

Kaskade Perawatan dan Pengobatan HIV dalam Lingkup Masyarakat di Indonesia

Desember 2019

LAPORAN

Kaskade Perawatan dan Pengobatan HIV dalam Lingkup Masyarakat di Indonesia

Desember 2019

Tim Peneliti (urutan alfabet):

Arie Rahadi, Ph.D. (arie.rahadi@atmajaya.ac.id)

Eric Sindunata, M.Psi.

Ignatius Praptoraharjo, Ph.D.

Irwanto, Ph.D.

Yakub Gunawan

Yohanes Gentar, M.I.Kom.

Pusat Penelitian HIV AIDS

Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya

Gedung K2, Ruang K21.08

Jl. Jenderal Sudirman 51, Jakarta 12930 Indonesia

 : pph.atmajaya.ac.id

Daftar singkatan dan akronim

3TC	: Lamivudin
AZT	: Zidovudin
CI	: <i>Confidence Interval</i>
DIPA	: Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran
EFV	: Efavirens
GFATM	: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HR	: <i>Hazard Ratio</i>
Kanwil	: Kantor Wilayah Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia
KP	: Kohort Prospektif
KR	: Kohort Retrospektif
Lapas	: Lembaga Pemasyarakatan
NADHIV	: Narapidana Dengan HIV
NVP	: Nevirapin
ODHIV	: Orang Dengan HIV
Penasun	: Pengguna Narkoba Suntik
RNA	: <i>Ribonucleic Acid</i>
SB	: Simpangan Baku
SIHA	: Sistem Informasi HIV-AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual
TARV	: Terapi Antiretroviral
TDF	: Tenofovir
UNAIDS	: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UPT	: Unit Pelaksana Teknis
VL	: <i>Viral Load</i>

Daftar isi

Daftar singkatan dan akronim	iv
Daftar isi.....	v
Daftar tabel dan gambar.....	vii
Ringkasan eksekutif	viii
1. Pengantar.....	1
2. Tujuan penelitian.....	2
3. Metode	2
3.1. Gambaran umum.....	2
3.2. Eligibilitas	3
3.3. Kejadian (outcome) kohort yang diukur	3
3.4. Lapas lokasi penelitian.....	4
3.5. Prosedur tes HIV dan inisiasi TARV dalam Lapas	4
3.6. Prosedur pengumpulan data kohort	5
3.7. Prosedur pengumpulan data kualitatif	5
3.8. Analisis data.....	6
3.8.1. Analisis kohort	6
3.8.2. Analisis kualitatif	7
4. Hasil	7
4.1. Karakteristik kohort	7
4.1.1. Kohort retrospektif.....	7
4.1.2. Kohort prospektif.....	12
4.2. Analisis kaskade.....	17
4.2.1. Kohort retrospektif.....	17
4.2.2. Kohort prospektif.....	17

4.3. Analisis time-to-event	17
4.3.1. Kohort retrospektif.....	17
4.3.2. Kohort prospektif	20
4.4. Analisis faktor pendukung inisiasi dan atrisi TARV	20
4.5. Analisis kualitatif	20
4.5.1. Tata laksana program	20
4.5.2. Tata kelola program	25
5. Pembahasan	27
5.1. Ringkasan dan implikasi temuan	27
5.2. Keterbatasan penelitian	28
6. Penutup dan rekomendasi	28
6.1. Kesimpulan	28
6.2. Rekomendasi.....	29
6.2.1. Bagi Ditjen Pas:	29
6.2.2. Bagi Kanwil	30
6.2.3. Bagi UPT.....	30
7. Daftar referensi	32

Daftar tabel dan gambar

Tabel 1. Karakteristik kohort retrospektif 18

Tabel 2. Karakteristik kohort prospektif 13

Tabel 3. Hasil regresi Cox untuk kejadian inisiasi TARV dan atrisi TARV 23

Gambar 1. Kaskade perawatan dan pengobatan HIV..... 18

Gambar 2. Tingkat inisiasi TARV kohort retrospektif..... 19

Gambar 3. Tingkat retensi TARV kohort retrospektif 21

Gambar 4. Tingkat inisiasi TARV kohort prospektif..... 22

Ringkasan eksekutif

Kesehatan tahanan dan narapidana merupakan bagian dari sistem kesehatan dengan ketimpangan akses dan kualitas layanan dibandingkan dengan layanan yang tersedia di luar lingkup masyarakat. Layanan HIV yang komprehensif dan berkesinambungan merupakan kunci untuk peningkatan harapan hidup tahanan dan narapidana dengan HIV (NADHIV) baik selama menjalani hukuman dan seandainya. Direktorat Jenderal Pemasyarakatan (Ditjen Pas) Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia bersama dengan Pusat Penelitian HIV AIDS Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya (PPH) melakukan kajian kaskade perawatan dan pengobatan HIV bagi NADHIV sebagai bagian dari evaluasi implementasi dan upaya perbaikan program.

Penelitian ini melihat besaran cakupan program pada tiap fase perawatan, dari diagnosis sampai dengan pengobatan kronis HIV, menganalisis faktor pendukung inisiasi dan retensi terapi antiretroviral (TARV), dan menggali konteks kebijakan dan praktik yang melatarbelakanginya. Penelitian dilakukan di lima Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) di Bali, Jakarta, dan Jawa Barat dengan pengamatan berulang pada NADHIV yang terdiagnosis di Lapas lokasi penelitian dalam periode 2016-2018 (kohort retrospektif [KR]) dan dari Januari-September 2019 (kohort prospektif [KP]). Wawancara mendalam dilakukan kepada pemangku kepentingan dan NADHIV.

Secara keseluruhan 68% NADHIV KR menginisiasi TARV. Kelompok risiko pengguna narkoba suntik (penasun) memiliki tingkat inisiasi TARV yang lebih tinggi (77%) dibandingkan dengan kelompok risiko lainnya (65%). Kelompok penasun juga memiliki tingkat retensi TARV yang lebih rendah (56% vs. 61%). Untuk KP sebanyak 60% NADHIV penasun dan 53% kelompok risiko lainnya menginisiasi TARV, dengan tingkat retensi yang sama (semua masih menjalani TARV). Durasi masa tahanan memengaruhi pertimbangan NADHIV untuk inisiasi TARV. Kelompok penasun memiliki risiko tinggi untuk meninggal atau menghentikan TARV dalam 12 bulan pertama.

Praktik program bervariasi antarlokasi. Skrining dan diagnosis HIV bisa diwajibkan atau ditawarkan bagi semua tahanan/narapidana. Aktivitas program untuk peningkatan inisiasi dan retensi TARV sangat bergantung pada diskresi petugas dan ketersediaan dukungan dari pihak eksternal. Efektivitas program untuk mendukung inisiasi dan retensi TARV dapat ditingkatkan dengan peneyragaman prosedur klinik, peningkatan kapasitas, kepastian dalam pembiayaan dan logistik, serta integrasi sistem pelaporan.

Sejumlah rekomendasi untuk peningkatan kualitas program telah diformulasikan, dan beberapa di antaranya adalah:

- a) Adaptasi program HIV untuk mengatasi komorbiditas kesehatan mental sebagai dampak atau hal yang melatarbelakangi pemakaian narkoba jangka panjang;

- b) Menyeragamkan kualitas praktik skrining dan diagnosis, perawatan, dan pengobatan HIV;
 - c) Menyusun standar biaya perawatan dan pengobatan HIV bagi tahanan/narapidana sebagai dasar untuk penganggaran rutin layanan HIV;
 - d) Menyelenggarakan peningkatan kapasitas secara reguler mengenai tata kelola layanan HIV komprehensif dan berkesinambungan dari Ditjen Pas bagi tim klinik;
 - e) Melakukan pertemuan rutin dengan Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit Umum Daerah tingkat provinsi untuk mengoordinasikan perkembangan layanan HIV di Lapas dan Rumah Tahanan wilayahnya; dan
 - f) Membangun jejaring dengan layanan UPT lain atau fasilitas kesehatan di luar lingkup pemasyarakatan bagi tahanan/narapidana yang menjelang bebas atau ditransfer ke UPT lain.
-

1. Pengantar

Alur pelayanan kesehatan HIV yang komprehensif dimulai dari saat diagnosis dan berujung pada retensi pengobatan seumur hidup bagi Orang Dengan HIV (ODHIV) guna meningkatkan kualitas hidup dan mempertahankan jumlah virus pada tingkat minimal [1]. Performa program yang berkesinambungan dinilai dari jumlah ODHA yang berhasil didiagnosis, proporsi yang memulai pengobatan antiretroviral, dan proporsi yang mempertahankan pengobatannya secara efektif dan kontinu. Transisi dari satu tahap pelayanan (misal, diagnosis) ke tahap berikutnya (misal, pengobatan) terkendala oleh banyak faktor seperti variasi dalam akses layanan, komplikasi perawatan, dan tingkat kematian [2]. Hal ini menimbulkan kesenjangan dalam cakupan pelayanan selanjutnya yang dapat diamati dalam bentuk kaskade.

Analisis terhadap kaskade perawatan dan pengobatan telah menjadi sebuah standar dalam mengevaluasi program pelayanan HIV. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) telah merumuskan agenda global bertajuk 90-90-90 yang mencanangkan target 90% ODHIV mengetahui status HIV-nya (terdiagnosis), 90% ODHA terdiagnosis memulai dan mempertahankan pengobatan antiretroviral, dan 90% ODHA yang menjalani pengobatan mengalami jumlah virus yang tak terdeteksi secara berkelanjutan [3]. Masih didapati kesenjangan yang besar dalam kaskade ini di Indonesia. Pada tahun 2017 dilaporkan hanya 42% ODHIV yang berhasil terdiagnosis dengan proporsi pengobatan sebesar 51% dari mereka yang terdiagnosis [4,5]. Meskipun demikian, angka ini tidak merefleksikan kesenjangan program yang terjadi berdasarkan kelompok sasaran.

Salah satu kelompok sasaran yang belum mendapatkan prioritas dalam evaluasi program nasional adalah tahanan dan terutama narapidana, yang berdasarkan definisinya menjalani kehidupan dalam sistem pemasyarakatan dengan akses dan kualitas layanan sosial yang berbeda dengan yang terdapat di masyarakat umum. Tahanan dan narapidana dalam Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) merupakan salah satu kelompok rentan yang menjadi fokus program nasional penanggulangan HIV/AIDS. Kumpulan riset internasional telah mendokumentasikan dampak buruk pemenjaraan pada kebersinambungan perawatan dan pengobatan HIV dan peningkatan risiko infeksi tuberkulosis [6]. Sebaliknya, sejumlah penelitian lain mengemukakan peran penting Lapas untuk mencakup kelompok risiko yang sulit dijangkau dalam alur perawatan dan pengobatan HIV yang berkesinambungan dalam masa tahanan [7]. Analisis terhadap kaskade pelayanan HIV dalam Lapas dapat menunjukkan area program yang perlu mendapatkan penguatan dan memberikan informasi strategis untuk perencanaan intervensi yang diperlukan untuk mencapai tingkat cakupan program yang optimal.

Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia melalui Direktorat Jenderal Pemasyarakatan (Ditjen Pas) sejak tahun 2010 telah mengembangkan Strategi Penanggulangan

HIV/AIDS dan Penyalahgunaan Narkotika di Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan Negara di Indonesia [8]. Dokumen ini menegaskan HIV/AIDS sebagai isu prioritas dalam layanan Lapas dengan penambahan jumlah Lapas dan Rumah Tahanan dengan layanan komprehensif menjadi 25 UPT di Indonesia [8]. Dalam kesempatan ini, Pusat Penelitian HIV AIDS Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya (PPH) bekerja sama dengan Ditjen Pas untuk melakukan kajian kaskade perawatan dan pengobatan HIV AIDS bagi narapidana sebagai bagian dari upaya peningkatan kualitas layanan kesehatan dalam lingkup pemasyarakatan.

2. Tujuan penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah:

- a) Untuk mendokumentasikan proporsi kaskade dalam rangkaian perawatan dan pengobatan HIV bagi Narapidana Dengan HIV (NADHIV) dari diagnosis, inisiasi terapi antiretroviral (TARV) dan tingkat retensinya, dan sukses TARV;
- b) Untuk mengkaji faktor-faktor yang berhubungan dengan inisiasi dan retensi TARV; dan
- c) Untuk merangkum narasi mengenai konteks praktik, kebijakan, dan pengalaman yang menjelaskan kejadian inisiasi dan retensi TARV.

