



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 1 -

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 55 TAHUN 2015

TENTANG

PENGURANGAN DAMPAK BURUK PADA PENGGUNA NAPZA SUNTIK

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 567/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif (NAPZA) sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan dan kebutuhan hukum serta program penanggulangan HIV dan AIDS;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan untuk melaksanakan ketentuan Pasal 15 ayat (6) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pengurangan Dampak Buruk Pada Pengguna Napza Suntik;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5062);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

4. Peraturan...



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 2 -

4. Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 02/Per/Menko/Kesra/I/2007 tentang Kebijakan Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif Suntik;
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1278/Menkes/SK/XII/2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Kolaborasi Pengendalian Penyakit TB dan HIV;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 421/Menkes/SK/III/2010 tentang Standar Pelayanan Terapi dan Rehabilitasi Gangguan Penggunaan Napza;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 585) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 35 Tahun 2013 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 741);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2415/Menkes/Per/XII/2011 tentang Rehabilitasi Medis Pecandu, Penyalahguna, dan Korban Penyalahgunaan Narkotika (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 825);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 654);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 57 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Terapi Rumatan Metadona (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1130);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2014 tentang Konseling dan Tes HIV (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1713);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 87 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 72);

14. Peraturan...



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 3 -

14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2015 tentang Peredaran, Penyimpanan, Pemusnahan, dan Pelaporan Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 74);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PENGURANGAN DAMPAK BURUK PADA PENGGUNA NAPZA SUNTIK.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif yang selanjutnya disebut Napza adalah bahan/zat yang dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan/psikologi seseorang serta dapat menimbulkan ketergantungan fisik dan psikologi.
2. Pengguna Napza Suntik yang selanjutnya disebut Penasun adalah setiap orang yang menggunakan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif dengan cara suntik.
3. *Human Immunodeficiency Virus* yang selanjutnya disingkat HIV adalah Virus yang menyebabkan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)*.
4. *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* yang selanjutnya disingkat AIDS adalah suatu kumpulan gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh masuknya virus HIV dalam tubuh seseorang.
5. Pemerintah Pusat adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia yang dibantu oleh wakil presiden dan menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
6. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
7. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 2...



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 4 -

Pasal 2

Pengaturan Pengurangan Dampak Buruk Pada Penasun bertujuan untuk mengurangi jumlah angka kesakitan dan kematian penyakit HIV dan AIDS akibat penggunaan Napza suntik serta meningkatkan kualitas hidup Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA).

BAB II PELAKSANAAN PENGURANGAN DAMPAK BURUK PADA PENGGUNA NAPZA SUNTIK

Bagian Kesatu Umum

Pasal 3

Pengurangan dampak buruk pada Penasun dilaksanakan dengan strategi sebagai berikut:

- a. penyediaan layanan berbasis hak;
- b. mengoptimalkan modalitas penyediaan layanan;
- c. menciptakan lingkungan yang kondusif bagi pelaksanaan pengurangan dampak buruk pada Penasun; dan
- d. pelayanan secara terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan.

Pasal 4

Pelaksanaan pengurangan dampak buruk pada Penasun meliputi:

- a. layanan alat suntik steril dengan konseling perubahan perilaku serta dukungan psikososial;
- b. mendorong Penasun khususnya pecandu opioda menjalani terapi rumatan opioda dan terapi ketergantungan Napza lainnya;
- c. mendorong Penasun untuk melakukan pencegahan penularan seksual; dan
- d. layanan konseling dan tes HIV serta pencegahan/imunisasi hepatitis.

Bagian Kedua Layanan Alat Suntik Steril dengan Konseling Perubahan Perilaku serta Dukungan Psikososial

Pasal 5

- (1) Layanan alat suntik steril dengan konseling perubahan perilaku serta dukungan psikososial diarahkan untuk melakukan upaya promosi kepada Penasun untuk berhenti menggunakan Napza.

(2) Terhadap...



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 5 -

- (2) Terhadap Penasun yang belum dapat berhenti menggunakan Napza, upaya promosi dilakukan dengan:
 - a. mendorong untuk tidak menggunakan Napza suntik; atau
 - b. mendorong penggunaan alat suntik steril.
- (3) Layanan alat suntik steril dengan konseling perubahan perilaku serta dukungan psikososial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui kegiatan:
 - a. penjangkauan dan pendampingan kepada Penasun;
 - b. konseling kepada Penasun untuk pengurangan risiko; dan
 - c. penyediaan paket pencegahan melalui alat suntik steril.
- (4) Kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bertujuan untuk:
 - a. meningkatkan pengetahuan dan kemampuan Penasun mengenai dampak buruk penggunaan Napza;
 - b. mendekatkan Penasun kepada layanan lainnya dalam upaya meningkatkan kualitas hidup fisik, mental, dan sosial dari Penasun; dan
 - c. menghentikan beredarnya jarum suntik bekas pakai yang berpotensi menularkan HIV, Hepatitis B dan Hepatitis C.

Pasal 6

- (1) Layanan alat suntik steril dengan konseling perubahan perilaku serta dukungan psikososial diselenggarakan oleh:
 - a. Puskesmas yang memiliki layanan pengurangan dampak buruk pada Penasun; dan
 - b. lembaga swadaya masyarakat dan organisasi masyarakat lain yang menyelenggarakan kegiatan pengurangan dampak buruk pada Penasun.
- (2) Puskesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.
- (3) Lembaga swadaya masyarakat dan organisasi masyarakat lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b harus bekerja sama dengan Puskesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (2).
- (4) Puskesmas wajib melaporkan pelaksanaan kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (3) kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.

Bagian Ketiga...



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 6 -

Bagian Ketiga
Terapi Rumatan Opioida dan Terapi Ketergantungan Napza Lainnya

Pasal 7

- (1) Pengurangan dampak buruk pada Penasun dalam terapi rumatan opioida dilaksanakan melalui:
 - a. program terapi rumatan metadona; dan
 - b. terapi rumatan buprenorfina.
- (2) Pengurangan dampak buruk pada Penasun dalam terapi ketergantungan Napza lainnya dilakukan melalui layanan:
 - a. detoksifikasi dan terapi putus zat;
 - b. kondisi gawat darurat;
 - c. komorbiditas fisik dan psikiatri;
 - d. rawat jalan; dan
 - e. rehabilitasi rawat inap.

Pasal 8

Terapi rumatan opioida dan terapi ketergantungan Napza Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri.

Pasal 9

Penyelenggaraan terapi rumatan opioida dan terapi ketergantungan Napza lainnya dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keempat
Pencegahan Penularan Seksual

Pasal 10

Pengurangan dampak buruk pada Penasun dengan pencegahan penularan seksual diselenggarakan dalam bentuk:

- a. komunikasi, informasi, dan edukasi yang diarahkan secara khusus kepada Penasun dan pasangan seksualnya;
- b. promosi kondom untuk Penasun dan pasangan seksualnya; dan
- c. pencegahan dan pengobatan infeksi menular seksual.

Pasal 11...



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 7 -

Pasal 11

Pengurangan dampak buruk pada Penasun dengan pencegahan penularan seksual bertujuan untuk:

- a. meningkatkan pengetahuan dan sikap yang dapat mendorong perubahan perilaku dalam mengurangi risiko terinfeksi HIV;
- b. menyediakan dan memberikan informasi yang benar dan tepat guna;
- c. mendukung terjadinya perubahan perilaku seks yang aman pada Penasun dan pasangan seksualnya; dan
- d. mengurangi insiden penularan HIV pada Penasun ke pasangan seksualnya.

Bagian Kelima

Layanan Konseling dan Tes HIV serta Pencegahan/Imunisasi Hepatitis

Pasal 12

Pengurangan dampak buruk pada Penasun melalui layanan konseling dan tes HIV serta pencegahan/imunisasi hepatitis mencakup layanan:

- a. Konseling dan Tes HIV; dan
- b. pencegahan, diagnosis, dan terapi untuk Hepatitis.

Pasal 13

Bagi Penasun yang telah terinfeksi HIV berdasarkan hasil konseling dan tes HIV, dilakukan pengobatan antiretroviral dan perawatan bagi penyakit penyerta.

Bagian Keenam

Kegiatan Pendukung Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Pada Pengguna Napza Suntik

Pasal 14

- (1) Untuk mendukung pelaksanaan pengurangan dampak buruk pada Penasun, dilakukan kegiatan sebagai berikut:
 - a. penjangkauan dan pendampingan;
 - b. pengembangan rumah singgah (*drop in centre*); dan
 - c. pelaksanaan manajemen kasus pada Penasun dengan HIV.
- (2) Kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menjangkau Penasun yang lebih luas dan pemanfaatan pelaksanaan pengurangan dampak buruk pada Penasun secara efektif.

Bagian Ketujuh...



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 8 -

Bagian Ketujuh
Pengaturan Lebih Lanjut

Pasal 15

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pengurangan dampak buruk pada Penasun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 sampai dengan Pasal 14 diatur dalam Pedoman sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

BAB III
KOORDINASI, JEJARING KERJA, DAN KEMITRAAN

Pasal 16

- (1) Dalam rangka penyelenggaraan pengurangan dampak buruk pada Penasun, dibangun dan dikembangkan koordinasi, jejaring kerja, serta kemitraan antara instansi pemerintah dan pemangku kepentingan, baik di pusat, provinsi, maupun kabupaten/kota, serta antar fasilitas pelayanan.
- (2) Koordinasi, jejaring kerja, dan kemitraan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk:
 - a. pemberian advokasi;
 - b. mencegah penularan HIV-AIDS lebih lanjut pada Penasun;
 - c. meningkatkan kemampuan sumber daya manusia, kajian, penelitian, serta kerja sama antar wilayah, luar negeri, dan pihak ketiga;
 - d. peningkatan komunikasi, informasi, dan edukasi; dan
 - e. meningkatkan kemampuan kewaspadaan dini dan kesiapsiagaan serta penanggulangan HIV-AIDS.

BAB IV
PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pasal 17

- (1) Setiap penyelenggaraan pengurangan dampak buruk pada Penasun harus dilakukan pencatatan dan pelaporan oleh pengelola program secara berjenjang.
- (2) Pencatatan sebagaimana di maksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 18...



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 9 -

Pasal 18

- (1) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan dan lembaga swadaya masyarakat/organisasi masyarakat lain wajib melakukan pelaporan penyelenggaraan pengurangan dampak buruk pada Penasun kepada dinas kesehatan/kabupaten/kota.
- (2) Dinas kesehatan kabupaten/kota melakukan kompilasi pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan melakukan analisis untuk pengambilan kebijakan dan tindak lanjut serta melaporkannya ke dinas kesehatan provinsi.
- (3) Dinas kesehatan provinsi melakukan kompilasi pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan melakukan analisis untuk pengambilan rencana tindak lanjut serta melaporkannya ke Menteri.
- (4) Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dilakukan secara berkala dan terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pasal 19

- (1) Pemerintah, pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kabupaten/kota melakukan pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan pengurangan dampak buruk pada Penasun.
- (2) Pemantauan dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berdasarkan data indikator pelaksanaan pengurangan dampak buruk pada Penasun dan surveilans kesehatan program penanggulangan HIV dan AIDS.

BAB VI KETENTUAN PENUTUP

Pasal 20

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 567/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif (NAPZA) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 21...



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 10 -

Pasal 21

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 29 Juli 2015

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 29 Agustus 2015

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

YASONNA H. LAOLY

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2015 NOMOR 1238



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 11 -

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 55 TAHUN 2015
TENTANG
PENGURANGAN DAMPAK BURUK PADA
PENGGUNA NAPZA SUNTIK

PEDOMAN PENGURANGAN DAMPAK BURUK PADA PENGGUNA NAPZA SUNTIK

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tingginya angka penularan HIV dan penyakit lain yang ditularkan melalui darah pada kalangan Pengguna Napza Suntik (Penasun) sebagai dampak perilaku menyuntik yang tidak steril mendorong dilakukannya penanggulangan HIV dan AIDS pada Penasun. Upaya untuk mengurangi penularan HIV pada Penasun dikenal dengan *harm reduction* (pengurangan dampak buruk pada Penasun).

Istilah *harm reduction* muncul pada awal Tahun 1970an, dimana sebuah klinik ketergantungan obat memberikan resep heroin kepada para pengguna yang menjalani perawatan. Berawal dari layanan tersebut sejarah pengurangan dampak buruk pada Penasun kemudian terus berkembang terutama terkait dengan permasalahan adiksi dan epidemi HIV AIDS.

Badan Kesehatan Dunia (*World Health Organization-WHO*) mendefinisikan Pengurangan dampak buruk pada Penasun sebagai :

“Konsep, yang digunakan dalam wilayah kesehatan masyarakat, yang bertujuan untuk mencegah atau mengurangi konsekuensi negatif kesehatan yang berkaitan dengan perilaku. Yang dimaksud dengan perilaku yaitu perilaku penggunaan Napza dengan jarum suntik dan perlengkapannya (jarum suntik dan peralatan untuk mempersiapkan Napza sebelum disuntikkan). Komponen pengurangan dampak buruk pada pengguna Napza suntik merupakan intervensi yang holistik/komprehensif yang bertujuan untuk mencegah penularan HIV dan infeksi lainnya yang terjadi melalui penggunaan perlengkapan menyuntik untuk menyuntikkan”



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 12 -

Pengurangan dampak buruk penggunaan Napza suntik mulai menjadi perhatian di Indonesia pada Tahun 1999 dengan adanya peningkatan kasus penularan HIV dan AIDS melalui penggunaan jarum dan peralatan suntik yang tidak steril secara bergantian/bersama pada kelompok Penasun. Seiring dengan hal tersebut muncul pemikiran bahwa telah saatnya Indonesia memerlukan intervensi untuk mencegah penularan HIV pada kelompok Penasun. Pengurangan dampak buruk pada Penasun sebagai sebuah konsep intervensi penanggulangan HIV dan AIDS pada Penasun mulai ditambahkan untuk diterapkan di Indonesia.

Pada Tahun 2003 Departemen Kesehatan dalam Rencana Strategis Departemen Kesehatan (2003) menyebutkan bahwa pengurangan dampak buruk Napza menjadi salah satu prioritas dan pendekatan dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Pada Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2003-2007 disebutkan pula pengurangan dampak buruk Napza sebagai salah satu pendekatan yang harus dilakukan dalam penanggulangan HIV dan AIDS pada Penasun.

Untuk menjawab kebutuhan di lapangan, Kementerian Kesehatan mengeluarkan pedoman pengurangan dampak buruk melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 567/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif (NAPZA). Namun pedoman tersebut perlu disempurnakan mengingat upaya pengurangan dampak buruk pada Penasun saat ini semakin berkembang dan mencakup berbagai layanan yang lebih luas. Berdasarkan amanat Pasal 15 ayat (6) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 dan untuk dapat terselenggaranya layanan komprehensif serta sesuai dengan perkembangan program pengurangan dampak buruk pada penggunaan Napza suntik di lapangan diperlukan pembaharuan pedoman pelaksanaan pengurangan dampak buruk pada Penasun.

B. Strategi Pengembangan Program Pengurangan Dampak Buruk pada Pengguna Napza Suntik

Strategi pengembangan program pengurangan dampak buruk pada Penasun merupakan cara untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat infeksi HIV pada Penasun serta meningkatkan kualitas hidup ODHA. Strategi dasar yang dikembangkan adalah sebagai berikut:

1. Penyediaan layanan yang berbasis hak

Sebagai bentuk pemenuhan hak atas kesehatan bagi seluruh warga negara Indonesia sebagaimana dimandatkan oleh Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, maka program pengurangan dampak buruk pada Penasun dikembangkan dalam bentuk program-program yang mendukung kebutuhan terkini yaitu layanan pengobatan, dukungan dan perawatan terkait HIV dan AIDS dan infeksi penyerta



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 13 -

seperti IMS, koinfeksi TB-HIV dan HIV-Hepatitis C serta layanan pencegahan penularan HIV untuk populasi Penasun dan pasangannya.

2. Mengoptimalkan Modalitas Penyediaan Layanan

a. Berbasis Institusi

Untuk melaksanakan komponen-komponen dalam strategi paket intervensi komprehensif tersebut di atas, maka penyediaan layanan perawatan dan pengobatan medis diselenggarakan oleh institusi kesehatan baik yang berasal dari pemerintah maupun swasta. Pendekatan ini dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.

b. Berbasis Komunitas

Komponen-komponen lain seperti penjangkauan, pendampingan serta pengorganisasian komunitas diselenggarakan oleh kelompok masyarakat termasuk komunitas Penasun.

3. Menciptakan lingkungan yang kondusif bagi pelaksanaan pengurangan dampak buruk pada Penasun

Disamping perilaku menyuntik dan kontak seksual yang tidak aman, faktor struktural seperti faktor sosial, ekonomi, politik dan budaya juga berpengaruh terhadap kerentanan penularan HIV pada Penasun dan pasangannya. Pengembangan lingkungan yang kondusif dalam program pengurangan dampak buruk pada Penasun atau intervensi struktural diharapkan dapat mengurangi hambatan struktural terhadap akses pelayanan pencegahan, perawatan dan pengobatan. Melalui intervensi struktural, diharapkan kualitas pelayanan terkait dengan HIV dan AIDS dan dukungan sosial terhadap penanggulangan HIV dan AIDS semakin meningkat.

