



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

# Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit  
Kementerian Kesehatan RI  
Tahun 2017

KEMENKES RI

**Program Pengendalian  
HIV AIDS dan PIMS  
Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama**

KEMENKES RI

KEMENKES RI

KEMENKES RI

# Daftar Isi

---

Daftar Isi	ii
Kata Pengantar	vi
I. Pendahuluan	1
A. Pencapaian dan Tantangan Implementasi Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia	1
B. Strategi Pemerintah terkait dengan Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS	4
C. Penerapan Permenkes no. 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS	6
D. Tujuan Buku Saku	6
E. Sasaran Buku Saku	6
II. Paket Pelaksanaan Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di FKTP	7
A. Identifikasi dan Analisis Besaran Masalah di wilayah kerja Faskes	12
B. Upaya Pencegahan	15
B.1 Upaya Pencegahan di Masyarakat	15
B.2 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Faskes	16
B.3 Tatalaksana Pasca Pajanan HIV	17
C. Penemuan Kasus Baru	22
D. Penegakan Diagnosis	26
E. Penemuan Infeksi Oportunistik dan Penentuan Stadium Klinis	29
F. Profilaksis Kotrimoksasol	30
G. Penanganan Ko-Infeksi TB-HIV dan Pengobatan Pencegahan dengan INH (IPT – <i>Isoniazid Preventive Therapy</i> )	32
H. Perawatan Kronis yang Baik	40
I. Pemberian ARV	41
J. Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)	44

K. Pengendalian dan Pengobatan IMS	48
L. Pengurangan Dampak Buruk Penyalahgunaan Napza	50
L.1 Program Terapi Rumatan Metadona (PTRM)	52
L.2 Program Layanan Alat Suntik Steril (LASS)	55
M. Monitoring dan Evaluasi	57
M.1 Pencatatan dan Pelaporan	58
M.2 Analisis Data	62
III. Layanan HIV-IMS Komprehensif Berkesinambungan (LKB)	65
Aktivasi Layanan ARV	68
IV. Manajemen Laboratorium	69
V. Manajemen Rantai Pasok	71
A. Perencanaan Perkiraan Kebutuhan	72
B. Pengadaan	74
C. Penerimaan dan Penyimpanan Barang	74
D. Manajemen Pemberian Obat dan Perbekalan Kesehatan	76
E. Pencatatan dan Pelaporan Logistik	78
Daftar Pustaka	79

# Daftar Gambar, Bagan, Tabel dan Lampiran

---

Gambar 1: Kejadian Infeksi Baru HIV pada Orang Dewasa menurut Sub-Populasi di wilayah non-Papua	2
Gambar 2: Kejadian Infeksi Baru HIV pada Orang Dewasa menurut Sub-Populasi di wilayah Tanah Papua	3
Bagan 1: Layanan HIV-IMS Komprehensif Berkesinambungan	8
Bagan 2: Pintu Masuk Layanan HIV	9
Bagan 3: Alur Pemeriksaan HIV	25
Bagan 4: Alur Pemeriksaan Laboratorium HIV	27
Bagan 5: Alur Diagnosis TB Paru pada ODHA	35
Bagan 6: Alur Pemberian Terapi Profilaksis INH	39
Bagan 7: Paket Komprehensif Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Napza Suntik	51
Bagan 8: Kerangka Kerja Layanan HIV-IMS Komprehensif Berkesinambungan	66
Bagan 9: Jejaring Rujukan Timbal Balik	67
Bagan 10: Siklus Manajemen Logistik	71
Tabel 1: Cara Menghitung Kebutuhan Reagen Tes HIV sesuai dengan Besaran Masalah di wilayah kerja Puskesmas	14
Tabel 2: Telaah Pajanan untuk HIV	18
Tabel 3: Paduan Obat ARV untuk PPP	21
Tabel 4: Dosis obat ARV untuk PPP HIV bagi Orang Dewasa dan Remaja	21
Tabel 5: Formulir Pencatatan terkait HIV dan IMS	60
Tabel 6: Formulir Pelaporan terkait Program HIV dan IMS	61

Lampiran 1:	Alur pemeriksaan laboratorium untuk IMS dan HIV	81
Lampiran 2:	Alur Tes Serologi Sifilis dan Tatalaksana Sifilis Laten	82
Lampiran 3:	Penyakit IMS, Pengobatan dan Dosis Obat	84
Lampiran 4:	Pencegahan dan Tatalaksana Anafilaksis	85
Lampiran 5:	Nama Bakteri dan Virus penyebab IMS	86
Lampiran 6:	Peralatan dan Bahan Habis Pakai Program IMS	88
Lampiran 7:	Stadium Klinik	89
Lampiran 8:	Pengendalian Mutu Pemeriksaan Laboratorium	91
Lampiran 9:	Kemampuan Pemeriksaan, Metode, Peralatan, dan Reagen serta Stabilitas Sampel di Laboratorium Puskesmas	93
Lampiran 10:	Daftar Wilayah dengan Tingkat Epidemik HIV Terkonsentrasi	98
Lampiran 11:	Daftar Wilayah dengan Tingkat Epidemik HIV Meluas	99

# Kata Pengantar

---

Respon terhadap penanggulangan HIV di Indonesia berkembang secara signifikan sejak tahun 2004. Jumlah orang yang menerima perawatan, dukungan dan pengobatan terus meningkat dari tahun ke tahun namun masih banyak hambatan bagi orang yang terinfeksi HIV untuk mendapatkan akses perawatan dan pengobatan yang mereka butuhkan.

Program pengendalian HIV tidak cukup hanya dilaksanakan oleh jajaran kesehatan saja namun harus pula melibatkan sektor lain dan masyarakat atau komunitas terutama populasi kunci. Pelibatan ini mulai dari upaya pencegahan di masyarakat hingga perawatan, dukungan dan pengobatan, sehingga program pengendalian HIV tersebut merupakan upaya kesehatan masyarakat dan juga sekaligus upaya kesehatan perorangan.

Pengobatan anti retro viral (ARV) di Indonesia pada awalnya di inisiasi di rumah sakit (RS). Pedoman tata laksana HIV dan pengobatan anti retroviral telah lama tersedia dan terus menerus diperbarui sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan, untuk digunakan sebagai pedoman dalam memberi layanan kepada ODHA. Dengan makin bertambahnya jumlah kasus HIV dan meningkatnya kebutuhan akan adanya akses layanan yang menyebar secara luas sehingga semua orang dengan HIV dapat dengan mudah memulai ARV di dekat lingkungan tinggalnya maka akses layanan perlu didekatkan ke masyarakat. Beberapa propinsi seperti DKI, Jawa Barat, Jawa Timur, Bali, Papua dan Papua Barat berinisiatif menjadikan Puskesmas sebagai satelit untuk pengobatan ARV dari rumah sakit dalam kerangka kerja Layanan HIV-IMS Komprehensif Berkesinambungan (LKB). Untuk itu diperlukan suatu pedoman bagi Puskesmas dalam melaksanakan program pengendalian dan layanan HIV AIDS dan PIMS dengan baik

Buku saku Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama ini berisi petunjuk tentang paket

pelaksanaan program pengendalian HIV AIDS dan PIMS di FKTP dalam kerangka kerja LKB.

Kami menyampaikan penghargaan dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak atas bantuan dan kontribusinya dalam penyusunan dan penyempurnaan Buku saku Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama ini. Semoga buku saku ini bermanfaat bagi Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia.

Jakarta, September 2017  
Direktur Jenderal P2P  
Kementerian Kesehatan RI



di. N.M. Subuh, MPPM  
NIP.195107221978031002

KEMENKES RI

# **Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama**

---

## **I. Pendahuluan**

### **A. Pencapaian dan Tantangan Implementasi Program Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia**

Pada beberapa tahun terakhir telah tercatat kemajuan dari pelaksanaan program pengendalian HIV di Indonesia. Berbagai layanan HIV telah berkembang dan jumlah orang yang memanfaatkannya juga telah bertambah dengan pesat. Walaupun data laporan kasus HIV dan AIDS yang dikumpulkan dari daerah memiliki keterbatasan, namun bisa disimpulkan bahwa peningkatan yang bermakna dalam jumlah kasus HIV yang ditemukan dari tahun 2009 sampai dengan 2012 berkaitan dengan peningkatan jumlah layanan konseling dan tes HIV (KTHIV) pada periode yang sama. Namun demikian kemajuan yang terjadi belum merata di semua provinsi baik dari segi efektifitas maupun kualitas. Jangkauan dan kepatuhan masih merupakan tantangan besar terutama di daerah yang jauh dan tidak mudah dicapai.

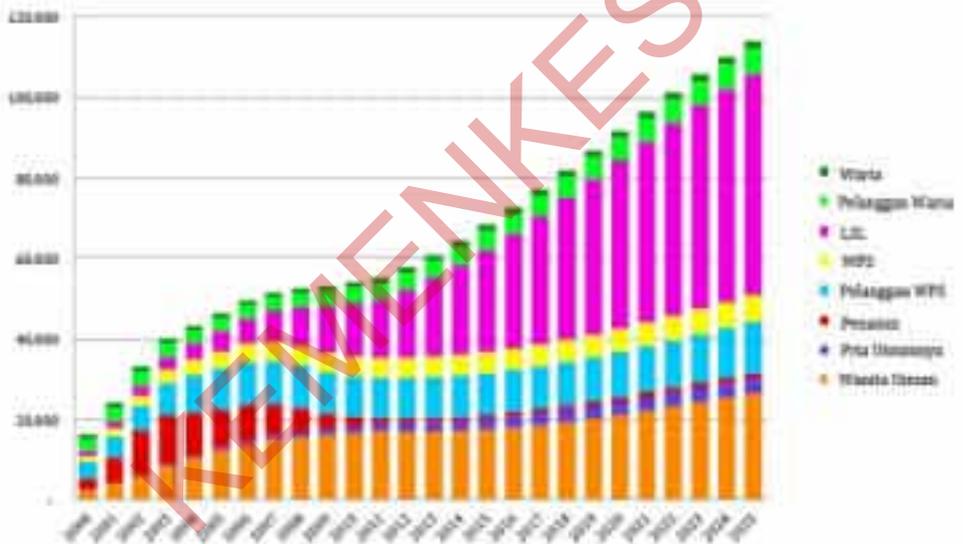
Pada tahun 2016 dilaporkan 41.250 kasus HIV baru dan sampai Maret 2017 dilaporkan 10.376 Kasus HIV baru. Secara kumulatif telah teridentifikasi 242.699 orang yang terinfeksi HIV. Jumlah layanan yang ada hingga Maret 2017 meliputi 3.450 layanan KTHIV dan konseling yang diprakarsai oleh petugas kesehatan 705 layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP) yang aktif melaksanakan pengobatan ARV, 90 layanan PTRM, 1.689 layanan IMS dan 252 layanan PPIA.

Dari hasil modeling prevalensi HIV secara nasional sebesar 0,4% (2014), tetapi untuk Tanah Papua 2,3% (STBP Tanah Papua 2013). Perkiraan prevalensi HIV di Indonesia cukup bervariasi, berkisar antara

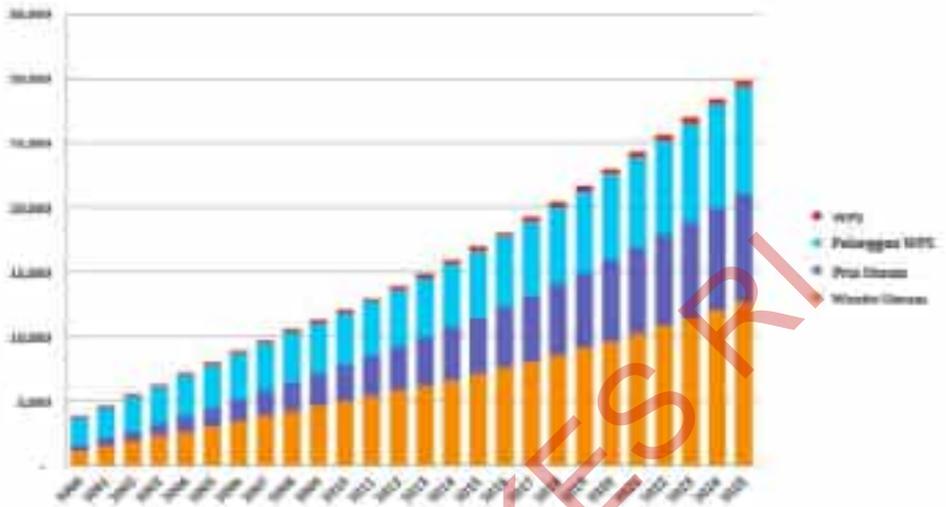
kurang dari 0,1% sampai 4% (lihat Gambar 1). Hal ini menunjukkan bahwa tingkat risiko infeksi HIV maupun beban terkait HIV ini berbeda di antara provinsi-provinsi di Indonesia.

Model matematika dari epidemi HIV di Indonesia (*Asian Epidemic Model, 2012*) menunjukkan terjadi peningkatan kasus pada kelompok LSL dan wanita umum sedangkan di Papua dan Papua Barat terjadi peningkatan kasus pada populasi umum, seperti terlihat dalam Gambar 1 dan 2 di bawah.

**Gambar 1 : Kejadian Infeksi Baru HIV pada Orang Dewasa menurut Sub-Populasi di wilayah non-Papua**



**Gambar 2 : Kejadian Infeksi Baru HIV pada Orang Dewasa menurut Sub-Populasi di wilayah Tanah Papua**



Rekomendasi yang dihasilkan pada Kajian Respon Sektor Kesehatan terhadap HIV dan AIDS di Indonesia, 2011, menekankan perlunya membangun layanan HIV yang berkesinambungan dari layanan pencegahan, perawatan, pengobatan dan dukungan, yang lebih erat berkolaborasi dengan komunitas atau masyarakat, dengan tujuan untuk mempercepat perluasan layanan pengobatan yang terdesentralisasi, terpadu dan efektif. Kecuali itu juga perlu memperluas kemitraan dengan pihak di luar sektor kesehatan, terutama LSM, komunitas/kader, ODHA dan kelompok populasi kunci sesuai dengan sistem pendukung yang ada di suatu daerah.

Kementerian Kesehatan berkolaborasi dengan berbagai pihak telah mengembangkan model layanan HIV-PIMS komprehensif dan berkesinambungan (LKB) untuk memastikan terselenggaranya layanan komprehensif yang terdesentralisasi dan terintegrasi dalam sistem yang ada hingga ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

Kebijakan pengendalian HIV-AIDS mengacu pada kebijakan global *Getting To Zeros*, yaitu:

1. Menurunkan hingga meniadakan infeksi baru HIV;
2. Menurunkan hingga meniadakan kematian yang disebabkan oleh keadaan yang berkaitan dengan AIDS;
3. Meniadakan diskriminasi terhadap ODHA;

Kebijakan tersebut diatas akan sulit dicapai jika cakupan penemuan kasus dan akses pemberian pengobatan masih rendah.

## **B. Strategi Pemerintah terkait dengan Program Pengendalian HIV-AIDS dan PIMS**

1. Meningkatkan penemuan kasus HIV secara dini :
  - a. Daerah dengan epidemi meluas seperti Papua dan Papua Barat, penawaran tes HIV perlu dilakukan kepada semua pasien yang datang ke layanan kesehatan baik rawat jalan atau rawat inap serta semua populasi kunci setiap 6 bulan sekali.
  - b. Daerah dengan epidemi terkonsentrasi maka penawaran tes HIV rutin dilakukan pada ibu hamil, pasien TB, pasien hepatitis, warga binaan pemasyarakatan (WBP), pasien IMS, pasangan tetap ataupun tidak tetap ODHA dan populasi kunci seperti WPS, waria, LSL dan penasun.
  - c. Kabupaten/kota dapat menetapkan situasi epidemi di daerahnya dan melakukan intervensi sesuai penetapan tersebut, melakukan monitoring & evaluasi serta surveilans berkala.
  - d. Memperluas akses layanan KTHIV dengan cara menjadikan tes HIV sebagai standar pelayanan di seluruh fasilitas kesehatan (FASKES) pemerintah sesuai status epidemi dari tiap kabupaten/kota.
  - e. Dalam hal tidak ada tenaga medis dan/atau teknisi laboratorium yang terlatih, maka bidan atau perawat terlatih dapat melakukan tes HIV.
  - f. Memperluas dan melakukan layanan KTHIV sampai ketinggian Puskemas.

- g. Bekerja sama dengan populasi kunci, komunitas dan masyarakat umum untuk meningkatkan kegiatan penjangkauan dan memberikan edukasi tentang manfaat tes HIV dan terapi ARV.
  - h. Bekerja sama dengan komunitas untuk meningkatkan upaya pencegahan melalui layanan PIMS dan PTRM
2. Meningkatkan cakupan pemberian dan retensi terapi ARV, serta perawatan kronis
- a. Menggunakan rejimen pengobatan ARV kombinasi dosis tetap (*KDT-Fixed Dose Combination-FDC*), di dalam satu tablet mengandung tiga obat. Satu tablet setiap hari pada jam yang sama, hal ini mempermudah pasien supaya patuh dan tidak lupa menelan obat.
  - b. Inisiasi ARV pada fasyankes seperti puskesmas
  - c. Memulai pengobatan ARV sesegera mungkin berapapun jumlah CD4 dan apapun stadium klinisnya pada:
    - kelompok populasi kunci, yaitu : pekerja seks, lelaki seks lelaki, pengguna napza suntik, dan waria, dengan atau tanpa IMS lain
    - populasi khusus, seperti: wanita hamil dengan HIV, pasien ko-infeksi TB-HIV, pasien ko-infeksi Hepatitis-HIV (Hepatitis B dan C), ODHA yang pasangannya HIV negative (pasangan serodiskor), dan bayi/anak dengan HIV (usia<5tahun).
    - semua orang yang terinfeksi HIV di daerah dengan epidemi meluas
  - d. Mempertahankan kepatuhan pengobatan ARV dan pemakaian kondom konsisten melalui kondom sebagai bagian dari paket pengobatan.
  - e. Memberikan konseling kepatuhan minum obat ARV
3. Memperluas akses pemeriksaan CD4 dan viral load (VL) termasuk *early infant diagnosis* (EID), hingga ke layanan sekunder terdekat untuk meningkatkan jumlah ODHA yang masuk dan tetap dalam perawatan dan pengobatan ARV sesegera mungkin, melalui sistem rujukan pasien ataupun rujukan spesimen pemeriksaan.
4. Peningkatan kualitas layanan fasyankes dengan melakukan mentoring klinis yang dilakukan oleh rumah sakit atau FKTP.
5. Mengadvokasi pemerintah lokal untuk mengurangi beban biaya terkait layanan tes dan pengobatan HIV-AIDS.

### **C. Penerapan Permenkes No. 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS**

1. Penerapan KTHIV di seluruh FASKES.
2. Tes HIV masuk dalam Standar Pelayanan Medis (SPM) seperti tes laboratorium lainnya, sesuai Permenkes No 37 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Laboratorium Pusat Kesehatan Masyarakat beserta lampirannya.
3. Pada daerah dengan tingkat epidemi meluas tes HIV ditawarkan pada semua pasien yang berkunjung ke FASKES sebagai bagian dari standar pelayanan.
4. Pada daerah dengan tingkat epidemi terkonsentrasi tes HIV ditawarkan pada semua ibu hamil, penderita TB, penderita hepatitis, penderita IMS, pasangan ODHA dan populasi kunci
5. Persetujuan tes dari pasien cukup dilakukan secara lisan (tidak perlu tertulis).
6. Pasien diperkenankan menolak tes HIV. Jika pasien menolak, maka pasien diminta untuk menandatangani surat penolakan tes secara tertulis.

Di daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, tes HIV wajib ditawarkan kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan. Di daerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB.

### **D. Tujuan Buku Saku**

Menyediakan panduan bagi petugas kesehatan di FKTP untuk melaksanakan program pengendalian HIV-AIDS dan PIMS.

### **E. Sasaran Buku Saku**

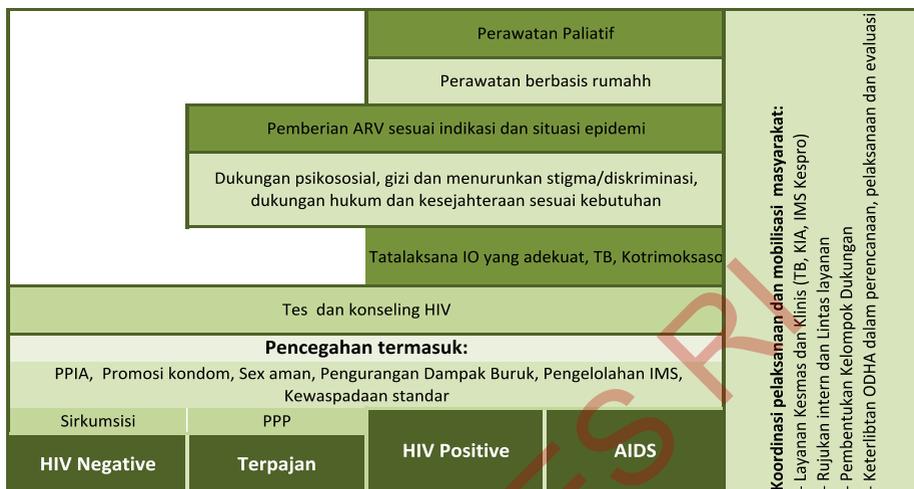
Para petugas kesehatan di FKTP.