3. Metode

3.1. Gambaran umum

Penelitian ini terdiri dari dua aspek yang saling berkaitan. Aspek kuantitatif menjelaskan distribusi karakteristik NADHIV, kejadian inisiasi TARV dan kematian atau penghentian (atrasi) pengobatan TARV setelahnya, dan asosiasi hubungan antara keduanya. Aspek kualitatif mencoba memberikan deskripsi konteks dari temuan kuantitatif yang didapat dan karenanya bersifat eksploratif untuk mengungkap motif, keterbatasan dalam praktik, dan dugaan lain yang melatarbelakangi kejadian inisiasi dan atrisi TARV bagi NADHIV.

Aspek kuantitatif penelitian ini mengambil bentuk desain kohort dengan observasi berulang terhadap sekelompok NADHIV yang memenuhi kriteria partisipasi sampai mengalami kejadian inisiasi atau atrisi TARV atau sampai berakhirnya waktu observasi yang ditetapkan. Kohort NADHIV terbagi menjadi dua berdasarkan periode observasi, yaitu:

- a) Kohort retrospektif (KR): dengan partisipasi dari NADHIV yang melakukan tes HIV dan terdiagnosis dalam Lapas lokasi penelitian dari tanggal 1 Januari 2016 sampai dengan 31 Desember 2018. Periode observasi berakhir pada 31 Maret 2019; dan

- b) Kohort prospektif (KP): dengan partisipasi dari NADHIV yang melakukan tes HIV dan terdiagnosis dalam Lapas lokasi penelitian dari tanggal 1 Januari 2019 sampai dengan 31 Desember 2019. Periode observasi akan berakhir pada 31 Desember 2020 dan dalam laporan ini dibatasi sampai dengan 30 September 2019.

3.2. Eligibilitas

NADHIV disertakan menjadi partisipan dalam kelompok KR dan KP bila:

- a) Berusia dewasa (≥ 18 tahun) pada saat diagnosis HIV dalam Lapas;
- b) Diagnosis HIV dilakukan pada klinik Lapas lokasi penelitian; dan
- c) Memberikan persetujuan partisipasi (*informed consent*) bagi NADHIV yang termasuk dalam kelompok KP.

NADHIV rujukan dengan diagnosis HIV atau inisiasi TARV di Lapas atau Rutan selain Lapas lokasi penelitian tidak disertakan dalam penelitian ini.

Untuk aspek kualitatif, informan penelitian yang disertakan adalah:

- a) Perwakilan Seksi Perawatan Kantor Wilayah (Kanwil) Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia (1-2 orang untuk tiap Lapas lokasi penelitian);
- b) Penanggung jawab klinik Lapas lokasi penelitian (1-2 orang untuk tiap Lapas lokasi penelitian);
- c) NADHIV dewasa (≥ 18 tahun) yang telah menjalani TARV (2-4 orang untuk tiap Lapas lokasi penelitian); dan
- d) NADHIV dewasa (≥ 18 tahun) yang belum menjalani TARV (2-4 orang untuk tiap Lapas lokasi penelitian).

3.3. Kejadian (*outcome*) kohort yang diukur

Kejadian yang diukur dalam penelitian ini adalah inisiasi dan atrisi TARV serta pemeriksaan RNA HIV (*viral load*) dan hasilnya. Inisiasi TARV didefinisikan sebagai mulainya TARV dengan rejimen kombinasi antiretroviral sesuai dengan pedoman nasional yang berlaku [9,10]. Atrisi terdiri dari kematian dan penghentian pengobatan oleh NADHIV. Kematian tercatat sebagai meninggalnya NADHIV yang telah memulai TARV pada Lapas lokasi penelitian, yang dilaporkan oleh petugas klinik Lapas setempat. Penghentian TARV terjadi karena NADHIV memutuskan untuk berhenti tanpa rekomendasi petugas kesehatan atau gagal memperoleh obat antiretroviral melalui kunjungan bulanan (alpa) selama tiga bulan berturut-turut. Periode observasi NADHIV akan disensor pada tanggal terakhir alpa dan terhitung sebagai kasus penghentian TARV meskipun pada bulan berikutnya NADHIV tersebut melanjutkan kembali pengobatannya atau meninggal.

Bebas tahanan dan transfer keluar ke Lapas lain tercatat secara terpisah dan tidak dihitung sebagai atrisi. Untuk kedua kejadian ini, hanya jumlah kohort dalam pengamatan (denominator) yang berkurang. Observasi tidak dilanjutkan di luar Lapas lokasi penelitian sehingga periode observasi berakhir pada saat kejadian-kejadian ini.

Jumlah RNA HIV tidak terdeteksi pada batasan deteksi 400 kopi/mL darah diukur saat enam bulan (± 30 hari) dan 12 bulan (± 30 hari) setelah tanggal inisiasi TARV sebagai indikator sukses. Pengukuran dilakukan pada laboratorium rujukan yang telah mendapatkan predikat akreditasi oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

3.4. Lapas lokasi penelitian

Lapas yang menjadi lokasi penelitian dipilih berdasarkan kriteria jumlah NADHIV yang dilaporkan per Februari 2019 oleh Ditjen Pas dan tersedianya klinik dengan jumlah minimum sumber daya manusia (satu orang dokter dan satu orang tenaga kesehatan lainnya). Lapas-lapas ini adalah:

- a) Lapas Kelas I Jakarta (Cipinang);
- b) Lapas Perempuan Kelas IIA Jawa Barat;
- c) Lapas Kelas IIA Bali (Kerobokan);
- d) Lapas Narkotika Kelas IIA Jakarta (Lapas Narkotika Cipinang); dan
- e) Lapas Kelas IIA Jakarta (Salemba);

Pengumpulan data kohort dan kualitatif terlebih dahulu berlangsung pada tiga Lapas (dan Kanwil) yang pertama disebutkan. Pada saat pelaporan *ad-interim* di bulan Juni 2019 Tim Peneliti dan Ditjen Pas mencapai kesepakatan untuk menambah lokasi penelitian pada dua Lapas yang disebutkan terakhir untuk meningkatkan jumlah kohort, baik KR maupun KR. Tidak ada pengumpulan data kualitatif untuk Lapas Narkotika Kelas IIA Jakarta dan Lapas Kelas IIA Jakarta.

3.5. Prosedur tes HIV dan inisiasi TARV dalam Lapas

Tes HIV dan inisiasi TARV ditawarkan kepada narapidana baru dan NADHIV yang sudah memiliki diagnosis HIV (*opt-out*). Namun dalam periode observasi penelitian ini, tidak semua narapidana baru mendapatkan kesempatan untuk tes HIV karena hambatan logistik alat tes dan reagen dari kantor Dinas Kesehatan Provinsi. Tes HIV untuk narapidana mengikuti alur distribusi logistik yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, dan sampai saat ini tidak ada pengadaan mandiri oleh Ditjen Pas.

3.6. Prosedur pengumpulan data kohort

Data kejadian dikumpulkan melalui formulir cetak standar yang merupakan salinan terbatas dari entri data Sistem Informasi HIV-AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (SIHA). SIHA merupakan sistem pelaporan terpadu tingkat fasilitas kesehatan untuk kepentingan pengukuran performa program nasional yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [11]. Kumpulan formulir terdiri formulir diagnosis (karakteristik NADHIV dan tanggal diagnosis HIV), formulir antiretroviral (rejimen TARV awal dan pengantiannya, kondisi klinis saat inisiasi TARV, dan tanggal inisiasi), dan kohort TARV (status TARV bulanan, kejadian TARV, dan tanggalnya). Pengisian dilakukan oleh petugas klinik setelah diberikan pemaparan singkat mengenai cara penggunaannya oleh Tim Peneliti dengan mekanisme penjagaan mutu melalui penyerahan data bulanan kepada Tim Peneliti terhitung sejak April 2019 untuk pemantauan dan penyimpanan berkala dalam bentuk elektronik. Prosedur ini diberlakukan secara seragam untuk KR dan KP.

Pemeriksaan RNA HIV telah direncanakan untuk partisipan KP yang telah menjalani TARV pada saat enam dan 12 bulan setelah tanggal inisiasi. Dalam protokol disebutkan bahwa petugas klinik melakukan pengambilan darah sebanyak 3-5 mL bagi NADHIV yang memenuhi kriteria durasi TARV dan secara sukarela. Sampel darah disimpan untuk maksimum 24 jam sebelum dikirimkan ke laboratorium rujukan untuk pemeriksaan *viral load*. Pemeriksaan ini semula direncanakan untuk dibiayai dari dana program Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) yang dikelola oleh Ditjen Pas atau Dinas Kesehatan Provinsi. Karena pembiayaan ini tidak bisa didapatkan, maka tidak ada hasil *viral load* yang bisa dilaporkan untuk KP yang telah mencapai enam bulan durasi TARV. Koordinasi yang lebih baik dengan Dinas Kesehatan Provinsi diperlukan untuk memungkinkan pemeriksaan *viral load* di periode observasi KP selanjutnya.

3.7. Prosedur pengumpulan data kualitatif

Wawancara mendalam dilakukan oleh Tim Peneliti kepada pihak pemangku kepentingan termasuk penerima manfaat (NADHIV) seperti yang telah disebutkan sebelumnya. Pertanyaan semi-terstruktur diajukan untuk menggali pendapat dan pengalaman berkenaan dengan tata laksana program yang meliputi aspek promosi dan pencegahan, tes HIV, dan inisiasi dan retensi TARV dan tata kelola program yang meliputi aspek praktik kebijakan, kebersinambungan logistik, sumber daya manusia, pembiayaan, dan sistem informasi. Semua proses wawancara direkam dalam bentuk audio untuk kemudian dibuatkan transkrip untuk kepentingan analisis.

Etika penelitian

Protokol penelitian diserahkan kepada Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Katolik Atma Jaya Jakarta untuk uji etika dan mendapatkan persetujuan dengan nomor surat 0843/III/LPPM-PM.10.05/07/2019. Persetujuan juga diberikan untuk permohonan pengecualian permintaan persetujuan untuk berpartisipasi bagi partisipan KR yang telah tuntas periode observasinya saat penelitian berlangsung, sehingga disetarakan sebagai data administratif

program. Persetujuan diminta dari semua partisipan KP, termasuk mereka dengan waktu mulai observasi sebelum proses pengumpulan data dimulai (Juni 2019), dan informan dalam wawancara. Persetujuan juga diperlukan untuk prosedur pengambilan darah untuk pemeriksaan *viral load* bagi partisipan KP. Semua partisipan KP dan informan dalam wawancara mendapatkan penjelasan bahwa mereka dapat sewaktu-waktu menghentikan proses pengumpulan data. Sebelum analisis semua data partisipan kohort dan informan melalui proses deidentifikasi untuk menghilangkan informasi pribadi yang memungkinkan penelusuran identitas. Salinan protokol penelitian dapat diperoleh melalui permintaan tertulis dalam surat elektronik yang ditujukan kepada anggota Tim Peneliti yang bertanggung jawab.

3.8. Analisis data

3.8.1. Analisis kohort

Deskripsi karakteristik NADHIV untuk tiap Lapas lokasi penelitian disajikan untuk KR dan KP. Analisis kaskade perawatan dan pengobatan HIV dilakukan dengan menghitung proporsi NADHIV yang melakukan inisiasi TARV, tetap mendapatkan TARV selama 12 bulan durasi TARV, melakukan pemeriksaan *viral load* pada durasi enam atau 12 bulan pertama, dan mengalami RNA HIV pada tingkat tidak terdeteksi dari hasil pemeriksaan *viral load* terakhir. Status pengobatan terakhir sebelum bebas masa tahanan atau transfer keluar merupakan kejadian yang berlaku bagi partisipan KR dan KP yang memiliki durasi TARV kurang dari 12 bulan.

Setelah itu, kejadian inisiasi dan atrisi TARV dianalisis untuk tiap kelompok kohort menggunakan teknik analisis ketahanan (*survival analysis*) di mana kejadian-kejadian ini diperlakukan sebagai *time-to-event outcome* [12]. Periode analisis dibatasi sampai dengan berakhirnya periode observasi atau pada maksimum 12 bulan untuk KR terhitung dari tanggal diagnosis, untuk kejadian diagnosis, atau dari tanggal inisiasi TARV, untuk kejadian atrisi. Untuk KP periode analisis dibatasi pada maksimum enam bulan.

Kurva Kaplan-Meier untuk kejadian inisiasi dan atrisi TARV disajikan dengan stratifikasi pada kelompok risiko NADHIV (pengguna narkoba suntik [penasun] atau lainnya) dan penyesuaian tingkat stadium klinis HIV pada saat diagnosis HIV dan inisiasi TARV. NADHIV penasun mengalami kerentanan yang tinggi sehingga perlu dibedakan dengan kelompok risiko lainnya [13]. Penyesuaian stadium klinis HIV mengkaji perbedaan interval waktu sampai dengan inisiasi TARV yang dihipotesiskan tidak berbeda antara NADHIV penasun dan kelompok risiko tinggi lainnya sesuai dengan pedoman yang berlaku yang menekankan inisiasi TARV segera tanpa memandang stadium klinis HIV dan nilai hitung CD4 [9,10]. Penyesuaian stadium klinis juga menghilangkan pengaruh prognosis buruk (stadium klinis HIV 3 dan 4) yang berpengaruh pada risiko kematian sehingga lebih tepat untuk menggambarkan kejadian penghentian pengobatan saat analisis atrisi.

