

KITA  
BISA



**SERI POLICY BRIEF #1**  
**TAHUN 2016**

DIDUKUNG OLEH  
KNOWLEDGE SECTOR INITIATIVE

STOP  
HIV



Pusat Penelitian HIV/AIDS  
**UNIKA ATMA JAYA**  
**JAKARTA**

SERI POLICY BRIEF #1 | TAHUN 2016

**Pusat Penelitian HIV/AIDS  
UNIKA Atma Jaya Jakarta**



DIDUKUNG OLEH KNOWLEDGE SECTOR INITIATIVE

© 2016 PPH Unika Atma Jaya Jakarta  
Diterbitkan pertama kali oleh  
PPH Unika Atma Jaya Jakarta

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-undang. Dilarang  
memperbanyak/ mengutip sebagian atau seluruh  
isi buku tanpa izin tertulis pemegang hak cipta.

Cetakan Pertama, 2016  
Dicetak di Indonesia

ISBN 978-602-73930-0-4

#### EDITOR

Ignatius Praptoraharjo

#### PENULIS

Evi Sukmaningrum  
Laura Nevendorff  
Asti Widiastuti  
Mietta Mahanani  
Gracia V. Simanullang  
L. Kekek Apriana  
Th. Puspoarum Kusumoputri  
Lydia Verina Wongso  
Desy Natalia Sagala  
Anindita Gabriella



Pusat Penelitian HIV & AIDS Unika Atma Jaya  
Gedung St. Fransiskus Asisi (K2), lantai 1, ruang K21.08  
Jl. Jendral Sudirman Kav. 51 Jakarta 12930 Indonesia  
P/F +62-21-578-54227  
[www.arc-atmajaya.org](http://www.arc-atmajaya.org)

SERI POLICY BRIEF #1 | Tahun 2016

**Pusat Penelitian HIV/AIDS  
UNIKA Atma Jaya Jakarta**



# Daftar Isi

05	Pengantar
10	Apakah Anak Jalanan Perlu Diperhatikan Dalam Penanggulangan AIDS?
17	Mau Sampai Kapan Saya Metadon?: Memperkuat Layanan Program Terapi Rumatan Metadon?
25	Untuk Komunitas Dari Komunitas: Jangan Hanya Di Puskesmas dan Rumahsakit!
31	Perlukah Promosi Tes HIV Pada Pasangan Populasi Kunci Dan Serodiskordan
38	Antiretroviral (ARV) Untuk Anak Dengan HIV di Indonesia: Sudah Siapkah?
42	Membuka Status HIV: Sebuah Proses Yang Seringkali Terabaikan
48	Dukungan Bagi Ibu-Ibu Yang Hidup Dengan HIV?
54	Apakah Organisasi Masyarakat Sipil (OMS) Masih Mampu Berperan Dalam Penanganan AIDS Di Indonesia Tanpa Dukungan Inisiatif Kesehatan Global?

# Kata Pengantar

Satu tantangan yang dihadapi oleh lembaga penelitian adalah seberapa jauh hasil-hasil penelitian yang telah dilakukannya bisa dimanfaatkan secara praktis, baik untuk perbaikan dan pengembangan berbagai praktek layanan atau memberikan informasi bagi pengembangan kebijakan terkait dengan hasil penelitian tersebut. Laporan penelitian atau artikel ilmiah seringkali kurang bisa dimanfaatkan dengan baik oleh para praktisi maupun pembuat kebijakan karena sifatnya yang komprehensif, penggunaan istilah-istilah ilmiah serta panjang. Untuk itu perlu dibuat dokumen ringkas yang memuat informasi-informasi pokok yang relevan dengan pemanfaatannya oleh praktisi maupun oleh pembuat kebijakan.

Seri policy brief ini pada dasarnya difokuskan untuk memperkuat berbagai kebijakan operasional di tingkat pelaksanaan layanan atau program mengingat sudah cukup banyak kebijakan-kebijakan makro yang sudah dikembangkan. Meski sudah ada kebijakan pada tingkat makro, ternyata implikasi terhadap perbaikan layanan atau program tidak dengan sendirinya terjadi. Masih ada kesenjangan pelaksanaan kebijakan di tingkat lapangan karena tidak adanya kebijakan operasional sebagai turunan kebijakan makro tersebut. Dengan memberikan fokus pada kebijakan operasional diharapkan policy brief ini akan mampu turut merealisasikan kebijakan-kebijakan yang sudah dikembangkan sebelumnya.

## SASARAN

Seri policy brief ini dikembangkan sebagai bentuk komitmen lembaga dan kontribusi PPH Unika Atma Jaya dalam mendukung upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Upaya ini dimaksudkan untuk mendukung pemerintah sebagai pembuat kebijakan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat mampu melaksanakan SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS 2015–2019 melalui pengembangan kebijakan yang berbasis pada bukti, lebih berorientasi pada kebutuhan masyarakat serta sesuai dengan konteks permasalahan yang terjadi. Untuk itu policy brief ini ditujukan bagi kementerian dan lembaga seperti Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Bappenas, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Transmigrasi dan Daerah Tertinggal, Kementerian Tenaga Kerja dan Kementerian Koordinator Pengembangan Sumber Daya Manusia dan Kebudayaan dan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Pada tingkat pemerintahan daerah meliputi Dinas Kesehatan Daerah, Dinas Sosial, Bappeda, dan Sekretariat Daerah Tingkat Provinsi, Kabupaten dan Kota. Demikian pula seri policy brief ini bisa dimanfaatkan oleh mitra pembangunan internasional, peneliti, mahasiswa, LSM dan pihak-pihak lain yang terlibat dalam mendukung penanggulangan AIDS di Indonesia.

## ISI

Policy brief dibuat secara ringkas untuk memberikan sejumlah informasi mengenai isu-isu strategis dalam pelaksanaan pelayanan dalam penanggulangan AIDS di Indonesia. Isu-isu strategis yang menjadi topik dalam kertas kebijakan ini merupakan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh PPH Unika Atma Jaya dalam kurun waktu dua tahun terakhir ini (2014- 2015). Sementara acuan kebijakan yang melandasi penyusunan policy brief ini adalah Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2015 – 2019 dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 21 tahun 2013 tentang Pengendalian HIV dan AIDS. Policy Brief ini diharapkan dapat digunakan untuk merespon kebijakan kesehatan terkini yang berkembang di Indonesia di bawah pemerintahan Kabinet Kerja saat ini. Isi dari seri policy brief ini adalah sebagai berikut:

### 1. Apakah anak jalanan perlu diperhatikan dalam penanggulangan AIDS?

Anak jalanan merupakan salah satu populasi yang rentan terhadap penularan HIV dan penggunaan napza karena situasi sosial dan ekonomi mereka yang menguntungkan. Anak jalanan selama ini tidak dimasukkan dalam kategori populasi kunci dalam penanggulangan AIDS sehingga memperoleh perhatian yang sangat minimal dalam program AIDS di Indonesia. Sementara itu pemerintah lebih melihat penyelesaian permasalahan ini dengan pendekatan yang bersifat jangka pendek yaitu dengan menghalau mereka dari jalan melalui razia-razia di jalanan dan mengirimkannya ke panti- panti sosial. Upaya untuk melindungi anak jalanan dari penularan HIV dan penggunaan narkoba melalui penguatan kecakapan hidup anak jalanan dan rujukan layanan kesehatan perlu dilakukan dengan mengintegrasikan berbagai upaya tersebut ke dalam pendekatan pengasuhan yang berkelanjutan yang mengutamakan pencegahan dari pada pendekatan panti.

### 2. Mau sampai kapan saya metadon?: Memperkuat layanan program terapi rumatan metadon.

Permasalahan layanan program terapi metadon (PTRM) utama adalah Pembelajaran yang diperoleh dari penelitian operasional ini yaitu, kurang konsisten dilaksanakannya pedoman pelaksanaan program oleh penyedia layanan maupun oleh pemanfaat layanan, kejenuhan klien yang disebabkan karena tidak ada layanan psikososial dalam PTRM yang mengakibatkan tingginya penggunaan napza lain selain metadon, peran staf dan kader puskesmas belum optimal, dan adanya faktor eksternal yang sangat berpengaruh terhadap kepatuhan dalam terapi seperti ketersediaan narkoba, permasalahan keluarga, persoalan hubungan dengan teman. Untuk mengetahui strategi untuk memperkuat layanan PTRM, maka dilakukan sebuah penelitian

operasional di empat puskesmas PTRM di DKI Jakarta selama 6 bulan. Penguatan layanan PTRM dalam penelitian ini dikembangkan berdasarkan pemahaman bahwa PTRM merupakan corrective action dari pada curative action sehingga akan membantu penyedia layanan dan klien untuk konsisten dengan prosedur terapi yang telah ditetapkan. Hasil intervensi dalam penelitian ini telah menunjukkan adanya kecenderungan perubahan kerangka pikir dan intensitas layanan sehingga mampu memberikan pengaruh positif dalam proses pelayanan dan hasil program.

### 3. Untuk komunitas dari komunitas: Jangan hanya di puskesmas dan rumah sakit!

Perluasan cakupan perawatan HIV hingga saat ini masih terbatas karena adanya berbagai hambatan baik dari sisi kebutuhan maupun penyediaan layanan. Akibatnya cascade of HIV care di Indonesia masih menunjukkan kesenjangan yang besar. Kesenjangan ini akan lebih besar jika secara lebih spesifik dilihat pada komunitas pengguna napza suntik (penasun) karena masih kuatnya stigma pada penyedia layanan terkait dengan perilaku adiksinya dan pada sisi yang lain masih sedikitnya dukungan sosial diantara mereka sendiri untuk melakukan perawatan HIV. Penentuan layanan hanya pada fasilitas kesehatan umum memiliki potensi untuk membatasi akses populasi kunci untuk memperoleh layanan ARV. Untuk itu menjadi langkah yang penting bagi Kementerian Kesehatan untuk memperluas layanan ARV ini ke klinik-klinik komunitas yang selama ini telah memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada populasi kunci dan telah melaksanakan berbagai kegiatan pencegahan. Perluasan ke klinik komunitas pada dasarnya merupakan strategi untuk melakukan link to care menjadi lebih optimal sehingga semakin banyak populasi kunci yang bisa masuk dalam perawatan, memulai inisiasi ARV dan sekaligus bertahan dalam terapi. Pada sisi lain, inisiatif perluasan layanan perawatan HIV dan terapi ARV ke klinik komunitas juga harus diimbangi dengan tanggung jawab dan kompetensi yang lebih tinggi dalam memberikan pelayanan kepada ODHA.

### 4. Perlukah promosi tes HIV pada pasangan populasi kunci dan serodiskordan?

Situasi perawatan dan pengobatan Anti Retro Viral (ARV) selama ini masih terdapat kesenjangan yang besar antara jumlah ODHA yang mengetahui statusnya, jumlah ODHA yang masuk perawatan HIV meskipun memenuhi syarat untuk mengikuti terapi, jumlah ODHA yang memperoleh Terapi ARV, dan jumlah ODHA yang masih on treatment. Pada sisi lain masih ditemukan lost to follow up yang tinggi dari mereka yang pernah mengikuti Terapi ARV. Langkah strategis untuk mengurangi kesenjangan dan mendorong perawatan HIV sedini mungkin serta mendukung kepatuhan dalam terapi ARV adalah dengan perluasan tes HIV. Mempertimbangkan situasi epidemi di sebagian besar wilayah Indonesia yang terkonsentrasi

pada populasi kunci dan mulai meluas pada populasi umum maka melakukan promosi tes HIV kepada pasangan populasi kunci dan pasangan serodiskordan menjadi satu langkah yang sangat strategis. Untuk itu pengarusutamaan tes HIV bagi pasangan populasi kunci dan pasangan serodiskordan ke dalam setiap tahap pelayanan berkelanjutan pada penanggulangan HIV menjadi kebijakan mendasar yang diperlukan untuk inisiasi dini terapi ARV untuk ODHA.

#### 5. Antiretroviral (ARV) untuk anak dengan HIV di Indonesia: Sudahkah?

Anak dengan HIV bukanlah orang dengan HIV dalam bentuk yang kecil. Meski layanan dan obat ARV telah tersedia di berbagai daerah dan tingkat layanan kesehatan, tetapi pemberian terapi ARV secara khusus pada anak masih sangat terbatas. Keterbatasan ini bisa dilihat dari jumlah layanan yang bisa memberikan terapi ARV sesuai dengan pedoman maupun keterbatasan dalam ketersediaan obat ARV untuk anak. Akibatnya jumlah anak yang masuk ke dalam perawatan HIV masih belum optimal meski mereka telah memenuhi syarat untuk memperoleh terapi. Jika mereka telah memperoleh ARV, banyak dari mereka memperoleh obat ARV bagi orang dewasa. Demikian pula permasalahan kepatuhan minum obat dari anak yang mengikuti terapi masih jadi pertanyaan karena hingga saat ini belum ada laporan tentang itu. Melihat permasalahan tersebut maka bukan usulan kebijakan yang menjadi rekomendasi dari policy brief ini tetapi mendesak pemerintah sesegera mungkin melaksanakan kebijakan yang telah dibuat secara bertanggungjawab dan meluas ke berbagai wilayah dimana banyak anak dengan HIV yang membutuhkan ARV sesuai dengan kebutuhannya. Ketidakmampuan pemerintah untuk melaksanakan kebijakan ARV untuk anak ini akan mengancam hidup anak-anak dengan HIV di Indonesia.

#### 6. Membuka status HIV: Sebuah proses yang sering kali terabaikan

Kebanyakan perempuan dengan HIV menghadapi tantangan besar yang terkait dengan (1) ketidaksetaraan gender; (2) stigma sosial; dan (3) informasi yang menyesatkan tentang HIV yang membuat situasi mereka menjadi jauh lebih kompleks dibandingkan pria. Dengan mempertimbangkan berbagai situasi tersebut, maka membuka status HIV bagi seorang perempuan bisa berpotensi memberikan risiko seperti stigma, diskriminasi bahkan sampai pada isu kekerasan. Untuk itu hal yang terpenting adalah bagaimana seseorang mendapatkan bantuan atau pendampingan psikologis pada saat mereka berada dalam proses mengetahui status hingga harus membuka status HIVnya pada orang lain

#### 7. Dukungan bagi Ibu-Ibu yang Hidup dengan HIV?

Perempuan yang terinfeksi HIV dan mempunyai anak yang HIV positif menghadapi tantangan besar dalam hidupnya. Sayangnya, kebijakan nasional yang ada tampaknya belum menyentuh kepentingan ibu dengan HIV dan anak yang hidup dengan HIV dan keluarganya secara menyeluruh. Studi ini dimaksudkan untuk menggali kebutuhan-kebutuhan Ibu dan keluarga yang berhubungan dengan kualitas hidup anak. Pengumpulan data dilakukan dengan penyebaran kuesioner kepada 48 pengasuh anak dengan HIV. Selain itu, diskusi kelompok terarah dilakukan untuk menggali pengalaman pengungkapan status dan bantuan pemerintah yang pernah diterima anak atau keluarga. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak-anak dengan HIV positif hampir separuhnya memperoleh dukungan yang sangat berarti dari keluarga ibu. Anak-anak mereka dua pertiganya jarang bertemu atau tidak pernah bertemu sama sekali dengan ayahnya. Ibu dan pengasuh anak dengan HIV masih banyak yang belum memperoleh bantuan Jaminan Kesehatan pemerintah. Salah satu hal yang menjadi hambatan dari mereka untuk mengakses jaminan kesehatan adalah ketakutan diperlakukan secara diskriminatif ketika membuka status mereka

#### 8. Apakah Organisasi Masyarakat Sipil (OMS) masih mampu berperan dalam penanganan AIDS di Indonesia tanpa dukungan Inisiatif Kesehatan Global?

Keberadaan Inisiatif Kesehatan Global (Global Health Initiative - GHI) telah mampu memobilisasi program-program penanggulangan HIV dan memberikan penguatan pada sistem kesehatan dan partisipasi masyarakat sipil di negara-negara penerima bantuan, termasuk bagi Indonesia. Dukungan dari GHI selain memberikan efek yang positif, namun ternyata juga memberikan tantangan tersendiri terkait dalam sistem kesehatan maupun dalam peran dan keberlanjutan Organisasi Masyarakat Sipil (OMS). Walaupun beberapa OMS telah mulai memikirkan dan melakukan upaya-upaya untuk mempertahankan keberlanjutan program dan lembaganya, masalah dapat timbul pada sebagian besar OMS yang masih bergantung pada GHI jika lembaga donor yang menjadi sponsor utama GHI berhenti mengucurkan dana sumbangannya kepada suatu negara atau OMS-OMS tersebut. Kertas kebijakan ini bertujuan untuk memberikan rekomendasi baik untuk pihak donor, pemerintah dan OMS yang mengarah pada keberlanjutan keberadaan dan peran lembaga/program yang dijalankan oleh OMS.

# 1 Apakah Anak Jalanan Perlu Diperhatikan Dalam Penanggulangan AIDS?

oleh Kekek Apriana Dwi Harjanti dan  
Lydia Verina Wongso

## PESAN POKOK

Anak jalanan merupakan salah satu populasi yang rentan terhadap penularan HIV dan penggunaan napza karena situasi sosial dan ekonomi mereka yang menguntungkan. Anak jalanan selama ini tidak dimasukkan dalam kategori populasi kunci dalam penanggulangan AIDS sehingga memperoleh perhatian yang sangat minimal dalam program AIDS di Indonesia. Sementara itu pemerintah lebih melihat penyelesaian permasalahan ini dengan pendekatan yang bersifat jangka pendek yaitu dengan menghalau mereka dari jalan melalui razia-razia di jalanan dan mengirimkannya ke panti-panti sosial. Upaya untuk melindungi anak jalanan dari penularan HIV dan penggunaan narkoba melalui penguatan kecakapan hidup anak jalanan dan rujukan layanan kesehatan perlu dilakukan dengan mengintegrasikan berbagai upaya tersebut ke dalam pendekatan pengasuhan yang berkelanjutan yang mengutamakan pencegahan dari pada pendekatan panti.