## **II. Paket Pelaksanaan Program Pengendalian HIV-AIDS dan IMS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama**

Seperti diketahui bahwa infeksi HIV merupakan penyakit kronis yang dapat dikendalikan dengan pemberian obat ARV seumur hidup. Oleh karena itu diperlukan layanan yang mudah dijangkau untuk menjaga ketersinambungan perawatan dan pengobatan pasien. Layanan ini pada awalnya hanya tersedia di rumah sakit rujukan ARV saja. Ketersediaan layanan perlu diperluas hingga ke tingkat puskesmas atau puskesmas pembantu, bahkan polindes/poskesdes terutama untuk daerah dengan beban HIV yang besar seperti Papua dan Papua Barat serta daerah dengan geografi sulit dan memiliki sumber daya terbatas (daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan/DTPK).

Dalam upaya memperluas akses layanan bagi ODHA, Kementerian Kesehatan menerapkan sistim Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB). LKB merupakan suatu model layanan terpadu yang melibatkan semua unsur layanan baik dari sektor kesehatan primer, sekunder hingga tersier dan layanan dari sektor lain yang terkait dengan kebutuhan ODHA, termasuk keterlibatan dari komunitas. LKB bertujuan untuk mendekatkan dan memperkuat sistim layanan kesehatan hingga menjamin ketersediaan layanan komprehensif dan berkesinambungan. Adapun yang dimaksud dengan layanan komprehensif adalah layanan yang mencakup semua kebutuhan ODHA seperti tergambar pada Bagan 1 di bawah ini. Sedang layanan berkesinambungan adalah layanan yang terhubung dari satu titik layanan ke titik layanan lain dengan sistem rujukan yang efektif sepanjang hayat.

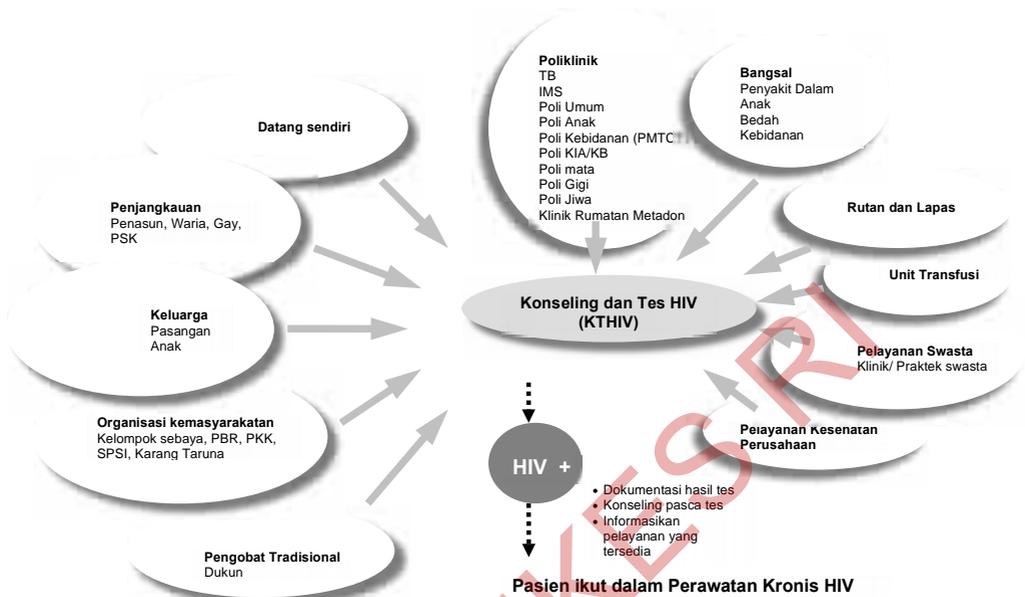
## Bagan 1: Layanan HIV-PIMS Komprehensif Berkesinambungan



Bagan diatas menunjukkan kegiatan dan paket layanan yang perlu dilakukan oleh FASYANKES dan mitranya sesuai dengan status HIV seseorang.

Mengingat infeksi HIV merupakan kondisi kronis dengan di antaranya terjadi kondisi akut maka pelayanannya membutuhkan perawatan akut, kronis dan paliatif yang meliputi fase seseorang belum terpapar hingga masuk fase terminal. Diperlukan paket pengobatan dan perawatan kronis secara komprehensif termasuk pengobatan ARV dan layanan untuk mengurangi penularan HIV, pencegahan penyakit dan meningkatkan kualitas hidup ODHA.

## Bagan 2: Pintu Masuk Layanan HIV



Bagan diatas menunjukkan tempat penemuan kasus baru HIV dan tindak lanjut yang perlu dilakukan. Penemuan kasus bisa dilakukan difasyankes rawat jalan maupun rawat inap.

Semua ODHA yang memenuhi syarat pengobatan wajib diberi ARV. FKTP perlu mencari cara untuk mendekatkan akses pengobatan bagi pasien yang tidak terjangkau dengan menggunakan sistem jejaring yang tersedia seperti kader, lembaga gereja, pustu, posyandu dll. Evaluasi jumlah pasien yang terdiagnosis dan mendapatkan ARV perlu dilakukan secara teratur setidaknya tiap 2 minggu untuk menurunkan lolos *follow up* pra ART.

Sesuai dengan LKB maka yang disebut sebagai FKTP di dalam buku ini sesuai dengan Fasyankes Primer dan Fasyankes Primer Rujukan.

**Kegiatan Pengendalian HIV AIDS dan IMS dan penerapan dalam FKTP :**

	<b>Kegiatan</b>	<b>FKTP</b>
<b>A.</b>	Identifikasi dan Analisis Besaran Masalah di Wilayah Kerja Fasyankes	Puskesmas (Fasyankes Primer maupun Fasyankes Primer Rujukan)
<b>B.</b>	Upaya Pencegahan	
<b>B.1.</b>	Upaya Pencegahan di Masyarakat	Fasyankes Primer dan Fasyankes Primer Rujukan
<b>B.2.</b>	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasyankes	Fasyankes Primer dan Fasyankes Primer Rujukan
<b>B.3.</b>	Tatalaksana Pasca Paparan	Fasyankes Primer Rujukan
<b>C.</b>	Penemuan Kasus Baru	Fasyankes Primer Rujukan
<b>D.</b>	Penegakan Diagnosis	Fasyankes Primer Rujukan
<b>E.</b>	Penemuan Infeksi Oportunistik dan Penentuan Stadium Klinis	Fasyankes Primer Rujukan
<b>F.</b>	Profilaksis Kotrimoksazol	Fasyankes Primer Rujukan
<b>G.</b>	Penanganan Ko-Infeksi TB-HIV	Fasyankes Primer dan Fasyankes Primer Rujukan
<b>H.</b>	Perawatan Kronis yang Baik	Fasyankes Primer Rujukan
<b>I.</b>	Pemberian Obat ARV	Fasyankes Primer Rujukan
<b>J.</b>	Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)	Fasyankes Primer dan Fasyankes Primer Rujukan

<b>K.</b>	Pengendalian dan Pengobatan IMS	Fasyankes Primer dan Fasyankes Primer Rujukan
<b>L.</b>	Pengurangan Dampak Buruk Penyalahgunaan Napza Suntik (PDBN)	
<b>L.1.</b>	Program Terapi Rumatan Metadona (PTRM)	Fasyankes Primer Rujukan
<b>L.2.</b>	Program Layanan Alat Suntik Steril (LASS)	Fasyankes Primer Rujukan
<b>M.</b>	Monitoring dan Evaluasi	
<b>M.1.</b>	Pencatatan dan Pelaporan	Fasyankes Primer dan Fasyankes Primer Rujukan
<b>M.2.</b>	Analisis Data	Puskesmas (Fasyankes Primer maupun Fasyankes Primer Rujukan)

## A. Identifikasi dan Analisis Besaran Masalah di Wilayah Kerja Faskes

### **Tujuan**

Untuk memperoleh informasi mengenai keadaan dan besarnya kasus yang perlu ditemukan, ditangani dan dilaporkan oleh Faskes yang mempunyai wilayah kerja (Puskesmas)

### **Panduan Pelaksanaan**

1. Melakukan pemetaan jumlah dan sebaran populasi kunci, meliputi:
  - Pekerja seks, baik yang langsung maupun tak langsung
  - Pengguna Napza Suntik (Penasun)
  - Lelaki Seks Lelaki (LSL)
  - Waria
2. Data cakupan layanan, meliputi :
  - Perkiraan jumlah ibu hamil baru setiap tahun di wilayah kerja Faskes
  - Data Pasien TB baru setiap tahun
  - Data pasien HIV di wilayahnya dengan berjejaring dengan RS di sekitar
  - Data pasien IMS
3. Data jumlah populasi di wilayah menurut umur dan jenis kelamin
4. Data prevalensi HIV dan IMS mengacu pada prevalensi nasional
5. Data mitra dalam layanan HIV di wilayahnya.
6. Data peran serta masyarakat seperti:
  - Kader desa atau kader posyandu
  - Lembaga agama
  - Lembaga lain yang tersedia dan dapat dijadikan mitra untuk program HIV seperti LSM

Analisis besaran masalah diperlukan untuk membuat strategi keberhasilan program di suatu wilayah, kegiatan ini harus dilakukan oleh dinas kesehatan maupun puskesmas. Analisis besaran masalah dilakukan berdasar data yang tervalidasi yang dianalisis secara rutin. Analisis

tersebut bertujuan untuk menentukan strategi pencapaian target penemuan kasus dan pengobatan pasien di seluruh wilayah kerja dengan melakukan perencanaan untuk penguatan sumber daya manusia, logistik, anggaran, kapasitas laboratorium dan infrastruktur yang lain.

Pengumpulan data di bawah ini oleh dinas kesehatan akan banyak membantu dalam perencanaan tersebut:

1. Di daerah dengan epidemi HIV terkonsentrasi, perlu mengetahui jumlah populasi kunci yang ada di wilayah kerja puskesmas. Data ini didapat dengan melakukan pemetaan.
2. Informasi tentang prevalensi HIV masing masing kelompok populasi di wilayah kerja puskesmas. Bila informasi tidak tersedia, gunakan data prevalensi HIV tingkat kabupaten/kota atau tingkat Nasional.
3. Di daerah dengan epidemi HIV yang meluas, cukup dengan data demografi di wilayah kerja puskesmas. Informasi tersebut dapat diperoleh di kantor pemda kabupaten/kota, atau dari Badan Pusat Statistik (BPS), atau Kantor Kependudukan.

Data besaran masalah seperti data jumlah populasi kunci dan jumlah pasien pada triwulan sebelumnya akan diperlukan untuk merencanakan jumlah reagen yang dibutuhkan seperti tabel di bawah ini.

**Tabel 1 : Cara Menghitung Kebutuhan Reagen Tes HIV sesuai dengan Besaran Masalah di wilayah kerja Puskesmas**

Dewasa	Sumber Informasi	Jumlah Pasien	Persentase Kelompok yang Perlu Tes	Jumlah
Pasien KIA: Tentukan sasaran ibu hamil	Pendataan Ibu Hamil = $1,10 \times \text{CBR}^* \times \text{jumlah penduduk}/1000$		100%	
Pasien TB yang status HIV nya tidak diketahui	Register Pengobatan TB (TB 07)		100%	
Terduga TB yang status HIV nya tidak diketahui	Register Terduga TB(TB06)			
Pasien IMS	Register IMS		100%	
Pasien KB yang status HIVnya tidak diketahui	Register KB		100%	
Pasien Rawat Jalan (pasien akut, pasien terduga TB dll)	Register Rawat Jalan		80%	
Pekerja seks	Pemetaan		80%	
Penasun	Pemetaan		25 - 60%	
LSL	Pemetaan		25 - 60%	
Waria	Pemetaan		80%	
Jumlah orang dewasa yang memerlukan tes HIV				
Perkiraan jumlah orang dewasa yang memerlukan tes HIV setiap hari = Jumlah total orang yang memerlukan layanan tes HIV dibagi jumlah hari kerja dalam sebulan				

\*CBR = *Crude Birth Rate*, di tingkat kabupaten / kota yang angkanya telah ditetapkan oleh BPS

## B. Upaya Pencegahan

### B.1 Upaya Pencegahan di Masyarakat

#### **Tujuan**

Untuk mencegah terjadinya penularan terutama bagi orang yang belum tertular dan membantu orang yang telah terinfeksi untuk tidak menularkan kepada orang lain atau pasangan.

#### **Panduan Pelaksanaan**

1. Pada pengendalian HIV, upaya pencegahan meliputi beberapa aspek yaitu penyebaran informasi, promosi penggunaan kondom, skrining darah pada darah donor, pengendalian IMS yang adekuat, penemuan kasus HIV dan pemberian ARV sedini mungkin, pencegahan penularan dari ibu ke anak, pengurangan dampak buruk, sirkumsisi, pencegahan dan pengendalian infeksi di Faskes dan profilaksis pasca pajanan untuk kasus pemerkosaan dan kecelakaan kerja.
2. Penyebaran informasi tidak menggunakan gambar atau foto yang menyebabkan ketakutan, stigma dan diskriminasi
3. Penyebaran informasi perlu menekankan manfaat tes HIV dan pengobatan ARV
4. Penyebaran informasi perlu disesuaikan dengan budaya dan bahasa atau kebiasaan masyarakat setempat

## B.2 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di Faskes

### **Tujuan**

Untuk menciptakan lingkungan kerja yang aman dari infeksi di Faskes

### **Panduan Pelaksanaan**

1. Pada prinsipnya PPI pada HIV sama dengan kegiatan PPI pada umumnya
2. Infeksi pada pajanan okupasional di layanan kesehatan dapat dicegah dengan mentaati praktek pencegahan dan pengendalian infeksi yang standar.
  - Kebersihan tangan
  - Alat Pelindung Diri (APD)
  - Etika batuk/kebersihan pernafasan
  - Penempatan pasien
  - Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai
  - Pengelolaan lingkungan
  - Pengelolaan linen
  - Praktik penyuntikan yang aman
  - Praktik pencegahan infeksi untuk prosedur lumbal punksi
  - Perlindungan dan kesehatan karyawan dengan melaksanakan tatalaksana pasca pajanan

### B.3 Tatalaksana Pasca Pajanan HIV

#### **Tujuan**

Untuk mencegah terjadinya infeksi HIV pada pajanan okupasional dan non-okupasional.

#### **Panduan Pelaksanaan**

1. Telaah pajanan
  - Cara pajanan
  - Bahan pajanan
  - Status infeksi sumber pajanan
  - Kerentanan
2. Tentukan terapi profilaksis pasca-pajanan (PPP) yang dibutuhkan
3. Pencatatan
4. Tes HIV atau anti HBs segera setelah terjadinya pajanan
5. Tindak lanjut
  - Evaluasi laboratorium
  - Follow-up dan dukungan psikososial

**Tabel 2 : Telaah Pajanan untuk HIV**

<b>Status Infeksi Sumber Pajanan</b>				
<b>Jenis Pajanan</b>	<b>HIV Stadium 1, HIV Asimtomatis atau diketahui <i>viral load</i> rendah (y.i. &lt;1500)</b>	<b>HIV Stadium 2 HIV Simtomatis, AIDS, serokonversi akut, atau diketahui <i>viral load</i> tinggi</b>	<b>Tidak diketahui (mis, pasien meninggal &amp; tidak dapat dilakukan tes darah)</b>	<b>HIV negatif</b>
<b>Perlukaan kulit</b>				
<b>Kurang berat</b> (y.i. jarum buntu, luka di permukaan)	Dianjurkan obat ARV untuk PPP	Dianjurkan obat ARV untuk PPP	Umumnya Tidak perlu obat ARV, pertimbangkan ARV untuk PPP bila sumber berisiko* <sup>gk</sup>	Tidak perlu PPP
<b>Lebih berat</b> (y.i. jarum besar berlubang, luka tusuk dalam, nampak darah pada alat, atau jarum bekas dipakai pada arteri atau vena)	Dianjurkan obat ARV untuk PPP	Dianjurkan obat ARV untuk PPP	Umumnya Tidak perlu obat ARV, pertimbangkan ARV untuk PPP bila sumber berisiko* <sup>gk</sup>	Tidak perlu PPP
<b>Pajanan pada lapisan mukosa atau pajanan pada luka di kulit</b>				
Pajanan dalam jumlah sedikit	Pertimbangkan obat ARV untuk PPP	Dianjurkan obat ARV untuk PPP	Umumnya Tidak perlu obat ARV, pertimbangkan ARV untuk PPP bila sumber berisiko* <sup>gk</sup>	Tidak perlu PPP
<b>Pajanan dalam jumlah banyak</b> (y.i. tumpahan banyak darah)	Dianjurkan obat ARV untuk PPP	Dianjurkan obat ARV untuk PPP	Umumnya Tidak perlu obat ARV, pertimbangkan ARV untuk PPP bila sumber berisiko* <sup>gk</sup>	Tidak perlu PPP

### **Keterangan :**

- \* Pernyataan “Pertimbangkan ARV untuk PPP” menunjukkan bahwa ARV untuk PPP merupakan pilihan tidak mutlak dan harus diputuskan secara individual tergantung dari orang yang terpajan dan keahlian dokternya. Namun, pertimbangkanlah pengobatan ARV untuk PPP bila ditemukan faktor risiko pada sumber pajanan, atau bila terjadi di daerah dengan risiko tinggi HIV.
- ∇ Bila diberikan PPP dan diterima, dan sumber pajanan kemudian diketahui HIV negatif, maka PPP harus dihentikan.
- \* Pada pajanan kulit, tindak lanjut hanya diperlukan bila ada tanda-tanda kulit yang tidak utuh (seperti, dermatitis, abrasi atau luka)

### **Tatalaksana Pajanan**

Setiap pajanan dicatat dan dilaporkan kepada yang berwenang yaitu atasan langsung dan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) atau Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3). Laporan tersebut sangat penting untuk menentukan langkah berikutnya. Memulai PPP sebaiknya secepatnya (<4 jam) dan tidak lebih dari 72 jam. Setelah 72 jam tidak dianjurkan karena tidak efektif.

Bahan yang memberikan risiko penularan infeksi adalah :

- Darah
- Cairan bercampur darah yang kasat mata
- Cairan yang potensial terinfeksi, yaitu : semen, vagina, serebrospinal, sinovia, pleura, peritoneal, perikardial, amnion
- Virus yang terkonsentrasi

Penilaian status infeksi sumber pajanan terhadap penyakit yang menular melalui darah yang dapat dicegah, dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium bila memungkinkan. Penyakit tersebut adalah:

- HbsAg untuk Hepatitis B
- Anti HCV untuk Hepatitis C
- Anti HIV untuk HIV
- Untuk sumber yang tidak diketahui, pertimbangkan adanya faktor risiko yang tinggi atas ketiga infeksi di atas.

Langkah dasar tatalaksana klinis PPP HIV pada kasus pemerkosaan :

- Menenangkan dan memberikan bantuan psikologis pada korban
- Melakukan pemeriksaan visum untuk laporan kepada kepolisian
- Melakukan tes kehamilan
- Pemeriksaan IMS termasuk sifilis jika memungkinkan
- Memberikan obat IMS setidaknya untuk GO, klamidia dan sifilis
- Memberikan obat pencegah kehamilan dengan obat *after morning pill*
- Memberikan ARV untuk PPP HIV

### **Pemberian obat ARV untuk PPP**

Dosis pertama PPP harus selalu ditawarkan secepat mungkin setelah pajanan dalam waktu tidak lebih dari 3 kali 24 jam, dan jika perlu, tanpa menunggu konseling dan tes HIV atau hasil tes dari sumber pajanan. Strategi ini sering digunakan jika yang memberikan perawatan awal adalah bukan ahlinya, tetapi selanjutnya dirujuk kepada dokter ahli dalam waktu singkat.

Langkah selanjutnya setelah dosis awal diberikan, adalah agar akses terhadap keseluruhan pasokan obat PPP selama 28 hari dipermudah.

### **Tindak lanjut**

Setiap tatalaksana pajanan berisiko harus selalu dilakukan tindak lanjut, terlebih pada yang mendapatkan PPP seperti halnya pemberian terapi ARV pada umumnya. Tindakan yang diperlukan meliputi :

- Evaluasi laboratorium, termasuk tes HIV pada saat terpajan dan 6 minggu, 3 bulan, dan 6 bulan setelahnya; tes HbsAg bagi yang terpajan dengan risiko Hepatitis B.
- Pencatatan.
- Follow-up dan dukungan, termasuk tindak lanjut klinis atas gejala infeksi HIV, Hepatitis B, efek samping obat PPP, konseling berkelanjutan untuk kepatuhan terapi ARV, dsb.