Regresi multivariat Cox dilakukan untuk melihat faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian inisiasi dan atrisi TARV. Variabel yang disertakan adalah usia (kontinus), tes HIV sebelum pemenjaraan (biner: Ya dan Tidak), stadium klinis HIV (biner: 1/2 dan 3/4), kelompok risiko HIV (biner: Penasun dan Lainnya), dan periode akses program (biner: <2018 dan 2018-2019). Hanya NADHIV dengan durasi TARV minimal satu bulan yang disertakan dalam analisis atrisi TARV.

Seluruh analisis kaskade dan *time-to-event* untuk kelompok KR menggunakan pembobotan untuk menyetarakan pengaruh variasi jumlah partisipan dari tiap Lapas lokasi penelitian. Pembobotan dilakukan agar tiap partisipan NADHIV di semua Lapas lokasi penelitian memiliki bobot analisis yang sama dengan penyesuaian pada probabilitas seleksi. Jumlah partisipan KP ($n = 22$) tersebar cukup merata pada Lapas lokasi penelitian dan pembobotan juga tidak diterapkan dalam kelompok ini karena jumlahnya yang cukup kecil. Imputasi deterministik dilakukan untuk waktu diagnosis yang hilang ($n = 3$) dengan menarik secara acak nilai jeda waktu diagnosis menuju inisiasi TARV (dalam transformasi akar) dari distribusi normal untuk nilai yang tersedia. Imputasi multipel dilakukan untuk mengisi nilai masa hukuman yang hilang ($n = 22$) dengan metode *predictive mean matching* dan status inisiasi TARV sebagai prediktor [14]. Stata versi 14.2 (College Station, TX) digunakan untuk menganalisis semua data kuantitatif.

3.8.2. Analisis kualitatif

Analisis tematik dilakukan terhadap transkrip hasil wawancara yang telah ditransfer ke NVivo versi 11 (QSR International). Segmen dalam transkrip yang mengandung informasi mengenai aspek program penting yang telah ditetapkan (praktik kebijakan, kebersinambungan logistik, sumber daya manusia, pembiayaan, dan sistem informasi) diberikan label khusus dalam pengolahan data. Segmen-segmen informasi ini diinterpretasikan secara kolektif dan menggali informasi kontekstual seputar temuan utama dari analisis kohort dan potensi kesempatan serta tantangan dalam pengembangan program HIV di Lapas di masa mendatang.

4. Hasil

4.1. Karakteristik kohort

4.1.1. Kohort retrospektif

Tabel 1 memaparkan karakteristik KR secara keseluruhan ($n = 144$) dan bagi partisipan yang telah melakukan inisiasi TARV ($n = 86$). Sebaran partisipan terkonsentrasi pada Lapas Kelas IIA Bali, Lapas Narkotika Kelas IIA Jakarta, dan Lapas Kelas IIA Jakarta dengan 80% dari total KR berasal dari lokasi-lokasi ini. Jumlah partisipan perempuan ($n = 7$) sangat kecil dan terdapat di satu Lapas saja. Usia rata-rata kohort saat diagnosis (median) adalah 32 tahun (*interquartile range* [IQR] =

Tabel 1. Karakteristik kohort retrospektif

Karakteristik	Lapas lokasi studi					Total
	A	B	C	D	E	
I. Kelompok diagnosis						
<i>n</i> diagnosis (%)	23 (15.97)	7 (3.86)	42 (29.17)	41 (28.47)	31 (21.53)	144 (100.00)
Jenis kelamin						
Laki-laki	23 (16.79)	0 (0.00)	42 (30.66)	41 (29.93)	31 (22.63)	137 (95.14)
Perempuan	0 (0.00)	7 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (4.86)
Usia saat diagnosis (tahun), median (IQR) ^a	32 (26-38)	29 (22-40)	31 (27-36)	35 (29-42)	31 (27-35)	32 (27-38)
Status pernikahan, <i>n</i> (%)						
Lajang	18 (24.32)	2 (2.70)	24 (32.43)	16 (21.62)	14 (18.92)	74 (51.39)
Menikah	5 (9.26)	1 (1.85)	13 (24.07)	20 (37.04)	15 (27.78)	54 (37.50)
Ceraai	0 (0.00)	4 (25.00)	5 (31.25)	5 (31.25)	2 (12.50)	16 (11.11)
Pendidikan terakhir, <i>n</i> (%)						
Tidak lulus SMU	12 (16.00)	4 (5.33)	22 (29.33)	21 (28.00)	16 (21.33)	75 (52.08)
Lulus SMU	11 (18.33)	3 (5.00)	16 (26.67)	17 (28.33)	13 (21.67)	60 (41.67)
Pendidikan strata	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (44.44)	3 (33.33)	2 (22.22)	9 (6.25)
Masa hukuman (bulan), mean (SB) ^b	57.83 (30.11)	75.71 (51.19)	49.24 (37.91)	63.10 (13.39)	76.00 (14.87)	61.49 (29.13)
Kelompok risiko HIV, <i>n</i> (%)						
Penasun	13 (35.13)	1 (0.03)	1 (2.70)	15 (40.53)	8 (21.62)	38 (26.39)
Risiko lain	10 (9.43)	6 (5.66)	41 (38.68)	26 (24.53)	23 (21.70)	106 (73.61)

Karakteristik	Lapas lokasi studi					Total
	A	B	C	D	E	
Tes HIV sebelum pemenjaraan, <i>n</i> (%)						
Tidak	2 (1.85)	6 (5.56)	30 (27.78)	39 (36.11)	31 (28.70)	108 (75.00)
Ya	21 (58.33)	1 (2.78)	12 (33.33)	2 (5.56)	0 (0.00)	36 (25.00)
Stadium HIV saat diagnosis, <i>n</i> (%)						
Stadium 1/2	13 (12.75)	7 (6.86)	41 (40.20)	26 (25.49)	15 (14.71)	102 (70.83)
Stadium 3/4	10 (23.81)	0 (0.00)	1 (2.38)	15 (35.71)	16 (38.10)	42 (29.17)
Menjalani TARV, <i>n</i> (%)						
Tidak	0 (0.00)	1 (1.72)	35 (60.34)	16 (27.59)	6 (10.34)	58 (40.28)
Ya	23 (26.74)	6 (6.98)	7 (8.14)	25 (29.07)	25 (29.07)	86 (59.72)
II. Kelompok TARV						
<i>n</i> inisiasi (%)	23 (26.74)	6 (6.98)	7 (8.14)	25 (29.07)	25 (29.07)	86 (100.00)
Jenis kelamin						
Laki-laki	23 (28.75)	0 (0.00)	7 (8.75)	25 (31.25)	25 (31.25)	80 (93.02)
Perempuan	0 (0.00)	6 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	6 (6.98)
Usia saat inisiasi (tahun), median (IQR)	33 (26-38)	32 (25-40)	30 (28-37)	32 (29-41)	31 (28-35)	32 (28-38)
Status pernikahan, <i>n</i> (%)						
Lajang	18 (39.13)	2 (4.35)	3 (6.52)	11 (23.91)	12 (26.09)	46 (53.49)
Menikah	5 (21.74)	0 (1.85)	3 (16.13)	12 (38.71)	11 (35.48)	31 (36.05)
Cerai	0 (0.00)	4 (44.44)	1 (11.11)	2 (22.22)	2 (22.22)	9 (10.47)

Karakteristik	Lapas lokasi studi					Total
	A	B	C	D	E	
Pendidikan terakhir, <i>n</i> (%)						
Tidak lulus SMU	12 (25.53)	4 (8.51)	4 (8.51)	13 (27.66)	14 (29.79)	47 (<u>54.65</u>)
Lulus SMU	11 (30.56)	2 (5.56)	3 (8.33)	11 (30.56)	9 (25.00)	36 (<u>41.86</u>)
Pendidikan strata	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (33.33)	2 (66.67)	3 (<u>3.49</u>)
Masa hukuman (bulan), mean (SB) ^b	57.83 (30.11)	86.00 (47.50)	66.86 (24.60)	62.82 (13.42)	78.32 (14.26)	67.91 (24.69)
Kelompok risiko HIV, <i>n</i> (%)						
Penasun	13 (46.43)	1 (3.57)	0 (0.00)	8 (28.57)	6 (21.43)	28 (<u>32.56</u>)
Risiko lain	10 (17.24)	5 (8.62)	7 (12.07)	17 (29.31)	19 (32.76)	58 (<u>67.44</u>)
Tes HIV sebelum pemenjaraan, <i>n</i> (%)						
Tidak	2 (3.23)	5 (8.06)	6 (9.68)	24 (38.71)	25 (40.32)	62 (<u>72.09</u>)
Ya	21 (87.50)	1 (4.17)	1 (4.17)	1 (4.17)	0 (0.00)	24 (<u>27.91</u>)
Stadium HIV saat inisiasi, <i>n</i> (%)						
Stadium 1/2	13 (25.00)	6 (11.54)	4 (7.69)	17 (32.69)	12 (23.08)	52 (<u>60.47</u>)
Stadium 3/4	10 (29.41)	0 (0.00)	3 (8.82)	8 (23.53)	13 (38.24)	34 (<u>39.53</u>)
Rejimen TARV saat inisiasi						
TDF-3TC-EFV/NVP	23 (29.11)	4 (5.06)	7 (8.86)	23 (29.11)	22 (27.85)	79 (<u>91.86</u>)
AZT-3TC-EFV/NVP	0 (0.00)	2 (28.57)	0 (0.00)	2 (28.57)	3 (42.86)	7 (<u>8.14</u>)
Ganti rejimen TARV setelah inisiasi						
Tidak	22 (26.51)	5 (6.02)	7 (8.43)	24 (28.92)	25 (30.12)	83 (<u>96.51</u>)
Ya	1 (33.33)	1 (33.33)	0 (0.00)	1 (33.33)	0 (0.00)	3 (<u>3.49</u>)

Karakteristik	Lapas lokasi studi					Total
	A	B	C	D	E	
Status pengobatan saat akhir observasi						
Menjalani TARV	5 (13.89)	6 (16.67)	3 (8.33)	6 (16.67)	16 (44.44)	36 (41.86)
Transfer keluar Lapas penelitian	2 (11.76)	0 (0.00)	3 (17.65)	12 (70.59)	0 (0.00)	17 (19.77)
Bebas tahanan	9 (42.86)	0 (0.00)	1 (4.76)	2 (9.52)	9 (42.86)	21 (24.42)
Meninggal	2 (40.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (60.00)	0 (0.00)	5 (5.81)
Berhenti menjalani TARV	5 (71.43)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (28.57)	0 (0.00)	7 (8.14)
Tes VL saat 6 atau 12 bulan masa TARV						
Tidak pernah	22 (26.83)	6 (7.32)	7 (8.54)	22 (26.83)	25 (30.49)	82 (95.35)
Ya - Tidak terdeteksi	1 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	2 (2.33)
Ya - Terdeteksi	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (100.00)	0 (0.00)	2 (2.33)

HIV = *Human Immunodeficiency Virus*; IQR = *Inter-quartile range*; Lapas = Lembaga Pemasyarakatan; Penasun = Pengguna Narkoba Suntik SB = Sim-pangan Baku; SMU = Sekolah Menengah Umum; TARV = Terapi Antiretroviral; VL = *Viral Load*.

Angka cetak miring merupakan proporsi (%) karakteristik per tiap Lapas lokasi studi (strata) sehingga jumlah proporsi lokasi studi A sampai dengan E di-jumlahkan adalah 100 (%). Angka dengan garis bawah merupakan proporsi (%) karakteristik dari total kohort.

Keterangan Lapas lokasi studi: A = Lapas Kelas I Cipinang Jakarta; B = Lapas Perempuan Kelas IIA Jawa Barat; C = Lapas Kelas IIA Kerobokan Bali; D = Lapas Narkotika Kelas IIA Jakarta; E = Lapas Kelas IIA Jakarta.

Keterangan rejimen antiretroviral: 3TC = Lamivudin; AZT = Zidovudin; EFV = Efavirens; NVP = Nevirapin; TDF = Tenofovir.

^a = Hasil perhitungan dengan imputasi deterministik waktu diagnostik yang hilang ($n = 3$) dengan penarikan acak dari distribusi normal untuk nilai yang tersedia.

^b = Nilai yang hilang ($n = 15$) diimputasi dengan teknik imputasi multiple *predictive mean matching* dengan status inisiasi TARV sebagai prediktor.

