

TIM PENYUSUN

Pengarah : Dr. Tjandra Y Aditama, SpP(K), DTMH, MARS
Penanggung jawab : Dr. Sigit Priohutomo, MPH
Koordinator : Dr. Asik Surya, MPPM

KONTRIBUTOR :

1. Prof. DR. dr. Samsuridjal Djauzi, SpPD(K)
2. Prof. DR. dr. Zubairi Zoerban, SpPD(K)
3. Dr. Nunung B Priyatni, M Epid
4. Drg. Dyah Erti Mustikawati, MPH
5. Dr. Alexander Ginting, SpP (RSPAD Gatot Soebroto)
6. Dr. Janto G Lingga, SpP (RS Penyakit Infeksi Suliarti Saroso)
7. Dr. Primal Sujana, SpPD (RS Hasan Sadikin)
8. Dr. Bambang Subagyo (dari RS Persahabatan)
9. Dr. Evy Yuniastuti, SpPD (Pokdi RSCM/FKUI)
10. Dr. Dyah Agustina Waluyo, SpPD (RS Kramat 128)
11. Dr. Haridana Indah SM, SpPD (dari RS Kanker Dharmais)
12. Dr. Jeanne Uktolseja, M Kes
13. Dr. Ainor Rasyid
14. Dr. Prima Kartika Esti, SpKK
15. Dr. Hariadi Wisnu Wardana
16. Dr. Endang Budi Hastuti
17. Dr. Jusni Emelia
18. Dr. Afriana Nurhalina
19. Eva Susami, SKM
20. Dr. Hendra Wijaya (FHI/ASA)
21. Dr. Budiarto (IHPCP)
22. Dr. Bambang (RS Persahabatan)
23. Dr. Dasril, SpPD (RS Polri)
24. Dr. Irawan Kosasih, MPH
25. Daniel M (Spiritia)
26. Drs. IGN Rai Kamasan (Global Fund)
27. Dr. Atiek Anartatik, MPH

EDITOR :

1. Dr. Asik Surya, MPPM
2. Dr. Sri Pandam Pulungsih, M Sc
3. Dr. Hariadi Wisnu Wardana
4. Dr. Grace Ginting, MARS

KATA PENGANTAR

HIV/AIDS telah memberikan dampak buruk pada dekade lalu pada beberapa negara khususnya di area sub Sahara Afrika dan Asia Tenggara. Angka prevalensi dan insiden secara bermakna menunjukkan bahwa banyak negara berkembang mengalami beban yang berlebih dibandingkan kemampuannya untuk mengatasi pandemic penyakit ini. Meliputi hampir seluruh aspek, ekonomi, kesehatan dan sosial.

Pada situasi yang darurat ini, WHO meluncurkan program 3 by 5, sebuah target global untuk memberikan terapi pada 3 juta orang pada akhir 2005.

Program 3by5 WHO pada tahun 2005 ternyata belum mencapai sasaran 3 juta orang, hanya sekitar 1 juta orang yang mendapat layanan ARV. Pada tahun 2006 WHO merubah kebijakan 3by5 menjadi kebijakan universal access (akses untuk semua) dan diharapkan setiap negara merencanakan program untuk mencapai akses untuk semua sesuai dengan kemampuan negara tersebut.

Sementara di Indonesia, pemerintah akan meluncurkan layanan komprehensif diseluruh kabupaten/kota. Layanan komprehensif ini meliputi penyuluhan, pencegahan, perawatan, pengobatan serta dukungan peraturan dan hukum.

Dalam rangka mencapai akses Perawatan, Dukungan dan Pengobatan untuk semua, Pemerintah, dalam hal ini Departemen Kesehatan, perlu menyusun pedoman yang diketahui oleh para pelaksana upaya penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. Buku pedoman ini diharapkan dapat menyamakan persepsi dan menjadi acuan dalam melaksanakan program Perawatan, Dukungan dan Pengobatan ~~Wahidphw~~, di Indonesia untuk mencapai akses untuk semua yang diharapkan dapat dicapai pada tahun 2008.

Akhir kata ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kami sampaikan kepada pelbagai pihak segenap potensi masyarakat baik dari lingkungan Departemen Kesehatan, Kelompok Study atau Kelompok Kerja, para Klinisi, lembaga donor, dan lembaga masyarakat lainnya. Semoga buku Pedoman Perluasan Jejaring Perawatan,

Dukungan dan Pengobatan ini bermanfaat dalam membantu penyebarluasan pengetahuan untuk penanggulangan dan pengendalian infeksi HIV/AIDS.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa meridhoi upaya mulia kita.

Jakarta, Desember 2007
DIREKTUR JENDERAL PP DAN PL
DEPARTEMEN KESEHATAN R.I.



Dr. I Nyoman Kandun, MPH
NIP. 140 066 762

No.	Propinsi	Kabupaten/Kota	Nama Rumah Sakit
199.	Sulawesi Tengah	Palu	RSJMadani
200.	Sulawesi Tengah	Palu	RS Bala Keselamatan
201.	Sulawesi Tengah	Toli-toli	RSU Mokopido Toli-toli
202.	Sulawesi Selatan	Makassar	RS Pelamonia
203.	Sulawesi Selatan	Makassar	RSU Dr Wahidin Sudirohusodo
204.	Sulawesi Selatan	Makassar	RS Kepolisian Bhayangkara
205.	Sulawesi Selatan	Makassar	RS Jiwa Makassar
206.	Sulawesi Selatan	Makassar	RS Labuang Baji
207.	Sulawesi Selatan	Pare-pare	RSU Andi Makassar
208.	Sulawesi Selatan	Bulukumba	RSU Bulukumba
209.	Sulawesi Selatan	Palopo	RSU Sawerigading
210.	Sulawesi Tenggara	Kendari	RSU Prop. Kendari
211.	Sulawesi Tenggara	Kendari	RSJ Kendari
212.	Sulawesi Tenggara	Buton	RSU Baubau
213.	Sulawesi Tenggara	Kolaka	RSU Kolaka
214.	Gorontalo	Gorontalo	RSU Prof. Dr.H. Aloe Saboe
215.	Gorontalo	Gorontalo	RSU Dr. M.M. Dunda
216.	Maluku	Ambon	RSU Dr. M. Haulussy
217.	Maluku	Ambon	RSAl Fatah
218.	Maluku	Tual	RSU Tual
219.	Maluku Utara	Ternate	RSU Ternate
220.	Maluku Utara	Ternate	RSU Boesoeri
221.	Papua Barat	Manokwari	RSU Manokwari
222.	Papua Barat	Sorong Fak-fak	RSUD Selebe Solu
223.	Papua Barat	Fak-fak	RSU Fak-fak
224.	Papua Barat	Sorong	RSU Sorong
225.	Papua	Nabire	RSU Nabire
226.	Papua	Mimika	RS Mitra Masyarakat Timika
227.	Papua	Biak	RSU Biak
228.	Papua	Abepura	RSU Abepura
229.	Papua	Jayapura	RSAD Marten Indey
230.	Papua	Jayapura	RSU Jayapura
231.	Papua	Merauke	RSU Merauke
232.	Papua	Jayapura	RS Bhayangkara Tk. IV Papua
233.	Papua	Jayapura	RS Dian Harapan
234.	Papua	Mimika	RSU Timika
235.	Papua	Jayawijaya	RSU Wamena
236.	Papua	Yapen Waropen	RSU Serui
237.	Papua	Jayapura	RSAL Jayapura

No.	Propinsi	Kabupaten/Kota	Nama Rumah Sakit
159.	Bali	Klungkung	RSU Klungkung
160.	Bali	Wangaya	RSU Wangaya
161.	Bali	Badung	RSU Badung
162.	Kalimantan Barat	Pontianak	RSU Dr. Soedarso
163.	Kalimantan Barat	Pontianak	RSU St. Antonius
164.	Kalimantan Barat	Singawang	RSU Dr. Abdul Azis
165.	Kalimantan Barat	Mempawah	RSU Dr. Rubini
166.	Kalimantan Barat	Pontianak	RSJ Pontianak
167.	Kalimantan Barat	Ketapang	RSUD Agusdjam
168.	Kalimantan Barat	Sanggau	RSU Sanggau
169.	Kalimantan Barat	Sambas	RSU Pemangkat
170.	Kalimantan Timur	Samarinda	RSU H. A. Wahab Sjhanrie
171.	Kalimantan Timur	Balikpapan	RSU Dr. Kanudjoso Djatiwibowo
172.	Kalimantan Timur	Samarinda	RS Dirgahayu
173.	Kalimantan Timur	Balikpapan	RS TNI Dr. R. Hardjanto
174.	Kalimantan Timur	Tarakan	RSU Tarakan
175.	Kalimantan Tengah	Palangkaraya	RSU Dr. Doris Sylvanus
176.	Kalimantan Selatan	Banjarmasin	RSU Ulin Banjarmasin
177.	Kalimantan Selatan	Banjarmasin	RS Ansari Saleh
178.	Kalimantan Selatan	Kotabaru	RSU Kotabaru
179.	Kalimantan Selatan	Hulu Sungai Utara	RSU Pembalah Batung
180.	Nusa Tenggara Barat	Mataram	RSU Mataram
181.	Nusa Tenggara Barat	Lombok Tengah	RSU Praya
182.	Nusa Tenggara Barat	Dompu	RSU Dompu
183.	Nusa Tenggara Barat	Sumbawa	RSU Sumbawa Besar
184.	Nusa Tenggara Timur	Kupang	RSU Prof Dr. W.Z. Johannes
185.	Nusa Tenggara Timur	Sumba Timur	RSU Umbu Rara Meha
186.	Nusa Tenggara Timur	Belu	RSU Atambua
187.	Nusa Tenggara Timur	Sikka	RS Dr. T. C. Millers
188.	Nusa Tenggara Timur	Ende	RSUD Ende
189.	Nusa Tenggara Timur	Manggarai	RSU Ruteng
190.	Nusa Tenggara Timur	Flores Timur	RSU Larantuka
191.	Nusa Tenggara Timur	Kupang	RSREM 161 Wirasakti
192.	Sulawesi Utara	Manado	RSU Manado
193.	Sulawesi Utara	Manado	RS Prof. Dr. V.L. Ratumbuang
194.	Sulawesi Utara	Tomohon	RS Bethesda Tomohon
195.	Sulawesi Utara	Manado	RSU TNI Teling
196.	Sulawesi Utara	Bitung	RSU Bitung
197.	Sulawesi Barat	Polmas	RSU Polewali
198.	Sulawesi Tengah	Palu	RSU Undata Palu

DAFTAR ISTILAH

/r	ritonavir dosis rendah
3TC	lamivudin , obat antiretroviral
AIDS	acquired immune deficiency syndrome
ALT	alanine aminotransferase
APBN	
ART	Antiretroviral Therapy = terapi antiretroviral
ARV	obat antiretroviral
ASKESKIN	Asuransi kesehatan bagi rakyat miskin
AZT	zidovudine yang sering disingkat pula sebagai ZDV
BB	berat badan
BTA	
CD4	
CD4	limfosit-T CD4+
CFR	case fatality rate
CMV	
CSS	Cairan serebrospinal, yang didapat dengan melakukan punksi lumbal
CT Scan	
d4T	Stavudine
DART	development of antiretroviral therapy in Africa (perkembangan terapi ARV di Afrika)
ddl	didanosine
Dinkes	Kantor Dinas Kesehatan
DOT	Directly observed therapy (terapi yang diawasi langsung)
EFV	Efavirenz
GFATM	Global Fund to combat AIDS, Tuberculosis and Malaria, suata dana
GI	gastrointestinal (saluran cerna)
HAART	highly active antiretroviral therapy (terapi ARV)
Hb	Kadar hemoglobin darah
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HIV	human immunodeficiency virus = virus penyebab AIDS
Ht	Hematokrit
IDV	Indinavir
IMAI	Integrated Management of AIDS in Adult and Adolescent Illnesses
IMS	Infeksi menular melalui hubungan seksual = Sexually Transmitted Infection = STI

IO	Infeksi oportunistik, penyakit infeksi tertentu yang timbul manakala system kekebaln tubuh terganggu seperti halnya pada infeksi HIV
IRIS	Immune reconstitution inflammatory syndrome = IRS = Immune reconstitution syndrome (sindrom pemulihan kekebalan)
Kab	Kabupaten
KB	Keluarga Berencana
Kepatuhan	merupakan terjemahan dari adherence, yaitu kepatuhan dan kesinambungan berobat yang melibatkan peran pasien, dokter atau petugas kesehatan, pendamping dan ketersediaan obat= adherence
KIA	Klinik Kesehatan Ibu dan Anak, layanan kesehatan bagi ibu dan anak termasuk pemeriksaan ibu hamil, keluarga berencana dll
KIE	Komunikasi, Informasi dan Edukasi di bidang kesehatan dalam program promosi kesehatan
KPA	Komis Penanggulangan AIDS, suatu badan yang dibentuk di setiap jenjang pemerintahan: KPA Nasional (KPAN), KPA Provinsi (KPAP), dan KPA Kabupaten (KPAK)
KTS	Konseling dan tes HIV secara sukarela, tes HIV secara sukarela disertai dengan konseling (voluntary counseling and testing = VCT)
KU	Kewaspadaan Universal, suatu perangkat prosedur untuk mencegah terjadinya penularan infeksi di sarana layanan kesehatan
LED	Laju endap darah, suatu pemeriksaan laboratorium untuk darah rutin
LPV	Lopinavir
LSM	Lembaga swadaya masyarakat
M & E	Monitoring dan evaluasi
MAC	Micobacterium Avium complex, kuman mikobateria selain TB
MTCT	mother-to-child transmission (of HIV); penularan HIV dari ibu ke anak
NAPZA	narkotik, alkohol, psikotropik dan zat adiktiv lain
NVP	Nevirapine
OAT	obat anti tuberculosis
ODHA	orang dengan HIV DAN AIDS
ORMAS	Organisasi masyarakat
PAP smear	Pemeriksaan laboratorium dengan metoda Papaniculou untuk mendeteksi adanya kanker leher rahim secara dini.
PCR	polymerase chain reaction (reaksi rantai polimerasi)

No.	Propinsi	Kabupaten/Kota	Nama Rumah Sakit
119.	Jawa Tengah	Purworejo	RSU Purworejo
120.	Jawa Tengah	Wonosobo	RSU Wonosobo
121.	Jawa Tengah	Boyolali	RSU Boyolali
122.	Jawa Tengah	Tegal	RSU legal
123.	Daerah Istimewa Yogyakarta	Yogyakarta	RSU Dr. Sardjito
124.	Daerah Istimewa Yogyakarta	Yogyakarta	RS Bethesda
125.	Daerah Istimewa Yogyakarta	Sleman	RSU Sleman
126.	Daerah Istimewa Yogyakarta	Yogyakarta	RSU Yogyakarta
127.	Daerah Istimewa Yogyakarta	Yogyakarta	RSU Panti Rapih
128.	Daerah Istimewa Yogyakarta	Yogyakarta	RS Muhammadiyah
129.	Daerah Istimewa Yogyakarta	Yogyakarta	RSJ Grhasia
130.	Jawa Timur Jawa Timur	Surabaya	RSUD Dr. Soetomo
131.	Jawa Timur Jawa Timur	Surabaya	RS Bhayangkara Tk II. Jatim
132.	Jawa Timur	Surabaya	RSAL Dr. Ramelan
133.	Jawa Timur	Surabaya	RS Dr. M. Soewandhie
134.	Jawa Timur	Surabaya	RS Karang Tembok
135.	Jawa Timur	Surabaya	RSJ Menur
136.	Jawa Timur	Surabaya	RSU Tambak Rejo
136.	Jawa Timur	Malang	RSUP Dr. Syaiful Anwar
138.	Jawa Timur	Kediri	RSU Pare
139.	Jawa Timur	Malang	RSU Kepanjen
140.	Jawa Timur	Jember	RSU Dr Soebandi
141.	Jawa Timur	Banyuwangi	RSU Blambangan
142.	Jawa Timur	Sidoarjo	RSU Sidoarjo
143.	Jawa Timur	Madiun	RSU Panti Waluyo
144.	Jawa Timur	Gresik	RSU Gresik
145.	Jawa Timur	Malang	RS Islam Malang UNISMA
146.	Jawa Timur	Nganjuk	RSU Nganjuk
147.	Jawa Timur	Sampang	RSU Sampang
148.	Jawa Timur	Kediri	RSU Gambiran
149.	Jawa Timur	Bojonegoro	RSU Dr. S. Djatikoesoemo
150.	Jawa Timur	Tulungagung	RSU Dr. Iskak
151.	Jawa Timur	Madiun	RS Dr. Soedono
152.	Jawa Timur	Mojokerto	RS Wahidin Sudirohusodo
153.	Jawa Timur	Jombang	RSU Jombang
154.	Bali	Denpasar	RSU Sanglah
155.	Bali	Buleleng	RSU Singaraja
156.	Bali	Jembrana	RSU Negara
157.	Bali	Tabanan	RSU Tabanan
158.	Bali	Gianyar	RSU Sanjiwani

