

BAB IV

Analisa dan Pembahasan Hasil Penelitian

A. Upaya Pengadaan Obat-obatan yang Terjangkau

Mengadakan layanan kesehatan yang lengkap dan dapat diakses oleh semua orang yang membutuhkan menjadi impian seluruh penduduk disetiap negara manapun didunia. Mendapatkan kehidupan yang sehat dan sejahtera adalah hak asasi setiap penduduk dunia, dari suku dan bangsa manapun dia berasal semua memiliki hak yang sama. Terutama sekali dalam mendapatkan obat-obatan yang lebih terjangkau. Memang obat bukan satu-satunya cara untuk mendapatkan kehidupan yang sehat dan sejahtera. Hanya saja jika seseorang memerlukan obat untuk bisa bertahan hidup dan obat tersebut ada akan tetapi tidak bisa didapat oleh karena harganya yang mahal, maka hal itu merupakan diskriminasi. Tertundanya pengobatan oleh karena harga obat yang mahal adalah kriminal.

Upaya pengadaan obat-obatan memang menjadi sebuah perjuangan bagi setiap negara yang miskin dan sedang berkembang. Mereka berjuang keras agar rakyat mereka tidak lagi perlu mati hanya karena berbagai penyakit. Apakah kematian yang disebabkan oleh karena HIV/AIDS, TBC, Malaria, ataupun Flu Burung. Memang sebagian besar nurani masyarakat dunia telah digerakkan oleh berbagai permasalahan kesehatan terutama sekali HIV/AIDS. Oleh karena dampak dari HIV/AIDS memiliki spektrum yang sangat luas. Para aktifis dibidang HIV/AIDS baik itu dokter, perawat, Odha (orang dengan HIV/AIDS), keluarga, pekerja sosial, wartawan, dan juga lainnya bersatu dan berupaya agar dapat tersedia obat AIDS yang terjangkau disetiap negara.

Upaya-upaya dari setiap negara tersebut juga mendapat dukungan kuat dari lembaga-lembaga internasional, salah satunya yaitu International AIDS Society (IAS). Presiden IAS, Joop M. Lange mengatakan, *"Yet, when you try to mobilize force for this concerted global effort – the one word that keeps coming back in conversations with those who should united and divide tasks, is CONCERNS, CONCERNS, CONCERNS. I am sick of this word, because all the concerns are about process, about keeping up appearances. At IAS we are more concerned about the millions of*

*people who are dying. About the millions of deaths and the suffering we could prevent if we got our act together”.*⁵⁷

Upaya pengadaan obat AIDS yang terjangkau menghadapi tembok yang kuat, apalagi dari kalangan perusahaan multi nasional pemegang hak paten. Mereka mengatakan bahwa hal itu akan melanggar kesepakatan Organisasi Perdagangan Dunia (WTO). Akan tetapi haruskah nyawa manusia dan nilai-nilai kemanusiaan dikorbankan untuk undang-undang hak cipta yang mana undang-undang serta organisasinya adalah yang membuat kita semua. Bukankah badan-badan dunia tersebut dibentuk untuk kemakmuran dan kesejahteraan seluruh bangsa di dunia, termasuk juga dengan dibentuknya WTO.

Setiap negara di dunia yang menjadi anggota dari WTO perjanjian-perjanjian yang telah disepakati oleh seluruh negara anggota dan merupakan peraturan-peraturan yang mengikat kepada setiap anggotanya. Salah satu kesepakatan yang muncul adalah mengenai undang-undang hak cipta (TRIPS, Trade Related Aspects of Intellectual Property Right's Agreement) yang diberlakukan sejak Januari 1995, khususnya dalam produk kesehatan (kefarmasian atau obat-obatan).⁵⁸ Undang-undang paten yang telah menjadi kesepakatan ini diharapkan dapat mendorong dan menjamin terus berlangsungnya penemuan-penemuan baru yang bermanfaat bagi masyarakat.

Sehubungan dengan masalah paten ini, WTO telah meluaskan pemberlakuan dan meningkatkan standar undang-undang paten di tiap negara anggota. Untuk sebagian besar negara yang sedang berkembang, standar yang ditetapkan oleh WTO jauh lebih sulit dari peraturan sebelumnya. Mereka menganggap peraturan tersebut kurang fleksibel terhadap undang-undang paten nasional, membuat penundaan pembuatan obat generik, dan menghambat akses.

Dampak dari diberlakukannya undang-undang tersebut adalah obat yang telah dipatenkan baru dapat diproduksi generiknya bila telah melewati 15-20 tahun masa paten. Berarti selama itu pula pasien di negara miskin yang memerlukan obat tersebut harus membeli obat paten yang harganya 10 kali lipat lebih mahal. Itu artinya akan ada banyak nyawa yang hilang karena tidak dapat mengakses obat yang amat bermanfaat dalam mengurangi angka kematian dan angka kesakitan. Bisa

⁵⁷ Joop M. Lange, Letter from the President International AIDS Society (IAS), IAS Newsletter No.22 October 2002

⁵⁸ Karin Timmermans & Togi Hutajulu, The TRIPS Agreement and its Impact on Pharmaceuticals, Jakarta, May, 2000.

dibayangkan negara-negara miskin yang masih memiliki berbagai beban persoalan (politik, ekonomi, kemiskinan, dll) harus ditambah lagi dengan persoalan HIV/AIDS.

Dalam pengadaan obat-obatan yang berkenaan dengan masalah kesehatan masyarakat telah disepakati bahwa masalah paten bisa diabaikan. Masalah ini sebenarnya telah dibahas pada pertemuan WTO tingkat menteri di Doha, Qatar pada November 2001. Pada pertemuan ini telah dideklarasikan bahwa untuk kepentingan kesehatan masyarakat maka UU hak cipta boleh diabaikan. Pertemuan itu dilanjutkan pada pertemuan-pertemuan berikutnya yang membahas bagaimana dan apa saja yang alternatif yang diperkenankan dalam mengaplikasikan persetujuan tersebut.

Menurut Karin Timmermans (Kosultan WHO) setidaknya ada 3 cara yang dibolehkan oleh WTO, "TRIPS does Provide for some safeguards that can be used to mitigate anticipated negative impact on prices of and access to medicine. These safeguards are: compulsory licensing, parallel importation and bolar provision".⁵⁹ Hal tersebut disampaikan oleh beliau dalam pertemuan Jokjakarta Roundtable Meeting yang bertemakan "From International Colaboration Towards National Selfreliance in Increasing Access to HIV/AIDS Therapy", 1-4 September 2004. Jadi setiap negara anggota jika memerlukan boleh menggunakan salah satu dari ketiga cara tersebut.

Bolar provision adalah diperbolehkannya sebuah negara untuk melakukan uji coba suatu produk obat (untuk penelitian) dan pendaftaran obat generik sebelum masa paten selesai. *Parallel import* adalah hak untuk melakukan import obat dari negara lain tanpa perlu meminta ijin dari produsen obat paten. Alternatif yang lain adalah *Compulsory Licensing (CL)* atau lisensi wajib, yaitu setiap negara diijinkan dan dapat melakukan pembuatan obat generik sebelum masa paten habis. Hal tersebut diperbolehkan oleh TRIPS, dan dapat dilakukan tanpa perlu meminta ijin terlebih dahulu kepada perusahaan pemilik paten.

Meskipun TRIPS mengizinkan dilakukannya penerapan lisensi wajib tanpa perlu mendapatkan ijin dari perusahaan pemegang hak paten, namun untuk melakukannya diperlukan beberapa persyaratan. Persyaratan-persyaratan tersebut antara lain adalah: untuk keadaan yang sangat penting dan dalam keadaan kegawatdaruratan serta untuk kepentingan masyarakat dan bukan untuk kepentingan komersial. Dalam hal penerapan lisensi wajib TRIPS tidak membatasi penggunaan lisensi wajib pada permasalahan tertentu saja (misal: HIV/AIDS saja).

⁵⁹ Slamet Riyadi dkk, Jokjakarta Roundtable Meeting: Access to HIV/AIDS Treatment, September 2004.

A.1. Konferensi Internasional tentang Lisensi Wajib

Pada tanggal 21-23 November 2007 di Bangkok (Thailand) telah dilaksanakan International Conference on Compulsory Licensing, "Inovation and Access for All". Pertemuan tersebut dihadiri kurang lebih oleh 200 orang peserta dari berbagai negara. Negara-negara yang hadir antara lain: India, China, Amerika Serikat, Brazil, Jerman, Belgia, dan juga Indonesia. Tim Indonesia di wakili oleh Profesor Samsuridjal Djauzi (selaku ketua Gerakan Nasional Meningkatkan Akses Terapi HIV/AIDS), Soedibyo Soekaryo (Kimia Farma), Eko Sriwidyawati (Kimia Farma), dan Kurniawan Rachmadi (Pokdisus AIDS FKUI). Indonesia hadir pada pertemuan ini sebagai peserta aktif. Indonesia oleh panitia diminta membagi pengalamannya tentang pelaksanaan lisensi wajib di Indonesia kepada peserta dari negara-negara lain. Presentasi Indonesia disampaikan dalam satu sesi dengan Thailand, Brazil, dan Amerika.

Konferensi ini memang baru pertama kali dilakukan di dunia terutama sekali membahas secara khusus mengenai permasalahan lisensi wajib. Bagi teman-teman di Thailand sendiri terselenggaranya acara ini adalah merupakan sebuah perlawanan. Thailand melakukan perlawanan terhadap tekanan internasional, baik itu yang berasal dari perusahaan farmasi multinasional maupun yang berasal dari pemerintah negara produsen obat paten. Isu yang mengemuka dan menjadi debat publik di seluruh dunia adalah masalah kemanusiaan dan paten obat AIDS. Adalah hak bagi setiap Odha untuk mendapat pengobatan sedangkan paten membuat obat AIDS sangat mahal dan tak terjangkau.

A.2. Thailand

Pangadaan obat yang terjangkau di Thailand merupakan sebuah perjuangan panjang. Ketika beberapa orang di Thailand mencoba mendatangkan obat ARV generik dari India bagi Odha di Thailand, dua bungkusan berhasil lolos namun satu bungkusan ternyata di tahan oleh pihak bea cukai Thailand. Obat ARV generik India diperlukan oleh masyarakat Thailand, namun peraturan pemerintah Thailand waktu itu tidak mengizinkan impor obat ARV generik dari India. Akibatnya timbullah silang pendapat apakah obat ARV generik impor yang ditahan tersebut dapat diloloskan atau tidak.

LSM peduli AIDS di Thailand bersama dengan kelompok akademisi di Universitas memperjuangkan agar obat tersebut dapat dimanfaatkan untuk kemanusiaan dan demi kemanusiaan peraturan yang ada harus dirubah. Isu ini sempat menjadi wacana publik apalagi setelah para aktivis dan LSM peduli AIDS di Thailand mengadakan demonstrasi di depan Kementerian Kesehatan Thailand selama 3 hari. Persoalan ini sampai ke DPR dan akhirnya LSM AIDS, para akademisi dan masyarakat berhasil membuat opini publik untuk mendorong pemerintah Thailand agar dapat membuat kebijakan yang berfihak pada kepentingan masyarakatnya. Pemerintah Thailand kemudian pada akhirnya memutuskan untuk memproduksi obat ARV generik sendiri.

Salah satu upayanya dalam upaya memperjuangkan pengadaan obat AIDS yang terjangkau adalah menyelenggarakan Konferensi Internasional tentang Lisensi Wajib di Bangkok. Ada sebuah cerita yang menarik yang menjadi latar belakang terselenggaranya acara tersebut. Perubahan situasi politik di Thailand ternyata membawa kebaikan bagi masyarakat. Menteri kesehatan mereka sangat peduli terhadap kondisi kesehatan masyarakatnya. Keputusannya untuk memberlakukan lisensi wajib terhadap salah satu produk obat AIDS paten menimbulkan kehebohan. Obat AIDS yang di produksi perusahaan multinasional (Abbot) diputuskan untuk dibuat produk generiknya.

Keputusan menggenerikan obat AIDS paten itu membuat marah perusahaan paten dan pemerintah negara produsen paten. PT. Abbot Tbk., selaku perusahaan multinasional pemegang paten melakukan kampanye negatif terhadap pemerintah Thailand. Mereka menggalang solidaritas diantara sesama perusahaan paten. Mereka mengajak perusahaan farmasi multinasional lainnya untuk menarik semua produk mereka dari Thailand. Mereka juga melakukan lobi terhadap anggota-anggota senat di gedung putih. Bagi sebuah perusahaan multinasional seperti Abbot melobi anggota-anggota parlemen bukanlah merupakan suatu yang sulit. Hal itu dikarenakan lobi mereka sudah dimulai sejak sebagian besar anggota senat melakukan kampanye pencalonan dirinya.

Sementara itu segera setelah mendengar diberlakukannya lisensi wajib oleh pemerintah Thailand, pemerintah Amerika juga melakukan reaksi yang negatif. Karan Bhatia, Deputy perwakilan perdagangan Amerika, menelepon Duta Besar Thailand di Wasingthon DC, untuk menekan pemerintah Thailand agar mengubah keputusannya

memberlakukan lisensi wajib.⁶⁰ Dalam rangkaian rapat pertemuan mereka kantor perwakilan perdagangan Amerika mengatakan bahwa mereka tidak menekan atau meminta pemerintah Thailand untuk mengubah keputusannya, kami hanya mengharapkan agar pemerintah Thailand berkonsultasi terlebih dahulu dengan berbagai pihak.

Pemerintah dan masyarakat Thailand merespon keadaan ini dengan mengembangkan strategi yang sangat baik sekali. Masyarakat diberikan informasi yang benar melalui media masa, baik itu tv, radio, dan surat kabar. Peran para jurnalis menjadi sangat penting pada situasi seperti ini. Selain itu melalui jaringan lembaga swadaya masyarakat internasional mereka juga mengirimkan utusan untuk melobi pada anggota senat di gedung putih. Selain itu melalui jaringan lembaga swadaya masyarakat internasional juga, mereka menggalang dukungan internasional di berbagai negara.

Untuk membuat masyarakat Thailand mengerti akan persoalan yang sebenarnya, berbagai lembaga pendidikan dan lembaga swadaya lokal melakukan diskusi-diskusi di universitas-universitas. Acara seminar dan diskusi-diskusi ilmiah mengenai obat AIDS paten dan generik tersebut diliput oleh berbagai media lokal. Mereka sangat mendukung sekali apa yang telah pemerintah Thailand lakukan. Salah satu contohnya adalah pernyataan seorang aktivis lokal Lawan Sarovat yang mengatakan, *"You dont get access to medicine without long and hard struggle"*.⁶¹

Perjuangan masyarakat dan pemerintah Thailand dalam mengupayakan obat AIDS yang lebih terjangkau akhirnya berhasil. Mereka mendapatkan dukungan dari berbagai pihak dari dalam negeri dan luar negeri. Menteri Kesehatan Thailand Dr. Mongkol Na Songkhla mengatakan, *"Don't worry that medicine will not be available. The companies won't close down factories and stop selling drugs. They measures are just their warning to protect their interests. Thailand's compulsory licensing is not used out of spite, but such because patented drugs are very expensive. We have a limited budget that we have to find ways to get drugs cheaply. On 25 January, I already signed the compulsory licensing announcement, wich will officially come into effect on 29 January. If we give in to their threats, we'll be enslaved forever ..."*.⁶² Bukan hanya itu mereka juga mendapatkan dukungan dari mantan Presiden Amerika

⁶⁰ Robert Weisman, U.S. Government Views on Copulsory Licensing, Essential Action, Nov-2007

⁶¹ Lawan Sarovat, A victory on Pre-grant Opposition, Health & Development Foundation, Nov-2007

⁶² Kannikar Kijtiwatchakul, The Righ To Life, MSF-PNHP-TWN, November 2007, p.55

Serikat, Bill Clinton yang mengatakan, *"I strongly support the position of the government of Thailand and Brazil and their decision after futile negotiation to break these patent. I believe in intellectual property, but that does not need to prevent us from providing essential life-saving drugs to the people, either in low-income or middle-income countries, which need them. No companies have ever died because of (the lack of high premiums (from sales of) AIDS drugs in the middle-income countries, but the patients could"*.⁶³

A.3. Brasil

Negara di benua Amerika bagian selatan ini merupakan negara yang memiliki komitmen besar dengan memberikan obat AIDS secara gratis kepada masyarakatnya. Jumlah Odha (orang dengan HIV/AIDS) yang mendapat pengobatan AIDS gratis juga paling besar, pada tahun 2003 saja mereka sudah mengobati 115.000 Odha.⁶⁴ Sekarang ini jumlah itu terus bertambah dan pemerintah Brasil tetap memberikan obat AIDS tersebut secara gratis.

Ketika kasus HIV/AIDS pertama kali muncul, para ahli di Brasil mendirikan organisasi ABIA (Brazilian Interdiscipline AIDS Association) pada tahun 1986. Organisasi ini dibentuk untuk mobilisasi masyarakat dalam menghadapi epidemi HIV/AIDS, dan juga memonitor kebijakan publik di bidang kesehatan, pendidikan, pencegahan, pengobatan dan hak asasi manusia. Dari organisasi ini lahirlah salah seorang pejuang hak asasi manusia di Brasil dengan nama panggilan Betinho atau bernama lengkap Herbert de Souza yang juga merupakan president pertama ABIA. Ia juga orang yang pertama kali mengatakan secara terbuka status dirinya yang positif HIV. Ia bersama dua orang saudaranya terinfeksi HIV karena transfusi darah, mereka menerima transfusi darah pada pertengahan tahun 1980. Mereka menderita penyakit hemofilia dan secara rutin harus mendapatkan transfusi darah.

Oleh karena itu langkah awal yang mereka lakukan ketika ABIA pertama kali berdiri adalah keamanan darah donor. Saat itu masalah donor darah merupakan hal yang sulit. Akhir melalui perjuangan yang keras pada tahun 1988 undang-undang di Brasil melarang penjualan darah di Brasil. Betinho sendiri akhirnya meninggal pada tahun 1997. Betinho mengatakan, *"AIDS is not only a disease or a health*

⁶³ Kannikar Kijtiwatchakul, The Right To Life, MSF-PNHP-TWN, November 2007, p.60

⁶⁴ Samsuridjal Djauzi, Prospek Terapi ARV di Indonesia, May 2007

*problem, but also a cultural and political problem which demands a response from different sectors of the society”.*⁶⁵

Berkenaan dengan masalah obat paten ada dua hal yang dilakukan. Pertama adalah meningkatkan jumlah anggaran untuk pengobatan terbaru pada tahun 1999 (termasuk penatalaksanaan AIDS). Kedua, melakukan diskusi panel mengenai Organisasi Perdagangan Dunia yang membahas tentang undang-undang paten Amerika melawan undang-undang paten Brasil. Selain itu melalui pergerakan ini mereka juga melakukan tekanan agar dapat dilaksanakannya undang-undang hak cipta yang lebih fleksibel terhadap permasalahan kesehatan masyarakat.

