Berat Infeksi kronis herpes simplex (orolabial, genital or anorectal lebih dari 1 bulan) Kandidiasis esofagus (atau kandidiasis takhea, bronkus atau paru) TB ekstra paru Sarcoma kapossi Penyakit Citomegalovirus (CMV) (retinitis atau infeksi organ lain, liver, limpa and kelenjar getah bening) Toxoplasmosis di otak
	Encephalopati HIV Meningitis kriptokokus Infeksi Mikobakteria non TB (MAC) Progresif Multifocal Leucoencephalopathy (PML) Peniciliosis, Kriptosporidiasis, isosporiasis kronis Micosis sistemik (histoplasmosis ekstra paru, coccidiomycosis) Septikemia berulang (including nontyphoidal Salmonella) Lymphoma (cerebral or B cell non-Hodgkin) Kanker serviks invasif Atypical disseminated leishmaniasis Nefropati atau kardiomiopati HIV

Infeksi Oportunistik dan penyakit terkait HIV

Jenis Infeksi terkait dan Oportunistik yang paling sering muncul di Lapas/ Rutan adalah :

- Sistem pernapasan : TB paru, Pneumonia, Jiroveci pneumocystis (PCP)
- Sistem pencernaan : Kheilitis angularis, Oral Hairy Leukoplakia, Kandidiasis Oral, diare akut akibat infeksi mikroba (Salmonella, Shigella, Campylobacter, E coli, amuba), diare kronis akibat infeksi (MAC, MTB, CMV, Isospora)
- Kulit : PPE, Herpes zoster, Infeksi bakteri (impetigo, ektima, folikulitis dll), infeksi jamur kuku, dermatitis seboroik.
- Sistem saraf : Kejang pada kasus HIV, lesi desak ruang, toksoplasmosis serebri, meningitis tuberkulosis, meningitis kriptokokus

Penilaian status fungsional

Penilaian status fungsional diperlukan untuk menentukan apakah pasien bisa berobat jalan atau harus dirawat. Pasien yang bisa berobat jalan berarti ia dapat tetap tinggal di ruang tahanan dan mengunjungi klinik pada jadwal yang ditentukan. Pasien dengan kondisi fisik yang terbatas atau hanya bisa berbaring perlu di pertimbangkan untuk dirawat di fasilitas rawat inap klinik atau dirujuk ke rumah sakit.

Status pasien terbagi menjadi

- Kerja (K) : Mampu bekerja
- Ambulansi (A) : Terbatas kegiatan dirumah
- Baring (B) : >50% waktu ditempat tidur

Menyusun rencana penatalaksanaan

Rencana penatalaksanaan disusun setelah penentuan stadium klinis HIV, status fungsional dan ada atau tidaknya infeksi oportunistik atau penyakit lainnya pada pasien. pasien dapat dimasukan kategori pelaksanaan sebagai berikut dibawah ini :

- Tidak memerlukan pengobatan khusus, hanya KIE dan monitoring. Hal ini dapat dilakukan pada penderita yang asimptomatik dengan CD4 > 350 / mm³.
- Rencana profilaksis IO tertentu. Pengelolaan ini dapat diberikan pada penderita dengan gejala minimal, tanpa IO dan berada pada stadium 3-4 atau CD4 < 200 /mm³
- Pengobatan IO/ ko-infeksi/ penyakit lainnya. Bila sudah terdapat gejala penyakit karena IO, diperlukan pengobatan yang khusus. Untuk pengobatan spesifik IOlihat bagian selanjutnya.

- Perkiraan rencana pengobatan ARV. ARV diberikan setelah kondisi IO dapat terkendali, penderita mengerti benar mengenai keadaannya, dan yakin akan mematuhi program pengobatan dengan baik.

Pemberian obat Anti retroviral

Pemberian ARV bertujuan untuk menekan replikasi virus secara maksimal dan terus menerus, yang akan berakibat langsung ataupun tidak langsung pada :

- Pemulihan dan atau memelihara fungsi kekebalan tubuh
- Perbaikan kualitas hidup penderita HIV
- Penurunan angka kesakitan dan kematian yang berhubungan dengan HIV
- Pengurangan laju penularan HIV di masyarakat

Saat Memulai Terapi ARV

Untuk memulai terapi antiretroviral perlu dilakukan pemeriksaan jumlah CD4 (bila tersedia) dan penentuan stadium klinis infeksi HIV-nya. Hal tersebut adalah untuk menentukan apakah penderita sudah memenuhi syarat terapi antiretroviral atau belum. Berikut ini adalah rekomendasi cara memulai terapi ARV pada ODHA dewasa.

- Bila tidak tersedia pemeriksaan CD4, maka penentuan mulai terapi ARV adalah didasarkan pada penilaian klinis.
- Bila tersedia pemeriksaan CD4 direkomendasikan untuk mulai terapi ARV pada semua pasien dengan jumlah CD4 <350 sel/mm³ tanpa memandang stadium klinisnya.
- Terapi ARV juga dianjurkan pada semua pasien dengan TB aktif, ibu hamil dan koinfeksi Hepatitis B tanpa memandang jumlah CD4.

Tabel 9. Stadium klinis HIV yang direkomendasikan untuk mendapatkan terapi ARV

TARGET POPULASI	STADIUM KLINIS	JUMLAH SEL CD4	REKOMENDASI
ODHA dewasa	Stadium Klinis 1 dan 2	> 350 sel/mm ³	Belum mulai terapi. Monitor gejala klinis dan jumlah sel CD4 setiap 6 - 12 bulan.
		< 350 sel/mm ³	Mulai terapi
Pasien dengan ko-infeksi TB	Apapun stadium klinis	Berapapun jumlah sel CD4	Mulai terapi
Pasien dengan ko-infeksi Hepatitis B Kronik aktif	Apapun stadium klinis	Berapapun jumlah sel CD4	Mulai terapi
Ibu hamil	Apapun stadium klinis	Berapapun jumlah sel CD4	Mulai terapi

Syarat untuk persiapan pemberian ART

- Tes HIV positif (terdokumentasi)
- Indikasi Medis
- Tidak memerlukan rujukan ke RS seperti tidak sakit berat, kasus yang memerlukan penanganan ahli
- IO sudah diobati dan stabil
- Setuju dan siap memulai ARV : Memahami tentang ART, kemungkinan efek samping dan perlunya. Dapat menjamin kepatuhan minum obat, Adanya dukungan untuk kepatuhan minum obat, dapat menangani halangan yang dapat mengurangi kepatuhan minum obat termasuk bila sudah keluar dari Lapas/Rutan
- Ada tim CST di Lapas/Rutan dan ada jejaring kerja dengan RS setempat
- Ketersediaan ARV yang berkesinambungan

Informasi yang diberikan untuk memulai ARV

Informasi dibawah ini perlu diberikan kepada WBP & tahanan dan keluarganya sebelum memulai ARV. Jika kriteria dipenuhi maka ARV dapat dimulai:

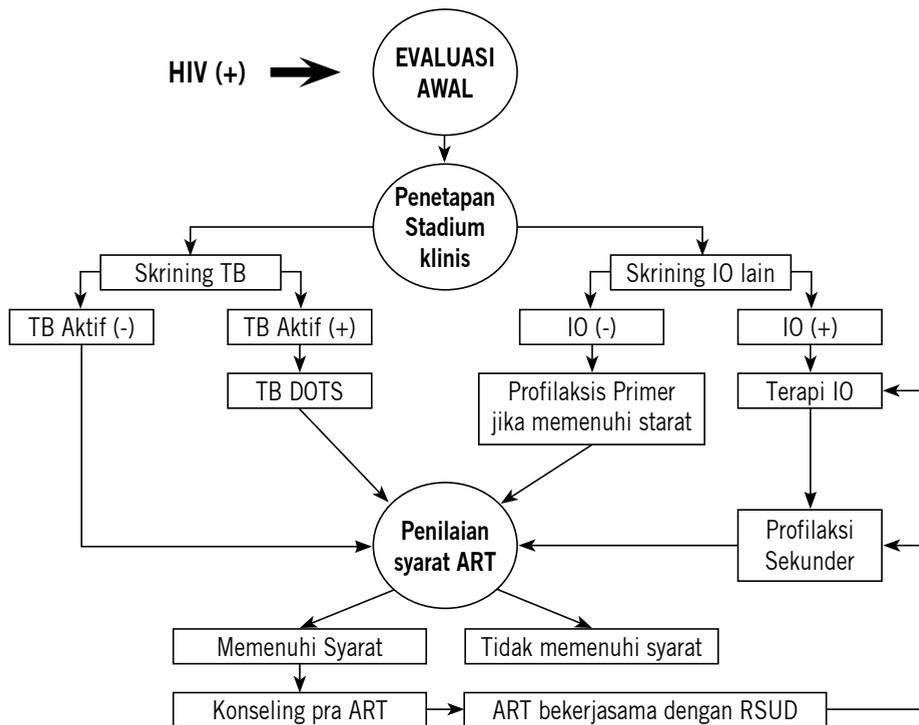
- Obat harus diminum seumur hidup. Jika berhenti minum obat, akan menjadi sakit lagi.
- Obat tidak menyembuhkan HIV tetapi hanya menekan replikasi virus.
- Obat tidak mencegah penularan HIV ke orang lain, pasien harus tetap melakukan sex yang aman dan tidak menggunakan jarum suntik yang terinfeksi secara bergantian.
- Jika lupa minum obat lebih dari 3x dalam sebulan virus cepat menjadi resisten sehingga obat tidak efektif lagi.
- Obat harus diminum sesuai dengan aturan minum obat (lihat table ARV).
- Jika lupa atau terlambat minum obat kurang dari 3 jam, minum obat saat itu juga. Bila lebih dari 3 jam maka jangan minum dosis ganda pada pemberian berikutnya, minum obat yang berikutnya tetap 1 dosis.
- Jika mual obat diminum bersama makanan.
- Jika diare tetaplah makan dan minum.
- Keuntungan ARV : memperpanjang hidup dan meningkatkan kualitas hidup.
- Kemungkinan terdapat efek samping dan interaksi obat.
- Pentingnya membuka status HIV kepada orang tertentu.
- Pentingnya pemeriksaan HIV bagi pasangan dan anak.
- Harus menerapkan pola hidup sehat.

Monitoring respon ARV

- Selama mendapat ART, haruslah dilakukan penilaian klinis dan laboratorium yang bertujuan untuk :
- Mencari tanda atau gejala toksisitas ARV
- Mencari infeksi oportunistik atau penyakit penyerta lain
- Menilai kepatuhan berobat
- Melihat respons terhadap terapi

Dosis

Sebelum terapi dimulai, tenaga kesehatan harus berkonsultasi dengan pasien untuk menjelaskan berapa jumlah obat yang harus diminum dan aturan pakai. Kepatuhan pasien untuk meminum obat sesuai aturan pakai sangat menentukan keberhasilan terapi. Disamping ARV, pengobatan IO perlu dilanjutkan. Daftar terapi IO dapat dilihat di lampiran



Gambar 11. Alur Layanan Klinis terkait HIV AIDS

Konseling Kepatuhan atau Konseling Adherence

Konseling kepatuhan atau konseling adherence harus dilakukan setiap kali akan memulai program pengobatan ARV. Konseling ini dapat dilakukan oleh perawat atau konselor yang sudah terlatih.

Kriteria kepatuhan berobat ARV adalah

- Ketepatan waktu minum
- Dosis yang benar
- Minum seumur hidup
- Dianggap patuh apabila dosis yang diminum > 95%

Sasarannya untuk konseling kepatuhan adalah :

- Pasien yang akan memulai ART
- Apabila pasien sedang menjalani terapi ARV namun belum pernah menjalani konseling kepatuhan (adherence) sebelumnya.
- Pasien yang mengalami masalah : penurunan CD4 50% dari CD4 tertinggi, CD4 tidak pernah melebihi 100 sel/ml setelah setahun pengobatan, dan penurunan CD4 setelah ART di bawah CD4 baseline
- Pasien yang mengalami masalah viral load : VL yang masih terdeteksi setelah 6 bulan ART, VL yang terdeteksi padahal sebelumnya tidak terdeteksi
- Pasien yang akan berganti ke lini 2
- Pasien PMTCT

E. PENGELOLAAN TUBERKULOSIS (TB) DAN TB-HIV

Pengertian

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit yang ditularkan langsung melalui saluran nafas dari orang ke orang. Jumlah kasus TB di Lapas/Rutan bisa ditemukan sangat tinggi karena WBP/tahanan kebanyakan berasal dari masyarakat yang kurang mampu dengan lingkungan hidup yang kurang sehat. Terlebih lagi kepadatan penghuni Lapas/Rutan yang tinggi juga memudahkan penularan TB didalam Lapas/Rutan.

Adanya HIV dapat lebih lagi meningkatkan kemungkinan seorang WBP/tahanan menderita penyakit TB. TB merupakan infeksi oportunistik atau ko infeksi yang paling sering (sekitar 20-40%) dijumpai pada ODHA. Di samping itu, TB merupakan penyebab utama kematian pada ODHA. Sekitar 40-50% kematian pada ODHA disebabkan oleh penyakit TB yang tidak terkendali. Kematian yang tinggi ini terutama oleh karena lebih

²⁵ Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2007). Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Nasional. edisi 2.

seringnya ditemukan TB paru BTA negatif atau TB ekstra paru yang lebih sulit di kenali sehingga terjadi keterlambatan terapi²⁵.

Oleh karena hal yang disebutkan diatas, pengelolaan TB di Lapas/Rutan adalah bagian penting yang tidak terpisahkan dengan program pelayanan komprehensif HIV-AIDS & IMS

Tujuan dan ruang lingkup

Kolaborasi TB-HIV di Lapas/Rutan bertujuan memberikan arah dalam pelaksanaan program TB, HIV atau keduanya bersamaan. Kegiatan-kegiatan penting dari kolaborasi TB-HIV adalah 1) intensifikasi penemuan kasus TB di antara ODHA, 2) pengendalian infeksi TB di Lapas/Rutan dan 3) pemberian profilaksis INH pada penderita ODHA. Bila prevalensi HIV tinggi (>2%) pada kelompok penderita TB, maka kegiatan VCT/ PITC dianjurkan untuk dilakukan pada semua penderita TB, sehingga infeksi HIVnya juga dapat dideteksi dan dapat diatasi sejak dini. Tujuan dan ruang lingkup kegiatan ini adalah:

- Mendeteksi TB sedini mungkin pada WBP/ tahanan baru masuk, yang berada di dalam Lapas/Rutan dan mengelola sesuai standar program TB
- Mendiagnosis TB pada WBP/ tahanan dengan HIV-AIDS dan melakukan pengobatan sesuai standar program TB & HIV.
- Mendeteksi HIV pada pasien TB yang berisiko dan mengelolanya sesuai standar program TB & HIV.
- Melakukan pencegahan penularan TB di Lapas pada WBP/ tahanan lain
- Memberikan profilaksis INH pada penderita HIV yang tidak terkena TB

F. KEGIATAN PENGELOLAAN TB DI LAPAS

Program pengelolaan TB di Indonesia, baik di puskesmas, rumah sakit dan klinik manapun diharuskan menggunakan strategi directly observed treatment short course (DOTS). Ada 5 komponen strategi DOTS yang harus ada di klinik Lapas/Rutan yaitu: 1) komitmen politis 2) Pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya. 3) Pengobatan jangka pendek (6 bulan) yang standar termasuk pengawasan langsung 4) Jaminan ketersediaan obat anti tuberkulosis (OAT) yang bermutu. 5) Sistem pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien

24. Diagnosis dan pengelolaan penderita TB pada ODHA pada dasarnya sama dengan pengobatan TB yang di tentukan dalam program TB nasional pada pasien non HIV. Namun ada beberapa aktivitas penting tambahan yaitu:

- Penjaringan suspek penderita TB
- Pemeriksaan dahak untuk diagnosis

- Pemeriksaan toraks foto dan penunjang lain
- Penegakan diagnosis dan mengklasifikasikan pasien TB sesuai program
- Diagnosis TB pada ODHA
- Pengobatan TB pada ODHA

Penjaringan suspek penderita TB

Sebagaimana pada penderita dengan risiko HIV, gejala TB merupakan satu hal penting di kenali pada saat penerimaan tahanan / narapidana. Semua tahanan/WBP perlu ditanyakan mengenai gejala-gejala dibawah ini. Hal ini juga perlu dilakukan pada semua kunjungan WBP/ tahanan ke klinik terutama pada yang ODHA. Gejala yang perlu ditanyakan adalah:

- Apakah ada batuk selama lebih dari 2 minggu?
- Adakah ada demam?
- Apakah ada berkeringat malam tanpa aktivitas?
- Apakah terjadi penurunan berat badan tanpa penyebab yang jelas?
- Apakah ada pembesaran kelenjar getah bening dengan ukuran lebih dari 2 cm?
- Apakah ada saudara, teman dekat atau serumah, yang sakit tuberkulosis

Bila ada jawaban "ya" pada salah satu pertanyaan di atas - segera anjurkan pemeriksaan lebih lanjut oleh dokter, atau sedikitnya pemeriksaan dahak secara mikroskopis dan / atau pemeriksaan foto toraks untuk membantu penegakan diagnosis TB.

Gejala klinis TB paru pada ODHA sering kali tidak spesifik, apalagi pada pasien dengan CD4 yang rendah < 200/mm³. Manifestasi bisa muncul hanya berupa demam ringan dengan penurunan berat badan (lebih dari 10%). Pada ODHA juga lebih sering ditemukan TB ekstra paru seperti efusi pleura, perikardium, TB milier, TB susunan saraf pusat dan TB abdomen. Oleh karena itu skrining TB pada ODHA sebaiknya dilakukan secara aktif, dengan menanyakan secara rutin gejala-gejala diatas itu, dan pemeriksaan foto toraks pada penilaian kondisi awal pasien.

Pemeriksaan dahak untuk diagnosis

Pemeriksaan dahak mikroskopis

Pemeriksaan dahak secara mikroskopis dengan pewarnaan Ziehl Neelsen adalah pilar utama diagnosis TB sesuai program DOTS. Walaupun pada ODHA lebih sering ditemukan sputum BTA negatif, pemeriksaan dahak tetap perlu dilakukan.

Teknik pengumpulan spesimen dahak:

- Mintakan dahak pada penderita dengan mengumpulkan dahak dalam waktu 2 hari berturut-turut.
- Dahak pertama diminta saat pasien ditentukan sebagai penderita tersangka TB. Saat pulang, pasien di minta untuk membawa pot dahak pulang.
- Dahak ke 2 dimintakan untuk dikumpulkan selama malam harinya dan dibawa pada kunjungan kedua di pagi di keesokan harinya.
- Mintalah pasien untuk membawa pot dahak tersebut saat kunjungan kedua pagi keesokan harinya.
- Bila memungkinkan, minta dahak ke 3 di mintakan pada pasien pada hari kedua ketika pasien datang untuk membawa spesimen kedua.

Bila minimal satu spesimen menunjukkan positif, maka diagnosis TB paru dapat ditegakkan. Kerjasama dengan puskesmas setempat untuk melakukan pemeriksaan ini perlu dibina bagi klinik yang belum mempunyai kompetensi ini.

Pemeriksaan dahak biakan dan teknik baru berbasis DNA

Pemeriksaan biakan dahak merupakan baku emas untuk mendiagnosis TB. Pemeriksaan ini bisa dilakukan di Laboratorium rujukan utama di propinsi atau rumah sakit rujukan. Pemeriksaan biakan ini bisa dilakukan secara singkat dengan media cair maupun lambat dengan media padat. Pengelolaan penderita TB sebaiknya tidak mengandalkan hanya biakan karena memandang pada lamanya hasil diperoleh. Namun karena penderita ODHA sering BTA negatif, maka pemeriksaan biakan dahak untuk TB dianjurkan untuk dilakukan bila memungkinkan.

Saat ini WHO merekomendasikan pemeriksaan cepat (rapid test) menggunakan Xpert MTB/Rif pada ODHA yang diduga TB. Teknik ini menggunakan pendekatan pemeriksaan berbasis DNA Mtb pada sputum. Pemeriksaan ini dapat memberikan hasil sesensitif kultur tetapi dalam waktu hanya dua jam. Pada pemeriksaan ini juga akan diperoleh hasil Rifampisin resisten atau sensitif.

Pemeriksaan foto toraks

Pemeriksaan foto toraks pada ODHA memegang peranan penting dalam penegakan diagnosis TB paru. Indikasi pemeriksaan foto toraks adalah:

- Jika ada gejala TB paru tetapi sputum BTA negatif. Bila ditemukan tanda klasik adalah adanya infiltrat dengan kavitas di lobus atas maka sugestif untuk TB.
- BTA positif tetapi pasien sesak nafas, ada hemoptisis atau dicurigai adanya infeksi paru lainnya. Dalam keadaan ini, foto toraks bisa mendeteksi adanya pneumotoraks, efusi perikardium atau efusi pleura)

- Pasien demam atau penurunan kesadaran. Foto toraks diperlukan karena kemungkinan ditemukan TB milier yang bisa menyebabkan demam dan erat kaitannya dengan meningitis TB.

Perlu diingat tidak ada tanda radiologis yang tipikal untuk pasien TB paru HIV positif. Karena itu bila ada kelainan, sambil mengobati satu kemungkinan, kemungkinan adanya penyebab lain harus selalu difikirkan.

Diagnosis dan klasifikasi TB Paru

- Diagnosis TB paru ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB (BTA) melalui pemeriksaan dahak mikroskopis.
- Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya.
- Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan pemeriksaan foto toraks saja,
- Klasifikasi penyakit ditentukan berdasarkan 4 hal yaitu 1) lokasi atau organ tubuh yang sakit, paru atau ekstra paru. 2) Bakteriologi (hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis); BTA positif atau BTA negatif. 3) Tingkat keparahan penyakit: ringan atau berat. Dan riwayat pengobatan TB sebelumnya: baru atau sudah pernah diobati.

Tabel 10. Diagnosis dan klasifikasi TB Paru .

DESKRIPSI	
Berdasarkan lokasi dan hasil pemeriksaan bakteriologi	
TB paru BTA positif	Sekurang kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak BTA positif 1 spesimen dahak positif dan foto toraks dada positif
TB paru BTA negatif	a) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negative b) Foto toraks abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis. c) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT. d) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.
TB ekstra paru	Terdapat dugaan adanya peradangan akibat TB di organ lain selain paru yaitu; kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal, meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kemih dan alat kelamin.
Berdasarkan tingkat keparahan penyakit	
Keparahan penyakit	TB paru BTA negatif foto toraks positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas (misalnya proses "far advanced"), dan atau keadaan umum pasien buruk.

DESKRIPSI	
TB ekstra paru	TB ekstra paru ringan, misalnya: TB kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal. TB ekstra-paru berat, misalnya: meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kemih dan alat kelamin.
Berdasarkan riwayat pengobatan	
Kasus baru	Adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).
Kasus kambuh	Adalah pasien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).
Kasus setelah putus berobat (default)	Adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.
Kasus gagal	Adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.
Kasus pindahan (transfer in)	Adalah pasien yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatannya.
Kasus lain	Adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas. Dalam kelompok ini termasuk Kasus Kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan.