## PENGANTAR

Anak jalanan<sup>1</sup> merupakan sebuah permasalahan sosial yang dijumpai di kota-kota besar di Indonesia. Data Kementerian Sosial RI tahun 2015 menyebutkan terdapat 4,1 juta jumlah kasus anak terlantar, dengan rincian 1,2 juta balita terlantar, 5.900 anak menjadi korban perdagangan manusia, 3.600 anak bermasalah dengan hukum dan 34.000 anak jalanan.<sup>2</sup> Jumlah anak yang disebutkan tersebut cenderung lebih kecil dibandingkan dengan estimasi yang ada. Sebaliknya, justru ada kecenderungan jumlah tersebut semakin meningkat dari waktu ke waktu. Di tahun 2002, berdasarkan hasil Susenas yang diselenggarakan oleh BPS & Pusdatin Kementerian Sosial tercatat sebanyak 94.674 anak jalanan di Indonesia dan di tahun 2008 sebanyak 154.861 anak jalanan. Terjadi peningkatan 64% anak jalanan dari 2002–2008 atau rata-rata sekitar 10.6% per tahun peningkatannya. Menggunakan asumsi terjadi peningkatan 10.6% per tahun untuk angka anak jalanan, maka di akhir 2015 diperkirakan terdapat tiga ratus ribu anak jalanan di Indonesia (estimasi dengan pendekatan yang sangat konservatif).<sup>3</sup> Berikut

gambaran estimasi pertumbuhan anak jalanan dengan asumsi pertumbuhan 10,6% per tahun.



Terdapat sejumlah permasalahan penting yang dihadapi oleh anak jalanan yang seringkali luput dari perhatian. **Pertama**, kehidupan jalanan memberikan kemudahan serta peluang untuk perilaku seksual. Sebuah penelitian di Jakarta, Bandung, Surabaya, & Medan pada 1284 anak jalanan menyebutkan sebanyak 6,9% pernah melakukan hubungan seksual (Rikawarstuti, 2003). Hasil tersebut sesuai dengan uraian Yayasan Bahtera yang menyatakan bahwa pada beberapa anak jalanan terbiasa berperilaku seks menyimpang seperti melakukan sodomi dengan sesama anak jalanan dan terbiasa berhubungan seks dengan pekerja seks komersil. Sebanyak 12,4% anak jalanan mengaku pernah melakukan hubungan sejenis, 46,1% mengaku melakukannya dengan

1 Kementerian Sosial RI pada Direktorat Pelayanan Sosial Anak mengkategorikan anak jalanan menjadi tiga kelompok, yaitu anak-anak yang hidup di jalan (children of the street), anak yang bekerja di jalanan (children on the street), dan anak yang rentan menjadi anak jalanan (vulnerable to be street children)  
2 Menteri Sosial RI, Khofifah Indar Parawansa, News Liputan 6, 03 Agustus 2015  
3 <http://datascience.or.id/2015/08/02/pembinaan-anak-jalanan-keberadaan-rumah-singgah-adakah-upaya-agar-pembinaan-yang-menyeluruh/>

pacar, bahkan 12,4% pernah melakukannya dengan pekerja seks (Rikawarstuti, 2003).

Bagi sebagian anak perempuan jalanan, kehidupan seks merupakan bagian dari kehidupan mereka di jalanan sehingga mereka mulai terbiasa untuk melakukan prostitusi agar memperoleh uang. Hubungan seks ini seringkali ditukar dengan imbalan uang, tempat tinggal, makanan, atau obat-obatan terlarang dari kehidupan jalanan, seperti memiliki banyak pasangan seksual, penggunaan kondom yang tidak konsisten, dan aktivitas seksual berisiko tinggi (Irwanto, 1995; Haley, 2004). Kecenderungan perilaku seksual di kalangan remaja jalanan menempatkan mereka pada risiko tinggi untuk terkena HIV dan infeksi menular seksual lainnya (IMS). Kebanyakan anak-anak jalanan yang berhubungan seks, langsung atau tidak langsung dan baik secara sukarela atau melalui paksaan oleh orang dewasa atau anak-anak lain (Irwanto, 1995).

**Kedua**, anak jalanan berada dalam situasi atau lingkungan yang berpotensi besar terhadap penyalahgunaan narkoba. Dimulai dengan penyalahgunaan obat terlarang, alkohol, rokok, penggunaan tato dan tindik, serta jenis napza yang dioplos sesuai dengan eksperimen di jalanan. Penyalahgunaan NAPZA dan Alkohol sebanyak cenderung cukup tinggi, seperti yang dilaporkan oleh Mughnizah (2012) bahwa 24% dari sampel penelitian di Makassar menggunakan napza atau alkohol.

**Ketiga**, tekanan secara fisik seperti pemerkosaan, pemukulan dan teror psikologis seperti intimidasi sangat dekat dengan dunia anak jalanan. Lingkungan yang keras dan tidak berpihak mempengaruhi citra diri anak jalanan secara positif. Sepanjang waktu dengan hidup di jalanan membuat anak jalanan yang mengalami gangguan psikologis seperti stress dan gangguan mental (Haley, 2004). Anak jalanan yang lebih tua sering menjadikan anak jalanan yang lebih muda sebagai pelampiasan berhubungan seksual secara anal sebagai ritual “melindungi” anak-anak jalanan yang lebih muda. (Irwanto, 1999, 2001; Beazely, 2003).

Dari berbagai faktor resiko yang dihadapi oleh anak jalanan, telah menempatkan mereka pada populasi yang rentan terinfeksi HIV. Data Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2010, menyatakan bahwa dari 144.889 anak yang hidup di jalanan, 8.581 anak telah terinfeksi HIV (Amirrudin & Yanti, 2014). Hal ini didukung pula oleh penelitian dari Hutami (2014) yang menyatakan bahwa anak jalanan merupakan salah satu kelompok remaja yang rentan terhadap perilaku berisiko penularan HIV-AIDS. Data ini tampaknya konsisten dengan data yang ditemukan oleh UNICEF di Rusia pada tahun 2009 yang menyatakan bahwa anak-anak jalanan dan anak-anak dalam kemiskinan secara khusus berisiko dengan sepertiga dari kasus baru infeksi HIV mempengaruhi kelompok usia 15-24 (Republika, 2010). Penelitian pada tahun 2014 menunjukkan sampai 40 persen dari anak-anak tunawisma di kota St. Petersburg Rusia telah terinfeksi virus ini (Republika, 2010).

## TANTANGAN

Untuk menyikapi permasalahan kerentanan anak jalan terhadap penularan HIV, penggunaan napza dan permasalahan kesehatan mental seperti digambarkan di atas, beberapa tantangan yang harus dihadapi adalah sebagai berikut:

1. Komisi Penanggulangan AIDS, Kementerian Sosial dan Kementerian Kesehatan belum secara langsung memiliki program yang terkait Layanan HIV bagi Anak Jalanan. Sejauh ini, belum ada program pencegahan yang inovatif dan dapat diakses ataupun ditargetkan untuk anak jalanan. Padahal program ini penting untuk dapat memutus rantai penularan penyebaran HIV pada anak jalanan sebagai salah satu populasi yang rentan. Isu anak jalanan, HIV AIDS, SRAN 2015-2019 belum secara spesifik menargetkan anak jalanan sebagai populasi yang penting untuk ditargetkan dalam penanggulangan AIDS. Demikian pula Kementerian Kesehatan lebih berfokus pada perawatan dan pengobatan. Sementara di Kementerian Sosial, permasalahan anak jalanan napza dikelola oleh berbagai direktorat yang berbeda yang memiliki orientasi penanganan masalah yang berbeda-beda sehingga memberikan tantangan besar untuk bisa membuat program yang bersifat komprehensif bagi anak jalanan.
2. Dampak sosial dan ekonomi akibat HIV/AIDS belum diperhatikan sebagai isu yang mendesak. Peningkatan biaya pengobatan yang tajam, baik untuk antiretroviral maupun untuk mengobati penyakit oportunistik, akan memberikan

beban bagi pemerintah Republik Indonesia (Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia, 2002). Orientasi penanggulangan AIDS saat ini yang berfokus pada upaya kesehatan kuratif melalui perawatan dan pengobatan ARV akan mengecilkan arti upaya pencegahan dan promosi kesehatan. Demikian pula orientasi upaya pencegahan yang hanya dilakukan pada populasi kunci semata juga akan mengecualikan berbagai kelompok yang secara epidemiologis tidak berkontribusi secara signifikan dalam jumlah kasus HIV dan AIDS. Hal ini pada gilirannya akan menjadi permasalahan *inequity* dalam pelayanan HIV dan AIDS ke depan.

3. Belum berjalannya SK Bersama 8 kementerian pada tahun 2010 tentang Peningkatan Kesejahteraan Sosial Anak Jalanan. Kesepakatan bersama ini bertujuan untuk meningkatkan koordinasi dalam upaya penanganan dan peningkatan kesejahteraan sosial anak jalanan yang berbasis hak anak. Pada kesepakatan bersama ini diatur tentang tugas dan tanggung jawab pihak-pihak yang bersepakat. Dalam upaya pencegahan penularan HIV di kalangan anak jalanan perlu dilakukan lintas sektor. Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah, salah satunya adalah dengan membuat kebijakan, yang tertuang surat kesepakatan bersama dalam Peningkatan Kesejahteraan Sosial Anak Jalanan. Akan tetapi, lemahnya fungsi kontrol & evaluasi mengakibatkan manfaat yang diperoleh dari SK bersama ini tidak dirasakan hingga ke penerima manfaat. Besarnya peranan kementerian sosial yang sudah memiliki paket lengkap untuk dapat



melakukan intervensi untuk menurunkan resiko penularan HIV pada anak jalanan.

4. Belum tersedianya data anak jalanan yang komprehensif. Informasi dan data yang jelas dan komprehensif mengenai HIV pada anak jalanan pada dasarnya menjadi landasan bagi pengembangan program AIDS yang lebih baik, namun sayangnya data seperti itu masih sangat terbatas. Surveilans untuk melihat sebaran, situasi kerentanan, dan kondisi terbaru terkait dengan HIV dan AIDS yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, KPAN atau Mitra Pembangunan Internasional sejauh ini tidak memasukkan anak jalanan sebagai target sampel. Keterbatasan ini menyulitkan untuk dapat melihat masalah dan penyebaran anak jalanan, terutama terkait dengan aspek kesehatan anak jalanan terkait tren dan pola penularan HIV di anak jalanan.

#### REKOMENDASI KEBIJAKAN

Mengacu kepada UU No 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah dan Peraturan Presiden No. 29 Tahun 2011 program-program Kementerian Sosial dan yang harus diperkuat untuk mengurangi kerentanan anak jalanan terhadap penularan HIV maka beberapa upaya yang perlu dilakukan oleh pemerintah pusat dan daerah adalah:

1. Penguatan strategi untuk mencegah dan menanggulangi masalah kesejahteraan sosial anak jalanan terkait Napza, perilaku seksual, dan HIV/AIDS dengan mendorong terlaksananya paradigma

baru yang mulai dilakukan Kemensos, yakni pengasuhan berkelanjutan dengan sistem yang terintegrasi, dengan mengutamakan pencegahan bukan layanan panti<sup>4</sup>

2. Kementerian Sosial perlu secara sistematis mengembangkan dan memperkuat pelayanan dan program penanganan anak jalanan yang lebih komprehensif termasuk untuk penanganan permasalahan penularan HIV, penggunaan narkoba dan kesehatan mental bagi anak jalanan dengan melibatkan lembaga lain yang terkait dengan masalah tersebut seperti KPAN, Kementerian Kesehatan dan BNN.
3. Pembagian peranan antara Kementerian Sosial dengan Dinas Sosial perlu dikaji ulang agar sesuai dengan semangat desentralisasi seperti yang tercermin dalam UU 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sehingga mempermudah dalam melakukan pengembangan regulasi dan pelaksanaan program yang lebih tegas.
4. Penguatan sistem informasi masalah kesejahteraan sosial anak jalanan terkait dengan napza dan HIV & AIDS dilakukan melalui *data sharing* diantara sistem informasi strategis yang dimiliki oleh Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan dan KPAN. Data yang *reliable* diperlukan untuk dapat memperoleh gambaran besaran masalah yang ada sebagai acuan mendesain dan memantau program yang efektif. Penting bagi pemerintah untuk dapat mendorong dan mendukung penelitian-penelitian

<sup>4</sup> Edi Suharto, Direktur Direktorat Kesejahteraan Sosial Anak dalam pemaparan pada workshop Background Study RPJMN 2015-2019

terkait penularan/penyebaran HIV & AIDS pada anak jalanan.

5. Peningkatan pengetahuan dan ketrampilan terkait informasi NAPZA dan HIV AIDS pada petugas sosial profesional, Satuan Bakti Pekerja Sosial, Tenaga kerja pendamping anak dan petugas dukungan konseling adiksi pada seluruh komponen layanan yang dimiliki Dinas Sosial di tingkat kabupaten/kota. Ketrampilan ini mencakup konseling dan tes HIV, pengobatan ARV, pelayanan PTRM dan konseling adiksi.



*Upaya untuk melindungi anak jalanan dari penularan HIV dan penggunaan narkoba melalui penguatan kecakapan hidup anak jalanan dan rujukan layanan kesehatan perlu dilakukan dengan mengintegrasikan berbagai upaya tersebut ke dalam pendekatan pengasuhan yang berkelanjutan yang mengutamakan pencegahan dari pada pendekatan panti.*

RUJUKAN

Bappenas, Hasil *Self-Assessment* Kemensos, 2012

Badan Pusat Statistik (BPS), Data Anak Jalanan, 2008

Badan Pusat Statistik (BPS), Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia, 2012

Edi Suharto, Paparan pada Workshop Background Study RPJMN, Pemaparan,, Direktur Direktorat Kesejahteraan Sosial Anak, 2015-2019

Irwanto, Penelitian Anak yang Hidup dan Bekerja di Jalanan: Tantangan Konseptual dan Programatik, Lembaga Penelitian Anak Jalanan, 2003

Kementerian Kesehatan RI, Survey Terpadu Biologis Perilaku pada Kelompok Berisiko, 2013

Kementerian Kesehatan RI, Laporan Perkembangan HIV Triwulan 4, 2014

Kementerian Sosial, Permensos No 80/Huk/2010 tentang Panduan Perencanaan Pembiayaan Pencapaian Standar Minimal (SPM) Bidang Sosial Daerah Propinsi dan Kota/Kabupaten

Kesepakatan Bersama 8 Kementerian RI tentang peningkatan kesejahteraan anak jalanan di Indonesia, 2010

News Liputan 6, Liputan wawancara Menteri Sosial RI, Khofifah Indar Parawansa,, 03 Agustus 2015

BreakingNews, Republika Online,,20 Juli 2010

Articles ,Voices from the Margins: Street Children’s Subcultures in Indonesia, Children’s Geographies, 2003

Pedoman Satuan Bakti Pekerja Sosial, perlindungan Anak hal 3, 2011

Pusdatin Kemensos RI, Kumpulan Data–, 2008

RM Ksatria Bhumi Persada, Kekerasan Personal Terhadap Anak Jalanan, Skripsi, , FISIP UI, 2012

Rikawarastuti, Tinjauan Pendekatan Penanganan Perilaku Seksual Anak Jalanan, Jurnal, , Poltekkes Kemenkes Jakarta I, 2003

Ridwan Amiruddin, Fitri Yanti, Tindakan Berisiko Tertular HIV AIDS pada Anak Jalanan, Jurnal Penelitian, Universitas Hasanudin, Makasar, 2012

Undang-undang Sosial tentang Perlindungan Anak Nomor 23 Tahun 2002

UNESCO, Education for street children in Kenya: the role of the undugu society, 2004

2

Mau Sampai Kapan Saya Metadon?: Memperkuat Layanan Program Terapi Rumatan Metadon

oleh Th. Puspoarum Kusumoputri, Gracia Simanullang dan Ignatius Praptoraharjo

ABSTRAK

Permasalahan layanan program terapi metadon (PTRM) utama adalah Pembelajaran yang diperoleh dari penelitian operasional ini yaitu, kurang konsisten dilaksanakannya pedoman pelaksanaan program oleh penyedia layanan maupun oleh pemanfaat layanan, kejenuhan klien yang disebabkan karena tidak ada layanan psikososial dalam PTRM yang mengakibatkan tingginya penggunaan napza lain selain metadon, peran staf dan kader puskesmas belum optimal, dan adanya faktor eksternal yang sangat berpengaruh terhadap kapatuhan dalam terapi seperti ketersediaan narkoba, permasalahan keluarga, persoalan hubungan dengan teman. Untuk mengetahui strategi untuk memperkuat layanan PTRM, maka dilakukan sebuah penelitian operasional di empat puskesmas PTRM di DKI Jakarta selama 6 bulan. Penguatan layanan PTRM dalam penelitian ini dikembangkan berdasarkan pemahaman bahwa PTRM merupakan *corrective action* dari pada *curative action* sehingga akan membantu penyedia layanan dan klien untuk konsisten dengan prosedur terapi yang telah ditetapkan. Hasil intervensi dalam penelitian ini telah menunjukkan adanya kecenderungan perubahan kerangka pikir dan intensitas layanan sehingga mampu memberikan pengaruh positif dalam proses pelayanan dan hasil program.

## PENGANTAR

Analisa Survei Terpadu Biologi dan Perilaku (STBP) yang dilakukan Kementerian Kesehatan (Kemenkes), melaporkan prevalensi HIV pada kelompok ini berkurang dari 52,4% di tahun 2007 menjadi 42,4% di tahun 2011 (Kemenkes, 2012). Namun STBP 2009 dan 2013 melaporkan peningkatan prevalensi HIV, yaitu dari 27% menjadi 39,5% (Kemenkes, 2014). Hasil STBP 2011 juga menunjukkan bahwa belum semua penasun mengikuti program pengurangan dampak buruk (*harm reduction*). Contohnya yang mengikuti layanan PTRM dalam satu tahun terakhir dan Layanan Alat Suntik Steril (LASS) sebesar 50% and 53% di tahun 2011. Selain itu, mayoritas penasun yang menerima metadon dalam satu tahun terakhir masih menggunakan jarum suntik karena belum bisa menghilangkan sensasi menggunakan obat (Kemenkes, 2012).

Program PTRM diluncurkan secara resmi pada tahun 2006, dan pedoman nasional pelaksanaannya diatur dalam peraturan Kemenkes 494/Menkes/SK/VII/2006. Program PTRM diluncurkan dengan mempertimbangkan hasil evaluasi atas ujicoba yang telah dilakukan di dua rumah sakit di Indonesia yang menunjukkan bahwa adanya perubahan perilaku di mana penasun yang mengikuti PTRM berhenti menggunakan obat (Utami et al., 2005). Pada tahun 2013, ada 83 layanan PTRM di sejumlah PKM, rumah sakit, dan lembaga pemasyarakatan di Indonesia (Kemenkes, 2013). Di DKI Jakarta sendiri, ada 18 layanan PTRM yang tersebar di 5 wilayah dengan jumlah penasun yang aktif mengakses layanan tersebut sejumlah 2.457 (Kemenkes, 2013).

Pelaksanaan PTRM di Indonesia belum maksimal dan telah didokumentasikan di beberapa penelitian. Salah satu kendala adalah pelaksanaan PTRM tidak selalu mengacu pada pedoman yang ada (Kemenkes, 2012; Sarasvita, 2009). Kendala yang lain adalah bahwa 83% penasun yang ikut PTRM masih menyuntik, pada saat terakhir menyuntik, 10% masih melakukan praktik menyuntik yang berisiko (Afriandi et al., 2010). Angka *drop out* bagi yang mengikuti PTRM dilaporkan masih tinggi yaitu sekitar 40-50% (Kemenkes, 2013). Isu *drop out* juga terjadi pada penasun yang mengakses PTRM di RSKO, dalam rentang waktu 6 bulan ada 38% penasun yang *drop out* dari program (RSKO, 2005).

Mempertimbangkan belum optimalnya pelaksanaan PTRM di Indonesia, Kemenkes RI Subdit PP & PL bekerja sama dengan Pusat Penelitian HIV dan AIDS (PPH) Universitas Katolik Atma Jaya akan melakukan suatu penelitian operasional untuk memperkuat layanan PTRM dengan memilih sampel layanan di empat puskesmas PTRM di DKI Jakarta. Tahapan penelitian operasional yang dilaksanakan adalah kajian penjajakan situasi terkini, pengembangan disain intervensi, pelaksanaan intervensi, implementasi rencana tindak lanjut dari intervensi, monitoring dan evaluasi serta pengembangan rekomendasi.

## PERMASALAHAN POKOK LAYANAN TERAPI RUMATAN METADON

Hasil kajian penjajakan situasi layanan metadon di empat puskesmas di DKI Jakarta menunjukkan bahwa permasalahan yang muncul dalam

penyediaan dan pemanfaatan layanan pada dasarnya bisa dikategorikan menjadi beberapa hal.

1. Prosedur layanan walaupun sudah disediakan buku pedoman pelaksanaannya ternyata dalam pelaksanaannya masih cenderung kurang konsisten dilaksanakan oleh penyedia layanan maupun oleh pemanfaat layanan.
2. Layanan konseling psikososial sebagai pendukung terapi yang diketahui memberikan dampak positif bagi kepatuhan klien mengikuti terapi tidak tersedia di layanan PTRM sehingga muncul permasalahan kejenuhan klien, ketidakpatuhan terhadap proses terapi dan tingkat yang tinggi penggunaan napza selain metadon diantara para klien ruman.
3. Peran staf dan kader puskesmas belum optimal dilaksanakan dalam pelayanan ruman metadon yang disebabkan karena terbatasnya staf, kejenuhan dalam memberikan layanan dan terjadinya pergantian staf puskesmas yang cukup sering.
4. Faktor eksternal penyedia layanan yang berpengaruh terhadap kepatuhan klien metadon dalam terapi sehingga terjadi drop out atau menggunakan napza selain metadon seperti ketersediaan napza di lingkungan tempat tinggal atau di sekitar puskesmas, dinamika psikologis dari klien dan meningkatnya operasi penangkapan terhadap pengguna napza di wilayah program.

## PENGUATAN LAYANAN PTRM

Tiga permasalahan utama bisa disikapi dengan mengembangkan disain intervensi penelitian

operasional yang berfokus pada penguatan kapasitas staf dan kader dalam pelayanan PTRM. Sementara permasalahan terkait faktor eksternal tidak bisa disikapi dalam penelitian ini karena melampaui tujuan dari penelitian ini. Pemahaman tentang PTRM sebagai *corrective action* dari pada sebuah *curative action* dari permasalahan adiksi menjadi dasar dalam pengembangan kapasitas tersebut sehingga diharapkan ada kesadaran bahwa penyediaan terapi metadon ini membutuhkan waktu yang lama (Josept et al, 2000; Farell M, et al, 2005; Tilson et al, 2007). Dengan memahami bahwa PTRM merupakan terapi jangka panjang maka diharapkan staf maupun pasien tidak berkehendak untuk secepatnya menyelesaikan terapi tetapi menyadari bahwa terapi tersebut perlu dalam jangka waktu yang tidak terbatas untuk memastikan bahwa klien bisa berfungsi secara sosial secara berkelanjutan. Selain itu, sebagai sebuah *corrective action*, layanan PTRM tidak bisa hanya menggantungkan keberhasilannya pada pemberian metadon semata-mata tetapi harus pula dilengkapi dengan intervensi lain yang berupa intervensi psikososial dan perilaku yang mendorong klien untuk bisa bertahan di dalam terapi dalam jangka waktu yang lama,

Mempertimbangkan bahwa intervensi perilaku dan psikososial merupakan komponen pokok di dalam PTRM maka penelitian operasional ini difokuskan untuk mengembangkan sebuah intervensi yang secara strategis bisa menyikapi keterbatasan layanan dan SDM yang tersedia di masing-masing puskesmas agar bisa melaksanakan fungsi penyediaan layanan yang lebih optimal.

Selain itu intervensi ini juga bisa secara langsung berpengaruh terhadap proses pelayanan karena diarahkan untuk menjawab kebutuhan terhadap intervensi perilaku dan psikososial yang selama ini masih sangat minimal dilakukan. Oleh karena itu penguatan kapasitas staf dan kader merupakan langkah intervensi yang dinilai mampu laksana dan mampu hasil dalam meningkatkan retensi dan kepatuhan klien rumatan dan menurunkan penggunaan napza selain metadon. Gambaran intervensi untuk memperkuat layanan PTRM bisa dilihat pada gambar di bawah ini:



Hasil evaluasi intervensi telah mengindikasikan bahwa penguatan kapasitas staf dan kader puskesmas telah mendorong terjadinya perubahan-perubahan awal di dalam layanan baik secara internal (koordinasi antar staf/kader) dan komunikasi dengan klien rumatan menjadi lebih terbuka. Hal ini misalnya tampak pada tumbuhnya kesadaran kader untuk lebih lebih bertanggung jawab terhadap pekerjaannya, muncul kesadaran untuk tidak hanya memberikan layanan sebagai kegiatan rutin tapi juga memikirkan apa yang dapat dilakukan untuk membuat layanan menjadi lebih baik, membantu klien PTRM, dan melihat pentingnya pemantauan yang lebih sistematis terhadap klien dengan melakukan pencatatan data & informasi penting terkait layanan setiap bulannya (jumlah pasien aktif, DO, rujuk masuk dan keluar, THD). Adanya perubahan awal ini menjadi penting untuk diinstitusionalisasikan ke prosedur layanan di masing-masing puskesmas agar berdampak pada kinerja layanan yang lebih optimal di masa yang akan datang.

Hasil evaluasi juga telah menunjukkan bahwa terapi rumatan metadon ini telah terbukti mampu untuk menekan penggunaan heroin pada klien rumatan yang merupakan tujuan utama dari PTRM. Hal ini tampak pada hasil tes urine dari klien rumatan yang menunjukkan kecilnya jumlah pasien yang menggunakan heroin. Meski demikian, penggunaan alkohol atau napza lain selama mengikuti terapi merupakan hal yang umum ditemukan pada klien rumatan metadon di berbagai tempat. Hasil dari urine tes yang dilakukan oleh puskesmas

menunjukkan hal yang sama dimana sekitar 32 persen dari klien masih menggunakan napza selain metadon. Jika dibandingkan antara hasil tes urine sebelum dan sesudah intervensi, penggunaan napza selain metadon pada klien rumatan ini mengalami sedikit penurunan sebesar 7 persen. Meski bukan sebagai kriteria keberhasilan PTRM, penggunaan napza lain ini justru seringkali memperburuk hidup dari klien rumatan metadon karena menyebabkan kematian, masalah kriminal dan juga kestabilan secara psikologis

Beberapa pembelajaran penting telah diperoleh dari pelaksanaan penelitian operasional ini dan bisa digunakan untuk merencanakan program ke depan atau perluasan PTRM di tempat lain. Beberapa pembelajaran tersebut antara lain:

1. Permasalahan yang muncul dalam pelaksanaan PTRM di empat puskesmas di DKI Jakarta seperti kejenuhan klien dan staf, ketidakpatuhan klien rumatan terhadap terapi yang dilakukan dan penggunaan napza lain merupakan permasalahan yang umum ditemukan dalam pelayanan PTRM di berbagai tempat sehingga upaya untuk melaksanakan intervensi penguatan kapasitas bagi staf dan kader puskesmas bisa diperluas di tempat lain.
2. Keterlibatan pemangku kepentingan seperti dinas kesehatan, KPAP, rumah sakit pengmapu dan puskesmas dalam pengembangan disain intervensi ini pada dasarnya merupakan bentuk kesadaran akan pentingnya untuk mengoptimalkan kinerja PTRM dan sekaligus

kemauan untuk melakukan perubahan-perubahan. Penelitian operasional ini hanya bisa dilakukan jika ada kerja sama yang kuat antara peneliti dengan pengelola program.

3. Perlunya penguatan kapasitas semua staf yang terlibat dalam program PTRM untuk membangun sinergi dalam pelayanan PTRM. Penguatan ini bisa dilakukan secara sederhana dengan melakukan lokakarya internal yang diikuti oleh staf dan kader puskesmas yang terlibat dalam program. Narasumber dari luar puskesmas bisa membantu menyegarkan pemahaman staf dan kader atas prosedur layanan dan sekaligus bisa menyediakan alternatif strategi atau cara-cara untuk mengatasi permasalahan layanan yang muncul.
4. Peran kader sebagai fasilitator layanan PTRM bisa diperluas untuk melaksanakan peran dan fungsi manajemen kasus bagi klien metadon sehingga memungkinkan pemantauan yang lebih sistematis dan rutin terhadap perkembangan terapi dari setiap klien rumatan.
5. Institusionalisasi perubahan prosedur layanan khususnya penguatan peran kader menjadi penting untuk dilakukan karena perubahan peran ini menuntut sinkronisasi dan harmonisasi dengan peran dan fungsi staf layanan PTRM yang lain. Institusionalisasi perubahan prosedur ini bisa terlaksana jika ada komitmen yang lebih besar dari koordinator dan kepala puskesmas.
6. Meski secara langsung pengembangan kapasitas ini belum mampu meningkatkan kinerja program secara keseluruhan tetapi telah mampu mempengaruhi puskesmas untuk melakukan



pembenahan-pembenahan dalam kerja sama staf dan prosedur layanan khususnya pemantauan klien melalui pencatatan yang lebih sistematis, kesediaan untuk membantu klien dengan menginisiasi intervensi perilaku dan psikososial serta pelaksanaan tes urine yang lebih sering.

## REKOMENDASI KEBIJAKAN

Berdasarkan pembelajaran dari proses penelitian operasional tersebut, sejumlah ruang untuk perbaikan program layanan PTRM di masa depan yang bisa diidentifikasi adalah sebagai berikut:

### 1. Pengembangan Program

- Kebutuhan layanan penunjang yang mendesak untuk dipenuhi adalah layanan intervensi perilaku dan psikososial yang terbukti meningkatkan efektivitas intervensi farmakologi. Solusi jangka pendek untuk memenuhi kebutuhan ini adalah meningkatkan kapasitas SDM yang tersedia di puskesmas khususnya kader untuk melakukan intervensi perilaku dan psikososial. Alternatif yang lain adalah mengembangkan kerja sama antara dinas kesehatan dengan fakultas psikologi atau kesehatan masyarakat untuk menempatkan secara terjadwal mahasiswa yang berminat di puskesmas yang menyediakan layanan PTRM. Dalam perencanaan program di masa depan, perlu untuk ditugaskan seorang staf puskesmas untuk bertanggung jawab untuk intervensi ini dengan membekalinya dengan pengembangan kapasitas yang memadai.
- Upaya untuk meningkatkan efektivitas program

akan lebih memungkinkan jika melibatkan pemangku kepentingan kunci seperti dinas kesehatan, rumah sakit pengampu dan kelompok klien rumatan. Adanya pembiayaan dari Jamkesda untuk program PTRM ini memungkinkan berbagai perubahan dilakukan. Oleh karenanya advokasi kepada pemerintah daerah terhadap anggaran yang dilakukan untuk melakukan memperkuat layanan PTRM menjadi hal yang prioritas bagi dinas kesehatan. Ketergantungan dari donor seperti dari Global Fund perlu diantisipasi sejak awal sehingga tidak terjadi perubahan layanan ketika bantuan dana ini berhenti.

### 2. Prosedur Layanan

- Secara umum prosedur layanan sudah dilaksanakan sesuai dengan pedoman pelaksanaan yang tersedia. Tetapi tidak semua prosedur ini dilaksanakan secara konsisten karena berbagai alasan seperti pemahaman yang berbeda antara staf satu dengan staf yang lain demikian pula antara staf dengan klien. Untuk itu pembahasan berbagai masalah terkait dengan prosedur layanan perlu dikoordinasikan secara rutin diantara staf puskesmas melalui media yang tersedia di puskesmas seperti lokakarya mini bulanan.
- Prosedur pemantauan klien merupakan prosedur yang relatif masih lemah dalam pelaksanaan PTRM. Penilaian terhadap indikator yang digunakan dalam pemantauan klien seperti derajat keparahan gejala putus obat, intoksikasi, penggunaan obat lain, efek samping, persepsi pasien terhadap kecukupan dosis, kepatuhan

terhadap regimen obat yang diberikan, kualitas tidur atau nafsu makan perlu dilakukan setiap bulan. Oleh karena dokter cenderung sibuk dengan pelayanan kesehatan yang lain maka perlu adanya upaya untuk melakukan *task shifting* ke perawat atau tenaga kesehatan yang lain atau kepada kader puskesmas. Pemantuan yang seharusnya dilakukan setiap bulan perlu dilakukan secara konsisten agar permasalahan kejenuhan, penggunaan napza lain atau permasalahan psikologi dari klien bisa secara cepat direspon.

### 3. Peran Staf dan Kader Puskesmas

- Staf dan kader puskesmas dalam PTRM perlu memperoleh pengembangan kapasitas secara terus menerus dan konsisten mengingat potensi terjadinya rotasi diantara mereka dan perubahan permasalahan pelayanan yang selalu berkembang. Pentingnya kompetensi ini dirasakan oleh klien rumatan terutama bagi staf baru ditempatkan di PTRM. Secara umum pengembangan kapasitas bagi staf dan kader ini mencakup dua bidang yaitu pemahaman program yang mencakup filosofi, tujuan dan manfaat program dan pengembangan profesionalitas yang mencakup aspek-aspek teknis dari penyediaan layanan PTRM.

### 4. Monitoring dan Evaluasi

- Monitoring dan evaluasi program yang dilakukan hingga saat ini lebih berfokus pada pelaporan kegiatan layanan ke penyedia dana, rumah sakit pengampu dan dinas kesehatan. Monitoring dan evaluasi yang berfokus pada perkembangan program cenderung tidak

dilakukan sehingga upaya perubahan yang diwujudkan dalam perencanaan kerja tahunan juga tidak dilakukan karena tidak tersedianya data tentang kebutuhan dan prioritas layanan yang saat ini muncul. Perencanaan program cenderung hanya mengikuti target-target atau ketersediaan dana yang dialokasikan untuk program tersebut. Untuk itu, maka kapasitas monitoring dan evaluasi dari staf program dan komitmen untuk melaksanakan monitoring dan evaluasi perlu diperhatikan agar pelayanan menjadi tidak berkembang yang mengakibatkan kejenuhan diantara staf puskesmas.

- Mekanisme lokakarya mini bulanan yang dilakukan oleh puskesmas bisa menjadi media untuk mendiseminasikan hasil monitoring dan evaluasi di tingkat puskesmas. Untuk itu diperlukan instrumen atau panduan untuk melakukan monitoring dan evaluasi secara praktis dan mudah dilakukan oleh staf yang memiliki beban pekerjaan ganda. Instrumen ini diharapkan tidak hanya semata-mata memotret capaian tetapi juga bisa menggali aspek-aspek kualitatif program seperti dinamika klien, kondisi layanan dan kualitas layanan.

RUJUKAN

Afriandi, I., Istiqomah, AN., Hidayat, T., Saputra, L. (2010). Individual and organizational determinants of risk injecting practice among clients of methadone maintenance treatment program in Indonesia. Bandung: Faculty of Medicine-University Padjajaran.

Farrell M, Gowing L, Marsden J, Ling W, Ali R. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. Int J Drug Policy 2005;16:67-75.

Joseph, H, Stancliff S, Langrod, J, Methadone Maintenance Therapy (MMT): A review of Historical dan Clinical Issues, The Mount Sinai Journal of Medicine, Vol.67 Nos 5 & 6, October/November 2000

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Laporan kasus HIV dan AIDS Triwulan III tahun 2013. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2012). Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) tahun 2011. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

Rumah Sakit Ketergantunga Obat (RSKO). (2005). Laporan Kegiatan Tahunan 2005. Jakarta: RSKO.

Sarasvita, R. (2009). Treatment retention in methadone maintenance programs in Indonesia: towards evidence-informed drug policy (Thesis). Adelaide: University Adelaide.

Tilson H, Aramrattana A, Bozzette S. Preventing HIV Infection Among Injecting Drug Users in High-Risk Countries: An Assessment of the Evidence. Washington, DC: Institute of Medicine 2007.

Utami, D.S., et al. (2005). Final report of WHO collaborative study on substitution therapy of opioid dependency and HIV/AIDS: Indonesia site. Jakarta: MOH RI.

3

Untuk Komunitas Dari Komunitas: Jangan Hanya Di Puskesmas dan Rumah Sakit!

oleh John Gentar dan Anindita Gabriella

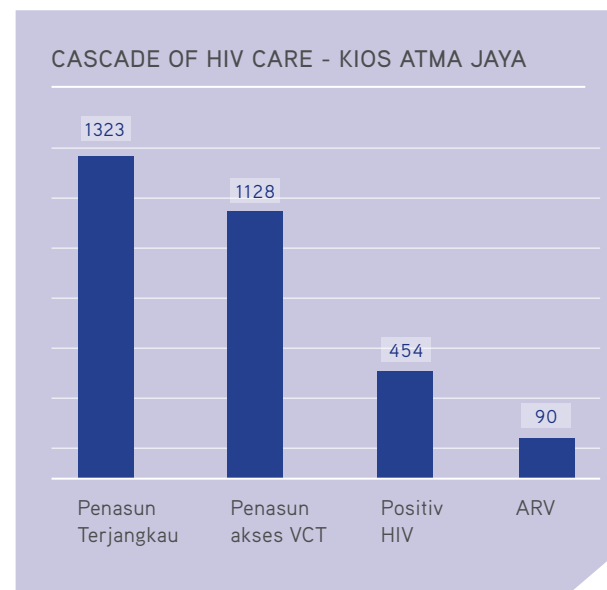
PESAN POKOK

Perluasan cakupan perawatan HIV hingga saat ini masih terbatas karena adanya berbagai hambatan baik dari sisi kebutuhan maupun penyediaan layanan. Akibatnya *cascade of HIV care* di Indonesia masih menunjukkan kesenjangan yang besar. Kesenjangan ini akan lebih besar jika secara lebih spesifik dilihat pada komunitas pengguna napza suntik (penasun) karena masih kuatnya stigma pada penyedia layanan terkait dengan perilaku adiksinya dan pada sisi yang lain masih sedikitnya dukungan sosial diantara mereka sendiri untuk melakukan perawatan HIV. Penentuan layanan hanya pada fasilitas kesehatan umum memiliki potensi untuk membatasi akses populasi kunci untuk memperoleh layanan ARV. Untuk itu menjadi langkah yang penting bagi Kementerian Kesehatan untuk memperluas layanan ARV ini ke klinik-klinik komunitas yang selama ini telah memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada populasi kunci dan telah melaksanakan berbagai kegiatan pencegahan. Perluasan ke klinik komunitas pada dasarnya merupakan strategi untuk melakukan *link to care* menjadi lebih optimal sehingga semakin banyak populasi kunci yang bisa masuk dalam perawatan, memulai inisiasi ARV dan sekaligus bertahan dalam terapi. Pada sisi lain, inisiatif perluasan layanan perawatan HIV dan terapi ARV ke klinik komunitas juga harus diimbangi dengan tanggung jawab dan kompetensi yang lebih tinggi dalam memberikan pelayanan kepada ODHA.

## PENGANTAR

Program penjangkauan komunitas telah membantu pengguna napza suntik (penasun) terhubung ke layanan kesehatan terkait HIV, mulai dari layanan periksa IMS, konseling dan tes HIV sukarela, sampai layanan pengurangan dampak buruk seperti layanan alat suntik steril. Hal ini membantu penasun untuk mengakses layanan karena disediakan di tempat yang nyaman dan dipersepsikan aman untuk diakses oleh mereka. Hasilnya, laju infeksi HIV di kelompok penasun dalam beberapa tahun terakhir tampak menurun (STBP 2007 dan 2011). Pada akhir 2011, dua pertiga dari total estimasi penasun telah dijangkau oleh layanan pengurangan dampak buruk. 87% penasun melaporkan tidak berbagi jarum saat penyuntikan terakhir dan 63% tidak berbagi jarum dalam seminggu terakhir menyuntik (STBP 2011).

Meskipun kegiatan pencegahan telah memberikan dampak positif terhadap penularan HIV pada komunitas penasun, tetapi tidak dalam upaya perawatan dan pengobatan HIV. Jumlah penasun yang positif cukup banyak yang belum masuk ke dalam perawatan HIV. Data yang tersedia dari Kementerian Kesehatan tidak memilah proporsi populasi kunci yang positif, masuk dalam perawatan HIV, aktif dalam pengobatan ARV dan jumlah yang tidak bisa meneruskan terapi sehingga sulit untuk memperoleh gambaran tentang situasi perawatan dan pengobatan pada penasun. Meskipun demikian, data dari Kios (lihat grafik 1), bisa mengindikasikan bagaimana *cascade* perawatan HIV pada komunitas tersebut.



Dapat dilihat bahwa lebih dari 85% dampungan berhasil mengakses tes HIV, namun hanya 20% yang mengakses perawatan terapi ARV. Cascade di atas secara jelas menunjukkan adanya permasalahan dalam *linkage to care* pada komunitas penasun yang positif.

Permasalahan ini tampaknya juga refleksi dari permasalahan perawatan HIV yang lebih besar dimana *cascade* perawatan HIV di Indonesia masih menunjukkan kesenjangan yang besar antara ODHA yang telah mengetahui statusnya dengan mereka yang masuk dalam perawatan. Kesenjangan untuk masuk dalam perawatan HIV tentunya menjadi ancaman yang besar bagi target pemerintah (Kementerian Kesehatan) untuk mencapai target 90-90-90 sesuai himbauan UNAIDS, yaitu 90%

dari orang yang HIV positif mengetahui statusnya, 90% dari orang HIV positif mendapatkan terapi ARV dan bertahan dalam terapi, serta 90% orang dalam terapi ARV bisa ditekan jumlah virusnya.

Pada tahun 2014, Kementerian Kesehatan Indonesia mengeluarkan Permenkes No. 87 tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan ARV untuk mendorong populasi kunci segera mendapatkan pengobatan ARV setelah didiagnosa HIV positif. Upaya ini dilakukan untuk menekan laju kematian terkait HIV dan AIDS dan penularan HIV. Sayangnya ada kemungkinan upaya tersebut juga tidak mampu mendorong jumlah penasun untuk mengikuti perawatan ARV karena kebijakan Kementerian Kesehatan dalam distribusi ARV sesuai Permenkes no. 21 tahun 2013 adalah dengan menetapkan daftar rumah sakit rujukan dan puskesmas sebagai tempat mengakses layanan ARV. Terpusatnya pelayanan terapi ARV hanya pada fasyankes pemerintah seringkali membuat populasi kunci yang tersembunyi seperti penasun menjadi tidak mudah mengakses karena adanya beberapa hambatan sosial khususnya terkait dengan stigma sebagai pecandu.

Penetapan layanan ARV hanya pada fasyankes kesehatan umum pada dasarnya merupakan satu hambatan bagi penasun untuk mengakses layanan yang dibutuhkan seperti yang digambarkan dalam kasus Kios Atma Jaya di atas. Demikian pula ada kecenderungan kepercayaan dari dokter di RS dan Puskesmas bahwa penasun aktif dengan masalah adiksi tidak bisa memulai pengobatan ARV karena

kemungkinan tidak patuh lebih tinggi (Wisaksana, 2009; WHO, 2008). Hal ini semakin membatasi akses penasun HIV positif untuk mendapatkan terapi ARV. Padahal, terbukti dari berbagai program pengurangan dampak buruk, kinerja organisasi masyarakat sipil dari komunitas sangat baik dalam menjangkau dan menghubungkan penasun dengan layanan (KPAN, 2012).

## PILIHAN KEBIJAKAN

Selain melakukan upaya dukungan pada tingkat individual yang lebih kuat pada penasun yang telah mengetahui status HIVnya untuk segera masuk ke dalam perawatan HIV agar bisa mengurangi dampak negatif atas keterlambatannya terapi ARV, perlu juga adanya upaya dari sisi penyediaan layanan untuk menyikapi situasi masih rendahnya penasun masuk dalam perawatan HIV. Salah satu upaya yang terbukti efektif untuk mendukung akses populasi kunci yang terstigma adalah memperluas penyediaan perawatan ARV pada klinik komunitas, selain dari puskesmas dan rumah sakit rujukan. Alasan utama perluasan layanan ARV pada klinik komunitas adalah bahwa klinik komunitas memiliki pengalaman yang kaya dan keterampilan sangat baik dalam menjangkau populasi kunci untuk mempermudah *link to care*. Sebagai contoh, KIOS Atma Jaya telah memiliki pengalaman lebih dari 12 tahun dalam menyediakan layanan pengurangan dampak buruk bagi penasun, yang sebetulnya lebih rumit dibandingkan penyediaan layanan ARV karena berbagai risiko yang ditanggung dalam layanan pengurangan dampak buruk. Jumlah penasun yang masuk ke perawatan HIV diperkirakan akan

jauh tinggi jika Klinik di Kios Atma Jaya memiliki kewenangan untuk melakukan perawatan HIV dan inisiasi ARV dan pemantauan dalam terapi ARV karena kepercayaan yang sudah terbangun selama beberapa tahun dengan komunitas penasun yang menjadi dampingannya.

Klinik komunitas pada dasarnya sudah menyediakan berbagai layanan HIV lainnya, yang dirasa nyaman dan aman untuk diakses oleh populasi kunci (KPAN, 2012). Tambahan layanan terapi ARV di klinik komunitas akan membantu klinik komunitas menjadi **“one-stop service”** yang nyaman diakses oleh populasi kunci. Wisaksana (2009) menemukan bahwa layanan **“one-stop service”** dalam penanggulangan HIV membantu meningkatkan akses pada layanan serta berpengaruh pada kepatuhan, khususnya pada kelompok pengguna napza suntik. Pengalaman dari KIOS Atma Jaya yang pernah menjadi layanan satelit ARV, dari 87 orang yang pernah mengakses layanan ARV di KIOS, tingkat retensinya mencapai 98% (Laporan tahunan KIOS, 2013), sedangkan retensi klien yang ada di PKM dan rumah sakit masih rendah, di mana angka keberlanjutan dalam program hanya 53% dari total ODHA yang pernah menerima ARV. (Laporan triwulan IV Kemenkes, 2014).

STRATEGI

Beranjak dari kapasitas organisasi komunitas dalam memberikan pelayanan kepada populasi yang terbukti efektif, maka dalam rangka untuk mendukung target 90-90-90 yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan maka perluasan

layanan ARV ke klinik komunitas menjadi alternatif yang strategis. Beberapa kebijakan yang perlu dikembangkan untuk memungkinkan perluasan ini antara lain:

1. Menyesuaikan kebijakan Permenkes No. 21/2013 mengenai Pedoman Pengobatan ARV, khususnya bagian mengenai daftar layanan rujukan ARV. Bab 8 Pasal 27 dari Permenkes no. 21/2013 menyebutkan perlunya kerjasama dengan komunitas dalam meningkatkan akses layanan. Hal ini perlu diperkuat dengan implementasi kerjasama tersebut, antara lain dengan menyediakan ruang bagi klinik komunitas untuk juga menyediakan layanan ARV, tentunya tetap dalam koordinasi dan kerjasama dengan puskesmas sebagai penanggungjawab kesehatan wilayah dan rumah sakit sebagai rujukan.
2. Membangun sistem koordinasi antara klinik komunitas, Puskesmas, dan rumah sakit pengampu dalam menyediakan layanan ARV. Perlu ada kerja sama yang terbuka dan saling menginformasikan antara klinik komunitas, Puskesmas dan rumah sakit pengampu mengenai penyediaan dan kebutuhan layanan ARV agar pencatatan dan distribusi ARV berjalan dengan lancar dan efisien
3. Menentukan persyaratan klinik komunitas agar mampu menyediakan layanan perawatan HIV dan terapi ARV baik dari sisi teknis maupun administratifnya sesuai dengan persyaratan yang ditentukan oleh dinas kesehatan setempat.
4. Dari sisi pembiayaan, perlu adanya regulasi yang memungkinkan klinik komunitas ini untuk bermitra

dengan BPJS agar memperoleh dana kapitasi untuk pelayanan kesehatan dasarnya sehingga memungkinkan layanan ini bisa disediakan secara berkelanjutan.

5. Dari sisi klinik komunitas, beberapa hal yang perlu diperhatikan agar mampu untuk menyediakan layanan ARV adalah memiliki pengalaman yang terbukti berhasil dalam mendekatkan populasi kunci dengan layanan. Berbagai macam klinik komunitas seperti KIOS Atma Jaya selama ini telah menyediakan berbagai layanan HIV dan IMS, pengurangan dampak buruk, bahkan layanan kesehatan dasar bagi populasi kunci. Pengalaman ini termasuk dalam melakukan rujukan layanan ARV bagi dampingannya. Berbagai pengalaman ini akan menunjukkan kredibilitas dan kompetensi klinik komunitas dalam kemampuan mereka memberikan layanan secara menyeluruh. Demikian pula klinik tersebut memiliki jaringan dampingan yang kuat berdasarkan program penjangkauan yang selama ini dilakukan.



*Fic to to quis magnimo con core labores earchic tes et volorent pro qui ilia comnienduci cusapid enition rero voleni dolorro recerit aturers piendist etur, coritene porehendi nem rempori bustium et proria si cusci et quat et arcit auta prae volupid ma nem quiamet mos sint Tatem. Magnimu sdamet quas.*



**RUJUKAN**

Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Laporan triwulan IV mengenai penanganan HIV dan AIDS*.

KIOS Atma Jaya. 2013. Laporan Tahunan 2013. Jakarta

KIOS Atma Jaya. 2015. Monitoring dan Evaluasi Program. 2013-2015. Jakarta

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2012. *Republic of Indonesia Country Report on the follow-up to the Declaration of Commitment On HIV/AIDS*. [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce\\_ID\\_Narrative\\_Report.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_ID_Narrative_Report.pdf). Diakses 9 September 2015

Ministry of Health of the Republic of Indonesia. 2008. *Mathematical model of the HIV epidemic in Indonesia 2008–2014*: Ministry of Health of the Republic of Indonesia. Jakarta, Indonesia.

Wisaksana, Rudi, et.al. 2009. *Challenges in delivering HIV-care in Indonesia: Experience from a Referral Hospital*. Acta Medica Indonesia, Vol. 41 (suppl.1) p. 45-51.

World Health Organization. 2008. *HIV/AIDS Care and Treatment for PWID in Asia and the Pacific: an essential practical guide*. Geneva.

**4**

**Perlukah Promosi Test HIV Pada Pasangan Populasi Kunci dan Serodiskordan?**

*oleh Asti Widiastuti dan Kekek Apriana Dwi Harjanti*

**PESAN POKOK**

Situasi perawatan dan pengobatan Anti Retro Viral (ARV) selama ini masih terdapat kesenjangan yang besar antara jumlah ODHA yang mengetahui statusnya, jumlah ODHA yang masuk perawatan HIV meskipun memenuhi syarat untuk mengikuti terapi, jumlah ODHA yang memperoleh Terapi ARV, dan jumlah ODHA yang masih *on treatment*. Pada sisi lain masih ditemukan *lost to follow up* yang tinggi dari mereka yang pernah mengikuti Terapi ARV. Langkah strategis untuk mengurangi kesenjangan dan mendorong perawatan HIV sedini mungkin serta mendukung kepatuhan dalam terapi ARV adalah dengan perluasan tes HIV. Mempertimbangkan situasi epidemi di sebagian besar wilayah Indonesia yang terkonsentrasi pada populasi kunci dan mulai meluas pada populasi umum maka melakukan promosi tes HIV kepada pasangan populasi kunci dan pasangan serodiskordan<sup>1</sup> menjadi satu langkah yang sangat strategis. Untuk itu pengarusutamaan tes HIV bagi pasangan populasi kunci dan pasangan serodiskordan ke dalam setiap tahapan dalam layanan berkelanjutan pada penanggulangan HIV menjadi kebijakan mendasar yang diperlukan untuk inisiasi dini terapi ARV untuk ODHA.

1 pasangan serodiskordan: pasangan yang salah satunya hidup dengan HIV

## PENGANTAR

Prevalensi HIV di Indonesia selama 10 tahun terakhir masih rendah pada populasi umum, namun jumlah infeksi pada populasi yang melakukan praktek-praktek berisiko tinggi tertular HIV (selanjutnya disebut populasi kunci) terus meningkat<sup>1</sup>. Risiko penularan HIV melalui hubungan seksual antara laki-laki dan perempuan (heteroseksual) tetap menjadi faktor risiko yang paling besar, diikuti oleh hubungan seksual antara laki-laki dan laki-laki (LSL) dan penggunaan napza suntik. Sepanjang tahun 2014 yang lalu misalnya, dari total penularan HIV yang ada, faktor risiko penularan heteroseksual dilaporkan 52%; LSL 25%; pengguna napza suntik 16% dan lain-lain sebesar 7%.

Dari sisi perilaku seksual, di Indonesia hanya satu dari tiga laki-laki yang menggunakan kondom pada saat membeli seks dalam 12 bulan terakhir (SDKI, 2012). Sementara untuk populasi kunci, Survey Terpadu Biologis Perilaku pada Kelompok Berisiko (2013) melaporkan pemakaian kondom pada hubungan seks terakhir adalah 61% untuk laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki dan 58% untuk orang yang menyuntikkan obat.

Tahun 2010 Pusat Penelitian HIV/AIDS Atma Jaya melakukan sebuah penelitian operasional yang bertujuan untuk mengembangkan strategi pengurangan risiko penularan HIV pada kelompok

pasangan dari populasi kunci. Tahap pertama dari penelitian ini fokus pada pemetaan jaringan seksual, perilaku berisiko, dan strategi pengurangan risiko dari empat populasi kunci (LSL, Perempuan Pekerja Seks, Penasun, Waria) di DKI Jakarta. Data yang diperoleh menunjukkan bahwa seluruh responden dari empat kelompok populasi kunci tersebut sangat aktif secara seksual.

Studi ini juga melaporkan bahwa laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki lainnya dan waria juga mempunyai pasangan perempuan selain pasangan laki-laki atau pasangan waria, baik sebagai pasangan tetap dan pasangan seksual, atau pekerja seks (kepada siapa mereka membeli seks). Sementara itu, studi ini juga menemukan bahwa meskipun kelompok populasi kunci mengindikasikan pemahaman yang cukup baik tentang perilaku berisiko tertular HIV dan cara-cara pengurangan risikonya, tidak semua melakukan upaya pengurangan risiko tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa pasangan dari kelompok ini menjadi rentan dan berada dalam risiko untuk tertular HIV.

Senada dengan hal diatas, sebuah studi lain tentang jaringan seksual dari kelompok penasun di Indonesia (Pach et al, 2006) menemukan bahwa para penasun -dimana lebih dari setengah populasi ini diperkirakan terinfeksi HIV-, aktif secara seksual dan jarang melakukan praktek seks yang aman. Mereka mempunyai pasangan seks yang bervariasi dan kebanyakan bukan dari kelompok penasun dan tidak menyadari status risiko tinggi yang dimiliki pasangannya.

Kondisi diatas, yang juga didasari oleh faktor struktural seperti ketimpangan gender dan pendidikan, membuat pasangan populasi kunci (terutama perempuan) berada dalam situasi yang rentan terhadap infeksi HIV. Data Kementerian Kesehatan menyebutkan jumlah infeksi HIV pada perempuan meningkat 4 kali lipat pada 6 tahun terakhir. Sebuah studi kuantitatif potong lintang pada 142 perempuan yang hidup dengan HIV (Sukmaningrum, 2015) melaporkan bahwa lebih dari setengah responden tersebut diperkirakan tertular melalui transmisi heteroseksual, dengan proporsi yang terinfeksi HIV yang cukup besar dari suaminya (42%). Di negara-negara Asia (termasuk Indonesia) ada lebih dari 90% perempuan yang terinfeksi HIV bukan karena perilaku seksualnya yang tidak aman tetapi karena perilaku seksual pasangannya laki-lakinya (Bennetts et al., 1999; Silverman et al., 2008 sebagaimana dikutip UNAIDS dalam *HIV Transmission in Intimate Partners Relationship in Asia*, 2009).

Peningkatan presentasi kasus AIDS dari tahun ke tahun menunjukkan ada banyak orang yang mengalami kesakitan yang disebabkan oleh HIV, termasuk perempuan.<sup>2</sup> Sementara di Indonesia, jumlah cakupan

pengobatan ARV baru sejumlah 8% dari keseluruhan orang yang hidup dengan HIV. Orang dengan AIDS yang tidak mendapatkan pengobatan ARV mempunyai jumlah virus HIV yang tinggi dalam tubuhnya sehingga mengakibatkan daya tahan tubuhnya buruk, mengalami infeksi-infeksi oportunistik<sup>3</sup>, dengan ancaman kematian yang tinggi. Dari sisi penularan, orang-orang dengan jumlah virus HIV yang tinggi dalam tubuhnya juga lebih mungkin menularkan HIV kepada orang lain karena jumlah virus adalah faktor utama yang mempengaruhi penularan HIV.

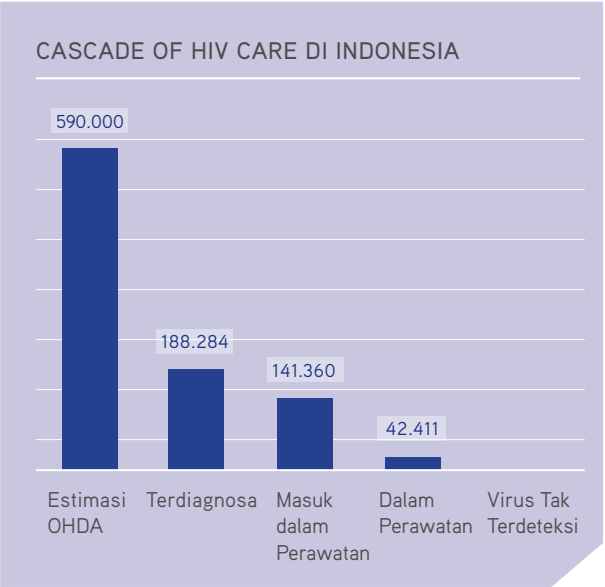
Secara makro situasi perawatan dan pengobatan ARV selama ini masih terdapat kesenjangan yang besar antara jumlah ODHA yang mengetahui statusnya, jumlah ODHA yang memulai perawatan HIV meskipun mereka memenuhi syarat untuk mengikuti terapi, jumlah ODHA yang memperoleh Terapi ARV, jumlah ODHA yang masih on treatment dan pada sisi lain masih tingginya *lost to follow up* dari mereka yang pernah mengikuti Terapi ARV. Situasi ini sebenarnya belum lengkap karena hingga saat ini belum ada informasi tentang berapa banyak ODHA yang *on treatment* ini yang diketahui secara virologis jumlah virusnya tidak terdeteksi (*virologic suppressed*) (Lihat gambar 1).

Kesenjangan yang besar ini jika dirunut ke depan tentunya akan terlihat tahapan-tahapan yang

1 Indonesia Country Profile. <http://www.aidsdatahub.org/Country-Profiles/Indonesia>.  
Laporan Perkembangan HIV Triwulan 4, 2014

2 Terdapat perbedaan yang signifikan dari presentasi jumlah kasus AIDS antara laki-laki dan perempuan dalam sepuluh tahun terakhir. Meskipun fluktuatif, presentasi kasus AIDS pada laki-laki cukup stabil dari 57.5% di tahun 2005 menjadi 61.6% di tahun 2014. Sementara presentasi kasus AIDS perempuan pada periode yang sama meningkat cukup tajam dari 17.8% menjadi 34.4%. Kasus AIDS pada ibu rumah tangga pada periode tersebut juga dilaporkan mengalami peningkatan hampir 4 kali lipat, dari jumlah 278 pada tahun 2005 menjadi 1044 pada tahun 2014.

3 Infeksi yang timbul akibat lemahnya daya tahan tubuh karena virus HIV (yang tidak dialami oleh orang dengan daya tahan tubuh yang baik/yang tidak terinfeksi HIV).



belum optimal dalam *continuum of care* dalam penanggulangan HIV. Kesenjangan yang utama adalah pada estimasi ODHA dengan jumlah ODHA yang telah mengetahui statusnya. Ini menyiratkan perlu dilakukan tes HIV yang lebih luas lagi. Demikian pula kesenjangan bagi mereka yang telah mengetahui status tetapi belum masuk perawatan HIV. Kesenjangan ini menyiratkan masih lemahnya upaya *link to care* dari penyedia layanan tes HIV ke layanan perawatan HIV. Dalam konteks yang demikian, maka melakukan promosi tes HIV kepada pasangan populasi kunci dan pasangan serodiskordan menjadi satu langkah yang sangat strategis untuk mendorong perawatan HIV sejak dini.

PILIHAN KEBIJAKAN

Secara hipotetik tujuan *Zero New Infection* tidak akan dapat dicapai apabila intervensi pencegahan HIV terus hanya berfokus pada kelompok pekerja seks dan kliennya; laki-laki yang berhubungan seks

dengan laki-laki lainnya; pengguna napza suntik dan orang yang hidup dengan HIV saja tanpa ada usaha pencegahan yang menghubungkan pasangan dari kelompok-kelompok tersebut dengan informasi, rujukan dan layanan HIV (pencegahan, dukungan dan pengobatan) melalui berbagai cara termasuk melalui promosi tes HIV. Kondisi ini menunjukkan perlu adanya peningkatan usaha pencegahan HIV dengan memberikan fokus pada menjangkau dan mendorong tes HIV bagi pasangan dari populasi kunci serta pasangan serodiskordan.

Promosi tes HIV pada pasangan populasi kunci dan pasangan serodiskordan yang disebutkan diatas akan menjangkau lebih banyak pasangan yang melakukan tes HIV. Mengetahui status atau test HIV adalah pintu masuk untuk perawatan, dukungan, dan pengobatan serta mitigasi dampak yang lebih dini. Ini berkaitan pula dengan kualitas hidup yang lebih baik dan penurunan risiko penularan kepada orang lain (termasuk pasangan). Hal ini akan memaksimalkan jalannya program yang sedang dijalankan pemerintah Indonesia yaitu *Strategic Use of ARV* atau SUFA di Indonesia yang mendorong pengobatan HIV secara dini pada populasi kunci (termasuk pasangan populasi kunci) dan Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB).

Beberapa studi yang dilakukan di negara lain mengindikasikan efektivitas konseling HIV pasangan pada beberapa *setting* yang berbeda. Dari segi keefektifan biaya, sebuah studi tentang notifikasi (pemberitahuan) dan rujukan pasangan yang dilakukan oleh penyedia layanan di Malawi (Rutstain

et al, 2012) menemukan bahwa rujukan oleh penyedia layanan ini cukup efektif biaya (dihitung dari jumlah dolar yang dikeluarkan per transmisi HIV yang dicegah); merupakan kesempatan untuk mengidentifikasi kasus baru HIV; dan menghubungkan klien pada perawatan lebih dini.

Sebuah temuan awal dari studi penerimaan konseling pasangan pada kelompok populasi kunci di Bali, Indonesia (Wulandari et al, 2013) melaporkan penerimaan yang cukup baik dari populasi kunci untuk konseling pasangan. Dari sisi konselor sendiri, sebuah penelitian kualitatif di Ethiopia (Netsane & Dessie, 2013) menyimpulkan bahwa notifikasi dan rujukan pasangan dapat ditingkatkan melalui keterlibatan aktif dan komprehensif dari konselor HIV pada proses pembukaan status.

REKOMENDASI KEBIJAKAN

Promosi pencegahan penularan HIV dan dukungan untuk melakukan tes HIV secara dini pada pasangan dari populasi kunci atau serodiskordan perlu didukung oleh kebijakan-kebijakan yang relevan mulai dari kebijakan pencegahan hingga perawatan dan dukungan ODHA. Untuk itu langkah-langkah yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1. Integrasi komponen promosi tes pada pasangan serodiskordan dan pasangan populasi kunci pada komponen pencegahan, perawatan, dukungan, dan pengobatan serta mitigasi dampak. Ini berarti perlunya upaya untuk mengarusutamakan penjangkauan pada pasangan populasi kunci dan pasangan serodiskordan ke dalam program-program nasional HIV yang ada saat ini seperti

- Program Pencegahan HIV melalui Transmisi Seksual (PMTS), Pengurangan Dampak Buruk, dan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA).
- 2. Promosi tes HIV untuk setiap pasangan perlu menjadi tema utama promosi kesehatan secara umum maupun promosi pencegahan HIV dan AIDS pada masyarakat umum. Upaya ini pada dasarnya merupakan strategi untuk melakukan *de-stigmatisasi* tes HIV yang selama ini hanya diasosiasikan dengan populasi kunci.
- 3. Isu AIDS selalu terkait dengan permasalahan seksualitas, kesetaraan gender, dan kesehatan seksual sehingga pengarusutamaan kesehatan seksual dan reproduksi dalam program HIV menjadi hal yang tidak bisa dihindari. Program HIV termasuk di dalamnya promosi tes HIV bagi pasangan populasi kunci dan serodiskordan perlu dikerangkakan dalam bingkai kesehatan seksual dan reproduksi agar memungkinkan kebijakan dan program serta layanan yang inklusif untuk laki-laki, perempuan, remaja, termasuk perempuan yang belum menikah serta mereka yang masuk pada kelompok yang sering mengalami stigma dan diskriminasi seperti LSL, waria, pekerja seks dan penasun.

REKOMENDASI UNTUK PENGEMBANGAN PROTOKOL

Kebijakan yang ada saat ini tentang tes HIV sudah akomodatif terhadap kebutuhan promosi tes pasangan serodiskordan dan pasangan populasi kunci<sup>4</sup>. Yang

<sup>4</sup> Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV

menjadi gap adalah bagaimana mengoperasionalkan kebijakan tersebut dalam konseling dan tes HIV yang sampai saat ini pelaksanaannya masih berfokus pada klien saja. Untuk itu, beberapa langkah yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Dalam Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV, perlu membuat tambahan tentang strategi penjangkauan pasangan untuk klien yang mengakses Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS) dan Konseling dan Tes HIV atas Inisiatif Petugas Kesehatan (KTIP). Perlu membuat panduan yang menjelaskan langkah-langkah yang rinci (protokol) tentang upaya intervensi terhadap pasangan klien baik yang dilakukan oleh klien, petugas kesehatan/konselor, petugas penjangkau atau kader kesehatan lainnya. Isu etis perlu secara hati-hati diperhatikan dalam pengembangan pedoman-pedoman ini.
2. Pendefinisian dan penyeragaman terminologi konseling pasangan dalam kebijakan, pedoman dan panduan yang ada saat ini diperlukan untuk menghindari pemahaman dan praktek yang berbeda dari institusi dan individu yang berbeda.

3. Selanjutnya pengembangan alat/protokol dalam tes dan konseling HIV secara khusus juga dibutuhkan untuk:
  - a. Notifikasi tentang risiko terinfeksi HIV klien kepada pasangan
  - b. Notifikasi tentang status klien kepada pasangan
  - c. Rujukan pasangan ke layanan KTS atau KTHIV
  - d. Konseling penilaian risiko berpasangan
  - e. Konseling pasangan (yang tidak terbatas pada pasangan tetap saja dan pasangan heteroseksual)
4. Meningkatkan ketrampilan (*up skilled*) konselor dan tenaga kesehatan yang ada mengenai protokol-protokol yang disebutkan diatas untuk dapat menjangkau pasangan klien yang datang ke layanan tes dan konseling HIV melalui pengembangan kapasitas dan pengembangan panduan pelatihan.

RUJUKAN

Bennetts et al., 1999; Silverman et al., 2008 as quoted in HIV Transmission in Intimate Partners Relationship in Asia. UNAIDS, 2008

Indonesia Demographic Health Survey. Statistics Indonesia, National Population and Family Planning Board, Ministry of Health 2013.

Indonesia Country Profile. Retrieved 7 September 2015 from <http://www.aidsdatahub.org/Country-Profiles/Indonesia>

Laporan Akhir Penelitian Tahap 1 Pilot 2: Jaringan Seksual dan Pencegahan Penularan HIV Kelompok TSW, MSM, FSW dan IDU. Pusat Penelitian HIV/AIDS Atma Jaya, 2010

Laporan Perkembangan HIV Triwulan 4. Kementerian Kesehatan. 2014

Netsanet, F., Dessie, A. (2013). Acceptance of referral for partners by clients testing positive for human immunodeficiency virus [versi elektronik]. *HIV/AIDS-Research and Palliative Care*, Volume 5, p 19-28.

Pach, A., Wiebel, W and Praptoraharjo, I. Assesment of Injecting Drug Users (IDUs)

Needle and Sexual Network and Risk Behavior in Indonesia, Submitted to Family Health International Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV

Rutstein, S. E., Brown, L. B., Biddle, A. K., Wheeler, S. B., Kamanga, G., Mmodiz, P., Nyirenda, N., Mofolo., Rosenberg, N. E., Hoffman, T. F (2014). Cost-effectiveness of provider based HIV partner notification in Urban Malawi [versi elektronik]. *HIV Policy and Planning*, Volume 29, p 115-126.

Sukmaningrum, E. HIV Disclosure Experience Among Women with HIV/AIDS in Jakarta, Indonesia, 2015.

Surveilans Terpadu Biologis Perilaku pada Kelompok Berisiko. Kementerian Kesehatan, 2013

Wulandari, L. P. L., Astuti, P. A. S., Lubis, D. S., Nopiyani, N. M. S., Sawitri, A. A. S., Muliawan, P. (2013). How acceptable is couple HIV counseling and testing among high risk population in Bali? Abstract presented on International Conference of AIDS in Asia and Pacific.



## 5

## Antiretroviral (ARV) Untuk Anak Dengan HIV di Indonesia: Sudah Siapkah?

oleh Natasya Sitorus dan Rudi Mulia

### PESAN POKOK

Anak dengan HIV bukanlah orang dengan HIV dalam bentuk yang kecil. Meski layanan dan obat ARV telah tersedia di berbagai daerah dan tingkat layanan kesehatan, tetapi pemberian terapi ARV secara khusus pada anak masih sangat terbatas. Keterbatasan ini bisa dilihat dari jumlah layanan yang bisa memberikan terapi ARV sesuai dengan pedoman maupun keterbatasan dalam ketersediaan obat ARV untuk anak. Akibatnya jumlah anak yang masuk ke dalam perawatan HIV masih belum optimal meski mereka telah memenuhi syarat untuk memperoleh terapi. Jika mereka telah memperoleh ARV, banyak dari mereka memperoleh obat ARV bagi orang dewasa. Demikian pula permasalahan kepatuhan minum obat dari anak yang mengikuti terapi masih jadi pertanyaan karena hingga saat ini belum ada laporan tentang itu. Melihat permasalahan tersebut maka bukan usulan kebijakan yang menjadi rekomendasi dari *policy brief* ini tetapi mendesak pemerintah sesegera mungkin melaksanakan kebijakan yang telah dibuat secara bertanggungjawab dan meluas ke berbagai wilayah dimana banyak anak dengan HIV yang membutuhkan ARV sesuai dengan kebutuhannya. Ketidakmampuan pemerintah untuk melaksanakan kebijakan ARV untuk anak ini akan mengancam hidup anak-anak dengan HIV di Indonesia.

### PERMASALAHAN LAYANAN ARV UNTUK ANAK

Anak dengan HIV bukanlah orang dengan HIV dalam bentuk yang kecil. Persoalan yang dihadapi oleh anak dengan HIV sangat beragam. Hampir semua kasus HIV pada anak merupakan hasil penularan virus dari ibu yang positif melalui proses selama kehamilan, melahirkan maupun menyusui. Hal ini menunjukkan bahwa anak menjadi kelompok yang rentan tertular dari ibu yang positif. Ketidaktahuan anak tentang status HIVnya juga menjadi persoalan yang dihadapi dalam pendampingan anak dengan HIV. Selain itu, persoalan lain yang cukup sering dihadapi adalah obat antiretroviral (ARV) anak yang jenis dan jumlahnya terbatas. Berdasarkan data Kemenkes RI tahun 2014, hingga September 2014 ada 4.195 anak yang terinfeksi HIV di Indonesia, 4.189 di antaranya memenuhi syarat untuk memperoleh ARV dan hanya 3.316 anak yang pernah memperoleh ARV. Laporan ini tidak menyebutkan berapa banyak anak yang masih dalam perawatan. Hal ini menyiratkan bahwa ada berbagai macam faktor yang menghambat anak untuk memperoleh akses terhadap ARV anak.

Lentera Anak Pelangi (LAP) merupakan sebuah program pengurangan dampak buruk HIV AIDS pada anak yang dilahirkan dari orangtua dengan HIV & AIDS di DKI Jakarta. Tujuan program ini adalah meningkatkan kualitas hidup anak yang terlahir dengan HIV dan keluarganya. Ada 4 intervensi utama dalam Lentera Anak Pelangi. Intervensi kesehatan dasar dan gizi, psikososial dan pendidikan *life skill*, advokasi, dan manajemen kasus. Pengurangan dampak buruk tidak hanya ditujukan kepada anak

dan orangtua tetapi juga kepada lingkungan di mana anak, orangtua, dan keluarga berada, termasuk di dalamnya sekolah, lingkungan rumah, tokoh agama, dan tokoh masyarakat. Hingga Juni 2015, Lentera Anak Pelangi telah mendampingi 122 anak di 5 wilayah DKI Jakarta, dan 80 di antaranya terinfeksi HIV. Berdasarkan pengalaman LAP dalam mendampingi anak dengan HIV selama ini, beberapa persoalan penting yang muncul dalam perawatan dan pengobatan ARV bagi anak adalah sebagai berikut:

#### 1. Sosialisasi Pedoman

Penatalaksanaan terapi HIV pada anak di Indonesia pasca diluncurkannya pedoman terbaru yang mengacu pada pedoman World Health Organization (WHO) tahun 2013 belum efektif. Pedoman Penerapan Terapi HIV Pada Anak yang diluncurkan pada Oktober 2014 lalu tersebut diharapkan dapat menjawab kebutuhan akan tersedianya tenaga kesehatan yang mengerti tentang penanganan HIV di daerah. Belum efektifnya pedoman tersebut terlihat dari keterbatasan jenis dan ketersediaan ARV anak di layanan kesehatan. Selain itu, sosialisasi pedoman ini belum menjangkau seluruh petugas layanan kesehatan sebagaimana diharapkan.

#### 2. Kesiapan Layanan Kesehatan

Kesiapan layanan kesehatan untuk menyediakan ARV khusus anak masih sangat terbatas. Ketidaktahuan pihak rumah sakit akan tersedianya jenis ARV baru yang formulanya sudah dibuat khusus untuk anak juga terjadi di rumah sakit, terutama di luar Jakarta. Hal ini mengakibatkan

beberapa kasus penundaan perawatan pada anak HIV yang kondisinya buruk. Rumah sakit menolak untuk memberikan perawatan karena tidak memiliki petugas layanan kesehatan yang mengerti penanganan anak dengan HIV serta tidak tersedianya ARV khusus anak di RS tersebut.

3. Ketersediaan Jenis ARV khusus anak

Berdasarkan pemantauan Lentera Anak Pelangi terhadap anak-anak yang didampingi, hanya ada 2 jenis obat ARV yang tersedia di RS rujukan dan puskesmas yang formulanya sudah sesuai dengan apa yang direkomendasikan dalam Pedoman Penerapan Terapi HIV Pada Anak. Obat yang tersedia dalam formula khusus anak hanya kombinasi obat di lini pertama. Apabila anak mengalami resistensi pada lini pertama, maka pengobatan harus beralih ke lini kedua yang jenisnya lebih terbatas. Saat ini di Indonesia, kombinasi ARV di lini kedua belum tersedia dalam bentuk formula khusus anak sehingga anak harus mengkonsumsi ARV formula dewasa yang dosisnya disesuaikan untuk anak.

Dari 80 anak yang didampingi oleh Lentera Anak Pelangi, 14 di antaranya sudah dalam terapi pengobatan ARV di lini kedua, ini berarti mereka harus mengkonsumsi obat ARV formula dewasa yang dosisnya disesuaikan. Ketidaktersediaan ARV formula anak di RS maupun puskesmas mengakibatkan anak harus mengkonsumsi ARV dewasa yang diracik menjadi puyer. Dalam pedoman penerapan terapi HIV pada anak, ada petunjuk tentang larangan penggerusan beberapa jenis ARV karena dinilai dapat mengurangi efektivitas obat dalam darah.

Pemberian ARV dewasa dengan dosis anak ini juga sering kali terkendala karena beberapa farmasi di rumah sakit memberikan biaya tambahan untuk penggerusan serta peracikan obat. Orangtua atau pelaku rawat tidak jarang akhirnya memutuskan untuk menggerus dan meracik sendiri ARV untuk anak mereka, sehingga tidak jarang pula dosis yang diberikan tidak tepat seperti yang sudah diresepkan dokter (Spiritia, 2015). Ketidakpatuhan anak dalam mengkonsumsi ARV akibat formulanya yang sulit diminum mengakibatkan anak mengalami resistensi pada lini pertama dan harus beralih ke lini kedua yang belum tersedia dalam formula khusus anak.

REKOMENDASI

Pedoman yang belum tersosialisasi, ketidaksiapan petugas layanan kesehatan dalam memberikan layanan kepada anak HIV, serta terbatasnya ketersediaan dan jenis ARV khusus anak merupakan tantangan yang harus disikapi dalam pelayanan kesehatan bagi anak dengan HIV di Indonesia agar tingkat kematian pada anak-anak dengan HIV bisa diturunkan secara terus menerus dan kualitas hidupnya semakin meningkat. Beberapa hal sangat mendesak untuk dilakukan untuk melaksanakan kebijakan terapi ARV untuk anak adalah:

- 1. Sosialisasi Pedoman Penerapan Terapi HIV Pada Anak perlu dilakukan bagi tenaga kesehatan di seluruh rumah sakit dan puskesmas rujukan sehingga memiliki standar pelayanan yang sama terutama dalam pemberian terapi obat ARV untuk anak.

- 2. Pemerintah perlu memastikan ketersediaan layanan dan obat ARV anak (termasuk kombinasi ARV lini 2) yang dapat diakses pada setiap layanan kesehatan terdepan (*frontline services*) seperti puskesmas atau klinik komunitas dengan pengampu dari RSUD setempat.
- 3. Memasukkan Pedoman Penerapan Terapi HIV Pada Anak ke dalam kurikulum Pendidikan Jarak Jauh bagi dokter dan petugas layanan kesehatan sehingga tidak hanya petugas layanan kesehatan di kota besar saja yang mendapatkan informasi terbaru seputar terapi HIV pada anak.

RUJUKAN

Kementerian Kesehatan, Pedoman Penerapan Terapi HIV Pada Anak, 2014.  
Kementerian Kesehatan, Laporan Triwulan Kemenkes III, 2014.  
Spiritia-TREAT Asia , Situasi Program HIV untuk Anak di Indonesia, 2015

*Fic to to quis magnimo con core labores  
earchic tes et volorent pro qui ilia comnienduci  
cusapid enition rero voleni dolorro recerit  
aturers piendist etur, coritene porehendi nem  
rempori bustium et proria si cusciet quat et  
arcit auta prae volupid ma nem quiamet mos  
sint erfera inum si dollabo rendant. Tatem.  
Magnimu sdamet quas es que.*

## 6

## Membuka Status HIV: Sebuah Proses Yang Seringkali Terabaikan

oleh Evi Sukmaningrum

### PESAN POKOK

Kebanyakan perempuan dengan HIV menghadapi tantangan besar yang terkait dengan (1) ketidaksetaraan gender; (2) stigma sosial; dan (3) informasi yang menyesatkan tentang HIV yang membuat situasi mereka menjadi jauh lebih kompleks dibandingkan pria. Dengan mempertimbangkan berbagai situasi tersebut, maka membuka status HIV bagi seorang perempuan bisa berpotensi memberikan risiko seperti stigma, diskriminasi bahkan sampai pada isu kekerasan. Untuk itu hal yang terpenting adalah bagaimana seseorang mendapatkan bantuan atau pendampingan psikologis pada saat mereka berada dalam proses mengetahui status hingga harus membuka status HIVnya pada orang lain

### PERMASALAHAN PENGUNGKAPAN STATUS HIV PADA PEREMPUAN DENGAN HIV AIDS

Sejumlah permasalahan medis dan sosial harus dihadapi oleh perempuan terinfeksi HIV (*lihat boks 1 dan boks 2*). Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Sukmaningrum dan Partasari (2011) telah mengungkap bahwa perempuan dengan HIV harus menghadapi sejumlah besar permasalahan kompleks terkait dengan: (1) dampak psikologis yang mereka alami setelah mereka mengetahui status HIVnya dan atau status HIV anak mereka; (2) bagaimana mereka harus membuka status HIV pada orang lain; (3) bagaimana dan kapan mereka harus membuka status HIV kepada anak mereka yang juga terinfeksi HIV; (4) risiko dan konsekuensi negatif yang harus dihadapi ketika orang lain mengetahui status mereka; serta (5) proses psikologis untuk sampai pada tahap penerimaan diri, baik menerima status HIVnya sendiri maupun status HIV suami maupun anaknya.

*HIV Disclosure* atau membuka status HIV merupakan salah satu strategi penting dalam kesehatan masyarakat untuk menurunkan angka penularan HIV. Oleh sebab itu, isu ini perlu menjadi perhatian penting tidak hanya pada tahap ketika seseorang mengetahui status HIV, namun juga pada proses membuka status pada orang lain hingga proses penerimaan diri. Kebanyakan perempuan dengan HIV menghadapi tantangan besar yang terkait dengan (1) ketidaksetaraan gender; (2) stigma sosial; dan (3) informasi yang menyesatkan tentang HIV yang membuat situasi mereka menjadi jauh lebih kompleks dibandingkan pria (Hasnain, 2005)

### CERITA 1

Fitri (bukan nama sebenarnya, 27 tahun), tidak tahu apakah ia terinfeksi HIV melalui pertukaran jarum suntik atau karena suaminya yang juga sama-sama pengguna jarum suntik. Fitri mengetahui status HIVnya setelah suaminya meninggal dunia. Ia disalahkan, ditolak, dan diusir oleh keluarga pihak suami setelah mereka mengetahui status HIV Fitri. Ia juga tidak diterima oleh keluarganya sendiri bahkan sempat mengalami kekerasan fisik maupun verbal ketika Fitri membuka status HIVnya. Kondisi yang dialami oleh Fitri membuatnya kehilangan harapan untuk hidup, depresi yang cukup panjang dan keinginan untuk bunuh diri.

Komisi Perempuan melaporkan bahwa perempuan dengan HIV sangat beresiko tinggi mengalami kekerasan seperti kekerasan seksual, pemaksaan aborsi dan kekerasan dalam rumah tangga (Asrianti, 2010). Studi yang dilakukan oleh Damar dan DuPlessis (2010) menunjukkan bahwa perempuan yang menjadi partisipan mereka merasa bahwa hidupnya hancur ketika mengetahui bahwa mereka HIV positif disebabkan karena stigma yang melekat terhadap perempuan dengan HIV. Berbeda dengan laki-laki, masyarakat cenderung secara otomatis mempersepsikan perempuan dengan HIV sebagai perempuan yang tidak bermoral, perempuan nakal atau perempuan tidak setia. Hasil penelitian kualitatif yang dilakukan Anindita, Shaluhiyah dan Suryoputro (2013) terkait dengan PPIA pada ibu hamil menunjukkan bahwa stigma dan diskriminasi yang dialami oleh perempuan dengan

## CERITA 2

Dewi (24 tahun), ibu rumah tangga dengan 1 anak (Bayu, 8 tahun yang juga terinfeksi HIV). Dewi terinfeksi HIV dari suaminya dan baru mengetahui statusnya setelah suaminya meninggal dan anaknya terlebih dahulu teridentifikasi HIV positif ketika masih berusia 2 tahun. Dewi tidak berani untuk membuka statusnya ke siapapun selain ibunya. Dewi juga harus berbohong pada anaknya tentang mengapa Bayu harus minum obat setiap hari. Merasa sendirian, Dewi kehilangan semangat hidup hingga mengakibatkan ia depresi dan beberapa kali mencoba untuk mengakhiri hidupnya.

HIV menyebabkan mereka cenderung untuk tidak membuka status pada pasangannya karena takut mendapatkan konsekuensi yang negatif. Lebih lanjut, studi yang dilakukan oleh IPPI (Rivona dan Mukuan, 2013) terhadap 122 perempuan dengan HIV di 8 provinsi di Indonesia menunjukkan bahwa sebanyak 64% perempuan dengan HIV mengalami berbagai bentuk kekerasan, misalnya paksaan melakukan sterilisasi (14%), kekerasan seksual (30%) dan kekerasan fisik (25%) serta kekerasan seksual (31%).

Selain tantangan di atas, perempuan juga mengalami masalah yang terkait dengan kesehatan mental terkait dengan proses membuka status pada orang lain dan proses menerima status HIV mereka termasuk menerima status HIV anak mereka. Sukmaningrum dan Partasari (2011) melakukan suatu studi awal terhadap sepuluh orang perempuan

dengan HIV untuk menggali proses penerimaan diri paska mengetahui status HIV mereka. Tujuh dari sepuluh perempuan tersebut memiliki anak yang juga terinfeksi HIV dan umumnya baru diketahui ketika anak mereka mengalami sakit yang serius.

Terlepas dari sumber atau moda transmisinya, hasil penelitian kualitatif itu menunjukkan bahwa seluruh responden menunjukkan reaksi *shock* yang hebat ketika mengetahui status HIV positif mereka. Reaksi tersebut menjadi reaksi marah (baik kemarahan yang ditujukan oleh orang lain maupun diri sendiri) dan disertai rasa bersalah ketika mereka pun mengetahui bahwa anak mereka juga terinfeksi HIV. Pada saat mengetahui status HIV mereka, beberapa responden lalu memutuskan untuk membuka status pada orang terdekat, umumnya ibu mereka dengan tujuan mendapatkan dukungan dan juga bantuan untuk menjalani proses hidup mereka selanjutnya. Pada kenyataannya, tidak semua responden mendapatkan dukungan dari keluarganya, namun sebaliknya justru mendapat perlakuan negatif (seperti diasingkan, diusir dari rumah, mengalami kekerasan fisik maupun psikologis). Proses membuka status dan menerima diri disertai oleh reaksi depresi yang kuat hingga membuat mereka kehilangan harapan hidup, memunculkan ide bahkan aksi untuk bunuh diri. Penghayatan tentang stigma dan diskriminasi juga memperburuk kondisi perempuan dengan HIV.

Terkait dengan pertimbangan aspek psikologis seseorang, membuka status HIV seharusnya menjadi suatu proses yang seharusnya bersifat

*private* dan selektif, dalam artian seseorang akan memilih kapan, di mana, kepada siapa ia akan membuka status HIVnya; sukarela atau tanpa paksaan dari pihak manapun. Namun pada prakteknya, prinsip *private/* personal, selektif maupun sukarela tersebut tidak selalu dapat terpenuhi. Hasil penelitian dari 142 perempuan dengan HIV di Jakarta menunjukkan bahwa hampir sebagian besar responden (46%) membuka status HIVnya bukan karena sukarela tetapi karena orang lain sudah terlebih dahulu mengetahui status mereka dari orang lain (misalnya melalui dokter atau perawat yang tanpa ijin dari pasien langsung memberitahukan status HIV kepada anggota keluarga lain yang kebetulan saat itu mengantar pasien ke rumah sakit, staf LSM yang tanpa sengaja memberitahukan anggota keluarga yang lain, anggota keluarga atau teman yang bercerita pada anggota keluarga atau yang lain, dll). Beberapa perempuan mendapatkan dukungan dari orang yang akhirnya mengetahui status HIVnya, namun beberapa dari mereka justru mendapatkan diskriminasi.

## REKOMENDASI INTERVENSI

Mengungkap status HIV bisa berpotensi positif atau mendapatkan dukungan, namun sebaliknya juga bisa memberikan risiko seperti stigma, diskriminasi bahkan sampai pada isu kekerasan. Dari penelitian yang sebelumnya dapat disimpulkan bahwa hal yang terpenting adalah bagaimana seseorang mendapatkan bantuan atau pendampingan psikologis pada saat mereka berada dalam proses

mengetahui status hingga harus membuka status HIVnya pada orang lain. Beberapa upaya yang bisa dilakukan untuk memastikan kesejahteraan mental dari perempuan yang diungkap status HIVnya adalah sebagai berikut:

## 1. Panduan untuk membuka status HIV

Perlu dikembangkan sebuah panduan untuk membuka status HIV pada perempuan untuk memastikan standar operasional dalam pelaksanaan di tingkat layanan. Panduan ini juga bertujuan untuk acuan baku bagi pengembangan kapasitas konselor agar memiliki kompetensi yang dipersyaratkan dalam penyediaan layanan ini. Penyusunan panduan harus mempertimbangkan beberapa hal yaitu: (1) budaya; (2) jender; (3) motivasi dalam membuka status; (4) variabel kontekstual (misalnya variable waktu dan tempat/ *setting* dalam membuka status); dan (5) pertimbangan manfaat dan risiko dalam membuka status.

## 2. Pemfungsian bantuan berjenjang dalam pendampingan psikologis

Perlu untuk mengembangkan program pendampingan psikososial di lapangan untuk membantu mengisi kesenjangan profesional yang ada di masyarakat dalam membantu masalah psikososial yang dialami oleh ODHA. Program yang dikembangkan bisa memanfaatkan model Lincoln K Ndogoni yang telah dimodifikasi Sidabutar, dkk., (2003) seperti tampak dalam grafik di bawah. Jenjang pendampingan untuk ODHA dilakukan melalui empat level yaitu: (1) level dasar, yaitu kelompok masyarakat umum



yang menjadi sukarelawan untuk membantu pendampingan dasar untuk ODHA, staf penjangkauan, sesama ODHA yang tergabung dalam kelompok dukungan sebaya dan anggota keluarga yang terkait (dengan terlebih dahulu memberikan pelatihan prinsip dasar pendampingan dan konseling); (2) staf manajer kasus dan kelompok pekerja sosial terlatih; (3) profesional kesehatan mental (konselor, psikolog) dan (4) penanganan profesional di bidang klinis (psikiater, psikolog klinis, terapis).

3. Pengembangan program psikososial yang terfokus pada peningkatan kesejahteraan mental ODHA perempuan

Perlu untuk memperkuat Program kelompok dukungan sebaya (KDS) sebagai sebuah program yang bisa diandalkan untuk memberikan dukungan informasi maupun emosional sehingga seseorang

merasa tidak sendirian, diterima, termotivasi untuk hidup dan melihat masa depan dengan lebih baik. KDS ini perlu diperkuat agar mampu memenuhi kebutuhan anggota kelompoknya. Selain itu, KDS bisa menjadi media untuk memperoleh konseling psikologis yang dapat membantu mereka dalam berproses dalam membuka status dan menerima dirinya (Sukmaningrum, 2015). Untuk itu, penguatan KDS bisa dilakukan melalui beberapa kegiatan sebagai berikut:

- Konseling kelompok yang difasilitasi oleh tenaga profesional atau tenaga yang terlatih dalam melakukan konseling
- Psikoedukasional yang terkait dengan isu membuka status, pengasuhan anak dan manajemen stress psikologis baik untuk ODHA, pasangan, maupun anggota keluarga
- Konseling individual bagi yang membutuhkan



Gambar 1. Adaptasi model pendampingan psikologis berjenjang dari Ndogogi (Sidabutar, et.al., 2003) yang diterapkan untuk ODHA.

RUJUKAN

Anindita, M., Shaluhiyah, Z., Suryoputro, A. (2013). Non Disclosure of HIV Positive Status of Women to Their Partner: Implication for PMTCT in Central Java Indonesia. *Science Journal of Medicine and Clinical Trials*, 1-6

Asrianti, T. (2010, November 30). Women with HIV Face Greater Risks. *The Jakarta Post*. Retrieve from <http://www.thejakartapost.com/news/2010/11/30/women-with-hiv-face-greater-risks.html>

Damar, A.P., & du Plessis, G. (2010). Coping Versus Grieving in a 'Death-accepting' Society: AIDS-Bereaved Women Living with HIV in Indonesia. *Journal of Asian and African Studies*, vol. 45 no. 4 424-431

Hasnain, M (2005). Cultural Approach to HIV/AIDS Harm Reduction in Muslim Countries. *Harm Reduction Journal*, 2:23

Rivona, B., & Mukuan, O. (2013). *Voices from Indonesia: Stigma and Discrimination against Pregnant Women and Mothers Living With HIV*. [PowerPoint slides]. IPPI.

Sidabutar, S.I.E., dkk. (2003). Pemulihan psikososial berbasis komunitas : refleksi untuk konteks Indonesia. Kontras dan PULIH, Jakarta.

Sukmaningrum, E., Partasari, W.D. (2011). Penerimaan Diri pada Perempuan dengan HIV-AIDS. Dalam Nurrachman, N., Bachtiar., I. (2011). *Psikologi Perempuan: Pendekatan Kontekstual Indonesia*. Percetakan Atma Jaya, Jakarta.

Sukmaningrum, E. (2015). HIV Disclosure Experiences among Women with HIV-AIDS in Jakarta, Indonesia. Thesis. University of Illinois at Chicago

# 7 Dukungan Bagi Ibu-Ibu yang Hidup dengan HIV?

oleh Irwanto, Lidia Hidajat, Anindita Gabriella,  
Natasya Sitorus dan Yopina Tarigan

## ABSTRAK

Perempuan yang terinfeksi HIV dan mempunyai anak yang HIV positif menghadapi tantangan besar dalam hidupnya. Sayangnya, kebijakan nasional yang ada tampaknya belum menyentuh kepentingan ibu dengan HIV dan anak yang hidup dengan HIV dan keluarganya secara menyeluruh. Studi ini dimaksudkan untuk menggali kebutuhan-kebutuhan Ibu dan keluarga yang berhubungan dengan kualitas hidup anak. Pengumpulan data dilakukan dengan penyebaran kuesioner kepada 48 pengasuh anak dengan HIV. Selain itu, diskusi kelompok terarah dilakukan untuk menggali pengalaman pengungkapan status dan bantuan pemerintah yang pernah diterima anak atau keluarga. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak-anak dengan HIV positif hampir separuhnya memperoleh dukungan yang sangat berarti dari keluarga ibu. Anak-anak mereka dua pertiganya jarang bertemu atau tidak pernah bertemu sama sekali dengan ayahnya. Ibu dan pengasuh anak dengan HIV masih banyak yang belum memperoleh bantuan Jaminan Kesehatan pemerintah. Salah satu hal yang menjadi hambatan dari mereka untuk mengakses jaminan kesehatan adalah ketakutan diperlakukan secara diskriminatif ketika membuka status mereka.

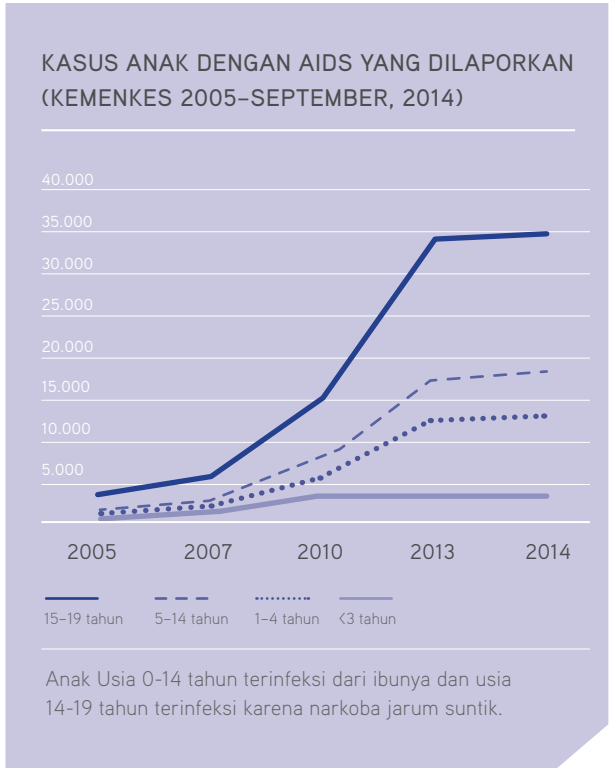
## PENGANTAR

Strategi nasional yang lebih banyak berfokus pada kelompok populasi kunci, menyebabkan KIE juga lebih banyak diarahkan pada kelompok berisiko tersebut. Akibatnya, komunitas yang tidak dianggap berisiko, seperti ibu-ibu rumah tangga, tidak memperoleh paparan informasi yang memadai mengenai HIV dan AIDS. Hal ini diperparah dengan serta kuatnya tabu di masyarakat mengenai seksualitas dan pencegahan kehamilan dan lemahnya posisi perempuan dalam menegosiasikan seks yang aman dengan pasangannya walau diketahui bahwa perilaku seks pasangan berisiko (PPH-Unika Atma Jaya, 2010).



Selama sepuluh tahun terakhir, jumlah wanita yang terinfeksi terus meningkat – sebagian hamil dan melahirkan anak yang positif HIV. Tahun 2012 dari semua infeksi HIV yang dilaporkan, 38% berasal dari kelompok wanita yang tidak masuk dalam populasi kunci (Kemenses, 2013). Perempuan yang terinfeksi HIV dan mempunyai anak yang HIV positif menghadapi tantangan besar dalam hidupnya. Berbagai studi melaporkan bahwa ketika pasangan hidup, dirinya sendiri, dan anak terinfeksi HIV, maka perempuan cenderung lebih memperhatikan kesehatan anak dan pasangan dan mengabaikan kesehatannya sendiri. Perempuan yang hidup dengan HIV juga menghadapi kekhawatiran yang besar terhadap pandangan masyarakat karena mereka takut dianggap sebagai perempuan yang tidak terhormat karena mengidap HIV (O'Leary & Jemmot, 2002; ). Oleh karena itulah, perempuan atau Ibu yang mempunyai anak dengan HIV mengalami beban sosial, ekonomi, dan mental berlipat ganda.

Pada tahun 2009, PPH Unika Atma Jaya didukung oleh *Indonesian Partnership Fund* melalui KPA Pusat untuk memulai inisiatif baru dalam membantu anak-anak yang telah terinfeksi HIV dan terlantar di berbagai Rumah Sakit karena orangtuanya telah meninggal, atau karena ayah meninggal dan Ibu





tidak berdaya membayar ongkos RS atau kedua orangtua meninggal dan keluarga besar enggan mengambil anak yang telah terinfeksi karena takut tertular HIV-AIDS. Lentera Anak Pelangi (LAP) didirikan untuk memastikan bahwa anak-anak tersebut diasuh kembali oleh Ibu atau keluarga besarnya dan mereka akan dibantu oleh kami dalam hal perawatan kesehatan dan gizi serta dukungan psikososial. Melalui upaya yang tidak mudah akhirnya kami berhasil mengembalikan semua anak yang dirujuk pada LAP ke keluarga mereka. Kerjasama antara LAP dengan keluarga berjalan dengan sangat baik sehingga kami mampu mencegah kesakitan dan kematian anak-anak yang ketika datang kepada LAP sudah dalam keadaan yang sangat memperihatinkan. Menurut catatan LAP sampai dengan 2014, kematian anak yang pada tahun pertama adalah 5 anak dalam setahun, dapat dikurangi menjadi hanya sekitar 2 sampai 3 anak walau jumlah yang dibantu LAP meningkat dua kali lipat.

Walau sudah diterbitkannya Permenkes No. 21 tahun 2013 tentang penanggulangan HIV dan AIDS, kebijakan yang nasional yang ada tampaknya belum menyentuh kepentingan anak secara menyeluruh

dan keluarganya. Kebijakan pemberian ARV gratis telah tersedia tetapi sebagian masih harus memakai dosis dewasa yang disesuaikan. Hal ini menyebabkan masalah *underdose* dan resistensi obat pada anak. ARV dosis anak belum tersedia di semua kota. Belum semua layanan kesehatan Ibu dan Anak telah mempersiapkan diri untuk memberikan layanan kesehatan yang dibutuhkan anak dengan HIV, baik fisik maupun mental (WHO, 2012).

Pemerintah melalui Kemensos menyediakan bantuan berupa bantuan tunai untuk berobat dan perawatan (PKSA) dalam jumlah yang sangat terbatas bagi penduduk miskin. Melalui KPA, pemerintah juga menyediakan bantuan gizi dalam jumlah yang sangat terbatas. Dukungan bagi Ibu atau orangtua anak – baik secara ekonomi, kesehatan jasmani maupun mental masih belum ada. Melalui BPJS dan Kartu Sehat memang ada potensi akses terhadap rawatan kesehatan, tetapi masih ditenggarai adanya praktek diskrimintif terhadap orang dengan HIV, terutama karena infeksi HIV dianggap sebagai penyakit yang disebabkan oleh perilaku yang berisiko. Selain itu prakteknya masih berbeda-beda antar rumah sakit antar daerah (lihat Heywood & Budiharsana, 2013).

Tiga tahun setelah kami menjalankan tugas memberikan rawatan berbasis rumah pada anak-anak yang terinfeksi HIV di Jakarta, kami mulai menyadari bahwa tugas keluarga yang merawat anak, apalagi jika Ibu harus merawat sendiri anak mereka, padahal Ibu juga harus memperhatikan kesehatannya sendiri karena ststusnya yang

positif. Studi ini dimaksudkan untuk mencari tahu kebutuhan-kebutuhan Ibu dan keluarga yang berhubungan dengan kualitas hidup anak.

Penelitian dilakukan dengan dua metode, yaitu penyebaran kuesioner terhadap 48 pengasuh anak dengan HIV dan di antara mereka terdapat 25 Ibu Kandung. Sisanya adalah kakek, nenek, atau anggota keluarga yang lain. Tiga (3) anak diasuh oleh orngtua angkat. Pertanyaan utama dalam penelitian ini adalah bagaimana pengasuh memperoleh dan mengelola sumber daya untuk bertahan hidup dengan anak yang hidup dengan HIV yang diasuhnya. Selain kuesioner, beberapa persoalan, seperti pengungkapan status, bantuan pemerintah, dieksplorasi lagi menggunakan Kelompok Diskusi Terfokus (FGD).

## HASIL PENELITIAN

### a. Karakteristik responden

- 40% Ibu mempunyai anak berusia 5 tahun ke bawah, dan sisanya (60%) mempynai anak berusia 6-12 tahun. Kebanyakan (62%) anak mereka berusia 3-8 tahun.
- Hanya 14 Ibu (56%) yang mempunyai pekerjaan. Kebanyakan bekerja di LSM atau sebagai peksos, sisanya adalah buruh cuci, *waitress*, penjual pulsa dan wiraswasta. Penghasilan tertinggi adalah Rp. 2,4 juta dan terendah adalah 200 ribu rupiah perbulan.
- Hanya 6 Ibu (24%) yang mengaku mempunyai suami baru (bukan ayah biologis anak) – kebanyakan suami pertama sudah meninggal dunia atau bercerai.

### b. Keterbukaan status HIV dan penggunaan waktu luang dan dukungan sosial

- Hanya 7 Ibu (28%) yang telah membukan status HIV positif dengan pihak di luar keluarganya – selebihnya hanya diketahui oleh dirinya sendiri dan keluarga dekat. Ibu selalu khawatir jika statusnya terungkap di masyarakat. Akibatnya, penggunaan waktu luang hanya terbatas untuk membereskan urusan rumah tangga (28%) atau bermain dengan anak (49%).
- Meskipun demikian, bagi Ibu-ibu yang menjangkau fasilitas kesehatan pemerintah, mereka terpaksa mengaku status HIV anaknya (36%).
- Walau sepertiga dari Ibu responden mengaku mempunyai teman dan sering bertemu, tetapi tidak satupun yang mengaku menggunakan waktu luang dengan teman-teman mereka.
- Walau saat diwawancara hampir semua Ibu menyatakan tidak pernah sakit serius, tetapi bagi yang pernah sakit mereka harus berpikir mengenai pengasuhan anaknya. Sebanyak 35% Ibu-ibu dan pengasuh menyatakan bahwa selalu ada orang lain (di luar keluarga) yang bersedia membantu.
- Sekitar 62.5% Ibu dan pengasuh anak yang mengaku rajin berdoa dan beribadah. Tetapi yang ikut dalam berbagai kegiatan komunitas hanya 17%.
- Separoh responden memperoleh dukungan yang sangat berarti dari keluarga besar, terutama keluarga dari Ibu. Sedangkan dari keluarga Ayah 57% sudah jarang bertemu atau tidak pernah bertemu sama sekali.

- Dari 57 anak yang diasuh oleh responden, ada 36 (63%) anak yang mempunyai pergaulan biasa seperti anak-anak lain. 21 anak yang lain, jarang keluar rumah dan bermain di luar rumah.

**c. Dukungan pemerintah**

- Sekitar 5% Ibu dan pengasuh anak yang terinfeksi HIV yang pernah mengalami berbagai bentuk stigma dan diskriminasi ketika mengakses layanan. Selebihnya, ibu dan pengasuh lebih banyak dihantui oleh perasaan takut mereka sendiri.
- Hal ini dikonfirmasi dalam FGD – bahwa ketakutan terungkapnya status HIV mereka karena mereka sering mendengar berita perlakuan butruk yang dialami oleh ODHA. Jika ditanya apakah mereka sendiri pernah mengalami, kebanyakan menjawab tidak pernah.
- Di antara Ibu-ibu yang menyatakan sudah terbuka, mereka menyatakan bahwa memang pernah mengalami diskriminasi, tetapi saat ini situasinya sudah lebih baik dan mereka merasa lebih ringan beban mentalnya justru sudah terbuka. Kenyataan ini menimbulkan harapan bahwa Ibu-ibu ini akan berani menjangkau program layanan pemerintah, terutama Kartu Sehat, beasiswa, dan lain-lain.
- Dari kuesioner, Ibu dan pengasuh anak dengan HIV masih banyak yang belum memperoleh bantuan Jaminan Kesehatan pemerintah. Sekitar 32% Ibu dan pengasuh memang mengaku memiliki Jaminan kesehatan, satu di antaranya memperoleh jaminan dari tempat bekerja. Tetapi sisanya masih belum memiliki.
- Keengganan untuk mengakses Jamkesmas

juga bersifat sangat pribadi, yaitu ketakutan diperlakukan secara diskriminatif ketika membuka status mereka.

**REKOMENDASI KEBIJAKAN**

Persoalan anak yang terinfeksi HIV memang masih merupakan persoalan baru. Meskipun demikian, masalah ini akan semakin besar dan kompleks, bukan hanya untuk anak tetapi juga, dan terutama, untuk lengkungan pendukungnya – yaitu orangtua dan keluarga besarnya. Dari kajian sederhana di atas, maka implikasi kebijakan yang perlu diperbaiki adalah sebagai berikut:

1. Memastikan bahwa sistem dukungan untuk anak tidak lagi menstigma dan mendiskriminasi anak dalam perawatan kesehatan dan pendidikan.
2. Kejelasan atau konsistensi kebijakan yang sudah berlaku, seperti dukungan ARV, CD4 count, gizi, dan akses layanan kesehatan dasar.
3. Dukungan psikososial selama ini sangat terbatas. Perlu diidentifikasi lebih lanjut yang relevan untuk Ibu/pengasuh terutama sosial-emosional, finansial/ pekerjaan, membantu proses keterbukaan status untuk dirinya maupun untuk anak dalam mengatasi stigma diri (*self-stigma*).
4. Dukungan psikososial bagi anak khususnya ketika mengalami masalah dengan pengasuhan pengganti, kepatuhan minum obat, kehilangan atau kesakitan orangtua/pengasuh kehilangan pengasuh pengganti.
5. Inovasi dalam layanan PPIA atau KIA untuk sekaligus mempunyai komponen dukungan psikososial dan penjangkauan.

**RUJUKAN**

*Laporan Situasi Perkembangan HIV&AIDS di Indonesia 2005-2014*. Kemenkes.

Heywood, P. & Budiharsana, M. (2013). *Institutional Analysis of HIV Control Program in Indonesia*. Jakarta: KPA dan HCPI.

O’Leary, A., & Jemmet, L. S. (2002). *Women and AIDS: Coping and Care*. New York: Kluwer Academic Publishers.

Peraturan Menteri Kesehatan RI, No 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.

Travers, M., & Bennett, L. (2005). *AIDS women and power*. Dalam Sherr, L., C. Hankins, & L. Bennet (eds). *AIDS as a gender issue. Psychosocial Perspectives*. Oxon: Taylor & Francis (p.70).

WHO (2012). *Review of the Health Sector Response to HIV and AIDS*. Jakarta: WHO



8

# Apakah Organisasi Masyarakat Sipil (OMS) Masih Mampu Berperan dalam Penanganan AIDS di Indonesia Tanpa Dukungan Inisiatif Kesehatan Global?

oleh Gracia V. Simanullang dan Evi Sukmaningrum

PESAN POKOK

Keberadaan Inisiatif Kesehatan Global (*Global Health Initiative - GHI*) telah mampu memobilisasi program-program penanggulangan HIV dan memberikan penguatan pada sistem kesehatan dan partisipasi masyarakat sipil di negara-negara penerima bantuan, termasuk bagi Indonesia. Dukungan dari GHI selain memberikan efek yang positif, namun ternyata juga memberikan tantangan tersendiri terkait dalam sistem kesehatan maupun dalam peran dan keberlanjutan Organisasi Masyarakat Sipil (OMS). Walaupun beberapa OMS telah mulai memikirkan dan melakukan upaya-upaya untuk mempertahankan keberlanjutan program dan lembaganya, masalah dapat timbul pada sebagian besar OMS yang masih bergantung pada GHI jika lembaga donor yang menjadi sponsor utama GHI berhenti mengucurkan dana sumbangannya kepada suatu negara atau OMS-OMS tersebut. Kertas kebijakan ini bertujuan untuk memberikan rekomendasi baik untuk pihak donor, pemerintah dan OMS yang mengarah pada keberlanjutan keberadaan dan peran lembaga/program yang dijalankan oleh OMS.

PENGANTAR

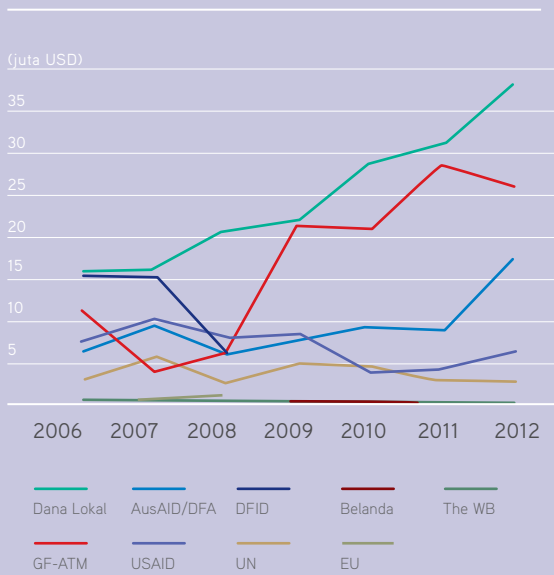
Dana hibah bantuan luar negeri untuk Program HIV-AIDS di Indonesia selama ini merupakan bagian inisiatif global dalam bidang kesehatan (*Global Health Initiatives - GHI*). Keberadaan GHI dalam pembangunan sektor kesehatan di berbagai negara ini muncul sebagai respon tanggap darurat untuk mengurangi dampak buruk dari penyebaran penyakit, khususnya di negara-negara miskin dan berpendapatan rendah. GHI di banyak negara seringkali diterjemahkan sebagai upaya peningkatan kapasitas layanan kesehatan untuk penyakit-penyakit prioritas, salah satunya HIV-AIDS (Biesma, Harmer, Walsh, Spicer, & Walt, 2009). Mengingat sistem kesehatan pada dasarnya merupakan landasan utama intervensi HIV-AIDS, maka kebijakan dari GHI menunjukkan bahwa penguatan sistem kesehatan menjadi “*necessary*

*and sufficient condition*” bagi efektivitas respon terhadap HIV di suatu negara.

Respon terhadap epidemi HIV di Indonesia telah berlangsung selama lebih dari dua dekade dan sedikitnya ada total dana sebesar US\$ 445 juta yang sebagian besarnya adalah dana hibah bantuan luar negeri (Nadjib et al, 2014). Komitmen pemerintah dapat dilihat melalui peningkatan secara signifikan belanja negara untuk upaya penanggulangan HIV-AIDS dalam beberapa tahun terakhir, walaupun pada tahun 2012 baru mencapai 42% dari total pengeluaran program penanggulangan HIV-AIDS.

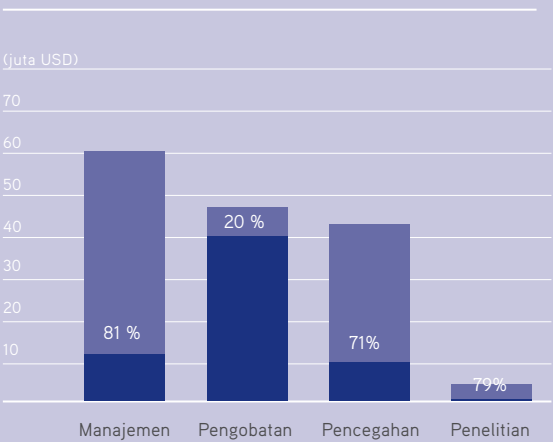
Selain memberikan fokus pada penguatan sistem kesehatan dalam merespon permasalahan HIV-AIDS, keberadaan GHI telah mampu memobilisasi program-program penanggulangan HIV dan memberikan penguatan partisipasi masyarakat

GAMBAR 1 DANA BELANJA PROGRAM HIV-AIDS DI INDONESIA MENURUT SUMBERNYA



Sumber Diolah dari NASA 2011 - 2013, Nadjib et al (2014)

GAMBAR 2 BELANJA PROGRAM HIV-AIDS DI INDONESIA 2011-2012 MENURUT KATEGORI ANGGARAN DAN SUMBERNYA



Sumber Diolah dari NASA 2011 - 2013, Nadjib et al (2014)

sipil di Indonesia. GHI merupakan penyokong utama keberlanjutan OMS dalam menjalankan program-program penanggulangan HIV sehingga peran penting OMS juga tidak lepas dari peran GHI. Hasil penelitian PPH Unika Atma Jaya (2015) menunjukkan beberapa pengaruh GHI terhadap peran OMS dalam penanggulangan AIDS antara lain:

- Strategi dan model pendanaan GHI menempatkan OMS sebagai mitra pasif yang menunggu alokasi dana untuk kegiatan yang sudah ditentukan
- OMS yang bergerak hanya dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS memiliki tingkat ketergantungan yang sangat tinggi kepada GHI
- Hubungan GHI dan OMS tidak seimbang dan jauh dari ciri-ciri kemitraan antar organisasi independen yang memiliki tujuan dan kepedulian yang sama.
- Pengelola hibah GHI belum bisa menjadi *critical friend*<sup>1</sup> bagi OMS dan mediator GHI-OMS yang efektif

GHI harus diakui telah menjadi sentra gravitasi yang menyokong keberlangsungan hidup OMS yang bergerak dalam upaya penanggulangan HIV-

AIDS. Beberapa OMS telah mulai memikirkan dan melakukan upaya-upaya untuk mempertahankan keberlanjutan program dan lembaganya, akan tetapi, sebagian besar OMS masih sangat mengandalkan pendanaan hanya dari GHI saja. Sementara, lembaga donor yang menjadi sponsor utama GHI suatu ketika akan berhenti mengucurkan dana sumbangannya kepada suatu negara atau OMS-OMS tersebut. Jika hal itu terjadi, maka bisa dipastikan eksistensi OMS yang bergantung pada GHI bisa hancur, bubar, dan ‘gulung tikar’. Untuk mengantisipasi hal tersebut, banyak OMS yang melakukan tindakan ‘survival’ dengan cara beralih jalur, atau dengan kata lain menjadi lebih terfokus pada lembaganya sendiri daripada berorientasi pada konstituen.

Kecenderungan alih jalur yang ditempuh sebagian OMS semakin banyak terjadi. Saat ini keberadaan OMS dan perannya dalam upaya penanggulangan HIV masih belum memenuhi harapan. Sebagian besar OMS masih menjadi “tukang” yang melakukan Intervensi eksklusif atau belum menjadi bagian integral dari program penanggulangan HIV yang memang didominasi aspek kesehatan dan seolah menafikan aspek sosial lainnya (PPH Atma Jaya, 2015). Hasil penelitian yang dilakukan oleh PPH Atma Jaya (2015) di 6 kota di Indonesia juga menyebutkan bahwa sebesar 78% responden OMS menyatakan akan tetap melakukan kegiatan dalam upaya penanggulangan HIV walaupun tidak ada lagi dana GHI, namun rerata persentase intensitas berbagai peran OMS dalam penanggulangan HIV akan berkurang sekitar 70-90% bila tanpa dana GHI.

Keberlanjutan dapat dilihat sebagai proses yang terus berjalan dan bukan sebagai tujuan akhir dari sebuah program. Keberlanjutan adalah proses yang harus melibatkan interaksi antara strategi yang berbeda-beda, terkait elemen-elemen yang bersifat organisasional, programatik, sosial dan finansial (Hailey, 2014). Keberlanjutan dapat terkait dengan ketersediaan jaminan finansial untuk jangka panjang, namun juga terkait dengan lingkungan dan sistem layanan yang kondusif, terkait dengan kebijakan dan kondisi sosial masyarakat. OMS yang dapat bertahan adalah OMS yang mampu membangun strategi secara efektif untuk merespon perubahan di luar organisasinya (Hailey, 2014; PPH Atma Jaya, 2015).

#### PILIHAN KEBIJAKAN

Sebagai bentuk bantuan dana luar negeri, GHI seharusnya melihat keberlanjutan inisiatif yang telah dilakukan pada suatu negara sebagai salah tujuan strategis. Namun, seringkali kriteria keberlanjutan tidak dimasukkan dalam kriteria kunci yang diberikan oleh pembuat kebijakan yang mengatur bantuan dana luar negeri ini. Jarang sekali dana bantuan diberikan dengan memikirkan rencana jangka panjang dan rencana tindak lanjut baru dimulai justru pada akhir masa bantuan. Beberapa donor besar telah bertujuan menghasilkan pengaruh jangka panjang dari program yang didukung namun sampai saat ini belum ada bukti yang cukup akurat terkait pencapaian tersebut. Sedangkan beberapa donor kecil jarang terlihat mendokumentasikan efek jangka panjang dari bantuan yang diberikan dan isu keberlanjutan OMS biasanya dieksplorasi

hanya dengan asesmen jangka pendek. Untuk itu, penting juga bagi pemerintah, GHI atau donor lainnya dan OMS memikirkan bentuk kemitraan yang mempertimbangkan berbagai aspek yang mendukung keberlanjutan peran OMS di Indonesia untuk mencegah terjadinya *capital lost*. Untuk dapat memiliki peran yang berkelanjutan, OMS diharapkan:

- a. Memiliki *financial sustainability* yang bisa dicapai dengan tata kelola organisasi, manajemen keuangan, dan sistem monitoring dan evaluasi yang reliable dan transparent.
- b. Dapat bekerja dalam sistem yang besar dalam hal ini negara, walaupun diketahui bersama adanya tubrukan kepentingan dengan otoritas kesehatan dan sistem besar yang ada belum bisa memberi ruang bagi OMS secara berkelanjutan melaksanakan program-programnya mengngat sistem yang ada saat ini masih melihat peran OMS sebagai ‘penggembira’ dalam sektor pembangunan.
- c. Memiliki kapasitas sebagai OMS yang dinilai kompeten dan memiliki keluasaan pengetahuan yang berkelanjutan agar mampu beradaptasi dengan lingkungan dan tuntutan dari lembaga pemerintah dan donor.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh PPH (2015), hanya sedikit OMS dibidang HIV yang telah menjadi OMS ideal. Hal ini terkait dengan kapasitas OMS yang masih berfokus menjadi pelaksana kegiatan, belum mampu untuk mengkritisi sistem dan masih kurang sensitif dengan isu-isu yang berkembang. Selain itu,

<sup>1</sup> Seorang teman yang kritis (selanjutnya disebut *Critical Friend*) adalah orang kepercayaan yang melontarkan pertanyaan-pertanyaan provokatif, menyodorkan sudut pandang yang berbeda untuk dipertimbangkan lembaga yang didampinginya, serta menawarkan pandangan-pandangan kritis yang bersifat membangun seperti halnya seorang sahabat. Critical friend selalu siap meluangkan waktunya untuk mengerti permasalahan yang dihadapi lembaga, dan selalu setia menemani lembaga untuk menggapai kesuksesan

sebagian OMS masih ‘menjual’ ketokohan dari aktor sentral dalam organisasinya dan belum membangun organisasi yang profesional dan akuntabel. OMS pada AIDS memiliki kesamaan dengan OMS di isu sosial lainnya yaitu “lebih siap bertarung besar daripada mengelola sumber daya yang besar untuk layanan”, padahal ditengah berbagai kemudahan akses terhadap informasi maka ruang pertarungan besar isu sosial sudah semakin sempit. OMS secara umum juga lemah dalam komunikasi publik dan belum membangun mekanisme yang baik untuk mengkomunikasikan visi, misi dan kerja-kerja mereka pada kelompok masyarakat penerima manfaat (PPH Atma Jaya, 2015).

### REKOMENDASI STRATEGI

Kertas kebijakan ini bertujuan untuk memberikan rekomendasi baik untuk pihak donor, pemerintah dan OMS yang mengarah pada keberlanjutan keberadaan dan peran lembaga/program.

1. **GHI dan Pengelola Dana Hibah** dalam memberikan bantuan dana dan teknis perlu memikirkan mengenai strategi kemitraan dengan OMS yang bertujuan untuk keberlanjutan dan pengembangan program. Beberapa pertimbangan yang perlu dilakukan antara lain:

- a. Melihat secara kritis tentang peran OMS dalam pembangunan yaitu: (1) peran dalam perubahan sosial perilaku yang terinternalisasi dalam intervensi yang dilakukan, (2) kerjasama dengan pihak-pihak kunci yaitu pemerintah dan masyarakat sipil sehingga bisa mengembangkan kerja sama dengan melalui pendekatan *critical friend*

- b. Pihak GHI perlu menghitung kembali investasi yang diberikan untuk OMS terutama untuk komponen *capacity building* dan penguatan dalam bentuk lainnya sehingga dapat juga menghitung berapa besar investasi yang hilang jika keberlanjutan OMS tidak dipertimbangkan.
- c. Dalam pengembangan kerja sama GHI dan pengelola dana hibah perlu untuk memperhatikan dan mempertimbangkan karakteristik OMS dalam pemberian bantuan sehingga OMS tidak didorong menjadi sebuah entitas yang ‘seragam’ melalui serangkaian persyaratan administrasi hibah yang kaku.

2. **Organisasi Masyarakat Sipil** perlu memperhatikan beberapa hal dalam kerja sama dengan GHI:

- a. Kesenjangan orientasi intervensi dari GHI seharusnya tidak menyusutkan mandat OMS untuk memperkuat dan mendukung kesadaran kritis kelompok dampingan dalam menuntut hak/akses layanan; mengembangkan prinsip kemitraan yang setara antara OMS dengan GHI maupun kontraktor
- b. OMS agar mengembangkan keberagaman sumber-sumber pendanaan untuk memperkuat kedaulatan. OMS perlu mundur sedikit dari rutinitas untuk melakukan refleksi dan menulis konsep yang dapat ditawarkan baik kepada GHI, filantropis atau swasta (CSR) yang kurang mengikat.
- c. Sistem organisasi perlu dikembangkan untuk memberikan ruang kreatif agar orang-orang yang mendukung dan terlibat adalah atas dasar kerelawanan memperjuangkan perubahan sosial.

- d. Pengembangan kapasitas pada OMS perlu dilakukan dengan pendekatan dan cara-cara untuk memperkuat keberpihakan, pengetahuan, dan ketrampilan untuk melaksanakan dan menjembatani gerakan perubahan sosial, serta bukan keterampilan pengelolaan proyek semata.

2. **Bappenas:** sebagai mitra utama dari GHI di Indonesia perlu memperkuat konsep dan regulasi tentang *Public Private Partnership* (PPP) yang melibatkan GHI, pemerintah dan organisasi masyarakat sipil dalam melaksanakan program-program pembangunan dengan memanfaatkan bantuan luar negeri. Model kemitraan yang diatur dalam PPP hendaknya mempertimbangkan keberlanjutan program dan pemerataan layanan yang diterima oleh masyarakat. Regulasi ini juga penting untuk mengatur tentang tata kelola kemitraan agar mampu akuntabel dan transparan.

3. **Kementerian Dalam Negeri** sebagai pelaksana UU no 17 Tahun 2013 tentang Organisasi Masyarakat perlu mengembangkan regulasi tentang mekanisme pendanaan pemerintah kepada organisasi masyarakat sehingga bisa mengurangi ketergantungannya dari lembaga bantuan luar negeri. Pendanaan kepada organisasi masyarakat ini tidak saja dalam bentuk dana bantuan sosial tetapi juga berupa dana hibah program yang memungkinkan organisasi masyarakat sipil untuk melaksanakan program-programnya secara berkelanjutan. Sebagai konsekuensinya, perlu ada regulasi yang ketat tentang mekanisme pendanaan organisasi masyarakat sipil ini agar bisa tidak terjadi korupsi atau fraud di dalam pelaksanaannya.

**RUJUKAN**

Biesma, R. G., Harmer, A., Walsh, A., Spicer, N., & Walt, G. (2009). The effects of global health initiatives on country health systems : a review of the evidence from HIV / AIDS control, 239–252. doi:10.1093/heapol/czp025

Hailey, J. (2014). Models of INGO sustainability: balancing restricted and unrestricted funding. INTRAC.

Mitlin, D., Hickey, S., Bebbington, A., (2007). Reclaiming development? NGOs and the challenge of alternatives. World development vol. 35, no. 10, 1699-1720.

Ooms, G., Stuckler, D., Basu, S., McKee, M. (2010). Financing the millenium development goals for health and beyond: sustaining the ‘Big Push’, Globalization and Health.



**Pusat Penelitian**

**HIV & AIDS Unika Atma Jaya**

Gedung St. Fransiskus Asisi (K2),

Lantai 1, Ruang K21.08

Jl. Jendral Sudirman Kav. 51

Jakarta 12930, Indonesia

P/F +62-21-578-54227

[www.arc-atmajaya.org](http://www.arc-atmajaya.org)

**978-602-73930-0-4**

