



PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 23 TAHUN 2022

TENTANG

PENANGGULANGAN *HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS, ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME, DAN INFENSI MENULAR SEKSUAL*

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : a. bahwa *human immunodeficiency virus, acquired immunodeficiency syndrome*, dan infeksi menular seksual masih menjadi masalah kesehatan yang berdampak pada penurunan kualitas sumber daya manusia yang dapat menimbulkan berbagai masalah sosial ekonomi, sehingga diperlukan upaya penanggulangan;

b. bahwa dalam rangka melaksanakan penanggulangan *human immunodeficiency virus, acquired immunodeficiency syndrome*, dan infeksi menular seksual diperlukan dukungan lintas sektor dan masyarakat untuk mencapai eliminasi *human immunodeficiency virus, acquired immunodeficiency syndrome*, dan infeksi menular seksual;

c. bahwa pengaturan mengenai penanggulangan *human immunodeficiency virus, acquired immunodeficiency syndrome*, dan infeksi menular seksual saat ini diatur dalam beberapa peraturan menteri dan keputusan menteri sudah tidak sesuai dengan kebutuhan hukum dan teknis penanggulangan, sehingga perlu dilakukan penataan, simplifikasi, dan penyesuaian pengaturan

mengenai penanggulangan *human immuno-deficiency virus, acquired immuno-deficiency syndrome*, dan infeksi menular seksual;

- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, serta untuk melaksanakan ketentuan Pasal 44 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penanggulangan *Human Immuno-deficiency Virus, Acquired Immuno-Deficiency Syndrome*, dan Infeksi Menular Seksual;

- Mengingat : 1. Pasal 17 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 5607);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2107 tentang

Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041)

7. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PENANGGULANGAN *HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS, ACQUIRED IMMUNO-DEFICIENCY SYNDROME, DAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL.*

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. *Human Immunodeficiency Virus* yang selanjutnya disingkat HIV adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh yang dapat menyebabkan *Acquired Immuno-Deficiency Syndrome*.
2. *Acquired Immuno-Deficiency Syndrome* yang selanjutnya disingkat AIDS adalah sekumpulan gejala dan tanda infeksi yang berhubungan dengan penurunan sistem kekebalan tubuh yang didapat karena infeksi HIV.
3. Infeksi Menular Seksual yang selanjutnya disingkat IMS adalah infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual secara vaginal, anal/lewat anus, dan oral/dengan mulut.

4. Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS adalah segala upaya yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang ditujukan untuk:
 1. menurunkan angka kesakitan, kecacatan, atau kematian;
 2. membatasi penularan HIV, AIDS, dan IMS agar tidak meluas; dan
 3. mengurangi dampak negatif yang ditimbulkannya.
5. Eliminasi adalah upaya pengurangan terhadap penyakit secara berkesinambungan di wilayah tertentu sehingga angka kesakitan penyakit tersebut dapat ditekan serendah mungkin agar tidak menjadi masalah kesehatan di wilayah yang bersangkutan.
6. Komunitas adalah kelompok masyarakat yang memiliki ketertarikan atau kondisi yang relatif sama terkait HIV, AIDS, dan IMS.
7. Orang Dengan HIV yang selanjutnya disingkat ODHIV adalah orang yang terinfeksi HIV.
8. Populasi Kunci adalah kelompok masyarakat yang perilakunya berisiko tertular dan menularkan HIV dan IMS meliputi pekerja seks, pengguna Napza suntik (penasun), waria, dan lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (LSL).
9. Populasi Khusus adalah kelompok masyarakat yang berisiko tertular dan menularkan HIV dan IMS meliputi pasien Tuberkulosis, pasien IMS, ibu hamil, tahanan dan warga binaan pemasyarakatan.
10. Populasi Rentan adalah kelompok masyarakat yang kondisi fisik dan jiwa, perilaku, dan/atau lingkungannya berisiko tertular dan menularkan HIV dan IMS seperti anak jalanan, remaja, pelanggan pekerja seks, pekerja migran, dan pasangan populasi kunci/ODHIV/pasien IMS.
11. Surveilans adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan

- penularan penyakit atau masalah kesehatan untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien.
12. Antiretroviral yang selanjutnya disingkat ARV adalah obat yang diberikan untuk pengobatan infeksi HIV untuk mengurangi risiko penularan HIV, menghambat perburukan infeksi oportunistik, meningkatkan kualitas hidup penderita HIV, dan menurunkan jumlah virus dalam darah sampai tidak terdeteksi.
 13. Tenaga Kesehatan adalah adalah setiap orang yang mengabdi diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui Pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
 14. Pemerintah Pusat yang selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
 15. Menteri adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
 16. Pemerintah Daerah adalah Gubernur, Bupati, Walikota dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.

Pasal 2

Ruang lingkup pengaturan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS meliputi:

- a. Target dan Strategi;
- b. Promosi Kesehatan;
- c. Pencegahan Penularan;
- d. Surveilans;
- e. Penanganan Kasus;
- f. Pencatatan dan Pelaporan;
- g. Tanggung Jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah

Daerah;

- h. Peran Serta Masyarakat;
- i. Penelitian, Pengembangan, dan Inovasi;
- j. Pedoman Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS;
- k. Pendanaan; dan
- l. Pembinaan dan Pengawasan.

Pasal 3

Pengaturan penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS bertujuan untuk:

- a. menurunkan hingga meniadakan infeksi baru HIV dan IMS;
- b. menurunkan hingga meniadakan kecacatan dan kematian yang disebabkan oleh keadaan yang berkaitan dengan AIDS dan IMS;
- c. menghilangkan stigmatisasi dan diskriminasi terhadap orang yang terinfeksi HIV dan IMS;
- d. meningkatkan derajat kesehatan orang yang terinfeksi HIV dan IMS; dan
- e. mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat HIV, AIDS, dan IMS pada individu, keluarga dan masyarakat.

BAB II

TARGET DAN STRATEGI

Pasal 4

- (1) Untuk mengukur keberhasilan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS ditetapkan target mencapai Eliminasi HIV, AIDS, dan IMS pada akhir tahun 2030.
- (2) Target mencapai Eliminasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk HIV didasarkan pada indikator sebagai berikut:
 - a. Jumlah infeksi HIV baru (insidens) menjadi 7 (tujuh) per 100.000 (seratus ribu) penduduk berusia 15 tahun ke atas yang tidak terinfeksi.
 - b. 95% (sembilan puluh lima persen) ODHIV ditemukan dari estimasi;

- c. 95% (sembilan puluh lima persen) ODHIV mendapatkan pengobatan ARV;
 - d. 95% (sembilan puluh lima persen) yang masih mendapat pengobatan ARV virusnya tidak terdeteksi; dan
 - e. menurunnya infeksi baru HIV pada bayi dan balita dari ibu kurang dari atau sama dengan 50 (lima puluh) per 100.000 (seratus ribu) kelahiran hidup.
- (3) Target mencapai Eliminasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk AIDS didasarkan pada indikator terwujudnya “Akhiri AIDS” yaitu;
- a. menurunkan infeksi baru HIV sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari tahun 2010;
 - b. menurunkan kematian akibat AIDS; dan
 - c. meniadakan stigma dan diskriminasi yang berkaitan dengan HIV.
- (4) Target mencapai Eliminasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk IMS didasarkan pada indikator sebagai berikut:
- a. jumlah kasus sifilis baru (insidens) pada laki-laki menjadi 6 (enam) per 100.000 (seratus ribu) penduduk berusia 15 tahun ke atas yang tidak terinfeksi;
 - b. jumlah kasus sifilis baru (insidens) pada perempuan 5 (lima) per 100.000 (seratus ribu) penduduk berusia 15 tahun ke atas yang tidak terinfeksi; dan
 - c. infeksi baru sifilis pada anak (sifilis kongenital) kurang dari atau sama dengan 50 per 100.000 kelahiran hidup.

Pasal 5

- (1) Pencapaian target Eliminasi HIV, AIDS, dan IMS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 dilaksanakan melalui penerapan Strategi Nasional Eliminasi HIV, AIDS, dan IMS.
- (2) Strategi Nasional Eliminasi HIV, AIDS, dan IMS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:

- a. penguatan komitmen dan kepemimpinan dari kementerian/lembaga terkait di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota;
- b. peningkatan dan perluasan akses masyarakat pada layanan skrining, diagnostik dan pengobatan HIV, AIDS, dan IMS yang komprehensif dan bermutu;
- c. intensifikasi kegiatan Penanggulangan HIV, AIDS dan IMS yang meliputi promosi kesehatan, pencegahan penularan, Surveilans, dan penanganan kasus;
- d. penguatan, peningkatan, dan pengembangan kemitraan dan peran serta lintas sektor, swasta, organisasi kemasyarakatan/komunitas, masyarakat dan pemangku kepentingan terkait;
- e. peningkatan penelitian dan pengembangan serta inovasi yang mendukung program Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS; dan
- f. penguatan manajemen program melalui monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut.

BAB III

PROMOSI KESEHATAN

Pasal 6

- (1) Promosi kesehatan ditujukan untuk memberdayakan masyarakat agar mampu berperan aktif dalam mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan sehingga terhindar dari HIV, AIDS, dan IMS.
- (2) Promosi kesehatan dilaksanakan melalui pemberdayaan masyarakat, advokasi, dan kemitraan dengan cara komunikasi perubahan perilaku, informasi dan edukasi.
- (3) Sasaran promosi kesehatan meliputi pembuat kebijakan, swasta, organisasi kemasyarakatan/ komunitas, dan masyarakat terutama pada Populasi Sasaran dan Populasi Kunci.

Pasal 7

- (1) Promosi Kesehatan HIV, AIDS, dan IMS dilaksanakan oleh tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku dan/atau pengelola program pada dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi dan Kementerian Kesehatan.
- (2) Selain dilaksanakan oleh tenaga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) promosi kesehatan dapat dilaksanakan oleh tenaga kesehatan lain yang terlatih.
- (3) Lintas sektor, swasta, organisasi kemasyarakatan/komunitas, dan masyarakat dapat membantu melaksanakan promosi kesehatan berkoordinasi dengan puskesmas dan/atau dinas kesehatan kabupaten/kota.

Pasal 8

- (1) Promosi kesehatan HIV, AIDS, dan IMS dilakukan terintegrasi dengan pelayanan kesehatan atau promosi kesehatan lainnya.
- (2) Promosi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan pemanfaatan media cetak, media elektronik, dan tatap muka yang memuat pesan pencegahan dan pengendalian HIV, AIDS, dan IMS.
- (3) Promosi kesehatan HIV, AIDS, dan IMS yang terintegrasi pada pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diutamakan pada pelayanan:
 - a. Hepatitis;
 - b. kesehatan reproduksi dan keluarga berencana;
 - c. kesehatan ibu dan anak;
 - d. Tuberkulosis;
 - e. kesehatan remaja; dan
 - f. rehabilitasi napza.

BAB IV
PENCEGAHAN PENULARAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 9

- (1) Pencegahan penularan HIV dan IMS merupakan berbagai upaya atau intervensi untuk mencegah seseorang terinfeksi HIV dan/atau IMS.
- (2) Pencegahan penularan HIV dan IMS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk mencegah:
 - a. penularan melalui hubungan seksual;
 - b. penularan melalui hubungan non seksual; dan
 - c. penularan dari ibu ke anaknya.
- (3) Pencegahan penularan HIV dan IMS dilakukan dengan cara:
 - a. penerapan perilaku aman dan tidak berisiko;
 - b. konseling;
 - c. edukasi;
 - d. penatalaksanaan IMS;
 - e. sirkumsisi;
 - f. pemberian kekebalan;
 - g. pengurangan dampak buruk Napza;
 - h. pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak;
 - i. pemberian ARV profilaksis;
 - j. uji saring darah donor, produk darah, dan organ tubuh; dan
 - k. penerapan kewaspadaan standar.
- (4) Pencegahan penularan HIV dan IMS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan oleh pengelola program pada fasilitas pelayanan kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, Kementerian Kesehatan, lintas sektor, dan masyarakat.

Bagian Kedua
Penerapan Perilaku Aman dan Tidak Berisiko

Pasal 10

- (1) Setiap orang harus menerapkan perilaku aman dan tidak berisiko agar terhindar dari infeksi HIV dan IMS.
- (2) Penerapan perilaku aman dan tidak berisiko sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah atau tidak melakukan hubungan seksual pada saat mengalami IMS;
 - b. setia hanya dengan satu pasangan seks (tidak berganti-ganti pasangan);
 - c. cegah penularan IMS dan infeksi HIV melalui hubungan seksual dengan menggunakan kondom dengan benar; dan
 - d. tidak menyalahgunakan Napza.

Bagian Ketiga
Konseling

Pasal 11

- (1) Konseling sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) huruf b dilakukan untuk memotivasi orang agar melakukan Pemeriksaan HIV dan/atau IMS, melakukan pengobatan dengan patuh jika hasil tesnya positif, melakukan pencegahan penularan HIV dan IMS, dan tidak melakukan perilaku berisiko.
- (2) Konseling sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Tenaga Kesehatan atau tenaga non kesehatan yang terlatih.
- (3) Konseling dapat dilakukan secara terintegrasi dengan layanan kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, kesehatan reproduksi, pelayanan IMS, pelayanan Hepatitis dan pelayanan Napza, atau tersendiri oleh klinik khusus.

Bagian Keempat

Edukasi

Pasal 12

- (1) Edukasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) huruf c ditujukan agar masyarakat mengetahui, memahami, dan dapat melakukan pencegahan penularan HIV dan IMS.
- (2) Edukasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan kepada setiap orang yang berisiko terinfeksi HIV dan IMS.
- (3) Orang yang berisiko terinfeksi HIV dan IMS sebagaimana dimaksud pada ayat (2), meliputi orang yang memenuhi kategori Populasi Kunci, Populasi Khusus, dan Populasi Rentan.

Bagian Kelima

Penatalaksanaan Infeksi Menular Seksual

Pasal 13

- (1) Penatalaksanaan IMS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) huruf d merupakan kegiatan penegakan diagnosis dan pengobatan pasien IMS yang ditujukan untuk menurunkan risiko penularan HIV.
- (2) Penatalaksanaan IMS berupa penegakan diagnosis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diprioritaskan kepada:
 - a. Populasi Kunci;
 - b. Ibu hamil; dan
 - c. Orang yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan gejala IMS.
- (3) Penatalaksanaan IMS dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut mengikuti standar pemeriksaan dan pengobatan IMS yang berlaku.

Bagian Keenam

Sirkumsisi

Pasal 14

- (1) Sirkumsisi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat huruf e merupakan tindakan medis membuang kulup penis yang bertujuan untuk mengurangi risiko penularan HIV dan IMS.
- (2) Sirkumsisi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada orang utamanya di daerah dengan epidemi HIV meluas dan tidak mempunyai tradisi atau budaya sirkumsisi.

Bagian Ketujuh

Pemberian Kekebalan

Pasal 15

- (1) Pemberian kekebalan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) huruf f merupakan pemberian imunisasi sejak usia dini yang ditujukan untuk mencegah infeksi *Human Papiloma Virus* (HPV).
- (2) Imunisasi *Human Papiloma Virus* (HPV) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada perempuan sejak usia lebih dari 9 (sembilan) tahun.
- (3) Ketentuan mengenai dosis, jadwal dan tata cara pelaksanaan imunisasi *Human Papiloma Virus* (HPV) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedelapan

Pengurangan Dampak Buruk Napza

Pasal 16

- (1) Pengurangan dampak buruk Napza sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) huruf g difokuskan pada pengguna Napza suntik (penasun).
- (2) Pengurangan dampak buruk Napza sebagaimana

dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:

- a. pelaksanaan layanan alat suntik steril;
- b. mendorong pengguna Napza suntik (penasun) khususnya pecandu opiat menjalani terapi rumatan metadona/substitusi opiat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. mendorong pengguna Napza suntik (penasun) untuk melakukan pencegahan penularan seksual;
- d. layanan Pemeriksaan HIV dan pengobatan ARV bagi yang positif HIV;
- e. skrining Tuberkulosis dan pengobatannya;
- f. skrining IMS dan pengobatannya; dan
- g. skrining Hepatitis C dan pengobatannya.

Bagian Kesembilan

Pencegahan Penularan *Human Immunodeficiency Virus*, Sifilis, dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak

Pasal 17

- (1) Pencegahan penularan HIV, sifilis, dan Hepatitis B dari ibu ke anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) huruf h difokuskan pada ibu hamil dan bayinya sebagai satu kesatuan yang utuh.
- (2) Pencegahan penularan HIV, sifilis, dan Hepatitis B dari ibu ke anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara terpadu dengan kegiatan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), menggunakan sarana/prasarana yang tersedia dan tidak terpisah-pisah serta dengan mekanisme pelaporan yang terintegrasi.
- (3) Pencegahan Penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari ibu ke anak dilakukan oleh seluruh fasilitas pelayanan kesehatan baik milik pemerintah maupun swasta/masyarakat.
- (4) Pencegahan penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari ibu ke anak dilakukan melalui:
 - a. skrining HIV, Sifilis, dan Hepatitis B pada setiap ibu hamil dan pasangannya yang datang ke fasilitas

- pelayanan kesehatan;
- b. pemberian obat ARV kepada ibu dan pasangannya yang terinfeksi HIV dan pemberian obat Sifilis kepada ibu dan pasangannya yang terinfeksi Sifilis;
 - c. pertolongan persalinan dilakukan sesuai indikasi;
 - d. pemberian profilaksis HIV dan/atau Sifilis diberikan pada semua bayi baru lahir dari ibu yang terinfeksi HIV dan/atau Sifilis;
 - e. pemberian ASI kepada bayi dari ibu yang terinfeksi HIV dilakukan sesuai dengan standar dan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - f. penanganan ibu hamil terinfeksi Hepatitis B dan bayinya dilakukan sesuai dengan standar dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kesepuluh
Pemberian Antiretroviral Profilaksis

Pasal 18

- (1) Pemberian ARV profilaksis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) huruf i dilakukan kepada orang yang memiliki risiko HIV baik orang yang sudah terpajan HIV maupun yang belum terpajan HIV.
- (2) Penyediaan ARV profilaksis bagi orang yang sudah terpajan HIV sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Pemerintah Pusat.
- (3) Penyediaan ARV profilaksis bagi orang yang sudah terpajan HIV sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditujukan untuk Tenaga Kesehatan yang mengalami kecelakaan kerja, dan orang yang mengalami kekerasan seksual yang pemberiannya dapat mencegah penularan HIV.

Bagian Kesebelas
Uji Saring Darah Donor dan Produk Darah

Pasal 19

- (1) Uji saring darah donor dan produk darah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) huruf j merupakan kegiatan penyaringan/pemilahan darah donor dan produk darah agar aman digunakan melalui transfusi darah serta bebas dari dari HIV dan IMS khususnya Sifilis.
- (2) Uji saring darah donor dan produk darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua belas
Penerapan Kewaspadaan Standar

Pasal 20

- (1) Penerapan kewaspadaan standar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) huruf k ditujukan untuk melindungi pasien dan Tenaga Kesehatan, serta masyarakat dan lingkungan dari cairan tubuh dan zat tubuh yang terinfeksi yang dilaksanakan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Penerapan kewaspadaan standar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V
SURVEILANS

Pasal 21

- (1) Surveilans ditujukan untuk menilai perkembangan epidemiologi, kualitas pelayanan, kinerja program, dan/atau dampak program Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.
- (2) Kegiatan Surveilans dilakukan untuk menghasilkan informasi yang meliputi:

- a. kaskade pelayanan HIV dan IMS;
 - b. estimasi jumlah orang dari masing-masing Populasi Kunci;
 - c. estimasi jumlah ODHIV dan IMS; dan
 - d. insidens kasus HIV dan IMS.
- (3) Surveilans sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
- a. pengumpulan data;
 - b. pengolahan data;
 - c. analisis data; dan
 - d. diseminasi informasi.

Pasal 22

- (1) Pengumpulan data sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (3) dilakukan secara aktif dan secara pasif.
- (2) Pengumpulan data secara aktif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui:
 - a. penjangkauan populasi berisiko;
 - b. penemuan kasus HIV, AIDS, dan IMS; dan
 - c. survei sentinel dan survei terpadu biologi dan perilaku (STBP).
- (3) Pengumpulan data secara pasif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui kegiatan pencatatan dan pelaporan pelayanan HIV, AIDS, dan IMS di fasilitas pelayanan kesehatan.

Pasal 23

- (1) Penemuan kasus HIV, AIDS, dan IMS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (2) huruf b dilakukan secara aktif dan pasif.
- (2) Penemuan secara aktif sebagaimana pada ayat (1) dilakukan dengan penjangkauan, deteksi dini atau skrining serta notifikasi pasangan dan anak yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan dan/atau tenaga non kesehatan.
- (3) Penemuan secara aktif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara massal.

- (4) Penemuan secara pasif sebagaimana pada ayat (1) dilakukan terhadap orang yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- (5) Penemuan kasus HIV, AIDS, dan IMS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dikonfirmasi melalui pemeriksaan laboratorium.

Pasal 24

- (1) Pemeriksaan laboratorium sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (5) ditujukan untuk penegakan diagnosis HIV, AIDS, dan IMS.
- (2) Pemeriksaan laboratorium dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. pemberian informasi kepada pasien untuk membantu pasien mengerti tujuan pemeriksaan dan tindak lanjut yang akan diberikan;
 - b. persetujuan pemeriksaan laboratorium dilakukan secara lisan dan tidak diperlukan persetujuan tertulis dari pasien atau walinya;
 - c. bagi pasien atau wali yang menolak pemeriksaan laboratorium setelah diberi penjelasan harus menandatangani surat pernyataan penolakan pemeriksaan;
 - d. pemberian persetujuan pemeriksaan laboratorium bagi pasien yang berusia kurang dari 18 (delapan belas) tahun dilakukan oleh keluarganya atau yang mengantar; dan
 - e. menjaga kerahasiaan hasil pemeriksaan pasien, kecuali diminta oleh pasien atau walinya, petugas yang menangani dan petugas lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 25

- (1) Selain untuk penegakan diagnosis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 24, pemeriksaan laboratorium dapat ditujukan untuk skrining HIV dan IMS dalam rangka

menentukan status seseorang reaktif atau negatif HIV dan/atau IMS.

- (2) Skrining cepat HIV dengan menggunakan sampel cairan tubuh selain darah dapat dilakukan oleh tenaga non kesehatan terlatih.
- (3) Skrining HIV dan IMS pada kelompok Populasi Kunci dan Populasi Khusus dapat diulang bilamana diperlukan.
- (4) Skrining HIV dilakukan dengan 1 (satu) jenis pemeriksaan rapid tes.
- (5) Dalam hal hasil skrining HIV menunjukan hasil reaktif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), wajib mendapatkan konfirmasi diagnosis.

Pasal 26

- (1) Pada wilayah dengan epidemi HIV meluas, skrining HIV dilakukan pada semua orang yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- (2) Khusus untuk ibu hamil pemeriksaan laboratorium HIV dan Sifilis wajib dilakukan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan.

Pasal 27

Ketentuan mengenai standar pemeriksaan dan pemantapan mutu laboratorium HIV, AIDS, dan IMS ditetapkan dengan Keputusan Menteri.

Pasal 28

- (1) Pengumpulan data sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (3) huruf a meliputi: ditindaklanjuti dengan pengolahan dan analisis data.
- (2) Pengolahan data sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan cara memasukan/menginput data, pengeditan data, pengkodean data, validasi, dan/atau pengelompokan antara lain berdasarkan tempat, waktu, usia, jenis kelamin dan tingkat risiko, interkoneksi antar aplikasi, dan pemilahan data.

- (3) Analisis data sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan cara membandingkan data menggunakan metode epidemiologi untuk selanjutnya dilakukan interpretasi untuk menghasilkan informasi yang sesuai dengan tujuan Surveilans.
- (4) Diseminasi informasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (3) huruf d dilakukan dengan cara menyampaikan informasi kepada pengelola program terkait, lintas sektor, pemangku kepentingan, dan masyarakat untuk mendapatkan umpan balik.
- (5) Diseminasi informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan melalui pemanfaatan sistem informasi kesehatan.

Pasal 29

- (1) Kegiatan Surveilans dilaksanakan oleh pengelola program atau pengelola sistem informasi kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, Kementerian Kesehatan, dan lintas sektor.
- (2) Hasil kegiatan Surveilans HIV, AIDS, dan IMS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib diinput atau dicatat dalam sistem informasi HIV, AIDS, dan IMS yang terintegrasi dengan sistem informasi Kementerian Kesehatan.

BAB VI

PENANGANAN KASUS

Pasal 30

- (1) Kasus yang ditemukan sebagai hasil dari penemuan kasus HIV, AIDS, dan IMS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 wajib ditindaklanjuti dengan penanganan kasus.
- (2) Penanganan kasus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui Promosi kesehatan dan pencegahan, pengobatan, perawatan, dan dukungan orang yang terdiagnosis HIV, AIDS, dan IMS di fasilitas pelayanan

- kesehatan.
- (3) Penanganan kasus sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. penentuan stadium klinis HIV dan tata laksana infeksi oportunistik serta penapisan IMS lainnya sesuai indikasi;
 - b. pemberian profilaksis;
 - c. pengobatan IMS dan penapisan lainnya;
 - d. skrining kondisi kesehatan jiwa;
 - e. komunikasi, informasi, dan edukasi kepatuhan minum obat;
 - f. notifikasi pasangan dan anak;
 - g. pernyataan persetujuan penelusuran pasien bila berhenti terapi;
 - h. tes kehamilan dan perencanaan kehamilan;
 - i. pengobatan ARV; dan
 - j. pemantauan pengobatan.
- (4) Dalam hal fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) belum mampu memberikan pengobatan, perawatan, dan dukungan untuk kasus HIV, AIDS, dan IMS, dilakukan peningkatan kapasitas petugas dan sumber daya yang diperlukan atau dapat merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain.

Pasal 31

- (1) Setiap orang yang telah terdiagnosis HIV, AIDS, dan IMS wajib mendapatkan komunikasi, informasi, dan edukasi sesuai dengan kebutuhan dan diregistrasi secara nasional.
- (2) Registrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dijaga kerahasiaannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 32

- (1) Pengobatan pasien HIV, AIDS, dan IMS harus menggunakan regimen berbasis bukti dengan efektivitas terbaik serta efek samping paling ringan.