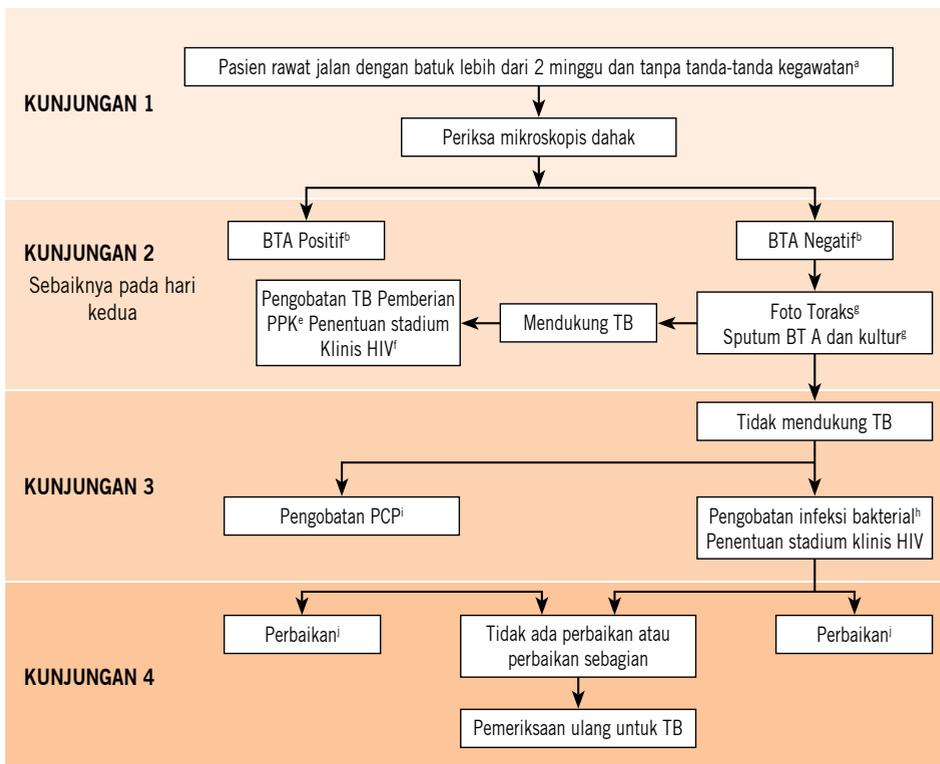
Diagnosis TB pada ODHA

Pada umumnya didasarkan pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Namun pada saat mendiagnosis TB pada ODHA seringkali kita kesulitan mendapatkan dahak atau lebih sering menemukan dahak dengan BTA negatif. Kondisi penyakit ekstraparu juga lebih sering ditemukan. Untuk masalah ini, WHO merekomendasikan klasifikasi diagnosis TB paru BTA negatif dan TB ekstraparu pada ODHA (dalam buku "*Improving diagnosis and treatment of smear-negative pulmonary and extrapulmonary tuberculosis among adult and adolescents*", Edisi 2007) sebagai berikut:

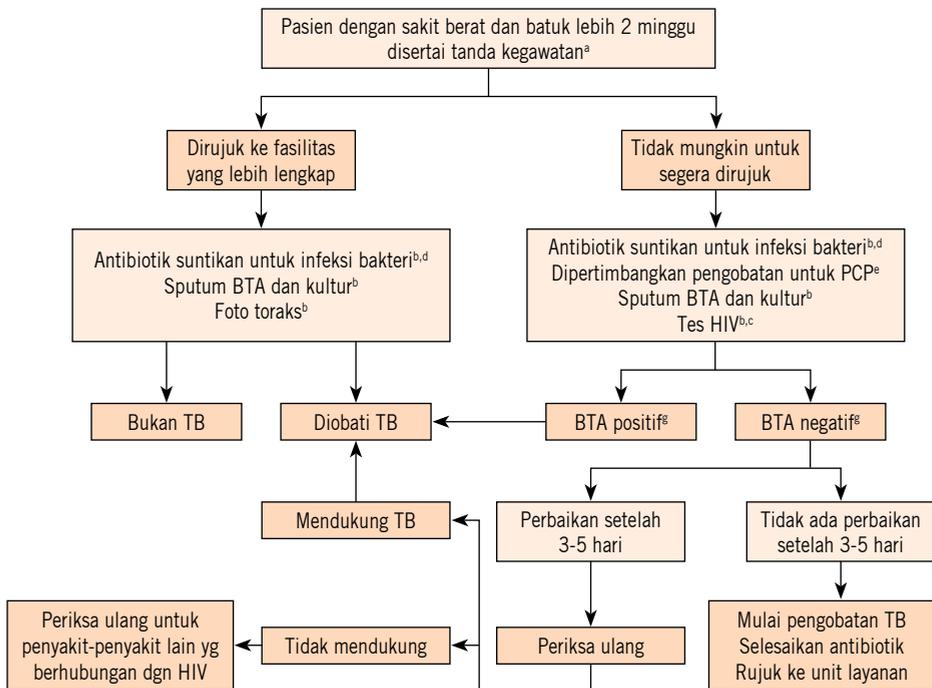
- TB Paru BTA Positif: Meskipun hanya satu sediaan dahak positif dan test HIV positif atau gambaran klinis infeksi HIV yang jelas.
- TB Paru BTA negatif: Meskipun hasil sediaan dahak negatif, tetapi gambaran radiologis mendukung TB. Atau dengan gambaran klinis yang jelas, keputusan pengobatan OAT oleh dokter, ATAU BTA negatif dengan hasil kultur TB positif
- TB Ekstraparu adalah TB yang menyerang organ tubuh lain selain paru. Pada ODHA sering terjadi TB kelenjar limfe, efusi pleura, TB diseminata (milier), efusi pericardium dan meningitis TB. Diagnosis TB ekstraparu pada ODHA ditegakkan dengan pemeriksaan klinis, bakteriologis dan atau histopatologi yang diambil dari jaringan tubuh yang terkena.

Pada diagnosis ini ada beberapa hal yang perlu diperhatikan:

- Pemberian antibiotika sebagai alat bantu diagnosis tidak direkomendasikan lagi. Pemberian antibiotika nonspesifik dapat mengakibatkan pengelolaan TB paru terlambat. Namun antibiotika perlu diberikan pada ODHA dengan IO yang mungkin disebabkan oleh infeksi bakteri lain, dengan atau tanpa tuberkulosis.
- Hindarilah penggunaan kuinolon pada pengobatan infeksi paru-paru. Golongan fluorokuinolon memberikan efek pada infeksi tuberkulosis, dan bila diberikan secara sendiri maka akan mengakibatkan resistensi Mtb terhadap kuinolon.
- Pemeriksaan biakan dapat di laksanakan untuk membantu diagnosis TB paru BTA negatif. Pemanfaatan biakan pada pasien rawat jalan dapat dilakukan sesuai alur dibawah ini (gambar...). Sedangkan pada pasien dengan gejala berat atau bahaya gunakanlah alur pada gambar ...



Gambar 12. Alur diagnosis TB paru pad ODHA dengan rawat jalan



Gambar 13. Alur diagnosis TB paru pada ODHA dengan sakit berat.

Prinsip pengobatan TB

- OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi 4 jenis obat (Rifampisin INH, Etambutol dan Pirazinamide) dalam jumlah yang cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan.
- Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.
- Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung saat pasien minum obat oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO). Hal ini akan memungkinkan dilakukan di Lapas.
- Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap. Tahap intensif diberikan setiap hari selama 2 bulan. Tahap lanjutan obat diberikan satu minggu 3 kali (intermiten) dalam jangka waktu sedikitnya 4 bulan.
- Pemantauan efek samping obat dilakukan sedikitnya dalam 2 minggu pertama pengobatan kemudian setiap kunjungan. Penderita dimintakan untuk melaporkan semua efek samping yang terjadi bila timbul.

Paduan OAT dan peruntukannya.

Panduan OAT yang digunakan oleh Program Nasional Pengendalian Tuberkulosis di Indonesia dan peruntukannya:

Kategori-1 (2HRZE/ 4H3R3)

- Pemberian 4 jenis obat terdiri dari INH (H), Rifampisin (R), Pirazinamide (Z) dan etambutol (E). Fase intensif selama 2 bulan dengan kesemua 4 jenis obat diatas dimakan tiap hari. Fase lanjutan selama 4 bulan dengan 2 obat INH dan Rifampisin saja diberikan secara intermiten satu minggu 3 kali. Skema ini dituliskan sebagai 2(HRZE)/4(HR)3.
- Paduan ini diberikan untuk pasien TB baru; 1) TB paru baru BTA positif. 2) Pasien TB paru BTA negatif foto toraks positif, 3) Pasien TB ekstra paru

Kategori -2 (2HRZES/ HRZE/ 5H3R3E3)

- Kategori 2 : Dua bulan pertama menggunakan regimen seperti kategori 1 dengan 4 obat, ditambah streptomisin (S). Lalu dilanjutkan dengan 1 bulan 4 obat (HRZE). Fase lanjutan selama 5 bulan menggunakan 2 obat INH dan Rifampisin saja. Dituliskan sebagai 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3.
- Disamping kedua kategori ini, disediakan paduan obat sisipan (HRZE). Sisipan diberikan selama 1 bulan.
- Paduan ini diberikan untuk pasien TB dengan pengobatan ulang termasuk diantaranya 1) Pasien kambuh; sputum BTA positif kembali setelah pernah sembuh, 2) Pasien gagal; sputum BTA tetap positif setelah pengobatan. 3) Pasien dengan pengobatan setelah putus berobat (default)
- Untuk evaluasi hasil pengobatan pemeriksaan BTA dahak dilakukan akhir dari fase intensif (bulan ke 2). Hasil positif di akhir bulan ke 2 menunjukkan tidak adanya konversi dalam pengobatan. Pemeriksaan pada bulan ke 5 dan bulan ke 6 menunjukkan berhasil atau gagaknya terapi.
- Evaluasi seperti point diatas demikian hanya dapat dilakukan pada penderita TB paru BTA positif. Untuk penderita TB paru BTA negatif dan extraparu, evaluasi hanya bisa dilakukan dengan dari pengurangan gejala klinis sejak 1-2 bulan pengobatan dan selanjutnya serta pengurangan lesi secara foto toraks setelah 6 bulan.

OAT Sisipan (HRZE)

- Paket sisipan adalah rejimen 4 obat sama seperti paduan paket untuk tahap intensif kategori 1 yang diberikan selama sebulan (28 hari).
- Diberikan pada keadaan dimana setelah 2 bulan pengobatan kategori 1 fase intensif diberikan, sputum BTA tetap positif.

OAT lapis kedua dan merujuk pasien MDR-TB

Penggunaan OAT lapis kedua misalnya golongan aminoglikosida (misalnya kanamisin) dan golongan kuinolon tidak dianjurkan diberikan kepada pasien TB baru tanpa indikasi yang jelas. OAT lapis kedua hanya diperkenankan diberikan di institusi yang dianggap mampu mengelola penderita pasien MDR-TB (kuman TB dengan resistensi obat ganda). Pasien diduga mempunyai MDR-TB jika datang dengan dahak BTA positif dan mempunyai riwayat sakit dan pernah mendapatkan pengobatan TB sebelumnya. Atau pasien yang menunjukkan BTA dahak terus menerus positif walau sedang menjalankan pengobatan.

Pada pemeriksaan dahak menggunakan Xpert Mtb/Rif atau kultur maka akan diperoleh hasil kuman positif disertai hasil Rifampisin resisten atau tidak. Bila dalam pemeriksaan ini diperoleh Rifampisin resisten, maka seharusnya pasien ini mendapatkan obat anti tuberculosis lapis kedua. Maka seyogyanya pasien ini dirujuk ke pusat pengelolaan MDR-TB yang ada daerah Lapas/Rutan tersebut.

Efek Samping obat

- Mual dan muntah, efek yang dapat muncul setiap minum obat dan kemudian akan berkurang dengan mengatur kapan waktu minum obat.
- Gatal-gatal, efek samping akibat Rifampisin dan Isoniazid. Efek ini dapat dikurangi dengan pemberian anti-histamin. Bila gatal-gatal timbul disertai kemerahan kulit, segera rujuk pasien pada pusat layanan lebih tinggi.
- Gagal hati, ditunjukkan dengan gejala mual yang tidak hilang, dan semakin berat. Mata kuning dan kencing berwarna kuning gelap. Bila ada gejala ini penderita harus segera dirujuk dan menghentikan pengobatan.

Hasil akhir pengobatan

Hasil akhir dari pengobatan ditentukan dengan klasifikasi sebagai berikut :

1. Sembuh; klasifikasi ini hanya untuk penderita TB paru dengan BTA dahak positif yang kemudian menjadi negatif diakhir pengobatan.
2. Lengkap; Selama dalam pengobatan menunjukkan perbaikan klinis (hilangnya gejala penyakit, pulihnya kondisi fisik) dan penderita telah minum obat secara lengkap 6 bulan (atau 8 bulan untuk kategori 2)
3. Default; Penderita berhenti minum obat sebelum paket pengobatan habis.
4. Gagal; BTA dalam dahak tetap atau kembali menjadi positif kembali setelah pengobatan lengkap 6 bulan (atau 8 bulan untuk kategori 2)
5. Transfer; Penderita belum menyelesaikan rejimen pengobatan dan pindah ke layanan kesehatan lain.
6. Meninggal; penderita meninggal selama menjalani program pengobatan TB.

Penanganan TB pada ODHA

Prinsip pengobatan TB pada ODHA sama dengan pengobatan TB standar, tidak dipengaruhi oleh status HIV. Namun, pengobatan TB harus didahulukan sebelum pengobatan ARV diberikan. Artinya, pengobatan TB harus diberikan segera. Sedangkan pengobatan ARV dimulai berdasarkan stadium klinis HIV atau hasil CD4 (lihat tabel 7 dan 8). Keputusan untuk memulai pengobatan ARV pada pasien dengan pengobatan TB sebaiknya dilakukan oleh dokter yang telah dilatih khusus untuk tatalaksana pasien TB-HIV. Kemungkinan besar rujukan diperlukan untuk mendapatkan keputusan ini.

Bila pasien ditemukan menderita TB saat sedang berada dalam pengobatan ARV sebaiknya pengobatan TB tidak dimulai di Lapas/Rutan tetapi pasien dirujuk ke UPK strata II (RS dengan dokter yang sudah terlatih TB-HIV) untuk diatur rencana pengobatan TB dengan pengobatan ARV (pengobatan bersama TB-HIV). Hal ini penting karena ada banyak kemungkinan masalah yang harus diperhitungkan, antara lain: interaksi obat (rifampisin dengan beberapa jenis obat ARV), gagal pengobatan ARV, aktifasi penyakit TB, IRIS (immune reconstitution inflammatory syndrome), atau obat ARV perlu diganti.

Tabel 11. Pengobatan TB paru pada ODHA tanpa ARV di Lapas/Rutan yang tidak tersedia fasilitas hitung CD4

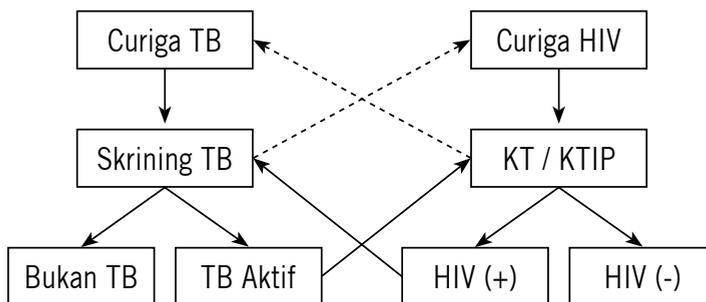
STATUS KLINIS PASIEN	TATALAKSANA PASIEN – KAPAN DIRUJUK
Hanya pasien TB Paru BTA Pos (Tdk ada tanda stadium klinis 3 atau 4 lainnya) dan berat badan pasien bertambah selama pengobatan	Mulai pengobatan TB. Setelah tahap awal selesai, stadium klinis HIV dinilai kembali untuk menentukan apakah pengobatan ARV perlu dimulai atau ditunda setelah pengobatan TB selesai.
Hanya pasien TB Paru BTA Neg (tdk ada tanda stadium klinis 3 atau 4 lainnya) dan berat badan pasien bertambah selama pengobatan	Sama seperti pada pasien TB paru BTA positif
Pasien TB paru (semua type) dan menunjukkan stadium klinis 3 atau 4 atau <i>thrush</i> , piomiositis, pneumonia yg berulang, diare yg menetap, demam yg berkepanjangan, atau berat badan menurun meskipun dalam pengobatan TB atau jika tidak ada perbaikan klinis	Mulai pengobatan TB. Rujuk segera ke dokter yg telah dilatih TB-HIV karena kemungkinan pengobatan ARV perlu segera dimulai.
TB Ekstraparu	Mulai pengobatan TB. Rujuk segera ke dokter yg telah dilatih TB-HIV karena kemungkinan ARV perlu segera dimulai.

Tabel 12. Pengobatan TB paru pada ODHA tanpa ARV di Lapas/Rutan yang tersedia fasilitas hitung CD4

CD4	TATALAKSANA PASIEN – KAPAN DIRUJUK
Jika CD4 > 350/mm ³	Mulai pengobatan TB. Tunda dulu pengobatan ARV; evaluasi kembali setelah selesai tahap awal dan pada waktu selesai pengobatan TB kecuali dijumpai tanda stadium klinis tingkat 4.
Jika CD4 antara 200-350/mm ³	Mulai pengobatan TB. Pada waktu pengobatan TB selesai tahap awal, rujuk ke dokter terlatih TB-HIV untuk rencana tambahan pengobatan ARV, kecuali dijumpai stadium klinis tingkat 3 atau 4 harus segera rujuk*).
Jika CD4 < 200/mm ³	Mulai pengobatan TB. Rujuk segera ke dokter yg terlatih TB-HIV untuk rencana tambahan pengobatan ARV, mungkin pengobatan ARV perlu segera dimulai setelah pasien stabil (sudah toleransi) dengan pengobatan TB nya (antara 2 minggu sampai 2 bulan).

Kolaborasi TB-HIV

Pendekatan kolaborasi TB dan HIV merekomendasikan untuk kita melakukan test VCT/ PITC pada penderita tersangka TB sedini mungkin. Demikian pula melakukan skrining gejala dan pemeriksaan kearah TB pada penderita yang diduga atau sedang menjalankan pemeriksaan untuk HIV.



Gambar 14. Kolaborasi TB dan HIV di Lapas / Rutan

G. PENGELOLAAN INFEKSI OPORTUNISTIK LAIN

Pneumocystis Pneumonia (PCP)

Gejala klinis : batuk kering, sesak napas ringan sampai berat, demam hilang timbul, keringat malam, tidak disertai mengi atau asma. Gambaran rontgen sering berbeda dengan penampilan klinis penderita yang tampak sesak. Profilaksis (baca bagian profilaksis)

Tabel 13. Derajat PCP dan penatalaksanaannya

DERAJAT	KRITERIA	TERAPI
Berat	Sesak napas pada waktu istirahat atau PaO ₂ < 50 mmHg dalam udara kamar	Rawat inap, O ₂ atau ventilator Kotrimoksazol (TMP-SMX) IV atau 15mg TMP/kgBB dan 75mg SMX/kgBB/hari PO dalam 3 dosis, selama 21 hari
Sedang	Sesak napas pada latihan ringan, PaO ₂ 50-70mmHg	Pertimbangkan rawat inap TMP-SMX 480 2 tab 3 kali per hari, selama 21 hari
Ringan	Sesak napas pada latihan sedang, PaO ₂ 70 mmHg	TMP-SMX 480mg 2 tab 3 kali per hari, selama 14-21 hari

Kandidiasis Oral

Gejala klinis : 1) Pseudomembran (trush), ditandai plak pada mukosa orofaring, permukaan lidah dan bukal, 2) Eritematous merupakan bentuk yang atipikal, di palatum dan permukaan lidah, 3) Angularis cheilitis pada sudut mulut.

Pengobatan :

- Klotrimazol 5 x 1 tablet troche (10mg/tablet)
- Nistatin sediaan suspensi dosis 4 x 500.000 IU, 100.000 IU/ml
- Gentian violet 1% 2x/hari selama 1 minggu
- Terapi sistemik : Flukonazol 200 mg/hari hingga gejala membaik sekitar 14 hari
- Itrakonazol 2x100mg, dapat dinaikkan menjadi 400mg/hari selama 10-14 hari
- Ketokonazol 200-400 mg/hari

Pengobatan harus diteruskan minimal 48 jam setelah keluhan berkurang.

Diare

Diare yang terjadi dapat akut maupun kronis. Diare akut antara lain disebabkan oleh infeksi mikroba : Salmonella, Shigella, Campylobacter, E coli, Amoeba, Giardia. Keluhan diare dapat bercampur lendir dan darah, demam, mual, muntah dan nyeri perut. Diare kronis disebabkan antara lain Mycobacterium avium compleks (MAC), Mycobacterium tuberculosis (MTB), CMV.

Penatalaksanaan umum diare ini sama dengan penderita diare non HIV yaitu dengan mengatasi hidrasi dan memberikan antibiotika yang sesuai bila disebabkan oleh patogen.

Herpes zoster

Pada stadium awal HIV gejala klinik herpes ini tidak terlalu berat. Pada stadium lanjut umumnya gejala lebih berat dan distribusi lesi lebih luas , dapat timbul komplikasi antara lain pneumoni dan ensefalitis.

Pengobatan herpes dan varicela tanpa komplikasi diberikan Asiklovir 800 mg 5 kali sehari.

Infeksi Susunan Saraf pada HIV

Kejang seringkali menjadi tanda awal yang menunjukkan kelainan SSP yang disebabkan oleh infeksi HIV. Biasa disebabkan oleh kelainan fokal (massa) dalam jaringan otak atau gangguan metabolik penyerta.

Lesi desak ruang. Lesi tunggal yang paling sering didapatkan pada ODHA adalah toksoplasmosis, selain itu juga abses otak, kriptokoma, tuberkuloma.

Toksoplasmosis Cerebri. Penyakit yang disebabkan oleh infeksi parasit *Toxoplasma gondii*. Gejala yang paling sering ditemukan : nyeri kepala, demam, perubahan tingkah laku, delirium, kejang. Pengobatan menggunakan Sulphadiazine, pirimetamin, klindamisin.

Meningitis tuberkulosis (MTB). Meningitis TB merupakan komplikasi TB paru yang paling berat. Pengobatan MTB adalah sama dengan pengobatan TB ekstraparu yang berat.

Meningitis kriptokokus. Meningitis yang disebabkan oleh *Cryptococcus neoformans*. Jamur ini hidup pada kotoran burung dan menempel pada kulit kayu. Gejala tersering nyeri kepala (sering merupakan satu-satunya gejala), meningismus, demam, gejala neurologi fokal, dan gangguan kesadaran. Pengobatan menggunakan amfoterisin B dan dilanjutkan dengan flukonazol.

Pemberian Profilaksis

Profilaksis bagi penderita HIV tersedia untuk pencegahan penyakit akibat infeksi oportunistik oleh TB, PCP, Kriptokokus. Jenisnya digolongkan menjadi 2 (dua), Profilaksis primer, bagi yang belum mendapatkan IO dan Profilaksis sekunder, bagi yang sudah sembuh dari IO, sehingga untuk mencegah kekambuhan. Obat untuk profilaksis tersebut adalah :

- Profilaksis INH untuk mencegah TB (belum diberikan sebagai standar di Indonesia)
- Profilaksis flukonazol untuk mencegah Meningitis Kriptokokus (belum diberikan sebagai standar di Indonesia)
- Profilaksis Kotrimoksazol untuk mencegah PCP (Pneumocystitis Pneumonia), Toksoplasmosis, Diare Kronis, dan malaria.

Syarat pemberian profilaksis kotrimoksazol:

- CD 4 < 200 sel/ml
- Stadium klinis 3 atau 4 (tanpa melihat CD4)
- Dosis standar 1 x 960 mg
- Diberikan hingga CD4 > 200 sel /ml selama lebih dari 6 bulan
- Atau diberikan hingga 1 – 2 tahun pemakaian ARV (bila CD4 tidak diperiksa)

H. PROGRAM TERAPI RUMATAN METADON (PTRM)

Pengertian

Metadon adalah suatu zat yang secara kimiawi termasuk dalam golongan opioid sama halnya dengan heroin ataupun morfin.

Metadon berfungsi menekan susunan saraf pusat dan mempunyai efek penghilang rasa sakit yang kuat. Walaupun segolongan dan bekerja dengan cara yang sama tetapi metadon memiliki beberapa perbedaan dengan morfin atau heroin dimana metadon mudah dicerna secara oral (diminum) berbeda dengan golongan opioid lain yang tidak memiliki sifat itu sehingga harus digunakan dengan cara disuntikkan untuk mendapatkan efek yang diinginkan.

Tujuan

Tujuan dari Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) ini adalah mengganti penggunaan zat seperti heroin atau morfin dengan metadon.

Tujuan jangka panjang

- Mengurangi risiko tertular atau menularkan HIV- AIDS serta penyakit lain yang ditularkan melalui darah
- Memperkecil risiko overdosis dan penyakit kesehatan lain.
- Mengalihkan dari zat yang disuntik menjadi zat yang tidak disuntikkan.
- Mengurangi penggunaan Narkoba yang berisiko. Misalnya : memakai peralatan suntik bergantian
- Meningkatkan kualitas hidup klien karena bisa lebih aktif dalam kehidupan sehari-harinya.
- Mengurangi tindak kriminal

Sasaran

Terapi substitusi terutama ditujukan kepada pasien ketergantungan opioida. Sasaran terapi mengurangi perilaku kriminal, mencegah penularan HIV/ AIDS, mempertahankan hidup yang produktif dan menghentikan kebiasaan penggunaan rutin Narkoba khususnya opioida.

Kegiatan layanan Metadon

Tahap Penapisan

Tahapan penentuan apakah seseorang klien bisa atau tidak masuk dalam PTRM. Terdapat beberapa kriteria inklusi dan eksklusi diantaranya adalah:

Kriteria inklusi (kriteria yang harus dipenuhi):

- Memenuhi criteria ketergantungan opioda (heroin) sesuai DSM-IV
- Usia 18 tahun atau lebih
- Penasun dengan status HIV positif maupun negatif
- Penggunaan jarum suntik yang kronis: penggunaan minimum 1 tahun, keparahan ketergantungan yang dinilai dengan toleransinya terhadap heroin dan telah mengalami kegagalan yang berulang kali dengan modalitas terapi lain.
- Penasun yang mengalami kekambuhan massif dan kemungkinan adanya risiko tinggi bila tidak mengikuti program terapi rumatan methadone.
- Usia dibawah 18 tahun dengan kondisi khusus dan dinilai perlu mendapatkan terapi rumatan dapat mengikuti program ini.