27-38 tahun), dan cenderung lebih tua pada Lapas Narkotika Kelas IIA Jakarta. Secara keseluruhan mayoritas KR berstatus lajang (51%) dan berpendidikan di bawah Sekolah Menengah Umum (SMU) atau sederajat (52%). Masa hukuman cukup bervariasi dengan rata-rata 49 bulan (Lapas Kelas IIA Bali) sampai dengan 76 bulan (Lapas Perempuan Kelas IIA Jawa Barat dan Lapas Kelas IIA Jakarta). Kelompok risiko penasun hanya dilaporkan oleh 38 (26%) partisipan KR dan mayoritas partisipan penasun hanya terdapat di Lapas Kelas I Jakarta. Sebagian besar KR didiagnosis dengan stadium klinis HIV 1 atau 2 (71%) dan jumlah berimbang antara partisipan dengan stadium klinis HIV awal dan tingkat lanjut (3 atau 4) terdapat di Lapas Kelas IIA Jakarta. Sebagian besar KR (60%) melakukan inisiasi TARV, namun dengan ketimpangan distribusi antarlokasi di mana semua partisipan di Lapas Kelas I Jakarta dan hanya sebagian kecil di Lapas Kelas IIA Bali telah melakukan inisiasi TARV.

Secara umum, kelompok KR yang telah memulai TARV tidak memiliki distribusi yang berbeda dengan kelompok KR secara keseluruhan untuk karakteristik-karakteristik yang telah dilaporkan sebelumnya, walaupun kelompok risiko penasun dan stadium klinis HIV lanjut menempati porsi yang lebih besar. Hampir seluruh partisipan (92%) memulai TARV dengan rejimen kombinasi antiretroviral TDF-3TC-EFV/NVP dan nyaris tidak ada pergantian rejimen setelahnya. Pada akhir periode observasi, 12 NADHIV di dua Lapas lokasi penelitian (Lapas Kelas I Jakarta dan Lapas Narkotika Kelas IIA Jakarta) mengalami atrisi di mana lima di antaranya meninggal. Sebanyak 17 (20%) dan 21 partisipan (24%) menuntaskan masa hukumannya dan dipindahkan ke Lapas lain selama periode observasi. Hanya empat partisipan (5%) pernah mendapatkan pemeriksaan *viral load* sampai dengan 12 bulan durasi TARV, dan hanya dua di antaranya memiliki jumlah RNA HIV tidak terdeteksi dalam darah.

4.1.2. Kohort prospektif

Tabel 2 menyajikan karakteristik KP secara keseluruhan ($n = 22$) dan bagi partisipan yang telah melakukan inisiasi TARV ($n = 12$). Sampai dengan 30 September 2019 Lapas Kelas IA Jakarta tidak memiliki partisipan KP. Sekitar tiga perempat partisipan KP berada di Lapas Kelas IIA Bali dan Lapas Kelas IIA Jakarta. Usia rata-rata KP saat diagnosis (median) secara keseluruhan adalah 34 tahun (IQR = 31-37 tahun) dan cenderung lebih tua untuk partisipan di Lapas Kelas IIA Bali. Hampir separuh (45%) dari KP secara keseluruhan berstatus lajang dan separuhnya (50%) memiliki pendidikan terakhir setara dengan SMU atau sederajat. Masa hukuman rata-rata adalah 65 bulan (simpangan baku [SB] = 27 bulan), dan masa hukuman terlama dan tersingkat masing-masing terdapat pada partisipan di Lapas Kelas IIA Jakarta (rata-rata = 86 bulan; SB = 5 bulan) dan Lapas Kelas IIA Bali (rata-rata = 50 bulan; SB = 36 bulan). Partisipan kelompok penasun tidak berjumlah besar (24%) dan hanya terdapat di Lapas Narkotika Kelas IIA Jakarta dan Lapas Kelas IIA Jakarta. Seluruh KP melaporkan belum pernah mendapatkan tes HIV sebelum pemenjaraan. Sebagian besar KP (55%) berada pada stadium klinis HIV lanjut pada saat diagnosis HIV. Sebanyak 12 orang (55%) melakukan inisiasi TARV yang meliputi semua partisipan di Lapas Perempuan Kelas IIA Jawa Barat ($n = 2$) dan Lapas Kelas IIA Jakarta ($n = 7$), sebagian

Tabel 2. Karakteristik kohort prospektif

Karakteristik	Lapas lokasi studi					Total
	A	B	C	D	E	
I. Saat diagnosis (umum)						
<i>n</i> diagnosis (%)	0 (0.00)	2 (9.09)	8 (36.36)	5 (22.73)	7 (31.82)	22 (100.00)
Jenis kelamin						
Laki-laki	TT	0 (0.00)	8 (40.00)	5 (25.00)	7 (35.00)	20 (90.91)
Perempuan	TT	2 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (9.09)
Usia saat diagnosis (tahun), median (IQR)	TT	31 (21-40)	37 (32-47)	32 (31-33)	34 (32-36)	34 (31-37)
Status pernikahan, <i>n</i> (%)						
Lajang	TT	1 (10.00)	2 (20.00)	4 (40.00)	3 (30.00)	10 (45.45)
Menikah	TT	1 (12.50)	4 (50.00)	1 (12.50)	2 (25.00)	8 (36.36)
Ceraai	TT	0 (0.00)	2 (50.00)	0 (31.25)	2 (50.00)	4 (18.18)
Pendidikan terakhir, <i>n</i> (%)						
Tidak lulus SMU	TT	1 (12.50)	1 (12.50)	3 (37.50)	3 (37.50)	8 (36.36)
Lulus SMU	TT	0 (0.00)	5 (45.45)	2 (18.18)	4 (36.36)	11 (50.00)
Pendidikan strata	TT	1 (33.33))	2 (66.67)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (13.64)
Masa hukuman (bulan), mean (SB) ^a	TT	60.00 (8.49)	49.63 (36.09)	63.36 (8.86)	86.00 (5.29)	64.77 (27.48)
Kelompok risiko HIV, <i>n</i> (%)						
Penasun	TT	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (60.00)	2 (40.00)	5 (22.73)
Risiko lain	TT	2 (11.76)	8 (47.06)	2 (11.76)	5 (29.41)	17 (77.27)

Laporan

Karakteristik	Lapas lokasi studi					Total
	A	B	C	D	E	
Tes HIV sebelum pemenjaraan, <i>n</i> (%)						
Tidak	TT	2 (9.09)	8 (36.36)	5 (22.73)	7 (31.82)	22 (<u>100.00</u>)
Ya	TT	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (<u>0.00</u>)
Stadium HIV saat diagnosis, <i>n</i> (%)						
Stadium 1/2	TT	1 (10.00)	4 (40.00)	3 (30.00)	2 (20.00)	10 (<u>45.45</u>)
Stadium 3/4	TT	1 (8.33)	4 (33.33)	2 (16.67)	5 (41.67)	12 (<u>54.55</u>)
Menjalani TARV, <i>n</i> (%)						
Tidak	TT	0 (0.00)	8 (80.00)	2 (20.00)	0 (0.00)	10 (<u>45.45</u>)
Ya	TT	2 (16.67)	0 (0.00)	3 (25.00)	7 (58.33)	12 (<u>54.55</u>)
II. Kelompok TARV						
<i>n</i> inisiasi (%)	TT	2 (16.67)	0 (0.00)	3 (25.00)	7 (58.33)	12 (100.00)
Jenis kelamin						
Laki-laki	TT	0 (0.00)	TT	3 (30.00)	7 (70.00)	10 (<u>83.33</u>)
Perempuan	TT	2 (100.00)	TT	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (<u>16.67</u>)
Usia saat inisiasi (tahun), median (IQR)	TT	31 (21-40)	TT	32 (31-34)	34 (32-36)	34 (32-36)
Status pernikahan, <i>n</i> (%)						
Lajang	TT	1 (16.67)	TT	2 (33.33)	3 (50.00)	6 (<u>50.00</u>)
Menikah	TT	1 (25.00)	TT	1 (25.00)	2 (50.00)	4 (<u>33.33</u>)
Cerai	TT	0 (44.44)	TT	0 (22.22)	2 (100.00)	2 (<u>16.67</u>)

Karakteristik	Lapas lokasi studi					Total
	A	B	C	D	E	
Pendidikan terakhir, <i>n</i> (%)						
Tidak lulus SMU	TT	1 (20.00)	TT	1 (20.00)	3 (60.00)	5 (41.67)
Lulus SMU	TT	0 (5.56)	TT	2 (33.33)	4 (66.67)	6 (50.00)
Pendidikan strata	TT	1 (100.00)	TT	0 (33.33)	0 (66.67)	1 (8.33)
Masa hukuman (bulan), mean (SB) ^a	TT	60.00 (8.49)	TT	62.00 (5.29)	86.00 (5.29)	75.67 (13.80)
Kelompok risiko HIV, <i>n</i> (%)						
Penasun	TT	0 (0.00)	TT	1 (33.33)	2 (66.67)	3 (25.00)
Risiko lain	TT	2 (22.22)	TT	2 (22.22)	5 (55.56)	9 (75.00)
Tes HIV sebelum pemenjaraan, <i>n</i> (%)						
Tidak	TT	2 (16.67)	TT	3 (25.00)	7 (58.33)	12 (100.00)
Ya	TT	0 (0.00)	TT	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Stadium HIV saat inisiasi, <i>n</i> (%)						
Stadium 1/2	TT	1 (25.00)	TT	1 (25.00)	2 (50.00)	4 (33.33)
Stadium 3/4	TT	1 (12.50)	TT	2 (25.00)	5 (62.50)	8 (66.67)
Rejimen TARV saat inisiasi						
TDF-3TC-EFV/NVP	TT	2 (16.67)	TT	3 (25.00)	7 (58.33)	12 (100.00)
AZT-3TC-EFV/NVP	TT	0 (0.00)	TT	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Ganti rejimen TARV setelah inisiasi						
Tidak	TT	2 (18.18)	TT	3 (27.27)	6 (54.55)	11 (91.67)
Ya	TT	0 (33.33)	TT	0 (33.33)	1 (100.00)	1 (8.33)

Karakteristik	Lapas lokasi studi					Total
	A	B	C	D	E	
Status pengobatan saat akhir obervasi						
Menjalani TARV	TT	2 (16.67)	TT	3 (25.00)	7 (58.33)	12 (<u>100.00</u>)
Transfer keluar Lapas penelitian	TT	0 (0.00)	TT	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (<u>0.00</u>)
Bebas tahanan	TT	0 (0.00)	TT	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (<u>0.00</u>)
Meninggal	TT	0 (0.00)	TT	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (<u>0.00</u>)
Berhenti menjalani TARV	TT	0 (0.00)	TT	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (<u>0.00</u>)
Tes VL saat 6 atau 12 bulan masa TARV						
Tidak pernah	TT	2 (16.67)	TT	3 (25.00)	7 (58.33)	12 (<u>100.00</u>)
Ya - Tidak terdeteksi	TT	0 (0.00)	TT	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (<u>0.00</u>)
Ya - Terdeteksi	TT	0 (0.00)	TT	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (<u>0.00</u>)

HIV = *Human Immunodeficiency Virus*; IQR = *Inter-quartile range*; Lapas = Lembaga Pemasyarakatan; Penasun = Pengguna Narkoba Suntikl SB = Sim-pangan Baku; SMU = Sekolah Menengah Umum; TARV = Terapi Antiretroviral; TT = Tidak Tersedia; VL = *Viral Load*.

Angka cetak miring merupakan proporsi (%) karakteristik per tiap Lapas lokasi studi (strata) sehingga jumlah proporsi lokasi studi A sampai dengan E di-jumlahkan adalah 100 (%). Angka dengan garis bawah merupakan proporsi (%) karakteristik dari total kohort.

Keterangan Lapas lokasi studi: A = Lapas Kelas I Cipinang Jakarta; B = Lapas Perempuan Kelas II Jawa Barat; C = Lapas Kelas IIA Kerobokan IIA Bali; D = Lapas Narkotika Kelas IIA Jakarta; E = Lapas Kelas IIA Jakarta.

Keterangan rejimen antiretroviral: 3TC = Lamivudin; AZT = Zidovudin; EFV = Efavirens; NVP = Nevirapin; TDF = Tenofovir.

^a = Nilai yang hilang (n = 7) diimputasi dengan teknik imputasi multiple *predictive mean matching* dengan status inisiasi TARV sebagai prediktor.

besar partisipan di Lapas Narkotika Kelas IIA Jakarta ($n = 3$), dan nol partisipan di Lapas Kelas IIA Bali.