- (2) Pengobatan pasien HIV harus menggunakan regimen ARV yang langsung diberikan pada hari yang sama dengan tegaknya diagnosis atau selambat-lambatnya pada hari ketujuh setelah tegaknya diagnosis disertai penyampaian komunikasi, informasi, dan edukasi kepatuhan minum obat tanpa melihat stadium klinis, nilai CD4 (*cluster differentiation 4*), dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya.
- (3) Pemberian regimen ARV sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berlangsung seumur hidup, dan dapat diberikan setiap kali untuk jangka 1 (satu) bulan, 2 (dua) bulan, atau 3 (tiga) bulan.
- (4) Pengobatan pasien HIV sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bertujuan menurunkan jumlah virus (*viral load*) sampai tidak terdeteksi HIV dalam darah.
- (5) Pengobatan pasien HIV yang disertai dengan gejala infeksi oportunistik harus disertai dengan pemberian obat terhadap gejala sesuai dengan mikroorganisme penyebab.
- (6) Pengobatan pasien IMS harus menggunakan regimen antibiotika dan/atau antivirus sesuai dengan penyebab untuk menghilangkan gejala, menyembuhkan, dan mengurangi risiko penularan IMS.
- (7) Pengobatan HIV sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan bersamaan dengan pengobatan IMS, Tuberkulosis, pemberian terapi profilaksis dan terapi infeksi oportunistik sesuai indikasi.

Pasal 33

- (1) Perawatan dan dukungan HIV, AIDS, dan IMS dilaksanakan:
 - a. berbasis fasilitas pelayanan kesehatan; dan/atau
 - b. berbasis masyarakat (*Community Home Based Care*).
- (2) Perawatan dan dukungan HIV, AIDS, dan IMS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan secara komprehensif melalui:
 - a. tata laksana, perawatan paliatif, dan dukungan untuk HIV dan AIDS; dan

- b. tata laksana IMS;
- (3) Dukungan untuk HIV dan AIDS sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, mencakup dukungan psikologis, sosial ekonomi dan spiritual, dan/atau rehabilitasi sosial.
- (4) Perawatan dan dukungan berbasis fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a diberikan kepada pasien HIV dan AIDS yang memerlukan perawatan dan dukungan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki kemampuan.
- (5) Perawatan dan dukungan berbasis masyarakat (*Community Home Based Care*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b diberikan kepada pasien HIV dan AIDS yang memilih perawatan di rumah.

BAB VII

TANGGUNG JAWAB PEMERINTAH PUSAT DAN PEMERINTAH DAERAH

Pasal 34

Pemerintah Pusat bertanggung jawab:

- a. menetapkan kebijakan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS;
- b. menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, sumber daya manusia, obat dan alat kesehatan, perbekalan kesehatan, dan pendanaan yang diperlukan;
- c. melakukan kerja sama dan membentuk jejaring kerja dengan pemangku kepentingan terkait;
- d. melakukan advokasi dan kerja sama lintas program dan lintas sektor;
- e. menyusun materi dalam media komunikasi, informasi, dan edukasi program Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dan mendistribusikan ke daerah;
- f. meningkatkan kemampuan teknis sumber daya manusia; dan
- g. melakukan penelitian, pengembangan, dan inovasi.

Pasal 35

Pemerintah Daerah provinsi bertanggung jawab:

- a. membuat dan melaksanakan kebijakan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS di wilayah daerah provinsi sesuai kebijakan nasional;
- b. melakukan kerja sama dan membentuk jejaring kerja dengan pemangku kepentingan terkait;
- c. melakukan bimbingan teknis dan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS kepada kabupaten/kota melalui Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, Puskesmas, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya;
- d. menjamin akses masyarakat dalam memperoleh pelayanan HIV, AIDS, dan IMS yang komprehensif, bermutu, efektif dan efisiensi di wilayahnya;
- e. menyediakan dan mengembangkan media komunikasi, informasi, dan edukasi program Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS;
- f. meningkatkan koordinasi lintas program dan lintas sektor di tingkat daerah provinsi;
- g. melaksanakan advokasi dan sosialisasi program Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS kepada para pemangku kepentingan di daerah kabupaten/kota dan lintas sektor terkait;
- h. meningkatkan kemampuan teknis sumber daya manusia; dan
- i. melakukan penelitian, pengembangan, dan inovasi.

Pasal 36

Pemerintah Daerah kabupaten/kota bertanggung jawab:

- a. membuat dan melaksanakan kebijakan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS di wilayah daerah kabupaten/kota sesuai kebijakan nasional dan kebijakan daerah provinsi;
- b. melakukan kerja sama dan membentuk jejaring kerja dengan pemangku kepentingan terkait;
- c. meningkatkan kemampuan tenaga Puskesmas, rumah sakit, klinik, dan kader;

- d. menjamin akses masyarakat dalam memperoleh pelayanan HIV, AIDS, dan IMS yang komprehensif, bermutu, efektif, dan efisien di wilayahnya;
- e. menyediakan dan mengembangkan media komunikasi, informasi, dan edukasi program Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS;
- f. melaksanakan advokasi dan sosialisasi program Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS kepada para pemangku kepentingan dan lintas sektor terkait; dan
- g. melakukan bimbingan teknis, pemantauan, dan evaluasi pelaksanaan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS kepada Puskesmas.

BAB VIII

PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pasal 37

- (1) Pengelola program pada dinas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan yang melakukan kegiatan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS termasuk fasilitas pelayanan kesehatan milik Tentara Nasional Indonesia, Kepolisian Republik Indonesia, instansi lain serta milik swasta wajib melakukan pencatatan.
- (2) Hasil pencatatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diolah untuk dilakukan pelaporan secara berjenjang kepada dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, dan Kementerian Kesehatan.
- (3) Pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dilakukan melalui sistem informasi HIV, AIDS, dan IMS.
- (4) Hasil pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan analisis untuk pengambilan kebijakan dan tindak lanjut.

BAB IX
PERAN SERTA MASYARAKAT

Pasal 38

- (1) Setiap warga masyarakat baik sebagai individu maupun kelompok atau berhimpun dalam institusi harus berpartisipasi secara aktif untuk menanggulangi HIV, AIDS, dan IMS sesuai kemampuan dan perannya masing-masing.
- (2) Kelompok atau institusi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi lembaga swadaya masyarakat, perguruan tinggi, organisasi profesi, komunitas populasi kunci, dan dunia usaha.

Pasal 39

- (1) Partisipasi Masyarakat dalam upaya Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dilakukan dengan cara:
 - a. mempromosikan perilaku hidup bersih dan sehat;
 - b. meningkatkan ketahanan keluarga;
 - c. mencegah dan menghapuskan terjadinya stigmatisasi dan diskriminasi terhadap orang terinfeksi HIV dan keluarga, serta terhadap komunitas Populasi Kunci;
 - d. membantu melakukan penemuan kasus dengan penjangkauan;
 - e. membentuk dan mengembangkan kader kesehatan; dan
 - f. mendorong individu yang berpotensi melakukan perbuatan berisiko tertular HIV untuk memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan.
- (2) Peran serta masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berkordinasi dengan Puskesmas, Dinas Kesehatan, dan/atau Kementerian Kesehatan.

BAB X
PENELITIAN, PENGEMBANGAN, DAN INOVASI

Pasal 40

- (1) Dalam upaya percepatan pencapaian target mengakhiri epidemi Eliminasi HIV, AIDS, dan IMS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 didukung dengan penelitian, pengembangan dan inovasi terkait Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.
- (2) Penelitian, pengembangan dan inovasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan masyarakat.
- (3) Pelaksanaan penelitian, pengembangan dan inovasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilakukan bekerjasama dengan institusi dan/atau peneliti asing sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Hasil penelitian, pengembangan, dan inovasi yang mendukung program Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS harus disosialisasikan ke masyarakat secara berkala dan dapat diakses publik secara mudah.

BAB XI
PEDOMAN PENANGGULANGAN HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS, ACQUIRED IMMUNO- DEFICIENCY SYNDROME, DAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL

Pasal 41

- (1) Untuk terselenggaranya Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS secara optimal ditetapkan Pedoman Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.
- (2) Pedoman Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat uraian teknis mengenai:
 - a. Epidemiologi HIV, AIDS dan IMS
 - b. Target dan Strategi;
 - c. Promosi Kesehatan;

- d. Pencegahan Penularan;
 - e. Surveilans;
 - f. Penanganan Kasus;
 - g. Pencatatan dan Pelaporan;
 - h. Pemantauan dan Evaluasi; dan
 - i. Penelitian, Pengembangan, dan Inovasi.
- (3) Pedoman Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

BAB XII

PENDANAAN

Pasal 42

Pendanaan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dapat bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan/atau sumber lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XIII

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 43

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dilakukan oleh Menteri, gubernur, dan/atau bupati/walikota sesuai kewenangan masing-masing.
- (2) Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Menteri, gubernur, dan/atau bupati/walikota dapat melibatkan organisasi profesi, instansi terkait, dan/atau masyarakat.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk:
- a. meningkatkan cakupan, kualitas, dan akses masyarakat pada pelayanan dalam Penanggulangan

- HIV, AIDS, dan IMS;
- b. meningkatkan partisipasi masyarakat dalam Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS;
 - c. meningkatkan komunikasi, koordinasi, dan kolaborasi lintas program dan lintas sektor serta untuk kesinambungan program; dan
 - d. mempertahankan keberlangsungan program Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.
- (4) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan melalui:
 - a. advokasi dan sosialisasi;
 - b. pelatihan;
 - c. bimbingan teknis; dan
 - d. pemantauan dan evaluasi.
 - (5) Pemantauan dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf d dilakukan untuk mengukur pencapaian target indikator Penanggulangan HIV, AIDS dan IMS.

BAB XIV KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 44

Seluruh pengelola program pada fasilitas pelayanan kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, atau pada dinas kesehatan provinsi, serta tenaga kesehatan atau pemangku kepentingan lainnya harus menyesuaikan pelaksanaan Penanggulangan HIV, AIDS dan IMS dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri ini paling lama 6 (enam) bulan sejak Peraturan Menteri ini mulai berlaku.

BAB XV KETENTUAN PENUTUP

Pasal 45

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku,

- a. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS (Berita Negara

- Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 654);
- b. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2013 tentang Pedoman Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 978);
 - c. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Pemeriksaan HIV (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1713);
 - d. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 87 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan ARV (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 72);
 - e. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2015 tentang Pelayanan Laboratorium Pemeriksa HIV dan Infeksi Oportunistik sepanjang mengatur mengenai pemeriksaan laboratorium HIV (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 436); dan
 - f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tahun 2015 tentang Pengurangan Dampak Buruk pada Pengguna Napza Suntik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1238),
- dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 46

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 31 Agustus 2022

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

BUDI G. SADIKIN

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 1 September 2022

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

YASONNA H. LAOLY
BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2022 NOMOR 831

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 23 TAHUN 2022
TENTANG PEDOMAN
PENANGGULANGAN *HUMAN
IMMUNODEFICIENCY VIRUS, ACQUIRED
IMMUNO-DEFICIENCY SYNDROME, DAN
INFEKSI MENULAR SEKSUAL*

PEDOMAN PENANGGULANGAN
HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS, ACQUIRED IMMUNO-DEFICIENCY
SYNDROME, DAN INFENSI MENULAR SEKSUAL

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan infeksi menular seksual (IMS) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia dan Indonesia, dan meluas hingga masalah sosial, ekonomi, dan budaya. Orang yang terinfeksi HIV (ODHIV) sampai saat ini masih mengalami stigma, baik di keluarga, petugas kesehatan, dan masyarakat umum. Stigma terjadi karena kurangnya pengetahuan dan adanya pemahaman yang keliru terhadap HIV dan *Acquired Immuno-Deficiency Syndrome* (AIDS).

Infeksi menular seksual merupakan salah satu di antara lima kategori penyakit terbanyak yang menyebabkan orang dewasa mencari di negara-negara berpenghasilan menengah dan rendah. Penyakit IMS menyebabkan masalah kesehatan seksual dan reproduksi, antara lain kematian janin dan bayi baru lahir (neonatal) akibat sifilis kongenital, infertilitas akibat infeksi klamidia (klamidiosis) dan gonore yang tidak diobati, serta pengobatan berkembangnya gonore resisten obat antibiotika. Di samping itu, IMS juga menjadi beban anggaran nasional dan rumah tangga.

Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS memiliki manfaat kesehatan masyarakat yang luas dan berkontribusi pada kemajuan pencapaian Tujuan Pembangunan Nasional dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) atau *Sustainable Development Goals (SDGs)* tahun 2030, terkait dengan mengakhiri kematian yang dapat dicegah dari anak berusia di bawah 5 tahun, memerangi penyakit menular (SDG 3.3), termasuk HIV, AIDS, IMS, dan menyediakan akses universal untuk perawatan kesehatan reproduksi (SDG 3.7).

Pemerintah berkomitmen untuk mengakhiri epidemi AIDS pada tahun 2030, termasuk eliminasi penularan HIV dari ibu ke anak dan eliminasi sifilis kongenital. Komitmen tersebut ditandai dengan dikeluarkannya beberapa kebijakan dan peningkatan pendanaan.

Dalam upaya mengakhiri epidemi AIDS pada tahun 2030 dan eliminasi IMS, beberapa tantangan yang masih dihadapi antara lain:

1. cakupan penemuan kasus HIV belum mencapai target;
2. akses dan cakupan ODHIV pada pengobatan ARV dan keberlanjutan pengobatan perlu ditingkatkan;
3. akses ODHIV pada pemeriksaan *viral load* HIV perlu ditingkatkan/diperluas;
4. akses ODHIV pada terapi pencegahan TBC dan infeksi oportunistik perlu ditingkatkan;
5. cakupan pencegahan HIV dan Sifilis dari ibu ke anak perlu ditingkatkan, khususnya akses deteksi dini HIV dan Sifilis, pengobatan ARV bagi ODHIV hamil dan pencegahan bagi anaknya;
6. kurangnya penyediaan informasi dan penerapan strategi komunikasi dan edukasi untuk perubahan perilaku pada populasi kunci, dan didukung dengan penyediaan akses masyarakat pada deteksi dini/skrining IMS dan HIV, dan
7. stigma dan diskriminasi yang masih dialami ODHIV.

Pemerintah melakukan upaya percepatan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS, mulai dari (1) peningkatan akses dan penambahan jumlah layanan pencegahan, tes, dan pengobatan HIV dan IMS, termasuk pemenuhan kebutuhan logistik obat dan non-obat, (2) eliminasi penularan infeksi HIV, sifilis dan bersamaan dengan hepatitis B dari ibu ke anak (tripel eliminasi), (3) pengembangan kapasitas laboratorium kesehatan untuk pemeriksaan HIV, AIDS, dan IMS, serta (4) perbaikan dan inovasi termasuk penggunaan teknologi dalam penyediaan data dan informasi serta

pemantauan pelaksanaan kegiatan penanggulangan. Karena diperlukan regulasi dan penyesuaian pedoman yang ada dengan rekomendasi global, pendekatan kesehatan masyarakat dan perkembangan ilmu kedokteran, yang telah terbukti efektif untuk Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS, maka disusunlah Pedoman Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS yang lebih komprehensif.

B. Tujuan

Pedoman Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS ini disusun sebagai acuan untuk penyelenggaraan dan pelaksanaan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.

C. Sasaran

Sasaran Pedoman Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS sebagai berikut:

1. Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah provinsi dan Pemerintah Daerah kabupaten/kota, sektor kesehatan termasuk lintas program, dan lintas sektor;
2. Fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan yang menyediakan layanan skrining, diagnostik dan pengobatan HIV, AIDS, dan IMS;
3. Organisasi profesi dan akademisi; dan/atau
4. Swasta, organisasi kemasyarakatan/komunitas, masyarakat, dan pemangku kepentingan lain, termasuk mitra lain yang melaksanakan kegiatan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.

BAB II
EPIDEMIOLOGI HIV, AIDS, DAN IMS

A. Situasi Epidemi HIV dan AIDS

Orang yang hidup dengan HIV (ODHIV) di Indonesia pada tahun 2020 diperkirakan berjumlah 543.100 orang. Jumlah ini menurun dari angka sebelumnya pada tahun 2016 sebesar 643.443 ODHIV. Infeksi baru HIV di Indonesia terus mengalami penurunan, sejalan dengan penurunan infeksi baru HIV global. Namun demikian, penurunan infeksi baru ini belum sebanyak yang diharapkan. Pada populasi kunci tertentu (LSL dan waria) terjadi peningkatan infeksi baru HIV. Sebagian besar kasus HIV ditemukan pada "non-populasi kunci", yaitu kelompok yang berisiko terinfeksi HIV di luar populasi kunci, meliputi pasangan seksual penasun, pasangan seksual laki-laki biseksual, mantan pekerja seks, ibu hamil, pasien TBC, pasien IMS, pasien hepatitis, dan orang yang menunjukkan gejala penurunan kekebalan tubuh.

Secara nasional, epidemi HIV di Indonesia adalah epidemi terkonsentrasi. Hasil Survei Terpadu Biologi dan Perilaku (STBP) populasi kunci tahun 2018 menunjukkan prevalensi HIV pada populasi kunci umumnya masih tinggi, di atas 10%. Terjadi pergeseran pola penularan HIV di mana pada awal tahun 2000 penularan HIV lebih sering karena penggunaan jarum suntik bersama di kalangan Penasun, saat ini penularan melalui hubungan seksual merupakan cara penularan HIV utama.

Epidemi HIV di Tanah Papua (Provinsi Papua dan Papua Barat) merupakan epidemi meluas tingkat rendah, dengan angka prevalensi HIV pada populasi umum sebesar 2,3% (STBP Tanah Papua, 2013). Kecenderungan prevalensi HIV lebih tinggi (2,9%) terjadi di wilayah pegunungan dan populasi suku Papua, sementara di dataran rendah dan perkotaan, prevalensi berada di bawah 2,3%.

B. Situasi Epidemi IMS

Infeksi menular seksual merupakan salah satu di antara lima kategori penyakit terbanyak yang menyebabkan orang dewasa mencari di negara-negara berpenghasilan menengah dan rendah. Penyakit IMS menyebabkan masalah kesehatan seksual dan reproduksi, antara lain kematian janin dan bayi baru lahir (neonatal) akibat sifilis kongenital, infertilitas akibat infeksi klamidia dan gonore yang tidak diobati, serta pengobatan berkembangnya gonore resisten obat antibiotika. Di samping itu, IMS juga menjadi beban anggaran nasional dan rumah tangga.

Secara global, lebih dari 1 juta infeksi menular seksual (IMS) yang dapat disembuhkan terjadi setiap hari. Menurut perkiraan WHO secara global tahun 2016 ada sekitar 376 juta infeksi baru dari empat IMS yang dapat disembuhkan, yaitu klamidia, gonore, sifilis dan trikomoniasis. Beberapa jenis IMS seperti sifilis, gonore, dan infeksi klamida dapat mempermudah penularan HIV. Risiko terinfeksi HIV dapat meningkat dua hingga tiga kali lipat pada pasien IMS. Lebih dari 500 juta orang memiliki infeksi genital dengan virus herpes simpleks (HSV-1 atau HSV-2) dan sekitar 300 juta wanita memiliki infeksi *human papillomavirus* (HPV) dan diperkirakan 266.000 kematian terjadi karena kanker serviks setiap tahun, akibat infeksi HPV.

Hasil estimasi IMS di Indonesia pada tahun 2020 menunjukkan prevalensi gonore dan infeksi klamidia pada populasi kunci mencapai hingga 30 kali lebih tinggi dibandingkan pada populasi umum. Namun secara umum terjadi penurunan prevalensi sifilis pada WPS dan LSL, sejalan dengan penurunan pada prevalensi HIV, karena peningkatan penggunaan kondom dan upaya pencegahan IMS dan HIV lainnya. Sementara itu, estimasi sifilis kongenital menunjukkan jumlah kasus dan angka sifilis kongenital di Indonesia telah menurun, tetapi masih 10 kali lipat lebih tinggi daripada target global eliminasi sifilis kongenital, yaitu <50 kasus per 100.000 kelahiran hidup. Pengendalian IMS baik pada populasi kunci maupun pada non populasi kunci, terutama ibu hamil, harus diperkuat agar target eliminasi IMS dapat tercapai.

Prevalensi sifilis aktif di Tanah Papua dilaporkan sebesar 4,7% pada laki-laki dan 4,2% pada perempuan. Di antara laki-laki yang tidak sirkumsisi ditemukan prevalensi cukup tinggi, yaitu 4,8% jika dibandingkan dengan laki-laki yang disirkumsisi sebesar 1,1%. Hasil STBP

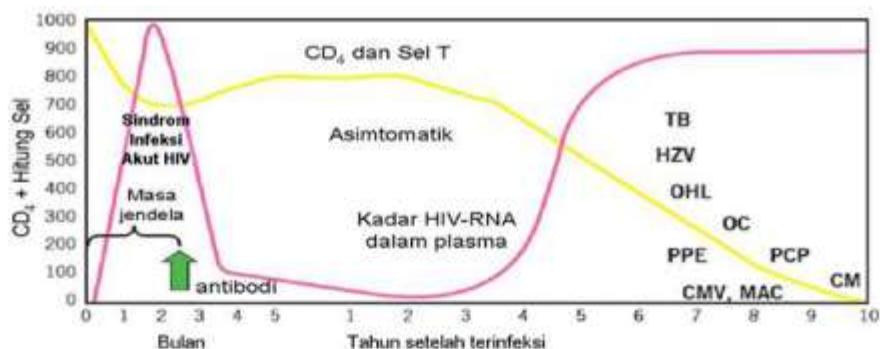
juga menunjukkan perilaku seksual berisiko masih terus terjadi di Tanah Papua, seperti melakukan hubungan seks dengan pasangan tidak tetap pada satu tahun terakhir, termasuk dengan pasangan seks yang diberikan imbalan. Penggunaan kondom pada hubungan seks komersial terakhir pada laki-laki mengalami kenaikan signifikan dari 14,1% (STBP 2006) menjadi 40,3% (STBP 2013), namun belum cukup mengendalikan epidemi.

C. Informasi Dasar Penyakit

1. Infeksi HIV dan AIDS

Infeksi HIV dan AIDS adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus HIV, yang menyerang dan melemahkan sistem kekebalan tubuh. Virus HIV dapat ditularkan melalui: (i) hubungan seksual (anal atau vagina) tanpa pelindung (kondom), (ii) transfusi darah dan transplantasi organ dari orang yang terinfeksi HIV, (iii) penggunaan jarum yang terkontaminasi, dan (iv) transmisi vertikal dari ibu yang terinfeksi HIV ke bayinya selama kehamilan, persalinan dan menyusui. *Acquired Immuno-Deficiency Syndrome (AIDS)* merupakan infeksi HIV stadium lanjut, yang terjadi apabila infeksi HIV tidak diobati dengan obat ARV. Orang yang mengalami AIDS menjadi rentan terhadap infeksi oportunistik dan beberapa jenis kanker. Infeksi oportunistik dapat disebabkan oleh berbagai virus, bakteri, jamur dan parasit serta dapat menyerang berbagai organ. Tanpa obat ARV, AIDS berakhir dengan kematian.

Ada tiga fase perjalanan alamiah infeksi HIV, seperti ditunjukkan pada Gambar 2.1. Fase I, dikenal sebagai periode jendela dimana tubuh sudah terinfeksi HIV, namun pada pemeriksaan darah belum ditemukan antibodi anti-HIV. Pada periode ini seseorang yang terinfeksi HIV dapat menularkan pada orang lain (sangat infeksius), ditandai dengan *viral load* HIV sangat tinggi dan limfosit T CD4 menurun tajam. Fase “*flu-like syndrome*” terjadi akibat serokonversi dalam darah, saat replikasi virus terjadi sangat hebat pada infeksi primer HIV. Biasanya berlangsung sekitar dua minggu sampai tiga bulan sejak infeksi awal.



Gambar 2.1 Riwayat Perjalanan Alamiah Infeksi HIV dan AIDS

Fase II, merupakan masa laten yang bisa disertai gejala ringan atau tanpa gejala dan tanda (asimtomatis). Ditandai dengan nilai *viral load* menurun dan relatif stabil, namun CD4 berangsur-angsur menurun. Tes darah antibodi terhadap HIV menunjukkan hasil reaktif, walaupun gejala penyakit belum timbul. Pada fase ini ODHIV tetap dapat menularkan HIV kepada orang lain. Masa tanpa gejala rata-rata berlangsung selama 2-3 tahun; sedangkan masa dengan gejala ringan dapat berlangsung selama 5-8 tahun.

Fase III, masa AIDS merupakan fase terminal infeksi HIV dengan kekebalan tubuh yang telah menurun drastis, dengan nilai *viral load* makin tinggi dan CD4 sangat rendah sehingga mengakibatkan timbulnya berbagai infeksi oportunistik, berupa peradangan berbagai mukosa, misalnya infeksi tuberkulosis (TBC), herpes zoster (HZV), *oral hairy cell leukoplakia* (OHL), kandidiasis oral, *Pneumocystic jirovecii pneumonia* (PCP), infeksi *cytomegalovirus* (CMV), *papular pruritic eruption* (PPE) dan *Mycobacterium avium complex* (MAC).

Perkembangan dari infeksi HIV menjadi AIDS, ditentukan oleh jenis, virulensi virus, dan faktor *host* (daya tahan tubuh). Ada tiga jenis infeksi HIV, yaitu: *rapid progressor*, berlangsung 2-5 tahun; *average progressor*, berlangsung 7-15 tahun; dan *slow progressor*, lebih dari 15 tahun setelah infeksi baru menjadi AIDS.

Perkembangan dari HIV menjadi AIDS dapat dicegah dengan melakukan penemuan kasus sedini mungkin dan memberikan pengobatan ARV sesegera mungkin, dengan tujuan untuk menurunkan jumlah virus dalam darah. Jumlah virus ini merupakan

kunci dalam proses transmisi. Semakin tinggi jumlah virus, semakin besar kemungkinan terjadinya transmisi.

2. Sifilis dan Sifilis Kongenital

Sifilis adalah infeksi menular seksual yang disebabkan oleh bakteri *spirochaeta*, yaitu *Treponema pallidum*. Sifilis merupakan penyakit infeksi sistemik yang dapat menyerang seluruh organ tubuh. Gejala sifilis dapat menyerupai berbagai macam penyakit. Sifilis dapat diobati hingga sembuh. Tanpa pengobatan, pasien sifilis yang tanpa gejala dan tanda klinis apapun dapat berlanjut menimbulkan komplikasi dan tetap menularkan.

