

Menguatkan Suara Odha di Papua

Laporan tentang Kunjungan ke Papua oleh Tim Spiritia, Februari-Maret 2006

Latar Belakang

Dampak HIV/AIDS di Papua lebih berat dibandingkan daerah lain di Indonesia, dengan prevalensi yang tertinggi dilaporkan: 49 kasus AIDS per 100.000 penduduk. Ada banyak orang yang menganggap ini di bawah keadaan yang sebenarnya, dengan angka prevalensi HIV kemungkinan besar keadaan di Papua menjelang beberapa negara di Afrika sub-Sahara. Jumlah yang dilaporkan adalah rendah karena akses yang terbatas pada layanan kesehatan termasuk tes HIV. Lagi pula, orang enggan mengakses layanan yang ada akibat stigma dengan akar yang sangat dalam yang mengelilingi penyakit tersebut.

Alasan ini memperburuk keadaan yang sudah sulit dihadapi oleh orang yang hidup dengan HIV/AIDS (Odha) di Papua, sebagai akibat suaranya jarang didengar, baik atas nama mereka sendiri atau dalam upaya di seluruh provinsi untuk menghadapi secara efektif dan manusiawi keberadaan HIV dan AIDS dalam komunitas. Hal ini menambah hambatan dalam akses pada perawatan, dukungan dan pengobatan (*care, support and treatment/CST*)

FHI Papua, dengan keinginan untuk mencari cara mendukung Odha dan menguatkan suaranya, meminta Spiritia, sebagai kelompok dukungan sebaya payung nasional untuk Odha, agar mengunjungi Papua pada awal 2006, untuk mengumpulkan dan membagi informasi yang berkaitan.

Tujuan

Untuk membantu mengidentifikasi cara alternatif untuk melayani Odha secara lebih efektif dan agar dapat mendukung Odha dalam keterlibatannya pada penanggulangan epidemi baik secara lokal maupun di tingkat provinsi.

Kegiatan

Untuk tujuan ini, Spiritia membentuk sebuah tim terdiri dari tiga anggota staf Spiritia ditambah satu anggota jaringan Odha nasional yang berpengalaman. Dua adalah Odha, salah satunya perempuan, terbuka mengenai status HIV-nya, dan sudah mulai memakai terapi antiretroviral (ART). Kunjungan berjalan dari 22 Februari sampai dengan 10 Maret 2006. Tim mengunjungi Sorong, Timika, Merauke, dan Jayapura, masing-masing selama kurang lebih empat hari. Pada setiap lokasi tim kami mencoba bertemu dengan stakeholder lokal termasuk KPA Kabupaten/Kota, pemberi layanan kesehatan, LSM lain, dan Odha, baik sebagai individu maupun dalam kelompok. Laporan sementara dikajikan pada stakeholder tingkat provinsi termasuk seorang wakil KPA Provinsi pada 9 Maret. Dokumen ini adalah versi lebih resmi/lengkap dari laporan itu, dan mencakup beberapa komentar yang dikemukakan pada pertemuan tersebut.

Penemuan

Umum

Adalah sulit mengambil kesimpulan yang sah dan dapat dibela tentang sebuah provinsi sebesar dan beraneka ragam seperti Papua berdasarkan kunjungan singkat pada empat kota di pesisir. Namun kami berhasil bertemu dengan beberapa petugas layanan kesehatan dengan pengalaman di pedalaman, dan ini menambah pengalaman kami sendiri waktu mengunjungi Wamena pada 2004. Semua ini memberi kesan bahwa banyak tantangan yang kami laporkan di bawah juga berlaku pada pedalaman, sering kali dengan tingkat keprihatinan yang lebih tinggi. Ada bukti bahwa AIDS sudah menjadi persoalan besar di beberapa bagian dari pedalaman Papua, kemungkin besar lebih berat dibandingkan kota daerah pantai. Namun tanggapan di pedalaman bahkan lebih lemah dan kurang efektif. Tingkat stigma di daerah pedesaan sering lebih tinggi dan meresap, terutama bila didorong oleh faktor kebudayaan.

Pemekaran provinsi Papua yang baru menjadi dua, mungkin nanti tiga, provinsi, dan pemekaran beberapa kabupaten menjadi beberapa kabupaten/kota baru juga berdampak negatif jangka pendek terhadap

penanggulangan epidemi AIDS. Staf berpengalaman dialihkan untuk mendirikan administrasi baru. Namun lembaga administrasi baru belum efektif atau pun sudah berjalan. Khususnya dinas kesehatan yang menjadi lemah, sementara puskesmas yang kurang tenaga dan kurang sumber daya terpaksa mengambil peranan sebagai rumah sakit daerah. Bila KPA masih lemah di daerah yang lama, efektivitasnya di daerah baru dapat dibayangkan.

Catatan: Dokumen ini adalah laporan mengenai kunjungan, bukan survei atau penelitian. Laporan ini terutama berdasarkan komentar yang didengar dari mereka yang bertemu dengan kami, dan apa yang kami dengar sering tidak dapat disahihkan secara independen. Lagi pula, kami mungkin salah dengar atau salah paham dari beberapa komentar tersebut. Jadi laporan ini sebaiknya dianggap lebih sebagai lukisan sebuah gambar dari apa yang kami lihat pada kunjungan yang sangat terbatas waktunya, bukan sebagai laporan pasti.

KPA

Kami bertemu dengan lima KPA: Kota Sorong, Kab. Mimika, Kab. Jayapura, Kota Jayapura, dan Kab. Merauke. Kami tidak berhasil bertemu dengan KPA Provinsi Papua, kecuali secara nominal saat kami mengkajikan laporan sementara kunjungan. Kami mencatat perbedaan yang cukup besar antara tingkat kepedulian yang nyata di antara KPA yang kami temui, dan sulit mengambil kesimpulan umum berdasarkan hal ini. Namun, tampaknya sering kali KPA sangat tergantung pada upaya satu-dua anggota kunci, biasanya Kadinkes. Lagi pula, keterlibatan dan kepemimpinan aktif oleh Bupati/Walikota adalah unsur sangat penting dalam mendorong tanggapan yang efektif. Hal ini terutama dilihat di KPA Kab. Jayapura, dan juga di KPA Kota Jayapura. Khususnya, dukungan akan didirikan KPA tingkat kecamatan di Kab. Jayapura sangat menarik. Dari sisi lain, kekosongan politis di Kab. Mimika jelas berdampak sangat negatif; walaupun anggota KPA di sana sebagai individu mengemukakan kepedulian yang tinggi, tetapi KPA sebagai lembaga tampaknya menghasilkan hanya sedikit dampak.

Di sebagian besar tempat, tampaknya KPA membuat upaya untuk melibatkan komunitas, dan keanggotaan LSM dalam KPA tampaknya lebih umum. Namun, belum jelas bahwa LSM tersebut benar-benar mewakili komunitas atau pun semua LSM AIDS di daerahnya. Kami tidak menemukan satu pun KPA yang menganggap peranannya termasuk mendorong dan merangsang dibentuknya LSM atau kelompok komunitas untuk membantu penanggulangan.