4. Layanan Komprehensif dan Berkesinambungan Pengurangan Dampak Buruk pada Pengguna Napza Suntik

Pengurangan dampak buruk pada Penasun dikembangkan dengan pola komprehensif, berkesinambungan, dan terintegrasi dengan pelayanan dan sektor-sektor lain. Atas dasar situasi dan dinamika epidemi HIV-AIDS pada populasi Penasun, WHO/UNODC/UNAIDS mengembangkan rekomendasi paket komprehensif program pengurangan dampak buruk pada Penasun yang terdiri dari 9 (sembilan) komponen agar layanan kepada Penasun bisa lebih tepat guna dan tepat sasaran serta memperhatikan lingkungan yang dibutuhkan bagi Penasun untuk mendapatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Rekomendasi ini merupakan penyempurnaan dari rekomendasi sebelumnya yang terdiri dari 12 (dua belas) komponen.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 14 -

Kerangka intervensi tersebut terdiri dari komponen-komponen program sebagai berikut:

1. Layanan Alat Suntik Steril (LASS)
2. Terapi Substitusi Opioida dan Perawatan Napza lainnya
3. Konseling dan Tes HIV (KT HIV)
4. Pencegahan dan Pengobatan Infeksi Menular Seksual
5. Promosi kondom untuk Penasun dan pasangan seksualnya
6. Komunikasi, Informasi dan Edukasi yang diarahkan secara khusus kepada Penasun dan pasangan seksualnya
7. Terapi Antiretroviral
8. Vaksinasi, Diagnosis dan Terapi untuk Hepatitis
9. Pencegahan, Diagnosis dan Terapi untuk Tuberkulosis

Sementara itu, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS menyebutkan bahwa penyelenggaraan pengurangan dampak buruk pada Penasun meliputi:

1. layanan alat suntik steril dengan konseling perubahan perilaku serta dukungan psikososial;
2. mendorong Penasun khususnya pecandu opioida menjalani terapi rumatan opioida dan terapi ketergantungan Napza lainnya;
3. mendorong Penasun untuk melakukan pencegahan penularan seksual; dan
4. layanan konseling dan tes HIV serta pencegahan/imunisasi hepatitis

Mengacu pada Permenkes Nomor 21 Tahun 2013 dan rekomendasi paket komprehensif penanggulangan HIV dan AIDS bagi Penasun dari WHO/UNODC/UNAIDS di atas maka paket komprehensif dalam pedoman ini diadaptasi dan dikategorikan ke dalam empat bentuk penyelenggaraan pengurangan dampak buruk yang telah ditetapkan.

Prinsip utama yang menjadi dasar dalam implementasi paket komprehensif ini adalah keterpaduan diantara intervensi yang dikembangkan. Keterkaitan dan koordinasi diantara berbagai intervensi menjadi faktor yang menentukan efektivitas dan efisiensi dari program penanggulangan HIV/AIDS bagi kelompok Penasun. Pengembangan sistem rujukan yang kuat menjadi tuntutan mendasar untuk menerapkan prinsip keterpaduan ini.

Untuk mendukung efektivitas pengurangan dampak buruk Penasun, kegiatan pendukung harus dilakukan adalah kegiatan penjangkauan (*outreach*). Intervensi ini merupakan pondasi yang sangat efektif untuk mengakses kelompok-kelompok Penasun yang tersembunyi. Intervensi pendukung lain yang perlu dilakukan adalah manajemen kasus bagi Penasun yang diketahui HIV positif dan penyediaan rumah singgah atau *drop in center*.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 15 -

BAB II PENYELENGGARAAN PROGRAM PENGURANGAN DAMPAK BURUK PADA PENGGUNA NAPZA SUNTIK

Bagian ini merupakan inti dari pedoman, yang menyajikan sembilan (9) jenis program dalam paket komprehensif yang direkomendasikan oleh WHO/UNODC/UNAIDS untuk pengurangan dampak buruk pada Penasun. Kesembilan komponen ini dikategorikan berdasarkan program pengurangan dampak buruk pada Penasun dalam Permenkes Nomor 21 Tahun 2013, yaitu :

1. Layanan alat suntik steril dengan konseling perubahan perilaku serta dukungan psikososial
 2. Terapi rumatan opioida dan dan Terapi Ketergantungan Napza Lainnya
 3. Pencegahan penularan seksual yang akan mencakup:
 - a. Komunikasi, Informasi dan Edukasi yang diarahkan secara khusus kepada Penasun dan pasangan seksualnya
 - b. Promosi kondom untuk Penasun dan pasangan seksualnya
 - c. Pencegahan dan Pengobatan Infeksi Menular Seksual
 4. Layanan Konseling dan Tes HIV serta pencegahan/imunisasi hepatitis
- Bagi Penasun yang telah terinfeksi HIV berdasarkan hasil konseling dan tes HIV, dilakukan pengobatan antiretroviral dan perawatan bagi penyakit penyerta.

Tiga kegiatan pendukung penting dilaksanakan untuk meningkatkan efektifitas kegiatan utama di atas, yaitu:

1. penjangkauan dan pendampingan;
2. pengembangan rumah singgah (*drop in centre*); dan
3. pelaksanaan manajemen kasus pada Penasun dengan HIV.

Setiap penyelenggaraan program pengurangan dampak buruk pada Penasun harus diawali dengan tahapan persiapan dan perencanaan.

A. Persiapan

1. Penjajakan Situasi Cepat

Perencanaan program pengurangan dampak buruk pada Penasun harus didasarkan pada kebutuhan lapangan. Penyediaan data berbasis bukti harus dilakukan secara sistimatis dan dapat dipertanggungjawabkan, yaitu melalui kegiatan Penjajakan Situasi Cepat (PSC) atau *Rapid Situation Assessment* (RSA).

PSC meliputi penjajakan masalah dan penjajakan sumber daya yang tersedia atau mungkin diperlukan untuk menghadapi masalah. Prinsip PSC antara lain:



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 16 -

- a. Waktu yang singkat; PSC umumnya dilaksanakan dengan cepat (beberapa hari sampai beberapa bulan) karena waktu merupakan faktor penting jika menghadapi masalah sosial dan kesehatan yang sedang berkembang, terutama HIV yang mampu menyebar dengan cepat ke seluruh lapisan masyarakat.
- b. Dana; PSC sering dilaksanakan oleh satu atau dua orang yang bekerja cepat untuk mengumpulkan informasi, karena itu bisa mengurangi biaya manajemen, seperti gaji jangka panjang, membentuk kantor dan lain sebagainya.
- c. Memanfaatkan data yang ada; PSC menggunakan informasi yang telah tersedia semaksimal mungkin.
- d. Menggunakan berbagai sumber data dan informasi; PSC tidak tergantung hanya pada satu sumber atau survei. Misalnya, data statistik pemerintah mengenai penangkapan, pusat rehabilitasi, wawancara dengan Penasun serta sumber data yang relevan dengan permasalahan penggunaan Napza suntik.
- e. Kecermatan yang tinggi; PSC menyelidiki lebih dalam, mengumpulkan informasi dari bermacam sumber dan memeriksa ulang temuan dengan tokoh kunci, melakukan pengamatan sendiri dan statistik resmi.
- f. Relevansi praktis terhadap intervensi; Hasil PSC terutama lebih bermanfaat untuk pengembangan intervensi dibanding untuk kepentingan ilmiah.
- g. Memperkuat respon lokal; PSC mengidentifikasi dan melibatkan *stakeholders* lokal, termasuk mereka yang bertanggung jawab untuk mengembangkan intervensi. PSC mendorong partisipasi masyarakat untuk meningkatkan relevansi praktis serta daya guna dari peninjauan tersebut.

Untuk memperoleh informasi, pelaksana PSC bisa menghubungi berbagai pihak yang berkaitan langsung atau tidak langsung dengan Penasun seperti Pusat Terapi Ketergantungan Napza Suntik, kejaksaan dan kepolisian, penyedia layanan kesehatan, institusi pemerintah dan non pemerintah terkait (Lapas, Dinas Kesehatan, BNP/K, Dinas Sosial, komunitas Penasun, serta individu-individu yang memiliki kontak teratur dengan Penasun aktif).

Pada dasarnya PSC merupakan peninjauan kualitatif atas permasalahan Napza suntik di suatu wilayah. Informasi dasar yang biasanya dikumpulkan melalui PSC adalah:

- a. Di mana Penasun dapat ditemukan?



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 17 -

- b. Di mana tempat pertemuan atau tempat mereka berkumpul? Misalnya, apakah ada rumah makan, bar, taman atau tempat main bilyar tertentu?
- c. Kira-kira berapa banyak Penasun yang bertemu di tempat tersebut?
- d. Di mana mereka membeli Napza suntik?
- e. Di mana mereka biasa menyuntik?
- f. Bagaimana pola utama mereka menyuntik? Apakah ada Napza suntik favorit, kombinasi beberapa Napza suntik, atau obat yang diperoleh dari apotek?
- g. Bagaimana dengan karakteristik yang menonjol dalam jaringan tersebut? Seperti usia, ras/kesukuan, pola penggunaan Napza suntik, dan lingkungan.
- h. Karakteristik dan tipe jaringan sosial Penasun termasuk hubungan antar jaringan sosial yang satu dengan yang lain.
- i. Pola-pola hubungan antara Penasun, misalnya hubungan seks di antara Penasun, jumlah pasangan seks dan pola-pola perilaku seks di luar jaringan sosial Penasun.
- j. Kesadaran dan perhatian terhadap HIV-AIDS di antara Penasun.
- k. Norma sosial atau keyakinan terkait praktek perilaku berisiko, baik dalam penggunaan Napza suntik maupun perilaku seks.
- l. Frekuensi melakukan perilaku berisiko, baik dalam penggunaan Napza suntik maupun perilaku seks termasuk polanya.
- m. Pola mobilitas berbagai jenis/tipe Penasun.

2. Perencanaan

Hasil PSC menjadi dasar penting untuk mengembangkan rencana program pengurangan dampak buruk pada Penasun di suatu wilayah. Selain memperhatikan situasi lokal, perencanaan program juga perlu mengacu pada berbagai dokumen atau kebijakan pada tingkat nasional seperti:

- a. Dokumen hasil Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) - Kementerian Kesehatan RI
- b. Hasil Survei Cepat Perilaku (SCP)
- c. Dokumen hasil Pencatatan dan Pelaporan rutin
- d. Dokumen hasil *External Review Health Sector Response on HIV and AIDS*
- e. Dokumen hasil evaluasi implementasi program yang didukung dana donor (Global Fund, USAID, DFAT, dan lain-lain)

Perencanaan program perlu berfokus pada beberapa komponen utama program intervensi, yaitu:

- a. Ketersediaan layanan
- b. Cakupan
- c. Kualitas



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 18 -

d. Potensi Dampak

Identifikasi potensi pembiayaan program dan strategi mobilisasi sumber daya keuangan harus dikembangkan secara paralel dengan pengembangan strategi program. Dengan demikian gambaran sejauh mana potensi dampak intervensi dengan potensi ketersediaan sumber daya keuangan yang ada dapat diperoleh.

B. Pelaksanaan

1. Program Layanan Alat Suntik Steril (LASS) Dengan Konseling Perubahan Perilaku serta Dukungan Psikososial

Layanan Alat Suntik Steril (LASS) dengan Konseling Perubahan Perilaku diarahkan sebagai upaya promosi kepada Penasun agar berhenti menggunakan Napza. Meski demikian, perlu disadari bahwa menghentikan penggunaan Napza tidak mudah dilakukan secara cepat. Pada Penasun yang belum dapat berhenti menggunakan Napza, upaya promosi disertai juga dengan mendorong penggunaan alat suntik steril.

LASS dengan konseling perubahan perilaku serta dukungan psikososial dilakukan melalui kegiatan penjangkauan dan pendampingan, konseling pengurangan risiko dan penyediaan paket pencegahan melalui alat suntik steril kepada Penasun. LASS menyediakan peralatan suntik steril termasuk jarum suntik berikut tabung atau sempritnya dan kapas beralkohol. Penyediaan peralatan tersebut disertai dengan pemberian informasi tentang dampak buruk Napza dan HIV-AIDS, rujukan kepada layanan medis, hukum dan sosial dalam rangka peningkatan kesadaran terhadap perilaku berisiko serta dukungan terhadap perubahan perilaku pada Penasun sehingga terhindar dari infeksi HIV dan mau mengakses layanan kesehatan terkait HIV-AIDS yang dibutuhkan. LASS juga mengupayakan berhentinya peredaran jarum suntik bekas di kalangan Penasun serta lingkungannya dengan mendorong mekanisme penukaran jarum bekas pakai dengan jarum steril.

a. Ruang Lingkup

- 1) Pengurangan dampak buruk pada Penasun merupakan suatu tatanan intervensi kesehatan untuk menanggulangi epidemi HIV-AIDS pada populasi Penasun di Indonesia.
- 2) Penasun merupakan pusat dari intervensi ini dan diposisikan sebagai individu yang membutuhkan akses layanan untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai warga negara Indonesia, sekaligus komponen kunci keberhasilan program melalui keterlibatan aktif di dalam penyelenggaraannya.
- 3) Penyelenggaraan program LASS membutuhkan acuan baik dalam aspek administratif maupun prosedural teknis pelaksanaannya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 19 -

Dengan demikian pembagian peran dan fungsi dari semua komponen yang terlibat didalamnya menjadi jelas.

b. Tujuan

- 1) Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan Penasun mengenai dampak buruk penggunaan Napza.
- 2) Mendekatkan Penasun kepada layanan-layanan lain dalam upaya meningkatkan kualitas hidup fisik, mental dan sosial dari Penasun.
- 3) Menghentikan beredarnya jarum suntik bekas pakai yang berpotensi menularkan HIV, Hepatitis B dan C.

c. Sasaran

Penasun yang masih belum mampu berhenti menggunakan Napza suntik.

d. Pelaksana

Pelaksana Program LASS adalah:

- 1) Puskesmas yang memiliki layanan pengurangan dampak buruk pada Penasun
Puskesmas yang menyediakan LASS adalah Puskesmas yang telah ditetapkan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat. Puskesmas wajib melaporkan pelaksanaan kerjasama dengan lembaga swadaya masyarakat atau organisasi masyarakat lainnya kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.
- 2) Lembaga Swadaya Masyarakat atau organisasi masyarakat lain yang menyelenggarakan kegiatan pengurangan dampak buruk pada Penasun
Lembaga swadaya masyarakat atau organisasi masyarakat lain yang menyediakan LASS harus bekerja sama dengan Puskesmas yang telah ditetapkan sebagai Puskesmas penyedia LASS.

