

Lampiran I

Hasil Kunjungan ke Merauke dan Wamena, Februari 2007

1. Pendahuluan

Februari 2007 penelitian dilakukan dengan menjadi salah seorang anggota kelompok yang me-review program HIV/AIDS pemerintah Indonesia. Daerah yang menjadi pengamatan dan evaluasi kami adalah Tanah Papua, yaitu kabupaten Merauke dan Wamena. Merauke adalah pusat perdagangan di wilayah pantai selatan Papua. Penduduknya merupakan campuran dari orang Papua asli (35%) dan sebagian besar lainnya (65%) berasal dari suku Indonesia lainnya diluar Papua. Sebagian besar masyarakatnya masih berada dibawah garis kemiskinan. Wilayah kabupaten Merauke sangat luas dan memiliki beberapa desa di luar kota yang masih sulit sekali untuk di jangkau. Cakupan dan layanan kesehatan di desa-desa tersebut sangatlah terbatas. Namun di Merauke sendiri program kesehatannya cukup baik dan bisa dijadikan model untuk program penanggulangan HIV/AIDS baik itu untuk program pencegahan, dukungan dan pengobatan. Dalam beberapa hal masih bisa dilakukan peningkatan, secara keseluruhan program HIV/AIDS di Merauke bisa terlaksana karena perencanaan, koordinasi, dan dedikasi yang baik. Meskipun masih diperlukan bimbingan teknis dan bantuan dana.

Wamena juga merupakan kota pusat perdagangan di pegunungan puncak Jayawijaya dan hanya bisa di capai dengan menggunakan pesawat terbang. Kota ini menjadi pusat seluruh gerak perekonomian di Puncak Jaya. Hal ini dikarenakan seluruh keluar masuknya barang di Puncak Jaya hanya bisa melalui pelabuhan udara di kota Wamena. Kabupaten Puncak Jaya sangat besar dan luas, setidaknya tercatat ada 46 desa di wilayah ini. Tidak begitu jauh dari pusat kota Wamena, ditemukan sebuah desa yang memiliki puskesmas yang tidak bisa memberikan pelayanan kesehatan dasar masyarakat. Belum lama kabupaten ini memiliki pengalaman yang sulit dari permasalahan keuangan yang salah kelola. Namun sekarang ini mereka sedang merencanakan untuk membangun rumah sakit yang lebih memadai dalam upaya menghadapi permasalahan HIV/AIDS. Terutama sekali setelah Komisi Penanggulangan AIDS Daerah di bentuk. Walaupun demikian bila kita belum bisa berharap akan berfungsinya sistim kesehatan secara menyeluruh, masih jauh dari harapan. Di luar kota Wamena dan desa-desa lainnya di Puncak Jaya tantangan yang dihadapi jauh lebih besar lagi. Kebanyakan badan donor masih berpatokan pada rencana-rencana yang sudah dibuat oleh gubernur dalam membangun Papua.

2. Sistim kesehatan dan manajemen program

A. Organisasi Progam AIDS Nasional

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 memilki 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 Daearah (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 Provinsi, 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.

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 frustasi. 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.

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.

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 provinsi 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. Program penyuluhan masih terbatas, begitu pula dengan program pelayanan kesehatan dasar lainnya seperti VCT, CST, donor darah yang aman, pencegahan universal tidak ada dilapangan.

B. Manajemen persediaan dan ketersediaan obat

Di Merauke, daftar obat esensial tersedia tapi tidak pada tingkat farmasi. Semua obat tersedia, namun tidak tersedia dosis kombinasi yang tetap untuk ARV, hanya obat tunggal. Tidak tersedia stok formulasi 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.

C. Sumber daya Manusia

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.

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.

D. Kapasitas Laboratorium

Testing HIV telah tersedia di 5 dari 8 puskesmas di kabupaten Merauke, mereka menggunakan HIV antibody rapid tests. Untuk konfirmasi sample darah 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.

E. Anggaran dan Pembiayaan

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.

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.

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.

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.

F. Kerjasama dan keterlibatan masyarakat

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 memberikan 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 epidemik 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.

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 meminjamkan pinjaman lunak untuk tambahan pendapatan lewat usaha lain dan memberikan kondom secara gratis.

Rasa tidak aman atau waktu yang singkat dan berfariasinya 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.

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.

G. Stigma Dan Diskriminasi

Di wilayah tempat kami bekerja kami tidak menanyakan secara khusus mengenai hak asasi manusia. Namun demikian 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. 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.

3. Strategi pengelolaan data menjadi Informasi

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.

4. Program Pencegahan HIV

a) Informasi Edukasi Komunikasi

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.

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.

b) Pencegahan Infeksi Penyakit Seksual (Sexual Transmitted Infection) dan pengobatannya:

Pengobatan Infeksi Penyakit Seksual (STI) telah terintegrasi dalam layanan tingkat puskesmas. Diagnosis dan pengobatan mengikuti aturan dan tatacara WHO dengan menggunakan pemeriksaan gejala yang dialami oleh pasien. Hal ini dikarenakan keterbatasan apalagi di daerah tertentu wanita yang menjadi target layanan tersebut jumlahnya sangat sedikit.