Selain itu mereka juga membentuk organisasi Brazilian Network for the Integration of People (REBRIP) pada tahun 2001. Jaringan organisasi ini dibentuk oleh berbagai LSM dan organisasi kemasyarakatan lainnya. Tujuan dibentuknya lembaga ini adalah untuk memonitor perdagangan bebas dan dampak yang diakibatkannya terhadap masyarakat dan kebijakan lokal. Mereka berasal dari organisasi-organisasi: pertanian, perdagangan, lingkungan, jasa, jender, parlemen dan hak cipta.

Dengan di koordinasi oleh ABIA mereka juga membentuk kelompok kerja dalam masalah hak cipta. Anggota mereka juga berasal dari berbagai organisasi, antara lain organisasi HIV/AIDS dari berbagai daerah, lembaga perlindungan konsumen, lembaga hak asasi manusia, perhimpunan ahli farmasi, peneliti, organisasi internasional seperti MSF dan Oxfam. Tujuan dari dibentuknya organisasi ini adalah untuk memonitor dan meminimalisir dampak negatif dari sistem paten terhadap permasalahan akses ke pengobatan di Brasil.

Masalah akses ke pengobatan AIDS di Brasil diperjuangkan dengan berbagai cara. Cara yang mereka lakukan adalah memproduksi obat paten yang telah habis masa patennya. Selain itu masyarakat juga berperan aktif dalam proses pembuatan kebijakan kesehatan dan penerapannya terutama terhadap masalah akses ke pengobatan. Beberapa kebijakan dibidang kesehatan, antara lain adalah: undang-undang mengenai sistem kesehatan tahun 1990, undang-undang paten 1996, undang-undang Sarney 1996 (menjamin akses ke pengobatan untuk Odha termasuk obat ARV

⁶⁵ Galvão J., Brazil and access to AIDS medication: public health as a human right issue. In: Sydow E, Mendonça ML, eds. *Human Rights in Brazil 2002*. São Paulo, Brazil: Social Network for Justice and Human Rights and Global Exchange; 2002:181–188

dan infeksi oportunistik) dan kebijakan kesehatan nasional 1998. Hal terpenting adalah dalam undang-undang negara Brasil 1998 dinyatakan dengan jelas bahwa setiap warga negara Brasil berhak mendapatkan layanan kesehatan baik itu melalui kebijakan sosial maupun ekonomi.⁶⁶

A.4. Indonesia

Upaya pengadaan obat AIDS murah dan terjangkau dirintis sejak tahun 1997 kira-kira 10 tahun setelah HIV/AIDS ditemukan di Indonesia. Beberapa aktivis dan tenaga kesehatan bertemu dengan Kepala Badan POM (Pengawasan obat dan Makanan) agar mendapat ijin untuk import obat AIDS dari luar melalui jasa Pos/ kurir udara. Kepala Badan POM saat itu setuju asal saja ada lembaga yang berkompeten yang mengawasi penggunaan obat-obatan tersebut dan hanya untuk kepentingan kemanusiaan dan tidak digunakan untuk kepentingan komersil. Oleh karena itu ditunjuklah Pokdisus AIDS FKUI/RSCM sebagai lembaga yang bertanggungjawab pada masalah tersebut. Pada surat tersebut dilampirkan juga nama-nama obat dan juga sediaan (tablet, sirup, atau kapsul) yang yang diijinkan untuk di impor.

Pada November tahun 1999, Pokdisus membuat suatu program baru yaitu Program Meningkatkan Akses Diagnosis & Terapi. Pada waktu itu obat AIDS paten sudah ada dan juga kelengkapan penunjang laboratorium untuk pemeriksaan *CD4 & viral load* (hitung virus) sudah ada. Sebagai langkah awal program ini adalah dengan melakukan negosiasi kepada perusahaan farmasi paten baik produsen obat AIDS maupun reagen untuk alat laboratorium. Waktu itu Pokdisus mengatakan adalah hal yang tidak wajar bila anda (perusahaan paten) memberikan harga yang sama dengan di Amerika. Pada waktu itu kebijakan perusahaan farmasi paten adalah “*one world one price*” artinya satu dunia satu harga. Jadi walaupun wakil perusahaan paten yang hadir pada pertemuan itu orang Indonesia juga namun mereka tidak bisa memberikan jawaban yang diharapkan. Harga obat pada waktu itu untuk kombinasi 3 obat masih Rp. 10 juta/bulan. Melalui negosiasi yang sulit akhirnya mereka memberikan 30%, yang sebenarnya hanyalah menghilangkan biaya iklan produk mereka yang selama ini dibebankan kepada konsumen.

Walaupun sudah mendapatkan potongan harga obat sebesar 30% dari Rp. 10 juta, akan tetapi untuk ukuran kantong orang Indonesia harga obat tersebut masih mahal. Memang tetap saja ada yang membeli tapi jumlahnya tidak lebih dari 10

⁶⁶ Gabriela Chaves, Compulsory License Implementation in Brazil: Achievements and Challenges, Bangkok, 21-23 November 2007

orang. Belum lagi untuk pemeriksaan hitung jumlah virus harganya setelah diberikan potongan harga 30% masih seharga Rp. 1.850.000,- dan pemeriksaan CD4 masih harganya Rp. 250.000,-.

Obat yang tersedia pada waktu itu pun jumlah dan jenisnya masih sangat terbatas sekali, yaitu Zidovudine, Lamivudine, Zerit, dan Videx. Kalau stoknya masih ada teman-teman Odha bisa membeli di Indonesia. Hanya saja bila terjadi kekosongan mereka punya tiga pilihan, yaitu memesan dari luar negeri, membeli langsung dari luar negeri, atau menunggu sampai stok datang. Memesan barang apalagi obat dari luar negeri sangat berisiko, menunggu sampai stok ada akan memperburuk proses pengobatan (obat bisa resisten), beberapa memilih membeli langsung keluar negeri. Tragisnya lagi bila mereka memutuskan untuk beli obat ke Singapura misalnya mereka hanya boleh sampai bandara saja setelah itu mereka harus segera pulang.

Pada tahun 2000 India telah berhasil melakukan pembuatan obat generik untuk AIDS. Hal ini tentu saja mendapatkan sambutan dari berbagai negara miskin dan negara berkembang di dunia yang masyarakatnya banyak terkena HIV/AIDS. Mereka sudah mengerti bahwa obat ini sangat bermanfaat. Setiap warga di dunia memiliki hak yang sama untuk mendapatkan akses kepada layanan kesehatan dan pengobatan. Oleh karena itu pemerintah negara-negara tersebut berdatangan ke India untuk membeli obat-obatan tersebut. Mereka memberikan obat-obatan itu kepada masyarakatnya yang memerlukan secara gratis.

Sejak itu pula peneliti memonitor perkembangan permasalahan obat AIDS di dunia. Negara-negara mana saja yang sudah membeli dan melakukan program pengobatan. Alasan apa yang membuat mereka membeli, bagaimana cara mereka mendatangkan obat, bagaimana dengan kualitas obat generik tersebut, nama-nama perusahaan farmasi yang membuat obat, lembaga-lembaga lokal dan internasional apa saja yang terlibat, serta alamat, telepon, fax, dan email untuk melakukan kontak langsung dengan mereka.

Sementara itu keadaan teman-teman Odha semakin hari semakin banyak saja yang mengalami gejala penurunan daya tahan tubuh. Mereka rata-rata datang dalam kondisi yang sudah sangat jelek sekali. Umumnya mereka datang dengan kursi roda atau terbaring di tempat tidur. Oleh karena saat itu obat amat sangat mahal maka biasanya mereka tidak bisa membeli. Paling lama mereka hanya bisa bertahan dalam seminggu atau sepuluh hari. Akhirnya melalui pertemuan terbatas di Pokdisus AIDS diputuskan untuk melakukan upaya yang lebih kuat lagi dalam menolong teman-

teman Odha di Indonesia. Akhirnya Pokdisus AIDS memutuskan untuk mengirim peneliti untuk berangkat ke India.

Setelah keputusan tersebut dibuat peneliti segera memulai berkomunikasi dengan teman-teman di India, meminta bantuan mereka untuk mempertemukan peneliti dengan perusahaan farmasi di India. Peneliti juga segera mengirimkan surat resmi kepada lembaga pemerintah maupun donor. Pada surat tersebut peneliti menyampaikan bahwa setelah 10 tahun HIV/AIDS di Indonesia sudah banyak teman-teman Odha yang memerlukan pengobatan. Mereka pada umumnya meninggal pada masa perawatan oleh karena tidak bisa mengakses layanan pengobatan HIV/AIDS, dikarenakan harga obat yang mahal. Oleh karena itu peneliti akan berupaya mendapatkan akses obat AIDS murah dengan mengunjungi India. Untuk itu peneliti berharap bisa mendapatkan bantuan untuk biaya tiket ke India. Hasilnya sampai saat keberangkatan tidak ada satu jawabanpun yang peneliti dapat baik dari pihak pemerintah maupun lembaga donor.

Beruntung peneliti masih bisa mendapatkan dukungan dan bantuan dari teman-teman dokter yang menjadi anggota Pokdisus. Akhirnya peneliti berhasil mendapatkan tiket ke India senilai \$600 serta mengumpulkan sejumlah \$500 untuk akomodasi serta \$1000 untuk membeli obat. Meskipun hanya memiliki bekal sedikit peneliti tetap optimis akan bisa mengakses obat AIDS murah dari India. Tujuan peneliti hanyalah membantu dan menolong teman-teman yang memerlukan obat AIDS yang terjangkau. Oleh karena itu janganlah dibandingkan dengan teman-teman dari Afrika Selatan atau Thailand, mereka berangkat ke India dan membeli banyak obat AIDS murah atas nama negara mereka.

Komunikasi dengan salah satu lembaga swadaya masyarakat India bernama Sharan sejak November 2000 berjalan dengan baik. Peneliti bahkan sempat berdiskusi untuk merencanakan kegiatan kami selama di India selain mengupayakan akses obat AIDS yang terjangkau. Adapun kegiatan lain yang peneliti rencanakan bersama adalah mengunjungi program yang saat itu sangat unik, yaitu: penanggulangan narkoba berbasis masyarakat, dan juga mengunjungi salah satu rumah singgah untuk perawatan Odha. Akhirnya 13 Juni 2001 kami berangkat ke India dan transit 2 hari 1 malam di Bangkok.

Peneliti sampai di India tengah malam, layanan ke imigrasian tidaklah sulit. Ada yang ajaib di dalam airport di India, Bajai bisa masuk ikut melayani para tamu yang baru sampai di bandara. Sejak pertama kali tiba di airport peneliti juga harus

mulai dengan kebiasaan baru, bahasa Inggris yang cepat dan dengan orang yang menyatakan setuju sambil menggelengkan kepala. Kunjungan ke India ini membuat kami dapat melihat bahwa program yang sebenarnya sebaiknya dibuat didasarkan kebutuhan lapangan.

Hari pertama peneliti berkunjung ke Sharan, peneliti di terima oleh Luke Samson (Ketua Yayasan), Jimmy Dorabjeh (koordinator program narkoba berbasis masyarakat), dr. Bitra George (koordinator program kesehatan ibu dan bayi dan juga anak-anak jalanan). Peneliti diberikan gambaran tentang organisasi Sharan dan program-program apa saja yang sedang dikerjakan. Lalu dibuatkanlah jadwal kegiatan selama peneliti di sana, setelah itu peneliti diperkenalkan kepada para staf dan relawan mereka.

Kebutuhan akan suatu tempat rehabilitasi bagi penyalahguna narkoba memang ada, akan tetapi biaya yang harus dikeluarkan untuk itu sebesar Rp. 3 juta/bln jelas sangat membebani masyarakat. Oleh karena itu dibuatlah program narkoba berbasis masyarakat. Masyarakat dapat mengakses layanan ini di puskesmas dan tetap tinggal di rumah mereka. Mereka harus minum obat sejenis narkoba di puskesmas setelah itu boleh pulang ke rumah. Selama mengikuti program ini secara rutin mereka mendapatkan pengobatan, nanti dosis mereka dikurangi secara bertahap hingga mereka berhenti menggunakan narkoba. Selama mengikuti program ini mereka diharuskan minum obat yang diberikan ditempat (di puskesmas). Obat tidak boleh dibawa pulang, sebab bisa digunakan lagi dengan cara menyuntik. Dengan merubah cara penggunaan dari menggunakan jarum suntik menjadi minum obat ini juga telah mengurai risiko penularan HIV.

Akhirnya dengan bantuan dr. Bitra George dari Sharan, peneliti dapat bertemu dengan beberapa perusahaan farmasi India. Peneliti menjelaskan bahwa peneliti berusaha mendapatkan akses obat AIDS yang terjangkau agar bisa menolong teman-teman kami di Indonesia. Mereka menanyakan siapa peneliti, mereka pikir peneliti berasal dari perusahaan farmasi Indonesia atau pemerintah Indonesia. Peneliti menjelaskan bahwa peneliti berasal dari Pokdisus AIDS salah satu lembaga penelitian di Universitas Indonesia. Peneliti menjelaskan kalau lembaga tempat bekerja peneliti mendapatkan ijin Badan POM untuk mendatangkan obat AIDS dari luar Indonesia. Peneliti juga memperlihatkan surat-surat yang peneliti sebutkan.

Akhirnya mereka setuju untuk menolong teman-teman Odha di Indonesia. Selain mendapatkan kesepakatan untuk akses obat, peneliti juga membeli obat AIDS

secara kontan. Untuk individu pembelian \$1000 cukup banyak, bisa digunakan selama 1,5 tahun. Tapi jumlah tersebut tidaklah banyak untuk pembelian sebuah negara. Obat tersebut dituliskan atas nama peneliti pribadi untuk digunakan selama 1,5 tahun. Setelah semua selesai peneliti kembali dari India pada tanggal 21 Juni 2001, masuklah untuk pertama kalinya obat AIDS murah ke Indonesia.⁶⁷

Setelah bekerja sama dengan India, pada November 2001 tim dari Pokdisus dan PT. Indofarma Tbk melakukan kunjungan ke Thailand. Pada kunjungan ini selain bertemu dengan teman-teman LSM, kalangan pemerintah Thailand, tim juga bertemu dengan bertemu dengan GPO (Government Pharmaceutical Organization) Thailand. Pertemuan dengan GPO Thailand menghasilkan kesepakatan kerjasama. Kesepakatan kerjasama ini dimaksudkan untuk pengadaan obat AIDS generik dan juga alih teknologinya. Setelah kesepakatan kerjasama antara Indofarma dengan GPO Thailand dilakukan, Indofarma setuju untuk mulai import obat AIDS generik Tahun 2002.⁶⁸

Hal yang mengejutkan sekaligus membahagiakan terjadi ketika program akses diagnostik dan terapi di Pokdisus AIDS FKUI/RSCM mendapatkan dukungan dari Ibu Moeryati Soedibyo dari Yayasan Putri Indonesia. Dukungan dan bantuannya terhadap program diwujudkan dengan mendatangkan Miss Universe 2002 Oxana Fedorova dan Putri Indonesia 2002 Melanie Putri Dewita Sari untuk mendukung program pengadaan obat AIDS yang lebih terjangkau. Berbaju putih lengan panjang, celana panjang hitam, dan ikat pinggang hitam, Miss Universe 2002 Oxana Fedorova tampil percaya diri memberikan sambutannya. Padahal, saat itu ia tidak sedang berbicara soal kecantikan, mode, atau hal-hal lain yang terkait dengan urusan penampilan. Ia membahas jumlah pengidap HIV/AIDS yang terus bertambah, obat AIDS yang efektif, harga obat yang masih belum dapat terjangkau, dan bagaimana mengembangkan dukungan serta menghilangkan stigma pada mereka.

Fedorova memang tengah mengunjungi Pokdisus AIDS FKUI/ RSCM. Sabtu, 20 Juli 2002 pagi itu, ruang kuliah di lantai dua gedung tiga RSCM itu telah disesaki pengunjung. Para fotografer berseliweran, sedangkan para undangan, anggota lembaga swadaya masyarakat beserta para pengidap HIV/AIDS dan keluarganya, duduk memenuhi kursi di ruangan.⁶⁹

⁶⁷ Kurniawan R dan Samsuridjal, *Self Reliance on the Move*, Jakarta July 2004

⁶⁸ Mike Palmedo, *Thailand Consider More Generic AIDS Drug Export Consumer Project on Technology*, Reuters, Friday, 14 Februari 2003.

⁶⁹ Kompas, *Miss Universe Itu Tahu HIV/AIDS*, Senin, 22 Juli 2002

Untuk memperluas akses terapi dan diagnostik di Indonesia pada 17 Oktober 2003 telah didirikan Gerakan Nasional Akses Diagnosis dan Terapi HIV/AIDS. Lembaga ini dipimpin oleh Prof. Samsuridjal Djauzi, tujuan utamanya adalah meningkatkan program akses diagnostik dan terapi. Dalam upayanya lembaga ini juga melakukan advokasi kepada berbagai lembaga pemerintah dan lembaga internasional. Salah satu tindakan nyata mereka adalah mengirimkan surat kepada Menkokesra dan Sekretaris Jenderal PBB Kofi Anan. Surat tersebut berisikan himbauan agar PBB dan juga pemerintah Indonesia mendukung upaya akses terhadap obat AIDS terjangkau. Surat tersebut ditandatangani sekitar 500 orang lebih dari berbagai lembaga dan individu yang peduli pada masalah HIV/AIDS.