Kriteria Eksklusi (kriteria yang tidak dapat mengikuti PTRM) diantaranya:

- Pasien yang mengalami gangguan fisik berat
- Pasien dengan gangguan jiwa berat karena ketidakmampuannya untuk menandatangani *inform consent*
- Retardasi mental
- Dan pasien yang sedang mengalami overdosis atau intosikasi

Pemberian konseling terutama konseling tentang adiksi, kepatuhan mengikuti program ini, membangun komitmen, informasi mengenai metadon mulai dari manfaat sampai efek samping, dan membuat rencana perawatan. Tahap Terapi

Pemberian dosis Metadon

Dalam pengelolaan pasien dengan adiksi yang memerlukan terapi rumatan metadon, terdapat tahapan-tahapan pengelolaannya. ke 4 tahapan tersebut adalah sebagai berikut:

- Pemberian dosis awal : pada fase ini, dosis diberikan sangat rendah yaitu 15-30mg/hari
- Stabilisasi : dosis dinaikkan bertahap 5-10 mg setiap 3-5 hari sampai mencapai dosis rumatan

- Rumatan : pada tahap ini dengan dosis hariannya, klien telah merasa stabil baik secara emosional, pekerjaan dan kehidupan sosial. Rata-rata dosis rumatan bervariasi antara 60-120 mg per harinya tetapi sangat bervariasi pada masing-masing individu. Fase rumatan tersebut dapat berlangsung selama bertahun-tahun hingga klien merasa benar-benar stabil.
- Reduksi : Fase penghentian metadon atau fase reduksi juga dilakukan secara bertahap. Tahap penghentian dapat dimulai apabila klien telah dalam keadaan stabil, minimal 6 bulan dalam keadaan bebas heroin, dan pasien dalam keadaan stabil untuk bekerja dan dalam lingkungannya. Penurunan dosis maksimal sebanyak 10 % dan penurunan dosis yang direkomendasikan adalah setiap 2 minggu

Monitoring

Dalam menjalani terapi klien dipantau kesehatannya dan diberikan konseling secara berkala.

Monitoring meliputi keadaan fisik, emosional, sosial dan efek samping

I. INFEKSI MENULAR SEKSUAL

Pengertian

Penyakit akibat infeksi menular seksual (IMS) saat ini menjadi semakin penting karena insidensinya tampak semakin tinggi. Walau terbatas pada daerah seksual, penyakit ini dapat menular dari ibu ke anak atau mengakibatkan penyakit keganasan yang menahun. Oleh karena itu, penyakit ini juga memberikan beban yang cukup besar pada komunitas. Dinamika transmisi IMS telah semakin banyak diketahui sebagai dampak pandemi HIV. Keterkaitan antara HIV dan IMS sangat erat, karena IMS mengindikasikan adanya perilaku yang berisiko HIV dan penyakit IMS ini sendiri akan memudahkan penularan HIV berkali lipat. Oleh karena itu sebaiknya, adanya penyakit IMS perlu segera diketahui pada WBP /tahanan untuk penatalaksanaan yang lebih terpadu dengan pengendalian HIV. Keterangan yang lebih lengkap mengenai pedoman ini dapat dilihat di Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual 2011

Tujuan Program pengendalian IMS

- Mengurangi morbiditas dan mortalitas berkaitan dengan IMS. IMS menimbulkan beban morbiditas dan mortalitas yang secara langsung maupun tidak langsung berdampak pada kualitas hidup, kesehatan reproduksi dan anak-anak.
- Mencegah infeksi HIV. Keberadaan IMS dengan bentuk inflamasi atau ulserasi akan meningkatkan risiko transmisi seksual infeksi HIV. Mencegah dan mengobati IMS dapat mengurangi risiko penularan HIV melalui hubungan seks.
- Mencegah komplikasi serius pada kaum perempuan. IMS merupakan penyebab kemandulan yang paling dapat dicegah dan diobati, terutama pada perempuan.
- Mencegah efek kehamilan yang buruk. IMS yang tidak diobati seringkali dihubungkan dengan infeksi kongenital atau perinatal pada neonatus.

Kegiatan pengelolaan kasus IMS

Komponen penanganan kasus IMS harus dilakukan secara paripurna meliputi

- anamnesis tentang riwayat infeksi/ penyakit
- pemeriksaan fisik dan pengambilan spesimen/bahan pemeriksaan
- diagnosis yang tepat
- pengobatan yang efektif
- edukasi yang berkaitan dengan perilaku seksual
- penyediaan dan anjuran untuk menggunakan kondom
- penatalaksanaan mitra seksual
- pencatatan dan pelaporan kasus dan
- tindak lanjut klinis secara tepat

Terlebih lagi untuk tujuan pengendalian HIV dan mencegah penularan HIV ke pasangan dan anak. Semua pasien dengan kasus IMS perlu dianjurkan pemeriksaan HIV dengan cara KTIP. Adanya pasien datang dengan IMS perlu dianggap sebagai oportunitas untuk melakukan skrining HIV.

Anamnesis

Ada beberapa pertanyaan, dimana pasien akan dianggap berperilaku berisiko tinggi bila terdapat jawaban “ya” untuk satu atau lebih pertanyaan di bawah ini:

- Pasangan seksual > 1 dalam 1 bulan terakhir
- Berhubungan seksual dengan penaja seks dalam 1 bulan terakhir
- Mengalami 1 atau lebih episode IMS dalam 1 bulan terakhir
- Perilaku pasangan seksual berisiko tinggi.

Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik terutama dilakukan pada daerah genitalia dan sekitarnya. Dalam pelaksanaan sebaiknya pemeriksa didampingi oleh tenaga kesehatan lain. Bila pasien wanita, sebaiknya pemeriksa di dampingi tenaga perawat wanita, bila pasien pria, pemeriksa dapat didampingi oleh perawat pria atau wanita. Gunakan kewaspadaan standar terhadap semua pasien dan perhatikan tata kesopanan sesuai pemeriksaan medis. Pemeriksaan organ genitalia merupakan pemeriksaan yang sangat sensitif. Beri penjelasan lebih dulu kepada pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan:

- Pada saat melakukan pemeriksaan fisik genitalia dan sekitarnya, pemeriksa harus selalu menggunakan sarung tangan. Jangan lupa mencuci tangan sebelum dan sesudah memeriksa.
- Pasien harus membuka pakaian dalamnya agar dapat dilakukan pemeriksaan genitalia (pada keadaan tertentu, kadang-kadang pasien harus membuka seluruh pakaiannya secara bertahap).
- Pasien perempuan diperiksa dengan berbaring dengan posisi litotomi di meja ginekologik.
- Pasien laki-laki dapat diperiksa dengan posisi duduk atau berdiri.
- Lakukan inspeksi dan palpasi pada daerah genitalia, perineum, anus dan sekitarnya.
- Jangan lupa memeriksa daerah inguinal untuk mengetahui pembesaran kelenjar getah bening setempat (regional)
- Bilamana tersedia fasilitas laboratorium, sekaligus dilakukan pengambilan bahan pemeriksaan. Untuk lebih jelasnya lihat pedoman nasional tatalaksana IMS
- Pada pasien pria dengan gejala duh tubuh genitalia disarankan untuk tidak berkemih selama 1 jam (3 jam lebih baik), sebelum pemeriksaan.

Diagnosis dan pengobatan IMS

Sarana pelayanan kesehatan yang tidak memiliki fasilitas laboratorium dapat mendiagnosis IMS ini secara pendekatan sindrom. Pendekatan sindrom adalah pengobatan secara empiris berdasarkan kemungkinan patogen yang ada sesuai dengan gejala dan tanda yang tampak pada penderita. Bagi sarana pelayanan kesehatan yang memiliki fasilitas pemeriksaan mikroskop akan dapat mengetahui etiologi IMS secara lebih spesifik dan memberikan pengobatan lebih terarah. (ref: Buku pedoman pengobatan IMS 2011)

Duh Tubuh Uretra

Duh tubuh uretra adalah penyakit yang ditandai dengan adanya sekret abnormal pada muara penis pasien laki-laki. Kondisi ini sering juga disertai dengan perasaan nyeri pada muara penis saat berkemih.

- Pasien laki-laki biasa datang dengan keluhan duh tubuh (sekret atau nanah) atau nyeri pada saat kencing.
- Bila tidak tampak duh tubuh, bisa dilakukan pemijatan penis (milking) dari pangkat penis hingga ke muara urethra. Bila belum terlihat dianjurkan untuk datang kembali dalam keadaan tidak kencing sekurang-kurangnya 3 jam.
- Bila di klinik tidak terdapat mikroskop, gunakan bagan pendekatan sindrom
- Bila terdapat mikroskop maka kuman penyebab (n. Gonorrhoeae) dapat ditemukan. Selanjutnya dapat digunakan bagan alur dimana pengobatannya diberikan secara spesifik pada kuman penyebab ini.
- Penyebab utama duh tubuh uretra adalah *Neisseria gonorrhoeae* dan *Chlamydia trachomatis*, duh tubuh persisten oleh *Trichomonas vaginalis*
- Pengobatan duh tubuh uretra ditujukan untuk membunuh kedua kuman tersering di atas.
- Pengobatan sindromik menggunakan antibiotik dosis tunggal antara lain sefiksim, levofloksasin, kanamisin IM, tiamfenikol, seftriakson, atau doksiklin, eritromisin selama 7 hari.

Ulkus Genitalis

Ulkus genitalis adalah penyakit yang ditandai dengan adanya luka / ulkus di kemaluan, baik pada laki-laki maupun wanita. Bentuk dan morfologi ulkus dapat menunjukkan kemungkinan penyebab dari ulkus yang menunjukkan pengobatan apa yang harus diberikan.

- Ulkus genitalis sering muncul bersamaan dengan infeksi HIV, yang menyebabkan manifestasi klinis berbagai ulkus tersebut menjadi tidak spesifik.
- Infeksi HIV yang bersamaan dengan ulkus genitalis juga dapat mengakibatkan kegagalan pengobatan. Sebagai contoh adalah bila pengobatan dilakukan pada penderita HIV dengan sifilis fase awal, chancroid, atau herpes simpleks.
- Perhatikanlah bentuk ulkus dan tanda peradangan sekitarnya. Deskripsi ini dapat menunjukkan kepada kita, penyebab ulkus yang dihadapi (lihat buku pedoman IMS).
- Pengobatan ulkus genitalis tergantung etiologi; Sifilis gunakan penisilin, Herpes harus diobati dengan asiklovir dsb.

Bubo Inguinalis

Bubo inguinalis dan femoralis adalah pembesaran kelenjar getah bening setempat di daerah pangkal paha disertai rasa sangat nyeri, dan fluktuasi kelenjar.

- Keadaan ini sering disebabkan oleh limfogranuloma venereum (LGV) dan chancroid.
- Meskipun chancroid erat hubungannya dengan ulkus genital, namun dapat menyebabkan pembesaran kelenjar getah bening.
- Pengobatan Chancroid menggunakan siprofloksasin, eritromisin, azitromisin, seftriakson
- Pengobatan LGV menggunakan Doksisisiklin, eritromisin, azitromisin, dan tetrasiklin.

Pembengkakan Skrotum

Pembengkakan scrotum adalah penyakit yang ditimbulkan oleh infeksi mikroba masuk kedalam saluran saluran epididimis, dan mengakibatkan nyeri di skrotum dan sekitar saluran tersebut.

- Radang saluran epididimis biasanya menimbulkan rasa nyeri pada testis yang bersifat akut, unilateral, dan sering terasa nyeri pada palpasi epididimis dan vas deferens. Tampak pula edema dan kemerahan pada kulit di atasnya.
- Bila terjadi radang epididimis disertai duh tubuh uretra, maka hampir dapat dipastikan bahwa penyebabnya adalah IMS, yang umumnya berupa gonore dan atau klamidiosis. Testis yang terletak berdekatan sering juga menunjukkan radang (orkitis), bila terjadi bersamaan disebut sebagai epididimo-orkitis.
- Pengobatan karena gonokokus : sefiksime, levofloksasin, kanamisin, tiamfenikol atau seftriakson
- Pengobatan karena klamidiosis : azitromisin, doksisisiklin, atau eritromisin.

Duh Tubuh Vagina

Duh tubuh vagina adalah penyakit yang ditandai dengan adanya sekret atau cairan yang abnormal keluar dari vagina. Penyakit ini bisa disebabkan oleh infeksi dan radang pada vagina (vaginitis) atau pada serviks (servisititis).

- Radang vagina sering disebabkan oleh Trikomoniasis, kandidiasis dan vaginosis bakterial.
- Radang pada serviks sering disebabkan oleh Niseria gonorrhoeae atau Chlamidia trachomatis.

- Deteksi infeksi serviks berdasarkan gejala klinis sulit dilakukan, karena sebagian besar wanita dengan servicitis tidak merasakan keluhan atau gejala (asimtomatis).
- Duh tubuh vagina abnormal merupakan petunjuk kuat untuk infeksi vagina, namun merupakan petanda lemah untuk infeksi serviks.
- Disamping pengobatan untuk Gonorea, pengobatan berdasarkan sindrom pada duh tubuh vagina harus mencakup juga pengobatan terhadap trikomoniasis dan vaginosis bakterial.

Nyeri Perut Bagian Bawah

Keluhan nyeri perut bagian bawah dapat terjadi pada wanita yang mengalami salpingitis dan atau endometritis atau penyakit radang panggul (PRP). Penyakit radang panggul khususnya adalah infeksi yang berat didalam panggul wanita dan dapat mengancam jiwa. Gejala yang mengarah kepada PRP antara lain berupa nyeri perut, nyeri pada saat bersanggama (dispareunia), duh tubuh vagina, menometroragia, disuria, nyeri yang berhubungan dengan menstruasi, demam, dan kadang-kadang disertai dengan mual dan muntah. Pasien dengan PRP dianjurkan untuk dirawat inap untuk menjalani proses diagnostik dan pengobatan yang lebih baik. Rawat ini perlu sangat dipertimbangkan bila:

- Duh tubuh vagina abnormal merupakan petunjuk kuat untuk infeksi vagina, namun merupakan petanda lemah untuk infeksi serviks. dengan alasan diagnosis tidak dapat dipastikan,
- Indikasi bedah darurat,
- Ada dugaan abses pada rongga panggul,
- Terdapat kemungkinan akan lebih parah bila rawat jalan,
- Pasien sedang hamil,
- Kepatuhan berobat kurang baik, besar kemungkinan kegagalan pengobatan bila rawat jalan.

Kuman penyebab PRP meliputi *N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis*, dan bakteri anaerob, *Bacteroides* spesies, kokus Gram positif, Gram negatif dan *Mycoplasma hominis*. Secara klinis penyebab tersebut sulit dibedakan, dan pemeriksaan mikroskopik juga sulit dilakukan. Pengobatan yang diberikan harus efektif dan memiliki spektrum yang luas terhadap semua kuman penyebab tersebut.

Konjungtivitis Neonatorum

Bayi yang lahir dari WBP/tahanan wanita perlu mendapat pengamatan seksama untuk kemungkinan adanya penularan IMS kepadanya. Konjungtivitis neonatorum adalah salah satu penyakit IMS yang dapat mengenai bayi. Penyakit ini perlu segera di tangani karena dapat berakhir pada kebutaan bayi.

- Bayi dengan penyakit ini biasanya baru lahir dengan gejala kemerahan pada mata, pembengkakan kelopak mata atau mata lengket, atau disebabkan keluarnya duh tubuh dari mata.
- Penyebab utamanya adalah *N. gonorrhoeae* dan *C. Trachomatis*. Penyebab lainnya *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus* spesies dan *Pseudomonas* spesies. Manifestasi dan komplikasi akibat infeksi gonokokus dan klamidiosis memberikan gambaran mirip.
- Pengobatan harus mencakup kedua mikroorganisme penyebab tersebut, untuk gonore diberikan dengan dosis tunggal dan untuk klamidiosis diberikan dosis terbagi.

Tonjolan atau vegetasi pada genitalia

Kutil adalah tonjolan berupa tumor atau pertumbuhan keatas permukaan kulit yang abnormal. Tumor ini biasanya tidak nyeri, dan tidak menimbulkan komplikasi yang serius, kecuali bila menyebabkan obstruksi.

- Kutil ini disebabkan oleh infeksi Human papillomavirus (HPV) pada jaringan kulit yang biasanya menular secara seksual. Adanya kutil yang tumbuh berlebihan dapat mengindikasikan penderita HIV. Karena daya tahan tubuh yang kurang untuk membatasi tumbuhnya kutil.
- Pengobatan dengan cara eksisi sering tidak memuaskan karena tidak menghilangkan infeksi.
- Pengobatan secara kimiawi atau fisik dapat menghilangkan lesi dengan baik sehingga tidak ada skar.
- Pengobatan kutil menggunakan podofilin (podofilotoksin) atau trichloroacetic acid (TCA) untuk daerah genitalia eksterna dan perianal.
- Bila ada alat dan bahan, bisa juga dilakukan krioterapi dengan nitrogen cair bila sarana dan prasarana memungkinkan.

Proktitis akibat IMS

Proktitis adalah penyakit yang disebabkan oleh radang di daerah rektum. Penyakit ini dapat disebabkan oleh infeksi dan bukan infeksi. Penyakit infeksi pada proktitis umumnya ditularkan melalui hubungan seks melalui anus tanpa pelindung kepada pasangan seks yang bersifat reseptif.

- Radang vagina sering disebabkan oleh Trikomoniasis, kandidiasis dan vaginosis bakterial.
- Keluhan yang timbul pada proktitis akibat IMS dapat menyerupai keadaan lain disekitar itu sehingga menyulitkan diagnosis. Sehingga bila ada keluhan apapun perlu dilakukan pemeriksaan kearan ini
- Pasien paling sering mengeluh mengenai rasa ingin buang air besar yang timbul terus menerus atau berulang kali, nyeri daerah anorektum atau rasa tidak nyaman.
- Pasien dapat juga mengeluhkan adanya duh tubuh anus purulen, mukoid, atau disertai darah, tenesmus, perdarahan dari anus, dan konstipasi. Kadang-kadang dapat disertai demam.
- Mikroorganisme penyebab proktitis IMS antara lain Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Treponema pallidum dan herpes simplex virus (HSV) Prinsip pengobatan sama dengan pengobatan untuk mikroorganisme yang sejenis pada IMS lainnya.

BAB VII.

LAYANAN RUJUKAN

A. PENGERTIAN

Layanan rujukan dalam layanan komprehensif HIV AIDS dan IMS sangat dibutuhkan mengingat tidak semua penanganan HIV AIDS dan IMS dapat dilakukan di dalam Lapas/Rutan dan ditangani oleh dokter umum. Kerjasama dengan penyedia layanan kesehatan yang lebih tinggi menentukan keberhasilan layanan rujukan. Kasus penolakan pasien dari Lapas/Rutan dengan kasus HIV AIDS oleh rumah sakit, kerap terjadi karena masalah pembiayaan dan kurangnya ketersediaan layanan di rumah sakit yang dituju.

Sebelum melakukan rujukan, sebaiknya ada koordinasi dari petugas kesehatan ke tempat yang akan dituju dan koordinasi dalam Lapas untuk memudahkan proses rujukan. Ada beberapa pihak yang terkait dalam layanan rujukan diantaranya sebagai berikut:

B. PERAN PETUGAS DALAM RUJUKAN

Dokter/ Perawat Lapas/Rutan

- Memeriksa WBP/ tahanan yang sakit.
- Membuat surat keterangan kondisi kesehatan pasien untuk berobat lanjutan ke rumah sakit Rujukan, bila pasien tidak dapat ditangani dalam Lapas/Rutan.
- Menyampaikan hasil pemeriksaan tersebut kepada unit pembinaan.
- Meminta surat keterangan medis dari rumah sakit rujukan tentang kondisi penyakit dan pengobatan pasien

Pembinaan

- Menerima hasil pemeriksaan dokter dan mencatat dalam buku Register G.
- Melaporkan kepada KaLapas/KaRutan tentang adanya WBP/tahanan yang sakit dan memerlukan pengobatan lanjutan.
- Membuat surat pemberitahuan kepada pihak keluarga WBP/tahanan yang sakit
- Mengadakan koordinasi dengan Kepala Administrasi Keamanan dan Ketertiban (Kamtib) untuk dibuatkan surat perintah pengawalan.

KaLapas/KaRutan

- Menerima dan mempelajari laporan hasil pemeriksaan dokter.
- Memerintahkan kepada Kepala Administrasi Keamanan dan Ketertiban (Kamtib) untuk dibuatkan surat perintah pengeluaran dan pengawalan.
- Menerima laporan hasil pelaksanaan WBP/tahanan yang berobat ke rumah sakit rujukan.

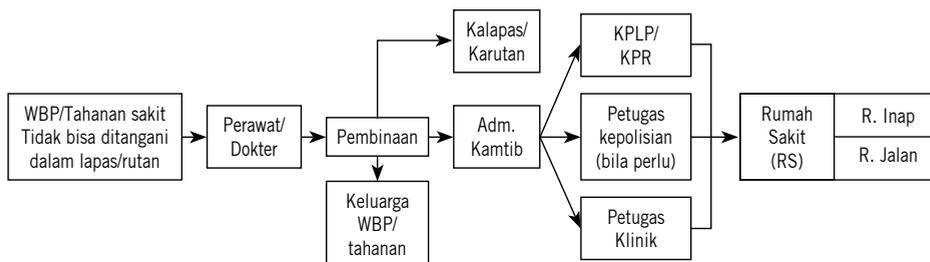
Administrasi dan Keamanan dan Ketertiban (Kamtib)

- Membuat surat perintah pengawalan bagi petugas yang akan melakukan pengawalan.
- Membuat surat pengeluaran WBP/tahanan yang akan berobat keluar Lapas.
- Melakukan koordinasi dengan Kepala Pembinaan.
- Menyerahkan surat perintah pengawalan dan pengeluaran WBP/tahanan kepada Kepala KPLP/KPR.

Kesatuan Pengamanan Lapas/Rutan (KPLP/KPR)

- Menerima surat perintah pengawalan dan pengeluaran WBP/tahanan dari Kepala Administrasi Kamtib.
- Meneliti dan mencocokkan WBP/tahanan yang akan berobat ke RS di luar Lapas.
- Menyerahkan WBP/tahanan yang akan berobat tersebut kepada Petugas Pengawal.
- Melaporkan hasil pelaksanaan WBP/tahanan yang berobat ke RS di luar Lapas/Rutan kepada KaLapas/KaRutan.

C. ALUR PENGELOLAAN RUJUKAN LAYANAN KESEHATAN



Gambar 15. Alur rujukan untuk layanan kesehatan ke luar Lapas/Rutan

BAB VIII.

LAYANAN PENCEGAHAN PENULARAN PENYAKIT

A. KOMUNIKASI, INFORMASI, DAN EDUKASI (KIE)^{17,15}

Pengertian

KIE dalam layanan komprehensif HIV AIDS dan IMS adalah media dan pendekatan pelaksanaan layanan pendidikan dan informasi bagi WBP/tahanan terkait dengan usaha pencegahan penularan HIV dan infeksi oportunistik, peredaran gelap dan penyalahgunaan Narkoba di dalam UPT Pemasyarakatan¹⁷. KIE harus diintegrasikan ke dalam pola pembinaan pemasyarakatan agar dapat berjalan secara berkesinambungan sejalan dengan program pemasyarakatan lainnya¹⁷.

Tujuan & ruang lingkup

- Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap, agar WBP/ tahanan dapat menerapkan pola hidup sehat dan memiliki risiko yang rendah terhadap penularan HIV, TB, IMS, infeksi oportunistik, dan penyalahgunaan Narkoba (perubahan perilaku)¹⁷.
- KIE menyediakan dan memberikan informasi yang benar dan tepat guna. KIE bisa diartikan dengan pendidikan kesehatan.

KIE di Lapas/Rutan

Pelaksana KIE di Lapas/ Rutan adalah :

- Staf pembinaan
- Konselor
- Tenaga medis (dokter)
- Perawat
- Pendidik sebaya/ kader kesehatan

Kegiatan pendidikan kesehatan bagi warga binaan dapat berupa:

- Penyuluhan kelompok
- Konseling individu
- Melalui pendidik sebaya/ kader kesehatan
- Melalui media (video, leaflet, booklet, banner, spanduk, dll)

Upaya yang dapat dilakukan agar program KIE dapat berjalan komprehensif dan berkesinambungan adalah sebagai berikut:

- Tatalaksana KIE tentang HIV, TB, IMS, dan penyalahgunaan narkoba diintegrasikan ke dalam sistem masyarakat melalui pola pembinaan;
- Penguatan kapasitas petugas UPT Masyarakat melalui pelatihan-pelatihan.
- Pengorganisasian dan mobilisasi sumberdaya untuk pelaksanaan KIE oleh bagian pembinaan, dapat pula bekerjasama dengan pemangku kepentingan lainnya seperti Puskesmas, DinKes, LSM.
- Peningkatan partisipasi WBP/tahanan melalui pendekatan pendidik sebaya/ kader kesehatan atau model lain yang sudah berjalan dan dinilai efektif.
- Penyediaan materi KIE untuk mendukung efektifitas pelaksanaan KIE.
- Bimbingan teknis bagi UPT Masyarakat oleh Kanwil Depkumham dan Ditjenpas. Hal ini dapat dilakukan dengan memperkuat kerjasama dengan sektor terkait baik pemerintah maupun LSM, serta media massa di masing-masing wilayah UPT Masyarakat.