Walaupun kami mencoba melibatkan Odha lokal dalam pertemuan kami dengan KPA, kebanyakan orang tersebut enggan mengungkapkan statusnya, dan tidak ada tanda yang jelas bahwa KPA mempunyai komitmen untuk mendengar suara Odha.

Umumnya, tingkat pengetahuan dan pemahaman anggota KPA mengenai epidemi dan tantangan yang dihadapi tampaknya rendah. Hanya sedikit kelihatannya yang sadar mengenai ketersediaan layanan VCT atau CST di daerahnya. Kami menemukan hanya sedikit bukti bahwa KPA lokal menerima bantuan atau bimbingan teknis dari KPA Provinsi. Dari sisi lain, kebanyakan tergantung pada pendanaan dari luar daerahnya, yang disediakan oleh pemda provinsi atau lembaga donor. tampaknya hanya ada sedikit upaya untuk menggalang dana dari dalam kabupaten/kota sendiri.

Kami menemukan hanya sedikit bukti mengenai usaha untuk melibatkan DPRD. tampaknya para KPA tidak menganggap advokasi kepada DPRD sebagai peranannya, sementara mungkin anggota dewan enggan untuk menerima undangan dari pemda. Sebaliknya, kami tidak menemukan satu pun LSM yang melakukan advokasi secara terus-menerus pada DPRD.

Hanya sedikit KPA sudah mendirikan program KIE yang efektif. Pada sebagian besar tempat, brosur 'baku' yang disebar oleh KPA pusat adalah satu-satunya materi yang tersedia. Kami ragu apakah materi ini efektif di Papua. Hanya di satu tempat (Merauke) kami melihat kampanye papan iklan yang efektif, dan kampanye ini dilakukan oleh MSF. Namun, iklan tersebut tampaknya sangat efektif, dan dapat dijadikan model untuk bagian provinsi lain.

Komunitas

Seperti dicatat, kami tidak menemukan bukti adanya tanggapan efektif oleh komunitas terhadap HIV. Hanya sedikit LSM baru didirikan dalam dua tahun terakhir; sebetulnya kelihatannya menurun.

Kami tidak melihat tanda bahwa para kalangan gereja memainkan peranan yang benar-benar aktif, walaupun memang ada beberapa tokoh agama yang menunjukkan tingkat kepedulian yang tinggi. Kami diberi tahu bahwa sekolah tinggi teologi (STT) di Papua belum membahas HIV/AIDS dalam pelatihannya.

Hanya sedikit perhatian (bila ada) diberikan pada epidemi dalam kampanye pemilihan gubernur yang baru dilakukan. Bila memang ada perhatian, tidak jelas apakah hal ini akan menarik suara. Hasil dari satu calon, mantan Wakil Gubernur yang terkenal peduli terhadap HIV, tidak begitu mengesankan.

Media Massa

Kami hanya mendapat sedikit kesempatan untuk berinteraksi dengan media massa, tetapi kami sempat bertemu dengan staf redaksi satu surat kabar dan dengan pimpinan satu stasiun radio lokal. Pada kedua kesempatan tersebut, tampaknya staf cukup mendukung, tetapi sangat kurang pengetahuan tentang HIV/AIDS. Mereka menunjukkan kesiapan untuk memuat rubrik/program berkala tentang HIV, tetapi mengaku mereka mempunyai kurang pengetahuan untuk mendukung hal ini.

VCT

Akses pada VCT tetap terbatas, dan di banyak tempat sulit. VCT umumnya hanya tersedia di rumah sakit, yang sering agak jauh dan tidak bersahabat pada kelompok sasaran. Layanan VCT berpindah-pindah (*mobile*) yang sudah mulai beroperasi di Jayapura mungkin dapat menjadi model untuk daerah lain. Walaupun tes cepat mulai menjadi tersedia secara luas, kami tidak melihat tanda dikembangkannya strategi untuk memaksimalkan manfaat dari tes tersebut, misalnya untuk menyediakan hasil langsung di layanan tes mobile.

Tampaknya perbedaan yang bermakna antara statistik VCT yang dijelaskan pada kami dan yang dilaporkan pada Global Fund. Walaupun ada peningkatan yang cukup bermakna pada VCT, layanan ini jauh dari capaian tingkat yang dibutuhkan agar berdampak secara bermakna pada epidemi, atau pun untuk mengalihkan jumlah orang yang diharapkan pada CST. Justru, pada beberapa tempat, kami menemukan keengganan untuk meningkatkan VCT karena lembaga merasa kewalahan dan tidak mampu memberi dukungan yang cukup pada orang yang baru dinyatakan HIV-positif. Dari sisi lain, kami terkesan oleh pertalian yang dibentuk oleh beberapa LSM di Jayapura untuk merujuk kliennya pada layanan lain

Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (CST)

Perbaikan pada layanan CST sangat nyata, kebanyakan rumah sakit rujukan telah memainkan peranan yang aktif dan proaktif. Tingkat stigma dan diskriminasi di layanan kesehatan tampaknya menurun, tetapi para Odha masih merasa ragu mengenai kerahasiaan. Ada konflik antara mensosialisasikan layanan terkait AIDS (VCT dan CST) dan membuatnya lebih terjangkau pada satu sisi, dan keprihatinan bahwa orang yang menjangkaunya kemungkinan akan langsung dianggap sebagai Odha pada sisi lain.

Walaupun upaya untuk melatih petugas layanan kesehatan ditingkatkan, adalah jelas bahwa tingkat pengetahuan mengenai pengobatan AIDS masih cukup terbatas, dan sering tidak ada di antara mereka yang belum langsung terlibat. Jarang dilakukan pelatihan mengenai HIV/AIDS untuk staf non-medis, misalnya staf pembersihan, penyediaan makan dan resepsi. Tampaknya belum ada sistem resmi untuk memungkinkan para dokter berkonsultasi di luar lembaganya sendiri bila ada kasus yang rumit. Hanya sedikit dokter mempunyai sarana atau kemampuan untuk mengakses informasi mutakhir, atau untuk meluaskan pengetahuannya melalui pendidikan lanjutan yang resmi.

Hanya sedikit rumah sakit mempunyai Pokja AIDS yang efektif, dan pokja yang ada hanya mempunyai sedikit pengaruh. Tidak ada mekanisme resmi untuk melibatkan Odha dalam penyediaan layanan. Namun kami terkesan oleh perkembangan di RS Merauke, yang dapat dianggap sebagai model untuk tanggapan terpadu, termasuk layanan satu atap untuk Odha dengan TB.

Kami menemukan hanya sedikit LSM yang bekerja di bidang dukungan. Justru, sementara sebelumnya ada tanda bahwa beberapa organisasi agama tertarik untuk memainkan peranan yang lebih aktif, tampaknya mereka berkembang secara lambat. Sedikit kelompok yang tidak dipimpin oleh Odha benar-benar mengerti konsep pemberdayaan. Cenderung yang terbaik ambil sikap 'kebakap-bapakan' bahwa

'kami lebih paham apa yang mereka butuhkan', sementara beberapa kelompok masih menganggap klien Odha-nya sebagai 'aset'.

