

PROGRAM PENGURANGAN DAMPAK BURUK NAPZA

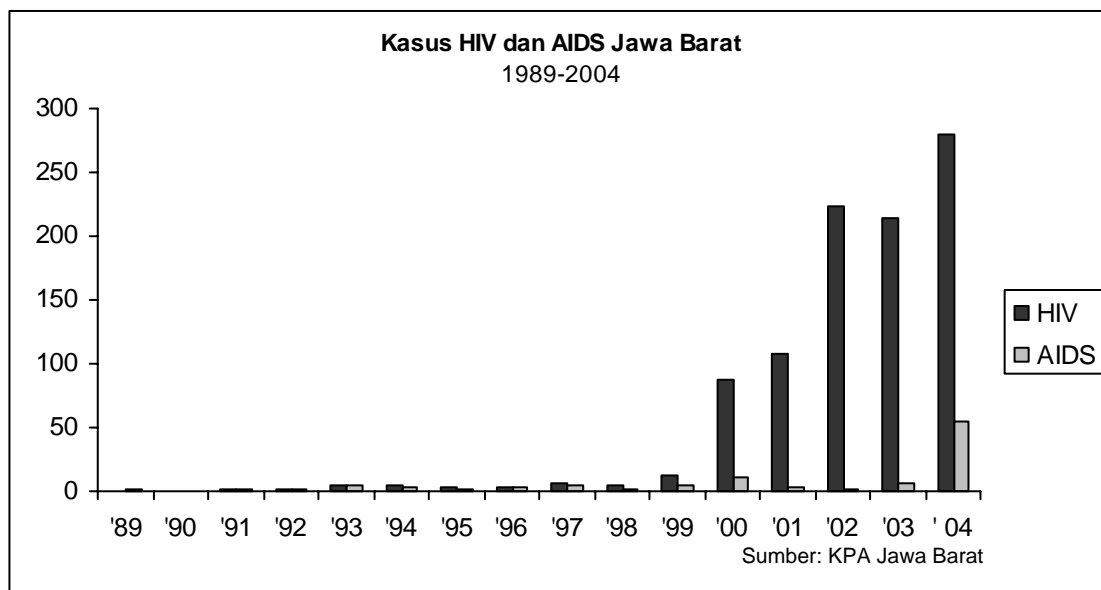
PERLUASAN RESPON JAWA BARAT TERHADAP EPIDEMI HIV
DI KALANGAN PENGGUNA NAPZA SUNTIK

INDONESIA HIV PREVENTION AND CARE PROJECT
2005-2007

JAWA BARAT DAN LEDAKAN EPIDEMI HIV

Jawa Barat (Jabar), dengan luas wilayah 28,675.82 km² dan berpenduduk sekitar 37.98 juta jiwa merupakan provinsi dengan populasi terbesar di Indonesia. Secara administratif provinsi ini terbagi menjadi 16 kabupaten dan 9 kota dengan pendapatan per kapita sekitar 6 juta rupiah per tahun¹. Di samping wilayah yang luas dan jumlah penduduk yang besar, provinsi ini memiliki sistem kesehatan masyarakat yang ditopang oleh 34 rumah sakit umum pemerintah, 982 puskesmas, dan 1,433 puskesmas pembantu untuk 561 kecamatan di seluruh provinsi. Dari sistem kesehatan tersebut tercatat bahwa angka harapan hidup penduduk provinsi ini adalah sekitar 68.23 tahun² dengan angka kematian kasar 8.10/1,000 penduduk³.

Kasus AIDS ditemukan pertama kali di provinsi ini pada tahun 1989, tepatnya di salah satu rumah sakit umum di Kota Bandung⁴, ibu kota provinsi. Dan seperti pada provinsi lainnya di Indonesia, ledakan epidemi mulai terjadi di awal 2000-an seiring dengan semakin maraknya penggunaan napza dengan cara suntik. Kondisi ini tak lepas dari respon provinsi terhadap ancaman epidemi yang telah ditemukan, walaupun baru satu kasus ketika itu, sekitar sepuluh tahun ke belakang. Maraknya penggunaan heroin suntik di akhir 90-an pun luput dari respon provinsi terhadap epidemi HIV yang mengancam masyarakat Jawa Barat.



¹ Badan Pusat Statistik 2003

² Badan Pusat Statistik 2005

³ Dinas Kesehatan Jawa Barat 2004

⁴ Komisi Penanggulangan AIDS Jawa Barat 2007

Dominasi program penanggulangan masalah napza berbasis pantangan terhadap penggunaannya yang cukup banyak dilakukan ketika itu tidak berhasil menjawab tantangan penularan virus darah dan angka penggunaan napza ilegal yang terus bertambah. Penjara-penjara pun dipenuhi oleh kasus napza yang kebanyakan adalah pengguna⁵. Kematian pengguna napza baik di dalam maupun di luar penjara terus terjadi akibat keterlambatan deteksi, pengobatan, dan perawatan HIV serta minimnya program-program pencegahan bagi para pengguna napza suntik (penasun).

Dari keadaan ini, dibutuhkan sebuah pendekatan pragmatis terhadap para pengguna napza bertujuan melindungi kesehatan masyarakat, khususnya dari penularan HIV. Tingginya angka kekambuhan para pengguna paska rehabilitasi maupun masa hukuman, terus beredarnya napza ilegal di tengah upaya yang gencar untuk memberantasnya, serta ledakan epidemi HIV yang disumbangkan oleh penggunaan jarum suntik bergantian merupakan dasar pertimbangan kegiatan-kegiatan yang mengedepankan pengurangan dampak buruk penggunaan napza, ketimbang pengurangan penggunaannya, di Provinsi Jawa Barat.

⁵ “Jumlah Total/Akhir 23.409 terbagi 3 yaitu : Pemakai 17.115 (73%), Pengedar 5.829 (25%) & Produsen 465 (2%).” Data Kasus Tindak Pidana Narkoba di Indonesia 2001-2005, Badan Narkotika Nasional RI

TANGGAPAN ORGANISASI NON PEMERINTAH

Pada tahun 2000 di Kota Bandung diadakan peninjauan dan tanggapan cepat (*rapid assessment and response* – RAR) terhadap pengguna napza suntik yang juga diadakan di tujuh kota lain di Indonesia. Peninjauan ini kemudian, salah satunya, menghasilkan respon dari sebuah lembaga swadaya masyarakat (LSM) untuk melakukan penjangkauan dan sosialisasi mengenai kaitan HIV dan penggunaan napza suntik ke kelompok rentan dan masyarakat. Kegiatan-kegiatan pendukung seperti konseling, penyediaan pemutih sebagai bahan sterilisasi, dan kondom bagi penasun juga dilakukan di ibu kota provinsi ini. Pengguna napza suntik mulai mendapat perhatian dari penyedia-penyedia layanan lainnya beserta komisi penanggulangan AIDS (KPA) provinsi dan lembaga internasional.

Walaupun mulai mendapat perhatian untuk program-program HIV dan AIDS, organisasi non pemerintahlah yang paling tanggap terhadap isu para penasun ini. Tercatat pada tahun 2004 RS Hasan Sadikin, yang merupakan rumah sakit rujukan se-Jawa Barat, mulai menyediakan terapi anti retroviral (ARV) demi mendukung komitmen global 3 by 5 – tiga juta pengidap HIV mendapat pengobatan pada tahun 2005. Namun terapi kepada para penasun masih menjadi perdebatan mengenai kepatuhan yang dikaitkan dengan gaya hidup pemakaian napza ilegalnya, padahal ketika itu pengidap HIV di Jawa Barat lebih dari 50 persennya adalah penasun⁶.

Sejumlah LSM yang menangani masalah AIDS mulai memperhatikan para penasun sebagaimana dengan penyedia layanan rehabilitasi yang mulai memperhatikan penularan HIV pada klien-kliennya. Pembentukan kelompok-kelompok dukungan bagi orang dengan HIV oleh sejumlah LSM mulai dilakukan berdasarkan kebutuhan akan penyebarluasan informasi untuk menghapus stigma dan diskriminasi terhadap para pengidap. Peningkatan ketrampilan petugas LSM untuk penanganan HIV terus dilakukan seiring dengan meningkatnya bantuan internasional ke provinsi Jawa Barat. Dalam kondisi kurangnya teknologi dan tenaga ahli di Jawa Barat ketika itu, organisasi-organisasi non pemerintah otomatis memimpin respon untuk menanggulangi epidemi HIV di kalangan penasun.

⁶ Dinas Kesehatan Jawa Barat 2004

KERJA SAMA DENGAN KEPOLISIAN

HAMBATAN?

- Dalam pelaksanaannya baik dalam manajerial intern Polri dan dengan Lembaga Funding (IHPCP-AusAID) tidak ditemukan/terjadi hambatan dapat diartikan sebagai penghalang pelaksanaan sosialisasi dan kunjungan lapangan. Semuanya dapat terlaksana seperti apa yang telah direncanakan dan disepakati kedua belah pihak.
- Memang pada setiap sesi diskusi para peserta sosialisasi masih mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang tajam dan pertanyaan tersebut dapat diartikan sbb :
 - Program penyediaan peralatan suntik steril (*needle and syringe program* – NSP) diartikan sebagai tindakan mengizinkan penyalagunaan napza ilegal
 - LSM yang melakukan NSP dianggap memfasilitasi penyalahgunaan pemakaian napza ilegal.

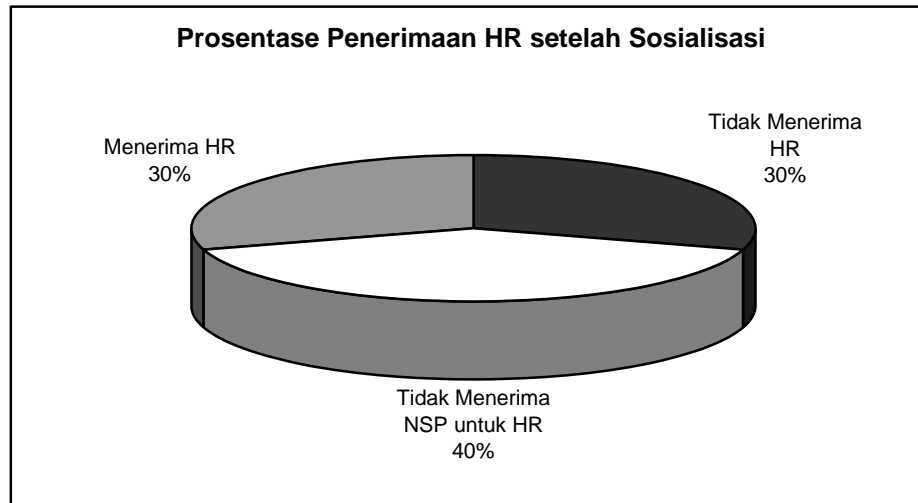
– Laporan Program Kerja Sama Hibah IHPCP, Polda Jabar 2005

Indonesia HIV Prevention and Care Project (IHPCP), sebuah proyek kerja sama bilateral antara pemerintah Republik Indonesia dan Australia untuk penanggulangan HIV di Indonesia, bekerja di Jawa Barat sejak awal 2004 dengan pelibatan penuh KPA provinsi. Program pengurangan dampak buruk (*harm reduction* – HR) yang diusung diawali dengan pembentukan kelompok kerja HR dalam KPA provinsi beserta kerja sama hibah dengan dua LSM di Kota Bandung untuk melakukan kegiatan penyediaan peralatan suntik steril dan penjangkauan penasun.

Isu yang menjadi fokus utama di awal pelaksanaan kegiatan HR tersebut adalah masalah dengan kepolisian, dimana legitimasi dan legalitas petugas lapangan LSM untuk membawa peralatan suntik belum ada. Hal ini diperparah dengan adanya semacam peraturan tak tertulis bagi LSM untuk merekrut mantan dan pengguna napza aktif menjadi petugas lapangan, alasannya adalah untuk memudahkan akses penjangkauan. Dan ketika itu beberapa, karena tidak bisa dikatakan banyak, petugas lapangan ditangkap polisi karena kedapatan menggunakan napza. Walaupun kemudian lembaga pelaksana HR memperketat peraturan personalianya, masalah dengan kepolisian menjadi momok bagi kegiatan HR di Jawa Barat, khususnya Kota Bandung.

Untuk itu KPA Jawa Barat sejak tahun 2004, melalui pokja HR-nya, bekerja sangat ketat dengan Kepolisian Daerah (Polda) Jawa Barat. Dalam mendukung upaya ini, IHPCP turut bekerja sama langsung dengan Polda Jabar melalui hibah untuk kegiatan sosialisasi HR bagi petugas Kepolisian Wilayah Kota Besar (Polwiltabes) Bandung. Kerja sama yang berlangsung selama satu tahun ini belum dapat mengubah kebijakan kepolisian terhadap para pengguna napza suntik, namun di sisi lain menghantar program pengurangan dampak buruk napza, khususnya penyediaan peralatan suntik steril (*needle and syringe program* – NSP), di Jawa Barat, pada institusi kesehatan negara yang lebih memiliki legitimasi dan legalitas.

Kegiatan ini dilakukan untuk tiga kepolisian resor Polwiltabes Bandung secara terpisah dengan jumlah peserta sebanyak 356 anggota kepolisian. Rangkaian acara sosialisasi ini mengundang nara sumber dari Pokja HR KPA Jabar untuk materi situasi epidemi HIV, pendekatan-pendekatan penanggulangan masalah napza, dan kegiatan-kegiatan pengurangan dampak buruk napza, dilanjutkan dengan kunjungan ke lembaga pelaksana layanan HR.



Pelibatan Direktorat Narkoba Polda Jabar dalam keanggotaan Pokja HR turut mengarahkan kebijakan penanggulangan HIV Jawa Barat kepada jalur kesehatan masyarakat yang terlindung secara hukum. Rapat-rapat pokja dalam rangka mencari solusi berkaitan dengan masalah kepolisian dan program HR tidak serta merta menghasilkan sebuah kesepakatan oleh kedua belah pihak (kepolisian dan penyelenggara program). Di samping masalah administrasi mengenai siapa yang akan menandatangani kesepakatan tersebut, UU Narkotika dan Psicotropika RI yang menjadi acuan kepolisian sayangnya sama sekali tidak mengakomodasi kegiatan-kegiatan pengurangan dampak buruk, khususnya penjangkauan dengan menyediakan peralatan suntik. Sehingga kesepakatan tersebut hingga saat ini tidak pernah terjadi.

Untuk mengurangi gesekan antara penyedia layanan dan aparat kepolisian, maka Pokja HR KPA Jabar akhirnya merekomendasikan agar layanan-layanan HR dilakukan di puskesmas atau rumah sakit sebagai institusi medis yang sah dan dilindungi oleh UU Kesehatan RI. Dengan demikian masalah identitas peserta program yang selalu menjadi bahan tawar-menawar kesepakatan dengan pihak kepolisian, terlindungi dengan menjadikan penasun sebagai pasien di institusi-institusi kesehatan milik pemerintah.

MENCEGAH PENULARAN DAN MEMBANGUN JARINGAN DI PENJARA

Di awal masa kerjanya di Jawa Barat, IHPCP bersama dua LSM (Rumah Cemara dan Yayasan Grapiks) melakukan program kegiatan di penjara: Lapas Banceuy Bandung dan Rutan Kebon Waru Bandung. Pada paruh kedua tahun 2004, PKBI Cirebon turut bekerja sama dengan IHPCP dalam melakukan kegiatan di Lapas Gintung Cirebon. Kegiatan yang coba diseragamkan adalah pendidikan dasar HIV bagi penghuni, dimana IHPCP bekerja sama dengan Burnet Institute mengadakan pelatihan fasilitasi program pendidikan dasar HIV bagi petugas LSM dan penjara.

Kasus HIV di penjara-penjara Jawa Barat berdasarkan sero survey yang dilakukan dinas kesehatan cukup tinggi, mengingat kasus-kasus napza mengalami peningkatan yang signifikan, bahkan Lapas Banceuy belum lama berubah dari lapas umum menjadi lapas narkotika. Penjara merupakan inkubator bagi virus darah dimana penggunaan napza suntik tetap terjadi, bahkan dengan sulitnya mendapatkan peralatan, satu suntikan dapat digunakan oleh sepuluh orang lebih tanpa sterilisasi yang memadai di antara penggunaannya.

Tiga LSM tersebut pada periode hibah 2005-2006 mengembangkan kegiatan dari hanya memberikan pendidikan HIV ke penyediaan materi pencegahan, khususnya pemutih dan kondom. Wilayah kerja pun bertambah dimana Rumah Cemara juga bekerja di Lapas Sukabumi dan Lapas Cianjur. NSP masih belum dapat diterapkan di penjara-penjara karena pertimbangan keamanan, dan kondom diberikan pada para penghuni sebatas ketika keluar penjara, bukan di dalam blok.

Banyaknya penghuni yang merupakan kiriman dari luar kota merupakan tantangan tersendiri bagi program-program HIV di penjara. Keberlanjutan program yang telah diikuti di dalam penjara sangat sulit dipastikan ketika penghuni kembali ke daerah asalnya setelah selesai menjalankan hukuman. Padahal, program pencegahan dan pengobatan HIV, termasuk perawatan ketergantungan napza, sangat ditentukan setelah para penghuni keluar dari penjara dan berinteraksi kembali dengan masyarakat umum.

Dukungan, perawatan, dan pengobatan HIV bagi penghuni dapat dibilang cukup berkembang, khususnya di lapas, yang durasi huninya lebih lama ketimbang rutan, dimana lapas menjalin hubungan dengan dinas-dinas kesehatan dan rumah sakit melalui koordinasi KPA. Tercatat di penghujung tahun 2006, Lapas Banceuy mengembangkan program terapi rumatan metadon bekerja sama dengan RS Hasan Sadikin yang terlebih dahulu membantu penyediaan obat ARV bagi penghuni yang positif HIV di lapas tersebut.

PROGRAM BERKUALITAS YANG BERSEMBUNYI

“Terhitung mulai bulan Juni 2006 pelaksanaan VCT dilakukan secara *mobile* bekerjasama dengan RSUD Ujung Berung yang difasilitasi oleh GF ATM, klien melakukan konseling pre tes tetapi tidak semua setuju untuk melakukan tes HIV. Setelah buka hasil semua klien menjalani konseling pos tes. Beberapa orang di antaranya melakukan juga tes Hepatitis C.”

– *Laporan Akhir Program Kerja Sama Hibah IHPCP, PKBI Jabar 2006*

Di luar masalah dengan kepolisian, kerja sama yang dilaksanakan IHPCP dengan tiga LSM di Kota Bandung sejak September 2004 untuk penyediaan peralatan suntik steril mengalami kemajuan yang pesat. Program yang dirancang oleh LSM mitra di Kota Bandung menarik para penasun untuk mendapatkan layanan dan informasi yang lebih banyak mengenai HIV. Hingga September 2005 tercatat 536 penasun terjangkau oleh petugas-petugas lapangan LSM dari 520 penasun yang ditargetkan untuk satu tahun⁷. Selain itu, jaringan layanan juga berhasil dikembangkan di Kota Bandung dimana rumah sakit, puskesmas, dan penjara beserta penyedia layanan lainnya turut menanggapi persoalan ini dengan menjadikan isu penasun dan HIV sebagai komponen program.

NSP memang secara ilmiah terbukti dapat menurunkan prevalensi HIV di kalangan penasun, ini sudah terjadi di banyak tempat di dunia. Dan Kota Bandung menjadi kota pertama di Jawa Barat yang melakukan kegiatan tersebut untuk 1,750 penasun yang diestimasikan berada di kota ini⁸. Dengan disediakannya layanan ini, para penasun tidak hanya mendapatkan peralatan suntik steril tetapi juga informasi dan rujukan untuk dukungan, perawatan, dan pengobatan HIV serta penyakit lainnya, perawatan ketergantungan napza, serta pencegahan HIV melalui jalur selain jarum suntik. Kondisi ini merupakan masa depan yang cerah bagi penanggulangan AIDS di Jawa Barat mengingat sebelum tahun 2004 belum ada sama sekali program penyediaan materi yang dapat mencegah langsung penularan HIV kecuali informasi. Survey yang dilakukan pada pada kelompok penasun di tiga kota di Indonesia menunjukkan bahwa informasi saja, tanpa tersedianya materi, tidak mampu mengarahkan mereka untuk menggunakan peralatan suntik steril setiap kali menggunakan napza⁹.

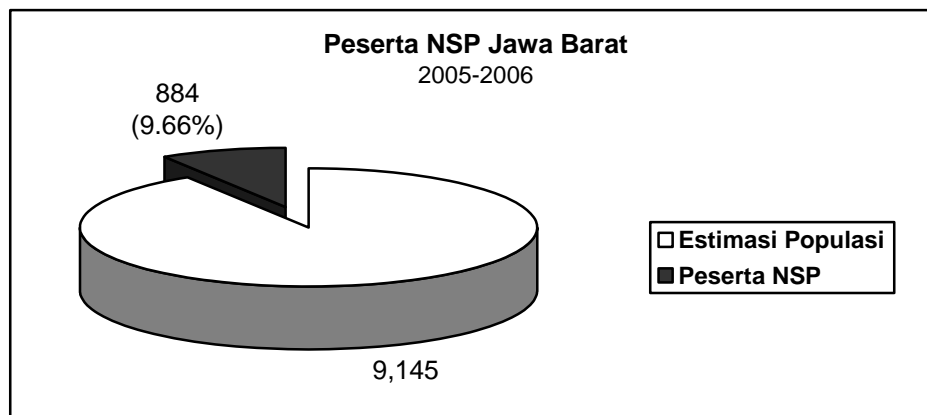
Laporan yang diterima dari kegiatan selama satu tahun telah menunjukkan tanggapan antusias dari para penasun untuk memperoleh layanan, lainnya adalah jaringan layanan yang terbangun untuk bersama-sama mengatasi masalah.

⁷ Program Output Indicators IHPCP Jabar 2004-2005

⁸ Dinas Kesehatan Jawa Barat 2005

⁹ SSP IDU Jakarta, Bandung, dan Surabaya – Badan Pusat Statistik 2005

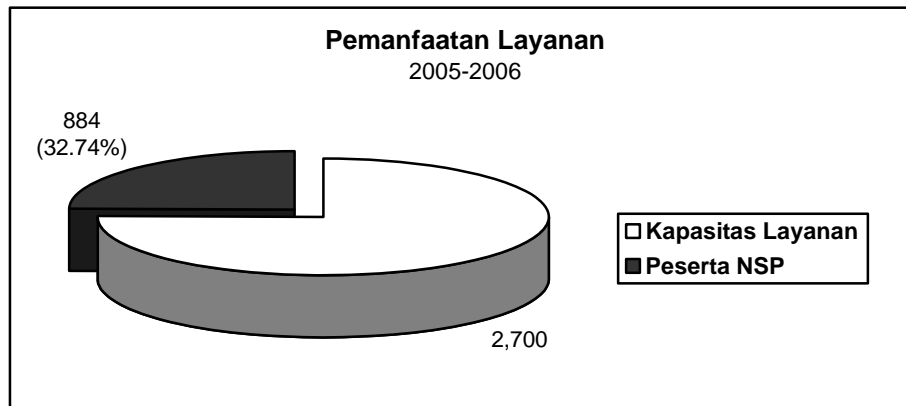
Bagaimanapun, jika memperhitungkan estimasi populasi penasun yang berada di seluruh provinsi, program yang sangat baik ini tidak mampu untuk menurunkan prevalensi HIV di kalangan penasun di Jawa Barat. Tercatat hingga September 2006 peserta yang aktif mengikuti NSP yang dilaksanakan di tiga kota dan satu kabupaten oleh empat LSM dan tiga puskesmas adalah sebanyak 884 penasun, yang berarti 9.66% dari estimasi populasi penasun Jawa Barat. Padahal program yang berhasil mengurangi prevalensi HIV pada kelompok khusus di banyak tempat ini mensyaratkan minimal 70% cakupan layanan.



Kegiatan kerja sama hibah 2005-2006 dilaksanakan oleh empat LSM dan tiga puskesmas sebagai berikut:

Nama Institusi	Wilayah Kerja	Jml Petugas Lapangan	Kapasitas Layanan (penasun)	Keterangan
Yayasan Grapiks	1) Kota Bandung	6	600	
Rumah Cemara	Kota Bandung 2) Kota Sukabumi	5	500	Sasaran di Kota Bandung: 200 penasun positif HIV
PKBI Jawa Barat	Kota Bandung	6	600	
PKBI Cirebon	3) Kota Cirebon 4) Kab. Cirebon	4	400	
Puskesmas Sarijadi	Kota Bandung	1	200	Petugas lapangan adalah pengorganisir masyarakat yang baru direkrut April 2006
Puskesmas Garuda	Kota Bandung	1	200	
Puskesmas Buahbatu	Kota Bandung	1	200	
Jumlah	4	24	2,700	

Dari data-data tersebut diperoleh gambaran bahwa jumlah kapasitas layanan yang dimiliki oleh seluruh pelaksana NSP mitra IHPCP, hanya 32.74% yang dimanfaatkan oleh para penasun.



Minimnya jumlah penasun yang memanfaatkan layanan bisa dipahami bahwa:

- Layanan dilaksanakan oleh enam institusi dengan kapasitas 2,000 peserta berkonsentrasi hanya di satu kota, Bandung, dimana estimasi populasi penasun 2,280 (tinggi), 1,220 (rendah), dan 1,750 (rata-rata)¹⁰;
- Dari angka-angka estimasi tersebut, tidak semuanya masih aktif menggunakan napza suntik secara rutin;
- Metode penghitungan “*active regular participants*” kumulatif pada *Program Output Indicators* didasarkan pada jumlah peserta di bulan terakhir, bukan pada identitas penasun yang menjadi peserta sepanjang periode program. Para penasun yang datang ke salah satu institusi untuk memperoleh layanan (dihitung sebagai peserta program) pada bulan Juli misalnya, ketika tidak datang lagi pada bulan berikutnya tidak dihitung sebagai peserta program.

Program Output Indicators 2005-2006 (cuplikan)

Indicator	Target	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Cumul	%
Seluruh Mitra IHPCP Jabar															
# NSP active/regular participants	2,700	310	294	360	436	494	617	690	715	737	763	767	884	884	32.7%
Yayasan Grapiks															
# NSP active/regular participants	600	170	174	208	234	256	400	476	468	468	468	424	437	437	73%
Rumah Cemara															
# NSP active/regular participants	500	41	37	38	63	84	70	61	53	43	63	64	74	74	15%

¹⁰ Estimasi Populasi Beresiko dan Prevalensi HIV – BPS, ASA, dan Dinkes Jabar 2005

INTEGRASI AWAL SISTEM KESEHATAN MASYARAKAT

Terlepas dari ketidaksempurnaan metode penghitungan dalam laporan, ketika mulai bekerja di Jawa Barat di awal 2004, IHPCP mengalami kesulitan dalam mencari institusi-institusi potensial untuk melaksanakan HR. Tercatat bahwa Rumah Cemara merupakan sebuah komunitas mantan pengguna di Kota Bandung yang mengembangkan upaya-upaya pemulihan ketergantungan napza, dan Yayasan Grapiks adalah lembaga yang mengurus anak-anak jalanan di Kota Bandung dimana seorang petinggiya juga aktif di Yayasan Bahtera yang terlibat dalam RAR terhadap penasun pada tahun 2000. Kedua lembaga yang bekerja di Kota Bandung ini yang kemudian menjalin kerja sama hibah dengan IHPCP Jabar untuk penyediaan peralatan suntik steril selama empat bulan (Mei-Agustus 2004). Di luar itu, belum ada lembaga pemerintah maupun non-pemerintah yang dinilai potensial untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan HR.

Di penghujung empat bulan kerja sama tersebut, IHPCP membuka kesempatan bagi lembaga lain untuk mengajukan proposal kegiatan dalam rangka mengurangi dampak buruk penggunaan napza suntik di Jawa Barat. Terseleksi tiga lembaga baru yang menjalin kerja sama hibah dengan IHPCP: 1) Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Jabar yang juga bekerja di Kota Bandung; 2) Dinas Kesehatan Kota Bandung; dan 3) PKBI Cirebon. Dengan bertambahnya dua LSM dan satu dinas pemerintahan dalam kerja sama hibah IHPCP untuk periode 2004-2005, tidak serta merta menambah wilayah kerja NSP karena dua lembaga tersebut bekerja di Kota Bandung, sementara PKBI Cirebon hanya bekerja di penjara untuk kerja sama periode ini.

Masuknya dinas kesehatan kota (DKK) dalam kerja sama hibah ini membawa angin segar bagi perkembangan HR di Jawa Barat khususnya dalam penyediaan layanan. Walaupun di Kota Bandung sudah terlanjur terbentuk persepsi bahwa yang melakukan layanan terhadap penasun harus LSM – penasun takut kepada aparat berseragam, namun sistem kesehatan masyarakat Kota Bandung perlu dikuatkan untuk merespon epidemi ini. Untuk itu DKK Bandung selama satu tahun merencanakan kegiatan sosialisasi HR, lebih tepat disebut pelatihan singkat, bagi seluruh puskesmas di wilayah kerjanya.

Tanggapan Positif dari Unit Pelayanan Kesehatan Dasar:

1. Siap menerima rujukan untuk pelayanan kesehatan dasar dari outreach workers.
2. Siap melaksanakan sosialisasi di wilayah kerja puskesmas
3. Siap melaksanakan advokasi dengan tokoh masyarakat di wilayah kerja
4. Siap merujuk untuk pendampingan kepada LSM peduli HIV/AIDS
5. Siap membentuk jejaring penanggulangan HIV/AIDS dengan LSM / Kelompok Peduli HIV/AIDS

Tanggapan Negatif:

1. Masih ada kekhawatiran dalam tatalaksana HR di Puskesmas karena peraturan yang belum jelas.
2. Masih ada kelompok yang kontra terhadap program HR di masyarakat.
3. Perlindungan hukum untuk petugas kesehatan belum jelas.
4. Rujukan bagi ODHA sulit karena belum tersedianya rumah sakit yang komprehensif.

– Laporan Program Kerja Sama Hibah IHPCP, Dinkes Kota Bandung 2005

Selain tercapainya target peserta sosialisasi sebanyak 183 petugas puskesmas, dampak dari kegiatan selama satu tahun ini adalah berpartisipasi tiga puskesmas di Kota Bandung dalam kerja sama hibah IHPCP untuk tahun 2005-2006. Hal ini tidak semata-mata karena di wilayah kerja ketiga puskesmas tersebut terdapat banyak populasi penasun, namun juga keinginan kepala puskesmas untuk mempelajari sesuatu yang baru menyangkut masalah kesehatan masyarakat yang ada di depan mata.

KAJIAN CEPAT ATAS SITUASI DAN RESPON JAWA BARAT

Rapid situation and response assessment (RSRA) penyebaran HIV di kalangan penasun di 10 wilayah Jawa Barat dilakukan untuk mengetahui kondisi aktual penasun dan sekaligus mengukur kondisi aktual kebijakan dan aktivitas lembaga-lembaga (pemerintah dan non-pemerintah) yang memberi respon terhadap situasi penasun¹¹.

RSRA yang dilakukan akhir 2005 – awal 2006 melibatkan 836 penasun, 782 laki-laki dan 53 perempuan (n/a=1). Usia berkisar 17-49 tahun, 50% lebih berusia antara 21–30 tahun. Sekitar 53% responden menyatakan dirinya pengangguran, 2% responden masih bersekolah. Mayoritas responden (64,1%) menamatkan pendidikan (setingkat) SLTA, 22,97% menamatkan pendidikan di perguruan tinggi.

Kesimpulan mengenai Situasi	Kesimpulan mengenai Respon
<ul style="list-style-type: none"> - Penggunaan napza dimulai ketika remaja dan ini bukan lagi merupakan fenomena “salah asuhan” keluarga, melainkan telah menjadi budaya massa. Keluarga sudah tidak bisa lagi menjadi pembendung untuk percobaan napza, bahkan beberapa keluarga mendukung penyediaan napza daripada si pemakai keluar rumah dan mencuri; - Heroin yang relatif langka dan mahal membuat pemakaian secara berkelompok lazim dilakukan untuk menjamin ketersediaan dan rasa aman. Pemakaian berkelompok ini juga membuat penggunaan peralatan suntik secara bergantian. - Pemakaian kondom di kelompok yang sangat rentan terhadap penularan virus darah ini rendah ketika melakukan hubungan seks. - Stigmatisasi dialami oleh hampir seluruh responden, namun pihak yang menjadi korban ini malah cenderung menghindar ketimbang melakukan upaya-upaya penghapusan stigma. - Pengetahuan responden terhadap penularan virus darah rendah. - 90% responden pernah berusaha berhenti dari napza melalui berbagai cara dan fasilitas yang ada selama ini, dan ketika RSRA ini dilakukan mereka masih menyuntik. 	<ul style="list-style-type: none"> - 70% responden mengetahui adanya lembaga (pemerintah dan non pemerintah) yang bekerja menangani masalah napza dan HIV, hanya 20% responden yang pernah mendapat/meminta bantuan kepada lembaga-lembaga tersebut. - 40% responden pernah berurusan dengan kepolisian atas kasus napza. - Layanan informasi yang diterima bersifat “kampanye hitam” dan membuat para penasun semakin berada di “bawah tanah”. - 60% responden pernah ikut program rehabilitasi, termasuk pesantren dan detoksifikasi. Keluhan responden adalah biayanya yang mahal tidak menjamin mereka untuk tidak kambuh. - Pemahaman responden yang lebih baik soal penularan HIV berada di kota-kota dimana terdapat intervensi program HR, namun intervensi yang dilakukan selama ini justru menimbulkan paling tidak: (1) ketergantungan penasun yang kuat terhadap petugas penjangkau hingga mengambil alih peran orang tua; (2) program HR direduksi sebagai pembagian jarum suntik semata; dan (3) pemahaman masyarakat dan aparat pemerintahan (termasuk aparat hukum) terhadap HR sebagai legalisasi napza. - Pemerintah daerah banyak tidak memiliki informasi yang cukup mengenai epidemi HIV dan penasun, akibatnya masalah ini tetap terabaikan.

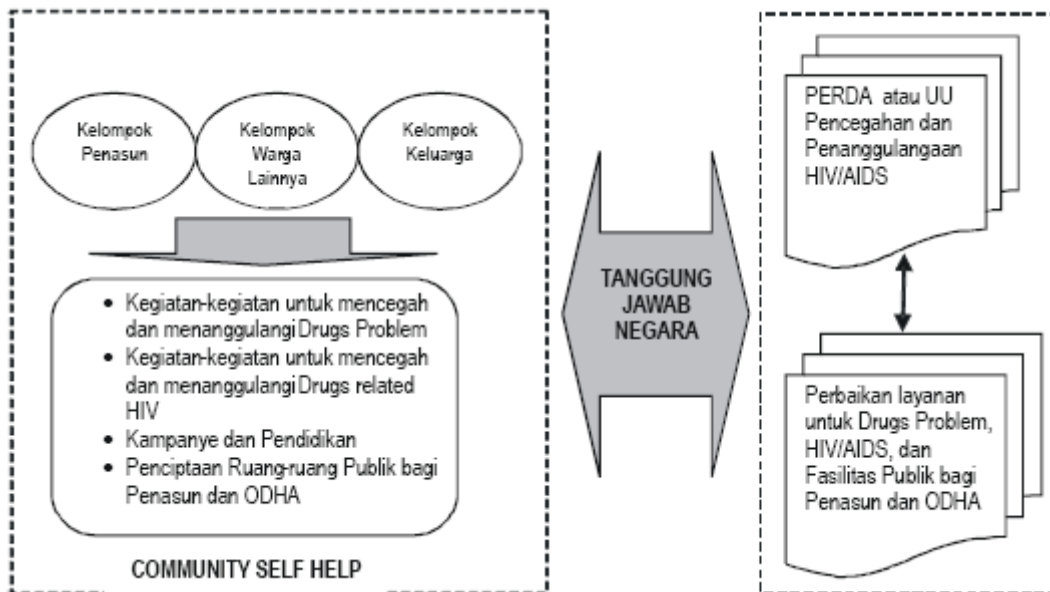
¹¹ Executive Summary, RSRA Penasun Jawa Barat – Skepo 2005

Pemahaman tentang situasi penasun dan respon lembaga-lembaga sangat penting terutama sebagai bahan informasi dan refleksi untuk perbaikan dan peningkatan program kerja lembaga-lembaga tersebut dalam membendung epidemi HIV di kalangan penasun di Jawa Barat di masa-masa mendatang (riset aksi). Dalam RSRA, ditemukan pula sejumlah kesenjangan antara:

- a. Kebutuhan penasun dengan layanan yang tersedia;
- b. Perencanaan dan pelaksanaan program;
- c. Kebijakan (hukum) dan sistem nilai di masyarakat dengan HR, khususnya NSP.

Dari kesenjangan-kesenjangan tersebut, RSRA ini memberikan setidaknya tiga rekomendasi sebagai berikut:

1. Menyediakan berbagai tata peraturan yang memadai untuk pencegahan dan penanggulangan HIV, terutama di kalangan penasun;
2. Menyediakan dan memperluas berbagai sistem pelayanan yang memadai untuk pencegahan dan penanggulangan HIV;
3. Mendorong masalah pencegahan dan penanggulangan HIV dari “privat area” menjadi “publik area”, dengan menempatkan komunitas sebagai salah satu pelaku utamanya.



UPAYA PENGENALAN PENASUN KE LAYANAN PUBLIK

Layanan HR mulai dilaksanakan di puskesmas bekerja sama dengan LSM yang sudah terlebih dahulu melaksanakan kegiatan sejenis dengan petugas-petugas penjangkaunya. Mekanismenya adalah LSM yang sudah memiliki “pelanggan” melalui pendekatan “door to door marketing-nya” selama ini merujuk para pelanggan tersebut untuk memperoleh layanan kesehatan di puskesmas, termasuk jarum suntik. Jika menilai dari pencapaian kuantitatif selama satu tahun kegiatan kerja sama ini, program HR di puskesmas tampak tidak diminati oleh penasun dengan indikasi angka kepesertaan dan distribusi material di tiap puskesmas rata-rata di bawah lima persen.

Program Output Indicators 2005-2006 (cuplikan)

Indicator	Target	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Cumul	%
Puskesmas Sarijadi															
# NSP active/regular participants	200			0	1	2	3	2	12	18	9	10	9	9	5%
# needles / syringes distributed	35,760			0	6	24	48	30	174	324	198	150	126	1,080	3%
Puskesmas Buahbatu															
# NSP active/regular participants	200			6	2	2	1		5	7	7	7	7	7	4%
# needles / syringes distributed	36,960			36	12	12	30		114	300	222	144	156	1,026	3%
Puskesmas Garuda															
# NSP active/regular participants	200			5	13	4	2	2	13	27	5	4	16	16	8%
# needles / syringes distributed	35,760			14	74	24	12	12	78	162	30	24	96	526	1%

Untuk penasun yang berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Sarijadi sendiri hanya 2 orang hal ini disebabkan penasun enggan datang ke Puskesmas Sarijadi dengan alasan takut masyarakat sekitar (tetangga) tahu bahwa dia seorang pengguna narkoba. Dari hal-hal diatas, untuk kedepan pendekatan melalui Karang Taruna dan kelompok peduli HIV/AIDS akan lebih kami tingkatkan untuk mendekatkan diri kepada Penasun yang ada di wilayah kerja puskesmas.

– Laporan Program Kerja Sama Hibah IHPCP, PKM Sarijadi 2006

Kegiatan NSP sudah menunjukkan peningkatan yang tadinya hanya 2 hari dalam satu minggu yaitu setiap hari Selasa dan Kamis sekarang menjadi 5 hari dalam seminggu yaitu hari Senin sampai dengan Jum'at. Kegiatan pengorganisasian masyarakat juga sudah mulai menunjukkan peningkatan ditandai dengan bertambahnya penasun yang aktif melakukan NSP.

– Laporan Program Kerja Sama Hibah IHPCP, PKM Garuda 2006

Kendala mekanisme rujukan HR LSM ke puskesmas:

1. Keengganan penasun untuk mengakses layanan di puskesmas karena sifatnya yang terbuka sebagai tempat pelayanan publik;
2. Adanya konflik kepentingan LSM dalam merujuk penasun kliennya ke puskesmas untuk layanan yang juga dimilikinya (penyediaan peralatan suntik) karena sama-sama ditarget oleh lembaga donor;
3. LSM memulai layanan dengan menyediakan “fasilitas” layanan antar jarum suntik 24 jam, sehingga penasun terbiasa untuk tidak keluar rumah dan mengambilnya sendiri. Sementara;
4. Sesuai dengan prosedur yang dilindungi hukum, puskesmas memberikan layanan di dalam puskesmas dengan jam kerja yang terbatas. Puskesmas hanya memiliki seorang pengorganisir masyarakat yang tugasnya mengorganisir penasun, keluarga penasun, dan warga setempat untuk mendukung dan mengembangkan kegiatan-kegiatan HR, bukan memberikan layanan antar suntikan 24 jam kepada para penasun yang membutuhkan.

Melihat hasil-hasil tersebut, diskusi terus dilakukan dan berkembang di antara DKK Bandung, tiga puskesmas, dan tiga LSM untuk mengefektifkan peran masing-masing lembaga dalam penyediaan layanan HR dengan didukung oleh berbagai pihak. Pembagian peran yang kemudian disepakati tersebut adalah sebagai berikut:

Puskesmas: Menyediakan layanan bagi para penasun khususnya jarum suntik steril, kondom, pengobatan dasar. Ini termasuk berlatih bagaimana memberikan layanan-layanan tersebut tanpa stigma dan diskriminasi untuk mencegah keengganan penasun untuk datang.

LSM: Memberikan dukungan teknis layanan kepada puskesmas, melatih petugas puskesmas di tempat untuk bekerja dengan penasun, khususnya dalam penyediaan jarum suntik. Bersama puskesmas membangun jaringan dukungan warga di wilayah kerjanya, membentuk kelompok-kelompok peduli penasun dan AIDS.

DKK: Memperbanyak puskesmas penyedia layanan HR di wilayah Kota Bandung serta membangun jaringan layanan dan dukungan untuk keberlangsungan program melalui kebijakan kota.

Kesepakatan tersebut didukung oleh IHPCP untuk membangun SDM tiga LSM mitra kerjanya beserta pengadaan materi HR hingga Juni 2007 demi peningkatan respon sistem kesehatan masyarakat di Kota Bandung. DKK Bandung kemudian menambah sembilan puskesmas di penghujung tahun 2006 untuk memperkuat sistem tersebut dan agar lebih mendekatkan layanan HR ke penasun dan masyarakat.

PERLUASAN LAYANAN HR SEBAGAI RESPON TERHADAP KESEHATAN MASYARAKAT

Kerjasama IHPKP dengan sejumlah lembaga pemerintah maupun non pemerintah sejak 2004 hingga pertengahan 2005 khususnya di Kota Bandung merupakan pengalaman penting bagi Jawa Barat untuk memperluas respon terhadap epidemi HIV. Program-program pengurangan dampak buruk napza dirasa penting diperluas mengingat lebih dari 60% kasus HIV di Jawa Barat disumbangkan oleh penasun. Dan jumlah kasus HIV di kelompok khusus ini merupakan yang tertinggi kedua setelah Provinsi DKI Jakarta.

Demi mencapai 70% cakupan layanan, KPA Jabar beserta sejumlah komponen pendukung lainnya di akhir tahun 2005 menginisiasi sebuah rencana aksi. Rencana yang merupakan upaya perluasan cakupan program-program pengurangan dampak buruk napza, termasuk juga dukungan, pengobatan, dan perawatan HIV, melibatkan 15 kabupaten dan kota Jawa Barat sebagai berikut:

1. Kota Bekasi;
2. Kabupaten Bekasi;
3. Kota Depok;
4. Kota Bogor;
5. Kabupaten Bogor;
6. Kota Sukabumi;
7. Kabupaten Cianjur;
8. Kota Cimahi;
9. Kota Bandung;
10. Kabupaten Bandung;
11. Kabupaten Sumedang;
12. Kota Tasikmalaya;
13. Kabupaten Tasikmalaya;
14. Kota Cirebon; dan
15. Kabupaten Cirebon

Rencana aksi yang disusun untuk jangka waktu satu tahun ini melibatkan 30 puskesmas tambahan dari 3 yang sudah beroperasi di Kota Bandung. Pemilihan puskesmas-puskesmas tersebut berdasarkan lokakarya yang digelar bersama dinas-dinas kesehatan kabupaten kota yang merupakan kegiatan-kegiatan proses sosialisasi dan perencanaan dalam rencana aksi. Rangkaian proses yang disusun dalam rencana aksi tersebut adalah sebagai berikut:

Proses 1: Sosialisasi dan Perencanaan Program Aksi di Kota dan Kabupaten

Proses 2: Persiapan dan Pelatihan, meliputi:

- a. Pengorganisasian warga dalam upaya penjangkauan penasun dan pelibatan masyarakat untuk dukungan dan peningkatan kualitas layanan bagi pengorganisir masyarakat (*community organizer*);
- b. Ketrampilan layanan HR dan CST (*care, support, and treatment*) bagi petugas puskesmas;
- c. Ketrampilan dan penyediaan terapi substitusi napza bagi petugas puskesmas.

Proses 3: Pelaksanaan Program Aksi, meliputi:

- a. Pengorganisasian masyarakat;

- b. Penyediaan peralatan steril dan layanan pengobatan dasar bagi penasun di 33 puskesmas;
- c. Terapi substitusi napza di puskesmas atau rumah sakit di kabupaten kota prioritas: Bandung, Sukabumi atau Bogor, Tasikmalaya, Bekasi, dan Cirebon;
- d. Dukungan, perawatan, dan pengobatan HIV/AIDS termasuk VCT di puskesmas terpilih yang akan dilatih lebih lanjut.

Proses 4: Penyusunan Strategi Keberlanjutan Program, merupakan rangkaian lokakarya melibatkan pemkot dan pemkab dengan koordinasi KPA kota dan kabupaten untuk integrasi dan keberlanjutan aksi.

Pada prinsipnya, program-program HIV yang selama ini dilakukan secara tertutup dan sembunyi-sembunyi, melalui program aksi ini menjadi program yang bersifat terbuka sehingga memberikan kesempatan bagi masyarakat untuk turut terlibat dan mendukungnya. Oleh karena itu pelaksanaan layanan di puskesmas tidak mempekerjakan petugas-petugas penjangkau sebagaimana yang dilakukan LSM selama ini, melainkan pengorganisir-pengorganisir masyarakat yang adalah warga di wilayah kerja puskesmas, tiap puskesmas satu pengorganisir.

Pengalaman pelaksanaan HR di tiga puskesmas di Bandung menyatakan bahwa para penasun enggan datang ke puskesmas karena takut pemakaian napzanya diketahui oleh warga yang mengenal keluarganya, yang sedang berobat di puskesmas. Jika demi mencapai cakupan program yang ideal untuk menurunkan penularan HIV dengan memperluas layanan HR masih menggunakan pendekatan “bawah tanah”, tujuan tersebut sulit untuk dicapai karena tidak mendapat dukungan dari masyarakat luas untuk upaya keberlanjutannya. Masyarakat akan menilai bahwa ini adalah masalah para penasun bukan masalah masyarakat yang harus ditangani oleh seluruh komponen dengan negara sebagai pemegang mandat untuk melindungi kesehatan masyarakat.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat (Dinkes Jabar) merupakan institusi terdepan dalam pelaksanaan rencana aksi ini, namun demikian perlu melakukan banyak koordinasi khususnya dengan dinkes-dinkes kabupaten dan kota dan juga sekretariat-sekretariat daerah termasuk Jawa Barat. Sehingga walaupun pelaksanaannya mundur lebih dari enam bulan dari jadwal yang sudah disusun, komitmen pemerintah provinsi melalui KPA-nya sangat kuat untuk mengembangkan dan berkontribusi dalam program aksi ini. IHPCP turut berkontribusi dengan melaksanakan kerja sama hibah dengan Dinkes Jabar selama sembilan bulan (Oktober 2006 – Juni 2007) untuk penyediaan materi, pengembangan kapasitas SDM, dan penguatan sistem.

TANTANGAN UNTUK MENINGKATKAN KUALITAS LAYANAN

Hingga Desember 2006 pencapaian secara keseluruhan memang masih di bawah 10%. Kendala-kendala yang dialami oleh tiga puskesmas di Bandung dalam menarik minat penasun untuk datang ke puskesmas juga dialami oleh sebagian besar puskesmas baru. Apalagi di kota kabupaten dimana belum pernah ada layanan HR sama sekali, kerja-kerja pengorganisasian masyarakat menjadi fokus utama ketimbang bagaimana memberikan layanan HR. Kerja sama dengan LSM yang sudah melaksanakan HR di sejumlah wilayah mendapat kendala yang sama dengan ketika HR di puskesmas baru dibuka di Kota Bandung, menjadi “saingan”.

Program Output Indicators 2006-2007 (cuplikan)

Indicator	Target	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun				Cumul	%
33 Puskesmas Jawa Barat															
# NSP active/regular participants	7,950	485	596	645										645	8%
# IDU referred for medical care	1,590	141	187	248										576	36%

Di beberapa puskesmas, tingkat pencapaian peserta NSP berada di atas 20%. Hal ini disebabkan paling tidak oleh dua hal yang tidak harus terjadi keduanya sekaligus, namun dapat menjadi penunjang yang sangat dibutuhkan:

1. Tim kerja di puskesmas mampu melakukan inovasi dalam menarik minat para penasun untuk datang ke puskesmas, seperti melakukan pemeriksaan infeksi menular seksual, konseling dan tes darah HIV, dan secara aktif mempromosikannya;
2. Pemda kabupaten atau kota (KPA) memiliki strategi yang jelas dalam menanggulangi masalah HIV di kalangan penasun sehingga memberikan dukungan yang dibutuhkan berupa kebijakan dan anggaran kepada puskesmas. Ini terjadi di Kota Bogor namun tidak terjadi di Kota Cirebon.

PROGRAM PENGURANGAN DAMPAK BURUK NAPZA

PERLUASAN RESPON JAWA BARAT TERHADAP EPIDEMI HIV
DI KALANGAN PENGGUNA NAPZA SUNTIK

Program Output Indicators 2006-2007 (cuplikan)

Indicator	Target	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun					Cumul	%
PKM Bogor Timur Kota Bogor																
# NSP active/regular participants	225	9	50	61											61	27%
# IDU receiving VCT (onsite, referral)	45	4	23	40											67	149%
PKM Bogor Tengah Kota Bogor																
# NSP active/regular participants	225	35	29	45											45	20%
# IDU receiving VCT (onsite, referral)	45	0	15	20											35	78%
PKM Drajat Kota Cirebon																
# NSP active/regular participants	225	6	1	3											3	1%
# IDU receiving VCT (onsite, referral)	45	0	0	0											0	0%
PKM Larangan Kota Cirebon																
# NSP active/regular participants	225	57	93	53											53	24%
# IDU receiving VCT (onsite, referral)	45	29	54	17											100	222%

Tantangan lebih lanjut dalam upaya perluasan respon Jawa Barat terhadap epidemi HIV di kalangan penasun adalah:

1. Bagaimana menyediakan layanan yang inovatif di puskesmas yang dibutuhkan, tidak hanya jarum suntik, sebagai daya tarik bagi para penasun untuk lebih akrab dengan puskesmas sebagai layanan publik, termasuk peningkatan rasa aman;
2. Bagaimana mengembalikan peran LSM sebagai agen pemberdayaan masyarakat, bukan sekedar pemberi layanan antar 24 jam, yang berpihak pada penasun dan masyarakat sebagai korban dari kurang berfungsinya sistem kesehatan masyarakat;
3. Bagaimana kelompok-kelompok peduli bersama-sama penyedia layanan, pemerintah daerah, dan parlemen merumuskan tata peraturan yang memadai dalam rangka penanggulangan HIV dan masalah napza di masyarakat.

CAPAIAN DAN PEMBELAJARAN

Implementasi proyek selama dua tahun (2005-2007) dalam rangka merespon epidemi HIV di kalangan penasun di Jawa Barat menghasilkan sejumlah pencapaian dan pembelajaran yang dapat dipetik bagi implementasi proyek-proyek sejenis di daerah lain. Ketika kajian-kajian ilmiah menyatakan bahwa pendekatan HR dapat menurunkan kasus HIV di kalangan penasun dengan cakupan minimal 70%, perlu dipertimbangkan langkah-langkah strategis untuk mengimplementasikan kegiatan-kegiatan teknis. Tentunya hal tersebut mensyaratkan kebijakan yang mengakomodasi pelaksanaan serta didukung oleh masyarakat sebagai pemberi mandat. Akhirnya layanan kesehatan dapat diperoleh dengan mudah dan kesehatan masyarakat terlindungi.

Capaian

1. Demonstrasi layanan HR di dalam sistem kesehatan masyarakat yang ada, dimana layanan-layanan ini tadinya merupakan dominasi LSM dengan cakupan provinsi yang minim karena tidak memiliki infrastruktur di seluruh wilayah provinsi. Pelibatan 33 puskesmas di 15 kota dan kabupaten dalam rencana aksi KPA Jabar untuk merespon epidemi HIV di kalangan penasun merupakan langkah awal bagi perlindungan kesehatan masyarakat;
2. Terbentuknya kelompok-kelompok peduli penasun dan HIV sebagai legitimasi atas upaya-upaya pengurangan dampak buruk napza, dimana kelompok-kelompok ini bersama pemerintah dan legislatif terlibat dalam penentuan kebijakan penanggulangan HIV di wilayah kerjanya. Ini juga merupakan pencapaian dalam hal mengembalikan peran LSM dari sekedar pengantar layanan ke pemberdayaan masyarakat;
3. Terbangunnya jaringan dukungan layanan bagi penasun antara KPA, dinas kesehatan, rumah sakit, dan penjara. Hal ini tak lepas dari upaya-upaya yang diinisiasi dari kelompok kerja HR KPA Jabar yang turut melibatkan berbagai pihak termasuk akademisi, LSM, kepolisian, media massa, dan pakar-pakar terkait;
4. Terdorongnya penasun yang tadinya menyingkir dari masyarakat ke ruang-ruang publik dengan dibukanya layanan HR di puskesmas dan pembentukan kelompok warga peduli penasun. Hingga masalah-masalah HIV dan napza tidak hanya menjadi masalah kelompok khusus yang eksklusif (penasun dan penyedia layanan), namun menjadi masalah masyarakat.

Pembelajaran

1. Untuk melakukan kajian terlebih dulu terhadap situasi dan respon di wilayah yang sudah melakukan upaya-upaya penanggulangan sebelum implementasi proyek. Sehingga strategi aksi dapat dirancang sesuai dengan situasi dan memperbaiki respon yang telah dilakukan;
2. Keterlibatan LSM dalam proyek tidak melulu selaku pemberi layanan namun juga terutama melakukan kerja-kerja pemberdayaan masyarakat, salah satunya adalah dengan memfasilitasi terbentuknya kelompok-kelompok peduli. Sehingga masyarakat dapat menjadi penyeimbang bagi pemerintah daerah dalam menunaikan kewajibannya meningkatkan kuantitas dan kualitas layanan bagi masyarakat;
3. Untuk mengintegrasikan program ke dalam sistem kesehatan yang sudah ada, sehingga tidak membuat sistem baru di luar yang sudah ada. Hal ini dapat memastikan efektivitas biaya untuk cakupan yang luas (fasilitas dan SDM sudah ada) dan keberlanjutan program karena menggunakan sistem dan institusi yang sudah dan terus dianggarkan oleh pemerintah daerah;
4. Keterlibatan pemegang otoritas lokal mutlak ada dalam penyusunan rencana program aksi sehingga benar-benar dimiliki oleh daerah. Di samping itu dalam pelaksanaannya, keterlibatan masyarakat sangat dibutuhkan untuk memberikan legitimasi dan mandat kepada pemerintah daerah dalam upaya-upaya melindungi kesehatan masyarakat.

Kontributor:

- a. Patri Handoyo, HR Jawa Barat Provincial Technical Officer
- b. Arry Lesmana Putra, Jawa Barat Provincial Coordinator
- c. Fabio Mesquita, HR Adviser
- d. Inggrid Irawati Atmosukarto, HR National Technical Officer
- e. Priscillia Anastasia, HR-CST Jawa Barat Provincial Technical Officer
- f. Bambang Eka, HR National Technical Officer
- g. Inang Winarso, HR National Technical Officer

Indonesia HIV Prevention and Care Project

Kantor Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat RI
JI Merdeka Barat No 3 Jakarta 10110
Tel. +6221 3505561

Kantor Jawa Barat:

Sekretariat Komisi Penanggulangan AIDS Jawa Barat
JI Diponegoro No 20 Bandung 40115
Tel. +6222 4260935