Upaya advokasi masih terus berlanjut, pada 17 Mei 2003 sekitar 200 orang dari berbagai lembaga dan aktivis yang peduli masalah HIV/AIDS melakukan demo didepan Hotel Indonesia. Unjuk rasa ini dikoordinasi oleh Yayasan Pelita Ilmu dilakukan dalam mengupayakan akses yang lebih besar lagi untuk obat AIDS dengan harga murah. Ada 3 hal yang ingin disampaikan melalui demo tersebut, yaitu: memproduksi obat AIDS generik, menyediakan layanan obat AIDS generik untuk 2000 Odha tahun 2003, realisasi janji pemerintah untuk subsidi obat AIDS. Upaya ini berhasil mendapatkan perhatian dari masyarakat dan pemerintah oleh karena liputan yang luas dari media cetak dan elektronik.⁷⁰

Upaya-upaya tersebut mulai memperlihatkan hasil pada Juni 2003 salah satu lembaga donor Internasional, MSF (Medicine Sains Frontier) Perancis menyediakan obat AIDS generik secara gratis untuk 40 orang selama 1 tahun 6 bulan. MSF adalah lembaga internasional yang telah membantu banyak negara di bidang kesehatan. Secara organisasi memang mereka lebih banyak bergerak di bidang pengobatan atau bantuan medis. Program ini merupakan proyek percontohan bagi sebuah puskesmas kelurahan di wilayah kelurahan Kampung Bali, Jakarta Pusat. Pelaksanaan program ini dapat dikatakan berhasil dengan sangat baik. Keberhasilan itu bisa diraih oleh karena kekompakan tim dalam melaksanakan program. Hal ini bisa berhasil dikarenakan tim medis dan tim konselor dari semua yang terlibat melakukan rapat secara rutin setiap bulannya. Ketika program ini selesai Indonesia telah memiliki obat AIDS buatan sendiri. Hal ini sangat baik sekali sebab tidak menyebabkan mereka yang sudah memulai pengobatan terhenti pengobatannya.

⁷⁰ Kurniawan Rachmadi & Samsuridjal Djauzi, *From Small Steps Towards A Giant Leap*, Indonesian Perspective Group, August 2003

Dalam mengupayakan obat AIDS murah di Indonesia upaya dilakukan bukan hanya melakukan sosialisasi dan advokasi ke dalam, tapi juga keluar terutama di kalangan negara ASEAN. Pada tanggal 1-4 September 2003 di Jogjakarta, Indonesia menyelenggarakan Jogjakarta Round Table Meeting. Tema dari pertemuan ini adalah "From International Collaboration Toward National Self Reliance in Increasing Access to HIV/AIDS therapy". Hadir pada pertemuan itu 14 negara dan 80 orang peserta. Selain 10 negara ASEAN hadir juga pengamat dari India, Cuba, Amerika, Australia, dan Jepang. Adapun lembaga Internasional yang hadir adalah WHO, MSF, Africa Japan Forum, Ford Foundation, UNAIDS, Australian Society Australian Federation of AIDS Organisations (AFAO), Australian Society of HIV Medicine (ASHM), American Foundation for AIDS Research (AmFAR) dan The Futures Group International.⁷¹

Pada tanggal 1 Desember 2003 Direktur Jenderal WHO Dr. Lee Jong-Wook mencanangkan program 3by5, artinya ditargetkan akan ada 3 juta orang yang akan mendapatkan terapi HIV/AIDS pada tahun 2005. Kebijakan ini jelas sangat mendukung sekali negara-negara dunia ke-3 yang sedang mengalami kesulitan dalam mengakses obat AIDS generik. Obat AIDS ini yang kualitasnya setara dengan produk paten dan harganya sangat terjangkau. Berkat pencanangan program tersebut oleh WHO maka semakin banyaklah negara yang peduli akan kesehatan warganya yang terinfeksi HIV/AIDS. Negara-negara tersebut tersebar di Afrika, Brazil, Thailand, India, Kamboja, dan juga sudah tentu Indonesia.

Pada saat yang hampir bersamaan 8 Desember 2003 Indonesia berhasil memproduksi obat AIDS generik produksi lokal. Produk pertama yang mereka hasilkan adalah duviral (kombinasi Zidovudine 300mg + Lamivudine 150mg) dan neviral (Nevirapine 200mg). Harga untuk ketiga kombinasi obat tersebut adalah Rp.380.000,-/bulan. Diharapkan pada 3 bulan pertama tahun 2004 Kimia Farma dapat memenuhi kebutuhan obat AIDS untuk 4000 Odha. Keberhasilan Kimia Farma memproduksi obat AIDS generik lokal ini membuat masyarakat merasa sangat terbantu. Sebab beban pembiayaan dalam masa pengobatan mereka menjadi lebih ringan.

Mengantisipasi akan tinggi penyebaran virus HIV di masyarakat pemerintah Indonesia akhirnya memutuskan melalui Keputusan Presiden Republik Indonesia

⁷¹ Slamet Riyadi dkk, Jogjakarta Roundtable Meeting: Access to HIV Treatment, 2004

Nomor 83 Tahun 2004 Tentang Pelaksanaan Paten Oleh Pemerintah Terhadap Obat-Obat Anti Retroviral. Pelaksanaan Paten oleh Pemerintah terhadap Obat-obat Anti Retroviral. Hal ini dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang sangat mendesak dalam upaya menanggulangi epidemi HIV/AIDS. Menteri Kesehatan dapat menunjuk pabrik obat sebagai pelaksana paten untuk dan atas nama Pemerintah melaksanakan Paten tersebut dengan mempertimbangkan rekomendasi dari Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan. Pemerintah memberikan imbalan kepada Pemegang Paten sebesar 0,5% (nol koma lima persen) dari nilai jual netto obat-obat Anti Retroviral (AIDS). Oleh karena itu Menteri Kesehatan menunjuk PT. Kimia Farma melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1237/Menkes/SK/VI/2004 Tentang Penunjukan PT. Kimia Farma (PERSERO) TBK untuk atas nama Pemerintah Melaksanakan Paten Obat Antiretroviral.

Pada tahun 2004 obat AIDS pengadaannya dan penyediaannya sudah masuk dalam APBN (Anggaran Pendapatan Belanja Negara), dan diberikan secara cuma-cuma kepada mereka yang memerlukan. Pemerintah untuk pertama kalinya mencanangkan akan ada 4000 Odha mendapatkan pengobatan gratis. Agar obat AIDS dapat lebih mudah di akses maka pemerintah untuk pertama kalinya pula menetapkan bahwa obat AIDS bisa diakses di 25 rumah sakit di seluruh Indonesia. Selanjutnya berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 832/Menkes/SK/X/2006 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan bagi Odha, telah ditetapkan bahwa jumlah rumah sakit rujukan Odha bertambah menjadi 75 rumah sakit. Saat ini berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 760/Menkes/SK/VI/2007 Tentang Penetapan Lanjutan Rumah Sakit Rujukan Bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA) maka obat AIDS sudah tersedia di 237 rumah sakit kabupaten kota di seluruh Indonesia

Berita tersebut sangatlah menggembirakan, mungkin obat AIDS adalah satu-satunya produk di Indonesia yang harga terus turun dan akhirnya bisa didapat secara gratis. Ketika Pokdisus AIDS FKUI-RSCM berhasil mendatangkan produk India pertama kali Agustus 2001, harga untuk 3 kombinasi obat adalah Rp 1.050.000,-/bln. Seiring dengan bertambahnya jumlah orang yang mengakses maka beban pajak dan biaya pengiriman bisa ditanggung bersama, sehingga harganya menjadi turun lagi Rp 850.000,-/bln. Pada tahun 2002 ketika Indofarma berhasil mengimport obat AIDS dari Thailand harga obat AIDS menjadi lebih turun lagi, yaitu: Rp 650.000,-/bln. Pada tahun 2003 ketika Kimia Farma berhasil memproduksi obat AIDS generik lokal

harganya menjadi lebih murah lagi Rp. 380.000,-/bln. Akhirnya pada tahun 2004 pemerintah memberikannya secara gratis kepada mereka yang memerlukan.

B. Global Fund AIDS Tuberculosis and Malaria (GATM) di Indonesia

Millenium Development Goals (disingkat MDG) dalam bahasa Indonesia diterjemahkan sebagai tujuan pembangunan milenium (TPM). Tujuan pembangunan milenium merupakan paradigma pembangunan global yang disepakati secara internasional oleh 189 negara anggota perserikatan bangsa-bangsa (PBB) dalam Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) milenium PBB bulan September 2000. Majelis umum PBB kemudian melegalkannya ke dalam resolusi majelis umum perserikatan bangsa-bangsa nomor 55/2 tanggal 18 September 2000 tentang Deklarasi Milenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (a/res/55/2 United Nations Millennium Declaration). Secara ringkas, arah pembangunan yang disepakati secara global meliputi: (1) menghapuskan kemiskinan dan kelaparan berat; (2) mewujudkan pendidikan dasar untuk semua orang; (3) mempromosikan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan; (4) menurunkan kematian anak; (5) meningkatkan kesehatan maternal; (6) melawan penyebaran HIV/AIDS, dan penyakit kronis lainnya (malaria dan tuberkulosa); (7) menjamin keberlangsungan lingkungan; dan (8) mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan.⁷²

Berdasarkan kedelapan arah pembangunan global inilah (terutama poin 6 & 8) maka dibantuklah suatu badan PBB yang mengumpulkan dana dari negara-negara maju dan digunakan untuk penanggulangan AIDS TB dan Malaria. Lembaga tersebut bernama Global Fund atau lengkapnya Global Fund for AIDS TB and Malaria (GFATM). Melalui lembaga ini negara-negara kaya menyalurkan bantuannya ke negara-negara yang sedang berkembang. Indonesia menjadi salah satu negara yang menerima bantuan melalui lembaga Global Fund ini.

Distribusi total bantuan Internasional di Indonesia pada tahun 2006 untuk pembiayaan AIDS di Indonesia berdasarkan bentuk bantuan. Bantuan bilateral memberikan kontribusi 67.83% (USD 28,175,558) dan bantuan multilateral memberikan kontribusi 32.17% (USD 13,362,545). Bantuan bilateral termasuk Amerika Serikat, Australia, Inggris, Jepang dan Belanda. Sedangkan Multilateral donor termasuk program PBB, GFATM dan beberapa donor Internasional seperti Palang Merah

⁷² Bapenas, Laporan Perkembangan Pencapaian Millennium Development Goals Indonesia, November 2007

Internasional. Jadi sebenarnya bila dilihat dari komposisi tersebut maka donasi yang berasal dari multilateral (termasuk GFATM) tidaklah terlalu besar. Akan tetapi mengapa penghentian bantuan dari GFATM dapat mengganggu pelaksanaan program penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia.⁷³

Bantuan yang diberikan Global Fund untuk Indonesia akan diterima dan didistribusikan melalui Departemen Kesehatan. Indonesia telah menerima bantuan Global Fund sejak 2003, rata-rata tiap tahun mencapai US\$ 50 juta atau sekitar Rp 450 miliar dengan total dana US\$ 200 juta atau sekitar Rp 1,8 triliun. Oleh Departemen Kesehatan, dana itu dibagikan ke berbagai pihak seperti Komisi Penanggulangan AIDS, Rumah Sakit atau lembaga swadaya masyarakat yang mengajukan proposal. Dana dari Global Fund terbut dibagi menjadi tiga bagian, yaitu: untuk HIV/AIDS (46%), TB (14%) dan Malaria (40%).⁷⁴

Menurut Aburizal Bakrie, Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat/Ketua Komisi Penanggulangan AIDS menyatakan, implementasi rencana aksi nasional penanggulangan HIV/AIDS butuh biaya sangat besar. Saat ini 70 persen dari total anggaran yang dibutuhkan masih dibantu donor asing dengan waktu terbatas. Pemerintah baru mampu mendanai 30 persen dari kebutuhan.⁷⁵

Namun, bantuan dana dari GFATM dihentikan sementara sejak pertengahan bulan Maret 2007 ini. Selama periode penghentian sementara itu, pihak GFATM tetap meneruskan bantuan yang bersifat *live saving* untuk menjamin keberlangsungan pengobatan pengidap HIV/AIDS, tuberkulosis, dan malaria, termasuk pengadaan obat ARV. Alasan utama penghentian bantuan itu adalah ditemukannya kesalahan manajemen dalam pengelolaan dana global itu, yakni adanya hal-hal yang dapat menimbulkan konflik kepentingan sehingga berpotensi terjadi penyimpangan anggaran. Salah satunya, Ketua Mekanisme Koordinasi Tingkat Nasional (CCM) Nyoman Kandun ternyata juga menjadi penasihat Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia. "Penghentian bantuan ini bersifat pembinaan untuk memperbaiki manajemen pengelolaan dana. Tapi berdampak pada terhambatnya pelaksanaan program penanggulangan HIV/AIDS di berbagai daerah, termasuk oleh LSM," tutur Kandun.

⁷³ NAC, Indonesian Country Report on the Follow up to the Declaration of Commitment On HIV/AIDS Period 2006-2007

⁷⁴ GF Report, Indonesia Building on partner successes on A Force for Change: The Global Fund At 30 Months, chapter 4, 2004

⁷⁵ Kompas, Pencegahannya Tersendat karena Dana Global Macet, Rabu, 25 April 2007

Global Fund menganggap delapan anggota Dewan Pengawas Penyaluran Dana Bantuan atau Country Coordinating Mechanism (CCM) berpeluang menghadapi konflik kepentingan. Sebab, di antara mereka ada yang menjadi pengurus di lembaga swadaya masyarakat yang menerima dana dari Global. Kedelapan nama itu adalah Ketua CCM I Nyoman Kandun (pengurus di Perkumpulan Pemberantasan TBC) Indonesia, Benson Hausman (perwakilan KNCV Indonesia, organisasi yang menangani tuberkulosis); Syahrizal Syarif (Pengurus Besar Nahdlatul Ulama), Atikah Zaki (Aisyiyah), Nafsiah Mboi (Sekretaris Jenderal Komisi Penanggulangan AIDS Nasional), Susanti Herlambang (direktur pada Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial Departemen Sosial), Tine Tombokan (Persatuan Gereja-gereja di Indonesia), dan Firman Lubis (Yayasan Kusuma Buana).⁷⁶

Menteri Kesehatan (Menkes) Siti Fadilah Supari sendiri terus terang mengakui penghentian sementara bantuan The Global Fund lembaga internasional yang membantu penanggulangan HIV/AIDS, Tuberkulosis dan Malaria disebabkan adanya ketidakberesan penggunaan dana.⁷⁷ Menurut Wakil Ketua Country Coordinating Mechanism (CCM) Global Fund untuk Indonesia, Firman Lubis, penghentian itu terkait dengan hasil audit Price Waterhouse Cooper yang menemukan dugaan adanya dana yang belum bisa dipertanggungjawabkan. "Jumlahnya mungkin sekitar Rp 5 miliar," katanya saat dihubungi Tempo kemarin. Namun, kata Firman, Global Fund tetap memberikan bantuan untuk pengadaan obat TB dan antiretroviral bagi pengidap HIV/AIDS. Menurut Firman penghentian yang bersifat sementara itu juga terkait dengan masalah salah persepsi saja. Contohnya, kata Firman, Global Fund memperlmasalahkan pengurus CCM yang juga menjadi pejabat di Departemen Kesehatan. "Padahal itu hal yang sudah lama terjadi di negara kita. Ini hanya masalah perbedaan persepsi," katanya.

Sejumlah lembaga swadaya masyarakat (LSM) mengeluhkan terhentinya bantuan dari Global Fund, organisasi dunia yang memberi bantuan untuk penanganan AIDS, tuberkulosis, dan malaria. Sebab, banyak program yang menggunakan dana Global tak bisa dijalankan, dan sejumlah tenaga pendamping tak lagi mendapat gaji, seperti terjadi di Kalimantan "Jumlahnya sekitar 80 tenaga kesehatan," kata Teddy Subarta, Kepala Pelatihan Pontianak Plus. Padahal untuk operasional kegiatan setiap tiga bulan, berbagai LSM yang mendampingi penderita HIV/AIDS ini menerima Rp

⁷⁶ Koran Tempo, Konflik Kepentingan Dana Global Libatkan Pengawas, Senin, 23 April 2007

⁷⁷ Republika, Menkes Akui Ada Ketidakberesan Penggunaan Dana Global Fund, Rabu, 11 April 2007

20 juta dari Global. Kini beberapa program mereka, seperti pendampingan dan pelatihan, nyaris tak berjalan.

Di Jakarta, Pusat Kajian Pembangunan Masyarakat Universitas Atma Jaya menghentikan sementara program pemberian jarum suntik di wilayah Jakarta Barat. Menurut anggota staf keuangan Pusat Kajian, Whidi Nugroho, Global juga masih belum membayar tagihan sekitar Rp 100 juta. "Tiap bulan kami memberikan tiga ribu jarum suntik ke pengguna narkoba," katanya. Program tes darah, layanan kesehatan, dan supporting group untuk pecandu narkoba juga tak bisa dijalankan oleh Kios Informasi Kesehatan Atma Jaya. Menurut manajer program itu, Dewi Ariani, tiga pekerja lapangan yang memberikan pendampingan bagi para pecandu narkoba juga diberhentikan untuk sementara.⁷⁸

Bukan hanya program HIV/AIDS saja yang terganggu akan tetapi juga program lainnya seperti TBC. Bantuan Global Fund yang dihentikan sementara membuat penanganan tuberculosis (TBC) terhambat. Alasannya, kata anggota Tim Monitoring Yayasan Tuberculosis, Jan Voskens, banyak tenaga kesehatan yang tak lagi memperoleh upah. Kinerja para pekerja pun menjadi merosot. "Penghentian bantuan ini merupakan pukulan berat," katanya.

Menurut Jan, ada sekitar 30 lembaga swadaya masyarakat yang menerima bantuan Global Fund untuk menanggulangi TBC. Lembaga itu tersebar hampir di seluruh Indonesia. Jan khawatir, akan banyak tenaga kesehatan yang tak turun ke lapangan karena tak lagi mendapat upah. Akibatnya, kegiatan seperti pelatihan, monitoring, dan pendampingan pun tak berjalan. Padahal, kegiatan itu penting untuk membantu pengobatan penderita tuberculosis.