Masa inkubasi sifilis biasanya berlangsung 10-90 hari (rata-rata 21 hari). Terdapat 3 (tiga) stadium yaitu stadium primer, sekunder, dan tersier. Di antara stadium sekunder dan tersier terdapat periode laten, yang tanpa gejala. Periode laten terdiri dari dua yaitu laten dini (infeksi terjadi kurang dari 2 tahun) dan sifilis laten lanjut (infeksi telah terjadi 2 tahun atau lebih). Transmisi (penularan) seksual umumnya terjadi saat stadium primer, stadium sekunder, atau pada periode laten dini.

Sifilis dapat dibedakan menjadi dua, yaitu sifilis yang didapat dan sifilis kongenital pada bayi, yang ditularkan dari ibu kepada janin di dalam kandungan (transmisi vertikal). Transmisi sifilis secara vertikal dari ibu hamil ke janin terjadi pada ibu dengan infeksi sifilis yang telah berlangsung beberapa tahun sebelumnya tanpa diobati. Risiko penularan sifilis dari ibu ke anak pada masa kehamilan lebih besar dibandingkan risiko pada saat persalinan, karena bakteri dapat menembus barier darah plasenta.

Penularan dari ibu ke janin biasanya terjadi pada minggu ke-16 sampai minggu ke-28 kehamilan (trimester kedua), pada beberapa kasus dapat terjadi pada minggu ke-9 (trimester pertama) kehamilan. Sifilis pada ibu hamil dapat menyebabkan keguguran, bayi lahir prematur, bayi berat lahir rendah, lahir mati, kematian neonatal (bayi baru lahir) dan sifilis kongenital.

3. Gonore

Gonore disebabkan oleh bakteri *Neisseria gonorrhoeae*. Gejala gonore tanpa komplikasi pada laki-laki berupa radang saluran kemih (uretritis), dan jika tidak diobati akan berlanjut menjadi epididimitis, striktura uretra, dan infertilitas. Gonore tanpa komplikasi pada perempuan berupa radang serviks (servisitis), dan pada umumnya tanpa gejala atau tidak khas, sehingga sulit didiagnosis dan tidak diobati, sehingga dapat terjadi komplikasi serius, yaitu penyakit radang panggul, kehamilan ektopik, dan infertilitas. Bayi yang dilahirkan dari ibu dengan infeksi gonore tanpa pengobatan dapat mengalami konjungtivitis neonatorum yang dapat menimbulkan kebutaan. Infeksi pada rektum dan kerongkongan (farings) sebagian besar asimptomatik, baik pada laki-laki maupun perempuan.

Gonore dapat diobati sampai sembuh, namun potensi terjadinya resistensi yang tinggi karena *Neisseria gonorrhoeae* memiliki perubahan cepat pola kepekaan antimikroba. Oleh karena itu, setiap negara sebaiknya melakukan surveilans prevalensi gonore dan surveilans gonore resisten antimikroba secara berkala setiap tiga tahun, sebagai bagian dari sistem kewaspadaan dini (*early warning system*) dan program penggunaan antibiotik rasional.

4. Infeksi Klamidia

Infeksi klamidia (klamidosis) disebabkan oleh bakteri *Chlamydia trachomatis*, terutama mengenai orang dewasa muda yang aktif seksual. Pada perempuan dapat menyebabkan servisitis dan pada laki-laki dapat menyebabkan uretritis nonspesifik, juga dapat mengenai rektum dan orofarings. Infeksi asimptomatik umum dijumpai pada laki-laki dan perempuan.

Infeksi klamidia tanpa pengobatan pada perempuan muda dapat menyebabkan komplikasi pada saluran reproduksi, berupa kehamilan ektopik, salpingitis dan infertilitas. Pada LSL, infeksi klamidia menyebabkan *limfogranuloma venereum* yang disebabkan oleh *Chlamydia trachomatis*. Pada ibu hamil, infeksi ini dihubungkan dengan komplikasi pada neonatus, berupa lahir prematur, bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), konjungtivitis, infeksi nasofaring, dan pneumonia.

5. Infeksi *Herpes Simplex Virus* (HSV)

Ada 2 jenis virus herpes simpleks. Virus herpes simpleks tipe 1 (HSV-1) umumnya menimbulkan infeksi pada mulut (herpes labialis), namun dapat juga mengenai genital melalui seks oral dan belakangan semakin banyak menimbulkan herpes genital. Virus herpes simpleks tipe 2 (HSV-2) merupakan penyebab umum ulkus genital di banyak negara. Bila seseorang terinfeksi HSV-2, infeksi akan berlangsung seumur hidup. Infeksi HSV-2 akan memudahkan transmisi HIV, seseorang yang telah terinfeksi HSV-2 diperkirakan 3 kali lipat lebih mudah tertular HIV, dan seseorang yang telah terinfeksi HIV dan HSV, akan lebih mudah menularkan HIV kepada orang lain.

Herpes genital simtomatik merupakan keadaan seumur hidup yang ditandai dengan kekambuhan simtomatik. Sebagian besar infeksi pada tahap awal tidak bergejala atau tidak khas, sehingga orang yang terinfeksi HSV-2 seringkali tidak mengetahui dirinya telah terinfeksi. Gambaran klinis khas herpes genital type 1 ini hanya terjadi pada 10-25% infeksi primer. Meskipun jalur penularan HSV-1 dan HSV-2 berbeda serta mengenai bagian tubuh yang berbeda, namun gejala dan tanda klinis yang ditimbulkan seringkali tumpang tindih. Episode pertama infeksi HSV-1 genital tidak dapat dibedakan dari infeksi HSV-2, dan hanya dapat dibedakan melalui pemeriksaan laboratorium. Konfirmasi pemeriksaan laboratorium dapat dilakukan untuk menyingkirkan penyebab ulkus genital lainnya.

Sebagian besar orang mengalami episode asimtomatik infeksi HSV-2. Pada infeksi HSV-2 yang menetap umumnya terjadi *viral shedding* intermiten dari mukosa genital, meskipun dalam keadaan asimtomatik. HSV-2 seringkali ditularkan oleh orang yang tidak menyadari dirinya telah terinfeksi atau dalam kondisi asimtomatik saat terjadi kontak seksual.

6. Infeksi *Human Papilloma Virus* (HPV)

Infeksi HPV merupakan infeksi virus yang sering terjadi pada saluran reproduksi. Pada perempuan dan laki-laki yang aktif secara seksual dapat mengalami infeksi ini bahkan kadang dapat berulang. Penularan yang sering terjadi melalui kontak genital kulit ke kulit. Ada banyak tipe HPV namun tidak semua menimbulkan permasalahan.

Infeksi ini biasanya hilang tanpa intervensi dan 90% sembuh sempurna dalam 2 tahun.

Beberapa tipe HPV tidak menimbulkan kanker (khususnya tipe 6 dan 11) yang dapat menimbulkan kutil genital dan papilomatosis pada sistem pernapasan. Kutil genital sangat umum terjadi dan mempengaruhi hubungan seksual dan tumbuh pada kulit daerah anogenital, umumnya di bagian yang mengalami trauma saat berhubungan seks. Kutil pada saluran anus lebih sering ditemukan pada LSL yang melakukan hubungan seks ano-genital tanpa kondom, atau praktik hubungan seksual lain yang melibatkan penetrasi anus. Kutil perianus dapat ditemukan pada laki-laki maupun perempuan dan dapat terjadi tanpa riwayat hubungan seks melalui anus. Meskipun pada umumnya infeksi HPV dapat sembuh spontan namun pada wanita, ada risiko untuk menjadi kronik dan berkembang menjadi lesi pra-kanker serviks maupun kanker serviks.

BAB III TARGET DAN STRATEGI

Sejalan dengan Tujuan pembangunan Nasional dan Tujuan Pembangunan Berkelaanjutan (TPB) atau SDG, Pemerintah berkomitmen akan mengakhiri AIDS tahun 2030 (*Ending AIDS*). Sebagai bentuk komitmen tersebut, Kementerian Kesehatan menyusun strategi penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS yang mengacu pada Strategi Global dengan jalur cepat dan menargetkan pencapaian target “90-90-90” pada tahun 2027. Target ini diperbaharui pada tahun 2021 menjadi “95-95-95” pada tahun 2027. Target 95-95-95 meliputi: 95% ODHIV mengetahui status HIV (95 pertama), 95% ODHIV yang terinfeksi HIV tetap mendapatkan terapi ARV (95 kedua), dan 95% ODHIV yang mendapat terapi ARV mengalami supresi virus (95 ketiga).

Untuk mengakhiri epidemi AIDS di Indonesia dilakukan dengan proses sebagai berikut:

1. Pada tahun 2017 ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2017 tentang Eliminasi Penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak;
2. Pada tahun 2018, dilakukan:
 - a. Penerapan Strategi Jalur Cepat menjadi “STOP” (Suluh-Temukan-Obati-Pertahankan) dan penyusunan strategi untuk mencapai “target 90-90-90”, yang akan dicapai pada tahun 2027;
 - b. Penerapan kebijakan Penatalaksanaan Orang dengan HIV AIDS untuk Eliminasi HIV AIDS tahun 2030 dengan Surat Edaran Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Nomor HK.02.02/I/1564/2018.
3. Pada tahun 2019,
 - a. Penetapan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimum (SPM), dengan salah satu indikatornya adalah pelayanan kesehatan pada orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia;
 - b. Penetapan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/90/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Tata Laksana HIV; dan
 - c. Penentuan indikator dan target Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan IMS dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka

Menengah Nasional 2020-2024 dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024;

4. Pada tahun 2020 dikeluarkan Rencana Aksi Nasional (RAN) Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS tahun 2020-2024, sebagai acuan bagi Pemerintah Pusat dan daerah dalam menyusun perencanaan kegiatan.
5. Pada tahun 2021 dilakukan penyesuaian dengan target global *fast track* untuk mencapai *Ending AIDS 2030*. Target *fast track* global menjadi 95-95-95 untuk dicapai tahun 2025. Pemerintah mengadaptasi target *fast track* global, yaitu mencapai 95-95-95 pada tahun 2027.

Tujuan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS adalah untuk:

1. menurunkan hingga meniadakan infeksi baru HIV dan IMS;
2. menurunkan hingga meniadakan kecacatan dan kematian yang disebabkan oleh keadaan yang berkaitan dengan AIDS dan IMS;
3. menghilangkan stigma dan diskriminasi terhadap orang yang terinfeksi HIV dan IMS;
4. meningkatkan derajat kesehatan orang yang terinfeksi HIV dan IMS; dan
5. mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat HIV, AIDS, dan IMS pada individu, keluarga dan masyarakat.

A. Target

Target yang akan dicapai adalah mengakhiri AIDS tahun 2030, dengan mencapai *Three Zero* yaitu:

1. menurunkan infeksi baru HIV sebesar 90% dari tahun 2010;
2. menurunkan kematian akibat AIDS; dan
3. meniadakan stigma dan diskriminasi.

Dalam mengakhiri AIDS tahun 2030 dan mencapai *three zero* dilakukan upaya mengakhiri epidemi HIV, AIDS, dan IMS dengan indikator dan target pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.1 Indikator dan target mengakhiri epidemi HIV, AIDS, dan IMS

No	Indikator	Target
1	Jumlah infeksi baru HIV (insiden) per 100.000 penduduk berusia 15 tahun ke atas yang tidak terinfeksi	7*
2	orang yang terinfeksi HIV ditemukan dari estimasi ODHIV	95%
3	orang yang terinfeksi HIV mendapatkan pengobatan ARV	95%
4	orang yang terinfeksi HIV yang masih mendapat pengobatan ARV dan virusnya tidak terdeteksi	95%
5	menurunnya infeksi baru HIV pada bayi dan balita dari ibu per 100.000 kelahiran hidup.	≤ 50
6	Jumlah infeksi baru sifilis (insiden) pada laki-laki per 100.000 penduduk usia 15 tahun ke atas yang tidak terinfeksi	6
7	Jumlah infeksi baru sifilis (insiden) pada perempuan per 100.000 penduduk usia 15 tahun ke atas yang tidak terinfeksi	5
8	Jumlah infeksi baru sifilis kongenital per 100.000 kelahiran hidup	≤ 50

* Catatan: Dihitung dengan pemodelan *Spectrum* tahun 2021 berdasarkan input data Maret 2021.

B. Strategi

Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dilaksanakan dengan strategi:

1. promosi kesehatan;
2. pencegahan penularan;
3. surveilans;
4. penanganan kasus.

Rincian strategi penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dapat dilihat pada gambar di bawah ini.



Gambar 3.1 Strategi Penanggulangan HIV AIDS dan IMS

Untuk mencapai *Ending AIDS 2030* melalui pencapaian target mengakhiri epidemi HIV, AIDS, dan IMS, terdapat 6 strategi akselerasi penanggulangan sebagaimana tercantum dalam Rencana Aksi Nasional (RAN) Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2020-2024, yang meliputi:

1. Penguatan komitmen dari kementerian/lembaga, provinsi, dan kabupaten/kota,
2. Peningkatan dan perluasan akses masyarakat pada layanan skrining, diagnostik dan pengobatan HIV AIDS dan PIMS yang komprehensif dan bermutu,
3. Intensifikasi kegiatan promosi kesehatan, pencegahan penularan, surveilans, serta penanganan kasus HIV, AIDS, dan IMS,
4. Penguatan, peningkatan, dan pengembangan kemitraan dan peran serta lintas sektor, swasta, organisasi kemasyarakatan/komunitas, masyarakat dan pemangku kepentingan terkait,
5. Peningkatan penelitian dan pengembangan serta inovasi yang mendukung program Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS; dan
6. Penguatan manajemen program melalui monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut.

Setiap strategi dijabarkan lebih lanjut dengan proses bisnis, kegiatan, dan luaran (*output*) seperti pada Tabel 3.2.

Tabel 3.2 Strategi Akselerasi Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS

Strategi 1: Penguatan komitmen dari kementerian/lembaga, provinsi, dan kabupaten/kota;
<p>Proses Bisnis</p> <p>a. Penyediaan anggaran yang memadai untuk Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS;</p> <p>Kegiatan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengembangkan kebijakan terkait komitmen pendanaan dan dukungan sumber daya manusia kesehatan dalam akselerasi penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS;2. Meningkatkan advokasi dan kapasitas Pemerintah Daerah;3. Menjamin pembiayaan kebutuhan logistik pelayanan kesehatan masyarakat dan pendukungnya, terkait obat ARV, obat infeksi oportunistik, obat IMS, obat pencegahan TBC, obat pencegahan HIV, kondom dan pelicin, alat suntik steril, pengiriman spesimen, dan reagen diagnostik;4. Melakukan pemanfaatan sistem informasi dalam perencanaan, pemantauan, dan evaluasi.
<p>Proses Bisnis</p> <p>b. Penyusunan target mengakhiri epidemi HIV, AIDS, dan IMS daerah dengan mengacu pada target mengakhiri epidemi HIV, AIDS, dan IMS nasional;</p> <p>Kegiatan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Melakukan penetapan status epidemi HIV dan analisis beban HIV, AIDS, dan IMS di setiap wilayah;2. Melakukan perhitungan dan penetapan target 5 tahunan penanggulangan HIV, AIDS dan IMS berdasarkan data yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah;3. Melakukan penyusunan langkah-langkah kegiatan, analisis kebutuhan sumber daya, dan dukungan manajemen penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS berdasarkan data;

<p>Strategi 2: Peningkatan dan perluasan akses masyarakat pada layanan skrining, diagnostik, dan pengobatan HIV, AIDS, dan IMS yang komprehensif dan bermutu;</p>
<p>Proses Bisnis</p> <p>a. Penyediaan layanan yang bermutu dalam penatalaksanaan HIV, AIDS, dan IMS yang diselenggarakan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayahnya;</p> <p>Kegiatan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengoptimalkan upaya penemuan kasus HIV, AIDS, dan IMS;2. Mengoptimalkan upaya penanganan kasus HIV, AIDS, dan IMS.
<p>Proses Bisnis</p> <p>b. Optimalisasi jejaring layanan HIV, AIDS, dan IMS di Fasilitas Pelayanan Kesehatan milik pemerintah dan swasta;</p> <p>Kegiatan:</p> <p>Menguatkan jejaring pelayanan baik pemerintah maupun swasta</p>
<p>Proses Bisnis</p> <p>c. Pelaksanaan sistem rujukan pasien HIV, AIDS, dan IMS mengikuti alur layanan HIV, AIDS, dan IMS yang ditetapkan;</p> <p>Kegiatan:</p> <p>Penyusunan regulasi sistem rujukan untuk diagnosis dan pengobatan di kabupaten/kota dan provinsi, termasuk aspek pembiayaannya.</p>
<p>Proses Bisnis</p> <p>d. Pembinaan teknis dan supervisi layanan HIV, AIDS, dan IMS untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilaksanakan secara berjenjang;</p> <p>Kegiatan:</p> <p>Melakukan upaya penjaminan mutu layanan melalui kegiatan pembinaan teknis dan supervisi yang dilaksanakan secara rutin dan berjenjang dengan melibatkan organisasi profesi dan organisasi kemasyarakatan/komunitas.</p>

<p>Strategi 3: Intensifikasi kegiatan promosi kesehatan, pencegahan penularan, surveilans, serta penanganan kasus HIV, AIDS, dan IMS;</p> <p>Proses Bisnis</p> <p>a. promosi kesehatan;</p> <p>Kegiatan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Melaksanakan Promosi Kesehatan HIV, AIDS, dan IMS oleh tenaga promosi kesehatan dan/atau pengelola program pada dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi dan Kementerian Kesehatan.2. melaksanakan promosi kesehatan dengan pemanfaatan media cetak, media elektronik, dan tatap muka yang memuat pesan pencegahan dan pengendalian HIV, AIDS, dan IMS terintegrasi dan diutamakan pada pelayanan:<ol style="list-style-type: none">a) Hepatitis;b) kesehatan reproduksi dan keluarga berencana;c) kesehatan ibu dan anak;d) Tuberkulosis;e) kesehatan remaja; danf) rehabilitasi napza3. melaksanakan promosi kesehatan dengan:<ol style="list-style-type: none">a) penyampaian KIE untuk perubahan perilaku masyarakat dalam Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS;b) penyampaian informasi kepada masyarakat mengenai layanan HIV, AIDS, dan IMS yang sesuai standar; danc) pelibatan tokoh masyarakat dan tokoh agama dalam menyebarkan materi komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai HIV, AIDS, dan IMS, termasuk <i>influencer</i> media sosial.
--

<p>Proses Bisnis</p> <p>b. pencegahan penularan;</p> <p>Kegiatan:</p> <p>Pencegahan penularan HIV dan IMS diselenggarakan oleh pengelola program pada fasilitas pelayanan kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, Kementerian Kesehatan, lintas sektor, dan masyarakat dengan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mendorong penerapan perilaku aman dan tidak berisiko;2. Melakukan konseling dalam rangka perubahan perilaku dan pencegahan HIV dan IMS, mengenali gejala IMS, mencari pengobatan HIV dan IMS yang benar, notifikasi pasangan, dan mendorong pasangan pasien IMS untuk berobat;3. Melaksanakan edukasi;4. Melakukan penatalaksanaan IMS;5. Mendorong pelaksanaan sirkumsisi laki-laki secara sukarela terutama di daerah dengan epidemi HIV meluas dan tidak mempunyai tradisi atau budaya sirkumsisi;6. Melakukan pemberian kekebalan HPV pada remaja;7. Melakukan pengurangan dampak buruk bagi pengguna Napza suntik;8. Melaksanakan pencegahan penularan HIV dan sifilis dari ibu ke bayinya dimulai dari deteksi dini/skrining HIV dan sifilis pada ibu hamil trimester pertama;9. Pemberian ARV profilaksis kepada orang yang memerlukan, seperti bayi yang dilahirkan dari ODHIV, korban kekerasan seksual, dan tenaga kesehatan yang mengalami kecelakaan kerja;10. Melaksanakan uji saring darah donor, produk darah, dan organ tubuh;11. Melaksanakan penerapan kewaspadaan standar (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) di fasilitas pelayanan kesehatan;

Proses Bisnis

c. Surveilans;

Kegiatan:

1. Melaksanakan penemuan kasus secara aktif dengan:
 - a) Penjangkauan populasi berisiko terinfeksi HIV AIDS dan IMS untuk skrining;
 - b) Melanjutkan skrining dengan pemeriksaan penegakan diagnosis bila diperlukan;
 - c) Notifikasi pasangan dan anak biologis;
 - d) Deteksi dini HIV pada bayi yang lahir dari ODHIV.
2. Melaksanakan penemuan kasus secara pasif dengan pemeriksaan penegakan diagnosis pada orang yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Pada wilayah dengan epidemi HIV terkonsentrasi, penemuan kasus secara pasif ditujukan pada kelompok berisiko terinfeksi HIV yang datang ke fasyankes. Pada wilayah dengan epidemi HIV meluas, penemuan kasus secara pasif dilakukan pada semua orang yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Khusus untuk ibu hamil, deteksi HIV dan sifilis wajib dilakukan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan;
3. Optimalisasi kegiatan intensifikasi penemuan kasus HIV dan IMS di setiap fasilitas pelayanan kesehatan secara terintegrasi melalui skrining dan deteksi dini ibu hamil, pasien TBC, pasien IMS, dan WBP;
4. Pengolahan dan analisis data epidemiologi untuk mendapatkan informasi epidemiologi;
5. Diseminasi informasi kepada pengelola program terkait, lintas sektor, pemangku kepentingan, dan masyarakat untuk mendapatkan umpan balik;
6. Melaksanakan pengamatan HIV AIDS dan IMS yang mencakup pengumpulan data, pengolahan data, analisis data, dan diseminasi informasi jumlah kasus, prevalensi, dan jumlah kematian HIV AIDS dan IMS melalui:
 - a) pencatatan dan pelaporan rutin kasus HIV, AIDS, dan IMS, dan kematian terkait AIDS;
 - b) surveilans sentinel HIV dan IMS;

- c) penentuan estimasi populasi kunci antara lain dengan pelaksanaan pemetaan dan Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP).
- 7. Mendapatkan informasi prevalensi resistensi obat ARV dan gonore, melalui:
 - a) surveilans resistensi obat HIV (*HIV-Drug Resistant*);
 - b) surveilans resistensi obat anti mikroba (gonore);
- 8. Menggunakan data dan informasi untuk pengambilan keputusan di setiap tingkatan pelaksana;

<p>Proses Bisnis</p> <p>d. penanganan kasus;</p> <p>Kegiatan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Penanganan ODHIV sesuai dengan standar;<ol style="list-style-type: none">a) Menentukan stadium klinis HIV dan tata laksana infeksi oportunistik serta penapisan IMS lainnya sesuai indikasi;b) Memberikan profilaksis kotrimoksasol dan terapi pencegahan TBCc) Memberikan pengobatan IMS dan melakukan penapisan lainnya;d) Melakukan skrining kondisi kesehatan jiwa;e) Melakukan komunikasi, informasi, dan edukasi kepatuhan minum obat;f) Melakukan notifikasi pasangan dan anak;g) Melakukan informed consent penelusuran pasien;h) Melakukan tes kehamilan dan perencanaan kehamilan;i) Memberikan pengobatan ARV; danj) Melakukan pemantauan pengobatan.2. Penyediaan akses pemeriksaan HIV dalam rangka pemantauan pengobatan ARV; dan3. Pengobatan pasien IMS sesuai standar.

<p>Strategi 4: Penguatan peningkatan, dan pengembangan kemitraan dan peran serta lintas sektor, swasta, organisasi kemasyarakatan/ komunitas, masyarakat dan pemangku kepentingan terkait;</p>

<p>Proses Bisnis</p> <p>a. Pembentukan wadah kemitraan;</p> <p>Kegiatan:</p> <p>Memastikan keterlibatan Pemangku Kepentingan dalam perencanaan dan penganggaran, serta pelaksanaan kegiatan untuk akselerasi penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS di tingkat pusat dan daerah.</p>

<p>Proses Bisnis</p> <p>b. Mendorong keterlibatan lintas sektor, swasta, organisasi kemasyarakatan/komunitas, masyarakat dan pemangku kepentingan terkait dalam Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS mulai dari perencanaan, pendanaan, dan pelaksanaan, serta pemantauan dan evaluasi dalam rangka peningkatan sumber daya yang dibutuhkan.</p> <p>Kegiatan:</p> <p>Meningkatkan upaya pemberdayaan masyarakat untuk pencegahan dan pengendalian HIV, AIDS, dan IMS.</p>
--

<p>Strategi 5: Peningkatan kajian dan pengembangan kebijakan yang mendukung program penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS;</p> <p>Proses Bisnis</p> <p>a. Pelaksanaan kajian dan pengembangan kebijakan di bidang Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS;</p> <p>Kegiatan:</p> <p>Melakukan advokasi atau mobilisasi pendanaan untuk kajian dan pengembangan kebijakan di bidang HIV, AIDS, dan IMS dari berbagai institusi di dalam dan luar negeri.</p>	
<p>Proses Bisnis</p> <p>b. Fasilitasi kajian dan pengembangan kebijakan untuk mendukung Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS;</p> <p>Kegiatan:</p> <p>Mendukung kajian dan pengembangan kebijakan serta pemanfaatan hasil riset untuk mendukung percepatan mengakhiri epidemi HIV, AIDS, dan IMS.</p>	

<p>Strategi 6: Penguatan manajemen program melalui pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut.</p>
<p>Proses Bisnis</p> <p>a. Penguatan fungsi perencanaan dan pemantauan program;</p> <p>Kegiatan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Melakukan perencanaan, pemantauan, dan analisis ketersediaan logistik HIV, AIDS, dan IMS di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan nonpemerintah; dan2. Membuat laporan tahunan kemajuan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.
<p>Proses Bisnis</p> <p>b. Penguatan kapasitas sumber daya manusia dalam pengelolaan program Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS;</p> <p>Kegiatan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Perencanaan kebutuhan sesuai dengan jenis, jumlah, dan standar kebutuhan serta pengembangan dan peningkatan kemampuan SDM. Pengembangan dan peningkatan kemampuan SDM Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dilakukan melalui pelatihan dan mentoring. Setiap provinsi dan kabupaten/kota perlu membentuk tim pelatih dan tim mentor, serta melakukan mentoring secara berkala ke fasyankes.2. Penyediaan tenaga terlatih dalam pengelolaan program Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dan penyediaan tenaga kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;3. Pemetaan tenaga kesehatan secara rutin; dan4. Perencanaan dan penganggaran kegiatan pelatihan bagi tenaga dalam pengelolaan program Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dan tenaga kesehatan di tingkat kabupaten/kota.