**Tabel 3 : Paduan Obat ARV untuk PPP**

<b>Orang yang terpacan</b>	<b>Paduan ARV</b>	
Remaja dan dewasa	Pilihan	TDF + 3TC (FTC) + LPV/r
	Alternatif	TDF + 3TC (FTC) + EFV ATAU AZT + 3TC + LPV/r
Anak ( $\leq 10$ tahun)	Pilihan	AZT + 3TC + LPV/r
	Alternatif	TDF + 3TC (FTC) + LPV/r Dapat menggunakan EFV/NVP untuk NNRTI

**Tabel 4 : Dosis obat ARV untuk PPP HIV bagi Orang Dewasa dan Remaja**

<b>Nama obat ARV</b>	<b>Dosis</b>
Tenofovir (TDF)	300 mg sekali sehari
Lamivudin (3TC)	150 dua kali sehari atau 300mg sekali sehari
Emtricitabin (FTC)	200 mg sekali sehari
Zidovudin (AZT)	300 mg dua kali sehari
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	200 mg/50mg dua kali sehari

## C. Penemuan Kasus Baru

### **Tujuan**

Untuk menemukan pasien pada stadium awal dan memberikan akses terhadap terapi ARV, profilaksis kotrimoksazol dan paket layanan HIV lainnya.

### **Panduan Pelaksanaan**

1. Layanan tes HIV harus menjadi prosedur dalam setiap tindakan bedah/tindakan lainnya.
2. KTHIV menjadi pendekatan utama dalam deteksi dini HIV.
3. Penemuan kasus dapat dilakukan Faskes di tingkat puskesmas,ustu, polindes dan posyandu yang memiliki tenaga terlatih.
4. Sebagai bagian dari LKB tes HIV perlu dipastikan untuk penanganan rujukan PDP HIV.
5. Penawaran tes HIV di Faskes dapat dilakukan oleh semua tenaga kesehatan melalui pelatihan KTIP.
6. Penemuan kasus HIV pada daerah dengan epidemi terkonsentrasi dilakukan pada pasien TB, pasien IMS, pasien Hepatitis dan Ibu hamil serta populasi kunci seperti pekerja seks, penasun, waria, LSL dan warga binaan di rutan/lapas.
7. Pada daerah dengan epidemi meluas penemuan kasus dilakukan pada semua pasien yang datang ke Faskes.
8. Persetujuan untuk tes HIV dapat dilakukan secara lisan (verbal consent) sesuai dengan Permenkes no.21 tahun 2013. Pasien diperkenankan menolak tes HIV. Jika pasien menolak, maka pasien diminta untuk menandatangani surat penolakan tes secara tertulis.
9. Di daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, tes HIV wajib ditawarkan kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan. Di daerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB.

## Konseling dan Tes HIV (KT HIV)

Pasien yang terdeteksi sebagai ODHA akan didiagnosis dan ditangani lebih dini dan optimal. Penemuan kasus baru secara rutin mempunyai keuntungan sebagai berikut :

1. Penemuan kasus HIV lebih dini meningkatkan akses perawatan dan pengobatan yang memadai sehingga mengurangi perawatan di rumah sakit dan angka kematian.
2. Pasien mendapatkan akses layanan lanjutan seperti skrining TB, skrining IMS, pemberian kotrimoksasol dan atau INH, serta pengobatan ARV.
3. Penurunan stigma dan diskriminasi karena masyarakat akan melihat bahwa hal tersebut merupakan kegiatan rutin.

Meskipun demikian semua pemeriksaan HIV harus mengikuti prinsip yang telah disepakati secara global yaitu 5 komponen dasar yang disebut "5C" (*informed consent, confidentiality, counseling, correcttest result and connection/linked to prevention, care, and treatment services*) yang tetap diterapkan dalam pelaksanaannya.

Prinsip konfidensial sesuai dengan Permenkes no. 21 tahun 2013 pasal 21 ayat 3 berarti bahwa hasil pemeriksaan harus dirahasiakan dan hanya dapat dibuka kepada :

- a. yang bersangkutan;
- b. tenaga kesehatan yang menangani;
- c. keluarga terdekat dalam hal yang bersangkutan tidak cakap;
- d. pasangan seksual; dan
- e. pihak lain sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Tes HIV adalah pemeriksaan laboratorium dengan tujuan untuk penemuan kasus. Tes HIV bersifat sama seperti pemeriksaan laboratorium lainnya, yaitu:

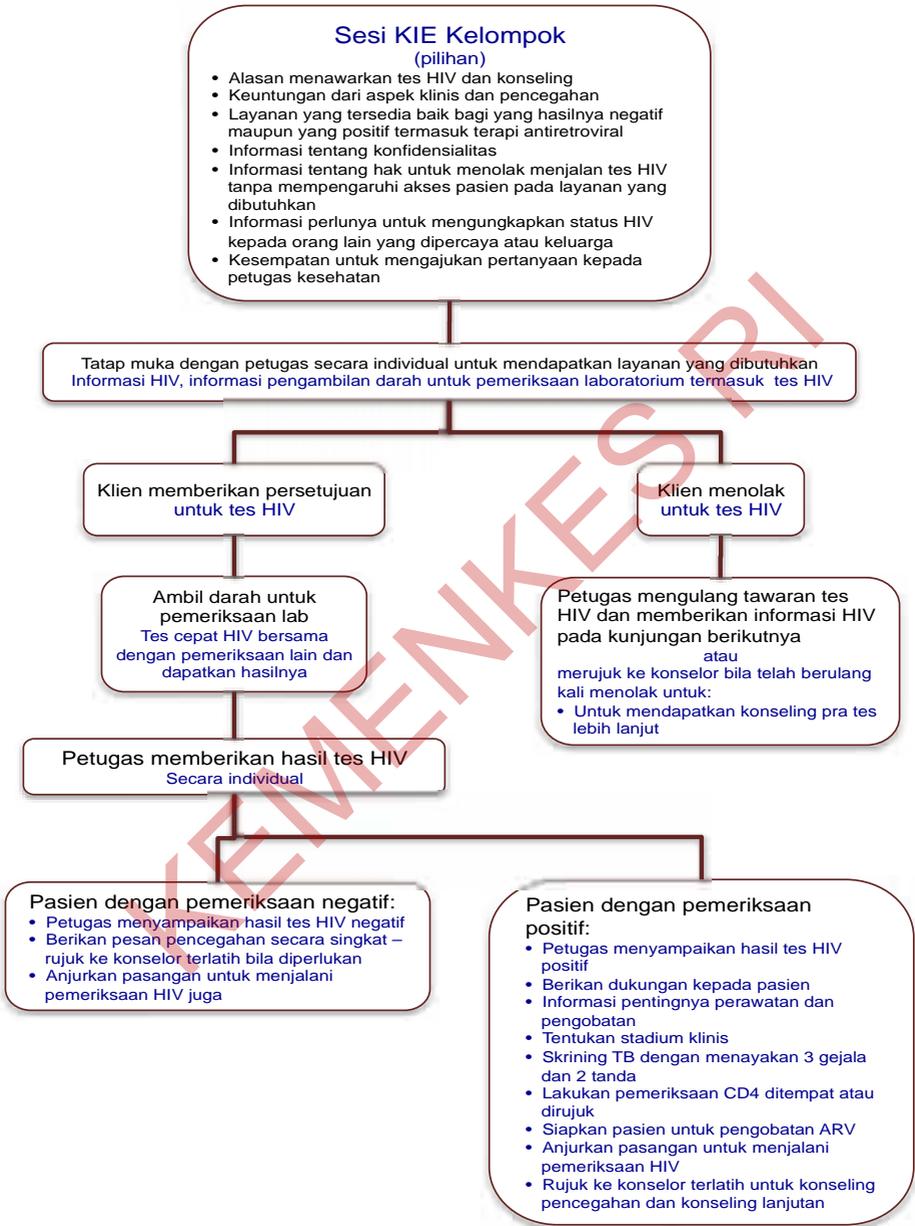
- Perlu informasi singkat dan sederhana tanpa membuat pasien menjadi takut tentang manfaat dan tujuannya.
- Perlu persetujuan pasien. Persetujuan verbal cukup untuk melakukan pemeriksaan HIV. Jika pasien menolak maka pasien diminta untuk menandatangani formulir penolakan tes HIV.

- Hasil tes HIV disampaikan kepada pasien oleh dokter dan tenaga kesehatan yang meminta.
- Harus mendapatkan tindak lanjut pengobatan dan perawatan lainnya seperti skrining TB, skrining IMS, konseling pasca tes jika dibutuhkan dan pemberian ARV.
- Hasil tes bersifat konfidensial dan dapat diketahui oleh dokter dan tenaga kesehatan lain yang berkepentingan.

Alur pemeriksaan HIV mengikuti alur yang tercantum dalam bagan di bawah ini.

KEMENKES RI

### Bagan 3: Alur Pemeriksaan HIV



## D. Penegakan Diagnosis

### **Tujuan**

Menegakkan diagnosis pada seseorang yang kemungkinan terinfeksi HIV. (Kecurigaan kemungkinan terinfeksi didasarkan pada tanda dan gejala penyakit yang terkait HIV atau adanya faktor risiko tertular HIV).

### **Panduan Pelaksanaan**

1. Gunakan tes cepat HIV (rapid test) sebagai sarana penegakan diagnosis.
2. Pemeriksaan dilakukan secara serial dengan menggunakan 3 jenis reagen yang berbeda sesuai dengan pedoman nasional.
3. Penyimpanan reagen HIV dilakukan sesuai dengan instruksi yang tertera dilembar informasi dan digunakan sebelum tanggal kedaluwarsa.
4. Bila tidak tersedia petugas laboratorium maka tes HIV dapat dilakukan oleh petugas kesehatan lain seperti petugas medis atau para medis yang terlatih.
5. Interpretasi hasil tes dan keputusan tindak lanjut dilakukan oleh dokter yang meminta pemeriksaan tes.

## Bagan 4: Alur Pemeriksaan Laboratorium HIV



### Keterangan:

Yang dimaksud berisiko dalam bagan adalah kelompok populasi kunci (pekerja seks, pengguna napza suntik, lelaki sek dengan lelaki, waria), pasien Hepatitis, ibu hamil, pasangan diskordan, pasien TB, pasien IMS, Warga Binaan Pemasarakatan

## **Intepretasi hasil pemeriksaan anti-HIV**

### **Hasil positif:**

- Bila hasil A1 reaktif. A2 reaktif dan A3 reaktif

### **Hasil Negatif :**

- Bila hasil A1 non reaktif
- Bila hasil A1 reaktif tapi pada pengulangan A1 dan A2 non reaktif
- Bila salah satu reaktif tapi tidak berisiko

### **Hasil indeterminate**

- Bila dua hasil reaktif
- Bila hanya 1 tes reaktif tapi berisiko atau pasangan berisiko

## **Tindaklanjut hasil pemeriksaan anti-HIV**

### **Tindak lanjut hasil positif**

- Rujuk ke pengobatan HIV

### **Tindak lanjut hasil negatif**

- Bila hasil negatif dan berisiko dianjurkan pemeriksaan ulang minimum 3 bulan, 6 bulan dan 12 bulan dari pemeriksaan pertama
- Bila hasil negatif dan tidak berisiko dianjurkan perilaku sehat

### **Tidak lanjut hasil indeterminate**

- Tes perlu diulang dengan spesimen baru minimum setelah dua minggu dari pemeriksaan yang pertama
- Bila hasil tetap *indeterminate*, dilanjutkan dengan pemeriksaan PCR
- Bila tidak ada akses ke pemeriksaan PCR, rapid tes diulang 3 bulan, 6 bulan dan 12 bulan dari pemeriksaan pertama. Bila sampai satu tahun tetap "*indeterminate*" dan faktor risiko rendah, hasil dinyatakan sebagai negatif.

## E. Penemuan Infeksi Oportunistik dan Penentuan Stadium Klinis

### **Tujuan**

Untuk melihat derajat perkembangan infeksi HIV dengan cara menegakkan ada tidaknya infeksi oportunistik (IO)

### **Panduan Pelaksanaan**

1. Pastikan pasien telah didiagnosis terinfeksi HIV dengan pemeriksaan laboratorium
2. Lakukan pemeriksaan fisik secara telitidari kepala hingga kaki untuk menemukan adanya IO termasuk TB dan tentukan stadium klinis. Selain itu, temukan penyakit lain yang memerlukan penanganan lebih lanjut.
3. Tuliskan stadium klinis di lembar Ikhtisar Perawatan dan Terapi ARV, dan Register Pra-ART. Bila sudah mau memulai terapi ARV maka isikan juga ke Register ART
4. Gunakan data stadium klinis sebagai salah satu indikasi untuk memulai pengobatan ARV.

### **Infeksi oportunistik**

- IO mempunyai bentuk seperti penyakit infeksi yang diderita oleh penderita yang tidak terinfeksi HIV, sehingga seringkali petugas kesehatan tidak memikirkan bahwa pasien didepannya mungkin terinfeksi HIV.
- Banyak pasien yang datang dengan tanda dan gejala menjurus ke AIDS tidak mengetahui status HIV mereka. Oleh karena itu petugas kesehatan harus menawarkan tes HIV.
- Timbulnya IO berkaitan dengan status imun pasien, semakin rendah CD4 seseorang semakin besar kemungkinan seseorang mendapat IO.
- Anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan penunjang lainnya perlu dilakukan untuk mencari IO.
- Tatalaksana IO perlu dilakukan segera setelah diagnosis ditegakkan

- Pemberian ARV pada waktu yang tepat sesuai dengan Pedoman Nasional Tatalaksana Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral akan menghindari pasien masuk dalam stadium klinis lebih lanjut.
- Penanganan IO pada stadium klinis lanjut lebih sulit dan membutuhkan rawat inap yang membutuhkan biaya mahal.
- IO yang tersering dijumpai di Indonesia adalah : TB, kandidiasis oral, diare, *Pneumocystis Pneumonia* (PCP), *Pruritic Papular Eruption* (PPE)

## F. Profilaksis Kotrimoksasol

<p><b>Tujuan</b></p> <p>Melindungi ODHA dari beberapa IO seperti PCP, Toksoplasmosis, infeksi bakterial dan diare kronis</p>
<p><b>Panduan Pelaksanaan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengobatan Pencegahan Kotrimoksasol (PPK) merupakan bagian penting dari rencana pengobatan bagi ODHA</li> <li>2. PPK diberikan pada ODHA dengan stadium klinis 2, 3, dan 4 pada CD4&lt;200 sel/mm<sup>3</sup> atau stadium klinis 3 dan 4 bila tidak tersedia pemeriksaan CD4.</li> <li>3. Dosis PPK untuk orang dewasa 1 x 960 mg (dua tablet atau satu tablet forte)</li> <li>4. Efek samping yang mungkin timbul antara lain ruam kulit (alergi) dari tingkat ringan sampai berat. Bila timbul ruam kulit yang luas atau basah disertai gejala sistemik seperti demam, secepatnya mencari pertolongan.</li> <li>5. Desensitisasi tidak dianjurkan dilakukan di puskesmas primer atau pada pasien dengan riwayat alergi berat (Steven Johnson Syndrome)</li> <li>6. Kotrimoksasol tidak menggantikan terapi ARV. Oleh karena itu perlu direncanakan pemberian ARV setelah kotrimoksasol, idealnya sekitar 2 minggu setelah pemberian kotrimoksasol.</li> <li>7. Profilaksis kotrimoksasol tetap diberikan walaupun pasien mendapatkan pengobatan untuk IO-nya.</li> <li>8. Profilaksis kotrimoksasol dihentikan satu tahun setelah pasien sehat</li> </ol>

kembali dengan tingkat kepatuhan minum obat ARV baik dan CD4 >200 setelah pemberian terapi ARV pada 2 kali pemeriksaan berturut-turut.

Terdapat dua macam profilaksis, yaitu:

- **Profilaksis primer** untuk mencegah infeksi yang belum pernah didapatkan.
- **Profilaksis sekunder** untuk mencegah kekambuhan dari infeksi yang sama. Profilaksis sekunder diberikan segera setelah seseorang selesai mendapatkan pengobatan IO. Sebagai contoh, seseorang menderita PCP, maka setelah selesai mendapatkan pengobatan PCP dan sembuh maka kotrimoksasol diberikan sebagai profilaksis sekunder.

Selain pemberian profilaksis kotrimoksasol untuk mencegah timbulnya IO, perlu juga menerapkan pola hidup sehat (menjaga kebersihan pribadi maupun lingkungan seperti mencuci tangan, makan masakan yang sudah matang). Selain itu perlu juga imunisasi untuk mencegah penyakit-penyakit yang bisa dicegah oleh imunisasi (misal imunisasi Hepatitis B).

## **G. Penanganan Ko-infeksi TB-HIV dan Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (Insoniazid Profilaksis Treatment/IPT)**

### **Tujuan:**

Kolaborasi program TB-HIV bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat TB dan HIV di masyarakat

### **Panduan Pelaksanaan**

Melaksanakan kolaborasi program HIV dan TB dalam satu atap, dengan melakukan kerjasama antara tim HIV, tim DOTS dan manajemen layanan

1. Penemuan kasus TB yang lebih intensif dan pengobatannya melalui skrining gejala dan tanda TB bagi ODHA yang berkunjung ke layanan pada setiap kunjungan.
2. Pengobatan TB sesuai dengan pedoman nasional pengendalian TB
3. Pemberian anjuran tes dan konseling HIV kepada semua terduga dan pasien TB di layanan
4. Menjamin akses perawatan, dukungan, dan pengobatan bagi pasien koinfeksi TB-HIV
5. Memberikan pengobatan pencegahan kotrimoksazol untuk mengurangi kesakitan dan kematian ODHA dengan atau tanpa TB
6. Pengendalian infeksi TB dan HIV
7. Pencatatan dan pelaporan TB dan HIV
8. Terapi ARV diberikan pada semua pasien koinfeksi TB-HIV berapapun jumlah CD4.
9. Pengobatan ARV dapat dimulai setelah OAT dapat ditoleransi, biasanya setelah 2 - 8 minggu
10. Pantau kemungkinan terjadi efek samping obat
11. Gunakan rejimen yang mengandung Efavirenz
12. Pertemuan TB-HIV koordinasi internal Faskes (diskusi klinis, perencanaan, monev)

Pengendalian TB tidak akan berhasil dengan baik tanpa keberhasilan pengendalian HIV, sebaliknya TB merupakan salah satu IO yang banyak terjadi dan penyebab utama kematian pada ODHA. Kolaborasi kegiatan bagi kedua program di semua tingkat merupakan suatu keharusan agar mampu menanggulangi kedua penyakit tersebut secara efektif dan efisien.

Organisasi pelaksana Kolaborasi TB-HIV melibatkan semua komponen terkait TB dan HIV dimana ditandai dengan pembentukan Kelompok Kerja TB-HIV. Pengorganisasian pelaksana kegiatan Kolaborasi TB-HIV dilaksanakan dengan cara pembentukan Kelompok Kerja (POKJA) TB-HIV di bawah Kementerian Kesehatan dan di bawah Dinas Kesehatan untuk tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

Untuk melengkapi Pokja/Forum Komunikasi di atas bila diperlukan dapat dibentuk tim yang padu di tingkat Faskes yang terdiri dari Tim (DOTS), Tim HIV dan unsur manajemen. Tim tersebut terdiri dari :

- a. Wadir Pelayanan/Komite Medik (RS)/ Kepala Puskesmas/ FKTP
- b. Dokter
- c. Perawat
- d. Petugas laboratorium
- e. Petugas farmasi
- f. Konselor
- g. Manajer kasus
- h. Kelompok dukungan
- i. Petugas pencatatan & pelaporan

Tugas Pokja di tingkat Faskes :

- a. Melakukan koordinasi pelayanan TB dan pelayanan HIV.
- b. Menyelenggarakan pelayanan PDP yang komprehensif bagi pasien TB-HIV termasuk pelayanan konseling tes HIV, PPK untuk infeksi oportunistik, dll.
- c. Membangun dan memperkuat sistem rujukan internal dan eksternal di antara pelayanan TB dan HIV serta unit terkait lainnya.
- d. Melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai standar.

Pimpinan Faskes harus menunjuk seorang Koordinator TB-HIV yang mempunyai akses ke unit DOTS maupun ke Unit Konseling dan Tes HIV

(KT HIV) dan atau PDP. Khusus Puskesmas, pimpinan Puskesmas dapat sebagai koordinator pelaksanaan kegiatan kolaborasi TB-HIV.

Tugas Koordinator sebagai berikut :

- a. Memfasilitasi koordinasi pelayanan TB dan HIV, termasuk membangun dan memperkuat sistem rujukan internal dan eksternal di antara pelayanan TB dan HIV serta unit terkait lainnya.
- b. Mengkoordinasi pencatatan dan pelaporan termasuk umpan balik rujukan antar unit.
- c. Melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kegiatan kolaborasi.
- d. Memastikan terlaksananya kegiatan promosi, komunikasi perubahan perilaku dan membangun dukungan masyarakat bagi kolaborasi TB-HIV di masing-masing unit terutama di unit DOTS.