Obat yang tersedia adalah ciprofloxacin dan doxycyclin, penicillin untuk pengobatan syphilis meskipun sering tidak digunakan oleh karena takut dengan efek samping yang akan terjadi. Di beberapa layanan puskesmas mereka memilih nystatin dan podophylin.

Kunjungan pasien ke puskesmas untuk pengobatan infeksi penyakit menular seksual secara keseluruhan sangatlah (1-3 pengunjung/bulan). Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat secara umum mencari pengobatan di klinik swasta atau melakukan pengobatan sendiri dengan membeli obat-obatan yang diperlukan di apotik. Hal ini didukung dengan beberapa fakta bahwa beberapa pria mencari pengobatan di layanan pengobatan publik. Di Wamena tidak ada layanan publik untuk pengobatan infeksi penyakit menular seksual, akan tetapi salah seorang dokter swasta mengatakan bahwa dia memberikan layanan. Pasien rujukan sangat jarang dan kondom tidak diberikan secara rutin.

c) PMTCT

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 (Bagaimana PMTCT di buat secara umum untuk seluruh Indonesia). Yayasan Pelita Ilmu telah mengembangkan PMTCT untuk percontohan di 6 propinsi dengan bantuan dari GFATM putaran 1. Layanan selanjutnya bisa terlaksana dengan bantuan GFTAM.

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 posnyandu 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

d) Program Kondom 100%

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.

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

Isu penting dan keterbatasan: 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.

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.

e) Program Pengurangan Dampak Buruk Narkoba (Harm Reduction):

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. 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 kelangan 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.

f) Pencegahan Penularan HIV di Layanan Kesehatan

Keamanan darah. 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.

Di rumah sakit Wamena sumber donor umumnya berasal dari anggota keluarga pasien. Tes HIV telah di terima dari PMI (mereknnya 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.

Pencegahan Universal: 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.

5. Perawatan, dukungan, dan terapi (ART, manajemen IO management, perawatan berkelanjutan untuk TB & HIV)

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.

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

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.

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).

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 kenajuan 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.

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 malakukan 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.

Lampiran II

Surat menyurat dengan Clinton Foundation

Surat ke-1

From: Daniel Hazman <dhazman@clintonfoundation.org>

Date: Mon, 23 Apr 2007 22:45:37 +0700

To: Samsuridjal Djauzi <samsuridjal@yahoo.com>, <pokdisus@centrin.net.id>

Conversation: Meeting with Clinton Foundation

Subject: Re: Meeting with Clinton Foundation

Dr. Samsu and Rachmadi,

Great meeting the both of you today. I think there will be many opportunities for future collaborations.

For now, we'll focus on Pediatrics. Please find attached the presentation that I had promised. Rachmadi, can you please send me the pediatric treatment data and set up the meeting with Kimia Farma this week?

Thanks,

Daniel Hazman

Program Coordinator - Southeast Asia

The William J. Clinton Foundation

HIV/AIDS Initiative

Tel.: +62 815 853 89 907

www.clintonfoundation.org <<http://www.clintonfoundation.org>>

Surat ke-2

Dear Dr. Samsu,

Thank you for your flexibility with the scheduling. I wanted to send this email to confirm that our team will be visiting RSCM with Pokdisus this Thursday, July 26th from 11:00-13:30.

In terms of agenda, we would like to learn the following from you:

- 1) Adults ART program, including substitution and 2nd line treatments
- 2) ARV, OI and lab commodities supply Chain, including visits to the hospital's pharmacy and storage facilities
- 3) Pmtct and Pediatrics programs for HIV/AIDS patients
- 4) Sample M&E reports, e.g. Monthly report for Depkes

In terms of logistics, can you please provide me the directions to the hospital (we will be coming from KPA) and where we should meet? As we've discussed, we will also have lunch together at the hospital.

Our team will consist of 7 members:

Ms. Ruby Shang - SE Asia Regional Director Mr. Frederic Claus - Vietnam Country Director Mr. Daniel Hazman - SE Asia Program Coordinator Ms. Clare Cameron - Country Analyst Dr. Erik Fleischman - Clinical Mentoring Manager Dr. Anne Badrichani - Regional Lab Advisor Dr. Kenneth Brown - Director of Brown University AIDS Program

Unfortunately, Dr. Shaffiq Essajee--our Sr. Pediatrics Advisor--will not make it to Jakarta from Kenya until the weekend, and he will directly go to Papua. If you'd like, perhaps we can arrange for a meeting between him and POKDISUS on Saturday, August 4th. He will have the afternoon free. I think the meeting will be mutually beneficial as POKDISUS is looking into scaling up PEDS ART and Dr. Shaffiq is our global pediatrics resident expert.

Please let me know if you have any questions.

Best regards,

Daniel Hazman
Program Coordinator - Southeast Asia
The William J. Clinton Foundation
HIV/AIDS Initiative
Tel.: +62 815 853 89 907
www.clintonfoundation.org <<http://www.clintonfoundation.org>>

Lampiran III

Pertemuan dengan PT. ABBOT Tbk.