Contoh media pendidikan kesehatan yang dapat dipergunakan untuk penyuluhan di Lapas/Rutan :

- Objek nyata; Contoh: menggunakan dildo untuk penyuluhan cara memasang kondom yang benar.
- Bahan bacaan; Brosur, booklet, leaflet, dan poster.
- Alat bantu pandangan dan dengar (video, theater); Apabila kegiatan penyuluhan kelompok dapat menggunakan video, slide, dan lainnya agar pesan penyuluhan yang disampaikan lebih menarik.
- Bahan praktek; Yaitu media yang dapat digunakan sebagai bahan praktek, misal untuk praktek bleaching atau suci hama.

B. KEWASPADAAN STANDAR

Pengertian

Kewaspadaan standar adalah kegiatan sederhana yang efektif yang dirancang untuk melindungi petugas kesehatan dan pasien dari infeksi berbagai patogen, termasuk patogen yang ditularkan melalui darah. Kegiatan ini dilakukan ketika merawat semua pasien tanpa mengetahui diagnosis, mereka diperlakukan sama.^{26,27}

²⁶ WHO. (2003). Health care worker safety

²⁷ Direktorat Pengawasan Kesehatan kerja, Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi. (2005). Pedoman bersama ILO/WHO tentang pelayanan kesehatan dan HIV/AIDS

Dengan mengetahui mana saja orang yang terinfeksi tidak dapat mencegah terjadinya pajanan darah. Sehingga keputusan untuk melakukan tindakan pencegahan dengan kewaspadaan standar berdasarkan pada sifat prosedur, dan bukan pada status seseorang. Kewaspadaan standar tidak hanya berlaku bagi petugas kesehatan, tetapi juga berlaku bagi petugas yang beresiko terpapar penyakit menular.

Tujuan

Tujuan dari kewaspadaan standar yang dilaksanakan di Lapas/Rutan adalah:

- Mengendalikan infeksi secara konsisten.
- Menurunkan risiko penularan patogen melalui darah dan cairan tubuh lain dari sumber yang diketahui maupun yang tidak diketahui²⁸.
- Mengurangi resiko penularan penyakit bagi petugas kesehatan, petugas Lapas/Rutan lainnya, dan WBP/tahanan

Implementasi Kewaspadaan Standar di Lapas/Rutan

Di Lapas/Rutan, tidak hanya petugas kesehatan saja yang mempunyai risiko penularan penyakit terkait HIV, tetapi juga petugas lainnya (e.g.petugas pembinaan, petugas pengamanan). Ada beberapa kasus dilaporkan petugas keamanan mengalami kecelakaan kerja (tertusuk jarum suntik saat pengeledahan) dalam menjalankan tugasnya, hal tersebut terjadi karena petugas belum tahu dan memahami akan kewaspadaan standar.

Rekomendasi kewaspadaan standar meliputi:

- 1) Kebersihan tangan dengan mencuci tangan dengan benar
- 2) Penggunaan sarung tangan digunakan setiap kegiatan yang berisiko terpapar hal-hal yang infeksius
- 3) Pelindung wajah (mata, hidung, dan mulut) bila berisiko terkena percikan darah atau cairan tubuh.
- 4) Gaun pelindung untuk proteksi kulit dan pakaian
- 5) Pencegahan luka tusukan jarum dan benda tajam lainnya. Berhati-hati terhadap penanganan jarum suntik dan benda tajam lainnya dan mencegah menutup kembali jarum yang sudah dipakai dengan dua tangan
- 6) Kebersihan pernapasan dan etika batuk
- 7) Kebersihan lingkungan

²⁸ WHO. (2008). Penerapan Kewaspadaan Standar di fasilitas pelayanan kesehatan. <http://www.who.int/csr/resources/publications/AMStandardPrecautions_bahasa.pdf> (Diakses 7 Oktober 2012)

- 8) Penanganan, transportasi, dan pemrosesan linen yang telah dipakai dilakukan dengan hati-hati untuk mencegah penyebaran patogen dari lingkungan
- 9) Pembuangan limbah dengan benar
- 10) Peralatan perawatan pasien segera disterilkan untuk mencegah penyebaran patogen

Tidak mengikuti kewaspadaan standar dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya penularan infeksi yang sebenarnya dapat dihindari

C. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI TB DAN PARU

Pengertian

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TB di Lapas merupakan salah satu upaya dalam memutus mata rantai penularan *Mycobacterium Tuberculosis*. Pencegahan dan pengendalian tersebut sangat penting di lakukan di Lapas Rutan untuk mencegah penularan tidak hanya antar WBP tapi juga antar WBP ke petugas begitu pula sebaliknya. TB adalah penyakit menular yang ditularkan melalui udara. Sumber infeksi TB adalah orang-orang yang terkena TB paru (*pulmonary TB*) atau laring dimana kuman dikeluarkan pada waktu batuk, bersin, berbicara, atau menyanyi. Orang yang menularkan TB adalah yang belum didiagnosa dan diobati atau belum menerima cukup pengobatan untuk menjadi tidak menular. Jika tidak diobati, penderita TB paru akan menularkan antara 10 sampai 15 orang per tahun.

Risiko penularan bergantung pada waktu lamanya paparan, biasanya risiko paling besar pada orang-orang yang berada diruangan sempit dalam waktu yang cukup lama dan berulang. Selain itu ODHA rentan tertular TB karena kekebalan tubuhnya yang melemah. Sinar matahari langsung dapat membunuh kuman *Mycobacterium tuberculosis* dalam 5 menit, namun kuman bisa bertahan hidup lebih lama di kondisi gelap dan tetap berada di udara untuk waktu yang lama.

Tujuan

Tujuan dalam program pengendalian TB ada 2 prioritas, yaitu :

- Prioritas utama adalah mengurangi kesakitan dan kematian akibat TB dengan cara mencegah dan mengobati TB.
- Prioritas kedua adalah menghentikan penularan TB.

Pencegahan dan Pengendalian TB di Lapas/Rutan²⁹

Mengacu pada buku pedoman Pencegahan dan Pengendalian TB di Lapas/Rutan, terdapat langkah- langkah yang dapat dilaksanakan di Lapas Pengendalian TB dapat dilaksanakan dengan langkah-langkah sederhana, meliputi:

- Edukasi WBP/tahanan serta petugas Lapas/Rutan cara batuk yang benar; menutup hidung dan mulut dengan kain/tisu atau menggunakan lengan baju bagian dalam pada saat batuk/bersin , untuk mengurangi risiko penyebaran TB
- Di setiap ruangan kantor maupun blok hunian WBP/tahanan mempunyai jendela untuk ventilasi alami
- Memisahkan pasien TB dengan orang yang kemungkinan rentan tertular, khususnya ODHA, dengan ruang isolasi.
- Pemberian masker pada pasien dengan suspek TB dan TB pada saat pemeriksaan pasien
- Pemakaian Respirator partikulat pada tenaga kesehatan pada saat masuk ke ruang pasien TB
- Mulai pengobatan TB secepatnya untuk mengurangi risiko menularkan pada orang lain
- Melakukan skrining TB pada pasien HIV, baik yang mempunyai gejala maupun tanpa gejala TB.
- Jika memungkinkan, melakukan skrining TB pada setiap WBP/tahanan secara berkala

Untuk lebih lengkap mengenai Pencegahan dan Pengendalian TB, dapat dilihat di buku Pedoman Pencegahan Pengendalian TB di Lapas dan Rutan yang dikeluarkan oleh Ditjenpas.

²⁹ Kementerian Hukum dan HAM RI. (2011). Petunjuk Teknis Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TB di Lapas dan Rutan

D. PENGENDALIAN IMS³⁰

Pengendalian IMS dapat dilakukan dengan 3 langkah dasar seperti dalam tabel dibawah ini:

Tabel 14. Pengendalian IMS

POINT INTERVENSI	STRATEGI DASAR	TINDAKAN INTERVENSI KHUSUS
#1 Kurangi waktu Infektifitas Untuk mencegah penularan & komplikasi lebih lanjut	Deteksi dini (penemuan kasus) Pengobatan	Penemuan kasus secara aktif melalui penapisan*, pengawasan, dan notifikasi pasangan Memperbaiki akses yang efektif pada perawatan medis (faktor-faktornya mencakup biaya, mutu, lokasi dan waktu) Meningkatkan kepekaan terhadap IMS - memperbaiki pengetahuan tentang gejala dan kebiasaan untuk mencari perawatan kesehatan 'Enhanced Syndromic management' dari IMS mis. perpendek atau hilangkan waktu tunggu antara kunjungan ke klinik IMS sampai pengobatan IMS
#2 Kurangi terkenanya infeksi dari orang yang rentan, jika terpapar	Kurangi efisiensi penularan per paparan	Tingkatkan penggunaan kondom Kurangi praktek seksual yang berisiko mis. Hubungan seks melalui anal tanpa perlindungan Kurangi faktor pendamping yang kritis mis. obati IMS untuk mengurangi penularan HIV Kurangi paparan seksual pada tahap kritis infeksi mis. HSV-2 primer Promosi kebersihan alat genital (mis. mencuci sebelum dan sesudah behubungan seks)
#3 Kurangi paparan Dari orang yang rentan terhadap orang yang terinfeksi	Modifikasi perilaku dari orang yang rentan	Modifikasi perilaku dari orang yang diketahui terkena infeksi Modifikasi perilaku orang yang berpotensi untuk terkena infeksi Promosikan penundaan kegiatan seksual, abstinensia, monogami, atau mengurangi angka pertukaran pasangan Promosikan tes secara meluas, seperti konseling dan tes HIV secara sukarela Kembangkan dan promosikan pesan media dengan target orang yang terkena atau berpotensi terkena infeksi untuk melindungi pasangannya Promosikan kesehatan dan kebersihan alat genital Kurangi paparan pada masyarakat yang melakukan seksual berisiko sangat tinggi (mis. tempat pelacuran) dan ciptakan upaya – upaya pencegahan di lingkungan tersebut

³⁰ FHI Indonesia. (2007). Standar operasional prosedur klinik IMS dan VCT

E. PROFILAKSIS PASKA PAJANAN (PPP)

Pengertian

Profilaksis berarti pencegahan infeksi dengan obat. Pajanan adalah peristiwa yang menimbulkan risiko penularan. Jadi profilaksis pascapajanan (PPP) berarti penggunaan obat untuk mencegah infeksi setelah terjadi peristiwa yang berisiko.

Profilaksis paska pajanan (PPP) adalah suatu tindakan medis yang diberikan untuk mencegah terjadinya penularan penyakit yang disebabkan adanya paparan yang berpotensi HIV. Dalam katan lain, PPP adalah layanan yang menyediakan penatalaksanaan kecelakaan kerja terkait paparan HIV dan membantu mencegah penularan HIV pada orang yang terpapar³¹. PPP dilaksanakan dengan memberikan pengobatan anti retroviral (ARV) dalam jangka pendek (hanya 1 bulan) untuk menurunkan kemungkinan terjadinya infeksi paska pajanan. Untuk informasi lebih lengkap dapat dilihat pada buku pedoman ART 2012 (ref)

Tujuan

PPP bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi setelah terjadi peristiwa berisiko.

Penatalaksanaan PPP di Lapas/Rutan

Banyak petugas Lapas/Rutan (petugas kesehatan, laboratorium, petugas lainnya) yang mungkin terkena risiko pajanan okupasional (misalnya tertusuk jarum suntik pada saat memasang infus) terhadap HIV dan infeksi lainnya. Penting bagi petugas Lapas Rutan untuk mendapatkan edukasi tentang pajanan okupasional karena seringkali terjadi petugas begitu bingung, tidak tahu harus berbuat apa ketika mereka tertusuk/terpajan. Mereka harus mengetahui proses yang perlu diikuti dalam alur Profilaksis Paska Pajanan (PPP).

Penilaian risiko penularan, dengan menggunakan prinsip penularan ESSE (*Exit, Survive, Sufficient, Enter*). Semua cairan tubuh pada ODHA dapat menularkan HIV namun yang dianggap paling tinggi kemungkinan menularkan adalah cairan darah dan cairan vagina/sperma. Untuk itu, perlu dinilai risiko penularan : parahnya luka, dalamnya luka, lamanya luka, jenis instrumen atau jarum, status serologi dan kondisi sumber pajanan.

³¹ WHO. (2007). Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection

Alur manajemen pajanan okupasional :

- Pertolongan pertama diberikan segera setelah cedera: luka pada kulit yang terkena darah atau cairan tubuh dicuci dengan air bersih, boleh dengan sabun lembut (sabun mandi dan sabun bayi), dan bila permukaan mukosa hidung, mata maka dibilas dengan air bersih.
- Luka jangan dipijat, ditekan, atau dihisap dengan mulut.
- Menilai risiko penularan dan menilai sumber pajanan
- Melakukan konseling Pra-tes HIV, sebelum klien melakukan tes antibodi HIV. Perlu dilakukan penandatanganan inform consent. Selain tes HIV dapat juga dilakukan tes untuk hepatitis B dan C. Konseling paska tes HIV dapat dilakukan pada hari yang sama.
- Konseling untuk mendapatkan obat ARV Prophylaxis.
- ARV profilaksis segera diberikan dalam 2 s/d 4 jam setelah terpajan. Pengalaman menunjukkan bahwa pada pajanan berat, masih dimungkinkan pemberian prophylaxis dalam 24 s/d 36 jam. Pemberian PEP setelah 72 jam, dilaporkan tidak efektif. Sebelum mendapatkan obat ARV, mereka yang terpajan harus menandatangani inform consent. Obat ARV diberikan oleh dokter di CST untuk selama 1 (satu) bulan penuh.
- Membuat laporan kecelakaan pajanan okupasional.
- Evaluasi dilakukan untuk melihat efek samping obat ARV Prophylaxis . Tes HIV ulang dilakukan pada bulan ketiga dan bulan keenam.

Pendidikan pengurangan risiko pajanan : Semua petugas Lapas Rutan sebaiknya mendapat pendidikan mengenai pengurangan risiko pajanan dengan bekerja lebih hati-hati sesuai dengan kewaspadaan standar.

F. PENCEGAHAN PENULARAN HIV DARI IBU KE ANAK (PIIA)³²

Pengertian

PIIA merupakan pencegahan menularan HIV dari ibu ke anak bagi pasangan muda ODHA yang menginginkan anak. Kebanyakan ODHA (laki-laki dan perempuan) yang masih muda ingin mempunyai anak. Penting bagi mereka diberi informasi yang benar mengenai risiko penularan pada pasangan dan/atau anak, dan tidak didesak untuk tidak berusaha membuat anak.

³² Depkumham RI. (2007). Petunjuk Pelaksanaan & Petunjuk teknis; Layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan HIV/AIDS di Lapas/Rutan

Tujuan

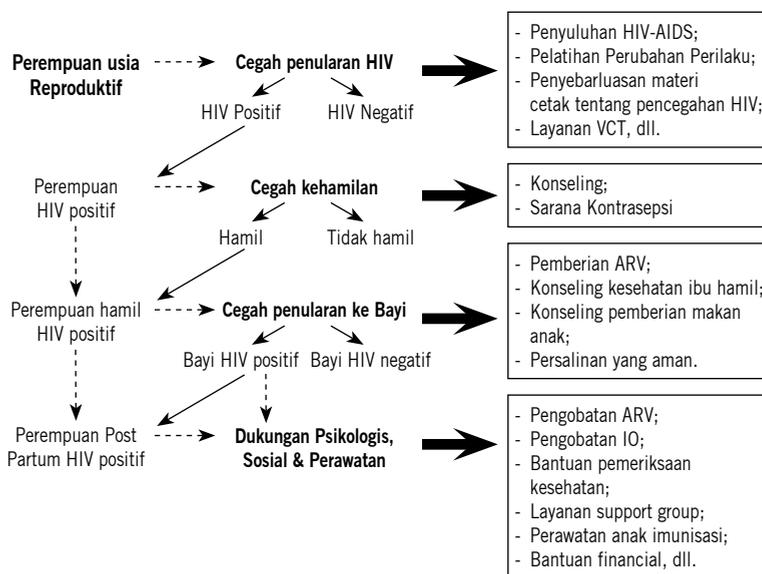
Strategi pencegahan penularan HIV dari Ibu ke bayi menurut WHO terdapat 4 prong/pilar, yang bertujuan sebagai berikut :

- Prong I : mencegah penularan HIV kepada wanita usia produktif
- Prong II : mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada wanita HIV positif
- Prong III : mencegah terjadinya penularan dari wanita hamil HIV positif ke bayi yang dikandungnya
- Prong IV : memberikan dukungan psikologis, sosial, dan perawatan kepada ibu positif beserta bayi dan keluarganya

Program PPIA di Lapas/Rutan

Program bagi WBP/tahanan wanita meliputi :

- Prong I : edukasi untuk mencegah penularan HIV kepada WBP/tahanan wanita usia produktif
- Prong II : konseling untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada WBP/tahanan wanita yang HIV positif
- Prong III : perawatan masa kehamilan di Lapas/Rutan, kerjasama dengan RS terdekat untuk ARV profilaksis dan persalinan aman
- Prong IV : dukungan oleh petugas manajemen kasus dan tim klinik Lapas/ Rutan



Gambar 16. Strategi pencegahan penularan HIV dari Ibu ke anak dan kegiatan pendukungnya

Masa kehamilan			Persalinan	Post partum melalui ASI	
0 - 14 mg	14 - 36 mg	36 mg - Kelahiran	Selama Persalinan	0 - 6 bulan	6 - 24 bulan
1 %	4 %	12 %	8 %	7 %	3 %
Semua tanpa ASI				15 - 25 %	
Semua dengan pemberian ASI sampai 6 Bulan				25 - 30 %	
Semua dengan pemberian ASI sampai 18 - 24 Bulan				30 - 45 %	

Gambar 17. Waktu & Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak

G. PEMULASARAN JENAZAH

Semua yang meninggal di Lapas yang tidak ambil keluarganya sebaiknya dikelola sesuai dengan kewaspadaan standar. Tidak ada perbedaan perlakuan antara jenazah yang HIV positif dan tidak.

BAB X.

LAYANAN MENJELANG BEBAS (*PRERELEASE*)

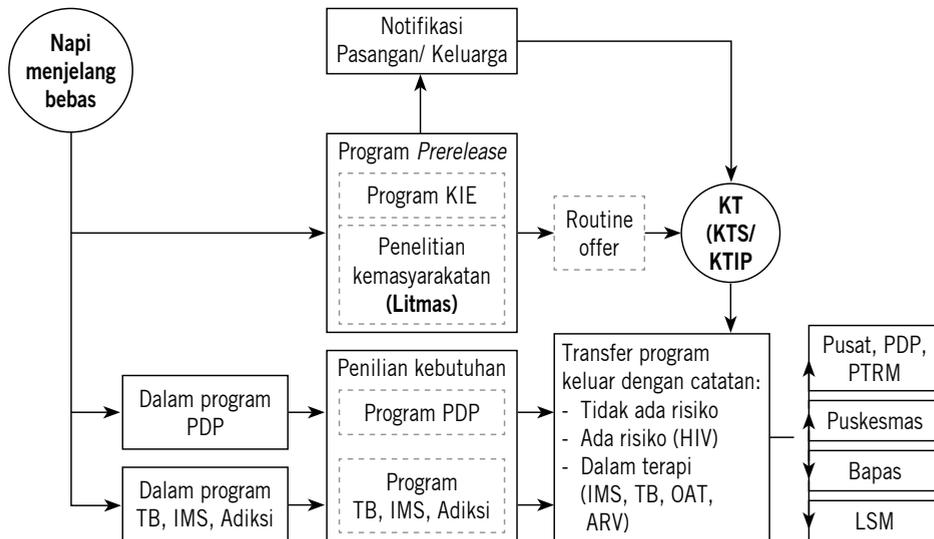
A. PENGERTIAN

WBP/tahanan yang akan bebas, akan diberi pemantapan sebelum mereka berbaur dengan masyarakat di luar. Materi pemantapan tergantung dari kebutuhan individu WBP/tahanan yang bersangkutan. Pemantapan dapat berupa konseling individu maupun pemantapan secara berkelompok melalui ceramah, penyuluhan, maupun pelatihan yang dikemas dalam program *prerelease*. Dari kedua teknik pemantapan tersebut diberikan pula materi kesehatan mengenai HIV AIDS dan IMS. Pada program khusus *prerelease* akan ditawarkan tes HIV secara rutin sebagai suatu paket layanan kesehatan komprehensif.

Dari program ini diharapkan WBP/tahanan yang mempunyai perilaku berisiko di Lapas/Rutan mau mengikuti tes HIV sebelum mereka bebas. Tujuan dari tes HIV sebelum bebas adalah agar ia setelah mengetahui status HIV-nya dapat membuat perencanaan penanganan kesehatannya setelah bebas. Hal ini juga dapat mencegah terjadinya penularan kepada pasangannya dan keluarga.

WBP yang mantan pengguna narkoba yang tidak memakai PTRM dalam Lapas/Rutan sebelumnya sebaiknya diberi konseling mengenai risiko mulai penggunaan narkoba lagi setelah bebas, termasuk risiko overdosis. Mereka dapat ditawarkan mulai PTRM sebelum bebas untuk mengurangi risiko ini.

B. ALUR DAN LAYANAN MENJELANG BEBAS



Gambar 19. Alur layanan menjelang bebas

Tiga bulan menjelang bebas (bebas murni maupun bersyarat) maka WBP dijadwalkan lagi untuk dapat mengakses layanan sebagai berikut :

- Pemeriksaan kesehatan ulang (termasuk test HIV bagi yang negatif tapi berisiko)
- Konseling keluarga untuk dukungan paska bebas
- Konseling kelompok pre release
- Penilaian kebutuhan paska bebas (misalnya PTRM, ART, OAT, KDS, dll)

Setelah mengikuti tes HIV (VCT), WBP/tahanan yang terdeteksi HIV akan dirujuk kepada manajer kasus dan dokter untuk mendapatkan pengobatan dan membuat surat rujukan ke RS/ klinik yang menyediakan layanan HIV AIDS dan IMS di luar Lapas/ Rutan untuk penanganan lanjut setelah bebas. Manajer kasus akan berkoordinasi dengan Bapas untuk pemantauan setelah bebas apabila WBP/tahanan yang terdeteksi HIV mendapatkan program pembebasan bersyarat (PB).

Bapas dapat berfungsi sebagai manajer kasus yang memberikan informasi dan/atau membantu klien yang sedang menjalani PB, CMB, dan CMK untuk akses ke tempat penyedia layanan kesehatan yang dibutuhkan.

BAB XI.

LAYANAN PASKA BEBAS (*AFTERCARE*)**A. PENGERTIAN**

Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) yang sedang menjalani program PB, CB dan CMB, merupakan klien pemasyarakatan yang berada dalam bimbingan Balai Pemasyarakatan (BAPAS). BAPAS adalah pranata atau satuan kerja dalam lingkungan Kementerian Hukum dan HAM RI yang memiliki tugas dan fungsi melakukan pembimbingan terhadap klien pemasyarakatan di luar Lapas/Rutan (masyarakat).

Tugas Pokok dan Fungsi (Tupoksi) Bapas:

- Melakukan penelitian kemasyarakatan;
- Pembimbingan;
- Pengawasan;
- Pendampingan klien pemasyarakatan; dan
- Pengentasan anak

Pembimbingan terhadap Klien Pemasyarakatan yang dilakukan oleh Bapas bertujuan membentuk klien pemasyarakatan menjadi manusia seutuhnya, menyadari kesalahan, memperbaiki diri dan tidak mengulangi tindak pidana. Sehingga, klien pemasyarakatan dapat diterima kembali oleh lingkungan masyarakat, serta dapat berperan aktif dalam pembangunan dan dapat hidup secara wajar sebagai warga yang baik dan bertanggung jawab.

Kompetensi bagi petugas Pembimbing Kemasyarakatan (PK) adalah

- Manajemen kasus;
- Penilaian/Assessment;
- Penelitian Masyarakat (Litmas);
- Program bimbingan kemandirian dan kepribadian

Warga binaan pemasyarakatan kerap menemui masalah-masalah di kehidupannya setelah mereka keluar dari Lapas/ Rutan sehingga pendampingan, pembimbingan, dan pengawasan sangat mereka butuhkan. Diantara masalah-masalah yang ditemui diantaranya masalah kesehatan.