Proses Bisnis

c. Peningkatan motivasi dukungan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.

Kegiatan:

1. Pemberian penghargaan kepada Pemerintah Daerah dengan kinerja terbaik dalam Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS;
2. Pemberian penghargaan kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan kader kesehatan yang berkontribusi besar terhadap Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS di wilayahnya; dan
3. Pemberian penghargaan kepada Lembaga nonpemerintah maupun perseorangan yang berkontribusi besar dalam pencapaian target Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.

Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dilaksanakan dengan pendekatan siklus kehidupan. Hal ini berarti dalam setiap tahapan kehidupan ada intervensi yang dilakukan untuk pencegahan dan pengendalian HIV, AIDS, dan IMS.

Tabel 3.3 Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dengan Pendekatan Siklus Kehidupan

Bayi baru lahir	Balita	Anak usia sekolah dasar	Remaja	Dewasa, Usia Produktif	Lansia
Terpajian HIV atau Sifilis:	Terpajian HIV dan/atau Sifilis;	Anak terinfeksi HIV:	Konseling/KIE:	Konseling/KIE Kes pro	Pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa
• ARV profilaksis,	• Konfirmasi pemeriksaan HIV 18 bulan	• Pengobatan ARV dan pemantauan terapi, termasuk pemeriksaan <i>viral load</i> HIV;	• Konseling/KIE: Kespro, termasuk pencegahan HIV dan IMS & Gizi	• Catin;	
• Kotrimoksosol profilaksis,				• Pelayanan KB;	
• Diagnosis diri HIV (EID) bayi lahir dari ibu HIV;	Terpajian sifilis;	• Pencegahan dan tata laksana IO;	• ANC sesuai standar (termasuk tes HIV, Sifilis dan Hepatitis B);	• Perencanaan kehamilan	
• Terapi sifilis dan pemantauan pada bayi dari ibu sifilis;	• Konfirmasi status sifilis pada anak dari ibu sifilis	• Pendampingan; Penyiapan & pengungkapkan status HIV	• Pengobatan ARV dan pemantauan terapi, termasuk pemeriksaan <i>viral load</i> HIV;	• ODHV, termasuk ibu hamil;	ODHV; Pengobatan ARV dan pemantauan terapi, termasuk tata laksana IO;
• IMD, ASI eksklusif atau PASI (APASS) – hindari <i>mixed feeding</i> .	Anak terinfeksi HIV:	• Pengobatan ARV dan pemantauan terapi, termasuk pemeriksaan <i>viral load</i> HIV;	• Pengobatan ARV dan pemantauan terapi, termasuk pemeriksaan <i>viral load</i> HIV;	• Pengobatan ARV dan pemantauan terapi, termasuk pemeriksaan <i>viral load</i> HIV;	Pendampingan
• Pendampingan Bayi Baru Lahir;	• Pemberian makanan pada bayi;	• Pencegahan dan tata laksana IO;	• Pendampingan; Pemantauan tumbuh kembang; Pemberian makanan tambahan (PMT), tata laksana gizi	• Pencegahan dan tata laksana IO;	
• Imunisasi dasar lengkap	• Pemantauan tumbuh kembang			• Pendampingan; Pemantauan & pengungkapkan status HIV	
				• Pemulangan seksual dan ke bayi	
				Pasien sifilis, termasuk ibu hamil:	
				• Terapi sifilis pasangan;	
				• Notifikasi pasangan dan pencegahan pemulangan seksual dan ke bayi	

BAB IV
PROMOSI KESEHATAN

Tujuan kegiatan promosi kesehatan dalam Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS adalah:

1. Masyarakat melakukan upaya pencegahan penularan HIV dan IMS melalui gaya hidup dan perilaku sehat;
2. Masyarakat, yang memiliki perilaku berisiko, mengakses layanan Pemeriksaan HIV dan skrining IMS;
3. Orang dengan HIV menjalani pengobatan ARV secara patuh dan berkelanjutan; dan
4. Meniadakan stigma dan diskriminasi.

Kegiatan Promosi Kesehatan dalam pencegahan dan pengendalian HIV, AIDS, dan IMS dilaksanakan dengan strategi advokasi, kemitraan, dan pemberdayaan masyarakat.

A. Advokasi

Advokasi dalam Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS bertujuan untuk:

1. Mendorong komitmen dari pemangku kebijakan yang ditandai adanya peraturan atau produk hukum yang mendukung Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesinambungan pembiayaan dan sumber daya lainnya untuk Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.

B. Kemitraan

Kemitraan dalam Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dilakukan bersama dengan institusi pemerintah terkait, pemerintah daerah, pemangku kepentingan, penyedia layanan, organisasi kemasyarakatan/komunitas, organisasi profesi dan akademisi, swasta, dan media massa berdasarkan kepentingan, kejelasan tujuan, kesetaraan, dan keterbukaan. Kemitraan bertujuan mendorong agar para mitra aktif melakukan promosi kesehatan. Untuk mencapai tujuan promosi kesehatan dan tersedianya layanan komprehensif yang berkesinambungan bagi ODHIV dan masyarakat, diperlukan mekanisme koordinasi/kemitraan. Koordinasi/kemitraan ini melibatkan semua pemangku kepentingan di tingkat nasional, provinsi, dan

kabupaten/kota. Koordinasi/kemitraan diperlukan juga untuk perencanaan, pelaksanaan, dan pengelolaan kegiatan.

Forum komunikasi, koordinasi, atau kemitraan dibuat di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota. Forum koordinasi/kemitraan dalam Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS di tingkat nasional saat pedoman ini diterbitkan, mengacu pada Peraturan Presiden nomor 124 tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.

Pada tingkat provinsi dan nasional forum koordinasi/kemitraan diarahkan untuk perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi kegiatan Penanggulangan HIV, AIDS dan IMS. Forum koordinasi/ kemitraan di tingkat kabupaten/kota diarahkan agar dapat memfasilitasi jejaring kerja sama antar Fasyankes Pemerintah dan swasta, baik secara horizontal maupun vertikal. Keberadaan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kabupaten/Kota dapat menjadi contoh forum koordinasi tersebut.

C. Pemberdayaan masyarakat

Pemerintah melakukan penggerakan potensi lokal/komunitas yang ada, misalnya komunitas pekerja, pengguna media sosial, kelompok ibu-ibu, para guru sekolah dasar dan menengah, kelompok remaja, Warga Peduli AIDS, kelompok keagamaan. Pemanfaatan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) di wilayah setempat juga dapat dipertimbangkan menjadi pendekatan kepada masyarakat terkait penyediaan informasi HIV, AIDS, dan IMS, contoh: desa/RW siaga, Posyandu, Polindes.

Masyarakat berperan aktif dalam menyebarluaskan informasi yang baik dan benar tentang Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS, melalui media komunikasi yang banyak digunakan, seperti media sosial, internet, audio-visual/video, selain media cetak seperti lembar balik, leaflet, poster, dan media lainnya. Komunitas ODHIV dan keluarganya dapat berperan langsung dalam keberlangsungan pengobatan ODHIV dan pencapaian supresi virus. Peningkatan peran serta ODHIV dan kelompok dukungan sebaya secara efektif dalam berbagai aspek, termasuk pendampingan ODHIV layanan kesehatan berbasis masyarakat/komunitas ataupun fasyankes, telah terbukti efektif dan dapat memperbaiki kualitas layanan bagi ODHIV secara umum. Kemitraan dengan komunitas ODHIV juga terus ditingkatkan

dalam bidang perencanaan, penyelenggaraan layanan, pemantauan dan evaluasi. Kemitraan ini penting dalam memperbaiki rujukan, dukungan kepatuhan, serta mengurangi stigma dan diskriminasi di antara pemangku kepentingan.

BAB V
PENCEGAHAN PENULARAN

Pencegahan penularan HIV dan IMS merupakan berbagai upaya atau intervensi untuk mencegah seseorang terinfeksi HIV dan/atau IMS yang diarahkan untuk mencegah:

1. penularan melalui hubungan seksual;
2. penularan melalui hubungan non seksual; dan
3. penularan dari ibu ke anak.

Pencegahan penularan HIV dan IMS dilakukan dengan penerapan perilaku hidup sehat, yaitu melalui intervensi perilaku dan intervensi biomedis, yang meliputi:

A. Penerapan perilaku aman dan tidak berisiko

Prinsip umum yang digunakan untuk dalam pencegahan penularan HIV dan IMS adalah:

- A atau *Abstinence*, artinya tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah atau tidak melakukan hubungan seksual pada saat mengalami IMS;
- B atau *Be faithful*, artinya setia hanya dengan satu pasangan seks (tidak berganti-ganti pasangan);
- C atau *Condom*, artinya menggunakan kondom dengan benar untuk mencegah penularan IMS dan infeksi HIV melalui hubungan seksual; dan
- D atau *“no Drug”*, artinya tidak mengonsumsi/menggunakan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya.

B. Konseling

Pelaksanaan konseling pada pasien di layanan kesehatan dimaksudkan untuk membantu upaya perubahan perilaku dan pencegahan HIV dan IMS, memotivasi orang dan pasangannya agar melakukan Pemeriksaan HIV dan/atau IMS, melakukan pengobatan dengan patuh jika hasil tesnya positif dan melakukan pencegahan HIV dan IMS, serta tidak melakukan perilaku berisiko. Konseling merupakan cara komunikasi antara dokter/tenaga kesehatan dengan pasien IMS dan ODHIV. Konseling dilakukan oleh tenaga kesehatan atau tenaga non kesehatan terlatih.

C. Edukasi

Edukasi pencegahan penularan HIV terutama ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman, serta mendorong penerapan perilaku seksual aman dan perubahan perilaku berisiko menjadi perilaku seksual aman. Edukasi ini diberikan kepada Populasi Kunci, Populasi Khusus, dan Populasi Rentan.

Waria dalam Populasi Kunci meliputi transgender dan transpuan.

Edukasi pencegahan penularan HIV dan IMS secara spesifik dengan penggunaan kondom dan pelicin disampaikan kepada kelompok berisiko sebagai berikut:

1. pasangan ODHIV;
2. pekerja seks, pelanggan dan pasangannya;
3. pasien IMS dan pasangannya;
4. Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL);
5. Waria/transgender;
6. Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP); dan
7. pengguna napza suntik dan pasangannya.

Edukasi penggunaan alat suntik steril disampaikan kepada penasun sebagai pencegahan penularan HIV.

D. Penatalaksanaan IMS

Strategi pengendalian IMS untuk eliminasi IMS mencakup kegiatan:

1. Penyediaan akses pelayanan IMS sesuai standar.
2. Menurunkan penularan IMS dengan cepat pada populasi kunci, pasangan, serta pelanggan pekerja seks.

Pendekatan strategi ini didasarkan pada dinamika transmisi IMS yang menyebar dengan cepat melalui jaringan seksual dengan sering/banyaknya pasangan seksual. Pelanggan menularkan IMS kepada pekerja seks, yang kemudian dapat menularkan infeksi ke pelanggannya yang lain serta pasangan tetap atau isterinya. Wanita berisiko rendah yang mendapatkan IMS dari pasangan tetap dapat menularkan infeksi ke bayinya.

Kegiatan skrining IMS dapat dilihat pada tabel 5.1

Tabel 5.1 Kegiatan Skrining dan Deteksi IMS

	Layanan IMS Populasi Umum	Menurunkan penularan IMS (Populasi Kunci)
Fasyankes (Pemerintah dan swasta)	<ol style="list-style-type: none">1. Manajemen kasus IMS bergejala dengan pendekatan sindrom dan laboratorium (sederhana/NAAT/ molekular jika ada indikasi)2. Skrining Sifilis, HIV dan Hepatitis B pada ibu hamil3. Notifikasi pasangan/terapi presumtif untuk pasangan.	<ol style="list-style-type: none">1. Manajemen kasus IMS bergejala dengan pendekatan sindrom dan laboratorium (sederhana/NAAT/ molekular jika ada indikasi)2. Skrining HIV, sifilis dan IMS lain pada populasi kunci tiap 3 bulan3. Terapi presumtif berkala untuk gonore dan klamidia pada WPS, LSL, dan waria4. Notifikasi pasangan/terapi presumtif untuk pasangan.

Kegiatan skrining dan deteksi IMS dapat ditingkatkan dengan melibatkan peran serta masyarakat.

Diagnosis IMS dapat dilakukan secara klinis dengan melihat tanda dan gejala, serta secara etiologis dengan pemeriksaan laboratorium sederhana, metode NAAT, molekuler, atau tes cepat, sesuai dengan ketersediaan di layanan.

Skrining IMS dan Pengobatan Presumtif Berkala (PPB) pada populasi kunci dapat dilakukan di fasyankes atau saat dokling/*mobile* klinik di lokasi/lokalisasi. Pada WPS di lokalisasi/lokasi dilakukan tata laksana pendekatan sindrom pada yang bergejala dan skrining sifilis serta PPB tiap 3 bulan. Di fasyankes, saat kunjungan pertama populasi kunci, dilakukan tata laksana pendekatan sindrom pada yang bergejala, pemberian PPB, dan skrining sifilis. Saat skrining triwulan, dilakukan skrining sifilis, pendekatan sindrom pada yang bergejala, dan pemberian PPB tiap 6 bulan. Bila kasus berat/tidak ada perbaikan dalam 2 minggu kasus perlu dirujuk ke fasyankes tingkat lanjut. Skema skrining dan PPB pada populasi kunci adalah sebagai berikut.

WPS*	Dokling/mobile clinic: • Sindromik jika bergejala • PPB tiap 3 bulan • Skrining sifilis tiap 3 bulan		
	Semua populasi kunci (WPS, LSL, Waria)*	• Sindromik jika bergejala • PPB • Skrining sifilis	• Sindromik jika bergejala • PPB, jika >6 bulan dari kunjungan terakhir • Skrining sifilis
	Kunjungan pertama ke layanan	Cek-up triwulan	

* Bila kasus berat atau tidak ada perbaikan dalam 2 minggu, pasien dirujuk ke fasyankes tingkat lanjut

Gambar 5.1 Skrining IMS dan PPB Pada Populasi Kunci

Penatalaksanaan IMS dilakukan kepada seluruh:

- a. Populasi Kunci;
- b. Ibu hamil; dan
- c. Orang yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan gejala IMS.

E. Sirkumsisi

Sirkumsisi secara sukarela dapat diterapkan di tempat dengan prevalensi penularan HIV secara heteroseksual tinggi dan prevalensi sirkumsisi rendah, atau di daerah dengan epidemi HIV meluas dan tidak mempunyai tradisi atau budaya sirkumsisi.

F. Pemberian Kekebalan

Vaksinasi HPV dapat mencegah kanker serviks dan kutil kelamin, IMS yang disebabkan oleh *human papilloma virus* (HPV). Pemberian kekebalan HPV dianjurkan bagi anak perempuan dan laki-laki usia 9 tahun ke atas. Pada saat Permenkes ini diterbitkan, kekebalan HPV diberikan pada anak perempuan usia 11-12 tahun sebagai imunisasi program.

G. Pengurangan Dampak Buruk Pada Pengguna Napza (PDBN)

Pengurangan dampak buruk pada pengguna Napza dilakukan melalui:

- a. pelaksanaan Layanan Alat Suntik Steril (LASS) bagi pengguna Napza suntik;

- b. mendorong pengguna Napza suntik khususnya pecandu opiat menjalani terapi rumatan metadona/substitusi opiat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. mendorong pengguna Napza suntik untuk melakukan pencegahan penularan seksual;
- d. layanan Pemeriksaan HIV dan pengobatan ARV bagi yang positif HIV;
- e. pemberian imunisasi hepatitis B;
- f. skrining Tuberkulosis dan pengobatannya;
- g. skrining IMS dan pengobatannya; dan
- h. skrining Hepatitis C dan pengobatannya.

Pelaksanaan LASS dengan konseling perubahan perilaku dan dukungan psikososial diarahkan untuk melakukan upaya promosi kepada penasun untuk berhenti menggunakan napza. Terhadap penasun yang belum dapat berhenti menggunakan napza, upaya promosi dilakukan dengan:

- a. mendorong untuk tidak menggunakan napza suntik; atau
- b. mendorong penggunaan alat suntik steril.

Pelaksanaan LASS dengan konseling perubahan perilaku dan dukungan psikososial dilakukan melalui kegiatan:

- a. penjangkauan dan pendampingan kepada penasun;
- b. konseling kepada penasun untuk pengurangan risiko; dan
- c. penyediaan paket pencegahan melalui alat suntik steril.

Kegiatan penjangkauan, konseling, dan penyediaan alat suntik steril bertujuan untuk:

- a. meningkatkan pengetahuan dan kemampuan penasun mengenai dampak buruk penggunaan napza;
- b. mendekatkan penasun kepada layanan lainnya dalam upaya meningkatkan kualitas hidup fisik, mental, dan sosial dari penasun; dan
- c. menghentikan penggunaan jarum suntik bekas pakai yang berpotensi menularkan HIV, Hepatitis B, dan Hepatitis C.

Pelaksanaan LASS dengan konseling perubahan perilaku serta dukungan psikososial diselenggarakan oleh:

- a. Puskesmas yang memiliki layanan pengurangan dampak buruk pada penasun, yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota setempat; dan

- b. lembaga swadaya masyarakat dan organisasi masyarakat lain yang menyelenggarakan kegiatan pengurangan dampak buruk pada penasun.

Lembaga swadaya masyarakat dan organisasi masyarakat lain yang menyelenggarakan kegiatan PDBN harus bekerja sama dengan Puskesmas. Puskesmas wajib melaporkan pelaksanaan kerja sama kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat sesuai peraturan perundungan yang berlaku.

Terapi substitusi opiat dilaksanakan melalui Program Terapi Rumatan Metadona dan terapi rumatan buprenorfina. Terapi ketergantungan napza lainnya dilakukan melalui layanan:

- a. detoksifikasi dan terapi putus zat;
- b. kondisi gawat darurat;
- c. komorbiditas fisik dan psikiatri;
- d. rawat jalan; dan
- e. rehabilitasi rawat inap.

Penyelenggaraan terapi substitusi opioida dan terapi ketergantungan Napza lainnya dilaksanakan sesuai peraturan perundungan yang berlaku.

Pemberian imunisasi hepatitis B, skrining Tuberkulosis, dan pengobatannya, skrining IMS dan pengobatannya, dan skrining Hepatitis C dan pengobatannya pada penasun dilaksanakan sesuai peraturan perundungan yang berlaku.

Untuk mendukung pelaksanaan pengurangan dampak buruk pada penasun, dapat dilakukan kegiatan sebagai berikut:

- a. penjangkauan dan pendampingan;
- b. pengembangan rumah singgah untuk *drop-in centre*; dan
- c. pelaksanaan manajemen kasus pada Penasun dengan HIV.

Kegiatan penjangkauan dan pendampingan bertujuan untuk menjangkau penasun yang lebih luas dan pemanfaatan pelaksanaan pengurangan dampak buruk pada penasun secara efektif.

- H. Pencegahan Penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak (PPIA)
Kegiatan PPIA dilakukan untuk mencegah penularan HIV, sifilis, dan hepatitis B dari ibu ke bayi/anaknya (transmisi vertikal). Pencegahan penularan HIV dan Sifilis dari ibu ke anak dilakukan bersamaan dengan skrining Hepatitis B dan secara terpadu pada Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan,

Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual, dengan pendekatan siklus kehidupan. Pemeriksaan merupakan bagian dari standar pelayanan antenatal.

Penularan vertikal HIV, Sifilis, dan hepatitis B dapat terjadi dari ibu ke bayi yang dikandungnya. Upaya kesehatan masyarakat untuk mencegah penularan ini dimulai dengan skrining pada ibu hamil terhadap HIV, Sifilis dan Hepatitis B pada saat pemeriksaan antenatal (ANC) pertama pada trimester pertama. Tes skrining menggunakan tes cepat (rapid tes) HIV, tes cepat sifilis (TP rapid) dan tes cepat HBsAg. Tes cepat ini relatif murah, sederhana dan tanpa memerlukan keahlian khusus sehingga dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan (pemberi layanan langsung). Skrining HIV, sifilis dan hepatitis B pada ibu hamil dilaksanakan secara bersamaan dalam paket pelayanan antenatal terpadu. Secara program nasional upaya pengendalian terhadap ketiga penyakit infeksi menular langsung ini disebut Program Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan hepatitis B dari Ibu ke Anak (PPIA). Kebijakan PPIA diintegrasikan dalam layanan KIA dan dilaksanakan sesuai pedoman/peraturan perundangan yang berlaku.

Pencegahan penularan HIV dan Sifilis dari ibu ke anak dilakukan melalui:

1. Skrining HIV dan Sifilis pada setiap ibu hamil dan pasangannya yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan;
2. Pemberian obat ARV kepada ibu dan pasangannya yang terinfeksi HIV dan pemberian obat sifilis kepada ibu yang terinfeksi Sifilis, pasangan, dan bayinya;
3. Pertolongan Persalinan dilakukan sesuai indikasi;
4. Pemberian profilaksis HIV dan profilaksis kotrimoksazol pada semua bayi baru lahir dari ibu yang terinfeksi HIV;
5. Pemberian ASI kepada bayi dari ibu yang terinfeksi HIV dilakukan sesuai dengan standar dan ketentuan peraturan perundangan.

Kegiatan ini dilakukan dalam pelayanan antenatal terpadu sesuai standar dan dilanjutkan dengan tata laksana HIV, sifilis dan Hepatitis B sesuai standar, kepada ibu hamil atas indikasi dan bayi yang dilahirkan, baik di fasyankes pemerintah maupun swasta, menggunakan sarana/prasarana yang tersedia dan tidak terpisah-pisah serta dengan mekanisme pelaporan yang terintegrasi.

Tata Laksana Bayi dari Ibu terinfeksi HIV untuk Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak

Ibu hamil yang terinfeksi HIV harus mendapatkan ARV sesuai standar tata laksana HIV.

- a. Proses persalinan dipilih berdasarkan risiko pada ibu dengan melihat *viral load*. Bila ODHIV hamil pada usia gestasi (umur kehamilan) 38 minggu, sudah dalam pengobatan ARV teratur minimal selama 6 bulan dan/atau *viral load* <1000 kopi/ml, dapat dipilih persalinan per vaginam, kecuali ada indikasi obstetri lain.
- b. Pada ODHIV hamil pada usia gestasi 38 minggu dalam pengobatan ARV dengan nilai *viral load* ≥ 1000 kopi/ml atau yang *viral load* tidak diketahui dapat dipilih persalinan dengan bedah besar elektif untuk mengurangi risiko transmisi vertikal.
- c. Jika ODHIV belum mendapatkan pengobatan ARV menjelang persalinan dipertimbangkan untuk bedah besar.

Bayi lahir dari ODHIV harus mendapatkan profilaksis ARV.

- a. Pemberian profilaksis ARV dengan dosis sesuai usia gestasi mulai diberikan pada usia 6-12 jam setelah lahir dan paling lambat usia 72 jam. Pemberian ARV pada bayi yang lahir dari ODHIV bertujuan untuk mencegah transmisi HIV yang terjadi terutama pada saat persalinan dan menyusui.
 - 1) Prinsip pemberian profilaksis ARV pada bayi lahir dari ODHIV adalah sebagai pencegahan pasca-pajanan (PPP) yang bertujuan untuk menurunkan risiko infeksi HIV setelah mendapat pajanan potensial.
 - 2) Bayi lahir dari ibu terinfeksi HIV yang mendapatkan pengganti ASI (PASI) diberikan profilaksis zidovudin dengan dosis sesuai usia gestasi selama 6 minggu. Sedangkan bayi lahir dari ibu ODHIV mendapatkan ASI, maka profilaksis yang diberikan adalah zidovudin dan nevirapin dengan dosis sesuai usia gestasi selama 6 minggu dengan syarat ibu harus dalam terapi ARV kombinasi.
- b. Pemberian nutrisi pada bayi yang lahir dari ODHIV memerlukan diskusi dengan ibu terkait pemilihannya. Nutrisi untuk bayi yang lahir dari ODHIV adalah pengganti ASI (PASI) untuk menghindari transmisi HIV lebih lanjut. Susu formula diberikan bila syarat *acceptable, feasible, affordable, sustainable, and safe* (AFASS) terpenuhi. Sedangkan air susu ibu untuk bayi dari ODHIV hanya dapat diberikan apabila syarat AFASS

terhadap PASI tidak terpenuhi. Apabila ibu memilih memberikan air susu ibu (ASI), maka ASI harus diberikan eksklusif selama 6 bulan, dengan syarat ibu harus mendapatkan ARV kombinasi dan anak mendapatkan profilaksis ARV yang tepat. Pemberian nutrisi campur yaitu ASI dan susu formula (*mixed feeding*) harus dihindari karena menempatkan bayi pada risiko terinfeksi HIV yang lebih tinggi.

I. Pemberian Profilaksis ARV

Pemberian obat ARV profilaksis untuk pencegahan penularan HIV terbagi menjadi 2 (dua) yaitu profilaksis pasca pajanan (PPP) dan pencegahan pada kelompok berisiko. Profilaksis pasca pajanan adalah pemberian regimen obat ARV dalam waktu 28-30 hari untuk mengurangi kemungkinan infeksi HIV setelah seseorang terpajana saat bekerja (misalnya tertusuk jarum), atau setelah kekerasan seksual.

Profilaksis pasca pajanan sebaiknya diberikan pada kejadian pajanan yang berisiko penularan HIV sesegera mungkin dalam waktu 72 jam atau kurang, idealnya 4 jam setelah pajanan. Individu yang menerima PPP perlu dipastikan status HIV-nya negatif, sebelum PPP dimulai, dan mendapat informasi keuntungan, kerugian, dan perlu mengonsumsi ARV teratur. Regimen ARV untuk PPP dapat dilihat pada Tabel 5.2 berikut.

Tabel 5.2 Regimen Antiretroviral untuk Profilaksis Pasca Pajanan

Regimen		
Dewasa dan remaja ≥ 10 tahun	Pilihan	TDF + 3TC + DTG
	Alternatif	TDF + 3TC/FTC + LPV/r TDF + 3TC/FTC + EFV AZT + 3TC + DTG AZT + 3TC + LPV/r AZT + 3TC + EFV
Anak <10 tahun	Pilihan	AZT + 3TC + EFV*
	Alternatif	AZT + 3TC + LPV/r ABC+ 3TC + LPV/r ABC + 3TC + EFV* TDF** + 3TC/FTC + LPV/r TDF** + 3TC/FTC + EFV*

* EFV tidak digunakan pada anak < 3 tahun

** TDF tidak digunakan pada anak < 2 tahun

Pemberian ARV profilaksis pra pajanan (*Pre Exposure Prophylaxis, PrEP*) pada kelompok berisiko merupakan upaya pencegahan tambahan pada orang yang memiliki risiko tinggi tertular HIV dari kontak seksual dengan

ODHIV. Syarat utama pemberian PrEP bagi individu penerima adalah status HIV negatif dan riwayat penapisan IMS dilakukan secara rutin/ berkala. Pemberian PrEP pada kelompok berisiko harus disertai pemeriksaan HIV berkala, penapisan/skrining IMS secara berkala, pemakaian kondom, LASS, dan terapi substitusi opiat bagi yang memerlukan. Regimen ARV yang digunakan pada PrEP dapat dilihat pada Tabel 5.3 sebagai berikut.

Tabel 5.3 Regimen ARV untuk PrEP

Regimen ARV	Lama Pemberian	Pemantauan
TDF+3TC/FTC	Selama berperilaku berisiko	Tes HIV, kepatuhan minum obat dan efek samping ARV setiap 3 bulan

J. Uji Saring Darah Donor dan Produk Darah

Uji saring darah donor dan produk darah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai transfusi darah.

Pendonor dengan hasil uji reaktif harus diberitahu dan dirujuk ke fasyankes untuk dilakukan pemeriksaan diagnostik, serta ditindaklanjuti sesuai standar.

K. Penerapan Kewaspadaan Standar

Penerapan kewaspadaan standar merupakan bagian dari Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, yang bertujuan untuk melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung yang menerima pelayanan kesehatan serta masyarakat dalam lingkungannya dengan cara memutus siklus penularan penyakit infeksi. Termasuk dalam penerapan kewaspadaan standar adalah penerapan *safety injection* (praktik menyuntik aman).

Kewaspadaan standar dan *safety injection* dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VI
SURVEILANS

Kegiatan surveilans dalam Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS bertujuan untuk:

1. Memahami status epidemi HIV, perkembangan kejadian HIV, AIDS, dan IMS, serta ke arah mana epidemi HIV dan IMS berubah atau berkembang.
2. Mengidentifikasi berbagai kemungkinan kebijakan dan program untuk mengendalikan epidemi HIV dan IMS sesuai dengan hasil pengamatan surveilans.
3. Mengukur capaian indikator kinerja masukan, proses, luaran, hasil dan dampak program pencegahan dan pengendalian HIV, AIDS, dan IMS secara berkala.

Surveilans HIV, AIDS, dan IMS diselenggarakan melalui proses pengumpulan data, pengolahan data, analisis dan interpretasi data, diseminasi informasi kepada pimpinan dan pihak-pihak terkait yang membutuhkan, dan penggunaan data dan informasi. Secara ringkas anjuran kegiatan surveilans berdasarkan status epidemi HIV setempat dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 6.1 Kegiatan Surveilans HIV AIDS dan IMS di Indonesia

Kegiatan Surveilans	Pelaksanaan	Penanggung Jawab Pelaksana
1. Surveilans rutin: <ul style="list-style-type: none"> a. Pelaporan kasus HIV b. Pelaporan kasus AIDS (infeksi HIV lanjut) c. Pelaporan kematian AIDS d. Pelaporan kasus IMS e. Pelaporan PPIA (HIV, Sifilis, dan Hepatitis B) 	Semua provinsi, kabupaten dan kota	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota
2. Surveilans sentinel (periodik) <ul style="list-style-type: none"> a. Surveilans sentinel HIV dan sifilis pada populasi kunci b. Surveilans sentinel di layanan IMS 	Di wilayah yang ditentukan berdasarkan populasi dan kejadian tertentu	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota
3. Estimasi populasi kunci dan proyeksi ODHIV <ul style="list-style-type: none"> • Penilaian awal di seluruh wilayah • Penilaian mendalam di tempat perilaku risiko tinggi yang terbesar ditemukan 	<ul style="list-style-type: none"> • Di wilayah yang ditentukan berdasarkan populasi dan kejadian tertentu • Setiap 2-3 tahun 	Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota
4. Surveilans resistensi obat ARV dan antimikroba, termasuk obat IMS	<ul style="list-style-type: none"> • Di wilayah yang ditentukan berdasarkan populasi dan kejadian tertentu • Setiap 2-3 tahun 	Pusat
5. Survei Terpadu Biologi dan Perilaku (STBP)	<ul style="list-style-type: none"> • Di wilayah yang ditentukan berdasarkan populasi dan kejadian tertentu • Setiap 3-5 tahun 	Pusat

A. Penemuan Kasus

Penemuan kasus HIV, AIDS, dan IMS dilakukan secara aktif dan pasif. Penemuan kasus secara aktif dilakukan antara lain melalui kegiatan penjangkauan populasi berisiko, skrining dan testing, serta notifikasi pasangan dan anak baik ODHIV maupun pasien IMS. Penemuan kasus dipastikan dengan penegakan diagnosis berdasarkan pemeriksaan

laboratorium. Penemuan kasus konfirmasi harus dilanjutkan dengan penanganan kasus sesuai standar.

1. Penemuan Kasus HIV dan AIDS

Penjangkauan dapat dilakukan oleh petugas kesehatan, kader kesehatan dengan pengawasan petugas kesehatan, dan komunitas penjangkau. Penjangkauan dapat dilakukan dengan mendatangi kelompok berisiko terinfeksi HIV.

Deteksi dini atau skrining HIV di fasyankes dilakukan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan sesuai SPM Kabupaten/Kota Bidang Kesehatan, terhadap semua ibu hamil, pasien TBC, pasien IMS, penjaja seks, LSL, transgender/waria, penasun, dan WBP. Selain itu, deteksi dini dilakukan pada pasangan dan anak biologis ODHIV, pasien hepatitis B dan hepatitis C, pengguna Napza selain suntik, pasien dengan gejala penurunan kekebalan tubuh, dan anak dengan malnutrisi.

Pada wilayah epidemi HIV meluas deteksi dini HIV dilakukan terhadap semua pasien yang datang ke fasyankes.

Selain di fasyankes, skrining dapat dilakukan berbasis masyarakat dengan skrining HIV secara mandiri.

2. Pemeriksaan HIV

Penemuan kasus HIV dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium serologi dan virologi. Spesimen untuk pemeriksaan HIV dapat menggunakan serum, plasma, atau *whole blood*.

a. Pemeriksaan Serologis

Metode pemeriksaan serologis yang digunakan adalah:

- 1) *Rapid diagnostic test (RDT)*
- 2) *Enzyme immuno assay (EIA)*

Secara umum metode pemeriksaan *rapid test* (tes cepat) dan EIA adalah untuk mendeteksi antigen dan/atau antibodi. Alat diagnostik yang digunakan untuk pemeriksaan serologis harus mempunyai sensitivitas minimal 99% (untuk reagen ke-1) dan spesifisitas minimal 98% (untuk reagen ke-2) dan spesifisitas minimal 99% (untuk reagen ke-3) dengan kesalahan baca <5%.

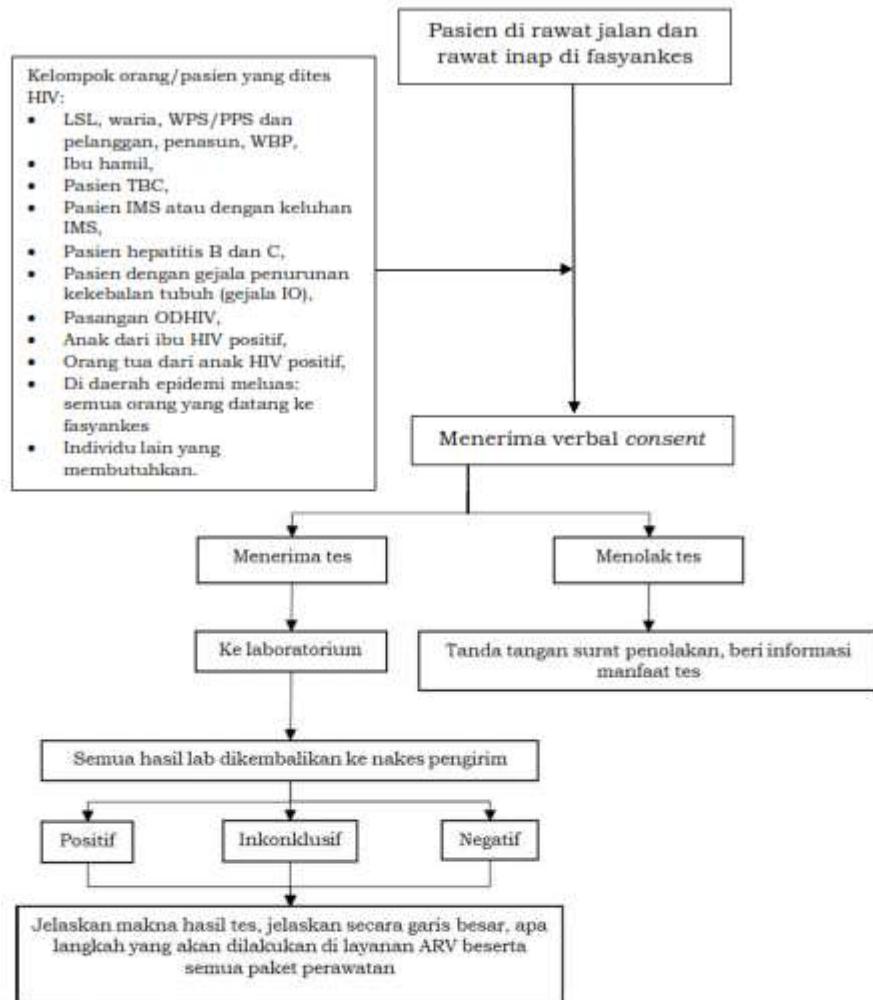
b. Pemeriksaan Virologis

Pemeriksaan virologis dilakukan dengan pemeriksaan DNA HIV dan RNA HIV. Pemeriksaan virologis digunakan untuk mendiagnosis HIV pada:

- 1) Bayi dan anak di bawah 18 bulan;
- 2) Pasien pada kasus terminal, dengan hasil pemeriksaan antibodi yang negatif walaupun gejala klinis sangat mendukung; dan
- 3) Konfirmasi hasil inkonklusif atau konfirmasi untuk dua hasil laboratorium yang berbeda.

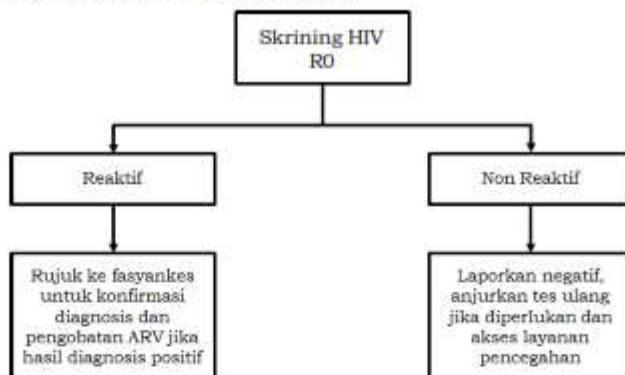
Pemeriksaan HIV pada bayi dapat dilakukan dengan mengirimkan spesimen darah bayi menggunakan tetes darah kering (*dried blood spot* atau DBS) ke laboratorium yang ditetapkan.

Pelaksanaan pemeriksaan HIV secara ringkas dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 6.1 Bagan Alir Layanan Pemeriksaan HIV

2.1 Pemeriksaan HIV untuk Skrining



Gambar 6.2 Bagan Alir Pemeriksaan HIV Untuk Skrining.

Pemeriksaan HIV untuk skrining dapat dilakukan:

- berbasis fasyankes,

Skrining HIV berbasis fasyankes dilakukan di fasyankes seperti puskesmas, rumah sakit, klinik, praktik dokter atau bidan swasta, oleh tenaga kesehatan.

- berbasis komunitas

Skrining HIV berbasis komunitas dilakukan di luar fasyankes oleh:

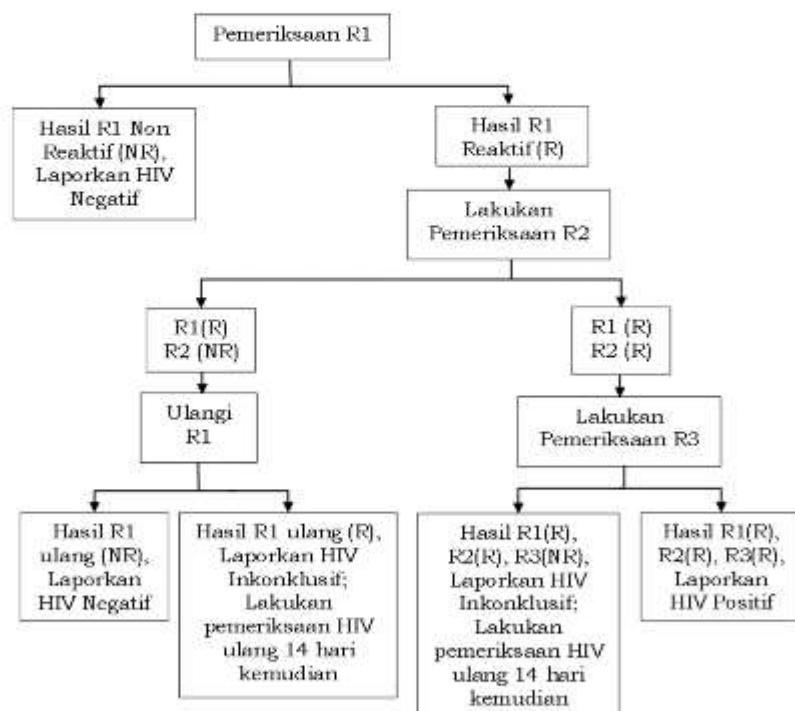
- 1) tenaga kesehatan;
- 2) tenaga non-kesehatan, seperti kader kesehatan, petugas penjangkau, atau pendukung sebaya;
- 3) individu secara mandiri (skrining HIV mandiri).

2.2 Pemeriksaan HIV untuk Penegakan Diagnosis

Penegakan diagnosis HIV dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan serologis atau virologis. Hasil pemeriksaan HIV dikatakan positif apabila:

- 1) tiga hasil pemeriksaan serologis dengan tiga metode atau reagen berbeda menunjukkan hasil reaktif.
 - 2) pemeriksaan virologis kuantitatif atau kualitatif terdeteksi HIV
- a. Diagnosis HIV dengan pemeriksaan serologis pada usia ≥ 18 bulan

Penegakan diagnosis HIV dengan pemeriksaan serologis pada usia ≥ 18 bulan dilakukan sesuai bagan alir berikut ini.



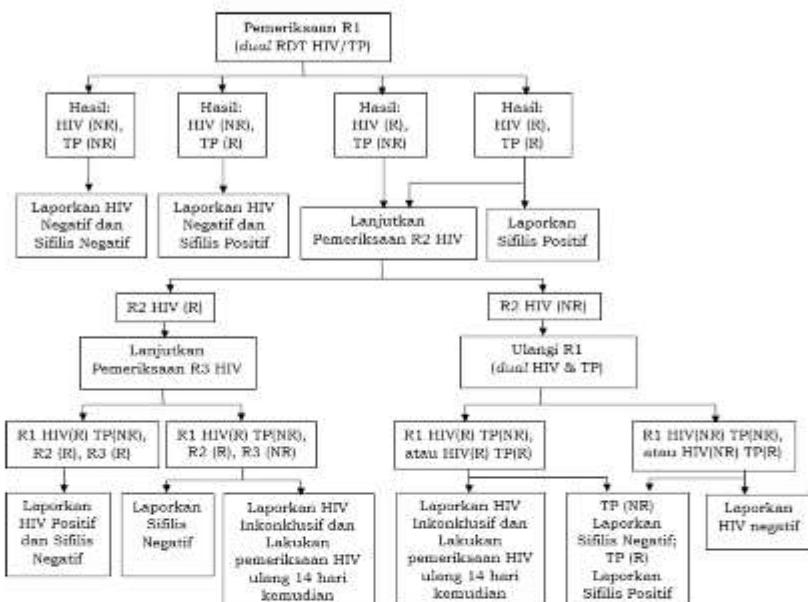
Keterangan:

R = hasil pemeriksaan reaktif (+); NR = hasil pemeriksaan non-reaktif (-)

Gambar 6.3 Bagan Alir Pemeriksaan HIV untuk Diagnosis dengan pemeriksaan serologis pada usia ≥ 18 bulan

- b. Diagnosis HIV dengan pemeriksaan serologis menggunakan *dual rapid test* HIV dan Sifilis

Penegakan diagnosis HIV dengan pemeriksaan serologis menggunakan *dual rapid test* HIV dan Sifilis (treponemal, TP) dilakukan sesuai bagan alir berikut ini.



Keterangan:

R1 adalah *dual rapid test* HIV dan sifilis; R2 dan R3 adalah rapid tes atau EIA HIV.

Gambar 6.4 Bagan Alir Diagnosis HIV dan Sifilis dengan Pemeriksaan Serologis *Dual Rapid Test* HIV Dan Sifilis Pada Usia ≥ 18 Bulan

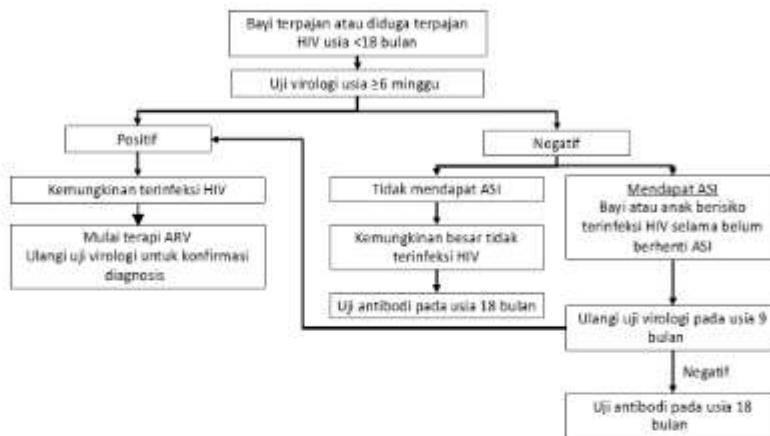
Semua hasil pemeriksaan serologi sifilis (TP) reaktif, baik R1 TP reaktif maupun R1 ulang TP reaktif, pasien harus diberikan terapi dan lanjutkan dengan pemeriksaan non-treponemal (pemeriksaan rapid plasma reagin, RPR). Jika R1 dan R1 ulang hasil TP non reaktif, laporkan sifilis negatif.

Dual rapid tidak disarankan untuk ODHIV hamil yang sudah mendapat pengobatan ARV, ibu hamil positif sifilis yang

sudah mendapat pengobatan selama hamil, dan tes ulang untuk pendapat kedua (*second opinion*).

- c. Diagnosis HIV dengan pemeriksaan virologis pada anak berusia <18 bulan

Penegakan diagnosis HIV dengan pemeriksaan virologis pada anak usia < 18 bulan dilakukan sesuai bagan alir berikut ini.



Gambar 6.5 Bagan Alir Deteksi Dini HIV pada Bayi/Anak usia < 18 Bulan (*Early Infant Diagnosis, EID*)

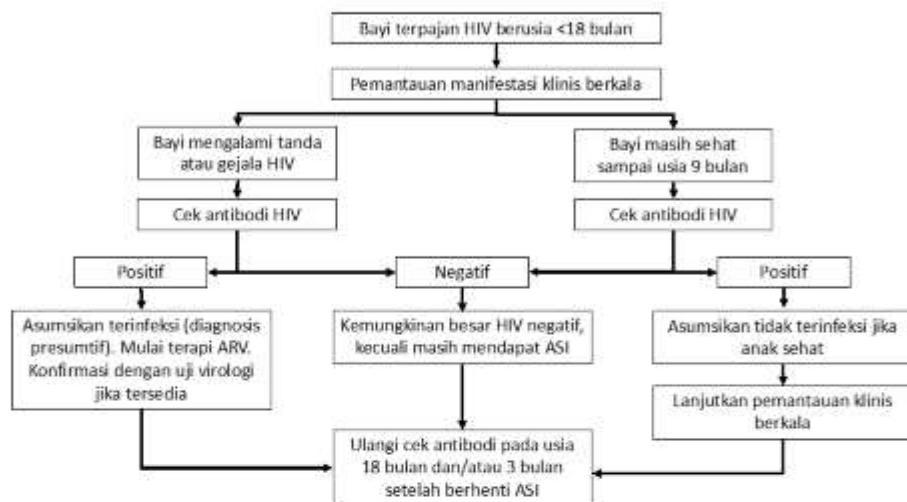
Pemeriksaan virologis pada bayi/anak berusia <18 bulan yang direkomendasikan adalah PCR DNA HIV, tetapi bila tidak tersedia atau sulit diakses dapat digunakan PCR RNA HIV (*viral load*). Jika bayi/anak menunjukkan gejala klinis dicurigai HIV, pemeriksaan virologis dapat dilakukan sesegera mungkin (usia 4-6 minggu).

Diagnosis HIV dapat ditegakkan setelah dilakukan pemeriksaan ulang dengan spesimen baru pada kunjungan berikutnya. Bila hasil pengulangan diskordan, lakukan penelaahan klinis.

Pemeriksaan PCR DNA HIV pada bayi yang mendapat ASI dilakukan setelah ASI dihentikan minimal 6 minggu sebelum pemeriksaan. Risiko penularan HIV dari ibu ke bayi tetap ada selama bayi mendapat ASI.

Pemeriksaan antibodi pada bayi yang mendapat ASI dilakukan setelah ASI dihentikan minimal 3 bulan.

Pemeriksaan antibodi juga dapat dilakukan untuk penegakan diagnosis infeksi HIV pada anak berusia <18 bulan yang diduga terpajan HIV pada fasilitas kesehatan yang tidak memiliki akses pemeriksaan virologis. Pada keadaan ini penegakan diagnosis dapat dilakukan secara presumbtif mengikuti bagan alir berikut.



Gambar 6.6 Bagan Alir Diagnosis HIV Pada Bayi dan Anak <18 Bulan Dengan Pemeriksaan Serologis (bila pemeriksaan virologis tidak tersedia)

Tabel 6.2 Diagnosis HIV presumbtif pada bayi dan anak <18 bulan

Diagnosis presumbtif infeksi HIV ditegakkan apabila: Pemeriksaan serologis HIV reaktif (seropositif) DAN
<p>Terdapat dua gejala dari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Oral thrush</i> • Pneumonia berat • Sepsis berat <p>ATAU</p> <p>Terdapat penyakit/kondisi yang mengarah pada AIDS: Pneumonia pneumositis, meningitis kriptokokus pneumonia, gizi buruk, kandidosis esofageal, sarkoma kaposi, atau TBC ekstra paru</p>
<p>Petunjuk lain yang mendukung adanya infeksi HIV pada anak HIV seropositif, termasuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kematian ibu terkait infeksi HIV • Penyakit pada ibu terkait HIV • CD4 <20%

Penegakan diagnosis infeksi HIV secara presumbtif harus segera dikonfirmasi secepatnya dengan pemeriksaan serologis setelah anak berusia 18 bulan.

Konfirmasi status HIV pada anak dilakukan dengan pemeriksaan ulang dengan pemeriksaan serologis pada keadaan anak berusia 18 bulan atau pada anak berusia >18 bulan dan sudah berhenti ASI 3 bulan.

2.3 Pemeriksaan HIV ulang

Pemeriksaan HIV ulang dilakukan pada waktu dan sampel yang berbeda dengan pemeriksaan sebelumnya. Pemeriksaan HIV ulang dilakukan pada seseorang dengan hasil pemeriksaan:

- a. HIV-inkonklusif, pemeriksaan HIV ulang dilakukan 14 hari kemudian, sesuai bagan alir pemeriksaan HIV (Lihat Gambar 6.3 dan 6.4)
- b. HIV-negatif, pada individu dengan risiko pajanan tinggi, pemeriksaan HIV ulang dilakukan dengan mempertimbangkan periode jendela untuk mengantisipasi kemungkinan infeksi akut pada periode yang terlalu dini untuk melakukan pemeriksaan diagnostik. Meski demikian pemeriksaan ulang hanya perlu dilakukan pada individu dengan HIV negatif yang baru saja mendapat atau sedang memiliki risiko tinggi.

Pemeriksaan ulang HIV pada kelompok Populasi Kunci dilakukan setiap 3 bulan atau minimal satu kali dalam setahun.

Pemeriksaan laboratorium memerlukan ketersediaan sumber daya, antara lain, sumber daya manusia, alat dan bahan medis habis pakai. Ketersediaan SDM di tiap daerah beragam. Pada situasi di mana SDM tidak tersedia dan ada kebutuhan untuk melaksanakan program, Pemerintah dan manajemen fasyankes melakukan pemenuhan sumber daya, antara lain dengan peningkatan kapasitas petugas. Pengembangan dan peningkatan kemampuan SDM Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dilakukan melalui pelatihan dan mentoring.

Pada daerah atau fasilitas dengan sumber daya terbatas, dapat dilakukan pendelegasian atau pengalihan tugas (*task sharing* atau *task shifting*) kepada tenaga kesehatan yang ada, sambil melakukan upaya pemenuhan sumber daya manusia. Misalnya, jika tidak tersedia tenaga laboratorium, maka perawat dapat dilatih untuk menjalankan fungsi pemeriksaan laboratorium.

B. Pengamatan Epidemiologi

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan secara aktif dan pasif.

- a. Pengumpulan data secara aktif dilakukan pada kegiatan penemuan kasus antara lain dengan penjangkauan populasi berisiko, skrining dan testing, surveilans sentinel ibu hamil, dan STBP.
- b. Pengumpulan data secara pasif dilakukan melalui kegiatan pencatatan dan pelaporan pelayanan HIV, AIDS, dan IMS di fasilitas pelayanan kesehatan.

Selain data yang diperoleh secara aktif dan pasif, informasi terkait yang dimanfaatkan sebagai sumber data diperoleh dari berbagai sumber antara lain hasil survei, data demografi, dan sebagainya.

2. Pengolahan data

Setelah terkumpul data, dilakukan pengolahan data berdasarkan orang, tempat, dan waktu, dengan memperhatikan interkoneksi antar sistem informasi.

3. Analisis dan interpretasi data

Surveilans HIV, AIDS, dan IMS antara lain menghasilkan data hasil analisis kaskade layanan HIV dan IMS yang diperoleh secara berjenjang dari fasyankes, kabupaten/kota, dan provinsi.

Analisis kaskade berfungsi untuk mengetahui kinerja di tingkat nasional dan daerah menurut karakteristik tertentu, seperti umur, jenis kelamin, populasi, atau wilayah geografis. Memantau indikator kaskade layanan dari waktu ke waktu dapat menjadi cara yang berguna untuk menilai dampak dari upaya intervensi baru atau upaya tambahan untuk meningkatkan dampak Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS. Analisis kaskade yang dilakukan antara lain:

- a. kaskade layanan tes dan pengobatan;
- b. kaskade PPIA;
- c. kaskade TB-HIV;

- d. kaskade IMS; dan
 - e. kaskade notifikasi pasangan dan anak.
4. Diseminasi informasi

Diseminasi informasi dapat disampaikan dalam bentuk laporan berkala, forum pertemuan, termasuk publikasi ilmiah. Diseminasi informasi dilakukan dengan memanfaatkan sarana teknologi informasi yang mudah diakses. Diseminasi informasi harus direncanakan dengan baik untuk memastikan hasil surveilans diketahui dan dimanfaatkan oleh pemangku kepentingan terkait penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.
 5. Penggunaan data dan informasi

Data dan informasi hasil Surveilans HIV AIDS dan IMS digunakan untuk pengambilan keputusan dan kebijakan berbasis bukti dalam perencanaan kegiatan, penentuan prioritas, serta perbaikan dan akuntabilitas.

BAB VII
PENANGANAN KASUS

Semua ODHIV harus dipastikan dapat mengakses perawatan dan dukungan. Pada layanan perawatan, dukungan dan pengobatan HIV (PDP), petugas wajib melakukan kegiatan berikut ini yang merupakan satu kesatuan standar pelayanan, yang meliputi langkah-langkah dan komponen sebagai berikut.

- A. Penentuan stadium klinis HIV dan tata laksana infeksi oportunistik serta penapisan IMS lainnya sesuai indikasi:
 1. Penentuan stadium klinis HIV dilakukan untuk menentukan rencana pengobatan dan tata laksana infeksi oportunistik (IO), antara lain TBC, meningitis kriptokokus, meningitis TBC, IMS seperti sifilis, kutil anogenital, herpes gentila, dan infeksi HPV, dan kandidiasis oral.
 2. Penapisan IMS pada ODHIV dilakukan sesuai dengan risiko IMS. Pada populasi kunci, penapisan IMS dilakukan setiap 3 bulan. Penapisan IMS dilanjutkan dengan penatalaksanaan/pengobatan IMS. Tata laksana IMS merujuk pada buku Petunjuk Teknis Tata Laksana IMS.

Tuberkulosis merupakan koinfeksi terbanyak dan penyebab kematian utama ODHIV. Risiko ODHIV mengalami TBC dapat mencapai 29 kali. Setiap 1 dari 5 kematian terkait AIDS, sedangkan 1 dari 4 kematian TBC terkait HIV. Faktor utama di balik kematian TBC di antara orang dengan HIV adalah diagnosis yang terlambat. Risiko kejadian TBC diperkirakan antara 16-27 kali lebih besar pada ODHIV dibandingkan mereka yang tidak terinfeksi HIV. Skrining TBC pada ODHIV, pemberian TPT, dan pengobatan TBC pada ODHIV dapat mencegah kematian. Gambar 7.1 menunjukkan ringkasan alur skrining TBC pada ODHIV dan tata laksana Koinfeksi TB-HIV.

Selain itu, kekebalan tubuh yang telah menurun drastis pada ODHIV dapat mengakibatkan timbulnya berbagai infeksi oportunistik.

Tata laksana koinfeksi dan infeksi oportunistik dapat dilihat pada Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Tata Laksana HIV.

B. Profilaksis Kotrimoksazol dan Terapi Pencegahan TBC

1. Profilaksis Kotrimoksazol

Obat kotrimoksazol diberikan untuk pencegahan beberapa penyakit infeksi oportunistik, yaitu *Pneumonitis jirovecii* (PCP), Toxoplasmosis, Salmonelosis, *Isospora beli*, dan malaria bagi pasien yang tinggal di daerah endemis malaria.

Kotrimoksazol diberikan pada semua pasien HIV dengan stadium klinis 3 dan 4 dan/atau jika nilai $CD4 < 200 \text{ sel/mm}^3$ (pasien AIDS), dengan dosis $1 \times 960 \text{ mg/hari}$ diberikan sampai dengan $CD4 > 200$ dua kali berturut-turut dengan interval 6 bulan atau selama 2 tahun pada tempat yang tidak mempunyai pemeriksaan CD4. Profilaksis kotrimoksazol diberikan secara rutin pada ODHIV dengan TBC aktif tanpa melihat jumlah CD4. Apabila pengobatan OAT selesai dan nilai $CD4 > 200 \text{ sel}/\mu\text{L}$, maka pemberian kotrimoksazol dapat dihentikan, tetapi apabila $CD4 < 200 \text{ sel}/\mu\text{L}$, maka kotrimoksazol dapat diteruskan dengan dosis yang sama.

Profilaksis kotrimoksazol diberikan kepada seluruh bayi lahir dari ibu terinfeksi HIV sejak usia 6 minggu sampai terbukti tidak terinfeksi HIV dengan pemeriksaan diagnostik yagn sesuai dengan usia.

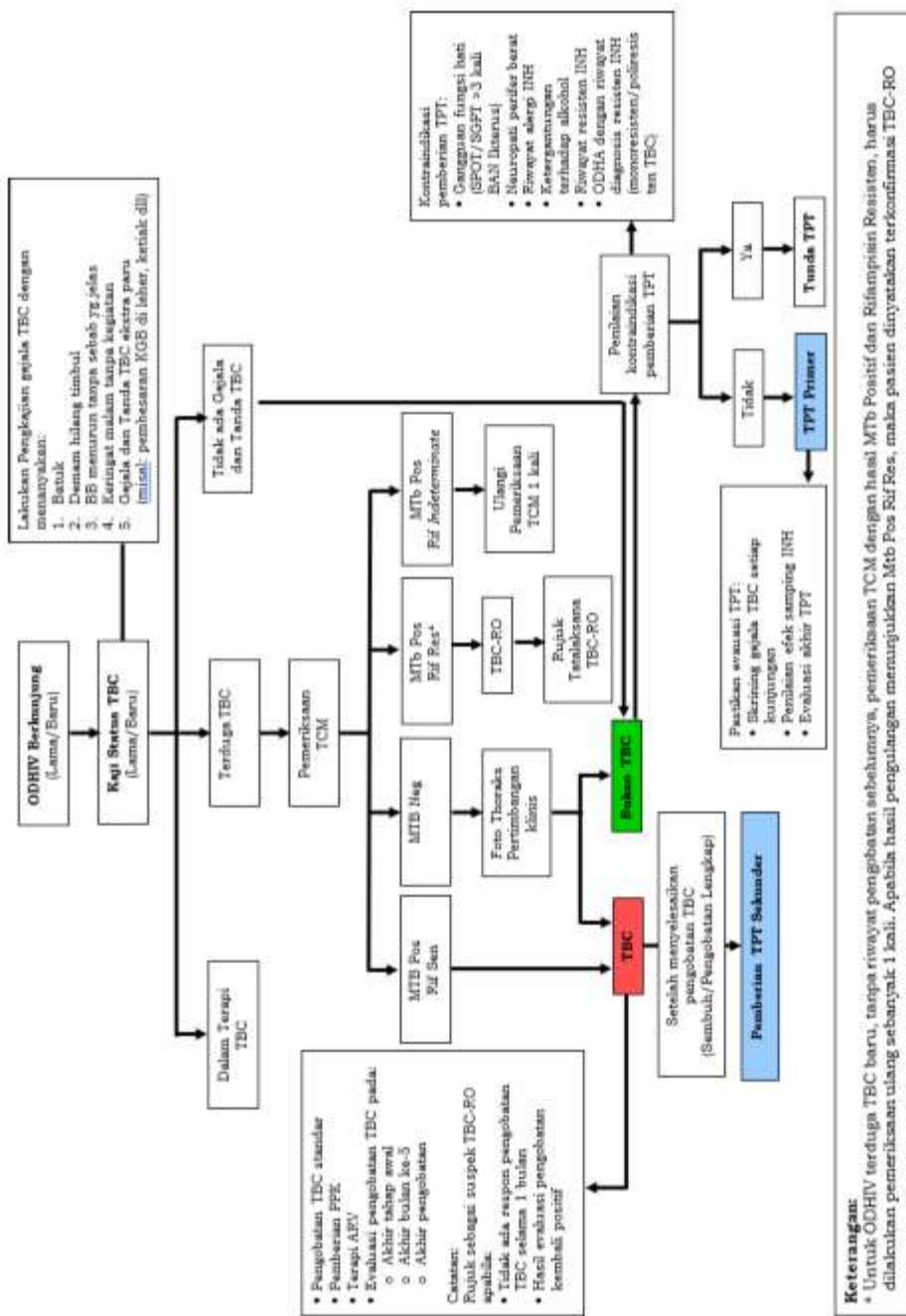
2. Terapi Pencegahan Tuberkulosis

Terapi Pencegahan TBC (TPT) diberikan pada semua ODHIV tanpa tanda TBC aktif, termasuk ibu hamil, anak, dan orang dengan HIV yang telah menyelesaikan pengobatan TBC (TPT sekunder). Untuk anak berusia < 12 bulan selain tidak ditemukan tanda TBC aktif harus ditemukan riwayat kontak dengan pasien TBC aktif.

Tabel 7.1 Pilihan paduan TPT yang direkomendasikan.

6H	3HP*
<ol style="list-style-type: none">1. Isoniazid (INH) setiap hari selama 6 bulan (1 bulan = 30 hari pengobatan)2. Dosis INH adalah 10 mg/kgBB/hari (maksimal 300 mg/hari) Umur <10 tahun: 10 mg/kg BB Umur ≥10 tahun: 5 mg/kg BB3. Obat dikonsumsi satu kali sehari, sebaiknya pada waktu yang sama (pagi, siang, sore atau malam) saat perut kosong (1 jam sebelum makan atau 2 jam setelah makan)4. Diberikan Vitamin B6 25 mg/hari atau 50 mg selang sehari atau 2 hari sekali	<ol style="list-style-type: none">1. Pemberian Isoniazid (INH) dan Rifapentine setiap minggu selama 3 bulan2. Dosis INH adalah 15 mg/kgBB/minggu (maksimal 900 mg/minggu)3. Dosis Rifapentine adalah 25 mg/kgBB/minggu (maksimal 900 mg)4. Diberikan setiap minggu selama 12 minggu dengan total 12 dosis5. Diberikan vitamin B6 25 mg tiap pemberian INH dan rifapentin6. Belum direkomendasikan untuk wanita hamil7. Wanita yang menggunakan kontrasepsi hormonal harus disarankan untuk menggunakan metode kontrasepsi penghalang tambahan seperti kondom, kap serviks, <i>contraceptive sponge</i>, diafragma untuk mencegah kehamilan8. Tidak diminum bersamaan dengan nevirapine (NVP)9. Dapat diberikan bersamaan dengan makanan kecuali buah-buahan atau dalam keadaan lambung kosong

* Obat ini tidak direkomendasikan penggunaannya pada anak berusia <2 tahun dan ibu hamil karena hingga saat ini belum ada data terkait keamanan serta farmakokinetik dari rifapentine.



Keterangan:

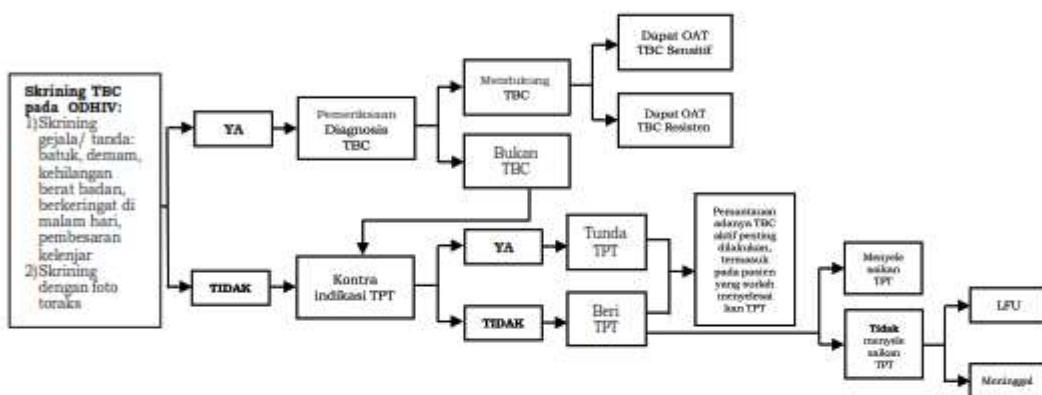
- * Untuk ODHIV terduga TBC baru, riwayat pengobatan sebelumnya, perbaikan tanda tanda, perbaikan resistan, harus dilakukan pemeriksaan ulang sebanyak 1 kali. Apabila hasil pengultigenan memungkinkan memungkinkan menunjukkan Mtb Pos Rif Res, maka pasien diinstruksikan terkonfirmasi TBC-RO

Gambar 7.1 Bagan Alir Skrining dan Pemberian TPT Pada ODHIV

C. Pengobatan IMS dan penapisan lainnya

Pengobatan IMS sesuai standar diberikan sesuai indikasi. Pengobatan IMS bertujuan juga untuk memutus rantai penularan IMS. Tata laksana IMS merujuk pada petunjuk teknis terkait.

Penapisan lain, yaitu pengkajian gejala/status TBC, dan hepatitis C juga dilakukan pada ODHIV. Koinfeksi HIV dengan TBC, virus Hepatitis B (VHB) dan virus Hepatitis C (VHC) meningkatkan risiko kematian pada ODHIV. Karena itu, semua ODHIV harus diskirining TBC, hepatitis B dan hepatitis C.



Gambar 7.2 Bagan Alir Skrining TBC pada ODHIV

Penapisan (skrining) TBC pada ODHIV dilakukan dengan 2 cara, yaitu:

- 1) berdasarkan gejala dan tanda sebagai berikut: batuk, demam hilang timbul lebih dari 1 bulan, keringat malam tanpa aktivitas, penurunan berat badan tanpa penyebab yang jelas, dan pembesaran kelenjar getah bening dengan ukuran lebih dari 2 cm. Hal ini dilakukan segera setelah seseorang terdiagnosa HIV dan setiap kunjungan berikutnya; dan
- 2) Pemeriksaan foto toraks (*chest X-ray*). Pemeriksaan ini dilakukan jika tersedia fasilitas pemeriksaan dan hanya sekali pada kunjungan pertama.

Skrining/deteksi dini hepatitis C pada ODHIV dilakukan dengan pemeriksaan anti-HCV. Pemeriksaan anti-HCV yang positif dilanjutkan dengan pemeriksaan RNA VHC untuk menentukan status kronis dan indikasi pengobatan. Pengobatan diberikan pada pasien HIV dengan RNA VHC positif.

D. Skrining Kondisi Kesehatan Jiwa

Gangguan jiwa dan infeksi HIV merupakan dua hal yang saling berkaitan. Penderita gangguan jiwa rentan terhadap perilaku berisiko yang merupakan mata rantai penularan HIV. Sebaliknya, orang dengan HIV rentan dan mudah mengalami gangguan jiwa sebagai akibat stres psikososial yang mungkin dialami pasca-diagnosis HIV. Infeksi HIV pada susunan saraf pusat dan pengobatan ARV dapat menyebabkan gangguan kognitif dan menimbulkan gejala gangguan jiwa lain.

ODHIV dengan masalah kesehatan jiwa mempengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan dan pencegahan perilaku berisiko.

E. Komunikasi, informasi, dan edukasi kepatuhan minum obat

Pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi kepatuhan minum obat atau dikenal dengan konseling meliputi:

1. Kesiapan dan kendala yang dihadapi pasien untuk memulai pengobatan ARV,
2. Keuntungan memulai pengobatan ARV lebih dini untuk menekan virus, pulihnya daya tahan tubuh, perbaikan kondisi klinis, mencegah penularan,
3. Jenis obat ARV yang diberikan, dosis dan jadwal pemberian,
4. Kemungkinan efek samping yang sifatnya sementara dan dapat diobati, serta adanya obat pengganti jika timbul efek samping,
5. Interaksi dengan obat lain,
6. Perlunya kontrol ulang untuk pemantauan respon terapi dan efek samping.

F. Notifikasi Pasangan dan Anak

Notifikasi pasangan dan anak dilakukan dengan pendekatan:

1. Rujukan pasien
2. Rujukan petugas
3. Rujukan kontrak
4. Rujukan ganda

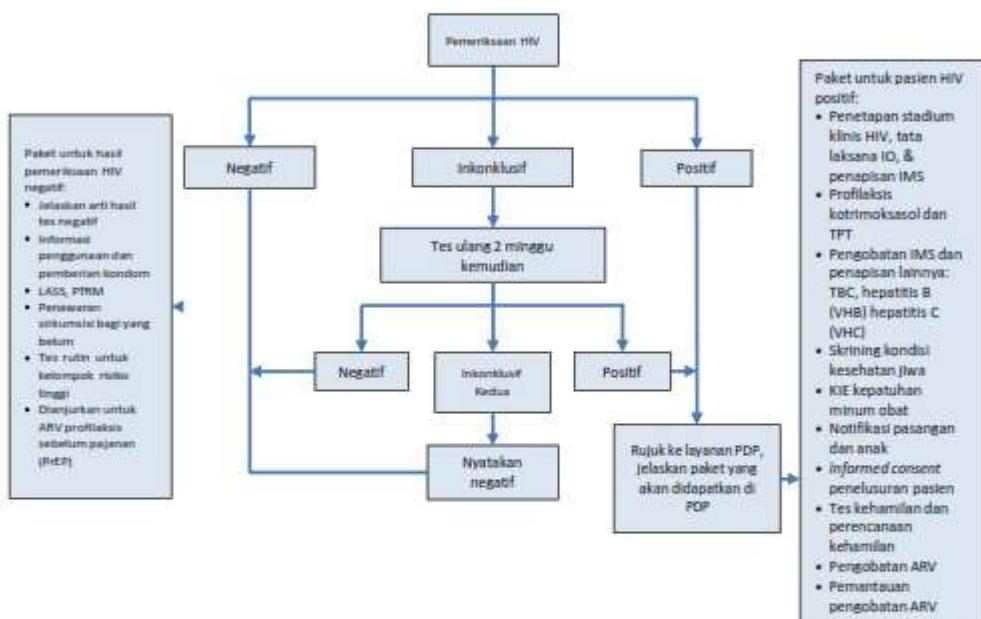
G. *Informed Consent* Penelusuran Pasien

Pengobatan HIV merupakan pengobatan seumur hidup dan memerlukan kepatuhan minum obat.

Petugas perlu menjelaskan hal ini kepada pasien dan meminta persetujuan tertulis pasien bahwa dapat dilakukan tindakan penelusuran bila dibutuhkan.

H. Tes kehamilan dan Perencanaan Kehamilan

Pasangan ODHIV laki-laki dan perempuan usia subur dan yang berencana hamil diberikan informasi meliputi rencana kehamilan, persalinan, pilihan nutrisi, pemberian ARV profilaksis bagi bayi, pemberian kotrimoksazol profilaksis, dan rencana untuk memastikan bayi tidak tertular.



Gambar 7.3 Bagan Alir Tindak Lanjut Pasca Diagnosis HIV

I. Pengobatan ARV

Pengobatan ARV diberikan pada semua ODHIV tanpa melihat stadium klinis dan nilai CD4. Memulai pengobatan ARV dini telah terbukti mengurangi morbiditas, mortalitas, dan penularan HIV. Pilihan regimen pengobatan ARV tergantung dari usia pasien (lihat Tabel 7.2, 7.3, dan 7.4).

1. Pada ODHIV yang datang tanpa gejala oportunistik, ARV diberikan pada hari yang sama dengan atau selambat-lambatnya pada hari ketujuh setelah tegaknya diagnosis.
2. Pada ODHIV yang sudah siap untuk memulai ARV, dapat ditawarkan untuk memulai ARV pada hari yang sama, terutama pada ibu hamil.

3. Pada pasien koinfeksi HIV dengan TBC, pengobatan TBC dimulai terlebih dahulu, kemudian dilanjutkan dengan pengobatan ARV sesegera mungkin dalam 2 minggu pertama pengobatan TBC tanpa memandang nilai CD4. Kecuali pada TBC meningitis, pengobatan ARV harus ditunda minimal setelah 4 minggu (dan dimulai dalam 8 minggu) setelah pengobatan TBC.
4. Dalam keadaan infeksi HIV disertai infeksi toksoplasmosis, pengobatan ARV diberikan setelah 2 minggu sejak pemberian pengobatan toksoplasmosis. Sedangkan infeksi HIV yang disertai infeksi kriptokokus, pengobatan ARV diberikan setelah 4-6 minggu sejak pemberian terapi kriptokokus.

Tabel 7.2 Pilihan regimen Antiretroviral lini pertama untuk dewasa dan remaja yang akan memulai terapi

Kondisi	Regimen Pilihan	Regimen Alternatif
A. Semua ODHIV dewasa dan remaja yang memulai terapi ARV	TDF+3TC+DTG	TDF+3TC+EFV ⁶⁰⁰ TDF+3TC+EFV ⁴⁰⁰
B. Koinfeksi TBC	TDF+3TC+EFV ⁶⁰⁰	TDF+3TC+DTG dengan penambahan 1 tablet DTG 50 mg dengan jarak 12 jam

Pada ODHIV yang sudah menggunakan regimen ARV sebelumnya dengan hasil virus tersupresi dan dapat menoleransi efek samping, regimen ARV tetap dipertahankan.

Tabel 7.3 Pilihan regimen Antiretroviral lini pertama untuk anak berusia 3-10 tahun

Usia	Pilihan utama	Alternatif
Umur 3-10 tahun	AZT+3TC+EFV	ABC+3TC+EFV ABC+3TC+DTG AZT+3TC+DTG TDF+3TC (atau FTC)+EFV TDF+3TC (atau FTC)+DTG

*LPV/r untuk bayi usia kronologis ≥ 2 minggu dan usia gestasi ≥ 42 minggu

**DTG untuk bayi usia kronologis ≥ 4 minggu dan BB ≥ 3 kg

Tabel 7.4 Pilihan regimen Antiretroviral lini pertama untuk anak berusia kurang dari 3 tahun

Usia	Pilihan utama	Alternatif
Umur < 3 tahun	(ABC atau AZT)+3TC+LPV/r*	(ABC atau AZT)+3TC+DTG** (ABC atau AZT)+3TC+NVP (untuk bayi $< 2-4$ minggu, setelah mencapai usia $\geq 2-4$ minggu dapat <i>switch</i> ke LPV/r atau DTG

*LPV/r untuk bayi usia kronologis ≥ 2 minggu dan usia gestasi ≥ 42 minggu

**DTG untuk bayi usia kronologis ≥ 4 minggu dan BB ≥ 3 kg

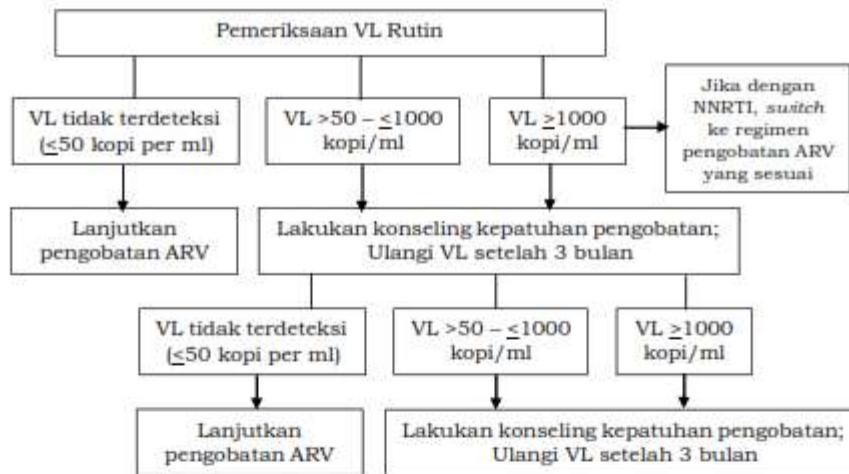
Pada pasien TB dan mendapat rifampisin, maka DTG diberikan dosis ganda yaitu menambahkan dosis tambahan dengan jarak 12 jam.

Pada pasien TB dan mendapat rifampisin, maka LPV/r diberikan dosis ganda dari dosis seharusnya yang dibagi dalam 2 dosis.

Pilihan regimen ARV lini pertama untuk dewasa, remaja dan anak mengikuti perkembangan sesuai dengan bukti-bukti ilmiah dan rekomendasi terbaru.

J. Pemantauan Pengobatan ARV

Standar emas untuk memantau keberhasilan pengobatan ARV adalah pemeriksaan jumlah virus atau *viral load* RNA HIV (VL). Karena itu pemeriksaan *viral load* harus dilakukan terhadap semua pasien yang menerima pengobatan ARV. Keberhasilan pengobatan ditandai dengan tidak terdeteksi virus pada pemeriksaan *viral load* mengikuti standar nilai *cut off* setiap mesin pemeriksaan *viral load*. Pemeriksaan *viral load* dilakukan pada bulan ke-6, ke-12, dan selanjutnya minimal setiap 1 tahun. Pemeriksaan *viral load* HIV untuk pemantauan pengobatan ARV dan tindak lanjutnya dapat dilihat pada gambar berikut.



Keterangan:

Konseling kepatuhan pengobatan harus dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan supresi VL menjadi prioritas selama pengobatan.

- a. Pertimbangkan penggunaan DTG setelah pemeriksaan VL yang pertama pada ODHIV yang sudah lama menggunakan obat ARV.
- b. Jika tidak tersedia DTG, perbaiki adherensi dan pertimbangkan pemeriksaan VL yang kedua.
- c. Pemeriksaan VL perlu diprioritaskan, jika memungkinkan dengan menggunakan tes *point of care* yang dapat memberikan hasil di hari yang sama.
- d. Pertimbangkan *switch* bagi pasien dengan NNRTI, serta berdasarkan pertimbangan klinis dan tidak ada masalah kepatuhan.

Gambar 7.4 Bagan Alir Pemeriksaan *Viral load* HIV, untuk pemantauan pengobatan ARV

1. Pemantauan Efek Samping Obat dan Substitusi ARV

Pemantauan efek samping obat dilakukan dengan cara anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium. Kunjungan klinik untuk pemantauan efek samping obat dimulai pada minggu ke-2 setelah pemberian ARV, dilanjutkan 1 bulan, 3 bulan kemudian dan selanjutnya tiap 3 bulan atau jika diperlukan.

Efek samping yang dapat dikenali melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik adalah reaksi alergi, gangguan neuropsikiatri. Pada efek samping hipersensitivitas atau alergi, demam dapat sebagai penanda timbulnya reaksi alergi selain karena sebab lain. Jika terjadi demam pasien diminta datang ke klinik untuk dikaji, jika terbukti reaksi alergi maka dilakukan substitusi.

Efek samping (toksisitas) ARV dapat terjadi dalam beberapa minggu pertama setelah dimulai pengobatan namun, efek samping lainnya bisa juga muncul pada pemakaian pengobatan lama seperti pada tabel di bawah ini.

Tabel 7.5 Waktu terjadinya toksisitas obat ARV

Waktu	Toksisitas
Dalam beberapa minggu pertama	<ul style="list-style-type: none">Gejala gastrointestinal adalah mual, muntah dan diare. Efek samping ini bersifat <i>self-limiting</i> dan hanya membutuhkan terapi simptomatisReaksi alergi seperti demam, ruam dan toksisitas hati umumnya terjadi akibat obat NNRTI, namun dapat juga oleh obat NRTI seperti ABC dan PIGangguan neuropsikiatri seperti gangguan konsentrasi, gangguan tidur, depresi, anxietas, gangguan psikotik karena EFV
Dari 4 minggu dan sesudahnya	<ul style="list-style-type: none">Supresi sumsum tulang yang diinduksi obat, seperti anemi dan neutropenia dapat terjadi pada penggunaan AZTPenyebab anemia lainnya harus dievaluasi dan diobatiAnemia ringan asimptomatis dapat terjadi
6 – 18 bulan	<ul style="list-style-type: none">Disfungsi mitokondria terutama terjadi oleh obat NRTI, termasuk asidosis laktat, toksisitas hati, pankreatitis, neuropati perifer, lipoatrofi dan miopatiKelainan metabolismik umumnya terjadi akibat PI, termasuk hiperlipidemia, akumulasi lemak, resistansi insulin, diabetes dan osteopenia
Setelah 1 tahun	Evaluasi apakah terjadi disfungsi tubular ginjal dikaitkan dengan TDF

Prinsip penanganan efek samping akibat pengobatan ARV adalah sebagai berikut:

- a) Tentukan beratnya toksisitas
- b) Evaluasi obat yang diminum bersamaan, dan tentukan apakah toksisitas terjadi karena (satu atau lebih) obat ARV atau karena obat lainnya
- c) Pertimbangkan proses penyakit lain (seperti hepatitis virus atau sumbatan saluran empedu (duktus bilier) jika timbul ikterus)
- d) Penanganan efek samping bergantung pada beratnya reaksi. Penanganan secara umum adalah:
 - (1) Derajat 4, reaksi yang mengancam jiwa: segera hentikan semua obat ARV, beri terapi suportif dan simptomatis; berikan lagi obat ARV dengan paduan yang sudah dimodifikasi

- (contoh: substitusi 1 ARV untuk obat yang menyebabkan toksisitas) setelah kondisi pasien/orang dengan HIV stabil.
- (2) Derajat 3, reaksi berat: ganti obat yang dicurigai tanpa menghentikan pemberian semua obat ARV.
 - (3) Derajat 2, reaksi sedang: beberapa reaksi (lipodistrofi dan neuropati perifer) memerlukan penggantian obat. Untuk reaksi lain, pertimbangkan untuk tetap melanjutkan pengobatan; jika tidak ada perubahan dengan terapi simptomatis, pertimbangkan untuk mengganti 1 jenis obat ARV.
 - (4) Derajat 1, reaksi ringan: tidak memerlukan penggantian terapi.

Kebanyakan reaksi toksisitas ARV tidak berat dan dapat diatasi dengan memberi terapi suportif. Efek samping minor dapat menyebabkan orang dengan HIV tidak patuh minum obat, karena itu tenaga kesehatan harus terus melakukan KIE selama pemberian pengobatan ARV.

Subtitusi adalah mengganti salah satu obat ARV lini pertama. Penggantian obat ARV lini ke-1 dan obat substitusi yang dianjurkan dapat dilihat pada Tabel 7.6 di bawah ini.

Tabel 7.6 Toksisitas lini ke-1 ARV dan obat substitusi yang dianjurkan

ARV	Tipe toksisitas	Faktor risiko	Pilihan substitusi
TDF	Disfungsi tubulus renalis Sindrom Fanconi	Sudah ada penyakit ginjal sebelumnya Usia lanjut IMT <18,5 atau BB <50kg pada dewasa DM tak terkontrol Hipertensi tak terkontrol Penggunaan bersama obat nefrotoksik lain atau boosted PI	Dewasa= AZT atau TDF disesuaikan dosis renal Anak = AZT atau ABC
	Menurunnya densitas mineral tulang	Riwayat osteomalasia dan fraktur patologis	

ARV	Tipe toksisitas	Faktor risiko	Pilihan substitusi
		Faktor risiko osteoporosis atau <i>bone-loss</i> lainnya Defisiensi vitamin D	
	Asidosis laktat atau hepatomegali dengan steatosis	Penggunaan nukleosida analog yang lama Obesitas Penyakit hati	
	Eksaserbasi hepatitis B (<i>hepatic flares</i>)	Jika TDF dihentikan karena toksisitas lainnya pada ko-infeksi hepatitis B	Gunakan alternatif obat hepatitis lainnya seperti entecavir
AZT	Anemia atau neutropenia berat	Anemia atau neutropenia sebelum mulai terapi Jumlah CD4 ≤200 sel/µL (dewasa)	Dewasa (sbg lini 2): AZT dosis rendah 2x250 ABC, atau rujuk ke layanan lebih tinggi Anak: ABC atau TDF (TDF jika usia >3 tahun)
	Intoleransi saluran cerna berat		
	Asidosis laktat atau hepatomegali dengan steatosis Miopati, lipoatrofi atau lipodistrofi	IMT > 25 atau BB > 75 kg (dewasa) Penggunaan nukleosida analog yang lama	
EFV	Toksisitas SSP persisten (seperti mimpi buruk, depresi, kebingungan, halusinasi, psikosis)	Sudah ada gangguan mental atau depresi sebelumnya Penggunaan siang hari	Pertimbangkan penggunaan EFV dosis rendah (400 mg/hari) Jika pasien tidak dapat menoleransi EFV, gunakan DTG
	Kejang	Riwayat kejang	
	Hepatotoksitas	Sudah ada penyakit liver sebelumnya Ko-infeksi VHB dan VHC Penggunaan bersama obat hepatotoksik lain	
	Hipersensitivitas obat Ginekomastia pada pria	Faktor risiko tidak diketahui	
NVP	Hepatotoksitas	Sudah ada penyakit liver sebelumnya	Substitusi dengan EFV ⁶⁰⁰

ARV	Tipe toksisitas	Faktor risiko	Pilihan substitusi
		Ko-infeksi VHB dan VHC Penggunaan bersama obat hepatotoksik lain jumlah CD4 baseline tinggi, CD4 >250 sel/ μ L pada perempuan CD4 >400 sel/ μ L pada pria	atau EFV ⁴⁰⁰ , gunakan EFV ⁴⁰⁰ , Jika tidak dapat juga, gunakan DTG
	Hipersensitivitas obat	Faktor risiko tidak diketahui	
DTG	Gangguan neuropsikiatri	Usia tua, penggunaan bersama ABC, perempuan	Umumnya ringan dan membaik kemudian Terapi simtomatik
	Gastrointestinal		
	Hepatotoksitas	Ko-infeksi VHC dan VHB	
	Hipersensitivitas obat	Belum diketahui	Substitusi dengan EFV (lini 1) atau LPV/r (lini 2)
	Penambahan berat badan		Tidak disubstitusi, tatalaksana gizi dan latihan jasmani
LPV/r	Diare		simtomatik
	Sindrom metabolik, dislipidemia	Tidak diketahui	Tatalaksana gizi dan latihan jasmani, simtomatik
	Lipoatrofi		Rujuk
	EKG abnormal (PR dan QT interval prolongation, <i>torsade de pointes</i>)	Gangguan konduksi jantung Penggunaan bersama obat yang dapat memperpanjang interval PR lainnya	Stop obat lain yang memperpanjang interval PR
	Pemanjangan interval QT	Sindrom pemanjangan interval QT kongenital Hipokalemia Penggunaan bersama obat yang dapat	Stop obat lain yang memperpanjang interval PR

ARV	Tipe toksisitas	Faktor risiko	Pilihan substitusi
		memperpanjang interval QT lainnya	
	Hepatotoksisitas	Sudah ada penyakit hati sebelumnya Ko-infeksi VHB dan VHC Penggunaan bersama obat hepatotoksik lainnya	Rujuk

2. Penggantian regimen ARV

Penggantian regimen ARV (*Switch*) ke lini selanjutnya dilakukan jika virus tidak tersupresi dengan pemberian obat ARV atau terjadi kegagalan pengobatan (gagal terapi) dengan syarat pengobatan ARV telah berlangsung selama 6 bulan dan kepatuhan minum obat yang tinggi. Penyebab utama kegagalan pengobatan adalah pasien tidak minum obat dan adanya interaksi obat. Ada 3 kriteria gagal terapi, yaitu gagal terapi secara virologis, gagal terapi secara imunologis, dan gagal terapi secara klinis (lihat Tabel 7.7).

Regimen lini kedua pada remaja, dewasa, dan anak dapat dilihat pada Tabel 7.8 dan Tabel 7.9.

Tabel 7.7 Kriteria Gagal Terapi

GAGAL VIROLOGIS	
<i>Viral Load</i> >1000 kopi/mL berdasarkan pemeriksaan 2 kali berurutan dengan interval 3 bulan, dengan dukungan <i>adherence</i> yg baik setelah pemeriksaan VL pertama, setelah paling sedikit iniasi ART 6 bulan	
GAGAL IMUNOLOGIS	
<i>Dewasa dan Remaja</i>	<i>Anak-anak</i>
Jumlah CD4 ≤ 250 sel/mm ³ setelah gagal klinis atau CD4 persisten <100 sel/mm ³	<5 tahun: CD4 persisten <200 sel/mm ³ ≥5 tahun: CD4 persisten <100 sel/mm ³
GAGAL KLINIS	
<i>Dewasa dan Remaja</i>	<i>Anak-anak</i>
Munculnya IO baru atau berulang yang mengindikasi-kan defisiensi imun berat setelah 6 bulan pengobatan yang efektif	Munculnya IO baru atau berulang yang mengindikasikan defisiensi imun berat atau lanjut setelah 6 bulan pengobatan yang efektif

Tabel 7.8 Regimen ARV lini kedua untuk dewasa dan remaja

Jika ARV lini 1 menggunakan	Virus hepatitis B	Pilihan ARV lini 2
AZT+3TC/FTC+EFV/NVP	Positif atau negatif	TDF+3TC+DTG*
		TDF+3TC/FTC+LPV/r**
TDF+3TC/FTC+EFV/NVP	Negatif	AZT+3TC+DTG*
		AZT+3TC+LPV/r**
	Positif	TDF+AZT+3TC+DTG*
TDF+3TC+DTG	Negatif	TDF+AZT+3TC+LPV/r**
		AZT+3TC+LPV/r**
	Positif	TDF+AZT+3TC+LPV/r**

* penambahan 1 tablet DTG 50 mg dengan jarak 12 jam jika digunakan bersama rifampisin

** dosis ganda LPV/r jika digunakan bersama rifampisin

Tabel 7.9 Regimen ARV lini kedua yang digunakan untuk anak

Usia	Regimen Lini 1	Lini 2 Pilihan Utama	Lini 2 Alternatif
Umur <3 tahun	ABC (atau AZT)+3TC+LPV/r	AZT (atau ABC)+3TC+DTG	-
	ABC (atau AZT)+3TC+DTG	AZT (atau ABC)+3TC+LPV/r	-
3-10 tahun	ABC (atau AZT)+3TC+EFV	AZT (atau ABC)+3TC+DTG	AZT (atau ABC)+3TC+LPV/r
	ABC (atau AZT)+3TC+DTG	AZT (atau ABC)+3TC+LPV/r	AZT (atau ABC)+3TC+EFV
	TDF+3TC (atau FTC)+EFV	AZT (atau ABC)+3TC+DTG	AZT (atau ABC)+3TC+LPV/r
	TDF+3TC (atau FTC)+DTG	AZT (atau ABC)+3TC+LPV/r	AZT (atau ABC)+3TC+EFV

3. Pemantauan Sindrom Pulih Imun

Sindrom Pulih Imun (SPI) atau *Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (IRIS)* adalah suatu perburukan kondisi klinis akibat proses inflamasi terhadap antigen baik hidup atau mati setelah pemberian obat ARV dan pulihnya sistem imun. Insiden kejadian SPI berdasarkan hasil meta analisis sekitar 16%. Faktor yang berperan timbulnya SPI adalah nilai CD4 pada waktu memulai pengobatan ARV, semakin rendah nilai CD4 yang biasanya didapat pada pasien stadium 4 semakin tinggi kemungkinan terjadi SPI.

SPI terbagi menjadi 2 yaitu *unmasking* dan *paradoxical*. SPI *unmasking* terjadi jika sebelum pemberian ARV, penyakit infeksi oportunistik tidak ditemukan atau tidak terdiagnosa serta tidak mendapatkan pengobatan yang tepat. SPI *paradoxical* terjadi jika ditemukan IO dan telah mendapatkan pengobatan yang tepat.

Manifestasi SPI tergantung antigen (infeksius atau non-infeksius) yang menjadi pemicu. Pada waktu menegakkan diagnosis SPI perlu dicantumkan antigen penyebab seperti IRIS TBC, IRIS, PCP, dsb. Faktor risiko timbulnya SPI adalah rendahnya nilai CD4, tingginya viremia, cepatnya penurunan jumlah virus dalam darah dan adanya antigen pemicu.

Tata laksana jika timbul Sindrom Pulih Imun adalah jangan menghentikan pengobatan ARV, dan pengobatan infesi oportunistik yang ada atau baru timbul. Jika perlu dapat ditambah steroid jangka pendek, yaitu metil prednisolon 0,5-1 mg/kgBB/hari.

4. Interaksi Obat

Pasien dengan HIV atau AIDS sering mengalami keadaan atau infeksi lain yang memerlukan terapi dengan obat-obatan atau zat lain bersamaan dengan obat ARV nya. Hal yang sering terjadi dan terlupakan adalah bahwa ada kemungkinan terjadinya interaksi antar obat atau zat yang digunakan yang bisa memberikan efek berupa perubahan kadar masing-masing obat atau zat dalam darah.

Secara definisi, Interaksi obat adalah perubahan (dalam kadar atau lamanya) aksi satu obat oleh karena adanya zat lain (termasuk obat, makanan dan alkohol) sebelum atau bersamaan dengan obat tersebut. Interaksi obat dapat memberikan dampak buruk berupa kegagalan pengobatan karena dosis terapeutik yang suboptimal dan atau sebaliknya dapat terjadi efek yang menguntungkan. Lopinavir/ritonavir merupakan contoh interaksi obat yang menguntungkan dimana ritonavir digunakan untuk memperbaiki profile dari lopinavir. Secara umum, interaksi obat terjadi mulai dari tahap absorpsi, metabolisme di hati oleh sitokrom P450, ikatan protein dan eksresi.

5. Penghentian Pengobatan (Stop)

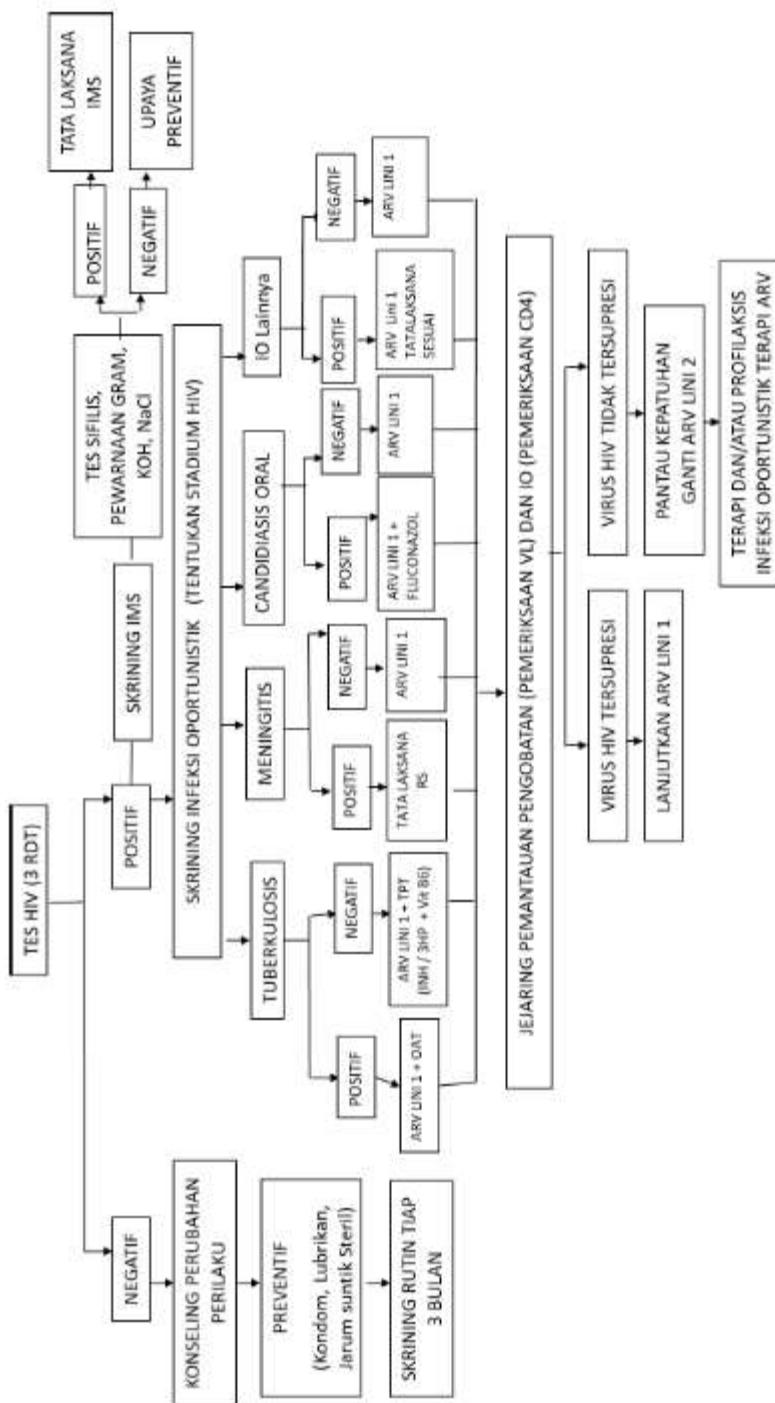
Penghentian pengobatan dilakukan dengan alasan toksisitas atau efek samping yang berat, adherens yang buruk, masuk rumah sakit, dan keputusan pasien. Obat golongan NNRTI memiliki waktu paruh yang panjang, sehingga jika ingin menghentikan ART yang berisi 2NRTI+NNRTI, maka NNRTI dihentikan lebih dahulu, dan setelah 1 minggu kemudian 2 NRTI dapat dihentikan.

6. Pemberian Antiretroviral untuk beberapa bulan

Untuk meningkatkan kepatuhan konsumsi obat ARV, orang dengan HIV yang telah stabil dapat diberikan obat ARV setiap kali untuk jangka lebih dari 1 bulan, maksimum 3 bulan. Kriteria orang dengan HIV stabil dalam ARV adalah telah mengkonsumsi obat ARV selama 6 bulan atau lebih, dengan kepatuhan yang baik, tidak sedang sakit, dan memiliki *viral load* HIV (HIV-RNA) tidak terdeteksi dalam 6 bulan terakhir. Jika tidak ada hasil pemeriksaan VL: pemeriksaan CD4>200 sel/mm³ (pada anak 3-5 tahun CD4>350 sel/mm³) atau ada kenaikan berat badan, tidak ada gejala dan infeksi lain bersamaan.

Pasien HIV dalam pengobatan ARV yang stabil dapat dirujuk balik ke FKTP.

Penanganan Orang dengan HIV secara ringkas dapat dilihat pada gambar sebagai berikut.



Gambar 7.5 Bagan Alir Tata Laksana HIV

BAB VIII
PENCATATAN DAN PELAPORAN

A. Pencatatan dan Pelaporan

Data penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS diperoleh dari pencatatan dan pelaporan pelaksanaan penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dengan menggunakan format yang ditentukan. Pencatatan dan pelaporan menggunakan Sistem Informasi HIV AIDS dan IMS (SIHA) Kementerian Kesehatan. Data yang dicatat adalah data hasil kegiatan pelayanan yang diperlukan untuk memantau dan mengukur keberhasilan program sesuai indikator yang telah ditetapkan.

Formulir pencatatan yang digunakan, jenis data, dan laporan yang akan dihasilkan dapat dilihat pada Tabel 8.1 berikut ini. Pencatatan yang dilakukan secara *online* akan menghasilkan data *real time*.

Tabel 8.1 Formulir, jenis data yang dikumpulkan, dan format laporan yang digunakan dalam Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.

Formulir	Jenis Data	Laporan
Formulir Tes HIV	Data Pemeriksaan Tes HIV	Laporan Tes HIV
Formulir IMS	Data Pemeriksaan IMS	Laporan IMS
Formulir Permintaan dan Hasil Pemeriksaan Laboratorium HIV dan IMS	Data Pemeriksaan Laboratorium HIV dan IMS	Register Lab
Formulir Notifikasi Pasangan dan Anak	Data Pasangan dan Anak Biologis ODHIV	Laporan Notifikasi Pasangan
Formulir PPIA	Data Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak	Laporan PPIA
Ikhtisar Perawatan Pasien HIV	Data Perawatan, Pengobatan ARV dan Pemantauan Pengobatan ARV	Laporan Bulanan Pengobatan HIV AIDS (LBPHA), Register Pra ART dan ART Laporan Analisis Rekap Kohort (ARK), Laporan <i>Test and Treat</i>

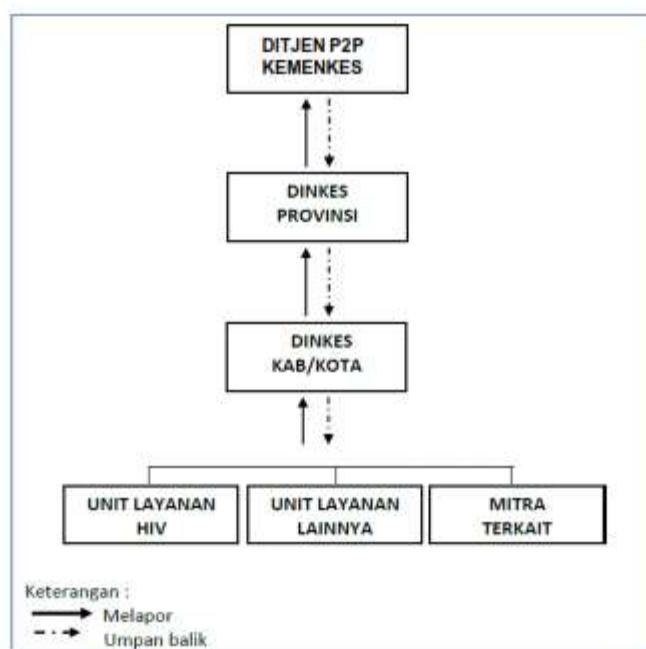
Formulir	Jenis Data	Laporan
Kartu Pasien HIV	Identitas Pasien dan Data Perawatan dan Pengobatan ARV	
Formulir Rujukan Pasien HIV	Data Rujuk Keluar dan Rujuk Masuk	
Formulir Logistik	Data ARV dan Non ARV	Laporan ketersedian logistik ARV dan Non ARV

Pencatatan dalam Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS di fasyankes meliputi:

1. Data pemeriksaan HIV dan IMS dari Formulir Permintaan dan Hasil Pemeriksaan Laboratorium HIV dan IMS, meliputi informasi layanan pengirim, informasi pasien, informasi sampel, dan hasil pemeriksaan laboratorium, yang meliputi tes HIV, EID, Sifilis, CD4, dan *viral load*
2. Data pemeriksaan HIV dari Formulir Tes HIV berisi informasi data klien, pasangan klien, hasil tes HIV, dan data konseling pasca tes
3. Data pemeriksaan IMS dari formulir IMS berisi informasi data klien, data kunjungan, Anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, diagnosis, pengobatan, dan konseling
4. Data Pasangan dan Anak Biologis ODHIV dari formulir notifikasi pasangan dan anak berisi informasi penawaran notifikasi pasangan, informasi pasien indeks dan tes indeks, skrining kekerasan, tipe rujukan, hasil rujukan, hasil tes, dan memulai pengobatan
5. Data Pencegahan Penularan HIV dan sifilis dari Ibu ke Anak dari formulir PPIA berisi informasi data klien (ibu hamil), data kunjungan, data pemeriksaan dan pengobatan bayi dari ibu positif HIV dan positif sifilis
6. Data Perawatan dan Pengobatan ARV dari Ikhtisar Perawatan Pasien HIV berisi informasi/data individu, Terapi ARV, Pemeriksaan laboratorium, pengobatan TBC, Notifikasi pasangan, layanan PPIA, tindak lanjut (*follow up*) perawatan dukungan, pengobatan HIV dan pemantauan terapi ARV
7. Pencatatan IMS dilakukan berdasarkan diagnosis melalui pendekatan sindrom dan etiologis, yang minimal mencakup:
 - a. Tiga sindrom IMS, yaitu:
 - 1) sindrom ulkus genital pada pria,
 - 2) sindrom ulkus genital pada wanita, dan

- 3) sindrom duh tubuh uretra pria.
 - b. Diagnosis berdasarkan pemeriksaan laboratorium yaitu:
 - 1) Sifilis dini dan sifilis lanjut,
 - 2) Gonore.
 - c. Kasus sifilis kongenital.