Untuk menjamin pelayanan TB-HIV yang berkualitas baik dari segi kemudahan akses maupun pelayanan yang cepat dan tepat maka terdapat beberapa model layanan TB-HIV yang dapat diterapkan, yaitu :

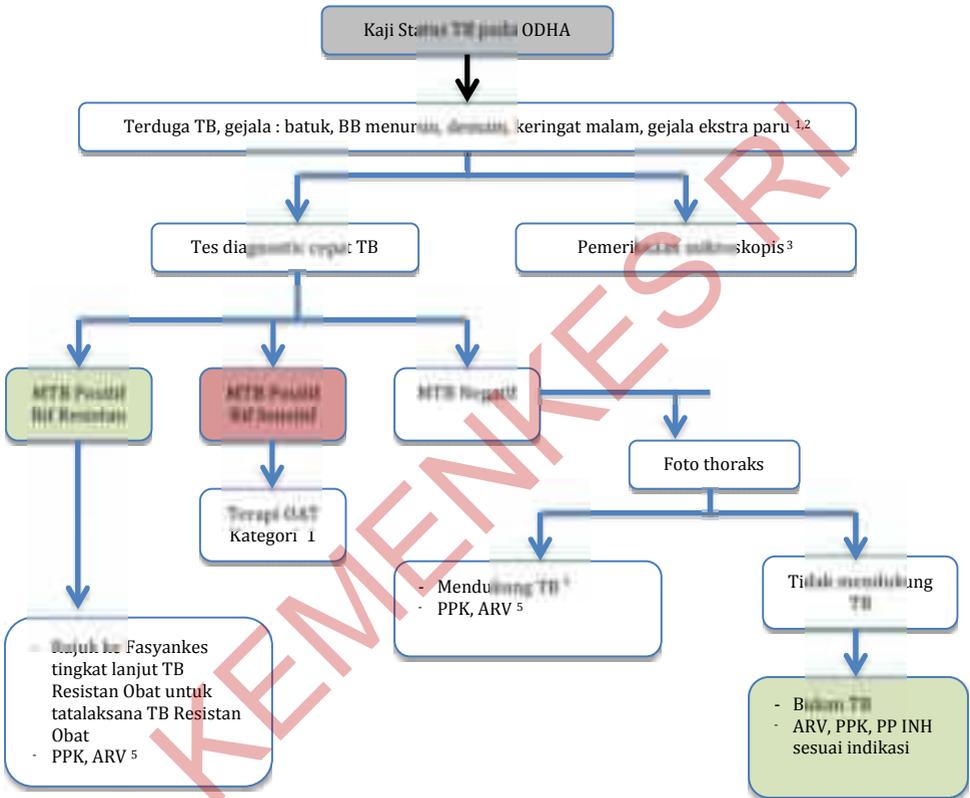
1. Model layanan terintegrasi  
Pelayanan TB-HIV yang diharapkan adalah layanan TB dan HIV terintegrasi pada satu Faskes (*one stop service*) di lokasi dan waktu yang sama, yaitu pasien TB-HIV mendapatkan akses layanan untuk TB dan HIV sekaligus dalam satu unit dalam satu Faskes.
2. Model layanan paralel:
  - a. Layanan TB-HIV dua unit dalam satu Faskes.
  - b. Layanan TB-HIV berdiri sendiri-sendiri di Faskes yang berbeda

Pemilihan model layanan disesuaikan dengan situasi dan kondisi setempat. Namun model yang dianjurkan adalah model layanan terintegrasi untuk mencegah hilangnya kesempatan penemuan dan pengobatan pasien TB-HIV.

Jika pasien dilakukan uji diagnosis cepat TB (GeneXpert) dengan hasil Rifampisin Resistan (RR), berarti pasien telah terpapar kuman TB yang Resistan terhadap Rifampisin, maka pasien perlu dirujuk ke Faskes Tingkat Lanjut TB Resistan Obat.

## Bagan 5 : Alur Diagnosis TB Paru pada ODHA

Faskes dengan akses Uji Diagnosis Cepat GeneXpert MTB/Rif



Keterangan:

- 1) Selain melihat gejala-gejala terkait TB perlu dilakukan pemeriksaan klinis untuk melihat tanda-tanda bahaya yaitu bila dijumpai salah satu gejala dari tanda-tanda berikut : frekuensi pernapasan >30 kali/menit, demam > 39°C, denyut nadi >120 kali/menit, tidak dapat berjalan bila tidak dibantu. Apabila telah ada infeksi sekunder berikan antibiotika non fluorokuinolon (untuk infeksi bakteri lain) tanpa mengganggu alur diagnosis, sedangkan bila ditemukan tanda bahaya pasien dirujuk ke Faskes dengan fasilitas rawat inap. Pada layanan yang memiliki fasilitas pemeriksaan foto toraks, dapat melakukan pemeriksaan foto toraks bersamaan dengan pemeriksaan mikroskopik.
  - 2) Untuk terduga pasien TB Ekstra Paru, rujuk untuk pemeriksaan klinis, pemeriksaan penunjang bakteriologis, histopatologis, dan pemeriksaan penunjang lainnya.
  - 3) Pemeriksaan mikroskopis tetap dilakukan bersamaan dengan tes cepat TB dengan tujuan untuk mendapat data dasar pembandingan pemeriksaan mikroskopis *follow up*, namun diagnosis TB berdasarkan hasil pemeriksaan tes cepat.
  - 4) Pada ODHA terduga TB dengan hasil MTB negatif dan foto toraks mendukung TB :
    - Jika hasil tes cepat ulang MTB positif maka diberikan terapi TB sesuai dengan hasil tes cepat
    - Jika hasil tes cepat ulang MTB negatif pertimbangan klinis kuat maka diberikan terapi TB
    - Jika hasil tes cepat ulang MTB negatif pertimbangan klinis meragukan cari penyebab lain
  - 5) Pemberian PPK dapat dimulai sebelum atau bersamaan dengan pemberian OAT dan dilakukan sebelum pemberian ARV. Jika pasien belum mendapat ARV, pemberian ARV dimulai 2-8 minggu setelah mendapatkan OAT.
- \* Pada ODHA dengan klinis sangat mendukung TB dengan hasil MTB negatif, maka ulangi pemeriksaan tes cepat sesegera mungkin dengan kualitas sputum yang lebih baik.

## **Pengobatan Pencegahan dengan Isoniazid (IPT - *Isoniazid Preventive Therapy*)**

### **Tujuan**

Mencegah TB pada ODHA

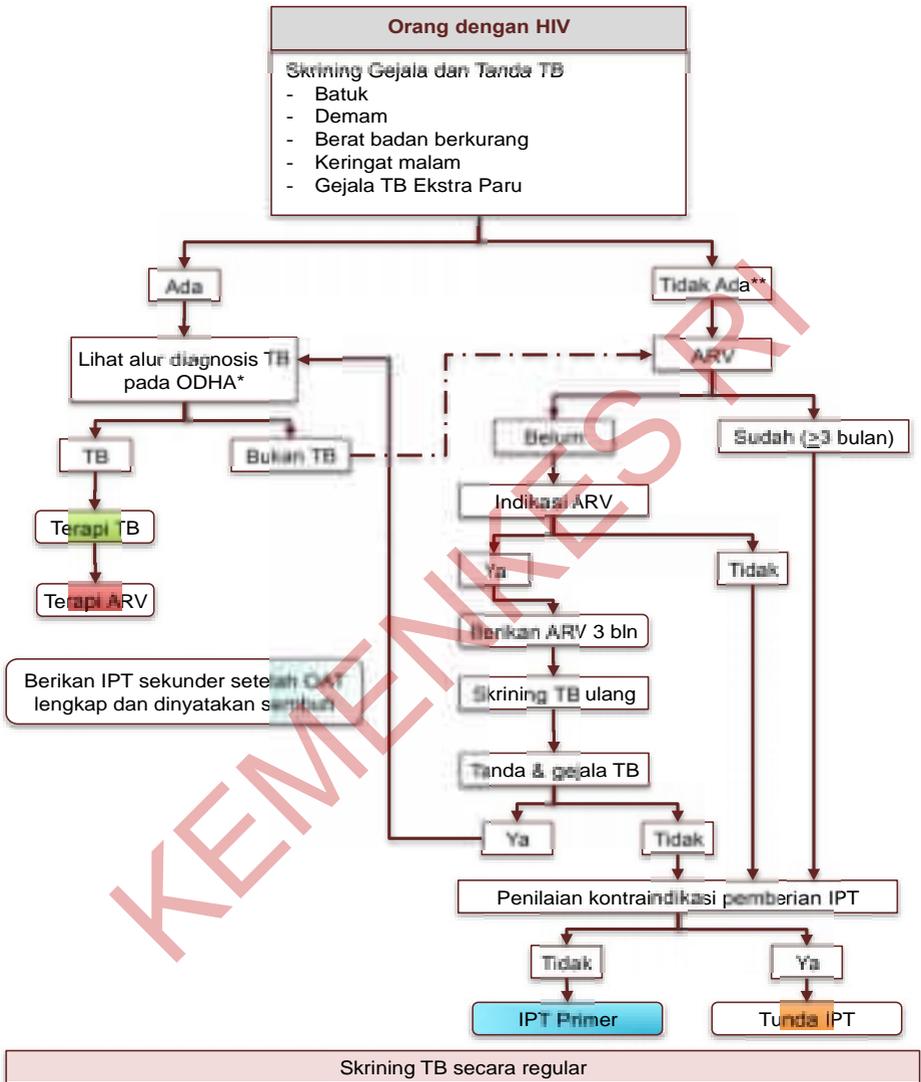
### **Panduan Pelaksanaan**

1. Penapisan TB secara klinis, dilakukan pada semua ODHA pada setiap kunjungan di faskes dengan cara menanyakan apakah ada gejala TB atau tidak.
2. Pengobatan pencegahan dengan Isoniazid (INH) diberikan jika dapat menyingkirkan diagnosis TB aktif
3. Jangan berikan IPT pada keadaan:
  - o TB aktif
  - o Memiliki kelainan fungsi hati (SGPT > 3 kali batas normal tertinggi)
  - o Memiliki gejala neuropati perifer berat
  - o Memiliki riwayat pemakaian INH
  - o Memiliki riwayat mengalami alergi INH sebelumnya
  - o Memiliki ketergantungan terhadap alkohol
4. Dosis pemberian obat INH 300mg dan Vitamin B6 25mg diberikan setiap hari selama 6 bulan
5. Pengobatan pencegahan dengan INH tidak menjadi alasan untuk menunda terapi ARV bila ODHA sudah memenuhi indikasi medis
6. Profilaksis INH tetap diberikan meskipun pasien sedang dalam pengobatan IO lain (kecuali TB)
7. Pemantauan pemberian profilaksis INH dan kepatuhan dilakukan tiap bulan selama 6 bulan
8. Hal yang perlu dipantau selama pemberian profilaksis dengan INH adalah
  - o Gejala TB: demam, keringat malam dan berat badan menurun.
  - o Efek samping INH: ruam kulit, mual muntah
  - o Terjadi gejala hepatotoksik: ikterik
  - o Bila terjadi salah satu dari ketiga hal di atas rujuk ke RS

Ko-infeksi TB sering terjadi pada ODHA dan lebih dari 25% kematian pada ODHA disebabkan oleh TB. ODHA memiliki risiko 30 kali lebih untuk terkena TB dibanding dengan orang yang tidak terinfeksi HIV. Dengan demikian pengobatan pencegahan dengan INH diberikan pada semua ODHA, termasuk ibu hamil, yang tidak menunjukkan tanda dan gejala TB aktif.

KEMENKES RI

## Bagan 6: Alur Pemberian Terapi Profilaksis INH



## H. Perawatan Kronis yang Baik

### **Tujuan:**

Mendukung ODHA untuk mendapat perawatan yang cocok untuk perjalanan penyakitnya dan untuk dapat minum obat ARV seumur hidup.

### **Panduan Pelaksanaan**

1. Menjalin kemitraan dengan pasien
2. Memperhatikan prioritas dan kekuatiran pasien
3. Menggunakan pendekatan 5 M (Mengkaji, Menyarankan, Menyetujui, Membantu, Merencanakan) dalam memberikan layanan kesehatan
4. Membantu dan mendorong kemandirian pasien
5. Mengelola tindak lanjut secara proaktif
6. Menghubungkan pasien dengan sumber daya dan dukungan sebaya
7. Menggunakan catatan medis yang standar
8. Bekerja dalam suatu tim PDP
9. Menerapkan “Perawatan Komprehensif Berkesinambungan”
10. Memberikan konseling kepatuhan

### **Prinsip Dasar Perawatan Kronik yang Baik**

Di dalam perawatan kronik yang baik, pasien diajarkan untuk memahami keadaan dan mengatasi masalah kronisnya. Infeksi HIV membutuhkan edukasi dan dukungan agar pasien dapat mandiri untuk mengurus kondisi kesehatan sendiri. Meskipun tim PDP di klinik dan masyarakat dapat membantu, pasien tetap harus belajar mengatasi penyakit mereka sendiri, mengungkapkan status mereka kepada orang yang mereka percaya agar mereka mendapatkan dukungan dan pertolongan yang dibutuhkan, melakukan pencegahan dan hidup positif, mengerti tentang profilaksis, obat ARV dan obat-obat lainnya yang mereka minum. Hal ini membutuhkan edukasi dan dukungan karena hasil yang diperoleh penting untuk pasien.

## I. Pemberian ARV

### **Tujuan:**

Memulihkan kekebalan tubuh dan mencegah penularan

### **Panduan Pelaksanaan**

1. Pastikan status HIV pasien.
2. Pasien dengan IO berat yang tidak dapat ditangani di FKTP dirujuk ke FKRTL/RS agar penyulit ditangani dan ARV diberikan di FKRTL/RS pada saat penanganan IO.
3. Pastikan ketersediaan logistik ARV.
4. Pasien perlu diberikan informasi tentang cara minum obat dengan bahasa yang mudah dimengerti, sesuai dengan latar belakang pendidikan dan budaya setempat.
5. Petugas mendukung pasien untuk minum obat secara patuh dan teratur dengan melakukan analisis faktor pendukung dan penghambat.
6. Pemberian informasi efek samping obat diberikan tanpa membuat pasien takut minum obat.
7. Obat ARV diminum seumur hidup.
8. Obat ARV perlu diberikan sedini mungkin setelah memenuhi persyaratan terapi untuk mencegah pasien masuk ke stadium lebih lanjut.
9. Terapi ARV pada kekebalan tubuh yang rendah meningkatkan kemungkinan timbulnya Sindroma Pulih Imun (SPI)
10. Pemberian ARV, khususnya pada daerah dengan epidemi meluas, dapat dilakukan di tingkat puskesmas oleh perawat/bidan terlatih di bawah tanggung jawab dokter terdekat.
11. ARV diberikan kepada pasien sebulan sekali untuk mengontrol kepatuhan minum obat. Pemberian obat ARV dapat diberikan sampai tiga bulan bila pasien sudah stabil dengan riwayat kepatuhan minum obat yang tinggi.
12. Sebisa mungkin gunakan rejimen ARV yang mudah untuk pasien seperti kombinasi dosis tetap (KDT :Tenofovir-Lamivudin-Efavirenz

atau Tenofovir-Emtricitabine-Efavirenz)

13. Puskesmas dapat melatih tenaga kader kesehatan, kelompok agama dan lembaga masyarakat lainnya untuk menjadi pengingat minum obat.
14. Bila tersedia pemeriksaan laboratorium maka dapat dilakukan pemeriksaan untuk menjadi dasar memulai ARV, namun bila tidak tersedia, jangan menunda terapi ARV. Untuk obat-obat ARV dengan efek samping rendah seperti KDT maka pemeriksaan pra-ARV tidak menjadi syarat dan dapat dilakukan kemudian.
15. Informasi lebih lengkap tentang penggunaan ARV dapat dilihat pada Pedoman Nasional Tatalaksana klinis infeksi HIV dan terapi Antiretroviral.

### **Indikasi untuk memulai terapi ARV**

- Semua pasien dengan stadium 3 dan 4, berapapun jumlah CD4 atau;
- Semua pasien dengan  $CD4 \leq 350$  sel/ml, apapun stadium klinisnya;
- Semua pasien dibawah ini apapun stadium klinisnya dan berapapun jumlah CD4 :
  - Semua pasien ko-infeksi TB
  - Semua pasien ko-infeksi HBV
  - Semua ibu hamil
  - ODHA yang memiliki pasangan dengan status HIV negative (*sero discordant*)
  - Populasi kunci (penasun, waria, LSL,WPS)
  - Pasien HIV (+) yang tinggal pada daerah epidemi meluas seperti Papua dan Papua Barat

### **Faktor yang memerlukan rujukan ke FKRTL/RS**

- Sakit berat atau stadium 4 kecuali kandidiasis esofagus dan ulkus herpes simpleks.
- Demam yang tidak diketahui penyebabnya.
- Faktor penyulit lainnya seperti sakit ginjal, jantung, DM dll.
- Riwayat pernah menggunakan obat ARV dan putus obat berulang sebelumnya untuk melihat kemungkinan adanya kegagalan atau resistensi obat lini pertama.

## **Obat ARV lini pertama yang tersedia di Indonesia**

- Tenofovir (TDF) 300 mg
- Lamivudin (3TC) 150 mg
- Zidovudin (ZDV/AZT) 100 mg
- Efavirenz (EFV) 200 mg dan 600 mg
- Nevirapine (NVP) 200 mg
- Kombinasi dosis tetap (KDT):
  - TDF+FTC 300mg/200mg
  - TDF+3TC+EFV300mg/150mg/600mg

## **Rejimen yang digunakan di tingkat FKTP adalah rejimen lini pertama dengan pilihan :**

- TDF + 3TC (atau FTC) + EFV
- TDF + 3TC (atau FTC) + NVP
- AZT + 3TC+ EFV
- AZT + 3TC + NVP

Pemerintah menyediakan sediaan Kombinasi Dosis Tetap (KDT) / Fixed Dose Combination (FDC) untuk rejimen TDF + 3TC (atau FTC) + EFV. Sediaan KDT ini merupakan obat pilihan utama, diberikan sekali sehari sebelum tidur.

Obat ARV harus diminum seumur hidup dengan tingkat kepatuhan yang tinggi (>95%) sehingga petugas kesehatan perlu untuk membantu pasien agar dapat patuh minum obat, kalau perlu melibatkan keluarga atau pasien lama. Kepatuhan pasien dalam meminum obat dapat dipengaruhi oleh banyak hal seperti prosedur di layanan, jarak, keuangan, sikap petugas dan efek samping. Oleh karena itu perlu dicari penyebab ketidak patuhannya dan dibantu untuk meningkatkan kepatuhannya, seperti konseling dan motivasi terus menerus. Ketidakpatuhan kepada obat lain seperti kotrimkoksasol tidak selalu menjadi dasar untuk menentukan kepatuhan minum ARV.

Cara pemberian terapi ARV (4S - *start, substitute, switch* dan *stop*) dapat dilihat dalam Pedoman Pengobatan Antiretroviral, Kemenkes 2014.

## J. Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)

Salah satu cara penularan HIV adalah dari ibu HIV positif ke bayinya, dimana penularan ini dapat berlangsung mulai dari kehamilan, persalinan maupun menyusui. Faktor penyebab penularan yang terpenting adalah jumlah virus dalam darah sehingga perlu mendeteksi ibu hamil HIV positif dan memberikan pengobatan ARV seawal mungkin sehingga kemungkinan bayi tertular HIV menurun.