Dari beberapa studi luar negeri tentang WBP HIV yang bebas dari Lapas atau Rutan didapatkan permasalahan sebagai berikut:

1. Prilaku berisiko meliputi seks tidak aman, transaksi seks, dan penggunaan narkoba.
2. Bertemu dengan prilaku yang berisiko dalam beberapa hari pertama setelah bebas, sehingga merupakan faktor risiko untuk HIV dan HCV pada WBP paska tahanan beberapa hari setelah mereka bebas.
3. Mantan WBP memerlukan penyegaran kembali pengetahuan tentang HIV dan hepatitis C, sehingga upaya pencegahan harus berfokus pada pendidikan, promosi kesehatan mengenai seks yang aman dan jarum steril, rehabilitasi atau terapi kepada penyalahguna obat, dan diperlukan adanya rumah singgah untuk bebas dari narkoba di hari-hari pertama setelah bebas
4. Mantan WBP menghadapi tantangan besar dalam mengakses sarana kesehatan dan pengobatan, sehingga diperlukan peningkatan koordinasi antara petugas Lapas/Rutan, petugas bapas dan petugas kesehatan di komunitas umum untuk dapat meningkatkan keberlanjutan perawatan setelah bebas
5. Kepatuhan mantan WBP pengguna ART/OAT terhadap terapi sering kali menurun drastis, sebagian karena dalam Lapas diawasi oleh petugas atau teman, tetapi tidak ada yang mengawasi di luar. Mungkin mereka dapat dirujuk pada KDS di luar.
6. Tingkat overdosis sangat tinggi untuk mantan WBP yang juga mantan pengguna narkoba, tetapi tetap bersih dalam Lapas, sehingga toleransi hilang. Sebaiknya dibahas dan ditawarkan PTRM buat yang tidak yakin dapat tetap bersih di luar.

Untuk itu, WBP yang telah bebas, khususnya ODHA, memerlukan sistem rujukan dan jejaring di luar Lapas/ Rutan. Layanan kesehatan yang dibutuhkan oleh warga binaan antara lain:

- CST atau PDP (Perawatan, Dukungan dan Pengobatan) dan pengobatan infeksi oportunistik di Rumah Sakit daerah tempat tinggal WBP
- Sarana Kesehatan Umum seperti puskesmas, dan klinik HIV dan IMS
- Rehabilitasi pecandu narkoba untuk para pecandu
- Dukungan sosial seperti KDS
- PTRM

Jejaring Instansi baik pemerintah maupun non pemerintah yang dibutuhkan antara lain :

- Rumah Sakit Daerah yang menyediakan sarana CST dan layanan HIV.
- Rumah Sakit yang menyediakan sarana penanggulangan ketergantungan obat.

- Dinas Kesehatan Kota atau Kabupaten
- Puskesmas terdekat dengan BAPAS
- Lembaga Swadaya Masyarakat yang bergerak dalam bidang HIV AIDS, Harm Reduction dan Rehabilitasi Pecandu
- Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/Kota dan Propinsi

B. BAPAS DALAM PELAKSANAAN PEMBIMBINGAN

Pembimbingan Tahap Awal:

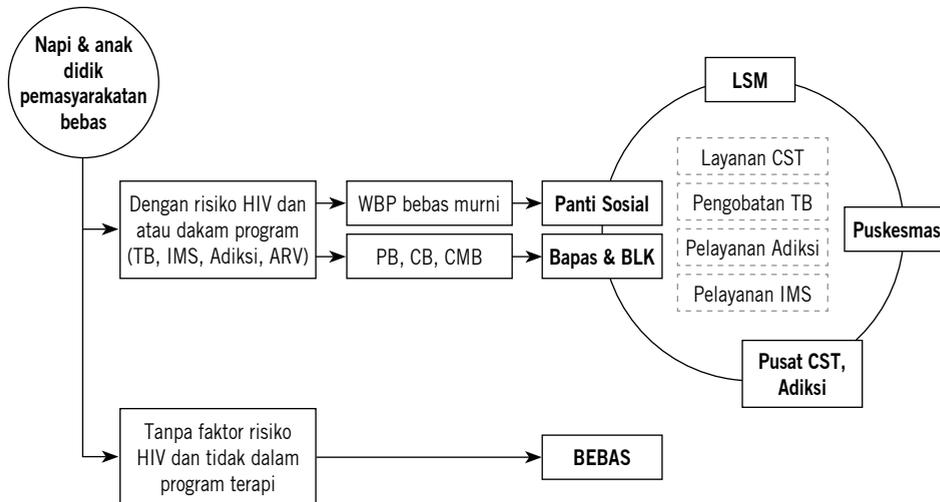
- Menerima klien dari Lapas / Rutan;
- Memeriksa kelengkapan berkas ;
- Menandatangani surat serah terima klien;
- Melakukan registrasi terhadap klien
- Melihat dan menilai kondisi kesehatan saat penerimaan klien

Pembimbingan Tahap lanjutan :

- Melaksanakan bimbingan sesuai dengan masalah klien;
- Memberikan bimbingan berupa terapi kelompok
- Memberikan bimbingan perorangan
- Melaksanakan kunjungan rumah dalam rangka memberikan bimbingan kepribadian bagi klien ;
- Mempersiapkan koordinasi dan rujukan bila klien membutuhkan layanan yang sesuai dengan kondisinya.
- Membuat laporan perkembangan bimbingan yang telah dilaksanakan

Pembimbingan Tahap Akhir

- Mengevaluasi kekurangan yang dihadapi pada saat bimbingan berlangsung;
- Memberikan dorongan terhadap klien agar mampu memecahkan masalah yang dihadapinya;
- Menilai langkah pembimbingan yang telah dilaksanakan;
- Memberikan surat pengakhiran pembimbingan bagi klien.



Gambar 20. Layanan kesehatan bagi WBP paska bebas

Saat tibanya hari pembebasan baik bebas murni maupun bersyarat, maka WBP dibekali rujukan berupa :

- Rujukan untuk transfer program pengobatan bagi yang sedang menjalani terapi medis atau perawatan adiksi (TB DOTS, ARV, PTRM dll) kepada RS, puskesmas dan pusat layanan kesehatan lainnya.
- Rujukan non medis pendukung bagi yang memerlukan (KDS, alcohol/ *cigarette/ narcotic anonymous group* dsb) kepada komunitas sosial, LSM, dinas sosial dan institusi lainnya.
- Jika pembebasannya merupakan pembebasan besyarat maka diperlukan rujukan tambahan untuk Bapas sebagai institusi lanjutan bagi warga binaan.

BAB XII.

SARANA, PRASARANA, DAN SUMBER DAYA MANUSIA

A. SARANA

Merupakan bangunan fisik yang harus tersedia di Lapas/Rutan pemberi layanan kesehatan komprehensif dalam layanan komprehensif HIV AIDS dan IMS. Sarana yang dimaksud dapat berupa klinik atau ruangan khusus untuk konseling, pemeriksaan, pengobatan dan pemeriksaan laboratorium. Di fasilitas yang lebih lengkap ada sarana perawatan.

Sarana layanan kesehatan di Lapas/Rutan dapat di klasifikasikan menjadi 3 tingkatan:

1. Utama: Setingkat puskesmas rawat inap, termasuk laboratorium dan tempat tidur untuk perawatan. Dapat merawat pasien sakit sedang-berat.
2. Madya: Setingkat puskesmas, termasuk laboratorium sederhana yang dapat mendiagnosis dan memantau pengelolaan penyakit
3. Pratama: Setingkat puskesmas pembantu, sanggup melakukan pemeriksaan dengan alat uji cepat. Merujuk hasilnya pada sarana yang lebih tinggi dan mengelola penderita.

Tabel 15. Kompetensi Klinik Kesehatan Lapas/Rutan

LAYANAN	UTAMA	MADYA	PRATAMA**
Deteksi suspek TB, IMS, HIV	v	v	v
HIV	Mendeteksi suspek, melakukan VCT/PITC, Merawat HIV dengan komplikasi. mengelola IO*, memulai ART*, memberikan dan memantau ART dan obat2 OI	Medeteksi suspek, Melakukan VCT, PITC, Merujuk untuk penilaian pra ART*, Memberikan memantau pengobatan	Medeteksi suspek, Melakukan VCT, PITC, Merujuk untuk menilai praterapi*, Memberikan memantau pengobatan
Diagnosis TB	Mendeteksi suspek. Mengumpulkan sputum dan membuat smear. Menentukan terapi, memberikan dan memantau terapi	Mendeteksi suspek. Mengumpulkan sputum, membuat smear**, Memberikan dan memantau terapi	Mendeteksi suspek. Mengumpulkan & Mengirim dahak ke PKM. Memberikan dan memantau terapi
Pengelolaan IMS	Mendeteksi suspek. Mendiagnosis, Merujuk kasus sulit. Menentukan terapi, memberikan dan memantau terapi	Mendeteksi suspek. Mendiagnosis diagnosis dan merujuk kasus sulit, memberikan dan memantau terapi	Mendeteksi suspek. Merujuk kasus. Memberikan dan memantau terapi

* kerjasama dengan RS rujukan, ** kerjasama dengan puskesmas bila SDM belum ada

Tabel 16. Sumber daya manusiaberdasarkan kompetensi klinik

SDM	UTAMA	MADYA	PRATAMA
Dokter	dokter umum, dokter gigi	dokter umum	-
Perawat	ada	ada	Ada
Konselor	ada	*	*
Petugas Lab	ada	-	-
Apoteker	ada	-	-

* dokter, perawat dan staf lain bisa menjadi konselor

Papan nama/ petunjuk

Papan petunjuk lokasi penyedia layanan kesehatan dipasang secara jelas sehingga memudahkan akses warga binaan ke klinik.

Ruang layanan kesehatan

Untuk memberikan layanan kesehatan dan layanan dukungan sosial diperlukan ruangan yang memadai. Ruang yang diperlukan adalah :

Ruang rawat jalan, berisi :

- Meja & kursi
- Tempat pemeriksaan fisik
- Stetoskop & tensimeter
- Alat timbangan badan
- Alat peraga KIE
- Tempat pemeriksaan (tempat tidur)
- Wastafel/tempat cuci tangan
- Sarana pemeriksaan kelamin untuk perempuan
- Tempat simpan rekam medis

Ruang rawat inap, berisi :

- Tempat tidur pasien, kuantitas tergantung dari kesanggupan dari setiap penyedia layanan
- Stetoskop & tensimeter
- Alat timbangan badan
- Emergency set
- Ruang isolasi bagi penderita TB
- Kamar mandi pasien

Ruang konseling, berisi :

- Tempat duduk bagi klien dan konselor
- Buku catatan perjanjian klien dan catatan harian, formulir informed consent, catatan medis klien, formulir pre & pasca tes, buku rujukan, formulir rujukan, kalender, dan alat tulis.
- Alat peraga KIE (contoh: kondom & dildo, gambar berbagai penyakit oportunistik & IMS, dan lembar balik mengenai Hiv & IMS)
- Air minum

- Kartu rujukan
- Buku resep gizi seimbang
- Ventilasi untuk melindungi konselor yang menghadapi pasien TB

Logistik dan administrasi:

- Lemari obat
- Lemari untuk menyimpan ATK, dan bahan habis pakai lain.
- Lemari khusus (untuk metadon)

Ruang Laboratorium

- Materi yang sebaiknya tersedia dalam laboratorium penyedia layanan HIV dan IMS adalah
- Reagen untuk tes dan peralatannya
- Mikroskop
- Sarung tangan karet
- Jas laboratorium
- Lemari pendingin
- Alat sentrifusi
- Ruang penyimpanan tes-kit, barang habis pakai
- Buku-buku register (stok barang habis pakai, penerimaan sampel, hasil tes, penyimpanan sampel, kecelakaan okupasional) atau komputer pencatat
- Cairan desinfektan
- Pedoman tes HIV dan pemeriksaan IMS
- Pedoman pajanan okupasional
- Lemari arsip yang dapat dikunci
- Sterilisator

B. PRASARANA

Peralatan yang digunakan untuk menunjang kegiatan layanan kesehatan dalam layanan komprehensif HIV AIDS dan IMS, yaitu sebagai berikut:

- Aliran listrik, dibutuhkan untuk penerangan yang baik untuk membaca dan menulis, serta untuk alat pendingin ruangan dan perlengkapan laboratorium
- Air mengalir, diperlukan untuk mencuci tangan, menjaga kebersihan ruangan, dan membersihkan alat-alat
- Sambungan telepon, diperlukan untuk berkomunikasi dengan layanan lain yang terkait
- Pembuangan limbah padat dan limbah cair harus tersedia, mengacu kepada pedoman pelaksanaan kewaspadaan baku dan kewaspadaan transmisi di layanan kesehatan tentang pengelolaan limbah yang memadai.

C. SUMBER DAYA MANUSIA

Tenaga terlatih untuk melakukan kegiatan layanan dalam layanan komprehensif HIV AIDS dan IMS di Lapas/Rutan, yang terdiri dari:

- Dokter, Bertanggung jawab secara teknis medis dalam penyelenggaraan layanan kesehatan
- Perawat adalah orang yang sudah tersertifikasi pelatihan pelayanan keperawatan HIV AIDS, dan bertanggung jawab melakukan asuhan keperawatan dengan memperhatikan aspek bio-psiko-sosio-spiritual secara komprehensif. Perawat dapat juga bertindak sebagai konselor bila sudah mengikuti pelatihan konselor VCT.
- Konselor VCT, adalah tenaga kesehatan atau non kesehatan yang telah mengikuti pelatihan konselor VCT. Pendidikan minimal seorang konselor adalah SLTA. Seorang konselor sebaiknya menangani 5-8 orang klien perhari terbagi antara konseling pra dan pasca tes
- Manajer kasus, adalah tenaga kesehatan atau non kesehatan yang telah mengikuti pelatihan manajemen kasus. Pendidikan minimal seorang konselor adalah SLTA. Seorang manajer kasus sebaiknya menangani 20 orang klien dalam satu kali periode penanganan.
- Teknisi laboratorium, minimal seorang perawat yang telah mengikuti pelatihan tentang teknik memproses tes HIV dengan cara ELISA, rapid test, dan mengikuti algoritma tes yang diadopsi dari WHO.

- Apoteker, bertanggung jawab dalam penyelenggara layanan kefarmasian baik yang termasuk dalam layanan farmasi klinik maupun non-klinik (misal: pengelolaan obat)
- Tenaga lain sesuai kebutuhan

Pelatihan petugas

Dalam rangka peningkatan kapasitas, petugas yang ada di Lapas Rutan, khususnya bagian medis dan perawatan menjadi bagian implementasi dalam pengembangan program layanan komprehensif HIV-IMS oleh Kementerian Kesehatan.

BAB XII.

PEMANTAUAN MUTU

Pada bab sebelumnya telah dibahas langkah, proses dan berbagai persiapan yang perlu dilakukan oleh Lapas/Rutan dalam memulai, mengembangkan dan meningkatkan layanan HIV dan IMS bagi tahanan dan narapidana.

Sebuah layanan tidak akan terlepas dari penilaian atau pemantauan mutu agar kualitas layanan dapat terus dipertahankan. Ada berbagai cara melakukan penilaian dan pemantauan mutu sebagai upaya pengawasan dan juga merupakan prinsip manajemen program diantaranya, monitoring dan evaluasi, bimbingan teknis, peningkatan kapasitas dan refreshing training baik pelaksana teknis serta pihak manajemen program.

A. PENGERTIAN MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring dan Evaluasi, selanjutnya disingkat M&E, adalah bagian penting dari manajemen sebuah program atau layanan, baik sebagai unsur perencanaan maupun pelaksanaan. Sebagai bagian perencanaan menghasilkan data dan informasi untuk penetapan prioritas masalah, tujuan kegiatan dan target yang harus dicapai. Sebagai bagian dari pelaksanaan, menghasilkan data dan informasi untuk mengukur kemajuan terhadap tujuan dan mutu pelayanan atau program.

Efektifitas fungsi sistem M&E tergantung pada rasa kepemilikan dan tanggung jawab para pemangku kepentingan dalam melakukan pencatatan dan pelaporan berbagai informasi yang dibutuhkan oleh sistem M&E dan pemanfaatannya bagi pembuat kebijakan. Pemilihan indikator program yang dicatat dan dilaporkan sejauh mungkin disesuaikan dengan indikator yang tersedia baik pada tingkat lokal, nasional dan internasional. Pertimbangan lain adalah keberlanjutan, membatasi data yang dikumpulkan sesuai dengan relevansi program dan mengurangi beban petugas di dalam pencatatan dan pelaporan.

Monitoring dan evaluasi adalah bagian integral dari pengembangan program, pemberian layanan, penggunaan optimal sediaan layanan, dan jaminan kualitas. Monitoring dan evaluasi dilakukan dengan cara sistematis dan berkala yang dilakukan secara internal maupun eksternal.

Proses M&E juga akan membantu dalam menjajaki sejauh mana intervensi yang dilakukan berhasil mencapai sasaran-sasarannya. Terdapat tiga fase untuk melakukan M&E terhadap sebuah program, sebagai berikut:

- Mengidentifikasi indikator-indikator yang dapat digunakan untuk memonitor kemajuan.
- Mengumpulkan dan menganalisa data.
- Melakukan perubahan terhadap intervensi yang sudah ada dan/atau membuat dan mengembangkan intervensi baru.

B. TUJUAN M&E

Tujuan Monitoring dan evaluasi pada program layanan komprehensif HIV-AIDS & IMS adalah.

- Memantau pelaksanaan program pengendalian dan pengelolaan HIV/AIDS dan IMS di Lapas/ Rutan.
- Mengetahui kemajuan dan hambatan program.
- Menilai kemajuan terhadap pencapaian indikator.
- Membuat keputusan dan kebijakan berdasarkan fakta.
- Menyusun rencana dan tindak lanjut.

C. PELAKSANAAN M & E

Pengumpulan Data

Dapat dipilih beberapa metode pengumpulan data di Lapas/Rutan, seperti:

- Pengumpulan data dari laporan rutin dalam 28 Indikator
- Pengumpulan data dari laporan kegiatan (PE, KDS, TC, dsb)
- Pengamatan
- Survei lapangan.

Data yang dikumpulkan dapat bersifat kuantitatif maupun kualitatif. Data kuantitatif berasal dari laporan rutin sesuai 28 indikator program pengendalian HIV/AIDS dan penyalahgunaan Narkoba di Lapas/Rutan yang sudah berjalan. Data kualitatif didapat dari pengamatan, wawancara dan survei ke lapangan. Pihak lain (LSM, tokoh masyarakat, institusi lain) baik yang secara langsung maupun tidak langsung terkait dengan program ini juga dapat memberikan masukan.

Tim Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan Evaluasi fungsi manajemen untuk menilai keberhasilan pelaksanaan program pengendalian dan pengelolaan HIV/AIDS dan IMS di Lapas/Rutan. Adapun tim monitoring dan evaluasi sebagai berikut:

Tingkat Pusat

- Tim Pokja HIV/AIDS Lapas /Rutan di Ditjenpas
- Kementerian Kesehatan (Subdit AIDS dan IMS atau unit teknis terkait lainnya)
- Tim Bimtek Nasional terkait lainnya

Tingkat Wilayah/Propinsi :

- Tim Pokja HIV/AIDS Lapas/Rutan tingkat Kanwil (alternatif Tim Bimtek Propinsi)
- Dinas Kesehatan Propinsi

Waktu Pelaksanaan dan Ruang Lingkup

Dari tingkat Pusat kegiatan Monev akan dilakukan minimal 1 kali dalam satu tahun dengan menggunakan dana APBN ataupun dana kemitraan dari lembaga donor dengan mengunjungi Kanwil khususnya Divisi Pemasarakatan dan Pokja HIV Kanwil untuk melihat perkembangan layanan di UPT Pas melalui diskusi dengan Divisi Pemasarakatan ataupun Pokja HIV Kanwil. Pertemuan di Kanwil ini juga akan membahas kebijakan terkait dengan layanan HIV dan IMS yang di terapkan dan di kembangkan baik di tingkat Pusat maupun Propinsi (Kanwil).

Dilakukan juga kunjungan MONEV dari tingkat Pusat ke Kanwil, mengunjungi Lapas/Rutan dimana dari hasil diskusi dengan pihak Kanwil Lapas/Rutan tersebut telah melaksanakan layanan HIV dan IMS dengan baik (hasil laporan) dari sisi kualitas maupun kuantitas (jumlah cakupannya) sebagai apresiasi untuk Lapas/Rutan yang bersangkutan.

Kunjungan dari tingkat Pusat dapat juga dilakukan pada Lapas/Rutan yang justru layanan HIV dan IMS nya tidak mengalami peningkatan sama sekali sehingga perlu di berikan masukan, solusi dan motivasi untuk meningkatkan layanannya.

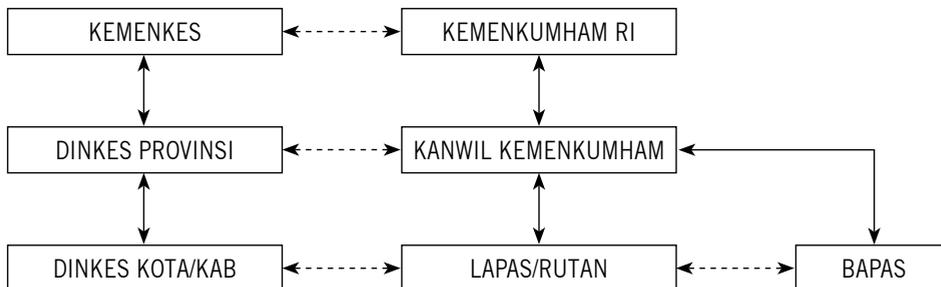
Sedangkan Monev yang di lakukan dari tingkat Propinsi dalam hal ini Kanwil ataupun Pokja HIV Kanwil kepada Lapas/Rutan di wilayah kerjanya akan dilakukan minimal 2 kali dalam satu tahun. Kegiatan ini dilakukan dengan mengunjungi seluruh Lapas/Rutan yang ada di wilaya kerja Kanwil terutama Lapas/Rutan yang telah melakukan layanan HIV dan IMS.

Tim Monev Kanwil akan bertemu dengan Kepala Lapas/jajarannya serta bertemu dan berdiskusi dengan Tim AIDS yang ada di Lapas/Rutan berdasarkan pada laporan data 28 indikator serta laporan kegiatan.

Pencatatan dan Pelaporan

Kegiatan pencatatan dan pelaporan program pengendalian HIV/AIDS dan IMS di Lapas/Rutan merupakan suatu proses untuk mendapatkan data dan informasi yang dibutuhkan untuk kepentingan pengembangan program atau layanan. Oleh karena itu data dan informasi yang dihasilkan harus akurat, tepat waktu, dan dapat dipercaya. Data yang perlu dicatat sesuai dengan 28 indikator (merujuk pada buku Pedoman Pencatatan & Pelaporan Program Pengendalian HIV/AIDS dan Penyalahgunaan Narkoba di Lapas/Rutan). Untuk laporan tim M&E merujuk pada buku Pedoman Pelaksanaan dan Pedoman Pengisian Instrumen Bimbingan Teknis Pengendalian HIV/AIDS di Lingkungan Lapas/Rutan.

Pencatatan dan pelaporan selain dilaporkan secara berjenjang dengan unit di atasnya, diberikan juga tembusan kepada Dinas Kesehatan setempat sebagai bahan informasi, pertimbangan bahan kebijakan kesehatan sebayai upaya pemberian layanan kesehatan yang komprehensif dan berkelanjutan



Gambar 21. Alur Pencatatan dan Pelaporan

D. BIMBINGAN TEKNIS/ MENTORING

Bimbingan teknis dilakukan secara berjenjang oleh Tim Bimtek Ditjenpas ke Kanwil dan oleh Tim Bimtek Kanwil ke Lapas/Rutan sesuai dengan sistem atau pedoman yang ada. Hasil dari kegiatan bimbingan teknis selanjutnya disosialisasikan baik di tingkat Pusat maupun tingkat Propinsi. Pada pelaksanaannya Bimbingan teknis atau mentoring juga terbagi dalam dua tingkat/ level.

Bimbingan Teknis/ Mentoring Ditjenpas ke Kanwil

Bimbingan teknis dilaksanakan melalui kunjungan ke Kanwil Kementerian Hukum dan HAM dengan melakukan diskusi mengenai perkembangan program di kanwil dan UPT. Selain itu juga mengidentifikasi upaya-upaya yang dilakukan pihak Kanwil dalam pelaksanaan program di Kanwil dan UPT dan mendiskusikan alternatif solusi lain bersama dengan Kanwil terhadap tantangan dan permasalahan yang dihadapi. Bimbingan teknis dari tingkat Pusat juga akan melibatkan tim dari Kementerian kesehatan dan pemangku kepentingan terkait lainnya.

Bimbingan Teknis/ Mentoring Kanwil ke UPT

Bimbingan teknis dilaksanakan melalui kunjungan ke Lapas/Rutan dengan melakukan diskusi dan mengidentifikasi hambatan serta bersama dengan tim AIDS di Lapas/Rutan mencari solusi dari permasalahan yang dihadapi. Bimbingan teknis dari Kanwil ke UPT akan melibatkan pihak dari Dinas kesehatan setempat dan pemangku kepentingan terkait lainnya.