Jakarta, 02/12/2007

Sehari setelah kembali dari pertemuan International Compulsory Licensing di Bangkok (Thailand), Patrick Illidge (general manager Abbot Indonesia) segera menghubungi Prof. Samsuridjal selaku ketua tim Indonesia yang hadir pada pertemuan tersebut. Ia telah membaca artikel di majalah Intellectual Property Watch tentang compulsory licensing di Indonesia. Ia juga menyampaikan keinginannya untuk segera bertemu tim Indonesia. Mereka ingin sekali mengetahui lebih jauh lagi tentang masalah compulsory licensing di Indonesia.

Akhirnya pertemuan tersebut terlaksana pada tanggal 02/12/2007. Pada saat pertemuan itu Prof. Samsuridjal Djauzi menjelaskan apa dan bagaimana perkembangan permasalahan obat AIDS di Indonesia. Beliau amat menyayangkan ketidakpekaan perusahaan farmasi paten akan masalah harga obat yang lebih terjangkau.

Patrick menyatakan akan memperhatikan masalah tersebut, ia berjanji akan memberikan harga yang terbaik untuk Indonesia dan juga akan membantu berbagai program pelatihan untuk tenaga kesehatan Indonesia. Ia juga berjanji untuk memberikan artikel yang ia baca di majalah Intellectual Property Watch tentang compulsory licensing di Indonesia. Artikel itu merupakan hasil wawancara Prof Samsuridjal dengan majalah tersebut.

Hadir pada pertemuan tersebut dari PT. Abbot Indonesia: Edy Susanto, Onna Rawung, dan Patrick illidge.

=====

03/12/07

Prof Samsuridjal,

Many thanks for meeting with us yesterday to discuss this issue. As promised, please find below the text of the article we discussed.

After our meeting with you yesterday we met with Dr Emile of the Ministry of People's Welfare. Amongst other topics we also discussed this issue at that meeting and he has suggested we set up a discussion meeting with some key stakeholders (including yourself) to discuss this issue further and to confirm how we can continue to support HIV initiatives in Indonesia. I will be trying to set up this meeting via Dr Emile, for Dec 13th or 14th, and hope you will be available.

Kind regards and many thanks,
Patrick

Intellectual Property Watch

26 November 2007

Indonesia Mulls Compulsory Licences On Three More HIV/AIDS Drugs

Posted by William New @ 2:50 pm

By Sinfah Tunsarawuth for *Intellectual Property Watch*

BANGKOK - Indonesia is considering exercising rights under its law to produce cheaper versions of three additional patented HIV/AIDS drugs without the patent-holders' permission, after having used the measure earlier for three similar medicines.

Three second-line antiretroviral (ARV) drugs for HIV/AIDS patients are in need in Indonesia, and current funding for the three drugs could dry up soon, according to Samsuridjal Djauzi, a physician who is involved in the government's compulsory licensing activities. Some HIV/AIDS patients develop resistance to their first-line drugs during the course of their treatment and need these second-line medicines to boost their immunity, he said.

The three under consideration are tenofovir, didanosine and lopinavir, said Djauzi, who teaches medical science at University of Indonesia in Jakarta and works at a clinic to help HIV/AIDS patients. Djauzi spoke in an interview with *Intellectual Property Watch* on the sidelines of a meeting on compulsory licensing in Bangkok on 21-23 November. He said his working group is now collecting data about the three drugs in order to make proposals to the health minister, who will make the decision. Tenofovir, didanosine and lopinavir are the generic names of the patented versions which are produced and marketed by Gilead Sciences, Bristol-Myers Squibb and Abbott Laboratories, respectively.

Djauzi said currently about 10,000 Indonesian patients are on first-line ARVs and usually less than 5 percent of the patients would develop resistance and would need the second-line ARVs, which are more expensive.

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria now supplies these second-line ARVs to Indonesia, but Djauzi said the supplies might dry up soon as the fund might decide to cut its aid to the country.

Indonesia first issued a presidential decree to use compulsory licensing for two ARVs - lamivudine and nevirapine - in 2004. In March 2007, the decree was renewed to cover another ARV drug efavirenz, which replaced nevirapine as the first-line drug.

Indonesia uses lamivudine, efavirenz and zidovudine as the three first-line ARVs for its HIV/AIDS patients. The country did not impose a compulsory licence on zidovudine as its patent had earlier expired. These three drugs are now produced locally by PT Kimia Farma, a state-owned pharmaceutical company.

Djauzi said if compulsory licences are issued on the three second-line ARVs, Indonesia might have to import the ingredients from India, but would make the generic versions locally.

He said the prices of these second-line ARVs have come down since the local industry started to produce the generic versions of the first-line drugs, but he was uncertain that multinational pharmaceutical companies would keep the prices low without the pressure of potential compulsory licences and competition from generic drugs.

“They might cut the price now, but for how long?” the Indonesian doctor said. “However, the society wishes for a sustainable supply of ARV drugs with affordable price. Therefore, the option of producing them in our own country is much desirable.”