Perkembangan dalam pembentukan dukungan sebaya secara efektif di sekeliling provinsi tampaknya lambat, kecuali di Merauke. Ada banyak alasan: kematian beberapa aktivis yang berperan sebagai pejuang; kurang pemahaman mengenai konsep; ketakutan akan mengungkapkan status HIV-nya; tingkat pendidikan yang rendah di antara banyak Odha; masalah bahasa; ketidakbersamaan antara anggota asli dan pendatang; dan kekurangan dana. Namun perkembangan yang sangat mengesankan di Cendrawasih Bersatu Merauke (CBM) menunjukkan apa yang dapat tercapai dengan sedikit dana dan komitmen yang berdedikasi oleh satu-dua orang yang mempunyai visi.

Menjadi semakin jelas bahwa orang tua/keluarga/pasangan Odha dapat memainkan peranan yang sangat penting dalam tanggapan, dan kelompok dukungan tersebut dapat sangat mempengaruhi. Saat ini, belum ada kelompok macam ini di Papua. Namun, kami kenal dengan dua orang tua di Jayapura yang tampaknya menarik untuk membentuk kelompok macam ini, dan diharapkan mereka akan dapat didukung agar mencapai hasil ini.

Stigma dan Diskriminasi

Seperti dicatat di atas, tingkat stigma dan diskriminasi dalam layanan kesehatan tampaknya menurun dalam maknanya. Dari sisi lain, tetap ada masalah yang sangat bermakna dalam komunitas, walaupun masalah tersebut tampaknya dihadapi di Merauke. Odha pasti berisiko perlakuan tidak adil, kadang kala dalam bahaya fisik yang nyata, terutama tampaknya di Mimika. Namun, kami mendengarkan banyak cerita tentang keluarga dan komunitas yang menyatu untuk menerima dan mendukung Odha; status HIV kebanyakan anggota CBM diketahui oleh keluarganya, dan semuanya melaporkan penerimaan dan dukungan. Sulit tidak mengambil kesimpulan bahwa sebagian yang cukup besar dari masalah adalah menstigmatisasikan dirinya, yang dapat dihadapi dengan pemberdayaan yang benar, berserta dengan dukungan satu sama lain.

Suara Odha

Kami menemukan sedikit bukti bahwa suara Odha lokal didengar dalam forum apa pun. Seperti dicatat, para KPA belum melibatkan Odha. Odha jarang mempunyai kesempatan atau kesiapan untuk berbicara di depan anggota gereja. Wartawan jarang berpeluang untuk mewawancarai Odha; bagaimana pun sedikit Odha terlatih untuk berbicara secara efektif di depan umum. Kebanyakan organisasi layanan, baik kesehatan maupun komunitas, tampaknya menganggap Odha hanya sebagai penerima layanan. Sedikit kadinkes atau kepala dinas lain, apa lagi Bupati/Walikota, pernah bertemu dengan kelompok dukungan sebaya.

Tantangan Lain

Ada jelas bahwa kemiskinan, beserta masalah terkait seperti korupsi, kurang gizi, kelangkaan pendidikan, dan pengangguran, memainkan peranan besar dalam peledakan epidemi HIV di Papua. Adalah sama jelas bahwa kami hanya dapat membuat sedikit komentar mengenai upaya untuk menghadapi tantangan yang sangat besar ini. Namun harus ditanyakan apakah kebijakan yang memberi obat yang sangat manjur dan mahal pada orang yang tidak mempunyai apa-apa yang lain untuk mengisi perutnya adalah strategi yang pantas.

Juga jelas bahwa kurang pemberdayaan perempuan adalah pendorong epidemi. Sekali lagi hanya sedikit yang dapat kami usulkan untuk menghadapi masalah ini, kecuali kerja sama yang lebih besar dengan kelompok yang mendesak pemberdayaan perempuan.

Walaupun kami tidak berhasil mengkonfirmasi, kami mendengar mengenai kegiatan seksual yang berkala dan sangat dini dengan melibatkan banyak pasangan di antara remaja di beberapa tempat. Misalnya, di Sorong kami diberi tahu bahwa perempuan muda 'wajib' melakukan hubungan seks untuk menunjukkan 'cinta' pada pasangannya.

Lain daripada kebanyakan daerah di Indonesia, kecanduan alkohol jelas pendorong lain yang bermakna pada epidemi melalui pengaruhnya pada perilaku berisiko. Walaupun beberapa daerah mencoba

menertibkan penggunaan alkohol, ada sedikit tanda bahwa tanggapan ini efektif; justru, sejarah mengajar kita bahwa larangan justru dapat meningkatkan masalah. Kami tidak melihat upaya yang nyata untuk menghadapi masalah ini dengan terapi atau pendekatan seperti Alcoholics Anonymous. Kami juga diberi tahu bahwa Dinkes provinsi tidak menganggap kecanduan alkohol sebagai masalah kesehatan.

Dari sisi lain, walaupun ada cukup banyak bukti mengenai penyalahgunaan zat, ada anggapan bahwa hal ini tidak termasuk narkoba berat (*putaw*) dan penyuntikan adalah jarang. Walaupun hal ini mungkin benar saat ini, kami sudah melihat penggunaan narkoba suntikan meledak di tempat lain di Indonesia dalam keadaan yang tidak jauh berbeda dengan yang berlaku di kota pesisir Papua. Oleh karena itu, kami harus menganjurkan tingkat kewaspadaan yang tinggi, dan kesiapan untuk cepat menanggapi dengan program pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) bila bukti penggunaan narkoba suntikan mulai terlihat.

Usulan

Seperti dicatat, sulit membuat usulan pasti berdasarkan kunjungan yang sangat terbatas ini. Namun, yang berikut mungkin merangsang beberapa ide.