Peningkatan Kapasitas dan Refreshing Training

Kegiatan ini dapat dilakukan diawal sebagai langkah perencanaan membangun sebuah layanan, untuk memberikan keterampilan yang dirasa dibutuhkan oleh petugas Lapas/ Rutan dalam memberikan layanan yang prima.

Selain itu dalam proses pelaksanaan layanan kesehatan HIV/ AIDS dan IMS tentu tidak terlepas dari perkembangan program yang perlu di tinjau dan harus dilakukan juga oleh Lapas/Rutan sehingga tuntutan pemutakhiran kegiatan ini membutuhkan peningkatan kapasitas baik dari sisi keterampilan maupun sisi manajemen. Peningkatan kapasitas dan refreshing training juga merupakan salah satu bentuk follow up jika di temukan kebutuhan dari hasil monev dan bimbingan teknis.

Berbagai pihak, terutama Ditjenpas dan kanwil atas dukungan kemitraan dengan institusi lain dapat merencanakan bersama kegiatan peningkatan kapasitas ataupun refreshing training sesuai kebutuhan sehingga Sumber Daya Manusia yang terlibat dalam layanan HIV/ AIDS dan IMS terlatih untuk meningkatkan layanannya.

LAMPIRAN 1

BERITA ACARA PEMERIKSAAN KESEHATAN NARAPIDANA/TAHANAN Nomor: w7.Eu.PK.01.07.01-.....

Pada hari ini tanggal 20.... pkl WIB, Kami sebagai Dokter / Perawat Lapas/Rutan telah melakukan pemeriksaan kesehatan seorang Narapidana/Tahanan dengan identitas, sebagai berikut :

IDENTITAS:

1. Nama _____
2. Tempat / tanggal lahir _____ 3. ___ / ___ / ___
4. Umur / jenis kelamin _____ tahun 5. Pria Wanita
6. Kebangsaan / agama _____
7. Pendidikan terakhir _____
8. Pekerjaan _____
9. Alamat (alamat kontak) Jl. _____
Rt: _____ Rw: _____ Kel / Kec: _____
Kota: _____ Kode pos: _____
10. Nama kontak _____
11. Hubungan kontak _____
12. No. Telpn Rumah _____ 13. HP _____
14. No. Register _____
15. Perkara / Pasal _____
16. Tanggal Mulai Ditahan ___ / ___ / ___ 17. Pejabat menahan _____
18. Asal Lapas/Rutan _____ 19. Vonis/ekspirasi _____

(No. 16-17 bila Tahanan / No. 18-16 bila Narapidana)

ANAMNESIS KELUHAN DAN RIWAYAT KESEHATAN:

No	Keluhan / riwayat kesehatan	Ya	tidak	keterangan
Keluhan kesehatan Saat Ini :				
1.	Batuk 2-3 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2.	Batuk darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.	Nyeri dada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.	Sesak nafas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5.	Penurunan BB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6.	Demam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7.	Keringat malam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.	Diare lama (> 2mg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.	Sakit bila BAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10.	Keluar nanah dari uretra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11.	Gatal, panas, luka di kelamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12.	Benjolan/ bintil sekitar kelamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13.	Keluhan kesehatan lain-lain sebutkan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Riwayat sakit atau perilaku yang pernah dialami:				
14.	Riwayat pengobatan TB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15.	Riwayat pengobatan lama (> 2 bulan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16.	Narkoba Suntik / Penasun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17.	Pernah tes HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18.	Pernah menderita salah satu IMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19.	Perilaku sex beresiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20.	Riwayat mendapat transfusi darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21.	Riwayat sakit / pengobatan lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

PEMERIKSAAN FISIK:

Pemeriksaan	normal	ada kelaianan	Deskripsi kelaianan
Keadaan Umum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tinggi badan, Berat Badan	TB _____ cm	BB _____ kg	_____
Tekanan darah	Sis _____	Dias _____	_____
Konjungtiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bercak putih pada mulut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pembesaran kelenjar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Jantung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Paru-paru kelaianan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Extremitas (luka tembak, luka tusuk, cacat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kelainan Kulit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Needle Tract	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tatoo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aksesoris kelamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

HASIL PEMERIKSAAN :

Kesimpulan	<input type="checkbox"/> Sehat	<input type="checkbox"/> Tidak sehat
Penyakit / masalah kesehatan 1	_____	
Penyakit / masalah kesehatan 2	_____	
Penyakit / masalah kesehatan lain	_____	
Diduga sakit / pernah sakit	<input type="checkbox"/> TB	<input type="checkbox"/> IMS
Perlu PITC/ VCT	<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak
Perlu follow up pengelolaan	<input type="checkbox"/> dokter	<input type="checkbox"/> Dr. gigi
	<input type="checkbox"/> TB	<input type="checkbox"/> CST

Demikian berita acara ini dibuat sebenar-benarnya dengan mengingat sumpah jabatan.

Tanda Tangan,
Yang bersangkutan,

Jakarta, _____ 2012
Dokter,

NIP.....

Mengetahui :
Kepala,

NIP.

LAMPIRAN 2

PEMERIKSAAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS)

Nomor Registrasi :
 Alamat : _____ Umur _____ Tahun
 Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan Status Perkawinan : 1. Menikah 2. Tidak Menikah 3. Cerai
 Status Kehamilan : 1. YA 2. TIDAK Usia Kehamilan : 1. TR1 2. TR2 3. TR3 4. Tidak Tahu
 Pendidikan Terakhir : _____
 Faktor Resiko : 1. PPS 2. LPS 3. Waria 4. LSL 5. Penasun 6. WBP 7. Pasangan Risti 8. Pelanggan PS 9. Lain – lain

	Tanggal (m/d/y)	Tanggal (m/d/y)	Tanggal (m/d/y)	Tanggal (m/d/y)	Tanggal (m/d/y)
Kunjungan ke					
Alasan kunjungan					01. PPB 02. Penajasan Rutin 04. Sakit 90. Lainnya
Keluhan IMS					
01. Duh Tubuh 02. Gatal 03. Kencing Sakit 04. Nyeri Perut 05. Lecet 06. Bintil Sakit 07. Luka/Ulkus 08. Jengger 09. Benjolan 99. Tdk Ada 97. Menolak 98. Bukan IMS					
ANAMNESA					
Hubungan seks terakhir	..... Hari yll	..... Hari yll	..... Hari yll	..... Hari yll	..... Hari yll
Kondom HUS terakhir	1. Ya 2. Tidak	1. Ya 2. Tidak	1. Ya 2. Tidak	1. Ya 2. Tidak	1. Ya 2. Tidak
Jumlah pasangan seks 1 mg terakhir	.....	.....	.....	.....	.....
Kondom HUS 1 mg terakhir	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3 1. Selalu 2. Kadang-kadang 3. Tidak Pernah
Cuci vagina 1 mg terakhir* Khusus PPS	1. Ya 2. Tidak	1. Ya 2. Tidak	1. Ya 2. Tidak	1. Ya 2. Tidak	1. Ya 2. Tidak
Hasil Anamnesa Lainnya					
PEMERIKSAAN FISIK					
Tanda Klinis IMS	.....	.....	.....	.....	.....
01: DTU 02: DTS 03: Nyeri Perut 04: Lecet 05: Bintil Saki 06: Luka/Ulkus 07: Jengger 08: Bubo 10: DTU 11: Pembengkakan Scrotum 12: DVA 99: Tdk Ada 98: Menstruasi 13: DTM					
Hasil Pemeriksaan Fisik Lainnya					
Rujuk Laboratorium	1. Ya 2. Tidak	1. Ya 2. Tidak	1. Ya 2. Tidak	1. Ya 2. Tidak	1. Ya 2. Tidak
PEMERIKSAAN LABORATORIUM					
PMN Uretra	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -
Diplokokus Intrasel Uretra	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -
PMN Anus (tu hemorrhoid)	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -
Diplokokus Intrasel Anus	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -
T. vaginalis	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -
Kandida	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -
pH	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -
Sniff Test	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -
Clue Cells	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -
RPR/VDRL Titer					
TPHA/TPPA (TP Rapid)	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -	1. + 2. -
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Lainnya					
DIAGNOSA					
07. DTU 17: DTU 22. Ulkus Genital 23. Bubo Inguinal 09. Penyakit Radang Panggul 18. Pembengkakan Skrotum 11. Tumbuhan genital/vegetasi 05. Sifilis Dini 06. sifilis lanjut 01. Gonore/Suspect Gonore/Serviceitis 16. Urethritis non GO 03. Trichomoniasis 24. Ulkus Mole 12. Herpes Genital 04. Kandidiasis 25. Bubo Kondiomata 14. LGV 26. Konjungtivitis Neoratorum 02. BV 19. Proctitis					
Diagnosa Lainnya					
PENGOBATAN DAN KONSELING					
03. Metronidazole 2grpoSD 04. Nystatin 100b/1l1x1subwag.14hr 05. B. Penisilin 2.4grUIMS0 06. B. Penisilin 2.4grUIM3x1int1mg 08. Askiklfr 200mg5x1po7hr 09. Podopilin 1ngtur 10% 12. Azitromisin 1gr poSD 13. Ertromicin 500mg4x1po7hr 17. Metronidazole 2450mgpo14hr 18. Ertromicin 500mg4x1po14 hr 22. Cefixime 400mg poSD 23. Cipro 500mg2x1po 3hr 24. Fluorazal 150mgpoSD 26. Srup ertromisin basa 50mg/kgBB po4x1hr14hr 25. Seftriakson 50-100mg/kgBB IMSD					
Berikan Informasi Perilaku Sex aman(A,B, C) dan Layanan VCT, serta berikan Kartu Rujukan Pasangan					
Jumlah Kondom diberikan	..... buah	..... buah	..... buah	..... buah	..... buah
Jumlah Materi KIE diberikan	..... buah	..... buah	..... buah	..... buah	..... buah
Dirujuk ke VCT	1. Ya 2. Tidak	1. Ya 2. Tidak	1. Ya 2. Tidak	1. Ya 2. Tidak	1. Ya 2. Tidak
Tanda Tangan					
Nama Pemeriksa					
Catatan					

LAMPIRAN 3

FORMULIR TERKAIT KONSELING DAN PEMERIKSAAN HIV

Formulir yang digunakan dalam konseling dan tes HIV, antara lain:

- Formulir 1. Sumpah kerahasiaan pelayanan konseling dan tes HIV
- Formulir 2. Catatan kunjungan harian klien konseling dan tes HIV
- Formulir 3. VCT
- Formulir 4. PITC
- Formulir 5. Persetujuan klien untuk tes HIV
- Formulir 6. Rujukan permintaan pemeriksaan HIV
- Formulir 7. Pengambilan hasil pemeriksaan HIV
- Formulir 8. Laporan hasil tes HIV
- Formulir 9. Rujukan
- Formulir 10. Pelayanan VCT
- Formulir 11. Pelepasan informasi

Formulir 1**SUMPAH KERAHASIAAN PELAYANAN KONSELING DAN TES HIV**

Saya mengerti bahwa, didalam tugas pelayanan saya, saya akan berhubungan dengan informasi pribadi yang sensitif sifatnya mengenai klien yang datang ke tempat layanan konseling dan tes HIV. Saya mengerti bahwa informasi ini sangatlah rahasia dan saya bersumpah untuk melindungi kerahasiaan dari semua klien yang datang ke tempat pelayanan.

1. Saya akan melindungi kerahasiaan dari para klien dengan tidak mendiskusikan atau membuka identitas klien dan status HIV dirinya dengan rekan ditempat kerja.
2. Kasus klien yang akan didiskusikan didalam forum yang formal dengan pengawasan dan tetap tidak menggunakan identitas klien.
3. Jika keterangan dari pekerjaan saya termasuk menangani hasil tes HIV, saya mengerti bahwa hasil tes klien harus ditangi dengan amat sangat rahasia. Saya mengerti bahwa adanya potensi bahaya sosial yang mungkin terjadi kepada para klien yang hasil tesnya tidak tertutup kepada orang-orang yang tidak mempunyai izin atau otoritas.
4. Saya mengerti bahwa kesengajaan membuka informasi apapun mengenai klien didalam pelayanan ini dapat menyebabkan pemutusan hubungan kerja atau tuntutan hukum kepada diri saya.

 NAMA PETUGAS/STAFF VCT/LAB

 TANGGAL & TANDA TANGAN STAF

 NAMA DARI SAKSI

 TANGGAL & TANDA TANGAN DARI SAKSI

 NAMA PENANGGUNGJAWAB
LAYANAN

 TANGGAL & TANDA TANGAN DARI
PENANGGUNGJAWAB LAYANAN

Formulir 2

FORM 2. BUKU KUNJUNGAN KLIEN

Buku kunjungan klien dapat dibuat oleh masing-masing layanan. Tidak ada bentuk formulir khusus, mengingat buku kunjungan klien akan bervariasi tergantung dari kebutuhan informasi di setiap layanan. Dalam membuat buku kunjungan klien, minimum variabel data yang akan dikumpulkan adalah sebagai berikut:

- tanggal kunjungan
- No Registrasi sama dengan no ID pada form 3a)
- nama kota tinggal saat ini
- nama konselor yang akan melayani

No	Tanggal kunjungan	No rekam medis	No Registrasi	Kota Tempat tinggal	Nama Konselor
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

Formulir 3

FORMULIR VCT

RAHASIA

Nomor Registrasi :

Alamat : _____ Kota/Kab : _____ Umur _____ Tahun

Status Perkawinan : 1. Menikah 2. Belum/Tidak Menikah 3. Cerai Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan

Pendidikan Terakhir : _____ Jumlah anak kandung _____ orang Umur anak terkecil _____ tahun

Status kehamilan : 1. Trimester I 2. II 3. III 4. Tidak hamil 9. Tidak tahu

Kelompok Risiko (boleh diisi lebih dari satu): 1. PS, [1. langsung 2. Tidak Langsung] Lamanya Bln/Thn 2. Waria
3. Penasun, Lamanya Bln/Thn 4. Gay 5. Pelanggan PS 6. Pasien TB 7. Pasangan Risti 8. WBP 9. Lainnya

Pekerjaan : 1. Tidak Bekerja 2. Bekerja, Jenis Pekerjaan : _____

Tanggal Konseling Pre Tes HIV	__/__/__
Status Pasien	1. Baru 2. Lama
Alasan Tes HIV	1. Ingin tahu saja 2. Mumpung gratis 3. Untuk bekerja 4. Ada gejala tertentu 5. Akan menikah 6. Merasa berisiko 7. Rujukan 8. Tes ulang (<i>window period</i>) 9. dirujuk dari LSM 10. Lainnya :
Mengetahui Adanya Tes Dari	1. Brosur 2. koran 3. TV 4. Dokter 5. Teman 6. Petugas Outreach 7. Poster 8. Lay Konselor 9. Lainnya
Pernah tes HIV sebelumnya	1. Ya, Dimana Kapan : hr/Bln/Thn Hasil: 1. Non Reaktif 2. Reaktif 9. tidak tahu 2. Tidak
KAJIAN TINGKAT RISIKO	
Hubungan seks vaginal berisiko	1. Ya, kapan hr/Bln/Thn 2. Tidak
Anal seks berisiko	1. Ya, kapan hr/Bln/Thn 2. Tidak
Bergantian peralatan suntik	1. Ya, kapan hr/Bln/Thn 2. Tidak
Transfusi darah	1. Ya, kapan hr/Bln/Thn 2. Tidak
Transmisi Ibu ke Anak	1. Ya, kapan hr/Bln/Thn 2. Tidak
Lainnya (sebutkan)	..... kapan hr/Bln/Thn
Periode jendela (<i>window periode</i>)	1. Ya, kapan hr/Bln/Thn 2. Tidak
Kesediaan Untuk Tes	1. Ya 2. Tidak
TES ANTIBODI HIV	
Tanggal Tes HIV	__/__/__
Jenis Tes HIV	1. Rapid Tes 2. EIA
Hasil Tes R1	1. Non Reaktif 2. Reaktif Nama Reagen :
Hasil Tes R2	1. Non Reaktif 2. Reaktif Nama Reagen :
Hasil Tes R3	1. Non Reaktif 2. Reaktif Nama Reagen :
Kesimpulan Hasil Tes HIV	1. Non Reaktif 2. Reaktif 3. Indeterminate
KONSELING PASCA TES	
Tanggal Konseling Pasca Tes	__/__/__
Tindak Lanjut (boleh diisi lebih dari satu)	1. Rujuk ke MK 2. Rujuk ke RS 3. Rujuk ke Rehab 4. Rujuk ke LSM 5. Datang kembali karena masa jendela 6. Rujuk ke dokter 7. Rujuk ke klinik IMS 8. Rujuk ke klinik TB 9. Rujuk ke klinik Metadon 10. Rujuk ke layanan LJSS 11. ODHARUK ARV
Terima hasil	1. Ya 2. Tidak
Skrining Gejala TB	1. Ya 2. Tidak
Nama Konselor	
Status Klinik	1. Klinik Utama 2. Klinik Satelit
Jenis Pelayanan	1. Klinik Menetap 2. Klinik Bergerak

Formulir 4

FORMULIR PITC

RAHASIA

Nomor Registrasi :

Alamat : _____ Kota/Kab : _____ Umur _____ Tahun

Status Perkawinan : 1. Menikah 2. Belum/Tidak Menikah 3. Cerai Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan

Pendidikan Terakhir : _____ Jumlah anak kandung _____ orang Umur anak terkecil _____ tahun

Status kehamilan : 1. Trimester I 2. II 3. III 4. Tidak hamil 9. Tidak tahu

Pekerjaan : 1. Tidak Bekerja 2. Bekerja, Jenis Pekerjaan : _____

Tanggal Pemberian Informasi	__/__/__		
Pernah tes HIV sebelumnya	1. Ya, Dimana Kapan : hr/Bln/Thn		
	Hasil 1. Non Reaktif 2. Reaktif 9. tidak tahu 2. Tidak		
Penyakit Terkait Pasien (boleh diisi lebih dari satu)	1. TB 2. Diare 3. Kandidiasis oralesovagial 4. Dermatitis 5. LGV 6. PCP 7. Herpes 8. Toksoplasmosis 9. Wasting syndrome 10. IMS lainnya _____ 11. Lainnya _____		
Kesediaan Untuk Test	1. Ya 2. Tidak		
TES ANTIBODI HIV			
Tanggal Tes HIV	__/__/__		
Jenis Tes HIV	1. Rapid Tes 2. EIA		
Hasil Tes R1	1. Non Reaktif 2. Reaktif	Nama Reagen :	
Hasil Tes R2	1. Non Reaktif 2. Reaktif	Nama Reagen :	
Hasil Tes R3	1. Non Reaktif 2. Reaktif	Nama Reagen :	
Kesimpulan Hasil Tes HIV	1. Non Reaktif 2. Reaktif 3. Indeterminate		
PENYAMPAIAN HASIL TES			
Tanggal Penyampaian Hasil Tes	__/__/__		
Terima hasil	1. Ya 2. Tidak		
Skrining Gejala TB	1. Ya 2. Tidak		
Tindak Lanjut (boleh diisi lebih dari satu)	1. Rujuk Konseling Lanjutan 2. Rujuk ke PDP 3. Tidak Dirujuk		
Nama Petugas Kesehatan			

Formulir 5

FORMULIR PERSETUJUAN TES HIV

Saya yang bernama dibawa ini telah menerima informasi dan konseling yang menyangkut hal-hal sebagai berikut:

- a. Informasi dasar HIV dan AIDS
- b. Kegunaan dari tes HIV
- c. Keuntungan dan tantangan yang saya peroleh setelah tes HIV
- d. Pencegahan HIV dan peningkatan kualitas hidup dengan HIV

Saya telah memahami informasi diatas yang telah saya terima dan secara sukarela menyetujui untuk menjalani pemeriksaan darah HIV dengan ketentuan bahwa hasil tes akan rahasia dan dapat di buka kepada pihak lain yang akan memberikan layanan lanjutan kepada saya. Saya menyetujui untuk diambil darah untuk pemeriksaan HIV dan kemudian mendiskusikan kembali hasil tes dan cara-cara untuk meningkatkan kualitas hidup dengan HIV AIDS.

Saya dengan ini menyetujui tes HIV.

Tanda Tangan/Cap Jempol

Tanda Tangan

Nama Klien

Nama Konselor

Formulir 6

RUJUKKAN PERMINTAAN PEMERIKSAAN ANTI HIV

Tanggal :

Kode. Klien :

Sudah menandatangani persetujuan pemeriksaan :

Ya Tidak

Klien memiliki risiko tertular HIV :

Ya Tidak

Klien menunjukkan gejala AIDS :

Ya Tidak

Menyetujui pemeriksaan darah,

Nama Terang Dokter

Formulir 7**PENGAMBILAN HASIL PEMERIKSAAN ANTI HIV
MELALUI KONSELING PASCA TES HIV**

Tanggal :

Kode. Klien :

Tanda Tangan

Nama Dokter

Dibeberapa tempat formulir ini diganti dengan kartu pasien

Formulir 8Catatan Medis Klien : **LAPORAN TES HIV ANTI BODI**

Kode Klien : _____ Tanggal : __/__/__

LAPORAN LABORATORIUM

NAMA TES	HASIL
1. _____	<input type="checkbox"/> Reaktif <input type="checkbox"/> Non Reaktif
2. _____	<input type="checkbox"/> Reaktif <input type="checkbox"/> Non Reaktif
3. _____	<input type="checkbox"/> Reaktif <input type="checkbox"/> Non Reaktif
HASIL AKHIR	
<input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> HIV Reaktif	

Tanda tangan yang berwenang

Lokasi serta alamat dan nomor telepon harus disertakan dibawah ini.
Salinan dari laporan ini tidak boleh diberikan kepada klien

Formulir 9**RUJUKAN UNTUK KLIEN**

Tanggal Rujukkan dibuat : / /
 Rujukkan dibuat oleh :
 Dirujuk kepada :
 Alamat instansi yang dirujuk :
 No Telefon :
 No Faximile :

Kepada rekan-rekan yang terhormat,

Kami dari penyelenggara layanan konseling dan pemeriksaan HIV mengajukan permohonan agar klien/pasien ini mendapatkan dukungan, perawatan ataupun pengobatan yang sesuai dengan kebutuhan klien/pasangan. Klien/pasien ini yang sebelumnya telah mendapatkan pelayanan di konseling dan testing. Klien/pasien ini telah memberikan persetujuan untuk mendapatkan penanganan dan pelayanan lebih lanjut sebagai berikut:

1. Konseling Psikososial Lanjutan
2. Pemeriksaan kesehatan dasar untuk HIV
3. Bantuan untuk perawatan di sosial di rumah dan lingkungan
4. Kelompok dukungan orang dengan HIV
5. Konseling NAPZA
6. Bantuan akomodasi
7. Lainnya, sebutkan

Catatan khusus :

Tanda tangan petugas

Nama :

No. Telefon :

Formulir 10

FORM PELAYANAN VCT
(Berikan tanda V pada lingkaran berikut)

1. Apakah anda mendapatkan pelayanan VCT secara bersahabat?
 Ya Tidak
2. Apakah anda mendapatkan informasi HIV AIDS dan tes HIV secara lengkap?
 Ya Tidak
3. Apakah proses pelayanan VCT sesuai dengan harapan anda?
 Ya Tidak
4. Saran-saran yang dapat anda berikan:

Formulir 11

IZIN KLIEN UNTUK PERSETUJUAN MELEPAS INFORMASI

KETERANGAN KLIEN	
Nama Klien : Keterangan untuk dihubungi (jika klien setuju) :	
IZIN PERSETUJUAN UNTUK MELEPAS INFORMASI HASIL TES HIV	
Saya _____ memberikan izin kepada _____ (nama klien) (nama dokter/Konselor)	
Untuk menyediakan informasi dan merujuk saya pada penanganan lanjutan, sebagai berikut :	
<input type="checkbox"/> Informasi konseling lanjutan <input type="checkbox"/> Informasi dukungan psikososial ekonomi <input type="checkbox"/> Orang-orang yang saya hubungi <input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan)	
Keterangan: Informasi menyediakan untuk (nama staff anggota) di (nama tempat/instansi)	
Saya mengerti bahwa dimana informasi tersebut disediakan untuk tujuan dirujuk kepada orang lain, saya memberikan izin kepada organisasi tersebut untuk kembali menyediakan informasi kepada konselor saya mengenai hal rujukan terhadap diri saya. Saya mengerti bahwa saya dapat membatalkan wewenang untuk memberikan informasi atau keterangan diri saya yang rahasia ini kapan saja inginkan.	
Tertanda : _____ (tanda tangan klien)	Tertanda: _____ (tanda tangan dokter/konselor)
Tanggal ditanda tangani : __/__/__	
PENARIKAN PERSETUJUAN PEMBERIAN IZIN	
Saya menarik kembali persetujuan saya memberikan informasi atau keterangan konfidensial diri saya disediakan kepada nama diatas	
Tertanda : _____ (tanda tangan klien)	Tertanda _____ (tanda tangan dokter/konselor)
Tanggal ditanda tangani : __/__/__	

LAMPIRAN 4

IKHTISAR PERAWATAN HIV DAN TERAPI ANTIRETROVIRAL (ART)