Tim Pelaksana LASS terdiri dari:

- 1) Koordinator Program, bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program. Koordinator bertugas memantau dan melakukan supervisi kepada petugas lapangan LASS dan melakukan koordinasi dengan koordinator program lainnya.
- 2) Petugas Pelaksana, bertugas melaksanakan LASS di Puskesmas dan *Drop-in Center* (DIC) LSM, mulai dari pendaftaran sampai dengan Penasun keluar dari tempat pelayanan. Petugas pelaksana mencatat dan menyimpan data pelaksanaan LASS dengan menggunakan formulir standar yang tersedia. Petugas pelaksana juga bertanggung jawab terhadap penyediaan dan penyimpanan jarum suntik steril, serta pengelolaan jarum suntik bekas pakai.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 20 -

- 3) Petugas Lapangan, bertugas mempromosikan program LASS kepada para Penasun di lapangan, memberikan LASS kepada Penasun yang masih belum berkunjung ke Puskesmas atau LSM secara mandiri dan membantu mendorong perubahan perilaku Penasun yang didampingi.
- e. Prinsip-Prinsip Pelaksanaan
- 1) Model Layanan Program LASS
 - a) Menetap (*fixed site*); LASS dilaksanakan pada tempat khusus seperti Puskesmas atau *drop in center*. Tempat tersebut dapat juga menyediakan layanan lain seperti layanan kesehatan dasar, pengelolaan kasus, serta layanan konseling dan tes HIV bagi Penasun maupun pasangannya.
 - b) Bergerak (*mobile*); LASS dilakukan oleh petugas lapangan dengan mendatangi tempat-tempat yang sering dikunjungi oleh Penasun dengan membawa tas yang berisi paket alat suntik steril, media informasi, tabung, penjepit, dan formulir pencatatan yang dibutuhkan pada waktu yang telah ditetapkan.
 - c) Satelit; adalah perpanjangan dari layanan menetap model dimana LASS dilakukan di lokasi Penasun biasa berkumpul. Pelaksana model satelit adalah relawan yang sudah dilatih dan bertanggung jawab untuk datang dan bekerja di tempat dan waktu yang ditentukan.
 - 2) Waktu Layanan
 - a) Lembaga pelaksana program harus menentukan waktu yang tepat dimana Penasun dapat mengakses LASS. Petugas lapangan LASS harus rutin dan teratur datang di tempat dan waktu dimana pertemuan (kontak) dengan Penasun dapat dilakukan, sehingga informasi, edukasi dan rujukan layanan dapat diberikan.
 - b) Keterbatasan jam pelayanan LASS harus dapat diantisipasi dengan metode satelit yang beroperasi di luar jam operasional layanan menetap dan bergerak.
 - 3) Proses Pendaftaran Klien Program LASS
 - a) Memperkenalkan program LASS kepada Penasun.
 - b) Pemberian kartu identitas klien program LASS. Proses registrasi klien LASS dilakukan agar kegiatan intervensi terselenggara secara sistematis dan terjamin akuntabilitasnya, tanpa melanggar asas kerahasiaan klien.
 - c) Pemberian paket materi pencegahan dan pengambilan jarum suntik bekas pakai.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 21 -

- 4) Usia Klien
Penasun dari beragam usia mungkin akan mengakses program LASS. Program LASS diharapkan dapat mengurangi risiko kaum muda terinfeksi HIV dan virus lain yang ditularkan melalui darah. Klien dengan usia di bawah 18 tahun harus dinilai terlebih dahulu dan jika dimungkinkan mendapatkan proses konseling. Hal ini bertujuan agar pemberian jarum suntik ini tepat sasaran tanpa mengabaikan hak-hak anak, sesuai dengan undang-undang perlindungan anak yang berlaku.
- 5) Pendistribusian Jarum dan Alat Suntik Steril
Pendistribusian paket materi pencegahan dilakukan kepada klien yang sudah terdaftar dalam program. Paket materi pencegahan terdiri dari alat dan jarum suntik steril, kapas beralkohol dan media informasi tentang HIV-AIDS dan Napza suntik dalam bentuk leaflet atau brosur. Jumlah alat dan jarum suntik steril yang didistribusikan harus mencukupi kebutuhan tiap Penasun.
- 6) Pengamanan dan Pemusnahan Jarum Bekas
 - a) Mendorong pengembalian jarum suntik bekas pakai. Pelaksana LASS hendaknya menjelaskan bahwa jarum suntik bekas pakai yang dibuang secara sembarangan akan menimbulkan masalah pada lingkungan sekitar dan dapat menjadi alasan kuat ditutupnya program LASS.
 - b) Menyediakan tempat/wadah untuk menampung jarum suntik bekas pakai yang dikembalikan oleh Penasun maupun yang ditemukan di lapangan.
 - c) Penasun langsung memasukkan jarum suntik bekas pakai ke tempat /wadah khusus.
 - d) Apabila ada jarum suntik yang dikembalikan dan menurut laporan bersih dan tidak dipakai, harus tetap dibuang dengan tata cara di atas.
 - e) Tempat penyimpanan jarum bekas pakai tidak boleh terlalu penuh dan disegel.
 - f) Tempat penyimpanan jarum bekas harus langsung dibawa ke fasilitas yang memiliki *incinerator*.
 - g) Jika telah dimusnahkan, maka laporan tentang pemusnahan harus diarsipkan.
 - h) Lembaga pelaksana LASS tidak memiliki *incinerator* dapat bekerja sama dengan fasilitas yang memilikinya.
 - i) Taati kewaspadaan universal untuk menghindari kejadian yang tidak diinginkan.
- 7) Penanganan Kecelakaan Tertusuk Jarum
 - a) Siram bagian yang tertusuk dengan air yang mengalir (air kran).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 22 -

- b) Jangan dipaksa agar luka mengeluarkan darah.
- c) Luka jangan dihisap atau disedot dengan mulut.
- d) Bilaslah dengan sabun dan air.
- e) Pakailah antiseptik dan kemudian tutuplah dengan perban.
- f) Carilah bantuan medis untuk melakukan penilaian risiko infeksi dan jika memungkinkan memberikan perawatan termasuk memberikan Profilaksis Pasca Pajanan (*post exposure prophylaxis/PEP*).

8) Pelaporan Insiden

Petugas LASS harus menyusun laporan insiden di lokasi LASS. Insiden dalam konteks program LASS meliputi kejadian over dosis Penasun di lokasi LASS, luka tertusuk jarum atau luka lain yang dialami Penasun atau petugas di lokasi kerja, atau kejadian yang timbul terkait keberadaan polisi di dekat lokasi dimana petugas lapangan memberikan layanan.

f. Perlengkapan

- 1) Identitas Program LASS; dikembangkan untuk menjamin pemahaman masyarakat luas terhadap LASS sebagai layanan kesehatan yang resmi Pemerintah. Logo dapat ditempatkan di puskesmas, DIC LSM, kartu identitas petugas lapangan atau pada lokasi lainnya yang mudah dilihat.
- 2) Kartu Identitas Petugas; semua petugas pelaksana program LASS, terutama petugas lapangan harus membawa kartu identitas saat bekerja dan di lapangan. Kartu tersebut dapat dibuat oleh lembaga dengan sepengetahuan pihak terkait (KPA dan Dinas Kesehatan setempat).
- 3) Kartu Identitas Klien; klien LASS akan mendapatkan kartu yang menunjukkan bahwa mereka sedang mengikuti program LASS. Kartu ini berisi informasi singkat mengenai program LASS, nama lembaga pelaksana dan kode klien (bukan nama dan alamat lengkap). Kartu tersebut disediakan oleh lembaga yang memberikan layanan dengan sepengetahuan pihak terkait (KPA dan Dinas Kesehatan setempat).
- 4) Peralatan yang harus disediakan :
 - a) Jarum suntik steril berikut tabungnya dengan model dan jenis yang biasa dipakai oleh Penasun di daerah tersebut.
 - b) Kapas beralkohol, digunakan untuk membersihkan permukaan kulit yang akan disuntik, membersihkan peralatan menyuntik lainnya atau untuk membersihkan tangan. Paling sedikit disediakan 2 (dua) kapas beralkohol untuk setiap jarum suntik dan tabung yang diberikan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 23 -

- c) Alat penyaring, dalam bentuk sejenis kapas atau bahan berserat lain yang berfungsi untuk memisahkan sisa Napza suntik yang tidak larut ketika dicampurkan dengan air sehingga tidak ikut masuk ke dalam tabung suntik.
- d) Media informasi terkait dengan HIV-AIDS dan dampak buruk Napza suntik, berupa brosur, buklet, stiker atau yang lainnya yang mencakup:
 - (1) Mengurangi praktek penggunaan bersama peralatan menyuntik.
 - (2) Risiko-risiko berbagi peralatan menyuntik seperti filter, wadah, air.
 - (3) Teknik-teknik untuk membersihkan dan menyucihamakan peralatan suntik.
 - (4) Cara memperoleh jarum dan alat suntik steril.
 - (5) Penanganan yang aman terhadap peralatan suntik yang telah terkontaminasi.
 - (6) Cara menyuntik yang aman bagi Penasun
 - (7) Informasi terapi dan rehabilitasi Napza suntik.
 - (8) Pencegahan Hepatitis B dan Hepatitis C.
 - (9) Perawatan pembuluh darah dan abses.
 - (10) Informasi terkait hukum dan kebijakan yang menyangkut pencegahan dan penanggulangan gangguan penggunaan Napza suntik (misalnya Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika dan Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2011 tentang Wajib Lapori Pecandu Narkotika).
- e) Tabung atau wadah untuk menampung jarum suntik bekas pakai yang ditemukan di lapangan atau dikembalikan oleh Penasun.
- f) Penjepit (*pincer*) untuk mengambil jarum suntik bekas pakai yang ditemukan di lapangan.
- g) Sarung tangan (*hand gloves*) yang digunakan oleh petugas LASS agar terhindar dari risiko tertusuk jarum ketika menerima atau mengambil jarum suntik bekas pakai.
- h) Kemasan atau pembungkus paket materi pencegahan yang akan didistribusikan pada Penasun.
- i) Formulir untuk mencatat kode dan jumlah Penasun yang mengakses LASS, jumlah jarum maupun media informasi yang diberikan.

2. Program Terapi Rumatan Opioida dan Terapi Ketergantungan Napza Lainnya

Tidak semua Penasun memiliki kesamaan dalam hal kebiasaan serta kebutuhan Napza suntik yang dipakai.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 24 -

Banyak Penasun melewati tahapan-tahapan penggunaan Napza suntik yang berbeda pada waktu yang berbeda-beda dalam hidupnya. Pada sebagian orang di berbagai penjuru dunia, mengisap opium atau heroin, atau menyuntik heroin, tidak harus menjadi kecanduan terhadap zat-zat tersebut. Bagi sebagian besar orang yang menggunakan jenis Napza suntik di atas, terdapat sebuah periode waktu dimana menggunakan Napza suntik tanpa berakibat kecanduan, sebab ketergantungan dapat terbentuk apabila Napza suntik digunakan secara teratur selama beberapa waktu tertentu.

Periode ini bervariasi dari beberapa minggu hingga beberapa tahun. Penggunaan yang teratur saja tidak dapat langsung dikategorikan sebagai ketergantungan, sebab perlu memenuhi kriteria ketergantungan sesuai *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM IV). Oleh karena itu, pendekatan terapi pun hendaknya bervariasi pula. Kita perlu mengetahui lebih banyak tentang siapa si Penasun itu, bagaimana mereka menggunakan Napza suntik, apa saja situasi dan kondisi sosial mereka, serta alternatif apa saja yang dapat ditawarkan secara realistis di dalam situasi dan kondisi sosial mereka.

Pemahaman yang komprehensif tentang penggunaan Napza suntik dan Penasun sangat dibutuhkan agar pendekatan terapi ketergantungan Napza suntik dapat berlangsung dan bermanfaat. Identifikasi dini para Penasun perlu dilakukan secara tidak menyolok di lingkungan masyarakat. Semakin berhasil upaya menggambarkan ketergantungan Napza suntik sebagai sebuah penyakit dan Penasun memandang layanan terapi sebagai layanan yang bersifat rahasia dan penuh perhatian, maka akan semakin besar pula kemungkinan para Penasun berupaya memperoleh layanan tersebut atas inisiatif mereka sendiri.

Fokus terapi ketergantungan Napza suntik adalah menyediakan berbagai jenis pilihan, yang dapat mendukung proses pemulihan melalui berbagai keterampilan yang diperlukan dan mencegah kekambuhan (*relapse*). Tingkatan layanan bervariasi, tergantung dari derajat keparahan dan seberapa intensif terapi diperlukan. Bentuk terapi ketergantungan Napza suntik antara lain adalah:

a. Terapi Rumatan Opioida

Terapi Rumatan Opioida merupakan salah satu metode dalam terapi adiksi terhadap narkotika jenis opioida suntik. Metode ini dikembangkan untuk Penasun yang telah mengalami ketergantungan menahun, mengalami kekambuhan kronis dan sudah pernah menjalani terapi ketergantungan Napza.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 25 -

Menilik kepada kondisi tersebut, Terapi Rumatan Opioida berfokus pada pengurangan dampak buruk dari penyuntikan Napza melalui penyediaan narkotik opioida sintetis yang digunakan secara oral dengan pengawasan tenaga medis agar Penasun bisa berhenti menyuntik serta mengurangi risiko terpapar infeksi melalui peralatan menyuntik yang terkontaminasi virus dan bakteri. Selanjutnya melalui terapi ini Penasun juga mendapatkan kesempatan untuk melakukan proses pemulihan atas adiksinya dengan metode rumatan serta penyediaan dukungan psikososial melalui proses konseling. Terapi Rumatan Opioida lazimnya menggunakan 2 (dua) jenis opioida sintetis sebagai substitusi yaitu Metadona melalui Terapi Rumatan Metadona (TRM) dan Buprenorfina melalui Terapi Rumatan Buprenorfina (TRB).

TRM merupakan bentuk terapi yang paling umum digunakan dan telah banyak dibuktikan berhasil memberikan dampak positif baik terhadap individu Penasun maupun terhadap penanggulangan HIV dan AIDS. Mengenai hal tersebut telah dibuktikan dengan adanya kajian efektifitas TRM dari berbagai penjuru dunia yang dapat ditemukan pada berbagai laporan atau jurnal baik nasional maupun internasional.

1) Program Terapi Rumatan Metadona (PTRM)

Tujuan PTRM adalah untuk mengurangi dampak buruk kesehatan, sosial dan ekonomi bagi Penasun, khususnya untuk:

- a. Mengurangi risiko tertular atau menularkan HIV serta penyakit lain yang ditularkan melalui darah (Hepatitis B dan C).
- b. Memperkecil risiko overdosis dan penyulit kesehatan lain.
- c. Mengurangi dorongan dan kebutuhan pecandu untuk melakukan tindak kriminal.
- d. Memberi konseling rujukan dan perawatan.
- e. Membantu Penasun menstabilkan hidupnya dan kembali ke komunitas umum.

Ketentuan mengenai Penyelenggaraan PTRM mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 57 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Terapi Rumatan Metadona, baik dalam aspek administratif maupun prosedural teknis pelaksanaannya, sehingga terdapat kejelasan pembagian peran dan fungsi dari semua komponen yang terlibat di dalamnya untuk memastikan tercapainya tujuan menurunkan angka infeksi HIV maupun angka kesakitan dan kematian akibat AIDS pada Penasun.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 26 -

2) Terapi Rumatan Buprenorfina (TRB)

Terapi Rumatan Buprenorfina (TRB) merupakan salah satu alternatif dalam pengurangan dampak buruk Napza yang menggunakan opioda. Secara farmakologis buprenorfina adalah opioda agonis parsial yang memiliki efek opioda yang lebih lemah sehingga gejala putus zat bersifat lebih ringan dan memiliki risiko overdosis yang lebih rendah.

a) Ruang Lingkup

- (1) Pengurangan dampak buruk pada Penasun merupakan suatu tatanan intervensi kesehatan untuk menanggulangi epidemi HIV-AIDS pada populasi Penasun di Indonesia.
- (2) Penasun merupakan pusat dari intervensi ini dan diposisikan sebagai individu yang membutuhkan akses layanan untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai warga negara Indonesia sekaligus sebagai komponen kunci keberhasilan program melalui keterlibatan aktif di dalam penyelenggaraannya.
- (3) Penyelenggaraan TRB membutuhkan acuan baik dalam aspek administratif maupun prosedural teknis pelaksanaannya. Pedoman ini dapat dijadikan acuan sementara, sampai dengan proses penyusunan kebijakan tentang penatalaksanaan buprenorfina diterbitkan.

b) Sasaran

Sasaran dari program ini adalah para pengguna Napza jenis opioda.

