DINAS KESEHATAN
DIY

2021

Naskah Akademik dan Rancangan Peraturan Daerah DIY Tentang Penanggulangan HIV dan AIDS

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI 1
BAB I PENDAHULUAN 2
A. LATAR BELAKANG 2
B. IDENTIFIKASI MASALAH 5
C. MAKSUD DAN TUJUAN 6
D. TAFSIRAN KERANGKA ACUAN 7
E. DAFTAR INVENTARIS MASALAH 7
F. METODOLOGI PENYUSUNAN 9
BAB II KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIK 11
A. KAJIAN TEORETIS 11
B. KAJIAN ASAS PRINSIP -YANG TERKAIT DENGAN PENYUSUNAN NORMA 48
C. KAJIAN TERHADAP PRAKTIK PENYELENGGARAAN, KONDISI YANG ADA SERTA PERMASALAHAN YANG DIHADAPI MASYARAKAT 51
BAB III EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANGAN TERKAIT 54
A. KEGIATAN 54
B. HASIL SURVEY YANG DIHARAPKAN 54
C. DESKRIPSI KEGIATAN 54
D. TANTANGAN DAN SOLUSI /AKSI DAN PENYELESAIAN MASALAH 58
E. KAJIAN TERHADAP IMPLIKASI PENERAPAN SYSTEM BARU YANG AKAN DIATUR DALAM PERDA TERHADAP ASPEK KEHIDUPAN MASYARAKAT DAN DAMPAK TERHADAP ASPEK BEBAN KEUANGAN NEGARA 67
BAB IV EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT 68
A. EVALUASI DAN ANALISIS MATERI MUATAN PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN 68
B. LANDASAN SOSIOLOGIS 82
C. LANDASAN YURIDIS 85
BAB V JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN PERATURAN DAERAH 86
A. SASARAN PENGATURAN 86
B. ARAH DAN JANGKAUAN PENGATURAN 86
C. KETENTUAN UMUM 86
D. MATERI YANG AKAN DIATUR 89
E. K E T E N T U A N S A N K S I 90
F. KETENTUAN PERALIHAN 91
DAFTAR PUSTAKA 92

Sekretariat DPRD DIY

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Human Immunodefficiency Virus (HIV) dan *Acquired Immuno Defficiency Sindrome* (AIDS) merupakan penyakit menular dan dapat menyebar melalui perilaku berisiko yang sebenarnya dapat dicegah. Kasus *Human Immunodeficiency Virus* dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV-AIDS) di Indonesia mengalami *trend* yang cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Kumulatif kasus HIV sejak ditemukan pertama tahun 1987 hingga Desember 2019 adalah 349.882 kasus. Kasus HIV-AIDS tersebar di 34 provinsi di seluruh Indonesia. Dalam kurun waktu 10 tahun, kasus HIV meningkat dari 6.048 di tahun 2007 menjadi 48.300 di tahun 2017, atau meningkat hampir 8 kali lipat. Sedangkan kasus AIDS relatif lebih stabil peningkatannya, yaitu 4872 di tahun 2007 menjadi 9280 di tahun 2017 atau meningkat 2 kali lipat. Hal ini menunjukkan bahwa semakin banyak ODHA yang statusnya terinfeksi HIV namun belum masuk pada stadium AIDS. Laki-laki lebih banyak mengalami HIV yaitu 62% laki-laki, sedangkan pada AIDS adalag 64%. Sebagian besar kasus (71,1%) berada pada kelompok umur 25-49 tahun (Kemenkes RI, 2018).

Daerah Istimewa Yogyakarta sebagai kota pelajar dan kotapariwisata memiliki tingkat lalu lintas manusia yang sangat tinggi yangmembawa serta berbagai kebudayaan dan sangat memungkinkanterjadinya berbagai perilaku berisiko tertular atau menularkan HIV danAIDS. Jumlah kasus HIV di Daerah Istimewa Yogyakarta menempati urutan ke 12 nasional yaitu 723 kasus (Kemenkes, 2017). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan DIY, jumlah kumulatif kasus HIV dari tahun 1993-2020 adalah 5.627 sedangkan kasus AIDS adalah 1.820. Urutan 3 besar kasus HIV/AID di DIY adalah di Kota Yogyakarta, Kabupaten Sleman dan Kabupaten Bantul. Kasus HIV paling banyak ada di Kota Yogyakarta yaitu 1.392 disusul dengan kabupeten Sleman sebanyak 1.360 kasus dan kabupaten Bantul 1.294 kasus. Sedangkan kasus AIDS, tertinggi terjadi di Kabupaten Sleman sebanyak 425, disusul dengan kabupaten Bantul sebanyak 422 kasus dan Kota Yogyakarta 291. Kelompok usia yang mengalami HIV paling banyak adalah kelompok 20-29 tahun yaitu 1736, disusul dengan kelompok usia 30-39 yaitu 1.661 kasus. Sedangkan pada kasus AIDS jumlah terbanyak ada pada kelompok usia 30-39 yaitu 582 kasus dan disusul dengan kelompok usia 20-29 tahun yaitu 452 kasus.

Sekretariat DPRD DIY

Situasi HIV-AIDS di Indonesia dan D I Yogyakarta berdasarkan kajian epidemiologi HIV Indonesia 2016 oleh Dirjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit , Kemkes RI 2017, yang analisisnya didasarkan pada berbagai sumber seperti desk review laporan Survei biologi dan perilaku(STBP), strategi dan Rencana Aksi Nasional (SRAN)HIV 2015-2019, SPO HIV Nasional dan Global, kajian program HIV sebelumnya dan penelitian2 yang telah melewati peer group, data-data surveilans serta laporan dari system SIHA, epidemiologi di Indonesia pada umumnya pada bersifat terkonsentrasi pada populasi kunci seperti pada LSL, waria, kecuali di Papua dan Papua Barat yang bersifat generalisata tingkat rendah. Data suveilans menunjukkan peningkatan infeksi baru di kalangan LSL dan Waria, penurunan di kalangan PENASUN, tren campuran di kalangan WPS. Di Indonesia sebagian besar infeksi baru berasal dari populasi kunci dan pasangan seksualnya.

Tingkat IMS seperti sifilis dan Gonore pada populasi kunci, pada survey tahun 2015, sifilis dilaporkan tetap tinggi di kalangan Waria (17,4%) dan LSL (15,7%) serta sedang di kalangan WPS (6,5%) dan Penasun (1,5%), ini menunjukkan ko-faktor utama penularan masih di populasi kunci. Angka prevalensi HIV nasional untuk kelompok usia 15 tahun keatas diestimasi sebesar 0,33% pada tahun 2015, dengan tebaran antar provinsi 0,1%->2%. Cara penularan bergeser dari penggunaan jarum suntik pada kelompok Penasun ke penularan melalui seksual sebagai cara penularan utama. Jumlah infeksi baru pertahun diperkirakan sebesar 49.000.

Walau terdapat Kaskade pencegahan, perawatan dan pengobatan yang harus dapat diatasi, tetapi Indonesia memperoleh kemajuan dalam meningkatkan jumlah orang yang ditest dan orang yang menerima ARV. Dalam mencapai target program walaupun kemkes memiliki tanggung jawab dalam monitoring dan evaluasi, tetapi system desentralisasi memberikan otoritas daerah dalam pelaksanaan program.

Tingkat pemakaian kondom pada perempuan diluar nikah sangat rendah, hanya seperempatnya saja, sedang pada laki2 pada hubungan sex komesial hanya 33% yang menggunakan pada hubungan sex komersial terakhir. Menurut studi SDKI th 2012 terdapat 5,4% laki2 pernah membeli sex dengan angka di perkotaan lebih besar disbanding pedesaan, dan hanya 30% yang menggunakan kondom. Pengetahuan perempuan dan laki2 terkait tempat melakukan test HIV sangat rendah, hanya 6%. Kejadian HIV rata2 lebih tinggi laki2 dengan rasio 0,7, sebaliknya di Papua rasio terbalik 1,3.

Dari data SIHA diketahui proporsi kematian yang dikaitkan AIDS semakin menurun berturut turut 2005, 2010, 2015 13,55%, 5,20%, 1,16%. Prevalensi HIV secara total masih < 1%,

Sekretariat DPRD DIY

tetapi pada LSL lebih tinggi, naik dari 6,5% ke 12,5% dari tahun 2009 ke 2013, dan di DIY naik dari 7,0% ke 20,3%. Pada kelompok napsa suntik naik dari 27% ke 39,2%, dan di DIY naik dari 7,0% ke 16,1%. Kenaikan pengidap HIV menjadi pekerjaan rumah bersama untuk mencapai SDGs. Dalam tujuan ketiga, yakni kesehatan yang baik, salah satu target dalam poin 3.3 adalah mengakhiri epidemi AIDS. Pemerintah juga menargetkan terciptanya 3 zero (*Three Zero*) pada tahun 2030 yaitu tidak ada lagi penularan infeksi baru HIV, tidak ada lagi kematian akibat AIDS, dan tidak ada lagi stigma dan diskriminasi pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Pemerintah mencanangkan strategi Fast Track 90-90-90 pada tahun 2017. Meliputi percepatan pencapaian 90% orang mengetahui status HIV melalui tes atau deteksi dini; 90% dari ODHA yang mengetahui status HIV memulai terapi ARV, dan 90% ODHA dalam terapi ARV berhasil menekan jumlah virusnya sehingga mengurangi kemungkinan penularan HIV, serta tidak ada lagi stigma dan diskriminasi ODHA. Dalam rangka mencapai target itu, Kementerian Kesehatan menerapkan strategi akselerasi Suluh, Temukan, Obati dan Pertahankan (STOP). Suluh dilaksanakan melalui edukasi yang menargetkan sekitar 90% masyarakat paham HIV; Temukan dilakukan melalui percepatan tes dini dan diharapkan sekitar 90% ODHA tahu statusnya; Obati dilakukan untuk mencapai 90% ODHA.

Beberapa hambatan operasional antara lain belum adanya petunjuk operasional yang dapat dijadikan rujukan pembuatan peraturan di tingkat Provinsi. Selain itu informasi mengenai jenis kebijakan maupun proses pembuatan kebijakan masih belum diketahui/dipahami sepenuhnya, termasuk tata cara penyusunan suatu peraturan, pemantauan dalam pelaksanaannya, juga peran tiap pemangku kepentingan. Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan UUD 1945 Pasal 28 H Ayat (1) dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia dan sekaligus investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi dan pendidikan, serta berperan penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Oleh karenanya, pembangunan kesehatan bukan tanggung jawab Pemerintah saja namun merupakan tanggung jawab bersama Pemerintah dan masyarakat termasuk swasta. Penanggulangan epidemi HIV dan AIDS bukan semata-matatanggung jawab dan hanya dilaksanakan oleh sektor kesehatan tetapimerupakan tanggung jawab dan dapat dilaksanakan oleh multi sektor.

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 17 menyatakan bahwa ”Pemerintah bertanggungjawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi dan

Sekretariat DPRD DIY

fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya". Disamping itu, Pasal 46 juga menyatakan bahwa "Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi- tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat". Berdasarkan isi dari Undang-Undang tersebut, Pemerintah bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas dan penyelenggaraan upaya kesehatan yang komprehensif termasuk penanggulangan HIV dan AIDS melalui upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Untuk memenuhi fasilitas penyelenggaraan penanggulangan HIV dan AIDS diperlukan upaya-upaya yang menyeluruh yang melibatkan sektor kepemerintahan, dunia usaha/swasta dan masyarakat. Temuan tersebut menunjukkan bahwa untuk menghasilkan produk hukum yang baik, efektif dan dapat diterima diperlukan proses advokasi dalam proses pembuatan perangkat hukum berlangsung, baik sebelum, pada saat dan sesudahnya.

Upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi DIY telah dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DIY maupun pihak Swasta/LSM, namun hasilnya belum maksimal. Masyarakat masih trauma terhadap penderita dan adanya diskriminasi yang terjadi. Hak-hak penderita terhadap pengobatan dan perawatan belum mendapatkan perhatian semestinya. Alokasi dana untuk pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS masih terbatas. Pemanfaatan anggaran belum terkoordinasikan, sehingga belum efisien. Oleh karena itu, mengingat potensi penyebaran HIV dan AIDS sedemikian besar dan akibat yang ditimbulkan dapat menurunkan produktifitas dan derajat kesehatan masyarakat, maka penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi DIY perlu diatur dalam payung hukum yang lebih jelas melalui perumusan Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi DIY. Untuk melindungi dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Daerah Istimewa Yogyakarta sebagai kota pelajar,pendidikan, pariwisata dan pusat budaya, Pemerintah perlu melakukanupaya penanggulangan HIV dan AIDS

Sekretariat DPRD DIY

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, masalah HIV/AIDS di DIY, masih menghadapi tantangan dan masalah. Beberapa data tentang HIV?AIDS di DIY antara lain:

1. Jumlah kasus HIV/AIDS terus meningkat
2. Kematian pada kasus AIDS 15,3% dan pada HIV 6,8%
3. Kasus terbanyak terjadi pada usia produktif yaitu 20-39 tahun

4. Penemuan kasus (test HIV) masih di bawah target yang ditetapkan
5. Penanganan kasus (mengobatan dengan ARV) masih di bawah target yang ditetapkan
6. Masih kurangnya peran serta masyarakat dalam penanggulangan HIV/AIDS
7. Masih adanya kendala normative yang dihadapi oleh pemangku kepentingan dalam penanggulangan HIV/AIDS berdasarkan Perda No. 12 Tahun 2010..
8. Perda DIY tentang penanggulangan HIV/AIDS diterbitkan pada tahun 2010 sebelum adanya Permenkes 2013
9. Beberapa poin-poin penting dalam penanggulangan HIV/AIDS belum dijelaskan dalam Perda penanggulangan HIV/AIDS no 12 tahun 2010

Berdasarkan masalah-masalah yang teridentifikasi maka perlu adanya Rancangan Peraturan Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta tentang Penanggulangan HIV/AIDS. Berdasarkan pada identifikasi masalah tersebut dapat dirumuskan 3 (tiga) pokok masalah, yaitu sebagai berikut:

1. Apa urgensi pembentukan rancangan peraturan daerah mengenai penanggulangan HIV/AIDS?
2. Apakah yang menjadi pertimbangan atau landasan filosofis, sosiologis, yuridis pembentukan Rancangan Peraturan Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta tentang Penanggulangan HIV/AIDS?
3. Apakah sasaran yang akan diwujudkan, ruang lingkup pengaturan, jangkauan, da arah pengaturan dalam Rancangan Peraturan Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta tentang Penanggulangan AIDS?

Raperda ini penting disusun karena perlunya payung hukum dalam penentuan kebijakan, strategi dan pendanaan penanggulangan HIV/AIDS. Dengan payung hukum ini diharapkan terbangunnya sinergisitas antara pemerintah *stakeholder* (masyarakat, swasta, lembaga pendidikan, lembaga swadaya masyarakat) dan *shareholder* dalam penanggulangan HIV/AIDS.

C. Maksud dan Tujuan

1. Maksud penyusunan Naskah Akademik dan Draft Raperda
   a. Untuk memberikan landasan hukum dalam teknis pengendalian penyakit *Human Immunodeficiency Virus Acquired Immunodeficiency Syndrome*.

Sekretariat DPRD DIY

b. Untuk mendukung pengendalian penyakit *Human Immunodeficiency Virus Acquired Immunodeficiency Syndrome* dan mencegah dampak negatif yang timbul dalam kegiatan pengendalian penyakit *Human Immunodeficiency Virus Acquired Immunodeficiency Syndrome*

2. Tujuan penyusunan Naskah Akademik dan Draft Raperda

a. Tersusunnya materi dalam penyiapan penyusunan ranperda tentang pengendalian penyakit *Human Immunodeficiency Virus Acquired Immunodeficiency Syndrome*.

b. Tersusunnya kajian *das sollen* dan *das sein* dalam penyusunan ranperda tentang *Human Immunodeficiency Virus Acquired Immunodeficiency Syndrome*.

c. Penyusunan materi dan kajian diharapkan dapat mengetahui profil, teknis, dan tata laksana pengendalian penyakit *Human Immunodeficiency Virus Acquired Immunodeficiency Syndrome* di Daerah Istimewa Yogyakarta

D. Tafsiran Kerangka Acuan

Dalam tafsiran Kerangka Acuan Kerja (KAK) Pekerjaan ini, konsultan menyampaikan beberapa hal penting tersebut di bawah ini. Kerangka Acuan Kerja (KAK) yang diberikan, sudah cukup lengkap. Mulai dari latar belakang pekerjaan, maksud, tujuan, dan sasaran pekerjaan, ruang lingkup pekerjaan, tenaga yang dibutuhkan, serta Bill of Quantity (BoQ). Selain itu, Pemberi Tugas juga memberikan metodologi yang sangat lengkap d9an rinci dalam Kerangka Acuan Kerja. Hal tersebut menggambarkan bahwa Pemberi Tugas sangat memahami pekerjaan yang ini sehingga nantinya pada saat pelaksanaan pekerjaan ini, akan berlangsung dengan baik dan lancar sehingga hasilnya benar-benar tepat waktu, tepat mutu, dan tepat biaya.

E. Daftar Inventaris Masalah

Latar belakang dilaksanakannya pekerjaan ini, telah diuraikan dengan jelas dalam KAK, namun beberapa isu kontemporer terkait penanggulangan HIV AIDS akan kami sampaikan untuk lebih menyempurnakan kegiatan ini.

a) Zero penularan

1. Gap capaian indicator 90-90-90 atau 95-95-95

- 90% pertama, capaian nasional 23,5%, DIY 60,8% (67,55% dari target 90%)

Sekretariat DPRD DIY

- Capaian target test 2018-2020 dari estimasi odha 9255 : 56,13%, 66,01%, 52,33%.
- Penemuan HIV baru 2018-2020 : 49/bulan, 40,15/bulan, 30,25/bulan
- 90% kedua tahun 2020 36,77% (40,85% dari target 90%)
- 90% ketiga tahun 2020 9,98% (11,07% dari target 90%)

2. Apa sebabnya?

- Anggaran pengadaan test kurang?
- Penjangkauan orang berisiko yang memerlukan test kurang?
- Informasi dan edukasi masih terbatas?
- System pelayanan diagnostic yang masih konvensional tdk menjangkau populasi khusus?(bekerja di malam hari)
- System rujukan konvensional tdk terlaksana pada populasi khusus?(donor darah positif)
- Masih menunda pengobatan bagi Odha (sisi Odha, sisi medis)
- Keterbatasan anggaran penyediaan test viral load?

3. Bagaimana mengatasi?

- Jamin kecukupan anggaran
- Perkuat peran LSM
- Pemberian informasi dan edukasi yg lebih massif
- Pengembangan survailence link anonymous dengan layanan
- Pengembangan klinik diluar jam konvensional
- Pengembangan jejaring internal dan antar daerah

b) Zero kematian Karena AIDS

Kematian AIDS di DIY 2018-2021 : 246, 242, 279.

1. Kematian dapat dicegah dengan penemuan yang dini, pengobatan yang cepat (test and treat all)

- Test diagnosis yang cepat
- Pengobatan yang adekuat
- System rujukan mudah
- System pelayanan yang terjangkau (jarak, fasilitas pengobatan bagi Odha bermasalah, kebutuhan khusus mis disabilitas, penghuni panti, rehabilitasi, penjara)
- System monitoring dalam pengobatan yang adekuat (CD4, viral load)
- Deteksi dan tatalasana penyakit komorbid

Sekretariat DPRD DIY

- Program perbaikan gizi

2. Bagaimana mengatasi masalah

- Pengembangan kapasitas layanan yang luas, Puskesmas, RS kabupaten, RS provinsi
- Penerapan SPO, indikator2 klinis yg konsisten
- Koordinasi yg mudah dan sederhana antar layanan (RS-RS, RS-Panti, RS-LP)

c) Zero diskriminasi

RJMPN 2020-2024 menurunkan tingkat dikriminasi 60%

1. Diskriminasi pendidikan

- Berhalangan untuk bersekolah/kuliah
- Berhalangan praktek terkait capaian kompetensi dalam proses pendidikan

2. Diskriminasi pekerjaan

- Hilang kesempatan bekerja karena syarat bebas HIV
- Hilang pekerjaan karena status HIV

3. Diskriminasi social

- Larangan berkegiatan social
- Pengaturan pada system layanan yang kurang tepat
- Pengucilan baik pada odha maupun keluarga odha

4. Bagaimana diatasi?

- Tingkatkan kepeduliannya, individu maupun kewilayahan.
- Perbarui aturan-aturan, siapa pengusul? Siapa terlibat?
- Bangun model panutan melalui kegiatan hari AIDS?

F. Metodologi Penyusunan

Penyusunan naskah akademik pada dasarnya merupakan suatu kegiatan penelitian, sehingga metode yang digunakan dalam penyusunan naskah akademik yakni penelitian hukum yang berbasiskan metode penelitian hukum. Penelitian hukum dapat dilakukan melalui metode yuridis normatif dan metode yuridis empiris.

Dalam penyusunan akademik ini dilakukan penelitian hukum dengan metode yuridis normatif dengan melakukan studi pustaka yang menelaah (terutama bahan hukum primer yang berupa Peraturan Perundang-undangan dan dokumen hukum lainnya). Dalam penelitian ini juga dilakukan wawancara, untuk verifikasi bahan hukum primer dan diskusi

Sekretariat DPRD DIY

(focus group discussion), dan wawancara. Berdasarkan metode penelitian hukum di atas, langkah-langkah yang dilakukan dalam penelitian ini antara lain:

Pendekatan

Penelitian hukum mengenal beberapa metode pendekatan, yaitu pendekatan perundang-undangan (statute approach), pendekatan konsep (conseptual approach), pendekatan analitis (analytical approach), pendekatan perbandingan (comparative approach), pendekatan historis (historical approach), pendekatan filsafat (philosophical approach) dan pendekatan kasus (case approach). Pendekatan yang digunakan dalam penyusunan naskah akademik raperda ini adalah pendekatan perundang-undangan (statute approach), pendekatan konsep (conseptual approach), pendekatan analitis (analytical approach) dan pendekatan filsafat (philosophical approach). Pendekatan perundang-undangan (statute approach), dilakukan dengan menelaah peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan HIV AIDS.

Sekretariat DPRD DIY

BAB II
KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIK

A. Kajian Teoretis

1. ASPEK HUKUM PENANGGULANGAN HIV-AIDS

Peraturan Daerah (Perda) merupakan salah satu bentuk Peraturan Perundang-undangan. Saat ini ketentuan tersebut dapat dilihat dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (UU 12/2011). Menurut Manan[1] syarat-syarat agar suatu peraturan perundang-undangan itu dinyatakan baik adalah:

a. Ketepatan dalam struktur, pertimbangan, dasar hukum, bahasa, pemakaian huruf dan tanda baca yang benar;
b. Kesesuaian antara isi dengan dasar yuridis, sosiologis dan filosofis;
c. Peraturan Perundang-undangan itu dapat dilaksanakan (*applicable*) dan menjamin kepastian.

Untuk membuat sebuah peraturan perundang-undangan yang baik, harus berlandaskan pada 3 (tiga) dasar pertimbangan yaitu:

1. Dasar filosofis, dimana suatu peraturan perundang-undangan dalam rumusannya harus sesuai dengan cita-cita hukum (rechtsidee), seperti menjamin keadilan, ketertiban, kesejahteraan dan sebagainya.
2. Dasar sosiologis, dimana suatu peraturan perundang-undangan yang dibuat harus mencerminkan kenyataan yang hidup dalam masyarakat sehingga sesuai dengan keyakinan umum atau kesadaran hukum masyarakat.
3. Dasar yuridis, merupakan ketentuan hukum yang menjadi dasar hukum bagi pembuatan suatu peraturan.

Sekretariat DPRD DIY

Keharusan tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang tidak tinggi tingkatannya berkaitan dengan hierarki norma hukum yang dikemukakan oleh *Hans Kelsen* dalam teorinya mengenai jenjang norma hukum (*stufentheorie*). Menurut *Kelsen*[2], norma-norma hukum itu berjenjang-jenjang dan berlapis-lapis dalam suatu hierarki tata

---

[1] Supardan Modoeng, 2001, *Teori dan Praktek Penyusunan Perundang-undangan Tingkat Daerah*, PT. Tintamas Indonesia, Jakarta.

[2] Maria Farida Indrati Soeprapto, 2007, *Ilmu Perundang-Undangan,* Kanisius, Yogyakarta.

susunan. Suatu norma yang lebih rendah berlaku bersumber dan berdasar pada norma yang lebih tinggi, norma yang lebih tinggi berlaku, bersumber dan berdasar pada norma yang lebih tinggi lagi, demikian seterusnya sampai pada suatu norma yang dapat ditelusuri lebih lanjut dan bersifat hipotetis dan fiktif, yaitu norma dasar (*groundnorm*).

Berdasarkan teori jenjang norma menurut Hans Kelsen mengemukakan bahwa suatu norma hukum itu selalu berdasar dan bersumber pada norma di atasnya, tetapi ke bawah norma hukum itu juga menjadi sumber dan menjadi dasar bagi norma yang lebih rendah daripadanya. Dengan demikian, suatu peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, maka peraturan tersebut dapat dibatalkan.

Guna menghindari kemungkinan Perda dicabut atau dibatalkan, maka diharapkan adanya sumber daya manusia di kalangan politisi yang handal dan memahami esensi dalam penyusunan produk-produk hukum yang dibutuhkan oleh daerah sebagai pelaksanaan dari ketentuan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, dan penyelenggaranaan kepentingan umum (*bestuurzoorg*) di daerah.[3]

Selain ketiga landasan tersebut, masih terdapat landasan lainnya, yaitu landasan teknik perancangan. Teknik ini tidak boleh diabaikan dalam upaya membuat peraturan perundang-undangan yang baik. Landasan teknik perancangan peraturan perundang-undangan diperlukan sebagai standardisasi format, sistematika, pengelompokan materi muatan, susunan (struktur) bahasa, perumusan norma dan lain sebagainya.

2. TINJAUAN KESEHATAN MASYARAKAT PADA HIV-AIDS

a. Fenomena Gunung Es dan Epidemiologi HIV-AIDS

Fenomena gunung es (*iceberg phenomenon*) sering kali diucapkan dalam pemberian informasi terkait HIV & AIDS. Dalam fenomena tersebut, ukuran gunung es yang berada di bawah permukaan laut bisa mencapai dua kali lipat lebih besar adanya dibanding gunung es yang berada di atas permukaan. Hal tersebut dapat diibaratkan dengan permasalahan ketika suatu data secara resmi menunjukan jumlah tertentu, tetapi jumlah tersebut jauh berbeda dengan data sebenarnya di lapangan. Permasalahan itu terjadi dikarenakan terdapat banyak data yang luput pada saat pengumpulannya, sama halnya dengan HIV & AIDS.

[3] Supardan Modoeng, *Teori dan Praktek…Op.Cit.*

Sekretariat DPRD DIY

Dalam pendataan HIV & AIDS, data resmi yang dikeluarkan oleh Kementrian Kesehatan suatu negara ataupun Organisasi Kesehatan Dunia tentang jumlah kumulatif penyebaran infeksi HIV & AIDS sangat jauh berbeda dengan komparasi data yang sebenarnya berada di lapangan. Ada beberapa hal yang menyebabkan hal ini, antara lain individu yang tidak terbuka dengan status HIV-nya karena stigma yang ada di dalam masyarakat atau individu tersebut benar-benar tidak mengetahui status HIV dirinya sendiri.

Menurut data dari UNAIDS, tahun 1997 adalah tahun dengan infeksi HIV tertinggi sepanjang sejarah, meski sudah terjadi penurunan kurva sebanyak 40% sampai tahun 2018. Sedangkan, tahun 2004 menduduki puncak kasus kematian terbanyak yang disebakan oleh HIV, meski di tahun 2018 sudah menurun lebih dari 56%. Di Indonesia sendiri, merujuk pada Kemenkes, jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan Juni 2018 adalah sebanyak 301.959 jiwa atau sebesar 47% dari estimasi jumlah Orang dengan HIV & AIDS (ODHA) tahun 2018 (sebanyak 640.443 jiwa) yang mana paling banyak ditemukan padar kelompok umur 25-49 tahun dan 20-24 tahun. Adapun provinsi dengan jumlah infeksi HIV tertinggi adalah DKI Jakarta (55.099), diikuti Jawa Timur (43.399), Jawa Barat (31.293), Papua (30.699), dan Jawa Tengah (24.757). Jumlah kasus HIV yang dilaporkan terus meningkat setiap tahunnya, sementara jumlah kasus AIDS relatif stabil. Hal ini menunjukkan keberhasilan bahwa semakin banyak ODHA yang diketahui statusnya saat masih dalam fase terinfeksi (HIV positif) dan belum masuk dalam tahap AIDS. Data yang disajikan oleh Kemenkes dan UNAIDS bisa dibilang adalah sebuah proyeksi dari jumlah sebenarnya data HIV & AIDS yang ada di lapangan.

b. Aspek Perilaku dan Aspek Promotif pada HIV-AIDS

Risiko terjangkit penyakit HIV-AIDS salah satunya adalah akibat kurangnya pengetahuan ODHA. Analisis epidemiologi OR menunjukkan bahwa pengetahuan HIV-AIDS pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 4,75 kali dibandingkan dengan masyarakat yang berpengetahuan baik (kelompok kontrol). Uji chi square signifikan dengan $p < 0,05$.

Analisis epidemiologi OR menunjukkan bahwa sikap yang kurang terhadap HIV-AIDS pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 1 kali

Sekretariat DPRD DIY

dibandingkan dengan masyarakat yang sikapnya baik (kelompok kontrol). Uji chi square tidak signifikan dengan $p > 0,05$.

Analisis epidemiologi OR menunjukkan bahwa perilaku yang salah terhadap HIV-AIDS pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 2,43 kali dibandingkan dengan masyarakat yang berperilaku baik (kelompok kontrol). Uji chi square signifikan dengan $p < 0,05$.

Meningkatnya arus globalisasi di berbagai bidang telah banyak membawa perubahan perilaku dan gaya hidup bangsa Indonesia. Tanpa disadari, masyarakat tergiring masuk ke dalam ranah risiko terinfeksi HIV, hingga akhirnya benar-benar terperosok dan terbelenggu infeksi HIV.

Munculnya stigma dan diskriminasi yang berkembang di masyarakat sangat merugikan ODHA. Orang berpenyakit HIV justru didiskriminasi dan dieliminasi dari kehidupan keluarga dan masyarakat. Hal tersebut tidaklah bijaksana karena bagaimanapun juga, ODHA tetap memerlukan dukungan dan bantuan dari masyarakat di samping pengobatan dan perawatan yang dijalaninya. ODHA tetap mempunyai hak untuk menjalani kehidupan yang layak, melangsungkan pernikahan, serta memiliki keturunan (bila telah memungkinkan).

Untuk mengatasi ketimpangan dalam pemahaman penyakit ini, upaya promosi kesehatan melalui sosialisasi yang efektif perlu dilakukan secara masif dan terus-menerus. Usaha tersebut ditujukan sebagai wujud meyakinkan ODHA untuk dapat ‘berperilaku wajar’, meski harus disadari bahwa di dalam dirinya tersimpan HIV. Keluarga ODHA dan masyarakat perlu memahami serta menjiwai bahwa tata cara penularan penyakit ini tidak sederhana, tidak serta merta, tetapi secara khusus. Penularan berlangsung secara vertikal, dari ibu ke janin/bayi (selama dalam kandungan atau proses persalinan); secara horizontal (kontak antar darah); dan melalui kontak seksual (homoseksual, heteroseksual, biseksual). Kehidupan di rumah tidak membutuhkan perlakuan khusus, meskipun tetap harus mengikuti kaidah kewaspadaan universal (*universal precaution*) sesuai keperluan wajar. Berbagai perbuatan dan tindakan yang berujung merugikan penderita harus di eliminasi dengan seksama.

c. Upaya Pencegahan dan Rehabilitasi

Sekretariat DPRD DIY

Terdapat berbagai langkah pencegahan yang dapat dilakukan terhadap infeksi HIV, yakni sebagai perikut.

a. Primer

Upaya ini meliputi upaya pencegahan agar virus tidak menular ke orang lain (melakukan kontak seksual dengan pasangan secara aman, melindungi janin dari ibu yang mengidap HIV, serta menghindari kontak antardarah) dengan memperhatikan asas kewaspadaan universal;

b. Sekunder

Upaya ini ditujukan bagi yang terlanjur terpapar dengan virus HIV (kontak seksual kemudian diketahui bahwa pasangannya mengidap HIV, kecelakaan kerja yang sering dialami oleh paramedis, dokter muda, PPDS, dan para dokter operator) melalui pemberian ARV secepat mungkin sampai terbukti tidak terpapar sehingga virus tidak berkesempatan masuk ke dalam sel target;

c. Tersier

Upaya ini dilakukan terhadap individu yang terpapar HIV dan virus telah masuk ke dalam sel target (setelah 1–2 minggu) dengan upaya mempertahankan status ketahanan tubuh agar tetap berada pada keadaan homeostasis, mencegah munculnya infeksi sekunder, melakukan deteksi dini infeksi sekunder, dan deteksi dini keganasan;

d. Kuartener

Upaya mencegah kematian sel, kematian jaringan, kematian organ, sehingga sistem tubuh tetap dapat berfungsi sebagaimana mestinya. Hal tersebut meliputi upaya memperbaiki asupan gizi secara cepat dan tepat, melakukan inovasi intervensi untuk meningkatkan status imun, mengatasi infeksi primer melalui upaya peningkatan status imun dan eliminasi HIV dengan bantuan obat-obatan, serta mengatasi infeksi sekunder dan keganasan.

Di samping terdapat potensi mengalami kelainan cacat fisik, penderita juga mengalami trauma psikologis dan psikososial yang perlu diperhatikan. Situasi ini menuntut dilakukannya pendekatan terapi secara holistik, termasuk perawatan lanjutan. Rehabilitasi fisik dan psikis dapat dilakukan selama perawatan di rumah sakit, selama berada di rumah singgah, atau setelah pulang ke rumah melalui program *home care*. Dampak stigma dan diskriminasi masyarakat tentu dapat memberi efek

Sekretariat DPRD DIY

negatif bagi biologis, psikologis, dan psikososial ODHA. Tidak jarang, ODHA mengalami begitu banyak kesulitan dalam penyelesaian terkait masalah dirinya sebagai dampak psikososial, sehingga diperlukan dukungan dan rehabilitasi dari tim manajer kasus.

d. HIV-AIDS dan Dunia Kerja

Epidemi HIV/AIDS merupakan krisis global dan tantangan yang berat bagi pembangunan dan kemajuan sosial. Banyak negara-negara miskin yang sangat dipengaruhi epidemi ini apabila ditinjau dari jumlah infeksi dan dampak yang ditimbulkannya. Bagian terbesar orang yang hidup dengan HIV/AIDS adalah orang dewasa yang berada dalam usia kerja dan hampir separuhnya adalah wanita, yang akhir-akhir ini terinfeksi lebih cepat daripada laki-laki. Konsekuensinya dirasakan oleh perusahaan dan ekonomi nasional, demikian juga oleh tenaga kerja dan keluarganya. Dalam konteks ini, pemerintah mempunyai kewajiban untuk menerapkan ketentuan-ketentuan United Nations Declaration of Commitment on HIV/AIDS Tahun 2001, yang mencakup komitmen untuk memperkuat sistem pemeliharan kesehatan dan memperluas cakupan pengobatan, juga mengatasi masalah HIV/AIDS di dunia kerja melalui peningkatan program pencegahan dan kepedulian di tempat kerja publik, swasta, dan informal.

Hingga saat ini, belum ada vaksin dan pengobatan yang dapat digunakan untuk mencegah HIV/AIDS. Pencegahan sangat tergantung pada kampanye kesadaran masyarakat dan perubahan perilaku individu dalam lingkungan yang mendukung, di mana keduanya memerlukan waktu dan kesabaran. Dari segi pengobatan, peningkatan *Anti Retroviral Treatment* atau Terapi Anti Retroviral (TAR) yang efektif dan terjangkau telah membantu menjaga kesehatan bagi ODHA yang mempunyai akses pada obat-obatan, sehingga mampu memperpanjang usia dan memelihara kehidupan mereka. Usaha dan inisiatif bersama yang sedang dilakukan oleh negara, organisasi pengusaha, dan internasional berkonsentrasi untuk mempercepat akses TAR di negara-negara yang paling parah dampaknya, di samping memperkuat kampanye pencegahan secara global. Bagaimanapun, mengobati orang dalam jumlah besar memerlukan fungsi sistem pemeliharaan kesehatan yang memiliki kemampuan untuk memberikan

Sekretariat DPRD DIY

dan memantau pengobatan di samping melaksanakan upaya pencegahan yang sedang berjalan, serta memberikan kepedulian dan dukungan jangka panjang.

Karena sudah menjalar ke seluruh sektor ekonomi dan seluruh bidang kehidupan sosial, epidemi HIV/AIDS telah menjadi ancaman bagi pertumbuhan dan pembangunan jangka panjang. Dampak sosial ekonominya akan sangat akut apabila kerugian SDM terkonsentrasi pada tenaga dengan ketrampilan yang langka, professional, dan pelatihan manajerial yang lebih tinggi. Konsekuensi kerugian ini akan mencapai bagian yang kritis apabila mempengaruhi pelayanan dan struktur yang sangat penting atau berada pada garis depan, seperti sistem kesehatan nasional. Tekanan HIV/AIDS terhadap sistem kesehatan sangat hebat. Walaupun perawatan kesehatan merupakan hak asasi manusia yang mendasar dan terdapat lebih dari 100 juta pekerja sektor kesehatan yang memberikan pelayanan di seluruh dunia, prinsip ‘kesehatan bagi semua’ masih jauh untuk dicapai. Beberapa kendala telah teridentifikasi pada bermacam tingkat, termasuk kebijakan penyesuaian struktur yang telah mengurangi pengeluaran dan lapangan kerja bagi publik; kelemahan pada kebijakan dan manajemen strategi sektor kesehatan; hingga keterbatasan infrastruktur, peralatan, dan SDM yang telah merusak pemberian pelayanan kesehatan. Beberapa masalah SDM yang ditemukan oleh World Health Organization (WHO) tidak lain adalah jumlah dan kualitas personel, demoralisasi pekerja sektor kesehatan, serta kesenjangan yang luas antara pelatihan awal dan selama bekerja. Epidemi HIV/AIDS merupakan faktor tambahan utama yang dihadapi sistem kesehatan di banyak negara. Lebih dari 50% tempat tidur rumah sakit di Sub-Sahara Afrika ditempati oleh penderita penyakit yang berkaitan dengan HIV/AIDS, meski sebagian besar pada akhirnya dirawat di rumah. Peranan wanita yang bersifat tradisional menyebabkan wanita dan anak perempuan menanggung sebagian besar beban perawatan.

Hal tersebut tentu tidak hanya menambah beban kerja ODHA, tapi juga menurunkan produktivitas vital serta peran reproduksi dan masyarakat yang dimainkan. Penyebab utama didapatkannya infeksi HIV berkaitan dengan perilaku pribadi. Di samping itu, pekerja sektor kesehatan yang memberikan perawatan kepada pasien HIV/AIDS juga berisiko mendapatkan penularan, khususnya jika aturan-aturan dasar Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) tidak dilaksanakan. Beban kerja yang lebih besar akibat epidemi, ketakutan terhadap infeksi, dan kurangnya syarat-syarat

Sekretariat DPRD DIY

K3 atau pelatihan khusus tentang HIV/AIDS menyebabkan pekerja sektor kesehatan mengalami stres fisik dan psikologis yang hebat. Keadaan ini juga menyebabkan jumlah tenaga kesehatan yang tidak cukup dan jam kerja yang panjang. Akibat tekanan yang dialami, banyak tenaga kesehatan yang terpaksa meninggalkan profesinya, meninggalkan sektor publik, atau migrasi untuk bekerja di negara-nagara lain. Karena ketakutan terhadap stigma yang melekat kepada profesi kesehatan, asupan yang lebih rendah sedang terjadi di negara-negara berkembang, khususnya di antara pekerja lini terdepan seperti perawat. Hal ini memperberat keterbatasan kapasitas untuk menyampaikan masalah HIV/AIDS dalam sistem kesehatan.

e. Diskriminasi pada ODHA

Permasalahan yang dihadapi ODHA masih menjadi momok yang menyeramkan. Pasalnya, yang terbayang dalam diri seseorang dengan HIV positif adalah kematian. Terlebih, orang yang hidup dengan HIV positif sering kali mengalami perilaku diskriminasi dari masyarakat. Diskriminasi yang dialami ODHA muncul karena adanya stigma negatif yang berkembang di masyarakat. Stigma yang berkembang dalam masyarakat mengenai HIV/AIDS merupakan suatu vonis mati bagi mereka sehingga membatasi ruang gerak dalam menjalankan aktivitas kesehariannya serta membuat ODHA menarik diri dari lingkungan masyarakat. Penyebab munculnya stigma dan diskriminasi bagi ODHA antara lain adalah hidup dengan HIV/AIDS behubungan dengan kematian, adanya perilaku seksual yang menyimpang (homoseksual, korban NAPZA, pekerja seks), dihubungkan dengan tidak adanya bentuk tanggung jawab pribadi dalam kehidupan, hingga penularan hubungan seksual yang dianggap perilaku tidak bermoral sehingga terkena infeksi merupakan hukuman atas perbuatannya. Kesalahan persepsi masyarakat tentang risiko-risiko bagi kehidupan ODHA mengakibatkan ODHA termarjinal dari kehidupan bermasyarakat dan semakin terbatasnya layanan yang dibutuhkan bagi ODHA. Dampak kondisi tersebut memberikan kontribusi meluasnya epidemik HIV dan kematian jumlah penderita AIDS secara global. Epidemik, stigmatisasi, dan diskriminasi merupakan faktor yang menunjukkan ketidakmampuan individu, keluarga, dan masyarakat dalam melindungi dirinya sendiri dan merespons peningkatan ODHA.

Sekretariat DPRD DIY

ODHA rentan terhadap perilaku diskriminasi berupa pemberian stigma, pemisahan, dan penolakan. Pemberian stigma adalah tindakan memberikan label sosial kepada seseorang atau sekelompok orang dengan cap atau pandangan buruk. Dalam praktiknya, stigma mengakibatkan tindakan diskriminasi yaitu tindakan tidak mengakui atau tidak mengupayakan hak-hak dasar individu atau kelompok sebagaimana selayaknya manusia yang bermartabat. UNAIDS mendefinisikan diskriminasi terkait dengan HIV sebagai ciri negatif yang diberikan pada seseorang sehingga menyebabkan tindakan yang tidak wajar dan tidak adil terhadap orang tersebut berdasarkan status HIV-nya. Diskriminasi yang dihubungkan dengan penyakit menimbulkan efek psikologis yang berat tentang bagaimana ODHA melihat diri mereka sendiri. Bahkan dalam beberapa kasus, ODHA mengalami depresi, kurangnya penghargaan diri, dan keputusasaan. Hal ini disebabkan karena kurangnya pemahaman dan informasi masyarakat mengenai HIV/AIDS. Sebagian orang mengetahui bahwa HIV merupakan penyakit yang berbahaya, tetapi karena kurangnya informasi terkait usaha preventif, tindakan yang beresiko tetap dilakukan. Selain itu, mayoritas masyarakat juga belum memahami informasi penularan HIV/AIDS sehingga memunculkan stigma bahwa HIV/AIDS hanya ditularkan melalui hubungan seksual, narkoba, dan jarum suntik yang mana merupakan pelanggaran norma sosial.

Untuk menganalisis bagaimana ODHA menyikapi perilaku diskriminasi di lingkungan keluarga, pekerjaan, dan sosial, penggunaan teori resiliensi sebagai pisau analisis dapat digunakan. Sejumlah ahli psikologi menyadari bahwa abad 21 dipenuhi dengan perubahan-perubahan dan menimbulkan dampak yang tidak menyenangkan bagi individu, sehingga individu membutuhkan kemampuan resiliensi untuk membangun kekuatan dalam menghadapi kondisi yang tidak menyenangkan. Menurut Reivich & Shatte di dalam buku Desmita, resiliensi adalah *the ability to persevere and adapt when thing go awry* yang berarti kemampuan untuk bertahan dan beradaptasi ketika dihadapkan dengan masalah. Menurut Walker, resiliensi juga dapat didefinisikan sebagai kapasitas sistem untuk menyerap gangguan dan mereorganisasi diri ketika menghadapai perubahan sehingga masih mampu.

f. Stigma pada ODHA

Stigma tidak hanya dilakukan oleh masyarakat awam, tetapi juga dapat dilakukan oleh petugas kesehatan baik dokter dan perawat serta mahasiswa yang

Sekretariat DPRD DIY

perpendidikan tinggi. Di sisi lain, para petugas kesehatan baik dokter atau perawat yang dalam kesehariannya sering menangani pengidap penyakit ini juga biasanya mendapatkan perlakuan diskriminasi dan stigma oleh masyarakat. Petugas kesehatan yang menangani ODHA cenderung menghindar terlihat berobat saat sakit. Masyarakat pun banyak menolak ditangani oleh dokter dan petugas kesehatan yang biasa menangani pengidap HIV/AIDS.

Ekspresi nyata dari stigmatisasi HIV/AIDS terjadi di Amerika pada tahun 1999 ketika 1 dari 5 orang dewasa yang disurvei mengatakan mereka ‘takut’ pada orang dengan AIDS. Satu dari 6 orang juga mengaku ‘jijik’ untuk berhubungan dengan orang-orang dengan AIDS. Penelitian lain yang dilakukan pada tahun 2000, sebuah survei internet nasional terhadap lebih dari 5600 orang dewasa Amerika, juga mengungkapkan temuan serupa. Kurang lebih 1 dari 5 orang responden setuju dengan pernyataan bahwa orang-orang yang terkena AIDS melalui hubungan seks atau penggunaan narkoba layak mendapatkan apa yang mereka derita sekarang.

Survei yang melibatkan 10 orang mahasiswa FKM UMI dengan cara wawancara mengungkapkan bahwa masih terdapat 4 di antara 10 orang yang mengaku ‘takut’ bergaul dengan ODHA karena khawatir akan tertular. Saat ditanyakan bagaimana sikap keempat orang tersebut jika ada teman yang menderita HIV, keempatnya memilih untuk menjauhi. Padahal, para mahasiswa tersebut umumnya sudah mendapatkan mata kuliah Epidemiologi Penyakit Menular yang juga membahas tentang cara penularan virus HIV, tetapi mereka masih saja melakukan stigmatisasi terhadap ODHA.

Stigma yang terkait dengan penyakit merupakan tantangan psikologis tersendiri untuk ODHA. Saat seseorang diketahui mengidap HIV, perlahan tapi pasti satu persatu teman-temannya menjauhi, bahkan tidak jarang keluarganya melakukan hal serupa. Padahal, ODHA justru sangat membutuhkan dukungan penuh dari lingkungan sosialnya di saat seperti ini.

Nasronuddin (2007) mengungkapkan bahwa terjadi peningkatan kadar ACTH dan kadar *kortisol* pada ODHA dalam tujuh hari pertama yang dipicu oleh stresor psikologis akibat dinyatakan terinfeksi HIV. Selain akibat stresor psikologis, peningkatan setelah hari ke tujuh terjadi akibat stressor biologis HIV. Berdasarkan penelitian ini, efek dari pernyataan diagnosis HIV terhadap seseorang terlihat jelas

Sekretariat DPRD DIY

dapat meningkatkan tingkat stress sangat signifikan, belum lagi menghadapi reaksi keluarga dan teman-teman yang perlahan tapi pasti beranjak menjauh.

Dengan berusaha untuk mencoba memahami pengalaman hidup yang dialami, pengidap HIV akan menyebabkan hasil psikologis positif yang dapat membantu meningkatkan kualitas hidupnya. Pemberian pengertian dan pengetahuan yang memadai kepada masyarakat terutama kepada mahasiswa sebagai intelektual muda menjadi suatu hal yang sangat penting. Mahasiswa yang notabene kisaran usianya kurang lebih sama dengan rata-rata usia ODHA tentu akan lebih mudah mengerti dan tersentuh jika belajar dan bergaul langsung dari ODHA tentang pengalaman pahitnya menghadapi stigmatisasi. Di sisi lain, ODHA juga akan merasa lebih nyaman mengungkapkan statusnya kepada orang dengan rentang usia yang kurang lebih sama.

Stigma HIV/AIDS biasanya terjadi akibat ketakutan masyarakat yang berlebihan akan tertularnya penyakit ini. Sedangkan, penyebab lainnya adalah HIV/AIDS dianggap sangat mematikan dan belum ditemukan obatnya, serta anggapan bahwa penyakit tersebut hanya ditularkan akibat dari perilaku menyimpang sehingga dianggap merupakan aib bagi pengidap dan keluarganya. Padahal, jika benar-benar dipahami dan dimengerti cara penularanya, sebenarnya penyakit ini dapat dicegah tanpa harus menjauhi apalagi sampai melakukan stigma dan diskriminasi terhadap para pengidapnya. Dalam hal ini, berbagai penelitian yang aplikatif dan konsisten diperlukan agar terwujud peran serta berbagai pihak dalam upaya menurunkan stigma dan diskriminasi yang dialami ODHA. Apabila terwujud, ODHA dapat lebih terbuka mengenai penyakit yang dialaminya sehingga memudahkan upaya pencegahan penularan secara terselubung dan memudahkan ODHA mengakses pelayanan kesehatan yang adekuat tanpa rasa takut akan stigma dan diskriminasi.

Sekretariat DPRD DIY

3. TINJAUAN KLINIS HIV-AIDS

a. Pengertian

HIV/AIDS merupakan suatu penyakit defisiensi imun sekunder yang paling umum dan saat ini menjadi masalah serius epidemik dunia (Ignatavicius & Workman, 2010). *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan melemahkan kemampuan tubuh kita untuk melawan segala penyakit yang datang. Sedangkan, *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*

(AIDS) merupakan kumpulan gejala penyakit akibat lemahnya sistem kekebalan tubuh. Rahakbauw, N. (2018) menyebutkan bahwa AIDS adalah suatu penyakit yang diakibatkan oleh infeksi virus HIV. Virus tersebut menyerang dan menghancurkan sel-sel darah putih dalam tubuh yang disebut sel T-Helper. Virus HIV bekerja dengan cara memperbanyak diri pada sel limfosit yang diinfeksinya lalu merusak sel tersebut. Rusaknya sel kemudian membuat daya tahan tubuh ODHA menurun. Sistem imun yang rentan itulah yang kemudian membuka jalan bagi infeksi maupun penyakit lain memasuki tubuh ODHA.

Umumnya, penderita HIV/AIDS baru menyadari gejala klinis infeksi virus tersebut setelah beberapa lama tidak mengalami kesembuhan. Beberapa gejala mayor klinis yang dapat timbul mulai dari TBC, penurunan berat badan sebanyak 10% dalam 3 bulan, demam panjang selama 3 bulan, hingga diare kronis yang lebih dari 1 bulan dan berulang. Sedangkan, beberapa gejala minor yang dialami dapat berupa infeksi mulut dan tenggorokan, batuk kronis selama sebulan lebih, membengkaknya kelenjar getah bening di seluruh tubuh, hingga munculnya herpes zoster yang berulang (Nursalam & Kurniawati, 2009).

b. Efek Biologi HIV/AIDS

Secara imunologis, sel T yang terdiri dari limfosit T-helper (disebut limfosit CD4+) akan mengalami perubahan secara kuantitas dan kualitas. HIV menyerang CD4+, baik secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung, sampul HIV yang mempunyai efek toksik akan menghambat fungsi sel T (*toxic* HIV). Secara tidak langsung, lapisan luar protein HIV yang disebut sampul gp 120 dan anti p24 berinteraksi dengan CD4+, yang kemudian menghambat aktivasi sel yang mempresentasikan antigen (APC). Setelah HIV melekat melalui reseptor CD4+ dan co-reseptornya, bagian sampul tersebut melakukan fusi dengan membran sel dan bagian intinya masuk ke dalam sel membran. Pada bagian inti, terdapat enzim reverse transcripatase yang terdiri dari DNA polimerase dan ribonuclease. Pada inti yang mengandung RNA, enzim DNA polimerase menyusun kopi DNA dari RNA tersebut. Enzim ribonuclease memusnahkan RNA asli. Enzim polimerase kemudian membentuk kopi DNA kedua dari DNA pertama yang tersusun sebagai cetakan (Baratawidjaja, 2000).

Sekretariat DPRD DIY

Kode genetik DNA yang berupa untai ganda setelah terbentuk selanjutnya akan masuk ke inti sel. Kemudian oleh enzim integrase, DNA copi dari virus disisipkan dalam DNA pasien. HIV provirus yang berada pada limfosit CD4+ kemudian bereplikasi yang menyebabkan sel limfosit CD4 mengalami sitolisis. Virus HIV yang telah berhasil masuk dalam tubuh pasien juga menginfeksi berbagai macam sel, terutama monosit, makrofag, sel-sel mikroglia di otak, sel-sel hobfour plasenta, sel-sel dendrit pada kelenjar limfe, sel-sel epitel pada usus, dan sel langerhans di kulit. Efek dari infeksi pada sel mikroglia di otak adalah encepalopati dan pada sel epitel usus adalah diare yang kronis. Gejala-gejala klinis yang ditimbulkan akibat infeksi tersebut biasanya baru disadari pasien setelah beberapa waktu lamanya tidak mengalami kesembuhan. Pasien yang terinfeski virus HIV dapat tidak memperlihatkan tanda dan gejala selama bertahun-tahun. Sepanjang perjalanan penyakit tersebut, sel CD4+ mengalami penurunan jumlahnya dari 1000/ul sebelum terinfeksi menjadi sekitar 200
– 300/ul setelah terinfeksi 2 – 10 tahun (Nasronudin, 2012).

c. Antiretroviral Terapi (ART)

Terapi Antiretroviral (ART) berarti mengobati infeksi HIV dengan beberapa obat. Karena HIV adalah retrovirus, obat ini biasa disebut sebagai obat antiretroviral (ARV). ARV tidak membunuh virus itu, tetapi ART dapat melambatkan pertumbuhan virus. Waktu pertumbuhan virus dilambatkan, begitu juga penyakit HIV.

a. Persiapan pemberian ARV

Prinsip pemberian ARV adalah harus menggunakan 3 jenis obat yang ketiganya harus terserap dan berada dalam dosis terapeutik dalam darah, dikenal dengan *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART). Istilah HAART sering disingkat menjadi *antiretroviral therapy* (ART) atau terapi ARV. Pemerintah menetapkan panduan yang digunakan dalam pengobatan ARV berdasarkan pada 5 aspek, yaitu efektivitas, efek samping/toksisitas, interaksi obat, kepatuhan, dan harga obat.

Konseling meliputi cara dan ketepatan minum obat, efek samping yang mungkin terjadi, interaksi dengan obat lain, *monitoring* keadaan klinis, dan *monitoring* pemeriksaan laboratorium secara berkala termasuk pemeriksaan CD4.

Sekretariat DPRD DIY

Kajian khusus untuk kesiapan terapi ARV pada orang dengan HIV perlu dilakukan, di antaranya:

1. Kaji situasi keluarga termasuk jumlah orang yang terkena atau berisiko terinfeksi HIV dan situasi kesehatannya.
2. Identifikasi orang yang mengasuh anak dan kesediaannya untuk mematuhi pengobatan ARV dan pemantauannya.
3. Kaji pemahaman keluarga mengenai infeksi HIV dan pengobatannya serta informasi mengenai status infeksi HIV dalam keluarga.
4. Kaji status ekonomi, termasuk kemampuan untuk membiayai perjalanan ke klinik, kemampuan membeli atau menyediakan tambahan makanan untuk anak yang sakit dan kemampuan membayar bila ada penyakit yang lain.

b. Indikasi memulai ART

Inisiasi ART secara dini terbukti bermanfaat secara klinis, berguna untuk pencegahan, meningkatkan harapan hidup dan menurunkan insiden infeksi terkait HIV dalam populasi. Rekomendasi inisiasi ART pada dewasa dan anak dapat dilihat dalam tabel 1.

Tabel 1. Rekomendasi Inisiasi ART pada Dewasa dan Anak

Populasi	Rekomendasi
Dewasa dan anak >5 tahun	Inisiasi ART pada orang terinfeksi HIV stadium klinis 3 dan 4, atau jika jumlah CD4 ≤ 350 sel/mm^3
	Inisiasi ART tanpa melihat stadium klinis WHO dan berapapun jumlah CD4: • Koinfeksi TB[a] • Koinfeksi Hepatitis B • Ibu hamil dan menyusui terinfeksi HIV • Orang terinfeksi HIV yang pasangannya HIV negatif (pasangan serodiskordan) untuk mengurangi risiko penularan • LSL, PS, Waria, atau Penasunb

Sekretariat DPRD DIY

Populasi	Rekomendasi
	• Populasi umum pada daerah dengan epidemi HIV meluas
Anak < 5 tahun	Inisiasi ART tanpa melihat stadium klinis WHO dan berapapun jumlah CD4[c]

c. Paduan ART Lini Pertama

Pilihan paduan ART lini pertama berikut ini berlaku untuk ODHA yang belum pernah mendapatkan ARV sebelumnya (*naive* ARV).

1. Paduan ART Lini Pertama pada Anak Usia 5 Tahun ke Atas dan Dewasa

Tabel 2. ART Lini Pertama Untuk Anak Usia > 5 Tahun & Dewasa, Termasuk Ibu Hamil & Menyusui, ODHA Koinfeksi Hepatitis B, dan ODHA dengan TB

ARV lini pertama untuk dewasa	
Paduan pilihan	TDF[a] + 3TC (atau FTC) + EFV dalam bentuk KDT[c]
Paduan alternatif	AZT[b] + 3TC + EFV (atau NVP) TDF[a] + 3TC (atau FTC) + NVP

a) Jangan memulai TDF jika *Creatine Clearance Test* (CCT) hitung < 50 ml/menit, atau pada kasus diabetes lama, hipertensi tak terkontrol, dan gagal ginjal.

b) Jangan memulai dengan AZT jika Hb < 10 g/dL sebelum terapi.

c) Kombinasi 3 Dosis Tetap (KDT) yang tersedia: TDF + 3TC + EFV.

2. Paduan ART Lini Pertama pada Anak Usia Kurang dari 5 Tahun

Paduan ART lini pertama pada anak sama seperti orang dewasa, yaitu menggunakan kombinasi 2 NRTI dan 1 NNRTI dengan pilihan seperti pada tabel 3.

Tabel 3. ART lini pertama pada anak <5 tahun

Sekretariat DPRD DIY

Pilihan NRTI ke-1	Pilihan NRTI ke-2	Pilihan NNRTI
Zidovudin (AZT)[a]	Lamivudin (3TC)	Nevirapin (NVP)
Stavudin (d4T)[b]		Efavirenz (EFV)[d]
Tenofovir (TDF)[c]		

a) Zidovudin (AZT) merupakan pilihan utama. Namun bila Hb anak < 7,5 g/dl, pemberian Stavudin(d4T) perlu dipertimbangkan.

b) Dengan adanya risiko efek samping pada penggunaan d4T jangka panjang, pengubahan d4T ke AZT perlu dipertimbangkan (bila Hb anak > 10 gr/dl) setelah pemakaian 6 – 12 bulan. Bila terdapat efek anemia berulang, pengobatan dapat kembali ke d4T.

c) Tenofovir saat ini dapat digunakan pada anak usia di atas 2 tahun. Selain itu, efek samping osteoporosis pada tulang anak yang sedang bertumbuh perlu dipertimbangkan karena penggunaan ARV diharapkan tidak mengganggu pertumbuhan tinggi badan.

d) EFV dapat digunakan pada anak ≥ 3 tahun atau BB ≥ 10 kg, tetapi tidak boleh diberikan pada anak dengan gangguan psikiatrik berat. EFV adalah pilihan pada anak dengan TB. Jika berat badan anak memungkinkan, sebaiknya pengobatan menggunakan KDT.

d. Pemantauan setelah Pemberian ARV

Pemantauan setelah pemberian ARV bertujuan untuk mengevaluasi respon pengobatan. Evaluasi ODHA selama dalam pengobatan dilakukan bersama-sama antara dokter, perawat, dan konselor. Evaluasi tidak hanya dilakukan untuk kondisi fisik, tetapi juga psikologis untuk membantu ODHA dan keluarganya selama menjalani pengobatan.

1. Jadwal Pemantauan Setelah Pemberian ARV

Penilaian klinis dan tes laboratorium berperan penting untuk melihat kondisi ODHA sebelum inisiasi ART dan berguna untuk memonitor respon pengobatan dan kemungkinan toksisitas obat ARV. Pemantauan klinis dalam pengawasan dokter dilakukan rutin minimal sebulan sekali

Sekretariat DPRD DIY

dalam 6 bulan pertama setelah inisiasi ART. Pemantauan oleh dokter selanjutnya dapat dilakukan minimal 3 bulan sekali atau lebih sering, sesuai dengan kondisi dan kepatuhan pengobatan.

Tabel 4. Rekomendasi Tes Laboratorium Setelah Pemberian Terapi ARV

Fase penatalaksanaan HIV	Rekomendasi	Yang Diperlukan (bila ada atau atas indikasi)
Selama menggunakan ARV	Jumlah sel CD4 (tiap 6 bulan)[a]	• Serum kreatinin tiap 6 bulan pada penggunaan TDF • Hb pada penggunaan AZT (dalam 3 bulan pertama perlu pemeriksaan intensif) Fungsi hati (SGPT/SGOT) tiap 6 bulan • HIV RNA (6 bulan setelah inisiasi ARV, tiap 12 bulan setelahnya[a])
Gagal terapi	Jumlah sel CD4 HIV RNA[b]	HBsAg (bila sebelum *switch* belum pernah di tes, atau jika hasil baseline sebelumnya negatif)

a) Pada ODHA dengan kepatuhan dan hasil pengobatan ARV yang baik, frekuensi pemantauan CD4 dan HIV RNA dapat dikurangi.

Sekretariat DPRD DIY

b) Tes HIV RNA (viral load) sangat dianjurkan untuk menentukan kegagalan terap.

2. Pemantauan terhadap efek samping ARV dan substitusi ARV

Efek samping (toksisitas) ARV dapat terjadi dalam beberapa minggu pertama setelah inisiasi hingga toksisitas pada pemakaian lama. Kebanyakan reaksi toksisitas ARV tidak berat dan dapat diatasi dengan memberi terapi suportif. Efek samping minor dapat menyebabkan ODHA tidak patuh minum obat, oleh karenanya tenaga kesehatan harus terus mengkonseling ODHA dan mendukung terapi.

Prinsip penanganan efek samping akibat ARV adalah sebagai berikut.

a) Tentukan beratnya toksisitas.

b) Evaluasi obat yang diminum bersamaan dan tentukan apakah toksisitas terjadi karena (satu atau lebih) ARV atau karena obat lainnya.

c) Pertimbangkan proses penyakit lain (seperti hepatitis virus atau sumbatan bilier jika timbul ikterus).

d) Tata laksana efek samping bergantung pada beratnya reaksi.

Penanganan secara umum adalah:

1) Derajat 4, reaksi yang mengancam jiwa: segera hentikan semua obat ARV, beri terapi suportif dan simtomatis; berikan lagi ARV dengan paduan yang sudah dimodifikasi (contoh: substitusi 1 ARV untuk obat yang menyebabkan toksisitas) setelah ODHA stabil.

2) Derajat 3, reaksi berat: ganti obat yang dicurigai tanpa menghentikan pemberian ARV secara keseluruhan.

3) Derajat 2, reaksi sedang: beberapa reaksi (lipodistrofi dan neuropati perifer) memerlukan penggantian obat. Untuk reaksi lain, pertimbangkan untuk tetap melanjutkan pengobatan; jika tidak ada perubahan dengan terapi simtomatis, pertimbangkan untuk mengganti 1 jenis obat ARV.

4) Derajat 1, reaksi ringan: tidak memerlukan penggantian terapi.

Sekretariat DPRD DIY

e) Tekankan pentingnya tetap meminum obat meskipun ada toksisitas pada reaksi ringan dan sedang.

f) Jika diperlukan, hentikan pemberian terapi ARV apabila ada toksisitas yang mengancam jiwa. Perlu diperhatikan waktu paruh masing-masing obat untuk menghindari kejadian resistansi.

Tabel 5. Waktu Terjadinya Toksisitas ARV

Waktu	Toksisitas
Dalam beberapa minggu pertama	• Gejala gastrointestinal adalah mual, muntah dan diare. Efek samping ini bersifat *self-limiting* dan hanya membutuhkan terapi simtomatik. • Ruam dan toksisitas hati umumnya terjadi aki bat obat NNRTI, tetapi dapat juga oleh obat NRTI seperti ABC dan PI.
Dari 4 minggu dan sesudahnya	• Supresi sumsum tulang yang diinduksi obat, seperti anemia dan neutropenia dapat terjadi pada penggunaan AZT. • Penyebab anemia lainnya harus dievaluasi dan diobati. • Anemia ringan asimtomatik dapat terjadi.
6-18 Ulan	• Disfungsi mitokondria, terutama terjadi oleh obat NRTI, termasuk asidosis laktat, toksisitas hati, pankreatitis, neuropati perifer, lipoatrofi, dan miopati. • Lipodistrofi sering dikaitkan dengan penggunaan d4T dan dapat menyebabkan kerusakan bentuk tubuh permanen.

Sekretariat DPRD DIY

Waktu	Toksisitas
	• Asidosis laktat jarang terjadi dan dapat terjadi kapan saja, terutama dikaitkan dengan penggunaan d4T. Asidosis laktat yang berat dapat mengancam jiwa. • Kelainan metabolik umumnya terjadi oleh PI, termasuk hiperlipidemia, akumulasi lemak, resistansi insulin, diabetes dan osteopenia.
Setelah 1 tahun	• Disfungsi tubular renal dikaitkan dengan TDF.

3. Pemantauan Sindroma Pulih Imun

Penting sekali melakukan pemantauan dalam 6 bulan pertama terapi ARV. Perbaikan klinis dan imunologis diharapkan muncul dalam masa pemantauan ini, selain untuk mengawasi kemungkinan terjadinya sindrom pulih imun atau *Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome* (IRIS) atau toksisitas obat. Pemantauan awal dan pemantauan selanjutnya harus selalu dilakukan untuk memastikan keberhasilan terapi ARV, memantau efek samping obat dan perlu tidaknya substitusi, mendeteksi masalah terkait kepatuhan, dan menentukan kapan terapi ARV harus diganti (*switch*) ke lini selanjutnya.

Kepatuhan pengobatan didefinisikan sebagai sejauh mana perilaku ODHA dalam menjalani pengobatan, sesuai dengan yang dianjurkan oleh petugas kesehatan. Untuk terapi ARV, kepatuhan yang tinggi sangat diperlukan untuk menurunkan replikasi virus dan memperbaiki kondisi klinis dan imunologis; menurunkan risiko timbulnya resistansi ARV; dan menurunkan risiko transmisi HIV. Salah satu yang perlu dilakukan adalah dukungan kepatuhan, tidak selalu penggantian ke obat ARV alternatif.

Berbagai faktor seperti akses pengobatan, obat ARV, dan faktor individu mempengaruhi kepatuhan terhadap ARV. Faktor individu dapat berupa lupa minum obat, bepergian jauh, perubahan rutinitas, depresi atau

Sekretariat DPRD DIY

penyakit lain, bosan minum obat, atau penggunaan alkohol dan zat adiktif. Faktor obat ARV meliputi efek samping, banyaknya obat yang diminum, dan restriksi diet. Pendekatan khusus juga perlu diperhatikan pada populasi tertentu, seperti wanita hamil dan menyusui, remaja, bayi dan anak-anak, serta populasi kunci (LSL, PS, dan Penasun).

4. Diagnosis Kegagalan Terapi ARV

Kegagalan terapi dapat dilihat dari berbagai kriteria, yaitu kriteria virologis, imunologis, dan klinis. Kriteria terbaik adalah kriteria virologis, tetapi dapat menggunakan kriteria imunologis bila tidak dapat dilakukan pemeriksaan. Dalam hal ini, sebaiknya tidak menunggu kriteria klinis terpenuhi agar dapat melakukan *switch* ke lini selanjutnya lebih dini.

ODHA harus menggunakan ARV minimal 6 bulan sebelum dinyatakan gagal terapi dalam keadaan kepatuhan yang baik. Kalau ODHA kepatuhan tidak baik atau berhenti minum obat, penilaian kegagalan dilakukan setelah minum obat kembali secara teratur minimal 3-6 bulan.

e. Paduan ARV Lini Dua

1.Paduan ARV Lini Kedua pada Remaja dan Dewasa

Resistansi silang dalam kelas ARV yang sama terjadi pada mereka yang mengalami kegagalan terapi. Resistansi terjadi ketika HIV terus berproliferasi meskipun dalam terapi ARV. Jika kegagalan terapi terjadi dengan paduan NNRTI atau 3TC, hampir pasti terjadi resistansi terhadap seluruh NNRTI dan 3TC. Penggunaan ARV menggunakan kombinasi 2 NRTI + boosted PI menjadi rekomendasi sebagai terapi pilihan lini kedua untuk dewasa, remaja, dan juga anak dengan paduan berbasis NNRTI yang digunakan sebagai lini pertama.

Prinsip pemilihan paduan ARV lini kedua adalah pilih kelas obat ARV sebanyak mungkin. Bila kelas obat yang sama akan dipilih, pilihlah obat yang sama sekali belum dipakai sebelumnya. Anak dengan paduan berbasis PI untuk lini pertama, diubah (*switch*) ke NNRTI atau tetap berbasis PI, tetapi sesuaikan dengan umur yang direkomendasikan.

Sekretariat DPRD DIY

Tabel 6. Paduan ARV Lini Kedua pada Remaja dan Dewasa

Populasi Target	Paduan ARV yang Digunakan pada Lini Pertama	Paduan Lini Kedua Pilihan
Dewasa dan remaja (≥ 10 tahun)	Berbasis AZT atau d4T	TDF + 3TC (atau FTC) + LPV/r
	Berbasis TDF	AZT + 3TC + LPV/r
HIV dan koinfeksi TB	Berbasis AZT atau d4T	TDF + 3TC (atau FTC) + LPV/r dosis ganda[a]
	Berbasis TDF	AZT + 3TC + LPV/r dosis ganda[a]
HIV dan BV koinfeksi	Berbasis TDF	AZT + TDF + 3TC (atau FTC) + LPV/r

Rifampisin sebaiknya tidak digunakan pada pemakaian LPV/r. Paduan OAT yang dianjurkan adalah 2SHZE, selanjutnya diteruskan dengan 4HE dengan evaluasi rutin kelainan mata. Namun, pada infeksi meningitis TB yang perlu tetap menggunakan rifampisin, LPV/r dapat digunakan dengan dosis ganda LPV/r 800 mg/200 mg 2x sehari atau 2 x 2 tablet.

2. Paduan ART Lini Kedua pada Anak

Tabel 7. Paduan ART Lini Kedua pada Anak

Lini Pertama	Lini Kedua
AZT (atau d4T) + 3TC + NVP (atau EFV)	ABC (atau TDF[a]) + 3TC (atau FTC) + LPV/r
TDF[a] + 3TC (atau FTC) + NVP (atau EFV)	AZT + 3TC + LPV/r

Sekretariat DPRD DIY

Lini Pertama	Lini Kedua
ABC + 3TC + NVP (atau EFV)	
TDF hanya dapat digunakan pada anak usia di atas 2 tahun.	

3. Pemantauan Terhadap Efek Samping ARV Lini Kedua dan Substitusi

Tabel 8. Efek Samping ARV Lini Kedua dan Pilihan Obat Substitusinya

ARV	Tipe Toksisitas	Faktor Risiko	Manajemen
LPV/r	EKG abnormal (pemanjangan interval PR dan QT, *torsade de pointes*)	• Gangguan konduksi jantung; • Penggunaan bersama obat yang dapat memperpanjang interval PR lainnya.	DRV/r Jika terdapat kontraindikasi boosted PI dan ODHA gagal terapi berbasis NNRTI lini pertama, pertimbangkan pemakaian integrase inhibitor.
	Pemanjangan interval QT	• Sindrom pemanjangan interval QT kongenital Hipokalemia; • Penggunaan bersama obat yang dapat memperpanjang interval QT lainnya.	
	Hepatotoksisitas	• Sudah ada penyakit hati sebelumnya Koinfeksi HBV dan HCV; • Penggunaan	

Sekretariat DPRD DIY

ARV	Tipe Toksisitas	Faktor Risiko	Manajemen
		bersama obat hepatotoksik lainnya.	
	Pankreatitis	Stadium HIV lebih lanjut.	
	Risiko prematur, lipoatrofi, sindrom metabolik, dislipidemia, diare	Faktor risiko tidak diketahui.	
TDF	Disfungsi tubulus renalis Sindrom Fanconi	• Sudah ada penyakit ginjal sebelumnya; • Usia lanjut; • IMT < 18,5 atau BB < 50 kg; • DM tak terkontrol; • Hipertensi tak terkontrol; • Penggunaan bersama obat nefrotoksik lain atau boosted PI.	ABC atau ddI
	Menurunnya densitas mineral tulang	• Riwayat osteomalasia dan fraktur patologis;	

Sekretariat DPRD DIY

ARV	Tipe Toksisitas	Faktor Risiko	Manajemen
		• Faktor risiko osteoporosis atau *bone-loss* lainnya.	
	Asidosis laktat atau hepatomegali dengan steatosis	• Penggunaan nukleosida analog yang lama; • Obesitas.	
	Eksaserbasi hepatitis B (hepatic flares)	Jika TDF dihentikan karena toksisitas lainnya pada koinfeksi hepatitis B.	Gunakan alternatif obat hepatitis lainnya seperti entecavir.
ABC	Reaksi hipersensitivitas[a]	Gen HLA-B*5701.	Subtitusi dengan TDF.
AZT	Anemia atau neutropenia berat[a], miopati, lipoatrofi atau lipodistrofi	• Anemia atau neutropenia sebelum mulai terapi; • Jumlah CD4 ≤ 200 sel/mm^3 (dewasa).	d4T
	Asidosis laktat atau hepatomegali dengan steatosis	• IMT > 25 atau BB > 75 kg (dewasa); • Penggunaan nukleosida analog yang lama.	
d4T	Neuropati perifer, lipoatrofi atau lipodistrofi	• Usia tua; • Jumlah CD4 ≤ 200	AZT

Sekretariat DPRD DIY

ARV	Tipe Toksisitas	Faktor Risiko	Manajemen
	.	sel/mm^3 (dewasa); • Penggunaan bersama INH atau dDI	
	Asidosis laktat atau hepatomegali dengan steatosis, pankreatitis akut	• IMT > 25 (atau BB > 75 kg) (dewasa); • Penggunaan nukleosida analog yang lama.	

f. Paduan ARV Lini Tiga

Jika terjadi kegagalan lini kedua, terapi penyelamatan yang efektif perlu dilakukan. Kriteria yang digunakan untuk penentuan kegagalan terapi lini kedua harus menggunakan kriteria virologis (pemeriksaan HIV RNA). Seperti pada penentuan gagal terapi lini pertama, penentuan kegagalan terapi lini kedua harus dilakukan saat ODHA menggunakan ART lini kedua minimal 6 bulan dalam keadaan kepatuhan yang baik. Tes resistansi genotyping diwajibkan sebelum pindah ke lini ketiga.

Pada penentuan indikasi dan memulai lini ketiga, diperlukan konsultasi dengan rumah sakit rujukan yang sudah mempunyai pengalaman. Berikut adalah paduan ART lini ketiga beserta efek sampingnya.

Sekretariat DPRD DIY

Tabel 9. Paduan ARV Lini Ketiga pada Dewasa dan Anak

Rekomendasi Paduan ART Lini Ketiga	
Dewasa	ETR + RAL + DRV/r
Anak	ETR + RAL + DRV/r

Tabel 10. Efek Samping ART Lini Ketiga

ARV	Tipe Toksisitas
Etravirin (ETR)	• Mual • Ruam, reaksi hipersensitivitas, termasuk sindrom Stevens- Johnson, kadang disertai disfungsi organ seperti gagal hati
Raltegravir (RAL)	• Ruam, reaksi hipersensitivitas, termasuk sindrom Stevens- Johnson dan *toxic epidermal necrolysis* • Mual, diare, nyeri kepala, insomnia, demam • Kelemahan otot dan rabdomiolisis
Darunavir/Ritonavir (DRV/r)	• Ruam, reaksi hipersensitivitas, termasuk sindrom Stevens- Johnson dan eritema multiformis • Hepatotoksisitas • Diare, mual, nyeri kepala • Perdarahan pada hemofilia • Hiperlipidemia, peningkatan transaminase, hiperglikemia, maldistribusi lemak

Catatan: ARV lini ketiga belum disediakan program nasional.

1. Masalah Keperawatan pada Orang dengan HIV/AIDS

Sekretariat DPRD DIY

Human Immunodeficiency Virus (HIV) bisa berefek terhadap berubahan biologi atau fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pada penderitanya. Efek biologi atau fisik bisa dilihat dari perubahan fisiologis tubuh manusia, yaitu terjadinya penurunan berat badan atau mudahnya terkena penyakit akibat penurun sistem imun di dalam tubuh. Perubahan fisik yang dramatis dapat mempengaruhi gambaran diri seseorang. Klien memperlukan bimbingan konseling untuk mengatasi malnutrisi yang dialaminya (Duggal, Chugh, &Duggal, 2012). Efek psikologis dari HIV/AIDS adalah terjadinya gejala depresi atau stres setelah mengetahui status positif HIV dan stress terkait dengan pengobatan yang harus dijalani seumur hidupnya. Dampak sosial pada ODHA adalah diperolehnya stigma dari pasangan seksual, keluarga, dan masyarakat serta dapat mempengaruhi status ekonomi keluarga (Coleman & Holzemer, 1999; Empelen, 2005; Remien & Rabkin, 2001; Farber et al 2003). Status positif HIV juga mempunyai dampak terhadap spiritual pasien (Pinho et al., 2017; Burhan, Fourianlistyawati, & Zuhroni 2014).

Masalah utama yang dialami oleh orang yang hidup dengan HIV adalah masalah kepatuhan pengobatan ARV. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan ART menurut Mukumbang et al. (2017) adalah faktor dari diri individu itu sendiri, faktor yang berhubungan dengan ARV, faktor sistem kesehatan, faktor sosial dan ekonomi, serta faktor budaya dan sosial. Menajemen pengobatan diri sendiri serta *monitoring* CD4 dan viral load merupakan rencana keberlanjutan yang diharapkan dari ART yang dijalani klien (Mukumbang et al., 2017). Klien harus mampu melakukan manajemen diri untuk mendeteksi efek samping dari pengobatan (Geng et al., 2011). Selain dari segi pasien, tenaga kesehatan juga harus menyediakan layanan konseling bagi penguna ART (Mukumbang et al., 2017). Efikasi diri terhadap ARV dan makna hidup ODHA memiliki pengaruh yang signifikan untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan ARV.

2. Paliatif Care

Sekretariat DPRD DIY

Paliatif care atau perawatan paliatif merupakan perawatan total yang dilakukan secara aktif terutama pada pasien (dengan penyakit yang membatasi hidup) beserta keluarga yang dilakukan oleh tim secara interdisiplin, di mana penyakit pasien tersebut sudah tidak dapat lagi merespon terhadap pengobatan atau pasien mendapatkan intervensi untuk memperpanjang masa hidup (Aitken S,2009). Tujuan utama dari pelayanan perawatan paliatif adalah memberikan perasaan nyaman pada pasien dan keluarga. Namun, pelayanan perawatan paliatif tidak hanya mengatasi masalah fisik pasien, tetapi juga mencakup masalah dari aspek psikologis, sosial dan spiritual. Seluruh aspek tersebut saling berintegrasi sehingga dapat saling mempengaruhi satu sama lain Twycross RG (2003).

Pelayanan perawatan paliatif diberikan secara terintegrasi dengan tim yang terdiri dari dokter, perawat, petugas sosial medis, psikolog, rohaniawan, hingga relawan dan profesi lain yang diperlukan. Perawat sebagai salah satu anggota tim paliatif berperan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien dan keluarga. Asuhan keperawatan paliatif merupakan suatu proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien dengan menggunakan pendekatan metodologi proses keperawatan berpedoman pada standar keperawatan. Sehubungan dengan peran perawat sebagai pemberi perawatan (*caring*) pada ODHA dan keluarga, perawat harus mampu melakukan hubungan terapeutik dengan ODHA dengan berperan sebagai perawat profesional, pasangan, teman akrab, atau bahkan sebagai keluarga bagi ODHA (Muntammah, Ummu 2020).

Sekretariat DPRD DIY

4. TINJAUAN PSIKOSOSIAL HIV-AIDS

Masalah yang dialami oleh penderita HIV/AIDS tidak hanya pada masalah fisik saja, tetapi juga masalah emosional dan psikososial (Vreeman, Scanlon, McHenry, & Nyandiko, 2015).

- **Masalah Psikososial pada ODHA**

Permasalahan yang terkait dengan ODHA tidak sekadar masalah kesehatan saja, tetapi justru masalah psikososial lainnya. Masalah psikologis kerap terjadi ketika hasil tes darah ternyata positif mengidap HIV adalah kaget, sedih, dan stres. Masalah lain yang juga dialami adalah penolakan diri terhadap kenyataan terinfeksi virus HIV. Kondisi ini yang menyebabkan ODHA merasa tidak berguna, mempunyai masa depan suram, tidak dapat melakukan apa-apa untuk dirinya maupun keluarga, tidak memiliki akses untuk memperoleh pekerjaan, serta memiliki keterbatasan dalam interaksi sosialnya.

Secara psikologi, ada tujuh permasalahan psikososial terkait dengan emosional pada ODHA, yaitu rendah diri, depresi, panik, rasa malu dan kesepian, permusuhan dan agresi, sakit kronis dan kecacatan, serta masalah dalam hubungan. Tidak hanya psikologi yang terguncang, tetapi secara sosial, ODHA juga mengalami disfungsi sosial. Masalah sosial pada ODHA di antaranya adalah interaksi sosial yang terganggu, pengucilan, pengusiran, Pemutusan Hubungan Kerja (PHK), kekerasan, hilangnya akses pelayanan kesehatan, dan pendidikan. Stres psikososial spiritual akan mempercepat kejadian AIDS dan bahkan berisiko meningkatkan angka kematian.

Masalah psikososial pada ODHA juga sering terjadi, salah satunya karena stigma dari masyarakat mengenai HIV/AIDS (Waluyo, Nurachmah, & Rosakawati, 2014). Penelitian sebelumnya oleh Kose, Mandiracioglu, Mermut, Kaptan, dan Ozbel (2012) di Turki yang menemukan bahwa penderita HIV/AIDS menyatakan bahwa mereka mempunyai beberapa masalah yang berhubungan dengan kesehatan, moral, sosial dan keuangan. Diskriminasi di tempat kerja juga merupakan masalah yang besar. Kesempatan untuk bekerja semakin sedikit dan pendapatan dapat berkurang, akan tetapi masalah yang berhubungan dengan penanganan HIV/AIDS ini semakin tinggi. Hal-hal inilah yang kemudian membuat tingkat stres penderita HIV/AIDS meningkat. Hasil penelitian Sari (2017) menunjukkan mayoritas ODHA memiliki stres berat.

Sekretariat DPRD DIY

Keadaan psikososial ODHA menjadi pokok utama yang mempengaruhi keberfungsian ODHA untuk hidup sejahtera. Kesejahteraan dalam konteks ini bukan hanya berbicara tentang terpenuhinya segala kebutuhan baik sandang, pangan, maupun papan. Kesejahteraan juga meliputi tentang terpenuhinya hak, rasa aman, dan adanya pengakuan akan identitas diri di masyarakat. James Midgley yang dikutip oleh Miftahul Huda mendefinisikan kesejahteraan sosial sebagai suatu kondisi yang harus memenuhi tiga syarat utama, yakni: (1) ketika masalah sosial dapat dikelola dengan baik; (2) ketika kebutuhan terpenuhi; dan (3) ketika peluang-peluang sosial terbuka secara maksimal.

Peningkatan kesejahteraan dan kualitas hidup ODHA dalam aspek psikologis dan sosial dapat ditingkatkan dengan adanya pendampingan psikososial. Pendampingan psikososial merupakan upaya atau aktivitas pertolongan yang dilakukan oleh individu, kelompok atau komunitas di luar diri seseorang (individu) dalam sebuah interaksi sosial di kehidupan sehari-hari yang penuh kasih sayang, cinta dan perlindungan sebagai wujud membantu penyesuaian diri terhadap masalah atau situasi sulit yang dihadapi (*coping*).

Respon adaptif sosial individu yang menghadapi stresor tertentu menurut Stewart (1997) dalam Nursalam dkk. (2014) dibedakan dalam 3 aspek, antara lain:

a. Stigma sosial memperparah depresi dan pandangan yang negatif tentang harga diri individu.
b. Diskriminasi terhadap orang yang terinfeksi HIV. Penolakan bekerja dan hidup serumah juga akan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan.
c. Terjadinya waktu yang lama terhadap respon psikologis, mulai dari penolakan, marah-marah, tawar-menawar, dan depresi berakibat terhadap keterlambatan upaya pencegahan dan pengobatan. Adanya dukungan sosial yang baik dari keluarga, teman, maupun tenaga kesehatan dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Payuk, dkk. (2012) tentang hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup ODHA di daerah kerja Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Jumpandang Baru, Makasar. Bentuk dukungan sosial terutama kepada ODHA menurut Nurbani & Zulkaida (2012) antara lain *emotional support, informational support, instrumental or tangible*

Sekretariat DPRD DIY

support, dan companionship support berdampak positif pada kehidupan ODHA. Untuk kesehatan, ODHA menjadi lebih memperhatikan kesehatannya. Adapun dampak sosial yang dialami yakni ODHA menjadi lebih banyak teman, merasa dirinya berarti, serta diikutsertakannya ODHA dalam kegiatan kelompok. Selain dampak-dampak tersebut, ada pula dampak perkerjaan yang dapat mengoptimalkan kemampuannya, menjadikan kemampuan ODHA bertambah, ODHA dapat mengevaluasi pekerjaan-nya, serta mendapatkan informasi yang dibutuhkan, sehingga ODHA dapat membantu dalam memberikan informasi mengenai akses kesehatan kepada kelompok anggota dukungan.

Respon adaptasi psikologis terhadap stresor menurut Potter & Perry (2005) menguraikan lima tahap reaksi emosi seseorang terhadap stresor yakni, pengingkaran, marah, tawa menawa, depresi, dan menerima.

Tabel 11. Tahap Reaksi Emosi Terhadap Stresor

Tahapan Psikologis	Tindakan yang Dibutuhkan
Tahap pengingkaran (*denial*)	• Mengidentifikasi penyakit pasien. • Mendorong pasien untuk mengekpresikan perasaaan takut menghadapi kematian dan mengeluarkan keluh kesahnya.
Tahap kemarahan (*anger*)	• Memberikan kesempatan mengekspresikan marahnya. • Memahami kemarahan pasien.
Tahap tawar menawar (*bergaining*)	• Mendorong pasien agar mau mendiskusikan perasaan kehilangan dan takut menghadapi penyakit pasien. • Mendorong pasien untuk menggunakan kelebihan (positif) yang ada pada dirinya.
Tahap depresi	• Memberikan dukungan dan perhatian. • Mendorong pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kondisi.

Sekretariat DPRD DIY

	• Membantu menghilangkan rasa bersalah, bila perlu mendatangkan pemuka agama.
Tahap menerima	• Memotivasi pasien untuk mau berdoa dan sembahyang. • Memberikan bimbingan keagamaan sesuai keyakinan pasien.

- **Dukungan Psikososial**

Penelitian yang dilakukan Casale dan Wild (2013) menemukan bahwa dukungan sosial dapat memberikan efek positif terhadap kesehatan mental pada ODHA. Dukungan sosial direkomendasikan sebagai salah satu cara untuk membantu ODHA dalam menurunkan tingkat stresnya (Sari, 2017). Khamarko dan Myers (2013) juga menyebutkan bahwa dukungan sosial termasuk dukungan informasi akan memberikan dampak yang baik bagi ODHA dan keluarganya. Oleh karena itu, salah satu manajemen mengatasi stres adalah melalui dukungan sosial.

a. Pengertian Dukungan Sosial

Dukungan sosial dapat membantu seseorang mengatasi stres karena terdapat proses dialog dan pertukaran informasi di dalamnya (Anastasia). Uchino yang dikutip oleh Sarafino mendefinisikan dukungan sosial sebagai penerimaan seseorang dari orang lain atau kelompok berupa keyamanan, kepedulian, penghargaan, ataupun bantuan lainnya yang membuat individu merasa disayangi, diperhatikan, dihargai, dan ditolong (Safarino, 2006). Sedangkan menurut Sheridan & Radmacher, dukungan sosial adalah kehadiran orang lain yang dapat membuat individu percaya bahwa dirinya dicintai, diperhatikan, dan merupakan bagian dari kelompok sosial, yaitu keluarga, rekan kerja, dan teman dekat. Dukungan sosial merupakan bantuan atau tindakan yang diberikan oleh seseorang kepada individu yang berupa kepedulian, penghargaan, kasih sayang dan perlindungan.

Dukungan orang terdekat sebagai penguat yang dapat menurunkan stress sangat dibutuhkan. Individu perlu memiliki kemampuan untuk menerima sakitnya (*acceptance*) secara cepat sehingga terhindar dari stress dan dapat

Sekretariat DPRD DIY

segera beralih menjadi lebih tenang dan optimis. Pemerintah, masyarakat, dan keluarga memiliki peran penting dalam menciptakan dukungan psikososial bagi ODHA. Keluarga diharapkan menjadi pendukung utama bagi ODHA.

Penelitian yang dilakukan Casale dan Wild (2013) menemukan bahwa dukungan sosial dapat memberikan efek positif terhadap kesehatan mental pada ODHA. Efek positif tersebut yakni dengan meningkatkan kemungkinan strategi yang aktif dalam menghadapi stress, seperti mencari dukungan dan mampu berhadapan dengan stressor serta menurunkan kemungkinan melakukan strategi yang pasif seperti menghindar dan emosional. Lyons dan Gillis (2010) juga menemukan bahwa kebutuhan akan dukungan sosial sangat membantu untuk menguatkan ODHA sehingga dapat menurunkan tingkat depresinya. Dukungan sosial merupakan kenyamanan, kepedulian, penghormatan, atau bantuan yang membantu seseorang untuk benar-benar menerima atau merasakan bahwa hal-hal tersebut hanya dapat diperoleh dari orang lain (Sarafino & Smith, 2012). Penelitian yang dilakukan oleh Kaijage dan Wexler (2010) menemukan bahwa ODHA akan lebih stres dari pada orang lainnya, tetapi dukungan sosial yang didapatkannya dapat mengurangi stres tersebut meski tingkat stres responden berada dalam kategori stres berat (80,5%).

Intervensi yang diberikan pada sistem pendukung adalah:

1. Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaan;
2. Menegaskan tentang pentingnya pasien bagi orang lain;
3. Mendorong agar pasien mengungkapkan perasaan negatif;
4. Memberikan umpan balik terhadap perilakunya;
5. Memberikan rasa percaya dan keyakinan;
6. Memberikan informasi yang diperlukan;
7. Berperan sebagai advokat;
8. Memberikan dukungan moral, material (khususnya keluarga), dan spiritual.

b. Jenis Dukungan Sosial

Menurut Sheridan & Radmacher, dkk. yang dikutip oleh Lumongga, dukungan sosial terbagi dalam lima bentuk, yaitu:

Sekretariat DPRD DIY

1. Dukungan Instrumental (*Tangible Assistence*)

   Bentuk dukungan ini merupakan penyediaan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung, seperti pinjaman uang, pemberian barang, makanan, serta pelayananan. Bentuk dukungan ini dapat mengurangi stres karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi.

2. Dukungan Informasional

   Bentuk dukungan ini melibatkan pemberian informasi, saran, dan umpan balik tentang situasi dan keadaan individu. Jenis informasi ini dapat menolong individu untuk mengenali dan mengatasi masalahnya dengan lebih mudah.

3. Dukungan Emosional

   Dukungan emosional merupakan suatu upaya yang diberikan dalam memperlihatkan perasaan maupun kasih sayang terhadap seseorang ketika berada dalam kondisi labil. Bentuk dukungan ini membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, diperlukan, dan dicintai oleh pemberi dukungan sosial sehingga individu dapat mengatasi masalah dengan lebih baik. Dukungan ini sangat penting dalam menghadapi keadaan yang tidak dapat dikontrol.

4. Dukungan pada Harga Diri

   Bentuk dukungan ini berupa penghargaan diri pada individu, pemberian semangat, persetujuan pada pendapat individu, hingga perbandingan yang positif dengan individu lain. Bentuk dukungan ini membantu individu dalam membangun harga diri dan kompetensi.

5. Dukungan dari Kelompok Sosial

   Bentuk dukungan ini akan membuat individu merasa menjadi anggota dari suatu kelompok yang memiliki kesamaan minat dan aktivitas sosial dengannya. Dengan begitu, individu akan merasa memiliki teman senasib, sehingga membentuk kelompok dukungan. Kelompok dukungan bagi ODHA bertujuan untuk: (1) menolong ODHA agar tidak merasa dikucilkan dan sendiri dalam menghadapi masalah; (2) membuka jalan

Sekretariat DPRD DIY

untuk bertemu orang lain dan berteman; (3) menolong ODHA menjadi lebih percaya diri dan merasa kuat; (4) berfungsi sebagai wadah untuk melakukan kegiatan; (5) mempertemukan orang dari berbagai latar belakang yang berbeda serta menambah saling pengertian dan toleransi; (6) membantu saling berbagi sumber daya, ide, dan informasi, misalnya tentang pengobatan terbaru atau layanan dukungan setempat; (7) meningkatkan kesadaran komunitas tentang keadaan yang dihadapi anggota kelompok dengan memberi wajah yang manusiawi pada ODHA; (8) menimbulkan perubahan dengan menciptakan suara publik atau politik.

Setelah mengumpulkan informasi dan memperoleh saran dari berbagai pihak, keluarga perlu berusaha untuk terlibat di lembaga-lembaga yang memberikan pelayanan kepada ODHA melalui kelompok-kelompok dukungan. Upaya yang dilakukan keluarga merupakan suatu cara untuk membantu ODHA tidak merasa terisolasi dari lingkungan sosialnnya (Rahakbauw, 2018).

c. Kegiatan Dukungan Psikososial

Berbagai kegiatan dukungan psikososial diberikan oleh tenaga kesehatan, masyarakat, keluarga, dan pihak-pihak lain. Beberapa bentuk kegiatan dukungan psikososial adalah:

1. Konseling

Konseling sangat dibutuhkan bagi pasien HIV/AIDS yang sudah terdiagnosis maupun pada kelompok beresiko tinggi agar mau melakukan tes, bersikap terbuka, dan bersedia mencari pertolongan dokter. Menurut USAID yang dikutip oleh Nursalam dan Nunik, konseling merupakan salah satu program pengendalian HIV/AIDS, selain pengamanan SARA, komunikasi informasi-edukasi, layananan, dukungan, dan pengobatan. Konseling bertujuan untuk pencegahan penularan HIV, mengubah perilaku, pemberian dukungan yang dapat menumbuhkan motivasi, serta meningkatkan kualitas hidup ODHA.

Konseling HIV menjadi hal yang unik karena:

Sekretariat DPRD DIY

a) Membutuhkan pengetahuan yang luas tentang infeksi menular seksual (IMS) dan HIV/AIDS.

b) Membutuhkan pembahasan mengenai praktik seks yang bersifat pribadi.

c) Membutuhkan pembahasan tentang kematian atau proses kematian.

d) Membutuhkan kepekaan konselor dalam menghadapi perbedaan pendapat dan nilai yang mungkin sangat bertentangan dengan nilai yang dianut oleh konselor itu sendiri.

e) Membutuhkan keterampilan pada saat memberikan hasil HIV yang positif.

f) Membutuhkan keterampilan dalam menghadapi kebutuhan pasangan maupun anggota keluarga klien.

2. Peer Group

Menurut Slamet, *peer group* adalah sekelompok teman sebaya di mana orang-orang di dalamnya dapat berinteraksi. Menurut David, kelompok teman sebaya tidak hanya pada perkumpulan teman bermain, tetapi juga merupakan perkumpulan dari: (1) interaksi yang menetap; (2) memberikan pengertian saling memiliki; (3) berbagai aturan-aturan secara eksplisit dan implisit yang menentukan bagaimaa anggota harus bertingkah laku; (4) mengembangkan suatu struktur atau hirarki organisasi yang memungkinkan para anggotanya untuk bekerja sama menuju suatu prestasi yang merupakan bagian dari tujuan. Berdasarkan St. Vembriarto, kelompok teman sebaya berarti individu-individu anggota kelompok sebaya itu mempunyai persamaan-persamaan dalam berbagai aspek.

3. *Self-Help Group* (SHG)

SHG merupakan salah satu alternatif untuk mengatasi diri dengan membantu anggota lainnya dalam memenuhi kebutuhan spesifik tertentu melalui pemahaman atau pengalaman serupa.

Hepwort dan Larsen yang dikutip oleh Charles Zastrow menyatakan bahwa SHG terdiri dari orang-orang yang berbagi kondisi umum, pengalaman, atau situasi bermasalah (misalnya obesitas,

Sekretariat DPRD DIY

alkohol, pelecehan anak, status minoritas, riwayat gangguan mental, orang tua dari anak-anak dengan tahapan perkembangan luar biasa, atau orang tua tunggal) dan saling berusaha untuk saling membantu satu sama lain untuk meningkatkan kapasitas bertahan mereka terkait dengan faktor-faktor pada umumnya. SHG tersedia tanpa biaya dan didasarkan pada pengalaman anggota, bukan pada keahlian profesional. SHG pada umumnya memiliki jaringan komunikasi yang efektif antaranggota. Selain pertemuan kelompok reguler, SHG juga memberikan kesempatan untuk berhadapan melalui telepon maupun tatap muka.

B. Kajian Asas Prinsip -yang Terkait dengan Penyusunan Norma

Perda sebagai produk peraturan pelaksana dari peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi dalam pembentukannya mesti berdasarkan pada asas pembentukan peraturan perundang-undangan. Untuk itu dalam pembentukan Perda harus mempedomani ketentuan-ketentuan yang berlaku di dalam UU 12/2011 dan UU 9/2015.

Menurut *Van der Viles*[4], untuk membentuk peraturan perundang-undangan yang baik perlu diperhatikan berbagai asas (*beginselen van behoorlijke regelgeving*), yang terdiri dari:

1. Asas tujuan yang jelas, yaitu setiap peraturan perundang-undangan harus dapat mencerminkan dengan jelas tujuan atau sasaran yang hendak dicapai. Tujuan atau sasaran tersebut tidak lain dari berbagai kebijakan (umum atau khusus), baik dalam bidang perundang-undangan maupun dalam bidang-bidang lainnya. Termasuk perkiraan mengenai akibat, seperti beban masyarakat atau negara yang akan ditimbulkan.
2. Asas organ yang tepat, asas ini menegaskan bahwa peraturan perundang-undangan hanya dapat dibuat oleh pejabat yang berwenang membuat peraturan perundang-undangan yang bersangkutan.
3. Asas perlunya peraturan, yaitu peraturan perundang-undangan yang dibuat berdasarkan alternatif untuk menyelesaikan suatu masalah pemerintah selain dengan

Sekretariat DPRD DIY

4 A. Hamid S. *Attamimi*, 1990 *Peranan Keputusan Presiden Republik Indonesia dalam Penyelenggraan Pemerintahan Negara*, Disertasi, UI, Jakarta.

membentuk peraturan perundang-undangan. Prinsip asas ini terkait dengan fungsi pemerintah yang aktif dan bertumpu pada asas legalitas.

4. Asas dapat dilaksanakan, yaitu peraturan perundang-undangan dibuat dengan memperhatikan kemungkinan pelaksanaannya. Suatu peraturan perundang-undangan, seperti reaksi keras masyarakat, menimbulkan beban bagi negara yang begitu besar, ketidaksiapan aparat dan sebagainya.
5. Asas konsensus, asas ini bertitik tolak pada pemikiran bahwa pembentukan peraturan perundang-undangan pada hakekatnya haruslah dipandang sebagai langkah awal untuk mencapai tujuan-tujuan yang disepakati bersama oleh pemerintah dan rakyat.
6. Asas tentang terminologi yang jelas, asas ini menghendaki agar peraturan perundang-undangan dapat dimengerti oleh masyarakat dan rakyat, baik mengenai kata-katanya maupun struktur atau susunannya.
7. Asas dapat dikenali, setiap peraturan perundang-undangan pada dasarnya harus dapat diketahui secara wajar oleh yang berkepentingan. Asas ini dilaksanakan dengan cara pengundangan atau cara-cara publikasi lainnya.
8. Asas persamaan di depan hukum, dalam hal ini tidak boleh adanya peraturan perundang-undangan yang ditujukan hanya pada sekelompok orang tertentu, karena akan mengakibatkan adanya ketidaksamaan dan kesewenang-wenangan di depan hukum terhadap anggota-anggota masyarakat.
9. Asas kepastian hukum, peraturan perundang-undangan harus menjamin kepastian bagi setiap orang yang berkepentingan. Kepastian ini dapat diperoleh dengan dua cara. Pertama, peraturan perundang-undangan dirumuskan dengan jelas dan tepat. Kedua, peraturan perundang-undangan harus mempertimbangkan dengan baik kepentingan-kepentingan orang yang terkena dan pengaturan ketentuan peralihan yang cukup memadai.
10. Asas pelaksanaan hukum sesuai dengan keadaan individual, asas ini bertujuan memberikan penyelesaian yang khusus bagi hal-hal atau keadaan-keadaan atau situasi tertentu, sehingga dengan demikian peraturan perundang-undangan dapat memberikan jalan keluar selain bagi masalah umum, juga bagi masalah-masalah khusus yang dihadapi bagi setiap anggota masyarakat.

Sementara itu mengenai materi muatan Perda dalam UU 12/2011 dijelaskan bahwa materi muatan Perda adalah seluruh materi muatan dalam rangka penyelenggaraan otonomi

Sekretariat DPRD DIY

daerah dan tugas pembantuan, dan menampung kondisi khusus daerah serta penjabaran lebih lanjut peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi. Sedangkan materi muatan Perda menurut UU 9/2015 mengandung asas:

1. Asas Pengayoman adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus berfungsi memberikan perlindungan dalam rangka menciptakan ketentraman masyarakat.
2. Asas Kemanusiaan adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus mencerminkan perlindungan dan penghormatan hak-hak asasi manusia serta harkat dan martabat setiap warga negara dan penduduk Indonesia secara proporsional.
3. Asas Kebangsaan adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus mencerminkan sifat dan watak bangsa Indonesia yang pluralistik (kebhinekaan) dengan tetap menjaga prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia.
4. Asas Kekeluargaan adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus mencerminkan musyawarah untuk mencapai mufakat dalam setiap pengambilan keputusan.
5. Asas Kenusantaraan adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan senantiasa memperhatikan kepentingan seluruh wilayah Indonesia dan materi muatan peraturan perundang-undangan yang dibuat di daerah merupakan bagian dari sistem hukum nasional yang berdasarkan Pancasila.
6. Asas Bhineka Tunggal Ika adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus memperhatikan keragaman penduduk, agama, suku, dan golongan, kondisi khusus daerah, dan budaya khusus yang menyangkut masalah sensitif dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara.
7. Asas Keadilan adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus mencerminkan keadilan secara proporsional bagi setiap warga negara tanpa kecuali.
8. Asas Kesamaan Kedudukan dalam Hukum dan Pemerintahan adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan tidak boleh berisi hal-hal yang bersifat membedakan berdasarkan latar belakang antara lain: agama, suku, ras, golongan, gender, atau status sosial.

Sekretariat DPRD DIY

9. Asas Ketertiban dan Kepastian adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus dapat menimbulkan ketertiban dalam masyarakat melalui jaminan adanya kepastian hukum.
10. Asas Keseimbangan, Keserasian, dan Keselarasan adalah bahwa setiap materi muatan peraturan perundang-undangan harus mencerminkan keseimbangan, keserasian, dan keselarasan, antara kepentingan individu dan masyarakat dengan kepentingan bangsa dan negara.

C. Kajian Terhadap Praktik Penyelenggaraan, Kondisi yang ada serta permasalahan yang dihadapi masyarakat

Kajian praktek penyelenggaraan dan fakta empiris mengupas sub masalah satu persatu secara mendalam. Kajian mencakup temuan permasalahan dalam data sekunder dan primer, dilengkapi analisis ringkas dan solusinya.

Pengumpulan data primer telah dilakukan dengan melalui metode survei, wawancara, dan *Focus Group Discussion* (FGD). Data-data dikumpulkan untuk menemukan permasalahan kesehatan jiwa di DIY dengan rincian sebagai berikut:

Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Masyarakat tentang HIV AIDS

Hampir 11 Tahun Peraturan Daerah Penanggulangan AIDS di DIY No 12 Tahun 2010 menjadi acuan Upaya Penanggulangan AIDS di DIY, sejak disahkannya Perda No 12 Tahun 2010 implementasi Dalam P2HIV (Program Pencegahan Penanggulangan HIV dan AIDS) banyak yang sudah dilakukan , tentunya perlu dikaji ulang efektifitas Dasar Hukum ini yang berlaku di Daerah Istimewa Yogyakarta setelah sekian lama menjadi pegangan bagi siapapun baik OPD (Organisasi Perangkat Daerah), Penyedia Layanan HIV dan AIDS, Masyarakat , dan Komunitas ODHA. Dinamika Penanggulangan pasti mengalami pasang surut bahkan berkembang .Tahun 2018 ditemukan Kasus HIV pada Komunitas Disabilitas sebanyak 5 orang, kemudian penambahan kasus di Tahun 2019 menjadi 21, dan di Tahun 2020 menjadi 24 orang dan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) , tentu ini menjadi Tantangan tersendiri bagi Komisi Penanggulangan AIDS Daerah Istimewa Yogyakarta (KPA DIY) .Pada Tahun 2018 pelibatan Stakeholder atau LSM/NGO (Lembaga Non Pemerintah) terutama yang bekerjasama dengan Komunitas Disabilitas tentu menjadi Mitra kerja paling utama dalam Penanggulangan HIV dan AIDS pada orang dengan Disabilitas. Memasuki Tahun 2019, intensitas Koordinasi kami kembangkan pada

Sekretariat DPRD DIY

Komunitas Disabilitas, baik Komunitas Netra,Komunitas Bisu Tuli,Komunitas Disabilitas fisik, dan Komunitas Disabilitas inteleksual.

Berbagai tantangan lain dalam Pelaksanaan Penanggulangan HIV dan AIDS di baik di Daerah maupun di Kab/Kota adalah Pandemi Covid 19, sehingga prioritas kegiatan dan anggaran focus pada Penanganan Covid 19. Tantangan lainnya dengan tidak adanya Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kabupaten/Kota yang sudah melebur ke Dinas Kesehatan, justru membuat Koordinasi dengan OPD lain terhambat, sehingga upaya Penanggulangan tidak efektif dan maksimal. Dengan dibukanya Bandara International di Kabupaten Kulon Progo tentu mempunyai dampak yang cukup signifikan dalam Pembangunan di Kabupaten ini, termasuk dampak banyaknya pekerja bandara ataupun tenaga buruh pada saat pembangunan bandara maupun komponen yang mendukung Bandara, seperti banyaknya hotel yang dibangun, tumbuhnya karaoke diseputar Bandara, bayaknya LC yang bekerja dikaraoke tersebut. Penanganan Stigma dan Diskriminasi yang masih saja terjadi di Kab/Kota menjadikan 3 Zero sebagai Goal di Tahun 2030 sangat belum memungkinkan untuk dicapai. Terutama Penangangan Anak dengan HIV yang perlu strategi khusus , bagaimana melibatkan semua Panti Anak Swasta/ mandiri untuk mulai terlibat dalam Upaya Penanggulangan AIDS, kendala UU No 23 Tahun 2014 yang menyatakan bahwa Kewenangan AIDS adalah kewenangan Pemerintah Pusat . Tantangan lain adalah dengan status tanggap darurat Covid 19 yang telah diturunkan , menjadikan tempat Transaksi seks kembali beroprasi, seperti di Parangkusumo, ritual Jumat dan Selasa Kliwon kembali dipenuhi baik Pekerja Seks dan Pelanggan , juga di Pasar Kembang Sosrowijayan.

Dari berbagai temuan di lapangan memungkinkan perlunya dikajiulang Perda no 12 Tahun 2010, disesuaikan dengan kondisi saat ini yang relevan, agar Upaya Penanggulangan AIDS dapat optimal, efisien dan efektif. Sehingga laju epidemu HIV dan AIDS dapat ditekan.

Peraturan Daerah Penanggulangan AIDS di DIY No 12 Tahun 2010 menjadi acuan Upaya Penanggulangan AIDS di DIY, sejak disahkannya Perda No 12 Tahun 2010 implementasi Dalam P2HIV (Program Pencegahan Penanggulangan HIV dan AIDS) banyak yang sudah dilakukan , tentunya perlu dikaji ulang efektifitas Dasar Hukum ini yang berlaku di Daerah Istimewa Yogyakarta setelah sekian lama menjadi pegangan bagi siapapun baik OPD (Organisasi Perangkat Daerah), Penyedia Layanan HIV dan AIDS, Masyarakat , dan Komunitas ODHA. Dinamika Penanggulangan pasti mengalami pasang surut bahkan berkembang .Tahun 2018 ditemukan Kasus HIV pada Komunitas Disabilitas sebanyak 5 orang, kemudian

Sekretariat DPRD DIY

penambahan kasus di Tahun 2019 menjadi 21, dan di Tahun 2020 menjadi 24 orang dan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) , tentu ini menjadi Tantangan tersendiri bagi Komisi Penanggulangan AIDS Daerah Istimewa Yogyakarta (KPA DIY) .Pada Tahun 2018 pelibatan Stakeholder atau LSM/NGO (Lembaga Non Pemerintah) terutama yang bekerjasama dengan Komunitas Disabilitas tentu menjadi Mitra kerja paling utama dalam Penanggulangan HIV dan AIDS pada orang dengan Disabilitas. Memasuki Tahun 2019, intensitas Koordinasi kami kembangkan pada Komunitas Disabilitas, baik Komunitas Netra,Komunitas Bisu Tuli,Komunitas Disabilitas fisik, dan Komunitas Disabilitas inteleksual.

Berbagai tantangan lain dalam Pelaksanaan Penanggulangan HIV dan AIDS di baik di Daerah maupun di Kab/Kota adalah Pandemi Covid 19, sehingga prioritas kegiatan dan anggaran focus pada Penanganan Covid 19. Tantangan lainnya dengan tidak adanya Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kabupaten/Kota yang sudah melebur ke Dinas Kesehatan, justru membuat Koordinasi dengan OPD lain terhambat, sehingga upaya Penanggulangan tidak efektif dan maksimal. Dengan dibukanya Bandara International di Kabupaten Kulon Progo tentu mempunyai dampak yang cukup signifikan dalam Pembangunan di Kabupaten ini, termasuk dampak banyaknya pekerja bandara ataupun tenaga buruh pada saat pembangunan bandara maupun komponen yang mendukung Bandara, seperti banyaknya hotel yang dibangun, tumbuhnya karaoke diseputar Bandara, bayaknya LC yang bekerja dikaraoke tersebut. Penanganan Stigma dan Diskriminasi yang masih saja terjadi di Kab/Kota menjadikan 3 Zero sebagai Goal di Tahun 2030 sangat belum memungkinkan untuk dicapai. Terutama Penangangan Anak dengan HIV yang perlu strategi khusus , bagaimana melibatkan semua Panti Anak Swasta/ mandiri untuk mulai terlibat dalam Upaya Penanggulangan AIDS, kendala UU No 23 Tahun 2014 yang menyatakan bahwa Kewenangan AIDS adalah kewenangan Pemerintah Pusat . Tantangan lain adalah dengan status tanggap darurat Covid 19 yang telah diturunkan , menjadikan tempat Transaksi seks kembali beroprasi, seperti di Parangkusumo, ritual Jumat dan Selasa Kliwon kembali dipenuhi baik Pekerja Seks dan Pelanggan , juga di Pasar Kembang Sosrowijayan.

Sekretariat DPRD DIY

A. KEGIATAN

- Mengetahui langsung Kondisi terkini lapangan terkait Penanggulangan AIDS di DIY baik OPD ,Populasi Kunci (Ponci) ,dan Komunitas di DIY
- Berinteraksi langsung dengan Komunitas dan Populasi
- Memberikan Laporan Kondisi lapangan terkini sebagai bahan masukan Penyusunan Perda HIV dan AIDS di DIY

B. HASIL SURVEY YANG DIHARAPKAN

- Mengetahui langsung Kondisi terkini lapangan terkait Penanggulangan AIDS di DIY baik OPD ,Populasi Kunci (Ponci) ,dan Komunitas di DIY
- Berinteraksi langsung dengan Komunitas dan Populasi
- 3Memberikan Laporan Kondisi lapangan terkini sebagai bahan masukan Penyusunan Perda HIV dan AIDS di DIY

C. DESKRIPSI KEGIATAN

Survey Tahap 1 :

- Hari /Tanggal : Rabu / 6 Oktober 2021
- Tempat : Rumah Makan Bu Hertin (Omah Mbeji ,Kulon Progo)
- Jam : 08.00 - 10.00 WIB
- Acara : Audiensi Ke Kepala Bidang P2P Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo

Survey Tahap 2 :

- Hari /Tanggal : Sabtu / 9 Oktober 2021
- Tempat : Rumah Makan Bu Hertin (Omah Mbeji ,Kulon Progo)
- Jam : 19.00 - 21.00 WIB
- Acara : Pertemuan dengan Waria Kulon Progo

Sekretariat DPRD DIY

Hasil Kunjungan

Beberapa Permasalahan yang ada di Komunitas Waria Kulon Progo

- Waria yang tergabung di Warkop (Komunitas Waria Kulon Progo) ada 20 orang mereka bekerja diluar Kabupaten, lebih banyak ke Kota Yogya dan Kab.Sleman
- Mereka membutuhkan layanan HIV dan AIDS yang ramah waria
- Akses kondom tidak masalah karena masih bisa meminta ke KPA Kab. Kulon Progo
- Layanan Pengobatan di RSUD Wates juga masih belum opitmal

Survey Tahap 3

- Hari /Tanggal : Selasa / 12 Oktober 2021
- Tempat : Hotel De Laxton Yogyakarta
- Jam : 09.00 - 12.00 WIB
- Acara : Pertemuan Stake Holder Kota Yogyakarta

Hasil Kunjungan

Penanganan Stigma dan Diskriminasi yang masih saja terjadi di Kab/Kota menjadikan 3 Zero sebagai Goal di Tahun 2030 sangat belum memungkinkan untuk dicapai. Terutama Penangangan Anak dengan HIV yang perlu strategi khusus , bagaimana melibatkan semua Panti Anak Swasta/ mandiri untuk mulai terlibat dalam Upaya Penanggulangan AIDS, kendala UU No 23 Tahun 2014 yang menyatakan bahwa Kewenangan AIDS adalah kewenangan Pemerintah Pusat

.Penguatan Masyarakat untuk terlibat dalam Penanggulangan AIDS masih banyak kendala terutama penganggaran bagi Warga Peduli AIDS di Kota Yogyakarta.

Sekretariat DPRD DIY

Survey Tahap 4

- Hari /Tanggal : Rabu / 13 Oktober 2021
- Tempat : Hotspot Pasar Kembang dan Bong Suwung
- Jam : 16.00 - 20.00 WIB
- Acara : Kunjungan Lapangan Ke

Hasil Kunjungan

Tantangan di Pasar Kembang dan Bong Suwung Kecamatan Gedong Tengen adalah dengan status tanggap darurat Covid 19 yang telah diturunkan , menjadikan tempat Transaksi seks kembali beroprasi, Pekerja Seks yang terdaftar di Pengurus Pasar Kembang sebanyak 250 LC /Pekerja Seks, dan Bong Suwung ada 70 yang tergabung di Arum Dalu Sehat (Komunitas PSK Bong Suwung) Penanganan selama Covid terkonsentrasi di Puskesmas Gedong Tengen, untuk mengajak tetap konsisten tes HIV adalah dengan Vaksin mereka juga harus tes HIV. Kegiatan ini tetap menjaring WPS untuk mengikuti anjuran pemerintah untuk vaksin. Komunitas Bongsuwung juga demikian hanya saja permasalahan Kondom masih saja menjadi kendala di beberap lokasi Karaoke karena kesulitan ketemu dengan pendaping WPSnya.

Survey Tahap 5

- Hari /Tanggal : Jumat / 15 Oktober 2021
- Tempat : Dinas Kesehatan Gunung Kidul
- Jam : 08.00 - 10.00 WIB
- Acara : Audiensi dengan Ibu Kepala Seksi P2P DinKes Gunung Kidul

Hasil Kunjungan

Di terima oleh Ibu dr. Diah Puspitasari,M.Sc Sebagai Kepala Bidang P2P Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Kidul, Beliau menyambut baik Komisi Penanggulangan AIDS DIY, untuk memonitoring Penanggulangan AIDS di Kabupupaten Gunung Kidul , adanya Pandemi membuat semuanya berubah, termasuk Penanggulangan AIDS di Gunung Kidul .Kegiatan Penanggulangan terhenti dan belum dilakukan, baru rencana akan dilaksanakan pada Bulan November dan Desember. Beberapa Kegiatan terkait dengan Penyusunan Strategi dan Rencana Aksi Daerah Kabupaten Kulon Progo baru akan dilaksanakan bulan November juga, populasi kunci baik ODHA, Waria, maupun WPS masih belum optimal dilaksanakan. Dampak Pembangunan Bandara, seperti banyaknya hotel yang dibangun, tumbuhnya karaoke diseputar Bandara, bayaknya LC yang bekerja dikaraoke tersebut.Tentu harus di buat strategi baru penanganannya.

Sekretariat DPRD DIY

Survey Tahap 6

- Hari /Tanggal : Jumat / 15 Oktober 2021
- : Panti Asuhan Anak Almarina Gunung Kidul

Tempat : 10.00 - 12.00 WIB

- Jam

Hasil Kunjungan

- LKS Almarina merupakan Lembaga Sosial yang berada di Kawasan Karangmojo Gunung Kidul
- Perlu peningkatan kapsitas agar dapat menerima Orang dengan HIV dan AIDS
- Mekanisme rujukan antar jejaring Penanggulangan AIDS di Gunung Kidul perlu di bentuk
- Layanan Pengobatan di Puskesmas diupayakan menjadi Jejaring kerja

Survey Tahap 7

- Hari /Tanggal : Jumat / 15 Oktober 2021
- Tempat : Salah Satu Rumah ODHA di Gunung Kidul (Kampung Semanu)
- Jam : 13.00 - 16.00 WIB
- Acara : Diskusi bersama Komunitas ODHA di Gunung Kidul (Kendari)

- Waria yang tergabung di Warkop (Komunitas Waria Kulon Progo) ada 20 orang mereka bekerja diluar Kabupaten, lebih banyak ke Kota Yogya dan Kab.Sleman
- Mereka membutuhkan layanan HIV dan AIDS yang ramah waria
- Akses kondom tidak masalah karena masih bisa meminta ke KPA Kab. Gunung Kidul
- Layanan Pengobatan di RSUD Gunung Kidul juga masih belum opitmal

Survey Tahap 8

- Hari /Tanggal : Senin / 25 Oktober 2021
- Tempat : Parang Kusumo ,Kabupaten Bantul
- Jam : 21.00 - 02.00 WIB
- Acara : Kunjungan Lapangan Ke Hotspot Parang Kusumo

Hasil Kunjungan

Sekretariat DPRD DIY

Tantangan lain di Kabupaten ini adalah dengan status tanggap darurat Covid 19 yang telah diturunkan , menjadikan tempat Transaksi seks kembali beroprasi, seperti di Parangkusumo, ritual Jumat dan Selasa Kliwon kembali dipenuhi baik Pekerja Seks , ada lebih dari 200-300 pekerja seks kalo ritual tersebut, dan ada 70-80 Waria pekerja seks yang ada. Tentu Strategi baru harus mulai dikembangkan lagi terutama pencegahan HIV dan Covid

D. TANTANGAN DAN SOLUSI /AKSI DAN PENYELESAIAN MASALAH

1. Tantangan
    a) Komisi Penanggulangan AIDS di 3 Kabupaten (Sleman,Bantul, dan Gunung Kidul) dan Kota Yogyakarta tidak dibentuk lagi, sehingga Koordinasi Stakeholder di Kabupaten Kota tidak optimal selain sektor Kesehatan. Multi sektor tidak berperan aktif, sehingga kembali lagi beberapa tahun lalu, urusan HIV adalah urusan Kesehatan. Padahal HIV dan AIDS merupakan multisektor, tidak dapat diselesaikan hanya dengan Kesehatan .
    b) Pandemi Covid 19
    c) Pemetaan Hotspot di Kabupaten Kota mulai berubah
    d) Layanan HIV dan AIDS khususnyadi Kulon Progo baik di Rumah Sakit Umum Daerah Wates(RSUD Wates) dan Puskesmas terdekat dengan Komunitas ,harapannya dapat inklusi untuk Komunitas Waria di Kulon Progo

2. Solusi
    a) Komisi Penanggulangan AIDS di 3 Kabupaten (Sleman,Bantul, dan Gunung Kidul) dan Kota Yogyakarta tidak dibentuk lagi, sehingga Koordinasi Stakeholder di Kabupaten Kota tidak optimal selain sektor Kesehatan. Multi sektor tidak berperan aktif, sehingga kembali lagi beberapa tahun lalu, urusan HIV adalah urusan Kesehatan. Padahal HIV dan AIDS merupakan multisektor, tidak dapat diselesaikan hanya dengan Kesehatan .
    b) Pandemi Covid 19
    c) Pemetaan Hotspot di Kabupaten Kota mulai berubah
    d) Layanan HIV dan AIDS khususnyadi Kulon Progo baik di Rumah Sakit Umum Daerah Wates(RSUD Wates) dan Puskesmas terdekat dengan Komunitas ,harapannya dapat inklusi untuk Komunitas Waria di Kulon Progo

Sekretariat DPRD DIY

3. Stigma dan Diskriminasi

Stigma dan diskriminasi pada ODHA masih ada dan belum optimal belum dapat dicegah. Stigma dan diskriminasi masih dialami oleh ODHA di DIY. Hasil FGD yang dilaksanakan dengan melibatkan para pemberi layanan dan penerima layanan memberikan hasil terkait masalah stigma dan diskriminasi ini beserta usulan solusinya sebagai berikut:

a. adanya anak dengan HIV-AIDS (ADHA) yang sudah tidak memiliki keluarga dan ditolak untuk mendapat tempat perawatan dengan alasan tidak memiliki fasilitas khusus dalam merawat.
b. adanya anak dengan HIV-AIDS (ADHA) yang ditolak untuk masuk sekolah

umum Solusi untuk mengatasi masalah stigma dan diskriminasi pada ODHA adalah:

a. meluaskan edukasi pada masyarakat tentang HIV AIDS dan hak ODHA sehingga tidak ada lagi ODHA yang ditolak di sekolah, di masyarakat dan lainnya.
b. mediasi-mediasi antara ODHA dengan masyarakat dan intansi-instansi terkait oleh pemerintah, LSM
c. Advokasi kasus per kasus oleh piha-pihak yang memiliki kompetensi dalam advokasi

4. Hak dan Perlindungan ODHA

ODHA memiliki hak yang sama dengan selutuh warna negara dalam mendapatkan akses kesehatan, pendidikan, pekerjaan, dll. Perlindungan ODHA, khususnya anak. Sangat diperlukan, termasuk dalam perlindungan kerahasiaan data ODHA. Berdasarkan hasil FGD, KPA bersama dinas kesehatan dan layanan terkait yang melakukan pengumpulan dan pengambilan data ODHA dan hanya memberikan data tersebut hanya untuk keperluan tertentu. Data ODHA by name by address terkait anak yang terkonfirmasi HIV AIDS dimiliki oleh KPA. KPA bertugas untuk memberikan perlindungan terhadap ODHA dan ADHA. Kerahasiaan data tetap dilakukan oleh KPA dan instansi terkait. Menjaga dan melindungi privasi ODHA seharusnya juga menjadi kewajiban semua OPD, steak holder dan layanan terkait. Permohonan data ODHA oleh pihak-pihak tertentu adalah data secara global dan bukan data detail privasi ODHA. Kerahasiaan data ini telah diatur dalam Undang-Undang Penanggulangan HIV-AIDS.

Sekretariat DPRD DIY

5. Sarana, Prasarana dan Sumber Daya Manusia

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD, didapatkan beberapa permasalahan terkait sarana dan prasarana dalam upaya penanggulangan HIV AIDS, diantaranya:

a. Ketersediaan reagen test HIV

   Persediaan reagen tes selama ini sudah tercukupi untuk target 90%, hanya beberapa kali alat test datang sudah mendekati *expired date* sehingga tidak bisa memanfaatkan secara optimal karena keterbatasan waktu

b. Penurunan tes HIV AIDS disebabkan karena kondisi Pandemi Covid 19 karena anggaran dan program diprioritaskan untuk penanganan pandemi.

c. Meningkatkan kesiapan PPK 1 dalam penanganan HIV-AIDS terutama dalam program rujuk balik ODHA. Kesiapan SDM serta sarana prasarana lainnya.

d. Pemeriksaan test HIV AIDS dengan mobil HIV yang dulu bisa dilaksanakan, sekarang tidak bisa dilaksanakan lagi karena keterbatasan dana operasional

e. Kebutuhan sumber daya manusia yang melakukan konseling HIV belum terpenuhi karena persyaratan yang dilaksanakan selama ini hanya oleh konselor yang telah mendapat pelatihan dan memiliki sertifikat. Untuk meningkatkan kebutuhan layanan konseling diperlukan perekrutan dan pelatihan konselor.

6. Pendanaan

Berdasarkan hasil FGD dan wawancara, diketahui bahwa untuk pengawasan, perawatan dan dukungan pada HIV-AIDS semua dibebankan oleh anggaran daerah. Perlu untuk menambahkan peluang pendanaan selain dari anggaran pusat dan daerah. KPA Pusat pernah memberikan pendanaan untuk pengadaan kondom dll, namun karena sekarang sudah tidak ada KPA lagi. Penganggaran untuk HIV AIDS termasuk untuk ketersediaan reagen test lebih diprioritaskan. Masalah lain yang disampaikan dalam FGD adalah terkait pendanaan ODHA yang berdomisili di luar Yogya dan tidak memiliki jaminan Kesehatan. BPJS tidak mengcover pengobatan ODHA karena telah menjadi program pemerintah, sementara ODHA seringkali memiliki komorbiditas penyakit lain yang obatnya tidak disediakan dalam program. Harapannya tidak ada penolakan pasien ODHA dengan BPJS di Rumah Sakit atau Puskesmas.

Seharusnya ada anggaran dan di pemerintahan mengenai promosi kesehatan HIV AIDS, sehingga kegiatan promotif akan lebih luas, pelaksanaan tidak terkendala.

Sekretariat DPRD DIY

7. Keterlibatan, Koordinasi dan Kerjasama antar Perangkat Daerah (PD)

Dinas Kesehatan dan KPA merupakan institusi yang memiliki peran utama dalam penanggulangan HIV AIDS di DIY. Hasil FGD menyebutkan perlunya keterlibatan semua OPD dan stakeholder lain dalam penanggulangan HIV AIDS. Semua OPD dan stakeholder lain perlu diperjelas tugas dan wewenangnya. KPA yang memiliki peran penting dalam koordinasi. KPA di tingkat pusat saat ini sudah tidak ada lagi dan sudah melebur ke kementerian kesehatan. DIY masih memiliki KPA di tingkat propinsi, namun di tingkat kabupaten hanya di kabupaten Kulon Progo yang masih memiliki KPA. Sedangkan Kabupaten lain, KPA sudah melebur dengan dinas Kesehatan. Hasil evaluasi menyebutkan bahwa aktivitas KPA tidak sepenuhnya bisa tetap dilaksanakan Ketika dimasukkan atau dilebur dengan Dinas Kesehatan, sehingga KPA diharapkan masih tetap ada di DIY dan di 5 kabupaten kota.

Koordinasi antar OPD sangat pernting dalam penanggulangan HIV AIDS. Sebagai contoh adalah kondisi di Kulon Progo berkaitan dengan adanya Bandara baru. Saat ini di wilayah Bandara Nyi Ageng Serang, Kulon Progo, mulai bermunculan tempat-tempat yang bisa menjadi tempat usaha berpotensi adanya penularan HIV AIDS, sehingga koordinasi dinas kesehatan dengan pemerindah daerah Kulon Progo perlu segera dilakukan untuk mengambil tindakan pencegahan agar tidak terjadi peningkatan kasus. Kabupaten Kulon Progo membuat strategi rencana aksi baru dalam penanggulangan HIV. Dinas kesehatan melakukan upaya penyebaran layanan untuk tes HIV AIDS. Perlu juga adanya koordinasi dan kerjasama antara Dinas Kesehatan, Puskesmas dengan Perguruan Tinggi untuk pelayanan HIV AIDS, berkaitan dengan adanya kasus ODHA dari kalangan mahasiswa.

Semua OPD diharapkan memiliki peran dalam penanggulangan HIV AIDS. Hasil diskusi menyebutkan bahwa kegiatan promosi terkait HIV AIDS seharusnya dilaksanakan oleh semua OPD sesuai dengan kewenangan masing-masing. OPD yang berperan dan terlibat dalam upaya penanggulangan HIV AIDS diantaranya dinas sosial, dinas tenaga kerja, dinas KOMINFO, dinas perhubungan, DP3P2, BAPEDA, Bina mental spiritual, pemberdayaan masyarakat, biro hukum, dinas pariwisata, dinas kebudayaan, BNN, BKKBN. Juga organisasi seperti PKK diharapkan makin aktif berperan yang sudah dilakukan sejak 2005. Semua pihak harus ikut berkontribusi untuk mencapai 3.0, bukan hanya kontribusi finansial tetapi juga intervensi dan kebijakan. Polisi, pemerintah

Sekretariat DPRD DIY

seharusnya juga ikut mendukung. Perlu ditambhakan penguatan atau penambahan poin mengenai peran institusi mana yang harus berperan dalam peningkatan edukasi dan informasi kepada ODHA. Upaya penanggulangan HIV AIDS masih belum optimal, karena tidak semua OPD mau berpartisipasi penuh pada penanggulangan ini atau peran OPD belum maksimal. Banyak ditemukan titik transaksi seks di DIY, termasuk sistem transaksi seks dilakukan secara *online,* yang selama ini belum begitu menjadi perhatian dan sasaran dalam kegiatan promosi dan prevensi.

1. Promosi dan Pencegahan HIV AIDS

Promosi kesehatan terkait HIV AIDS diberikan kepada masyarakat umum, tidak hanya terbatas pada ODHA dan populasi kunci. Penyampaian informasi dan edukasi harus lebih dimaksimalkan agar lebih luas. Hasil FGD menyimpulkan bahwa upaya promosi telah dilaksanakan di semua diantaranya:

- Populasi anak, berupa kegiatan berupa pendidikan kesehatan reproduksi.
- Populasi khusus laki-laki yang termasuk populasi yang lebih sedikit mendapatkan intervensi edukasi. Beberapa LSM dan organisasi sosial lainnya, telah melaksanakan edukasi kepada komunitas bapak-bapak di desa
- Populasi anak muda yang menjadi sasaran edukasi tentang HIV AIDS. Edukasi pada kelompok muda diharapkan meningkatkan pemahaman tentang HIV AIDS sehingga angka terkonfirmasi HIV AIDS pada kalangan muda menurun.
- Populasi perempuan yang berdasarkan data ODHA adalah populasi yang paling banyak mengalami HIV AIDS.
- Populasi kunci merupakan populasi utama dalam kegiatan edukasi HIV AIDS

Populasi yang masih belum mendapatkan perhatian khusus dalam promosi ini adalah kelompok penyandang disabilitas. Ditemukannya kasus positif HIV AIDS pada penyandang disabilitas, membuat pemerintah memiliki prioritas untuk melalukan promosi Kesehatan kepada populasi ini. Kebutuhan promosi untuk penyandang disabilitas membutuhkan metode, strategi, sarana dan prasarana yang berbeda yang harus mendapat perhatian khusus. Edukasi pada kelompok tuna rungu membutuhkan keterampilan Bahasa

Sekretariat DPRD DIY

isyarat dan media-media yang mendukung dalam menyampaikan materi sehingga memudahkan pemahaman. Demikian juga untuk tuna netra, disabilitas intelektual, dll, membutuhkan edukasi yang lebih khusus. Pemanfaatan teknologi informasi sangat dibutuhkan dalam promosi Kesehatan tentang HIV AIDS, sehingga menjangkau lebih banyak berbagai kalangan.

Upaya pencegahan yang selama ini telah secara rutin dilakukan adalah tentang perlindungan "Produk Donor" termasuk produk donor darah. Beberapa kasus ditemukan pendonor yang ternyata positif HIV, tetapi pendonor tersebut tidak tahu jika dirinya positif HIV AID, sehingga perlu ada penjelasan tentang mekanisme selanjutnya tidak hanya terhadap produk donornya tetapi juga kepada pendonornya.

Perawatan, Dukungan, Pengobatan (Case, Suport and Treatment) HIV-AIDS

Sarana dan prasarana lebih ditingkatkan dan di perjelas di Perda terutama untuk pelayanan, khususnya untuk disabilitas dan kaum rentan, agar pelayanan lebih ramah
Terdapat ODHA dari kluster disabilitas. Bagaimana mungkin disabilitas terkonfirmasi HIV AIDS, hal tersebut menjadi tugas bersama untuk membuat strategi baru agar tidak lagi ada ODHA di disabilitas. Intervensi program bagian anak ke desa layak anak sebaiknya diperkuat, kemudian desa prima juga, bagaimana agar mereka tidak terkonfirmasi. Selain itu juga ada pemberdayaan laki-laki agar laki-laki tidak menularkan HIV AIDS kepada pihak perempuan.
Terdapat 21 ODGJ, disabilitas mental dan lainnya yang terkonfirmasi positif HIV AIDS. Hal ini juga memerlukan strategi baru untuk mengurangi angka tersebut. Anak-anak yang terkonfirmasi HIV AIDS diperoleh dari Ibunya. Permasalahannya yaitu belum ada panti-panti anak yang mampu menerima dan menampung anak dengan HIVAIDS dapat diterima. Diharapkan ada *paliatif care* untuk shelter ODHA Perlindungan anak harus lebih di optimalkan dan dimaksimalkan, misalnya memperkuat populasi atau lembaga-lembaga yang mengatur mengenai perlindungan anak

Pemerintah seharusnya juga bertanggungjawab terhadap bagaimana rehabilitasi ODHA, seperti rehabilitasi sosial, bagaimana ODHA yang tidak memiliki tempat tinggal, dll. 1 bulan terakhir ditemukan LSL (Laki laki seks laki-laki) berumur 14 15 tahun di Kabupaten sleman dan sudah ditangani di RS Sardjito, dan dia mendapatkan kekerasan dari orangtuanya, artinya orangtua nya tidak bertanggungjawab atas status HIV AIDSnya.

Sekretariat DPRD DIY

Bagaimana Perda ini bisa membuat ODHA memahami bahwa dirinya harus menjalankan pengobatan dan lainnya.

Cara menghadirkan pasangan untuk melaksanakan tes dan lainnya (pasangan tetap maupun tidak) ini harusnya ditulis di Perda

Di Perda dijelaskan mengenai anak dengan orangtua yang positif HIV AIDS, bagaimana panti rehabilitasinya dan lainnya agar tidak ditelantarkan.

Rumah paliatif di DIY juga diharapkan terealisasi dan di tuliskan di Perda siapa yang membuat gedung, siapa koordinatornya, tenaga kesehatan yang bertugas dan lain-lain. Salah satu hal yang harus ditingkatkan di Perda yaitu meningkatkan aspek paliatif yang lebih komprehensif. Untuk rehabilitasi ODHA, tidak ada spesifik panti rehabilitasi ODHA yang disediakan oleh pemerintah, tetapi pemerintah bekerja sama dengan LSM untuk membiayai shelter, alangka lebih baiknya kalau ada panti rehabilitasi yang komprehensif, sehingga ada *paliatif care* di DIY yang bisa melayani ODHA seacara komprehensif di DIY

Perlindungan Tenaga Kesehatan

Perlindungan tenaga Kesehatan dalam pelayanan Kesehatan menjadi hal penting yang harus menjadi perhatian. Hasil FGD merekomendasikan agar masalah perlindungan tenaga Kesehatan terhadap risiko tertular HIV AIDS dari pasien mendapatkan perhatian. Tenaga Kesehatan berhak mengakses informasi tentang pasien HIV AIDS. Tenaga Kesehatan memiliki untuk mengetahui kondisi pasien, sebagai proteksi diri bagi tenaga kesehatan.

Populasi Kunci dan Tempat Potensial

Populasi kunci merupakan mitra kerja yang paling signifikan dalam penanggulangan HIV AIDS di DIY. Beberapa upaya yang telah dilaksanakan dalam upaya pencegahan pada populasi kunci adalah:

- Pengurangan penggunaan narkotika suntik
- Menggunakan jarum steril yang tidak diunakan bergantian
- Alat yang digunakan untuk usaha berisiko harus sekali pakai atau disterilkan misalnya alat cukur, tindik, tato
- Mensubstitusi penggunaan napza suntik dengan metadon maintenance

Sekretariat DPRD DIY

- Dibuat aturan-aturan di tempat-tempat transaksi seks, seperti kewajiban memakai kondom, harus vaksin, dll.
- Tersedianya data tempat-tempat transaksi perilaku seks.
- Pemberian ARV profilaksis pra prajanan
- Keharusan pemeriksaan berkala kepada individu yang berpotensi besar terkena HIV AIDS. Ladies Caraoke (LC) dan semua karyawan layanan karaoke diharuskan untuk melakukan check up rutin, karena populasi yang sangat potensial untuk tertular HIV AIDS

- Perluasan pemeriksaan VCT Semua pimpinan dan karyawan hotel sebaiknya diperiksa VCT
- Intervensi pada pelanggan seks
  Alternatif intervensi pelanggan seks :
  a. Karaoke/tempat transaksi – harus menyediakan kondom
  b. Perlu pemberian kondom di jalan/gang menuju tempat prostitusi
  c. Di lokasi prostitusi – PSK meminta pelanggan memakai kondom

- penutupan tempat prostitusi bukan menjadi poin penting untuk mengurangi angka kejadian penularan HIV, karena ditutupnya tempat pekerja seks juga tidak menjamin perilaku seks akan berhenti. Karena pada kasus di lapangan, ibu rumah tangga lebih banyak terkonfirmasi positif HIV AIDS dibandingkan pekerja seks, yang lebih sering mendapatkan pendampingan dari LSM.
- perlunya ditingkatkan edukasi kepada para pelanggan seks untuk menggunakan sarana pencegaran untuk menurunkan risiko penularan, misalnya dengan menggunakan kondom.
- Meningkatkan implementasi sertifikasi tempat-tempat berisiko perilaku seks
- Meningkatkan monitoring terhadap layanan di masyarakat yang berpotensi sebagai sarana penularan HIV seperti salon plus, panti pijat, dll perlu pamantauan berkala.

Sanksi

Terkait sanksi yang tertuang dalam perda lama, diskusi dalam FGD menyimpulkan bahwa:

Sekretariat DPRD DIY

- pada implementasinya belum berjalan seperti seperti yang tertulis. Ketentuan Pidana misalnya ada denda 50.000.000,00 tidak terlaksana dengan baik, karena lebih dikedepankan mediasi-mediasi untuk ODHA yang terdiskriminasi. Demikian juga sanksi-sanksi lain.
- perlu apparat yang berperan dalam penegakan Perda.

Situasi Khusus

Situasi khusus bisa menjadi faktor yang menurunkan kualitas upaya penanggulangan HIV AIDS. Kejadian yang sedang terjadi saat ini sebagai contohnya, adalah situasi pandemic Covid 19, memberikan dampak dalam upaya-upaya penanggulangan AIDS. Salah satunya, pandemi menghambat pengamatan HIV AIDS. Salah satu intervensi yang dilakukan sata pandemi yaitu, apabila akan vaksin maka juga harus dilakukan VCT. Penanggulangan HIV AIDS pada situasi Pandemi masih menjadi tugas bersama, karena belum optimal diatur dan dirumuskan

Peran Serta Masyarakat

Selain itu, di Perda nanti juga perlu dijelaskan mengenai pemberdayaan laki-laki, bukan hanya pemberdayaan perempuan. Penangan HIV AIDS selama ini belum mengagendakan tentang Penguatan keluarga

Monitoring Evaluasi

Hasil Monev salah satunya membuat hasil *tools*, setiap tahun melakukan evaluasi. Secara eksplisit hasil evaluasi tidak secara *tools.*

Dari tahun 2010 sudah melaksanakan sosialisasi dengan OPD terkait dan evaluasi sudah dilakukan setiap tahunnya, terkait bagaimana program dan upaya-upaya berjalan. Kalau validasi biasanya dilakukan 3 bulan sekali, tetapi karena pandemi hanya dilaksanakan kali dalam satu tahun

Teknologi Informatika

Perlu ditambahkan di Perda yaitu mengenai adanya pengembangan telemedicine, karena Pandemi ini maka ODHA tidak bisa datang ke RS, apakah BPJS atau JKN sudah dihubungkan?

Sumber informasi yang mudah diakses

2. Surveilance

Sekretariat DPRD DIY

Selama pendemi, kegiatan *survelains* tidak dilakukan pemantauan. Sudah 2 tahun ini, *surrvelains* menjadi kegiatan tahunan untuk melihat bagaimana kondisi real populasi kunci terbanyak disuatu wilayah, misalnya sarkem

E. KAJIAN TERHADAP IMPLIKASI PENERAPAN SYSTEM BARU YANG AKAN DIATUR DALAM PERDA TERHADAP ASPEK KEHIDUPAN MASYARAKAT DAN DAMPAK TERHADAP ASPEK BEBAN KEUANGAN NEGARA

Pembentukan peraturan daerah tentang penanggulangan HIV AIDS membutuhkan partisipasi masyarakat dan pemerintah daerah, karena aturan itu lahir, tumbuh dan berkembang di dalam masyarakat yang karena keberadaannya sebuah aturan itu muncul. Pemerintah daerah harus melibatkan masyarakat dalam pembuatan peraturan yang baik sehingga ada korelasi antara pembuat dan pelaksana aturan tersebut yang dapat menciptakan iklim hidup yang stabil.

Untuk pemenuhan hak bagi para ODHA, bukan hanya menjadi tugas Pemerintah dan Pemerintah Daerah semata, namun seluruh lapisan masyarakat juga harus mempunyai peran dalam menunjang pemenuhan hak bagi para ODHA, karena itu merupakan Hak Asasi Manusia. Yang menjadi permasalahan ialah, saat ini terdapat paradigma yang berkembang di masyarakat bahwa ODHA telah mengalami stigmatisasi dan diskriminasi yang berkelanjutan sehingga minimbulkan rasa kasihan. Stigmatisasi dan diskriminasi tersebut harus segera diminimalkan atau dihilangkan sehingga para ODHA bisa hidup tenang dan wajar di masyarakat.

Peran Pemerintah, Pemerintah Daerah dan masyarakat adalah menciptakan terpenuhinya Hak Asasi Manusia, khususnya bagi para ODHA. Sebetulnya terdapat hal konkrit yang dapat kita dorong bersama agar 3 zero HIV AIDS ini dapat cepat tercapai. Berdasarkan hal tersebut dipandang perlu untuk segera melakukan penulisan naskah akademik dan penyusunan Rancangan Peraturan Daerah DIY tentang penanggulangan HIV AIDS. Penyediaan dana, sarana dan prasarana serta berbagai upaya kongkrit pasca ditetapkannya Raperda HIV AIDS ini juga merupakan hal sangat penting, karena tidak ada artinya ditetapkannya Raperda ini tanpa ada anggaran, sarana, prasarana dan upaya kongkrit tersebut.

Sekretariat DPRD DIY

BAB III
EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT

A. Evaluasi dan Analisis Materi Muatan Peraturan Perundang-Undangan

Salah satu tujuan negara sebagaimana tercantum dalam alinea keempat Pembukaan Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia adalah melindungi segenap dan seluruh tumpah darah Indonesia. Untuk menuju tercapainya tujuan nasional dimaksud, diperlukan berbagai instrumen baik dari sisi politik, ekonomi, utamanya hukum. Berkaitan dengan hukum, diperlukan pengaturan yang memadai dan sesuai dengan perkembangan kebutuhan hukum masyarakat.

Salah satu aspek penting dalam pembentukan peraturan adalah dimilikinya kewenangan bagi organ pembentuknya. Selain itu, juga berkaitan dengan materi yang dapat diatur di dalam suatu peraturan perundang-undangan berdasarkan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan.

Demikian juga dalam pembentukan peraturan daerah (perda), pembentukan perda harus didasarkan pada lingkup kewenangan. Secara konstitusional, lingkup kewenangan pembentukan perda dapat ditelaah melalui ketentuan dalam Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD NRI 1945). Di dalam pasal tersebut menyebutkan bahwa: *Pemerintah Daerah berhak menetapkan peraturan daerah dan peraturan-peraturan lain untuk melaksanakan otonomi dan tugas pembantuan*. Ketentuan tersebut, menegaskan bahwa sepanjang dalam kerangka pelaksanaan otonomi dan tugas pembantuan, daerah memiliki kewenangan untuk membentuk perda sebagai instrumen hukumnya. Keberadaan pasal tersebut, juga menjadi landasan bagi daerah bahwa saat ini daerah tidak lagi diposisikan sebagai objek, melainkan sebagai subjek yang diminta untuk mengatur dan mengurus daerahnya sendiri sesuai dengan potensi dan kondisi objektif yang dimilikinya.

Dalam konteks itu, maka berkenaan dengan pembentukan Naskah Akademik Rancangan Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (Provinsi DIY) tentang Penanggulangan *Human Immunodefficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immuno Defficiency Sindrome* (AIDS), penting untuk melihat aspek kewenangan yang dimiliki Provinsi DIY dalam mengatur hal dimaksud. Oleh karena itu, selain mendasarkan pada ketentuan Pasal 18

Sekretariat DPRD DIY

ayat (6) UUD NRI 1945, dalam pembentukan NA Raperda tentang Penanggulangan *Human Immunodefficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immuno Defficiency Sindrome* (AIDS) dipandang perlu juga melakukan evaluasi dan analisis terhadap berbagai peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan kewenangan daerah. Adapun peraturan perundang-undangan yang dimaksud adalah sebagai berikut:

1. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia

Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (UU HAM) dibentuk atas kesadaran terhadap perkembangan hak asasi yang melekat pada diri manusia yang dipahami untuk menjamin keberadaan harkat dan martabat kemuliaan dan keharmonisan dalam lingkungannya.[5] Atas dasar pemahaman tersebut, maka melalui UU HAM termaktub berbagai ketentuan mengenai hak asasi sekaligus kewajiban yang melekat pada setiap orang (warga negara) dan negara. Kendati demikian, muatan UU HAM lebih condong pada ketentuan untuk menjamin eksistensi hak pada setiap manusia di satu sisi, dan kewajiban negara (u.p. Pemerintah) untuk memenuhi hak-hak tersebut pada sisi yang lain.

Berkaitan dengan Penanggulangan *Human Immunodefficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immuno Defficiency Sindrome* (AIDS), ada sejumlah ketentuan dalam UU HAM yang perlu untuk diperhatikan. Pasal 8 UU HAM menyatakan bahwa perlindungan, pemajuan, penegakan, dan pemenuhan hak asasi manusia terutama menjadi tanggung jawab Pemerintah. Oleh karenanya, berbagai upaya perlu dilakukan oleh pemerintah demi terpenuhinya kewajibannya tersebut.

Kewajiban dimaksud bukan sebatas pada kewajiban berdasarkan UU HAM melainkan kewajiban yang muncul dari instrument hukum yang lain. Hal in sebagaimana dinyatakan dalam Pasal 71 UU HAM yang menyatakan: *"Pemerintah wajib dan bertanggung jawab menghormati, melindungi, menegakkan, dan memajukan hak asasi manusia yang diatur dalam Undang-undang ini, peraturan perundang-undangan lain, dan hukum internasional tentang hak asasi manusia yang diterima oleh negara Republik Indonesia".*

Ketentuan Pasal 9 ayat (1) UU HAM juga menyatakan jaminan hak bagi setiap orang untuk untuk hidup, mempertahankan hidup dan meningkatkan taraf kehidupannya. Pada bagian Penjelasan Pasal 9 ayat (1) UU HAM, ketentuan ini dijelaskan sebagai berikut:

[5] Konsiderans huruf a UU No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia

Sekretariat DPRD DIY

"Setiap orang berhak atas kehidupan, mempertahankan kehidupan, dan meningkatkan taraf kehidupannya. Hak atas kehidupan ini bahkan juga melakat pada bayi yang baru lahir atau orang yang terpidana mati. Dalam hal atau keadaan yang sangat luar biasa yaitu demi kepentingan hidup ibunya dalam kasus aborsi atau berdasarkan putusan pengadilan dalam kasus pidana mati, maka tindakan aborsi atau pidana mati dalam hal dan atau kondisi tersebut, masih dapat diizinkan. Hanya pada dua hal tersebut itulah hak untuk hidup dapat dibatasi".

Selain itu, ketentuan Pasal 11 UU HAM juga menyatakan: "*Setiap orang berhak atas pemenuhan kebutuhan dasarnya untuk tumbuh dan berkembang secara layak*". Ketentuan ini semakin diperkuat oleh adanya ketentuan Pasal 12 UU HAM, yang menyatakan: *"Setiap orang berhak atas perlindungan bagi pengembangan pribadinya, untuk memperoleh pendidikan, mencerdaskan dirinya, dan meningkatkan kualitas hidupnya agar menjadi manusia yang beriman, bertaqwa, bertanggung jawab, berakhlak mulia, bahagia, dan sejahtera sesuai dengan hak asasi manusia".*

Selanjutnya ketentuan Pasal 41 ayat (1) UU HAM menyatakan: "*Setiap warga negara berhak atas jaminan sosial yang dibutuhkan untuk hidup layak serta untuk perkembangan pribadinya secara utuh*". Ketentuan ini secara umum juga mencakup perlakuan terhadap orang dengan HIV/AIDS.

Ketentuan di atas juga dipertegas dengan Pasal 42 UU HAM yang menyatakan: *"Setiap warga negara yang berusia lanjut, cacat fisik dan/atau cacat mental berhak memperoleh perawatan, pendidikan, pelatihan, dan bantuan khusus atas biaya negara, untuk menjamin kehidupan yang layak sesuai dengan martabat kemanusiaannya, meningkatkan rasa percaya diri, dan kemampuan berpartisipasi dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara"*.

Sekretariat DPRD DIY

2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik

Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (UU Pelayanan Publik) dirancang untuk membangun kepercayaan masyarakat atas pelayanan publik yang dilakukan penyelenggara pelayanan publik.[6] Penyelenggara pelayanan publik yang dimaksud

6 Konsiderans huruf b UU No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik

dalam UU Pelayanan Publik adalah setiap institusi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen yang dibentuk berdasarkan undang-undang untuk kegiatan pelayanan publik, dan badan hukum lain yang dibentuk semata-mata untuk kegiatan pelayanan publik. [7] Apabila ketentuan tersebut diterjemahkan secara lebih konkrit, maka pemerintah, pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten/kota, dan penyelenggara penyelenggara fasilitas kesehatan dapat dikualifikasikan ke dalam penyelenggara pelayanan publik.

Kegiatan Penanggulangan *Human Immunodefficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immuno Defficiency Sindrome* (AIDS) pada dasarnya dilakukan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan bagi setiap warga negara dan penduduk. Oleh karena itu, segala ketentuan tentang pelayanan publik dalam UU Pelayanan Publik secara *mutatis mutandis* berlaku terhadap seluruh pengelola dan penyelenggara Kesehatan serta pemangku kebijakan lainnya berkaitan dengan penanggulangan HIV/AIDS. Pernyataan tersebut diperkuat dengan adanya penegasan dalam Pasal 5 ayat (2) UU Pelayanan Publik, bahwa ruang lingkup pelayanan publik meliputi, pendidikan, pengajaran, pekerjaan dan usaha, tempat tinggal, komunikasi dan informasi, lingkungan hidup, kesehatan, jaminan sosial, energi, perbankan, perhubungan, sumber daya alam, pariwisata, dan sektor strategis lainnya.[8]

Kendati demikian, terdapat ketentuan dalam UU Pelayanan Publik yang secara eksplisit mengatur tugas dan tanggungjawab pemerintah kabupaten/kota (u.p. bupati/walikota), yakni bupati/walikota bertugas sebagai pembina dalam menjamin kelancaran penyelenggaraan pelayanan publik.[9] Oleh karena tugas tersebut, maka dipandang perlu bagi pemerintah kabupaten/kota untuk menetapkan kebijakan bentuk-bentuk pembinaan yang dapat dilakukan oleh bupati/walikota terhadap penyelenggara pelayanan publik.

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah dan Perubahannya

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (UU Pemda) mengatur pembagian urusan antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota). Sebagaimana Pasal 12 ayat (1) huruf a UU Pemda, ditegaskan bahwa kesehatan dan sosial merupakan salah satu dari sekian urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Artinya, urusan kesehatan dan sosial wajib diselenggarakan

Sekretariat DPRD DIY

7 Pasal 1 angka 2 UU No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
8 Pasal 5 ayat (2) dan Penjelasan Pasal 5 UU No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
9 Pasal 6 UU No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik

oleh semua daerah, karena merupakan kebutuhan dasar warga negara yang wajib dipenuhi. Sebagaimana matrik pembagian urusan pemerintahan konkuren yang termaktub dalam lampiran UU Pemda, urusan kesehatan yang merupakan kewenangan daerah provinsi, meliputi:

a. Upaya Kesehatan, yang terdiri atas:
    1) Pengelolaan UKP rujukan tingkat Daerah provinsi/lintas Daerah kabupaten/kota.
    2) Pengelolaan UKM Daerah provinsi dan rujukan tingkat Daerahprovinsi/lintas Daerah kabupaten/kota.
    3) Penerbitan izin rumah sakit kelas B dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat Daerah provinsi.
b. Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan, berupa urusa perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah provinsi.
c. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan Minuman yang terdiri atas:
    1) Penerbitan pengakuan pedagang besar farmasi (PBF) cabang dan cabang penyalur alat kesehatan (PAK); dan
    2) Penerbitan izin usaha kecil obat tradisional (UKOT).
d. Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, yang berupa urusan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh provinsi, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat provinsi.

Dengan demikian, terhadap 4 (empat) urusan tersebut pemerintah kabupaten/kota berwenang untuk mengatur lebih lanjut sesuai dengan kebijakan nasional dengan tetap memperhatikan kondisi di daerahnya.

Selain berkaitan dengan urusan kesehatan, penanggulangan HIV/AIDS juga berkaitan dengan urusan pemerintahan daerah bidang sosial. Berdasarkan pembagian urusan sebagaimana diatur UU Pemda, bidang sosial yang menjadi urusan pemerintahan daerah antara lain:

a. Pemberdayaan Sosial, yang terdiri atas:
    1) Penerbitan izin pengumpulan sumbangan lintas Daerah kabupaten/kota dalam 1 (satu) Daerah provinsi; dan
    2) Pemberdayaan potensi sumber kesejahteraan sosial provinsi.

Sekretariat DPRD DIY

b. Penanganan Warga Negara Migran Korban Tindak Kekerasan, berupa urusan pemulangan warga negara migran korban tindak kekerasan dari titik debarkasi di Daerah provinsi untuk dipulangkan ke Daerah kabupaten/kota asal.
c. Rehabilitasi Sosial, berupa urusan rehabilitasi sosial bukan/tidak termasuk bekas korban penyalahgunaan NAPZA, orang dengan Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immuno Deficiency Syndrome yang memerlukan rehabilitasi pada panti.
d. Perlindungan dan Jaminan Sosial, yang terdiri atas:
    1) Penerbitan izin orang tua angkat untuk pengangkatan anak antar WNI dan pengangkatan anak oleh orang tua tunggal; dan
    2) Pengelolaan data fakir miskin cakupan Daerah provinsi.
e. Penanganan Bencana, yang berupa penyediaan kebutuhan dasar dan pemulihan trauma bagi korban bencana provinsi.
f. Taman Makam Pahlawan, berupa urusan pemeliharaan taman makam pahlawan nasional provinsi.

Berdasarkan pembagian urusan bidang sosial di atas, terlihat bahwa yang menjadi urusan pemerintah kabupaten/kota berkaitan dengan penanggulangan

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU Kesehatan) diundangkan padac tanggal 13 Oktober 2009 dan tercatat pada Lembaran Negara Tahun 2019 Nomor 144. Undang-undang ini dimaksudkan untuk menggantikan Pada saat Undang-Undang ini berlaku, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang dinilai sudah tidak sesuai dengan perkembangan kebutuhan hukum masyarakat saat itu.

Selain untuk mengganti undang-undang yang lama, UU Kesehatan dibentuk berdasarkan beberapa pertimbangan sebagai berikut. *Pertama*, kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. *Kedua*, setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional.

Sekretariat DPRD DIY

Ketiga, setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat Indonesia akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat juga berarti investasi bagi pembangunan negara. *Keempat*, setiap upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik Pemerintah maupun masyarakat.

Upaya penanggulangan *Human Immunodefficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immuno Defficiency Sindrome* (AIDS) yang dilakukan oleh pemerintah pusat dan daerah erat kaitannya bidang kesehatan. Merujuk pada UU Kesehatan, upaya penanggulangan sebagaimana dimaksud dapat dikategorikan sebagai upaya kesehatan. UU Kesehatan mendefinisikan upaya kesehatan sebagai setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintregasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Kesehatan merupakan hak setiap orang[10]. Hak atas kesehatan sebagaimana dimaksud meliputi:

a. hak akses yang sama atas pelayanan kesehatan[11];
b. hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau[12];
c. hak untuk menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya[13];
d. hak untuk mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan[14];
e. mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab[15]; dan
f. hak untuk memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan[16].

Dalam diskursus mengenai Hak Asasi Manusia, penghormatan (*to respect*), perlindungan (*to protect*), dan pemenuhan (*to fullfil*) HAM merupakan kewajiban dan tanggungjawab negara. Dalam konstitusi Indonesia (Undang Undang Dasar Republik

Sekretariat DPRD DIY

10 Pasal 4 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
11 Pasal 5 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
12 Pasal 5 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
13 Pasal 5 ayat (3) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
14 Pasal 6 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
15 Pasal 7 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
16 Pasal 8 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Indonesia Tahun 1945), beban kewajiban dan tanggungjawab ini utamanya ada pada pemerintah[17].

UU Kesehatan telah mengatur sedemikian rupa tanggungjawab pemerintah berkaitan upaya kesehatan. Tanggungjawab pemerintah sebagaimana dimaksud dapat diuraikan sebagai berikut. Pertama, tanggungjawab untuk merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat[18]. Khususnya berkaitan dengan pelayanan publik.

Kedua, tanggungjawab atas ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggitingginya[19]. *Ketiga*, tanggungjawab atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya[20].

Keempat, tanggungjawa atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya[21]. *Kelima*, tanggungjawab untuk memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan[22].

Keenam, tanggungjawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau[23]. *Ketujuh*, tanggungjawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan[24].

Upaya kesehatan yang berkaitan dengan penanggulangan HIV/AIDS, dapat ditemukan bahwa setiap orang dilekati beberapa hak yang spesifik. Beberapa hak dimaksud setidaknya ditemukan pada ketentuan Pasal 56 dan Pasal 62 UU Kesehatan. Pasal 56 UU Kesehatan, menyatakan:

Sekretariat DPRD DIY

---

17 Pasal 28I ayat (4) Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
18 Pasal 14 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
19 Pasal 15 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
20 Pasal 16 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
21 Pasal 17 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
22 Pasal 18 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
23 Pasal 19 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
24 Pasal 20 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

(1) Setiap orang berhak menerima atau menolak Sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap.

(2) Hak menerima atau menolak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku pada:

a. penderita penyakit yang penyakitnya dapat secara cepat menular ke dalam masyarakat yang lebih luas;
b. keadaan seseorang yang tidak sadarkan diri; atau
c. gangguan mental berat.

(3) Ketentuan mengenai hak menerima atau menolak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Sementara ketentuan Pasal 62 UU Kesehatan, selengkapnya menyatakan:

(1) Peningkatan kesehatan merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat untuk mengoptimalkan Kesehatan melalui kegiatan penyuluhan, penyebarluasan informasi, atau kegiatan untuk menunjang tercapainya hidup sehat.

(2) Pencegahan penyakit merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat untuk menghindari atau mengurangi risiko, masalah, dan dampak buruk akibat penyakit.

(3) Pemerintah dan pemerintah daerah menjamin dan menyediakan fasilitas untuk kelangsungan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

(4) Ketentuan lain lebih lanjut tentang upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit diatur dengan

Sekretariat DPRD DIY

5. Permenkes No. 21 Tahun 2013 tentang Pengobatan dan Perawatan ODHA Pasal 30

- Fasilitas pelayanan Kesehatan dilarang menolak pengobatan dan perawatan ODHA
- Fasilitas pelayanan Kesehatan wajib merujuk ODHA ke fasilitas pelayanan Kesehatan lain jika tidak mampu memberikan pengobatan dan perawatan PASAL 31
- Orang yang terinfeksi HIV wajib mendapatkan konseling pasca pemeriksaan diagnosis HIV, diregristrasi secara nasional, dan mendapatkan pengobatan
- Regristrasi ODHA bersifat rahasia

Pasal 32

- Pengobatan HIV untuk mengurangi risiko penularan, menghambat perburukan infeksi, dan meningkatkan kualitas hidup ODHA
- Pengobatan AIDS dilakukan sampai tidak terdeteksi jumlah virus (viral load) HIV dalam darah dengan menggunakan kombinasi obat ARV

Pasal 33

- Pengobatan HIV/AIDS dilakukan dengan cara :

- Terapeutik (pengobatan ARV, pengobatan infeksi penyakit menular seksual (IMS), dan pengobatan infeksi oportunitis)
- Rofilaksis (pemberian ARV pacsa-pajanan, kotrimoksasol untuk terapi profilaksis) Penunjang (pengobatan suportif dan perbaikan gizi)

6. Permenkes No. 52 Tahun 2017 tentang Eliminasi Penularan Human Immunodeficiency Virus, Sifilis, dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. *Human Immunodeficiency Virus* yang selanjutnya disingkat HIV adalah virus yang menyerang sistem imun dan jika tidak diterapi dapat menurunkan daya tahan tubuh manusia hingga terjadi kondisi *Acquired Immuno*

4. Eliminasi Penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B yang selanjutnya disebut Eliminasi Penularan adalah pengurangan penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari ibu ke anak

a. memutus penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari ibu ke anak;

b. menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian akibat HIV, Sifilis, dan Hepatitis B pada ibu dan anak; dan

c. memberikan acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, tenaga kesehatan, dan pemangku kepentingan lain dalam penyelenggaraan Eliminasi Penularan.

Pasal 3

Sekretariat DPRD DIY

(1) Pemerintah Pusat menetapkan target program Eliminasi Penularan pada tahun 2022.

(2) Target sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan indikator berupa infeksi baru HIV, Sifilis, dan/atau Hepatitis B pada anak kurang dari atau sama dengan 50/100.000 (lima puluh per seratus ribu) kelahiran hidup.

(3) Untuk mewujudkan target program Eliminasi Penularan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan:

a. penetapan dan pelaksanaan strategi Eliminasi Penularan;

b. penetapan dan pelaksanaan peta jalan; dan

c. intensifikasi kegiatan Eliminasi Penularan.

Pasal 4

Strategi program Eliminasi Penularan meliputi:

a. peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan bagi ibu dan anak sesuai dengan standar;

b. peningkatan peran fasilitas pelayanan kesehatan dalam penatalaksanaan yang diperlukan untuk Eliminasi Penularan;

c. peningkatan penyediaan sumber daya di bidang kesehatan;

d. peningkatan jejaring kerja dan kemitraan serta kerja sama lintas program dan lintas sektor; dan

e. peningkatan peran serta masyarakat.

Pasal 5

Peta jalan dalam pelaksanaan Eliminasi Penularan meliputi:

a. akses terbuka pada tahun 2018-2019;

b. praEliminasi Penularan pada tahun 2020-2021;

c. Eliminasi Penularan pada tahun 2022; dan d.

pemeliharaan pada tahun 2023-2025.

Pasal 14

(2) Dalam rangka Eliminasi Penularan, Pemerintah Daerah provinsi bertanggung jawab: a. membuat dan melaksanakan kebijakan dalam pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif di tingkat provinsi dengan berpedoman pada kebijakan nasional;

Sekretariat DPRD DIY

b. melakukan bimbingan teknis, pemantauan, dan evaluasi pelaksanaan Eliminasi Penularan;

c. mendistribusikan obat dan alat kesehatan yang diperlukan dalam pelaksanaan Eliminasi Penularan;

d. meningkatkan kapasitas tenaga pelaksana Eliminasi Penularan;

e. menjamin ketersediaan sumber daya yang diperlukan dalam pelaksanaan Eliminasi Penularan sesuai dengan kewenangannya;

f. melakukan evaluasi status Eliminasi Penularan di kabupaten/kota; dan

g. melakukan penetapan dan evaluasi status Eliminasi Penularan di provinsi.

Pasal 22

(1) Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah melakukan pemantauan dan evaluasi kegiatan Eliminasi Penularan secara berkala paling sedikit 3 (tiga) bulan sekali.

B. Sinkronisasi dan Harmonisasi Antar Peraturan Perundang-undangan

Berdasarkan evaluasi dan analisis terhadap peraturan perundang-undangan di atas, terdapat korelasi antar satu regulasi dengan regulasi yang lainnya. Selanjutnya, untuk mencegah tumpang tindih atau kerancuan dalam penyusunan rancangan perda, dipandang perlu melakukan harmonisasi dan sinkronisasi terhadap peraturan perundang-undangan yang terkait dengan pendidikan tersebut.

Sekretariat DPRD DIY

BAB IV

LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS

A. LANDASAN FILOSOFIS

Permasalahan HIV di dunia diawali dari Benua Afrika yang kemudian menyebar ke dunia diawali dari infeksi pada kelompok homoseksual, sehingga diawalnya HIV dikenal sebagai penyakit pada homoseksual. Tetapi dalam perkembangannya infeksi didominasi pada kelompok napsa suntik yang biasanya jarum dipakai secara bersama sama sehingga tejadi penularan. Pada tahun tahun belakangan infeksi HIV lebih didominasi pada kelompok heteroseksual, dan peningkatan pada kelompok homoseksual muda. Dikaitkan diawal bahwa HIV terkait homoseksual, menjadikan orang dengan HIV menerima diskriminasi karena memiliki penyakit akibat tindakan yang buruk, terkutuk. Tetapi kenyataannya sekarang banyak ibu rumah tangga, anak yang terjangkit HIV bukan karena dosa atau kesalahannya, yang sangat tidak layak menerima diskriminasi. Sampai saat ini ODHA masih harus menyembunyikan identitasnya karena masih banyak hambatan disamping hak-hak ODHA yang masih belum sama dengan orang pada umumnya.

Saat ini HIV masih menjadi pandemic dunia, disamping tuberculosis, sehingga kedua penyakit tersebut menjadi permasalahan penting di Indonesia karena terbanyak yang terserang adalah kelompok usia produktif, dan merupakan kelompok penunjang masa depan bangsa. Bila tidak diatasi akan membuat masa depan bangsa suram terkait banyak kehilangan tenaga produktif dan generasi penerus. Disamping itu pembiayaan yang semakin tinggi bila penularan tidak dapat dihentikan. Himbauan dunia lewat program getting 3 zero pada tahun 2030, layak disambut dengan baik, dan pemerintah telah menetapkan dalam RPJMN 2020-2024 telah mencanangkan programnya lewat strategi 95-95-95 yang bertekat untuk dicapai pada tahun 2024. Permasalahan HIV-AIDS, sangat komplek, sehingga penanggulangannya harus melibatkan semua unsur, dengan peran pokok pemerintah diperkuat oleh sector swasta, lembaga-lembaga pendidikan, profesi, dan masyarakat.

Diharapkan terselenggara Peraturan Daerah :

Sekretariat DPRD DIY

a. Yang bisa memberikan rasa aman, perlindungan, dan membuka jalan kepada masa depan yang lebih baik dari permasalahan kesempatan belajar, maupun bekerja serta penerimaan masyarakat yang lebih baik.
b. Menguatkan terselenggaranya informasi dan edukasi sehingga banyak masyarakat yang terjangkau melalui berbagai metoda, melalui pelibatan peran media.
c. Memberi arah dan penguatan pencapaian program pengendalian HIV-AIDS dengan memberi tugas kepada semua unsur sesuai bidang dan kemampuannya.
d. Memberi perlindungan, dan penguatan kepada ODHA yang mengalami diskriminasi social dan dalam ketidak berdayaan, dalam wadah pelayanan paliatif dan promotif yang diselenggarakan secara koordinatif dalam shelter atau hospiece dibawah tanggung jawab kepala daerah.
e. Memberi arah dalam koordinasi dilapangan yang melibatkan lintas daerah.
f. Memberi jaminan kerahasiaan sesuai aturan yang berlaku secara proporsional sesuai aturan yang berlaku
g. Memberi arah menuju pelayanan HIV-AIDS yang paripurna.
h. Memberi sangsi yang tegas sesuai peraturan perundangan terhadap pelanggar Perda

Dimasa datang dengan tercapainya 3 zero, dimana sudah tidak ada diskriminasi maka tidak ada perbedaan lagi odha dan bukan odha dalam kesempatan belajar, bekerja, dan hak2 sosial lainnya. Dalam penanggulangan HIV ditargetkan tercapai 3 zero pada tahun 2030, hal ini didasarkan pada pentingnya mengeradikasi HIV, karena beban HIV yang tinggi dalam pembiayaan kesehatannya, sehingga penting untuk menetapkan penanggulangan HIV adalah suatu prioritas.

Mencegah penularan HIV adalah mencegah pengeluaran biaya perawatan HIV. Kebutuhan 1 orang ODHA, ARV selama rata2 rata2 umur Odha ditambah kebutuhan obat pencegahan. Kehilangan potensial umur Odha berdasar penelitian sekitar 30 tahun, sehingga rata2 Odha hanya sampai umur 35 tahun. Kalu rata2 umur awal Odha adalah 20 tahun maka lama pemberian ARV adalah 15 tahun. Sehingga kebutuhan pengobatan ODHA adalah kurang lebih :

- Kebutuhan ARF : jumlah Odha x 15 x 12 x harga ARV/bulan

Sekretariat DPRD DIY

- Kebutuhan kotrimoksazol 6 bulan : 75% x jumlah Odha x 6 x harga kotrimoksazol/bulan
- Kebutuhan INH 300mg 6 bulan : 25% x jumlah Odha x 6 x harga INH/bulan
- Kebutuhan pengobatan infeksi oportunistik dan kondisi lainnya.

B. LANDASAN SOSIOLOGIS

Perkembangan penyakit HIV berkaitan dengan kehidupan social kemasyarakatan. Pariwisata, social media, dan interaksi individual melalui berbagai kegiatan tertentu dapat menjadi modus penularan HIV, sehingga diperlukan aturan-aturan, evaluasi dan monitoring terhadap pelaksanaannya yang akan mengurangi atau menghilangkan risiko penularan HIV. Penyebaran HIV diawali dari Benua afrika ke Eropa dan akhirnya ke seluruh dunia terjadi melalui kegiatan pariwisata. Walaupun diawal kejadian menimpa orang dengan homoseksual, tetapi di Indonesia HIV lebih banyak terjadi pada heteroseksual, disamping pada kelompok risiko Napsa suntik. HIV pada kelompok Gay muda akhir2 ini juga mengalami peningkatan kasus.

Lokalisasi yang menjadi salah satu modus penularan HIV saat ini banyak dibubarkan, tetapi hal ini tidak mengatasi permasalahan HIV, karena yang tadinya seorang PSK langsung menjadi PSK tidak langsung yang menjadi lebih sulit diintervensi, sehingga dibutuhkan metoda intervensi yang berbeda. PSK tidak lagi hanya di lokalisasi menunggu pelanggan datang, tetapi tersebar dan masih tetap menjadi PSK tidak langsung, yang tidak lagi dapat dijangkau oleh intervensi konvensional, baik untuk intervensi medic maupun intervensi pendidikan. Diperlukan trik intervensi yang bisa mengena kelompok PSK tidak langsung baik yang lama maupun baru.

Intervensi terhadap kelompok dunia usaha melalui pemberian sertifikasi bagi yang sudah diberi pelatihan dengan materi pencegahan HIV sudah dilaksanakan, dan perlu dilakukan evaluasi oleh dinas terkait dan untuk dikembangkan kedepannya sampai semua mendapatkan sertifikasi, agar penularan HIV melalui kegiatan usaha, hiburan dapat dicegah.

Penggunaan media social sangat banyak, baik media social keluarga maupun media social kelompok khusus. Belum ada bentuk intervensi pendidikan yang dibuat yang bisa menjangkau banyak para pemakainya.

Sekretariat DPRD DIY

Saat ini berdasarkan laporan KPA DIY, masih banyak kejadian-kejadian stigma pada Odha, baik karena terkait pekerjaan, pendidikan, maupun di kegiatan kemasyarakatan. Untuk itu diperlukan pedoman atau aturan yang menjunjung nilai-nilai hak asasi manusia, sehingga tercapai rasa keadilan bagi masyarakat luas termasuk Odha.

Saat ini terdapat shelter HIV yang dikelola oleh KDS Kebaya, tetapi hanya dapat menampung beberapa Odha yang terdampak stigma seperti tidak diterima keluarga dan beberapa dengan permasalahan medic. Daya tampung shelter ini sangat terbatas, disamping kondisinya kurang memenuhi syarat kesehatan terutama terkait kebutuhan untuk Odha yang terdampak TBC Paru. Dibutuhkan shelter atau Hospis yang memenuhi syarat kesehatan untuk menampung, sekaligus untuk tempat pemberian intervensi pendidikannya. Pendekatan sosiologis adalah pendekatan berbasis masyarakat setempat. Pendekatan ini didasarkan pada fakta empiris dari keinginan yang hidup dan dipraktikkan oleh masyarakat, baik berupa kecenderungan-kecenderungan tertentu, tuntutan dan kebutuhan tertentu maupun cita-cita atau harapan masyarakat. Prinsipnya, aspek sosiologis merupakan cerminan dari fakta keseharian masyarakat. Jika pendekatan pada aspek ini dipenuhi, maka peraturan yang dibentuk akan dengan mudah diterima, dipatuhi dan dilaksanakan sebagaimana mestinya sehingga pelaksanaan peraturan akan menjadi mudah dan efektif. Landasan sosiologis adalah pertimbangan-pertimbangan yang bersifat empiris sehingga suatu undang-undang benar-benar didasarkan atas kenyataan yang hidup dalam kesadaran hukum masyarakat. Menurut Jimly Asshiddiqie, norma hukum yang dituangkan dalam undang-undang haruslah sesuai dengan realitas kesadaran hukum masyarakat. Setiap norma hukum yang dituangkan dalam undang-undang haruslah mencerminkan tuntutan kebutuhan masyarakat sendiri akan norma hukum yang sesuai dengan realitas kesadaran hukum masyarakat, oleh karena itu dalam konsideran harus dirumuskan dengan baik, pertimbangan-pertimbangan yang bersifat empiris sehingga suatu gagasan normatif yang dituangkan dalam undang-undang benar-benar dididasarkan atas kenyataan dalam kesadaran masyarakat. Masih kuatnya norma dan perilaku sosial masyarakat yang menghambat terhadap pencegahan dan penanggulangan HIV&AIDS. Kemiskinan dan rendahnya tingkat pendidikan merupakan faktor pemicu perilaku beresiko dan penghambat upaya penanggulangan HIV & AIDS.

Penyebaran virus HIV dalam masyarakat cenderung menciptakan ambruknya tatanan sosial. Interaksi masyarakat mulai terlihat renggang bahkan diskiriminatif antara pengidap

Sekretariat DPRD DIY

HIV dan yang bukan pengidap. Akibatnya sikap permusuhan, dendam, kecurigaan, konflik dalam interelasi sosial berkembang tanpa arah yang bisa jadi mengakibatkan terjadinya situasi anomie dalam masyarakat dimana terjadi gangguan keseimbangan sistem sosial yang dapat mengakibatkan kegoncangan dalam masyarakat. Penyusunan rancangan peraturan daerah harus sesuai dengan kondisi masyarakat yang bersangkutan. Peraturan perundang-undangan di buat adalah untuk mengatur kehidupan masyarakat yang ada di dalamnya. Begitu juga dalam proses pembentukan produk hukum yang ada di daerah melalui peraturan daerah harus memperhatikan beberapa aspek yang berkembang di masyarakat. Hal ini dengan tujuan agar apa yang di buat oleh pemerintah yang berkuasa dapat berguna bagi kehidupan masyarakat. Beberapa aspek yang harus diperhatikan dalam membentuk peraturan daerah antara lain sebagai berikut: 1) Social Need (Kebutuhan masyrakat); 2) Social Condition (Kondisi masyarakat); 3) Social Capital (Modal/kekayaan masyarakat).

Stigma adalah proses sosial, dialami atau diantisipasi, ditandai dengan pengucilan, penolakan, menyalahkan, atau devaluasi yang dihasilkan dari pengalaman, persepsi, atau antisipasi yang wajar dari penilaian sosial yang merugikan tentang seseorang atau kelompok [1]. UNAIDS mendefinisikan stigma HIV sebagai proses devaluasi orang baik yang hidup dengan atau terkait dengan infeksi HIV [2]. ODHA mendapat stigmatisasi karena penyakit ini umumnya dianggap berbahaya, menular, dan berhubungan dengan perilaku di luar norma sosial [2]. Stigma HIV mungkin memiliki konsekuensi serius, seperti kehilangan persahabatan dan ikatan keluarga, pemecatan dari sekolah dan pekerjaan, dan penolakan dari perawatan kesehatan [3,4]. Stigma HIV telah terbukti mempengaruhi beberapa perilaku dan hasil kesehatan terkait HIV (misalnya, mengakses layanan pengobatan dan tes) pada orang yang hidup atau terkait dengan HIV dan populasi umum [6]. Karena stigma HIV, sepertiga orang yang dites positif HIV secara global tidak mengungkapkan status HIV mereka [3].

Yogyakarta sebagai salah satu kawasan urban, banyak orang yang singgah untuk belajar, bekerja atau bahkan menetap menjadikan daerah ini memiliki background orang yang bermacam-macam. Pembangunan fisik yang dilakukan di daerah urban seperti Yogyakarta dan juga lapangan kerja yang sempit di pedesaan menyebabkan arus urbanisasi ke kota-kota besar meningkat dari tahun ke tahun. Dominasi dari satu jenis kelamin di setiap jalur urbanisasi menunjukkan bahwa para pendatang ini hidup membujang dan berpotensi untuk

Sekretariat DPRD DIY

berperilaku resiko tinggi. Sebagian besar kelompok urban berusia muda, dengan pengetahuan yang sangat minim tentang HIV-AIDS. Melihat hal tersebut banyak LSM yang concern dalam menangani HIV-AIDS salah satunya adalah LSM Victory Plus yang menangani ODHA. Penyakit HIV-AIDS merupakan salah satu penyakit yang ditakuti masyarakat. Penyakit ini dipandang sebagai penyakit yang kotor, karena orang yang terinfeksi HIV-AIDS biasanya adalah para pemakai narkoba atau pekerja seks komersial.

C. LANDASAN YURIDIS

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Yogyakarta sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang- Undang Nomor 9 Tahun 1955 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 3 jo. Nomor 19 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1955 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 827);
3. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 1950 tentang Berlakunya Undang-Undang Nomor 2, 3, 10 dan 11 Tahun 1950 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 58);

Sekretariat DPRD DIY

BAB V
JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN PERATURAN DAERAH

A. SASARAN PENGATURAN

Sasaran pengaturan mengenai HIV ini adalah:

1. Mewujudkan DIY mencapai tiga zero (zero penularan baru, zero kematian, dan zero diskriminasi) melalui penguatan-penguatan program pencegahan, perawatan, dukungan, dan pengobatan serta mitigasi dampak akibat HIV dan AIDS.
2. Memberikan pedoman kepada pemerintah daerah untuk mencapai tiga zero melalui peningkatan upaya pelacakan, perawatan, pengobatan, dan dukungan lainnya.
3. Memberikan ruang partisipasi masyarakat dan pelaku usaha dalam upaya penanggulangan/mengatasi permasalahan HIV dan AIDS.
4. Melakukan revitalisasi Komisi Penanggulangan HIV dan AIDS.

B. ARAH DAN JANGKAUAN PENGATURAN

Arah dan jangkauan pengaturan adalah penanganan yang lebih baik untuk ODHA, upaya lebih baik untuk mencapai tiga zero (penularan baru, kematian, diskriminasi), dan kebijakan serta anggaran pendukung upaya penanggulangan HIV/AIDS yang lebih baik.

C. KETENTUAN UMUM

Dalam Peraturan Daerah ini yang dimaksud dengan:

1. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
2. Gubernur adalah Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta.
3. Penanggulangan adalah semua kegiatan yang ditujukan untuk menekan laju epidemic HIV dan AIDS dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat pada umumnya melalui pelayanan promosi pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi dengan penguatan dukungan.
4. *Human Immunodefficiency Virus* yang selanjutnya disingkat HIV merupakan virus RNA famili retroviridae genus lantivirus sebagai penyebab infeksi HIV yang menyerang sel darah putih dan melumpuhkan sistem kekebalan tubuh dan ditemukan dalam cairan tubuh pengidap HIV dan AIDS yang berpotensi ditularkan melalui darah, air mani, air susu ibu, dan cairan vagina melalui hubungan seksual, suntikan jarum tercemar, ibu HIV ke bayi yang

Sekretariat DPRD DIY

dilahirkan, transfuse darah tercemar, atau paparan pada kulit yang tidak utuh dan selaput mukosa.

5. *Acquired Immuno Defficiency Syndrome* yang selanjutnya disingkat AIDS adalah kumpulan gejala penyakit yang disebabkan lumpuhnya sistem kekebalan tubuh manusia oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) sehingga daya tahan tubuh melemah dan terjangkit penyakit infeksi maupun noninfeksi.
6. Penanggulangan adalah semua kegiatan yang ditujukan untuk menekan laju epidemi HIV dan AIDS dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat pada umumnya melalui pelayanan promosi, pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi.
7. Orang dengan HIV dan AIDS yang selanjutnya disingkat ODHA adalah orang yang sudah terinfeksi HIV baik pada tahap sebelum ada gejala maupun yang sudah dengan gejala.
8. Perangkat daerah adalah semua perangkat daerah yang ada di wilayah DIY
9. Orang yang Hidup dengan Pengidap HIV dan AIDS yang selanjutnya disingkat dengan OHIDHA adalah orang yang terdekat, teman kerja, atau keluarga dari orang yang sudah tertular HIV.
10. Anak dengan HIV dan AIDS yang selanjutnya disingkat ADHA adalah anak yang sudah terinfeksi HIV baik pada tahap sebelum ada gejala maupun yang sudah dengan gejala.
11. Promosi adalah proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan control atas kesehatan mereka dan faktor penentunya sehingga meningkatkan kesehatannya.
12. Pencegahan adalah segala upaya yang ditujukan untuk mencegah terjadinya penularan penyakit (HIV) dengan berbagai cara melalui peningkatan pengetahuan baik langsung melalui komunikasi lisan maupun tidak langsung melalui alat media cetak atau audiovisual maupun secara medis melalui penggunaan alat atau obat tertentu.
13. Perawatan adalah kegiatan pemberian layanan bagi orang sakit (ODHA) yang ditujukan untuk pemeliharaan kesehatan yang dimonitor dan dievaluasi baik di sarana kesehatan pemerintah, swasta, maupun di masyarakat.
14. Dukungan adalah bentuk kegiatan yang sifatnya bantuan untuk menjaga kelangsungan perawatan dan pengobatan yang harus diterima oleh orang sakit (HIV dan AIDS) yang diberikan oleh lembaga swadaya masyarakat maupun keluarga dan lingkungan.
15. Pengobatan adalah pemberian medica mentosa kepada orang sakit (HIV dan AIDS) untuk mengembalikan kesehatannya untuk penyakit kausal maupun pencegahan penyakit oportunistik.

Sekretariat DPRD DIY

16. Dampak adalah segala akibat yang timbul dari suatu sebab tertentu (penyakit, peristiwa) yang berupa kehilangan pekerjaan, kehilangan pendapatan, kehilangan fungsi sosial, diskriminasi, kehilangan semangat hidup, gizi buruk.
17. Tes HIV adalah pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui status HIV seseorang yang dilakukan atas dasar sukarela baik atas inisiatif sendiri atau atas inisiatif petugas kesehatan.
18. Konseling adalah pemberian bantuan informasi d a n e d u k a s i kepada seseorang untuk meningkatkan pemahaman dan kemampuan diri dalam memecahkan berbagai masalah yang berkaitan dengan HIV dan AIDS yang dilakukan oleh konselor.
19. Konselor adalah orang yang telah mendapatkan pelatihan keterampilan khusus yang bertugas memberikan bantuan dalam rangka meningkatkan pemahaman dan kemampuan diri dalam memecahkan berbagai masalah yang berkaitan dengan HIV dan AIDS.
20. Loss of Follow Up adalah ketidakhadiran ODHA ke layanan kesehatan dalam kurun waktu lebih dari 90 (sembilan puluh) hari berturut turut.
21. Produk Donor adalah organ atau cairan tubuh manusia yang diberikan seseorang kepada orang lain yang memerlukan atas dasar sukarela dan kepercayaan.
22. Rehabilitasi sosial adalah proses pemulihan kembali dan pengembangan untuk memungkinkan seseorang mampu melakukan fungsi sosialnya secara benar.
23. Obat Anti Retroviral yang selanjutnya disingkat ARV adalah obat yang dapat menghambat perkembangan HIV dalam tubuh ODHA, sehingga bisa menekan jumlah virus.
24. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi selanjutnya disingkat KPA Provinsi adalah lembaga yang dibentuk oleh Gubernur yang bertugas mengoordinasikan upaya penanggulangan epidemi HIV dan AIDS di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
25. Diskriminasi adalah setiap pembedaan, pengabaian, pembatasan, pelecehan, atau pengucilan yang langsung ataupun tidak langsung didasarkan perbedaan manusia atas dasar agama, suku, ras, etnik, kelompok, golongan, status sosial, status ekonomi, status kesehatan, jenis kelamin, orientasi seksual, bahasa, dan keyakinan politik yang berakibat pengangguran, penyimpangan atau penghapusan pengakuan, pelaksanaan atau penggunaan hak asasi manusia dan kebebasan dasar dalam kehidupan baik individual maupun kolektif dalam bidang politik, ekonomi, sosial, budaya dan aspek kehidupan yang lain.
26. Stigmatisasi adalah proses pencirian atau pelabelan negatif (buruk) yang dilekatkan pada seseorang yang dapat menimbulkan diskriminasi.

Sekretariat DPRD DIY

27. Sarana pelayanan kesehatan adalah tempat dimana tersedianya pelayanan kesehatan yang disediakan baik oleh pemerintah maupun swasta untuk melayani masyarakat dan berperan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
28. Sero Survei adalah suatu cara pengamatan epidemi HIV dengan melakukan pengumpulan data secara berkala HIV melalui pengambilan dan pemeriksaan darah orang yang memiliki perilaku berisiko.
29. Perilaku berisiko adalah tindakan seseorang yang memungkinkan tertular atau menularkan HIV, seperti melakukan hubungan seksual berganti-ganti pasangan, melakukan hubungan seksual dengan ODHA, dan menggunakan jarum suntik tidak steril bersama-sama.
30. Populasi kunci adalah kelompok yang memiliki risiko tinggi sebagai sumber penularan HIV, meliputi Pekerja Seks Komersial (PSK), Lelaki Seks Lelaki (LSL), Pengguna Napza Suntik (Penasun).
31. Kelompok rentan adalah populasi yang memiliki kerentanan untuk tertular HIV, misalnya anak jalanan, ibu hamil, penderita tuberculosis (TB).
32. Laki-laki berisiko adalah laki-laki sebagai pelanggan PSK.
33. Shelter adalah bangunan yang diperuntukkan sebagai tempat tinggal sementara bagi orang tertentu (ODHA) yang mengalami ketiadaan tempat tinggal, ketiadaan akses layanan medik, ketiadaan akses perawatan lainnya.
34. Hospis adalah bangunan yang diperuntukkan sebagai perawatan ODHA yang masih memiliki masalah medik ringan dan tidak memerlukan perawatan di rumah sakit.

D. MATERI YANG AKAN DIATUR

1. Tugas dan wewenang Pemerintah Daerah;
2. Hak dan kewajiban;
3. Pencegahan HIV dan AIDS;
4. Pengobatan, perawatan dan dukungan;
5. Pengamatan penyakit;
6. Rehabilitasi sosial bagi ODHA,;
7. Komisi Penanggulangan AIDS;
8. Peran serta masyarakat;
9. Teknologi informasi;
10. Kegiatan afirmasi;

Sekretariat DPRD DIY

11. Kerjasama dan koordinasi;
12. Pembiayaan;
13. Ketentuan Penyidikan;
14. Ketentuan Pidana;
15. Ketentuan Peralihan;
16. Ketentuan Penutup.

Sekretariat DPRD DIY

DAFTAR PUSTAKA

Adelya Putri. 2020. Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial Penderita HIV/AIDS dengan Komplikasi TBC. News FKP Unair. Surabaya

Aitken S. (2009). Community palliative care: the role of the clinical nurse specialist. John Wiley & Sons

Anastasia Heni, Manual Psikoedukasi: informasi Psikososial dasar bagi Masyarakat Pasca Bencana, (Jakarta: CWS Indonesia, 2008), hlm. 23.

Athfi, Avisinna Emit. 2017. DUKUNGAN SOSIAL ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) OLEH VICTORY PLUS DI YOGYAKARTA. Skripsi. UIN Sunan Kalijaga, Yogyakarta

Burhan, R. F., Fourianlistyawati, E., & Zuhroni. (2014). Jurnal Psikogenesis. Vol. 2, No. 2/ Juni 2014. *Jurnal Psikogenesis*, *2*(2), 110–122.

Casale, M., & Wild, L. (2013). Effects and processes linking social support to caregiver health among HIV/AIDS-affected carer-child dyads: A critical review of the empirical evidence. AIDS and Behavior, 17 (5), pp 1591±1611. https://doi.org/10.1007/s10461-012-0275-1.

Chris W. Green, Pemberdayaan Positif: Mendirikan Kelompok Dukungan dan Beradvokasi untuk Perubahan: Pedoman untuk orang yang Hidup dengan HIV, (Jakarta: Yayasan Spiritia, 2004), hlm. 1

Coleman, C. L., & Holzemer, W. L. (1999). Spirituality, Psychological Well-Being , and HIV Symptoms for African Americans Living With HIV Disease. *Journal of The Association of Nurses in AIDS Care*, *C*(1), 42–50.

Direktorat Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Tuna Sosial, Pedoman Upaya Menghilangkan Stigma dan Diskriminasi HIV/AIDS...., hlm. 16.

Duggal, S., Chugh, T. Das, & Duggal, A. K. (2012). HIV and Malnutrition: Effects on Immune System. *Clinical and Developmental Immunology*, *2012*. https://doi.org/10.1155/2012/784740

Elis Anisa Fitriah, Psikologi Sosial Terapan, (Bandung: PT Remaja Rosdakarya, 2014), hlm. 67 Rahakbauw, N. (2018). Dukungan Keluarga Terhadap Kelangsungan Hidup ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) . 3(2) doi: 10.31219/osf.io/7j63d.

Sekretariat DPRD DIY

Empelen, V. P. (2005). What is the impact of HIV on families? *WHO Regional Office for Europe*, (December). Retrieved from http://www.euro.who.int/Document/E87762.pdf

Farber, E. w, Mirsalimi, H., Williams, K. a, & McDaniel, J. S. (2003). Meaning of Illness and Psychological Adjustment to HIV / AIDS. *Psychomatics*, *44*(6), 485–491. https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.6.485

Geng, E. H., Glidden, D. V, Bwana, M. B., Musinguzi, N., Muyindike, W., Christopoulos, K. A., … Martin, J. N. (2011). Retention in Care and Connection to Care among HIV- Infected Patients on Antiretroviral Therapy in Africa: Estimation via a Sampling-Based Approach. *PloS ONE*, *6*(7), 1–7. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021797

Ignatavicius, D.D., & Workman, M.L. (2010). *Medical surgical-nursing patient-centered collaborative care* (6th Ed.). St. Louis, Missouri: Sounders Elsevier.

Kaijage, T., & Wexler, S. (2010). The influence of stress a social support on adherence to health promotion strategies by people living with HIV/AIDS in Dar es Salam, Tanzania. Journal of HIV/AIDS & Social Service, 9, 220±339.

Khamarko, K., & Myers, J.J. (2013). The Influence of social support on the lives of HIV-infected individuals in low- and middle-income countries. Geneve: World Health Organization. Diperoleh dari http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93529/1/WHO_HIV_2013.51_eng.pdf

Kose, S., Mandiracioglu, A., Mermut, G., Kaptan, F., & Ozbel, Y. (2012). The social and health problems of people living with HIV/AIDS in Izmir, Turkey. The Eurasian Journal of Medicine, 44 (1), 32±39. http://doi.org/10.5152/eajm.2012.07

Lyons, S.J., & Gillis, J.R. (2010). The role of social support and psychological resources in depression in people living with HIV/AIDS: Examining the mediating role of mastery and self-esteem (Unpublished dissertation, Department of Adult Education and Counselling Psychology). University of Toronto, Canada. Diperoleh dari https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/24230.

Miftahul Huda, Ilmu Kesejahteraan Sosial Paradigma dan Teori, (Yogyakarta: Samudra Biru, 2012), hlm. 72.

Kamus Psikolososial, Definisi Pendampingan Psikososial,

Sekretariat DPRD DIY

https://kamuspsikososial.wordpress.com/tag/definisi-pendampingan-psikososial/, (diakses tanggal 16 Maret 2016, pukul 09.37 WIB).

Mukumbang, F. C., Belle, S. Van, Marchal, B., & Wyk, B. Van. (2017). Exploring 'generative mechanisms' of the antiretroviral adherence club intervention using the realist approach : a scoping review of research-based antiretroviral treatment adherence theories. *BMC Public Health*, 1–14. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4322-8

Namora Lumongga lubis, Depresi: Tinjauan Psikologis, (Jakarta: Kencana Prenada Media Grup, 2009), hlm. 159-160.

Nursalam, Kurniawati D.N., (2009). *Asuhan Keparawatan pada Pasien Terinfeksi HIV /AIDS.* Salemba Medika. Jakarta

Pinho, C. M., Damaso, B. F., Gomes, E. T., Trajano, M. de F., Andrade, M. S., & Valenca, M. P. (2017). Religious and spiritual coping in people living with HIV / Aids. *Rev Bras Enferm*, *70*(2), 392–399. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0170

Rahakbauw, N. (2018). Dukungan Keluarga Terhadap Kelangsungan Hidup ODHA (Orang dengan HIV/AIDS).

Remien, R. H., & Rabkin, J. G. (2001). Psychological aspects of living with HIV disease. *West J Med*, *175*(November). Retrieved from www.ewjm.com

Sarafino, E. P. (2006). Health Psychology: Biopsychosocial interactions. fifth edition. USA: John Wiley & Sons.

Sarafino, E., & Smith, T.W. (2012). Health psychology: Biopsychosocial interactions (7th Ed.). New York: Jhon Wiley & Sons. INC Pte Ld.

Sari, et al., (2017). Dukungan Sosial dan Tingkat Stres Orang dengan HIV/AIDS. Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 20 No.2, Juli 2017, hal 85-93 pISSN 1410-4490, eISSN 2354-9203 DOI: 10.7454/jki.v20i2.361

Twycross RG (2003). Introducing palliative care. 4th ed. Radcliffe Publishing

Vreeman, R.C., Scanlon, M.L., McHenry, M.S., & Nyandiko, W.M. (2015). The physical and psychological effects of HIV infection and its treatment on perinatally HIV-infected

Sekretariat DPRD DIY

children. Journal of the International AIDS Society, 18 (7 Suppl 6), 20258. http://doi.org/10.7448/IAS.18.7.20258.

Waluyo, A., Nurachmah, E., & Rosakawati, R. (2006). Persepsi pasien dengan HIV/AIDS dan keluarganya tentang HIV/AIDS dan stigma masyarakat terhadap pasien HIV/AIDS. Jurnal Keperawatan Indonesia, 10 (2), 61±69. doi: http://dx.doi.org/10.7454 /jk 1. Scambler G. Health-related stigma. Sociol Health Illn. 2009;31(3):441–5.

Unaids: UNAIDS fact sheet on stigma and discrimination. ; 2003.

Simoni JM, Pantalone DW. Secrets and safety in the age of AIDS: does HIV disclosure lead to safer sex? Top HIV Med. 2004;12(4):109–18.

Qiao S, Li X, Stanton B. Theoretical models of parental HIV disclosure: a critical review. AIDS Care. 2013;25(3):326–36.

Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. Am J Public Health. 2013;103(5):813–21.

Serovich JM, Lim JY, Mason TL. A retest of two HIV disclosure theories: the women's story. Health Soc Work. 2008;33(1):23–31.i.v10i2.175

Sekretariat DPRD DIY

Sekretariat DPRD DIY