Tenaga kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam membantu penanganan TBC. Mereka bisa meningkatkan jumlah penderita yang berobat. Tahun 2000, jumlah penderita yang berobat hanya sekitar 80 ribu orang. Angka itu meningkat hampir empat kali lipat tahun 2006. "Ada sekitar 300 ribu penderita yang berobat," katanya.⁷⁹

Sementara itu pejabat Depkes yang diduga terkait dengan permasalahan penghentian dana Global Fund ini memberikan klarifikasi. Rosmini Day mengatakan tak ada faktor kesengajaan dalam pendistribusian dana Rp 5 miliar ke yayasan. Sebab,

⁷⁸ Koran Tempo, LSM Keluhkan Terhentinya Dana Global, 19 April 2007

⁷⁹ Tempo Interaktif, Global Fund Stop Bantuan, Hambat Penanganan TBC, Minggu, 29 April 2007

semua proposal yang mengajukan bantuan harus melewati subdirektorat dan dilihat kelayakannya. "Setelah itu baru saya tanda tangan (menyetujui bantuan)". Meski sebagai pendiri di yayasan yang bergerak di bidang tuberkulosis itu, kata Rosmini, dia bukan pengurus. Ia juga menyatakan tak menerima sepeser pun dana bantuan Global Fund. "Saya tak punya interest," katanya. Untuk itu yayasan telah menyusun laporan pertanggungjawaban. Pada kesempatan yang lain Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari mengakui terjadinya konflik kepentingan oleh bawahannya dengan sebuah LSM. Tapi, secara obyektif, kata Siti, kinerja LSM bersangkutan cukup baik dan tidak ada penyimpangan dana yang dilakukan. "Pertanggungjawaban (penggunaan dana bantuan) bagus sekali," katanya.⁸⁰

Berkenaan dengan pemberitaan yang simpang siur di berbagai media nasional pada akhirnya Depkes memberikan penjelasan resmi tentang pemberhentian bantuan Global Fund. Pada penjelasannya yang ditulis oleh Dr. Lily S. Sulistyowati, MM (Kepala Pusat Komunikasi Publik Departemen Kesehatan), Departemen Kesehatan mengatakan:

1. Sesuai dengan hasil evaluasi Direktur Operasional Global Fund Pusat (Jenewa) Dr Nona Oroboton, MBA, dinyatakan bahwa bantuan Global Fund (GF) tidak dihentikan, tapi hanya dilakukan penghentian sementara waktu selama proses penguatan manajemen sesuai dengan Pedoman Penggunaan Dana GF dilakukan.
2. Selama periode penghentian sementara tersebut, pihak GF tetap meneruskan bantuan yang bersifat life saving treatment guna menjamin keberlangsungan pengobatan pengidap HIV/AIDS, tuberkulosis, dan malaria, termasuk pembiayaan untuk pembelian obat ARV-OAT, distribusi obat, dan gaji/honor pengelola program GF-ATM.
3. Sehubungan dengan poin 1 di atas, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (PP & PL) Departemen Kesehatan telah melakukan langkah-langkah perbaikan (immediate corrective active) yang mencakup:
 - o Perbaikan organisasi, antara lain mengganti Principal Recipient untuk menghilangkan potential conflict of interest (berpotensi memiliki

⁸⁰ KoranTempo, Dua Pejabat Departemen Kesehatan Didesak Mundur, Rabu, 18 April 2007

konflik kepentingan). Memperbaiki mekanisme dan fungsi country coordinating mechanism (CCM)).

- Perbaiki mekanisme operasional pengelolaan dana hibah GF-ATM sesuai dengan Pedoman Keuangan GF (GF Financial Guideline) dan pembuatan operational manual conflict of interest.
 - Penyiapan internal audit yang akan dilakukan oleh lembaga pengawasan (inspektorat jenderal) guna memverifikasi perbedaan temuan LFA-PWC dan GF Jenewa dengan kenyataan di lapangan berdasarkan Pedoman Keuangan GF.
 - Mengenai adanya dugaan yang belum bisa dipertanggungjawabkan oleh lembaga swadaya masyarakat, sedang dilakukan verifikasi dan klarifikasi yang akan diselesaikan paling lambat pada 20 April 2007.
4. Mengingat bantuan GF ini bersifat hibah dan sangat bermanfaat dalam percepatan pengendalian penularan HIV/AIDS, tuberkulosis, dan malaria di Indonesia, saat ini Direktorat Jenderal PP & PL tetap mengupayakan komunikasi intensif dengan pihak GF Jenewa untuk menyamakan persepsi agar dana GF-ATM yang saat ini dihentikan sementara dapat segera disalurkan lagi.⁸¹

Meskipun demikian Menteri kesehatan Siti Fadilah Supari mengakui banyak lembaga swadaya masyarakat dan dinas kesehatan yang mengeluhkan terhentinya bantuan dana Global Fund. "Ini kesalahan akibat menggantungkan pada donor asing," katanya.⁸²

⁸¹ Koran Tempo, Penjelasan Departemen Kesehatan tentang Bantuan Global Fund, Jum'at, 20 April 2007

⁸² Koran Tempo, Terkait Dana Global, Pejabat Departemen Kesehatan Dicapot, Selasa, 24 April 2007

C. HIV/AIDS di Tanah Papua

Papua merupakan daerah yang terletak di wilayah paling timur negara Republik Indonesia dan merupakan daerah yang penuh harapan. Daerahnya belum banyak dirambah aktivitas manusia dan kaya akan sumber daya alam yang menyajikan peluang untuk berbisnis dan berkembang. Tanahnya yang luas dipenuhi oleh hutan, laut dan keaneka ragaman biotanya dan tanahnya juga cocok untuk tanah pertanian. Didalam buminya, Papua juga menyimpan gas alam, minyak dan aneka bahan tambang lainnya yang siap menunggu untuk diolah.

Papua terletak pada posisi $0^{\circ} 19' - 10^{\circ} 45' \text{ LS}$ dan $130^{\circ} 45' - 141^{\circ} 48' \text{ BT}$, menempati setengah bagian barat dari New Guinea yang merupakan pulau terbesar kedua dari Greenland. Secara fisik, Papua merupakan Propinsi terluas di Indonesia, dengan luas daratan 21,9% dari total tanah seluruh Indonesia yaitu 421.981 km², membujur dari barat ke timur (Sorong-Jayapura) sepanjang 1,200 km (744 mil) dan dari utara ke selatan (Jayapura-Merauke) sepanjang 736 km (456 mil). Selain tanah yang luas, Papua juga memiliki banyak pulau yang berjejer disepanjang pesisirnya. Dipesisir utara terdapat pulau Biak, Numfor, Yapen dan Mapia. Disebelah barat pulau Salawati, Batanta, Gag, Waigeo dan Yefman. Dipesisir Selatan terdapat pulau Kalepon, Komoran, Adi, Dolak dan Panjang, sedangkan di bagian timur berbatasan dengan Papua Guinea.⁸³

Meskipun tanahnya luas tapi jumlah penduduknya kurang dari 3 juta orang. Data resmi yang dikeluarkan oleh pemerintah Propinsi Papua pada tahun 2005 jumlah penduduk mereka adalah 2.516.284 orang. Dengan sebaran dan rata-rata kepadatan penduduk 5,96 orang/km². Dengan sumber daya alam yang kaya dan jumlah penduduk yang sedikit seharusnya tingkat kesejahteraan penduduknya juga tinggi. Namun pada kenyataannya dilapangan tidaklah demikian. Setidaknya bila kita melihat dari sektor pendidikan, kesehatan, dan transportasi. Tantangan yang merupakan medan yang berat membuat program-program pemerintah menjadi sulit dilaksanakan. Sebagian besar penduduk papua sudah banyak yang bisa menggunakan bahasa Indonesia dengan baik dan benar. Namun bahasa masih menjadi suatu hanbatan juga, karena sebagian lainnya masih menggunakan bahasa suku mereka. Walaupun sebenarnya pemerintah Indonesia telah memberikan Intruksi Presiden Republik

⁸³ <http://www.papua.go.id/content.php/id/8>

Indonesia Nomor 5 Tahun 2007 Tentang Percepatan Pembangunan Provinsi Papua dan Provinsi Papua Barat.

Keadaan yang demikian mengakibatkan munculnya perasaan negatif masyarakat Papua terhadap pemerintah. Mereka menganggap pemerintah belum memperhatikan mereka dengan baik. Perasaan tersebut semakin meningkat dengan semakin maraknya kegiatan-kegiatan yang membahas isu hak asasi manusia, otonomi daerah, hak penduduk asli, dll. Sementara berbagai masalah tersebut belum terselesaikan, HIV/AIDS di tanah Papua penyebarannya terus meningkat. Bukan hanya itu bahkan jika dibandingkan dengan jumlah penduduk maka masalah HIV/AIDS di tanah Papua lebih besar dari persoalan HIV/AIDS di wilayah Indonesia lainnya. Berbeda dengan wilayah Indonesia lainnya penyebaran HIV/AIDS di Papua sebagian besar masih melalui hubungan seks yang tidak aman.

Hasil Surveilans Terpadu HIV dan Perilaku (STHP) di Tanah Papua tahun 2006 yang diselenggarakan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) baru-baru ini. STHP dengan populasi masyarakat umum itu mengungkap bahwa transaksi seksual di Tanah Papua tergolong luar biasa. Hasil STHP menyebutkan bahwa pada kelompok umur yang lebih muda kebanyakan mereka melakukan hubungan seksual pertama sebelum menginjak usia 15 tahun, dibanding kelompok usia yang lebih tua. Rata-rata umur seksual pertama pada penduduk adalah 19 tahun. Sementara itu jika dilihat dari jenis kelamin hubungan seksual pertama kali dilakukan oleh penduduk perempuan lebih muda (18,8 tahun) dibanding laki-laki (19,5 tahun).

Survei juga menemukan kelompok umur muda, baik laki-laki maupun perempuan lebih banyak memiliki pasangan lebih dari satu dibandingkan kelompok umur yang lebih tua. Secara umum dalam setahun terakhir lebih dari 20% penduduk laki-laki mengaku mempunyai pasangan seksual lebih dari satu, dan penduduk perempuan 8%. Perilaku hubungan seksual dengan bukan pasangan tetap dalam setahun terakhir didapatkan pada sekitar 16% penduduk, yaitu sebesar 25% pada penduduk laki-laki berbanding 7% penduduk perempuan. Lebih dari separuhnya melakukan dengan imbalan.

Hasil STPH ini menjadi menarik karena dari temuan STHP memperlihatkan adanya prevalensi HIV/AIDS di wilayah-wilayah yang secara geografis sebenarnya sulit di jangkau. Data yang didapat memperlihatkan HIV/AIDS ditemukan di wilayah pesisir yang sulit di jangkau 3,2% dan di wilayah pegunungan 2,9%. Sementara di pesisir yang mudah di jangkau 1,8%. Hal ini konsisten dengan tingkat pengetahuan

HIV dan AIDS yang rendah dan pemakaian kondom yang rendah di daerah relatif sulit terjangkau.

Padahal, selama ini ada anggapan prevalensi HIV dan AIDS justru lebih tinggi di kota. Menurut Constant Karma (Ketua KPA Propinsi Papua), tingginya prevalensi HIV/AIDS di kawasan pegunungan antara lain juga disebabkan pembangunan infrastruktur. Misalnya pembangunan jalan dari kawasan pegunungan di Wamena, sehingga penduduk yang berada di pegunungan turun mendekati jalan (di kota). Di kota terjadi epidemi AIDS, dan akhirnya penduduk desa kembali ke daerahnya dengan membawa virus.⁸⁴

STHP tahun 2006 ini juga mendapatkan bahwa prevalensi HIV/AIDS di Tanah Papua adalah 2,4% dikalangan penduduk Papua. Menurut badan kesehatan dunia (WHO) prevalensi penyakit menular di kalangan penduduk di suatu wilayah tertentu diatas 1% sudah dianggap berbahaya. Angka prevalensi 2,4% tersebut memperlihatkan tingginya infeksi HIV di kalangan penduduk Papua. Angka tersebut juga memperlihatkan bahwa kegiatan program penanggulangan HIV, terutama program pencegahan penularan HIV di Tanah Papua tidak berhasil.

WHO pada tahun 2007 telah mencanangkan program *Universal Access* di seluruh dunia pada tahun 2010. Terbatasnya pengetahuan akan status HIV seseorang pada umunya dapat menyebabkan penundaan dalam perawatan dukungan dan terapi. Bila dapat diketahui lebih awal maka akan dapat mencegah penularan HIV dan juga memudahkan dalam pengobatan.⁸⁵ Estimasi global diperkirakan saat ini ada 38,6 juta Odha dan 80% diantaranya tidak dapat mengakses layanan kesehatan. Sedangkan di Indonesia pada tahun 2007 diperkirakan ada lebih dari 215.035 Odha dan 98,23% diantaranya masih belum dapat mengakses layanan kesehatan.⁸⁶

Adapun tujuan dari dicanangkannya program ini adalah untuk percepatan peningkatan layanan kesehatan yang komprehensif program pencegahan, perawatan, dukungan dan terapi. Selain itu juga melakukan pemberdayaan pada masyarakat melalui pengetahuan yang mereka miliki tentang status HIV mereka. Untuk membuat program tersebut berhasil masalah mendasar yang perlu menjadi perhatian, yaitu: intervensi program layanan kesehatan (VCT, PMTCT, STI, HR, Pencegahan & pencegahan universal, dan manajemen klinis)

⁸⁴ <http://www.aidsindonesia.or.id> by National AIDS Commission of Indonesia, 8 August, 2007

⁸⁵ WHO, Toward Universal Access 2010

⁸⁶ Irawan Kosasih, Epidemiology of HIV-AIDS Indonesia, CST Distan Learning HIV Education, Jakarta April 2008.

Untuk mensukseskan penancangan program *universal access* ini WHO telah menetapkan paket dasar. Empat hal tersebut menurut WHO merupakan kunci sukses untuk mencapai *universal access*. Paket dasar ini meliputi: pertama adalah intervensi program layanan kesehatan (VCT, PMTCT, STI, HR, pencegahan & pencegahan universal, dan manajemen klinis), keterlibatan masyarakat (LSM dan kelompok masyarakat lainnya), penjangkauan kelapangan pada kelompok berisiko (bekerjasama dengan berbagai sektor), menggunakan indikator nasional untuk mendukung penerapan hasil.

Penerapan ke empat hal tersebut haruslah memperhatikan: kemudahan untuk mengakses, biaya yang terjangkau, memiliki kualitas standar minimal untuk berbagi program: pencegahan, terapi, perawatan dan dukungan. Sehingga nantinya bisa mengoptimalisasikan pelayanan HIV/AIDS di tiap daerah. Tidak semua tempat memiliki kemampuan dasar yang sama, oleh karena itu setiap daerah memiliki disain dan prioritas program yang berbeda dalam pengembangannya.

Dalam mengembangkan program penanggulangan HIV/AIDS yang komprehensif menurut WHO ada 5 langkah strategis yang menjadi prioritas. Lima langkah tersebut adalah:

- Memaksimalkan program pencegahan
- Meningkatkan cakupan testing & konseling
- Mempercepat dan meningkatkan layanan pengobatan
- Memperkuat sistem kesehatan, meliputi: organisasi program AIDS nasional, manajemen perbekalan dan ketersediaan obat, Sumber daya Manusia, Kapasitas Laboratorium, Anggaran dan Pembiayaan, Partnership, stigma & diskriminasi
- Menginvestasi (mengumpulkan dan mengelola) data dalam hal informasi-informasi strategis

Penerapan lima langkah tersebut akan membuat program penanggulangan HIV/AIDS menjadi komprehensif. Sehingga nantinya dengan menerapkan kelima langkah tersebut secara konsisten dan berkesinambungan diharapkan dapat menekan laju pertumbuhan penyebaran infeksi HIV di negara manapun termasuk Indonesia.

Untuk itu dalam melakukan pembahasan dan analisa hasil observasi lapangan ke lima hal itu akan menjadi unit analisis dari penelitian ini. Selain itu akan juga

coba dilihat bagaimana sebenarnya kebijakan pemerintah keluarkan kaitannya dengan setiap unit analisis dan permasalahan di lapangan.

1. Program pencegahan

Memaksimalkan program pencegahan menjadi sangatlah penting, dahulu hanyalah meliputi informasi, edukasi, dan komunikasi saja. Sekarang ini program pencegahan juga meliputi: Program menggunakan Kondom 100%, program pencegahan Infeksi Penyakit Seksual (Sexual Transmitted Infection) dan pengobatannya, program pencegahan penularan HIV melalui jarum suntik narkoba, program pencegahan dari ibu hamil positif HIV ke bayi yang di kandung (PMTCT), dan juga program pencegahan penularan HIV di tempat kerja (layanan Kesehatan).

Jadi sekarang ini salah satu yang dapat menyebabkan semakin meningkatnya jumlah angka penularan adalah terbatasnya akses untuk upaya pencegahan. Baik itu untuk pencegahan penularan melalui pencegahan seks (menggunakan kondom 100%) maupun pencegahan IDU (mendapatkan jarum suntik steril).

1.1. Informasi, Edukasi, dan Komunikasi

Sejak kasus HIV/AIDS pertama kali ditemukan oleh Prof Zubairi pada tahun 1986 program pencegahan dengan memberikan penyuluhan dan juga layanan informasi, edukasi, komunikasi sesudah dimulai. Waktu itu malah penyuluhan telah di mulai di sekolah-sekolah. Ketika program ini dimulai ada banyak sekolah yang menolak dan menganggap sekolah mereka belum memerlukan informasi tentang HIV/AIDS. Oleh karena itu dikembangkanlah strategi baru yaitu menyampaikan informasi HIV/AIDS melalui musik. Agar lebih mudah diterima oleh kalangan remaja, digunakanlah musik sebagai sarana untuk komunikasi dalam menyebarkan informasi dan edukasi tentang HIV/AIDS.

Upaya pemberian informasi, edukasi, dan komunikasi terus dilakukan, namun sayangnya penyebarluasannya tidak secepat penularan HIV/AIDS. Kesulitan yang dihadapi dalam masalah penyebaran informasi, edukasi dan komunikasi adalah pengembangan media yang cocok untuk kelompok sasaran. Hal ini pula yang mungkin menyebabkan informasi, edukasi dan komunikasi tentang HIV/AIDS tidak sampai. Sehingga menyebabkan penyebaran virus HIV terus berlanjut.