Djauzi said in his paper presented at the Bangkok meeting that while the number of Indonesians affected with HIV/AIDS is estimated at 190,000 to 210,000 in 2006, patients under the ARV treatment only amount to the current 10,000 and the number could possibly rise to 30,000 at the end of 2008. He said later in the interview that without an effective control programme, the number of those affected by HIV/AIDS in Indonesia could jump to one million in 2010.

“In the long term, the generic version of patented drugs will be more widely used in developing countries,” he said.

Sinfah Tunsarawuth may be reached at info@ip-watch.ch.

<http://www.ip-watch.org/weblog/index.php?p=841>

Lampiran IV

Pertemuan dengan International Pharmaceutical Manufacture Group (IPMG)

Jakarta, 08/12/2007

Setelah bertemu dengan Abbot Indonesia datang lagi permintaan untuk bertemu, kali ini datang dari international Pharmaceutical Manufacturers Group. Pada intinya mereka ingin mengajak bertemu untuk membicarakan hal yang sama seperti yang telah dilakukan dengan PT. Abbot Indonesia. Akhirnya disetujui untuk bertemu pada tanggal 08/12/2007 di Hotel Borobudur, karena kebetulan pada waktu dan tempat yang sama sedang ada pelatihan dari PDPAI untuk para anggotanya.

Pada pertemuan tersebut hadir bapak Parulian Simanjuntak selaku Executive Director IPMG. Pada kesempatan itu Pak Parulian menanyakan kemungkinan mengenai proses compulsory lisencing obat AIDS dan siapa saja yang memiliki kewenangan untuk melakukan itu. Prof. Samsuridjal lalu menjelaskan sejarah dari pengadaan obat AIDS di Indonesia dan bagaimana ceritanya Indonesia bisa melakukan compulsory lisencing. Berawal dari tahun 1997, ketika Pokdisus AIDS FKUI mendapatkan izin dari Badan POM untuk melakukan import obat melalui jasa pos. Tahun 1999 Pokdisus AIDS upaya yang lebih serius dilakukan dengan membuat Program Akses Diagnostik dan Terapi. Sampai akhirnya pemerintah memutuskan untuk memproduksi sendiri Obat HIV AIDS lini pertama.

Pak Simanjuntak menanyakan bagaimana pemerintah bisa melakukan itu padahal beberapa obat masih berada dalam masa paten. Prof. Samsuridjal menjelaskan bahwa hal itu diijinkan oleh WTO (World Trade Organisasi) dengan syarat-syarat tertentu. Misal suatu negara berada dalam keadaan bahaya, dan Untuk kepentingan kesehatan masyarakat mereka bisa melakukan hal itu. Lalu Pak Simanjuntak menanyakan kalau seperti itu maka bukan hanya obat AIDS saja obat yang lain bisa juga digenerikan. Prof. Samsu menceritakan bahwa oleh Pemerintah Amerika hal seperti itu bukan saja dilakukan terhadap obat akan tetapi juga komputer bahkan terhadap sistem mesin mobil Toyota hybrid compulsory lisencing diberlakukan. Dalam hal besar kompensai yang diberikan pada perusahaan pemilik paten, Pemerintah Amerika sendirilah yang memutuskan besarnya.

Oleh karena alasan-alasan itulah pemerintah Indonesia melakukan compulsory lisencing, karena hal yang demikian itu tidak melanggar ketentuan hukum internasional maupun lokal. Dan Indonesia bukanlah satu-satunya negara yang melakukan tindakan tersebut, ada India, Thailand, China, Brasil dan masih banyak lainnya. Mereka semua melakukan hal itu bukan untuk kepentingan komersial atau mencari keuntungan. Mereka semua melakukan itu untuk alasan kesehatan masyarakat dan juga kemanusiaan. Obat-obatan yang mereka buat mereka bagikan secara gratis kepada masyarakat mereka yang memerlukan.

Setelah mendapat penjelasan tersebut Pak Simanjuntak mengatakan bahwa dia akan menyampaikan hasil pertemuan tersebut kepada teman-teman produsen farmasi paten. Kami juga mengucapkan terima kasih banyak atas kesediaan beliau untuk berdiskusi dengan kami.

Lampiran V

Pertemuan dengan Perusahaan Farmasi Paten GILEAD Sciences, Inc

Jakarta, 18/01/2008

Atas permintaan pihak Gilead Pertemuan ini dilakukan di hotel Aryaduta. Hadir dari pihak Gilead adalah Aaron Brinkworth (Associate Director International Access Operations), Ario Setra Setiadi (IDS General Manager Pharmaceuticals) Maria Caroline Wiyono (IDS, Regulatory Executive). Gilead adalah perusahaan paten obat AIDS lini 2, nama obat yang mereka produksi adalah: Truvada and Viread. Sedangkan IDS adalah perusahaan yang bergerak dibidang retail dan distribusi obat-obatan dan memiliki jaringan yang luas di Asia.