Kriteria inklusi pasien yang dapat mengikuti TRB adalah:

- (1) Pasien ketergantungan opioda sebagaimana tertera dalam Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ III).
- (2) Berusia di atas 18 tahun, atau pasien di bawah 18 tahun melalui pertimbangan medis khusus dan di bawah pengawasan keluarga atau wali.
- (3) Toleran terhadap buprenorfina.
- (4) Toleran terhadap nalokson bila menggunakan buprenorfina bentuk kombinasi.
- (5) Tidak mengalami gangguan jiwa berat yang menyertainya.

c) Tujuan

Tujuan TRB adalah untuk mengurangi dampak buruk kesehatan, sosial dan ekonomi bagi Penasun, khususnya untuk:



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 27 -

- (1) Mengurangi risiko tertular atau menularkan HIV serta penyakit lain yang ditularkan melalui darah (Hepatitis B dan C).
- (2) Memperkecil risiko overdosis dan masalah kesehatan lainnya.
- (3) Mengalihkan dari zat yang disuntikkan ke zat yang tidak disuntikkan.
- (4) Mengurangi penggunaan Napza suntik yang berisiko, misalnya memakai peralatan suntik bergantian, memakai bermacam-macam Napza suntik bersama (*polydrug use*), menyuntikkan tablet atau disaring terlebih dahulu.
- (5) Mengurangi dorongan dan kebutuhan pecandu untuk melakukan tindak kriminal.
- (6) Memberi konseling rujukan dan perawatan.
- (7) Membantu Penasun menstabilkan hidupnya dan kembali ke komunitas umum.

d) Pelaksana

- (1) Rumah Sakit
- (2) Puskesmas
- (3) Klinik yang ditetapkan sebagai fasilitas rehabilitasi medis Napza

Penyelenggaraan PTRB dilakukan oleh tim terlatih yang terdiri dari dokter sebagai ketua, apoteker dan tenaga perawat sebagai anggota tim.

e) Prinsip-Prinsip Pelaksanaan

- (1) Untuk mengantisipasi penggunaan buprenorfina dengan disuntikkan, pemberian buprenorfina dikombinasikan dengan nalokson.
- (2) Buprenorfina dalam bentuk tunggal dapat diresepkan bagi pasien dengan kondisi khusus, yaitu pasien hamil dan/atau pasien yang sensitif terhadap nalokson.
- (3) Pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, foto thorax serta pemeriksaan HIV dan Hepatitis B dan C sesuai indikasi menjadi bagian yang terintegrasi dari program PTRB.
- (4) Pemberian buprenorfina dilakukan setelah tampak gejala putus zat opioida sedang sesuai *Clinical Opiate Withdrawal Scale* (COWS).
- (5) Pemberian buprenorfina yang dikombinasikan dengan nalokson harus dikonsumsi secara sub-lingual selama minimal 6 (enam) bulan dengan mempertimbangkan perkembangan kondisi kesehatan fisik dan psikis pasien.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 28 -

- (6) Penerimaan pasien transfer dari Terapi Rumatan Metadon dilakukan pada pasien dengan dosis metadon yang rendah (< 30 mg) serta telah berada pada dosis tersebut sedikitnya selama 1 (satu) minggu. Pemberian dosis awal buprenorfina dilakukan paling sedikit setelah 24 jam penggunaan metadon yang terakhir.
 - (7) Pemberian dosis bawa pulang harus melalui persetujuan dokter yang menangani pasien dengan berdasarkan evaluasi atas kondisi fisik dan psikososial pasien. Tidak diperbolehkan memberikan buprenorfina/nalokson dengan cara *take-home* dalam terapi satu bulan pertama. Pada bulan kedua, dokter diperbolehkan untuk memberikan buprenorfina/nalokson *take-home* dalam keadaan khusus hingga 2 kali seminggu, memungkinkan hingga 72 jam penggunaan buprenorfina/nalokson tanpa pemantauan. Pada bulan ketiga dan seterusnya, dapat diberikan dosis *take-home* buprenorfina/nalokson maksimal untuk satu minggu. Jika pasien melakukan perjalanan, dimana pelayanan buprenorfina/nalokson tidak tersedia, pasien diperkenankan untuk membawa dosis buprenorfina/nalokson sesuai dengan kebutuhannya sebanyak kebutuhan 2 minggu (maksimal kebutuhan 1 bulan dalam kondisi khusus).
 - (8) Pasien yang menggunakan buprenorfina yang mengalami kondisi krisis seperti upaya bunuh diri harus dilakukan intervensi dengan segera yang meliputi tindakan pengamanan, terapi medis, dan psikoterapi atau konseling.
 - (9) Penurunan dosis buprenorfina dilakukan secara bertahap atas dasar kondisi pasien yang ditetapkan oleh dokter yang terlatih.
 - (10) Penghentian terapi harus direncanakan terlebih dahulu berdasarkan evaluasi oleh dokter terlatih yang menangani pasien bersangkutan.
- f) Sarana
Rumah Sakit, Puskesmas, maupun Klinik yang menyelenggarakan PTRB wajib memiliki tempat penyimpanan buprenorfina sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 29 -

b. Terapi Ketergantungan Napza Lainnya

1) Ruang Lingkup

Fokus terapi ketergantungan Napza lainnya bagi Penasun adalah menyediakan berbagai jenis pilihan yang dapat mendukung proses pemulihan melalui berbagai keterampilan dan mencegah kekambuhan (*relapse*). Tingkatan layanan bervariasi, tergantung dari derajat keparahan dan seberapa intensif terapi yang diperlukan.

2) Tujuan

Terapi ketergantungan Napza lainnya pada Penasun bertujuan untuk:

- a. menghentikan penggunaan Napza suntik apapun;
- b. meningkatkan kesehatan Penasun dengan menyediakan dan memberikan terapi ketergantungan Napza lainnya serta perawatan kesehatan umum;
- c. memberi ruang untuk menangani berbagai masalah psikososial di dalam hidup Penasun;
- d. meningkatkan kualitas hidup Penasun baik secara psikologis, medis maupun sosial; dan
- e. menurunkan angka kematian karena overdosis dan menurunkan angka kriminalitas.

3) Sasaran

Penasun yang ingin berhenti menggunakan Napza suntik dan memelihara atau mempertahankan abstinensia dari penggunaan Napza suntik.

4) Jenis Layanan Terapi Ketergantungan Napza Lainnya Pada Penasun

a) Detoksifikasi dan Terapi Putus Zat

Detoksifikasi (sering disebut terapi detoks) adalah suatu bentuk terapi awal untuk mengatasi gejala-gejala lepas Napza suntik (*withdrawal state*), yang terjadi sebagai akibat penghentian penggunaan Napza suntik. Detoks bukan terapi tunggal, namun hanya sebagai langkah pertama menuju program terapi jangka panjang (rehabilitasi, program terapi rumatan substitusi). Bila hanya dilakukan detoks kemungkinan relaps sangat besar. Variasi terapi detoks sangat luas, antara lain: *ultra rapid detoxification* (hanya 6 jam), *home based detoxification*, detoks rawat inap dan detoks rawat jalan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 30 -

- b) Terapi terhadap Kondisi Gawat Darurat
Penasun sering menunjukkan perilaku yang dapat menyebabkan kegawatan baik bagi dirinya maupun bagi orang sekitarnya. Kondisi *paranoid*, halusinasi, agresif, dan agitasi akut memerlukan pertolongan profesional dengan segera.
- c) Terapi Komordibitas Fisik dan Psikiatri
Banyak Penasun yang juga menderita gangguan jiwa, seperti: *skizofrenia*, gangguan bipolar, gangguan kepribadian anti sosial, depresi berat sampai percobaan bunuh diri. Gangguan diagnosis ganda tersebut memerlukan terapi yang terintegrasi dengan terapi ketergantungan Napza suntik.
- d) Terapi Rawat Jalan
Merupakan terapi yang membebaskan Penasun untuk tidak tinggal menginap di rumah sakit. Modifikasi terapi rawat jalan untuk Penasun sangat luas, seperti terapi rawat jalan intensif, terapi rawat jalan seminggu sekali.
Terapi ini tidak restriktif dan sering memberikan hasil paling baik bagi orang yang telah bekerja dan memiliki lingkungan sosial dan keluarga yang stabil. Layanan ini dapat dilakukan oleh layanan kesehatan formal ataupun masyarakat. Layanan dapat meliputi pendidikan kesehatan terkait penggunaan Napza suntik, pemberian terapi medis, konseling individu, konseling kelompok, konseling keluarga, psikoterapi, evaluasi psikologi dan evaluasi sosial serta program kelompok dukungan (*support group*) berdasarkan program 12 langkah maupun program lain.
- e) Rehabilitasi Rawat Inap
Bila detoksifikasi/terapi sindrom putus zat dan terapi rawat jalan berulang kali gagal, maka pasien perlu dipertimbangkan untuk mengikuti terapi rawat inap (yang juga disebut dengan istilah rehabilitasi). Banyak metode yang digunakan dalam terapi rawat inap antara lain *Therapeutic Community*, dan *The 12-Step Recovery Program*. Lama terapi umumnya 12-24 bulan. Sasaran utama dari terapi rawat inap adalah *abstinence* atau sama sekali tidak menggunakan Napza suntik (*drug free*). Dalam kedua program tersebut, umumnya mantan Penasun (yang benar-benar telah bersih, *recovering addict*) diikutsertakan dalam kegiatan terapi di samping tenaga profesional yang terlatih.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 31 -

- 5) Pelaksana
 - a) Rumah Sakit Umum
 - b) Rumah Sakit Jiwa
 - c) Rumah Sakit Ketergantungan Obat
 - d) Puskesmas
 - e) Lembaga rehabilitasi medis dan sosial

- 6) Prinsip Pelaksanaan
Pelaksanaan Terapi Ketergantungan Napza Lainnya pada Penasun mengacu pada Pedoman Penyelenggaraan Terapi dan Rehabilitasi Gangguan Penggunaan Napza yang berlaku.

3. Program Pencegahan Penularan Seksual

Sejumlah survei dan penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar Penasun aktif berhubungan seksual dengan pasangan tetap, pasangan tidak tetap atau pasangan komersial. Dengan pola perilaku seks yang berisiko, perilaku penggunaan Napza suntik dan tingkat prevalensi HIV yang tinggi pada Penasun mengakibatkan penularan melalui hubungan seks ke pasangan seksualnya menjadi sangat mungkin. Upaya mempromosikan perilaku seks yang aman dibagi menjadi 3 yaitu: (1) Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) yang diarahkan khusus kepada Penasun dan pasangan seksualnya, (2) Promosi kondom untuk Penasun dan pasangan seksualnya, dan (3) Pencegahan dan pengobatan Infeksi Menular Seksual (IMS).

a. Komunikasi, Informasi dan Edukasi pada Penasun dan pasangan seksualnya

Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) merupakan bagian dari kegiatan penjangkauan. KIE dikembangkan untuk menyediakan informasi mengenai HIV dan AIDS dan penyedia layanan terkait, pengurangan dampak buruk Napza suntik, risiko penularan HIV (penggunaan bersama peralatan menyuntik dan hubungan seksual), kesehatan reproduksi dan isu lain yang berhubungan dengan permasalahan kesehatan Penasun. Media KIE dapat berupa media massa elektronik, media cetak yang mudah diakses atau dibagikan pada Penasun di tempat-tempat mereka berkumpul.

1) Ruang Lingkup

- a) Pengembangan materi KIE yang sesuai kebutuhan dengan melibatkan Penasun untuk memastikan efektivitas jenis maupun isi dari media informasi yang akan digunakan.
- b) Prosedur teknis pelaksanaan KIE melalui kegiatan penjangkauan yang berkualitas dengan mempertimbangkan cakupan serta intensitas komunikasi dengan sasaran program.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 32 -

- c) Tingkat pengetahuan komprehensif tentang HIV merupakan indikator utama keberhasilan program KIE, namun indikator lain juga harus dikembangkan khususnya terkait dengan pemahaman Penasun dan pasangannya dalam cara-cara pengurangan risiko penularan HIV dan dampak buruk lain dari penggunaan Napza suntik.
- 2) Tujuan
 - a) Meningkatkan pengetahuan dan sikap yang dapat mendorong perilaku seksual yang aman untuk mengurangi risiko terinfeksi HIV.
 - b) Menyediakan dan memberikan informasi yang benar dan tepat guna.
 - 3) Sasaran
Penasun dan pasangan seks Penasun.
 - 4) Pelaksana
 - a) Lembaga Swadaya Masyarakat atau Organisasi Masyarakat Lainnya yang menyelenggarakan program pengurangan dampak buruk pada Penasun.
 - b) Puskesmas yang menyediakan layanan pengurangan dampak buruk pada Penasun.
 - 5) Prinsip-Prinsip Pelaksanaan
 - a) Keterlibatan Penasun dalam proses pembuatan dan pengembangan media informasi sangat penting.
 - b) Kesenambungan penyampaian informasi penting untuk memastikan tingkat pengetahuan Penasun dan pasangannya. Media informasi yang dapat digunakan untuk menyebarluaskan pesan pencegahan antara lain:
 - (1) Kampanye informasi terarah, yaitu kampanye untuk menjangkau Penasun yang rentan secara praktis termasuk cara memanfaatkan layanan-layanan perawatan. Metode ini dapat dilakukan dengan tahapan:
 - Penjajakan situasi lokal untuk mengidentifikasi:
 - Sikap, pengetahuan, dan perilaku berisiko
 - Media informasi yang akan digunakan
 - Sumber daya lokal
 - Hasil penjajakan digunakan sebagai dasar pengembangan materi tentang strategi-strategi pengurangan risiko infeksi HIV.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 33 -

(2) Diskusi interaktif kelompok Penasun

Diskusi dua arah merupakan metode yang efektif untuk menyampaikan pesan maupun informasi, terutama bila dilakukan secara informal dan akrab. Pemberian informasi di dalamnya mengacu kepada situasi keseharian yang dihadapi oleh Penasun.

6) Sarana

- a) Media massa elektronik (video, siaran radio, televisi, dan lain-lain).
- b) Media cetak (poster, pamflet, buletin, dan lain-lain).
- c) Pertemuan maupun diskusi informal dengan Penasun dan pasangan Penasun.

b. Promosi Kondom Untuk Penasun dan Pasangan Seksualnya

Sejumlah penelitian di Indonesia telah menunjukkan bahwa sebagian besar Penasun laki-laki secara seksual aktif berhubungan seks dengan pasangan seksual tetap atau tidak tetap. Salah satu cara yang diketahui efektif untuk melakukan pencegahan penularan HIV bagi mereka yang telah aktif secara seksual adalah melalui penggunaan kondom yang konsisten. Penggunaan kondom secara konsisten ini sangat didorong bagi Penasun yang telah diketahui HIV positif agar tidak menularkan HIV kepada pasangan seksualnya.

1) Ruang Lingkup

Risiko penularan HIV melalui hubungan seks yang tidak aman dapat dikurangi dengan perilaku seks aman dimana salah satunya adalah penggunaan kondom yang benar dan konsisten. Upaya tersebut dilakukan melalui pendidikan dan pemberian informasi tentang hubungan seks yang aman termasuk penggunaan kondom yang tepat dan konsisten untuk mencegah terjadinya penularan HIV.

2) Tujuan

- a) Meningkatkan pemahaman Penasun dan pasangannya mengenai perilaku seks yang aman sebagai sebuah cara untuk menghindari penularan HIV.
- b) Meningkatkan angka penggunaan kondom yang konsisten pada Penasun dan pasangannya.

3) Sasaran

Penasun dan pasangan seks Penasun.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 34 -

- 4) Pelaksana
 - a) Rumah Sakit
 - b) Puskesmas
 - c) Institusi/Lembaga Pemerintah
 - d) Lembaga Swadaya Masyarakat atau Organisasi Masyarakat Lainnya

 - 5) Prinsip-Prinsip Pelaksanaan
 - a) Membangun kepercayaan Penasun agar akses pemberian informasi dan pendidikan tentang kesehatan seksual dan reproduksi kepada pasangan Penasun lebih mudah.
 - b) Pendekatan promosi kondom dengan cara dan strategi sesuai dengan kondisi sosial setempat.
 - c) Memastikan kesinambungan informasi dan upaya-upaya persuasif untuk penggunaan kondom yang konsisten.

 - 6) Sarana
 - a) Media informasi tentang pengurangan risiko penularan HIV melalui transmisi seksual yang mencakup:
 - (1) Infeksi Menular Seksual, penggunaan kondom, dan hubungan seks yang aman.
 - (2) Direktori nama dan alamat organisasi/fasilitas pelayanan kesehatan/organisasi/orang yang bisa dihubungi untuk mengakses layanan kesehatan dasar, rujukan terkait HIV-AIDS dan Napza suntik.
 - (3) Informasi terkait kesehatan reproduksi.
 - b) Alat peraga penggunaan kondom.
 - c) Media massa sebagai alat promosi dan pembentukan opini terhadap kondom sebagai alat kesehatan.
- c. Pencegahan dan pengobatan Infeksi Menular Seksual (IMS)
- 1) Pencegahan IMS

Pencegahan penularan IMS dilakukan melalui pemberian informasi yang lengkap dan tepat mengenai kesehatan reproduksi dan seksual, penularan dan cara penanganan IMS, manfaat kondom sebagai alat pencegahan, promosi serta rujukan ke layanan pengobatan IMS.

 - a) Ruang lingkup
 - (1) Pendekatan khusus untuk mendorong perubahan perilaku seksual Penasun yang aman. Pendekatan tersebut mempertimbangkan karakteristik Penasun dan ketersediaan media informasi terkait kesehatan reproduksi dan IMS yang lengkap, termasuk penggunaan kondom.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 35 -

(2) Penasun merupakan pusat dari intervensi ini dan diposisikan sebagai individu yang membutuhkan akses informasi kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai warga negara Indonesia, sekaligus komponen kunci keberhasilan program melalui keterlibatan aktif dalam penyelenggaraannya.

b) Tujuan

- (1) Meningkatkan pemahaman Penasun melalui pendidikan dan penyediaan informasi terkait kesehatan seksual dan penularan IMS melalui hubungan seks yang tidak aman.
- (2) Mendorong terjadinya perilaku seks yang aman sehingga mampu menghindarkan diri dari penularan IMS.

c) Sasaran

Penasun dan pasangan seks Penasun.

d) Pelaksana

- (1) Lembaga Swadaya Masyarakat atau Organisasi Masyarakat Lainnya yang menyelenggarakan program pengurangan dampak buruk pada Penasun.
- (2) Layanan kesehatan yang memiliki layanan pengurangan dampak buruk pada Penasun (rumah sakit, Puskesmas, Lapas, dan lain-lain).

e) Prinsip-Prinsip Pelaksanaan

- (1) Intervensi isu penularan seksual yang terintegrasi dalam kegiatan penjangkauan dan layanan pengurangan dampak buruk pada Penasun.
- (2) Metode pemberian informasi yang variatif, yaitu interaksi tatap muka per individu maupun kelompok dengan dukungan materi KIE, metode demonstrasi dan metode bermain peran.
- (3) Konseling pasangan

f) Sarana

- (1) Media informasi kesehatan seksual dan reproduksi yang spesifik dengan jenis pasangan seksual.
- (2) Prosedur standar penilaian risiko seksual individu Penasun.
- (3) Direktori penyedia layanan IMS.
- (4) Kondom



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 36 -

2) Pengobatan IMS

a) Ruang Lingkup

Ruang lingkup pengobatan IMS pada Penasun lebih menitikberatkan pada:

(1) Peningkatan kesehatan Penasun membutuhkan kelengkapan informasi terkait kondisi kesehatan yang mendukung proses identifikasi kebutuhan sekaligus mendekati ke intervensi lanjutan yang paling tepat melalui sistem rujukan kesehatan.