Sayangnya teori dan pengalaman yang sama selalu terjadi berulang dilapangan padahal seharusnya bila langkah pada tahap ini berhasil angka penyebaran virus HIV akan menurun. Hal ini juga ditemukan dilapangan:

Secara umum, penekanan program pencegahan masih kurang. Materi-materi yang tersedia untuk target kelompok yang berbeda menggunakan media yang berbeda-beda pula (lembar balik, brosur, poster, radio dan TV). Pada prinsipnya penyuluhan tidak terlalu berbeda antara masing-masing kelompok dari suku-suku penduduk asli. Namun demikian ada yang perlu diperhatikan adalah akan lebih baik bila menggunakan gambar-gambar. Sebab walaupun mereka kebanyakan dapat berbahasa Indonesia namun tidak semua dapat membaca, selain itu kuatnya tradisi dan keadaan pendidikan, sosial, ekonomi masyarakat setempat. Berulang kali masyarakat dan LSM setempat mengusulkan agar dapat dibuatkan materi-materi penyuluhan bergambar dan akan lebih baik lagi menggunakan bahasa dan dengan setting situasi setempat.

Memahami karater sosial, demografi, budaya kelompok sasaran menjadi sangat penting. Menggunakan media cerita, simbol atau gambar yang sesuai budaya setempat akan membuat pelaksanaan program informasi, edukasi dan komunisasi lebih mudah lagi. Selain itu melakukan koordinasi dan bekerjasama dengan lembaga terkait baik dari kalangan pemerintah atau kelompok masyarakat tertentu perlu juga dilakukan. Sehingga pelaksanaan program informasi, edukasi, dan komunikasi bisa dilaksanakan secara rutin dan teratur. Sehingga kerjasama terjadi seperti di Wamena bisa dilakukan di wilayah lain. Sedangkan ketidaktahuan mereka akibat kurang koordinasi dan informasi tidak perlu lagi terjadi di tempat lain.

Di Wamena tidak ada media atau materi tercetak untuk penyuluhan kepada pekerja seks. Akan tetapi dari hasil wawancara kami ada sesi khusus pendidikan secara berkala tentang HIV/AIDS yang diorganisasikan oleh departemen sosial. Sebab dari hasil wawancara secara umum pengetahuan mereka tentang HIV sangat terbatas. Pada salah satu kunjungan ke kantor Dinas Kesehatan, mereka tidak menyadari bahwa sarana untuk penyuluhan telah tersedia dan sudah ada kampanye, brosur bermuatan lokal dan materi yang lainnya ada di tingkat propinsi.

1.2. Program menggunakan Kondom 100%

Rekomendasi dan inisiatif kampanye untuk menggunakan kondom 100% di daerah lokalisasi untuk pertama kalinya telah disampaikan pada Pertemuan Nasional HIV/AIDS tahun 2000. Pemerintah perlu segera mensosialisasikan kondom 100 persen di daerah-daerah berisiko tinggi. Selain itu menerapkan pendekatan *harm*

reduction untuk mengerem laju peningkatan kasus HIV akibat penggunaan narkoba dengan jarum suntik. Demikian antara lain rekomendasi yang dibacakan pada penutupan Pertemuan Nasional II HIV/ AIDS, Kamis (20/7), di Jakarta.⁸⁷

Hal ini penting sekali sebab penularan melalui hubungan seks yang tidak aman masih merupakan cara penyebaran infeksi virus HIV yang utama di Indonesia. Ajakan untuk menerapkan kondom 100% akhirnya mendapatkan respons yang positif dari kalangan pemerintah daerah. Beberapa daerah mulai menerapkan peraturan tersebut, antara lain: Kabupaten Merauke, Pemda propinsi Jawa Timur, dan Propinsi Kepulauan Riau. Bahkan di Propinsi Riau Kepulauan pencanangan program kondom 100% dicanangkan oleh Ketua KPAD Kepri yang juga menjabat sebagai Wakil Gubernur Kepri, M Sani, mengemukakan, program pencanangan 100 persen pemakaian kondom di lokalisasi bertujuan menekan laju penyebaran virus HIV/AIDS yang mengalami peningkatan dari tahun ke tahun.⁸⁸

Memang walaupun belum dapat dikatakan berhasil pelaksanaan program kondom 100% masih harus terus ditingkatkan dan tidak boleh terhenti. Hal ini ditemukan juga dilapangan saat mengunjungi Merauke dan Wamena.

Merauke adalah salah satu tempat yang pertama kali merencanakan dan melaksanakan 100% kondom di Indonesia dengan dukungan dari WHO dan Dr. Wiwat, salah satu tokoh kunci dalam penerapan program yang sama di Thailand. Kegiatan-kegiatannya terdiri dari promosi kondom, advokasi berulang dan terus menerus kepada semua pihak (DPR, polisi, deptsos, tokoh agama, tokoh adat, pemilik panti pijat, dll). Peraturan di tegakkan bukan hanya mengenai penggunaan kondom, akan tetapi meliputi keseluruhan aspek termasuk mengenai pencegahan dan perawatan HIV. Di Merauke, tidak ada upaya dilakukan untuk mendorong aspek-aspek pelaksanaan program kondom 100% hal ini serupa dengan berbagai pendekatan di negara asia lainnya. Mengeluh tentang kerjasama dengan polisi dan melakukan dialog dengan pekerja seks, para mami (koordinator), para pemilik telah menjadi hal yang rutin.

Bila dibandingkan dengan Merauke situasi di wamena lebih berat lagi, ini dikarenakan di wamena tidak ada lokalisasi. Itu artinya populasi sasaran program kondom 100% tidak terkonsentrasi, lebih tersebar di dalam masyarakat umum. Keadaan ini jelas amat menyulitkan pelaksanaan program kondom 100%. Dan ternyata memang tidak ada program kondom 100% di Wamena. Walau begitu mereka akan mengerti pentingnya melindungi diri dengan menggunakan kondom.

Di Wamena tidak ada lokalisasi berdiri secara resmi, namun demikian diperkirakan ada sekitar 200 pekerja seks beroperasi di dalam kota di berbagai lokasi, seperti toko kecil, karaoke bar, panti pijat dan di jalan. Kebanyakan mereka berasal dari Jawa barat dan

⁸⁷ Kompas, Sosialisasikan Kondom 100 Persen dan "Harm Reduction", Jakarta, Jumat, 21 Juli 2000

⁸⁸ Antara, Dicanangkan Pemakaian 100 persen Kondom di Lokalisasi, 22/01/08

Sulawesi, rata-rata mereka telah tinggal selama 2 bulan sampai 2 tahun. Pekerja seks jalanan umumnya berasal dari para wanita asli Papua. Pelanggan mereka umumnya pebisnis atau pegawai pemerintah yang berasal dari Jayapura.

Di Wamena tidak ada program 100% kondom diperkenalkan, kondom hanya tersedia di tempat yang biasa di kunjungi dan para wanita telah mengetahui tentang pentingnya kondom agar dapat melindungi diri mereka. Mereka melaporkan bahwa mereka secara konsisten menggunakan kondom kepada semua pelanggan mereka. Namun mereka tidak menggunakan kondom ketika berhubungan dengan orang yang mereka sukai atau pasangan seks setia mereka.

Meski begitu, melalui tanya jawab selama kunjungan dilakukan diketahui pengetahuan para pekerja seks sepertinya terlihat kurang memadai. Mereka kurang mengerti bagaimana HIV bisa menginfeksi pada diri mereka.

Memang penekanan pelaksanaan program ini masih terfokus pada pada pekerja seks saja. Pada hal dalam masalah bisnis ini justru peran para pelanggan lebih dominan. Umumnya pekerja seks akan tetap menerima pelanggan yang tidak mau menggunakan kondom karena tawaran bayaran yang lebih tinggi atau karena dalam setahun terakhir pengguna jasa bisnis ini terus menurun. Mereka sadar akan risiko yang mereka miliki tapi kebutuhan ekonomi keluarga juga mereka perlukan.

Seperti yang dikatan oleh salah seorang pekerja seks di lokalisasi Dolly di Surabaya Propinsi Jawa Timur. "Saya nggak tidur, karena sehabis bekerja melayani tamu sampai subuh, langsung ikut jalan santai bersama teman-teman," ujar seorang PSK, didampingi sejumlah kawannya. Menurut PSK asal Pandaan, Pasuruan itu, kaum PSK di Dolly sebenarnya sangat mendukung kampanye wajib kondom itu, karena mereka takut HIV/AIDS. Sayangnya, tidak semua tamu mau memakai alat pengaman itu. "Semalam, saya melayani 11 tamu, tapi hanya tiga orang tamu yang mau memakai kondom. Alasannya, pakai kondom itu tidak enak, sedang saya kan hanya melayani. Jadi, masalahnya memang pada tamu," paparnya.⁸⁹

Persoalan yang sama juga ditemukan dilapangan, apalagi belum semua lokalisasi menerapkan secara bersama-sama. Meskipun belum tentu langsung terinfeksi akan tetapi mereka telah menempatkan diri mereka pada posisi memiliki kemungkinan terinfeksi HIV yang lebih besar.

Sebenarnya bisnis pekerja seks saat ini dalam keadaan yang tidak bagus, dengan jumlah pelanggan yang makin sedikit posisi tawar mereka mengenai penggunaan kondom menjadi lebih sulit. Mereka umumnya akan tetap menerima bila pelanggan menolak untuk menggunakan kondom. Salah seorang pekerja seks menceritakan betapa sulitnya memaksakan penggunaan kondom pada keadaan ini. Sama sulitnya memaksa agar pekerja seks selalu menggunakan kondom atau menolak pelanggan yang tidak mau menggunakan kondom. Setiap bulan mereka melakukan pemeriksaan berkala, hasilnya mereka belum pernah mengalami terkena penyakit kelamin lainnya.

⁸⁹ Media Indonesia, PSK Dolly Jalan Sehat Kemerdekaan Sambil Kampanye Kondom, Minggu, 20 Agustus 2006

Lokalisasi ini berada dalam lingkungan kecil dan memiliki jarak yang jauh antara satu dan lainnya. Hal ini memungkinkan antara pemilik tempat lokalisasi membuat kesepakatan untuk mencegah pelanggan yang tidak mau menggunakan kondom di area mereka. Pelanggan yang mengetahui semua lokalisasi harus menggunakan kondom mereka tidak bisa memiliki pilihan lain, jadi mereka harus patuh atau mereka boleh mencari sendiri tempat yang mereka inginkan.

1.3. Program Pengurangan Dampak Buruk Narkoba (Harm Reduction)

Intinya pelaksanaan program ini adalah melakukan upaya pencegahan penularan HIV melalui penyalahgunaan narkoba jarum suntik. Adapun kegiatan yang dilakukan adalah pertama, memberikan obat pengganti narkoba dengan cara diminum (merubah cara penggunaan). Kedua adalah program penukaran jarum suntik, jarum yang telah digunakan digantikan dengan yang baru agar tidak terjadi infeksi berulang. Narkoba di beberapa kota besar memang sudah menjadi pemicu meningkatnya infeksi HIV/AIDS di masyarakat.

Untuk mengantisipasi besarnya masalah penyalagunaan narkoba suntikan ini pemerintah telah mengeluarkan kebijakan yang merupakan kesepakatan bersama antara Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dan Badan Narkotika Nasional (BNN). Kesepakatan Bersama Antara Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Dengan Badan Narkotika Nasional (BNN) Nomor 21 Kep/Menko/Kesra/XII/2003 Nomor B/04/XII/2003/BNN Upaya Terpadu Pencegahan Penularan HIV AIDS Dan Pemberantasan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, Dan Zat/Bahan Aditif Dengan Cara Suntik.

Hasil observasi kami dilapangan baik di Merauke maupun di Wamena belum ditemukan adanya penyalahgunaan nakoba suntikan. Walaupun narkoba seperti di Jakarta belum ditemukan di Papua namun kebiasaan awal yang menjadi pemicu kearah penggunaan narkoba sudah ada.

Kebiasaan tersebut adalah ngelem dan menghirup bensin dikalangan anak jalanan. Kebiasaan mabuk-mabukan di kalangan pria Papua masih cukup tinggi. Kebiasaan ini sering memicu terjadinya kekerasan dalam rumah tangga. Sebenarnya berbagai cara sudah ditempuh termasuk pengeledahan tas-tas dari penumpang lokal ketika turun dari pesawat. Hal ini dimaksudkan agar tidak terjadi penyelundupan minuman keras kalangan masyarakat Papua. Jadi walaupun bisa di cegah dari luar mereka tetap bisa memproduksi minuman keras secara lokal dengan harga yang lebih murah dan kadar alkoholnya yang lebih tinggi. Sehingga sering terjadi tindakan kekerasan dalam rumah tangga maupun ketika sedang berhubungan seks dilokalisasi.⁹⁰

⁹⁰ Lampiran II, Hasil Kunjungan ke Merauke dan Wamena, Februari 2007

1.4. Pencegahan Penularan dari Ibu positif HIV ke Bayi yang di kandung (PMTCT)

Sekarang ini diperkirakan tiap tahunnya 15% kasus baru adalah bayi baru lahir dan terinfeksi melalui ibunya yang positif HIV. Hal ini dikarenakan masih sedikitnya ibu hamil yang mendapatkan layanan PMTCT. Di seluruh dunia hanya 9% wanita hamil yang dapat pelayanan PMTCT. Oleh karena itu perlu pendekatan yang komprehensif

Ada 3 hal penting yang menjadi perhatian dalam pelaksanaan PMTCT, yaitu:

- Pemeriksaan (konseling & tes HIV) rutin kepada setiap wanita hamil
- Pemberian obat ARV untuk profilaksis (pencegahan) saat mau melahirkan, biasanya diberikan dalam 1 bulan terakhir sebelum melahirkan.
- Dukungan untuk susu formula dengan pemberian konseling sebelum dan setelah melahirkan

Pelaksanaan program PMTCT pertama kali dilaksanakan oleh Yayasan Pelita ilmu pada tahun 1999 di Jakarta. Program PMTCT ini dianggap berhasil oleh karena pelaksanaannya baik, dari segi pemberian layanan, cakupan program, maupun pengembangan mekanisme kerjasama dan sistem rujukan. Setelah itu akhirnya melalui bantuan GFATM dikembangkan pula program yang sama di propinsi lain. Sayangnya baru disosialisasikan dalam 3 bulan dana dari GFATM terhenti. Alasan mereka ada dana dari mereka yang mengalami salah kelola.

Dana dari GFATM ini dihentikan secara keseluruhan sebagai bentuk hukuman atas terjadinya peristiwa salah kelola tersebut. Tindakan tidak rasional ini mendapatkan kecaman dari berbagai pihak. Sebab dampaknya adalah mereka yang tidak bersalah ikut di hukum. Akibatnya bukan hanya program PMTCT, program-program lainnya ikut terhenti. Oleh karena program PMTCT ini telah diumumkan kepada masyarakat maka masing-masing organisasi mengupayakan agar program tersebut tetap dapat dilaksanakan. Bukan hanya itu bahkan cakupan layanannya juga ada yang meningkat.

Di luar jangkauan puskesmas untuk memberikan layanan VCT kepada semua wanita hamil. Setelah diketahui jumlah perempuan yang terinfeksi, mereka membina pendekatan ini. Seluruh VCT di Merauke mulai dari Juli 2004 sampai Desember 2006, telah dilakukan 281 tes dari seluruh penduduk secara umum, dan hasilnya 2.85% dari mereka positif. Pada tahun 2006, jumlah orang melakukan tes meningkat lebih dari 6 kali lipat. Pada periode yang sama dilakukan tes HIV pada 1987 wanita hamil dan 0,75% dari mereka dinyatakan positif. Pada tahun 2006, angka wanita hamil yang mengikuti VCT meningkat dua kali lipat, pada 4 bulan

pertama telah dilakukan 992 tes pada wanita hamil, 6 diantaranya positif. Yayasan Pelita Ilmu telah mengembangkan PMTCT untuk percontohan di 6 propinsi dengan bantuan dari GFATM putaran 1. Layanan selanjutnya bisa terlaksana dengan bantuan GFTAM.

Revitalisasi program kesehatan pada masa pemerintahan Pak Harto yaitu posyandu menjadi kunci keberhasilan pelaksanaan program ini. Para ibu hamil merasa nyaman dengan program ini, apalagi bukan hanya pemeriksaan kesehatan yang dilakukan. Pemberian penyuluhan kesehatan, pemberian vitamin serta pemberian makanan tambahan juga dilakukan.

Di Merauke, puskesmas Kopri telah melayani penyuluhan dan VCT untuk wanita hamil di wilayah kerja mereka (20 desa, total penduduk 23,000, jaraknya lebih dari 200 km). Dengan menggunakan posyandu sebagai salah satu pintu untuk masuk program mereka. Dalam satu kali kunjungan rata-rata 30-40 tes telah dilakukan di laboratorium puskesmas, setiap bulan mereka memberikan pelayanan pada wanita hamil, pasien dengan TBC paru, atau pasien dengan berbagai gejala. Di kalangan wanita hamil penolakan untuk tidak melakukan pemeriksaan rata-rata hanya 1 berbanding 10. Seluruh pemeriksaan telah dilakukan, hanya 2 yang positif, namun salah satunya tidak dapat di konfirmasi.

Asumsi secara keseluruhan adalah prevalensi di kalangan wanita hamil masih rendah, perluasan pendekatan telah mengakibatkan perbedaan pendekatan epidemiologi. Awalnya mereka hanya memberikan layanan tes untuk wanita hamil agar dapat terdeteksi siapa yang positif. Sekarang ini mereka memberikan penyuluhan tentang kesehatan secara umum lalu juga tentang HIV dan pentingnya pemeriksaan HIV. Sebagian besar mereka akhirnya menyetujui untuk ikut VCT, dan menerima konseling PMTCT dan obat-obatan (vitamin, obat batuk, dll).

Di Papua penyuluhan dan konseling biasanya diberikan secara teratur saat wanita hamil melakukan pemeriksaan kehamilan, darah untuk tes HIV dilakukan saat melakukan VCT keliling, hanya saja hasil tes baru bisa didapat setelah 1 bulan. Sampel darah di periksa di puskesmas dan bila hasilnya positif di konfirmasi melalui pemeriksaan ulang di laboratorium rumah sakit rujukan

1.5. Pencegahan Penularan HIV Di Tempat Kerja (Layanan Kesehatan)

Permasalahan kemungkinan terinfeksi oleh karena risiko pekerjaan membuat para tenaga kesehatan selalu dalam keadaan khawatir. Penyebabnya ada dua hal, yaitu: sarana kesehatan yang tidak lengkap dan pengetahuan tenaga kesehatan yang kurang. Adapun yang perlu diperhatikan dalam pencegahan penularan di tempat kerja bagi tenaga kesehatan adalah: keamanan kerja, sarana untuk pencegahan universal, dan juga pelatihan untuk pencegahan universal.