### **Tujuan:**

Mencegah terjadinya kasus baru HIV pada bayi dan terjadinya sifilis kongenital

### **Panduan Pelaksanaan**

- Pelaksanaan kegiatan PPIA diintegrasikan pada layanan KIA, Keluarga Berencana (KB) dan Konseling Remaja;
- Menghitung/memperkirakan jumlah:
  - sasaran ibu hamil yang akan dites HIV dan sifilis;
  - perempuan usia reproduksi (15-49 tahun), termasuk remaja, pasangan usia subur (PUS) dan populasi kunci.
- Pemberian KIE tentang HIV-AIDS dan IMS serta kesehatan reproduksi, baik secara individu atau kelompok kepada masyarakat dengan sasaran khusus perempuan usia reproduksi;
- Memberikan pelayanan KB serta konseling mengenai perencanaan kehamilan dan pemilihan metode kontrasepsi yang sesuai dan kehidupan seksual yang aman termasuk penanganan komplikasi KB kepada PUS dengan HIV;
- Tes HIV dan sifilis diintegrasikan dalam pelayanan antenatal terpadu kepada semua ibu hamil mulai dari kunjungan pertama sampai menjelang persalinan;
- Tes HIV dan sifilis dapat dilakukan oleh bidan/perawat terlatih;
- Di daerah epidemi terkonsentrasi dengan tenaga kesehatan yang terbatas jumlahnya maka perawat dan bidan di Pustu, Polindes/Poskesdes yang sudah dilatih, dapat melakukan tes HIV dan sifilis untuk skrining pada ibu hamil di layanan antenatal. Jika hasil tes HIV I dan/atau sifilis adalah reaktif (positif), maka ibu

hamil dirujuk ke puskesmas yang mampu memberikan layanan lanjutan dengan melengkapi alur diagnosis;

- Di daerah epidemi meluas, bidan dan perawat terlatih dapat melakukan tes HIV strategi III, namun diagnosis tetap ditegakkan oleh dokter;
- Pada ANC terpadu berkualitas dilakukan:
  - Anamnesis lengkap dan tercatat;
  - Pemeriksaan kehamilan tercatat di kartu ibu meliputi:
    - T1: Tinggi dan berat badan
    - T2: Tekanan darah dan denyut nadi ibu
    - T3: Tentukan status gizi ibu (ukur lingkar lengan atas / LILA)
    - T4: Tinggi fundus uteri
    - T5: Tentukan presentasi janin dan DJJ
    - T6: Tentukan status imunisasi tetanus
    - T7: Tablet tambah darah (tablet besi)
    - T8: Tes darah, urin dan sputum (darah: gol. darah, Hb; GDS, malaria, sifilis dan HIV; urin: proteinuri; sputum: BTA)
    - T9: Tatalaksana kasus ibu hamil
    - T10: Temu wicara dan konseling
  - Hasil pemeriksaan di atas menentukan tatalaksana, temuwicara dan konseling yang dilakukan
  - Bila pada pemeriksaan ditemukan malaria, HIV, sifilis dan TB harus dilakukan pengobatan
- Setiap ibu hamil HIV harus mendapatkan terapi ARV. Kehamilan dengan HIV merupakan indikasi pemberian ARV dan diberikan langsung seumur hidup tanpa terputus. Pemberian ARV pada bumil tidak ada bedanya dengan pasien lainnya;
- Setiap ibu hamil HIV harus diberikan konseling mengenai :
  - Pilihan pemberian makanan bagi bayi.
  - Persalinan aman serta KB pasca persalinan.
  - Pemberian profilaksis ARV dan kotrimoksazol pada anak.
  - Asupan gizi.
  - Hubungan seksual selama kehamilan (termasuk penggunaan kondom secara teratur dan benar).
- Konseling menyusui diberikan secara khusus sejak perawatan antenatal pertama dengan menyampaikan pilihan yang ada , yaitu ASI eksklusif atau susu formula eksklusif. Pilihan yang diambil

haruslah ASI saja atau susu formula saja (**bukan *mixed feeding***). Tidak dianjurkan untuk mencampur ASI dengan susu formula;

- Pelaksanaan persalinan ibu hamil HIV dilakukan di FASKES;
- Persalinan baik pervaginam atau melalui bedah sesarea dilakukan berdasarkan indikasi medis ibu/bayinya dan menerapkan kewaspadaan standar untuk pencegahan infeksi. Ibu hamil HIV dapat bersalin secara pervaginam bila ibu telah minum ARV teratur > 6 bulan atau diketahui kadar viral load < 1000 kopi/mm<sup>3</sup> pada minggu ke-36;
- Semua bayi lahir dari ibu HIV harus diberi ARV Profilaksis (Zidovudin) sejak hari pertama (umur 12 jam) selama 6 minggu;
- Pemberian kotrimoksazol profilaksis bagi bayi yang lahir dari ibu dengan HIV dimulai pada usia enam minggu, dilanjutkan hingga diagnosis HIV dapat disingkirkan atau hingga usia 12 bulan;
- Semua bayi lahir dari ibu HIV harus dirujuk ke rumah sakit terdekat untuk pemantauan dan mendapatkan perawatan lanjutan
- Pemberian imunisasi tetap dilakukan mengikuti standar pemberian imunisasi pada anak. Semua vaksinasi tetap diberikan seperti pada bayi lainnya, termasuk vaksin hidup (BCG, Polio oral, campak), kecuali bila ***terdapat gejala klinis infeksi HIV***;
- Pada tempat yang mempunyai akses pemeriksaan PCR, pemeriksaan *early infant diagnosis* (EID) atau diagnosis HIV dini pada bayi dengan metoda kertas saring perlu dilakukan untuk memastikan apakah bayi tertular atau tidak;
- Bila tidak memiliki akses pemeriksaan PCR, maka diagnosis HIV pada bayi dapat ditegakkan dengan tes antibodi HIV pada usia setelah 18 bulan atau dilakukan diagnosis presumtif;
- Memberikan dukungan keperawatan bagi ibu selama hamil, bersalin dan bayinya;
- Pada ibu hamil, bila tidak tersedia RPR, pemeriksaan sifilis dapat dilakukan dengan tes cepat TPHA /TP-Rapid;
- Sifilis pada kehamilan merupakan indikasi untuk pengobatan. Setiap ibu hamil dengan tes serologi postisif (dengan metode apapun) minimal diobati dengan suntikan 2,4 juta UI Benzatin benzyl Penicilin IM. Bila memungkinkan diberikan 3 dosis dengan selang 1 minggu, sehingga total 7,2 juta unit;
- Terapi dengan Benzatin benzyl Penicillin didahului dengan *skin*

*test*. Diberikan dengan dua dosis terbagi di bokong kanan dan bokong kiri;

- Pemantauan tumbuh kembang anak pada bayi lahir dari ibu HIV dan sifilis;
- Edukasi dan anjuran tes HIV dan sifilis bagi pasangan ibu hamil HIV dan sifilis;

Upaya PPIA dilaksanakan melalui kegiatan pencegahan dan penanganan HIV secara komprehensif berkesinambungan yang meliputi empat komponen (*prong*) sebagai berikut :

- *Prong 1* : pencegahan penularan HIV pada perempuan usia reproduksi;
- *Prong 2* : pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada perempuan dengan HIV;
- *Prong 3* : pencegahan penularan HIV dan sifilis dari ibu hamil dengan HIV dan sifilis ke bayi yang dikandungnya;
- *Prong 4* : Dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibu dengan HIV beserta anak dan keluarganya;

## K. Pengendalian dan Pengobatan IMS

### **Tujuan:**

Menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat IMS yang sebenarnya bisa dicegah dan diobati, serta mencegah infeksi HIV

### **Panduan Pelaksanaan**

- Pengendalian IMS merupakan upaya kesehatan masyarakat esensial yang wajib dilakukan oleh puskesmas.
- Pemeriksaan IMS dilakukan secara terpadu dengan layanan kesehatan lainnya seperti layanan KIA dan KB. Penapisan IMS perlu dilakukan pada pekerja seks, penasun, LSL, waria, pria dan wanita usia subur, dan pada ibu hamil saat ANC.
- FKTP melakukan layanan IMS sesuai dengan standar pelayanan IMS, dengan memanfaatkan sumberdaya yang tersedia di FKTP.
- Deteksi dini IMS pada ibu hamil dapat dilakukan di FKTP dan jaringan Puskesmas (Pustu, Pusling dan Bidan Desa).
- Setiap PUS yang datang ke layanan KB dilakukan penapisan IMS.
- Puskesmas membuat perencanaan untuk kebutuhan tenaga, alat, bahan habis pakai, reagen dan obat sesuai standar layanan IMS.
- Puskesmas memetakan lokasi transaksi seksual berisiko (*hot spot*) dan keberadaan populasi kunci di wilayah kerjanya. Pemutakhiran dilakukan tiap 1-2 tahun sekali, sehingga puskesmas dapat menentukan dan menjalankan upaya pencegahan dan pengendalian IMS yang akan dilakukan.
- Puskesmas yang di wilayah kerjanya terdapat *hotspot*, melakukan penapisan IMS bekerjasama dengan para pengelola *hotspot* atau LSM.
- Minimal pada 80% populasi kunci dilakukan pemeriksaan IMS secara rutin setidaknya setiap 3 bulan.
- Kerjasama dengan para pengelola dan pemilik bar/panti pijat agar mereka dapat mendukung penapisan dan pengobatan IMS secara rutin
- FKTP melakukan tata laksana IMS melalui pendekatan sindrom

dan pemeriksaan laboratorium sederhana dengan hasil pada hari yang sama. Apabila fasilitas terbatas dapat menggunakan pendekatan sindrom saja.

- Seluruh pasien IMS diberikan pengobatan sesuai dengan pedoman termasuk pemberian kondom sebagai paket pengobatan dan informasi pencegahan.
- Lakukan pemeriksaan dan pengobatan pasangan seksual pasien IMS
- Semua tatalaksana kasus IMS wajib dicatat dalam rekam medis atau didokumentasikan dengan lembar pencatatan SIHA
- Lakukan pencatatan secara rutin dan lakukan evaluasi secara internal. Hasil evaluasi disampaikan kepada para pemangku kepentingan di wilayah kerja puskesmas.
- Diseminasi hasil evaluasi disampaikan juga kepada pengelola *hotspot* dan komunitas populasi kunci.

Dalam keterbatasan sumber daya manusia maka dapat dilakukan pendelegasian wewenang kepada tenaga lain yang terlatih, misalnya, bila tidak ada dokter, bidan/ perawat dapat melakukan tatalaksana klinis IMS.

Obat Infeksi Menular Seksual yang direkomendasikan sesuai Pedoman Nasional Penanganan IMS, Kemenkes, 2011, yaitu:

1. Azithromycin 1000mg+ Cefixime 400 mg
2. Benzathine Penicillin G 2.4 juta IU
3. Asiklovir 200 mg dan 400 mg
4. Flukonazol 150 mg
5. Metronidasol 500 mg
6. Eritromisin 500 mg

## L. Pengurangan Dampak Buruk Penyalahgunaan Napza

### **Tujuan:**

Menurunkan penularan HIV, IMS, dan Hepatitis di kalangan penasun dan pasangannya

### **Panduan Pelaksanaan**

- Pengurangan dampak buruk terdiri dari berbagai pendekatan di antaranya terapi rumatan metadon, layanan alat suntik steril, penggunaan kondom, tes HIV dan akses layanan ARV.
- Selain di Rumah Sakit Pengendalian dampak buruk dapat dilakukan pada tingkat puskesmas dan Lapas/Rutan .
- Program Terapi Rumatan Metadona (PTRM) dan Layanan Alat Suntik Steril (LASS) membuat hidup pasien stabil dan mengurangi risiko menularkan atau ditularkan penyakit akibat alat suntik yang tidak steril atau tercemar.
- Layanan PTRM atau LASS merupakan akses terapi ARV bagi ODHA dari kalangan penasun sehingga semua penasun yang terjangkau ditawarkan tes HIV secara rutin.
- Pengguna napza suntik yang masih aktif dianjurkan mengikuti PTRM atau LASS.
- Hepatitis C dan B merupakan penyakit penyerta yang sering dijumpai pada penasun selain HIV.
- Penapisan IMS dan TB secara berkala bagi para penasun.

Sembilan komponen dalam program Pengurangan Dampak Buruk Napza Suntik (PDBN) harus dilaksanakan secara terpadu dan berjejar dengan layanan sektor lain yang sudah ada maupun yang akan dikembangkan. Komponen PDBN yang efektif memiliki sifat menyeluruh (komprehensif), menawarkan pelayanan lebih tepat guna dan tepat sasaran yang beragam dengan memperhatikan kebutuhan penasun. Paket komprehensif PDBN terdiri dari sembilan (9) komponen seperti terpapar di bagan di bawah ini.

## Bagan 7: Paket Komprehensif Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Napza Suntik



Peraturan Menteri Kesehatan No. 21 Tahun 2013 tentang Pengendalian HIV dan AIDS menyebutkan bahwa penyelenggaraan pengurangan dampak buruk pada penggunaan napza suntik meliputi:

1. Program layanan alat suntik steril dengan konseling perubahan perilaku serta dukungan psikososial;
2. Mendorong pengguna napza suntik khususnya pecandu opiat menjalani program terapi rumatan;
3. Mendorong pengguna napza suntik untuk melakukan pencegahan penularan seksual; dan
4. Layanan konseling dan tes HIV serta pencegahan/imunisasi hepatitis

## Layanan Penunjang

### 1. Rumah singgah (*Drop in Center*)

Di dalam intervensi ini lebih diartikan sebagai sebuah tempat yang memungkinkan semua aktivitas-aktivitas yang dibutuhkan dalam intervensi ini dilakukan baik aktivitas staf program, kelompok dampingan maupun aktivitas pelayanan.

### 2. Manajemen kasus

Pada dasarnya berfungsi untuk mengkoordinasi bantuan dari berbagai layanan medis dan lembaga dukungan psikososial bagi individu-individu yang membutuhkan bantuan itu. Keberhasilan fungsi ini sangat tergantung oleh efektivitas dari kegiatan penjangkauan dan tindak lanjut dengan klien untuk memastikan bahwa mereka memperoleh layanan yang dibutuhkan.

## L.1 Program Terapi Rumatan Metadona (PTRM)

<b>Tujuan:</b> Menurunkan penularan HIV, IMS, dan Hepatitis di kalangan penasun dan pasangannya
<b>Panduan Pelaksanaan</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Peserta PTRM adalah penasun yang menggunakan heroin atau opiate.</li><li>▪ Metadona digunakan secara oral dan diminum sekali sehari.</li><li>▪ Pelayanan PTRM buka setiap hari, 7 hari dalam seminggu dengan jam kerja berorientasi pada kebutuhan pasien guna menjamin aksesibilitas.</li><li>▪ Prinsip terapi pada PTRM: <i>Start Low, Go Slow, Aim High</i></li><li>▪ Tahap Penerimaan calon pasien PTRM sebagai berikut:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Penapisan kriteria inklusi calon pasien sesuai pedoman penyelenggaraan PTRM (Kemenkes RI, 2013);</li><li>○ Pemberian informasi lengkap tentang PTRM;</li><li>○ Penilaian dan penyusunan rencana terapi sesuai dengan tatacara yang berlaku;</li><li>○ Penjelasan tentang pentingnya keterlibatan keluarga/wali</li></ul></li></ul>

- dalam PTRM untuk mendapatkan hasil yang optimal;
- Pengambilan keputusan calon pasien dapat diterima sebagai calon pasien PTRM atau dirujuk ke terapi modalitas lainnya.
  - Tahap Inisiasi Metadona :
    - Dosis awal yang dianjurkan 20-30 mg untuk 3 hari pertama dan harus selalu diobservasi selama 45 menit untuk memantau tanda-tanda toksisitas atau gejala putus obat.
  - Tahap Stabilisasi :
    - Tahap ini bertujuan menaikkan dosis secara perlahan sehingga memasuki tahap rumatan.
    - Dosis yang dianjurkan adalah menaikkan dosis awal 5-10 mg setiap 3-5 hari. Total kenaikan dosis per minggu tidak boleh lebih 30 mg.
    - Kadar metadona dalam darah akan terus meningkat selama 5 hari setelah dosis awal atau penambahan dosis karena waktu paruh Metadona cukup panjang yaitu 24 jam.
    - Selama tahap ini, pasien diobservasi setiap hari untuk diamati secara cermat terhadap efek metadona.
  - Kriteria penambahan dosis :
    - Ada tanda dan gejala putus opiate.
    - Jumlah dan/atau frekuensi penggunaan opiat tidak berkurang.
    - *Craving* (gejala kecanduan) tetap masih ada.
    - Sesuaikan dosis metadona sampai pada dosis yang tidak membuat gejala putus obat. Pemberian obat ARV dan OAT akan menurunkan kadar metadona dalam darah secara bermakna (insert di dalam rincian PTRM).
  - Tahap Rumatan:
    - Dosis rumatan rata-rata 60-120 mg/hari, namun ada beberapa yang memerlukan dosis lebih tinggi.
    - Pasien dinyatakan *drop out* bila tidak minum metadona selama 7 hari berturut-turut.
    - Bila pasien *drop out* dan akan memulai kembali, harus melalui penilaian ulang.
  - Pasien PTRM dimungkinkan untuk mendapatkan dosis bawa pulang dengan kriteria dan persyaratan. Prosedur pemberian dosis bawa pulang (THD = *take home dose*).

- Peserta PTRM <1 tahun dapat diberi THD maksimal 1 dosis bila datang sendiri, bila ada pendamping dapat diberikan 2 dosis.
- Peserta 1-3 tahun, maksimal diberikan 2 dosis bila datang sendiri, bila ada pendamping dapat diberikan 3 dosis.
- Peserta > 3 tahun dengan dosis <150 mg, THD maksimal 3 dosis bila datang sendiri, bila ada pendamping dapat diberikan 5 dosis.
- Peserta dengan dosis >200mg tanpa melihat lamanya ikut program, maksimal 2 dosis.
- Untuk keperluan luar kota yang bersifat insidental dan PTRM tidak tersedia di kota tersebut maka THD maksimal 7 hari.
- Fase Penghentian
  - Metadona dapat dihentikan bertahap secara perlahan (*tapering off*).
  - Penghentian metadona dapat dilakukan dalam keadaan berikut :
    - Pasien sudah dalam keadaan stabil
    - Minimal 6 bulan bebas heroin
    - Pasien dalam kondisi stabil untuk bekerja dan memiliki dukungan hidup yang memadai
  - Penurunan dosis maksimal sebanyak 10% setiap 2 minggu.
  - Pantau emosi pasien, bila tidak stabil, dosis dinaikkan kembali.
- Dalam keadaan berikut perlu dilakukan tes urine:
  - pada awal terapi untuk tujuan diagnostic.
  - memastikan pasien menggunakan opiate atau zat adiktif lainnya.
  - cek urin rutin untuk monitoring pasien dilakukan secara mendadak minimal 1 kali setahun.
  - pasien yang tidak memenuhi kriteria namun ingin mendapat THD.
  - Sebagai dasar untuk meningkatkan dosis rumatan bila ditemukan hasil tes urine yang positif heroin.
- Selalu menyediakan nalokson-HCL untuk mengatasi gejala overdosis sesuai dengan SOP.

## L.2 Program Layanan Alat Suntik Steril (LASS)

### **Tujuan:**

Menurunkan penularan HIV, IMS, dan Hepatitis di kalangan penasun dan pasangannya dengan memastikan bahwa setiap penyuntikan dilakukan secara aman

### **Panduan Pelaksanaan**

- Melakukan penjajagan kebutuhan LASS secara cepat, berkoordinasi bersama Dinkes, KAP, LSM dan lembaga terkait, melalui kegiatan:
  - pemetaan.
  - analisis wilayah dan *hot spot* LASS.
  - pemetaan karakteristik penasun.
- Sosialisasi untuk memberikan pemahaman kepada mitra atau lembaga yang tidak terlibat langsung dalam penyediaan LASS:
  - internal: memberikan pemahaman kepada staf yang tidak secara langsung terlibat dalam LASS.
  - eksternal: melibatkan pemangku kepentingan dalam suatu wilayah, misalnya OMS, kepolisian, TOGA, TOMA, dsb.
- Model Layanan yang digunakan:
  - layanan menetap (statis) dilaksanakan oleh penyelenggara LASS.
  - layanan bergerak (mobile) dilaksanakan oleh petugas lapangan, LSM, relawan atau kader muda dari puskesmas.
  - layanan satelit merupakan bentuk perpanjangan dari layanan menetap yang dapat dilaksanakan berdasarkan pertimbangan situasi setempat.
- Tim pelaksana LASS terdiri dari:
  - koordinator program LASS.
  - petugas pelaksana di layanan menetap.
  - petugas lapangan.

- Sarana dan prasarana:
  - tempat strategis mudah diakses oleh penasun.
  - material yang dibagikan dalam satu paket terdiri dari: alat suntik yang biasa digunakan oleh penasun sejumlah yang dibutuhkan untuk 1 minggu, kapas beralkohol, media KIE, kondom.
- Perlengkapan petugas lapangan:
  - sarung tangan karet tebal untuk mengambil alat suntik bekas di lapangan.
  - masker.
  - penjepit untuk mengambil jarum bekas yang terbuka.
  - wadah alat suntik bekas yang tahan tusukan.
  - kartu identitas petugas lapangan.
  - media KIE.
- Secara rinci kegiatan LASS mengikuti Pedoman Nasional PDBN (Kemenkes RI)

## M. Monitoring dan Evaluasi

### **Tujuan:**

Melakukan pemantauan dan evaluasi secara mandiri pelaksanaan program pengendalian HIV-AIDS dan IMS di puskesmas.

### **Panduan Pelaksanaan**

- Menentukan program pengendalian HIV-AIDS dan PIMS yang akan dipantau dan dievaluasi pada wilayah kerja FKTP/puskesmas.
- Menentukan populasi sasaran.
- Menentukan target kegiatan layanan.
- Mengidentifikasi sumber informasi yang dibutuhkan untuk melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan layanan HIV-AIDS dan IMS.
- Melakukan analisis data dilanjutkan membuat pertemuan untuk mendiskusikan hasil analisis sederhana serta merencanakan untuk perbaikan pelayanan setiap bulannya. Integrasikan kegiatan ini sebagai bagian sistem kontrol kualitas layanan FKTP.
- Mendiskusikan hasil analisis dan rencana perbaikan kegiatan layanan antar unit di dalam puskesmas.
- Diseminasikan hasil tersebut kepada pemangku wilayah setempat, misal Camat, Lurah atau Kepala Desa guna mendapatkan dukungan untuk perbaikan kegiatan layanan yang menyeluruh di wilayah puskesmas.
- Melaporkan hasil dari pelaksanaan semua kegiatan monitoring dan evaluasi kepada Dinas Kesehatan Kab/kota.