1. **Revitalisasikan KPA di semua daerah, dengan ketersediaan sumber daya yang cukup dan pelatihan.** KPA Provinsi dapat menjadi pendorong utama untuk upaya ini, dengan menyediakan bukan hanya dana tetapi bantuan teknis, dorongan untuk kepemimpinan oleh Bupati/Walikota dan DPRD, dan pemantauan dan evaluasi secara berkala.
2. **Dorong program KIE yang lebih efektif oleh para KPA.** Materi harus memakai bahasa yang sesuai dan banyak gambar. Media massa sebaiknya didukung dengan materi untuk rubrik/program berkala, sementara orang dengan pengetahuan dan pengalaman yang sesuai didorong untuk memandu *talk show*. Ketersediaan ART harus disosialisasikan secara hati-hati.
3. **Luaskan dan sosialisasikan layanan VCT.** Termasuk layanan *mobile*, dengan memakai tes cepat secara penuh untuk menyediakan hasil langsung. VCT sebaiknya tersedia di semua puskesmas, dengan tingkat kecurigaan yang lebih tinggi di antara pasien TB. VCT harus gratis total, dengan kerahasiaan harus terjamin. Odha lokal dapat dilatih untuk memberi dukungan sebaya langsung.
4. **Luaskan kerja sama dengan organisasi agama.** Pahami bentuk dan hierarkinya, terutama tentang berbagai sayap protestan. Mengurus pertemuan dengan Sinode; mendorong liputan HIV pada kurikulum STT. Melakukan upaya yang serupa dengan kelompok Katolik dan Muslim, termasuk NU, Muhammadiyah dan MUI di tingkat provinsi.
5. **Dorong pembentukan LSM baru.** Menyediakan dana dan menawarkan bantuan teknis, sehingga di setiap daerah sedikitnya ada satu organisasi yang menjangkau semua kelompok risiko. Mendorong dibentuk forum komunitas, dan menguatkan jaringan dan sistem rujukan. Mempertimbangkan dorongan untuk pembentukan kelompok payung di tingkat provinsi berdasarkan model Spiritia.
6. **Mulai dialog mengenai peranan Organisasi Layanan AIDS.** Memastikan bahwa kelompok tersebut berpusat pada klien, didorong oleh kebutuhan dan tidak memicu ketergantungan dan sikap yang tidak sesuai terhadap Odha.
7. **Dorong pembentukan kelompok dukungan sebaya untuk Odha di setiap tempat.** Mengenal orang yang mampu, melatihnya dan coba melibatkannya secara lebih luas. Mengenal semua sumber dana dan sumber daya/bantuan teknis; mempertimbangan pinjaman sementara staf yang lebih berpengalaman dari kelompok dukungan dalam jaringan nasional. Fokus pada peningkatan PD, pengetahuan dan keterampilan. Mendesak pemda untuk menyediakan dana untuk kelompok lokal. Mendukung Pertemuan Odha Wilayah, yang direncanakan akan dilakukan pada Mei/Juni 2006. Beberapa kegiatan khusus:

Umum

- Tingkatkan pengetahuan dan keterampilan Odha, terutama mengenai ‘Pemberdayaan Positif’ dan pembicaraan di depan umum
- Berikan bantuan teknis beserta dana untuk memfasilitasikan pembentukan kelompok dukungan sebaya

Jayapura

- Dorong Odha untuk membentuk kelompok independen di bawah payung LSM dampingan

Merauke

- Berikan pelatihan keterampilan mengenai berorganisasi, komputer, dan bahasa Inggris
- Berikan bantuan teknis untuk advokasi dan perkembangan sistem rujukan
- Berikan mikro kredit untuk upaya mengumpulkan dana

Timika

- Dorong Odha untuk bertemu dan mengembangkan dukungan satu sama lain, dengan harapan dibentuk kelompok

Sorong

- Penyegaran tentang tujuan dan manfaat berkelompok
- Perkembangan keterampilan advokasi
- Dukungan dana terbatas termasuk untuk pelatihan

- 8. Akui bahwa dukungan sebaya adalah esensial untuk mencapai tingkat kepatuhan terhadap ART yang dibutuhkan.** Melibatkan kelompok sebaya dalam alur penyediaan ART di klinik AIDS; mempertimbangkan terbentuk kelompok khusus dalam klinik. Mendorong dialog mengenai peranan keluarga dalam kepatuhan dan dukungan lain.
- 9. Tingkatkan keterlibatan Odha.** Setiap KPA sebaiknya menyediakan kursi untuk kelompok dukungan sebaya. Menawarkan posisi dalam sekretariat KPA dan lembaga lain pada Odha; memberikan latihan untuk memastikan mereka hanya menjadi 'simbol'.
- 10. Percepat keterlibatan RS daerah/puskesmas dalam PCST.** Odha yang memenuhi kriteria untuk ART seharusnya dapat memperolehnya paling jauh dalam perjalanan satu hari. Mempertimbangkan layanan ART pada satu hari setiap minggu, untuk mendorong saling mendukung antara pengguna ART dan keluarga. Dirikan jaringan dokter dalam layanan AIDS se-Papua, dengan hotline, mungkin pada awal melalui SMS, tetapi secepatnya diarahkan ke Internet. Jaringan ini juga dapat menerbitkan newsletter berkala. Mendorong akses pada dan penggunaan Internet, dengan penggunaan *dial-up* melalui GPRS Telkomsel.
- 11. Menghadapi kecanduan alkohol.** Mempertimbangkan dukungan untuk pembentukan kelompok Alcoholics Anonymous (kelompok dukungan sebaya untuk pecandu alkohol). Kerja sama dengan upaya serupa, termasuk jaringan Narcotics Anonymous nasional. Menganggap kecanduan alkohol sebagai masalah kesehatan, bukan hanya sebagai masalah sosial.

Kesimpulan

Masih ada banyak tantangan yang menyulitkan keterlibatan Odha di Papua secara berarti. Beberapa di antaranya adalah berhubungan dengan kebudayaan, yang menghasilkan tingkat diskriminasi yang tinggi, baik dari luar maupun stigmatisasi diri. Namun ada beberapa contoh yang melawan pernyataan bahwa keterlibatan Odha yang nyata mustahil saat ini di Papua. Bila contoh ini dipakai sebagai panutan, pasti suara Odha akan terdengar lebih jelas. Juga ada bukti bahwa bila suara Odha lebih terdengar, hal ini berdampak positif baik pada mutu hidup Odha maupun dalam menurunkan dampak epidemi.

Laporan ini diidentifikasi salah satu panutan ini, dan mencoba menjelaskan bagaimana panutan ini dapat digandakan. Laporan juga mengusulkan beberapa tindakan oleh stakeholder lain yang, bila diterapkan, dapat menyediakan suasana yang lebih mendukung perkembangan tanggapan tersebut.

Laporan ini tidak mencoba menentukan siapa sebaiknya menjadi pelaku tindakan tersebut; sebagai orang luar tidak pantas untuk melakukan hal itu. Namun, seperti dicatat, Spiritia dan anggota jaringan dukungan sebaya dapat memainkan peranan yang sangat penting dalam perkembangan kelompok dukungan yang lebih efektif di seluruh provinsi; kami siap membantu.