No.	Propinsi	Kabupaten/Kota	Nama Rumah Sakit
79.	Jawa Barat	Sukabumi	RS Bhayangkara
80.	Jawa Barat	Sukabumi	RSU R. Sjamsudin
81.	Jawa Barat	Ciamis	RSU Ciamis
82.	Jawa Barat	Cianjur	RSU Cianjur
83.	Jawa Barat	Karawang	RSU Karawang
84.	Jawa Barat	Cirebon	RSU Waled
85.	Jawa Barat	Cirebon	RSU Gunungjati
86.	Jawa Barat	Indramayu	RSU Indramayu
87.	Jawa Barat	Kuningan	RSU Kuningan
88.	Jawa Barat	Purwakarta	RSU Bayu Asih
89.	Jawa Barat	Sumedang	RSU Sumedang
90.	Jawa Barat	Tasikmalaya	RSU Tasikmalaya
91.	Jawa Barat	Subang	RSU Subang
92.	Jawa Barat	Depok	RSU Tugu Ibu
93.	Banten	Tangerang	RSU Tangerang
94.	Banten	Serang	RSU Serang
95.	Banten	Serang	RSU Kota Cilegon
96.	Banten	Tangerang	RS Usada insani
97.	Banten	Tangerang	RSAI Qadr
98.	Jawa Tengah	Semarang	RS Dr. Kariadi
99.	Jawa Tengah	Semarang	RS St. Elisabeth
100.	Jawa Tengah	Semarang	RS Tugurejo
101.	Jawa Tengah	Semarang	RSU Panti Wilasa Citarum
102.	Jawa Tengah	Semarang	RSU Ambarawa
103.	Jawa Tengah	Semarang	RSU Ungaran
104.	Jawa Tengah	Surakarta	RSU Dr. Moewardi
105.	Jawa Tengah	Surakarta	RS Dr. Oen
106.	Jawa Tengah	Purwokerto	RSU Prof. Dr. M. Soekarjo
107.	Jawa Tengah	Jepara	RSU R.A. Kartini
108.	Jawa Tengah	Cilacap	RSU Cilacap
109.	Jawa Tengah	Banyumas	RSU Banyumas
110.	Jawa Tengah	Tegal	RSU Kardinah
111.	Jawa Tengah	Salatiga	RSU Salatiga
112.	Jawa Tengah	Kendal	RS Dr. Soewondo
113.	Jawa Tengah	Klaten	RS Suraji Tirtonegoro
114.	Jawa Tengah	Sragen	RSU Sragen
115.	Jawa Tengah	Slawi	RSU Dr. H.M. Suselo
116.	Jawa Tengah	Batang	RSU Batang
117.	Jawa Tengah	Pekalongan	RSU Pekalongan/Kraton
118.	Jawa Tengah	Blora	RSU Blora

PDB	Pengurangan dampak buruk bagi pengguna NAPZA suntikan melalui program dikenal juga dengan Harm Reduction Program
PDP	Perawatan, Dukungan dan Pengobatan HIV/AIDS, dikenal juga dengan care support and treatment = CST
PENASUN	Pengguna NAPZA suntikan (Injecting drug user = IDU)
PI	protease inhibitor
PLKN	Pusat Latihan Kusta Nasional
PMTCT	prevention of mother-to-child transmission = pencegahan penularan dari ibu ke anak
PPP	profilaksis pasca-pajanan = post exposure prophylaxis
Prov.	Provinsi
PTRM	Program Terapi Rumatan Metadone Oral
PUSKESMAS	Pusat Kesehatan Masyarakat, suatu upaya kesehatan masarakat dilengkapi dengan layanan kesehatan dasar yang diselenggarakan oleh pemerintah Indonesia, di tingkat Kecamatan atau Desa
RS	Rumah Sakit
SDM	Sumber daya manusia
SGOT	serum glutamic oxaloacetic transaminase
SGPT	serum glutamic pyruvate transaminase
SSP	susunan saraf pusat
TB	Tuberkulosis
TDF	tenofovir disoproxil fumarate
TLC	total lymphocyte count (hitung limfosit total)
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV DAN AIDS
UNGASS	United Nation General Assembly Special Session
WHO	World Health Organization
ZDV	zidovudine (juga dikenal sebagai AZT)

No.	Propinsi	Kabupaten/Kota	Nama Rumah Sakit
39.	Jambi	Tanjung Jabung Barat	RSU K.H. Daud Arif, Kualatungkal
40.	Lampung	Bandar Lampung	RSU Dr.H. Abdoel Moeloek Tanjung Karang
41.	Lampung	Metro	RS Ahmad Yani
42.	Lampung	Lampung Utara	RS H.M. Ryacudu
43.	Lampung	Lampung Selatan	RS Pringsewu
44.	Bangka Belitung	Bangka	RSU Sungai Liat
45.	Bangka Belitung	Pangkal Pinang	RSU Pangkal Pinang
46.	Bangka Belitung	Belitung	RSU Tanjung Pandan
47.	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
48.	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	RSAL Dr. Mintoharjo
49.	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	RSPAD Gatot Soebroto
50.	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	RS Kramat 128
51.	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	RS St. Carolus
52.	DKI Jakarta	Jakarta Utara	RSPi Dr. Sulianti Saroso
53.	DKI Jakarta	Jakarta Utara	RSU Koja
54.	DKI Jakarta	Jakarta Timur	RSU Persahabatan
55.	DKI Jakarta	Jakarta Timur	RSJ Duren Sawit
56.	DKI Jakarta	Jakarta Timur	RS Kepolisian Pusat Dr. Soekanto
57.	DKI Jakarta	Jakarta Timur	RSU Pasar Rebo
58.	DKI Jakarta	Jakarta Timur	RSU Budhi Asih
59.	DKI Jakarta	Jakarta Barat	RS Kanker Dharmais
60.	DKI Jakarta	Jakarta Barat	RSAB Harapan Kita
61.	DKI Jakarta	Jakarta Barat	RSUD Cengkareng
62.	DKI Jakarta	Jakarta Barat	RSU Tarakan Jakarta
63.	DKI Jakarta	Jakarta Selatan	RSU Fatmawati
64.	DKI Jakarta	Jakarta Selatan	RS Ketergantungan Obat
65.	DKI Jakarta	Jakarta Selatan	RS FK UKI
66.	Jawa Barat	Bandung	RSUP Hasan Sadikin
67.	Jawa Barat	Bandung	RS St. Borromeus
68.	Jawa Barat	Bandung	RSU Cimahi
69.	Jawa Barat	Bandung	RS Ujung Berung
70.	Jawa Barat	Bandung	RS Bungsu
71.	Jawa Barat	Bandung	RS Paru Dr. H. Rotinsulu
72.	Jawa Barat	Bandung	RS Imanuel
73.	Jawa Barat	Bandung	RS Kebon Jati
74.	Jawa Barat	Bogor	RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi
75.	Jawa Barat	Bogor	RSUD Ciawi
76.	Jawa Barat	Bogor	RSU PMI Bogor
77.	Jawa Barat	Bekasi	RSU Bekasi
78.	Jawa Barat	Bekasi	RSU Ananda

DAFTAR RUMAH SAKIT RUJUKAN BAGI ORANG DENGAN HIV DAN AIDS

No.	Propinsi	Kabupaten/Kota	Nama Rumah Sakit
1.	Nanggroe Aceh Darussalam	Banda Aceh	RSU Dr. Zainoel Abidin
2.	Nanggroe Aceh Darussalam	Aceh Timur	RSU Langsa
3.	Nanggroe Aceh Darussalam	Aceh Utara	RSU Cut Meutia
4.	Nanggroe Aceh Darussalam	Aceh Barat	RSU Cut Nyak Dhien
5.	Nanggroe Aceh Darussalam	Aceh Tamiang	RSU Tamiang
6.	Nanggroe Aceh Darussalam	Banda Aceh	RS Kodam 1
7.	Nanggroe Aceh Darussalam	Banda Aceh	RS Bhayangkara NAD
8.	Nanggroe Aceh Darussalam	Pidie	RSU Sigli
9.	Sumatera Utara	Medan	RSU H. Adam Malik
10.	Sumatera Utara	Medan	RSU Dr. Pirngadi
11.	Sumatera Utara	Medan	RS Bhayangkara Tk.II Sumut
12.	Sumatera Utara	Medan	RS Kesdam II Bukit Barisan
13.	Sumatera Utara	Medan	RS Haji Us Syifa Medan
14.	Sumatera Utara	Balige	RS HKBP Balige
15.	Sumatera Utara	Deli Serdang	RSU Lubuk Pakam
16.	Sumatera Utara	Karo	RS Kabanjahe
17.	Sumatera Utara	Pematang Siantar	RSU Pematang Siantar
18.	Sumatera Barat	Padang	RSU Dr. M. Djamil
19.	Sumatera Barat	Bukittinggi	RSU Dr. Achmad Mochtar
20.	Sumatera Barat	Padang Pariaman	RSUD Pariaman
21.	Riau	Pekan Baru	RSU Pekanbaru
22.	Riau	Pekanbaru	RS Jiwa Pusat Pekanbaru/RSJ Tampan
23.	Riau	Dumai	RSU Dumai
24.	Riau	Indragiri Hilir	RSU Puri Husada
25.	Kepulauan Riau	Batam	RS Budi Kemuliaan
26.	Kepulauan Riau	Batam	RS Otorita Batam
27.	Kepulauan Riau	Batam	RS Awal Bros
28.	Kepulauan Riau	Karimun	RSU Kabupaten Karimun
29.	Kepulauan Riau	Tanjung Pinang	RSU Tanjung Pinang
30.	Kepulauan Riau	Tanjung Pinang	RSAL Dr. Midiyanto S.
31.	Sumatera Selatan	Palembang	RSU Dr. M.Hoesin Palembang
32.	Sumatera Selatan	Palembang	RS RK Charitas
33.	Sumatera Selatan	Palembang	RSJ Palembang
34.	Sumatera Selatan	Palembang	RSU Kota Palembang
35.	Sumatera Selatan	Muara Enim	RSU Prabumulih
36.	Sumatera Selatan	Ogan Komering Ulu	RSUD Dr. Ibnu Sutowo Baturaja
37.	Bengkulu	Bengkulu	RSU Dr. M. Yunus
38.	Jambi	Jambi	RSU Raden Mattaher

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	Hal i
DAFTAR ISTILAH	iii
DAFTAR ISI	vii
I. PENDAHULUAN	1
1. Latar belakang	1
2. Layanan PDP Di Indonesia	2
3. Tujuan	6
II. PDP DAN LAYANAN YANG BERKESINAMBUNGAN	7
1. Pengertian	7
2. Unsur Penting PDP yang komprehensif dan berkesinambungan.	8
2.1. Pemberdayaan dan koordinasi para pelaksana di lapangan serta pihak terkait, termasuk para ODHA.	8
2.2. Konseling dan tes HIV	8
2.3. Tatalaksana dan Perawatan klinik	9
2.4. Dukungan psikologis dan sosioekonomi	11
2.5. Pencegahan HIV	11
III. TUJUAN DAN SASARAN PERLUASAN LAYANAN PDP	15
IV. KEBIJAKAN PADA PERLUASAN LAYANAN PDP	16
1. Perlunya pengembangan Pusat Layanan HIV/AIDS	16
2. Kabupaten/ Kota atau layanan Strata II (menengah) sebagai Pusat Layanan	16
3. Mengembangkan jejaring kerja sama dan kemitraan formal	19
4. Pengembangan Pusat Layanan PDP HIV/AIDS dengan dukungan kelompok sebaya dan kerja sama yang saling menghormati dan membutuhkan	21
5. Kegiatan kolaborasi program TB dan HIV/AIDS	23
6. Perawatan dan Pengobatan bagi Penasun dan PSK	24

7. Strata / kompetensi Layanan	24
7.1. Sarana Layanan Kesehatan Strata III	26
7.2. Sarana Layanan Kesehatan Strata II	28
7.3. Sarana Layanan Kesehatan Strata I	34
8. Peran, tugas, fungsi masing wilayah	39
9. Penjaminan mutu pelayanan (quality assurance)	41
10. SDM untuk PDP dan pengembangannya	41
10.1. Standar Ketenagaan dan team	41
10.2. Pelatihan	42
10.3. Supervisi dan Mentoring	43
11. Sarana dan Prasarana	43
12. Pendanaan dan sumber dana	45
13. Strategi Perluasan Layanan dan Peningkatan Mutu PDP ..	46
V. KEGIATAN POKOK PERLUASAN LAYANAN PDP	47
1. Membentuk Tim Koordinasi di tingkat Kabupaten/ Kota ...	47
2. Membentuk Tim Klinik Perawatan HIV (Pokja HIV di RS)	47
VI. MONITORING DAN EVALUASI	50
KEPUTUSAN MENTERI	54
DAFTAR RS RUJUKAN	58

- Keempat : Rumah sakit rujukan bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan dan wajib menyampaikan laporan secara berkala melalui Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik.
- Kelima : Monitoring dan evaluasi sehubungan dengan pemberian pelayanan kesehatan bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) akan dilakukan oleh tim yang terdiri dari Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Direktorat Jendral P2 dan PL, dan wakilnya#terkait. Monitoring dan evaluasi ini dilakukan secara berkala (1 tahun sekali).
- Keenam : Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan keputusan ini dilakukan oleh Menteri Kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan fungsi dan tugasnya masing-masing.
- Ketujuh : Rumah sakit rujukan wajib menyampaikan laporan secara berkala kepada Menteri Kesehatan RI melalui Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik.
- Kedelapan : Hal-hal yang bersifat teknis selanjutnya diatur dengan Surat Keputusan Dirjen Bina Pelayanan Medik.
- Kesembilan : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 27 Juni 2007

MENTERI KESEHATAN,

DR. dr. SITI FADILAH SUPARI Sp.JP(K)

Tembusan:

1. Komisi Penanggulangan HIV DAN AIDS Nasional di Jakarta
2. Para gubernur/ bupati /walikota setempat
3. Para Pejabat Eselon 1 di Departemen Kesehatan
4. Para Pejabat Eselon 2 terkait di Departemen Kesehatan

12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/ XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 832/Menkes/SK/X/2006 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan bagi ODHA dan Standar Rumah Sakit Rujukan ODHA dan Satelitnya

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

- Kesatu : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN RI TENTANG PENETAPAN RUMAH SAKIT RUJUKAN BAGI ORANG DENGAN HIV DAN AIDS (ODHA).**
- Kedua : Daftar rumah sakit rujukan bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) sebagaimana dimaksud Diktum Pertama sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Keputusan ini.
- Ketiga : Dalam memberikan pelayanan kesehatan rumah sakit rujukan sebagaimana dimaksud Diktum Pertama mempunyai tugas antara lain sebagai berikut:
1. Menyusun Standar Prosedur Operasional
 2. Menjamin ketersediaan obat ARV yang secara langsung didistribusikan oleh PT Kimia Farma (sesuai dengan prosedur khusus yang berlaku) dan obat infeksi oportunistik tertentu.
 3. Menyiapkan sarana, prasarana, dan fasilitas yang sesuai dengan pedoman.
 4. Menyiapkan tenaga kesehatan yang terdiri dokter ahli, dokter/dokter gigi, perawat, apoteker, analis laboratorium, konselor dan manajer kasus;
 5. Membentuk tim kelompok kerja/pokja khusus HIV dan AIDS yang terdiri dari tenaga medis dan non medis yang telah
 6. Melaporkan pelaksanaan pemberian pelayanan bagi orang dengan HIV dan AIDS

I. PENDAHULUAN

1. LATAR BELAKANG

Laporan UNAIDS 2006 menunjukkan bahwa orang dengan HIV/AIDS yang hidup 39,4 juta orang, dewasa 37,2 juta penderita, anak-anak dibawah usia 15 tahun berjumlah 2,3 juta penderita. Sedangkan di kawasan Asia Pasifik terjadi peningkatan yang cukup tajam, termasuk di Indonesia.

Penularan HIV di Indonesia meningkat tajam. Estimasi kasus HIV/AIDS pada tahun 2002 di Indonesia sekitar 90.000 sampai 130.000, sedangkan estimasi ulang pada tahun 2006 ternyata meningkat hampir dua kali lipat, yaitu dengan diperkirakan 193.000 sekitar (antara 160.000 sampai 210.000).

Faktor risiko penularan melalui hubungan seks tak aman masih tinggi. Sementara itu, penularan melalui penggunaan jarum suntik sejak tahun 2003 meningkat tajam dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Dari jumlah kasus AIDS yang dilaporkan, sekitar 55% akibat penularan melalui jarum suntik. Peningkatan jumlah kasus HIV AIDS di Indonesia akan berdampak pada kebutuhan layanan PDP.

Layanan PDP baru berkembang di Indonesia sejak program 6e|8 diluncurkan WHO pada tahun 2004. Meskipun layanan PDP dengan skala kecil telah berjalan di kota besar sejak munculnya kasus HIV/AIDS, pemerataan layanan PDP ke masyarakat berjalan secara bertahap. Pada tahun 2004, pemerintah juga telah menetapkan 25 rumah sakit sebagai pelaksana layanan PDP. Pada tahun yang sama pemerintah telah menyediakan obat ARV generik dan diberikan secara gratis, terutama kepada ODHA yang miskin. Untuk meningkatkan kompetensi RS tersebut, pemerintah telah melakukan pelatihan nasional baik untuk dokter, perawat, konselor, serta tenaga kesehatan lain. Dengan semakin meningkatnya kasus ODHA dan meningkatnya jumlah RS dan propinsi yang melaporkan adanya kasus ODHA serta kebutuhan untuk meningkatkan akses dan mutu layanan, pengembangan RS pelayanan PDP semakin mendesak. Saat ini (2007) telah ditetapkan 237 RS layanan PDP. Perluasan ini akan terus dikembangkan sehingga pada tahun 2009, setiap kabupaten/kota telah memiliki RS layanan PDP.

Program 6e|8 WHO pada tahun 2005 ternyata belum mencapai sasaran 3 juta orang, hanya sekitar 1 juta orang yang mendapat layanan ARV. Pada tahun 2006 WHO merubah kebijakan 3by5 menjadi kebijakan universal access (akses untuk semua) dan diharapkan setiap negara merencanakan program untuk mencapai akses untuk semua sesuai dengan kemampuan negara tersebut dan Indonesia menargetkan 20.000 ODHA untuk mendapat ART.

Di Indonesia, akses terhadap ARV baru sekitar 50% (10 622 dari sekitar 20.000 kasus AIDS yang ditargetkan sampai dengan tahun 2007), akses ini jauh lebih rendah dibandingkan dengan akses ARV secara global.

Dalam rangka mencapai akses PDP untuk semua, Indonesia perlu menyusun pedoman perluasan jejaring layanan PDP.

2. LAYANAN PDP DI INDONESIA

Sejak diluncurkannya program 6e|8 oleh WHO, Indonesia berusaha untuk meningkatkan layanan PDP. Layanan PDP di Indonesia memang dilaksanakan lebih belakangan daripada layanan pencegahan. Namun sesuai dengan makin banyaknya orang yang terinfeksi HIV maka layanan PDP makin dibutuhkan masyarakat.