Kelompok KP yang telah memulai TARV tidak memiliki distribusi karakteristik yang terlalu berbeda dengan kelompok KP secara keseluruhan, kecuali untuk stadium klinis HIV tingkat lanjut yang lebih tinggi (67%). Semua partisipan memulai TARV dengan rejimen kombinasi antiretroviral TDF-3TC-EFV/NVP, dan hanya satu orang (8%) yang mengalami penggantian rejimen setelahnya. Semua partisipan masih secara rutin mendapatkan TARV tiap bulannya pada akhir enam bulan observasi atau pada akhir periode observasi per tanggal 30 September 2019. Belum ada kejadian atrisi, bebas tahanan, transfer keluar, atau pemeriksaan *viral load* pada KP.

4.2. Analisis kaskade

4.2.1. Kohort retrospektif

Gambar 1A memberikan ilustrasi alur kaskade perawatan dan pengobatan HIV pada KR dengan stratifikasi pada kelompok risiko HIV. Kelompok penasun memiliki tingkat inisiasi TARV yang relatif lebih tinggi (77% NADHIV) dibandingkan dengan kelompok risiko lainnya (65% NADHIV). Tingkat atrisi yang cukup tinggi didapatkan pada kelompok penasun sehingga hanya 56% NADHIV yang masih mendapatkan TARV pada 12 bulan setelah inisiasi. Sebanyak 61% NADHIV yang termasuk kelompok risiko lainnya masih mendapatkan TARV pada 12 bulan setelah inisiasi. Hanya 3% NADHIV dan 2% NADHIV dari kelompok penasun yang masing-masing pernah mendapatkan pemeriksaan *viral load* dalam Lapas dan memiliki jumlah RNA HIV tak terdeteksi dalam darah. Sedangkan angka untuk kelompok risiko lainnya secara berturut-turut adalah 2% NADHIV dan 1% NADHIV.

4.2.2. Kohort prospektif

Untuk KP dalam enam bulan setelah diagnosis sebanyak 60% NADHIV di kelompok penasun dan 53% NADHIV di kelompok risiko lainnya memulai TARV (**Gambar 1B**). Proporsi ini lebih rendah dibandingkan dengan proporsi yang sama untuk KR dan bisa terjadi karena periode analisis KP yang lebih singkat. Belum ada partisipan yang mengalami kejadian atrisi dan belum ada partisipan yang melakukan pemeriksaan *viral load* dalam kurun enam bulan setelah inisiasi TARV.

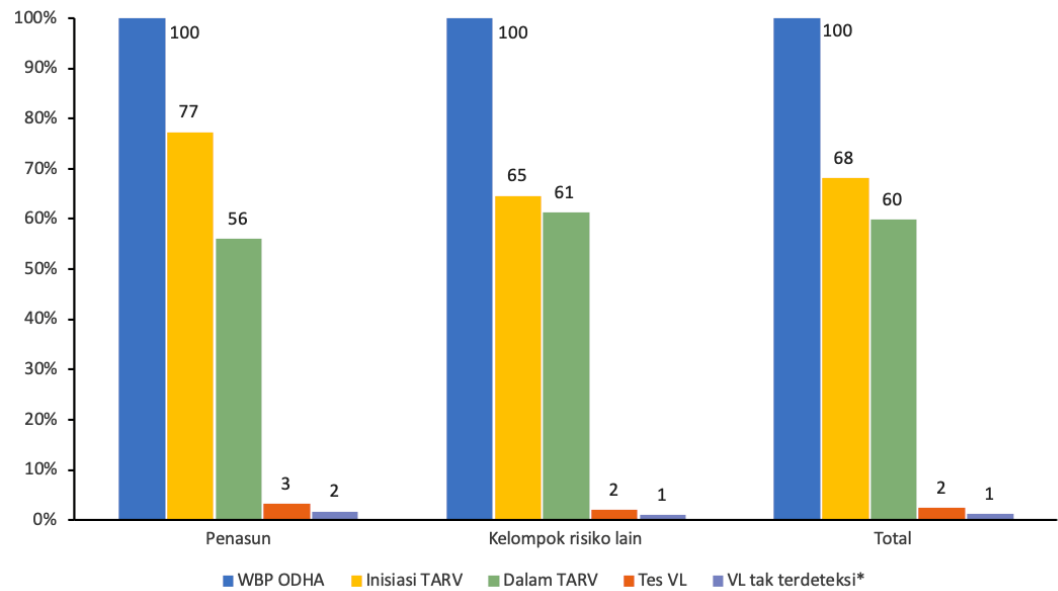
4.3. Analisis time-to-event

4.3.1. Kohort retrospektif

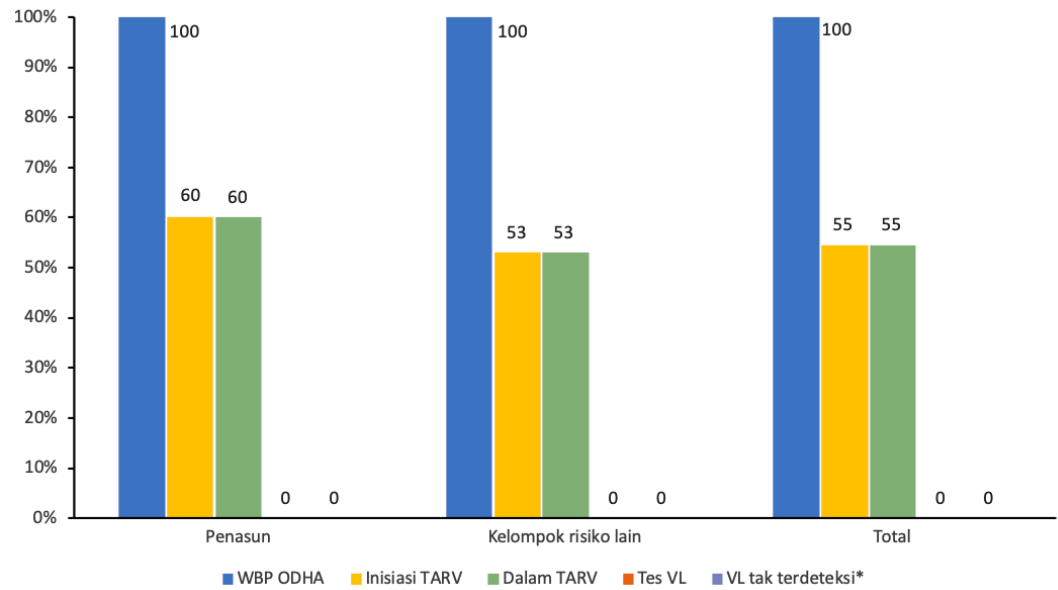
Seperti yang didapatkan dalam analisis kaskade, proporsi kelompok penasun yang memulai TARV lebih besar (78%) dibandingkan dengan kelompok risiko lain (67%) dalam 12 bulan sejak diagnosis HIV (**Gambar 2A**). Hal ini semakin dipertegas dengan penyesuaian stadium klinis HIV

Gambar 1. Kaskade perawatan dan pengobatan HIV

A. Kohort retrospektif



B. Kohort prospektif

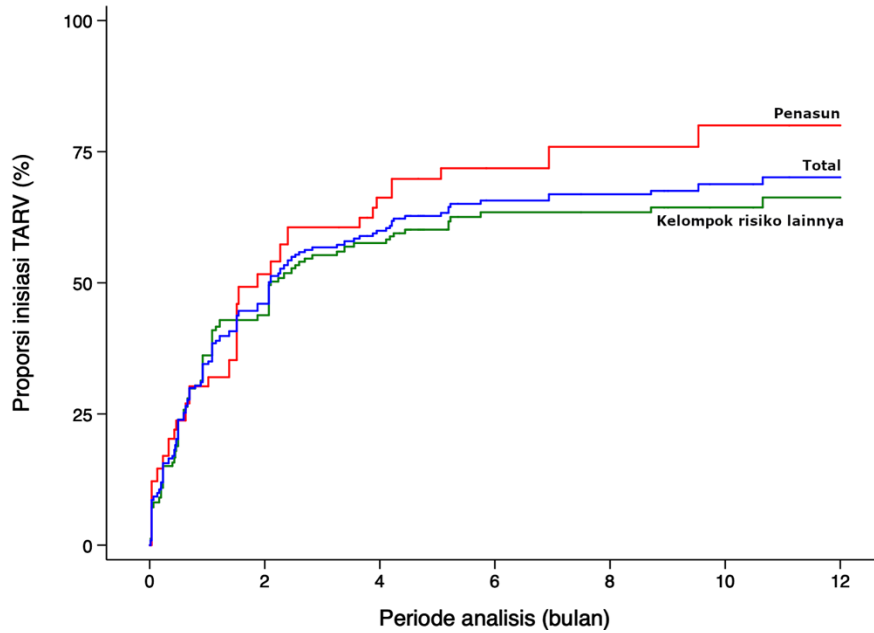
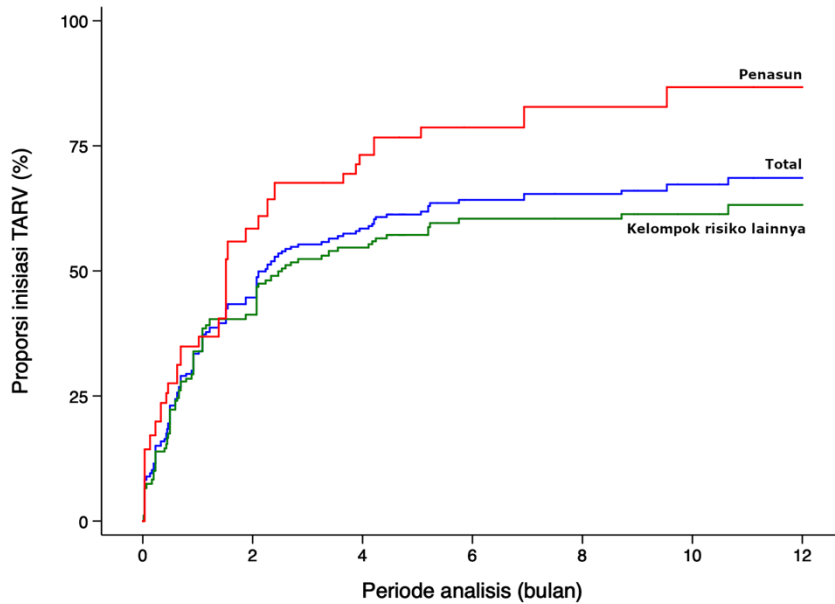


ODHA = Orang Dengan HIV-AIDS; Penasun = Pengguna Narkoba Suntik; TARV = Terapi Antiretroviral; VL = *Viral Load*; WBP = Warga Binaan Pemasyarakatan.

Untuk kohort retrospektif durasi observasi dibatasi selama 12 bulan dari tanggal diagnosis untuk 'Inisiasi TARV' dan 12 bulan sejak inisiasi TARV untuk kejadian 'Dalam TARV', 'Tes VL', dan 'VL tak terdeteksi'. Durasi observasi dibatasi selama 6 bulan dari tanggal diagnosis dan sejak inisiasi TARV untuk kejadian yang sama.

Angka pada grafik menunjukkan persentase (%).

* = Batasan tak terdeteksi adalah <400 kopi/mL.

Gambar 2. Tingkat inisiasi TARV kohort retrospektif**A. Tanpa penyesuaian tingkat stadium klinis HIV****B. Dengan penyesuaian tingkat stadium klinis HIV**

Penasun = Pengguna Narkoba Suntik; TARV = Terapi Antiretroviral

di mana kesenjangan proporsi inisiasi TARV antara kelompok penasun dan kelompok risiko lainnya semakin besar (**Gambar 2B**). Hal ini mengindikasikan pemrioritasan inisiasi TARV pada

kelompok penasun dan inisiasi TARV yang relatif bergantung pada stadium klinis HIV untuk kelompok risiko lainnya.

Tingkat retensi TARV ditunjukkan pada **Gambar 3**. Walaupun tingkat retensi TARV dalam 12 bulan terbilang tinggi (88%), kelompok penasun mengalami kejadian atrisi lebih besar (26%) dari kelompok risiko lainnya (6%), dengan masing-masing tingkat retensi sebesar 74% dan 94% (**Gambar 3A**). Dengan penyesuaian stadium klinis HIV dapat terlihat penurunan tingkat retensi kelompok penasun yang lebih besar dan dipengaruhi oleh besarnya kasus penghentian pengobatan pada kelompok ini (**Gambar 3B**).

4.3.2. Kohort prospektif

Tingkat inisiasi TARV tampak tidak berbeda untuk kelompok penasun dan kelompok risiko lainnya (**Gambar 4A**). Namun dengan penyesuaian stadium klinis HIV kelompok penasun digambarkan tidak memiliki kasus inisiasi TARV (**Gambar 4B**), yang disebabkan karena inisiasi TARV di kelompok ini hanya terjadi pada mereka dengan stadium klinis HIV lanjut pada saat diagnosis.

Tingkat retensi TARV masih 100% karena belum adanya kejadian atrisi pada kelompok KP, baik untuk kelompok penasun maupun kelompok risiko lainnya.

4.4. Analisis faktor pendukung inisiasi dan atrisi TARV

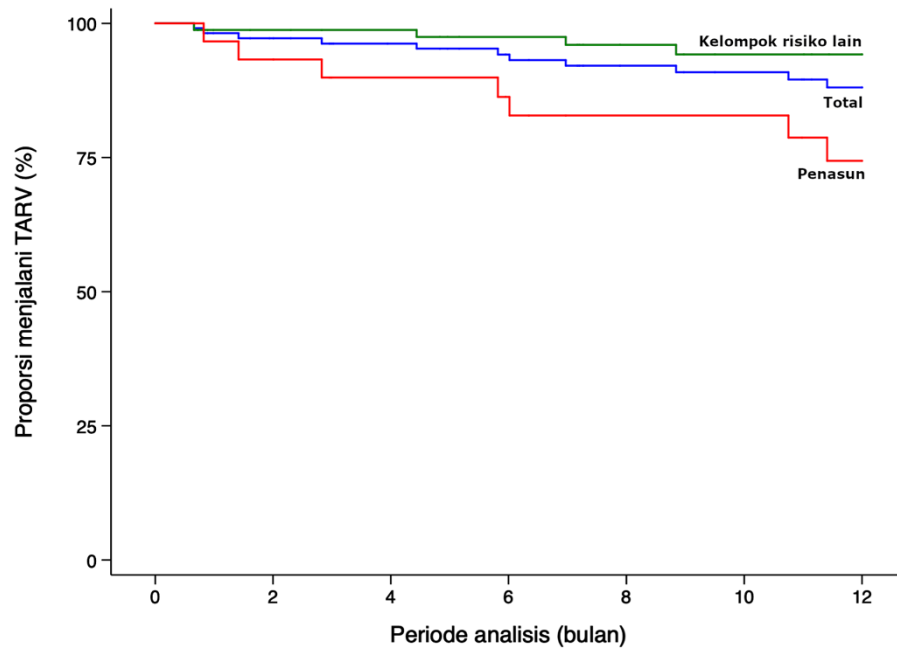
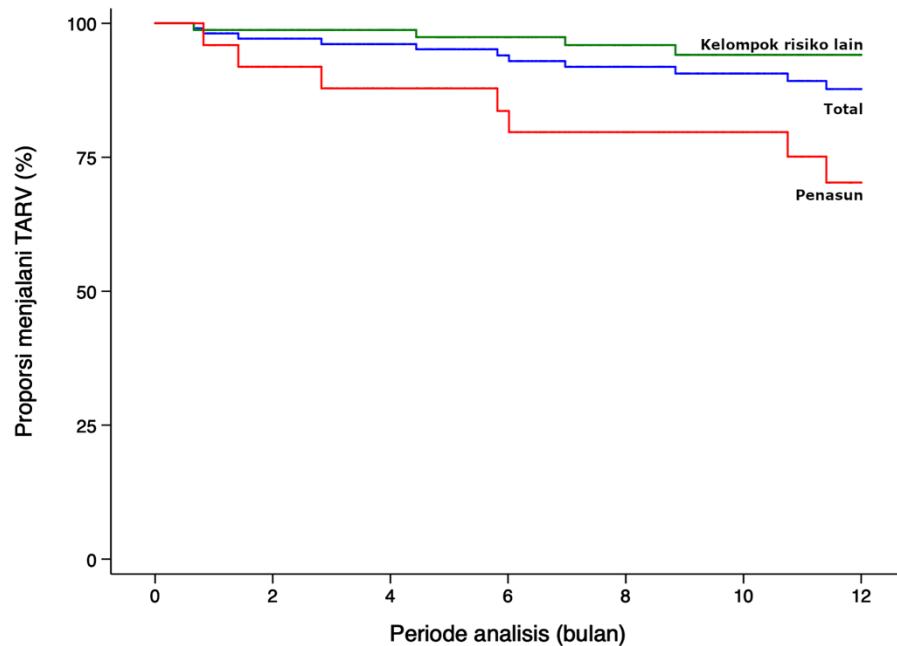
Hasil dari regresi Cox untuk faktor-faktor pendukung inisiasi dan atrisi TARV pada kelompok KR disajikan di **Tabel 3**. Untuk inisiasi TARV, hanya masa tahanan yang merupakan faktor signifikan yang mendukung inisiasi TARV dalam uji multivariat (*Hazard ratio* [HR] = 1.15; 95% *confidence interval* [CI] = 1.07-1.23; $p < 0.001$). Dengan kata lain, untuk tiap kenaikan satu tahun masa tahanan peluang inisiasi TARV bertambah sebesar 15% secara rata-rata.

Untuk analisis atrisi, kelompok penasun memiliki peluang hampir tujuh kali lipat untuk mengalami kejadian atrisi saat 12 bulan pertama TARV dibandingkan dengan kelompok risiko lain (HR = 6.52; CI = 1.56-27.31; $p = 0.010$). Tidak ada variabel lain yang memiliki pengaruh terhadap peluang kejadian atrisi pada tingkat signifikansi 5% dalam uji multivariat.

4.5. Analisis kualitatif

4.5.1. Tata laksana program

4.5.1.1. Promosi dan pencegahan

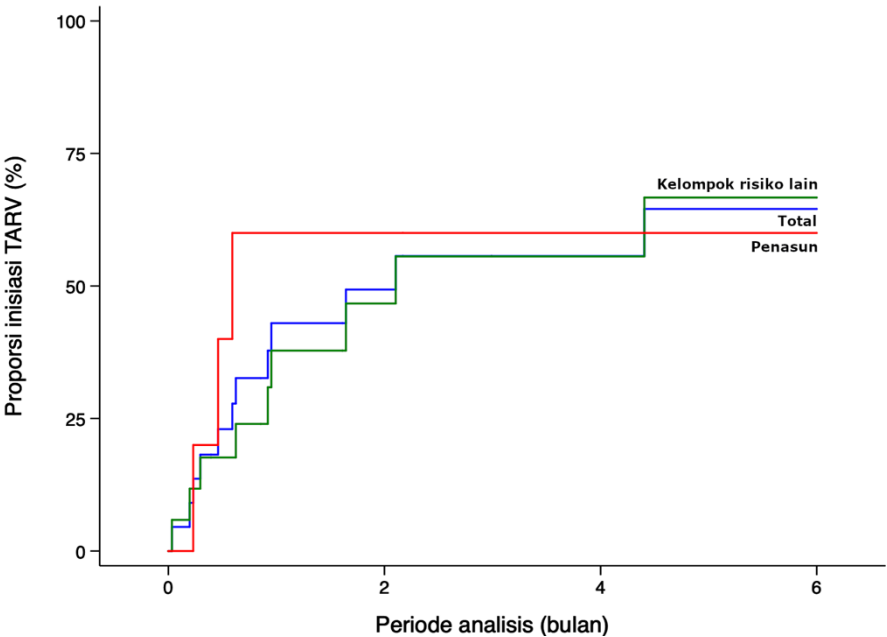
Gambar 3. Tingkat retensi TARV kohort retrospektif**A. Tanpa penyesuaian tingkat stadium HIV****B. Dengan penyesuaian tingkat stadium HIV**

Penasun = Pengguna Narkoba Suntik; TARV = Terapi Antiretroviral

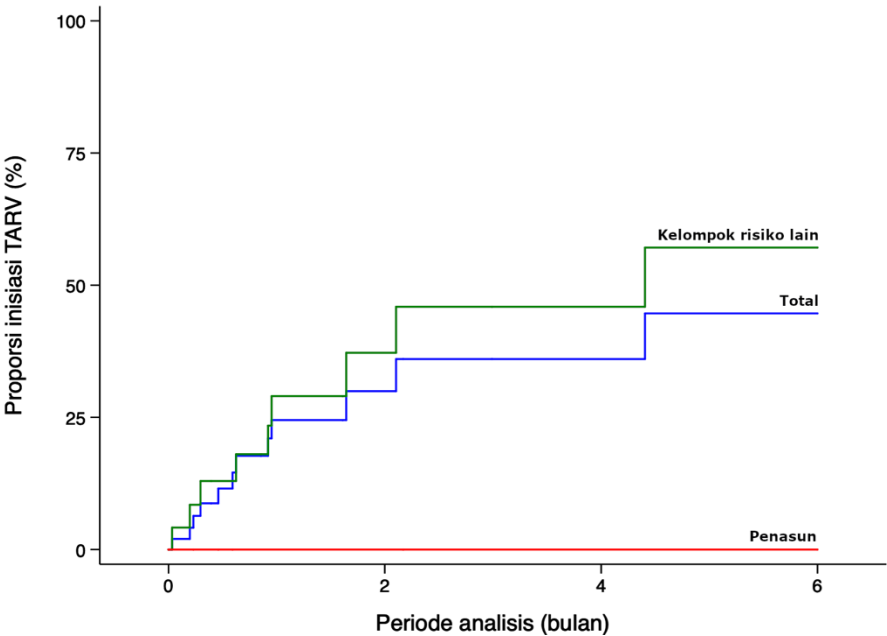
Semua Lapas lokasi penelitian tidak memiliki intervensi pencegahan praktis seperti distribusi kondom atau alat suntik steril. Payung hukum yang ada dianggap masih tidak memberikan

Gambar 4. Tingkat inisiasi TARV kohort prospektif

A. Tanpa penyesuaian tingkat stadium HIV



B. Dengan penyesuaian tingkat stadium HIV



Penasun = Pengguna Narkoba Suntik; TARV = Terapi Antiretroviral

kepastian untuk pengaturan intervensi pencegahan praktis dalam lingkup masyarakat. Terdapat kesan bahwa aktivitas promosi kesehatan dan untuk memotivasi tes HIV belum

Tabel 3. Hasil regresi Cox untuk kejadian inisiasi TARV dan atrisi TARV

Karakteristik	Inisiasi TARV (<i>n</i> = 144)				Atrisi TARV (<i>n</i> = 85)			
	Univariat	<i>P</i>	Multivariat	<i>P</i>	Univariat	<i>P</i>	Multivariat	<i>P</i>
	HR (95% CI)		HR (95% CI)		HR (95% CI)		HR (95% CI)	
Usia (tahun) ^a	1.00 (0.90, 1.03)	0.845	0.99 (0.96, 1.02)	0.577	1.00 (0.92, 1.08)	0.932	1.00 (0.92, 1.11)	0.848
Tes HIV sebelumnya ^b								
Tidak	Rujukan		Rujukan		-	-	-	-
Ya	1.58 (0.99, 2.53)	0.054	1.39 (0.85, 2.27)	0.190	-	-	-	-
Stadium klinis ^a								
1 atau 2	Rujukan		Rujukan		Rujukan		Rujukan	
3 atau 4	1.16 (0.72, 1.87)	0.535	1.07 (0.64, 1.79)	0.807	0.90 (0.23, 3.51)	0.883	0.69 (0.18, 2.65)	0.592
Kelompok risiko HIV								
Risiko lain	Rujukan		Rujukan		Rujukan		Rujukan	
Penasun	1.27 (0.82, 1.96)	0.288	1.04 (0.64, 1.69)	0.865	4.73 (1.34, 16.74)	0.016	6.52 (1.56, 27.31)	0.010
Periode akses program ^a								
<2018	Rujukan		Rujukan		Rujukan		Rujukan	
2018-2019	0.83 (0.50, 1.39)	0.477	0.84 (0.48, 1.45)	0.532	1.68 (0.45, 6.18)	0.438	2.80 (0.82, 9.58)	0.102
Masa tahanan (tahun) ^c	1.16 (1.08, 1.25)	<0.001	1.15 (1.07, 1.23)	<0.001	0.85 (0.50, 1.46)	0.548	0.91 (0.57, 1.44)	0.679

CI = *Confidence Interval*; HIV = *Human Immunodeficiency Virus*; HR = *Hazard Ratio*; Penasun = Pengguna Narkoba Suntik; TARV = Terapi Antiretroviral.

^a = Saat diagnosis HIV untuk inisiasi TARV dan pada saat inisiasi TARV untuk atrisi saat TARV.

^b = Saat diagnosis HIV. Tidak disertakan dalam analisis atrisi TARV karena merupakan karakteristik spesifik saat diagnosis.

^c = Nilai yang hilang (*n* = 15) diimputasi dengan teknik imputasi multiple *predictive mean matching* dengan status inisiasi TARV sebagai prediktor.

dilakukan secara sistematis, dan upaya untuk memberikan konseling, informasi, dan edukasi secara rutin dan dalam bentuk baku perlu mendapatkan prioritas. Selain aktivitas promosi kesehatan, perlu ada juga edukasi mengenai HIV yang menasar pada pengurangan stigma dan diskriminasi terhadap NADHIV yang saat ini masih dihadapi sendiri saja pada saat minum obat atau kunjungan ke klinik.

4.5.1.2. Tes HIV

Kebijakan pemeriksaan HIV sangat bervariasi antarlokasi. Satu Lapas memberlakukan kebijakan wajib pemeriksaan kesehatan menyeluruh, termasuk HIV bagi narapidana baru, sedangkan lainnya memberlakukan penawaran tes HIV (dengan opsi menolak). Tes HIV diperoleh narapidana dengan cara yang berbeda. Walaupun variasi ini juga tergantung dari kebijakan pemberlakuan tes HIV di masing-masing Lapas seperti disebutkan sebelumnya, namun para informan narapidana pada satu Lapas melaporkan perolehan tes HIV pada saat menderita infeksi oportunistik dan pada saat berlangsungnya serosurvei di Lapas tersebut. Hal ini mengesankan kemungkinan bahwa penawaran tes HIV dilakukan secara selektif kepada narapidana tertentu, yang mungkin dinilai memiliki risiko tinggi tertular HIV, pada Lapas yang tidak mewajibkan pemeriksaan ini.

4.5.1.3. Inisiasi TARV

Inisiasi TARV segera dan pemrioritasan kelompok risiko tertentu seperti yang terdapat dalam pedoman nasional pengobatan HIV, berikut dengan prosedur bakunya, dikatakan sudah tersosialisasikan pada tingkat Unit Pelaksana Teknis (UPT). Namun kenyataannya penerapan pedoman ini terkendala pada tingkat petugas klinik karena alasan yang belum terkonfirmasi dalam penelitian ini. Salah satu Lapas menerapkan kebijakan inisiasi TARV segera untuk mengatasi kendala prosedural berupa pemeriksaan CD4 yang persediaannya tidak menentu dan bergantung pada pihak luar karena tidak memiliki pembiayaan khusus. Pada Lapas lainnya inisiasi TARV segera terkendala dengan sistem rujukan di mana inisiasi perlu dilakukan pada rumah sakit rujukan, dengan implikasi biaya. Biaya ini digunakan untuk serangkaian pemeriksaan awal dan biaya pengambilan obat antiretroviral yang dapat diupayakan pembayarannya oleh sistem kesehatan setempat, seperti yang terjadi pada satu Lapas. Pada salah satu Lapas, pengambilan obat dikenakan biaya yang harus dibayarkan oleh NADHIV setiap bulannya.

4.5.1.4. Retensi TARV

Sejumlah upaya dilakukan untuk mempertahankan kepatuhan TARV, antara lain: penjatahan sediaan antiretroviral untuk jangka waktu singkat (mingguan, per dua minggu) pada durasi awal TARV untuk memotivasi kunjungan dan pemantauan, penelusuran dan pemberian sediaan antiretroviral langsung bagi NADHIV di lokasi bloknya, pemaksaan dengan ancaman transfer, dan pemanfaatan kelompok dukungan sebaya dan pengawas minum obat oleh narapidana sebaya. Petugas klinik berpendapat bahwa tantangan terjadi pada NADHIV transfer yang tidak diketahui status pengobatannya, baik karena pencatatan rekam medis yang buruk atau rendahnya inisiatif

NADHIV untuk melaporkan, dan pemindahan NADHIV ke blok atau Lapas lain tanpa koordinasi dengan petugas klinik sehingga menyulitkan upaya penelusuran pada Lapas yang padat narapidana.

Pada satu Lapas NADHIV yang kedapatan menghentikan pengobatannya akan dimintakan untuk membuat surat pernyataan untuk tidak mengulangi atau menghadapi risiko pemindahan ke Lapas lain bila berulang sampai tiga kali. Tidak dijelaskan apakah intervensi seperti ini efektif dan tidak bersinggungan dengan prinsip-prinsip otonomi pasien dan hak asasi manusia. Kelompok dukungan sebaya sangat dirasakan manfaatnya dalam memotivasi TARV bagi NADHIV. Hanya saja intervensi kelompok ini difasilitasi oleh Lembaga Swadaya Masyarakat yang memang memiliki program tersebut sehingga sangat bergantung dari pendanaannya.

4.5.2. Tata kelola program

4.5.2.1. Kebijakan

Dari sisi kebijakan, lingkup pemasyarakatan dianggap telah memiliki perangkat kebijakan yang jelas dalam pelaksanaan perawatan dan pengobatan NADHIV. Pedoman nasional pengobatan HIV telah diterjemahkan menjadi produk turunan berupa prosedur khusus dan telah disosialisasikan. Namun informasi dari petugas klinik tidak mengesankan adanya implementasi pedoman ini dan keseragaman dari praktik perawatan dan pengobatan yang ada. Hal yang sama juga terjadi pada tes dan diagnosis HIV di mana terdapat ambiguitas dalam praktik antara pola pemeriksaan yang sukarela atau wajib bagi narapidana. Proses tes dan konseling inisiatif petugas dalam bentuk penawaran tes HIV bagi narapidana baru dirasakan belum memiliki prosedur yang sistematis.

4.5.2.2. Logistik

Persediaan obat penunjang, pengobatan infeksi oportunistik ringan, dan suplemen dirasakan telah mencukupi dan tidak kekurangan selama ini dengan pengiriman dari Dinas Kesehatan setempat. Persediaan dan perlengkapan medis lain bila tidak tersedia dari Dinas Kesehatan dapat diadakan melalui anggaran Lapas. Sebaliknya, persediaan reagen dan alat tes HIV kerap mengalami kekosongan sehingga tidak lengkap untuk keperluan diagnosis, yang membutuhkan tiga reagen berbeda, atau tidak tersedia sama sekali. Implikasinya adalah Lapas hanya menggunakan reagen yang tersedia sehingga berpotensi memengaruhi validitas hasil diagnosis. Hasil wawancara mengesankan bahwa kekosongan reagen ini terjadi bukan karena keterlambatan pengiriman, tapi karena habisnya stok di Dinas Kesehatan sehingga membutuhkan waktu untuk pemesanan kembali dan pengirimannya.

4.5.2.3. Sumber daya manusia

Volume kerja yang tinggi dan minimnya spesialisasi peran dianggap sebagai permasalahan utama pengaturan sumber daya manusia untuk kesehatan di Lapas. Tingginya volume kerja disebabkan karena peran ganda petugas dalam perawatan kesehatan narapidana, konseling, pelaporan, dan

rujukan dengan jumlah sumber daya manusia yang terbatas. Terdapat perasaan khawatir bahwa keadaan ini memengaruhi kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada narapidana, termasuk dalam pemberian TARV. Dari sisi kompetensi petugas klinik merasa percaya diri dengan keterampilan yang dimiliki karena penguasaan materi pokok perawatan dan pengobatan HIV dari sesi pelatihan yang pernah didapatnya. Namun, diakui juga bahwa pembaharuan pengetahuan untuk materi serupa dirasakan perlu karena perkembangan praktik yang telah terjadi selama ini. Beberapa opini mengarah kepada pentingnya sipir untuk mengetahui aspek penting kesehatan seperti konfidensialitas, penyampaian informasi yang benar, dan perlakuan setara kepada narapidana terlepas dari status penyakitnya atau orientasi seksualnya.

4.5.2.4. Pembiayaan

Sumber pembiayaan yang ada terkesan belum terpetakan secara seksama dan merata bagi tiap Lapas dan belum terstandar untuk layanan HIV. Dana Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) dirasakan tidak mencukupi, dan bahkan sebagiannya dialihkan peruntukannya di satu Lapas untuk pembelian reagen dan alat tes HIV yang permintaannya semakin meningkat. Biaya rujukan TARV untuk pemeriksaan awal dan inisiasi TARV masih mengandalkan dana program eksternal seperti GFATM, donatur lain, atau kesanggupan narapidana dan keluarganya untuk membayar. Situasi ini terkesan mendapatkan pemakluman karena lingkup Lapas yang dipersepsikan sebagai institusi keamanan dan bukan institusi kesehatan. Pembiayaan melalui Jaminan Kesehatan Nasional bukan merupakan pilihan atraktif karena langkanya kepemilikan asuransi kesehatan ini bagi narapidana dan kesulitan dalam pengurusan kepemilikannya bagi mereka yang tidak memiliki Kartu Tanda Penduduk/Keluarga dan mereka yang beralamat domisili di luar provinsi tempat lokasi Lapas. Diakui juga bahwa sisem pembiayaan kesehatan melalui Jaminan Kesehatan Nasional yang diperuntukkan bagi narapidana tidak dapat digunakan sama sekali karena tidak adanya mata anggaran khusus untuk alokasi tersebut.

4.5.2.5. Sistem informasi

Sistem pelaporan terkesan tumpang tindih dengan adanya lebih dari satu format pelaporan program untuk pihak yang berbeda. Sebagai contoh, program HIV dilaporkan kepada Kanwil melalui Modul Kesehatan dan Perawatan dalam Sistem Database Pemasayarakatan dan juga kepada Dinas Kesehatan dan rumah sakit pengampu TARV melalui SIHA. Selain itu, yang dirasakan perlu mendapatkan perhatian khusus adalah sinkronisasi data kependudukan Lapas dengan data klinik sehingga kasus transfer keluar bisa diketahui sebelumnya dan dipersiapkan rujukannya bila diperlukan. Lebih lanjut lagi, terdapat kebutuhan untuk membangun koordinasi dan sistem informasi/rujukan dengan fasilitas kesehatan umum untuk melanjutkan perawatan dan pengobatan setelah bebas masa hukuman.

5. Pembahasan

5.1. Ringkasan dan implikasi temuan

Kaskade perawatan dan pengobatan menunjukkan variasi antara kelompok risiko HIV di mana kelompok penasun memiliki tingkat inisiasi TARV lebih tinggi dibandingkan kelompok risiko lainnya di kedua kelompok kohort. Namun, kelompok penasun memiliki tingkat retensi yang lebih rendah sehingga memerlukan intervensi khusus untuk menjaga kepatuhan dan perawatan komorbiditas lain seperti kesehatan mental dan dampak penggunaan narkotika/psikotropika berkepanjangan yang memberikan pengaruh terhadap kepatuhan pengobatan [15–17].

Secara umum inisiasi TARV dimotivasi oleh durasi masa hukuman, yang mungkin disebabkan oleh pertimbangan untuk mempertahankan harapan hidup selagi menjalani masa hukuman yang panjang. Hal ini berimplikasi pada NADHIV dengan durasi masa hukuman yang relatif singkat di mana keputusan untuk memulai TARV cenderung ditunda selama mungkin. Tidak diketahui apakah kelompok ini merencanakan inisiasi TARV di luar lingkup pemasyarakatan karena pertimbangan kenyamanan akses TARV di fasilitas kesehatan umum atau terus menunda inisiasi TARV. Temuan ini menggarisbawahi pentingnya mempersiapkan NADHIV menjelang usainya masa hukuman dengan pendidikan pengobatan yang memadai dan menjamin kebersinambungan pengobatan yang dimulai sejak di dalam Lapas dengan alur rujukan TARV yang tepat.

Dibandingkan dengan kelompok populasi di masyarakat, tingkat inisiasi TARV dalam lingkup pemasyarakatan secara keseluruhan lebih rendah (65% vs. 73%) [5]. Namun, tingkat inisiasi TARV lebih tinggi untuk kelompok penasun KR dibandingkan dengan kelompok penasun di masyarakat (77% vs. 67%), dan tingkat retensi TARV cenderung serupa atau lebih tinggi untuk KR untuk semua kelompok risiko [5]. Pemeriksaan *viral load* masih jarang dilakukan dan ini mencerminkan praktik dari pedoman yang berlaku meskipun masyarakat internasional telah menekankan pemeriksaan ini sebagai layanan yang esensial untuk memantau keberhasilan TARV secara definitif [18].

Tata laksana program HIV sangat bervariasi dan memerlukan pembakuan prosedur sampai dengan tingkat praktis pemberian layanan. Variasi terdapat pada praktik skrining dan diagnosis, inisiasi TARV, dan penjagaan retensi TARV. Skrining HIV bagi narapidana baru ditemukan diwajibkan di satu Lapas dan ditawarkan dengan opsi menolak di dua lokasi penelitian lainnya. Standar Pelayanan Minimal Kesehatan menggolongkan narapidana sebagai kelompok risiko dengan target capaian diagnosis 100% [19]. Walaupun asas kesukarelaan tetap menjadi prinsip utama dalam pelaksanaan tes HIV [20], namun pengecualian terhadap narapidana telah menjadi praktik yang lazim di berbagai negara [21,22]. Pemberlakuan wajib tes HIV menyederhanakan prosedur dan menghemat upaya untuk menjangkau kembali di kemudian hari yang mungkin menjadi tantangan tambahan bagi Lapas yang telah melebihi kapasitas daya tampung narapidananya. Begitu pula dengan praktik pemindahan NADHIV yang menghentikan pengobatannya yang perlu

mendapatkan perhatian khusus. Kebutuhan akan pelaksanaan prosedur baku yang humanis dan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia dalam pelaksanaan tes HIV dan inisiasi serta retensi TARV menjadi prioritas tinggi bagi Ditjen Pas dan UPT yang menjadi tanggung jawabnya.

Dalam tata kelola program HIV didapati perlunya penyelarasan kebijakan dengan praktik layanan, kelangkaan reagen dan/atau alat tes HIV, kebutuhan akan peningkatan kuantitas dan kualitas sumber daya manusia untuk kesehatan narapidana, penyiataan Jaminan Kesehatan Nasional atau pencarian sumber pembiayaan alternatif, dan sinkronisasi indikator pelaporan serta koordinasi data dengan pihak lain di luar klinik dan untuk rujukan layanan setelah usai masa tahanan. Perbaikan tata kelola program ini membutuhkan upaya advokasi berkepanjangan. Salah satu upaya advokasi yang ditempuh oleh Ditjen Pas saat ini berkaitan dengan kebutuhan penganggaran program yang mencakup komponen program secara menyeluruh [23].

5.2. Keterbatasan penelitian

Penelitian ini juga memiliki beberapa keterbatasan yang patut dibahas lebih lanjut. Pertama, keterbatasan jumlah kohort dalam penelitian ini tidak memungkinkan untuk mengeksplorasi lebih banyak faktor yang berkaitan dengan inisiasi dan retensi TARV dalam analisis multivariat. Penelitian kohort terdahulu mampu menyertakan lebih dari 100 narapidana hanya dari dua Lapas di Jakarta saja [13]. Perbedaan besaran kohort ini berhubungan dengan jumlah narapidana penasun - kelompok narapidana yang memiliki risiko HIV paling tinggi - yang dilaporkan mengalami penurunan drastis dalam beberapa tahun terakhir. Kedua, lokasi penelitian ini dibatasi pada lima Lapas terpilih di tiga provinsi. Temuan yang dihasilkan mencerminkan situasi rata-rata dari kelima Lapas ini dan dapat saja tidak merepresentasikan situasi nasional yang ada. Ketiga, kualitas data kuantitatif yang ada sangat bergantung terhadap kualitas data SIHA yang menjadi basis bagi pengumpulan data penelitian ini. Pemantauan kualitas data yang dilakukan mengungkap beberapa inkonsistensi yang berhasil dikoreksi, namun peluang kesalahan entri data yang tidak terpantau mungkin saja terjadi. Terakhir, informasi kualitatif yang berhasil digali sangat tergantung pada kesediaan informan dalam memberikan informasi. Meskipun penyelidikan terhadap respons-respons yang diberikan dengan pertanyaan lanjutan membantu memberikan deskripsi tambahan, ketimpangan dalam perolehan informasi masih terjadi dan ini bisa membiaskan fokus perhatian yang diberikan dalam analisis kualitatif.

6. Penutup dan rekomendasi

6.1. Kesimpulan

Inovasi-inovasi kebijakan dan praktik diperlukan untuk meningkatkan kualitas layanan HIV dalam lingkup masyarakat untuk menutup kesenjangan dengan kualitas layanan umum yang ada di masyarakat dan untuk memastikan akses layanan yang sama bagi tiap kelompok risiko.

Lingkup masyarakat memiliki posisi strategis dalam sistem kesehatan masyarakat yang lebih luas dalam menjangkau kelompok populasi dengan paparan akses kesehatan yang minim, sehingga berkesempatan untuk menikmati intervensi kesehatan yang efektif. Penelitian ini menggarisbawahi pentingnya perbaikan dan penyeragaman praktik layanan, peningkatan kapasitas, dan peran masyarakat dalam menciptakan layanan HIV yang berkesinambungan dengan menghubungkan NADHIV dengan layanan kesehatan di masyarakat usai masa hukumannya. Fungsi masyarakat merupakan fungsi komprehensif yang idealnya mencakup seluruh aspek kehidupan seseorang; dan kesehatan merupakan salah satu aspek kehidupan esensial yang patut mendapatkan perhatian serius dari para pemangku kebijakan di tiap tingkatan pemerintahan. Isu kesehatan tahanan/narapidana di Indonesia tidak seharusnya menjadi diskursus yang terpisah dari isu kesehatan masyarakat. Dengan tren peningkatan jumlah tahanan/narapidana urgensi isu kesehatan tahanan/narapidana mustinya semakin jelas dan perlu diimbangi dengan alokasi sumber daya yang memadai.

6.2. Rekomendasi

Bagian ini memberikan daftar rekomendasi yang ditujukan kepada pihak pemangku kepentingan tertentu. Rekomendasi dikelompokkan sesuai dengan domain pemangku kepentingan yang menjadi target rekomendasi. Rekomendasi disajikan tidak terurut berdasarkan prioritas atau struktur apapun, dan tiap rekomendasi diasumsikan memiliki bobot urgensi yang sama.

6.2.1. Bagi Ditjen Pas:

- a) Untuk meningkatkan inisiasi dan retensi TARV, maka dalam penyediaan layanan perawatan dan pengobatan HIV perlu dipertimbangkan mengenai hal-hal berikut:
 - Layanan yang mengadaptasikan kebutuhan perawatan NADHIV penasun, terutama yang berhubungan dengan kesehatan mental, dampak penggunaan narkoba jangka panjang, dan adiksi kronis;
 - Kebersinambungan layanan bagi NADHIV yang menjelang bebas tahanan, terutama bagi mereka dengan masa hukuman singkat. Untuk hal ini diperlukan aktivitas peningkatan pengetahuan perawatan dan pengobatan HIV bagi NADHIV dan pengembangan sistem rujukan layanan yang memadai;
 - Penyeragaman kualitas praktik skrining dan diagnosis, perawatan, dan pengobatan HIV untuk tiap UPT.
- b) Terus melakukan sosialisasi Keputusan Direktur Jenderal Masyarakat Nomor PAS-257.PK.01.06.05 Tahun 2017 tentang Panduan Praktis Pengendalian HIV-AIDS bagi Tahanan dan Warga Binaan Masyarakat sebagai upaya untuk menyeragamkan layanan HIV yang berkesinambungan dan komprehensif dalam lingkup masyarakat;

- c) Menyusun standar biaya perawatan dan pengobatan HIV bagi tahanan/narapidana sebagai dasar untuk penganggaran rutin layanan HIV di UPT;
- d) Memperkuat dukungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam melakukan tes *viral load* rutin bagi tahanan/narapidana yang telah menjalani TARV secara teratur, sesuai dengan praktik baik pemantauan TARV yang berlaku;
- e) Penyegaran dan peningkatan kapasitas secara reguler mengenai tata kelola layanan HIV komprehensif dan berkesinambungan dari Ditjen Pas bagi tim klinik UPT melalui platform daring yang dimiliki saat ini (pertemuan melalui Zoom[®]); dan
- f) Memperkuat penerapan SIHA dan sistem pelaporan nasional serupa di tingkat klinik yang terintegrasi dengan Sistem Database Pemasarakatan sehingga memudahkan pemantauan di tingkat nasional.

6.2.2. Bagi Kanwil

- a) Melakukan pertemuan rutin dengan Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit Umum Daerah tingkat provinsi untuk mengoordinasikan perkembangan layanan HIV di UPT wilayahnya, khususnya untuk mengurangi berbagai hambatan dalam proses rujukan tahanan/narapidana ke fasilitas kesehatan di provinsi yang bersangkutan; dan
- b) Melakukan pembinaan dan supervisi secara lebih teratur dengan menggunakan metode supervisi yang lebih praktis berbasis teknologi informasi, seperti misalnya penggunaan laporan supervisi daring dan Zoom[®] sebagai media pembinaan sumber daya manusia.

6.2.3. Bagi UPT

- a) Secara konsisten melakukan pelayanan HIV sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dalam Panduan Praktis Pengendalian HIV-AIDS di UPT;
- b) Melakukan pertemuan rutin dengan Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit Umum Daerah setempat untuk mengoordinasikan perkembangan layanan HIV di UPT, termasuk kebutuhan reagen dan alat tes HIV dan rujukan tahanan/narapidana ke fasilitas kesehatan setempat;
- c) Memperkuat kader kesehatan dan kelompok dukungan sebaya untuk mendukung inisiasi TARV bagi NADHIV dan mempertahankan retensi pengobatan bagi yang sedang menjalani TARV; dan

- d) Membangun jejaring dengan layanan UPT lain atau fasilitas kesehatan di luar lingkup masyarakatan bagi tahanan/narapidana yang menjelang bebas atau ditransfer ke UPT lain.
-

7. Daftar referensi

1. Yehia BR, Stephens-Shields AJ, Fleishman JA, Berry SA, Agwu AL, Metlay JP, et al. The HIV care continuum: changes over time in retention in care and viral suppression. *PLoS One* [Internet]. 2015;10(6):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129376>
2. Mugglin C, Estill J, Wandeler G, Bender N, Egger M, Gsponer T, et al. Loss to programme between HIV diagnosis and initiation of antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Heal*. 2012 Dec;17(12):1509–20.
3. UNAIDS. 90-90-90: An Ambitious Treatment Target to Help End the AIDS Epidemic. Jenewa: UNAIDS; 2014.
4. AIDS Data Hub. Country profiles: Indonesia 2018. 2019.
5. Januraga PP, Reekie J, Mulyani T, Lestari BW, Iskandar S, Wisaksana R, et al. The cascade of HIV care among key populations in Indonesia: a prospective cohort study. *Lancet HIV* [Internet]. 2018 Oct 1;5(10):e560–8. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30148-6](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30148-6)
6. Edge CL, King EJ, Dolan K, McKee M. Prisoners co-infected with tuberculosis and HIV: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(1):20960.
7. Iroh PA, Mayo H, Nijhawan AE. The HIV care cascade before, during, and after incarceration: a systematic review and data synthesis. *Am J Public Heal*. 2015 Jul;105(7):e5–16.
8. Direktorat Jenderal Pemasarakatan. Rencana Aksi Nasional (RAN) Penanggulangan HIV-AIDS dan Penyalahgunaan Narkotika di UPT Pemasarakatan di Indonesia Tahun 2010-2014. Jakarta: Direktorat Jenderal Pemasarakatan; 2010.
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral. 2014.
10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Surat Edaran Nomor HK.02.02/I/1564/2018 tentang Penatalaksanaan Orang Dengan HIV AIDS (ODHA) untuk Eliminasi HIV AIDS Tahun 2030. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2018.
11. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Manual Aplikasi Sistem Informasi HIV/AIDS dan IMS (SIHA versi 1.7). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016.
12. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. *Modern Epidemiology*. 3rd ed. Boston: Lippincot Williams & Wilkins;
13. Culbert G, Crawford F, Murni A, Waluyo A, Bazazi A, Sahar J, et al. Predictors of mortality within prison and after release among persons living with HIV in Indonesia. *Res Rep Trop*

- Med. 2017;Volume 8:25–35.
14. Morris TP, White IR, Royston P. Tuning multiple imputation by predictive mean matching and local residual draws. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2014;14(1):75. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-75>
 15. Nel A, Kagee A. Common mental health problems and antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care*. 2011 Nov;23(11):1360–5.
 16. Chuah FLH, Haldane VE, Cervero-Liceras F, Ong SE, Sigfrid LA, Murphy G, et al. Interventions and approaches to integrating HIV and mental health services: a systematic review. *Heal Policy Plan* [Internet]. 2017;32(Suppl. 4):iv27–47. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapol/czw169>
 17. Spaan P, van Luenen S, Garnefski N, Kraaij V. Psychosocial interventions enhance HIV medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *J Heal Psychol* [Internet]. 2018 Feb 8;1359105318755545. Available from: <https://doi.org/10.1177/1359105318755545>
 18. World Health Organization. Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach. Second. Geneva: World Health Organization; 2016.
 19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. 2016.
 20. World Health Organization. Consolidated Guidelines on HIV Testing Services. 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct Results and Connection. Jenewa: World Health Organization; 2015.
 21. UNDP. HIV and the Law in South-East Asia. Bangkok: UNDP; 2015.
 22. European Centre for Disease Prevention dan Control and the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Systematic Review on Active Case Finding of Communicable Diseases in Prison Settings. Stockholm: ECDC; 2017.
 23. Rahadi A. The Cost of Selected Prison Health Services in Indonesia: HIV, Tuberculosis, and Drug Dependence Programs. Jakarta: UNODC; 2019.