(2) Peningkatan akses Penasun untuk memanfaatkan layanan pemeriksaan dan pengobatan IMS.

Ketentuan mengenai pelaksanaan pengobatan IMS mengacu pada Pedoman Penatalaksanaan IMS yang berlaku sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b) Tujuan

(1) Memberikan informasi kepada Penasun tentang ketersediaan layanan IMS yang ada di wilayah tertentu termasuk prosedur untuk mengakses layanan tersebut.

(2) Meningkatkan akses Penasun untuk memanfaatkan layanan pemeriksaan dan pengobatan IMS.

c) Sasaran

Penasun dan pasangan seks Penasun.

d) Pelaksana

(1) Rumah Sakit

(2) Puskesmas

(3) Klinik/Praktik Dokter yang menyediakan layanan penanganan IMS.

e) Prinsip-Prinsip Pelaksanaan

(1) Penapisan IMS dilakukan dengan penegakan diagnosis melalui pendekatan sindrom dan pemeriksaan laboratorium sederhana.

(2) Pemberian pengobatan yang sesuai, konseling perubahan perilaku serta konseling pasangan.

(3) Penapisan harus dilakukan secara berkala untuk mengobati IMS secara dini, mempertahankan perubahan perilaku berisiko, dan penurunan prevalensi IMS.

f) Sarana

(1) Tersedia tenaga kesehatan yang mampu melakukan pemeriksaan, pengobatan, dan konseling IMS dengan tepat.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 37 -

- (2) Tersedia alat dan bahan untuk mendukung pemeriksaan IMS.
- (3) Tersedia obat-obatan IMS yang sesuai.

4. Layanan konseling dan tes HIV serta pencegahan/imunisasi hepatitis

Paket komprehensif bagi pengurangan dampak buruk pada Penasun dirancang sebagai intervensi berkesinambungan yang mengikuti tahapan perkembangan HIV-AIDS. Komponen-komponen sebelumnya lebih menekankan pada upaya pencegahan. Komponen ini sebagai upaya diagnosis untuk menentukan status keterpaparan terhadap infeksi HIV dan hepatitis, sehingga bisa menjadi landasan untuk rencana pengobatan dan perawatan bagi mereka yang terpapar dan upaya pengurangan risiko bagi yang belum terinfeksi. Upaya diagnosis status kesehatan pada Penasun mencakup:

a. Konseling dan Tes HIV

Layanan ini merupakan pintu masuk layanan kesehatan lanjutan terkait HIV-AIDS dengan tahapan sebagai berikut:

- 1) Sesi konseling pra tes untuk memberikan informasi yang lengkap dan tepat sesuai kebutuhan klien, termasuk :
 - a) Pemahaman tentang HIV-AIDS, cara penularan dan pencegahan, pengobatan dengan terapi (ARV) maupun pengobatan infeksi oportunistik termasuk TB, Hepatitis dan IMS.
 - b) Manfaat melakukan tes HIV.
 - c) Persetujuan melakukan pemeriksaan HIV melalui penandatanganan *informed consent* oleh klien.
- 2) Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui status sero HIV klien.
- 3) Sesi konseling pasca tes untuk memberikan intervensi psikis dan informasi layanan lanjutan sesuai kebutuhan, membantu klien melakukan perencanaan ke depan terkait hasil tes termasuk perubahan perilaku berisiko tinggi menjadi perilaku berisiko rendah.

1) Ruang Lingkup

- a) Upaya peningkatan kesehatan membutuhkan kelengkapan informasi terkait kondisi kesehatan klien sehingga dapat mendukung proses identifikasi kebutuhan sekaligus mendekati ke intervensi lanjutan yang paling tepat melalui sistem rujukan kesehatan untuk populasi Penasun di Indonesia.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 38 -

- b) Penasun merupakan pusat dari intervensi ini dan diposisikan sebagai individu yang membutuhkan akses layanan untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai warga negara Indonesia sekaligus sebagai komponen kunci keberhasilan program melalui keterlibatan aktif di dalam penyelenggaraannya.
 - c) Penyelenggaraan Konseling dan Tes HIV mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2014 tentang Konseling dan Tes HIV.
- 2) Tujuan
- Layanan konseling dan tes HIV secara umum bertujuan untuk mengetahui status sero HIV klien dan secara khusus untuk:
- a) Mendorong perubahan perilaku yang dapat mencegah penularan HIV.
 - b) Meningkatkan kesehatan klien, termasuk berupaya mencari perawatan untuk infeksi oportunistik.
 - c) Merencanakan masa depan dalam hubungannya dengan keluarga serta komitmen-komitmen lainnya, termasuk mencegah terjadinya penularan vertikal HIV dari seorang ibu yang terinfeksi kepada anaknya.
- 3) Sasaran
- Penasun dan pasangan Penasun
- 4) Pelaksana
- a) Rumah Sakit
 - b) Puskesmas
 - c) Lembaga Swadaya Masyarakat atau Organisasi Masyarakat Lainnya yang menyelenggarakan kegiatan pengurangan dampak buruk pada Penasun.
 - d) Klinik yang memiliki layanan pemeriksaan HIV.
- 5) Prinsip-Prinsip Pelaksanaan
- a) Layanan konseling dan tes HIV rutin ditawarkan kepada Penasun yang mengikuti program LASS maupun PTRM.
 - b) Tes HIV harus mengikuti 5 komponen dasar (5C) yaitu *informed consent, confidentiality, counseling, correct test results, connections to, care, treatment and prevention services*). Prinsip 5C tersebut harus diterapkan pada semua model layanan Konseling dan tes HIV.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 39 -

- (1) *Informed Consent*, persetujuan akan suatu tindakan pemeriksaan laboratorium HIV yang diberikan oleh pasien/klien atau wali/pengampu setelah mendapatkan penjelasan yang dimengerti tentang tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien/klien tersebut.
 - (2) *Confidentiality*, semua isi informasi atau konseling antara klien dan petugas pemeriksa atau konselor dan hasil tes laboratoriumnya tidak akan diungkapkan kepada pihak lain tanpa persetujuan pasien/klien. Konfidensialitas dapat dibagikan kepada pemberi layanan kesehatan yang akan menangani pasien untuk kepentingan layanan kesehatan sesuai indikasi penyakit pasien.
 - (3) *Counselling*, proses dialog antara konselor dengan klien bertujuan untuk memberikan informasi yang jelas dan dapat dimengerti klien atau pasien serta memberikan informasi, waktu, perhatian dan keahliannya, untuk membantu klien mempelajari keadaan dirinya, mengenali dan melakukan pemecahan masalah terhadap keterbatasan yang diberikan lingkungan. Layanan konseling HIV harus dilengkapi dengan informasi HIV dan AIDS, konseling pra-Konseling dan Tes pasca-tes yang berkualitas baik.
 - (4) *Correct test results*, hasil tes harus akurat. Layanan tes HIV harus mengikuti standar pemeriksaan HIV nasional yang berlaku. Hasil tes harus dikomunikasikan sesegera mungkin kepada klien secara pribadi oleh tenaga kesehatan yang memeriksa.
 - (5) *Connections to, care, treatment and prevention services*. Klien harus dihubungkan atau dirujuk ke layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV yang didukung dengan sistem rujukan yang baik dan terpantau.
- c) Layanan konseling dan tes HIV untuk menegakkan diagnosis klinis HIV, dilakukan melalui 2 (dua) pendekatan, yaitu:
- (1) Tes HIV atas inisiatif pemberi layanan kesehatan dan konseling (TIPK).
 - (2) Konseling dan tes HIV secara sukarela.
- Layanan konseling dan tes HIV dapat diselenggarakan di berbagai tatanan di komunitas, yaitu dengan menjangkau klien potensial dan mendorong mereka untuk datang ke layanan statis atau menyelenggarakan layanan ke tempat mereka (bergerak/*mobile*). Model bergerak dapat bersifat sementara tetapi berkala atau sesuai kebutuhan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 40 -

Model ini perlu dukungan dan koordinasi dengan kegiatan penjangkauan (*outreach*) dan pendukung sebaya (*Peer Educator-PE*) serta terkait dengan Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB).

- d) Penyelenggaraan konseling dan tes HIV dapat diselenggarakan secara terintegrasi dengan layanan HIV maupun secara mandiri.
Layanan konseling dan tes HIV di fasilitas kesehatan dilakukan secara terintegrasi dengan pelayanan KIA, KB, kesehatan reproduksi, kesehatan remaja, IMS, TB, Hepatitis, dan Napza dan rehabilitasi di wilayah epidemi rendah atau terkonsentrasi, dan terintegrasi dengan seluruh layanan di fasilitas kesehatan untuk wilayah dengan epidemi meluas.
- e) Langkah dalam melaksanakan TKHIV di fasilitas pelayanan kesehatan:
- (1) pemberian informasi tentang HIV dan AIDS sebelum tes;
 - (2) persetujuan tes;
 - (3) pengambilan darah untuk tes;
 - (4) penyampaian hasil tes;
 - (5) konseling; dan
 - (6) merujuk kelayakan PDP bagi yang positif.
- f) Informasi yang diberikan sebelum penawaran tes:
- (1) Informasi dasar tentang HIV dan AIDS.
 - (2) Informasi dasar tentang cara penularan dan mengurangi risiko HIV.
 - (3) Demonstrasi dan diskusi tentang penggunaan kondom atau jarum suntik steril.
 - (4) Keuntungan dan isu potensial berkaitan dengan konseling.
 - (5) Prosedur tes HIV dan penyampaian hasil tes HIV.
 - (6) Informasi rujukan dan dukungan.
- g) Konseling HIV pada Pengguna Napza
Dalam konseling HIV pada pengguna Napza konselor memiliki tugas sebagai berikut:
- (1) Mengkaji dan mendiskusikan penggunaan Napza yang memperberat terjadinya gangguan pikiran dan perasaan dan akan menghambat kemampuan penurunan pencegahan.
 - (2) Mendiskusikan tentang interaksi silang antara Napza yang digunakan, ARV, obat infeksi dan farmakoterapi lain yang digunakan dalam pengobatan (termasuk metadon, buprenorfina dan obat-obat psikiatri).
 - (3) Mendiskusikan strategi pengurangan risiko dari hubungan seksual, dan penggunaan alat suntik bersama terkait penggunaan Napza.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 41 -

- (4) Mendiskusikan strategi penurunan penularan lewat pembuatan tato, dan penindikan bagian tubuh.
- (5) Mendorong klien untuk mengikuti terapi rehabilitasi Napza sesuai jenis zat yang digunakannya atau terapi yang berorientasi abstinensia.
- (6) Mengkaji permasalahan lain yang dialami klien, seperti gangguan kejiwaan, masalah legal, ketiadaan dukungan keluarga/sosial, dan permasalahan lain yang dapat menghambat adanya perubahan perilaku.
- (7) Melakukan rujukan kepada Institusi Penerima Wajib Laporan (IPWL) baik secara internal ataupun eksternal.

6) Sarana

- a) Materi KIE
- b) Ruangan untuk melakukan konseling
- c) Ruangan untuk mengambil darah (bisa juga dilakukan di laboratorium)
- d) Laboratorium
- e) Reagen rapid HIV dan alat habis pakai

b. Pencegahan, Diagnosis dan Terapi untuk Hepatitis

Penggunaan Napza suntik beserta perilaku berisiko yang menyertainya berdampak pada tingginya risiko infeksi yang menular lewat darah. Selain HIV, virus Hepatitis juga dapat menular lewat kontak langsung dengan darah orang yang telah terinfeksi sebelumnya. Virus Hepatitis terdiri dari berbagai jenis, namun yang paling sering terjadi sebagai dampak buruk dari penggunaan peralatan suntik adalah Hepatitis B dan Hepatitis C. Hingga saat ini belum ada vaksin pencegahan untuk Hepatitis C.

1) Ruang lingkup

- a) Upaya peningkatan kesehatan Penasun membutuhkan adanya kesadaran terhadap risiko infeksi Hepatitis. Upaya meningkatkan kesadaran harus dilakukan secara sistematis melalui penyediaan informasi yang tepat guna dan merata.
- b) Layanan pemeriksaan medis sebagai acuan dalam melakukan proses identifikasi layanan yang dibutuhkan sekaligus mendekatkan ke intervensi lanjutan melalui sistem rujukan kesehatan.
- c) Penasun merupakan pusat dari intervensi ini dan diposisikan sebagai individu yang membutuhkan akses layanan untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai warga negara Indonesia sekaligus skomponen kunci keberhasilan program melalui keterlibatan aktif dalam penyelenggaraannya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 42 -

- d) Penyediaan layanan edukasi tentang penyakit hepatitis di seluruh sarana kesehatan.
- 2) Tujuan
 - a) Menyediakan akses untuk layanan pemeriksaan Hepatitis B dan Hepatitis C bagi Pemasun.
 - b) Menyediakan layanan pemeriksaan Hepatitis B dan Hepatitis C di Rumah Sakit yang telah memiliki tenaga ahli terlatih tata laksana Hepatitis B dan Hepatitis C.
 - 3) Sasaran

Sasaran yang masih aktif maupun yang dalam proses perawatan medis dan sosial untuk pemulihan adiksi.
 - 4) Pelaksana
 - a) Rumah Sakit yang memiliki tenaga ahli terlatih untuk tata laksana Hepatitis B dan Hepatitis C.
 - b) Lembaga Swadaya Masyarakat atau Organisasi Masyarakat Lainnya untuk penyelenggaraan promosi pencegahan Hepatitis B dan Hepatitis C.
 - 5) Prinsip-Prinsip Pelaksanaan
 - a) Pemenuhan hak atas kesehatan.
 - b) Pemberian informasi dan edukasi tentang penyakit Hepatitis B dan C dilaksanakan terintegrasi dengan program konseling dan tes HIV bagi Pemasun.
 - c) Pemberian vaksinasi HBV untuk Pemasun harus melihat hasil pemeriksaan HBsAg, yaitu bila hasil HBsAg dan Anti HBs negatif.
 - d) Tata laksana Pemasun dengan HBV dan HCV dapat dilakukan di Rumah Sakit yang memiliki tenaga ahli terlatih untuk tata laksana Hepatitis B dan C.
 - 6) Sarana
 - a) Fasilitas layanan yang terintegrasi dengan fasilitas layanan untuk konseling dan tes HIV termasuk ruang tunggu, ruang konseling, ruang pengambilan darah, ruang laboratorium dan ruang pemeriksaan kesehatan.
 - b) Media informasi tentang Hepatitis yang memuat informasi tentang penularan, cara pencegahan dan pengobatan Hepatitis serta ko infeksi HIV-HBV/HCV.
 - c) Basis data Nasional terkait epidemi Hepatitis di Indonesia melalui kegiatan surveilans Hepatitis.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 43 -

- d) Media kampanye untuk peningkatan ketersediaan layanan Hepatitis, baik kampanye publik termasuk melalui media massa (siaran pers, siaran radio atau televisi) maupun kampanye terfokus melalui kegiatan audiensi/rapat dengar pendapat dengan parlemen, diskusi publik, pamflet, buletin dan lain sebagainya.
- e) Prosedur standar penanganan ko-infeksi HIV-HBV/HCV.

c. Pengobatan Antiretroviral (ARV) dan Perawatan bagi Penyakit Penyerta

Konseling dan tes HIV adalah pintu gerbang untuk perawatan HIV. Semakin cepat diketahui status HIV positif maka semakin cepat pula yang bersangkutan dapat memanfaatkan pengobatan dan perawatan HIV yang tersedia. Morbiditas dan mortalitas yang diakibatkan oleh infeksi HIV karena keterlambatan pelayanan yang dibutuhkan dapat ditekan, termasuk penanganan infeksi penyerta yang dominan seperti *tuberculosis* (TB).