Mengenai keamanan darah, ada perbedaan kemampuan dan mekanisme dalam pengumpulan darah donor di kedua kota tersebut.

Merauke telah memiliki PMI yang menjalankan pusat layanan transfusi darah. Kebanyakan pendonor darah berasal dari kalangan pelajar SMA, tentara, dan pegawai negeri. Keutuhan akan jenis darah sering kali susah untuk di dapat, darah yang benar-benar cocok hanya sedikit sekali. Untuk mengetahui diperlukan donor darah hanya melalui tingkat hemoglobin dalam darah dari pada menggunakan ukuran lainnya yang lebih rasional.

Pemeriksaan sampel darah dilakukan sesuai dengan petunjuk nasional (HIV, HepB, Hep C, syphilis and malaria), di Wamena juga tidak berbeda. Sekarang ini pemeriksaan dilakukan pada setiap orang yang hendak mendonorkan darahnya. Dulu cara yang digunakan adalah mengambil darah sang donor baru diperiksakan darahnya. Jika dalam proses ini didapatkan hasil positif atau yang meragukan mereka akan segera merujuk orang tersebut ke Pokja rumah sakit kabupaten. Sebagai imbalannya mereka akan mendapatkan makanan tambahan. PMI tidak menerima pendonor yang berasal dari lapas ataupun pekerja seks.

Pada tahun 2006 lebih dari 2861 sampel darah diperiksa, 28 diantaranya positif HIV. Sebanyak 5–6 tes dilakukan setiap hari dengan menggunakan rapid tes. Kekosongan stok darah pernah terjadi, yaitu ketika pengadaan logistik secara umum juga mengalami kesulitan.

Berbeda sekali dengan keadaan di Merauke

Di rumah sakit Wamena sumber donor umumnya berasal dari anggota keluarga pasien. Tes HIV telah di terima dari PMI (mereka Determine dari perusahaan farmasi Abbot- sudah kadaluarsa 2006), tapi pengadaan secara berkala terus berjalan. Salah satu merek tes lainnya Oncogene telah di terima dari Depkes, tapi digunakan untuk tujuan mendiagnosis. Setiap sampel darah, untuk transfusi atau diagnostik hanya dilakukan satu kali pemeriksaan.

Sedangkan untuk masalah pencegahan universal temuan dilapangan sangatlah membahayakan tenaga kesehatan. Masalah ketersediaan sarana terutama sarung tangan sekali pakai dan juga pelatihan untuk tenaga kesehatan sangatlah diperlukan. Sementara itu di sisi yang lain tenaga kesehatan diminta untuk selalu melayani, akan tetapi keperluan mereka untuk memberikan layanan tidak dipenuhi.

Di Merauke, rumah sakit melaporkan kesulitan untuk menerima bantuan yang mencukupi untuk melaksanakan pencegahan universal di setiap ruangan di rumah sakit. Perlu di tambahkan bahwa pelatihan Pencegahan Universal dan juga informasi dasar tentang HIV sangatlah diperlukan. Pelatihan tersebut hendaknya melibatkan seluruh staff rumah sakit, dalam upaya meningkatkan pengertian yang benar. Selain itu pelatihan tersebut juga akan menurunkan stigmatisasi dan diskriminasi ODHA dari tenaga kesehatan rumah sakit akibat dari ketidaktahuan penatalaksanaan layanan kesehatan dan rasa takut akan terinfeksi. Di Wamena terlihat adanya penggunaan ulang sarung tangan di laboratorium dan saat merawat pasien dengan penyakit infeksi.

2. Meningkatkan cakupan testing & konseling

Peningkatan cakupan program tes dan konseling HIV menjadi penting oleh karena sampai saat ini di dunia 90% tidak mengetahui kalau mereka terinfeksi HIV sedangkan di Indonesia 98.23% tidak mengetahui kalau mereka terinfeksi HIV. Ada dua hal yang dapat menyebabkan hal itu dapat terjadi, yaitu: tingkat kesadaran akan faktor risiko yang dimiliki seseorang dan kemudahan dalam mengakses layanan konseling dan tes.

Tes HIV biasa dilakukan untuk 2 hal, yaitu untuk keperluan survei dan untuk diagnosis. Tes HIV yang dilakukan untuk survei dilakukan untuk mengetahui besar

masalah pada populasi tertentu. Biasanya menggunakan cara pemeriksaan cepat (rapid tes) dan hasil tes tidak perlu diberitahukan kepada individu. Sedangkan diagnosis dilakukan untuk mengetahui seseorang sudah terinfeksi virus HIV atau belum. Sedangkan pemeriksaan untuk diagnosis dapat dilakukan dengan 2 cara, yaitu: melalui proses konseling dan tes secara sukarela dan melalui inisiatif lembaga pemberi layanan kesehatan.

Untuk memperluas dan meningkatkan cakupan program konseling dan testing HIV/AIDS, maka pemerintah telah mengeluarkan kebijakan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1507/Menkes/SK/X/2005 tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS Secara Sukarela. Meskipun tidak semua wilayah kerja memiliki kemampuan yang sama, kebijakan ini penting untuk menjadi pedoman dan standarisasi layanan konseling dan tes HIV/AIDS.

Layanan berkualitas, ramah dan mudah dijangkau akan memudahkan seseorang untuk mengakses layanan konseling dan tes. Bila status HIV positif seseorang dapat diketahui lebih awal maka akan memudahkan bagi proses pengobatan. Sehingga dapat diberikan pengobatan awal sebelum kondisi kesehatan Odha menjadi lebih buruk. Selain itu dengan konseling yang baik maka akan dapat mengurangi bahkan merubah perilaku berisiko seseorang. Dengan demikian maka perubahan perilaku berisiko nantinya juga dapat mencegah penularan transmisi berikutnya. Hal itu bisa dilihat dilapangan di puskesmas Kopri di Merauke, hampir tidak ada penolakan untuk dilakukannya tes HIV.

Di Merauke, puskesmas Kopri telah melayani penyuluhan dan VCT untuk wanita hamil di wilayah kerja mereka (20 desa, total penduduk 23,000, jaraknya lebih dari 200 km). Dengan menggunakan posyandu sebagai salah satu pintu untuk masuk program mereka. Dalam satu kali kunjungan rata-rata 30-40 tes telah dilakukan di laboratorium puskesmas, setiap bulan mereka memberikan pelayanan pada wanita hamil, pasien dengan TBC paru, atau pasien dengan berbagai gejala. Di kalangan wanita hamil penolakan untuk tidak melakukan pemeriksaan rata-rata hanya 1 berbanding 10. Seluruh pemeriksaan telah dilakukan, hanya 2 yang positif, namun salah satunya tidak dapat di konfirmasi.

Sebaliknya kalau hasil tes negatif perlu diperhatikan faktor risiko terakhir (periode jendela), selain itu diupayakan agar tetap negatif. Dalam proses konseling dan tes HIV secara sukarela ada 3 hal yang perlu mendapat perhatian yaitu: persetujuan, kerahasiaan, dan proses konseling itu sendiri. Seperti yang telah disampaikan diatas selain dengan cara konseling dan tes HIV secara sukarela ada juga mekanisme lain yaitu: tes HIV yang dilakukan melalui inisiatif dari lembaga layanan

kesehatan. Program tes HIV yang dilakukan melalui inisiatif dari lembaga layanan kesehatan, biasa dilakukan sebagai pemeriksaan rutin.⁹¹

Dibeberapa negara baik itu di Afrika maupun di Amerika telah menerapkan pemeriksaan HIV/AIDS sebagai pemeriksaan rutin. Dampaknya cukup baik karena berhasil meningkatkan cakupan tes HIV. Sehingga dapat mencegah terjadinya kejadian infeksi baru terutama pada bayi. Disamping itu, karena dapat diketahui lebih awal maka program tes HIV rutin dapat juga menurunkan angka kesakitan dan kematian Odha. Tidak perlu lagi menunggu teman-teman Odha datang dalam kondisi yang sudah parah karena ketidaktahuan akan status HIV positif mereka.

Pelaksanaan program PITC ini dikarenakan beberapa alasan, alasan tersebut adalah: waktu yang dipergunakan tidak terlalu lama, terbatasnya tenaga konselor, dan menjadikan tes HIV ini sebuah tes rutin maka akan dapat mengurangi stigma dan diskriminasi di masyarakat. Pemeriksaan rutin ini biasa dilakukan pada: klinik penyakit kelamin, klinik kebidanan terutama untuk ibu hamil, dan klinik-klinik berlokasi di daerah yang tinggi prevalesinya. pasien yang datang dengan penyakit infeksi oportunistik lainnya. Untuk melaksanakan mekanisme ini memang diperlukan tenaga dokter yang mengerti betul gejala-gejala klinis yang dimiliki pasien. Sehingga bila diperlukan dapat diberikan pengobatan ARV lebih awal.

3. Mempercepat dan meningkatkan layanan pengobatan

Seiring dengan terjadinya peningkatan kasus-kasus HIV/AIDS di berbagai propinsi, maka kebutuhan akan layanan pengobatan AIDS juga terjadi peningkatan. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut pemerintah mengeluarkan berbagai kebijakan yang mendukung pemenuhan kebutuhan masyarakat. Kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan antara lain: pertama, Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 83 Tahun 2004 Tentang Pelaksanaan Paten Oleh Pemerintah Terhadap Obat-Obat Anti Retroviral. Kedua, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1237/Menkes/SK/VI/2004 Tentang Penunjukan PT. Kimia Farma (PERSERO) TBK untuk atas nama Pemerintah Melaksanakan Paten Obat Antiretroviral. Ketiga, Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2007 Tentang Perubahan Atas Keputusan Presiden Nomor 83 Tahun 2004 Tentang Pelaksanaan Paten Oleh Pemerintah Terhadap Obat-Obat Anti Retroviral. Ke empat, Keputusan Menteri

⁹¹ Rarit Gempari et.al, Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing Secara Sukarela, Departemen Kesehatan, Jakarta, 2008

Kesehatan Republik Indonesia Nomor 760/Menkes/SK/VI/2007 Tentang Penetapan Lanjutan Rumah Sakit Rujukan Bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (Odha). Sebelumnya 75 rumah sakit sekarang ini menjadi 237 rumah sakit.

Untuk mempercepat dan meningkatkan layanan pengobatan AIDS yang komprehensif ada 3 hal yang harus diperhatikan, yaitu: kemudahan untuk mengakses, biaya yang terjangkau, memiliki kualitas standar minimal untuk perawatan, dukungan, dan terapi. Sehingga nantinya bisa mengoptimalkan pelayanan HIV/AIDS di tiap daerah. Saat ini di dunia yang bisa mengakses layanan pengobatan AIDS baru 28% sedangkan di Indonesia baru 56.23%. Di Indonesia, mereka yang sampai saat ini masih terus dalam pengobatan AIDS 32.33 %.

Mengenai layanan kesehatan umum dan juga layanan pengobatan AIDS di kedua kota tersebut sangatlah berbeda.

Di Merauke, 32 dari 60 pasien sedang dalam pengobatan, sekarang mereka semua tergabung dalam kelompok dukungan ditambah 3 anak-anak dan dengan 24 orang anggota keluarga mereka juga ikut bergabung. Jumlah mereka yang membuka status HIV-nya masih sedikit bila dibandingkan dengan jumlah ODHA yang tidak memberitahukan pasangannya karena masih merupakan isu yang sensitif.

Temuan data dilapangan memperlihatkan bahwa umumnya Odha juga mengalami komplikasi dengan penyakit lain terutama TB

50% dari pasien HIV terdiagnosis dengan TB, 5% dari pasien TB di Merauke juga memiliki HIV. Di Wamena peningkatan jumlah pasien TB telah diamati setiap saat. Dukungan penuh berupa partisipasi dari masyarakat terpengaruh HIV bagi mereka yang terinfeksi masih sedikit.

Kondisi pelayanan kesehatan dan juga layanan pengobatan untuk AIDS di Wamena sangat sulit dibayangkan.

Di wilayah lain yang sangat berbeda secara geografis dengan prevalensi HIV diatas rata-rata (Wamena), tidak ada rumah sakit rujukan. Pasien dengan HIV/AIDS terlihat menumpuk di rumah saat itu ada 5 pasien sedang dalam perawatan. Hanya saja mereka tidak memberikan layanan VCT ataupun melakukan pemberian pengobatan anti-retroviral. Sampai saat ini belum ada tenaga kesehatan di rumah sakit yang telah mengikuti pelatihan VCT, CST, lab, UP, pharmacy atau M&E. Ditambah lagi masih belum tersedianya pemeriksaan dasar, obat ARV, ataupun obat Infeksi Oportunistik yang tersedia. Meskipun begitu pasien dengan gejala HIV telah dilakukan pemeriksaan HIV tanpa pemeriksaan lanjutan dan juga tidak ada obat ARV yang tersedia. Dalam empat bulan terakhir dari 44 orang yang di tes 26 diantaranya dinyatakan positif (59%).

Secara umum pelayanan kesehatan di lokasi ini sedang dalam perbaikan dan diharapkan kemajuan akan segera didapat. Setelah sebelumnya pada tahun 2003 fasilitas rumah sakit mengalami kerusakan. Keseluruhan program dan layanan kesehatan di rumah sakit sangat memerlukan sekali penguatan.

Secara umum layanan kesehatan di kabupaten ini mengalami kekurangan tenaga. Total ada 21 puskesmas dan 2 rumah sakit di kabupaten, dan hanya di kota Wamena saja

yang aktif. Selain itu ada 15 dokter umum dan 3 bulan sekali ada dokter spesialis yang bergiliran datang hal ini dikarenakan bergantung pada keterbatasan dana.

Di Merauke keterlibatan dari berbagai kelompok agama secara alami dapat ditemukan. Yayasan Mitra Kadira adalah sebuah LSM yang mendapatkan bantuan dana dari Family Health International (FHI) yang melibatkan kira-kira 700 relawan di 22 desa. Lembaga bekerja dengan koordinator lapangan, manajer kasus, dan pastoral konselor dari beberapa tempat pelayanan di desa-desa. Mereka menjangkau tokoh-tokoh agama, RT/RW, kepala desa, tokoh adat, pos kesehatan, dll. Mereka juga memberikan penyuluhan dan pemberdayaan dengan memberikan pelatihan keterampilan dengan menggunakan metode melewati bebatuan yaitu setahap demi setahap. ODHA bisa terlibat langsung baik itu sebagai pemberi atau penerima layanan (dukungan psiko-sosial atau kunjungan rumah).

Berbeda sekali dengan LSM mereka secara aktif terlibat langsung dalam penanggulangan HIV. Aktifitas yang mereka lakukan antara lain memberikan penyuluhan, selain itu mereka juga memberikan layanan yang lain ke masyarakat. World Vision International di Wamena misalnya telah bekerja lebih dari 15 tahun. Sejak tahun 2006, dengan dukungan FHI mereka memasukan permasalahan HIV dalam program pendidikan kesehatan. Mereka juga melakukan pelatihan untuk pelatih untuk kalangan gereja dan guru. UNICEF bekerja di bidang pendidikan dan melakukan pelatihan keterampilan hidup bagi para pelajar SMA, Bethesda memiliki kelompok sasaran tokoh gereja, Yasukogo bekerja dengan pekerja seks dan YPKM mempromosikan penggunaan kondom.

Yasukoho sebenarnya sudah lama sekali bekerja di bidang HIV. LSM ini didirikan pada tahun 1989 pada awalnya untuk membantu permasalahan para petani. Pada tahun yang sama mereka mulai bekerja memberikan penyuluhan tentang HIV pada para pelajar yang putus sekolah (berusia antara 12 – 24 tahun). Mereka melaksanakan program ini dengan dukungan dana berasal dari lembaga donor PATH. Pada awal tahun 2000 mendapatkan pekerjaan yang sama namun dari donor yang berbeda FHI. Disamping itu mereka juga memperluas program dengan melaksanakan program perubahan perilaku bagi pekerja seks jalanan. Program tersebut dilaksanakan sejak tahun 1998. Layanan program diberikan oleh 6 orang petugas lapangan, 4 orang perempuan dan 2 orang laki-laki. Target cakupan program ini adalah 150 orang pekerja seks jalanan, 60 perkerja perempuan yang bekerja di bar, dan 120 tukang becak. Dalam 1 tahun mereka berhasil menjangkau 70 perempuan dan 50 tukang becak.

4. Memperkuat Organisasi & sistem kesehatan

Untuk melihat kinerja sistem kesehatan ada beberapa hal yang akan observasi, antara lain: organisasi program AIDS nasional, manajemen perbekalan dan ketersediaan, kerjasama dan keterlibatan masyarakat, serta stigma dan diskriminasi.

Untuk meningkatkan kinerja dari sistem kesehatan terutama dalam hal upaya penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia pemerintah telah mengeluarkan kebijakan, yaitu berupa: Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2006 Tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN). Dalam melaksanakan tugasnya KPA Nasional ini juga dibantu Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD). Mekanisme kerja lembaga ini memang masih terus dikembangkan terutama sekali sinkronisasi dengan konsep pemerintahan yang tidak sentralistik tapi sudah menerapkan sistem desentralisasi. Oleh karen itu sifat lembaga ini adalah

mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan penanggulangan AIDS di lapangan, terutama sekali wilayah kerja mereka.

4.1. Organisasi Progam AIDS Nasional

Hasil pengamatan dilapangan terhadap organisasi KPAD dalam melaksanakan program penanggulangan HIV/AIDS memperlihatkan perbedaan yang sangat jelas.

Merauke telah memiliki dan membuat rencana strategi sendiri untuk tahun 2007-2011, mengacu pada rencana yang telah dikembangkan dari pusat. Mereka baru saja menyelesaikan workshop untuk mencapai apa yang telah direncanakan dalam strategi perencanaan. Kabupaten Merauke memiliki 2 rumah sakit, 13 puskesmas, 5 klinik swasta, 316 posyandu dan 11 apotik. Peraturan kabupaten di kembangkan berdasarkan Dekrit Presiden tahun 1992 dan 1993. Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) dibuat untuk mengkoordinasikan berbagai kegiatan dan program HIV/AIDS ditingkat kabupaten. Lembaga ini telah berdiiri sejak tahun 1996, namun baru benar-benar berjalan pada tahun 2006 (setelah menerima bantuan). Merauke merupakan salah satu dari 100 daerah kabupaten yang berbeda pada tahun 2005. Melalui program ini Merauke mendapatkan bantuan 2 tenaga kesehatan. KPAD telah melakukan pertemuan bulanan untuk mensosialisasikan cara monitoring dan evaluasi program untuk diterapkan namun belum berjalan lancar. Penilaian terhadap peraturan lokal telah direncanakan, agar dapat menjadi kelangsungan suatu program mereka memberikan muatan lokal pada peraturan tersebut. Misalnya khusus untuk pelaksanaan program 100% kondom, peraturannya masih memberikan tanggung jawab yang besar kepada pekerja seks. Padahal pada masalah perdagangan seks yang terlibat bukan hanya pekerja seks saja tapi juga mereka yang membeli jasa tersebut.