Seperti pada pertemuan dengan pihak IPMG, Prof. Samsuridjal memulai dengan menceritakan apa yang telah dicapai oleh Indonesia terutama dalam program perawatan, dukungan, dan terapi. Khususnya lagi pencapaian dalam hal pengadaan obat AIDS yang terjangkau serta cakupan dari penggunaan obat tersebut. Pada penutupan presentasinya beliau mengatakan bahwa harapan Indonesia adalah bukan bantuan obat gratis yang terbatas jumlah (bukan 1000 atau 2000 botol saja) dan juga terbatas masa berlakunya (setahun atau dua tahun saja). Alasan yang terpenting yang diharapkan dari perusahaan paten, terutama sekali bagi masyarakat Indonesia adalah masalah keterjangkauan harga obat bagi masyarakat Indonesia.

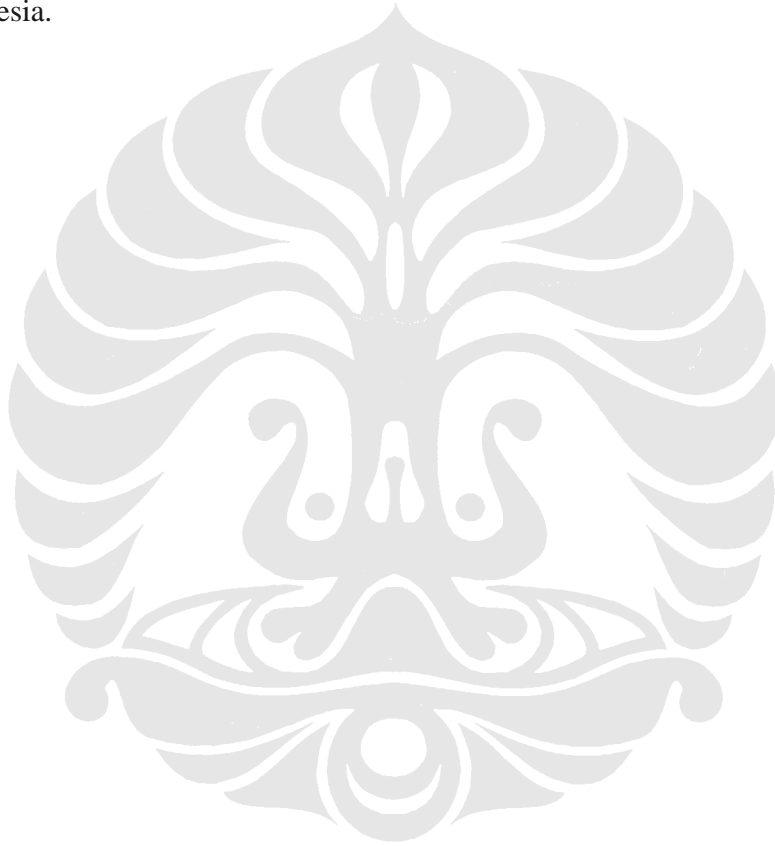
Setelah itu Aaron Brinkworth menyampaikan presentasinya. Dalam presentasinya ia menjelaskan bahwa Gilead berbeda dengan perusahaan patent lainnya. Gilead melihat bahwa tiap negara memiliki pendapatan nasional yang berbeda. Oleh karena itu Gilead memberikan harga yang berbeda pula. Harga yang diberikan oleh Gilead dibedakan dalam 4 kelompok negara, yaitu: negara dengan pendapatan nasional rendah (<\$1000, menengah kebawah (<\$3000), menengah ke atas (<\$10.000) dan tinggi (>\$10.000). Sebagai pembanding dia menyampaikan bahwa harga asli dari produk perusahaannya adalah obat Truvada harganya \$867,99 sedangkan Viread seharga \$587,73.

Untuk negara dengan pendapatan nasional rendah mereka memberikan harga untuk Truvada sebesar \$26,25 (± Rp. 236.250)/bln dan untuk Viread sebesar \$17,00 (± Rp.153.00)/bln. Sedangkan untuk Negara menengah kebawah mereka memberikan harga untuk Truvada sebesar \$45,00 (± Rp. 405.000)/bln dan untuk Viread sebesar \$30,00 (± Rp.180.00)/bln. Sedangkan untuk Negara menengah ke atas mereka memberikan 70% diskon dari harga asli. Sedangkan untuk negara yang pendapatan nasionalnya diatas \$10.000 mendapatkan harga yang sama seperti di Amerika, Canada, dan negara-negara Eropa.

Kami sangat senang sekali mendengar presentasi dari Aaron, ini merupakan cara pendekatan baru yang jelas lebih baik dari sebelumnya. Namun itu melakukan saja niat baik tersebut masih menghadapi kendala teknis. Hal ini di karenakan pertama, Gilead telah memilih IDS sebagai distributor. Mengapa ini jelas akan jadi hambatan, karena IDS bukanlah merupakan perusahaan farmasi akan mengalami kesulitan dalam proses registrasi dan birokrasi. Kedua, IDS belum memiliki gudang yang memadai dan memenuhi persyaratan kefarmasian. Ketiga, IDS tidak mempunyai cabang-cabang di profinsi lain ini juga akan menghambat pendistribusian obat.