1) Pengobatan Antiretroviral (ARV)

Program Pengobatan Antiretroviral (ARV) menyediakan akses terhadap kombinasi obat ARV untuk dikonsumsi oleh ODHA seumur hidupnya, untuk memastikan virus HIV tidak dapat berkembang lagi.

a) Ruang Lingkup

Ruang lingkup terapi ARV mengacu kepada Pedoman Pengobatan Antiretroviral yang berlaku, dengan memperhatikan konteks implementasi di populasi Penasun seperti:

- (1) Persiapan memulai terapi ARV untuk Penasun termasuk identifikasi riwayat penggunaan Napza suntik dan diagnosa ko-infeksi baik dengan TB maupun Hepatitis.
- (2) Identifikasi potensi interaksi ARV dengan Napza suntik yang dikonsumsi Penasun termasuk metadon.
- (3) Jaminan ketersediaan pasokan obat melalui sistem pengadaan dan distribusi yang baik, dan sesuai dengan kebutuhan Penasun terutama jenis kombinasi ARV yang sederhana.

b) Tujuan

- (1) Meningkatkan kualitas hidup ODHA melalui pengurangan angka kesakitan dan kematian akibat AIDS.
- (2) Menyediakan dan memberikan pengobatan dan perawatan berkualitas untuk Penasun yang hidup dengan HIV dan AIDS.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 44 -

- (3) Mengintegrasikan layanan pengobatan dan perawatan AIDS bagi Penasun ke dalam program-program pencegahan dan penanggulangan HIV.
 - (4) Membuat dan mengembangkan pendekatan rangkaian/kesatuan perawatan untuk HIV di kalangan Penasun.
- c) Sasaran
Penasun yang hidup dengan HIV dan AIDS dan sudah memerlukan layanan pengobatan dengan terapi ARV.
- d) Pelaksana
- (1) Rumah Sakit rujukan ARV yang ditunjuk pemerintah.
 - (2) Penyedia layanan kesehatan lainnya sebagai satelit dari Rumah Sakit rujukan, baik yang merupakan milik Pemerintah (Puskesmas), Lembaga Swadaya Masyarakat atau Organisasi Masyarakat Lainnya (klinik berbasis komunitas) maupun privat (klinik swasta) dan memiliki kapasitas menyelenggarakan layanan terapi ARV.
- e) Prinsip-Prinsip Pelaksanaan
- (1) Pemberian akses terapi ARV yang efektif untuk Penasun tanpa memandang jumlah CD4 atau stadium klinis.
 - (2) Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan sesuai dengan indikasi.
 - (3) Terapi ARV direkomendasikan pada semua Penasun dengan TB aktif, Penasun perempuan dengan infeksi HIV yang hamil, dan ko-infeksi Hepatitis B tanpa memandang jumlah CD4.
 - (4) Pemilihan rejimen obat ARV yang digunakan dalam terapi untuk Penasun yang baru didiagnosa berupa TDF + FTC + EFV atau TDF + 3TC + EFV dalam bentuk fixed dose combination (FDC) dan diminum 1 (satu) kali setiap 24 jam (*single dose pill*).
 - (5) Pada Penasun yang mengkonsumsi metadon, pemberian ARV harus dilakukan dengan penyesuaian dosis metadon terutama apabila jenis obat ARV yang dikonsumsi memiliki interaksi dengan metadon seperti EFV, NVP dan RTV.
 - (6) Pada ODHA Penasun yang mengalami koinfeksi dengan Hepatitis C harus diperhatikan pemilihan rejimen obat yang digunakan atas dasar efek samping jenis ARV tertentu terutama dalam hal hematologi dan hepatotoksisitas serta interaksi obat yang akan muncul apabila Penasun juga sedang menjalani pengobatan Hepatitis C dengan Ribavirin, Pegylated Interferon, dan Direct Acting Antiviral (DAA).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 45 -

- (7) Berdasarkan tingkat prevalensi Hepatitis C yang amat tinggi pada Penasun (60% - 95%), terapi ARV pada Penasun harus disertai pemantauan yang ketat terhadap risiko hepatotoksisitas oleh dokter maupun tenaga medis lainnya.
- (8) Pada ODHA Penasun yang mengalami koinfeksi dengan TB, terapi ARV harus dimulai sesegera mungkin untuk menahan laju infeksi TB. Terapi ARV dilakukan dalam kurun waktu 2 - 8 minggu setelah pengobatan TB dilakukan dengan pilihan ARV jenis EFV sebagai pilihan dari golongan NNRTI.
- (9) Penyelenggaraan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 87 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Antiretroviral.

f) Sarana

- (1) Ruang pemeriksaan kesehatan.
- (2) Media informasi tentang terapi ARV dan jenis-jenis obat yang digunakan, efek samping dan cara penanganannya dan interaksi ARV dengan obat lain.
- (3) Layanan pemeriksaan laboratorium CD4 dan Viral Load untuk pemantauan terapi ARV.
- (4) Kartu rujukan pasien.
- (5) Data lembaga penyedia layanan yang dapat diakses (Nama lembaga, lokasi, waktu layanan, jenis layanan, prosedur, syarat, termasuk kontak person yang dapat dihubungi).

2) Perawatan Penyakit Penyerta Tuberculosis

TB merupakan infeksi oportunistik utama yang menyebabkan kematian pada ODHA. Ko-infeksi TB-HIV akan semakin mempercepat perkembangan infeksi keduanya.

a) Ruang lingkup

- (1) Edukasi kepada Penasun yang meliputi informasi tentang bakteri TB, cara penularan dan penanganannya, cara mengurangi risiko terpapar bakteri TB serta arti penting sanitasi lingkungan untuk mencegah TB.
- (2) Kolaborasi TB-HIV untuk menemukan dan mengobati kasus ko-infeksi TB-HIV sedini mungkin pada Penasun.
- (3) Pencegahan terjadinya TB kebal obat (TB MDR) pada Penasun.

b) Tujuan

- (1) Menurunkan risiko penularan TB pada Penasun.
- (2) Menjamin tersedianya layanan DOTS yang berkualitas dan berkolaborasi dengan layanan HIV.
- (3) Menurunkan risiko terjadinya TB kebal obat pada Penasun.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 46 -

- c) Sasaran
Penasun, pasangan Penasun dan keluarga yang hidup bersama dengan Penasun.

- d) Pelaksana
 - (1) Rumah Sakit
 - (2) Puskesmas
 - (3) Klinik Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan yang ditunjuk Pemerintah.
 - (4) Klinik Lembaga Swadaya Masyarakat atau Organisasi Masyarakat Lainnya.
 - (5) Penyedia layanan lainnya seperti Balkesmas.

- e) Prinsip-Prinsip Pelaksanaan
 - (1) Mengintensifkan penemuan kasus TB pada Penasun termasuk melalui penapisan risiko infeksi TB.
 - (2) Penegakan diagnosis TB sesuai dengan alur diagnosis TB-HIV.
 - (3) Pengobatan TB harus dimulai lebih dahulu, kemudian obat ARV tanpa menghentikan terapi TB.
 - (4) TB adalah penyakit yang dapat disembuhkan dengan tuntas melalui pengobatan OAT yang teratur.
 - (5) Penasun yang sedang mengikuti TRM dan pengobatan TB harus mendapatkan penanganan yang tepat termasuk interaksi yang timbul sebagai akibat kedua terapi tersebut.

- f) Sarana
 - (1) Ruang pemeriksaan kesehatan yang sesuai standar Pencegahan Pengendalian Infeksi.
 - (2) Media KIE tentang penularan dan penanganan penyakit TB dan jenis-jenis obat yang digunakan, efek samping dan cara penanganannya dan interaksi obat TB dengan ARV maupun obat-obatan lain.
 - (3) Ketersediaan layanan pemeriksaan laboratorium untuk penegakan diagnosis dan pemantauan keberhasilan pengobatan TB.
 - (4) Kesepakatan kerjasama tertulis (MoU) antar Instansi/Lembaga Kesehatan yang menyelenggarakan layanan untuk TB dan HIV.
 - (5) Kartu rujukan pasien.
 - (6) Data lembaga penyedia layanan yang dapat diakses (Nama lembaga, lokasi, waktu layanan, jenis layanan, prosedur, syarat, termasuk kontak person yang dapat dihubungi).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 47 -

BAB III KEGIATAN PENDUKUNG PELAKSANAAN PENGURANGAN DAMPAK BURUK PADA PENASUN

Untuk terselenggaranya program pengurangan dampak buruk pada Penasun, diperlukan kegiatan pendukung, berupa penjangkauan dan pendampingan (*outreach*), pengembangan rumah singgah atau *Drop In Center* (DIC), dan manajemen kasus.

A. Penjangkauan dan Pendampingan (*Outreach*)

Karakteristik Penasun biasanya tersembunyi sehingga sulit dijangkau melalui pendekatan formal. Hal ini menyebabkan munculnya kebutuhan akan metode khusus untuk dapat menembus populasi mereka, yaitu melalui strategi *outreach*. Kegiatan *outreach* terdiri dari penjangkauan dan pendampingan kepada Penasun baik secara individu maupun kelompok. *Outreach* merupakan komponen pokok dalam intervensi kesehatan pada Penasun, karenanya kegiatan ini sangat menentukan keberhasilan program pengurangan dampak buruk pada Penasun.

1. Ruang Lingkup

- a. *Outreach* sebagai kegiatan yang dilakukan agar kelompok sasaran memiliki akses terhadap layanan publik yang dibutuhkan.
- b. *Outreach* sebagai upaya melakukan pendidikan kepada masyarakat umum tentang persoalan-persoalan yang dihadapi oleh kelompok-kelompok yang tidak memiliki akses terhadap layanan publik dan implikasinya terhadap masyarakat umum.
- c. Keterkaitan antara kegiatan penjangkauan dan pendampingan melalui pengorganisasian komunitas Penasun agar dapat mendorong perubahan struktural dan berdampak pada peningkatan kondisi komunitas Penasun.

2. Tujuan

- a. Membuka akses kepada populasi Penasun.
- b. Meningkatkan kesadaran Penasun mengenai HIV-AIDS, dampak buruk penggunaan Napza suntik dan perilaku berisiko lainnya melalui pemberian informasi yang lengkap dan tepat.
- c. Memotivasi dan melibatkan Penasun untuk mengurangi risiko perilaku penggunaan Napza suntik.
- d. Memberikan dukungan secara terus menerus pada Penasun untuk mempertahankan perubahan perilaku lebih aman.
- e. Peran aktif Penasun dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS dan pengurangan dampak buruk pada Penasun di kalangan sebaya maupun kepada pihak lainnya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 48 -

3. Sasaran

Penasun, pasangan seks Penasun, keluarga dan teman-teman Penasun.

4. Pelaksana

- a. Lembaga Swadaya Masyarakat atau Organisasi Masyarakat Lainnya yang menyelenggarakan program pengurangan dampak buruk pada Penasun.
- b. Puskesmas yang menyediakan layanan pengurangan dampak buruk penggunaan Napza suntik.

Tim yang melaksanakan kegiatan penjangkauan harus mendapatkan pelatihan mengenai penjangkauan dan pendampingan. Tim ini terdiri atas:

- a. Petugas lapangan, yaitu mantan Penasun atau individu yang mempunyai kemampuan dan kesediaan masuk dalam komunitas Penasun.
- b. Koordinator penjangkauan, berperan dalam memberikan dukungan dan pemantauan terhadap proses penjangkauan dan pendampingan di lapangan.

5. Prinsip-Prinsip Pelaksanaan

a. Tahapan kegiatan penjangkauan:

- 1) Membuka akses kepada populasi Penasun yang berada di komunitas.
 - a) Pemetaan wilayah jangkauan dengan mengidentifikasi lokasi-lokasi Penasun berkumpul.
 - b) Perekrutan petugas penjangkau.
 - c) Membangun hubungan dengan Penasun dan jaringan sosial Penasun.
 - d) Sosialisasi program kepada pemangku kepentingan.
- 2) Peningkatan kesadaran Penasun melalui pemberian informasi tentang resiko HIV-AIDS, dampak buruk penggunaan Napza suntik serta informasi tentang perawatan Napza suntik atau perawatan HIV-AIDS.
- 3) Memotivasi Penasun untuk mengurangi risiko perilaku penggunaan Napza suntik dengan upaya mandiri yang paling mungkin.
- 4) Mendorong Penasun untuk mengikuti penilaian risiko individu (*Individual Risk Assessment/IRA*) maupun kelompok (*Group Risk Assessment/GRA*) secara berkala. Kegiatan ini sekaligus berguna untuk memantau perkembangan pengetahuan dan perubahan perilaku Penasun.
- 5) Dukungan mempertahankan perubahan perilaku lebih aman termasuk kepatuhan program pengobatan, serta penyediaan maupun rujukan ke layanan:



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 49 -

- a) Layanan Alat Suntik Steril
 - b) Layanan Kesehatan Dasar
 - c) Layanan Konseling dan tes HIV
 - d) Layanan Manajemen Kasus
 - e) Program Kelompok Dukungan
 - f) Layanan Perawatan Ketergantungan Napza suntik
- 6) Pelibatan Penasun, relawan atau fasilitator komunitas dalam upaya penanggulangan HIV-AIDS.
- b. Pencatatan dan pelaporan menggunakan format pencatatan dan pelaporan sesuai dengan Pedoman monitoring dan evaluasi program pengendalian HIV dan AIDS yang berlaku.
 - c. Monitoring dan evaluasi berkala tim penjangkauan dan pendampingan.

6. Sarana

- a. Kartu identitas petugas penjangkau.
- b. Material pendukung KIE terkait dengan HIV-AIDS dan Napza suntik, berupa brosur, buklet, stiker atau media lainnya.
- c. Paket pencegahan alat suntik steril, alcohol swab dan kondom.
- d. Formulir-formulir kegiatan di lapangan seperti formulir penilaian risiko pribadi dan kelompok, daftar hadir pertemuan dan sebagainya sesuai kebutuhan.

B. Pengembangan Rumah Singgah atau *Drop In Center* (DIC)

1. Ruang Lingkup

Drop in Center adalah sebuah tempat yang memungkinkan semua aktivitas dalam intervensi pengurangan dampak buruk pada Penasun dilakukan, baik oleh staf program, kelompok dampingan maupun aktivitas pelayanan. DIC dikembangkan dengan memperhatikan dua kepentingan utama, yaitu kepentingan pelayanan program dan kepentingan kelompok yang dilayaninya.

2. Tujuan:

- a. Menyediakan tempat yang memudahkan kelompok dampingan untuk mengakses pelayanan pengurangan dampak buruk pada Penasun.
- b. Menjadi tempat bagi berkumpulnya kelompok dampingan untuk beraktivitas terkait upaya perubahan perilaku.
- c. Menyediakan tempat bagi staf program untuk melaksanakan tugas-tugas yang berkaitan dengan pelaksanaan program layanan pengurangan dampak buruk pada Penasun.
- d. Sebagai sumber informasi bagi masyarakat umum tentang pengurangan dampak buruk pada Penasun.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 50 -

3. Sasaran
Penasun, pasangan seks Penasun, masyarakat di sekitar Penasun, keluarga, dan teman-teman Penasun.
4. Pelaksana
Lembaga Swadaya Masyarakat atau Organisasi Masyarakat Lainnya yang menyelenggarakan program pengurangan dampak buruk pada Penasun.
5. Prinsip Pelaksanaan
 - a. Lokasi DIC yang nyaman, aman dan relatif mudah dijangkau sehingga memudahkan kelompok dampingan untuk berkunjung dan memanfaatkan layanan.
 - b. Fungsi DIC dan jam operasional layanan *drop in* yang jelas sehingga menjamin DIC berjalan dengan efektif.
 - c. Tata ruang berdasarkan jenis kegiatan dan layanan yang dilakukan, misalnya pemisahan tempat peletakan jarum bekas, pertemuan dampingan, fungsi manajemen dan lain lain.
 - d. Layanan-layanan yang bisa dilaksanakan di DIC biasanya antara lain:
 - 1) Pertemuan/diskusi Penasun.
 - 2) Pertemuan kelompok dukungan baik pertemuan kelompok dukungan untuk yang sudah berhenti atau kelompok dukungan ODHA.
 - 3) Kegiatan rekreatif dan kreatif bagi kelompok dampingan.
 - 4) Layanan kesehatan dasar.
 - 5) Konseling dan tes HIV (jika memungkinkan untuk tes HIV).
 - 6) Konseling adiksi dan layanan substitusi atau detoksifikasi.
 - 7) Layanan informasi tentang program bagi masyarakat sekitar.
 - 8) Layanan alat suntik steril dan pembagian material pencegahan yang lain.
 - e. Sosialisasi DIC kepada masyarakat sekitar untuk menghindari salah persepsi tentang kegiatan-kegiatan yang dilakukan.
6. Sarana
 - a. Bangunan yang memadai dan di manfaatkan sebagai DIC.
 - b. Perlengkapan kantor dan perlengkapan teknis yang memadai untuk mendukung kegiatan program.
 - c. Peraturan yang jelas tentang pemanfaatan DIC.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 51 -

C. Manajemen Kasus

1. Ruang Lingkup

Manajemen kasus merupakan layanan yang mengkaitkan bantuan lembaga penyedia dukungan medis dan psikososial bagi individu-individu yang telah melalui tes HIV, baik yang hasilnya positif maupun negatif. Fungsi manajemen kasus pada dasarnya lebih ditentukan oleh kebutuhan klien yang spesifik. Keberhasilannya sangat tergantung oleh efektivitas kegiatan penjangkauan dan tindak lanjut layanan yang dibutuhkan klien.