Pertemuan bulanan dilakukan juga dengan LSM-LSM untuk koordinasi agar tidak terjadi tumpang tindih program. Pertemuan ini dilakukan untuk mendiskusikan pembagian tugas masing-masing lembaga. Walaupun pertemuan ini telah melibatkan komunitas LSM namun masih diperlukan peran yang lebih besar lagi untuk LSM. Sementara itu Dinas Kesehatan kabupaten masih menginginkan keterlibatan kelompok masyarakat yang lebih besar lagi, terutama sekali dari kalangan kelompok-kelompok perempuan. Mereka juga melakukan pertemuan berkala dengan polisi, kesejahteraan sosial, LSM, Dinas Kesehatan, dan Pokja HIV di Rumah Sakit.

Tahun 1999, mereka mendirikan pokja atau kelompok kerja HIV/AIDS di Rumah Sakit. Bantuan datang dari Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Nasional, KPAD Propinsi, dan KPAD Merauke. Saat ini Pokja memiliki program kerja yang lebih fokus pada pemberian layanan kesehatan untuk HIV/AIDS. Mereka mulai memberikan pelayanan pengobatan antiretroviral (ARV) untuk ODHA sejak 2003, program tersebut mendapatkan bantuan obat dan bantuan teknis dari Medicine Sain Frontire-Belgium (MSF-B).

Secara umum pengorganisasian program HIV/AIDS di kabupaten ini baik. Keterlibatan kelompok komunitas sangat bermanfaat, hal ini di buktikan dengan presentase rujukan kasus dari kelompok-kelompok tersebut (lebih dari 13%). Kerjasama saling menguntungkan, dengan kelompok pekerja seks mereka membuat jadwal pemeriksaan rutin ketika diperlukan. Pada prinsipnya mereka telah melakukan perencanaan dengan baik dan juga pelaksanaannya.

Sedangkan di Wamena organisasi KPAD dan lembaga terkait lainnya dalam melaksanakan program penanggulangan HIV/AIDS masih jauh tertinggal bila dibandingkan dengan Merauke.

Sementara itu di Wamena, layanan kesehatan di desa tidaklah sama dengan di kota. Kujungan lapangan ke sebuah puskesmas diluar kota Wamena (kira-kira 1,5 jam perjalanan)

benar-benar menggambarkan masalah yang dihadapi di kabupaten ini. Puskesmas telah di tutup dan tidak di kelola lagi, perawat yang menjadi staf di puskesmas tersebut pergi karena frustrasi. Masyarakat sangat menghargai sekali kerja keras perawat tersebut. Pernah suatu saat terjadi wabah diare, perawat tersebutlah yang dengan segala keterbatasan yang ada menolong masyarakat desa setempat. Namun setelah berusaha bertahan selama setahun dan permintaan dukungan peralatan dan obat tidak dipenuhi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten maka ia mengundurkan diri.

Meskipun berada dalam kondisi yang serba kekurangan sebenarnya masyarakat desa juga memperhatikan masalah kesehatan, terutama sekali mengenai sarana puskesmas di mereka layanan .

Penduduk setempat mengundang kami untuk masuk ke dalam desa, mereka mengajak kami berdiskusi tentang masalah kesehatan secara umum dan juga mengenai layanan kesehatan. Untuk berkomunikasi kami dibantu oleh seorang guru dari penduduk asli Papua. Hadir pada pertemuan itu kira-kira 35 orang dewasa dan 10 orang anak-anak. Pertemuan dilakukan sambil berdiri saja dan didepan pintu masuk desa. Kepala suku ikut hadir pada pertemuan tersebut, dan ia di bantu oleh bapak guru bertindak sebagai juru bicara. Penduduk desa menyampaikan beberapa masalah kesehatan dan secara khusus mengkritik kurangnya bantuan untuk puskesmas mereka. Mereka mengatakan bila berobat di Wamena harus membayar padahal bila bisa berobat di puskesmas setempat mereka bisa mendapatkan obat tersebut secara gratis.

Mengenai pengetahuan dasar tentang HIV/AIDS, pengetahuan yang mereka miliki masih sangat kurang sekali

Informasi dan pemahaman yang mereka miliki tentang HIV/AIDS masih sangat terbatas sekali begitu pula pemahaman mereka tentang kondom. Kepala suku sendiri belum mengerti dan belum pernah melihat apa itu kondom. Ketika diberitahukan tentang HIV/AIDS, dan obatnya sudah bisa di dapat secara gratis di Jayapura, mereka sangat skeptis sekali. Mereka punya pengalaman yang panjang sekali tentang obat bantuan pemerintah pusat yang bisa mereka dapat secara gratis dan ketika obat sampai di kabupaten mereka harus bayar. Boleh di bilang sama sekali tidak ada layanan kesehatan di desa ini, meskipun dekat sekali dari pusat Kabupaten. Hal itu menggambarkan juga keadaan layanan kesehatan di desa-desa lainnya. Meskipun transportasi untuk ke kota bukanlah merupakan hal yang sulit. Namun jelas sekali bahwa penduduk di desa-desa sangat memperhatikan masalah-masalah kesehatan. Oleh karena itu kebutuhan mereka akan layanan kesehatan haruslah menjadi prioritas.

Adanya bantuan dana dari luar lembaga kepada KPA telah menghasilkan peningkatan yang penting terutama dalam pengadaan perlengkapan dan tenaga di kantor KPAD. Dekrit Presiden tahun 2006 dan penyusunan ulang organisasi KPA nasional telah di ikuti pula dengan alokasi anggaran di tiap kabupaten untuk revitalisasi dan pendirian KPAD yang baru. Di beberapa tempat KPA daerah ini baru saja berjalan, di Merauke dan Wamena baru Desember 2006. Tugas pertama mereka adalah membuat peraturan daerah yang berlaku pada tingkat kabupaten yang disesuaikan dengan berbagai kebijakan nasional penanggulangan HIV serta menyusun rencana kerja. Pada tingkat nasional telah disusun draft rencana strategis dan dengan pendekatan multisektoral untuk 2008-2013. Pemerintah kabupaten melaporkan bahwa mereka tidak mendapatkan masukan, oleh karena itu KPAD memulai merumuskan rencana mereka sendiri. Di sisi yang lain mereka juga mengharapkan dukungan dari tingkat propinsi atau lainnya terhadap rencana strategis yang mereka buat.

Kemampuan dari setiap KPAD sangat bervariasi. Di Merauke, untuk membuat perencanaan program Kantor Dinas Kesehatan tidak melakukan survey sentinel akan tetapi mendapatkan data laporan dari program VCT dan dari PMI. Salah satu isu yang muncul adalah kekhawatiran tentang kelangsungan program (khususnya bagi LSM), bagaimana mereka bisa tetap melaksanakan program bila bantuan dari badan donor terhenti. Pada

beberapa kasus hal ini dapat terjadi karena jumlah donor yang terbatas, dan prioritas pada aktifitas yang juga terbatas serta program yang sudah selesai. Selanjutnya, desentralisasi dilapangan masih merupakan konsep baru yang membagi tanggungjawab dan kemampuan di tiap jenjang pemerintahan, meskipun sudah tertulis diatas kertas masih sering perlu diklarifikasikan kembali. Pada Kabupaten yang memiliki risiko tinggi seperti Wamena memerlukan program HIV yang komprehensif. Progam penyuluhan masih terbatas, begitu pula dengan program pelayanan kesehatan dasar lainnya seperti VCT, CST, donor darah yang aman, pencegahan universal tidak ada dilapangan.

4.2. Manajemen perbekalan dan ketersediaan obat

Masalah manajemen perbekalam dan ketersediaan obat menjadi sangat penting dikarenakan kepatuhan minum obat teman-teman Odha menjadi bagian terpenting dalam terapi ARV. Pada umumnya kepatuhan minum obat mereka sangat baik karena sebelumnya telah mendapatkan konseling minum obat. Akan tetapi yang sering terjadi dilapangan adalah rumah sakit rujukan sering mengalami kekosongan obat. Sehingga kepatuhan teman-teman Odha mengalami gangguan karena persoalan administrasi. Hal ini pada akhirnya akan membuat stres teman-teman Odha dan memutuskan berhenti minum obat. Berikut adalah hasil temuan lapangan selama melakukan observasi di Papua.

Di Merauke, daftar obat esensial tersedia tapi tidak pada tingkat farmasi. Semua obat tersedia, namun tidak tersedia dosis kobinasi yang tetap untuk ARV, hanya obat tunggal. Tidak tersedia stok fomulasi ARV untuk anak sehingga jika ada anak yang memerlukan harus dibikinkan puyer terlebih dahulu. Tidak ada lini dua yang tersedia tenofovir. Stok di kelola dengan menggunakan kartu stok pada tingkat rumah sakit, untuk stok utama di kelola pada tingkat farmasi. Untuk mempermudah monitoring stok obat, mereka menggunakan program excel, model program diberikan oleh MSF Belgium. Program untuk menghitung dan memperkirakan kebutuhan akan ARVs tapi bukan untuk semua obat. Laporan bulanan secara umum untuk ARV termasuk jumlah pasien yang sedang dalam pengobatan, jumlah saat memulai setiap bulan, jumlah saat menerima dan memesan selama sebulan, keseimbangan saat akhir bulan, dan jumlah kebutuhan untuk setiap ARVs. Petugas farmasi menyimpan informasi ini di dalam komputernya dan setiap file memiliki salinannya.

MSF-B melakukan pelatihan tidak resmi untuk stok manajemen pada bulan 09 tahun 2005 dan mereka menggunakan program excel. Ada juga pelatihan tambahan tentang stok manajemen yang berasal dari fakultas farmasi. Stok cadangan harus tersedia untuk 3 bulan namun jumlah yang di minta tidaklah selalu tersedia. Sekarang ini cadangan yang tinggal sedikit untuk AZT 300 mg. Untuk menghadapi keadaan ini telah pemesanan tambahan telah dipesan untuk di pinjam dari Jayapura akan tetapi hanya cukup untuk 1 bulan saja. Pinjaman obat ini harus di kembalikan ke Jayapura secepatnya setelah kiriman obat dari pusat di terima. Peminjaman obat ini memperlihatkan sistem pengelolaan yang tidak baik. Untuk obat-obatan yang lain, rumah sakit menggunakan anggarannya untuk membeli obat-obat yang tersedia dipasaran. Dalam kasus ini kualitas obat yang di beli tidak dapat dijamin.

Dari Depkes di Jakarta mengatakan bahwa layanan kesehatan di Papua harus memesan setiap 6 bulan dan akan menerima jumlah sesudahnya (3 bulan untuk propinsi lain selain Papua), rumah sakit telah mengirimkan permintaan obat ARVs setiap bulan bersama laporan bulanan mereka. Sistem tidak bekerja dengan baik, sebab jumlah obat yang diterima tidak sesuai dengan yang di minta. Hal ini juga berlaku untuk produk yang lain.

Di Wamena, sistem manajemen untuk pengadaan dan penyediaan obat tidak ada dan obat ARV tidak tersedia. Biaya transportasi dan anggaran yang sangat terbatas yang disebabkan krisis keuangan, telah membuat hambatan besar untuk membuat perencanaan. Pengembangan sistem untuk manajemen obat secara rutin saat ini tidak bisa tersedia dan tidak terjangkau dan belum menjadi prioritas.

Tidak ada ART dan tidak ada obat IO tersedia di Rumah Sakit di kota Wamena. Obat-obatan yang tersedia di rumah sakit hanyalah ampicillin, amoxy, ceftriaxone, cefitaxime, sulphadoxin/pyrimethamine, chloramphenicol, kanamycin, tetracycline, doxycyclin. Sumber dana sangat terbatas dengan anggaran yang tidak mencukupi adalah dua hal dapat meningkatkan biaya. Komoditas apapun harus di terbangkan ke Wamena, hasilnya biaya menjadi lebih tinggi jika dibandingkan dengan daerah lain dan jumlahnya sangatlah terbatas. Keperluan tahunan untuk obat dan pengadaannya diperkirakan Rp. 6 miliar namun hanya Rp. 1,5 miliar yang di sediakan anggaran oleh pemerintah.

Kebanyakan pasien di Rumah Sakit Wamena miskin dan harus di jamin oleh ASKESKIN. Untuk mereka yang tidak memiliki kartu harus membayar uang pendaftaran ini menyulitkan dan akibatnya mereka menjadi beban biaya bagi rumah sakit. Skema ini memberikan pengobatan gratis untuk pasien, tidak semua dari biaya yang dikeluarkan akan diganti sepenuhnya oleh ASKESKIN kepada rumah sakit. Oleh karena itu sering terjadi obat atau reagen yang diperlukan tidak tersedia, untuk itu perlu penyediaan obat atau reagen dengan memesan dari pasar. Sementara itu untuk pembelian tersebut tidak tersedia dalam anggaran, oleh karena itu pasien harus membayar sendiri.

4.3. Sumber daya manusianya

Permasalahan tenaga kesehatan baik itu jumlah maupun kualitas dirasakan oleh masyarakat sangat masih kurang sekali. Kurangnya tenaga kesehatan terlatih akan membuat terhambatnya perencanaan program kerja dan pelaksanaan yang akan dilaksanakan. Hal ini terjadi oleh karena kurangnya pelatihan untuk tenaga kesehatan. Mengingat keterbatasan Depkes dalam melakukan pelatihan secara berkala maka sebaiknya kegiatan tersebut diserahkan saja kepada lembaga profesi dan pendidikan. Dengan demikian dapat dilakukan pelatihan secara berkala dan juga pendidikan berkelanjutan untuk profesi.

Keberadaan dan kelangsungan tenaga kesehatan di sebuah daerah menjadi penting misalnya di beberapa daerah tidak memiliki dokter spesialis.

Hal ini terlihat saat kunjungan lapangan yang kami lakukan di kota Wamena.

Kunjungan lapangan ke sebuah puskesmas diluar kota Wamena (kira-kira 1,5 jam perjalanan) benar-benar menggambarkan masalah yang dihadapi di kabupaten ini. Puskesmas telah di tutup dan tidak di kelola lagi, perawat yang menjadi staf di puskesmas tersebut pergi karena frustrasi. Masyarakat sangat menghargai sekali kerja keras perawat tersebut. Pernah suatu saat terjadi wabah diare, perawat tersebutlah yang dengan segala keterbatasan yang ada menolong masyarakat desa setempat. Namun setelah berusaha bertahan selama setahun dan permintaan dukungan peralatan dan obat tidak dipenuhi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten maka ia mengundurkan diri.⁹²

⁹² Lampiran II, Hasil kunjungan ke Marauke & Wamena, Februari 2007

Meskipun begitu kalau mengenai dedikasi boleh dikatakan bahwa dedikasi mereka cukup tinggi. Apalagi saat itu bantuan dari GFATM telah terhenti selama 6 bulan.

Terhentinya bantuan dari Global Fund atau GFTAM secara nasional juga berdampak di Papua, setidaknya telah 6 bulan (kunjungan kami Februari 2007, berarti sejak September 2006 bantuan telah terhenti). Kenyataan ini dampaknya dapat dilihat setidaknya pada 3 puskesmas yang kami kunjungi di Merauke. Meskipun demikian keadaan itu tidaklah membuat layanan kesehatan menjadi terhenti. Meskipun kedua kabupaten sangatlah berbeda dan hasil yang didapat juga berbeda, namun keduanya dapat dikatakan kekurangan staff.

Kondisi tempat bekerja yang jauh dari ideal dan lapangan yang berat baik di Merauke dan Wamena,

Meskipun kedua kabupaten sangatlah berbeda dan hasil yang didapat juga berbeda, namun keduanya dapat dikatakan kekurangan staff. Meski sering terjadi perbedaan dikalangan staff, walau bagaimanapun dedikasi para staff sangat nyata. Bekerja di bawah kondisi yang jauh dari ideal bahkan mendekati tidak mungkin, di Merauke para staff telah mengelola dan menemukan jawaban dari setiap permasalahan di lapangan dan di Wamena para staff mengupayakan agar program tetap berjalan. Dedikasi para staff akan dapat mencegah, merawat, mendukung, dan mengobati para penduduk di kabupaten mereka dengan berbagai cara yang lebih komprehensif lagi.

Dengan keterbatasan kemampuan dan pengetahuan para tenaga kesehatan tetap diminta untuk melayani masyarakat yang membutuhkan. Keadaan ini sudah tentu tidaklah adil bagi mereka sebab peningkatan sumber daya manusia belum menjadi prioritas.

Bantuan dana yang tidak cukup untuk pengembangan sumber daya manusia dan pelatihan yang tidak memadai; di Wamena: bantuan sebagian besar digunakan untuk mendirikan bangunan, bukan untuk staff atau program, ketidakstabilan kelangsungan Badan Donor.

4.4. Fasilitas layanan Kesehatan

Masalah utama yang dihadapi berkaitan dengan fasilitas layanan kesehatan adalah ketersediaan sarana untuk pencegahan universal yaitu ketersediaan alat habis pakai (sarung tangan & jarum suntik), baik itu untuk petugas laboratorium, maupun perawat dan dokter. Masalah lainnya adalah kelengkapan sarana laboratorium untuk melakukan diagnosis dan memonitor hasil pengobatan.

Testing HIV telah tersedia di 5 dari 8 puskesmas di kabupaten Merauke, mereka menggunakan HIV antibody rapid tests. Untuk konfirmasi sample darh dikirim ke Rumah Sakit Kabupaten Merauke, tes di ulangi lagi juga dengan rapid tes. Perlengkapan ELISA tersedia di Rumah Sakit, akan tetapi untuk melaksanakannya perlu biaya untuk membeli reagen sementara jumlah pemeriksaan masih sedikit sekali. Sehingga biaya untuk satu kali

pemeriksaan ELISA sangatlah mahal. PMI di Merauke menggunakan reagen yang didatangkan dari Jakarta untuk mendeteksi malaria, syphilis, Hep B dan C, dan tidak ada pemeriksaan ulang. Sekali lagi ongkos untuk pemeriksaan ELISA terlalu mahal dan PMI tidak memiliki dana untuk melakukan itu

Di Puskesmas hanya ada pemeriksaan laboratorium dasar saja, antara lain: sputum TB, Malaria, hemoglobin, dan tes cepat HIV. Pemeriksaan lainnya akan di rujuk ke rumah sakit kabupaten.