Sebagai lembaga profesi PDPAI (Perhimpunan Dokter Peduli AIDS Indonesia) dan Pokdisus (Kelompok Studi Khusus) AIDS selaku lembaga Universitas akan coba memberikan surat dukungan agar proses registrasi dan birokrasi dapat di percepat. Hal ini penting karena obat-obatan yang mereka produksi sangat diperlukan oleh masyarakat Indonesia. Khususnya bagi mereka yang pernah menggunakan obat ARV lini 1 dan sekarang sudah mengalami resistensi obat.

Untuk membantu menghilangkan faktor hambatan kedua dan ketiga, akan di coba untuk bertemu dengan pihak Kimia Farma. Hal ini diusulkan mengingat selama ini Kimia Farma yang berperan dalam membantu program obat bantuan pemerintah terutama sekali dalam hal penyimpanan dan pendistribusian hingga ke rumah sakit terpencil. Dengan begitu diharapkan dapat menciptakan sinergi dalam melayani kepentingan masyarakat Indonesia.



Lampiran VI

Pertemuan dengan PT. Kimia Farma Tbk.

Jakarta, 1 Januari 2008

Setelah bertemu dengan berbagai perusahaan farmasi pemegang hak paten sudah barang tentu bertemu dengan pihak perusahaan farmasi seperti Kimia Farma (KF) menjadi sangat penting. Terutama sekali karena selaku perusahaan milik negara mereka selama ini telah memproduksi obat AIDS yang harganya lebih terjangkau bagi masyarakat Indonesia. Pertemuan dilaksanakan di Ancol oleh karena pada saat itu rapat oleh karena baru dilantiknya pejabat Direktur dan jajaran manajemen KF yang baru.

Selain untuk memberikan ucapan selamat juga memberikan ucapan terima kasih karena KF selama ini telah banyak menolong masyarakat Indonesia. KF telah memproduksi berbagai obat yang diperlukan oleh masyarakat Indonesia, khususnya obat AIDS generik. Padahal dalam banyak hal mungkin akan menyebabkan KF berada dalam posisi yang tidak nyaman. Mereka harus menghadapi tekanan dari perusahaan pemegang hak paten, produknya dianggap kurang kualitasnya, menerima kecaman oleh karena tuduhan keterlambatan pengiriman obat, dll. Namun selama ini hal-hal tersebut dapat diselesaikan dengan cara yang baik sekali.

Kimia Farma memiliki lima perkebunan produksi yang menjadi tulang punggung sektor industri, yang mana keseluruhan perkebunan tersebut telah mendapatkan sertifikat GMP (Good Manufacture Product) dan sertifikat ISO 9001, ISO 9002 dan ISO 14001 dari berbagai institusi (Llyod's, SGS, TUV). Kimia Farma memiliki 260 jenis produk, 40 cabang untuk mendistribusikan obat dan alat kesehatan, dan memiliki 320 apotik di seluruh Indonesia.

Pada pertemuan ini Pokdisus AIDS yang diwakili oleh Prof Samsuridjal dan sdr Rachmadi memberikan masukan tentang hasil-hasil pertemuan konferensi Compusory Lisencing di Bangkok, 21-23 November 2007. Berdasarkan masukan yang telah diberikan dan juga komitmen Kimia Farma sebagai produsen obat AIDS generik lokal maka Kimia Farma berjanji untuk memperbaiki dan memperluas layanan. Bahkan saat ini untuk meningkatkan kapasitas produksi mereka sedang mempersiapkan pabrik yang baru.

Lampiran VII

Penjelasan dr. Dyah (Staf Ditjen P2MPLP) tentang masalah obat AIDS (diambil dari diskusi mailing list aids-ina)

Dear Alita,
Namanya juga manusia, sesempurna apapun kita coba melakukan perbaikan tetapi tentu ada hal-hal diluar kendali kita yang mungkin bisa menyebabkan terjadinya stock out (Ingat: Kun Fayakun). Dengan kehati-hatian dan saling memperingatkan diantara kita, Insya Allah hal tersebut tidak perlu terjadi. Dan tentunya kami akan tetap berbesar hati dan siap dikritik dengan catatan asal membangun lho!!

Dyah Erti Mustikawati
dmustika_2007@yahoo.co.id,
dmustika@indosat.net.id

----- Pesan Asli -----

Dari: Alita Damar <apelint@bit.net.id>
Kepada: aids-ina@yahoogroups.com
Ter kirim: Sabtu, 17 Mei, 2008 03:18:52
Topik: Re: [aids-ina] Tanggung jawab odha terhadap lingkungan

Dear Ibu Dyah,

Terimakasih atas penjelasannya. Saya yakin kita semua percaya bahwa transparansi adalah bagian dari good governance yang mutlak dilakukan oleh semua pihak guna menghindari kesimpang siuran informasi. Adalah juga kewajiban kita, masyarakat peduli AIDS, untuk menyampaikan di milis ini hal2 yang kita anggap "tidak jelas", guna mendapatkan klarifikasi dari pihak yang berwenang. Hendaknya hal itu dianggap sebagai kritik yang membangun. Mudah2an apa yang dilakukan Ibu Dyah ini menjadi precedent baik dalam rangka mewujudkan transparansi melalui milis ini.

Harapan kita semua, tentunya, ialah agar apa yang sedang diupayakan oleh pihak program dalam rangka SCM segera menunjukkan hasil nyata, yaitu distribusi ARV yang konsisten dan berkelanjutan, sehingga tidak akan ada lagi ODHA yang dirugikan.

Kalau di kemudian hari muncul lagi cerita putus ARV ya ... siap2 saja menerima kritik hehehe

Salam,
Alita

Quoting Dyah Mustikawati <dmustika_2007@yahoo.co.id>:

- > Yth komunitas milist,
- > Kami dari pihak program sebenarnya juga mempunyai impian yang sama
- > dengan teman-teman disini yaitu adanya sistem supply chain
- > management (SCM) ARV yang stabil, konsisten dan berkelanjutan.
- > Keinginan tersebut kami realisasikan dengan meminta 2 orang

> konsultan yaitu Murray Bailey dari WHO (untuk assessment di 5
 > provinsi Riau, Kalbar, Jatim, Sulsel, Jateng) dan Andy Barolough
 > dari SCMS (assessment di Tanah Papua) untuk membantu kita melakukan
 > penjajagan agar permasalahan yang kami hadapi bisa terurai lebih
 > jelas. Hasil assessment tersebut ternyata menunjukkan bahwa masalah
 > terkait supply chain management cukup kompleks dan tidak bisa
 > secara instan diselesaikan.
 > Tahun 2007 adalah tahun yang sangat berat bagi kami, karena adanya
 > restriksi Global Fund dan juga adanya pemotongan dana APBN secara
 > menyeluruh (seluruh Departemen terdampak tanpa pandang bulu). Kami
 > sudah mengajukan telaahan dan usulan agar alokasi dana obat tidak
 > terpotong tapi upaya tersebut tidak berhasil, dana tetap terpotong
 > dari Rp. 36,000,000,000 menjadi 50% nya.
 > Dampak dari restriksi dan pemotongan APBN tersebut adalah adanya
 > stock-out beberapa jenis obat ARV (Efavirenz, Tenofovir dan
 > Didanosine) di tingkat pusat pada akhir Desember 2007- Feb 2008.
 > Upaya-upaya maksimal sudah kami laksanakan untuk meminimalisir
 > terjadinya dampak yang merugikan teman-teman ODHA dengan
 > memfasilitasi peminjaman antar RS dll.
 > Alhamdulillah masa stock out tersebut tidak berlangsung lama, dan
 > upaya-upaya yang kami lakukan mendapatkan perhatian sangat serius
 > dari para pimpinan kami. Untuk tahun 2008 ini, dana untuk pengadaan
 > ARV melalui DIPA Depkes sebesar Rp 38,000,000,000 melalui Kimia
 > Farma sudah hampir final dan stock obat saat ini cukup aman. Secara
 > rutin (setiap bulan) kami distribusikan stok obat ini melalui
 > milist jaringan RS rujukan ARV. Dari Gf AIDS R-4 phase 2 juga
 > sedang dilakukan proses pengadaan untuk kebutuhan obat tahun 2008
 > sebesar Rp 28,000,000,000. Jadi tidak benar informasi
 > bahwa pembiayaan ARV itu 80% ditanggung oleh GF AIDS, karena
 > kenyataannya alokasi dana GF masih lebih rendah dari subsidi
 > pemerintah. Dana Global Fund merupakan pendamping (incremental)
 > dari dana pemerintah. Dan kalau teman-teman menyimak laporan
 > Ungass Indonesia, disana dilaporkan bahwa kontributor dana publik
 > untuk penanggulangan HIV AIDS terbesar adalah berasal dari
 > Departemen Kesehatan (95%). Kami memang menyadari bahwa masih
 > banyak kelemahan yang harus kami perbaiki, tetapi menafikkan begitu
 > saja upaya-upaya yang sudah diupayakan rasanya tidak adil juga kan??
 > Kami sudah mempelajari dengan seksama hasil assessment para pakar
 > logistik tersebut dan sudah melakukan beberapa perbaikan secara
 > maksimal sesuai dengan kewenangan dan kemampuan kami. Bahkan kami
 > sudah merencanakan untuk R-8 (doakan semoga pengajuan proposal
 > kali ini berhasil ya!!). untuk secara khusus melakukan upaya
 > perbaikan menyeluruh dalam sistem SCM ini.
 > Dalam melakukan upaya perbaikan SCM ini kami berupaya untuk cepat
 > tanggap terhadap kritik, saran dan masukan dari berbagai pihak. Dan
 > tentunya kritik yang membangun dengan saran nyata yang bisa kami
 > tindak lanjuti adalah lebih bermanfaat daripada kritik yang
 > memojokkan dan tidak membangun. Kesyambungan pengobatan ARV menjadi
 > komitmen dan perhatian pimpinan kami. Mudah-mudahan apa yang kami
 > sampaikan bisa memberikan ketenangan kepada teman-teman dan dapat
 > sedikit mengurangi kekhawatiran tentang "isu simpang siur tentang
 > kesyambungan" pengobatan ARV.
 >
 > Dyah Erti Mustikawati
 > dmustika_2007@yahoo.co.id,
 > dmustika@indosat.net.id
 >

Jumlah teman Odha di Iran diperkirakan sekitar 60.000 namun baru sekitar 500 orang yang mendapat obat ARV. jadi masih amat sedikit. Obat ARV dibiayai oleh Global Fund dan dapat diakses secara gratis namun untuk diagnostik seperti CD4 dll harus membayar. Sekitar 51 % teman Odha dengan latar belakang IDU. Kegiatan Care support amat penting karena masih banyak Odha belum mengerti dan takut mencari layanan. Cukup banyak yang tahu statusnya setelah dirawat atau di diagnosis di rumah sakit. Peran konseling kemudian menjadi penting. Menurut Amirreza staf LSM ini ada 8 orang .Saya juga melihat staf perempuan cukup significant. Amirreza juga duduk di CCM IRAN dan sejumlah organisasi lainnya. Dia mengatakan bahwa salah satu kesulitan yang mereka hadapi adalah embargo terhadap Iran yang berpengaruh pada dukungan dana untuk LSM. Cukup banyak proposalnya yang sudah disetujui donor tak dapat diwujudkan karena embargo ini.

Sikap pemerintah dalam upaya penanggulangan AIDS cukup baik meski penekannya masih pemerintah sentris. Yang menarik adalah peran ulama Iran yang memberi dukungan pada penggunaan kondom dan harm reduction. Proses ini berjalan cukup cepat . informasi yang diterima ulama Iran dikaji dan kemudian dijabarkan dalam fatwa yang sangat mendukung kegiatan pencegahan HIV di Iran. Namun dalam upaya penanggulangan di masyarakat Amirreza mengharpakan dukungan yang lebih kuat dari pemerintah. Kasus HIV positif pada perempuan juga semakin menonjol. Seperti juga di Indonesia kebanyakan IDU pada usia muda dan dalam usia seksual aktif. Saya juga memperoleh informasi banyak mengenai upaya penaggulan HIV/AIDS di penjara yang menurut Amirreza amat baik.

Pada ujung pertemuan saya mengusulkan kerjasama negara D8 (negara negara Islam yang tergolong negara berkembang di Asia) karena Irandan indonesia merupakan amggota Kita dapat membagi pengalaman dalam upaya penanggulangan AIDS serta saling belajar meningkatkan kemampuan masing masing . Meski Persia Plus baru berdiri dua tahun namun banyak yang dapat kita pelajari dari mereka. Begitu pula mereka dapat belajar sesuatu dari Indonesia. Kami berjanji akan saling bertukar staf , mudah mudahan ada sponsor untuk kerjasama ini. Sudah tentu saya ikut mengingatkan Amirreza dkk untuk datang ke AICAP 2009 di Bali. Dia amat entusias dan berjanji akan datang.

Dua hari ini saya belajar dua hal di Tehran. Pertama Kehidupan mahasiswa dan suasana belajar di kapus. Kdua layanan CST yang menarik dan aktivisnya yang penuh semangat dan dedikasi. Besok sehabian waktu saya akan habis di Biotek. Waktu berjalan cepat dan lusa sudah harus kembali ketanah air.

Samsuridjal , dari warnet di Tehran.
28/10/2007

Pak Zubairi,

Saya sedang di Bangkok sampai tgl 7. Pak Zubairi juga lagi di LN kan. saya hanya ingin melaporkan bahwa pada kongres internasional Compulsory licencing di bangkok 21-23 Nop lalu yang saya dan Rachmadi ikut ternyata kita mendapat sorotan khusus. Indonesia termasuk yang pertama yang melakukan compulsory licencing untuk obat ARV (Lamivudin dan Nevirapin) tahun 2004 melalui peraturan presiden dan tahun 2007 ini untuk Efavirenz. Presentasi kita cukup banyak mendapat respons. Sewaktu kongres saya di wawancara wartawan dan rupanya hasil liputan di muat di Intellectual Property Right (media perusahaan obat patent) . Akibatnya saya dihubungi segera oleh Abbot International dan Gilead (Australia) karena mereka khawatir Indonesia akan melakukan compulsory licencing utk obat lini 2. Saya memang mengatakan bahwa bagi Indonesia

yang penting obat sustainable dan harganya terjangkau dan tak penting paten atau generik namun opsi untuk membuat obat generik lini dua melalui compulsory licencing tetap terbuka. Kedua perusahaan obat paten tersebut rencananya akan bertemu setelah saya kembali dari Bangkok. Mungkin pak Zub ada waktu untuk ikut dalam pertemuan tersebut. Selain itu hasil kongres Compulsory licencing Bangkok adalah tuan rumah berikutnya Indonesia. Tentu suatu kehormatan buat kita dan dapat dijadikan pemanasan ICAAP IX.

Nah yang lain lagi proposal kita tentang pertemuan CST di kalangan negara D8 (Indonesia, Malaysia, Iran, Turki, Pakistan, Bangladesh, Mesir dan Nigeria) disetujui pada pertemuan D8 di Jogja baru lalu dan pertemuan CST tersebut akan dilangsungkan di Bogor sekitar Juni 2008. Lagi lagi mohon dukungan Pak Zubairi.

Send instant messages to your online friends <http://uk.messenger.yahoo.com>