(Disiapkan dalam rekam medis pasien dan disimpan di Instalasi Rekam Medis)

1. DATA IDENTITAS PASIEN											
No. Register Nasional: <input type="checkbox"/>	Umur : tahun/bulan		Riwayat Alergi Obat								
Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P	Nama Pengawas Minum Obat (PMO) : .....		.....						
Hubungannya dgn pasien :	Alamat dan no. Telp. PMO : .....		.....						
Tanggal konfirmasi tes HIV +:			Tempat:								
Entry point: 1-KIA, 2-Rawat Jalan (TB, Anak, Penyakit Dalam, IMS, lainnya .....)			.....							
3-Rawat Inap, 4-Praktek Swasta, 5-Jangkauan (DU, PSK, LSL,), 6-LSM, 7-Datang sendiri			.....							
8-Lainnya, uraikan .....			.....					
<input type="checkbox"/> Pasien dirujuk masuk dari klinik lain: 1. Tanpa ART; 2. Dengan ART Nama klinik sebelumnya: Tgl Rujuk Masuk (RM):											
2. Riwayat Pribadi (Pilih salah satu)			3. Riwayat Keluarga (Pilih salah satu)								
0-Tidak sekolah			Status pernikahan								
1-SD			<input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Belum menikah <input type="checkbox"/> Janda/Duda								
2-SMP											
3-SMU											
4-Akademi											
5-Universitas											
Status Pekerjaan			Nama		Hub		Umur		HIV +/-	ART ya/tidak	No.Reg. Nas.
0-Tidak bekerja											
1-Bekerja											
1-Heteroseksual											
2-Homoseksual											
3-Biseksual											
4-Perinatal											
5-Transfusi Darah											
6-NAPZA suntik											
7-Lain2, uraikan											
4. Riwayat terapi antiretroviral											
Pernah menerima ART?											
1. Ya	2. Tidak	Jika ya: 1. PMTCT 2. ART 3. PPP Tempat ART dulu: 1. RS Pem 2. RS Swasta 3.PKM									
Nama, dose ART & lama penggunaannya:											

5. Pemeriksaan Klinis dan Laboratorium										
Tanggal (hh/bb/yy)		Stad WHO		BB		Status Fungsional 1 = Kerja, 2 = Amalutol, 3 =bating		Jumlah CD4 (CD4 % pd anak2)		Lain-lain
Kunjungan pertama										
Memenuhi syarat medis utk ART										
Saat mulai ART										
Setelah 6 bulan ART										
Setelah 12 bulan ART										
Setelah 24 bulan ART										
6. Terapi Antiretroviral (ART)										
Nama rejimen ART										
SUBSTITUSI dalam lini-1, SWITCH ke lini -2, STOP										
Tgl	Substitusi	Switch	Stop	Resast	Alasan	Nama rejimen baru				
1 - AZT+3TC+NVP										
2 - AZT+3TC+EFV										
3 - TDF+3TC+NVP										
4 - TDF+3TC+EFV										
5 -										
Alasan SUBSTITUSI/SWITCH: 1. toksisitas/efek samping, 2. hamil, 3. risiko tinggi, 4. TB baru, 5. Ada obat baru, 6. stok obat habis, 7. alasan lain (uraikan)										
Alasan STOP: 1. toksisitas/efek samping, 2. hamil, 3. gagal pengobatan, 4. adherence buruk, 5. sakit/IMS, 6. stok obat habis, 7. kekurangan biaya, 8. keputusasaan pasien lainnya, 9. lain-lain										
7. Pengobatan TB selama perawatan HIV										
Klasifikasi TB (pilih)	Tempat pengobatan TB:									
1. TB paru	Kabupaten:									
2. TB ekstra paru: lokasi:	Nama sarana kesehatan:									
3. Kategori anak	No Reg. TB Kabupaten/Kota:									
Tipe TB										
1. Baru	Tgl. mulai terapi TB : <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> (hh/bb/yy)									
2. Kambuh	Tgl. selesai terapi TB: <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> (hh/bb/yy)									
3. Default										
4. Gagal										
8. Akhir Follow-up										
Meninggal dunia	Tgl. meninggal dunia:									
Gagal follow-up (> 3 bulan)	Tgl. Kunjungan terakhir:									
Rujuk Keluar	Tgl:									
	Klinik: baru									

LAMPIRAN 5

Nama :

No. Data :

KUESIONER PRE ARV

Sikap terhadap pengobatan HIV AIDS dengan ARV

1. Apakah anda menyetujui pengobatan dengan ARV?
 - a. Setuju
 - b. Ragu-ragu
 - c. Tidak setuju! Tidak tahu

Aturan minum ARV?

2. Obat apa yang rencananya akan anda minum (nama ARV, Berapa macam)?
Bagaimana cara minum obat tersebut (dosis dan aturan pakai)

Nama Obat	Aturan pakai

- a. Dapat menyebutkan dengan tepat dan detail nama dan aturan pakai
 - b. Hanya menyebutkan ARV atau hanya sebagian yang benar
 - c. Tidak menyebutkan nama obat atau tidak ada yang benar
3. Berapa lama anda harus minum obat ARV?
 - a. Seumur hidup
 - b. Sampai merasa sembuh atau badan enak
 - c. Tidak tahu
 4. Apakah anda siap minum obat ARV setiap hari untuk seumur hidup pada jam yang telah ditentukan?
 - a. Siap
 - b. Ragu-ragu/Bingung
 - c. Tidak siap

Tujuan dan manfaat pengobatan?

5. Apakah tujuan anda minum ARV (efek yang diharapkan)?
 - a. Menyebutkan tujuan dengan benar secara detail (misal untuk menghambat virus berkembang biak, viral load rendah, CD4 naik dll)
 - b. Menyebutkan tujuan secara umum dengan benar (misal untuk kesehatan, daya tahan tubuh dll)
 - c. Tidak mempunyai tujuan/Tidak tahu
6. Apakah anda percaya bahwa akan ada efek perbaikan jika minum ARV sesuai dosis dan waktu yang ditentukan?
 - a. Setuju
 - b. Ragu-ragu
 - c. Tidak setuju/Tidak tahu
7. Apakah efek buruk yang terjadi jika tidak patuh minum obat sesuai anjuran (berhenti, minum ARV seenak sendiri)?
 - a. Menyebut efek dengan benar secara detail (misal resistensi, jumlah virus bertambah, CD4 turun dll)
 - b. Menyebut efek secara umum dengan benar (misal daya tahan tubuh turun, cepat mati dll)
 - c. Tidak mempunyai tujuan/Tidak tahu
8. Apakah anda tahu pengobatan profilaksis bagi ODHA, sebutkan tujuannya (eg. Contrimoxazol (Pirimadex)?
 - a. menyebutkan tujuan dengan benar secara detail (misal mencegah PCP/radang paru-paru, Infeksi Oportunistik)
 - b. Menyebutkan tujuan secara umum dengan benar (misal biar tidak mudah sakit atau ketularan)
 - c. Tidak tahu

Efek samping ARV dan kelanjutan ARV

9. Efek samping apa saja yang mungkin terjadi pada anda?
(Contoh mual, sakit kepala, gatal, anemia, mimpi buruk, kulit melepuh, kuning, pipi kempot)
- a. Menjawab benar >3 b. Menjawab benar 1-3 c. Tidak menjawab/Tidak tahu
10. Apakah anda siap jika ada efek samping yang terjadi?
- a. Siap b. Belum tahu/Belum terfikir c. Tidak siap
11. Langkah apa yang anda lakukan bila terjadi efek samping?
- a. Melanjutkan jika efek samping ringan, jika berat memberi tahu konselor/dokter/Manager kasus untuk konsultasi dan pengobatan
- b. Menyetop sementara obat ARV dan menghubungi konselor/dokter
- c. Membuang obat/menyesal minum ARV dan tidak melanjutkan pengobatan

Faktor pendukung dan penghambat

12. Siapa yang tahu status HIV anda selain dokter dan konselor?
(Orang tua, Saudara/kakak/adik, Istri/suami/patner, Teman)
- a. Dua atau lebih b. Hanya satu c. Tidak ada
13. Bagaimana sikap keluarga terhadap status dan pengobatan HIV anda? *(Bila sudah tahu status)
- a. Mendukung b. Biasa, datar, cuek c. Menentang, stigma
14. Riwayat minum obat terdahulu (dari resep dokter)

Kepatuhan jadwal dan dosis (eg. Waktu dan skala : sangat tidak tepat sampai sangat tepat waktu)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kepatuhan jadwal dan dosis (skala : sangat tidak tepat sampai sangat tepat dosis)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kepatuhan jadwal dan dosis (skala : sangat tidak patuh sampai sangat patuh)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- a. Lebih dari 20 point b. 10-19 point c. Kurang dari 10 point

15. Apakah anda masih dalam konsumsi NAPZA?
- a. Sudah berhenti/sudah selesai therapy b. sedang dalam therapy c. Masih aktif menggunakan

Skor a=1, b=0, c=-1

Siap memulai ART	Observasi/tunda ART	Pasien belum siap ART
Kriteria Skor >7 Tanpa ada satupun skor -1 (negatif) Kecuali pertanyaan dengan tanda bintang (*)	Skor 1-7 Atau ada skor -1 (negatif) Kecuali pertanyaan dengan tanda bintang (*)	Jika Skor keseluruhan <0 Saran : Konseling dukungan sebaya Konseling Adhaerence Konseling pasca test kembali

LAMPIRAN 6

Nama :

No. Reg. :

FORM KEPATUHAN ARV

Bulan : _____

KETERANGAN	PENJELASAN	ENTRY
1. Jumlah pil sisa (tidak terminum)		1.
2. Jumlah pil yang telat (lebh dari satu jam)		2.
3. Jumlah pil yang salah cara minum		3.
4. Skor Adhaerence		4.
5. Alat pendukung	1. Jam 2. Kalender 3. Kotak obat 4. Lainnya	5.
6. Kegiatan/even pengingat jadwal		6.
7. Dugaan gejala efek samping		7.
8. Kendala		8.
9. Rencana solusi		9.
10. Saran konselor		10.

Petugas	PMO	Pasien
---------	-----	--------

LAMPIRAN 8

PENANGGULANGAN TB NASIONAL		FORM. TB.05										
FORMULIR PERMOHONAN LABORATORIUM TB UNTUK PEMERIKSAAN DAHAH												
Nama Unit Yankes : _____	No. Telp. : _____											
Nama tersangka/ pasien : _____	Umur : <input type="text"/> <input type="text"/> tahun											
Jenis Kelamin : Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/>												
Alamat lengkap : _____												
Kabupaten/ Kota : _____												
Propinsi : _____												
Klasifikasi Penyakit Paru <input type="checkbox"/> Extra Paru <input type="checkbox"/> Lokasi : _____	Alasan Pemeriksaan : Diagnosa <input type="checkbox"/> Follow up pengobatan : 1. Akhir intensif <input type="checkbox"/> 2. Akhir sisipan <input type="checkbox"/> 3. 1 bulan sebelum AP <input type="checkbox"/> 4. Akhir pengobatan (AP) <input type="checkbox"/> No.Reg.TB Kab/ Kota : _____											
No. Identitas Sediaan (sesuai dengan TB.06)/...../.....	Tgl. Pengambilan dahak terakhir : _____ Tanggal pengiriman sediaan : _____ Tanda tangan pengambil sediaan : _____											
Secara visual dahak tampak												
Nanah lendir : S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	Bercak darah : S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	Air liur : S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>										
HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM												
No. Register Lab. (sesuai dengan Form di TB.04) :												
Tanggal Pemeriksaan	Spesimen dahak*)	Hasil**)										
 (Sewaktu)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">+++</td> <td style="text-align: center;">++</td> <td style="text-align: center;">+</td> <td style="text-align: center;">1-9***)</td> <td style="text-align: center;">Neg</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table>	+++	++	+	1-9***)	Neg	<input type="text"/>				
+++	++	+	1-9***)	Neg								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
 (Pagi)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
 (Sewaktu)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
*) Diisi sesuai dengan kode huruf sesuai identitas sediaan/ waktu pengambilan dahak.												
) Beri tanda rumpit pada hasil pemeriksaan/ tingkat positif yang sesuai. * Isi dengan jumlah BTA yang ditemukan												
Keterangan : Nomor identitas sediaan terdiri dari 3 kelompok angka dan 1 huruf, sebagai berikut : o Kelompok angka pertama terdiri dari 2 angka, misalnya 02 yang merupakan nomor urut kab/ kota o Kelompok angka kedua juga terdiri dari 2 angka, misalnya 15 yang merupakan nomor urut UPK o Kelompok angka kedua terdiri dari 3 angka, misalnya 237 yang merupakan nomor urut sediaan yang dimulai dengan nomor 001 setiap tahun o Kode huruf : - Penegakan diagnosis A = dahak sewaktu pertama, B = dahak pagi dan C = dahak sewaktu kedua - Follow up bulan ke 2, D & E - Follow up 1 bulan sebelum AP, F & G - Follow up AP, H & I - Setelah sisipan, J & K o Contoh nomor identitas sediaan : 02/15/237 A, 02/15/237 B dan 02/15/237 C		Diperiksa oleh : Tanda tangan pemeriksa (.....)										

LAMPIRAN 10

PENANGGULANGAN TB NASIONAL	TB.09
FORMULIR RUJUKAN / PINDAH PASIEN TB	
Nama Instansi pengirim : _____	Telp. _____
Nama Instansi yang dituju : _____	Telp. _____
Nama Pasien : _____	
Jenis Kelamin : L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	Umur <input type="text"/> <input type="text"/> thn
Alamat lengkap : _____	
No. Reg. TB. Kab/ Kota : _____	
Tanggal mulai berobat : <input type="text"/> <input type="text"/> -- <input type="text"/> <input type="text"/> -- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<u>Jenis paduan OAT:</u>	<u>Klasifikasi/Tipe pasien:</u>
<input type="checkbox"/> Kategori-1	<input type="checkbox"/> Kasus Baru (BTA Positif)
<input type="checkbox"/> Kategori-2	<input type="checkbox"/> Kasus Kambuh/Default/Gagal
<input type="checkbox"/> Kategori Anak	<input type="checkbox"/> Lain-lain (al. Kronik)
<input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan _____	<input type="checkbox"/> Kasus baru (BTA Negatif / Rontgen Pos)
	<input type="checkbox"/> Pindahan
<u>Jumlah dosis (obat) yang sudah diterima:</u>	
Tahap Intensif : <input type="text"/> <input type="text"/> dosis	Tahap Lanjutan : <input type="text"/> <input type="text"/> dosis
<u>Pemeriksaan ulang dahak terakhir :</u>	
Tanggal : <input type="text"/> <input type="text"/> -- <input type="text"/> <input type="text"/> -- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hasil : <input type="text"/>
....., Tgl.	
(_____)	
<u>UNTUK DIISI DAN DIKEMBALIKAN KE UNIT PENGIRIM :</u>	
Nama Pasien : _____	No. Reg. TB. Kab/ Kota : _____
Jenis Kelamin : L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	Umur <input type="text"/> <input type="text"/> thn
Tanggal pasien melapor : <input type="text"/> <input type="text"/> -- <input type="text"/> <input type="text"/> -- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Nama unit pelayanan kesehatan (tempat berobat baru) : _____	
Telp. _____	
....., Tgl.	
(_____)	

LAMPIRAN 12

ALAMAT RUMAH SAKIT, KLINIK, & LSM PEDULI HIV-AIDS, DAN IMS

PROPINSI DKI JAKARTA	
<p>Yayasan Srikandi Sejati (YSS) Jl. Pisangan Baru III No. 64 RT 003/07, Matraman, Jakarta Timur Telp/Fax : (021) 8577018 srikandisejati_foundation@yahoo.com srikandi_war@hotmail.com</p> <p>Sudinkes Jakarta Barat → Klinik Jelia Jl. Blustru No. 1, Kel. Mangga Besar, Jakarta Barat Telp : (021) 5695342</p> <p>Puskesmas Kecamatan Kramat Jati → Puskesmas Kelurahan Bale Kambang Jl. Raya Inpres No. 48, Jakarta Timur Telp : (021) 87791352 Fax : (021) 87793604</p> <p>Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) DKI Jakarta → Klinik Pisangan Jl. Pisangan Baru Timur No. 2-A, Jakarta Timur Telp : (021) 8566535 Fax : (021) 85909885 medispkbi@dnet.net.id</p> <p>Perkumpulan Pemberantasan Tuberculosis Indonesia (PPTI) Jl. Baladewa No. 34, Tanah Tinggi, Jakarta Pusat Telp/Fax : (021) 4241488</p> <p>Puskesmas Gambir Jl. Tanah Abang Jakarta Pusat</p> <p>Puskesmas Kemayoran Jl. Serdang Baru Jakarta Pusat</p> <p>Puskesmas Tanjung Priok Jl. Bugis Jakarta Utara</p> <p>Puskesmas KKP Tanjung Priok Jl. Pelabuhan Jakarta Utara</p> <p>Puskesmas Tambora Jl. Krendang Utara Jakarta Barat</p> <p>Puskesmas Grogol Petamburan Jl. Wijaya II Jakarta Barat</p>	<p>Puskesmas Cengkareng Jl. Kamal Raya Jakarta Barat</p> <p>Puskesmas Tebet Jl. dr. Soepomo Jakarta Selatan</p> <p>Puskesmas Setia Budi Jl. Halimun Jakarta Selatan</p> <p>Puskesmas Jatinegara Jl. Wedana Dalam Jakarta Timur</p> <p>Kios Informasi Kesehatan Universitas Atmajaya Jl. Amasit VI No. 15, Cideng Barat, Jakarta Pusat Telp/Fax : (021) 34833134 kios_info@cbn.net.id</p> <p>Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo → Pokdisus AIDS FKUI Jl. Diponegoro No. 71, Jakarta Pusat Telp/Fax : (021) 3905250</p> <p>Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jl. Deli No. 4, Tj. Priok, Jakarta Utara Telp : (021) 43938478 ext. 227</p> <p>Rumah Sakit Infeksi Pernapasan Prof. Dr. Sulianti Saroso → Bagian Konseling HIV Jl. Sunter Permai Raya, Jakarta Utara Telp : (021) 6506559 ext. 1503/1291/1292</p> <p>Rumah Sakit Dharmais → Poliklinik Khusus HIV/AIDS Jl. Letjen S. Parman Kav. 84-86, Slipi, Jakarta Barat Telp : (021) 5681570 Email : dharmais@dharmais.co.id</p> <p>Rumah Sakit Persahabatan Jl. Persahabatan Raya, Jakarta Timur, 13230 Telp : (021) 4891708 / 4711220 ext. 664 Fax : (021) 4711222</p> <p>Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) → RSKO Cibubur Jl. Lapangan Tembak, Cibubur Telp : (021) 7695461 Fax : (021) 7504022</p>

PROPINSI DKI JAKARTA	
<p>RSKO Fatmawati : Jl. RS. Fatmawati, Cilandak, Jakarta Selatan Rumah Sakit Fatmawati Jl. RS. Fatmawati, Cilandak, Jakarta Selatan Telp : (021) 7501524</p> <p>Klinik Awanama YPI Jl. Kebon Baru IV No. 16 Asem Baris, Tebet, Jakarta Selatan tel. 021-83795480 atau 83705780</p>	<p>Klinik Remaja YPI Jl. Peruk No. 6 Bukit Duri, Tebet, Jakarta Selatan tel. 021-8296153 atau 98237125</p> <p>Puskesmas Kampung Bali Jl. Kampung Bali 23 Tanah Abang, Jakarta Pusat 021-3923544</p>
PROPINSI BANTEN	
<p>Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang → Klinik HIV/AIDS (Lt. 2, di atas UGD) Jl. A. Yani No. 9, Tangerang Telp : (021) 5523507 / 5526686 ext. 330</p> <p>Rumah Sakit Qadr Tangerang Jl. Kompleks Islamic Village, Kelapa Dua, Karawaci, Tangerang Telp : (021) 5463104 / 5469105 / 5464466 Fax : (021) 5470775 Hotline : (021) 68315758</p> <p>RSUD Tangerang Jl. Jend. A Yani No.9 Kab Tangerang 021-5523507</p>	<p>PKM Jl. Emas Jl. Emas Kel. Bencongan Kec. Kelapa Dua – Perum II Kab Tangerang 021-55652703</p> <p>PKM Ciputat Jl. Ki Hajar Dewantara No. 7 Ciputat Kab Tangerang 021-74702350</p> <p>Outlet Metadon Cibodas Jl. Prambanan No. 67 Kota Tangerang 021-5917986</p>
PROPINSI JAWA BARAT	
<p>Srikandi Pasundan Jl. Leuwisari VIII No. 3, Bandung Telp/Fax : (022) 5204592</p> <p>Himpunan Abiasa Jl. Lengkong Besar No. 88 (belakang), Bandung Telp : (022) 4235013 / 91231807 Fax : (022) 4235013 Email : himpunan_abiasa@yahoo.com</p> <p>PKBI Jawa Barat → Klinik Teratai Kesehatan Reproduksi Jl. Sukarno Hatta No. 496, Bandung, 40266 Telp : (022) 70803955 Fax : (022) 7514332</p> <p>→ Klinik IMS PKBI Jawa Barat Jl. Ence Azis No. 58, Bandung, 40181 Telp/Fax : (022) 4263717 Email : klinik_enceazis@yahoo.com</p> <p>Himpunan Konselor HIV/AIDS Jawa Barat (HIKHA) Perumnas Sarijadi, Jl. Sarimanah II Blok V No. 171, RT 03/03, Sarijadi, Bandung, 40151 Telp/Fax : (022) 2019203 Email :hikhajabar@yahoo.com</p>	<p>Rumah Cemara Jl. Geger Kalong Girang No. 52 Bandung, 40154 No. Telepon : +622270794750 +62222011550 rumahcemara@yahoo.com</p> <p>Yayasan Bahtera Jl. Cileutik No. 5, Terusan Buah Batu, Bandung Telp/Fax : (022) 7508670 ybahtera@indosat.net.id</p> <p>Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin → Klinik Teratai RSHS Jl. Eijkman No. 38, Bandung Telp : (022) 2041843</p> <p>→ Klinik PTRM (Methadone) RSHS Jl. Pateur No. 38, Bandung</p> <p>Rumah Sakit Boromeus → Bagian Pastoral Care Jl. Juanda No. 100, Bandung Telp : (022) 2552014 Fax : (022) 2504235</p>

PROPINSI JAWA BARAT	
<p>Rumah Sakit Bungsu Bandung Jl. Veteran No. 6, Bandung Telp : (022) 4231550 ext. 137 Fax : (022) 4231852 Senin – Sabtu : 08.00 – 14.30 WIB</p> <p>Rumah Sakit Ujung Berung Bandung Jl. Rumah Sakit No. 22, Ujung Berung, Bandung, 40612 Telp : (022) 7811794 Fax : (022) 7809580</p> <p>Rumah Sakit POLRI Bandung (Sartika Asih) Jl. Moh. Toha No. 369, Bandung Telp : (022) 5229544 / 5229546 Fax : (022) 5229245</p> <p>Puskesmas Patokbeusi, Subang → Klinik Resik Jl. Raya Pantura, Desa Cibeures, Kecamatan Patokbeusi, Subang, 41262 Telp/Fax : (0260) 710358 Email : pkmpatokbeusi@yahoo.com</p>	<p>Rumah Sakit Jiwa Dr. Marzoeqi Mahdi → Poliklinik NAPZA Jl. Dr. Semeru No. 114, Bogor Telp : (0251) 324025 Fax : (0251) 328129 Hotline : (0251) 343388</p> <p>Rumah Sakit PMI Bogor Jl. Raya Pajajaran No. 80 Bogor Telp : (0251) 324080 ext. 131 Fax : (0251) 324709 Email : rspmibogor@yahoo.com</p> <p>Rumah Sakit Umum Daerah Bekasi Jl. Pramuka No. 55, Bekasi Telp : (021) 8841005 ext. 30 (Bag. Penyakit Dalam)</p> <p>RSUD Gunung Jati Jl. Kesambi No. 56 Kota Cirebon</p> <p>RSUD Tasikmalaya Jl. Rumah Sakit No. 33 Tasikmalaya RSUD. R. Syamsudin. SH Kota Sukabumi Jl. Rumah Sakit No. 01 Cikole</p>
PROPINSI JAWA TIMUR	
<p>Gaya Nusantara Jl. Mojo Kidul Blok I No. 11-A, Surabaya Telp : (031) 5914668 Hotline : (031) 70970121 Email : gayanusantara@indo.net.id Website : http://www.gayanusantara.org</p> <p>Persatuan Waria Kota Surabaya (PERWAKOS) Jl. Banyuwirip Kidul Gg. I-A/7, Surabaya Telp/Fax : (031) 5613127 Email : perwakos2002@yahoo.com Contact Person : Purwanti Triwahyudi</p> <p>Puskesmas Perak Timur Jl. Jakarta No. 9, Pabean, Cantian, Surabaya Telp/Fax : (031) 3524247</p> <p>Hotline Surabaya → Gd. Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan dan Teknologi Kesehatan (P4TK) Jl. Indrapura No. 17, Surabaya Telp : (031) 3566232 Fax : (031) 3566233 Hotline : (031) 3526118 / 3526119 Email : did@indo.net.id</p> <p>Klinik Kesehatan Perempuan Jl. Kalianak Timur Gg. Lebar No. 22, Surabaya Telp : (031) 70993165</p>	<p>Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya → Bagian Penyakit Dalam (Pav. 3 Khusus) Jl. Gadung No. 1, Surabaya Telp : (031) 8438153 ext. 3129 (pav. 3 khusus) Fax : (031) 8437511</p> <p>Rumah Sakit Dr. Soetomo → Bagian Perawatan Intermedite Penyakit Infeksi Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8, Surabaya Telp : (031) 5501163 / 5501068 / 5020079 Fax : (031) 5028735</p> <p>Rumah Sakit Dr. M. Soewandhi Jl. Tambakrejo No. 45-47, Surabaya Telp : (031) 3725905 Fax : (031) 3713651</p> <p>Ikatan Gaya Malang (IGAMA) Jl. Hamid Rusdi No. 67, Malang Telp : (0341) 335770 Fax : (0341) 715340 Email : igamamalang@yahoo.com Website : http://www.geocities/igama.com http://www.on.to/igama.com</p> <p>Puskesmas Sumber Pucung, Malang Jl. TGP No. 2 Desa Sumber Pucung, Kecamatan Sumber Pucung, Kabupaten Malang Telp/Fax : (0341) 385230 Contact Person : Tidak ada, bisa langsung menemui dokter-dokter dari ASA di lokasi</p>