Appendix: Detailed Comments from Each Town

Sorong 22 – 25 Februari

Kadaan

- KPAD Kota Sorong berada tapi tergantung pada ASA untuk dana
 - Tidak berfungsi semestinya (tidak ada sekretariat yang efektif, tidak ada pokja)
 - Kadinkes motornya dengan Kadisnaker; tampaknya walikota tidak begitu terlibat
 - Belum ada advokasi yang nyata pada DPR
 - Hampir semua pihak dilaporkan ‘peduli’, tetapi tidak cukup untuk hadir pada pertemuan
 - KPAD Kab. Sorong dilaporkan kurang terlibat
 - AIDS dianggap ‘masalah politik’
- Ada sejumlah LSM AIDS, tetapi dana terbatas
 - Cenderung menyalahkan pihak lain (KPAD, DPR), tetapi tidak menindaklanjuti kesempatan potensial
 - Kerja sendiri-sendiri (forum tidak jalan)
 - Pengetahuan terbatas
 - Tidak ada dana dari KPAD Kota
 - Belum ada SDM kuat, belum ada dana, dana ASA tidak berkesinambungan
- Lokalisasi terus berjalan
 - Surveilans terbaru menunjukkan prevalensi HIV 17% di antara PS
- LSM melaporkan banyak hubungan seks tidak aman di beberapa kampus
 - Banyak mahasiswi menjadi ‘ayam kampus’ untuk mendanai pendidikannya
 - Hubungan seks sebelum nikah dianggap ‘wajib’ untuk membuktikan cinta
- RS Sele Be Solu (RS Kota) menjadi sangat aktif sebagai RS rujukan AIDS
 - VCT berjalan sejak Juni 2004, menjadi semakin efektif
 - Staf mengerti keterbatasannya
 - Jumlah Odha yang mendapat ART meningkat (saat ini 29)
 - Dr. Ferhat dihormati oleh semuanya
 - Dana ASA efektif
 - Ruang VCT tidak nyaman untuk Odha yang tidak terbuka
- RSUD (Kabupaten) kesannya kurang positif
 - Pengarahan tidak jelas
 - Cenderung merujuk semua kasus HIV ke RS Sele Be Solu
 - VCT tampaknya tidak sedia sejak PMI dilarang menyediakannya
- Yay. Sosial Agustinus melengkapi RS Sele Be Solu
 - Layanan satu atap
 - Penjangkauan yang efektif
 - VCT disediakan
 - Ada dukungan untuk Odha
 - Tertarik dengan konsep Alcoholics Anonymous untuk menanggapi masalah kecanduan alkohol
 - Menyediakan dukungan gizi secara terbatas; sangat dibutuhkan
- Keprihatinan mengenai tingkat prevalensi HIV di LP
 - YSA menyediakan VCT tapi kewalahan
 - 137/237 warga binaan minta VCT, baru 58 dites, 3 positif (5%)
 - Faktor risiko kemungkinan seks, dianggap bukan di dalam LP
 - Kebanyakan ditahan untuk kejahatan terkait alkohol
 - Tidak ada perencanaan pralepas
 - Belum ada tanda bahwa penggunaan narkoba jadi masalah besar
- Semakin banyak orang tanpa gejala mencari VCT
 - Dirujuk dari klinik IMS, juga pasien TB
- Media massa (cetak, radio) peduli
 - Namun kurang pengetahuan dan sumber informasi
 - Tidak dapat siaran atau informasi dari KPAD
 - Siap mempertimbangkan keterlibatan lebih luas
- TNI-AD semakin prihatin mengenai semakin banyak kasus
 - Dilaporkan 20 kasus di daerah Sorong (meliputi sebagian besar IJB)
 - Minta pedoman dan dukungan
 - Tingkat pengetahuan agak rendah
 - Semua prajurit yang dipindah dari Timika wajib tes HIV
- Masalah budaya
 - “Siapa membawa HIV ke Papua?”
 - Alkohol, seks
 - Masalah bahasa, dilaporkan bukan masalah besar di Sorong
 - Adat lebih kuat daripada agama
 - Kemiskinan, pendidikan rendah
 - Mobilitas tinggi

- Keberadaan Sorong Sehati (kelompok dukungan sebaya)
 - Agak lemah akhir ini
 - Kurang lebih 15 Odha dari RS Sele Be Solu dan YSA tampaknya ingin ada regenerasi
- Beberapa tampaknya siap bicara terbuka di depan umum
- Masalah potensial dengan pimpinan 'lama'
- Lembaga donor
 - Hanya ada ASA

Komentar/Usulan

- Peningkatan pada VCT penting
 - Harus ada promosi
- Malanutrisi
 - Dibutuhkan pedoman lokal
 - Pendidikan
- Masalah stigma kadang diperbesar
 - Tingkat stigmatisasi diri tinggi
 - Beberapa Odha laporkan dukungan oleh keluarga/komunitas
 - Fince (pendiri Sorong Sehati) panutan yang baik, mungkin ada lagi
 - RS Sele Be Solu dan YSA memberi layanan yang sangat baik
 - Apakah dapat didukung oleh GF?
 - Advokasi ke pimpinan RS
 - Peningkatan pengetahuan petugas/informasi
- Mendukung regenerasi di Sorong Sehati
 - Meneruskan dana terbatas dari Spiritia
 - Mengurus pertemuan dengan Walikota dan DPR
 - Promosi di media massa
- Dukung media massa
 - Informasi dikirim secara berkala/potongan berita siap muat
 - Rubrik: Dr Ferhat dengan dukungan?

Timika 25 Februari – 1 Maret

Keadaan

- Kabupaten Mimika dalam keadaan kacau secara politis
 - Bupati tidak berperan
 - DPR belum difungsikan atau bersidang
 - Anggaran sama dengan tahun sebelumnya
 - Freeport punya pengaruh tinggi terhadap semua kebijakan/kegiatan
 - Pertengkaran saat ini dengan Freeport tentang dukungan untuk 7 suku memperburuk keadaan
 - Jumlah penduduk: kabupaten 135.000, termasuk kota 40.000
 - Alkohol masalah besar
- Jumlah kasus AIDS meledak
 - 861 kasus dilaporkan s.d. Des 2005
 - estimasi 2005 jumlah 890
 - Faktor risiko 95% heteroseks
 - Satu dari empat kasus di antara ibu rumah tangga
 - Tidak disediakan dana oleh Pemda Kab. untuk program AIDS
 - Banyak kasus di antara pendatang dari luar Papua
 - Ada lokalisasi, tapi tampaknya belum ada surveilans
 - Mobilitas penduduk tinggi
 - Kurang fasilitas hiburan
 - Yang ada terutama alkohol (terlarang) dan seks
- Kebanyakan pekerja bekerja di Freeport
 - 14.000 pekerja resmi di Mimika, 80% laki, 60% status 'bujang'
 - 500 PNS
- KPAD Kabupaten Mimika terbentuk, tetapi tidak diberikan dana
 - Terbentuk April 2005, tetapi 'belum berfungsi'
 - Ada renstra, tetapi belum diterapkan
 - Hanya pelatihan UP dan kampanye media
 - Belum ada dana operasional, tetapi terima Rp50 juta dari provinsi
 - Dipakai untuk sewa kantor KPAD
 - KaDinkes sangat peduli
 - Jarang ada pertemuan KPAD
 - Keanggotaan termasuk satu LSM
 - 3 anggota dari WAARTSING, tidak jelas itu organisasi apa
 - Kehadiran pada pertemuan dengan kami cukup tinggi
 - Wakil dari setiap instansi utama, wakil dari beberapa kelompok komunitas/agama
 - Wakil Bappeda janji akan mempertemukan KPAD dengan KaBappeda dalam satu minggu
- Belum ada tanggapan yang efektif oleh LSM
 - Yapeda/Pila (Pastor Bert) fokus pada remaja
 - Dilaporkan sudah membangun *shelter* untuk Odha
 - LPMK (mengurus dana dari Freeport) tidak benar-benar menghadapi AIDS
 - John (wakil LPMK) juga dilaporkan sebagai *single fighter*
 - Topemala ada tetapi tampaknya belum ada program yang efektif
 - Keuskupan Katolik peduli, tetapi belum ada program
 - LSM tidak mendapatkan dana
 - GF satu-satunya lembaga donor di Mimika
- Rumah sakit utama adalah RS Mitra Masyarakat (RSMM)
 - RS swasta, beri layanan gratis hanya pada anggota 7 suku
 - Pasien lain (pendatang, termasuk dari Papua/suku lain) harus bayar penuh – mahal!
 - Jauh dari kota, transpor sulit, biaya tinggi
 - ART dan DOTS (terapi TB) didukung oleh pemerintah pusat
 - 15 orang dapat ART
 - Dukungan VCT oleh GF
 - Tetapi dilaporkan hanya satu macam tes diterima
 - Non-7-suku harus bayar penuh untuk konseling dan tes konfirmasi (Rp100.000?)
 - Banyak kasus TB
 - Dilaporkan Puskesmas setempat tidak menyediakan DOTS (?)
 - Pendatang harus bayar untuk tes dahak, dll.
 - Belum ada inisiatif untuk mempertemukan Odha
 - Tidak siap mensubsidi silang untuk non-7-suku
- RSUD sedang dibangun
 - 80% selesai, akan buka 'sebentar lagi'
 - Staf? Tampaknya ada dokter yang ditunjukkan sebagai direktur
 - Sementara Puskesmas Timika ambil peranan
 - Beberapa staf dilatih untuk menangani ART
 - Tetapi BKTIA ditunjukkan sebagai RS Rujukan ART

- Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKTIA) menawarkan VCT
 - Didanai oleh GF
 - Tidak jelas berapa orang dites dan hasilnya
 - Katanya tidak menawarkan VCT pada perempuan hamil
 - Juga ditunjukkan sebagai RS Rujukan ART oleh Depkes
 - Sudah ada ketersediaan ARV
 - Tetapi belum ada staf terlatih, dan tidak mau terlibat dalam pengobatan untuk AIDS
- RS Freeport di Tembagapura hanya untuk karyawan/keluarga
 - Peningkatan dalam jumlah kasus HIV/AIDS di antara kelompok ini (90?)
 - Beberapa kasus infeksi pada bayi
 - Melayani VCT, tetapi untuk ART harus ke RSMM
- Kompleks 3 bangunan dibangun dekat BKTIA dilaporkan sebagai pusat karantina untuk Odha
 - Ada kesepakatan tujuan ini tidak cocok
 - Bangunan saat ini belum dipakai
 - Diusulkan untuk memakai sebagai kantor KPAD untuk hemat uang sewa
 - Juga dapat dipakai sebagai hospis/shelter dan *drop-in center* untuk kelompok dukungan
- Keberadaan Timika Support Group
 - Kelompok didirikan beberapa tahun yang lalu
 - Didukung oleh perawat (Sr. Nona) dari RSMM
 - Lebih sulit bila ada lebih dari satu RS Rujukan
 - Tidak ada kegiatan sejak Eta menyelesaikan keterlibatannya, terus meninggal
 - Dana lokal tidak tersedia
 - Bertemu dengan 7 Odha
 - Mereka ingin regenerasi, tetapi belum jelas siapa bisa menjadi pimpinan
 - Pendidikan terbatas, ada yang buta huruf
 - Masih sangat tergantung pada Sr. Nona
 - Komunikasi sulit
 - Hanya satu anggota (pendatang) punya akses telepon
 - Belum ada satu pun yang terbuka

Komentar/Usulan

- Sulit cari solusi sebelum keadaan politis mulai pulih
- Layanan kesehatan umumnya terbatas pada 7 suku
 - Layanan untuk pendatang (non-karyawan Freeport) menunggu bukanya RSUD
- Sementara PKM Timika bisa menangani ART
 - Mempunyai staf terlatih, ARV dapat ditransfer dari BKTIA
- RS Tembagapura dapat menjadi satelit RSMM
- Media cetak lokal (Timika Pos) tampaknya siap mendukung
 - Kampanye KPAD dilaporkan menonjol
 - Menyediakan informasi/siaran siap pakai
- Beberapa Odha berpotensi
 - Tetapi yang paling mampu adalah pendatang
 - Tantangan mendukung orang dari semua suku + pendatang
- Mendorong dibentuk KDS di Tembagapura
- Dukungan dana dan TA untuk komunitas di Timika

Merauke 2 – 5 Maret

Keadaan

- Kab. Merauke masih dalam proses pemekaran menjadi 5 kabupaten
 - Staf pemerintah diambil/dipindahkan untuk membentuk kantor di kabupaten baru
 - Jumlah penduduk Kab. Merauke setelah pemekaran: 100.000, sekitar 60.000 di kota Merauke
 - Kami tidak berhasil bertemu dengan birokrat atas (Bupati/Wakil/Kadinkes)
 - Kantor Dinkes tidak memberi kesan yang baik, statistik tidak dapat ditemu
 - MSF dalam proses mengundurkan diri setelah lebih dari 3 tahun
- Masih ada peningkatan dalam kasus AIDS
 - Sulit mengetahui kecenderungan, karena pemekaran membuat perbandingan sulit
 - Tidak jelas surveilans apa yang dilakukan baru-baru ini, bila ada
 - Tidak dilakukan sejak 2003 di antara PS
 - Skrining semua anggota TNI (800+): 1 HIV-positif, 2 *indeterminate*
 - Tetapi 19 anggota AD/polisi di-VCT pada 2005, 5 positif
 - Kasus yang dilaporkan meningkat sedikit pada 2005
 - 803 positif, 419 AIDS di antaranya
 - 14% ibu rumah tangga, 19% PS
 - Tetapi jumlah melakukan VCT menurun pada 2005
 - Di kota Merauke ada 2 lokalisasi, dengan 225 PS
 - 11 bar, 4 panti pijat
 - Sudah ada perda 100% CUP
 - Penggunaan kondom dilaporkan sekitar 80%, tetapi menurun 2005
 - Puskesmas Asgon (sekarang di Kab. Mappi), melaporkan 39 kasus
 - Penggunaan alkohol memainkan peranan utama dalam perilaku
 - Tingkat diskriminasi di masyarakat kota dilaporkan menurun
- KPAD berada, dengan sekretariat di bawah Dinkes
 - Semua anggota (sekretariat?) dilaporkan PNS atau pensiunan PNS
 - Kegiatan utama tampaknya Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR) di bawah Dinkes
 - MSF melakukan kampanye promosi yang cukup efektif
 - Papan iklan di 10 tempat, sangat kuat pesannya
- Beberapa LSM bekerja di bidang pencegahan
 - Yasanto: PSK
 - Yamikari: HIV baru 3 tahun, ke komunitas (7 desa), juga tokoh agama
 - Yapepa: Anak sekolah, mata pelajaran KR, IMS
 - Modul yang baik dibentuk untuk sekolah/guru
 - AESCULAP: program HIV 2002-2005 didanai oleh ASA, petani, tokoh lima agama
 - Yamanan: masy. Muslim dan mahasiswa perguruan Islam
 - Tampaknya dana terbatas untuk LSM
 - Dana GF tampaknya jangka pendek (3 bulan)
- RS cukup baik, contoh baik klinik satu atap
 - TB dan lab terpisah
 - Dulu dibantu/didukung oleh MSF
 - Pokja didirikan 2001, menjadi aktif pada 2003
 - Didanai oleh RS, Dinkes dan GF
 - Obat dan reagen diterima dari berbagai sumber
 - MSF, GF, Provinsi, Depkes
 - Stok berlebihan ARV, 100 botol efavirenz dipinjamkan oleh Depkes
 - VCT tersedia di PKR dan di pokja
 - Jumlah dites turun dari 2024 pada 2004 menjadi 1726 pada 2005
 - 303 pasien HIV dilaporkan sejak awal
 - 90 dikontrol aktif
 - 51 saat ini pakai ART
 - dari jumlah 77 (2 memutuskan untuk berhenti, 5 hilang, 19 mati)
 - Kurang lebih 30% pakai efavirenz, 12% d4T
 - 3 anak pakai ART, usia 2 tahun ke atas
 - Sirup AZT dan nevirapine tersedia
 - Tes CD4 tersedia sejak 2004, metode Dynabead
 - Reagen pada awal dari MSF s.d. Juni 2006, terus GF akan menyediakan
 - Tantangan: *home visit* tidak ada transpor; keluarga tidak tahu; Odha tidak punya pekerjaan