## M.1 Pencatatan dan Pelaporan

<p><b>Tujuan:</b> Melakukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan pengendalian HIV dan IMS di FKTP.</p>
<p><b>Panduan Pelaksanaan</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Penyiapan form rekam medis pasien.</li><li>▪ Pengisian form rekam medis secara lengkap dan baik pada seluruh layanan menggunakan formulir standar.</li><li>▪ Memindahkan form rekam medis yang telah terisi kedalam aplikasi elektronik (SIHA) setiap hari.</li><li>▪ Menyimpan rekam medis di FKTP pada tempat yang telah ditentukan dengan rapi dan terjaga kerahasiaannya.</li><li>▪ Melakukan verifikasi data rekam medis antar poli/unit di dalam satu FASKES.</li><li>▪ Membuat laporan bulanan berdasarkan pencatatan rutin melalui mekanisme pelaporan yang telah ditentukan sesuai standar nasional.</li><li>▪ Mengirim laporan setiap bulan melalui mekanisme pelaporan yang telah ditentukan sesuai standar nasional.</li><li>▪ Melakukan analisis data dilanjutkan membuat pertemuan untuk mendiskusikan hasil analisis sederhana serta merencanakan untuk perbaikan pelayanan setiap bulannya. Integrasikan kegiatan ini sebagai bagian sistem kontrol kualitas layanan FKTP</li></ul>

### Pencatatan

Fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan pencatatan perawatan, tindak lanjut perawatan pasien HIV dan pemberian ARV serta mendokumentasikannya dalam rekam medis sesuai dengan Permenkes 269/2008. Di samping itu fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan pelaporan kasus HIV, kasus AIDS dan pengobatannya kepada dinas kesehatan kabupaten/kota.

Infeksi HIV merupakan penyakit kronis yang memerlukan pengobatan ARV secara teratur dan seumur hidup. Pemantauan penyakit kronis seperti infeksi HIV berbeda dengan pemantauan penyakit-penyakit yang bersifat akut. Data pasien dengan infeksi HIV harus terdokumentasi secara akurat dan lengkap. Puskesmas dan klinik layanan ARV perlu memiliki perangkat alat pencatatan standar. Semua formulir pencatatan HIV dan IMS merupakan bagian rekam medis. Formulir pencatatan yang terkait dengan layanan HIV dan IMS tertera pada tabel di bawah ini.

KEMENKES RI

**Tabel 5 : Formulir Pencatatan terkait HIV dan IMS**

<b>NO</b>	<b>JENIS LAYANAN</b>	<b>JENIS FORMULIR PENCATATAN</b>
1	Layanan Konseling dan Tes HIV	Formulir KT
2	Layanan IMS	Formulir IMS
3	Layanan Perawatan Dukungan Dan Pengobatan (PDP)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ikhtisar Perawatan HIV dan Perawatan Terapi Antiretroviral (ART)</li><li>• Register pra ART</li><li>• Register ART</li></ul>
4	Layanan PTRM	<ul style="list-style-type: none"><li>• Formulir Data Dasar Peserta Metadon</li><li>• Formulir Kunjungan Harian Peserta Metadon</li><li>• Laporan Harian Penggunaan Metadon</li></ul>
5	Layanan Alat Suntik Steril (LASS)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Formulir Data Dasar Peserta LASS</li><li>• Formulir Kunjungan Harian Peserta LASS</li></ul>
6	Layanan PPIA	Formulir PPIA

Pada program penanggulangan HIV dan IMS terdapat berbagai rekam medis standar program antara lain layanan tes HIV, layanan IMS, layanan PDP, layanan PTRM, layanan LASS dan layanan PPIA.

Sistim pengolahan pencatatan mengacu kepada permenkes No.269/2008 tentang rekam medis, dimana sistim pengelolaan pencatatan dilakukan terintegrasi dengan sistim layanan. Hal ini perlu dilakukan karena pengelolaan kesehatan pasien dilakukan secara komprehensif dan sistematis dimana gangguan salah satu sistim organ akan mempengaruhi organ lainnya. Sangat penting untuk mengisi semua formulir pencatatan tersebut untuk kepentingan telaah ulang demi kepentingan kesehatan pasien. Kerahasiaan rekam medis perlu dijaga akan tetapi rahasia medis dapat gugur demi kepentingan pasien dan kesehatan masyarakat.

## Pelaporan

Fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan pelaporan yang telah ditentukan sesuai standar nasional.

**Tabel 6 : Formulir Pelaporan terkait Program HIV dan IMS**

NO	JENIS LAYANAN	JENIS PELAPORAN
1	Layanan Konseling dan Tes HIV	Laporan Bulanan Layanan Konseling dan Tes HIV
2	Layanan IMS	Laporan Bulanan Layanan IMS
3	Layanan Perawatan Dukungan Dan Pengobatan (PDP)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Laporan Bulanan Perawatan HIV dan ART (LBPHA)</li><li>• Laporan Kohort</li><li>• Laporan TB HIV</li></ul>
4	Layanan PTRM	Laporan Bulanan Layanan PTRM
5	Layanan Alat Suntik Steril (LASS)	Laporan Bulanan Layanan LASS
6	Layanan PPIA	Laporan Bulanan Layanan PPIA

## M.2 Analisis Data

### **Tujuan:**

Mendapatkan informasi yang akan digunakan sebagai dasar tindak lanjut atau perencanaan ke depan.

### **Panduan Pelaksanaan**

- Membuat grafik secara berkala (untuk melihat trend sebaiknya dibuat grafik dalam bentuk garis):
  - Grafik temuan kasus HIV dibuat melalui laporan konseling dan tes HIV.
  - Grafik kasus AIDS melalui laporan bulanan perawatan HIV dan terapi ARV.
- Grafik di atas berdasarkan karakteristik a.l.:
  - jenis kelamin,
  - umur,
  - tempat tinggal,
  - pekerjaan,
  - kelompok risiko (populasi kunci dan populasi sasaran)
  - infeksi oportunistik
  - kategori jumlah CD4 waktu didiagnosis,
  - kategori jumlah CD4 saat mulai terapi ARV
- Membuat analisis melalui grafik *cascade* pengobatan ARV setiap periode tertentu (triwulan atau tahunan) dengan menggunakan laporan bulanan HIV (LBPHA), untuk mengetahui kesenjangan (*gap*) pada tiap jenjang.
- Membuat grafik dari analisis kohort dampak terapi ARV, untuk mengetahui kinerja FASKES setiap tahunnya.
- Membuat analisis program PPIA dengan membuat grafik untuk mendapatkan informasi tentang persentase infeksi baru yang dapat dicegah melalui program PPIA :
  - jumlah sasaran ibu hamil,
  - jumlah sasaran ibu hamil yang ANC,
  - jumlah ibu hamil yang dilakukan tes HIV,
  - jumlah ibu hamil yang terinfeksi HIV,
  - jumlah ibu hamil terinfeksi HIV yang menerima terapi

ARV,

- jumlah bayi yang lahir dari ibu terinfeksi HIV,
- jumlah bayi yang lahir dari ibu terinfeksi HIV dan menerima profilaksis zidovudine, dan
- jumlah bayi yang lahir dari ibu terinfeksi HIV dengan status HIV positif.
- Analisis layanan IMS di FASKES dirinci menurut etiologi atau pendekatan sindrom beserta pengobatan yang diberikan serta hasil pengobatannya.
- Analisis layanan pengurangan dampak buruk napza (LASS, PTRM).
- Dan analisis lain yang dianggap perlu.

Dari analisis *cascade of HIV treatment* dapat diketahui kesenjangan antara estimasi ODHA di kabupaten/kota tersebut dengan:

- Orang terinfeksi HIV yang terdiagnosis,
- ODHA yang memenuhi syarat terapi ARV
- ODHA yang pernah mendapat terapi ARV
- ODHA yang masih hidup dan mendapat terapi ARV
- ODHA yang mengalami supresi virologis.

Informasi tersebut akan bermanfaat dalam menentukan tindak lanjut yaitu rencana mengisi kesenjangan tersebut. Akan lebih bermanfaat lagi bila dapat dibuat *cascade* terapi ARV menurut kelompok populasi kunci maupun kelompok populasi sasaran.

Di samping itu, dapat juga dianalisis lama waktu sejak diagnosis HIV ditegakkan hingga menerima terapi ARV. Untuk hal tersebut diperlukan catatan/grafik tersendiri menurut kategori waktu, misalnya 3 bulan, 6 bulan dst selama 1 tahun pencatatan dengan mengambil informasi dari Ikhtisar Perawatan HIV dan Terapi ARV. Dengan demikian diperoleh informasi tentang kecepatan pasien dalam mengakses terapi ARV. Hal ini penting, mengingat bahwa kalangan populasi kunci perlu mengakses terapi lebih dini untuk mengurangi laju infeksi baru HIV.

Dari analisis kohort dampak terapi ARV diperoleh gambaran kinerja FASKES setiap tahunnya. Sementara dari analisis program PPIA dapat diperoleh gambaran tentang persentase infeksi baru yang dapat dicegah melalui program PPIA.

KEMENKES RI

### III. Layanan HIV-IMS Komprehensif Berkesinambungan (LKB)

**Tujuan:**

Mendekatkan dan meningkatkan akses tes HIV dan pengobatan ARV serta membantu pasien untuk tetap patuh minum obat

**Panduan Pelaksanaan**

- FKTP membina jejaring dengan Rumah Sakit dan faskes lainnya, komunitas, dan layanan terkait lain di wilayahnya, sesuai dengan tingkat
- Layanan HIV dan IMS diintegrasikan dengan layanan dasar yang tersedia di dalam FKTP seperti KB, Kespro, KIA, Remaja, BP
- Puskesmas selalu mendapatkan bimbingan teknis dari Rumah Sakit untuk penanganan pasien, laboratorium, pencatatan pelaporan, dengan cara melakukan mentoring secara reguler.
- Puskesmas mendapatkan dukungan dari Dinas Kesehatan untuk penguatan implementasi program, mengetahui proyeksi dan target, mendapatkan umpan balik dari laporan bulanan, penguatan manajemen logistik secara reguler.
- Puskesmas melatih dan melibatkan kader untuk menjadi pengawas minum obat ARV atau OAT.

Puskesmas merupakan salah satu simpul jejaring layanan HIV di suatu Kabupaten/kota sesuai dengan kerangka kerja LKB yang berdasarkan 6 pilar di bawah ini:

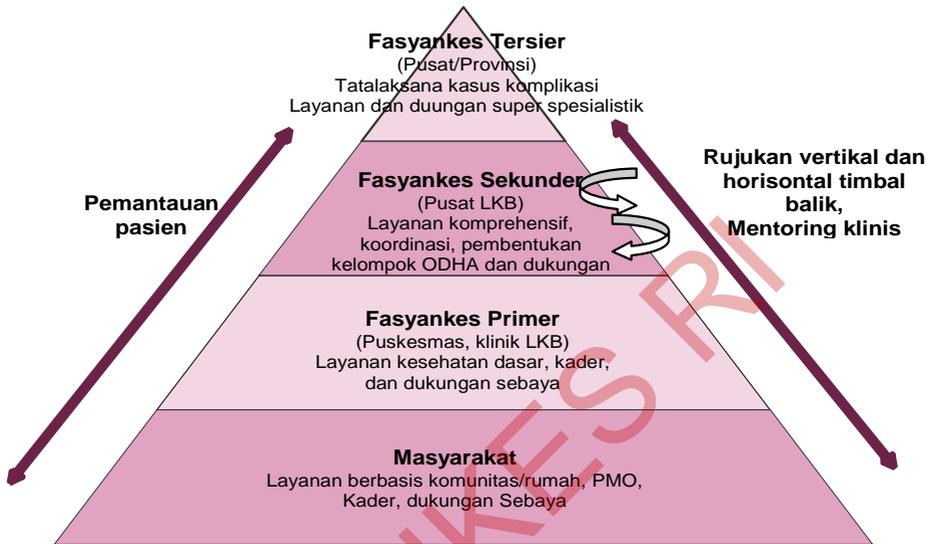
1. Koordinasi dan kemitraan dengan semua pemangku kepentingan di setiap lini.
2. Peran aktif komunitas termasuk ODHA dan keluarga.
3. Layanan terintegrasi dan terdesentralisasi sesuai kondisi setempat.
4. Paket layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan.
5. Sistem rujukan dan jejaring kerja.
6. Akses layanan terjamin.

**Bagan 8: Kerangka Kerja Layanan HIV-IMS  
Komprehensif Berkesinambungan**



Bagan di atas menjelaskan hubungan kerja dari unsur-unsur pokok dalam LKB, yaitu Dinas Kesehatan, Fasyankes, komunitas, dan unsur lain di masyarakat.

## Bagan 9: Jejaring Rujukan Timbal Balik



LKB berjalan dengan jejaring rujukan secara timbal balik baik vertikal maupun horisontal. Jejaring rujukan ini difasilitasi oleh komunitas yang terorganisasi baik di tingkat layanan maupun di tingkat Kabupaten/kota sebagaimana tergambar dalam bagan di atas.

Sebagaimana tercantum dalam pilar-pilar dari LKB, maka layanan HIV termasuk layanan pengobatan ARV perlu terintegrasi dan terdesentralisasi hingga ke layanan primer sesuai kondisi setempat, sehingga akan lebih mudah terjangkau oleh yang memerlukannya.

## Aktivasi Layanan ARV

### **Tujuan:**

Menjamin akses layanan pengobatan terapi ARV hingga ke FKTP

### **Panduan Pelaksanaan**

- Proses aktivasi untuk puskesmas yang baru akan menjadi puskesmas Layanan ARV, maka harus melengkapi antara lain :
  - Memiliki tim tenaga terlatih yang terdiri dari dokter, perawat, farmasi, tenaga laboratorium terlatih HIV, dan petugas pencatatan & pelaporan.
  - Memiliki jejaring dengan Rumah Sakit pengampunya dan komunitas penjangkau.
  - Surat permohonan dari Dinas Kabupaten/ Kota ditujukan kepada Dinas Kesehatan Provinsi untuk aktivasi dan nomor registrasi nasional dengan dilampiri :
    - SK tim HIV yang ditandatangani oleh Kepala Puskesmas
    - Formulir Pendaftaran Puskesmas Aktif PDP
  - Dinas Kesehatan Provinsi meneruskan permohonan aktivasi dan nomor registrasi nasional ke Kemenkes RI c/q Dit PPML.
- Puskesmas yang telah aktif tersebut wajib untuk mengirimkan laporan pelayanan HIV secara rutin setiap bulan ke Kemenkes c/q Dit PPML melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dan Dinas Kesehatan Provinsi.
- Puskesmas mengirimkan laporan logistik dan permintaan obat ke ke Subdit AIDS dan PMS (untuk Provinsi Sentralisasi) atau ke Dinas Kesehatan Provinsi bagi yang sudah desentralisasi.
- Puskesmas yang tidak mengirimkan laporan selama 6 bulan berturut-turut, maka dianggap sebagai puskesmas tidak aktif/non aktif layanan ARV, dan akan menjadi aktif kembali apabila telah mengirimkan laporan terakhir ke Subdit AIDS dan PMS (untuk Provinsi Sentralisasi) atau ke Dinas Kesehatan Provinsi (untuk Provinsi Desentralisasi).

## IV. Manajemen Laboratorium

### **Tujuan:**

Menyediakan layanan penunjang laboratorium HIV dan IMS yang efektif dan efisien.

### **Panduan Pelaksanaan**

- Puskesmas melakukan layanan laboratorium HIV dan IMS. Apabila fasilitas tersebut tidak tersedia, puskesmas bekerja sama dengan fasilitas kesehatan rujukan lainnya seperti Balai Laboratorium Kesehatan (BLK) atau RS di wilayahnya.
- Puskesmas membangun layanan laboratorium dasar sebagai berikut:
  - Diagnostik HIV: tes cepat HIV 1 dan 2.
  - Diagnostik HIV pada bayi di bawah 18 bulan: menyiapkan sampel darah kering (*dry blood spot* - DBS) untuk dikirim ke laboratorium rujukan virology.
  - Pemeriksaan hematologi rutin dasar: Hb.
  - Pengambilan darah sampel untuk pemeriksaan kimia darah dan CD4.
  - Pemeriksaan gula darah.
  - Diagnostik TB: sputum SPS untuk pemeriksaan BTA.
  - Diagnostik malaria: sediaan darah tepi, tes cepat untuk *P. Falciparum* terutama untuk ibu hamil.
  - Diagnostik IMS: tes cepat TPHA dan RPR bila tersedia *centrifuge* dan *rotator*, pengecatan Gram atau methilen blue, sediaan basah.
  - Tes kehamilan: tes cepat.
  - Pemeriksaan urine: gula dan protein.
- Puskesmas melaksanakan prosedur keamanan kerja di laboratorium dan kewaspadaan standar.
- Puskesmas menerapkan Profilaksis Pasca Paparan, termasuk pelatihan petugas dan akses ARV dalam 72 jam.
- Puskesmas menyusun perencanaan logistik laboratorium.
- Puskesmas melaksanakan pencatatan dan pelaporan pemeriksaan laboratorium termasuk rujukan sesuai standar.

- Menjaga konfidensialitas hasil pemeriksaan.
- Puskesmas melakukan upaya pemantapan mutu internal dan eksternal.

Manajemen laboratorium, seperti manajemen program kesehatan lainnya meliputi beberapa aspek yaitu :

- Manajemen sumber daya manusia
- Manajemen sarana dan prasarana
- Manajemen pengendalian infeksi
- Manajemen pemeliharaan alat dan logistik
- Manajemen kendali mutu dan peningkatan kualitas hasil laboratorium

KEMENKES RI

## V. Manajemen Rantai Pasok

Siklus pengelolaan logistik program dan perbekalan kesehatan secara umum terdiri dari perencanaan dan perkiraan kebutuhan, pengadaan, penerimaan dan penyimpanan, distribusi dan penggunaan. Sehingga dalam penyusunan panduan ini proses-proses tersebut merupakan ruang lingkup dari panduan ini dan ditambah dengan beberapa proses lainnya yang terkait.

Bagan 10 : Siklus Manajemen Logistik



## A. Perencanaan Perkiraan Kebutuhan

### **Tujuan:**

- Tersedianya angka perkiraan kebutuhan setiap produk untuk periode yang telah ditentukan agar tidak terjadi kelebihan atau kekurangan jumlah produk di lapangan.
- Menetapkan produk yang akan diadakan dan digunakan dalam program yang selanjutnya berguna untuk proses pengadaannya.

### **Panduan Pelaksanaan**

- Petugas pengelola program dan farmasi di puskesmas melakukan perencanaan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan lainnya.
- Perhitungan kebutuhan logistik mengikuti panduan dari masing-masing kegiatan layanan.
- Perencanaan dari pusat berdasarkan permintaan dan laporan dari bawah.
- Perencanaan kebutuhan selain obat ARV dan Metadona dilakukan berjenjang mulai dari puskesmas, Dinas Kesehatan Kab/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, sampai Kementerian Kesehatan RI.
- Kebutuhan logistik yang direncanakan mengacu pada logistik yang sudah teregistrasi di Kementerian Kesehatan.

### **Puskesmas Layanan ARV dan Puskesmas Satelit ARV**

Dalam layanan terapi antiretroviral dikenal adanya FASKES layanan ARV dan layanan satelit ARV.

Yang dimaksud dengan layanan ARV adalah layanan yang mampu memberikan layanan HIV dan mampu menginisiasi terapi ARV secara mandiri lengkap dengan pencatatan dan pelaporan serta tatakelola logistiknya. Layanan tersebut dapat mengeluarkan nomor register nasional kepada pasien HIV yang didiagnosis dan dirawat. Sedangkan

layanan satelit ARV maka nomor register nasional untuk ODHA dan distribusi obat ARV didapatkan dari fasilitas layanan pengampunya.

meskipun pencatatan dilakukan secara lengkap, pelaporannya masih tergabung dengan laporan fasilitas pengampunya.

Pada FASKES yang baru memulai layanan ARV diberikan kebutuhan minimal yang diperlukan untuk layanan tersebut bisa berjalan. Kebutuhan awal pengobatan diberikan oleh Dinas Kesehatan sebanyak 10 botol per jenis obat ARV atau sesuai dengan jumlah ODHA yang terdaftar dan akan mengakses ARV di FASKES tersebut.

