



Panduan Program HIV dan IMS Komprehensif dalam Situasi Krisis Kesehatan dan Kebencanaan di Tingkat Komunitas



Panduan Program HIV dan IMS Komprehensif dalam Situasi Krisis Kesehatan dan Kebencanaan di Tingkat Komunitas

Penulis:

Ngakan Putu Anom Harjana
Gede Benny Setia Wirawan
Brigitta Dhyah Kunthi Wardhani

Editor:

Oldri Sherli Mukuan
Asti Widihastuti
Meirinda Sebayang
Sally Nita
Iman Abdurrahman

Desain dan Tata Letak:

Desak Made Ari Harjani



PENERBIT

BASWARA PRESS

Jl. ByPass Ngurah Rai Nomor: 888 xx, Denpasar, Bali – Indonesia

(0361) 6209990; (+62)85858962311

info@baswarapress.com

baswarapress@gmail.com

Panduan Program HIV dan IMS Komprehensif dalam Situasi Krisis Kesehatan dan Kebencanaan di Tingkat Komunitas

Penulis:

Ngakan Putu Anom Harjana
Gede Benny Setia Wirawan
Brigitta Dhyah Kunthi Wardhani
Oldri Sherli Mukuan
Asti Widiastuti
Meirinda Sebayang
Sally Nita
Iman Abdurrahman

ISBN (PDF): 978-623-99689-4-6

Copyright © April 2022

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang. Pertama kali diterbitkan di Indonesia dalam Bahasa Indonesia oleh BASWARA PRESS. Penggunaan material dalam karya ini diatur dalam Lisensi Publik Creative Commons 4.0 Atribusi-NonKomersial-TanpaTurunan (CC-BY-ND). Pengguna dapat mengutip konten dalam karya ini dengan memberi kredit yang sepantasnya kepada penulis asli karya ini. Dilarang menggunakan karya ini untuk kepentingan komersial dalam bentuk apapun. Dilarang mengubah dan menyebarluaskan isi karya ini dalam bentuk apa pun tanpa izin tertulis dari penulis.

PENERBIT

BASWARA PRESS

Jl. ByPass Ngurah Rai Nomor: 888 xx, Denpasar, Bali – Indonesia
(0361) 6209990; (+62)85858962311

info@baswarapress.com

baswarapress@gmail.com

Kata Pengantar

Puji syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya maka penyusunan **“Panduan Program HIV dan IMS Komprehensif dalam Situasi Krisis Kesehatan dan Kebencanaan di Tingkat Komunitas”** dapat diselesaikan. Pedoman ini disusun untuk melengkapi Modul Training of Facilitator (ToF) Program HIV dan IMS Komprehensif dalam Situasi Krisis Kesehatan dan Kebencanaan di Tingkat Komunitas yang telah disusun bersamaan dengan pedoman ini.

“Panduan Program HIV dan IMS Komprehensif dalam Situasi Krisis Kesehatan dan Kebencanaan di Tingkat Komunitas” berisi langkah-langkah operasional pelaksanaan program HIV dan IMS komprehensif yang ditujukan bagi para pekerja kemanusiaan yang berperan sebagai pendamping sebaya serta penyedia bantuan kemanusiaan pada situasi bencana. Panduan ini bersifat praktis dan aplikatif, sehingga dapat memberikan acuan dalam merespon penyediaan program HIV dan IMS komprehensif pada saat bencana yang selama ini sering terabaikan.

Panduan ini menjelaskan tentang pengetahuan dasar terkait kebencanaan dan krisis kesehatan, koordinasi, komunikasi, dan perencanaan lintas sektoral, dan rincian kegiatan lintas sektoral dalam program HIV dan IMS di situasi bencana. Panduan ini juga memaparkan tentang akuntabilitas terhadap komunitas terdampak, monitoring serta evaluasi terkait program HIV dan IMS komprehensif di situasi krisis kesehatan.

Kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan panduan ini, tidak lupa kami ucapkan terima kasih dan penghargaan yang tinggi. Saran dan masukan dalam upaya penyempurnaan panduan ini terus kami harapkan. Semoga panduan ini dapat bermanfaat dalam upaya meningkatkan kualitas program HIV dan IMS pada krisis kesehatan, terutama di tingkat komunitas.

Jakarta, 9 Maret 2022

Ketua Sekretariat Nasional Jaringan Indonesia Positif



Meirinda Sebayang

FOREWORD

UNFPA REPRESENTATIVE IN INDONESIA

Reproductive health issues, especially the management of human immunodeficiency virus (HIV) and sexually transmitted infections (STIs) in emergency situations, have not received enough attention. In disaster situations that can lead to health crises, the needs of vulnerable groups for HIV and STI services are often overlooked and have not been prioritized in disaster management efforts. In reality, demands for HIV and STI services tend to increase during health crises due to social instability.

In an effort to continue reproductive health services during health crises, the United Nations Population Fund (UNFPA) in collaboration with the Ministry of Health of the Republic of Indonesia has developed a Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health since 2008. However, the MISP for Reproductive Health has not been fully understood nor implemented properly during health crises, especially in supporting the HIV and STI prevention programmes at the community level.

Since 2014, disaster management in Indonesia has adopted the cluster system approach from the international disaster management system. This cluster approach aims to improve coordination, integration, and effectiveness and efficiency in disaster management responses, including encouraging community involvement in pre-crisis, during crisis, and post-crisis stages. Community involvement is critical in preventing transmission and improving access to quality HIV and STI services based on community needs.

I greatly welcome the publication of the *Comprehensive HIV and STI Programme Guidelines in Health Crisis and Disaster Situations at the Community Level*. This publication can serve as a reference for enhancing public education on the prevention and management of STIs, including HIV, and ensuring the availability of HIV and STI services during disasters through community approach. I hope that with the compilation of this module, all components of the society, including the peer support communities, can take more effective, integrative, and comprehensive coordination steps to support comprehensive HIV and STI prevention programmes in health crises.

I would like to express my sincere gratitude to the Ministry of Health as the coordinator of HIV prevention and management in health crises, to the Government of Japan for their generous support, and to all stakeholders who have contributed to the development of these guidelines. I hope that our efforts to fulfill the right to access quality HIV and STI services and respect human dignity can be realized, especially in health crises and disasters so that no one is left behind.

Jakarta, 9 March 2022

UNFPA Representative in Indonesia



Anjali Sen

Daftar Isi

Kata Pengantar	iv
Kata Sambutan	v
BAB I: Pendahuluan	3
1.1 Situasi HIV dan IMS di Indonesia.....	3
1.2 Bencana dan Krisis Kemanusiaan	4
1.3 Pelayanan HIV/IMS berbasis Komunitas	8
1.4 Tujuan	10
1.5 Target.....	10
BAB II: Koordinasi, Kolaborasi, dan Integrasi	11
2.1 Upaya Koordinasi.....	12
2.2 Upaya Kolaborasi.....	13
2.3 Upaya Integrasi	14
BAB III: Kegiatan Lintas Sektoral.....	15
3.1 Penilaian Tingkat Risiko Kebencanaan.....	15
3.1.1 Indikator Penilaian Tingkat Risiko Kebencanaan.....	15
3.1.2 Peran Komunitas dalam Penilaian Tingkat Risiko Kebencanaan	18
3.2 Layanan HIV dan IMS dalam Situasi Kebencanaan.....	20
3.2.1 Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pencegahan HIV.....	20
3.2.2 Kegiatan Deteksi Kasus HIV	24
3.2.3 Kegiatan Pengobatan HIV	27
3.3 Layanan Kesehatan Terkait HIV dalam Situasi Kebencanaan.....	29
3.3.1 Layanan Kesehatan Reproduksi, Ibu, dan Anak.....	29
3.3.2 Layanan Infeksi Menular Seksual	30
3.3.3 Layanan TB dan Infeksi Oportunistik Lainnya.....	31

3.3.4 Layanan Kesehatan Mental	33
3.4 Dukungan Sosial Untuk Populasi Kunci	35
3.4.1 Perlindungan dari Diskriminasi dan Kekerasan	35
3.4.2 Penanggulangan Risiko Kekerasan Berbasis Gender	37
3.4.3 Manajemen Pengungsian Untuk Populasi Kunci	40
3.4.4 Dukungan Nutrisi untuk Populasi Kunci dan ODHA.....	41
3.5 Logistik Kesiapsiagaan Bencana untuk Komunitas.....	43
3.5.1 Paket Individu	44
3.5.2 Paket Layanan	45
BAB IV: Kegiatan Monitoring dan Evaluasi terkait Peran Komunitas dalam Program Penanggulangan HIV-AIDS dan IMS	51
4.1 Paparan singkat tentang kegiatan monitoring dan evaluasi program pengulangan HIV-AIDS.....	51
4.2 Indikator kunci keberhasilan program penanggulangan HIV-AIDS dan IMS pada masa kebencanaan oleh komunitas.....	54
4.3 Dukungan terhadap sistem monitoring dan evaluasi program penanggulangan HIV-AIDS.....	57
4.4 Pencatatan dan Pelaporan Capaian Program Penanggulangan HIV-AIDS dan IMS oleh Komunitas pada Masa Kebencanaan	64
Referensi	66

BAB I: Pendahuluan

1.1 Situasi HIV dan IMS di Indonesia

Indonesia masih menghadapi permasalahan terkait HIV/AIDS dan penyakit infeksi menular seksual (IMS). Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia hingga Triwulan I tahun 2021, jumlah kumulatif kasus HIV di Indonesia dilaporkan sebanyak 427.201 kasus dan jumlah kasus AIDS dilaporkan sebanyak 131.147 kasus. Selama periode Januari hingga Maret 2021, jumlah kasus HIV dilaporkan sebanyak 7.650 kasus serta jumlah kasus AIDS sebanyak 1.677 kasus. Jika dilihat distribusi kasus HIV berdasarkan karakteristik usia, persentase kasus HIV didominasi oleh kelompok usia produktif (25-49 tahun), yaitu mencapai 71,3% serta diikuti oleh kelompok usia muda (20-24 tahun), yaitu mencapai 16,3%. Jika dilihat berdasarkan karakteristik jenis kelamin, persentase kasus HIV pada laki-laki jauh lebih besar (69,0%) dibandingkan dengan kelompok perempuan (31,0%). Sedangkan jika dilihat dari faktor risiko, persentase kasus HIV masih didominasi pada kelompok heteroseksual (51,5%), homoseksual (20,0%), dan penggunaan jarum suntik secara bergantian (10,6%) (Kemenkes RI, 2021).

Temuan kasus penyakit infeksi menular seksual (IMS) di Indonesia juga masih cukup tinggi. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada periode Januari hingga Maret 2021, jumlah kasus IMS berdasarkan pendekatan diagnosa sindrom/klinis adalah sebanyak 7.364 kasus dan berdasarkan diagnosa laboratorium adalah sebanyak 11.133 kasus. Jika dilihat berdasarkan pendekatan diagnosa sindrom/klinis, penyakit duh tubuh vagina (5.160 kasus) dan duh tubuh uretra (1.451 kasus) yang disebabkan oleh infeksi bakteri menjadi kasus dengan jumlah paling banyak dibandingkan dengan kasus IMS yang lain. Sedangkan jika dilihat dari pendekatan diagnosa laboratorium, peradangan leher rahim (3.031 kasus) dan sifilis dini (2.976 kasus) menjadi kasus dengan jumlah paling banyak dibandingkan dengan kasus IMS lain (Kemenkes RI, 2021).

Berbagai upaya pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS dan IMS sudah dilakukan oleh pemerintah, mulai dari promosi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat terkait bahaya HIV dan IMS, meningkatkan cakupan tes dan pengobatan HIV serta IMS, hingga memperkuat sistem surveilans penyakit HIV dan IMS (Tarigan *et al.*, 2020; Gedela *et al.*, 2021). Bahkan, integrasi layanan HIV dan IMS dengan program lain juga dilakukan, salah satunya adalah dengan diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2017 tentang Eliminasi Penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak (Kemenkes RI, 2019). Namun, pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian HIV serta IMS ini mengalami beberapa kendala. Salah satu kendala yang sulit untuk dihindari adalah terjadinya bencana dan krisis kemanusiaan.

1.2 Bencana dan Krisis Kemanusiaan

Indonesia memiliki sejarah yang kelam terkait dengan peristiwa bencana dan krisis kemanusiaan. Beberapa kejadian bencana seperti gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir bandang, tanah longsor, angin puting beliung, dan kebakaran hutan telah merenggut banyak korban jiwa dan menimbulkan banyak kerusakan serta kerugian (Hidayati, 2008). Jika dilihat dari definisi, bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor nonalam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis (BNPB, 2020). Berdasarkan definisi tersebut, dapat dikatakan bahwa bencana disebabkan oleh faktor alam, non-alam, dan manusia. Hal ini sejalan dengan definisi bencana berdasarjan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007, yang mendefinisikan kejadian bencana terdiri dari bencana alam, bencana non-alam, dan bencana sosial.

Terdapat beberapa istilah terkait dengan bencana. Bencana alam yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh

alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor. Jika dilihat dari masing-masing definisi jenis peristiwa alam, gempa bumi adalah getaran atau guncangan yang terjadi di permukaan bumi yang disebabkan oleh tumbukan antar lempeng bumi, patahan aktif, aktivitas gunung api atau runtuhnya batuan. Selain itu, jenis bencana lainnya adalah letusan gunung api, yaitu bagian dari aktivitas vulkanik yang dikenal dengan istilah "erupsi". Bahaya yang ditimbulkan dari letusan gunung api dapat berupa awan panas, lontaran material (pijar), hujan abu lebat, lava, gas racun, tsunami dan banjir lahar. Sedangkan bencana jenis lainnya adalah Tsunami, yaitu berasal dari bahasa Jepang yang berarti gelombang ombak lautan ("tsu" berarti lautan, "nami" berarti gelombang ombak). Tsunami adalah serangkaian gelombang ombak laut raksasa yang timbul karena adanya pergeseran di dasar laut akibat gempa bumi, baik yang disebabkan oleh aktivitas tektonik maupun vulkanik.

Bencana jenis lainnya yang juga sering terjadi di Indonesia adalah tanah longsor, yaitu salah satu jenis gerakan masa tanah atau batuan, ataupun campuran keduanya, menuruni atau keluar lereng akibat terganggunya kestabilan tanah atau batuan penyusun lereng. Selain bencana tanah longsor, bencana alam yang sering terjadi pada musim hujan adalah banjir, yaitu peristiwa atau keadaan dimana terendamnya suatu daerah atau daratan karena volume air yang meningkat. Berbeda dengan banjir, istilah bencana untuk banjir bandang digunakan untuk mendefinisikan peristiwa banjir yang datang secara tiba-tiba dengan debit air yang besar yang disebabkan terbendungnya aliran sungai pada alur sungai. Bencana alam lainnya yang juga sering terjadi di Indonesia pada musim kemarau adalah bencana kekeringan, yaitu ketersediaan air yang jauh di bawah kebutuhan air untuk kebutuhan hidup, pertanian, kegiatan ekonomi dan lingkungan. Istilah lebih spesifik terkait kekeringan adalah kekeringan di bidang pertanian, yaitu kekeringan yang terjadi di lahan pertanian yang ada tanaman (padi, jagung, kedelai dan lain-lain) yang sedang dibudidayakan untuk kebutuhan pangan.

Bencana jenis lainnya yang sering terjadi di Indonesia adalah kebakaran, yaitu situasi ketika bangunan pada suatu tempat seperti rumah/pemukiman,

pabrik, pasar, gedung dan lain-lain dilanda api yang menimbulkan korban dan/atau kerugian. Indonesia juga sering mengalami kebakaran hutan ketika musim kemarau. Kebakaran hutan dan lahan adalah suatu keadaan di mana hutan dan lahan dilanda api, sehingga mengakibatkan kerusakan hutan dan lahan yang menimbulkan kerugian ekonomis dan atau nilai lingkungan. Kebakaran hutan dan lahan seringkali menyebabkan bencana asap yang dapat mengganggu aktivitas dan kesehatan masyarakat sekitar. Fenomena angin puting beliung juga sering terjadi di Indonesia. Puting beliung adalah angin kencang yang datang secara tiba-tiba, mempunyai pusat, bergerak melingkar menyerupai spiral dengan kecepatan 40-50 km/jam hingga menyentuh permukaan bumi dan akan hilang dalam waktu singkat (3-5 menit).

Gelombang pasang atau badai adalah gelombang tinggi yang ditimbulkan karena efek terjadinya siklon tropis di sekitar wilayah Indonesia dan berpotensi kuat menimbulkan bencana alam. Meskipun Indonesia bukan daerah lintasan siklon tropis tetapi keberadaan siklon tropis akan memberikan pengaruh kuat terjadinya angin kencang, gelombang tinggi disertai hujan deras. Di sisi lain, beberapa daerah Indonesia juga mengalami abrasi. Abrasi adalah proses pengikisan pantai oleh tenaga gelombang laut dan arus laut yang bersifat merusak. Abrasi biasanya disebut juga erosi pantai. Kerusakan garis pantai akibat abrasi ini dipicu oleh terganggunya keseimbangan alam daerah pantai tersebut. Walaupun abrasi bisa disebabkan oleh gejala alami, namun manusia sering disebut sebagai penyebab utama abrasi.

Di sisi lain, bencana non-alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa non-alam, seperti kegagalan teknologi, kegagalan modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit. Beberapa di antaranya seperti kecelakaan transportasi, yaitu kecelakaan moda transportasi yang terjadi di darat, laut dan udara. Kecelakaan industri adalah kecelakaan yang disebabkan oleh dua faktor, yaitu perilaku kerja yang berbahaya (*unsafe human act*) dan kondisi yang berbahaya (*unsafe conditions*). Adapun jenis kecelakaan yang terjadi sangat bergantung pada macam industrinya, misalnya bahan dan peralatan kerja yang dipergunakan, proses kerja, kondisi tempat kerja, bahkan pekerja yang terlibat di dalamnya. Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah timbulnya

atau meningkatnya kejadian kesakitan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu. Status Kejadian Luar Biasa diatur oleh Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 949/MENKES/SK/VII/2004. Terjadinya pandemi COVID-19 juga menimbulkan permasalahan baru di bidang kesehatan serta sosial ekonomi dari masyarakat Indonesia (Engkus *et al.*, 2020).

Indonesia tidak hanya rentan terhadap bencana alam dan potensi wabah, tetapi juga rentan terjadinya bencana sosial dan aksi terorisme yang mengancam keamanan dan keselamatan masyarakat (Mukhtar, 2016). Bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia, seperti konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas masyarakat, serta aksi teror. Aksi Teror adalah aksi yang dilakukan oleh setiap orang yang dengan sengaja menggunakan kekerasan atau ancaman kekerasan sehingga menimbulkan suasana teror atau rasa takut terhadap orang secara meluas atau menimbulkan korban yang bersifat masal, dengan cara merampas kemerdekaan sehingga mengakibatkan hilangnya nyawa dan harta benda, mengakibatkan kerusakan atau kehancuran terhadap obyek-obyek vital yang strategis atau lingkungan hidup atau fasilitas publik internasional. Konflik Sosial atau kerusuhan sosial atau huru hara adalah suatu gerakan massal yang bersifat merusak tatanan dan tata tertib sosial yang ada, yang dipicu oleh kecemburuan sosial, budaya dan ekonomi yang biasanya dikemas sebagai pertentangan antar suku, agama, ras (SARA). Sabotase adalah tindakan yang dilakukan untuk melemahkan musuh melalui subversi, penghambatan, pengacauan dan/ atau penghancuran. Dalam perang, istilah ini digunakan untuk mendiskripsikan aktivitas individu atau grup yang tidak berhubungan dengan militer, tetapi dengan spionase. Sabotase dapat dilakukan terhadap beberapa struktur penting, seperti infrastruktur, struktur ekonomi, dan lain-lain.

Terjadinya bencana dapat menimbulkan krisis kemanusiaan. Jika dilihat dari definisi, krisis kemanusiaan merupakan sebuah situasi dengan penderitaan manusia yang berada pada tingkat tinggi, dasar-dasar kesejahteraan manusia yang berada dalam bahaya, dan mencakup skala yang besar (Anifa *et al.*, 2017). Secara umum, terdapat tiga kategori penyebab krisis kemanusiaan. Pertama,

faktor bencana alam yaitu adanya bencana alam seperti banjir, gempa bumi dan sebagainya sebagai penyebab krisis kemanusiaan. Contoh dari krisis kemanusiaan ini ialah banjir di Pakistan tahun 2010, tsunami di kawasan Asia pada tahun 2004 dan 2005, dan lain sebagainya. Faktor kedua ialah complex emergencies, yaitu adanya konflik yang memicu krisis kemanusiaan. Contoh dari krisis kemanusiaan dalam kategori ini adalah genosida di Rwanda tahun 1994; dan sebagainya. Ketiga, adalah masalah krisis lainnya yakni menyangkut masalah kesehatan, industri dan finansial. Contohnya adalah Bhopal gas tragedy tahun 1984, krisis harga pangan yang melanda berbagai negara tahun 2008 dan sebagainya (Anifa *et al.*, 2017).

Krisis kemanusiaan menjadi fenomena yang terus saja muncul dari masa ke masa. Krisis kemanusiaan terjadi apabila hak-hak dasar bagi seorang manusia tidak terpenuhi. Hak-hak seperti hak untuk hidup, hak untuk memperoleh rasa aman, dan hak untuk memperoleh keadilan tidak mampu diperoleh seorang individu. Penyebab krisis kemanusiaan sering kali karena adanya konflik di lingkungan tempat tinggal kelompok-kelompok yang berselisih. Konflik yang terjadi disebabkan oleh perbedaan antara kelompok-kelompok tersebut. Baik itu perbedaan etnis, ras, maupun perbedaan agama. Selain itu, penyebab krisis kemanusiaan terjadi dikarenakan pemerintah yang terkait tidak mempunyai keinginan yang kuat untuk mengatasi konflik. Dampak krisis kemanusiaan yang terjadi berkaitan erat dengan masalah Hak Asasi Manusia (HAM). Krisis kemanusiaan akibat konflik menyebabkan munculnya berbagai pelanggaran HAM, seperti kekerasan, penganiayaan, dan ketidakmampuan seseorang memenuhi hak-hak dasarnya sebagai manusia. Dalam suatu konflik, biasanya korban yang lebih banyak berasal dari kelompok minoritas.

1.3 Pelayanan HIV/IMS berbasis Komunitas

Upaya untuk mengendalikan penularan HIV dan IMS dengan melibatkan peran komunitas sangat penting untuk dilakukan. Hal ini bertujuan agar seluruh komponen komunitas memiliki pemahaman berkaitan dengan HIV dan IMS,

sehingga memiliki kesadaran untuk bersedia berpartisipasi dan mampu secara sukarela untuk aktif terlibat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan IMS. Terdapat beberapa kelebihan yang diperoleh apabila melibatkan peran komunitas dalam upaya pencegahan dan pengobatan HIV dan IMS (Sutrisna *et al.*, 2021). Beberapa di antaranya yaitu:

- a. Dapat memberikan dukungan sosial maupun emosional dalam upaya mencegah dan menghilangkan segala bentuk stigma dan diskriminasi pada orang dengan HIV serta mengurangi kekhawatiran berkaitan dengan pengungkapan status pada orang dengan HIV.
- b. Dapat meningkatkan cakupan dalam memberikan perawatan pada orang dengan HIV serta meningkatkan cakupan terapi HIV serta IMS pada daerah dengan prevalensi HIV dan IMS yang tinggi.
- c. Dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan, terutama berkaitan dengan HIV dan IMS.
- d. Pelibatan komunitas juga bermanfaat sebagai strategi yang efektif dalam mengendalikan penularan HIV dan IMS.
- e. Dapat meningkatkan kepercayaan populasi kunci sebagai bagian dari komunitas untuk upaya pencegahan HIV dan IMS.
- f. Dapat meningkatkan penggunaan kondom dan mendorong perilaku seksual yang aman untuk mencegah penularan HIV dan IMS.
- g. Keterlibatan komunitas dalam upaya pencegahan dan penularan HIV dan IMS dapat menjadi mitra strategis program kesehatan untuk menjangkau lebih banyak populasi kunci.

Di sisi lain, terdapat beberapa kelemahan dalam upaya pelibatan komunitas untuk pencegahan dan pengendalian HIV serta IMS (Sutrisna *et al.*, 2021). Beberapa di antaranya yaitu:

- a. Upaya pelibatan komunitas yang dilakukan terkadang hanya mampu menjangkau komunitas tertentu.
- b. Terdapat tantangan dalam melakukan kampanye di media sosial maupun internet, terutama menyasar kelompok yang termajinalkan yang rentan

mengalami stigma dan diskriminasi, seperti pada kelompok LSL, waria, dan pekerja seks.

- a. Adanya ketakutan anggota komunitas terkait dengan stigma dan diskriminasi, terutama jika mengungkapkan status HIV dan IMS-nya maupun mengungkapkan preferensi seksualnya.
- b. Adanya keterbatasan sumber daya, seperti dana, sumber daya manusia, maupun fasilitas pendukung dalam pemberian layanan untuk mencegah dan mengobati HIV serta IMS.

1.4 Tujuan

Tujuan utama dari panduan ini adalah supaya anggota komunitas dan pekerja kemanusiaan serta masyarakat dapat merancang, membangun, dan berkoordinasi untuk mengambil tindakan-tindakan intervensi minimum secara multisektoral untuk pencegahan HIV dan IMS dalam situasi kebencanaan atau situasi darurat.

1.5 Target

Panduan ini dirancang untuk digunakan oleh organisasi-organisasi kemanusiaan, lembaga swadaya masyarakat, dan organisasi berbasis masyarakat di tingkat komunitas yang menangani keadaan-keadaan darurat di Indonesia. Panduan ini menekankan pentingnya keterlibatan aktif dari komunitas.

BAB II: Koordinasi, Kolaborasi, dan Integrasi

Pada situasi bencana dan krisis kesehatan, upaya pemenuhan layanan terkait HIV dan IMS secara komprehensif memerlukan adanya integrasi antara dua sistem, yaitu sistem layanan kesehatan serta sistem layanan komunitas (Sutrisna *et al.*, 2021). Hal ini bertujuan untuk menjamin adanya kesatuan rangkaian layanan HIV dan IMS yang berkesinambungan. Oleh sebab itu, upaya untuk koordinasi, kolaborasi, dan integrasi sangat penting untuk dilakukan antara layanan kesehatan dengan layanan di komunitas:

1. **Upaya Koordinasi:** Upaya koordinasi dalam upaya pengumpulan data maupun merujuk pasien antara layanan kesehatan dengan layanan komunitas sangat penting untuk dilakukan, khususnya dalam penyediaan layanan HIV dan IMS di situasi bencana.
2. **Upaya Kolaborasi:** Upaya kolaborasi prinsipnya dilakukan dengan berbagi peran antara layanan kesehatan dengan layanan komunitas dalam menyediakan pelayanan HIV dan IMS di situasi bencana. Kolaborasi yang dapat dilakukan mulai dari tahap penentuan prioritas masalah, pengumpulan data, penyediaan logistic, hingga upaya monitoring dan evaluasi cakupan program HIV dan IMS di situasi bencana. Hal ini bertujuan agar layanan HIV dan IMS yang diberikan sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran, terutama untuk mencegah terjadinya pelanggaran hak-hak orang dengan HIV berkaitan dengan isu kofidensialitas, kekerasan, pemaksaan, stigma, dan diskriminasi.
3. **Upaya Integrasi:** Upaya integrasi layanan HIV dan IMS antara layanan komunitas dengan layanan kesehatan di situasi bencana sangat penting untuk dilakukan untuk menjamin layanan yang berkesinambungan serta meningkatkan efektivitas serta efisiensi pelayanan. Dalam hal ini, integrasi antara layanan HIV dan IMS di fasilitas kesehatan dengan layanan komunitas tidak hanya dilakukan ketika bencana terjadi, tetapi sebaiknya dilakukan di masa pra-bencana. Salah satu integrasi yang dapat dilakukan adalah dengan menciptakan database pasien yang bisa diakses oleh layanan kesehatan maupun komunitas, sehingga ketika terjadi bencana

dapat memudahkan untuk memetakan orang dengan HIV maupun penderita IMS yang memerlukan bantuan.

2.1 Upaya Koordinasi

Dalam melakukan upaya koordinasi, terdapat beberapa kegiatan yang dapat dilakukan antara layanan kesehatan dengan layanan di komunitas terkait dengan program HIV dan IMS di situasi bencana:

a. Upaya Edukasi melalui Kelompok Dukungan Sebaya

Dalam situasi bencana, edukasi yang dilakukan untuk menysasar orang dengan HIV tidak hanya berfokus pada upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran untuk patuh menjalani terapi, tetapi juga upaya edukasi terkait cara mengakses dan tempat mengakses layanan HIV dan IMS yang aman di situasi bencana. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa orang dengan HIV mampu mengakses layanan sesuai dengan kebutuhan dan tidak mengalami putus pengobatan. Dalam hal ini, pelibatan kelompok dukungan sebaya sangat penting untuk upaya edukasi ini agar lebih bisa menjangkau lebih banyak orang dengan HIV di situasi bencana.

b. Pelibatan Komunitas dalam Komunikasi dan Promosi Kesehatan

Di situasi bencana, sering kali sarana komunikasi seperti jaringan telepon dan internet terputus. Pada situasi seperti ini, upaya untuk melibatkan komunitas dalam penyampaian informasi terkait ketersediaan layanan HIV dan IMS yang bisa diakses di tenda darurat sangat penting untuk dilakukan. Ketika saluran komunikasi mulai pulih, maka upaya promosi kesehatan yang menysasar orang dengan HIV dan IMS dapat dilakukan melalui saluran radio, media sosial, televisi, maupun internet untuk memastikan semua kelompok sasaran bisa dijangkau.

c. Layanan Pendampingan Orang dengan HIV

Meskipun kegiatan pendampingan terhadap orang dengan HIV sudah berjalan di situasi normal, sering kali kegiatan pendampingan ini akan terhambat jika terjadi bencana. Hal ini dikarenakan hilangnya kontak

kelompok sasaran karena tersebar mengungsi. Untuk memastikan kelompok sasaran orang dengan HIV tetap mampu mengakses layanan HIV dan IMS di situasi bencana. Selain itu, layanan pendampingan ini juga penting dilakukan untuk memastikan kelompok sasaran terbebas dari segala bentuk kekerasan, stigma, dan diskriminasi di tempat pengungsian atau ketika dalam situasi bencana.

2.2 Upaya Kolaborasi

Dalam melakukan upaya kolaborasi, terdapat beberapa kegiatan yang dapat dilakukan antara layanan kesehatan dengan layanan di komunitas terkait dengan program HIV dan IMS di situasi bencana:

a. Mobilisasi komunitas orang dengan HIV

Pada situasi bencana, mobilisasi kelompok komunitas dan layanan kesehatan sangat penting untuk dilakukan, terutama dalam merancang kegiatan bersama untuk pelayanan HIV dan IMS. Beberapa bentuk kegiatan bersama yang bisa dirancang adalah untuk pendataan, penyediaan dan penyaluran logistik berupa kondom dan obat-obatan, pelatihan dan edukasi terkait HIV dan IMS, serta melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi terkait program HIV dan IMS agar memastikan bahwa layanan yang diberikan sudah sesuai dengan kebutuhan.

b. Dukungan Retensi Pengobatan melalui Kelompok Kepatuhan Minum Obat

Terbatasnya akses terhadap layanan HIV dan IMS di situasi bencana meningkatkan risiko untuk putus pengobatan. Oleh sebab itu, perlu adanya kolaborasi antara penyedia layanan kesehatan dengan komunitas untuk membentuk kelompok kepatuhan minum obat, terutama untuk memastikan bahwa akses terhadap ARV dan obat IMS bisa terpenuhi di situasi bencana.

c. Dukungan Psikososial Pengobatan HIV melalui Dukungan Sebaya

Situasi bencana sering kali menimbulkan trauma bagi orang dengan HIV. Selain itu, adanya ketakutan akan kekerasan, stigma, dan diskriminasi juga dapat menimbulkan permasalahan psikologis pada orang dengan HIV. Oleh

sebab itu, kolaborasi dalam menyediakan dukungan psikososial (psikologis, ekonomi, dll.) dalam pengobatan HIV melalui keterlibatan kelompok dukungan sebaya sangat penting untuk dilakukan oleh layanan kesehatan agar upaya pengobatan HIV maupun IMS dapat dilakukan secara komprehensif.

2.3 Upaya Integrasi

Dalam melakukan upaya integrasi, terdapat beberapa kegiatan yang dapat dilakukan antara layanan kesehatan dengan layanan di komunitas terkait dengan program HIV dan IMS di situasi bencana:

a. Layanan Tes HIV dan IMS

Pada situasi bencana, perilaku seksual berisiko sangat mungkin untuk terjadi akibat terbatasnya akses terhadap kondom maupun situasi untuk melakukan hubungan seksual yang aman. Oleh sebab itu, layanan tes HIV dan IMS juga diperlukan untuk menemukan kasus yang baru, sehingga upaya untuk memberikan pengobatan secara dini bisa dilakukan. Untuk itu, integrasi layanan kesehatan dan layanan komunitas dalam memberikan tes HIV dan IMS sangat penting dilakukan. Menjamin bahwa layanan tes HIV maupun IMS sudah tersedia dan ramah kelompok rentan seperti LSL, waria, dan pekerja seks, juga sangat penting untuk dilakukan. Hal ini untuk memastikan bahwa layanan tes HIV dan IMS yang ada sudah memberikan pelayanan yang bebas dari segala bentuk pemaksaan, kekerasan, stigma, dan diskriminasi.

b. Distribusi Logistik (Kondom, ART dan Obat IMS)

Dalam situasi bencana, menjamin distribusi logistik seperti kondom, ART, dan obat-obatan IMS sangat penting untuk dilakukan agar pencegahan dan pengendalian HIV serta IMS tetap berjalan. Untuk itu, kelompok komunitas dapat berperan untuk membantu layanan kesehatan dalam pendistribusian logistik ini. Hal ini dikarenakan kelompok komunitas lebih bisa menjangkau komunitasnya (seperti kelompok LSL, waria, dan pekerja seks).

BAB III: Kegiatan Lintas Sektor

3.1 Penilaian Tingkat Risiko Kebencanaan

3.1.1 Indikator Penilaian Tingkat Risiko Kebencanaan

Badan Penanggulangan Bencana Nasional (BNPB) merumuskan metodologi penilaian risiko dampak kebencanaan yang berdasarkan 3 indikator yaitu 1) probabilitas atau kemungkinan kejadian bencana; 2) kerentanan; dan 3) kapasitas penanggulangan bencana (BNPB, 2016). Kemungkinan kejadian suatu bencana harus dinilai berdasarkan masing-masing jenis bencana pada masing-masing wilayah geografis. Jenis-jenis kejadian bencana telah diatur dalam UU no. 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana dan meliputi bencana alam, bencana non-alam, dan bencana sosial dengan berbagai jenis bencana spesifik. Kajian kemungkinan kejadian bencana dapat dilakukan melalui analisa topografis, geografis, dan klimatologi (BNPB, 2016). Metode alternatif, yang lebih sesuai bagi daerah-daerah dengan sumber daya terbatas, adalah analisa kemungkinan kejadian berdasarkan frekuensi kejadian di masa lalu (Government of Malawi, 2014).

Adapun kerentanan dapat dinilai dari kemungkinan keberlanjutan kegiatan layanan penanggulangan HIV dalam situasi kebencanaan. Keberlangsungan layanan penanggulangan HIV dan IMS juga dipengaruhi komponen-komponen spesifik yang terlibat dalam kegiatan layanan. Untuk itu, kita perlu mengkaji komponen-komponen layanan penanggulangan HIV dan IMS sebagai penentu keberlangsungan kegiatan. Penanggulangan HIV terdiri atas berbagai kegiatan. Berdasarkan Permenkes no. 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS, penanggulangan HIV terdiri atas kegiatan promosi kesehatan, pencegahan, pemeriksaan diagnosis, pengobatan, dan rehabilitasi. Adapun komponen-komponen kegiatan layanan HIV adalah sebagai berikut:

1. **Infrastruktur layanan kesehatan**, yaitu jumlah layanan kesehatan yang menyediakan layanan tes dan konseling HIV (*voluntary testing and counseling* atau VCT) dan juga fasilitas perawatan, dukungan, dan

pengobatan (PDP) dalam suatu daerah. Layanan dinilai dapat beroperasi apabila memiliki: 1) bangunan (permanen ataupun darurat), 2) tenaga kesehatan profesional (dokter, perawat, bidan, dan konselor), 3) memiliki alat dan bahan yang diperlukan untuk pelayanan.

2. **Logistik** terdiri atas ketersediaan bahan-bahan habis pakai seperti kondom, kit *rapid test* HIV, dan obat-obatan.
3. **Hubungan komunikasi dengan populasi sasaran**, yaitu proporsi populasi terdampak HIV (populasi kunci dan ODHA) yang terhubung dengan layanan penanggulangan HIV, baik yang dioperasikan pemerintah ataupun komunitas. Hubungan dengan layanan dapat berupa terhubung melalui kunjungan rutin ke fasilitas, melalui saluran komunikasi virtual (contoh, media sosial), ataupun terhubung melalui kader penjangkau.

Berdasarkan lima komponen tersebut, tingkat keparahan gangguan dapat dinilai berdasarkan kemampuan melaksanakan kegiatan-kegiatan layanan penanggulangan HIV dan IMS dalam kondisi gangguan pada aspek-aspek tersebut. Tingkat gangguan ringan ditandai dengan kegiatan-kegiatan yang masih berjalan walaupun secara sub-optimal. Tingkat gangguan berat ditandai dengan adanya kegiatan-kegiatan yang tidak dapat dijalankan. Indikator kerentanan kebencanaan ini disesuaikan dengan indikator layanan penanggulangan HIV dan IMS. Berdasarkan kriteria tersebut, tingkat keparahan gangguan layanan penanggulangan HIV dan IMS dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1. Risiko ringan

- a. Infrastruktur layanan kesehatan
 - i. Terdapat > 1 fasilitas VCT **dan** fasilitas PDP per kecamatan
- b. Logistik
 - i. Tersedia stok ARV untuk > 6 bulan
 - ii. Tersedia stok obat-obatan IMS non-HIV untuk > 6 bulan
 - iii. Tersedia stok kit tes cepat HIV dan IMS untuk > 6 bulan
 - iv. Tersedia kondom untuk > 6 bulan
- c. Hubungan komunikasi dengan populasi sasaran
 - i. Sebanyak > 70% populasi terdampak HIV terhubung dengan layanan

2. Risiko sedang

- a. Infrastruktur layanan kesehatan
 - i. Terdapat 1 fasilitas VCT **atau** fasilitas PDP per kecamatan
- b. Logistik
 - i. Tersedia stok ARV untuk 2-6 bulan
 - ii. Tersedia stok obat-obatan IMS non-HIV untuk 2-6 bulan
 - iii. Tersedia stok kit tes cepat HIV dan IMS untuk 2-6 bulan
 - iv. Tersedia kondom untuk 2-6 bulan
- c. Hubungan komunikasi dengan populasi sasaran
 - i. Sebanyak 50-70% populasi terdampak HIV terhubung dengan layanan

3. Risiko berat

- a. Infrastruktur layanan kesehatan
 - i. Terdapat < 1 fasilitas PDP per kecamatan
- b. Logistik
 - i. Tersedia stok ARV untuk < 2 bulan
 - ii. Tersedia stok obat-obatan IMS non-HIV untuk 2-6 bulan
 - iii. Tersedia stok kit tes cepat HIV dan IMS untuk < 2 bulan
 - iv. Tersedia kondom untuk < 2 bulan
- c. Hubungan komunikasi dengan populasi sasaran
 - i. Sebanyak < 50% populasi terdampak HIV terhubung dengan layanan

Indikator terakhir, kapasitas penanggulangan bencana, dilihat dari keberadaan infrastruktur institusional untuk melakukan perubahan-perubahan sistemik yang diperlukan untuk mitigasi risiko bencana. Indikator-indikator ini disadur dari indikator mitigasi risiko bencana yang ditetapkan dalam Kerangka Aksi Hyogo (KAH), pedoman perencanaan kontingensi oleh WHO, dan pedoman intervensi HIV/AIDS dalam situasi kebencanaan oleh IASC (IASC TF, 2003; UN/ISDR, 2008; WHO, 2018b). Indikator dari kedua sumber ini disesuaikan dengan topik keberlangsungan layanan penanggulangan HIV dan IMS. Adapun indikator-indikator ini adalah sebagai berikut:

1. Adanya kerangka hukum/kebijakan keberlangsungan layanan penanggulangan HIV dan IMS dengan tanggung jawab yang eksplisit untuk semua pihak-pihak terkait
2. Adanya kerangka hukum/kebijakan yang melindungi populasi rentan yang terdampak HIV dari diskriminasi, kekerasan fisik, dan kekerasan seksual dengan didukung mekanisme pelaporan dan penindakan yang jelas serta dipahami pihak-pihak terkait
3. Adanya kerangka hukum yang menjamin akses terhadap program-program jaminan sosial bagi populasi rentan yang terdampak HIV yang dipahami oleh anggota populasi
4. Adanya rencana kontingensi untuk keberlangsungan layanan HIV dan IMS dalam situasi bencana yang dipahami oleh tenaga kesehatan terkait
5. Berfungsinya forum khusus untuk perencanaan keberlangsungan layanan HIV dan IMS dalam situasi bencana
6. Terjalinnnya partisipasi dan desentralisasi komunitas dalam perencanaan dan implementasi keberlangsungan layanan HIV dan IMS dalam situasi bencana
7. Tersedianya cadangan finansial dan logistik serta mekanisme antisipasi yang siap untuk mendukung upaya keberlangsungan layanan HIV dan IMS dalam situasi bencana

3.1.2 Peran Komunitas dalam Penilaian Tingkat Risiko Kebencanaan

Peran komunitas dalam penilaian tingkat risiko kebencanaan dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Fase kesiapsiagaan
 - a. Terlibat dalam diskusi dan koordinasi lintas-sektoral
 - b. Menghimpun data indikator kesiapsiagaan bencana di komunitas secara rutin
 - c. Mengadvokasikan peningkatan kesiapsiagaan bencana berdasarkan data yang tersedia
2. Fase instabilitas dan respon minimum
 - a. Mengumpulkan data dampak situasi bencana terhadap keberlangsungan pelayanan HIV

- b. Mengumpulkan data dampak bencana terhadap situasi sosioekonomi populasi rentan HIV
- 3. Fase stabilisasi dan respon komprehensif
 - a. Pengawasan dan evaluasi respon bencana lintas sektoral
 - b. Identifikasi masalah-masalah yang muncul seiring dengan respon bencana
 - c. Advokasi peningkatan layanan dan tunjangan bagi populasi terdampak HIV dalam situasi kebencanaan

Partisipasi komunitas dalam penilaian tingkat risiko kebencanaan merupakan salah satu indikator kapasitas penanggulangan risiko bencana di suatu wilayah. Adapun setelah mendapat tempat untuk berpartisipasi, komunitas berperan besar dalam mengadvokasikan kepentingan populasi terdampak HIV dalam penyusunan rencana kesiapsiagaan dan respon bencana dalam keberlangsungan layanan HIV dan IMS dan juga secara lintas sektoral. Untuk itu, aktor-aktor komunitas harus selalu memiliki informasi mutakhir mengenai situasi di komunitas, terutama berkaitan dengan indikator-indikator penilaian tingkat risiko bencana terhadap keberlangsungan layanan HIV dan IMS komprehensif dan lintas sektoral.

Segera setelah kejadian bencana, terjadi fase instabilitas di mana layanan-layanan standar yang disediakan pemerintah tidak dapat berjalan sebagaimana mestinya. Selain itu, terjadi pula dampak bencana secara langsung dalam hidup individual anggota populasi rentan HIV, seperti luka-luka dan kehilangan harta benda. Akibatnya, akan terjadi banyak perubahan pada pelaksanaan layanan HIV, baik dari segi infrastruktur, logistik, maupun komunikasi. Di sini komunitas berperan dalam melakukan penilaian dampak bencana. Komunitas diharapkan dapat mengumpulkan informasi mengenai situasi aktual keberlangsungan layanan HIV segera setelah bencana menggunakan indikator-indikator kesiapsiagaan bencana yang telah dibahas sebelumnya. Lebih dari itu, komunitas juga diharapkan dapat memberikan informasi mengenai situasi sosioekonomi populasi rentan HIV yang terdampak

bencana secara lebih luas, seperti pemenuhan kebutuhan dasar, situasi tempat tinggal, akses pada layanan kesehatan, dan lain-lain. Informasi ini akan menjadi data *baseline* yang menjadi dasar respon kebencanaan lintas sektoral (IASC TF, 2003).

Serupa dengan itu, komunitas juga menjadi sumber komplementer untuk layanan-layanan terkait HIV dan IMS bagi populasi terdampak HIV dalam situasi bencana. Situasi bencana sering kali melibatkan komponen krisis kesehatan yang mencuri perhatian dan sumber daya kesehatan pemerintah. Oleh karena itu komunitas menjadi penyedia layanan pencegahan, deteksi, dan pengobatan HIV serta IMS yang penting, terutama pada fase kedaruratan kebencanaan (Tomm-Bonde, 2015). Oleh karena itu, komunitas berperan penting dalam proses pengawasan dan pelaporan respon kebencanaan pada fase kedaruratan maupun rehabilitasi.

Selain itu, organisasi komunitas berpotensi sebagai penghubung antara populasi terdampak HIV dengan penyusun kebijakan selama masa kebencanaan. Melalui perannya sebagai jaring pengaman sosial dan penyedia layanan bagi populasi terdampak HIV, organisasi komunitas mengetahui permasalahan-permasalahan yang dihadapi dalam populasi. Informasi ini terutama akan sangat berharga pada masa kebencanaan di mana apparatus penghimpunan informasi dan surveilans oleh layanan pemerintah menjadi tidak efektif.

3.2 Layanan HIV dan IMS dalam Situasi Kebencanaan di Tingkat Komunitas

3.2.1 Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pencegahan HIV

3.2.1.1 Fase Kesiapsiagaan

Rekomendasi kesiapsiagaan bencana dalam promosi kesehatan dan pencegahan HIV dan IMS
--

1. Persiapan strategi promosi kesehatan dan komunikasi perubahan perilaku yang relevan untuk berbagai situasi kebencanaan dan berbagai populasi kunci
2. Memastikan ketersediaan kondom dan jarum suntik steril di layanan komunitas
3. Peningkatan kesadaran risiko bencana untuk populasi terdampak HIV
4. Komunikasi perubahan perilaku untuk kesiapsiagaan bencana di tingkat individual bagi populasi terdampak HIV
5. Membantu memfasilitasi kesadaran risiko penularan HIV dalam situasi kebencanaan pada tenaga kesehatan dan petugas kebencanaan lainnya (misalnya, polisi, tentara, petugas BPBD).

Kegiatan promosi kesehatan dan pencegahan HIV serta IMS meliputi upaya edukasi, promosi, dan perubahan perilaku populasi kunci. Situasi bencana tertentu berpotensi meningkatkan risiko penularan HIV, IMS, dan penyakit lainnya pada populasi rentan. Situasi yang tidak stabil di pengungsian meningkatkan risiko penularan HIV (Ivanova, Rai dan Kemigisha, 2018). Masa stabilisasi bencana juga masih meningkatkan risiko HIV pada populasi rentan. Sebagai contoh, pandemi COVID-19 meningkatkan risiko penularan HIV dan juga COVID-19, terutama pada pekerja seks (Shareck *et al.*, 2021). Hal ini didasari beberapa faktor, mulai dari kejadian kekerasan seksual pada masa instabilitas bencana hingga kesulitan akses produk-produk pencegahan HIV, seperti kondom dan terapi PrEP.

Sebagai bentuk kesiapsiagaan untuk menghadapi situasi kebencanaan tersebut, komunitas direkomendasikan untuk mempersiapkan strategi promosi kesehatan dan perilaku pencegahan HIV yang relevan untuk populasi-populasi rentan dalam situasi bencana (IASC TF, 2003). Strategi ini meliputi beberapa situasi bencana dengan pesan-pesan promosi kesehatan yang menyoar populasi rentan HIV untuk tiap situasi kebencanaan. Selain itu, pelaksana komunitas direkomendasikan untuk memastikan ketersediaan kebutuhan pencegahan HIV, seperti kondom dan jarum suntik steril. Sebagai bentuk

kesiapsiagaan, komunitas juga diharapkan untuk mengadakan upaya peningkatan kesadaran mengenai risiko bencana pada populasi rentan. Peningkatan kesadaran ini harus disertai dengan promosi kesehatan mengenai perilaku apa yang dapat dilakukan masing-masing individual untuk siap siaga menghadapi risiko HIV dalam situasi kebencanaan.

Infeksi HIV juga berpotensi terjadi pada saat merespon terhadap bencana. Pajanan darah dari korban bencana yang terinfeksi HIV dapat memfasilitasi transmisi kepada tenaga kesehatan dan responden kebencanaan lainnya (misanya, polisi, tantara, petugas BPBD). Selain itu, transfuse darah yang tidak melalui penjarangan penyakit infeksi berpotensi menyebarkan HIV, hepatitis B, dan penyakit infeksi lainnya. Kekacauan di masa-masa awal bencana dapat menyebabkan kelalaian yang berpotensi memfasiliasi penyebaran HIV. Oleh karena itu, tenaga kesehatan dan petugas kebencanaan diharapkan memiliki kesadaran mengenai risiko-risiko penularan HIV dalam penanganan kebencanaan demi melindungi diri dan orang lain dalam merespon terhadap bencana. Hal ini juga berlaku bagi responden bencana yang datang dari pihak komunitas.

3.2.1.2 Respon Kebencanaan

Respon minimal pada fase instabilitas:

1. Identifikasi kelompok rentan terinfeksi HIV pada masa bencana. Perhatikan bahwa kelompok rentan baru mungkin terbentuk sebagai akibat dari kejadian bencana.
2. Bangun jaringan komunikasi dengan kelompok-kelompok rentan dan populasi terdampak HIV dan IMS
3. Sebar paket-paket informasi mengenai pencegahan HIV serta akses layanan deteksi/pengobatan HIV
4. Distribusikan kondom dan jarum suntik steril pada populasi kunci HIV yang relevan.

Respon komprehensif pada fase stabilisasi:

1. Perluas jangkauan penyebaran informasi dengan cara:

- a. Identifikasi kelompok-kelompok rentan baru yang sebelumnya belum teridentifikasi
 - b. Upayakan akses ke jaringan komunikasi digital yang operasional
2. Upayakan keberlangsungan ketersediaan kondom dan jarum suntik steril bagi populasi kunci

Respon kebencanaan dilakukan dalam dua tahap, tahap instabilitas pada saat-saat segera setelah bencana dan fase stabilisasi setelah pemangku kepentingan merespon terhadap situasi bencana. Pada fase instabilitas, komunitas diharapkan memberikan respon minimum yang menjadi sasaran promosi kesehatan dan pencegahan HIV yang urgen. Setelahnya, pada fase stabilisasi, komunitas dapat melakukan respon kebencanaan yang bersifat lebih komprehensif.

Segera setelah bencana, komunitas harus memulai inisiasi strategi komunikasi dan promosi kesehatan pencegahan HIV sesuai dengan bencana yang terjadi. Dalam keadaan ideal, strategi promosi kesehatan ini telah disiapkan sebelumnya dan hanya diperlukan sedikit modifikasi untuk menyesuaikan dengan realita yang terjadi.

Berikutnya, komunitas harus membangun jaringan komunikasi. Dalam situasi bencana sarana komunikasi digital mungkin tidak operasional. Oleh karena itu, jaringan komunikasi ini dapat berupa tokoh-tokoh pemimpin komunitas rentan dan terdampak HIV yang menjadi sasaran informasi. Komunitas juga harus menyadari bahwa populasi rentan HIV mungkin berubah akibat bencana. Populasi rentan baru mungkin terbentuk (contoh: anak yatim, pengungsi) yang sebelum bencana tidak berisiko terdampak HIV. Selain itu, komunitas juga dapat mulai mendistribusikan persediaan kondom yang sudah dipersiapkan untuk respon kebencanaan.

Informasi didiseminasikan melalui jaringan tokoh-tokoh ini ke komunitasnya masing-masing. Adapun informasi yang disebarluaskan meliputi:

1. Bagaimana perilaku pencegahan HIV selama masa bencana.

2. Bagaimana mengakses kondom dan jarum suntik steril untuk pencegahan HIV.
3. Lokasi layanan pemeriksaan dan pengobatan HIV yang operasional selama masa kebencanaan.

Pada fase stabilisasi komunitas dapat melanjutkan upaya-upaya tersebut. Penyebaran informasi dapat diperluas dengan memperluas jaringan komunikasi seiring dengan populasi rentan baru yang teridentifikasi. Selain itu, penyebaran komunikasi juga dapat diperluas seiring dengan kembalinya fungsi komunikasi digital seperti internet dan telepon. Persediaan kondom dan jarum suntik steril juga harus terus diperhatikan dengan upaya-upaya *restocking* seiring kembalinya operasionalnya sarana transportasi.

3.2.2 Kegiatan Deteksi Kasus HIV

3.2.1.1 Fase Kesiapsiagaan

Kesiapsiagaan bencana dalam layanan deteksi dan diagnosis HIV

1. Perencanaan operasional layanan deteksi dan diagnosis HIV dalam situasi pasca-bencana
2. Menjaga ketersediaan cadangan logistik alat dan bahan diagnosis HIV yang mencukupi sesuai indikator kesiapsiagaan kebencanaan

Bentuk kesiapsiagaan bencana dalam pelaksanaan upaya deteksi dan diagnosis HIV adalah adanya perencanaan untuk keberlangsungan layanan dalam situasi bencana. Perencanaan ini meliputi pengembangan suatu prosedur operasional dengan sumber daya minimum yang dapat diprediksi dalam situasi kebencanaan. Perencanaan tersebut juga harus mempertimbangkan berbagai jenis kejadian bencana yang mungkin terjadi, masing-masing dengan jenis disrupti berbeda yang dapat diakibatkan pada layanan HIV. Perencanaan untuk keberlangsungan layanan juga berarti mempersiapkan logistic alat dan bahan yang diperlukan untuk kegiatan deteksi dan diagnosis HIV, utamanya kit tes

cepat HIV. Cadangan logistic untuk alat dan bahan ini diharapkan dapat bertahan hingga sekurang-kurangnya 6 bulan pasca-bencana, sesuai indikator penilaian risiko kebencanaan di atas. Selain itu, cadangan logistic ini diharapkan disimpan dalam tempat-tempat yang aman dan mudah dijangkau dalam situasi pasca-bencana.

3.2.1.2 Respon Kebencanaan

Respon minimal pada fase instabilitas:

1. Mengupayakan keberlangsungan layanan deteksi kasus HIV secara pasif
2. Fokus layanan pada kasus-kasus berikut:
 - a. Populasi kunci terduga HIV
 - b. Paparan okupasional
 - c. Korban kekerasan seksual

Respon komprehensif pada fase stabilisasi

1. Perluasan layanan deteksi kasus HIV dengan cara-cara berikut:
 - a. Mengaktifkan jalur rujukan dari layanan non-komunitas
 - b. Membangun layanan jejaring di daerah terdampak bencana yang belum mendapat layanan
 - c. Meningkatkan kapasitas layanan dengan investasi sumber daya manusia dan logistik
2. Mengaktifkan kembali upaya penemuan kasus secara aktif, seperti:
 - a. Tes mobile
 - b. Tes indeks

Segera setelah kejadian bencana, pada fase instabilitas, prioritas komunitas adalah memastikan adanya keberlangsungan layanan deteksi dan diagnosis HIV serta IMS. Idealnya, rencana operasional ini telah disiapkan sebelum kejadian bencana dan otomatis dijalankan pada saat terjadi bencana. Jika rencana ini belum ada, maka pemulihan operasional layanan dapat berjalan lebih lambat dan harus diawali pengumpulan sumber daya manusia, logistic,

dan infrastruktur yang memadai untuk memulihkan layanan dalam situasi bencana. Adapun sasaran layanan diagnosis HIV dan IMS pada fase awal ini bukanlah untuk penemuan kasus secara aktif melainkan memberikan layanan deteksi HIV pada kasus-kasus pajanan okupasional atau situasional lainnya, seperti pajanan darah pada penolong pertama korban, korban kekerasan seksual, dan lain-lain (IAFM Taskforce, 2018). Selain itu, keberadaan layanan juga dikomunikasikan pada komunitas rentan HIV dan IMS, bekerja sama dengan layanan promosi kesehatan, agar layanan dapat diakses oleh anggota populasi yang memerlukannya. Di daerah-daerah endemik dengan prevalensi HIV yang tinggi, layanan deteksi HIV dan IMS komunitas dapat diupayakan untuk terhubung dengan layanan kesehatan yang lebih luas agar dapat melakukan penjangkauan pada proses transfuse darah, mencegah penularan HIV lebih lanjut (Samuels, Harvey dan Bergmann, 2008; IAFM Taskforce, 2018).

Cakupan layanan ini dapat diperluas pada fase stabilisasi. Perluasan cakupan layanan dapat dilakukan dengan beberapa cara, seperti:

1. Bekerja sama dengan layanan kesehatan non-komunitas, membuka jalur rujukan untuk kasus terduga HIV DAN IMS
2. Membuka layanan jejaring di lokasi terdampak bencana yang sebelumnya belum terjangkau
3. Meningkatkan kapasitas layanan di lokasi awal dengan menambah sumber daya manusia dan logistic

Seiring dengan stabilisasi situasi pasca-bencana, komunitas dapat mulai melakukan upaya penemuan kasus aktif kembali. Upaya-upaya ini meliputi tes mobile dan tes indeks HIV serta IMS pada populasi-populasi risiko tinggi. Demi efektivitas dan efisiensi penemuan kasus aktif, upaya ini harus diawali pemetaan risiko infeksi HIV dan IMS di daerah terdampak bencana. Beriringan dengan pelaksanaan layanan ini, komunitas juga harus terus melakukan upaya-upaya untuk mengamankan ketersediaan alat dan bahan yang diperlukan untuk keberlangsungan layanan.

3.2.3 Kegiatan Pengobatan HIV

3.2.1.1 Fase Kesiapsiagaan

Kesiapsiagaan bencana dalam layanan perawatan dukungan pengobatan HIV

1. Mempersiapkan cadangan ARV yang memadai sebagai persiapan disrupsi logistik akibat bencana
2. Menyiapkan rencana distribusi ARV kepada ODHA dalam situasi bencana

Keberlangsungan terapi antiretrovirus (ARV) bagi ODHA merupakan salah satu prinsip utama layanan HIV. Oleh karena itu, perencanaan yang matang harus dilakukan untuk menjamin keberlangsungan terapi sebagai bentuk kesiapsiagaan bencana dalam layanan HIV dan IMS. Upaya perencanaan ini meliputi menjamin ketersediaan cadangan ARV yang cukup untuk sekurang-kurangnya 6 bulan pasca bencana. Selain itu, komunitas juga harus merencanakan teknis distribusi cadangan ARV ini kepada ODHA yang membutuhkan dalam situasi bencana. Oleh karena itu, cadangan ARV harus disimpan di tempat yang aman dan mudah dijangkau dalam situasi bencana.

3.2.1.2 Respon Kebencanaan

Respon minimal pada fase instabilitas

1. Identifikasi dan bangun jejaring dengan ODHA yang membutuhkan ARV
2. Distribusikan ARV pada ODHA yang membutuhkan dengan prinsip sebagai berikut:
 - a. Sebisa mungkin, cegah kejadian putus obat ARV
 - b. Utamakan cadangan ARV untuk ODHA yang sudah menjalani terapi ARV
 - c. Untuk ODHA yang baru terdiagnosis, inisiasi ARV hanya pada stadium klinis lanjut

Respon komprehensif pada fase stabilisasi

1. Perluas cakupan layanan ARV bagi semua ODHA yang membutuhkan
2. Lakukan layanan-layanan penunjang kepatuhan berobat seperti:
 - a. Penjangkauan ke rumah
 - b. Dukungan psikososial
 - c. Lain-lain
3. Pastikan keberlangsungan ketersediaan ARV. Jika stok ARV menipis (< 6 bulan), lakukan respon minimal.

Sasaran respon awal pengobatan HIV dalam situasi bencana terfokus pada penyediaan ARV bagi ODHA yang sudah terdiagnosis. Segera setelah bencana, komunitas harus berusaha berjejaring dan membangun komunikasi dengan ODHA yang terdampak. Komunitas juga harus segera melakukan penilaian ketersediaan cadangan ARV, baik yang dipegang ODHA maupun yang masih dimiliki komunitas. Komunitas juga harus segera menggerakkan distribusi cadangan ARV yang dimilikinya pada ODHA yang membutuhkan. Pada fase awal ini, komunitas harus berusaha sekuat mungkin untuk mencegah kejadian putus obat. Oleh karena itu, distribusi harus dilakukan dengan prinsip cakupan layanan, mendistribusikan ARV pada sebanyak-banyaknya ODHA yang membutuhkan. ODHA yang baru terdiagnosis dapat memulai terapi ARV berdasarkan kebutuhan yang ditentukan dari stadium klinis. Utamakan ketersediaan ARV pada ODHA yang sudah dalam terapi untuk mencegah resistensi (UNAIDS, 2010).

Pada fase stabilisasi respon layanan pengobatan HIV dapat diperluas menjadi respon komprehensif. Pada fase ini layanan pengobatan HIV diusahakan kembali berjalan seperti situasi sebelum bencana. Inisiasi ARV dapat kembali dilakukan berdasarkan protokol nasional yang berlaku. Komunitas juga dapat melanjutkan layanan-layanan pendukung kepatuhan berobat seperti penjangkauan ke rumah-rumah. Selama proses ini berjalan, komunitas juga harus terus berusaha menjaga ketersediaan ARV yang memadai sesuai dengan indikator kesiagaan bencana di atas.

3.3 Layanan Kesehatan Terkait HIV dalam Situasi Kebencanaan

3.3.1 Layanan Kesehatan Reproduksi, Ibu, dan Anak

Layanan HIV untuk kesehatan reproduksi, ibu, dan anak dalam situasi kebencanaan

1. Respon minimal
 - a. Menyediakan kondom secara rutin dan konsisten
 - b. Prioritas deteksi HIV pada ibu hamil
 - c. Prioritas distribusi ARV pada ibu hamil dan menyusui (termasuk untuk yang baru terdiagnosis)
 - d. Edukasi dengan paket informasi mengenai cara menyusui yang benar bagi ibu dengan HIV
2. Respon komprehensif
 - a. Menginisiasi layanan kesehatan PMTCT terintegrasi untuk populasi rentan HIV
 - b. Menghubungkan populasi kunci dengan layanan keluarga berencana/kontrasepsi di layanan pemerintah
 - c. Menginisiasi layanan kontrasepsi jangka panjang reversibel (contoh: kontrasepsi hormonal, implant, IUD, dll)

Layanan HIV dari komunitas dalam situasi kebencanaan harus mempertimbangkan kebutuhan kesehatan reproduksi, kesehatan ibu hamil, dan kesehatan anak. Salah satu isu krusial yang harus dipersiapkan adalah kontrasepsi. Kehamilan yang sehat memerlukan sumber daya yang besar bagi ibu hamil. Sumber daya yang lebih besar diperlukan bagi ibu hamil dari populasi rentan berkaitan dengan peningkatan risiko HIV dan IMS. Oleh karena itu, komunitas diharapkan dapat memfasilitasi layanan kontrasepsi bagi populasi rentan HIV.

Selain layanan kontrasepsi, kesehatan ibu dan anak dalam konteks layanan HIV dalam situasi bencana juga harus mampu melakukan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Layanan PMTCT diharapkan dapat terus berjalan

dalam situasi kebencanaan. Secara teknis, hal ini berarti menghubungkan layanan deteksi dan pengobatan HIV dengan layanan kesehatan primer yang menangani perawatan antenatal ibu hamil dalam situasi bencana. Penjaringan HIV pada ibu hamil harus terus berlanjut dalam situasi bencana. Ibu hamil dan menyusui dengan HIV juga harus menjadi populasi prioritas dalam distribusi ARV, walaupun ibu hamil dan menyusui tersebut baru terdiagnosis dan belum menerima ARV sebelumnya. Promosi kesehatan juga harus dijalankan dengan menyediakan paket informasi mengenai cara menyusui bayi yang benar bagi ibu dengan HIV. Layanan ini diharapkan tersedia segera setelah bencana dan dapat dikembangkan pada fase stabilisasi dengan mengintegrasikan layanan PMCTC dengan layanan perawatan antenatal umum.

3.3.2 Layanan Infeksi Menular Seksual

Layanan IMS terkait HIV dalam situasi kebencanaan

1. Respon minimal
 - a. Menyediakan terapi IMS berdasarkan diagnosis empiris
 - b. Mengusahakan ketersediaan obat-obatan IMS, baik modalitas pilihan pertama ataupun alternatif
2. Respon komprehensif
 - a. Melakukan deteksi kasus IMS dengan penjaringan aktif di populasi rentan
 - b. Mengusahakan ketersediaan obat-obatan pilihan pertama untuk IMS
 - c. Mengintegrasikan layanan IMS dengan layanan HIV
 - d. Berjejaring dengan layanan pemerintah untuk menjamin akses bagi populasi rentan HIV dan IMS

Layanan infeksi menular seksual (IMS) di komunitas sebagian besar seharusnya terintegrasi dengan layanan pencegahan, diagnosis, dan pengobatan HIV mengingat faktor risiko yang sangat beririsan. Akan tetapi, beberapa pertimbangan khusus tetap harus diberikan untuk layanan IMS dalam

kebencanaan. Hal ini terutama berkenaan dengan perbedaan dalam algoritma diagnosis serta logistik yang diperlukan dalam pelayanan.

Algoritma diagnosis IMS sebagian besar lebih sederhana dibandingkan dengan HIV. Hal ini terutama didasari diagnosis IMS yang tidak selalu harus didasari pemeriksaan penunjang. Klinisi dapat memulai terapi empiris IMS berdasarkan diagnosis klinis tanpa menunggu pemeriksaan penunjang. Obat-obatan IMS juga tidak bersifat sangat spesifik. Walaupun terapi pilihan pertama tidak tersedia, terapi alternatif IMS sering kali merupakan modalitas antibiotika yang umum tersedia di berbagai layanan kesehatan. Hal ini membutuhkan sumber daya yang lebih sedikit sehingga dapat segera dikerjakan segera setelah bencana walaupun tidak terdapat cadangan alat dan bahan yang telah dipersiapkan sebelumnya (UNAIDS, 2010).

Sementara itu, pada fase stabilisasi, layanan komprehensif dapat diluncurkan secara terintegrasi dengan layanan HIV. Deteksi kasus IMS secara aktif dapat dilakukan bersamaan dengan deteksi kasus HIV melalui tes mobile atau tes indeks. Sementara itu, kualitas layanan terapi IMS juga dapat ditingkatkan dengan mengusahakan tersedianya antibiotika lini pertama untuk terapi IMS. Jika komunitas tidak dapat menyediakan layanan ini, layanan komprehensif dapat dilakukan dengan berjejaring dengan layanan pemerintah.

3.3.3 Layanan TB dan Infeksi Oportunistik Lainnya

Layanan penanggulangan TB dan infeksi oportunistik HIV dalam situasi bencana

1. Kesiapsiagaan
 - a. Memastikan tersedianya cadangan OAT
 - b. Memastikan adanya rencana operasional distribusi OAT pada penderita TB dalam situasi bencana
 - c. Memastikan tersedianya obat-obatan profilaksis TB dan infeksi oportunistik lainnya
 - d. Meningkatkan kesadaran hidup bersih dan sehat pada ODHA dan populasi kunci HIV

2. Respon minimal

- a. Memastikan keberlangsungan terapi OAT bagi penderita TB
- b. Memastikan akses obat-obatan profilaksis bagi ODHA

3. Respon komprehensif

- a. Berjejaring dengan layanan kesehatan pemerintah untuk menyediakan layanan komprehensif TB dan HIV bagi populasi kunci dan ODHA
- b. Menyediakan layanan kesehatan komprehensif untuk menangani infeksi oportunistik pada ODHA

Tuberculosis (TB) merupakan koinfeksi yang sering ditemukan pada ODHA. Oleh karena itu, populasi rentan HIV juga rentan menderita infeksi TB. Akibatnya, layanan TB sering kali terintegrasi dengan layanan HIV. Potensi disrupsi kejadian bencana terhadap layanan TB pun serupa dengan apa yang mungkin terjadi pada layanan HIV. Disrupsi terutama dikhawatirkan pada keberlanjutan terapi obat anti TB (OAT) pada orang dengan TB. Putus OAT meningkatkan risiko relaps dan resistensi pada pasien TB, risiko yang lebih tinggi pada ODHA yang menderita koinfeksi TB (WHO, 2018a).

Oleh karena itu, respon minimum dalam layanan TB di situasi bencana adalah memastikan keberlangsungan terapi OAT bagi penderita TB. Prioritas terutama harus diberikan pada penderita TB dengan gangguan sistem imun, utamanya akibat HIV. Selain itu, tenaga kesehatan juga diharapkan memiliki kesadaran mengenai faktor risiko, gejala, dan tanda infeksi TB sehingga dapat melakukan penapisan cepat secara klinis. Penegakkan diagnosis TB dengan pemeriksaan penunjang dapat dilakukan pada fase stabilisasi pasca-bencana. Deteksi kasus TB baru tidak menjadi prioritas dalam situasi kebencanaan. Sebaliknya, komunitas diharapkan dapat memberikan terapi profilaksis TB pada individu-individu yang dinilai berisiko tinggi terinfeksi TB.

Satu hal yang harus diperhatikan komunitas dalam pelaksanaan penanggulangan TB adalah bagaimana pelaksanaan program TB di Indonesia saat ini. Masih sedikit, bahkan hampir tidak ada, layanan pengobatan TB yang

dilakukan di luar layanan kesehatan pemerintah. Oleh karena itu, komunitas harus senantiasa bersinergi, berkoordinasi, megawasi, dan mengevaluasi kesiagaan bencana pelaksanaan layanan TB yang dilakukan pemerintah. Hal ini meliputi indikator-indikator ketersediaan cadangan OAT, keberadaan rencana operasional dalam situasi bencana, dan teknis distribusi OAT pada penderita TB dalam situasi bencana.

Upaya pencegahan untuk infeksi oportunistik lainnya juga harus dilakukan. ODHA yang dinilai berisiko menderita infeksi oportunistik harus mendapat akses terhadap terapi profilaksis kotrimoksazol. Hal ini terutama penting untuk ODHA yang baru terinfeksi (belum menginisiasi terapi ARV) dan juga bayi baru lahir dari ibu dengan HIV. Lebih lanjut, kesadaran mengenai risiko infeksi akibat pola hidup yang tidak higienis harus ditingkatkan pada ODHA dan populasi rentan HIV pada umumnya. Kesadaran mengenai hidup bersih dan sehat, seperti konsumsi air bersih, sanitasi lingkungan, dan kebiasaan mencuci tangan harus ditingkatkan sejak sebelum bencana terjadi.

3.3.4 Layanan Kesehatan Mental

Layanan kesehatan mental terkait HIV dalam situasi kebencanaan

1. Respon minimum
 - a. Memastikan adanya *hotline* pencegahan bunuh diri bagi populasi kunci dan ODHA
 - b. Sosialisasikan *hotline* tersebut agar dapat diakses oleh sebanyak mungkin populasi kunci dan ODHA
2. Respon komprehensif
 - a. Memastikan akses layanan kesehatan mental komprehensif dan berkesinambungan bagi populasi kunci dan ODHA
 - b. Memastikan akses layanan kesehatan mental komprehensif dan berkesinambungan bagi penyedia layanan (tenaga kesehatan, petugas program, pekerja kemanusiaan, dll)

Layanan kesehatan mental sering kali diabaikan dalam situasi bencana. Hal ini terlepas dari kenyataan bahwa situasi bencana merupakan situasi yang menyebabkan tekanan mental berat pada semua orang yang terdampak, baik korban maupun penyedia layanan (WHO, 2019). Hal ini diperburuk kenyataan bahwa populasi kunci dan ODHA merupakan populasi yang berisiko tinggi mengalami masalah kesehatan mental. Oleh karena itu layanan ini harus dipertimbangkan bagi komunitas yang melayani populasi terdampak HIV dalam bencana.

Kejadian bencana berpotensi menyebabkan kehilangan yang besar bagi korbannya, baik kehilangan orang tercinta ataupun harta benda. Oleh karena itu, risiko bunuh diri meningkat signifikan bagi orang yang terdampak bencana, termasuk bagi populasi kunci HIV dan ODHA. Respon minimum menghadapi kondisi ini adalah menyediakan hotline atau layanan pencegahan bunuh diri yang dapat diakses orang-orang yang merasa ingin bunuh diri. Layanan ini dapat berupa seorang sukarelawan atau penjangkau yang dapat dihubungi dan diajak bicara oleh orang dengan keinginan bunuh diri (Haroz *et al.*, 2020).

Setelah situasi lebih stabil, layanan kesehatan jiwa yang berkesinambungan dapat diupayakan untuk semua orang yang memerlukan. Dalam konteks layanan HIV, risiko masalah kesehatan mental tidak hanya diderita oleh populasi kunci dan ODHA, tetapi juga oleh pelaksana dan penyedia layanan. Tekanan mental yang berat dapat terjadi pada pelaksana program layanan HIV dalam situasi bencana mengingat sulitnya situasi yang dihadapi. Oleh karena itu, layanan ini harus disediakan bagi semua orang yang membutuhkan (Mi *et al.*, 2021).

3.4 Dukungan Sosial Untuk Populasi Kunci

3.4.1 Perlindungan dari Diskriminasi dan Kekerasan

HAM dan perlindungan diskriminasi bagi populasi kunci HIV dan ODHA dalam situasi bencana

1. Kesiapsiagaan
 - a. Advokasikan sistem tanggap bencana yang menjamin akses layanan kritis bagi populasi kunci dan ODHA
 - b. Advokasikan dan pastikan sistem layanan kesehatan HIV yang sadar HAM dan hak-hak pasien
 - c. Advokasikan untuk adanya sistem keadilan yang tahan bencana dan berkeadilan bagi populasi kunci serta ODHA
2. Respon minimum
 - a. Memastikan adanya saluran aduan pelanggaran HAM dan diskriminasi bagi populasi kunci dan ODHA
 - b. Memastikan adanya pendampingan hukum bagi populasi kunci dan ODHA yang menjadi korban diskriminasi atau pelanggaran HAM
3. Respon komprehensif
 - a. Mengumpulkan data untuk suatu laporan komprehensif situasi HAM populasi kunci dan ODHA yang terdampak bencana
 - b. Mengadvokasikan perbaikan situasi HAM populasi kunci dan ODHA sesuai dengan situasi di lapangan

Diskriminasi dapat membatasi akses pada sumber daya kebencanaan bagi populasi kunci dan ODHA. Hal ini meliputi penolakan atau pembatasan akses terhadap layanan kesehatan dan bantuan sosial bagi ODHA dan populasi kunci terdampak bencana. Diskriminasi ini dapat terjadi secara eksplisit dan implisit. Contoh diskriminasi secara implisit adalah sulitnya mengakses layanan administrasi catatan sipil bagi populasi kunci (khususnya waria, pekerja seks, dan pekerja migran) yang diperburuk kewajiban memiliki catatan sipil untuk mengakses layanan kesehatan dan bantuan sosial pasca-bencana.

Masalah lain yang mungkin muncul adalah rendahnya kesadaran dan komitmen pada hak-hak asasi manusia dalam pelaksanaan layanan terkait HIV. Hak-hak konfidensialitas dan otonomi tubuh sering kali dilanggar oleh penyedia layanan, baik secara sengaja maupun tidak sengaja. Kondisi ini sering kali memburuk pasca kejadian bencana dengan dalih situasi tersebut mempersulit penegakkan hak-hak asasi manusia

Upaya untuk menegakkan hak-hak populasi kunci serta melindungi populasi kunci dari diskriminasi harus dilakukan sejak sebelum terjadinya bencana. Komunitas yang terlibat dalam penilaian risiko bencana harus memperjuangkan suatu sistem tanggap bencana yang ramah populasi kunci, menjamin akses populasi kunci pada layanan-layanan respon bencana. Sementara itu, kesadaran HAM dan juga masalah diskriminasi populasi kunci harus dibangun pada pihak-pihak yang akan terlibat dalam respon bencana, seperti tenaga kesehatan, polisi, tentara, dan BPBD sebagai koordinator. Kesadaran HAM dan hak-hak pasien populasi kunci secara khusus harus dibangun pada tenaga kesehatan yang akan terlibat dalam layanan HIV dalam situasi bencana. Selain itu, komunitas harus mengadvokasikan suatu sistem keadilan yang dapat beroperasi dalam situasi bencana bagi korban diskriminasi di situasi kebencanaan.

Segera setelah bencana, upaya yang dapat dilakukan untuk melindungi populasi kunci dari diskriminasi dan kekerasan adalah memberikan pendampingan hukum. Komunitas harus menyediakan saluran komunikasi bagi populasi kunci HIV dan populasi rentan lainnya untuk melaporkan diskriminasi atau kekerasan yang dialaminya. Komunitas kemudian harus memfasilitasi korban diskriminasi dan kekerasan dalam proses hukum. Tujuan utama dari proses advokasi dan proses hukum ini adalah:

1. Memberikan keadilan restoratif bagi korban
2. Mencegah impunitas
3. Memberi efek jera pada pelaku diskriminasi dan kekerasan

Setelah situasi lebih stabil, komunitas dapat kembali fokus dalam usaha advokasi untuk mengarusutamakan layanan HIV dan respon bencana yang

berkeadilan dan berlandaskan HAM. Upaya pengumpulan data dapat dilakukan untuk mengetahui situasi HAM bagi populasi kunci dalam situasi kebencanaan. Hasilnya dijadikan landasan advokasi untuk respon kebencanaan yang lebih baik dan berkeadilan.

3.4.2 Penanggulangan Risiko Kekerasan Berbasis Gender dan Kekerasan Seksual

Penanggulangan risiko kekerasan berbasis gender dan kekerasan seksual bagi populasi kunci HIV dan ODHA dalam situasi bencana

1. Respon minimum
 - a. Membuat sistem manajemen yang berkomitmen untuk mencegah kejadian kekerasan dan eksploitasi seksual oleh pekerja komunitas pada penerima manfaat/korban bencana
 - b. Memastikan adanya sistem pelaporan untuk kejadian kekerasan seksual dan kekerasan berbasis gender yang bersifat konfidensial dan berpihak pada penyintas
 - c. Mendampingi penyintas melalui penyediaan rumah aman, melindungi dari tindakan balas dendam dari pelaku, dan pendampingan hukum
2. Respon komprehensif
 - a. Mengumpulkan data untuk suatu laporan komprehensif situasi kekerasan berbasis gender dan kekerasan seksual pada populasi kunci dan ODHA yang terdampak bencana
 - b. Mengadvokasikan perbaikan perlindungan dari kekerasan berbasis gender dan kekerasan seksual bagi populasi kunci dan ODHA yang terdampak bencana

Perempuan dan anak berada sangat rentan dalam situasi kebencanaan. Kekerasan berbasis gender rentan terjadi pada perempuan di berbagai situasi. Hal ini dapat terjadi dalam bentuk kekerasan rumah tangga, kekerasan seksual, maupun kekerasan berbasis gender lainnya. Risiko kekerasan ini juga sering kali

terjadi pada perempuan dan anak dari populasi marjinal, termasuk populasi kunci dan ODHA. Bagi populasi marjinal, kekerasan berbasis gender diperberat dengan sulitnya mengakses layanan dukungan hukum maupun psikososial bagi penyintas.

Respon minimum yang dapat dilakukan komunitas dalam situasi bencana adalah membuka akses pelaporan bagi penyintas. Akses pelaporan dapat dibuka secara langsung pada penyintas maupun pada pengawas dalam masyarakat, peran yang dapat diberikan pada tokoh yang dipercaya dalam komunitas populasi kunci dan ODHA, misalnya petugas penjangkau atau pendamping sebaya. Pertimbangan penting harus ditekankan pada aspek konfidensialitas dari mekanisme pelaporan ini untuk melindungi penyintas dari tindakan balas dendam. Komunitas juga diharapkan mendampingi penyintas kekerasan berbasis gender dengan menyediakan rumah aman serta pendampingan hukum.

Sementara itu, masalah kekerasan seksual juga menjadi risiko yang dapat terjadi dalam situasi pasca-bencana. Perempuan dan anak yang mengalami kekurangan kebutuhan dasar berada dalam posisi yang sangat rentan dari kekerasan seksual. Kekerasan seksual ini dapat berupa pelecehan seksual atau pemerkosaan secara langsung. Kekerasan seksual juga dapat terjadi dalam bentuk eksploitasi seksual seperti prostitusi paksa dan perbudakan seksual. Salah satu aspek yang penting untuk diperhatikan adalah temuan bahwa kekerasan seksual juga sering terjadi dari pekerja kemanusiaan yang responden tanggap bencana yang bertugas di lapangan.

Berkaitan dengan situasi tersebut, respon pertama komunitas adalah menjamin tidak adanya kekerasan seksual dari pekerja komunitas sendiri. Hal ini dapat dicapai dengan komitmen menegakkan 6 prinsip pencegahan eksploitasi seksual berikut (UNAIDS, 2010):

1. Eksploitasi dan pelecehan seksual oleh pekerja komunitas merupakan pelanggaran berat dan merupakan alasan untuk pemutusan hubungan kerja.

2. Aktivitas seksual dengan anak-anak (orang di bawah usia 18 tahun) dilarang terlepas dari standar usia dewasa dalam sistem lokal. Ketidaktahuan tentang usia seorang anak bukanlah pembelaan yang sah.
3. Melarang segala bentuk pertukaran uang, pekerjaan, barang atau jasa untuk seks, termasuk tindakan seksual non-penetratif atau bentuk tindakan lain yang memperlakukan, merendahkan, atau eksploitatif.
4. Hubungan seksual antara pekerja komunitas dan penerima bantuan sangat tidak dianjurkan karena merusak kredibilitas dan integritas bantuan kemanusiaan.
5. Jika seorang pekerja komunitas dicurigai melakukan eksploitasi dan pelecehan seksual oleh sesama pekerja, ia harus melaporkan kekhawatiran tersebut melalui mekanisme pelaporan yang telah ditetapkan.
6. Pekerja kemanusiaan, dan manajer khususnya, berkewajiban untuk menciptakan dan memelihara lingkungan yang mencegah eksploitasi dan pelecehan seksual dan yang mendorong penerapan kode etik

Seperti dalam salah satu poin di atas, komunitas juga diharapkan segera menginisiasi suatu mekanisme pelaporan kekerasan seksual bagi penyintas. Sama seperti mekanisme pelaporan kekerasan berbasis gender, mekanisme pelaporan ini harus bersifat konfidensial dan ditindaklanjuti dengan pendampingan komprehensif yang meliputi penyediaan rumah aman dan pendampingan hukum untuk mendindak pelakunya.

Setelah situasi pasca-bencana lebih stabil, komunitas harus melakukan penilaian situasi kekerasan gender dan kekerasan seksual di lokasi bencana. Penilaian ini ditindaklanjuti dengan upaya advokasi untuk mencegah kejadian-kejadian kekerasan berbasis gender maupun kekerasan seksual lebih lanjut.

3.4.3 Manajemen Pengungsian Untuk Populasi Kunci

Pengelolaan kamp pengungsi yang ramah populasi kunci dan ODHA

1. Respon minimum
 - a. Memastikan bahwa status HIV ataupun populasi kunci tidak menjadi syarat mengakses layanan di kamp
 - b. Memastikan keamanan fisik bagi populasi kunci dan ODHA di pengungsian
 - c. Untuk situasi dengan kemungkinan tinggi terjadi kekerasan terhadap populasi kunci/ODHA di kamp, pengungsi dari populasi kunci/ODHA dapat direlokasi ke kamp pengungsian lain atau di lokasi penampungan yang dikelola komunitas
 - d. Merespon kekerasan terhadap populasi kunci dan ODHA (termasuk kekerasan dari pengungsi lain) secara hukum dengan mekanisme pelaporan yang konfidensial dan tersosialisasikan dengan baik
 - e. Memastikan akses layanan HIV (pencegahan, deteksi, dan pengobatan) bagi pengungsi di kamp
2. Respon komprehensif
 - a. Mengedukasi dan mengadvokasikan penerimaan populasi kunci dan ODHA oleh pengungsi di kamp
 - b. Mengintegrasikan layanan HIV dalam layanan kesehatan di kamp

Beberapa kejadian bencana dapat menyebabkan perpindahan/pengungsian manusia dalam jumlah besar yang harus dikelola dalam kamp-kamp pengungsian. Konsentrasi manusia dalam jumlah besar di tempat yang sempit dengan sumber daya terbatas meningkatkan risiko konflik horizontal. Populasi kunci dan ODHA merupakan kelompok marginal yang hampir selalu dirugikan dalam kejadian konflik tersebut. Oleh karena itu, pengawasan dan upaya khusus harus dilakukan untuk melindungi pengungsi populasi kunci dan ODHA dari diskriminasi, kekerasan, dan konflik horizontal.

Upaya minimal yang dapat dilakukan komunitas untuk membantu situasi populasi kunci dan ODHA di pengungsian adalah advokasi untuk memastikan bahwa status HIV dan populasi kunci tidak menjadi syarat untuk mengakses layanan di pengungsian. Selain itu, untuk kasus-kasus di mana terdapat risiko tinggi kekerasan pada populasi kunci, komunitas harus mengadvokasikan bahwa pengungsi dari populasi kunci direlokasi ke pengungsian yang dikelola langsung oleh komunitas atau yang, sekurang-kurangnya, dapat memastikan keamanan fisik bagi pengungsi. Respon terhadap kejadian kekerasan dapat diintegrasikan dengan upaya proteksi kekerasan berbasis gender dan kekerasan seksual yang telah disebutkan di atas. Dalam jangka panjang, komunitas harus mengadvokasikan penerimaan terhadap populasi kunci sebagai anggota masyarakat yang setara dan terlindung dari segala bentuk kekerasan ataupun diskriminasi (Scolaro, 2019).

Selain masalah konflik horizontal, kamp pengungsian juga diharapkan dapat menyediakan layanan pencegahan dan pengobatan HIV yang adekuat bagi populasi kunci dan ODHA. Oleh karena itu, pengelolaan kamp, terutama dalam aspek kesehatan, harus diintegrasikan dengan layanan HIV. Komunitas dapat mengisi peran sebagai penyedia layanan HIV apabila pemerintah atau pengelola kamp belum dapat menyediakan layanan tersebut. Dalam jangka panjang, komunitas harus mengintegrasikan layanan HIV dalam pengelolaan kamp sehari-hari.

3.4.4 Dukungan Nutrisi untuk Populasi Kunci dan ODHA

Dukungan nutrisi untuk populasi kunci dan ODHA

1. Respon minimum
 - a. Menyediakan paket nutrisi tambahan untuk ODHA dan populasi rentan untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya berdasarkan rekomendasi WHO
2. Respon komprehensif
 - a. Memberdayakan ODHA dan populasi kunci untuk dapat memenuhi kebutuhan nutrisinya menggunakan persediaan makanan yang dapat diperoleh secara umum

Orang terdampak bencana berisiko tinggi mengalami kekurangan gizi karena akses makanan yang tidak pasti. Dalam distribusi bantuan makanan dan dukungan nutrisi, komunitas perlu mengupayakan perhatian lebih pada ODHA dan beberapa populasi rentan, seperti ibu hamil atau menyusui dengan HIV serta anaknya. Oleh karena itu, asupan nutrisi lebih harus diupayakan untuk kelompok-kelompok ini. Dukungan nutrisi ini harus seimbang dan memenuhi kebutuhan makronutrien maupun mikronutrien yang bersangkutan. Adapun rekomendasi suplementasi nutrisi ini adalah sebagai berikut (tambahan ini dibandingkan dengan rekomendasi WHO):

1. Dukungan energi
 - a. ODHA dewasa tanpa gejala: tambahan ~10%
 - b. ODHA dewasa dengan gejala: tambahan ~20-30%
 - c. Ibu hamil atau menyusui dengan HIV: tambahan ~20-30%
 - d. ODHA anak tanpa gejala: tambahan ~10%
 - e. Anak yang mengalami penurunan berat badan (terlepas dari status HIV): tambahan ~50-100%
 - f. Anak dengan malnutrisi akut berat: ikuti pedoman WHO untuk malnutrisi
2. Protein
 - a. Semua kelompok: tidak ada rekomendasi khusus, sesuaikan dengan rekomendasi protein mencakup 10-12% dari total asupan energi
3. Lemak
 - a. Orang tanpa HIV atau ODHA yang tidak mengkonsumsi ARV: tidak ada rekomendasi khusus, sesuaikan dengan rekomendasi protein mencakup 17% dari total asupan energi

Pada fase awal respon bencana, komunitas dapat menyediakan suplementasi nutrisi tersebut dalam bentuk paket-paket makanan tambahan khusus. Akan tetapi, seiring berjalannya respon bencana populasi kunci dan ODHA harus diberdayakan untuk dapat mengelola kebutuhan nutrisinya secara mandiri menggunakan persediaan yang dapat diperoleh secara umum (bukan

paket nutrisi khusus). Untuk itu, respon komprehensif harus mengupayakan pemberdayaan ini melalui pelatihan dan pendampingan.

3.5 Logistik Kesiapsiagaan Bencana untuk Komunitas

Logistik kesiagaan bencana berisi bahan-bahan yang mungkin diperlukan populasi kunci dan populasi terdampak HIV untuk melanjutkan perilaku pencegahan serta pengobatan HIV/IMS. Logistik ini meliputi 2 (dua) jenis paket: paket individu dan paket layanan, di mana paket layanan terdapat 2 (dua) strata yaitu paket untuk layanan minimum dan paket untuk layanan komprehensif. Logistik kesiagaan bencana disiapkan pada fase kesiapsiagaan atau pada masa pra-bencana. Komunitas menyiapkan pedoman teknis untuk pengadaan, penyimpanan, dan distribusi paket-paket logistic dalam situasi bencana.

Tabel 2. Metode estimasi kebutuhan logistic

Jenis Logistik	Estimasi
Paket Individu	Jumlah populasi sasaran paket logistik, meliputi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Populasi kunci 2. ODHA 3. Pasien TB 4. ODHA hamil usia subur
Paket layanan	Dua kali dari rata-rata konsumsi bahan habis pakai per bulan untuk layanan-layanan berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Layanan Dasar <ol style="list-style-type: none"> a. Pencegahan HIV (kondom dan jarum suntik steril) b. Diagnosis HIV (kit RDT HIV, minimal 3 merk) c. ARV (FDC atau lepasan) d. Obat-obatan IMS e. OAT (FDC atau lepasan) f. Pil KB dan KB suntik 2. Layanan Komprehensif <ol style="list-style-type: none"> a. Reagen laboratorium IMS b. Alat dan bahan pemasangan IUD dan KB implant

	c. Obat-obatan kesehatan mental (anti-depresan, anti-anxietas, anti-psikosis)
--	---

3.5.1 Paket Individu

Paket individu berisi bahan-bahan yang dibutuhkan orang-orang terdampak HIV untuk tetap melanjutkan perilaku pencegahan dan pengobatan HIV/IMS, terutama pada fase instabilitas satau segera setelah bencana hingga 14 hari setelahnya. Paket-paket ini dikemas dalam kantong/tas berwarna tertentu dengan isi yang berbeda tergantung populasi sasaran, sebagai berikut:

1. Paket pencegahan HIV/IMS (paket kuning)
 - a. Berisi kondom dan jarum suntik steril yang cukup untuk persediaan selama 14 (empat belas) hari.
 - b. Ditujukan untuk populasi kunci, meliputi PPS, LSL, penasun, waria, dan pasangan ODHA.
2. Paket pengobatan HIV (paket merah)
 - a. Berisi ARV (FDC) yang cukup untuk persediaan selama 14 (empat belas) hari.
 - b. Ditujukan pada ODHA.
3. Paket pengobatan TB (paket hijau)
 - a. Berisi OAT (FDC) yang cukup untuk persediaan selama 14 hari.
 - b. Ditujukan pada populasi kunci dengan infeksi TB.
4. Paket kontrasepsi (paket biru)
 - a. Berisi kontrasepsi jangka pendek reversible (pil KB dan kondom).
 - b. Ditujukan pada ODHA perempuan usia subur (15-49 tahun).

Manajemen logistik kesiagaan bencana menjadi tanggung jawab komunitas. Komunitas diharapkan mengumpulkan data mengenai kebutuhan logistik secara rutin berdasarkan jumlah populasi kunci, ODHA, penderita TB, dan ODHA perempuan usia subur yang dilayani. Data kebutuhan ini harus dicocokkan dengan ketersediaan paket logistic sekurang-kurangnya setiap 6 bulan. Pencocokan ketersediaan ini juga harus mempertimbangkan tanggal kadaluarsa logistic yang disediakan dan melakukan rotasi logistic jika logistic

kesiagaan bencana tidak digunakan dalam periode evaluasi (6 bulan). Pada situasi bencana, paket individu harus mulai didistribusikan dalam 1-3 hari pasca bencana dan laporan mengenai ketersediaan paket individu harus tersedia dalam 3-7 hari pasca-bencana. Komunitas bertanggung jawab untuk berkoordinasi dengan donator apabila terjadi kekurangan logistic dalam situasi bencana.

3.5.2 Paket Layanan

Paket logistic layanan bertujuan untuk memastikan layanan kesehatan yang dikelola komunitas mampu beroperasi memberikan layanan kesehatan pada populasi sasaran dalam situasi bencana. Berbeda dengan dengan paket individu, paket logistic layanan dikelola secara dalam bentuk bulk atau grosir (bukan paket siap distribusi). Jenis logistic yang diperlukan disesuaikan dengan kemampuan komunitas dengan skala prioritas dibagi menjadi paket layanan dasar dan paket layanan komprehensif. Dalam kondisi ideal, paket logistic kesiagaan bencana untuk layanan disimpan di tempat yang aman dari dampak bencana namun mudah dijangkau dengan jumlah yang cukup untuk operasional layanan selama sekurang-kurangnya 2 (dua) bulan pasca-bencana. Estimasi kebutuhan logistic layanan dihitung berdasarkan rata-rata konsumsi per bulan dari bahan habis pakai yang dibutuhkan.

3.5.2.1 Paket Layanan Dasar

Paket logistic layanan dasar meliputi:

1. Bahan habis pakai untuk pencegahan HIV
 - a. Kondom
 - b. Jarum suntik steril
2. Bahan habis pakai untuk diagnosis HIV
 - a. Kit RDT HIV (minimal 3 merk berbeda)
3. Bahan habis pakai untuk pengobatan HIV
 - a. ARV (FDC)
 - b. ARV lepasan
4. Bahan habis pakai untuk pengobatan empiris IMS

- a. Antibiotik dan antivirus untuk pengobatan IMS
- 5. Bahan habis pakai untuk pengobatan TB
 - a. OAT (FDC)
 - b. OAT (lepasan)
- 6. Bahan habis pakai untuk pencegahan kehamilan tidak diinginkan pada ODHA
 - a. Pil KB
 - b. KB suntik

3.5.2.2 Paket Layanan Komprehensif

Paket logistic layanan komprehensif meliputi:

1. Alat dan bahan untuk diagnosis dan evaluasi laboratorium IMS
 - a. Reagen-reagen yang diperlukan
 - b. Mikroskop
2. Alat dan bahan untuk kontrasepsi jangka panjanga reversibel
 - a. Alat dan bahan untuk pemasangan IUD
 - b. Alat dan bahan untuk pemasangan KB implan
3. Obat-obatan kesehatan mental

Obat-obatan antidepresan, anti-anxietas, dan anti-psikosis

Tabel 1. Lembar kerja kesiagaan bencana bagi komunitas.

Kegiatan	Daftar Tugas	Waktu Respon
Penilaian tingkat risiko kebencanaan	4. Fase kesiapsiagaan a. Rapat koordinasi lintas-sektoral b. Menghimpun dan melaporkan data indikator kesiapsiagaan bencana di komunitas	1. Fase kesiapsiagaan a. $\geq 1x$ per tahun b. $\geq 1x$ per tahun
	5. Fase instabilitas dan respon minimum a. Mengumpulkan dan melaporkan data dampak situasi bencana terhadap keberlangsungan pelayanan HIV b. Mengumpulkan dan melaporkan data dampak bencana terhadap situasi sosioekonomi populasi rentan HIV	2. Fase instabilitas dan respon minimum a. 3-7 hari b. 3-7 hari
	6. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. Melaporkan hasil pengawasan dan evaluasi respon bencana lintas sektoral	3. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. 7-30 hari
Promosi kesehatan dan pencegahan HIV	1. Fase kesiapsiagaan a. Menyusun pedoman teknis strategi promosi kesehatan dan komunikasi perubahan perilaku untuk situasi bencana b. Melaporkan ketersediaan kondom dan jarum suntik steril di layanan komunitas c. Melakukan kegiatan promosi dan edukasi kesiapsiagaan bencana untuk komunitas d. Melakukan kegiatan promosi dan edukasi risiko HIV dalam situasi kebencanaan pada tenaga kesehatan dan petugas kebencanaan lainnya (misalnya, polisi, tentara, petugas BPBD).	1. Fase kesiapsiagaan a. $\geq 1x$ per tahun b. $\geq 1x$ per bulan c. $\geq 1x$ per tahun d. $\geq 1x$ per tahun
	2. Fase instabilitas dan respon minimum a. Mengidentifikasi dan membangun jaringan komunikasi dengan kelompok-kelompok rentan dan populasi terdampak HIV dan IMS b. Menyebarkan paket-paket informasi mengenai pencegahan HIV serta akses layanan deteksi/pengobatan HIV c. Mendistribusikan kondom dan jarum suntik steril pada populasi kunci HIV yang relevan	2. Fase instabilitas dan respon minimum a. 3-7 hari b. 3-7 hari c. 3-7 hari
	3. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. Memperluas jangkauan jaringan komunikasi pada populasi rentan dan terdampak HIV/IMS b. Memastikan ketersediaan kondom dan jarum suntik steril yang berkesinambungan	3. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. 7-30 hari dan seterusnya b. 7-30 hari dan seterusnya
Deteksi kasus HIV	1. Fase kesiapsiagaan a. Menyusun pedoman <i>standard operational procedure</i> (SOP) program deteksi HIV dalam situasi bencana b. Melaporkan ketersediaan reagen tes cepat HIV di layanan komunitas	1. Fase kesiapsiagaan a. $\geq 1x$ per tahun b. $\geq 1x$ per bulan
	2. Fase instabilitas dan respon minimum	2. Fase instabilitas dan respon minimum a. 3-7 hari

	a. Melaksanakan layanan VCT berbasis <i>walk in</i> dan PITC	
	3. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. Melakukan penjangkauan untuk deteksi kasus HIV (mobile test, tes index, dll)	3. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. 7-30 hari dan seterusnya
Pengobatan HIV	1. Fase kesiapsiagaan a. Melaporkan ketersediaan ARV di layanan komunitas b. Menyusun SOP distribusi ARV pada ODHA dalam situasi bencana	1. Fase kesiapsiagaan a. $\geq 1x$ per bulan b. $\geq 1x$ per tahun
	2. Fase instabilitas dan respon minimum a. Mengidentifikasi ODHA dalam wilayah bencana b. Mendistribusikan ARV pada ODHA di wilayah bencana	2. Fase instabilitas dan respon minimum a. 1-3 hari b. 3-7 hari
	3. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. Lakukan layanan dukungan kepatuhan berobat pada ODHA di wilayah bencana	3. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. 7-30 hari dan seterusnya
Layanan kesehatan reproduksi, ibu, dan anak	1. Fase instabilitas dan respon minimum a. Tes HIV untuk ibu hamil (koordinasi dengan kegiatan deteksi HIV) b. Distribusi ARV untuk ODHA hamil dan menyusui (koordinasi dengan kegiatan pengobatan HIV)	1. Fase instabilitas dan respon minimum a. 3-7 hari b. 3-7 hari
	2. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. Penjangkauan tes HIV untuk ibu hamil dari popuasi kunci b. Menyediakan layanan kontrasepsi jangka panjang reversibel	2. Fase instabilitas dan respon minimum a. 7-14 hari b. 7-14 hari
Layanan infeksi menular seksual	1. Fase instabilitas dan respon minimum a. Menyediakan layanan pengobatan IMS berbasis <i>walk in</i> dengan terapi empiris	1. Fase instabilitas dan respon minimum a. 1-3 hari
	2. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. Menyediakan layanan diagnosis IMS berbasis laboratorium b. Penjangkauan untuk deteksi kasus IMS pada populasi rentan	2. Fase instabilitas dan respon minimum a. 7-30 hari b. 7-30 hari
Layanan TB dan infeksi oportunistik	1. Fase kesiapsiagaan a. Melaporkan ketersediaan obat anti TB (OAT) di layanan komunitas b. Melaporkan ketersediaan obat-obatan untuk infeksi oportunistik c. Menyusun SOP distribusi OAT pada ODHA dengan TB dalam situasi bencana	1. Fase kesiapsiagaan a. $\geq 1x$ per bulan b. $\geq 1x$ per bulan c. $\geq 1x$ per tahun
	2. Fase instabilitas dan respon minimum a. Mendistribusikan OAT pada ODHA dengan TB b. Mendistribusikan obat-obatan infeksi oportunistik sesuai kebutuhan c. Menyediakan layanan rujukan untuk ODHA dengan infeksi oportunistik	2. Fase instabilitas dan respon minimum a. 1-3 hari b. 3-7 hari c. 3-7 hari

	3. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. Menyediakan layanan TB, infeksi oportunistik, dan HIV yang terintegrasi	3. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. 14-30 hari dan seterusnya
Layanan kesehatan mental	1. Fase instabilitas dan respon minimum a. Menyediakan <i>hotline</i> pencegahan bunuh diri yang bisa diakses populasi kunci dan terdampak HIV b. Mengarahkan populasi kunci dan terdampak HIV dengan gangguan mental untuk dapat meneruskan pengobatan	1. Fase instabilitas dan respon minimum a. < 24 jam b. 3-7 hari
	2. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. Menyediakan layanan kesehatan mental komprehensif (mulai pencegahan hingga terapi psikiatri)	4. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. 14-30 hari dan seterusnya
Perlindungan dari diskriminasi dan kekerasan	1. Fase kesiapsiagaan a. Berkoordinasi dengan lembaga-lembaga pemerintah dalam penyusunan SOP tanggap bencana untuk memastikan SOP tersebut ramah terhadap populasi rentan	1. Fase kesiapsiagaan a. $\geq 1x$ per tahun
	2. Fase instabilitas dan respon minimum a. Menyediakan saluran pelaporan pelanggaran HAM dan kekerasan bagi populasi kunci b. Memastikan ada tim pendampingan hukum bagi populasi kunci korban pelanggaran HAM selama bencana	2. Fase instabilitas dan respon minimum a. < 24 jam b. 1-7 hari
	3. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. Menyediakan laporan berkala situasi HAM di wilayah bencana	3. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. Mulai 30 hari setelah bencana lalu minimal tiap 3 bulan
Penanggulangan kekerasan berbasis gender dan eksploitasi seksual	1. Fase instabilitas dan respon minimum a. Memastikan adanya komitmen untuk mencegah kekerasan berbasis gender dan eksploitasi seksual dari semua staf tanggap bencana b. Menyediakan saluran pelaporan kekerasan berbasis gender dan eksploitasi seksual bagi populasi kunci di wilayah bencana c. Memastikan ada tim pendampingan hukum bagi populasi kunci korban kekerasan berbasis gender dan eksploitasi seksual d. Melakukan pendampingan dan menyediakan rumah aman bagi korban	1. Fase instabilitas dan respon minimum a. < 24 jam b. < 24 jam c. 1-7 hari d. 1-7 hari
	2. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. Menyediakan laporan berkala situasi kekerasan berbasis gender dan eksploitasi seksual di wilayah bencana	2. Fase stabilisasi dan respon komprehensif a. Mulai 30 hari setelah bencana lalu minimal tiap 3 bulan
	1. Fase instabilitas dan respon minimum	1. Fase instabilitas dan respon minimum

Manajemen pengungsian ramah ODHA dan populasi kunci	<ol style="list-style-type: none"> a. Memastikan status HIV tidak menjadi syarat mengakses pengungsian b. Menyiapkan rencana relokasi dan rumah aman bagi ODHA dan populasi kunci yang menderita diskriminasi di pengungsian c. Menyediakan layanan tes HIV di pengungsian 	<ol style="list-style-type: none"> a. < 24 jam b. < 24 jam c. 1-7 hari
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Fase stabilisasi dan respon komprehensif <ol style="list-style-type: none"> a. Mengedukasi kesadaran gender dan toleransi terhadap ODHA/populasi kunci di pengungsian b. Mengintegrasikan layanan HIV dalam manajemen pengungsian 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Fase stabilisasi dan respon komprehensif <ol style="list-style-type: none"> b. 30-60 hari dan seterusnya c. 30-60 hari dan seterusnya
Dukungan nutrisi untuk populasi kunci dan ODHA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fase instabilitas dan respon minimum <ol style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi ODHA atau anggota populasi kunci yang memerlukan bantuan nutrisi b. Menyediakan paket bantuan nutrisi bagi ODHA dan populasi kunci yang membutuhkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fase instabilitas dan respon minimum <ol style="list-style-type: none"> a. 1-7 hari b. 1-7 hari
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Fase stabilisasi dan respon komprehensif <ol style="list-style-type: none"> a. Memberdayakan ODHA dan populasi kunci untuk dapat memenuhi kebutuhan nutrisinya dengan makanan yang tersedia secara umum 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Fase stabilisasi dan respon komprehensif <ol style="list-style-type: none"> d. 14-30 hari

BAB IV: Kegiatan Monitoring dan Evaluasi terkait Peran Komunitas dalam Program Penanggulangan HIV-AIDS dan IMS Pada Masa Kebencanaan

4.1 Paparan singkat tentang kegiatan monitoring dan evaluasi program penanggulangan HIV-AIDS dan IMS pada masa normal tanpa kebencanaan

Dalam kerangka penanggulangan HIV-AIDS dan IMS, tidak bisa disangkal bahwa peran komunitas terutama komunitas pendamping populasi kunci sangat krusial. Perannya dalam tiap fase penanggulangan HIV-AIDS sangat menentukan keberhasilan upaya-upaya penjangkauan terhadap akses layanan HIV-AIDS dan IMS, baik itu pada fase promosi kesehatan, pencegahan, pemeriksaan diagnosis, pengobatan, maupun rehabilitasi. Terbukanya akses pelayanan kesehatan bagi semua anggota populasi kunci yang bebas dari stigma dan diskriminasi dipercaya menjadi kunci utama bagi keberhasilan program penanggulangan HIV-AIDS dan IMS baik secara nasional maupun global. Di sinilah peran komunitas melalui petugas penjangkaunya akan nampak terlihat, terutama untuk menjembatani fasyankes dan anggota komunitas populasi kunci melalui upaya-upaya pendampingan, pemberdayaan, maupun advokasi pada saat diperlukan.

Seperti layaknya program yang baik, pengukuran performa peran komunitas dalam program penanggulangan HIV-AIDS dan IMS pun harus dilakukan, salah satunya melalui kegiatan monitoring dan evaluasi (monev). Sebelum memulai pembahasan tentang kegiatan monev untuk menilai performa peran komunitas dalam program penanggulangan HIV-AIDS dan IMS pada masa kebencanaan, sangat perlu juga untuk mempunyai gambaran tentang monev yang dilakukan pada masa normal. Secara singkat kegiatan monev terhadap layanan komunitas pada masa normal dapat mencakup hal-hal berikut ini:

4.1.1 Monev peran komunitas pada dukungan layanan promosi dan pencegahan penularan HIV-AIDS dan IMS

Performa peran komunitas pada fase dukungan layanan promosi dan pencegahan penularan HIV-AIDS dan IMS dapat dimonitoring dan dievaluasi melalui pengumpulan data-data berikut ini:

- Data individu pengurus komunitas yang menjadi petugas penjangkau/konselor baik yang full time maupun part time yang kompeten dalam hal advokasi promosi dan pencegahan penularan HIV-AIDS dan IMS dari waktu ke waktu
- Data pelatihan, pengayaan, dan pemberdayaan yang pernah diterima oleh pengurus komunitas dalam rangka meningkatkan kapasitasnya sebagai petugas penjangkau dan pendamping anggota komunitas dalam hal layanan promosi dan pencegahan penularan HIV-AIDS dan IMS dari waktu ke waktu
- Data individu anggota komunitas yang berhasil dijangkau atau dipertahankan berada dalam jangkauan dari waktu ke waktu
- Data pertemuan rutin atau acara diseminasi terkait HIV-AIDS dan IMS yang pernah diadakan oleh komunitas dari waktu ke waktu
- Data program/proyek HIV-AIDS dan IMS yang telah dilakukan oleh komunitas dari waktu ke waktu
- Data laporan penggunaan logistik terkait program HIV-AIDS dan IMS yang berhasil didistribusikan kepada anggota komunitas dari waktu ke waktu

4.1.2 Monev peran komunitas pada dukungan layanan deteksi kasus HIV-AIDS dan IMS

Performa peran komunitas pada fase dukungan layanan deteksi kasus HIV-AIDS dan IMS dapat dimonitoring dan dievaluasi melalui pengumpulan data-data berikut ini:

- Data individu pengurus komunitas yang menjadi petugas penjangkau/konselor baik yang full time maupun part time yang kompeten dalam hal dukungan layanan deteksi kasus HIV-AIDS dari waktu ke waktu

- Data pengurus komunitas tentang pelatihan terkait deteksi kasus HIV-AIDS dan IMS misalnya dalam hal pemeriksaan HIV-AIDS secara mandiri menggunakan *self-testing kit* atau *oral fluid testing (OFT)*, advokasi notifikasi pasangan, pentingnya mempertahankan klien/anggota komunitas dalam rencana longitudinal dalam kerangka pencegahan penularan HIV-AIDS melalui upaya perubahan perilaku hidup sehat ke arah yang lebih baik
- Data pertemuan atau acara diseminasi informasi dengan anggota komunitas terkait upaya deteksi HIV-AIDS dan IMS melalui VCT maupun metode pendekatan lain
- Data anggota komunitas yang telah melakukan VCT HIV-AIDS dan IMS di berbagai fasilitas layanan kesehatan atas rujukan tiap pengurus komunitas dari waktu ke waktu
- Data pelaksanaan program tes HIV-AIDS secara mandiri dari waktu ke waktu
- Data mediasi hasil temuan pemeriksaan mandiri HIV-AIDS untuk keperluan konfirmasi hasil dengan pihak fasilitas layanan kesehatan
- Data pelaksanaan program pemeriksaan HIV dalam kolaborasi dengan fasilitas layanan kesehatan dari waktu ke waktu
- Data individu pasangan ODHA yang telah mendapatkan informasi terkait VCT HIV-AIDS dalam kaitannya dengan program notifikasi pasangan
- Data follow-up atau tindak lanjut rutin tentang upaya reminder rutin oleh pengurus komunitas kepada anggota komunitas untuk memeriksakan status HIV-AIDS'nya dari waktu ke waktu
- Data laporan penggunaan logistik terkait deteksi HIV-AIDS dan IMS

4.1.3 Monev peran komunitas pada dukungan layanan pengobatan dan pendampingan HIV-AIDS dan IMS

Performa peran komunitas pada fase dukungan layanan pengobatan dan pendampingan HIV-AIDS dan IMS dapat dimonitoring dan dievaluasi melalui pengumpulan data-data berikut ini:

- Data individu pengurus komunitas yang menjadi petugas penjangkau/konselor baik yang full time maupun part time yang kompeten dalam hal dukungan layanan pengobatan dan pendampingan ODHA maupun IMS dari waktu ke waktu
- Data pengurus komunitas tentang pelatihan terkait layanan pengobatan dan pendampingan HIV-AIDS dan IMS
- Data jenis layanan terkait pengobatan dan pendampingan HIV-AIDS dan IMS oleh komunitas
- Data pertemuan atau acara diseminasi informasi dengan anggota komunitas tentang pengobatan dan pendampingan terkait HIV-AIDS dan IMS
- Data anggota komunitas yang telah mengakses layanan PDP atas rujukan pengurus komunitas
- Data anggota komunitas yang menjadi dampingan komunitas dalam hal kepatuhan minum obat
- Data laporan penggunaan logistik dukungan layanan pengobatan dan pendampingan HIV-AIDS dan IMS

4.2 Indikator kunci keberhasilan program penanggulangan HIV-AIDS dan IMS pada masa kebencanaan oleh komunitas

Senada dengan poin-poin monev yang telah secara singkat dipaparkan sebelumnya, indikator kunci penilaian performa kerja komunitas dalam program penanggulangan HIV-AIDS pada masa kebencanaan juga meliputi indikator yang berusaha diidentifikasi pada data-data monev tersebut. Indikator tersebut berlaku baik pada kondisi normal maupun pada kondisi kebencanaan. Yang akan membuat keduanya berbeda adalah target capaian minimal yang diharapkan bisa diraih. Secara umum indikator keberhasilan layanan oleh komunitas pada masa kebencanaan adalah terbukanya akses ke layanan oleh setiap anggota jangkauan komunitas yang memerlukan pada saat, jenis, dan jumlah yang diperlukan. Indikator keberhasilan layanan program penanggulangan HIV-AIDS dan IMS oleh komunitas pada masa kebencanaan setidaknya bisa dibedakan menjadi indikator jangka pendek – menengah dan indikator jangka panjang untuk

mempermudah pencapaian, monitoring, dan evaluasinya. Pada umumnya, indikator jangka panjang terletak pada keberhasilan retensi anggota jangkauan komunitas dalam lingkaran layanan komunitas dan akses mereka ke layanan tersebut dari waktu ke waktu. Berikut ini adalah indikator jangka pendek – menengah pada tiap fase program penanggulangan HIV-AIDS selamat masa kebencanaan. Perlu digarisbawahi bahwa walau terlihat serupa dengan indikator yang berlaku di fasilitas layanan kesehatan, namun, indikator-indikator di bawah ini hanya dimaksudkan pemberlakuannya pada komunitas mitra pendukung pelaksanaan program.

4.2.1. Indikator terkait dukungan komunitas terhadap layanan promosi dan pencegahan penularan HIV-AIDS dan IMS

- Estimasi jumlah kondom atau lubrikan atau spuit sterill atau logistik yang lain yang diperlukan selama periode waktu tertentu pada masa kebencanaan berdasarkan data kebutuhan anggota jangkauan komunitas di waktu lalu
- Ketersediaan kondom/lubrikan/spuit steril yang diterima dari berbagai sumber termasuk pengadaan internal
- Data distribusi kondom/lubrikan/spuit dan/atau logistik lain terkait layanan promosi dan pencegahan penularan HIV-AIDS dan IMS
- Peningkatan pengetahuan dan kepercayaan diri anggota komunitas dalam mengakses layanan publik termasuk layanan kesehatan juga layanan umum lainnya program pemberdayaan yang bisa dilakukan selama masa kebencanaan

4.2.2. Indikator terkait dukungan komunitas terhadap layanan deteksi kasus HIV-AIDS dan IMS

- Estimasi jumlah anggota komunitas yang perlu melakukan VCT HIV-dan IMS secara rutin (misalnya triwulanan)
- Estimasi jumlah logistik yang diperlukan untuk layanan pemeriksaan mandiri HIV (misalnya menggunakan OFT)

- Ketersediaan OFT dan logistik pemeriksaan mandiri HIV-AIDS dan IMS lainnya yang diterima dari berbagai macam sumber termasuk pengadaan internal
- Data distribusi *self-testing kit* dan/atau logistik lain terkait layanan deteksi kasus HIV-AIDS dan IMS
- Prosentase anggota jangkauan komunitas yang mendapatkan peringatan dini untuk melakukan VCT HIV-AIDS dan IMS
- Prosentase anggota jangkauan komunitas yang melakukan VCT HIV-AIDS dan IMS
- Estimasi insidensi kasus HIV dan IMS beserta insidensi nyata di lapangan selama masa kebencanaan berdasarkan rujukan penggiat komunitas di fasilitas layanan VCT HIV dan IMS
- Estimasi insidensi IMS baru dan insidensi nyata di lapangan yang berhasil dikonfirmasi di fasilitas laboratorium berdasarkan laporan gejala IMS selama masa kebencanaan
- Prosentase pasangan ODHA jangkauan yang mendapat informasi VCT berdasarkan mandat program notifikasi pasangan melalui metode rujukan komunitas
- Prosentase pasangan ODHA jangkauan yang melakukan VCT atas rujukan komunitas

4.2.3. Indikator terkait dukungan komunitas terhadap layanan pengobatan dan pendampingan HIV-AIDS dan IMS

- Estimasi jumlah anggota jangkauan komunitas yang perlu pendampingan dalam memenuhi kebutuhan ARV rutinnya
- Prosentase anggota jangkauan komunitas yang berhasil atau tidak berhasil memenuhi keperluan ARVnya selama masa kebencanaan
- Prosentase anggota jangkauan komunitas yang berhasil dibantu proses rujukannya untuk dapat mengakses ARVnya di fasyankes PDP alternative
- Data distribusi logistik terkait layanan pengobatan dan pendampingan HIV-AIDS dan IMS

4.3 Dukungan terhadap sistem monitoring dan evaluasi program penanggulangan HIV-AIDS dan IMS pada masa kebencanaan oleh komunitas

Dalam kerangka program penanggulangan HIV-AIDS dan IMS, masa kebencanaan kerap ditandai dengan ketidakberadaan sumber daya yang diperlukan demi keberhasilan program ini, atau walaupun ada, aksesnya terganggu atau bahkan tidak bisa diakses sama sekali karena satu dan lain hal. Khusus tentang akses ke sumber daya fasilitas pelayanan kesehatan bagi anggota komunitas terutama anggota populasi kunci pada masa kebencanaan, peran dan andil komunitas akan semakin nyata signifikasinya terutama untuk menjembatani anggota komunitas ke fasilitas layanan kesehatan yang mereka perlukan. Terlebih lagi, kebencanaan sangat mungkin menyebabkan meningkatnya kerentanan posisi dan kondisi anggota komunitas dalam mengakses layanan kesehatan tersebut jika dibandingkan kerentanan yang mereka rasakan pada kondisi normal. Kerentanan tersebut makin diperparah lagi dengan tambahan beban atau dampak dari kebencanaan itu sendiri. Di sinilah peran penggiat komunitas akan dapat makin nyata dirasakan.

Upaya program penanggulangan HIV-AIDS dan IMS harus tetap terlaksana pada kondisi apapun, terlepas dari capaian minimal yang diharapkan bisa diraih. Kontribusi komunitas melalui para pengurus dan penggiatnya dalam menjembatani tercapainya target minimal tersebut tidak bisa ditampik. Itu yang pertama, yang kedua melalui upaya mediasi tersebut, secara tidak langsung komunitas telah berperan dalam upaya keberlangsungan layanan kesehatan terkait penanggulangan HIV-AIDS dan IMS, termasuk di dalamnya upaya *monev* pada program ini.

Performa kontribusi tersebut, seperti halnya pada masa normal, tetap dapat diukur melalui upaya pendataan, pencatatan, dan pelaporan yang layak dan sesuai. Poin-poin di bawah ini memperlihatkan beberapa hal yang dapat, bahkan perlu, dilakukan oleh komunitas melalui para pengurus dan penggiatnya dalam kontribusinya untuk mendukung keberlangsungan layanan kesehatan HIV-AIDS dan IMS bagi anggota komunitas pada masa kebencanaan.

4.3.1 Pendataan dan pemetaan sumber daya:

Data, yang merupakan sumber daya informasi, merupakan faktor yang harus ada dalam upaya monev, keberadaannya sangat krusial dalam menuntun langkah kerja pada program apapun. Karenanya, sangat perlu ditekankan pentingnya pemeliharaan dan penjagaan data oleh komunitas baik pada masa normal maupun pada masa kebencanaan. Data ini akan menjadi sumber daya yang sangat penting yang dapat digunakan terutama sekali pada masa kebencanaan. Konsekuensinya, *contingency plan* terkait keamanan data komunitas dan aksesnya pada kondisi apapun sangat perlu dipikirkan, direncanakan, ditulis, disahkan sedini mungkin, dan dilatihkan secara rutin.

Keberadaan data yang dimiliki komunitas akan sangat terasa signifikansinya jika bisa diakses terutama pada masa kebencanaan. Dalam masa kebencanaan, data awal tentang apa saja yang masih dimiliki, apa saja yang harus dilakukan, hingga assesmen tentang kondisi komunitas saat ini, sangat diperlukan. Hal ini penting dalam perencanaan respon terhadap kebencanaan, sehingga komunitas tetap dapat berkontribusi pada layanan penanggulangan HIV-AIDS dan IMS. Bank data yang berhasil dapat diselamatkan dan diakses hasil upaya *contingency plan* yang telah dipaparkan sebelumnya dapat dijadikan rujukan awal dalam upaya pendataan dan pemetaan sumber daya yang masih ada dan aktif pada masa kebencanaan. Akan tetapi, upaya penyelarasan data yang dimiliki sebelum kebencanaan, saat kebencanaan, dan setelah kebencanaan mutlak dilakukan dalam rangka perumusan respon yang tepat terkait program penanggulangan HIV-AIDS dan IMS ini.

Berdasarkan data yang ada tersebut, pemetaan sumber daya dapat dilakukan. Pemetaan perlu dilakukan terhadap:

1. Situasi tingkat kebencanaan, apakah dalam kondisi ini komunitas masih mampu berkontribusi, jika pun mampu dalam taraf kapasitas seperti apa, dan layanan seperti apa yang masih bisa diberikan
2. Sumber daya yang ada dan bisa diakses pada saat kebencanaan
3. Sumber daya yang hilang atau ada tapi tidak bisa diakses pada saat kebencanaan

Dalam kaitannya dengan keberlangsungan kontribusi dalam program penanggulangan HIV-AIDS dan IMS, sumber daya yang dipetakan dapat meliputi, namun tidak terbatas pada:

1. sumber daya manusia (pengurus dan penggiat komunitas), klien/anggota jangkauan komunitas, para pihak di instansi pemerintah yang dapat dimintai bantuan dan arahan dalam kondisi kebencanaan
2. sarana dan prasarana fisik komunitas (tempat layanan, komunikasi, transportasi, alat akses data)
3. logistik yang diperlukan
4. fasilitas layanan kesehatan terdekat
5. para mitra dan rekanan yang dapat membantu komunitas pada masa kebencanaan
6. data informasi.

Berdasarkan pemetaan ini, langkah-langkah implementasi peran komunitas akan lebih terarah, direncanakan, dilaksanakan, dimonitoring, dan dievaluasi.

4.3.1.1 Sarana dan Prasarana Monev

4.3.1.2 Anggota komunitas yang termasuk dalam cakupan tanggung jawab

Data klien/anggota jangkauan komunitas sangat diperlukan sebagai data target layanan komunitas pada masa kebencanaan. Data ini dapat dijadikan panduan untuk penyediaan layanan yang berkelanjutan, dan terlebih lagi untuk perencanaan penyediaan logistik, komunikasi, transportasi, maupun pendampingan yang bersesuaian. Berdasarkan data ini, penggiat komunitas dapat membagi diri untuk penentuan tanggung jawab penjangkauan, dalam artian klien yang mana saja akan menjadi tanggung jawab penggiat yang mana, berapa jumlah klien yang akan berada dalam cakupan tanggung jawab seorang penggiat, koordinator para penggiat komunitas. Dengan adanya rantai koordinasi yang tertata dan terencanakan dengan baik, baik pelaksanaan program maupun kegiatan monev dapat lebih mudah dilakukan berdasarkan data nyata di lapangan yang reliable.

4.3.1.3 Lokasi Penyedia Layanan Kesehatan

Inventarisasi lokasi penyedia layanan kesehatan terdekat dengan lokasi komunitas pada masa kebencanaan mutlak diperlukan. Hal ini penting tidak hanya untuk memastikan koordinasi layanan dan kepastian logistik yang diperlukan untuk keberlanjutan program penanggulangan HIV-AIDS di masa kebencanaan, tapi juga untuk memastikan diterimanya bantuan bila diperlukan. Fasyankes di sini bisa sebagai fasyankes umum ataupun swasta.

4.3.1.4 Alternatif Penyedia Layanan Kesehatan di Luar Area Kebencanaan

Sebagai alternatif, juga perlu diinventarisir dan dijembatani komunikasi dengan pihak fasilitas layanan kesehatan yang tidak mengalami kebencanaan, atau mengalami kebencanaan tapi yang mengalami dampak bencana yang lebih minimal. Hal ini penting dilakukan untuk mendapatkan alternatif bantuan jika fasyankes di area kebencanaan kewalahan atau bahkan tidak dapat diakses. Fasyankes di sini bisa sebagai fasyankes umum ataupun swasta.

Tidak kalah penting adalah inventarisir lembaga donor mitra yang berpotensi dapat memberikan bantuan kepada komunitas jika diperlukan. Hal ini penting untuk memastikan layanan penanggulangan pencegahan HIV-AIDS dan IMS terutama bagi anggota komunitas jangkauan dapat terpenuhi secara berkelanjutan.

4.3.2 Pendataan dan pemetaan dampak kebencanaan baik langsung atau tidak langsung pada anggota komunitas sebagai extended responsibility

Selain pemetaan data dan informasi, sumber daya beserta kapasitasnya yang dapat diakses selama kebencanaan, fasyankes umum dan swasta di area maupun di luar area kebencanaan, pemetaan dampak kebencanaan yang dialami oleh anggota jangkauan komunitas baik dilakukan sebagai bentuk perluasan layanan dampingan. Kelompok anggota komunitas yang termasuk dalam populasi kunci ini adalah yang paling sering mengalami dampak dengan keparahan yang cukup tinggi. Studi seputar ponci dan dampak buruk kebencanaan secara seragam menunjukkan bahwa dampak buruk yang mereka

alami kurang lebih dikarenakan status mereka sebagai anggota ponci dan stigma serta diskriminasi yang melekat pada mereka. Sering dalam kondisi ini, penggiat komunitas lah yang dapat dijadikan tempat aduan dan meminta bantuan dalam masa kebencanaan tersebut. Hal ini sangat bisa dipahami, karena komunitas dan penggiatnya lah yang paham dan sangat dekat dengan issue-issue ini. Pemahaman ini dibarengi dengan akses kepada bantuan program pemerintah maupun swasta, jika dikoordinasikan dengan baik dapat membuka akses bantuan bagi para anggota komunitas ponci.

4.3.3 Pelaksanaan monitoring dan evaluasi program

Tujuan kegiatan monev layanan penanggulangan HIV-AIDS dan IMS pada masa kebencanaan di antaranya adalah untuk:

1. Memantau berbagai kemajuan dan kendala yang dihadapi dalam memberikan layanan standard atau minimal termasuk identifikasi solusinya di masa kebencanaan
2. Memberikan akuntabilitas dan transparansi terkait pelaksanaan layanan oleh komunitas dan penggiatnya
3. Memastikan penggunaan logistik untuk program layanan pada tingkat anggota jangkauan komunitas
4. Memastikan kesiapan layanan oleh komunitas secara umum dalam kerangka program penanggulangan hiv-aids dan ims
5. Menganalisis efisiensi dan efektivitas layanan komunitas pada masa kebencanaan.

Tidak bisa dipungkiri, masa kebencanaan pada waktunya akan selesai dan dilanjutkan dengan masa transisi ke pasca kebencanaan. Jika layanan minimal oleh komunitas diberlakukan selama masa kebencanaan, transisi dari layanan minimal ke layanan komprehensif dapat memiliki kendala dan tantangannya sendiri. Hal yang sama tentu tidak akan terjadi jika selama masa kebencanaan layanan standard tetap diberikan oleh komunitas dan penggiatnya. Lebih lanjut, evaluasi dapat dilakukan dengan membandingkan macam kegiatan layanan yang diberikan selama kebencanaan dan dampaknya terhadap anggota jangkauan, sehingga dapat dinilai apakah layanan yang diberikan tersebut dapat

memenuhi tujuan besar dari program umum penanggulangan HIV-AIDS dan IMS.

4.3.3.1 Cara Melakukan Monitoring

Monitoring perlu dilakukan setidaknya pada 2 periode berikut ini:

1. Pada tahap tanggap darurat kebencanaan, monitoring dapat dilakukan setidaknya 1 – 2 minggu sejak layanan khusus pada masa kebencanaan digulirkan. Data bulanan penting untuk diperoleh sebagai dasar untuk penyusunan program respon lanjutan di masa kebencanaan. Monitoring dapat dilakukan terhadap indikator kualitatif dan kuantitatif yang ada.
2. Pada tahap pasca krisis kebencanaan, monitoring dapat dilakukan menggunakan metode yang dilakukan pada masa normal berikut indikator kualitatif dan kuantitatifnya.

4.3.3.2 Evaluasi dan Waktu Evaluasi

Seperti telah disebutkan sebelumnya, evaluasi kegiatan layanan komunitas dapat dipilih dilakukan di akhir masa kebencanaan saat program layanan khas ini sudah mulai tidak relevan. Namun, juga bisa dipilih untuk dilakukan dari waktu ke waktu secara rutin sesuai jadwal yang ditetapkan. Akan tetapi, perlu dipertimbangkan beban kerja dan beban kebencanaan yang dialami selama masa kebencanaan. Jika dirasa tidak perlu, evaluasi rutin dapat dipilih untuk tidak dilakukan.

4.3.3.3 Instrumen Evaluasi, Data Untuk Evaluasi, dan Penanggung Jawab Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan menggunakan metode penilaian sistematis terhadap data yang diperoleh terkait indikator kualitatif maupun kuantitatif yang diperoleh dari para penggiat komunitas selama memberikan layanan di masa kebencanaan. Evaluasi terhadap data sekunder dapat dilakukan terhadap data pada dokumen operasional, termasuk data-data laporan kegiatan monitoring.

Salah satu metode verifikasi terhadap data sekunder adalah wawancara dengan informan kunci, misalnya ketua atau anggota masyarakat perwakilan populasi kunci yang merupakan jangkauan komunitas yang terdampak oleh kebencanaan. Tujuannya adalah untuk mendapatkan konfirmasi tentang pengalaman selama mengakses layanan yang disediakan oleh komunitas, termasuk kualitasnya, selama masa kebencanaan.

Komponen penting yang diperlukan dari evaluasi terkait layanan penanggulangan HIV-AIDS dan IMS di masa kebencanaan ini di antaranya:

1. efektivitas layanan terkait target capaian minimal yang diharapkan maupun tujuan besar penyelenggaraan layanan
2. efisiensi layanan terkait pemanfaatan sumber daya yang ada
3. relevansi layanan yang diberikan dan layanan yang dibutuhkan oleh anggota jangkauan komunitas
4. dampak dan keberlanjutan layanan serta transisinya ke layanan komprehensif ketika memasuki masa pasca bencana
5. identifikasi masalah beserta solusinya
6. proses pembelajaran yang dapat diambil selama layanan yang penting untuk perbaikan di masa yang akan datang
7. rekomendasi yang bisa disampaikan untuk peningkatan layanan, tidak hanya saat masa kebencanaan tapi juga di masa normal

Evaluasi sebaiknya dilaksanakan seobjektif mungkin. Evaluasi bisa dilakukan oleh internal komunitas maupun evaluator mandiri di luar komunitas asalkan bias dalam evaluasi bisa dipastikan tidak terjadi. Idealnya evaluator adalah para pihak yang tidak terlibat dalam keseluruhan pelaksanaan layanan oleh komunitas.

Alat akses dan entry data juga diperlukan untuk perbaruan data komunitas, sehingga perubahan dan pergantian data sesuai data nyata di lapangan dapat juga tergambarkan pada data agregat yang akan menjadi bahan pelaporan monev.

4.3.3.4 Analisis dan Diseminasi Hasil Evaluasi

Untuk keperluan keberlanjutan dan peningkatan layanan program penanggulangan HIV-AIDS dan IMS di masa kebencanaan, hasil analisis data dan evaluasi perlu didiseminasikan dengan baik kepada para pemangku kebijakan supaya dampak layanan dan juga capaian layanan dapat diketahui bersama. Selanjutnya, hasil analisis dan evaluasi ini dapat berfungsi sebagai basis proses pembelajaran dan/atau basis data untuk penetapan kebijakan selanjutnya. Format pelaporan hasil analisis dan evaluasi dapat menggunakan format baku pelaporan yang berlaku pada masa normal.

Diseminasi hasil evaluasi dapat dilakukan segera setelah hasil evaluasi diperoleh. Hasilnya penting untuk disebarakan sesegera mungkin kepada para pemangku kebijakan menggunakan metode yang paling memungkinkan. Metodenya dapat melalui pertemuan tatap muka dengan para pemangku kebijakan, atau melalui korespondensi tertulis atau terekam (menggunakan media audio video) dengan pihak-pihak terkait.

4.4 Pencatatan dan Pelaporan Capaian Program Penanggulangan HIV-AIDS dan IMS oleh Komunitas pada Masa Kebencanaan

Baik secara manual maupun digital, pencatatan dan pelaporan kegiatan komunitas dan penggiatnya selama masa kebencanaan tetap harus dilakukan, terlepas dari target minimal yang dipersyaratkan. Untuk meningkatkan kapasitas kesiapan komunitas dan penggiatnya terkait issue pencatatan-pelaporan dalam masa kebencanaan, pembekalan tentang kesiapan ini perlu dilatihkan dan disegarkan pemahamannya dari waktu ke waktu, paling tidak setahun sekali. Platform pencatatan dan pelaporan kegiatan komunitas dan penggiatnya pada masa kebencanaan perlu diperkenalkan dan dilatihkan pengisiannya dalam pelatihan tersebut. Bahkan jika platform yang digunakan adalah platform yang juga digunakan pada masa normal, pelatihan tetap harus dilakukan dengan menggarisbawahi kompromi/toleransi pelaporan pada masa kebencanaan.

Pada masa kebencanaan peran koordinator penggiat komunitas sangat penting untuk mengkoordinasikan tugas para penggiat selama masa

kebencanaan dari waktu ke waktu. Sebagai pihak *middle management*, koordinator ini akan menjadi jembatan bagi pihak di lapangan dan para mitra komunitas untuk dapat mensinergiskan penyediaan dukungan layanan dari pemerintah maupun pihak donor dan pelaksanaan kegiatan layanan di lapangan. Pencatatan dan pelaporan yang disiapkan oleh koordinator penggiat ini merupakan pintu komunikasi dua arah antara fasilitas penyedia layanan, dan anggota komunitas yang memerlukan layanan. Selanjutnya laporan para koordinator ini, setelah diolah menjadi laporan utuh komunitas, dapat dibagikan atau dilaporkan kepada para pemangku kebijakan sebagai dasar pengambilan keputusan yang bersesuaian.

Referensi

BNPB (2016) *Risiko Bencana Indonesia*. Jakarta: BNPB.

BNPB (2020) *Definisi Bencana, Informasi*. Tersedia pada: <https://www.bnpb.go.id/definisi-bencana>.

Engkus, E. *et al.* (2020) "Covid-19: Kebijakan mitigasi penyebaran dan dampak sosial ekonomi di Indonesia," *LP2M*.

Gedela, K. *et al.* (2021) "Getting Indonesia's HIV epidemic to zero? One size does not fit all," *International journal of STD & AIDS*. SAGE Publications Sage UK: London, England, 32(3), hal. 290–299.

Government of Malawi (2014) *The National Contingency Plan of Malawi*. doi: 10.1007/978-3-319-06278-5_11.

Haroz, E. E. *et al.* (2020) "Evidence for suicide prevention strategies with populations in displacement: a systematic review," *Intervention (Amstelveen)*, 18(1), hal. 37–44.

Hidayati, D. (2008) "Kesiapsiagaan masyarakat: Paradigma baru pengelolaan bencana alam," *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 3(1), hal. 69–84.

IAFM Taskforce (2018) *Inter agency field manual on reproductive health in Humanitarian Settings*.

IASC TF (2003) *Guidelines HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*. Geneva, Switzerland.

Ivanova, O., Rai, M. dan Kemigisha, E. (2018) "A systematic review of sexual and reproductive health knowledge, experiences and access to services among refugee, migrant and displaced girls and young women in Africa," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), hal. 1–12. doi: 10.3390/ijerph15081583.

Kemenkes RI (2019) *Pedoman Program Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak*. Edisi 2019. Diedit oleh R. Sidjabat *et al.* Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Kemkes RI (2021) *Laporan Perkembangan HIV AIDS & Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I tahun 2021*. Jakarta. Tersedia pada: https://siha.kemkes.go.id/portal/files_upload/Laporan_TW_I_2021_FINAL.pdf.
- Mi, T. *et al.* (2021) "Mental Health Problems of HIV Healthcare Providers During the COVID-19 Pandemic: The Interactive Effects of Stressors and Coping," *AIDS and Behavior*. Springer US, 25(1), hal. 18–27. doi: 10.1007/s10461-020-03073-z.
- Mukhtar, S. (2016) "Strategi Pemerintah Indonesia Menghadapi Terorisme Dalam Era Demokratisasi," *Reformasi*, 6(2).
- Samuels, F., Harvey, P. dan Bergmann, T. (2008) *HIV and AIDS in Emergency Situations*.
- Scolaro, B. (2019) "The Protection of LGBTI Migrants in Camp Settings," in *LGBTQ Policy Journal*. The Harvard Kennedy School Student Government, hal. 11–16.
- Shareck, M. *et al.* (2021) "Double Jeopardy: Maintaining Livelihoods or Preserving Health? The Tough Choices Sex Workers Faced during the COVID-19 Pandemic," *Journal of Primary Care and Community Health*, 12. doi: 10.1177/21501327211031760.
- Sutrisna, A., Januraga, P. P., Kaunang, J. A., & Wardhana, A. (2021). *Studi Positioning Layanan Komunitas pada Program Pengendalian HIV dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN)*. Baswara Press.
- Tarigan, Y. N. *et al.* (2020) "Changes in the HIV continuum of care following expanded access to HIV testing and treatment in Indonesia: A retrospective population-based cohort study," *PloS one*. Public Library of Science San Francisco, CA USA, 15(9), hal. e0239041.
- Tomm-Bonde, L. N. (2015) *Scoping Paper on National HIV Response in Emergency Settings in Mozambique: Utilizing Case Studies from Gaza and Zambézia a Scoping Paper on National HIV Response in Emergency*

Settings in Mozambique: Utilizing Case Studies from Gaza and Zambézia.
Maputo, Mozambique.

UN/ISDR (2008) *Indicators of Progress: Guidance on Measuring the Reduction of Disaster Risks and the Implementation of the Hyogo Framework for Action, Better Policies for Development.* Geneva, Switzerland. doi: 10.1787/9789264115958-23-en.

UNAIDS (2010) "IASC Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings," (March).

WHO (2018a) "HIV-Associated Tuberculosis."

WHO (2018b) *WHO guidance for contingency planning.* Geneva, Switzerland.

WHO (2019) *Mental health in emergencies.*

Tim Penyusun

Panduan Program HIV dan IMS Komprehensif dalam Situasi Krisis Kesehatan dan Kebencanaan di Tingkat Komunitas disusun bersama oleh UNFPA Indonesia dan Jaringan Indonesia Positif, serta organisasi kemasyarakatan, pekerja sosial, dan komunitas pendamping sebaya.

Editor:

1. Oldri Sherli Mukuan – UNFPA Indonesia
2. Asti Widiastuti – UNFPA Indonesia
3. Meirinda Sebayang – Jaringan Indonesia Positif
4. Sally Nita – Jaringan Indonesia Positif
5. Iman Abdurrakhman – Jaringan Indonesia Positif

Kontributor:

1. Ngakan Putu Anom Harjana – Konsultan
2. Gede Benny Setia Wirawan
3. Brigitta Dhyah Kunthi Wardhani

Desain dan Tata Letak:

1. Desak Made Ari Harjani

Didukung oleh:



Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Jl. H.R. Rasuna Said Blok X.5 Kav. 4-9,
Jakarta 12950

Tel: (62-21) 5201590

Fax: (62-21) 52921669

Website: <https://www.kemkes.go.id>

United Nations Population Fund

7th Floor Menara Thamrin

Jl. M.H. Thamrin Kav. 3, Jakarta 10250

Tel: (62-21) 29802300

Fax: (62-21) 31927920

Website: <http://indonesia.unfpa.org>

Jaringan Indonesia Positif

Jl. Kudus No.16, RT.8/RW.6, Dukuh Atas, Menteng, Kec. Menteng
Kota Jakarta Pusat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 10310

Tel: (62-21) 22098781

Website: <https://jip.or.id>

ISBN 978-623-99689-4-6 (PDF)