- Laporan dari Asgon sangat memprihatinkan
 - Daerah 3 hari naik kapal laut dari Merauke
 - 39 kasus HIV ditemukan, 12 AIDS semua meninggal
 - Gejala utama: wasting, diare, TB, kandidiasis
 - Orang setempat tidak menganggap dirinya sakit bila masih bisa kerja
 - 2/3 cases pendatang dari luar Papua, kebanyakan PS
 - Untuk orang lokal, AIDS dianggap kutukan dan 'penyakit kotor'
 - Meningkatkan stigma
 - Puskesmas cukup baik, coba menangani, tetapi kemampuan sangat terbatas
 - Dua LSM mendukung Odha
 - Yamikari pernah mendampingi 26, 10 masih hidup
 - 20 anggota kelompok sasaran dirujuk ke VCT, semuanya positif
 - Berhenti merujuk ke VCT karena takut terlalu banyak untuk didampingi
 - Juga mendukung keluarga Odha
 - Memberikan makanan untuk bawa pulang
 - Yasanto mendampingi 21 Odha
 - 2005 74 VCT, 31 +ve, 2006 68, 1 +ve
 - 5 saat ini pakai ARV
 - 2 lain tidak tahan efek samping, meninggal
 - Menyediakan *shelter*, saat ini 3 penghuni
 - *Close meeting* Odha bulanan, pertemuan mingguan untuk dukungan
 - Memberikan makanan untuk bawa pulang
 - *Home visit* untuk yang membutuhkannya 4x/minggu
 - Fokus pada keluarga untuk mendorong dukungan
- Pertemuan dengan tokoh agama/masyarakat
 - Semua Protestan, dari berbagai bagian/macam
 - HIV/AIDS tidak masuk kurikulum Sekolah Tinggi Teologi
 - Ada lebih dari 12 macam protestan di Papua
 - Masing-masing mempunyai Sinode di kota yang berbeda
 - Mengusulkan kami coba mengundang semua sinode pada pertemuan untuk membahas HIV
 - Memberi kesempatan anggota CBM sosialisasi dengan tokoh agama
- Support Group CBM (Cendrawasih Bersatu Merauke)
 - Pada awal didirikan untuk mendukung kepatuhan di RS
 - Didukung/didanaikan pada awal oleh MSF
 - Sekarang Spiritia menyediakan dana terbatas
 - Pimpinan relatif kuat
 - Didukung oleh Pastor Stevie
 - Membutuhkan komputer
 - Membuat profil yang baik, disebarluaskan
 - 16 anggota, kebanyakan terbuka dan didukung oleh keluarga
 - 14 pakai ARV
 - Kegiatan: *close meeting*, kelompok diskusi, kunjungan RS, membuat cenderamata
 - Mencari dukungan untuk *income generating*
 - Mikrokredit – mungkin Spiritia dapat membantu
 - Ingin dilatih
 - Komputer, bahasa Inggris
 - Contoh yang baik kelompok dukungan sebaya yang efektif
 - Panutan untuk Papua dan untuk RS
 - Tingkat pengetahuan anggota relatif tinggi
 - Kebanyakan terbuka pada keluarga

Komentar/Usulan

- Keprihatinan semakin tinggi mengenai keadaan di perdalaman
 - Kemampuan puskesmas untuk menghadapi terbatas
- Yamikari mempunyai potensi untuk mempengaruhi tokoh Protestan seluruh Papua
 - Perlu didukung pelatihan *pastoral counselling* se-Papua
- CBM membutuhkan dukungan tambahan, terutama untuk *income generation*
 - Tetapi bisa memberi contoh – dan lebih – untuk daerah lain
- Pembelian/pembekalan obat harus dikelola lebih baik
- Odha cenderung terkotak-kotak
- Peranan KPAD harus dioptimal kembali oleh KPAD provinsi
 - CBM agar menjadi anggota KPAD

Jayapura 1, 5 – 10 Maret

Keadaan

Kabupaten

- Penduduk 107.000, termasuk pendatang dari luar dan dalam Papua
- KPAD cukup kuat, 1 staf PNS penuh waktu
 - Bupati dan wakilnya peduli dan terlibat
 - DPR juga mendukung
 - Belum ada staf profesional atau pokja
- Belum ada LSM berpusat di kabupaten yang bekerja di bidang HIV
- Tidak ada RS Kab, sedang dibangun, selesai Juni 2006
- Didirikan KPA di tingkat kecamatan, dengan komunitas dan PKM
- Perda 20/2003 mengenai HIV/AIDS
- Surveillans
 - Prevalensi hampir 3% di antara buruh perkebunan kelapa sawit di Lereh
 - Ada 15.000 buruh, banyak berasal Dani, yang sering diganti/pulang
- 3 Puskesmas akan menjadi rujukan VCT dan ART tahun ini
 - Ada 12 PKM di kabupaten
- Donor ASA dan UNICEF, GF tidak
- 1 bayi terinfeksi akibat transfusi, dibantu gizi oleh KPAD

Kota

- Anggaran 2005 Rp200 juta untuk AIDS, akan naik mungkin Rp600 juta 2006
- Perda akan keluar tahun ini
- 204 kasus s.d. Desember 2005
 - Lebih banyak ibu rumah tangga daripada PSK
 - Ada indikasi bahwa penggunaan narkoba suntikan sudah mulai di sekitar Jayapura
- Kartu Gakin mudah diperoleh
- Lokalisasi di Tanjung Elmo
- Jakofa Jaya melibatkan 7 LSM, 8 bar & 39 hotel
 - Terbentuk Feb 2006
 - Kegiatan: sosialisasi distribusi kondom
- KPAD ambil peranan cukup jelas
 - Wakil walikota cukup terlibat, kepedulian tinggi
 - Anggota DPR juga terlibat
 - Rencana *coffee morning* bulanan
 - Bulan ini akan dikeluarkan rencana kerja
- Cukup banyak LSM di bidang AIDS
 - Tapi kurang didanai
 - Dana dari ASA dan IHPCP
 - Merujuk ke layanan agar programnya komprehensif
 - Kerja sama antara LSM dilaporkan kurang
 - YHI dan YPKM ke mahasiswa, PSK jalanan, tukang ojek, wilayah berbeda

Layanan kesehatan

- Sudah ada 3 RS yang melayani VCT, 2 ART
- Dok II
 - RS mengharapkan *link* lebih kuat dengan LSM
 - Semua layanan untuk Odha gratis
 - VCT berjalan 3 tahun
 - Rata-rata 70 tes/bulan, 8-10 +ve
 - 982 dites sejak 2004, 129 +ve
 - 99% datang sendiri (tidak dikirim oleh LSM)
 - 70% pasien rawat inap
 - Ada klinik mobile, dana GF
 - 6 bayi pernah dilahirkan pada ibu HIV +ve
 - 27 dapat ARV, PMTCT 3, 16 tinggal di Jayapura
 - Pernah melatih hampir semua RS Kabupaten, termasuk AD dan AL
 - RS menjadi RS Pendidikan kerja sama dengan FK Uncen
 - Akan menjadi RS Penelitian
- RS Dian Harapan
 - VCT mulai 2004, dukung AS
 - Kerja sama dengan YHI
 - 2 bulan terakhir, 48 dites, 5 +ve
 - Juga ada klinik VCT mobile, dana ASA?
 - Belum ada Pokja AIDS
 - Merawat Odha
 - Bila butuh ART, dipindah ke Dok II
- RS Abepura
 - VCT 2005 139 dites (50 rawat inap,), 18 +ve
 - Lain kebanyakan datang sendiri, laporan di media, mulut-ke-mulut
 - Jan 2005, 14 tes, 6 +ve
 - ART 3, 2 meninggal
 - Masalah SDM belum mampu membuat laporan yang benar
 - Pasien AIDS gratis
 - PMTCT belum siap
 - Pokja ada tapi belum berfungsi
 - UP kurang pembekalan, jadi tidak efektif
 - 1 sarung tangan per hari
 - Dukungan pimpinan RS kurang

- Ada beberapa LSM yang mendamping Odha
 - JSG pernah damping 215, tinggal 72 Odha, 10 pendamping
 - Sedikitnya 2 di bawah 17 th
 - 11 ART, 1 *drop out*
 - Separo keluarga tahu
 - Ada sedikitnya 2 keluarga yang terlibat
 - Dana kadang dari pemda
 - Berbagai layanan termasuk *shelter*, makan, konseling gizi
 - YHI damping 17 HIV dari 100 di-VCT, konseling di YHI, tes di RSDH
 - Kerja sama dengan RSDH, tahun ini dengan RS Abe
 - Rata-rata keluarga tahu
 - Kelompok Odha dibentuk anggota 10
 - Satu terbuka
 - Kegiatan hanya pertemuan ibadah, dana ASA
 - YPKM pernah mendamping 21, 7 di *shelter*, tinggal 3
 - Tingkat pemahaman tentang statusnya tampaknya kurang
 - 3 bulan terakhir VCT pada 20, 3 +ve
 - Kerja sama/rujuk ke RS Abepura
 - 13 Pos Pelayanan di kota/kab
 - Pernah melatih 25 pendeta sebagai *pastoral counselor* (GKI dan Baptis)
 - Pertemuan bulanan, rata-rata 15 hadir
 - Usulkan pertemuan tokoh agama difasilitasi PGPWT (Persekutuan Gereja Papua Wilayah Timur)
 - 'Komunikasi antara LSM tidak berjalan; kita harus terbuka'
- LP Narkotika sedang dibangun
 - Untuk seluruh Papua
 - Staff sudah ada, tingkat pengetahuan tentang HIV rendah, tapi ingin tahu
 - Tertarik dengan AA/NA
 - Tidak ada ditahan karena alkohol, hanya akibatnya
- Kesdam
 - Agak bingung apa yang harus dilakukan terkait HIV/AIDS
 - 48 (+3 di 2006) anggota TNI positif di Papua, semua masih di Papua, 20 meninggal
 - 1 mau mulai ART
 - Kebanyakan tidak tahu status HIV-nya
 - Yang tahu statusnya dimutasi
 - VCT wajib sebelum menikah
 - PMI wajib melaporkan nama penyumbang darah HIV+ dari TNI
 - Layanan/keadaan keluarga terkait HIV/AIDS tidak jelas
 - Keterbatasan tenaga konseling
 - Tingkat HIV pada pasien TB sangat tinggi
 - VCT: satu datang sendiri
 - Ingin memberi dukungan lebih kuat pada Odha
 - Tapi banyak kendala
 - Tingkat pengetahuan umumnya di antara peserta rendah
 - "Sebelumnya tidak percaya bahwa ARV dapat efektif"

Komentar/Usulan

- JSG dapat menjadi model, khusus pendampingannya
- Layanan RS sudah meningkat
- Diskriminasi umumnya mulai berkurang
 - Tapi masih ada rasa takut yang berlebihan di antara beberapa Odha
 - Satu solusi kelompok keluarga
 - Juga meningkatkan sistem rujukan
- Pengetahuan Odha tentang HIV umumnya kurang
 - Organisasi pendampingan harus mempertajam bimbingan
- Mendorong organisasi pendampingan untuk membantu terbentuk kelompok dukungan sebaya di setiap daerah (mis. Jayapura, Abepura, Sentani, dll.)
- Harus ada upaya lebih serius untuk menindaklanjuti surveilans yang dilakukan di Lereh
- KPAD, LSM dan lembaga lain harus menjadi lebih sadar terhadap ancaman adanya penggunaan narkoba suntikan
- Dibutuhkan jaringan RS untuk melayani ART pada orang yang berpindah-pindah
- Fokus laporan pada kota pesisir
 - Gambaran di perdalaman sangat gelap
 - Namun kami sangat khawatir...
- Peranan Odha penting untuk putus rantai penularan
 - HIV Stop di Sini
- Masalah kecanduan alkohol
 - Sistem Alcoholics Anonymous
 - Anggap sebagai masalah medis
- Waspada pada penggunaan narkoba suntikan
 - Ada tanda sudah mulai di Papua