Di Rumah Sakit Kabupaten, beberapa pemeriksaan dapat dilakukan antara lain: hitung darah lengkap, tes untuk fungsi hati dan ginjal, tes parasitologi, tes urine, tinta china, TBC, dan juga pemeriksaan CD4. Namun demikian tidak ada pemeriksaan berkala untuk memeriksa kualitas alat-alat tersebut.

Saat ini puskesmas di Merauke tidak dapat melakukan pengawasan ART, mereka tidak memiliki kemampuan untuk memonitor fungsi hati (bermanfaat untuk mengawasi penggunaan Nevirapine). Mengembangkan kemampuan untuk itu tidaklah mudah pada saat ini, apalagi sampai saat ini hanya 2 atau 3 pasien per puskesmas. Selain itu tidak ada pemeriksaan untuk penyakit kanker cervix pada wanita di ke-2 kabupaten ini. Sementara itu pemeriksaan PAP smear hanya bisa dilakukan oleh tenaga laboratorium yang terlatih. Pada tingkat puskesmas mereka tidak memiliki pemeriksaan untuk syphilis untuk perempuan hamil. Kemampuan-kemampuan tersebut juga tidak bisa dilakukan di Rumah Sakit di Wamena. Pemeriksaan-pemeriksaan tersebut harusnya tersedia dilayanan pemeriksaan ibu hamil. Hanya manajemen yang tidak sempurna yang menyebabkan pemborosan di setiap layanan kesehatan. Kemampuan yang terbatas dan jumlah tenaga yang terbatas menyebabkan pemborosan secara umum.

4.5. Anggaran:

Sebagai upaya peningkatan kepedulian dari penggalangan sumber dana lokal maka KPA akan melakukan upaya peningkatan peran serta masyarakat. Peran serta masyarakat dan dunia usaha dalam membantu pendanaan untuk program penanggulangan HIV dan AIDS akan dilakukan melalui kegiatan-kegiatan mobilisasi dana di bawah koordinasi KPA di berbagai tingkat. Bantuan internasional dalam bentuk hibah dan bantuan teknis digunakan untuk meningkatkan upaya dan tidak diartikan sebagai pengganti dana yang bersumber dari pemerintah. Pengelolaan dana menganut prinsip transparansi, akuntabilitas, efisiensi, efektivitas dan harmoni. KPAN mengkoordinasikan mobilisasi dan penggunaan dana untuk menjamin tidak terjadinya pemborosan dan dipenuhinya prinsip tersebut⁹³

Di beberapa daerah upaya mobilisasi dana telah berjalan dengan baik, namun masih banyak yang belum mampu melakukan upaya tersebut. Di Merauke upaya tersebut sudah cukup berhasil

Sumber pembiayaan telah berhasil di mobilisasi sejak 7 tahun terakhir (Merauke). LSM dan sektor kesehatan secara umum telah memikirkan kelangsungan program meskipun dengan pengurangan atau penghentian bantuan donor, dedikasi yang tinggi. Jelas sekali terlihat.

⁹³ Komisi Penanggulangan AIDS, Strategi Nasional Pengulangan HIV/AIDS 2007

Terhentinya bantuan dari Global Fund atau GFTAM secara nasional juga berdampak di Papua, setidaknya telah 6 bulan (kunjungan kami Februari 2007, berarti sejak September 2006 bantuan telah terhenti). Kenyataan ini dampaknya dapat dilihat setidaknya pada 3 puskesmas yang kami kunjungi di Merauke. Meskipun demikian keadaan itu tidaklah membuat layanan kesehatan menjadi terhenti. Setidaknya ada dua alasan mengapa hal itu dapat terjadi, yaitu: 1) komitmen yang kuat dari para petugas kesehatan ketersediaan layanan kesehatan serta kelangsungan layanan kesehatan tanpa tambahan pendapatan dari program dan 2) "mobilisasi keadaan darurat" dari sumber-sumber lokal untuk melanjutkan memberikan subsidi kepada pasien, seperti untuk transportasi lokal ke rumah sakit (Rp. 50 juta), SBY (Rp. 10 juta). Rumah sakit menerima bantuan keuangan dari berbagai sumber: APBD (anggaran belanja daerah), APBN (Anggaran belanja nasional), ASKES GAKIN (asuransi untuk kalangan tidak mampu).

Dukungan dari pemerintah lokal diminta setelah MSFB memberhentikan bantuan mereka, namun demikian kadang jumlahnya tidak selalu benar. Khususnya untuk perlengkapan Pencegahan universal (sarung tangan, kaca mata, pembasmi kuman) tidaklah selalu tersedia oleh karena keterbatasan anggaran dan juga masih adanya rasa takut para staff rumah sakit. Beberapa tenaga kesehatan sangat memperhatikan masalah bantuan keuangan untuk keberlangsungan layanan rutin.

Dari pertemuan dengan kelompok Odha di Merauke, kami mendapatkan informasi penting lainnya. Kelompok ini ingin membuat program pemberdayaan untuk Odha. Caranya adalah dengan membuat kerajinan tangan menjadi souvenir-souvenir. Setelah itu mereka akan menjualnya di berbagai toko atau di pusat-pusat kota. Proposal sudah dibuat dan sudah disampaikan ke lembaga donor, namun hingga kini belum mendapatkan jawaban. Ketika ditanyakan mengapa belum mendapatkan perserujuan, alasan yang disampaikan lembaga donor adalah maaf kami tidak menyediakan anggaran untuk program seperti itu.

Dalam hal ini mereka mengatakan sebaiknya:

Pemberian bantuan lembaga donor hendaknya disesuaikan dengan konsep dan kebutuhan yang masyarakat lokal miliki, jangan malah sebaliknya mereka harus menerima tekanan dari konsep lembaga donor terhadap semua konsep yang mereka miliki. Bentuk layanan yang luas diberikan oleh beberapa LSM, antara lain: Yayasan Santo Antonio: Pencegahan (mengembangkan beberapa media penyuluhan), radio spots, VCT, promosi kondom di daerah mereka dan memonitor penggunaan kondom. Dukungan medis dan dukungan psiko-sosial: rumah singgah untuk wanita yang terbuang, kunjungan rumah, perawatan, dan pemberian makanan tambahan.

LSM juga menerima bantuan keuangan dari berbagai sumber dan tidak ada jaminan untuk kelangsungan bantuan, bahkan kadang bantuan dari donor terhenti. Yasanto menerima bantuan dari dari: Ford Foundation, Caritas, Dutch Aid, and FHI. Ada perasaan gelisah yang muncul tentang keterbatasan bantuan keuangan yang berasal dari FHI dan kelangsungannya untuk HIV dan AIDS.

Kejadian penghentian bantuan dari GFATM telah mendorong pemerintah dan LSM telah melakukan upaya untuk mencari sumber dana dari lembaga donor lain. Ketergantungan yang sangat besar hanya kepada satu lembaga donor saja akan membahayakan kelangsungan keseluruhan program.

Partnership Funds telah mempertimbangkan kembali bantuan untuk Indonesia. Hal itu dikarenakan adanya ketergantungan yang sangat besar pada Global Funds atau GFATM funds, terutama untuk program HIV, TB dan Malaria yang mendapatkan bantuan dari mereka.

Koordinasi dengan lembaga donor dilakukan juga dengan lembaga donor lainnya, dalam hal ini EU untuk meningkatkan kapasitas kemampuan layanan kesehatan.

Keseluruhan perencanaan anggaran rumah sakit dilakukan setahun sekali berdasarkan gambaran anggaran tahun yang lalu dan jika memungkinkan ditambah 20% untuk mengantisipasi inflasi. Hasil survei, gambaran penggunaan alat, atau lainnya tidak diinformasikan untuk perencanaan, akibatnya kadang-kadang mengalami kekurangan anggaran. Setiap kegiatan lembaga donor harus mengikuti perencanaan pemerintah daerah.

4.6. Kerjasama dan Keterlibatan Masyarakat:

Kerjasama dan keterlibatan masyarakat lokal dalam berbagai kegiatan penanggulangan HIV/AIDS merupakan indikasi bahwa masyarakat pada umumnya telah menerima dan memberikan dukungannya. Baik yang itu berasal dari kalangan pemerintah, tenaga kesehatan, LSM baik lokal maupun internasional, kelompok dukungan atau dampingan, tokoh adat, maupun tokoh agama. Hal ini dapat kami lihat dengan jelas sangat melakukan observasi lapangan.

Di Papua keterlibatan masyarakat dalam penanggulangan masalah HIV/AIDS bisa terlihat dan dapat di amati dengan jelas. Beberapa LSM dan Gereja telah menempatkan masalah HIV dalam agenda dan jadwal layanan mereka, mulai dari penyuluhan, perubahan perilaku, pastoral, dukungan psikologi dan perawatan di rumah. Gereja telah memulai mencari informasi yang mereka perlukan, mereka juga ingin ikut terlibat dan berupaya untuk mengembangkan kegiatan disesuaikan dengan komunitas mereka. Beberapa kegiatan yang mereka lakukan antara lain adalah: penyuluhan (Informasi Edukasi komunikasi), Konseling dan TES HIV Sukarela (VCT), pelatihan Keterampilan Hidup untuk remaja, pelatihan HIV terintegrasi dengan kurikulum di sekolah.

Di beberapa daerah terpencil, dimana tidak ada layanan kesehatan masyarakat dari pemerintah, gereja memberikan pelayanan kesehatan dasar, seperti pos kesehatan untuk membarikan layanan kesehatan.

Penduduk desa mengatakan sampai saat ini gereja yang menjadi pusat informasi mereka tentang HIV/AIDS, namun jujur saja masih banyak dibutuhkan informasi agar penduduk desa mengetahui ancaman epidemic HIV untuk desa mereka.

Beberapa LSM dengan fokus program pada area yang berbeda telah menggabungkan kegiatan mereka dengan memberikan informasi tentang HIV dalam program mereka. Contohnya adalah World Vision, Yasukogo, dan Kelompok Perempuan Wamena.

Beberapa teman yang terlibat dari LSM Internasional (IHPCP, FHI, World Vision, Path) yang telah membantu LSM lokal dan bantuan teknis tenaga kesehatan dengan mengadakan pelatihan, pengadaan alat-alat, pelatihan manajemen dan juga bantuan dana. WHO sendiri membantu dengan pelatihan dan bantuan dana untuk memperlihatkan program-program.

Peran KPAD terutama di Merauke sudah sangat terlihat, mereka melakukan rapat koordinasi setiap bulannya. Semua lembaga terkait hadir pada pertemuan tersebut, sehingga koordinasi antar lembaga berjalan dengan sangat baik. Selain itu dengan koordinasi ini dapat menghindari terjadinya tumpang tindih program. Akhirnya dengan demikian dana yang tersedia dapat dioptimalisasikan penggunaannya.

LSM, lembaga pemerintah dan layanan kesehatan berkeinginan kuat untuk bekerjasama, mengkoordinasikan kegiatan mereka, mengembangkan program yang saling

melengkapi dan menempatkan program pencegahan HIV sebagai isu yang utama. Keinginan masyarakat terwakili dalam rapat koordinasi.

Oleh karena seluruh pasien HIV di Papua berasal dari keluarga tidak mampu, akses ke layanan kesehatan sangat bergantung pada jumlah jaminan dari asuransi untuk orang miskin yang diberikan oleh Dinas Kesehatan. Peran yang mereka lakukan juga sangat penting antara lain: meningkatkan kesejahteraan pekerja seks komersial dengan memberikan pinjaman lunak untuk tambahan pendapatan lewat usaha lain dan memberikan kondom secara gratis.

Hal yang selalu menjadi ganjalan dalam melaksanakan suatu program penggulungan HIV/AIDS di Merauke dan Wamena adalah karena keterbatasan dukungan donor baik dalam bentuk finansial maupun singkatnya waktu pelaksanaan program.

Rasa tidak aman atau waktu yang singkat dan bervariasinya bantuan keuangan untuk LSM dan Lembaga Pemerintah membuat terbatasnya perencanaan. Sementara itu LSM harus berkompetisi untuk mendapatkan bantuan keuangan yang tersedia. Untuk itu kadang LSM harus mengadaptasi rencana mereka dengan harapan mendapatkan bantuan dana dari lembaga donor.

Sementara itu pengetahuan kalangan pejabat daerah juga menyebabkan pelaksanaan bentuk dari program penanggulungan sangat bervariasi

Pengetahuan tentang HIV dan intervensi yang cocok masih merupakan hal yang baru bagi para pemimpin, oleh karena itu pekerjaan di lapangan menjadi sangat penting dilakukan lalu secara cepat memperluasnya.

4.7. Stigma dan Diskriminasi

Menyelenggarakan tes rutin untuk HIV akan dapat mengurangi stigma, masyarakat tidak akan mengagap tes HIV/AIDS merupakan suatu hal yang istimewa. Mereka akan menganggap tes ini sama seperti tes darah lainnya. Masalah stigma dan perlakuan diskriminasi bisa terjadi dimana saja, oleh siapa saja dan kapan saja. Ada yang dilakukan oleh masyarakat, keluarga atau bahkan oleh tenaga kesehatan. Namun hal itu biasanya terjadi oleh karena kurangnya informasi dan pelatihan yang mereka dapatkan.

Untuk mengetahui hal itu maka pada saat melakukan observasi lapangan tetap ditanyakan.

Kami tetap menanyakan masalah stigma dan diskriminasi terhadap Odha dan apa yang dilakukan mengenai hal itu pada situasi sekarang ini. Kami mempelajari dan mengingatkan isu ini masih menjadi masalah dan menjadi contoh bagi tenaga kesehatan kabupaten dan sejawat mereka untuk mengambil langkah dalam mempelajari masalah ini.

Selain memerlukan akses terhadap layanan kesehatan yang bersahabat Odha memerlukan juga: dukungan emosional, rujukan ke layanan sosial lainnya, dan juga layanan dukungan lainnya. Hasil pengobatan terhadap mereka akan menjadi lebih baik bila mendapatkan dukungan sosial lainnya. Untuk itu terkadang mereka memerlukan juga layanan dukungan dan perawatan di rumah.

Masyarakat Indonesia dari suku manapun memang mempunyai tradisi yang kuat untuk saling menolong dan memberikan dukungan sosial kepada saudara atau keluarga mereka yang sakit. Mereka akan melakukan apapun karena mereka sangat peduli dan mencintai keluarga mereka sendiri. Seperti yang Sarason katakan (1983), *“Social support is usually defined as the existence or availability of people on whom we can rely, people who let us know that they care about value and love us”*.⁹⁴

Pentingnya dukungan sosial terutama bagi Odha juga dikatakan oleh Taylor, dalam sebuah penelitiannya ia menemukan bahwa Odha yang memiliki dukungan informasi dan emosi, maka praktis memiliki tingkat depresi yang lebih rendah. dan dukungan informasi terlihat sebagai faktor yang penting dalam mengurangi stres yang diasosiasikan dengan symptom-symptom yang berhubungan dengan AIDS.⁹⁵

Dukungan ini dapat dilakukan dengan menyakinkan Odha kembali bahwa ia disayangi, dihargai, dan dipercaya. Individu yang memberikan dukungan ini dapat menyediakan perlindungan, perawatan, penerimaan, dan kasih sayang. Dukungan sosial dapat datang dari bermacam-macam sumber, yaitu pasangan atau kekasih, anak, keluarga, teman, rekan kerja, ahli profesional, tenaga medis, kelompok dukungan sosial, atau organisasi kemasyarakatan.⁹⁶

Keadaan dilapangan memperlihatkan bahwa masyarakat kita memang memiliki kepedulian yang tinggi kepada anggota keluarga atau saudara mereka yang sedang sakit.

Sistem yang terintegrasi dengan baik akan membawa pasien dari layanan konseling dan testing menuju layanan terapi AIDS, layanan kunjungan rumah, serta program dukungan psiko-sosial. Berdasarkan jumlah kunjungan pasien saat ini, cakupan layanan terlihat baik. Selalu terbuka dan selalu siap menolong dalam masalah stigma dan diskriminasi. Di Wamena, kami melihat masalah stigma di kalangan penduduk tidak ada. Sama seperti di wilayah Indonesia lainnya mereka saling mendukung dan membantu bila ada salah satu keluarga mereka yang sakit.

⁹⁴ Sarason, Irwin G.et.all; General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one?, Journal of Personality and Social Psychology. 1991 Dec Vol 61(6) 1028-1039

⁹⁵ Hays, Turner, & Coates dalam Taylor, 1999; K. Siegel et al. dalam Taylor, 1999

⁹⁶ Sheridan, Charles L., & Radmacher, Sally A., Health Psychology: Challenging The Biomedical Model. Canada: John Wiley & Sons, Inc., 1992

5. Melakukan investasi dalam hal informasi-informasi strategis

Mulai melakukan investasi dalam hal informasi-informasi strategis, yaitu mengumpulkan dan mengelola data menjadi informasi-informasi penting. Misalnya dengan melakukan pengumpulan data surveilans dan komprehensif surveilans, monitoring & evaluasi. Standarisasi pencatatan dan pelaporan Memiliki indikator nasional. Hal ini menjadi sangat penting karena berdasarkan data dan informasi yang terkumpul inilah akan di susu perencanaan program HIV/AIDS pada periode mendatang.

Keluhan yang muncul dari teman-teman dilapangan terutama ditingkat kabupaten adalah tidak dapat mengakses data untuk perencanaan. Semenjak mereka mengumpulkan data dan setelah itu mereka mengirimkan data, namun tidak ada informasi kembali dari data yang mereka kirim. Sehingga mereka tidak membuat perencanaan dari data-data yang mereka miliki. Sebab data sudah dikirim sedangkan mereka tidak pernah menerima kembali hasil dari data yang mereka kirim. Sepertinya harus dibuat upaya kecil namun sangat diperlukan yaitu hasil interpretasi dari data-data yang telah dikumpulkan dikirimkan kembali ke daerah pengirim. Untuk itu diperlukan bentuk laporan yang paralel atau berlapis.