Tersedianya obat ARV generik juga mempercepat layanan PDP karena salah satu komponen layanan PDP adalah layanan ARV. Layanan obat ARV generik memperkuat PDP yang selama ini lebih diutamakan pada layanan infeksi oportunistik, layanan obat simtomatik, pendampingan, dan dukungan. Layanan obat ARV di Indonesia meningkat sejak penggunaan obat ARV generik yang didatangkan dari India dan Thailand. Karena obat ARV generik harganya hanya sekitar 5 % dari harga obat paten maka sebagian masyarakat mampu menjangkaunya. Apalagi dengan kebijakan pemerintah Indonesia untuk memproduksi obat ARV generik di Indonesia maka pengadaan obat ARV generik lebih berkesinambungan serta harganya semakin murah.

Pada tahun 2004, pemerintah Indonesia sesuai dengan anjuran WHO untuk menyediakan layanan ARV bagi semua memberikan subsidi penuh kepada masyarakat sehingga masyarakat yang membutuhkan obat ini dapat memperolehnya dengan gratis.

Layanan ARV untuk anak belum tersedia dengan baik. Selama ini yang digunakan adalah membuat puyer atau sirup dari sediaan

2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1981 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Tahun 1991 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3447);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi Sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952);
6. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia;
7. Keputusan Presiden Nomor 36 Tahun 1994 tentang Pembentukan Komisi Penanggulangan HIV dan AIDS;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 560/Menkes/Per/ VIII/1989 tentang Jenis Penyakit Tertentu yang Dapat Menimbulkan Wabah, Tata Cara Penyampaian Laporan dan Tata Cara Penanggulangannya;
9. Keputusan Menteri Kesejahteraan Rakyat Nomor 9/KEP/1994 tentang Strategi Nasional Penanggulangan AIDS di Indonesia;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1285/Menkes/SK/ X/2002 tentang Pedoman Penanggulangan HIV dan AIDS dan Penyakit Menular Seksual;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1507/Menkes/SK/ X/2005 tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV dan AIDS Secara Sukarela (Voluntary Counselling and Testing);



**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 760/MENKES/SK/VI/2007**

TENTANG

**PENETAPAN LANJUTAN RUMAH SAKIT RUJUKAN BAGI
ORANG DENGAN HIV DAN AIDS (ODHA)**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

- Menimbang :
- bahwa kasus Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) di kalangan masyarakat khususnya masyarakat usia produktif cenderung meningkat sehingga merupakan ancaman potensial terhadap kesehatan masyarakat di Indonesia yang dapat berdampak luas dan negatif bagi ketahanan bangsa dan negara;
 - bahwa dalam rangka meningkatkari pelayanan kesehatan bagi ODHA, perlu ditetapkan rumah sakit rujukan bagi ODHA;
 - bahwa meningkatnya jumlah kasus HIV dan AIDS yang cukup tinggi memerlukan jumlah rumah sakit rujukan ODHA yang memadai di setiap propinsi;
 - bahwa dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 832/Menkes/SK/X/2006 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan bagi ODHA, dalam lampiran I telah ditetapkan sejumlah 75 rumah sakit rujukan ODHA;
 - bahwa jumlah rumah sakit rujukan ODHA perlu ditambah untuk memperluas akses layanan kesehatan bagi ODHA di seluruh Indonesia
- Mengingat :
- Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3273);

orang dewasa. Cara ini sebenarnya tidak dianjurkan karena proses pembuatan puyer dan sirup dengan manual ini berisiko merubah dosis dan kekuatan obat. Pengadaan ARV untuk anak merupakan dilema karena jika diadakan pada tingkat pabrik penggunaannya masih sedikit sehingga akan bersisa. Sementara itu, jika dilakukan pada tingkat apotik akurasi preparat ini diragukan. Selain itu pedoman nasional penggunaan ARV pada anak masih dalam proses sehingga dokter yang melayani kasus AIDS anak belum mempunyai pedoman nasional. Pengalaman penatalaksanaan infeksi oportunistik pada anak juga terbatas dan masih terpusat pada pusat layanan yang ada di kota besar. Kemampuan menatalaksana kasus AIDS anak perlu disebarluaskan secara bertahap di 237 layanan ARV.

Agar layanan ARV ini dapat dinikmati oleh seluruh masyarakat maka dilakukan pelatihan tenaga kesehatan baik untuk dokter, perawat, konselor, farmasi, dan lain-lain. Pada tahap pertama tahun 2004 ditunjuk 25 rumah sakit dan pada tahun 2006 jumlah rumah sakit yang melayani ARV ditambah sehingga jumlahnya menjadi 75 rumah sakit. Namun pada kenyataannya rumah sakit yang mampu melayani ARV lebih banyak dari itu karena banyak rumah sakit yang ditunjuk yang mempunyai rumah sakit satelit yang ikut dalam program layanan ARV.

Sedangkan dana untuk pengadaan obat ARV berasal dari :

- Dana APBN
- Dana Global Fund
- Dana masyarakat sendiri

Sebagian besar pengadaan obat ARV generik berasal dari dana pemerintah, dana pelengkap berasal dari Global Fund dan masyarakat sendiri. Dana Global Fund digunakan untuk import obat ARV sedangkan dana masyarakat sendiri digunakan untuk pengadaan obat ARV di luar program pemerintah.

Dana ARV program pemerintah digunakan untuk memproduksi AZT, 3TC dan Nevirapin. Sedangkan dana Global Fund digunakan untuk mengimport Stavudin dan Efavirenz dan sebagian kecil juga digunakan untuk menambah persediaan obat AZT, 3TC dan Nevirapin. Dengan demikian di Indonesia terdapat AZT, 3TC dan Nevirapin buatan Kimia Farma serta AZT, 3TC dan Nevirapin import dari India. Di satu sisi import AZT, 3TC dan Nevirapin dapat mengamankan pengadaan obat namun di sisi lain adanya obat yang berbeda bentuk dan namanya ini

dapat membingungkan penyelenggara program, apalagi pengguna obat ARV. Penggunaan dana untuk pengadaan obat ARV ini perlu pengaturan karena kebutuhan obat ARV ini sudah di depan mata.

Selain layanan ARV, layanan infeksi oportunistik juga telah dilaksanakan. Pada umumnya obat infeksi oportunistik tersedia di rumah sakit namun beberapa infeksi oportunistik memerlukan obat yang mahal seperti amfoterisin B untuk kriptokokkus, gansiklovir untuk infeksi CMV.

Distribusi ARV berjalan cukup lancar sehingga setiap unit layanan dapat menyediakan ARV sesuai kebutuhan. ARV dikirim ke rumah sakit yang telah ditunjuk. Penggunaan ARV dilaksanakan oleh tenaga yang sudah dilatih dan diawasi oleh tim AIDS rumah sakit. Panduan penggunaan ARV mengacu ke Panduan WHO. Pelaporan penggunaan menggunakan format pelaporan secara nasional.

Meski jumlah layanan dan cakupan PDP meningkat tajam namun layanan PDP masih menghadapi berbagai masalah yaitu :

1. Sebagian infeksi HIV terdiagnosis pada keadaan tahap lanjut, tak jarang ODHA mempunyai infeksi oportunistik berat bahkan infeksi oportunistik yang lebih dari satu. Dengan demikian angka kematian perawatan di rumah sakit masih tinggi. Angka kematian perawatan di salah satu rumah sakit di Jakarta Barat mencapai 30% dan sebagian besar kematian terjadi pada awal perawatan sebelum penderita memperoleh ARV.
2. Biaya untuk diagnosis dan terapi infeksi oportunistik mahal dan sebagian besar biaya ini masih ditanggung oleh ODHA dan keluarga. Pada umumnya perusahaan asuransi tidak bersedia memberikan penggantian biaya untuk kasus AIDS.
3. Infeksi HIV di kalangan pengguna narkoba semakin meningkat. Pada pengguna narkoba suntikan selain infeksi HIV juga terdapat ko-infeksi Hepatitis C dan B, serta terdapatnya infeksi pneumonia dan infeksi endokarditis bakteri. Keadaan ini mempersulit penatalaksanaan karena tak jarang seorang ODHA yang dirawat menderita berbagai infeksi oportunistik disertai pula ko-infeksi hepatitis.
4. Kemampuan layanan PDP masih beragam. Terdapat unit layanan yang sudah mempunyai pengalaman luas dalam PDP namun juga terdapat unit layanan yang baru memulai layanan PDP. Selama ini sistem dukungan untuk meningkatkan mutu layanan belum terprogram dengan baik.

Cakupan kunjungan

- Jumlah odha yang berkunjung ke pusat layanan HIV
- Jumlah odha yang berkunjung ke klinik rawat jalan (jumlah ini harus dibandingkan dengan estimasi jumlah odha di kabupaten/ Kota tersebut)

Kualitas perawatan

- Kegiatan dukungan sebaya bagi odha
- Keikutsertaan odha dalam perawatan dan pengobatan, dalam pengambilan keputusan dan dalam pemberian layanan kesehatan
- Tingkat stigma
- Tingkat kepuasan pelanggan pusat layanan HIV
- Tingkat kepuasan petugas kesehatan

Pelatihan dan pendidikan

- Jumlah petugas kesehatan yang terlatih PDP
- Jumlah odha yang pernah dilatih untuk PDP
- Jumlah anggota organisasi masyarakat dan LSM yang pernah dilatih PDP
- Jumlah lokasi penyimpanan obat baik di pusat, provinsi atau kabupaten yang dalam kartu stok obat ARV nya termutakhir dan dimutakhirkan minimal tiap 6 bulan.

MEMONITOR	INDIKATOR UNTUK MENGUKUR	CARA MENGHITUNG
Indikator dini adanya resistensi obat HIV:	Proporsi ODHA dewasa dalam paduan ARV standar lini-1	$\frac{\# \text{ odha dewasa yang dalam paduan ARV lini-1 selama kurun waktu tertentu}}{\text{Total odha yang mengambil obat padua ARV lini-1 selama kurun waktu tertentu}}$
	Proporsi ODHA dewasa yang memulai terapi ARV 6 (12) bulan yang lalu dan masih terus mengambil obat pada 6 (12) bulan penuh	$\frac{\# \text{ ODHA dewasa yang memulai terapi ARV 6 (12) bulan yang lalu}}{\# \text{ ODHA dewasa yang memulai terapi ARV 6 (12) bulan dan masih terus mengambil obat pada 6 (12) bulan penuh}}$
	Proporsi ODHA yang memulai terapi ARV lini-1 yang masih terus mengambil obat ARV lini-1nya selama 12 dan 24 bulan penuh	Odha yang masih mengambil ARV lini-1 pada 12 dan 24 bulan setelah mulai terapi Odha yang memulai terapi ARV lini-1 selama kurun waktu tersebut
	Lihat di atas: proporsi odha yang masih dalam ARV lini-1 setelah 12 bulan mulai terapi	

Tabel 7. Contoh indikator untuk pengembangan program

<p>Mobilisasi dan koordinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah Kabupaten/ kota yang memiliki tim koordinasi PDP dengan melibatkan odha, LSM, ormas dan pengelola program TB - Jumlah Kabupaten/ kota yang memiliki pusat layanan HIV - Jumlah Kabupaten/ kota yang memiliki kelompok odha - Jumlah Kabupaten/ kota yang memiliki tim/ kelompok kerja layanan HIV - Jumlah Kabupaten/ kota yang memiliki tim/ kelompok kerja PDP HIV/ AIDS dengan melibatkan odha - Jumlah Kabupaten/ kota yang system rujukan yang berfungsi - Jumlah Kabupaten/ kota yang memiliki program pelatihan PDP dengan melibatkan semua pemangku kepentingan
<p>Jenis layanan yang tersedia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah Kabupaten/ kota yang memiliki klinik konseling dan tes HIV sukarela (KTS) - Jumlah Kabupaten/ kota yang menyediakan terapi dan profilaksis IO - Jumlah Kabupaten/ kota yang menyediakan layanan terapi-ARV - Jumlah Kabupaten/ kota yang menyediakan perawatan paliatif - Jumlah Kabupaten/ kota yang menyediakan dukungan psikologis - Jumlah Kabupaten/ kota yang menyediakan dukungan sosioekonomi - Jumlah Kabupaten/ kota yang menyediakan layanan pencegahan HIV

- Layanan AIDS pada anak masih belum mendapat perhatian yang memadai.
- Agar mampu memberikan layanan PDP pada anak maka diperlukan SDM yang berpengalaman, fasilitas laboratorium yang mencukupi serta obat ARV untuk anak. Tenaga dokter yang mampu mendiagnosis dan melakukan terapi pada anak yang terinfeksi HIV masih sedikit dan terbatas di kota besar. Pemeriksaan viral load dan CD4 yang dibutuhkan untuk diagnosis dan terapi HIV pada anak harganya mahal dan masoh harus menjadi beban keluarga. Obat ARV khusus anak belum tersedia sehingga masih menggunakan obat ARV dewasa dengan penyesuaian dosis.
- Kerjasama rumah sakit dengan LSM di berbagai unit layanan belum terbina dengan baik. Ada kecenderungan saling merasa benar sendiri dan menyalahkan pihak lain. Situasi ini harus dirubah sehingga terjadi kerjasama yang menguntungkan demi terwujudnya layanan yang bermutu.
- Dukungan pengadaan fasilitas dan peralatan medik untuk menerapkan kewaspadaan universal masih minim. Di banyak unit layanan, sarung tangan yang amat esensial sebagai barrier dalam kewaspadaan universal tidak tersedia cukup.
- Kurangnya komunikasi antara pembuat kebijakan dengan pelaksana di lapangan. Dukungan untuk pelaksana di lapangan baik berupa dukungan finansial maupun teknik yang pada umumnya diberikan oleh lembaga donor atau LSM internasional masih kurang terkoordinasi sehingga membingungkan petugas di lapangan.
- Dalam hal pelaporan, pelaksana layanan PDP dimintakan laporan oleh berbagai pihak yaitu Departemen Kesehatan (Depkes), lembaga donor dan WHO. Sewajarnya laporan hanya diserahkan pada satu instansi saja dan lembaga lain yang memerlukan dapat berhubungan dengan Depkes tanpa turun langsung ke lapangan.
- Manajemen logistik (perencanaan, pengadaan obat ARV, pendistribusian, dan pemantauan) belum tertata dengan baik sehingga masih dialami adanya kekurangan obat, kelebihan obat, atau terlambatnya distribusi.

3. TUJUAN

Secara umum, pedoman ini ditujukan agar pelaksanaan perluasan jejaring PDP terarah dan terstandar sehingga pelaksanaan akan menjadi efektif, efisien, bermutu dalam rangka mencapai target akses bagi semua (universal target) pada tahun 2008

Secara khusus, pedoman digunakan sebagai:

1. Acuan dalam pengembangan sistem layanan berkesinambungan
2. Acuan dalam aspek pengembangan PDP secara bertahap
3. Acuan dalam aspek pelayanan PDP yang bermutu
4. Acuan dalam monitoring dan evaluasi PDP
4. Sasaran buku

Sasaran Pengguna Pedoman ini:

1. Manajer program AIDS
2. Pengelola program AIDS di tingkat pusat, propinsi dan kabupaten
3. Konsultan program
4. Pelaksana layanan PDP di seluruh sarana pelayanan kesehatan.
5. Pengambil keputusan (eksekutif dan legislatif)
6. LSM mitra program
7. Lembaga donor
8. Lembaga pendidikan dan pelatihan dalam bidang HIV/AIDS
9. Pegiat dan peminat masalah AIDS

Tabel 6. Indikator untuk memantau Perawatan HIV dan Terapi ARV bagi Pusat PDP HIV/ AIDS di Kabupaten/ Kota

MEMONITOR	INDIKATOR UNTUK MENGUKUR	CARA MENGHITUNG	
Perawatan HIV dan Akses terhadap terapi ARV	Jumlah pasien yang tercatat dalam perawatan HIV	Jumlah pasien baru dan jumlah kumulatif dari pasien yang menjalani perawatan HIV	
	Jumlah pasien yang menjalani perawatan HIV dan memenuhi syarat untuk terapi ARV tapi belum memulai ARV		
	Jumlah yang memulai terapi ARV	Jumlah pasien baru dan jumlah kumulatif dari pasien yang pernah mendapatkan terapi ARV	
	Proporsi pasien yang memenuhi syarat untuk terapi ARV dengan yang memulai ARV	$\frac{\# \text{ yang memulai terapi ARV di klinik}}{\# \text{ pasien yang memenuhi syarat untuk terapi ARV}}$	
	Proporsi pasien dengan infeksi HIV tahap lanjut yang mendapatkan terapi ARV (indikator inti UNGASS)	Di tingkat Kab/ Kota, numerator dihitung dg menjumlahkan semua pasien ARV. Denominator adalah estimasi prevalensi HIV dan perkiraan proporsi kasus AIDS (bukan berdasar register)	
Keberhasilan Terapi ARV	Proporsi ODHA dalam terapi-ARV yang hidup pada 6, 12, dan 24 bulan setelah mulai terapi	$\frac{H + I + J}{\text{Total pasien yang pernah mendapatkan terapi ARV}}$	Keterangan: H: mulai atau terus dalam terapi ARV I: Substitusi ke paduan ARV lini-1 yang asli J: Ubah (Switch) terapi dg paduan ARV lini2 (atau lebih)
	Proporsi ODHA dengan ARV lini-1 pada 12 bulan setelah mulai terapi	$\frac{H + I}{H + I + J}$	
	Proporsi ODHA yang masih dengan ARV lini-1 orisinal	$\frac{H}{H + I + J}$	
	Proporsi ODHA dg ARV substitusi ARV lini-1	$\frac{I}{H + I + J}$	
	Proporsi ODHA dengan ARV yang kepatuhannya baik pada 6, 12, dan 24 bulan setelah mulai terapi.		
	Proporsi ODHA dengan ARV yang status fungsionalnya bekerja pada 6, 12, 24 bulan setelah mulai terapi.		
	Median CD4 meningkat pada 6, 12, 24 bulan setelah mulai terapi dibanding nilai dasar.		

VI. MONITORING DAN EVALUASI

Depkes berfungsi melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan layanan PDP. Lembaga internasional dan lembaga donor dapat membantu Depkes menyelenggarakan monitoring dan evaluasi yang baik. Namun, pelaporan hanya melalui satu pintu yaitu Depkes. Yang dimaksudkan dengan laporan PDP adalah laporan kegiatan yang merangkum kegiatan masing-masing unit pelayanan. Sedangkan data individu pasien disimpan di unit pelayanan dan menjadi milik unit pelayanan.