Pelaporan merupakan lanjutan dari pencatatan. Data di fasilitas pelayanan kesehatan dilaporkan secara berjenjang ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kementerian Kesehatan, melalui Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Ditjen P2P). Pelaporan dilakukan setiap bulan secara rutin dan dikirimkan secara digital menggunakan format pelaporan standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan menggunakan aplikasi SIHA.



Gambar 8.1 Bagan Alir Pelaporan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS secara berjenjang dari Fasvankes (Layanan) ke Kementerian Kesehatan

- B. Peran Setiap Tingkatan dalam Pencatatan dan Pelaporan

 1. Fasyankes
 - a. Mencatat data kegiatan layanan HIV dan IMS pada formulir yang standar.
 - b. Melakukan *input* data layanan HIV dan IMS di SIHA secara *online*.
 - c. Melakukan *input* data penggunaan logistik HIV dan IMS.

- d. Melaksanakan manajemen data secara elektronik sehingga data dapat ditelusuri dengan mudah dan cepat serta dapat mengurangi duplikasi.
 - e. Unit layanan melakukan analisis data dengan cepat dan tepat karena dilakukan dengan menggunakan perangkat komputer yang telah diprogram sesuai dengan kebutuhan.
 - f. Unit layanan melakukan efisiensi waktu, tenaga dan biaya dalam pengiriman laporan karena dilakukan dengan fasilitas internet melalui SIHA secara *online*.
2. Kabupaten/kota
- a. Melakukan *input* data pengiriman logistik obat dan non-obat HIV, AIDS, dan IMS ke fasyankes.
 - b. Melakukan *input* data penerimaan logistik obat dan non-obat HIV, AIDS, dan IMS dari Provinsi.
 - c. Melakukan *input* data penolakan/persetujuan usulan permintaan logistik obat dan non-obat HIV, AIDS, dan IMS dari fasyankes.
 - d. Melakukan analisa data sesuai dengan wilayah dan indikator yang diperlukan.
 - e. Memberikan umpan balik terhadap capaian indikator di fasyankes secara rutin.
3. Provinsi
- a. Melakukan *input* data pengiriman logistik obat dan non-obat HIV, AIDS, dan IMS ke Dinas Kabupaten/Kota
 - b. Melakukan *input* data penerimaan logistik obat dan non-obat HIV, AIDS, dan IMS dari Pusat (Direktorat Jendral Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Kemenkes)
 - c. Melakukan *input* data penolakan/persetujuan usulan permintaan logistik obat dan non-obat HIV, AIDS, dan IMS dari Dinas Kabupaten/ Kota
 - d. Mengirimkan daftar fasyankes baru beserta daftar akun pengguna (*user*)-nya sesuai formulir pengajuan *user* dan kode fasyankes ke Pusat
 - e. Melakukan analisa data sesuai dengan wilayah dan indikator yang diperlukan
 - f. Memberikan umpan balik terhadap capaian kabupaten/kota.

4. Pusat

- a. Sebagai *call center* permasalahan dalam penggunaan SIHA.
- b. Melakukan analisa data sesuai dengan wilayah dan indikator yang diperlukan.
- c. Membuat laporan perkembangan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS di Indonesia secara berkala.

BAB IX

PEMANTAUAN DAN EVALUASI

A. Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dan evaluasi Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS merupakan salah satu fungsi manajemen untuk mengawasi kemajuan dan menilai keberhasilan pelaksanaan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS. Pemantauan dan evaluasi Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dilakukan untuk mengukur pencapaian tujuan, indikator dan target yang telah ditetapkan.

Untuk pemantauan program, informasi yang tersedia digunakan untuk menilai kemajuan negara menuju target mengakhiri epidemi HIV, AIDS, dan IMS tahun 2030, yaitu "95-95-95". Hal ini berarti 95% orang dengan HIV-positif mengetahui status mereka; 95% orang yang mengetahui status HIV-positif mereka dalam pengobatan; dan 95% dari mereka yang masih menjalani pengobatan berhasil menekan jumlah virus HIV.

B. Indikator

Setiap program memiliki beberapa indikator, yang umumnya terbagi dalam 5 kelompok yaitu

1. indikator masukan;
2. indikator proses;
3. indikator luaran;
4. indikator hasil, dan
5. indikator dampak.

Tujuan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS digambarkan oleh indikator hasil dan dampak, dan diukur pada saat evaluasi. Kemajuan kegiatan untuk mencapai tujuan tergambar pada indikator masukan, proses dan luaran, dan diukur pada saat pemantauan.

1. Indikator masukan adalah indikator tentang tata kelola, pembiayaan, sarana (misalnya jumlah infrastruktur, faskes, laboratorium, perlengkapan kantor, sistem informasi, teknologi informasi dan komunikasi), tenaga kesehatan (jumlah tenaga profesi dan ahli kesehatan), kelompok sasaran (misalnya jumlah populasi kunci, ODHIV) dan stok barang (misalnya jumlah reagen, obat, kondom, pelicin, alat suntik steril). Indikator ini mengukur pemenuhan sumber daya yang merupakan komponen penting agar dapat dilakukan

perencanaan kebutuhan sesuai dengan jenis, jumlah, dan standar kebutuhan untuk pelaksanaan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.

2. Indikator proses adalah indikator tentang kegiatan persiapan (rapat), penyediaan tenaga (pelatihan), penyediaan barang (proses pengadaan, rantai pasokan dan logistik) untuk pelaksanaan kegiatan.
3. Indikator luaran adalah hasil kegiatan atau intervensi pelayanan (misalnya hasil pemeriksaan, pengobatan), kegiatan pencegahan (misalnya hasil penyuluhan, jumlah kondom dan jumlah alat suntik steril yang terdistribusi).
4. Indikator hasil akhir adalah hasil intervensi dan perubahan perilaku (misalnya angka penggunaan kondom atau alat suntik steril), pemanfaatan layanan, perilaku penyedia layanan kesehatan, hasil klinis (supresi virus), prevalensi perilaku berisiko dan faktor risiko, kualitas hidup.
5. Indikator dampak adalah hasil perubahan derajat kesehatan, misalnya morbiditas, berupa prevalensi atau insidens HIV dan IMS, mortalitas AIDS, dan situasi norma sosial (misalnya tingkat diskriminasi).

Tabel 9.1 Indikator dan Sumber Data

Kelompok Indikator	Indikator	Sumber Data	Instrumen yang digunakan	Frekuensi
Masukan	<ul style="list-style-type: none"> • Tenaga • Sarana • Dana 	<ul style="list-style-type: none"> • Laporan Berkala 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulir Laporan 	<ul style="list-style-type: none"> • Semester • Tahunan
Proses	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan tenaga • Penyediaan barang • Pertemuan koordinasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Laporan Berkala 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulir Laporan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan • Semester • Tahunan
Luaran	<ul style="list-style-type: none"> • Capaian kegiatan pencegahan • Capaian Tes • Capaian Pengobatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Laporan Berkala (SIHA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulir Laporan SIHA • Formulir Laporan Lain 	<ul style="list-style-type: none"> • Bulanan
Hasil	<ul style="list-style-type: none"> • Perubahan perilaku • Supresi Virus 	<ul style="list-style-type: none"> • Survei Perilaku, STBP • Laporan Berkala 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuesioner STBP • Formulir Laporan Lab 	<ul style="list-style-type: none"> • 3-5 tahunan • Tahunan
Dampak	<ul style="list-style-type: none"> • Kesakitan (insidens, prevalensi) • Kematian 	<ul style="list-style-type: none"> • Survei Prevalensi, STBP • Survei Kesehatan • Estimasi Pemodelan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kuesioner survei STBP • Form Laporan Laboratorium • Aplikasi Pemodelan 	<ul style="list-style-type: none"> • 3-5 tahunan • Tahunan

Indikator yang digunakan untuk pemantauan dan evaluasi disesuaikan dengan tujuan dan target/sasaran antara Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS, yang telah diuraikan pada Bab III Target dan Strategi.

Berikut adalah penjelasan indikator dampak, indikator hasil, indikator output, serta indikator SPM yang digunakan untuk mengukur keberhasilan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.

1. Indikator dampak

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara Menghitung	Deskripsi	Sumber Data
a.	Insiden HIV (per 1000 penduduk berusia 15 tahun ke atas yang tidak terinfeksi HIV)	Jumlah infeksi baru HIV yang terjadi pada populasi berusia 15 tahun ke atas pada kurun waktu tertentu. Angka ini menggambarkan jumlah infeksi baru yang terjadi di populasi, baik pada orang yang menyadari tertular maupun yang tidak menyadarinya, dan tidak hanya yang datang ke pelayanan kesehatan dan dilaporkan ke program.	Jumlah infeksi baru HIV yang terjadi pada populasi berusia 15 tahun ke atas pada kurun waktu 1 tahun, dibagi jumlah penduduk berusia 15 tahun ke atas yang tidak terinfeksi HIV, pada kurun waktu yang sama, dikali 1000	Insidens HIV merupakan indikator yang menggambarkan besaran transmisi penyakit di populasi. Semakin turun insidens, akan semakin kecil pula penambahan ODHIV atau kasus HIV.	Angka insidens HIV ini didapatkan dari pemodelan <i>Asian Epidemic Model</i> (AEM), yang menggunakan data kasus HIV, cakupan ODHIV masih menjalani pengobatan ARV dari laporan setiap tahun, dan hasil STBP terbaru. Pemodelan dilakukan setiap 4 tahun sekali. Data insiden hanya diperoleh tiap tahun, tidak dapat per bulan atau per triwulan.
b.	Insiden Sifilis (per 1.000 penduduk berusia 15 tahun ke atas yang tidak terinfeksi)	Infeksi baru sifilis yang terjadi pada populasi berusia 15 tahun ke atas pada periode waktu tertentu. Angka ini menggambarkan jumlah infeksi baru yang terjadi di populasi, baik pada orang yang menyadari tertular maupun yang tidak menyadarinya, dan tidak hanya yang datang ke pelayanan kesehatan dan dilaporkan ke program.	Jumlah infeksi baru sifilis yang terjadi pada populasi berusia 15 tahun ke atas pada kurun waktu 1 tahun, dibagi jumlah penduduk berusia 15 tahun ke atas yang tidak terinfeksi sifilis, pada kurun waktu yang sama, dikali 1000	Insidens sifilis menggambarkan besaran transmisi penyakit di populasi. Semakin turun insidens, diharapkan penularan ke ibu hamil dan bayi juga akan menurun.	Pemodelan dengan menggunakan instrumen SITE (<i>Syphilis Intervention Toward Elimination</i>), yang menggunakan data cakupan tes sifilis, kasus sifilis, dan pengobatan sifilis baik pada populasi kunci maupun bukan populasi kunci, serta hasil STBP. Pemodelan dilakukan setiap 4 tahun sekali.

2. Indikator hasil (outcome)

No.	Indikator	Definisi Operasional	Cara Menghitung	Deskripsi	Sumber Data
a.	Percentase ODHIV mengalami supresi virus (<i>viral load</i> <50 kopi/ml)	Percentase ODHIV yang sedang menjalani terapi obat ARV yang diperiksa <i>viral load</i> -nya setiap tahun, bukan kumulatif	Jumlah ODHIV yang menjalani pengobatan ARV minimal 6 bulan yang diperiksa <i>viral load</i> dengan hasil <50 kopi/ml pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah ODHIV yang menjalani pengobatan ARV pada kurun waktu yang sama dikali 100%	Supresi virus pada ODHIV menunjukkan keberhasilan terapi ARV serta menunjukkan kepatuhan pengobatan dan risiko menularkan HIV. <i>viral load</i> <50 kopi/ml menunjukkan keberhasilan terapi. ODHIV dengan <i>viral load</i> <50 kopi/ml dianggap virusnya tersupresi.	LBPHA, ARK (SIHA)
b.	Percentase ODHIV dalam pengobatan ARV (<i>on ART</i>)	Jumlah ODHIV yang sedang menjalani terapi obat ARV terus menerus, baik pada ODHIV yang baru memulai terapi pada tahun berjalan maupun ODHIV yang memulai terapi dari tahun-tahun sebelumnya.	Jumlah ODHIV yang sedang menjalani terapi obat ARV terus menerus dibagi jumlah ODHIV yang tahu status HIV-nya dikali 100%	Indikator ini mengukur kemajuan dalam pemberian ARV pada ODHIV. Pengobatan ARV terbukti menurunkan kesakitan dan kematian pada ODHIV dan mencegah penularan pada orang lain.	LBPHA, ARK (SIHA)
c.	Percentase penggunaan kondom seks terakhir pada populasi kunci	Proporsi populasi kunci yang menggunakan kondom (atau penggunaan kondom secara konsisten) pada seks terakhir	Jumlah populasi kunci menggunakan kondom pada hubungan seksual terakhir dibagi jumlah populasi kunci dikali 100%.	Angka ini menggambarkan capaian kegiatan promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan pencegahan IMS dan HIV, yaitu perubahan perilaku menggunakan kondom dalam hubungan seksual berisiko dan mengukur capaian kegiatan pencegahan penularan seksual pada populasi kunci.	Laporan STBP, SSH

3. Indikator *output*

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara menghitung	Deskripsi	Sumber Data
a.	Cakupan tes HIV	Persentase orang yang dites HIV	Jumlah orang yang dites HIV pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah sasaran tes pada kurun waktu yang sama dikali 100%; dihitung berdasarkan masing-masing kelompok populasi dan total.	Angka ini mengukur kinerja Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS.	Laporan tes HIV (SIHA)
b.	Cakupan penemuan kasus HIV	Persentase orang didiagnosis HIV	Jumlah orang yang baru didiagnosis HIV pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah estimasi ODHIV pada kurun waktu yang sama dikali 100%.	Angka ini mengukur capaian kinerja dalam penemuan kasus HIV dan dapat dihitung menurut setiap populasi sasaran.	Laporan tes HIV (SIHA)
c.	Cakupan pengobatan ARV	Persentase ODHIV baru yang mulai pengobatan ARV	Jumlah ODHIV baru yang memulai pengobatan ARV pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah orang yang baru didiagnosis pada kurun waktu yang sama dikali 100%.	Angka ini menggambarkan kinerja pelayanan dalam manajemen (tata laksana) kasus HIV.	LBPHA (SIHA)
d.	Cakupan tes HIV pada ibu hamil	Persentase ibu hamil yang dites HIV	Jumlah ibu hamil yang dites HIV pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah ibu hamil pada kurun waktu yang sama dikali 100%.	Angka ini menggambarkan kinerja PPIA.	Laporan PPIA, Laporan Tes HIV (SIHA), Kartu dan Kohort Ibu
e.	Cakupan pengobatan ARV pada ibu hamil	Persentase ODHIV hamil yang baru mulai pengobatan ARV	Jumlah ODHIV hamil yang baru mulai pengobatan ARV pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah ODHIV hamil pada kurun waktu yang sama dikali 100%.	Angka ini menggambarkan kinerja PPIA.	Laporan PPIA, LBPHA (SIHA), Kohort Ibu
f.	Cakupan pemberian ARV profilaksis pada bayi	Persentase bayi lahir dari ODHIV yang mendapatkan profilaksis ARV <72 jam	Jumlah bayi lahir dari ODHIV yang mendapat ARV profilaksis <72 jam pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah bayi lahir dari ODHIV pada kurun	Angka ini menggambarkan kinerja PPIA.	Laporan PPIA (SIHA), Kohort Ibu dan Bayi

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara menghitung	Deskripsi	Sumber Data
			waktu yang sama dikali 100%.		
g.	Cakupan skrining sifilis pada ibu hamil	Persentase ibu hamil yang dites serologi sifilis	Jumlah ibu hamil yang dites serologi sifilis pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah ibu hamil pada kurun waktu yang sama dikali 100%; Setiap ibu hamil dihitung 1 kali dalam satu masa kehamilan.	Angka ini menggambarkan kinerja PPIA.	Laporan IMS (SIHA), Kohort Ibu
h.	Cakupan pengobatan sifilis pada ibu hamil	Persentase ibu hamil sifilis yang diobati adekuat (minimal 1 dosis Benzatin Penicillin-G 2.4 juta IU)	Jumlah ibu hamil sifilis diobati adekuat (minimal 1 dosis Benzatin Penicillin-G 2.4 juta IU) pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah ibu hamil dengan hasil tes serologi sifilis (TSS) positif pada kurun waktu yang sama dikali 100%.	Angka ini menggambarkan kinerja PPIA dan cakupan pengobatan sifilis pada ibu hamil untuk mencegah sifilis kongenital.	Laporan IMS (SIHA), Kohort Ibu
i.	Cakupan pemberian profilaksis BPG pada bayi lahir dari ibu dengan sifilis	Persentase bayi lahir dari ibu sifilis yang mendapatkan profilaksis BPG	Jumlah bayi lahir dari ibu Sifilis yang mendapatkan BPG pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah bayi lahir dari ibu sifilis pada kurun waktu yang sama dikali 100%.	Angka ini menggambarkan kinerja PPIA.	Laporan IMS (SIHA), Kohort Bayi
j.	Persentase pasien sifilis yang diobati	Persentase pasien sifilis yang diobati	Jumlah pasien sifilis yang diobati pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah pasien sifilis yang didiagnosis pada kurun waktu yang sama dikali 100%.	Angka ini menggambarkan cakupan pengobatan pasien sifilis.	Laporan IMS (SIHA)
k.	Persentase skrining TBC di antara ODHIV	Persentase ODHIV baru yang diskirining TBC atau dikaji status TBC	Jumlah ODHIV baru yang diskirining TBC pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah ODHIV baru pada kurun waktu yang sama dikali 100%.	Angka ini menggambarkan upaya pencegahan kematian terkait TBC pada ODHIV.	SIHA
l.	Persentase pemberian TPT pada ODHIV	Persentase pemberian terapi pencegahan TBC (TPT) pada ODHIV baru dan lama yang memenuhi syarat TPT	Jumlah ODHIV yang baru dan lama didiagnosis HIV (masuk PDP) yang memulai TPT pada kurun waktu tertentu dibagi dengan jumlah ODHIV baru dan lama yang dilaporkan dikurangi dengan	Angka ini menggambarkan upaya pencegahan kematian terkait TBC pada ODHIV.	SIHA

No	Indikator	Definisi Operasional	Cara menghitung	Deskripsi	Sumber Data
			ODHIV dengan TBC aktif, suspek TBC, kontraindikasi obat TPT dan sudah pernah mendapatkan TPT dalam 5 tahun terakhir (tidak ada gejala/tanda TBC) pada kurun waktu yang sama dikali 100%.		
m.	Percentase ODHIV yang menyelesaikan TPT	Percentase ODHIV baru dan lama yang menyelesaikan terapi pencegahan TBC (TPT) di antara ODHIV baru dan lama yang mendapatkan TPT	Jumlah ODHIV baru dan lama yang menyelesaikan TPT pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah ODHIV baru dan lama yang mendapatkan TPT pada kurun waktu yang sama dikali 100%.	Angka ini menggambarkan upaya pencegahan kematian terkait TBC pada ODHIV.	SIHA
n.	Percentase ODHIV yang terkonfirmasi TBC dan mendapatkan pengobatan TBC	Percentase ODHIV yang terkonfirmasi TBC dan mendapatkan pengobatan TBC dan ARV	Jumlah pasien koinfeksi TB-HIV yang mendapat obat ARV dan OAT pada kurun waktu tertentu dibagi jumlah pasien koinfeksi TB-HIV pada kurun waktu yang sama dikali 100%.	Angka ini menggambarkan upaya pencegahan kematian terkait TBC pada ODHIV.	SITB, SIHA

4. Indikator SPM Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota

Setiap orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pemerintah daerah Kabupaten/Kota wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar kepada setiap orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (HIV) di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

Mekanisme Pelayanan:

- Penetapan sasaran HIV ditetapkan oleh Kepala Daerah berdasarkan orang yang berisiko terinfeksi HIV (pasien TBC, pasien IMS, pekerja seks, LSL, waria, penasun, WBP, dan ibu hamil).
- Edukasi perilaku berisiko dan pencegahan penularan.
- Skrining dilakukan dengan pemeriksaan tes cepat HIV minimal 1 kali dalam setahun.

- d. Melakukan rujukan jika diperlukan.

Capaian Kinerja dihitung sebagai berikut:

- a. Definisi Operasional

Capaian kinerja Pemerintah Kabupaten/Kota dalam memberikan pelayanan sesuai standar bagi orang dengan risiko terinfeksi HIV dinilai dari persentase orang dengan risiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pelayanan HIV sesuai standar di wilayah kerjanya dalam kurun waktu satu tahun.

- b. Rumus Perhitungan Kinerja

Percentase orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar	Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pelayanan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun
	$= \frac{\text{Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV yang mendapatkan pelayanan sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah orang dengan risiko terinfeksi HIV di kab/kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama}} \times 100\%$

C. Analisis Indikator

Penanggulangan HIV, AIDS dan IMS menggunakan analisis kaskade untuk mengidentifikasi, mengukur, dan memvisualisasikan besaran kesenjangan (*gap*) dalam layanan HIV sepanjang rangkaian diagnosis, perawatan, dan pengobatan HIV seumur hidup yang berkesinambungan. Kesenjangan pada kaskade layanan HIV dapat diketahui dan dianalisis, sehingga dapat ditentukan strategi untuk mengatasinya. Perkembangan pencapaian target Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dapat dipantau terus melalui pengamatan data ini.

Terhadap indikator Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dilakukan analisis untuk mendapatkan hasil pencapaian keberhasilan program yang dilihat berdasarkan jumlah kabupaten/kota dan provinsi yang mencapai target, serta jumlah kabupaten/kota dan provinsi yang masih memiliki beban tinggi. Apabila dari hasil analisis, masih belum mencapai keberhasilan maka disusun rencana tindak lanjut untuk perbaikan.

Secara singkat indikator kegiatan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dapat dilihat pada Tabel 9.2.

Tabel 9.2 Indikator Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS

Indikator	Sumber data	Waktu	Pemanfaatan indikator			
			Fas-yan-kes	Kab/ Kota	Pro-vinsi	Pusat
1. Indikator Dampak						
a. Insidens HIV	Estimasi	4 tahunan	-	-	-	✓
b. Insidens Sifilis	Estimasi	4 tahunan	-	-	-	✓
2. Indikator Hasil						
a. Cakupan ODHIV mengalami supresi virus	SIHA	Tahunan	✓	✓	✓	✓
b. Cakupan ODHIV dalam pengobatan ARV (<i>on ART</i>)	SIHA	Tahunan	✓	✓	✓	✓
c. Cakupan penggunaan kondom seks terakhir pada populasi kunci	STBP/ SSH	3-5 tahunan	-	✓	✓	✓
3. Indikator Output						
a. Cakupan tes HIV	SIHA	Bulanan	✓	✓	✓	✓
b. Cakupan penemuan kasus HIV	SIHA	Bulanan	✓	✓	✓	✓
c. Cakupan pengobatan ARV	SIHA	Bulanan	✓	✓	✓	✓
d. Cakupan tes HIV pada ibu hamil	SIHA	Bulanan	✓	✓	✓	✓
e. Cakupan pengobatan ARV pada ibu hamil	SIHA	Bulanan	✓	✓	✓	✓
f. Cakupan pemberian ARV profilaksis pada bayi	SIHA	Bulanan	✓	✓	✓	✓
g. Cakupan tes sifilis pada ibu hamil	SIHA	Bulanan	✓	✓	✓	✓
h. Cakupan pengobatan sifilis pada ibu hamil	SIHA	Bulanan	✓	✓	✓	✓
i. Cakupan profilaksis BPG pada bayi lahir dari ibu sifilis	SIHA	Bulanan	✓	✓	✓	✓
j. Persentase pasien sifilis yang diobati	SIHA	Bulanan	✓	✓	✓	✓
k. Persentase skrining (kaji status) TBC di antara ODHIV	SIHA	Bulanan	✓	✓	✓	✓
l. Persentase pemberian TPT pada ODHIV	SIHA	Bulanan	✓	✓	✓	✓
m. Persentase penyelesaian TPT pada ODHIV	SIHA	Bulanan	✓	✓	✓	✓
n. Persentase ODHIV yang terkonfirmasi TBC dan mendapatkan pengobatan TBC	SIHA, SITB	Bulanan	✓	✓	✓	✓

Indikator	Sumber data	Waktu	Pemanfaatan indikator			
			Fas-yan-kes	Kab/Kota	Pro-vinsi	Pusat
4. Indikator SPM						
- Persentase orang dengan risiko terinfeksi HIV mendapatkan pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar	SIHA	Bulanan, Tahunan	√	√	√	√

BAB X

PENELITIAN, PENGEMBANGAN, DAN INOVASI

Penelitian dan pengembangan HIV, AIDS dan IMS dilakukan dalam bentuk kajian kebijakan, riset operasional, riset biomedis dan riset klinis. Sasaran riset operasional HIV, AIDS, dan IMS adalah pengujian teknologi dan intervensi pendekatan kesehatan masyarakat. Hasil penelitian yang terkait Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS disampaikan kepada Kementerian Kesehatan.

Manfaat kajian kebijakan dan riset operasional bagi Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS adalah:

1. Melakukan evaluasi untuk perbaikan kinerja dan dampak program.
2. Menilai kepraktisan dan kemungkinan diterapkan (feasibility), efektivitas dan dampak dari suatu intervensi atau strategi baru.
3. Merumuskan atau mengevaluasi kebijakan untuk intervensi tertentu.

Penetapan prioritas riset operasional mempertimbangkan:

1. Daya ungkit
2. Relevansi dengan tujuan penanggulangan dan prioritas nasional
3. Efisiensi

BAB XI
PENUTUP

Pedoman Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS ini menjadi acuan bagi seluruh pemangku kepentingan termasuk masyarakat dan swasta dalam menjalankan penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS untuk mencapai target mengakhiri epidemi HIV, AIDS, dan IMS di wilayah masing-masing. Dalam mencapai mengakhiri epidemi HIV, AIDS, dan IMS terdapat banyak tantangan yang harus dihadapi oleh pemerintah daerah dan pemerintah antara lain untuk menjaga konsistensi komitmen dalam penyediaan sumber daya dan menjaga kualitas sumber daya. Oleh karena itu, dibutuhkan komitmen bersama agar target mengakhiri epidemi HIV, AIDS, dan IMS pada tahun 2030 di Indonesia dapat tercapai dan kegiatan penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS dapat dilaksanakan secara terpadu dan berkesinambungan.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

BUDI G. SADIKIN