PROPINSI JAWA TIMUR	
<p>Puskesmas Gondanglegi Jl. Diponegoro No. 62, Gondanglegi, Malang Telp/Fax : (0341) 879223</p> <p>Rumah Sakit Dr. Syaiful Anwar Jl. Jkgung Suprpto No. 2, Malang Telp : (0341) 362101 Fax : (0341) 369384</p> <p>Rumah Sakit Islam Dinoyo Jl. M.T. Haryono No. 139, Malang Telp : (0341) 551356 / 580798 / 565448 ext. 119 Fax : (0341) 551257</p> <p>Rumah Sakit Umum Kapanjen, Malang Jl. Panggungrejo No. 1 Kapanjen, Malang Telp : (0341) 395041 / 396627 / 397813 Ext. 225 (poliklinik) / 121 (bid. Pelayanan)</p>	<p>Yayasan Sadar Hati Jl. Kampar No. 9, Malang Telp/Fax : (0341) 486795 Email : sadarhati@jangkar.net</p> <p>Klinik Bakti Husada KK Bina Sehat Jl. Letkol Istiqlah No. 42, Banyuwangi Telp : (0333) 429303 / 421354 Fax : (0333) 424794</p> <p>Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Jl. Letkol Istiqlah No. 49, Banyuwangi Telp : (0333) 421072 / 421118</p>
PROPINSI JAWA TENGAH	
<p>Rumah Sakit Dr. Kariyadi → Instalasi Rawat Jalan Jl. Dr. Sutomo No. 16, Semarang Telp : (024) 8413476 / 8413764 ext. 6186</p> <p>Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang Jl. Fatmawati No. 1, Pedurungan, Semarang Telp : (024) 6711500</p> <p>Rumah Sakit Tugurejo Jl. Raya Tugurejo, Semarang Telp : (024) 70796200 (VCT) / 7605378</p> <p>Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4) Semarang Jl. KH. Achmad Dahlan No. 39 Semarang Telp/Fax : (024) 8316758</p> <p>PKBI Jawa Tengah → Klinik Warga Utama Jl. Jembawan No. 8, Semarang Telp : (024) 7603503 Fax : (024) 7601989</p> <p>→ Klinik PKBI Semarang Jl. Argorejo X/17, Kelurahan Kalibanteng Kulon, Semarang Barat Telp : (024) 7612948 Hotline : 0815.6620092</p> <p>Yayasan Wahana Bhakti Sejahtera Jl. Raden Patah No. 227-279, Semarang; d/h Klinik Budi Husada (Lt. 3) Telp/Hotline : (024) 70779010 Fax : (024) 7612156</p>	<p>PKBI Kab Tegal, Slawi Jl. H. Samanhudi, Trayemen, Slawi Telp : (0283) 491808</p> <p>PKBI Kota Tegal Jl. Raya Suradadi Km. 12, Tegal</p> <p>Rumah Sakit Umum Dr. Moewardi, Solo → Poliklinik Cendana Jl. Kol. Soetarto No. 132, Solo Telp : (0271) 634634 / 637412 ext. 200</p> <p>Rumah Sakit Dr. Oen, Surakarta Jl. Brigjen Katamso No. 55, Surakarta Telp : (0271) 643139 ext. 212 / 401 (UGD) Fax : (0271) 660935 / 642026</p> <p>Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas Jl. Rumah Sakit No. 1, Banyumas Telp : (0281) 796031 / 796511 / 7621111 ext. 122 Fax : (0281) 796182 (sekretariat) Hotline : 0813.28800461</p> <p>Rumah Sakit Umum Prof. Dr. Margono Soekardjo Jl. Dr. Gumbreg No. 1, Purwokerto Telp/Fax : (0281) 632708 minta disambungkan ke klinik VCT Hotline : 0812.2512497</p>

PROPINSI DI YOGYAKARTA	
<p>PKBI DIY → Klinik Kesehatan Reproduksi Jl. Tentara Rakyat Mataram, Gg. Kapas JT-I/705, Badran, Yogyakarta, 55231 Telp : (0274) 586767 Fax : (0274) 513566</p> <p>→ Lentera Sahaja Jl. Taman Siswa, Gg. Basuki, Surokarsan MG-II No. 560, Yogyakarta, 55151 Telp : (0274) 419709 Fax : (0274) 513566 Email : lentpkbi@indosat.net.id</p> <p>→ Griya Lentera Jl. Sosrowijayan Kulon GT-I/190 Yogyakarta Telp : (0274) 586767 Hotline : 0812.2708753 Email :pkbi-diy@yogya.wasantara.net.id</p> <p>Klinik Philia Jl. Sudirman No. 70, Yogyakarta Telp : (0274) 586688 ext. 1234 Fax : (0274) 563312</p> <p>Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta → Klinik Gempita Jl. K.H. Achmad Dahlan No. 20, Yogyakarta Telp : (0274) 512653 ext. 180</p> <p>Rumah Sakit Dr. Sardjito → Poliklinik Edelweis Jl. Kesehatan No. 1, Yogyakarta Telp : (0274) 587333 ext. 494 Fax : (0274) 565639 / 520410</p>	<p>Rumah Sakit Panti Rapih → Klinik Umum (VCT) Jl. Cik Di Tiro No. 30, Yogyakarta Telp : (0274) 563333 ext. 332 / 404 Fax : (0274) 564583</p> <p>Puskesmas Gedong Tengen Jl. Pringgokusuman 30 Yogyakarta 0274-7494696</p> <p>Puskesmas Umbulharjo I Jl. Veteran 43 Yogyakarta 0274-419704</p> <p>RSUD. Kota Yogyakarta Jl. Wirosaban No. 1 Yogyakarta 0274-371195</p> <p>Klinik Edelwise RS. Sardjito Jl. Kesehatan No. 1 Sleman 0274-587333</p> <p>RS. Ghrasia Jl. Kaliurang KM. 17, Pakem Sleman 0274-895297</p>
REGIONAL RIAU DAN KEPULAUAN RIAU	
<p>Klinik IMS Budi Kemuliaan Kompleks Nagoya Garden, Blok F/58, Batam Telp : (0778) 454044 / 451281</p> <p>Yayasan Pembinaan Asuhan Bunda (YPAB) Jl. R.E. Martadinata, Sekupang, Batam Telp : (0778) 322347 Fax : (0778) 322684 Email : franciscatanzil@yahoo.com</p> <p>Klinik Puskesmas Lubukbaja Jl. Baloi Center (Depan DC Mall), Batam Telp : (0778) 7028596 / 7058982</p> <p>Rumah Sakit Budi Kemuliaan # Drop In Center YPAB "CASPER" # Klinik Konseling dan Tes HIV Sukarela Jl. Budi Kemuliaan No. 1, Seraya, Batam Telp : (0778) 433246 / 454044 ext. 313</p>	<p>Klinik IMS Puskesmas Tanjung Pinang Jl. Juanda No. 1, Tanjung Pinang, Kepulauan Riau</p> <p>Rumah Sakit Umum Daerah Tanjung Pinang → Klinik VCT Kemuning Jl. Kesehatan No.1, Tanjung Pinang, Kepulauan Riau Telp : (0771) 318374</p> <p>Klinik IMS Batu 24, Puskesmas Tuapaya Lokalisasi Batu 24, Desa Tuapaya, Kec. Gunung Kijang, Kabupaten Bintan Telp : (0771) 21876 / 26873</p> <p>Klinik IMS Bukit Senyum, Puskesmas Tanjunguban Lokalisasi Bukit Senyum Km. 80, Tanjunguban, Kecamatan Bintan Utara, Kabupaten Bintan Telp : (0771) 81500 Fax : (0771) 82200</p>

REGIONAL RIAU DAN KEPULAUAN RIAU	
<p>Puskesmas Tanjungbatu → Klinik IMS Batu 7</p>	<p>Rumah Sakit Umum Daerah Karimun → Klinik Sehati Blok D Jl. Soekarno – Hatta (Jl. Poros) No. 1, Tj. Balai Karimun, Kabupaten Karimun, Kepulauan Riau Telp : (0777) 327808</p>
REGIONAL SUMATERA	
<p>Yayasan Galatea # Kantor 1 : Jl. Laboratorium III No. 5, Medan, 20111 Telp/Fax : (061) 4512702</p> <p># Kantor 2 : Jl. Setia Budi No. 226, Medan Telp : (061) 8213103 Email :galatea_mdn@yahoo.com</p> <p>Rumah Sakit Umum Haji Medan Jl. RS. Haji, Medan Estate, Medan Telp : (061) 6619520 ext. 189 (ruangan dr. JAMAL & Ibu Suryani) / (061) 77211870 (langsung ke bag. VCT)</p> <p>Rumah Sakit Umum Adam Malik Jl. Bunga Lau No 17. Medan Layanan : VCT, ART Senin – Sabtu : 08.00 – 14.30 WIB</p> <p>Cemara Jl. Sutan Syahrir No. 50, Madang Telp/Fax : (0751) 39630 Email : pkbisumbar@netpadang.wasantara.net.id</p> <p>Rumah Sakit Umum M. Hoesin # Bag. VCT Klinik Melati Jl. Jend. Sudirman Km. 3,5 Palembang Telp : (0711) 354088</p> <p>Rumah Sakit Jiwa Palembang Jl. Kol. H. Barlian Km. 6, Palembang Telp : (0711) 410354</p> <p>PKBI Sumatera Selatan Jl. Kol. H. Burlian / Mahkamah Militer Km. 6, Palembang Telp/Fax ; (0711) 420786 Email : pkbipalembang.wasantara.net.id</p> <p>Rumah Sakit Umum Dr. M. Junus Jl. Bhayangkara, Sidomulyo, Bengkulu Telp : (0736) 52004 ext. 314</p>	<p>Rumah Sakit Umum Dr. H. Abdoel Moeloek → Bag. Penyakit Dalam Jl. Dr. Rivai No. 6, Penengahan, Bandar Lampung Telp : (0721) 703312 / 703952 / 7462256</p> <p>Rumah Sakit Umum Jambi Jl. Letjen Suprpto, Jambi Telp : (0741) 62364 / 668794</p> <p>RS. Ernaldi Bahar Jl. Kol H. Burlian KM 6 Palembang</p> <p>Puskesmas Sukajadi Jl. Palembang-Betung KM 16 Sukajadi Banyuasin</p> <p>Puskesmas Kutaraya Jl. Kutaraya OKI</p> <p>Puskesmas Timur Jl. Puskesmas Prabumulih</p> <p>Puskesmas Tanjung Morawa Jl. Irian Lingkungan V Kelurahan Pekan Tanjung Morawa Deli Serdang 081226087401</p>

PROPINSI BALI	
<p>Yayasan Gaya Dewata Jl. Suli No. 132, Denpasar Telp/Fax : (0361) 234525 Email : gayadewata@indo.net.id</p> <p>Yayasan Kerti Praja Gedung WM, Jl. Raya Sesetan No. 270, Banjar Pegok, Sesetan, Denpasar, Bali, 80223 Telp : (0361) 728916 / 728917 Fax : (0361) 728504 Email : ykpdps@dps.wasantara.net.id</p> <p>Yayasan Citra Usadha Indonesia Jl. Sari Gading Timar No. 1, Denpasar, Bali Telp : (0361) 263850 Fax : (0361) 229487 Hotline : (0361) 246788 Email : ycu@denpasar.wasantara.net.id</p> <p>Yayasan Mata Hati Jl. Pasekan No. 5, Batu Bulan, Gianyar, Bali Telp/Fax : (0361) 299711 Email : yayasanmatahati@telkom.net</p> <p>Yayasan Kesehatan Bali (YAKEBA) Jl. Merthasari No. 36-A, Denpasar, Bali Telp : (0361) 724699 / 724159 Fax : (0361) 724699 Email : bob@yakeba.com</p>	<p>Yayasan Hati-hati Jl. Dewata I-A/8 Sidakarya, Denpasar, Bali, 80224 Telp/Fax : (0361) 722979 Email : hatihati@dps.centrin.net.id</p> <p>PKBI Bali Jl. Gatot Subroto IV No. 6, Denpasar, Bali Telp : (0361) 430214 / 430133 Fax : (0361) 430214 Email : pkbibali@dps.centrin.net.id</p> <p>Rumah Sakit Sanglah → Klinik Paviliun Nusa Indah Jl. Kesehatan No. 1, Denpasar, Bali Telp/Fax : (0361) 7416791</p> <p>Yayasan Bali Nurani Jl. Gunung Sari III/7, Banjar Sari Buana, Denpasar, Bali Telp : (0361) 486009 / 7435725 Fax : (0361) 486009 Email : info@balinurani.org</p> <p>Wargas Singaraja Jl. Gajah Mada, Lingkungan Tegal Mawar RT 04, Singaraja, Bali Telp : (0361) 28289 Email : siskalove@hotmail.com Contact Person : Siska (HP : 0813.38675794)</p>
REGIONAL KALIMANTAN	
<p>PKBI Kalimantan Barat Jl. Letjen Sutoyo No. 17-A, Pontianak, Kalimantan Barat Telp : (0561) 743446 Fax : (0561) 748384 Email : pkbipontianak.wasantara.net.id</p> <p>Rumah Sakit Umum Dr. Soedarso Jl. Dr. Soedarso No. 1, Pontianak Telp : (0561) 737701 / 7069067 (langsung ke bag. VCT) Fax : (0561) 732077</p> <p>Rumah Sakit Jiwa Pontianak Jl. Ali Anyang No. 1, Pontianak Telp : (0561) 767525 / 764004 (langsung ke bag. VCT) Fax : (0561) 732420 / 764004</p> <p>Rumah Sakit Umum St. Antonius Jl. K.H. Wahid Hasyim No. 249, Pontianak Telp : (0561) 732101</p> <p>Rumah Sakit Umum Dr. Rubini, Mempawah □ Klinik VCT Sahabat Jl. Dr. Rubini No. 1, Mempawah Telp : (0561) 691026 Hotline (24 jam) : (0561) 7086612</p>	<p>Rumah Sakit Umum Dr. Abdul Aziz, Singkawang Jl. Dr. Soetomo No. 28, Singkawang Telp : (0562) 631798 / 636319</p> <p>Rumah Sakit Dirgahayu Jl. Merbabu No. 62, Samarinda Telp : (0541) 742161 / 742116</p> <p>Rumah Sakit TNI Dr. R. Hardjanto Jl. Tanjungpura I, Balikpapan Telp : (0542) 414333 / 423409</p> <p>Rumah Sakit Umum Dr. Dorys Sylvanus Jl. Tambun Bungai No. 4, Palangkaraya Telp : (0536) 3221717 / 3229194 Fax : (0536) 3229194</p> <p>RS Atma Husada Mahakam Jl. Gurami Samarinda, Samarinda</p>

REGIONAL PAPUA	
<p>Rumah Sakit Umum Daerah Dok II → VCT Center Jl. Kesehatan No.1, Jayapura, 99117 Telp/Fax : (0967) 533616 ext. 7011 / 537881 (VCT center)</p> <p>Rumah Sakit Dian Harapan, Jayapura Jl. Kompleks SPG Taruna Bhakti, Waena, Jayapura Telp : (0967) 572123 / 573479 Fax : (0967) 573362</p> <p>Yayasan Sosial Santo Agustinus (YASANTO) Jl. Martadinata, PO BOX 214 Merauke Telp/Fax : (0971) 325371</p> <p>Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR) Jl. Sulawesi No. 1 (samping Bank Mandiri), Merauke Telp/Fax : (0971) 321484 Contact Person : dr. Inge Silvia</p>	<p>Rumah Sakit Umum Merauke Jl. Sukaryo Wiryopranoto, Merauke Telp/Fax : (0971) 321124 / 321125 ext. 809 / 326443 (langsung ke Pokja HIV/AIDS)</p> <p>Rumah Sakit Umum Daerah Sele Be Solu, Sorong → Klinik VCT Jl. Basuki Rahmat Km. 12, Sorong Telp/Fax : (0951) 335811</p> <p>Yayasan Sosial Agustinus (YSA) → Klinik Bintang Timur Jl. R.A. Kartini No. 2, Sorong Telp/Fax : (0951) 322020</p> <p>Rumah Sakit Umum Daerah Manokwari Jl. Bhayangkari No. 1, Manokwari, Irian Jaya Barat Telp : (0986) 211440 / 211441 / 215950 (klinik IMS dan VCT) Fax : (0986) 213189</p>

DAFTAR PUSTAKA

1. Ditjenpas Kemenkumham RI. (2010). Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS di Lapas dan Rutan 2010-2014.
2. Ditjen Pemasarakatan. (2010). Penelitian Prevalensi HIV dan Sifilis serta Perilaku Berisiko Terinfeksi HIV pada WBPdi Lapas/Rutan Indonesia Tahun 2010.
3. Nelwan EJ. et al. (2010). Human immunodeficiency virus, hepatitis B and hepatitis C in an Indonesian prison: prevalence, risk factors and implications of HIV screening. *Tropical Medicine and International Health*. 2010. 15 (12). 1491–1498.
4. UNAIDS, WHO.(2009). AIDS Epidemic Update. <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf> (Diakses 26 Juni 2011)
5. National AIDS Commission. (2010). Indonesian UNGASS Report. <http://www.aidsindonesia.or.id/?file_id=38 > (Diakses 26 Juni 2011)
6. Ditjen Pemasarakatan. Rekapitulasi Jumlah Narapidana/Tahanan dan Kapasitas Hunian Tahun 2005- 2011.
7. KPAN, Depkes RI, dan Family Health International. Integrated Biological-Behavioral Surveillance of Most-at-Risk-Groups (MARG). Indonesia. 2007 dalam Indonesian UNGASS Report 2010.
8. Isa A, dkk. (2009). Pengetahuan dan perilaku berisiko pada warga binaan pemsarakatan Lapas Narkotika Banceuy. ICAAP 9 Publication. Indonesia..
9. Kementerian Kesehatan RI. (2011). Surveilans Terpadu Biologis Perilaku 2011, Jakarta Indonesia .
10. Direktorat Jenderal Pemasarakatan. Penelitian Prevalensi HIV dan Sifilis serta Perilaku Berisiko di Kalangan WBPpada 24 Lapas/Rutan di 13 Propinsi 2010. Jakarta – 2010.
11. Wisaksana R, dkk. (2009). Challenges in delivering HIV-care in Indonesia; experience from a referral hospital. *Acta Med Indonesiana*. 2009 Jul;41 Suppl 1:45-51.
12. WHO. (2010). Priority interventions. HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. Version 2.0 – July 2010
13. UNAIDS. (1993). WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. <http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc277-who-guidel-prisons_en.pdf> (Diakses 9 Juli 2011)

14. WHO. (2005). Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction. <www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78549/E85877.pdf> (Diakses 7 Juli 2011)
15. WHO (1969). Expert Committee on Medical Rehabilitation. Technical Report Series No. 419, 1969.
16. National Working Positive Coalition. (2009). Employment and Vocational Rehabilitation for People Living with HIV/AIDS: A Report to the Presidential Transition Team. <[http://www.aidsaction.org/attachments/503_employement an vocation for ppl living with aids.pdf](http://www.aidsaction.org/attachments/503_employement%20an%20vocation%20for%20ppl%20living%20with%20aids.pdf)> (Diakses 8 Juli 2011)
17. Ditjen Pemasaryakatan. (2009). Pedoman Pencatatan dan Pelaporan HIV-AIDS di Lapas/Rutan.
18. Peraturan Pemerintah RI No. 37 Tahun 2007 tentang Pembagian Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Propinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota.
19. Peraturan Pemerintah RI No. 7 Tahun 2008 tentang Dekonsentrasi dan Asas Pembantuan.
20. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara, pasal 16
21. Peraturan Pemerintah RI Nomor 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah, pasal 23.
22. Permenkumham. (2009). Cetak biru pembaharuan pelaksanaan sistem pemsaryakatan
23. Rizanto Y. (2009). Implementasi sistem pemsaryakatan. Tesis. Universitas Indonesia. Jakarta
24. RSHS. (2010). Dukungan, perawatan dan pengobatan; Komprehensif HIV-AIDS
25. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2007). Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Nasional. edisi 2.
26. WHO. (2003). Health care worker safety
27. Direktorat Pengawasan Kesehatan kerja, Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI. (2005). Pedoman bersama ILO/WHO tentang pelayanan kesehatan dan HIV/AIDS
28. WHO. (2008). Penerapan Kewaspadaan Standar di fasilitas pelayanan kesehatan. <http://www.who.int/csr/resources/publications/AMStandardPrecautions_bahasa.pdf> (Diakses 7 Oktober 2012)
29. Kementerian Hukum dan HAM RI. (2011). Petunjuk Teknis Pencegahan dan Pengendalian Infeksi TB di Lapas dan Rutan
30. FHI Indonesia. (2007). Standar operasional prosedur klinik IMS dan VCT
31. WHO. (2007). Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection
32. Depkumham RI. (2007). Petunjuk Pelaksanaan & Petunjuk teknis; Layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan HIV/AIDS di Lapas/Rutan
33. Winanti, Therapeutic Community; Lapas Klas IIA Narkotika jakarta

34. Harjono, W.J. (2008). Terapi dan Rehabilitasi WBP Narkotika melalui Metode Criminon dan Kesenian
35. Criminon International. (2009). Rehabilitation through Education & Judicial Reform. <<http://www.criminon.org/>> (Diakses 4 Juli 2012).
36. NA Fellowship. (1990). Behind the walls. Narcotics Anonymous World Services, Inc. Chatsworth, California. <http://www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/litfiles/us_english/Booklet/Behind%20the%20Walls.pdf> (Diakses 7 Agustus 2012)
37. NA Fellowship. (1987). Welcome to Narcotics Anonymous. Narcotics Anonymous World Services, Inc. Chatsworth, California. <http://na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/litfiles/us_english/IP/EN3122.pdf>. (Diakses 7 Agustus 2012)
38. NA Fellowship. (2008). Narcotics Anonymous. Narcotics Anonymous World Services, Inc. Chatsworth, California. <http://www.naalamedacounty.org/elements/literature/Basic%20Text,%20Narcotics%20Anonymous/Basic%20Text,%20Narcotics%20Anonymous%20-%20NAWS_%20Inc_.pdf> (Diakses 7 Agustus 2012)
39. Spiritia. Pedoman kelompok dukungan sebaya dan kelompok pengggagas di Indonesia
40. Ditjenpas. (2011). Buka Saku Dukungan Sebaya Di Lapas/Rutan
41. National AIDS Trust (NAT). (2003). HIV/AIDS Stigma and Discrimination: Prisoners. Fact Sheet 4.5, (NAT) National AIDS Trust
42. Hogben et al. (2007). A systematic Review; The effectiveness of HIV partner counseling and referral services. American journal of preventive medicine, Elsevier Inc.
43. Keputusan Menkes RI. (2007). Kebijakan perawatan paliatif. <<http://spiritia.or.id/Dok/skmenkes812707.pdf>> (Diakses 1 Oktober 2011)
44. RumahKanker. (2012). Perawatan Paliatif? Apa sih?. <<http://rumahkanker.com/paliatif/perawatanpaliatif/24-perawatan-paliatif-apa-sih>> (Diakses 4 Oktober 2012)
45. Argitya. (2010). Terapi Komplementer. <<http://argitauchiha.blogspot.com/2010/12/terapi-komplementer.html>> (Diakses 4 Oktober 2012)
46. Yayasan Taman Sringanis. (2009). Program terapi Komplementer untuk meningkatkan derajat kesehatan bagi WB di Lapas