Indikator keberhasilan yang mengukur keberhasilan perluasan PDP adalah sebagai berikut:

- a. Jumlah layanan PDP di seluruh Indonesia mencapai >300.
- b. Jumlah kompetensi layanan PDP strata 3 >10 dan strata 2 >50.
- c. Jumlah orang yang dilayani PDP >50.000 orang.
- d. Jumlah ODHA yang menggunakan ARV 30.000 orang.
- e. Adherens dalam satu tahun 95 %.
- f. Angka kematian perawatan di rumah sakit <10%.
- g. Tersedia layanan ARV sediaan pediatrik.
- h. Keterlibatan swasta dalam layanan PDP >20%.
- i. Pendanaan dari daerah tingkat II melebihi 20% dari dana pemerintah pusat.
- j. Kejadian diskrimansi <5 %.
- k. Alokasi dana dari pemerintah pusat meningkat setiap tahun sebesar >20 %.
- l. Tercapainya fungsi koordinasi KPA.

Indikator untuk monitoring dan evaluasi yang terstadarisasi dan serasi secara nasional telah dikembangkan guna mengupayakan perluasan jangkauan terapi ARV nasional. Pada bagian ini termuat contoh indikator perluasan jangkauan terapi ARV yang digunakan dalam program HIV/AIDS secara nasional.

II. PDP DAN LAYANAN YANG BERKESINAMBUNGAN

1. PENGERTIAN

PDP merupakan singkatan dari pelayanan, dukungan dan pengobatan (Care Support and Treatment), adalah suatu layanan terpadu dan berkesinambungan untuk memberikan dukungan baik aspek manajerial, medis, psikologis maupun sosial untuk mengurangi atau menyelesaikan permasalahan yang dihadapi ODHA selama perawatan dan pengobatan.

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

Di Indonesia, kasus baru HIV/AIDS sebagian besar berasal dari kelompok pengguna narkoba suntik sehingga cakupan PDP pada ODHA tak dapat dilepaskan dari permasalahan yang timbul pada penggunaan narkoba yaitu adiksi, overdosis, infeksi terkait penggunaan narkoba suntik, permasalahan hukum, dan lain-lain.

Dengan demikian cakupan usaha PDP amat luas dan melibatkan tidak hanya layanan kesehatan namun juga keluarga dan lembaga swadaya masyarakat.

Pengobatan HIV sendiri memiliki keunikan tersendiri, seperti misalnya:

- Terapi antiretroviral merupakan pengobatan seumur hidup dan memerlukan pendekatan perawatan kronik.
- Tuntutan akan kepatuhan (adherence) pada pengobatan ARV yang sangat tinggi (95%) guna menghindari resistensi dari virus dan kegagalan terapi.

- Layanan terapi ARV akan meningkatkan kebutuhan akan layanan konseling dan tes HIV, namun juga akan meningkatkan kegiatan pencegahan dan meningkatkan peran ODHA.

Agar kepatuhan pada terapi ARV dan kualitas hidup ODHA dapat meningkat secara optimal, maka perlu dikembangkan suatu layanan perawatan komprehensif yang berkesinambungan.

Upaya pencegahan dan terapi merupakan upaya yang berkesinambungan. Semula upaya pencegahan merupakan kegiatan utama dalam penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia karena jumlah anggota masyarakat yang terinfeksi HIV/AIDS masih sedikit sehingga terbuka kesempatan luas untuk mencegah penularan di masyarakat. Namun dengan semakin banyaknya orang yang terinfeksi HIV di Indonesia maka dibutuhkan upaya terapi dan dukungan.

Dengan tersedianya ARV upaya terapi menjadi lebih nyata hasilnya namun kegiatan perawatan dan dukungan juga harus dilaksanakan. Sebagian mereka yang mendapat terapi ARV berhasil mencapai kualitas hidup yang baik, mereka mengalami pemulihan jasmani yang nyata dan dapat hidup secara produktif.

Layanan PDP tak dapat berdiri sendiri tapi kait berkaitan dengan layanan yang lain. Karena itulah di masyarakat perlu diupayakan layanan yang komprehensif yang meliputi berbagai layanan yang dibutuhkan masyarakat. Selain itu layanan tersebut hendaknya tidak terputus namun harus dijaga kesinambungannya. Berbagai lembaga donor di Indonesia biasanya tertarik untuk ikut menyelenggarakan beberapa kegiatan saja dari layanan komprehensif. Hendaknya kegiatan tersebut memepertimbangkan kebutuhan nyata masyarakat serta mengupayakan agar masyarakat mendapat layanan komprehensif dan berkesinambungan dengan bekerjasama dengan institusi yang ada.

2. UNSUR PENTING PDP YANG KOMPREHENSIF DAN BERKESINAMBUNGAN.

2.1. PEMBERDAYAAN DAN KOORDINASI PARA PELAKSANA DI LAPANGAN SERTA PIHAK TERKAIT, TERMASUK PARA ODHA.

- Layanan Kesehatan Masyarakat dan Layanan Klinik (termasuk perawatan TB, KIA, IMS, KB dan kegiatan pencegahan HIV), ODHA, pejabat setempat, organisasi masyarakat setempat, organisasi keagamaan, dan LSM perlu diberdayakan dan dikoordinasikan

LANGKAH	KEGIATAN
Monitoring dan Evaluasi	Bangun dan laksanakan: - Mekanisme jaga mutu layanan - Pemantauan dan bimbingan klinis - Mekanisme monev intern - Mekanisme monev formal Tanggapi hasil monev intern dan formal dengan perbaikan seperlunya.

- iv) pelatihan dan dukungan bagi anggotanya,
- v) pasokan obat, reagen diagnostic dan pasokan lain,
- vi) manajemen keuangan,
- vii) rujukan kasus,
- viii) pemantauan pasien, pencatatan dan pelaporan,
- ix) monitoring dan evaluation program

Tabel berikut dapat memandu langkah pembentukan Tim Koordinasi dan Pokja HIV.

Tabel 5. Langkah Pembentukan Pusat PDP HIV/AIDS di Kabupaten/ Kota

LANGKAH	KEGIATAN
Telaah	<ul style="list-style-type: none"> - Telaah tingkatan epidemic setempat, populasi yang berisiko, cara penularan yang utama, sikap petugas kesehatan - Identifikasi pihak yang berkepentingan (pihak yang mungkin dapat mendorong atau menghambat program AIDS) - Pemetaan sumber daya yang terkait dengan HIV/AIDS - Telaah kebutuhan ODHA, petugas kesehatan dan pemangku kepentingan yang lain. Tentukan kebutuhan pelatihan - Telaah pemasok utama obat, sarana prasarana, paket layanan dan kegiatan dasar, sistem rujukan
Perencanaan	<ul style="list-style-type: none"> - Temukanstrategi untuk bekerja sama dengan pemangku kepentingan yang mungkin mendukung dan yang menghambat - Selenggarakan loka karya dengan para pelaku/pelaksana di kabupaten- Bentuk Pusat layanan HIV/AIDS - Tentukan target yang realistic - Buat kerangka waktu (jangka pendek, menengah dan panjang) - Rencanakan pelatihan, termasuk pealtihan kalakarya - Buat rencana anggaran - Rencanakan dan bentuk sistem manajemen kasus - Kembangkan daftar sumber daya dan mekanisme rujukan - Gunakan pedoman nasional sebagai protokol pengobatan dan sistem pencatatan dan pelaporannya - Gunakan pedoman nasional dalam sistem monitoring dan evaluasi
Pelaksanaan	<ul style="list-style-type: none"> - Laksanakan rencana yang dibuat pada langkah sebelumnya - Bangun kerja sama dan koordinasi dengan proyek HIV/AIDS lain yang ada di lingkungan daerah kabupaten setempat ataupun yang di luar

- Pengembangan system rujukan berjenjang ataupun antar layanan setingkat yang memungkinkan ODHA untuk menjangkau layanan perawatan dan pengobatan serta tatalaksana perawatan kronis secara berkesinambungan.
- Perlu pengembangan dan peningkatan kegiatan kelompok dukungan sebaya bagi ODHA
- Keikutsertaan ODHA dalam proses perencanaan, penerapan pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi layanan kesehatan, perawatan dan pengobatan.

2.2. KONSELING DAN TES HIV

Anggota masyarakat yang ingin mengetahui apakah dirinya terinfeksi HIV perlu mendapat layanan Konseling dan Tes HIV secara Sukarela (Voluntary Counselling and Testing). Konseling akan mempersiapkan peserta KTS untuk menerima hasil tes yang positif maupun negatif. Konseling juga amat bermanfaat untuk meningkatkan pemahaman mengenai HIV/AIDS, mengurangi rasa takut serta mengenal berbagai dukungan yang mungkin diperlukan. Jumlah layanan KTS harus ditingkatkan agar layanan ini mudah dijangkau masarakat. Untuk itu diperlukan konselor yang terlatih serta pemeriksaan laboratorium yang akurat. Untuk meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap konselor maka dalam hubungan konselor klien perlu dijaga keconfidentialitas.

- Koseling dan tes HIV harus dilaksanakan atas dasar sukarela dari klien sebagai gerbang untuk menjangkau layanan pengobatan dan perawatan kesehatan serta pencegahan.
- Tes HIV harus disertai konseling pra dan pasca tes.
- Kerahasiaan harus dijaga dan dijamin.

2.3. TATALAKSANA DAN PERAWATAN KLINIK

Setelah diagnosis ditegakkan maka perlu dilakukan perawatan klinik disertai dengan dukungan dan pengobatan (PDP). Orang yang telah mengetahui dirinya tertular HIV atau sudah menderita infeksi oportunistik tidak boleh dibiarkan terlantar, tidak mendapat pertolongan. PDP diharapkan akan dapat memulihkan keadaan fisik, psikologis dan sosial mereka yang terinfeksi HIV.

- Tatalaksana perawatan kronis berpusat pada kepentingan pasien dan keluarganya, dengan kunjungan klinik dan tindak lanjut yang terencana secara teratur.

- Perawatan klinik tersebut meliputi:
 - a. pengobatan profilaksis untuk infeksi oportunistik;
 - b. tatalaksana terapi ARV;
 - c. dukungan untuk kepatuhan berobat dan
 - d. tatalaksana gejala dan nyeri dalam perawatan paliatif
- Pintu masuk layanan klinik dimulai sejak seorang pasien datang untuk mendapatkan layanan tes HIV dengan konseling di klinik KTS ataupun tes yang ditawarkan oleh petugas kesehatan di berbagai titik layanan seperti di bawah ini
 1. Datang sendiri (Self-Referral)
 2. Pasien Rawat Jalan (Outpatient Clinic)
 3. Pasien Rawat Inap (Inpatient Wards)
 4. Lapas (Prisons and Closed Settings)
 5. Layanan transfusi (Transfusion Services)
 6. Layanan kesehatan swasta (Private Providers)
 7. Layanan kesehatan perusahaan (Company Health Care)
 8. Petugas penjangkau (Outreach)
 9. Keluarga (Family)
 10. Organisasi masyarakat/ Ormas atau lembaga swadaya masyarakat (LSM) Pengobatan Tradisional (Traditional healer)
- PDP HIV meliputi perawatan akut dan perawatan kronik, dimulai sejak pasien setuju untuk mengikuti program perawatan.
Alur pasien ketika mereka menyatakan setuju untuk mengikuti program perawatan kronis adalah sebagai berikut:
 1. Triase
 2. Pendidikan dan dukungan
 3. Penilaian
 4. Tinjauan status kehamilan dan KB pada seluruh pasien Odha wanita pada tiap kunjungan
 5. Tinjauan status TB pada semua pasien Odha pada tiap kunjungan
 6. Menyediakan layanan klinis
 7. Memberikan profilaksis jika diperlukan
 8. Terapi ARV
 9. Manajemen problem kronis
 10. Penjadwalan kunjungan
 11. Pencegahan bagi Odha

V. KEGIATAN POKOK PERLUASAN LAYANAN PDP

Untuk menyiapkan Pusat Layanan HIV/AIDS di kabupaten dianjurkan langkah sebagai berikut

1. MEMBENTUK TIM KOORDINASI DI TINGKAT KABUPATEN/ KOTA

Anggota tim Koordinasi sebaiknya terdiri dari pengelola program HIV/AIDS di tingkat Dinkes kabupaten/ Kota, pengelola Rumah Sakit Kabupaten/ Kota, perwakilan dari petugas pemberi layanan di rumah sakit seperti dokter, perawat, dll, perwakilan dari program terkait dengan HIV (Konseling dan tes HIV sukarela, klinik TB, KIA dan klinik IMS dan promosi kesehatan), ODHA, mitra dari LSM dan atau ormas dan tokoh masyarakat, dapat pula memasukkan pemuka agama sesuai dengan kebutuhan daerah masing masing dengan tujuan untuk melibatkan pemimpin setempat yang berpengaruh. Tim ini dikoordinasikan oleh Komisi Penanggulangan AIDS setempat, dan mengadakan pertemuan teratur sebulan sekali untuk melaksanakan fungsi kolaborasi dan koordinasinya.

2. MEMBENTUK TIM KLINIK PERAWATAN HIV (POKJA HIV DI RS)

Tim terdiri dari petugas kesehatan yang terlibat dalam PDP HIV/ AIDS di RS kabupaten ditambah dengan ODHA.

Tujuan pokok pembentukan Tim klinik tersebut adalah untuk menjaga kualitas layanan perawatan dan pengobatan dengan melakukan pertemuan klinis secara teratur (mingguan) untuk membahas kasus yang ada.

Penting sekali untuk menunjuk tim klinik atau kelompok kerja di Pusat PDP HIV/ AIDS Strata II sebagai penanggung jawab terlaksananya perencanaan, penerapan, monitoring dan evaluasi layanan HIV/AIDS di daerahnya.

Lingkup kerja dari Pokja tersebut dapat meliputi hal sbb:

- i) sekretariat dari Tim Koordinasi,
- ii) mobilisasi dan koordinasi para pelaksana utama di lapangan,
- iii) manajemen tim/pokja Klinik HIV,

13. STRATEGI PERLUASAN LAYANAN DAN PENINGKATAN MUTU PDP

Adapun strategi perluasan serta peningkatan mutu PDP adalah sebagai berikut:

1. Dinas kesehatan setempat melakukan pemilihan layanan PDP baru sesuai kebutuhan.
2. Dinas kesehatan menginvestarisasi kebutuhan untuk perluasan dan peningkatan mutu layanan PDP di daerahnya.
3. Dinas kesehatan melakukan evaluasi dan pembinaan layanan PDP di daerahnya.
4. Setiap layanan PDP yang sudah ada membina sedikitnya 3 layanan PDP baru di daerah kerjanya. Di dalam enam bulan diharapkan layanan PDP baru dapat memulai kegiatan
5. Setiap layanan PDP dengan strata yang lebih tinggi memperkuat layanan PDP strata yang dibawahnya melalui pelatihan, kunjungan serta magang berkala.
6. Perluasan dan peningkatan mutu layanan PDP memanfaatkan sarana dan fasilitas yang telah ada.
7. Perluasan dan peningkatan mutu layanan PDP dilakukan dengan mengikutsertakan stake holder yang ada dengan dinas kesehatan sebagai vokal point.
8. Pertemuan berkala antara rumah sakit rujukan PDP/ODHA dengan rumah sakit atau sarana kesehatan lain sebagai satelitnya dalam rangka pembahasan kasus/mentoring dalam rangka mengidentifikasi kasus sulit, masalah serta mendiskusikan pemecahannya secara bersama.
9. Revisi terhadap pedoman-pedoman nasional terkait pelayanan PDP sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran mutakhir di bidang HIV/AIDS.

Bagan Alur penanganan pasien program perawatan kronis dapat dilihat secara lengkap di Gambar 1 di bawah ini.

2.4. DUKUNGAN PSIKOLOGIS DAN SOSIOEKONOMI

- Dukungan psikososial, spiritual dan pendidikan dapat berupa konseling dan edukasi secara perorangan, kelompok, pasangan atau komunitas. Pilihan utama adalah dukungan sebaya atau kegiatan kelompok ODHA.
- Dukungan akhir hayat sebaiknya diberikan pada ODHA
- Perhatian pada kesejahteraan sosial dan bantuan hukum bagi ODHA yang miskin dan terucilkan. Dalam hal ini dapat berupa kegiatan usaha meningkatkan pendapatan ekonomi atau dalam bentuk dukungan lainnya seperti bantuan pakaian, bantuan hukum bagi ODHA atau keluarganya termasuk yatim piatu dan anak-anak yang rentan.
- Dukungan gizi
- Upaya menurunkan stigma dan diskriminasi bagi ODHA

2.5. PENCEGAHAN HIV

Kegiatan pencegahan meliputi upaya pencegahan baik melalui jalur hubungan seksual, jarum suntik yang dipakai bersama oleh pengguna narkoba suntikan serta upaya pencegahan penularan dari ibu hamil HIV positif ke bayinya. Sedangkan upaya pencegahan penularan di kalangan layanan kesehatan dilaksanakan dengan mengamalkan kewaspadaan universal.

Upaya pencegahan harus terkait dalam perawatan, yang meliputi kegiatan:

a. Penyuluhan

Berbagai upaya penyuluhan dengan komunikasi, informasi dan edukasi diharapkan dapat menyadarkan masyarakat tentang pentingnya memahami cara penularan serta melindungi diri dan keluarga dari penularan HIV/AIDS. Ini berarti menumbuhkan gaya hidup sehat serta meninggalkan perilaku berisiko. Selain itu masyarakat juga perlu menyadari pentingnya mengetahui status HIV terutama bagi mereka yang pernah melakukan perilaku berisiko atau berisiko tertular dari pasangan. Upaya penyuluhan ini perlu dilaksanakan pada tingkat keluarga, sekolah dan masyarakat.

- b. Promosi kondom dan perilaku seksual yang lebih aman;**
Guna mencegah Infeksi Menular Seksual. Infeksi menular seksual dapat meningkatkan risiko HIV secara nyata karena itu upaya pencegahan infeksi menular seksual amat penting dilakukan. Penggunaan kondom di lokalisasi yang diharapkan dapat mencapai 50 % sampai saat ini belum tercapai. Begitu pula diagnosis dan terapi infeksi menular seksual perlu dipertajam sehingga penyakit ini dapat dikurang seminimal mungkin di masyarakat
- c. Pengurangan dampak buruk bagi para PENASUN, seperti pertukaran alat suntuk steril, terapi rumatan metadon oral**
- d. Penerapan kewaspadaan universal**
- e. Profilaksis pasca pajanan**
- f. Pencegahan penularan dari ibu ke anak (PMTCT)**
Dengan semakin banyaknya orang perempuan yang dalam rentang usia subur terinfeksi HIV maka angka kekeperanan HIV di kalangan ibu hamil akan meningkat. Kesempatan untuk mencegah penularan pada bayi yang dikandung harus dimanfaatkan dengan baik dengan melaksanakan program PMTCT.

Kegiatan pencegahan yang lain dan tak kalah pentingnya adalah :

- g. Layanan Transfusi Darah yang Aman**
Layanan transfusi darah di Indonesia belum mencukupi. Di seluruh Indonesia baru terdapat sekitar 185 layanan transfusi darah padahal kita memiliki sekitar 440 kabupaten dan kota. Dengan demikian lebih separuh kabupaten kota di Indonesia belum mempunyai layanan transfusi darah. Upaya untuk mencegah penularan HIV melalui jalur transfusi darah ini telah dimulai sejak tahun 1992 dengan melakukan skrining darah yang akan ditransfusikan. Namun kebutuhan darah mendadak di daerah yang belum mempunyai layanan transfusi darah dapat berisiko penularan HIV karena transfusi darah tidak dilaksanakan secara darurat dan tidak disertai skrining HIV.

Gambar di bawah merupakan gambaran sekilas dari unsur-unsur penting dari PDP untuk ODHA dewasa dan remaja. Pentingnya pemberdayaan dan koordinasi dari para pelaku utama dan semua pihak yang berkepentingan termasuk ODHA, ditekankan pada kotak yang ditengah, sedang kotak-kotak di sekelilingnya merupakan unsur-unsur penting dari PDP termasuk di dalamnya konseling dan tes HIV suka rela, perawatan klinik, dukungan psikososial dan sosioekonomi, serta pencegahan HIV.

12. PENDANAAN DAN SUMBER DANA

Dana layanan PDP berasal dari:

1. Pemerintah pusat
2. Pemerintah daerah
3. Dana masyarakat
4. Global Fund
5. Hibah dari negara donor
6. Lembaga donor filantropi
7. LSM internasional

Dewasa ini layanan dasar dalam program layanan komprehensif adalah penyuluhan (perubahan perilaku), kdup#uhgxfwlrq, penggunaan kondom, KTS, PDP, PMTCT, IMS, transfusi aman, dan pengadaan peraturan dan hukum. Tabel berikut menunjukkan prioritas penggunaan dana dari sumber yang ada.

Tabel 4. Sumber dana untuk kegiatan upaya penanggulangan AIDS

	KEGIATAN	SUMBER DANA				
		Pemerintah Pusat	Pemda	Swasta/Bisnis	Lembaga Donor Internasional	LSM Internasional
1	Penyuluhan	+	+	+	+	+
2	Pencegahan	+	+	+	+	+
3	IMS	+	+	+	+	+
4	KTS	+	+	+	+	+
5	PDP	+	+	+	+	+
6	PMTCT	+	+	+	-	-
7	Safe transfusion	+	+	-	-	-
8	Peraturan	+	+	-	-	-

Pemerintah (Komisi Penanggulangan AIDS) hendaknya dapat menjadi koordinator penyediaan dan penyaluran dana baik yang berasal dari pemerintah maupun dari lembaga internasional.

Kegiatan LSM internasional dapat dilakukan setelah disetujui oleh KPA/KPAD dan mendapat masukan dari dinas kesehatan setempat. Kita perlu menghindari adanya tumpang tindih kegiatan di satu daerah kerja yang mengakibatkan pemborosan dan berpotensi terjadinya konflik antar penyelenggara.

1. Pokja AIDS yang sebagian anggotanya sudah mendapat pelatihan KTS dan PDP.
2. Fasilitas diagnostik laboratorium (di unit layanan atau di rujuk).
3. Fasilitas poliklinik rawat jalan (dapat bersatu atau terpisah dari poliklinik lain).
4. Fasilitas rawat inap (dapat bersatu atau terpisah dengan rawat inap lain).
5. Fasilitas konseling.
6. Obat infeksi oportunistik.
7. Obat ARV.
8. Komputer, formulir untuk pemantauan, dan evaluasi.
9. Petugas kesehatan (dokter, perawat, laboratoris, farmasis yang telah dilatih).
10. Pedoman PDP, Pedoman terapi ARV pada orang dewasa dan anak, Pedoman ARV pada pengguna narkoba suntikan, Pedoman pelaporan, Pedoman Kewaspadaan Universal.

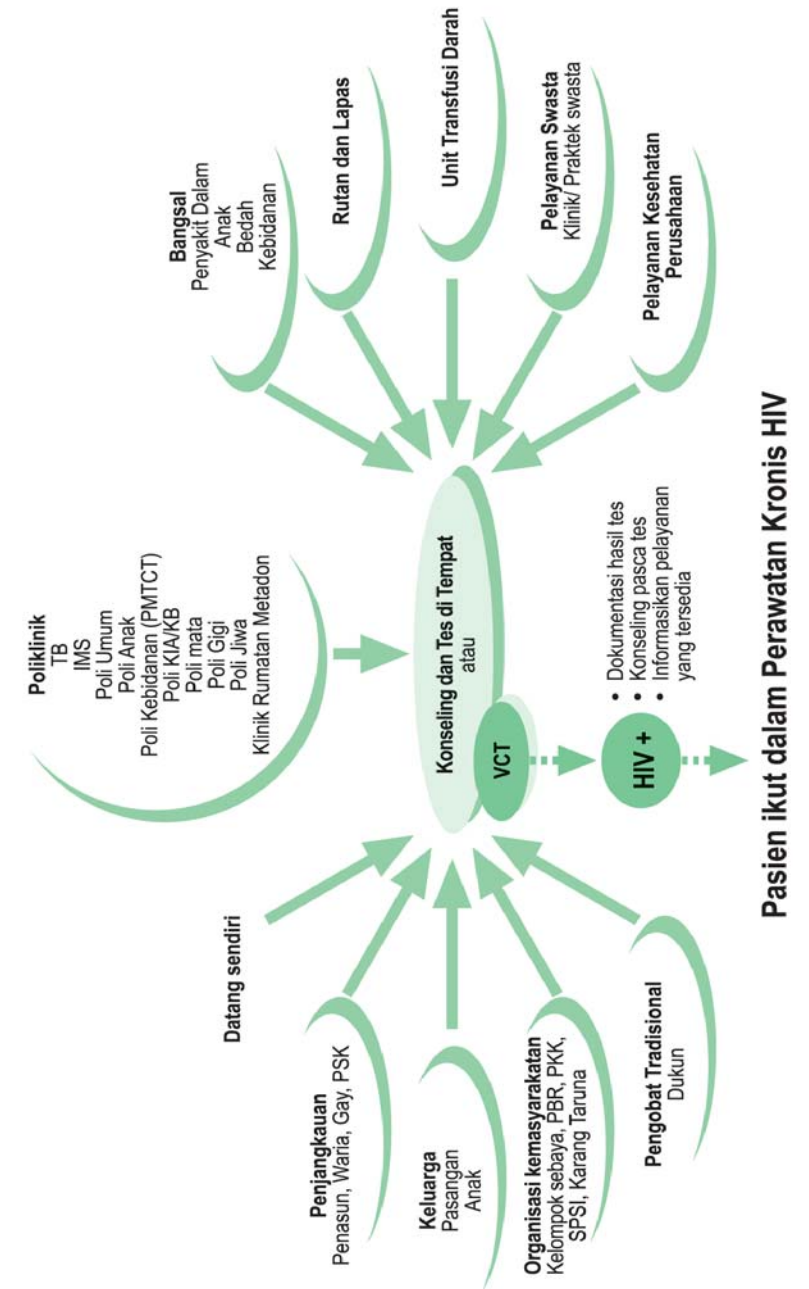
Tenaga, sarana dan fasilitas yang diperlukan ini disesuaikan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 832/Menkes/SK/X/2006.

Sasaran terdiri atas sasaran jumlah layanan, peningkatan kompetensi, sasaran jumlah PDP.

Tabel 3. Sasaran Peningkatan Kompetensi PDP

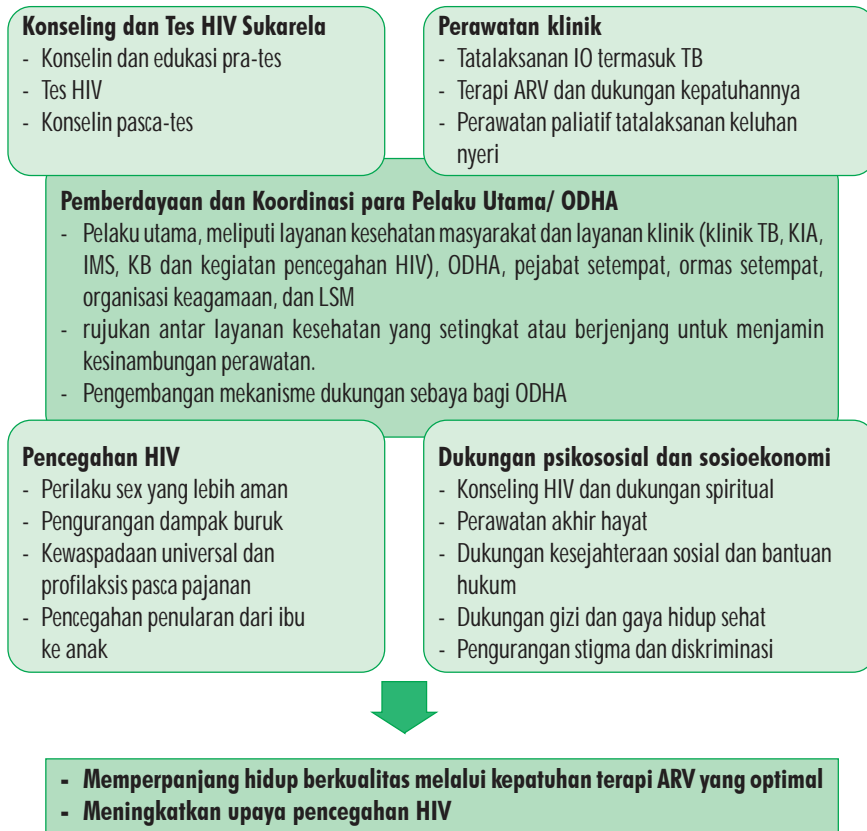
	2006	2007	2008
Jumlah layanan KTS	296	440	1.000
Jumlah layanan ARV	109	237	440
Keterlibatan pelayanan swasta	10%	25%	40%
Jumlah pengguna PDP	15.000	25.000	50.000
Jumlah pengguna ARV kumulatif	8.000	15.000	30.000
Kontribusi dana daerah tk. II	5%	10%	20%

Gambar 1. Bagan Alur Perawatan Kronis bagi ODHA





Gambar 2. Unsur Pokok PDP untuk HIV/AIDS



- Pelatihan Farmasi
- Pelatihan Monitoring dan Evaluasi (Pencatatan dan pelaporan)
- Pelatihan pendampingan dan dukungan
- Pelatihan untuk ODHA dan keluarga
- Pelatihan untuk kalangan bisnis
- Pelatihan penggunaan dana

Mengingat banyaknya pelatihan yang harus dilaksanakan, maka Depkes dapat memanfaatkan institusi yang berada di lingkungannya dan juga institusi pendidikan/pelatihan di luar lingkungan Depkes, seperti fakultas kedokteran, fakultas keperawatan, fakultas kesehatan masyarakat, akademi keperawatan, dan lain-lain. Namun, semua latihan tersebut mengacu kepada kurikulum yang sudah disusun dan diberi akreditasi oleh lembaga yang berhak.

Saat ini Depkes telah menunjuk 7 Pusat Pelatihan Regional (Regional Training Center) yaitu Bapelkes Jakarta, Malang, Denpasar, Bapelkes Makasar, PLKN Makasar, Bapelkes Pontianak dan Bapelkes Riau serta 35 orang Master Trainer (fasilitator) KTS, PDP, Laboratorium dan Monitoring Evaluasi.

10.3. SUPERVISI DAN MENTORING

Dari pengalam yang sudah disadari bahwa pelatihan saja belum menjamin kesiapan petugas untuk memulai dan melaksanakan kegiatan PDP secara baik. Diperlukan sutau bimbingan teknis pasca pelatihan termasuk kegiatan supervisi dan mentoring klinis oleh para mentor yang sudah lebih berpengalaman dalam melaksanakan PDP.

Kegiatan tersebut harus direncanakan dan dikoordinasikan oleh dinas kesehatan setempat melalui kemitraan dengan berbagai institusi layanan PDP baik swasta maupun pemerintah di tingkat nasional maupun provinsi bahkan tingkat kabupaten/ kota sekalipun, untuk menghimpun para mentor yang cuup handal dalam memberikan bimbingan klinis ataupun pelatihan di tempat.

11. SARANA DAN PRASARANA

Untuk dapat melaksanakan upaya perluasan layanan dan peningkatan mutu layanan PDP perlu dilakukan perluasan sarana dan fasilitas. Adapun SDM, sarana dan fasilitas yang diperlukan yang ideal adalah sebagai berikut:

Sarana Layanan Strata II

- Memiliki tim pokja HIV/AIDS atau seorang koordinator yang bertanggung jawab atas perencanaan, pelaksanaan dan monitoring/evaluasi dari perawatan dan pengobatan HIV dengan melibatkan ODHA yang terpilih atau petugas kesehatan untuk mengkoordinasikan kegiatan pertemuan berkala dengan berbagai pihak, seperti misalnya pertemuan klien, pertemuan klinik, dsb.
- Untuk tatalaksana klinis diperlukan tenaga dokter, perawat, konselor, ODHA yang berfungsi sebagai manajer kasus atau konselor, tenaga farmasi, dan asisten laboratorium (baik paruh waktu atau penuh waktu), yang telah dilatih PDP (dasar dan lanjutan) sebagai bagian anggota tim klinis di Pusat PDP HIV/ AIDS Strata II.
- Tenaga lain yang mungkin dibutuhkan adalah: pekerja sosial, bidan dan sebagainya.
- Memiliki tim pokja HIV/AIDS yang melibatkan tenaga dan bagian yang terkait dan dipimpin oleh seorang ketua.
- ODHA (beberapa) yang berfungsi sebagai manajer kasus, pembimbing terapi, pendukung kepatuhan makan berobat (adherence), tenaga penyuluh untuk pencegahan HIV, dan kelompok dukungan sebaya.

Sarana Layanan Strata I

- Tim klinis di Puskesmas meliputi dokter, perawat (yang telah dilatih Tatalaksana Terpadu HIV/AIDS – IMAI), bidan, relawan dari masyarakat sekitar dan ODHA
- Tim Perawatan berbasis rumah yang terdiri dari petugas puskesmas yang terlatih yang berfungsi sebagai koordinator dan pembimbing teknis, ditambah dengan tenaga relawan dari masyarakat, baik dari keluarga/teman dekat/ kerabat lain ODHA, masyarakat yang berminat, LSM, Ormas dsb

10.2. PELATIHAN

Pelatihan yang dibutuhkan

- Pelatihan KTS (Lay counselor, profesional dan senior)
- Pelatihan PDP untuk RS rujukan dan layanan primer
- Pelatihan Manajemen Terpadu Dewasa Salut (Integrated Management Adult Illness)
- Pelatihan laboratorium

III. TUJUAN DAN SASARAN PERLUASAN LAYANAN PDP

Secara nasional sasaran cakupan layanan pada akhir tahun 2009 adalah 50.000 orang dan 20.000 diantaranya adalah pengguna ARV. Setiap kabupaten/kota dapat menetapkan jumlah layanannya sendiri sesuai dengan peningkatan kebutuhan di masyarakat.

Selain berdasarkan domisili ini, cakupan layanan dapat ditingkatkan melalui tempat kerja. Jumlah cakupan layanan akan dapat ditingkatkan jika layanan PDP juga menyangkut kelompok yang sulit dijangkau seperti lembaga pemasyarakatan, pusat rehabilitasi narkoba, anak jalanan serta kelompok marjinal lainnya.

IV. KEBIJAKAN PADA PERLUASAN LAYANAN PDP

1. PERLUNYA PENGEMBANGAN PUSAT LAYANAN HIV/AIDS

Perawatan, dukungan dan pengobatan HIV/AIDS di Indonesia relatif masih baru, dan dirasakan kebutuhan yang mendesak untuk segera memperluas jangkauan terapi ARV bagi ODHA meskipun sumber daya dan kemampuan masih sangat terbatas.

Belajar dari pengalaman yang ada baik di dalam negeri maupun dari negara tetangga, menunjukkan bahwa kegiatan PDP HIV/AIDS mudah sekali terpecah belah dan tidak terkoordinasi ketika dilaksanakan oleh para pelaku yang berbeda-beda. Meskipun di dalam satu institusi seringkali tidak ada koordinasi antar bagian sehingga perawatan dan pengobatan menjadi tidak efektif dan kesinambungan perawatan/pengobatan menjadi terganggu dengan berbagai alasan. Sementara itu layanan yang berbasis komunitas dan LSM hanya terbatas baik secara jenis maupun jangkauannya.

Oleh karena itu perlu dikembangkan pusat layanan perawatan dan pengobatan HIV/AIDS di setiap Kabupaten/Kota dengan membentuk tim (pokja) PDP serta mekanisme koordinasinya. Tim PDP akan bekerja secara tim sehingga terjadi interaksi secara intensif antara para petugas kesehatan, ODHA dan semua pihak terkait dalam perawatan dan pengobatan HIV/AIDS. Hal tersebut akan meningkatkan efisiensi dan kemampuan para pelaksana serta meningkatkan komitmen dalam memberikan layanan perawatan dan pengobatan HIV/AIDS yang efektif.

2. KABUPATEN/ KOTA ATAU LAYANAN STRATA II (MENENGAH) SEBAGAI PUSAT LAYANAN

Sementara diharapkan agar PDP HIV/AIDS tersedia sedekat mungkin dengan tempat tinggal pasien, namun pengembangan tempat layanan tersebut sangat tergantung dari tingkat prevalensi HIV di suatu daerah.

Di daerah dengan prevalensi tinggi maka RS di tingkat Kabupaten/ Kota sebaiknya dikembangkan menjadi pusat layanan HIV/AIDS di daerah tsb. dengan pertimbangan bahwa RS di tingkat Kabupaten/Kota pada umumnya:

9. PENJAMINAN MUTU PELAYANAN (QUALITY ASSURANCE)

Untuk dapat melaksanakan layanan PDP yang bermutu bagi masyarakat perlu dilaksanakan program penjaminan mutu. Program penjaminan mutu ini dapat dipadukan dengan penjaminan mutu layanan rumah sakit secara menyeluruh namun dengan mempertimbangkan kekhasan layanan PDP yaitu menyangkut:

1. Confidentiality (kerahasiaan)
2. Kesinambungan layanan PDP.
3. Keterlibatan LSM dan relawan.
4. Keterlibatan lembaga donor.
5. Kewaspadaan universal (Xqlyhuvdo#suhfdwlrq).

Program penjaminan mutu ini merupakan program rumah sakit dilengkapi dengan evaluasi dari pihak luar rumah sakit.

10. SDM UNTUK PDP DAN PENGEMBANGANNYA

10.1. STANDAR KETENAGAAN DAN TEAM

Sarana Layanan Strata III

- Memiliki tim pokja HIV/AIDS yang melibatkan tenaga dan bagian yang terkait dan dipimpin oleh seorang ketua.
- Tenaga klinis yang berpengalaman di bidang HIV/AIDS (dokter, perawat) atau telah memiliki sertifikat untuk PDP (dasar dan lanjutan),
- Konselor untuk KTS (lay counselor, professional counselor, senior counselor),
- Pekerja sosial, manajer kasus
- Teknisi laboratorium yang terlatih termasuk untuk tes CD4, pemeriksaan kimia darah yang canggih dan bila mungkin untuk pemeriksaan viral load. Tenaga ahli laboratorium untuk diagnosis penyakit IO
- Tenaga farmasi yang ahli dalam manajemen obat IO dan ARV
- Tenaga khusus untuk pencatatan dan pelaporan yang sudah terlatih dalam bidang Pemantauan dampak ART (ART monitoring)

RS, Puskesmas, Dinas kesehatan, dan sektor/ mitra lainnya (LSM, masyarakat, corporate, dll).

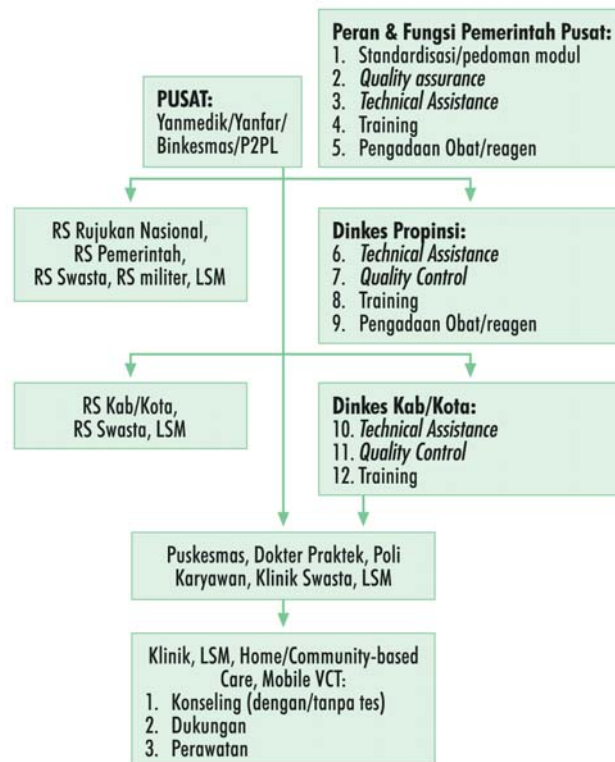
KETERLIBATAN LAYANAN SWASTA

Potensi keterlibatan layanan swasta cukup besar karena layanan swasta biasanya lebih lincah dan proaktif. Layanan swasta baik berupa klinik, rumah sakit maupun lembaga pembiayaan dapat berperan penting dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS.

Opini yang selama ini beredar di masyarakat bahwa upaya penanggulangan AIDS merupakan tugas pemerintah harus dirubah sehingga layanan swasta dapat lebih banyak dilibatkan.

Pada daftar 75 rumah sakit terdapat delapan rumah sakit swasta. Dalam perluasan layanan PDP maupun peningkatan mutu layanan perlu diikutsertakan lebih banyak rumah sakit dan klinik swasta.

Gambar 7. Konsep Pelayanan, Perawatan, dan Pengobatan HIV/AIDS

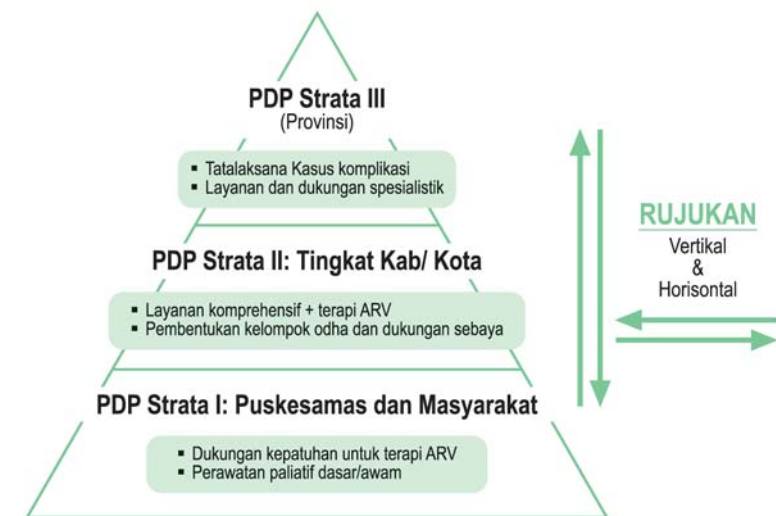


- Memiliki cukup kapasitas untuk memberikan tatalaksana klinis infeksi oportunistik pada pasien HIV/AIDS dan terapi ARV
- Jumlah ODHA yang cukup untuk berhimpun
- Tidak terlalu jauh dari tempat tinggal ODHA
- Tapi juga tidak terlalu dekat dengan tempat tinggal ODHA atau komunitas yang stigma dan diskriminasinya masih merupakan tantangan yang besar.

SISTEM RUJUKAN

Rujukan PDP mengikuti sistem rujukan yang ada, yaitu merupakan rujukan timbal balik antara layanan PDP strata I, II, dan III. Rujukan meliputi rujukan pasien, dan rujukan sampel laboratorium. Dalam melaksanakan rujukan, perlu dipertimbangkan segi jarak, waktu, biaya, dan efisiensi. Jika rujukan dari rumah sakit Tangerang lebih cepat ke Jakarta daripada ke Serang maka rujukan ke Jakarta dapat dilaksanakan untuk kepentingan pasien. Sesuai dengan prinsip kerjasama, rujukan juga dapat diadakan antara rumah sakit pemerintah dan rumah sakit/laboratorium swasta. Dengan demikian, diharapkan jaringan kerjasama yang terjalin dapat memberi layanan yang lebih baik kepada ODHA.

Gambar 3. Kerangka Kerja Layanan PDP yang berkesinambungan yang terpusat di Layanan Strata II



Perluasan PDP di Indonesia diutamakan untuk daerah kabupaten/ kota dengan setidaknya setiap Provinsi sudah memiliki PDP sebagai pusat layanan HIV/AIDS.

Layanan terapi ARV di Indonesia pertama kali dikembangkan di rumah sakit rujukan strata III (Nasional dan Provinsi) di mana terdapat petugas kesehatan dengan sarana dan prasarana serta kemampuan yang lebih baik, dan akhir-akhir ini berkembang di beberapa Puskesmas sebagai tempat memantau dan menindak lanjuti perawatan dan pengobatan yang sudah diberikan. Meskipun rumah sakit provinsi atau rujukan strata III merupakan tempat yang paling ideal untuk memulai terapi ARV, namun sering kali hanya ODHA yang tinggal di kota kota besar saja yang dapat menjangkaunya, baik karena jarak dan biaya transportasi yang mahal ataupun karena stigma yang masih melekat, sehingga dalam jangka waktu yang panjang sangat memberatkan ODHA.

Oleh karena itu perlu dikembangkan layanan yang lebih dekat dan terjangkau oleh ODHA seperti di rumah sakit kabupaten dan kota yang tergambar pada Gambar 4 di bawah. Pemberian pengobatan dan profilaksis untuk infeksi oportunistik serta terapi ARV lini pertama seharusnya dapat diberikan termasuk tindak lanjutnya. Rumah sakit rujukan strata III di provinsi atau nasional dapat berperan lebih kepada layanan spesialisik bagi kasus yang lebih rumit dan memerlukannya dan ODHA yang tinggal di dekat pusat layanan tersebut.

Dengan meningkatnya pengalaman dari rumah sakit dan klinik rawat jalan di layanan strata II tersebut mungkin perlu pula dikembangkan kegiatan penjangkauan untuk ODHA yang sangat miskin, kelompok risiko tinggi seperti penasun, pekerja seks komersial, atau tempat yang terkonsentrasi seperti di lembaga pemasyarakatan, panti rehabilitasi atau tempat sejenis lain. Faktor penting dalam kegiatan penjangkauan tersebut adalah terbentuknya jejaring fungsional antar tempat layanan/ perawatan dan pengobatan HIV/AIDS di rumah skait kabupaten/ kota dan rujukan dan dukungan di tingkat masyarakat sampai ke rujukan strata III di tingkat provinsi atau nasional.

Gejala Utama	Penyakit	Profilaksis (P: primer, S: sekunder)	Diagnosis	Terapi
Diare	Diare		Klinis, terapi empiris	Rehidrasi oral/parenteral, loperamid, antibiotik, metronidasol, kotrimoksazol, mebendasol, (ARV)
Demam	Septisemia		Klinis, terapi empiris	Antibiotik
Limfadenopati	TB		Klinis, biopsi	Sesuai pedoman nasional Terapi TB
Lain-lain	Infeksi Virus sitomegali			(terapi ARV)
	Kanker leher rahim		PAP smear, atau rujuk	Rujuk

8. PERAN, TUGAS, FUNGSI MASING WILAYAH

Selama ini dana penanggulangan AIDS di Indonesia lebih banyak berasal dari dana pemerintah pusat dan bantuan luar negeri. Pemerintah daerah, kalangan bisnis serta masyarakat mempunyai potensi besar untuk ikut serta mendanai kegiatan penanggulangan AIDS di Indonesia

Peran pemerintah daerah hendaknya tercermin dari komitmen finansial dan peraturan daerahnya. Pemerintah daerah perlu berkontribusi untuk mendukung upaya penanggulangan AIDS di daerahnya, kontribusi tersebut dapat berupa pengadaan tenaga, peningkatan fasilitas dan sarana rumah sakit, puskesmas, unit transfusi darah yang aman, dana obat infeksi oportunistik dan obat ARV, serta dukungan dana untuk kegiatan penyuluhan dan pencegahan AIDS.

Kalangan bisnis bertanggung jawab untuk memelihara kesehatan karyawan dan keluarga serta mempunyai tanggung jawab sosial untuk membantu masyarakat melalui program Corporate Social Responsibility (CSR). Di samping itu, perusahaan asuransi baik asuransi kesehatan pegawai negeri, astek, asuransi kesehatan swasta perlu melibatkan diri untuk memberi dukungan pembiayaan dalam kegiatan penanggulangan AIDS termasuk PDP.

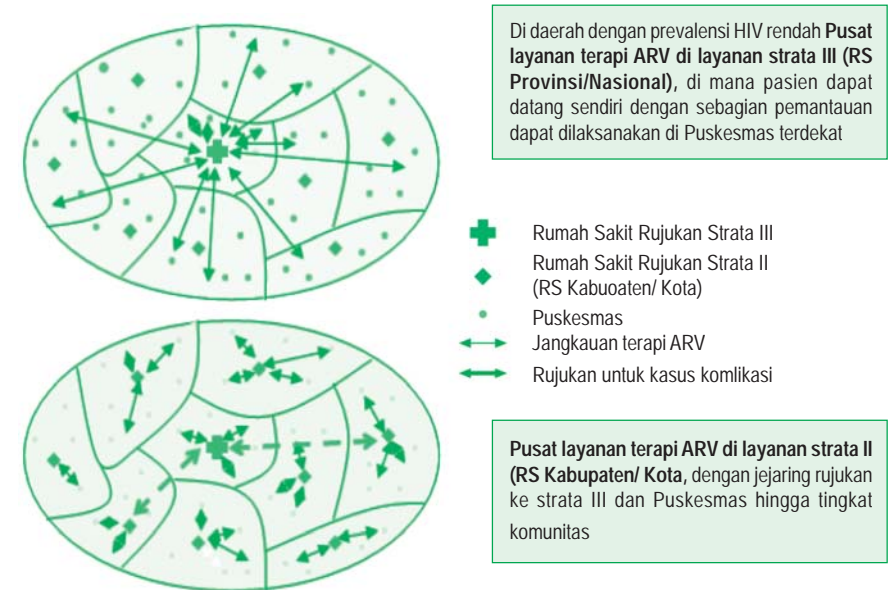
Masyarakat, terutama masyarakat yang mampu, harus bersedia memikul biaya PDP baik melalui pembiayaan langsung maupun melalui asuransi kesehatan.

- Pemeriksaan cairan serebrospinal (pungsi lumbal) dan pengecatan India
- Funduskopi
- Pemeriksaan malaria (cedian tetes darah tabal dan apus)
- Pemeriksaan urin lengkap
- Pemeriksaan foto ronsen toraks

Tabel 2. Infeksi Oportunistik dan Penyakit lain yang dapat ditangani di Pusat PDP HIV/AIDS Strata II

Gejala Utama	Penyakit	Profilaksis (P: primer, S: sekunder)	Diagnosis	Terapi
Pernafasan	TB		Pemeriksaan sputum BTA; foto ronsen toraks	Sesuai pedoman nasional Terapi TB
	Pneumonia bakterial	P: Kotrimoksazol	Sediaan apus dahak; foto ronsen toraks	Antibiotik
	Pneumonia Pneumocystis carinii (PCP)	P & S: Kotrimoksazol	Klinis, foto ronsen toraks	Kotrimoksazol
Neurologis	Toksoplasmosis	P: Kotrimoksazol S: Pirimetamin + sulfadiazin	Klinis	Pirimetamin + sulfadiazin atau rujuk
	Kriptokokosis	Flukonazol	Klinis, pemeriksaan CSS dg tinta India	Amfoterisin B
	Meningitis TB		Klinis, pemeriksaan CSS	Sesuai pedoman nasional Terapi TB
	Meningitis bakterial		Klinis, pemeriksaan CSS	Antibiotik
Kulit dan Mukosa	Kandidosis		Klinis	Topikal: gentian violet, nistatin atau tablet hisap kotrimoksazol Sistemik: flukonazol atau ketokonazol
	Penisiliosis	S: Itrakonazol	Klinis dan sediaan apus	Amfoterisin B, itrakonazol, flukonazol atau rujuk
	Herpes simpleks		Klinis	Topikal, asiklovir (bila tersedia)
	Herpes zoster		Klinis	Topikal, asiklovir (bila tersedia)
	Urtikaria		Klinis	Steroid (terapi ARV efektif)
	Dermatitis seboroik		Klinis	Steroid (terapi ARV efektif)

Gambar 4. Layanan terapi ARV dan lokasi geografis



3. MENGEMBANGKAN JEJARING KERJA SAMA DAN KEMITRAAN FORMAL

Perlu dibentuk jaringan kerjasama atas dasar saling menghormati dan menghargai baik antara layanan secara horisontal maupun vertikal.

Pengembangan perawatan dan pengobatan HIV/AIDS komprehensif berkesinambungan perlu suatu koordinasi. Koordinasi tersebut menjadi bagian dari tanggung jawab Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/ Kota setempat pada salah satu kelompok kerjanya yang sebaiknya melibatkan ODHA, organisasi berbasis keagamaan, dan LSM setempat sebagai anggota. Kelompok ini sebaiknya mengadakan pertemuan secara teratur minimal sebulan sekali untuk melaksanakan koordinasi layanan di tingkat kabupaten/ kota.

Kemitraan di tingkat Kabupaten/ Kota akan meliputi:

- Dinas kesehatan setempat terutama yang bertanggung jawab atas pengendalian penyakit menular dan pencegahan serta unit yang bertanggung jawab atas pelayanan medis.

- Layanan klinik di rumah sakit seperti rawat inap dan rawat jalan, klinik konseling dan tes HIV sukarela, perawatan ibu hamil, klinik TB, klinik IMS, laboratorium dan layanan diagnostik.
- Kelompok ODHA dan dukungan sebaya
- Organisasi masyarakat, keagamaan, dan LSM lain yang terkait
- Unsur pemerintah setempat

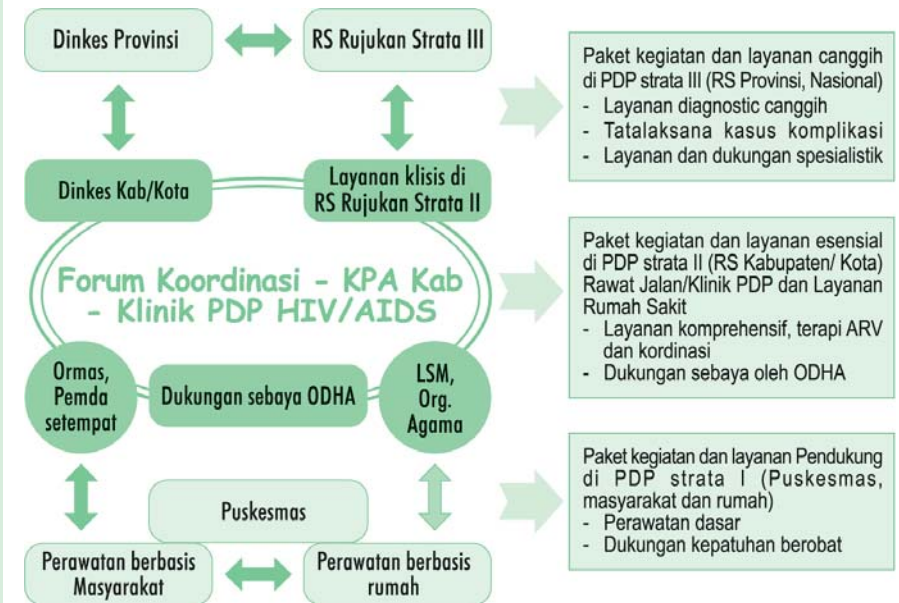
Kemitraan dengan layanan klinik kesehatan yang lain:

- Layanan kesehatan masyarakat dan rumah sakit di strata III (provinsi)
- Puskesmas (kecamatan, kelurahan atau masyarakat) yang terkait
- Klinik yang dikelola oleh ORMAS, LSM, atau organisasi keagamaan
- Layanan perawatan berbasis rumah
- Klinik di tempat tertutup seperti lapas, panti rehabilitasi bagi Penasun atau PSK.

Agar perawatan dan pengobatan ini dapat berjalan efektif maka perlu terhubung dengan kegiatan untuk menjangkau Penasun, PSK dan kelompok berisiko tinggi lain; program pencegahan TB, layanan IMS dan pencegahan penularan dai ibu ke anak (PMTCT), perawatan berbasis rumah, klinik perawatan penyakit akut, ruang rawat inap rumah sakit, dan lain sebagainya

- **Dukungan Keluarga**
- Alat perawatan dasar (bila diperlukan)
- Bahan KIE; kondom

Gambar 6. Gambaran Umum Paket Kegiatan dan Layanan di setiap Jenjang



Tabel 1. Layanan Laboratorium untuk PDP di Layanan Strata II

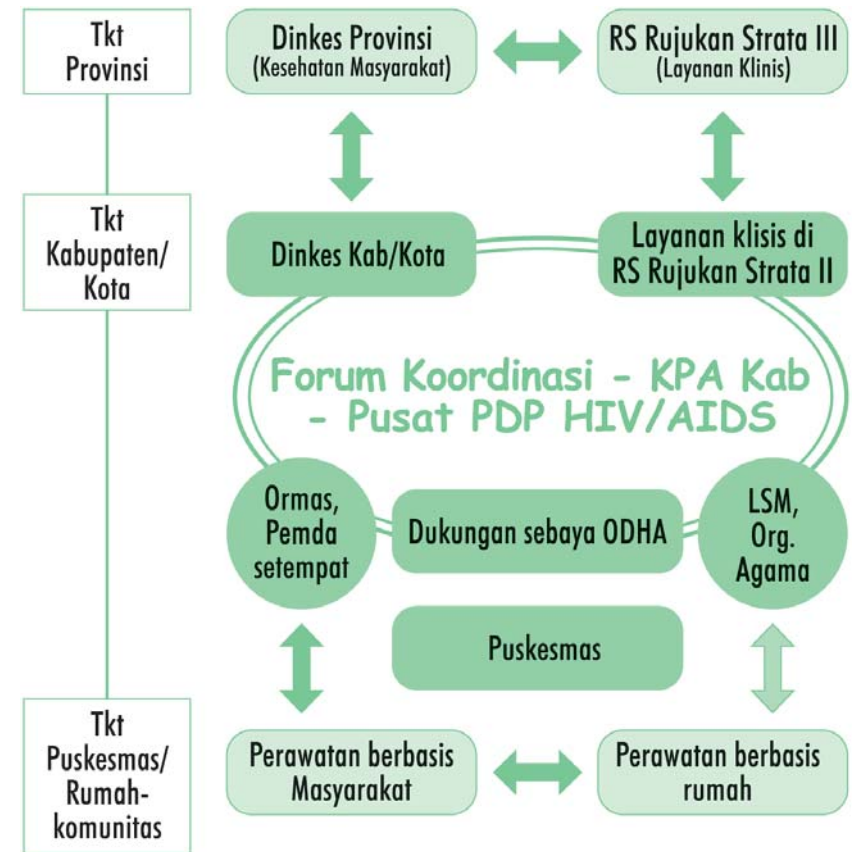
- Perangkat tes cepat Antibodi HIV
- Tes Antibodi HIV yang lain untuk konfirmasi hasil indeterminate
- Pemeriksaan hematologi lengkap (Hb, Ht, trombosit, eritrosit, LED, hitung leukosit, dan hitung jenis leukosit termasuk hitung limfosit total)
- Pemeriksaan CD4 (total dan %)
- Pemeriksaan GOT/ GPT atau ALT
- Pemeriksaan gula darah (glukosa)
- Tes kehamilan
- Pemeriksaan BTA
- Pengecatan Gram dan Wright

- o Menyelenggarakan atau merujuk untuk kegiatan peningkatan pendapatan keluarga
- o Menyelenggarakan atau merujuk untuk dukungan bagi keluarga dan anak yang terkena dampak
- o Menyelenggarakan atau merujuk untuk perawatan akhir hayat (paliatif)
- **Pencegahan HIV**
 - o KIE untuk perilaku seks yang lebih aman dan penggunaan kondom, rujukan ke klinik IMS
 - o Menyelenggarakan atau merujuk untuk pengurangan dampak buruk dan terapi substitusi oral metadon bagi penasun
 - o Penerapan kaidah kewaspadaan universal dengan benar, PPP sesuai dengan pedoman nasional
 - o Menyelenggarakan atau merujuk untuk program pencegahan penularan dari ibu ke anaknya (PMTCT)
 - o Promosi gaya hidup sehat, termasuk perbaikan gizi.

Obat, Sarana laboratorium dan sumber daya lain.

- **Puskesmas**
 - o Peralatan pemeriksaan fisik yang sederhana (dasar)
 - o Obat simtomatis dan analgesik yang esensial untuk Puskesmas (lihat pedoman Perawatan Paliatif)
 - o Obat profilaksis IO (Table 11)
 - o Peralatan untuk mengumpulkan dan transportasi sediaan laboratorium (spesimen)
 - o Bahan komunikasi, informasi dan edukasi
 - o Kondom, alat sunti steril
- **Tim perawatan berbasis rumah / tim penjangkauan**
 - o Perangkat perawatan berbasis rumah: seperti sabun, disinfektan, losion kalamín, gentian violet, vitamin, yodium/betadin, kondom, dan obat-obatan sederhana (parasetamol, nistatin, oralit, dsb) (lihat pedoman Perawatan Paliatif)
 - o Bahan KIE; condoms, peralatan sunti steril
- **Komunitas**
 - o Bahan KIE; kondom
 - o Bantuan transport, makanan, rumah singgah, pakaian, dsb
 - o Kegiatan peningkatan pendapatan keluarga (pinjaman/ bantuan modal, informasi pemasaran produk, dsb).
 - o Dukungan bagi anak yang terkena dampak (sekolah, bantuan hukum, tinggal di kerabat lain, dsb)

Gambar 5. Kerja Tim/ kemitraan lokal pada perawatan kronik



4. PENGEMBANGAN PUSAT LAYANAN PDP HIV/AIDS DENGAN DUKUNGAN KELOMPOK SEBAYA DAN KERJA SAMA YANG SALING MENGHORMATI DAN MEMBUTUHKAN

Pusat PDP HIV adalah tempat perawatan dan pengobatan HIV diberikan melalui kemitraan dari berbagai pihak yang berkepentingan dengan peran utamanya adalah ODHA.

Perhimpunan kelompok sebaya perlu dikembangkan sebagai penghubung dan penggerak utama dari berfungsinya pusat layanan HIV/AIDS strata II tersebut yang berada di Pusat PDP HIV Strata II dan

terhubung oleh sistem rujukan ke berbagai tempat layanan lain baik vertikal maupun horisontal, dari rujukan strata III hingga layanan strata I dan perawatan berbasis rumah maupun komunitas.

Kegiatan dukungan sebaya tersebut perlu difasilitasi di pusat layanan HIV/AIDS baik tingkat Pusat PDP HIV Strata II, provinsi, atau puskesmas sekalipun, yang dapat menjadi proses pembelajaran bagi kedua belah pihak baik para petugas atau institusi kesehatan dan para konsumennya yaitu ODHA sehingga akan muncul kerja sama yang saling menguntungkan dengan kemauan dan kemampuan yang semakin meningkat dalam perawatan dan pengobatan HIV/AIDS tersebut.

Dalam pengembangan Pusat PDP HIV, maka di samping klinik layanan HIV yang ditempatkan di bagian rawat jalan dan sebaiknya juga tersedia ruang khusus untuk pertemuan dan untuk melakukan kegiatan penting lain baik di dalam rumah sakit ataupun bersama sama anggota tim lain atau dari luar rumah sakit seperti puskesmas, pertemuan berkala ODHA dan sebagainya. Demikian pula pertemuan klinis medis untuk membahas kasus dapat menggunakan ruang tersebut.

Manfaat dari ketersediaan ruang pertemuan di Pusat PDP HIV:

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

- anggota LSM atau Ormas (selain petugas Puskesmas dan ODHA anggota tim inidapat bervariasi tergantung keaktifan dari masyarakat setempat.
- Relawan atau kader kesehatan dari masyarakat
- Tenaga penyembuh tradisional (dukun) yang dihormati.
- **Masyarakat**
 - o Perwakilan dari organisasi masyarakat/keagamaan, LSM atau pemerintah setempat yang bekerja di bidang layanan HIV/AIDS di masyarakat daerah jangkauan Puskesmas
- **Dukungan Keluarga**
 - o Anggota keluarga dari ODHA, ODHA atau kerabat ODHA yang lain yang berminat

Layanan dan Kegiatan

- **Pemberdayaan dan koordinasi pada para pelaku utama, termasuk ODHA**
 - o Koordinasi semua tim yang ada: tim perawatan berbasis rumah, LSM, Ormas / keagamaan dan masyarakat
 - o Mengembangkan kelompok dukungan sebaya dan kelompok ODHA
- **Koseling dan tes HIV**
 - o Menyelenggarakan merujuk untuk konseling pra-tes, tes antibodi-HIV dan konseling pasca-tes
- **Tatalaksana Klinis**
 - o Rujukan ke rawat jalan di Pusat PDP strata II dan tindak lanjut terapi profilaksis IO
 - o Menyelenggarakan perawatan dan pengobatan simtomatik
 - o Rujukan ke Klinik TB secara sistematis
 - o Terap ARV: dukungan kepatuhan berobat, menangani efek samping yang ringan, dan rujukan ke layanan strata II atau III bila perlu.
 - o Menyediakan tatalaksana gejala dan keluhan serta nyeri
- **Dukungan psikologis dan sosioekonmi**
 - o Konseling dan edukasi perorangan, pasangan, keluarga dan kelompok
 - o Edukasi untuk tenaga di sarana dan masyarakat
 - o Rujukan bagi kasus komplikasi ke layanan strata di atasnya (II dan III)
 - o Menyelenggarakan atau merujuk untuk dukungan kesejahteraan sosial

7.3. SARANA LAYANAN KESEHATAN STRATA I

Layanan kesehatan strata I merupakan layanan kesehatan dasar yang biasanya diselenggarakan oleh PUSKESMAS dan atau layanan kesehatan berbasis masyarakat. Biasanya terkait dengan perawatan berbasis masyarakat atau perawatan berbasis rumah. Diharapkan bahwa rumah-rumah singgah untuk ODHA memiliki hubungan dan berjejaring dengan Puskesmas setempat. Letaknya sangat dekat dengan masyarakat. Pengembangan PUSKESMAS sebagai tempat PDP HIV/AIDS strata I hanya akan terbatas di daerah dengan prevalensi HIV yang tinggi atau di kantong-kantong di mana terdapat kelompok berisiko tinggi, seperti di sekitar permukiman PENASUN, kegiatan seks komersial, dsb.

Paket yang diselenggarakan di layanan strata I tersebut berupa Paket kegiatan dan layanan pendukung untuk Puskesmas, perawatan berbasis komunitas/ rumah.

Ketenagaan

Semua tim yang terdiri dari tim Puskesmas, tim perawatan berbasis rumah, komunitas, dan keluarga harus dapat bekerja sama secara erat agar kegiatan dan layanan PDP HIV/AIDS di daerah tersebut dapat terselenggara dengan baik.

- **Puskesmas**
 - o Anggota Tim di Puskesmas meliputi dokter, perawat (yang telah dilatih Tatalaksana Terpadu HIV/AIDS – IMAI), bidan, relawan dari masyarakat sekitar dan ODHA
 - Jumlah dan komposisi dari anggota tim di Puskesmas mungkin ber beda-beda tergantung dari jumlah petugas yang ada, dan sangat dianjurkan untuk melibatkan ODHA di dalam penyelenggaraan layanan di Puskesmas sebagai tenaga kader
- **Tim Perawatan berbasis rumah/ komunitas**
 - o Perawatan berbasis rumah dapat merupakan salah satu program dari Puskesmas tapi dapat pula mandiri yang berhubungan sangat erat dengan Puskesmas
 - o Anggota tim perawatan berbasis rumah/ komunitas:
 - petugas kesehatan dari Puskesmas yang fungsi utamanya adalah sebagai koordinator, pembimbing dan pendukung teknis
 - ODHA,

5. KEGIATAN KOLABORASI PROGRAM TB DAN HIV/AIDS

Kurang lebih 50% ODHA juga mengidap infeksi TB selama kehidupannya, dibandingkan hanya 5 – 10% pada kelompok orang yang HIV (-). HIV juga meningkatkan kekambuhan dari TB. Dengan meningkatnya insiden TB pada ODHA memungkinkan juga peningkatan penularan TB di masyarakat umum. Dampak dari TB pada program penanggulangan HIV/AIDS antara lain adalah:

- TB merupakan infeksi terbanyak dan menjadi penyebab kematian terbesar pada ODHA seperti Indonesia, yang sebenarnya bahwa TB dapat diobati.
- Diagnosis TB yang terlambat akan menyebabkan peningkatan angka kematian pada ODHA.
- TB dapat mempercepat perkembangan penyakit pada ODHA

Tatalaksana HIV harus meliputi juga tatalaksana penyakit TB sebagai penyebab kematian tertinggi pada ODHA. Demikian juga pencegahan TB harus merupakan bagian dari tatalaksana HIV. Untuk itu diperlukan kolaborasi yang erat antara pemegang program penanggulangan TB Nasional dan pemegang program penanggulangan HIV/AIDS di tingkat nasional, provinsi, kabupaten/ kota bahkan sampai ke tingkat masyarakat.

Dalam pelaksanaannya Pusat Layanan HIV/AIDS di RS Kab/ Kota merupakan tempat yang sangat ideal untuk menjalankan kolaborasi kedua program tersebut, terutama dalam hal penemuan kasus dan tatalaksana ko infeksi HIV/AIDS dan TB. Puskesmas, perawatan berbasis rumah, dan organisasi di masyarakat dapat pula membantu terlaksananya kolaborasi tersebut sejak dari penemuan kasus, rujukan dan dukungan pengobatan.

Kegiatan kolaborasi meliputi:

- a. Diagnosis TB/HIV dan pola rujukannya
 - b. Tatalaksanan klinis koinfeksi TB-HIV
- Keduanya akan dibahas dalam dokumen tersendiri.

6. PERAWATAN DAN PENGOBATAN BAGI PENASUN DAN PSK

Kelompok rentan seperti para Penasun dan PSK seringkali berhadapan dengan masalah hukum dan mungkin untuk dimasukkan ke dalam panti rehabilitasi atau penjara. Dengan dukungan pemerintah maka kedua tempat tertutup tersebut (penjara atau panti rehabilitasi) dapat memberikan layanan perawatan dan pengobatan HIV/AIDS yang cukup efektif, yang meliputi juga terapi dan profilaxis terhadap infeksi oportunistik, dan terapi ARV. Namun demikian, untuk menjamin kesinambungannya ketika para klien tersebut kembali ke masyarakat perlu diperhatikan masalah sebagai berikut:

- Kolaborasi dan koordinasi yang erat antara institusi tersebut dengan pusat perawatan HIV/AIDS di kabupaten/ kota yang ada.
- Sistem rujukan dan tindak lanjut di pusat perawatan HIV/AIDS pada saat mereka bebas.
- Dukungan sebya sangta diperlukan pada kelompok ODHA yang baru bebas dari lapas atau panti rehabilitasi.
- Perlu dukungan dari petugas kesehatan yang peduli dan berpengetahuan luas untuk kelompok rentan tersebut dan untuk menjaga kesinambungan kegiatan pengurangan dampak buruk.

7. STRATA / KOMPETENSI LAYANAN

Tujuan dari pembagian strata dalam system layanan kesehatan (strata III biasanya di tingkat provinsi atau nasional, strata II atau tingkat menengah biasanya di kabupaten/ kota dan strata I atau layanan dasar di tingkat puskesmas kecamatan, kelurahan maupun yang berbasis masyarakat) adalah:

- Memperjelas garis besar kompetensi layanan yang harus disediakan di masing masing strata;
- Meningkatkan efisiensi dan menghindari tumpang tindih dan pembiayaan yang tidak perlu;
- Memungkinkan untuk berkembangnya mekanisme rujukan yang efektif antar jenjang layanan tersebut; dan
- Menyediakan pedoman dalam perencanaan layanan HIV termasuk penghitungan biaya, alokasi sumber daya baik manusia, obat, diagnostik dan pasokan yang disediakan di tiap jenjang.

- o Menyediakan atau merujuk ke layanan pengurangan dampak buruk dan terapi substitusi oral (metadon) bagi Penasun
- **Pengembangan sistem rujukan**
 - o Mengembangkan kriteria dan prosedur tetap untuk rujukan intern rumah sakit dan ke rujukan tingkat di atasnya (strata III), di bawahnya (klinik, Puskesmas atau perawatan di rumah)
 - o Mnyelenggarakan bimbingan bagi Puskesmas dan perawatan berbasis rumah/ komunitas

Obat, Sarana laboratorium dan sumber daya lain.

- Laboratorium (Tabel 1)
- Radiologi (Tabel 1)
- Foto ronsen toraks
- Pasokan Obat
 - o Obat profilaksis IO (Tabel 2)
 - o Obat untuk terapi IO tertentu (Tabel 2)
 - o Obat ARV lini-1 (AZT, d4T, 3TC, NVP dan EFV)
 - o Obat simtomatik dan analgesik (lihat Buku Pedoman Perawatan Paliatif)
 - o Obat terapi substitusi oral (metadone, buprenorfin)
- **Pencegahan**
 - o Kondoms
 - o Paket peralatan suntik steril (jarum suntik dan semprit, usapan alkohol dsb)
 - o Pasokan dan obat untuk kewaspadaan universal, PPP, dan PMTCT
- **Monitoring dan evaluasi**
 - o Formulir catatan medis, register dan formulir pelaporan
 - Kartu pasien
 - Ikhtisar Perawatan HIV Dan Terapi Antiretroviral (ART)
 - Follow-Up Perawatan Pasien & Terapi Antiretroviral
 - Register Pra-ART
 - Register ART
 - Laporan Bulanan
 - Laporan Kohort
- Kartu atau formulir Rujukan Pasien

- **Instalasi Rawat Jalan**
 - o Mengawasi dan menindak lanjut terapi profilaksis kotrimoksazol dan merujuk ke Puskesmas bila telah memungkinkan.
 - o Melakukan atau merujuk ke Pusat PDP HIV/ AIDS Strata II untuk penapisan, diagnosis dan terapi penyakit infeksi oportunistik tertentu pada ODHA (termasuk TB) (Tabel 2)
 - o Memulai dan menindak lanjuti terapi ARV lini-1 dan merujuk ke Puskesmas untuk pemantauan bila sudah memungkinkan.
 - o Tatalaksana gejala dan keluhan serta nyeri
 - o Menyelenggarakan dukungan kepatuhan berobat melalui edukasi dan konseling bagi ODHA dan keluarganya.
 - o Dukungan dan edukasi psikologis
 - o Penerapan prosedur kewaspadaan universal dengan benar sesuai pedoman nasional.
 - o Profilaksis pasca pajanan
 - o Merujuk ke kegiatan dukungan atau ke Rawat Inap, Klinik TB, Klinik KTS mandiri, Klinik IMS, Klinik KB, Klinik KIA dan layanan PMTCT bila diperlukan.
 - o Melibatkan ODHA dalam penyelenggaraan layanan
- **Layanan TB**
 - o Diagnosis dan terapi TB, termasuk untuk TB BTA negatif dan TB ekstra paru.
 - o Merujuk pasien TB ke KTS.
 - o Tatalaksana terapi dasar dan profilaksis infeksi oportunistik, dengan kolaborasi dengan instalasi rawat inap dan rawat jalan atau klinik.
- **Ruang perawatan inap**
 - o Diagnosis dan terapi IO serta pemberian terapi ARV
 - o Perawatan paliatif
 - o Konseling, KU dan PPP
- **Kebidanan**
 - o KTS yang terhubung dengan KIA, perawatan hamil, persalinan dan kelahiran.
 - o Pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayinya (PMTCT)
- **Keterkaitan dengan kegiatan pencegahan**
 - o Promosi perilaku seksual yang lebih aman dan penggunaan kondom,
 - o Melakukan tatalaksana atau merujuk untuk terapi IMS

Layanan HIV/AIDS sebaiknya dipusatkan di tingkat layanan strata II di Pusat PDP HIV/ AIDS Strata II, sehingga layanan dan kegiatan di tingkat tersebut merupakan paket layanan esensial.

Meskipun mungkin ada variasi peran dari setiap pusat PDP HIV/ AIDS baik yang di rumah sakit maupun yang di luar rumah sakit, namun diharapkan mereka akan saling melengkapi satu sama lain. Pusat PDP HIV/ AIDS strata II diharapkan juga menyediakan dukungan dan bimbingan teknis maupun administratif pada jenjang layanan kesehatan di bawahnya seperti di Puskesmas, perawatan berbasis rumah atau komunitas.

Layanan strata III di rumah sakit provinsi atau nasional diharapkan mampu menangani kasus kasus komplikasi yang di luar kapasitas sarana di tingkat kabupaten/ kota. Standar pelayanan minimal juga harus tersedia di tingkat kabupaten meskipun di daerah yang sama terdapat pula layanan strata III.

Jenjang layanan strata II tersebut memiliki tanggung jawab untuk menyediakan bimbingan teknis ataupun administratif ke jenjang layanan di bawahnya. Layanan di strata tersebut dikelompokkan ke dalam paket layanan canggih.

Puskesmas, tim perawatan odha berbasis rumah (bila ada), masyarakat, keluarga seharusnya memiliki peran yang penting dalam memberikan dukungan psikologis, pendidikan dan dukungan sosioekonomi, dengan penekanan khusus pada kepatuhan berobat ARV. Rujukan pasien, penyediaan perawatan klinis dasar dan perawatan paliatif serta peningkatan jangkauan KTS, penyuluhan untuk pencegahan dan promosi kesehatan juga merupakan peran penting dari jenjang layanan tersebut. Layanan di tingkat dasar tersebut merupakan kelompok layanan dan kegiatan pendukung.

Mengacu pada SK Menkes No. 832/X/2006, maka strata pelayanan kesehatan bagi ODHA di sarana kesehatan di Indonesia dibagi menjadi 3 strata yaitu:

7.1. SARANA LAYANAN KESEHATAN STRATA III

Sarana layanan kesehatan strata III atau rumah sakit rujukan tertier, merupakan rumah sakit rujukan yang mungkin dapat berupa pusat rujukan nasional, regional atau provinsi. Rumah sakit tersebut memiliki klinisi yang pakar di bidang tatalaksana HIV/AIDS dan mampu melakukan diagnosis dan terapi yang lebih canggih. Para pakar di rumah sakit rujukan strata III diharapkan juga mampu memberikan konsultasi, pelatihan atau bimbingan klinis bagi petugas di Layanan Kesehatan Strata II yang pada umumnya berupa rumah sakit di kabupaten/ kota. Tidak menutup kemungkinan bahwa rumah sakit swasta menempati jenjang layanan setingkat dengan layanan strata III tersebut. Layanan yang ditawarkan dapat berupa layanan rawat jalan maupun layanan rawat inap. Untuk layanan rawat inap secara umum digambarkan sebagai berikut.

Ketenagaan

- Memiliki tim pokja HIV/AIDS yang melibatkan tenaga dan bagian yang terkait dan dipimpin oleh seorang ketua.
- Tenaga klinis yang berpengalaman di bidang HIV/AIDS (dokter, perawat) atau telah dilatih PDP (dasar dan lanjutan),
- Konselor untuk KTS (lay counselor, professional counselor, senior counselor),
- Pekerja sosial
- Teknisi laboratorium yang terlatih termasuk untuk tes CD4, pemeriksaan kimia darah yang canggih dan bila mungkin untuk pemeriksaan viral load. Tenaga ahli laboratorium untuk diagnosis penyakit IO serta tenaga ahli laboratorium canggih lainnya.
- Tenaga farmasi yang ahli dalam manajemen atau tatakelola logistik obat IO dan ARV.
- Tenaga khusus untuk pencatatan dan pelaporan yang sudah terlatih dalam bidang pemantauan dampak ART (ART monitoring)

Paket Layanan dan Kegiatan Canggih

- Tatalaksana klinis dan medis HIV dengan diagnosis infeksi oportunistik tahap lanjut yang kompleks
- Diagnosis dan tatalaksana efek samping obat yang berat baik obat IO ataupun ARV

- o Pasokan dan obat untuk kewaspadaan universal, PPP, dan PMTCT
- **Monitoring dan evaluasi**
 - o Formulir catatan medis, register dan formulir pelaporan
 - Kartu pasien
 - Ikhtisar Perawatan HIV Dan Terapi Antiretroviral (ART)
 - Follow-Up Perawatan Pasien & Terapi Antiretroviral
 - Register Pra-ART
 - Register ART
 - Laporan Bulanan
 - Laporan Kohort
 - o Kartu atau formulir Rujukan Pasien

Paket layanan dan kegiatan esensial Rumah Sakit Pusat PDP HIV/ AIDS Strata II:

Layanan rumah sakit Pusat PDP HIV/ AIDS Strata II terdiri dari rawat jalan, rawat inap, laboratorium, farmasi dan radiologi. Dilengkapi dengan mekanisme rujukan ke program lain seperti Klinik KTS, Klinik TB, Klinik KIA, Klinik IMS, Klinik KB dsb

Ketenagaan

- Memiliki tim pokja HIV/AIDS yang melibatkan tenaga dan bagian yang terkait dan dipimpin oleh seorang ketua.
- Tim Klinik HIV yang terdiri atas, dokter, perawat dan teknisi laboratorium serta profesi lain yang terkait seperti bidan, konselor, petugas program TB yang telah dilatih PDP (dasar dan lanjutan) serta pelatihan terkait lain.
- ODHA (beberapa) yang berfungsi sebagai manajer kasus, pembimbing terapi, pendukung kepatuhan makan berobat (adherence), tenaga penyuluh untuk pencegahan HIV, dan kelompok dukungan sebaya.

Layanan dan Kegiatan

- **Koseling dan Tes HIV**
 - o Menyelenggarakan atau merujuk ke layanan konseling dan tes HIV secara sukarela, berupa konselin pra-tes, tes antibodi HIV dan konseling pasca-tes.
 - Konselin dan tes HIV harus tersedia di klinik KTS, baik yang mandiri atau yang berada di pusat PDP HIV/AIDS rumah sakit kabupaten/ kota.



- o Menyelenggarakan dukungan atau rujukan bagi keluarga dan anak yang terkena dampak
- o Menyelenggarakan atau merujuk untuk perawatan akhir hayat
- **Pencegahan HIV**
 - o Promosi perilaku seksual yang lebih aman dan penggunaan kondom, merujuk kepada sarana layanan terapi IMS
 - o Menyediakan atau merujuk ke layanan pengurangan dampak buruk dan terapi substitusi metadon bagi Penasun.
 - Program pengurangan dampak buruk (PDB) sangat diperlukan di daerah dengan prevalensi PENASUN yang cukup tinggi.
 - Kegiatan PDB biasanya dilaksanakan di pusat layanan yang menyelenggarakan kegiatan penjangkauan (outreach) (baik oleh Puskesmas ataupun LSM). Seharusnya sarana sejenis memiliki jejaring dengan pusat PDP HIV/ AIDS strata II yang ada.
 - o Menerapkan kewaspadaan universal, terapi profilaksis pasca pajanan dan pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayinya (PMTCT)

Obat, Sarana laboratorium dan sumber daya lain.

- **Tes HIV**
 - o Perangkat tes cepat HIV yang memenuhi standar nasional
- **Pemeriksaan klinis**
 - o Peralatan untuk pemeriksaan fisik
 - o Peralatan laboratorium untuk menampung sediaan laboratorium (spesimen)
- **Obat**
 - o Obat untuk terapi dan profilaksis IO seperti tercantum pada (Tabel 2) di bawah
 - o Lima obat ARV untuk paduan lini -1 (AZT, d4T, 3TC, NVP, dan EFV)
 - o Obat simtomatik dan analgesik (lihat Buku Pedoman Perawatan Palitatif)
 - o Obat untuk terapi substitusi (metadon, buprenorfin)
- **Pencegahan**
 - o Kondom
 - o Paket peralatan suntik steril (jarum suntik dan semprit, usapan alkohol dsb)



- Penilaian atau pemeriksaan kemungkinan adanya kegagalan terapi atau resisten terhadap terapi ARV dan pemberian terapi ARV dengan paduan ARV lini – 2.
- Dukungan kepatuhan berobat
- Rujukan balik ke rumah sakit atau sarana layanan di bawahnya untuk tindak lanjut perawatan kronis HIV
- Bimbingan teknis atau klinis kepada tim PDP di layanan strata II atau di bawahnya.
- Semua kegiatan yang dilaksanakan oleh sarana layanan strata II apabila rumah sakit tersebut berlokasi di kabupaten/ kota, yaitu kegiatan layanan rawat jalan, KTS dan sebagainya seperti dijelaskan di bawah layanan kesehatan strata II

Obat, Sarana laboratorium dan sumber daya lain.

- Sarana laboratorium canggih seperti:
 - o pemeriksaan CD4 dan bila mungkin pemeriksaan ~~ylub#ordg~~ (di tingkat nasional)
 - o pemeriksaan serologi: HBV, HCV, sifilis
 - o kimia darah: tes fungsi hati, tes fungsi ginjal dan tes metabolik lain
 - o pemeriksaan mikrobiologi dasar dan biakan
- Obat Arv lini-1 : zidovudin (AZT), lamivudin (3TC), nevirapin (NVP), stavudin (d4T) dan efavirenz (EFV) atau kombinasinya.
- Obat ARV lini-2: tenofovir (TDF), didanosin (ddI), lopinavir yang diperkuat oleh ritonavir (LPV/r) dan atau lainnya
- Obat-obat untuk terapi infeksi oportunistik yang rumit atau pada penyakit tahap lanjut seperti misalnya (infeksi MAC, virus sitomegali, dll)
- Formulir rujukan untuk menjaga kesinambungan perawatan kronik HIV
- Untuk rumah sakit rujukan nasional, perlu melengkapi diri dengan:
 - o Pemeriksaan histologi
 - o Laboratorium mikrobiologi yang leih canggih (tes resistensi untuk mikobakteri lai selain TB)
 - o CT scan
 - o Endoskopi, bronkoskopi
 - o dll

7.2. SARANA LAYANAN KESEHATAN STRATA II

Sarana layanan kesehatan strata II atau seringkali disebut juga sebagai rumah sakit rujukan sekunder atau tingkat menengah, yang biasanya merupakan rumah sakit kabupaten/ kota sebagai Pusat PDP HIV/ AIDS Strata II. Tidak menutup kemungkinan bahwa rumah sakit swasta menempati jenjang layanan setingkat dengan layanan strata II. Jenis layanan untuk HIV berupa layanan rawat jalan dan layanan rawat inap.

Paket kegiatan dan layanan Klinik / Rawat Jalan di Pusat PDP HIV/ AIDS strata II:

Layanan rawat jalan merupakan bagian dari layanan rumah sakit strata II atau dapat juga merupakan suatu klinik yang berdiri sendiri, seperti halnya klinik swasta atau yang dikelola oleh organisasi masyarakat, baik yang berbasis komunitas atau keagamaan atau LSM. Apabila layanan tersebut berupa unit layanan yang berdiri sendiri maka harus terhubung dan berjejaring dengan Pusat PDP HIV/ AIDS strata II di kabupaten/ kota setempat.

Ketenagaan

- Memiliki tim pokja HIV/AIDS atau seorang koordinator yang bertanggung jawab atas perencanaan, pelaksanaan dan monitoring/evaluasi dari perawatan dan pengobatan HIV dengan melibatkan ODHA yang terpilih atau petugas kesehatan untuk mengkoordinasikan kegiatan pertemuan berkala dengan berbagai pihak, seperti misalnya pertemuan klien, pertemuan klinik, dsb.
- Untuk tatalaksana klinis diperlukan tenaga dokter, perawat, konselor, ODHA yang berfungsi sebagai manajer kasus atau konselor, tenaga farmasi, dan asisten laboratorium (baik paruh waktu atau penuh waktu), yang telah dilatih PDP (dasar dan lanjutan) sebagai bagian anggota tim klinis di Pusat PDP HIV/ AIDS Strata II.
- Tenaga lain yang mungkin dibutuhkan adalah: pekerja sosial, bidan dan sebagainya.

Layanan dan Kegiatan

- **Pemberdayaan dan koordinasi pada para pelaku utama, termasuk ODHA**
 - o Pertemuan berkala dan diskusi kasus dengan para pemangku kepentingan (wadhiv#kroghu)

- o Mengembangkan prosedur tetap dan kriteria rujukan
- o Memberikan dukungan dan bimbingan pada perawatan di layanan kesehatan strata I (Puskesmas atau perawatan berbasis rumah)
- o Pertemuan berkala dan kegiatan peningkatan kapasitas (pengetahuan dan ketrampilan) bagi ODHA
- o Melibatkan ODHA dalam perencanaan, pemberian dan evaluasi layanan di sarana
- **Konseling dan tes HIV**
 - o Menyediakan klinik konseling dan tes HIV sukarela (KTS) yang berupa konseling pra-tes, tes antibodi HIV, dan konseling pasca-tes
 - o Klinik KTS harus tersedia di rumah sakit kabupaten/ kota sebagai pusat PDP HIV/ AIDS strata II
- **Layanan Klinis**
 - o Mengawasi dan menindak lanjuti terapi profilaksis kotrimoksazol dan merujuk ke Puskesmas bila memungkinkan
 - o Melakukan atau merujuk ke Pusat PDP HIV/ AIDS Strata II untuk penapisan, diagnosis dan terapi penyakit infeksi oportunistik tertentu pada ODHA (termasuk TB)
 - o Memulai dan menindak lanjuti terapi ARV lini-1 (bila di RS) dan merujuk ke Puskesmas untuk pemantauan bila sudah memungkinkan.
 - o Merujuk kasus komplikasi ke rumah sakit rujukan strata III
 - o Memberikan tatalaksana keluhan, gejala dan nyeri (perawatan paliatif)
- **Dukungan psikologis dan sosioekonomi**
 - o Konseling dan edukasi perorangan, pasangan, keluarga dan kelompok
 - o Kegiatan rekreasional
 - o Dukungan gizi sehari hari
 - o Merujuk kasus komplikasi ke rumah sakit rujukan strata III
 - o Edukasi untuk SDM rumah sakit dan masyarakat
 - o Advokasi ke institusi berwenang tentang kebijakan layanan gratis atau subsidi bagi perawatan medis (ASKESKIN)
 - o Advokasi dan rujukan ke layanan sosial setempat
 - o Mengembangkan kegiatan peningkatan kesejahteraan atau pendapatan keluarga ODHA (income generating)