Pelayanan manajemen kasus bagi orang dengan HIV/AIDS positif antara lain melalui layanan medis, psikososial, sosial sehingga kualitas hidup ODHA dapat ditingkatkan.

2. Tujuan

- a. Memfasilitasi orang dengan HIV/AIDS dengan layanan komprehensif yang dibutuhkan dalam perawatan dan pengobatan HIV.
- b. Mengembangkan jejaring layanan perawatan dan pengobatan komprehensif dengan lembaga lain.
- c. Menyediakan rangkaian sesi konseling individual mengenai pengurangan risiko HIV yang mendukung populasi kunci untuk berperilaku lebih aman.

3. Prinsip-prinsip Pelaksanaan

- a. Kegiatan pelayanan Manajemen Kasus adalah sebagai berikut:
 - 1) Penilaian klien yang komprehensif, pengembangan rencana pelayanan secara individual, koordinasi pelayanan untuk menerapkan rencana pelayanan, monitoring/pengamatan klien untuk menilai keberhasilan rencana dan evaluasi ulang dan revisi secara periodik rencana selama kehidupan klien.
 - 2) Manajer kasus menerima rujukan klien dari pelayanan VCT, petugas penjangkau, petugas medis dan jejaring lainnya.
 - 3) Petugas manajer kasus harus menyediakan pilihan kepada klien untuk layanan yang tersedia, jika memungkinkan.
 - 4) Rencana layanan individu harus diperbaharui setiap 6 bulan.
 - 5) Manajer kasus harus mengamati ulang, memutuskan dan mencatat jumlah kasus sesuai dengan status kasus dan tingkat aktifitas dari kebutuhan klien dan diperbaharui setiap 6 bulan.
 - 6) Kegiatan monitoring pelaksanaan layanan dilakukan setiap 3 bulan sekali.
 - 7) Jika klien berpindah ke petugas manajer kasus yang baru, arsip klien disediakan untuk petugas manajer kasus yang baru.
 - 8) Tersedia dokumentasi tentang layanan yang diakses oleh setiap klien.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 52 -

- 9) Koordinasi dengan petugas manajer kasus lain dan pelayanan kesehatan yang lain.
 - b. Agar dapat melaksanakan tugas pokok dan fungsinya, seorang Manajer Kasus harus memiliki kompetensi sebagai berikut:
 - 1) Mengikuti semua kebijakan dan prosedur yang berhubungan dengan rahasia, data dan informasi klien.
 - 2) Secara rutin memperbaharui daftar dan perkembangan layanan HIV/AIDS yang berkesinambungan.
 - 3) Memastikan bahwa klien menerima layanan sesuai kebutuhan.
4. Sarana
- a. Direktori pelayanan HIV/AIDS
 - b. Surat rujukan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

- 53 -

BAB IV PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pemantauan dan Evaluasi pengurangan dampak buruk pada Penasun dilaksanakan berdasarkan pada sebuah kerangka kerja logis agar dapat memberikan pengumpulan dan analisis informasi yang terorganisir dan lengkap. Pemantauan dan evaluasi merupakan mekanisme dari kegiatan pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan program pengurangan dampak buruk penggunaan Napza suntik yang secara teknis dilakukan secara berjenjang oleh Kementerian Kesehatan, provinsi dan kabupaten/kota serta berkoordinasi dengan KPA.

Kerangka kerja logis yang digunakan dalam proses pemantauan dan evaluasi dalam penanggulangan HIV dan AIDS secara umumnya mencakup tahapan-tahapan yang dimulai dari masukan-proses-keluaran-hasil-dampak. Tahapan tersebut akan menyediakan ruang untuk mengkaji komponen - komponen yang termasuk ke dalam aspek masukan yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan program (*misal: sumber daya*) kemudian dilanjutkan dengan menelaah proses pelaksanaan program kegiatan tersebut (*misal: program LASS*) dan keluarannya (*Penasun mendapat alat suntik steril*) yang akan menjadi penghantar kepada hasil dari pelaksanaan program (*misal: perubahan perilaku menyuntik yang berisiko pada Penasun*) dan berujung terhadap terjadinya dampak jangka panjang (*penurunan insiden HIV di kelompok Penasun*), seperti terlihat dalam tabel jenis kebutuhan data dalam kerangka kerja logis pemantauan dan evaluasi:

Perencanaan dan Pengembangan Program	Proses Pemantauan dan Evaluasi			Evaluasi Efektivitas	
	Masukan (Sumber Daya)	Proses (Program Intervensi)	Keluaran (Hasil Langsung)	Hasil (Perubahan Jangka Menengah)	Dampak (Efek Jangka Panjang)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisis Situasi ▪ Analisis Respon ▪ Analisis Sumber Daya Perencanaan 	Indikator Input <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tenaga ▪ Biaya ▪ Logistik ▪ Peralatan ▪ Kebijakan ▪ Pedoman 	Indikator Proses <p>Kegiatan Pengurangan dampak buruk Penasun (LASS, TRM, Perawatan Napza, KT HIV, PMTS, dan lain-lain)</p>	Indikator Keluaran <p>(misal untuk LASS - Jumlah Penasun yang menerima jarum steril)</p>	Indikator Hasil: <p>(Misal untuk LASS: Perubahan Perilaku menyuntik yang berisiko)</p>	Indikator Dampak <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insiden HIV ▪ Morbiditas dan Mortalitas AIDS pada Penasun ▪ Norma Sosial



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 54 -

Data Pengembangan Program	Data berbasis Program	Data berbasis biologis dan perilaku
----------------------------------	------------------------------	--



Kerangka kerja logis ini menjadi dasar untuk mengembangkan indikator secara detil untuk setiap tahapan dalam setiap kegiatan di dalam pengurangan dampak buruk Penasun seperti tampak pada bagian D (Indikator Monitoring Program Pengurangan dampak buruk pada Penasun) di bawah.

A. Sistematika dalam Pelaksanaan Pemantauan dan Evaluasi

Tahapan dalam pelaksanaan kegiatan Pemantauan dan Evaluasi adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi kebutuhan dilakukan mengacu pada tujuan (apa yang ingin dicapai) dan cara pencapaian (tahapan pelaksanaan program) yang telah ditetapkan.
2. Pengumpulan dan pengelolaan informasi dan data dibutuhkan untuk pengukuran indikator-indikator komponen untuk setiap aspek dalam kerangka kerja logis Monitoring dan Evaluasi seperti data untuk aspek keluaran, hasil, dan dampak program/proyek. Di samping itu juga perlu dilakukan pengecekan terhadap pelaksanaan operasional di lapangan.
3. Refleksi hal-hal kritis yang perlu diperbaiki dari para pemangku kepentingan (*stakeholders*). Dari data/informasi yang dikumpulkan perlu dianalisis dan direfleksikan oleh semua pemangku kepentingan, yang hasilnya digunakan untuk perbaikan serta pengembangan sistem Monitoring dan Evaluasi.
4. Komunikasi dan pelaporan hasil dari pelaksanaan semua kegiatan Monitoring dan Evaluasi kepada para pemangku kepentingan. Komunikasi dan pelaporan hasil tersebut semestinya dimanfaatkan sebagai masukan baik untuk perbaikan pelaksanaan tahap-tahap berikutnya dari kegiatan program/proyek yang sedang berjalan maupun pelaksanaan program/proyek serupa di masa yang akan datang.

B. Pengumpulan Data untuk Kebutuhan Monitoring dan Evaluasi

Untuk mengukur input, proses, keluaran, hasil dan dampak perkembangan proyek, program, ataupun strategi diperlukan alat ukur yang berupa indikator kinerja (*performance indicators*). Pengumpulan data untuk monitoring dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan kuantitatif maupun kualitatif.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 55 -

Metode pengumpulan data untuk pendekatan kuantitatif dapat dilakukan dengan:

1. Menggunakan statistik yang tersedia baik dari hasil survei maupun sensus.
2. Pengumpulan data dengan metode survei terhadap sampel dari populasi yang diamati baik yang bersifat khusus/berkala maupun rutin.
3. Monitoring yang didasarkan pada data kuantitatif pada umumnya lebih berorientasi pada hasil atau tingkat pencapaian (ukuran kinerja) dan kurang mempertimbangkan proses.

Adapun metode untuk pendekatan kualitatif dapat dilakukan melalui:

1. Observasi/pengamatan lapangan.
2. Wawancara mendalam.
3. Metode partisipatoris.
4. Diskusi kelompok terarah (*focus group discussion*-FGD), maupun metode-metode kualitatif lainnya yang pada umumnya tidak semata-mata berorientasi pada hasil, tetapi juga proses. Selain itu indikator kualitatif lebih mampu menggambarkan karakteristik yang sulit dideskripsikan dengan ukuran numerik.

C. Perangkat Pemantauan dan Evaluasi

Perangkat yang digunakan dalam proses Monitoring dan Evaluasi, antara lain:

1. Laporan kegiatan harian staf pelaksana program.
2. Notulensi pertemuan koordinasi per divisi.
3. Notulensi pertemuan koordinasi seluruh staf.
4. Notulensi pertemuan dengan pihak eksternal (pertemuan koordinasi KPA, Dinkes, dan seterusnya).
5. Laporan pencapaian program intervensi (LASS, PRP dan PRK, Konseling dan tes HIV, rujukan Manajemen Kasus, dan seterusnya).
6. Laporan loka karya dan seminar.
7. Laporan pengelolaan logistik program (jarum, kondom, dan seterusnya).
8. Daftar hadir pertemuan-pertemuan.

Dari perangkat-perangkat tersebut diatas dapat dikembangkan berbagai jenis laporan, seperti:

1. Laporan indikator proses (bulanan, triwulan, semester dan tahunan).
2. Laporan naratif kegiatan intervensi.
3. Laporan akhir program/proyek.
4. Laporan tahunan institusi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 56 -

D. Indikator Monitoring Program Pengurangan dampak buruk pada Penasun

1. LASS

Pemantauan			Evaluasi
Indikator Masukan	Indikator Proses	Indikator Keluaran	Indikator Hasil
1. Jumlah sumber daya manusia yang telah dilatih untuk menyelenggarakan program LASS 2. Tersedianya pendanaan untuk program LASS 3. Adanya kebijakan Pemerintah untuk program LASS 4. Tersedianya suplai material program LASS 5. Tersedianya fasilitas untuk penyelenggaraan LASS	1. Jumlah jarum per Penasun per minggu yang diperbolehkan 2. Jam operasional layanan LASS di fasilitas layanan kesehatan 3. Jumlah hari operasional LASS di fasilitas pelayanan kesehatan 4. Distribusi layanan LASS yang beroperasi dengan metode menetap, bergerak dan satelit 5. Jumlah rujukan LASS dari petugas lapangan	1. Jumlah Penasun yang mendapatkan alat suntik steril 2. Jumlah alat suntik steril yang terdistribusi untuk setiap Penasun dalam 1 tahun 3. Jumlah jarum bekas pakai yang dikembalikan Penasun	1. Proporsi Penasun yang menyuntik dengan meminjam jarum di tempat umum 2. Proporsi Penasun yang meminjam jarum dari Penasun yang dikenal. 3. Proporsi Penasun yang meminjamkan jarum kepada Penasun lain. 4. Proporsi Penasun yang menggunakan jarum steril pada penyuntikan terakhir 5. Proporsi Penasun yang selalu menggunakan jarum steril pada setiap penyuntikan dalam 1 minggu terakhir 6. Persentase jumlah Penasun yang



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 57 -

			tidak berbagi jarum dalam penyuntikan 1 bulan terakhir
--	--	--	--

2. Terapi Rumatan Opioida

Pemantauan			Evaluasi
Indikator Masukan	Indikator Proses	Indikator Keluaran	Indikator Hasil
1. Ketersediaan sumber daya manusia terlatih untuk layanan terapi rumatan opioida 2. Adanya kebijakan pemerintah untuk penyelenggaraan program terapi rumatan opioida 3. Tersedianya sumber daya keuangan untuk program terapi rumatan opioida 4. Tersedianya logistik dan perbekalan kesehatan untuk layanan terapi rumatan	1. Jumlah unit layanan terapi rumatan opioida 2. Jam operasional pelayanan terapi rumatan opioida 3. Hari operasional layanan terapi rumatan opioida	1. Jumlah Penasun yang mendapat layanan program terapi rumatan metadon 2. Jumlah Penasun yang aktif mengikuti program terapi rumatan metadon 3. Jumlah Penasun yang mendapat layanan program terapi rumatan buprenorfina	1. Proporsi kepatuhan pasien terapi rumatan opioida yang mengikuti program 2. Proporsi pasien terapi rumatan opioida yang tidak lagi menyuntik 3. Proporsi pasien terapi rumatan opioida yang tidak lagi menggunakan Napza suntik lainnya 4. Peningkatan kualitas hidup pasien yang mengikuti program terapi rumatan opioida



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

- 58 -

opioida 5. Tersedianya fasilitas pendukung layanan terapi rumatan opioida			
--	--	--	--

3. Pencegahan Penularan melalui Hubungan Seks
 a. KIE kepada Penasun dan Pasangan Seksualnya

Pemantauan			Evaluasi
Indikator Masukan	Indikator Proses	Indikator Keluaran	Indikator Hasil
1. Tersedianya SDM terlatih untuk melakukan komunikasi perubahan perilaku 2. Tersedianya pendanaan tahunan untuk program penyediaan KIE 3. Adanya kebijakan untuk program penjangkauan kelompok Penasun 4. Tersedianya suplai material KIE terkait Napza suntik dan	1. Jumlah Penasun baru yang dikontak 2. Jumlah pasangan Penasun yang dikontak 3. Jumlah kontak petugas penjangkau dengan Penasun 4. Jumlah kontak petugas dengan pasangan Penasun	1. Jumlah Penasun yang memperoleh informasi HIV dan Napza suntik 2. Jumlah pasangan Penasun yang memperoleh informasi HIV dan Napza suntik 3. Jumlah Penasun yang mendapatkan materi KIE 4. Jumlah pasangan Penasun yang memperoleh informasi HIV dan	1. Proporsi Penasun yang memiliki pengetahuan HIV komprehensif 2. Proporsi pasangan Penasun yang memiliki pengetahuan HIV komprehensif



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 59 -

HIV 5. Tersedianya fasilitas fisik untuk layanan PDBN		Napza suntik	
--	--	--------------	--

b. Program Promosi Kondom

Pemantauan			Evaluasi
Indikator Masukan	Indikator Proses	Indikator Keluaran	Indikator Hasil
1. Tersedianya SDM terlatih untuk promosi kondom 2. Tersedianya pendanaan tahunan untuk program promosi kondom 3. Adanya kebijakan untuk program promosi kondom 4. Tersedianya suplai material promosi kondom	1. Jumlah Penasun yang mengikuti diskusi kelompok mengenai kesehatan seksual 2. Jumlah kontak antara petugas penjangkau dengan Penasun 3. Jumlah Penasun yang mengikuti proses penilaian risiko individu 4. Jumlah Penasun yang mengikuti demo penggunaan kondom yang benar	Jumlah Penasun yang menggunakan kondom.	1. Proporsi Penasun yang mengetahui cara menggunakan dengan benar 2. Proporsi Penasun yang menggunakan kondom dalam setiap hubungan seks selama 1 bulan terakhir.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 60 -

c. Program Pencegahan dan Pengobatan IMS

Pemantauan			Evaluasi
Indikator Masukan	Indikator Proses	Indikator Keluaran	Indikator Hasil
1. Tersedianya SDM terlatih untuk layanan IMS 2. Tersedianya pendanaan tahunan untuk program layanan IMS 3. Adanya kebijakan untuk layanan IMS 4. Tersedianya suplai obat dan perbekalan kesehatan untuk layanan IMS 5. Tersedianya fasilitas fisik untuk layanan IMS	1. Jumlah Penasun yang mengikuti proses penilaian risiko individu 2. Jumlah pasangan Penasun yang mengikuti diskusi seksualitas	1. Jumlah Penasun yang mengunjungi layanan IMS 2. Jumlah pasangan Penasun yang mengunjungi layanan IMS 3. Jumlah Penasun yang melakukan tes diagnosis IMS 4. Jumlah pasangan Penasun yang melakukan tes diagnosis IMS 5. Jumlah pasien yang mendapat pengobatan IMS	Persentase Penasun yang mengadopsi pengurangan perilaku berisiko tertular maupun menularkan IMS

4. Tes dan konseling HIV serta pencegahan/imunisasi hepatitis

a. Tes dan konseling HIV

Pemantauan			Evaluasi
Indikator Masukan	Indikator Proses	Indikator Keluaran	Indikator Hasil
1. Tersedianya sumber daya	1. Persentase Penasun	1. Jumlah Penasun	1. Jumlah Penasun