Pada FASKES yang melayani ARV :

- a. Untuk obat non ARV dan Reagen, maka permintaannya adalah dengan menggunakan metode konsumsi dan permintaan dilakukan setiap bulan.
- b. Untuk obat ARV, permintaan dilakukan setiap bulan untuk ketersediaan 1 bulan pemakaian dan 2 bulan stok cadangan. Perhitungan kebutuhan yang digunakan adalah:

**(jumlah pasien dalam regimen untuk setiap jenis obat ARV yang digunakan x 3 bulan) – stok akhir.**

- c. Perhitungan kebutuhan obat dan reagen harus memperhatikan jumlah obat dan reagen yang akan kadaluwarsa dalam waktu dekat.

## B. Pengadaan

### **Tujuan:**

Menyediakan kebutuhan logistik untuk periode yang telah ditentukan sesuai yang telah direncanakan.

### **Panduan Pelaksanaan**

- Mengikuti kebijakan/peraturan daerah dan kondisi setempat. Petugas pengelola program dan farmasi di puskesmas melaksanakan pengadaan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan lainnya.
- Pengadaan obat ARV dan Metadona secara nasional dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI.
- Jenis obat dan perbekalan kesehatan yang akan diadakan harus sudah teregistrasi di Kementerian Kesehatan.

## C. Penerimaan dan Penyimpanan Barang

### **Tujuan:**

1. Mendapatkan produk yang diterima baik melalui proses pengadaan maupun kiriman dari Dinas Kesehatan Kabupaten/kota sesuai prosedur standar penerimaan barang.
2. Mendapatkan produk yang disimpan dalam mutu baik untuk diberikan kepada pasien.

### **Panduan Pelaksanaan**

- Menerima barang hasil dari proses pengadaan atau kiriman dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau untuk obat ARV yang didapat dari rumah sakit rujukan.
- Untuk barang yang berasal dari pengadaan, proses penerimaan mengikuti prosedur pengadaan (ada tim penerima barang dan Berita Acara Penerimaan Barang).
- Melakukan konfirmasi penerimaan barang kepada pihak

pengirim segera setelah barang diterima secara tertulis.

- Mendokumentasikan dokumen penerimaan barang dengan baik.
- Melakukan pencatatan dan kontrol keluar masuk barang.
- Memisahkan lokasi penyimpanan untuk produk yang baik dan yang rusak atau sudah kadaluwarsa.
- Menyimpan dan mengelola barang ditempat dengan cara yang ditetapkan.
- Memastikan tempat penyimpanan memenuhi syarat untuk menyimpan obat dan reagen
- Melakukan pemeriksaan fisik barang yang disimpan secara berkala untuk menjamin akurasi stok dan melihat mutu barang.
- Memantau dan melakukan analisis kecukupan stok untuk kebutuhan yang ada dengan memastikan bahwa permintaan dibuat dan dilaporkan secara rutin dari puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten/kota.
- Memastikan akurasi data permintaan yang dibuat dengan aktual fisik barang yang disimpan di tempat penyimpanan
- Penerimaan dan penyimpanan produk secara rinci lihat Buku Pedoman Pengelolaan Obat Publik (Kementerian Kesehatan RI)

Tahapan dalam melakukan penerimaan dan penyimpanan barang adalah sebagai berikut:

1. Pengelola farmasi di puskesmas harus memastikan bahwa ruangan untuk tempat penyimpanan produk telah memenuhi persyaratan yang ditetapkan yaitu tersedia cukup rak penyimpanan, kartu stok dan sarana pengontrolan suhu (kipas angin/*exhaust*/AC).
2. Pengelola farmasi memastikan adanya ruangan penyimpanan dingin atau lemari es yang digunakan untuk penyimpanan reagen atau obat dengan suhu tertentu.
3. Pengelola farmasi memastikan bahwa ruangan penyimpanan produk adalah akses terbatas dan kebersihannya terjaga.

4. Pengelola farmasi di puskesmas melakukan pencatatan obat yang diterima baik yang berasal dari pengadaan sendiri maupun kiriman dari Dinas Kesehatan Kab/kota di buku penerimaan barang
5. Pengelola farmasi di puskesmas melakukan pendokumentasian dokumen penerimaan barang dan melakukan konfirmasi penerimaan kepada pihak pengirim.
6. Pengelola farmasi melakukan penataan barang sesuai abjad atau kategori produk dengan dilengkapi kartu stok. Penataan produk mengacu pada konsep *first expired first out* (FEFO) dan *first in first out* (FIFO)
7. Pengelola farmasi melakukan pencatatan keluar masuk barang di buku catatan persediaan dan juga di kartu stok.

#### D. Manajemen Pemberian Obat dan Perbekalan Kesehatan

<p><b>Tujuan:</b></p> <p>Menjamin terpenuhinya kebutuhan pasien akan obat dan perbekalan kesehatan lainnya</p>
<p><b>Panduan Pelaksanaan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan obat dan reagen yang akan digunakan untuk pasien belum kadaluwarsa.</li> <li>• Memberikan obat ke pasien sesuai dengan resep dokter dan disertai dengan konseling kepatuhan pengobatan.</li> <li>• Memastikan bahwa obat ARV yang diterima pasien dapat memenuhi kebutuhan selama 1 bulan, kecuali pada kondisi tertentu .</li> <li>• Pemberian obat ke pasien menggunakan prinsip FEFO dan FIFO.</li> <li>• Selalu mengacupada nama generik obat karena sumber pengadaan yang berbeda memungkinkan perbedaan nama merek dagang.</li> <li>• Menjunjung prinsip penggunaan obat secara rasional.</li> <li>• Mencatat register pemberian obat dan mendata jumlah keluar produk.</li> </ul>

### **Tahapan melakukan pemberian obat adalah sebagai berikut :**

- Pengelolafarmasi mencatat semua pasien yang sedang menerima obat di puskesmas dengan menggunakan nomer register yang terhubung dengan nomer register pasien untuk memudahkan pemeriksaan dan melakukan analisis kecukupan stok obat.
- Pengelola farmasi mengeluarkan obat berdasarkan resep atau permintaan tertulis (khusus untuk reagen).
- Pengelola farmasi mencatat jumlah obat keluar di kartu stok tersebut segera setelah obat tersebut diambil dari tempat penyimpanan.
- Pengelola farmasi memastikan obat yang keluar sesuai FEFO dan FIFO.
- Pengelola farmasi melakukan konfirmasi resep ke dokter jika resep yang diberikan tidak sesuai dengan panduan pengobatan.
- Monitoring dilakukan dengan melihat berapa banyak obat yang keluar tidak berdasarkan FEFO serta FIFO dan melihat tingkat akurasi penyimpanan produk.

## E. Pencatatan dan Pelaporan Logistik

Monitoring dan evaluasi pelaksanaan perencanaan dilakukan dengan membandingkan apakah obat dan perbekalan kesehatan yang diterima sudah sesuai dengan permintaan dari FASKES. Lakukan konfirmasi dan klarifikasi ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota jika terdapat perbedaan.

Untuk melakukan monitoring dan evaluasi logistik harus melakukan pencatatan dan pelaporan yang baik dan tepat waktu.

### **Tujuan:**

Memudahkan pemantauan manajemen logistik dan melakukan analisis kebutuhan serta pemakaian obat dan perbekalan kesehatan lainnya.

### **Panduan Pelaksanaan**

- Pencatatan logistik dilakukan dari proses penerimaan, penyimpanan dan pengeluaran obat serta reagen di puskesmas.
- Pencatatan logistik dilakukan untuk tiap jenis alat dan bahan termasuk obat yang dimasukkan kedalam kartu stok.
- Pencatatan logistik dilakukan secara rutin, setiap terjadi transaksi atau setiap terjadi perubahan dilakukan di format atau formulir yang standar.
- Pelaporan logistik terdiri dari Laporan Bulanan Perawatan HIV/AIDS (LBPHA) dan Laporan Triwulan Alat dan Bahan.
- LBPHA dikirim ke Dinas Kesehatan paling lambat tanggal 1 bulan berikutnya.
- Laporan Triwulan Alat dan Bahan ditujukan ke Dinas Kesehatan Kab/Kota dan diterima paling lambat tanggal 5 setiap 3 bulan.

## Daftar Pustaka

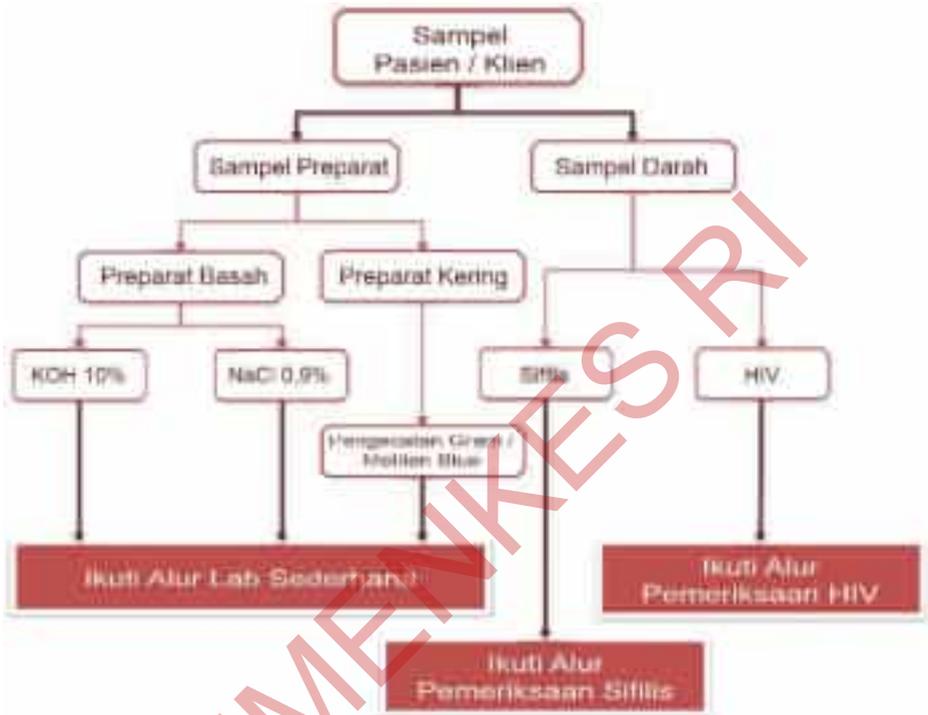
---

1. Pedoman Nasional konseling dan Tes HIV atas Inisiasi Petugas kesehatan, Ditjen P2M dan PL Republik Indonesia, 2010
2. Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi ODHA. Ditjen P2M dan PL Republik Indonesia, 2003
3. Joseph Dvora. How To Transition from KTS to Provider-Initiated Testing & Counseling? Lessons Learned from Zimbabwe's Pilot Program. *CT Innovations* from 2007 November 2007;2(4):1,3-4
4. Sophia Vijay S, Soumya Swaminathan S, Preetish Vaidyanathan P. Feasibility of Provider-Initiated HIV Testing and Counselling of Tuberculosis Patients Under the TB Control Programme in Two Districts of South India. *PLoS ONE* November 2009;4(11):e7899
5. Guidance on Provider-initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities. WHO, 2007
6. Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral Pada orang Dewasa, Ditjen P2m dan PL Republik Indonesia, 2011
7. Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual, Ditjen P2M dan PL Republik Indonesia, 2011
8. Petunjuk Tehnis Tata Laksana Klinis Ko-Infeksi TB-HIV, Ditjen P2M dan PL Republik Indonesia, 2012
9. Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak, Ditjen P2M dan PL Republik Indonesia, 2012
10. Pedoman Penerapan Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan, Ditjen P2m dan PL Republik Indonesia, 2012
11. Kebijakan Nasional Kolaborasi TB-HIV, Kementerian kesehatan Republik Indonesia, 2007
12. Patriarca G, Schiavino D, Buonomo A, Aruanno A, Altomonte G, Nucera E. Desensitization to Co-trimoxazole in a Patient With Fixed Drug Eruption. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2008;18(4): 309-311
13. Lin D, Li WK, Rieder MJ. Cotrimoxazole for prophylaxis or treatment of opportunistic infections of HIV-AIDS in patients with previous history of hypersensitivity to cotrimoxazole. *Cochrane Database Syst Rev* 18 Apr 2007;(2):CD005646

14. Department of health and human services Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents: Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. MMWR. 2009;58(RR-4)
15. Bassett IV, Wang B, Chetty S, et al. Loss to Care and Death Before Antiretroviral Therapy in Durban, South Africa. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009;51(2):135–9 Rosenblum M, Deeks SG, Van der Laan M, Bangsberg DR. The Risk of Virologic Failure Decreases with Duration of HIV Suppression, at Greater than 50% Adherence to Antiretroviral Therapy. PloS ONE. 2009 ; 4(9): e7196
16. The Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group. Major Clinical Outcomes in Antiretroviral Therapy (ART)–Naive Participants and in Those Not Receiving ART at Baseline in the SMART Study. Journal of Infectious Diseases. 2008; 197: 1133–44
17. Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG. Effect of Early versus Deferred Antiretroviral Therapy for HIV on Survival. N Engl J Med. 2009;360(18):1815-26
18. Road Map To reduce HIV-related morbidity and mortality and maximize the prevention benefits of scaling-up access to ARVs, Rapid Scaling-up of HIV Testing and Treatment in High Burden Districts. 2013-2015

## LAMPIRAN

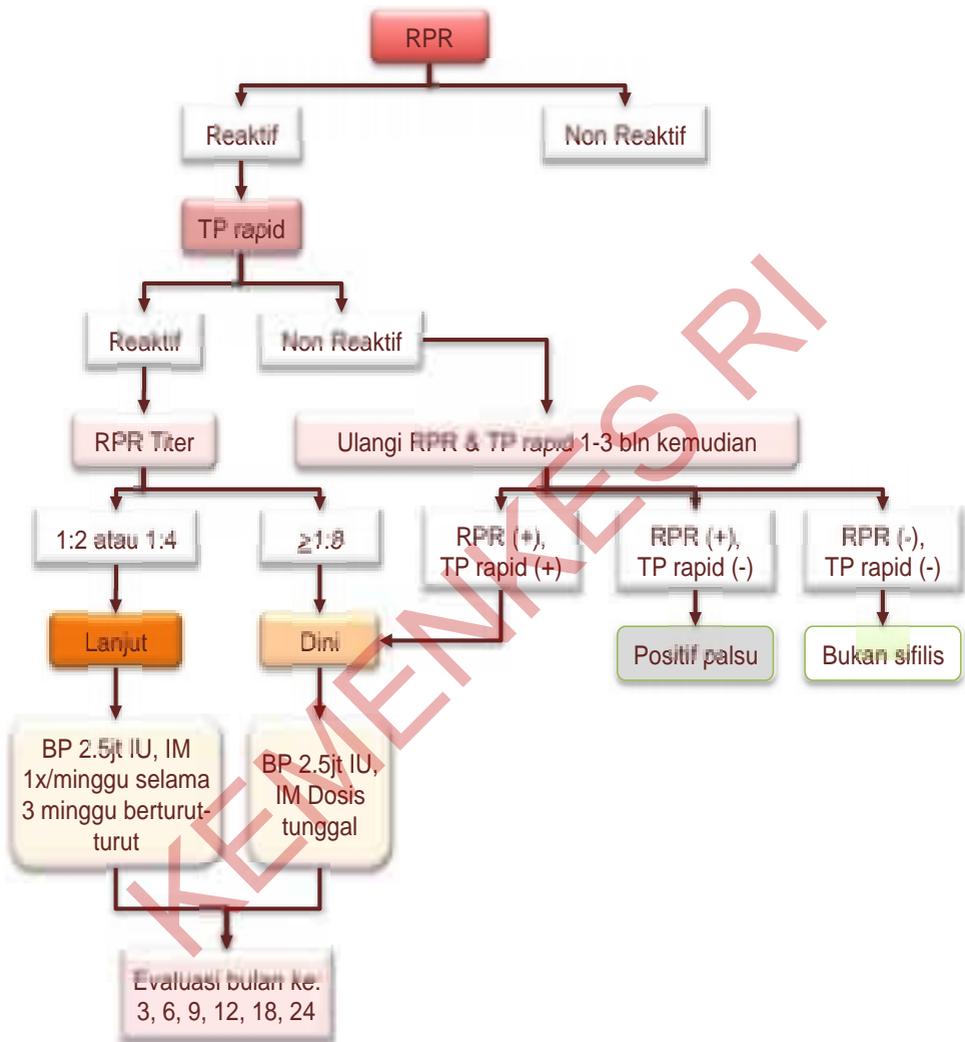
### Lampiran 1 : Alur pemeriksaan laboratorium untuk IMS dan HIV



#### Penjelasan alur :

1. Setiap pasien dengan risiko tinggi IMS dan HIV diambil sampel untuk pemeriksaan laboratorium.
2. Sampel preparat akan diambil untuk pemeriksaan basah dan kering.
3. Sampel darah diambil jika akan dilakukan pemeriksaan sifilis dan atau HIV
4. Pemeriksaan laboratorium sediaan basah menggunakan reagen KOH 10% dan NaCl 0,9%.
5. Pemeriksaan laboratorium sediaan kering menggunakan reagen Gram atau Metilen blue.
6. Prosedur kerja mengikuti protap laboratorium sederhana sifilis.
7. Untuk pemeriksaan HIV mengikuti protap diagnostik HIV.

## Lampiran 2 : Alur Tes Serologi Sifilis dan Tatalaksana Sifilis Laten



## Interpretasi hasil test Sifilis

No	Hasil RPR	Hasil TPHARapid	HASIL AKHIR SIFILIS	Pengobatan
1.	Negatif	X	Bukan Sifilis	
2.	Positif $\geq 1 : 8$	Positif	Positif Laten Dini	BP 2,4 Juta IU, IM
3.	Positif 1:2 atau 1: 4	Positif	Positif Laten Lanjut	BP 2,4 Juta IU IM 3 kali dengan selang waktu tiap kali suntikan 1 minggu
4.	Positif (berapapun titernya)	Negatif	Positif Semu	Ulangi pemeriksaan 1 minggu lagi

### Lampiran 3 : Penyakit IMS, Pengobatan dan Dosis Obat

Nama Penyakit	Gejala dan Tanda	Penemuan laboratorium	Pengobatan
Gonore (GO) dan <i>Chlamydia</i>	Duh tubuh kekuningan keluar dari servik, uretra atau anus	Diplokokus intraselular dan PMN pada pewarnaan Gram/ <i>Methylen Blue</i>	Sefiksिम 400 mg + Azitromisin 1 g
Herpes simpleks	Vesikel/luka kecil dangkal, berkelompok, nyeri, dengan/tanpa riwayat rekurensi	Tidak dilakukan pemeriksaan lab	Asiklovir 3x 400 mg atau 5 x 200 mg selama 7 hari untuk episode pertama Jika berulang 3x400 mg atau 5 x 200 mg selama 5 hari
Sifilis	Ulkus biasanya tunggal, tidak nyeri, bersih, tepi keras rata	Hasil positif RPR dan TP Rapid, disertai titer RPR	Benzatin Penisilin 2,4 juta IU unit IM 1x atau 3x selang seminggu tergantung titer RPR
Trikomoniasis	Duh tubuh vagina, berbuih, gatal	Ditemukan parasit trichomonas pada pemeriksaan mikroskop dengan NaCl 0.9%	Metronidasol 2 g dosis tunggal
Kandidiasis	Duh tubuh vagina putih seperti susu pecah atau tahu, gatal, kemerahan	Ditemukan Hifa semu pada pemeriksaan KOH 10%	Fluconazole 150 mg dosis tunggal atau Tab vaginal Nystatin 100.000 IU selama ....
Vaginosis Bakterial	Duh tubuh vagina berbau amis	Adanya <i>clue cells</i>	Metronidasol 2g dosis tunggal dan menghentikan praktek cuci vaginal

## Lampiran 4 : Pencegahan dan Tatalaksana Anafilaksis

### LANGKAH PENCEGAHAN

Sebelum memberikan suntikan Benzatin Penisilin

- Tanyakan kepada pasien tentang riwayat alergi terhadap penisilin seperti:
  - Anafilaksis
  - Urtikaria
  - Pruritus dan
  - Spasme bronkus
- Lakukan skin tes dan penisilin
- Tanda tanda kemungkinan anafilaksis :
  - Syok
  - Sesak nafas
  - Ruam yang gatal

No.	LANGKAH LANGKAH TATALAKSANAN ANAFILAKSIS
1.	Cari bantuan segera sebaiknya panggil dokter
2.	Periksa "ABC" <i>Airway</i> <i>Breathing</i> – Berikan nafas buatan ( <i>mouth-to-mouth respiration</i> ) <i>Circulation</i> – lakukan CPR bila perlu
3.	Bila ada anafilaksis, berikan Adrenalin I.M. <ul style="list-style-type: none"><li>• Dosis: dewasa 0,5 ml (bila Manula – 0,3 ml). Ulang setiap 5 – 10 menit sampai mendapatkan respon yang adekwat</li><li>• Periksa tekanan darah dan nadi setiap 5 – 10 menit</li></ul>
4.	Berikan hidrokortison I.M. – Dosis: dewasa 250 mg
5.	Beri khlorfeneramin 10-20 mg Atau Difenhidramin 50 – 100 mg I.M.
6.	RUJUK PASIEN KE RUMAH SAKIT – diantar oleh dokter atau perawat <ul style="list-style-type: none"><li>• Ulang Adrenalin bila perlu Bawa persediaan dosis untuk diperjalanan</li><li>• Catat semua pengobatan dan tindakan yang diberikan secara rinci Berikan salinannya ke rumah sakit rujukan</li><li>• Tunggu pasien sampai dokter datang Serah terimakan perawatan pasien dengan rinci</li></ul>

**Lampiran 5 : Nama Bakteri dan Virus penyebab IMS**

<b>Jenis mikroorganisme</b>	<b>Nama mikroorganisme</b>	<b>Lokasi Infeksi</b>	<b>Nama infeksi</b>
Virus	Human Immunodeficiency Virus (HIV)	Sistemik	HIV/AIDS
	Hepatitis B Virus (HBV)	Hepar	Hepatitis B
	Herpes Simplex Virus (HSV) type 1 and 2	Serviks, genitalia eksterna, perianal, anus	Herpes kelamin
	Human Papilloma Virus (HPV)	Serviks, genitalia eksterna, perianal, anus	Kutil kelamin / warts
Bakteri	Neisseria gonorrhoeae	Serviks, tuba falopii, uretra (pria), epididimis, anus, konjungtiva	Servitis Gonore, radang panggul, uretritis GO, epididimitis, proktitis, ophtalmia gonore, konjungtivitis neonatorum

	Chlamydia Trachomatis	Serviks, tuba falopii, uretra (pria), epididimis, anus, kelenjar limfa inguinal konjungtiva paru,	Klamidiosis. Servitis, radang panggul, uretritis non GO, epididimitis, proktitis, bubo inguinal/limfadenopati, gonore, konjungtivitis neonatorum, pneumonia
	Treponema pallidum	Sistemik	Sifilis
	Hemophilus ducreyi		Chancroid
	Klebsiela granulomatis	Kelenjar limfa inguinal	Donovanosis
Protozoa	Trichomonas vaginalis	Vagina, uretra (pria)	Trikomoniasis

## Lampiran 6 : Peralatan dan Bahan Habis Pakai Program IMS

No	Nama Peralatan	No	Nama Bahan Habis Pakai
1	Mikroskop Binokuler	1	Object Glass
2	Rotator	2	Cover Glass / Cover slide
3	Centrifuge	3	NaCl 0.9%
4	Mikropipet 5-50 ul	4	KOH 10%
5	Spekulum	5	Methylen Blue 0.3%
6	Anoskopi	6	pH Paper skala 3,8 - 5,4
7	Bed Gynaecology	7	Kapas Aplikator steril
8	Lampu periksa	8	Sarung tangan
9	Tromol Set	9	Immersion Oil
10	Sterilisator	10	Methylated Spirit/ Spirtus
11	Lemari pendingin dengan thermometer	11	Kertas lensa
12	Rak pewarnaan	12	Hipochloride 1%
13	Slide Box	13	Syringe 10 ml
14	Oksigen Set	14	Needle 18 G
15	Lampu Spirtus	15	Sput Insulin 1 ml
16	Torniquet	16	Flash back vacutainer Needle
17	Holder Pronto	17	Alcohol Swab
18	Cool Box Container	18	

## Lampiran 7 : Stadium Klinik

<b>Stadium Klinis 1</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada gejala</li> <li>• Limfadenopati Generalisata Persisten</li> </ul>	
<b>Stadium Klinis 2</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penurunan berat badan yang sedang, tanpa penyebab yang jelas</li> <li>• (&lt;10% dari perkiraan berat badan atau berat badan sebelumnya)</li> <li>• Infeksi saluran pernafasan berulang (sinusitis, tonsillitis, otitis media, faringitis)</li> <li>• Herpes zoster</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelitis angularis</li> <li>• Ulkus mulut yang berulang</li> <li>• Ruam kulit pada lengan dan tungkai yang gatal (<i>Papular pruritic eruptions</i>)</li> <li>• Dermatitis seboroik</li> <li>• Infeksi jamur pada kuku</li> </ul>
<b>Stadium Klinis Klinis 3</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penurunan berat badan yang banyak, tanpa sebab yang jelas</li> <li>• (&gt; 10% dari perkiraan berat badan atau berat badan sebelumnya)</li> <li>• Diare kronis yang tak jelas penyebabnya selama &gt; 1 bulan</li> <li>• Demam intermiten atau menetap yang tak jelas penyebabnya selama &gt; 1 bulan</li> <li>• Candidiasis pada mulut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuberkulosis paru</li> <li>• Infeksi bakteri parah (contoh: pneumonia, empiema, meningitis, piomiositis, infeksi tulang atau sendi, bakteraemia)</li> <li>• Stomatitis, gingivitis atau periodontitis nekrotikan ulseratif akut</li> <li>• Anemia (&lt; 8 g/dl), netropenia (&lt;500 <math>\mu</math>l) dan atau thrombositopenia kronis (&lt;50.000 <math>\mu</math>l) yang tak jelas penyebabnya</li> </ul>

<p>yang berulang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Oral Hairy Leukoplakia</i> pada lidah</li> </ul>	
<b>Stadium Klinis 4</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sindrom Wasting HIV</li> <li>• Pneumonia Pneumocistis (<i>jiroveci</i>)</li> <li>• Pneumonia bakteri berat berulang</li> <li>• Infeksi herpes simpleks kronis (orolabial, genital, atau anorektal selama &gt; 1 bulan atau viseral manapun)</li> <li>• Kandidiasis Esofagal (atau kandidiasis di trakea, bronkus atau paru-paru)</li> <li>• Tuberkulosis ekstraparu</li> <li>• Kaposi sarkoma</li> <li>• Penyakit Citomegalovirus (retinitis atau infeksi organ lain, tidak termasuk hati, limpa dan kelenjar getah bening)</li> <li>• Toksoplasmosis di sistim syaraf pusat</li> <li>• Ensefalopati HIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriptokokosis Ekstraparu termasuk meningitis</li> <li>• Infeksi <i>Mycobacterium non-tuberculosis</i> yang menyebar</li> <li>• Lekoensefalopati Multifokal Progresif</li> <li>• Kriptosporidiosis kronis</li> <li>• Isosporiasis kronis</li> <li>• Mikosis profunda (histoplasmosis, koksidiomikosis)</li> <li>• Septisemia yang berulang (termasuk <i>Salmonella</i> yang tak menyebabkan tifus)</li> <li>• Limfoma (serebral atau non-Hodgkin)</li> <li>• Karsinoma Serviks Invasif</li> <li>• Leishmaniasis atipikal diseminata</li> <li>• Nefropati atau kardiomiopati simptomatik terkait HIV</li> </ul>

## Lampiran 8 : Pengendalian Mutu Pemeriksaan Laboratorium

	<b>Kesalahan-Kesalahan Umum</b>	<b>Bagaimana Cara Mencegah / Mendeteksi Kesalahan-kesalahan</b>
<b>Sebelum Pemeriksaan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesimen tidak ditandai atau salah ditandai</li> <li>• Spesimen tidak tersimpan baik sebelum pemeriksaan</li> <li>• Spesimen tidak dikirim dengan tepat</li> <li>• Reagen tidak tersimpan baik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tempat penyimpanan dan suhu ruangan</li> <li>• Memilih pemeriksaan yang tepat</li> <li>• Memeriksa reagen yang tersedia dan tanggal kadaluwarsa</li> <li>• Mengikuti prosedur pemeriksaan baku</li> <li>• Mencatat informasi identitas (ID) pada tabung sampel dan memberi ID pasien ke atas reagen (membran/strip/kaset) yang dipakai.</li> <li>• Mengambil darah dan memisahkan sampel dengan benar</li> </ul>
<b>Selama Pemeriksaan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algoritma tidak diikuti</li> <li>• Waktu pembacaan hasil tidak sesuai prosedur.</li> <li>• Volume spesimen/buffer yang tidak sesuai</li> <li>• Reagen yang digunakan sudah kadaluwarsa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menentukan dan meninjau <i>Quality Control</i> (QC)</li> <li>• Mengikuti kewaspadaan universal</li> <li>• Melakukan pemeriksaan sesuai prosedur tertulis</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penggunaan reagen tidak tepat (contoh, menggunakan <i>buffer</i> yang berbeda <i>batch</i> atau merek)</li> <li>• Menggunakan spesimen yang beku cair berulang</li> <li>• Menggunakan tip bekas pakai</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasil pemeriksaan dibaca dengan tepat</li> </ul>
<b>Setelah Pemeriksaan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pembacaan hasil yang salah</li> <li>• Pelaporan yang salah</li> <li>• Pelaporan dikirim ke tempat yang salah</li> <li>• Sistem informasi tidak dijaga kerahasiaannya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa ulang kesesuaian identitas pasien dengan spesimen yang diperiksa</li> <li>• Menulis dengan jelas</li> <li>• Membersihkan dan membuang limbah dan bahan habis pakai yang terkontaminasi</li> <li>• Spesimen dipemeriksaan ulang, jika perlu</li> </ul>

**Lampiran 9 : Kemampuan Pemeriksaan, Metode, Peralatan, dan Reagen serta stabilitas sampel di  
Laboratorium Puskesmas**

No	Jenis Pemeriksaan	Spesimen		Antikoagulan / Pengawet	Stabilitas Sampel	Metoda	Alat	Reagen
		Jenis	Jumlah					
1.	Anti HIV	Darah/Serum / Plasma	3 ml	EDTA	Serum /plasma: Suhu 2-8°C (2-3 hari) Freezer (1 bulan) Darah harus diperiksa kurang dari 24 jam	Rapid Test	Kit Rapid Test, centrifuge, tabung vacuntainer, Jarum vacuntainer, Mikropipet	Kit Anti HIV
2.	CD4	Darah EDTA/ Darah kapiler	3 ml	EDTA	Kurang dari 30 jam pada suhu 25-30°C Untuk Rujukan CD4 : menggunakan darah EDTA	Point of care (POC)	Kit CD4 POC, lancet/jarum vacuntainer, tabung vacuntainer EDTA	Kit CD4 PIMA

No	Jenis Pemeriksaan	Spesimen		Antikoagulan / Pengawet	Stabilitas Sampel	Metoda	Alat	Reagen
		Jenis	Jumlah					
3.	Viral Load (Rujukan)	Plasma EDTA/ Serum	3 ml	EDTA	Dipisahkan kurang dari 6 jam	PCR	centrifuge, tabung vacuntainer, Jarum vacuntainer, tabung serum	-
4.	Deteksi Dini pada Bayi (EID)	Sampel Darah Kering						
5.	Sifilis	Serum/ Plasma	3 ml	EDTA	Suhu 2-8°C (2-3 hari) Freezer (1 bulan)	Flokulasi & Rapid Test	Kit Reagensia Syphilis, centrifuge, tabung vacuntainer, Jarum vacuntainer, Mikropipet	Kit RPR dan Syphilis Rapid
6.	Diplococcus Gram Negatif (Neisseria)	Sekret vagina (endocervic) Sekret	Secukupnya (1 objek)		Langsung dikerjakan	Mikroskopis	Mikroskop, objek glass, lampu	GRAM

No	Jenis Pemeriksaan	Spesimen		Antikoagulan / Pengawet	Stabilitas Sampel	Metoda	Alat	Reagen
		Jenis	Jumlah					
	<i>gonorrhoeae</i> )	urethra Sekret mata	glas)				spirtus, rak pewarnaan	
7.	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Sekret vagina	secukupnya		Langsung dikerjakan	Mikroskop opis	Mikroskop, objek gelas, cover gelas	Garam fisiologis 0,9%
8.	<i>Candida albicans</i>	Sekret vagina	secukupnya		Langsung dikerjakan	Mikroskop opis	Mikroskop, objek gelas, cover gelas	KOH 10% / GRAM
9.	<i>Bacterial vaginosis</i>	Sekret vagina	secukupnya		Langsung dikerjakan	Mikroskop opis	Mikroskop, objek gelas, cover gelas	Garam fisiologis 0,9%/ GRAM

## Lampiran 10

### Daftar Wilayah dengan Tingkat Epidemii HIV Terkonsentrasi

No	Provinsi	Kab/Kota	No	Provinsi	Kab/Kota
1	NAD	Kota Banda Aceh	78	JATENG	Kab Demak
2	NAD	Kota Lhokseumawe	79	JATENG	Kab Semarang
3	SUMUT	Kab Labuhan Batu	80	JATENG	Kab Kendal
4	SUMUT	Kab Simalungun	81	JATENG	Kab Batang
5	SUMUT	Kab Deli Serdang	82	JATENG	Kab Pemalang
6	SUMUT	Kota Medan	83	JATENG	Kab Tegal
7	SUMUT	Kab Asahan	84	JATENG	Kab Brebes
8	SUMUT	Kab Langkat	85	JATENG	Kab Purbalingga
9	SUMBAR	Kota Padang	86	JATENG	Kota Magelang
10	SUMBAR	Kota Solok	87	JATENG	Kota Surakarta
11	SUMBAR	Kota Bukittinggi	88	JATENG	Kota Salatiga
12	Riau	Kab Indragiri Hilir	89	JATENG	Kota Semarang
13	Riau	Kab Bengkalis	90	JATENG	Kota Tegal
14	Riau	Kab Rokan Hilir	91	DIY	Kab Bantul
15	Riau	Kota Pekanbaru	92	DIY	Kab Sleman
16	Riau	Kota Dumai	93	DIY	Kota Yogyakarta
17	Riau	Kab Kampar	94	JATIM	Kab Tulungagung
18	Riau	Kab Rokan Hulu	95	JATIM	Kab Kediri
19	Jambi	Kota Jambi	96	JATIM	Kab Malang
20	SUMSEL	Kab Ogan Komering Ilir (OKI)	97	JATIM	Kab Jember
21	SUMSEL	Kab Banyuasin	98	JATIM	Kab Banyuwangi
22	SUMSEL	Kota Palembang	99	JATIM	Kab Sidoarjo
23	SUMSEL	Kota Prabumulih	100	JATIM	Kab Jombang
24	Bengkulu	Kab Rejang Lebong	101	JATIM	Kota Kediri
25	Bengkulu	Kota Bengkulu	102	JATIM	Kota Malang
26	Lampung	Kota Bandar Lampung	103	JATIM	Kota Surabaya
27	Lampung	Kab Lampung	104	JATIM	Kab Blitar

No	Provinsi	Kab/Kota	No	Provinsi	Kab/Kota
		Selatan			
28	Lampung	Kab Lampung Timur	105	JATIM	Kab Probolinggo
29	Lampung	Kab Lampung Tengah	106	JATIM	Kab Pasuruan
30	Kep. BABEL	Kota Pangkal Pinang	107	JATIM	Kab Mojokerto
31	KEPRI	Kab Karimun	108	JATIM	Kab Nganjuk
32	KEPRI	Kota Batam	109	JATIM	Kab Bojonegoro
33	KEPRI	Kota Tanjung Pinang	110	JATIM	Kab Tuban
34	DKI Jakarta	Kota Jakarta Selatan	111	JATIM	Kab Lamongan
35	DKI Jakarta	Kota Jakarta Timur	112	JATIM	Kab Gresik
36	DKI Jakarta	Kota Jakarta Pusat	113	JATIM	Kab Bangkalan
37	DKI Jakarta	Kota Jakarta Barat	114	Banten	Kab Tangerang
38	DKI Jakarta	Kota Jakarta Utara	115	Banten	Kab Serang
39	JABAR	Kab Bogor	116	Banten	Kota Tangerang
40	JABAR	Kab Sukabumi	117	Banten	Kota Cilegon
41	JABAR	Kab Cianjur	118	Banten	Kota Tangerang Selatan
42	JABAR	Kab Bandung	119	Banten	Kab Pandeglang
43	JABAR	Kab Garut	120	Banten	Kab Lebak
44	JABAR	Kab Tasikmalaya	121	Bali	Kab Badung
45	JABAR	Kab Ciamis	122	Bali	Kab Buleleng
46	JABAR	Kab Kuningan	123	Bali	Kota Denpasar
47	JABAR	Kab Cirebon	124	NTB	Kab Lombok Tengah
48	JABAR	Kab Majalengka	125	NTB	Kab Lombok Timur
49	JABAR	Kab Sumedang	126	NTB	Kota Mataram
50	JABAR	Kab Indramayu	127	NTT	Kab Sikka
51	JABAR	Kab Subang	128	NTT	Kota Kupang
52	JABAR	Kab Karawang	129	KALBAR	Kab Pontianak
53	JABAR	Kab Bekasi	130	KALBAR	Kab Sanggau

No	Provinsi	Kab/Kota	No	Provinsi	Kab/Kota
54	JABAR	Kab Bandung Barat	131	KALBAR	Kota Pontianak
55	JABAR	Kab Purwakarta	132	KALBAR	Kota Singkawang
56	JABAR	Kota Bogor	133	KALTENG	Kab Kotawaringin Timur
57	JABAR	Kota Sukabumi	134	KALTENG	Kota Palangkaraya
58	JABAR	Kota Bandung	135	KALSEL	Kota Banjarmasin
59	JABAR	Kota Cirebon	136	KALTIM	Kota Balikpapan
60	JABAR	Kota Bekasi	137	KALTIM	Kota Samarinda
61	JABAR	Kota Depok	138	KALTIM	Kab Kutai Kertanegara
62	JABAR	Kota Cimahi	139	KALTARA	Kota Tarakan
63	JABAR	Kota Tasikmalaya	140	KALTARA	Kota Manado
64	JABAR	Kota Banjar	141	KALTARA	Kota Bitung
65	JATENG	Kab Cilacap	142	KALTARA	Kota Tomohon
66	JATENG	Kab Banyumas	143	SULTENG	Kota Palu
67	JATENG	Kab Kebumen	144	SULTENG	Kab Jeneponto
68	JATENG	Kab Wonosobo	145	SULTENG	Kab Sidenreng Rappang
69	JATENG	Kab Magelang	146	SULTENG	Kota Makassar
70	JATENG	Kab Boyolali	147	SULTENG	Kota Pare-pare
71	JATENG	Kab Klaten	148	SULTRA	Kota Kendari
72	JATENG	Kab Sukoharjo	149	SULTRA	Kota Bau-bau
73	JATENG	Kab Karanganyar	150	Gorontalo	Kota Gorontalo
74	JATENG	Kab Sragen	151	SULBAR	Kab Mamuju
75	JATENG	Kab Grobogan	152	Maluku	Kota Ambon
76	JATENG	Kab Pati	153	MALUT	Kota Ternate
77	JATENG	Kab Jepara			

**Lampiran 11**  
**Daftar Wilayah dengan Tingkat Epidemii HIV Meluas**

No	Provinsi	Kabupaten / Kota	No	Provinsi	Kabupaten / Kota
1	PAPUA BARAT	Kab. Fakfak	23	PAPUA	Kab. Boven Digoel
2	PAPUA BARAT	Kab. Kaimana	24	PAPUA	Kab. Mappi
3	PAPUA BARAT	Kab. Teluk Wondama	25	PAPUA	Kab. Asmat
4	PAPUA BARAT	Kab. Teluk Bintuni	26	PAPUA	Kab. Yahukimo
5	PAPUA BARAT	Kab. Manokwari	27	PAPUA	Kab. Pegunungan Bintang
6	PAPUA BARAT	Kab. Manokwari Selatan	28	PAPUA	Kab. Tolikara
7	PAPUA BARAT	Kab. Pegunungan Arfak	29	PAPUA	Kab. Sarmi
8	PAPUA BARAT	Kab. Sorong Selatan	30	PAPUA	Kab. Keerom
9	PAPUA BARAT	Kab. Sorong	31	PAPUA	Kab. Waropen
10	PAPUA BARAT	Kab. Raja Ampat	32	PAPUA	Kab. Supiori
11	PAPUA BARAT	Kota Sorong	33	PAPUA	Kab. Mamberamo Raya
12	PAPUA BARAT	Kab. Maybrat	34	PAPUA	Kab. Mamberamo Tengah
13	PAPUA BARAT	Kab. Tambrau	35	PAPUA	Kab. Yalimo
14	PAPUA	Kab. Merauke	36	PAPUA	Kab. Lanny Jaya
15	PAPUA	Kab. Jayawijaya	37	PAPUA	Kab. Nduga
16	PAPUA	Kab. Jayapura	38	PAPUA	Kab. Puncak
17	PAPUA	Kab. Nabire	39	PAPUA	Kab. Dogiyai
18	PAPUA	Kab. Yapen Waropen	40	PAPUA	Kota Jayapura
19	PAPUA	Kab. Biak Numfor	41	PAPUA	Kab. Deiyai
20	PAPUA	Kab. Paniai	42	PAPUA	Kab. Kepulauan Yapen
21	PAPUA	Kab. Puncak Jaya	43	PAPUA	Kab. Intan Jaya
22	PAPUA	Kab. Mimika			

KEMENKES RI

KEMENKES RI

KEMENKES RI