<p>manusia terlatih melaksanakan KTS</p> <p>2. Tersedianya pendanaan untuk layanan KTS</p> <p>3. Adanya kebijakan untuk layanan KTS</p> <p>4. Tersedianya suplai perbekalan kesehatan untuk layanan KTS</p> <p>5. Tersedianya fasilitas fisik untuk pelayanan KTS</p>	<p>yang dirujuk ke layanan Tes dan konseling HIV dari seluruh Penasun yang dijangkau.</p> <p>2. Persentase pasangan Penasun yang dirujuk ke layanan Tes dan konseling HIV dari seluruh jumlah yang dijangkau.</p>	<p>yang mengakses layanan Tes dan konseling HIV secara lengkap</p> <p>2. Jumlah pasangan Penasun yang mengakses layanan Tes dan konseling HIV secara lengkap</p> <p>3. Persentase Penasun laki-laki dan perempuan yang mengakses layanan Tes dan konseling HIV secara lengkap</p>	<p>yang mengetahui status HIVnya</p> <p>2. Jumlah pasangan Penasun yang mengetahui status HIVnya.</p> <p>3. Jumlah Penasun HIV positif yang mendapatkan layanan perawatan, pengobatan dan dukungan</p> <p>4. Persentase Penasun yang mengadopsi pengurangan perilaku berisiko tertular maupun menularkan HIV</p>
---	---	---	--

b. Terapi Anti Retroviral

Pemantauan			Evaluasi
Indikator Masukan	Indikator Proses	Indikator Keluaran	Indikator Hasil
<p>1. Tersedianya SDM terlatih layanan ART</p> <p>2. Tersedianya pendanaan tahunan untuk</p>	<p>1. Jumlah Penasun yang mengikuti tes HIV secara lengkap</p> <p>2. Jumlah Penasun yang</p>	<p>1. Jumlah Penasun yang eligible mendapatkan pengobatan</p>	<p>1. Proporsi Penasun yang pernah mengikuti program ART selama 12 bulan</p>



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

- 62 -

<p>program layanan ART</p> <p>3. Adanya kebijakan untuk program ART</p> <p>4. Tersedianya suplai obat dan perbekalan kesehatan untuk layanan ART</p> <p>5. Tersedianya fasilitas fisik untuk layanan ART</p>	<p>mengikuti proses konseling pra ART</p> <p>3. Jumlah Penasun yang mendapatkan pemeriksaan CD4</p> <p>4. Jumlah Penasun yang mengikuti pertemuan KDS</p>	<p>ARV</p> <p>2. Jumlah Penasun yang memperoleh terapi ARV</p>	<p>atau lebih</p> <p>2. Proporsi Penasun yang meneruskan ART dalam 12 bulan terakhir</p> <p>3. Proporsi Penasun yang drop out dari Terapi</p>
--	---	--	---

c. Layanan Hepatitis pada Penasun

Pemantauan			Evaluasi
Indikator Masukan	Indikator Proses	Indikator Keluaran	Indikator Hasil
<p>1. Jumlah SDM yang telah terlatih KIE hepatitis B dan C</p> <p>2. Jumlah SDM yang telah dilatih untuk menyelenggarakan layanan kesehatan Hepatitis B dan C</p> <p>3. Jumlah SDM yang telah terlatih untuk</p>	<p>1. Jumlah KIE Hepatitis yang terdistribusi</p> <p>2. Persentase Penasun yang diperiksa hepatitis B dan C</p> <p>3. Persentase Penasun yang diperiksa hepatitis B dan C dan HIV</p>	<p>1. Jumlah Penasun yang mengetahui informasi Hepatitis B dan C</p> <p>2. Persentase Penasun yang positif Hepatitis B dan C.</p> <p>3. Persentase Penasun yang ko infeksi HIV dan Hepatitis B dan Hepatitis C</p>	<p>1. Jumlah Penasun yang melakukan deteksi dini Hepatitis</p> <p>2. Persentase Penasun yang mendapatkan akses layanan sesuai alur layanan Hepatitis</p> <p>3. Persentase Penasun yang mendapat akses layanan</p>



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 63 -

menyelenggarakan layanan kesehatan ko Infeksi HIV – hepatitis			sesuai alur layanan ko infeksi HIV – Hepatitis B dan C.
---	--	--	---

d. Pencegahan, Diagnosis, dan Pengobatan TB

Pemantauan			Evaluasi
Indikator Masukan	Indikator Proses	Indikator Keluaran	Indikator Hasil
1. Jumlah SDM yang telah dilatih untuk menyelenggarakan program penanganan ko infeksi TB-HIV 2. Jumlah unit layanan kesehatan TB-HIV 3. Jumlah unit layanan kesehatan di LAPAS dengan program TB-HIV 4. Jumlah pendanaan tahunan untuk pengadaan dan distribusi OAT	1. Persentase Penasun suspect TB yang dirujuk untuk mendapatkan layanan diagnosis TB 2. Jumlah materi KIE TB yang terdistribusi ke Penasun	1. Jumlah Penasun yang mendapatkan pengobatan TB 2. Jumlah kasus Penasun yang koinfeksi TB-HIV 3. Jumlah Penasun yang mendapatkan pengobatan TB dan ART	1. Persentase Penasun yang menyelesaikan program pengobatan TB 2. Persentase angka kematian akibat TB pada Penasun



5. Penjangkauan dan Pendampingan

Pemantauan			Evaluasi
Indikator Masukan	Indikator Proses	Indikator Keluaran	Indikator Hasil
1. Tersedianya sumber daya manusia yang telah dilatih untuk melakukan kegiatan penjangkauan 2. Tersedianya pendanaan program Penjangkauan 3. Adanya kebijakan Pemerintah yang mendukung program penjangkauan Penasun 4. Tersedianya fasilitas pencegahan untuk kegiatan penjangkauan dan pendampingan	1. Frekuensi kegiatan outreach per minggu per petugas lapangan 2. Frekuensi kegiatan penilaian risiko individu 3. Frekuensi diskusi/pendidikan di lapangan 4. Frekuensi kegiatan penilaian risiko kelompok 5. Jumlah kelompok Penasun yang terbentuk 6. Frekuensi pertemuan kelompok Penasun	1. Jumlah Penasun yang mengikuti proses penilaian risiko individu 2. Jumlah kelompok Penasun yang mengikuti proses penilaian risiko kelompok 3. Jumlah Penasun baru yang dijangkau 4. Jumlah kontak Petugas Lapangan dengan Penasun 5. Jumlah pertemuan kelompok Penasun yang terselenggara 6. Jumlah Penasun yang dirujuk ke layanan LASS 7. Jumlah Penasun yang dirujuk	1. Proporsi Penasun yang memiliki pengetahuan tentang HIV-AIDS 2. Proporsi Penasun yang memiliki pengetahuan pengurangan dampak buruk pada Penasun 3. Proporsi Penasun yang menyuntik aman dalam setiap kali penyuntikan dalam satu minggu terakhir 4. Proporsi Penasun yang konsisten menggunakan kondom setiap kali melakukan hubungan seks berisiko dalam satu bulan terakhir 5. Proporsi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 65 -

		<p>ke layanan substitusi opioida dan perawatan Napza suntik lainnya</p> <p>8. Jumlah Penasun yang dirujuk ke layanan KTS</p> <p>9. Jumlah Penasun yang dirujuk ke layanan IMS</p> <p>10. Jumlah Penasun yang dirujuk ke layanan kelayanan ART</p> <p>11. Jumlah Penasun yang dirujuk ke layanan Hepatitis B dan C</p> <p>12. Jumlah Penasun yang dirujuk ke layanan TB</p> <p>13. Jumlah Penasun yang diberikan kondom</p>	<p>Penasun yang mengikuti KTS</p> <p>6. Tingkat kepatuhan pasien TRM dalam mengikuti terapi</p>
--	--	--	---



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 66 -

BAB VI PERAN DAN TANGGUNG JAWAB

Peran dan tanggung jawab setiap komponen dalam penyelenggaraan program pengurangan dampak buruk pada Penasun adalah sebagai berikut:

1. Fasilitas Pelayanan Kesehatan
 - a. Memberikan penyuluhan kesehatan masyarakat dan pemberdayaan masyarakat terkait program pengurangan dampak buruk pada Penasun.
 - b. Melaksanakan layanan konseling dan tes.
 - c. Memberikan layanan pencegahan IMS, kondom, pengurangan dampak buruk dan lain-lain.
 - d. Memberikan layanan perawatan, dukungan dan pengobatan, layanan terpadu HIV-TB, dan lain-lain.
 - e. Melakukan pengumpulan data, kategorisasi, dan/atau pemetaan sasaran.
 - f. Melakukan pencatatan dan pelaporan (rekam medis, *baseline*, profil demografis).
 - g. Mengirim data ke dinas kesehatan kabupaten/kota setiap bulan.
 - h. Memanfaatkan data dan sistem informasi, melalui Sistem Informasi HIV-AIDS dan IMS (SIHA).
 - i. Melakukan analisa data dan Rencana Tindak Lanjut (RTL).
2. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
 - a. Mengumpulkan dan mengolah data dari sumber data (Puskesmas, rumah sakit, klinik dan LSM).
 - b. Memberikan umpan balik bulanan atau permintaan perbaikan data ke sumber data.
 - c. Mengirim data ke dinas kesehatan provinsi setiap bulan.
 - d. Melakukan koordinasi dan kerja sama lintas program dan sektor.
 - e. Merencanakan pengembangan program.
 - f. Memperkuat jejaring dan koordinasi dengan mitra terkait.
 - g. Mengalokasikan anggaran, melengkapi sarana, prasarana, dan peralatan yang memadai bagi terlaksananya keberhasilan program di wilayahnya.
 - h. Melatih dan supervisi untuk UPK.
 - i. Monitoring dan evaluasi program di tingkat unit pelaksana, khususnya implementasi standar minimal layanan HIV di tingkat kabupaten/kota.
 - j. Melaksanakan jaminan mutu.
3. Dinas Kesehatan Provinsi
 - a. Mengumpulkan dan mengolah data dari dinas kesehatan kabupaten/kota.
 - b. Memberikan umpan balik bulanan atau permintaan perbaikan data ke dinas kesehatan kabupaten/kota.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 67 -

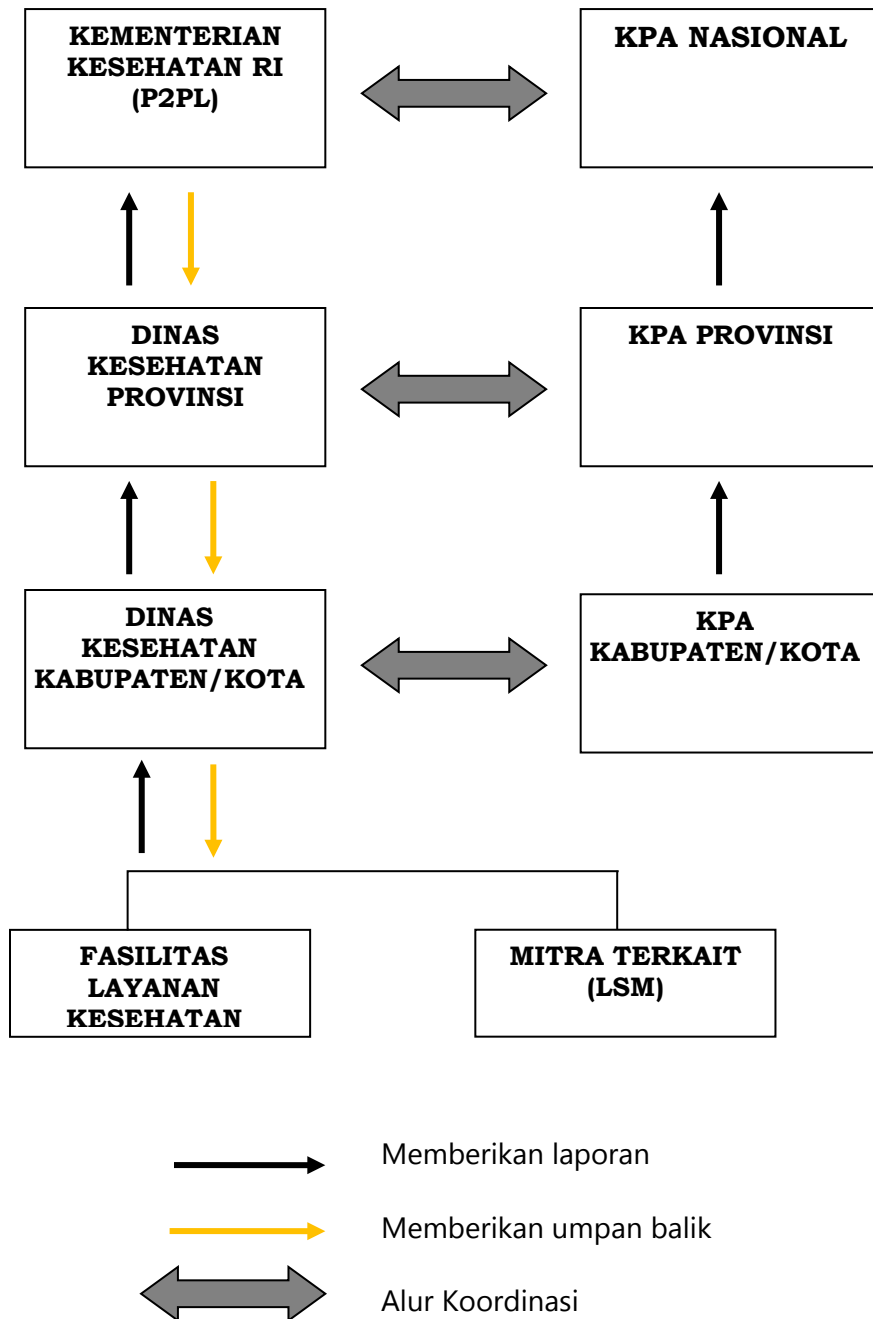
- c. Setiap bulan mengirim data ke Ditjen PP dan PL Kemenkes RI.
 - d. Melakukan koordinasi dan kerja sama lintas program.
 - e. Menyusun rencana program yang disesuaikan dengan prioritas dan rencana strategis daerah.
 - f. Memperkuat jejaring dan koordinasi dengan sektor terkait, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) serta donor dalam penyusunan perencanaan.
 - g. Mengalokasikan anggaran pendidikan dan pelatihan, dan melengkapi berbagai sarana, prasarana dan peralatan yang memadai bagi keberhasilan program di wilayahnya.
 - h. Melatih dan supervisi untuk Kabupaten/Kota.
 - i. Monitoring dan evaluasi program di tingkat Kabupaten/Kota dan UPK.
 - j. Melaksanakan jaminan mutu.
4. Kementerian Kesehatan
- a. Mengumpulkan dan mengolah data dari dinas kesehatan provinsi.
 - b. Memberikan umpan balik bulanan atau permintaan perbaikan data ke dinas kesehatan provinsi.
 - c. Menyusun rencana program yang disesuaikan dengan rencana strategis nasional.
 - d. Melakukan koordinasi dan kerja sama lintas program di tingkat nasional serta menentukan provinsi dan kabupaten/kota prioritas dalam melaksanakan program.
 - e. Melakukan koordinasi dan kerja sama dengan sektor terkait maupun Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) serta donor.
 - f. Mengalokasikan anggaran pendidikan dan pelatihan, operasional serta melengkapi berbagai sarana, prasarana, dan peralatan yang memadai bagi keberhasilan program.
 - g. Melakukan pelatihan, pendidikan, dan supervisi untuk provinsi.
 - h. Melakukan monitoring dan evaluasi program di tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota dan UPK.
 - i. Melaksanakan jaminan mutu.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 68 -

Gambar:
Mekanisme Pelaporan dan Koordinasi Pengurangan Dampak Buruk pada
Penasun



Upaya peningkatan kualitas harus dilakukan melalui kerangka kerja program yang sistimatis, tahapan perencanaan program yang terpadu serta dilakukan berdasarkan data evaluasi program penanggulangan AIDS di Indonesia.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 69 -

BAB VI PENUTUP

Pengurangan dampak buruk pada Penasun dibutuhkan untuk mengurangi jumlah angka kesakitan dan kematian penyakit HIV dan AIDS akibat penggunaan Napza suntik serta meningkatkan kualitas hidup Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA). Pengurangan dampak buruk pada Penasun dikembangkan dengan pola komprehensif, berkesinambungan, dan terintegrasi dengan pelayanan pada sektor-sektor lain. Pengembangan paket komprehensif program pengurangan dampak buruk pada Penasun ditujukan agar layanan kepada Penasun bisa lebih tepat guna dan tepat sasaran sehingga tujuan dari pengurangan dampak buruk dapat tercapai.

Pelaksanaan program pengurangan dampak buruk pada Penasun memerlukan dukungan dan koordinasi antara pemangku kepentingan, sehingga dapat mengoptimalkan pengembangan paket komprehensif. Untuk itu diharapkan pedoman ini dapat tersosialisasi dan terimplementasi dengan baik sehingga dapat mendukung upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK