

KAJIAN DOKUMEN

KEBIJAKAN HIV-AIDS

DAN SISTEM KESEHATAN
DI INDONESIA



KAJIAN DOKUMEN

**KEBIJAKAN
HIV-AIDS
DAN SISTEM KESEHATAN
DI INDONESIA**

KAJIAN DOKUMEN

KEBIJAKAN HIV-AIDS DAN SISTEM KESEHATAN DI INDONESIA



Kebijakan HIV-AIDS dan Sistem Kesehatan di Indonesia
© PKMK FK UGM

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)
Kebijakan HIV-AIDS dan Sistem Kesehatan di Indonesia/Tim Peneliti PKMK FK UGM
Yogyakarta: Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada
xxvi+ 179 halaman/17 x 25 cm

Cetakan pertama, Oktober 2015
ISBN: 978-602-0857-09-1
1. Kebijakan
2. HIV-AIDS
3. Sistem Kesehatan Indonesia
I. JUDUL

Diterbitkan atas kerjasama:

**Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada
(PKMK FK UGM)**

Gedung IKM, Lt. 2, Jl. Farmako Sekip, Yogyakarta, Indonesia 55281
Email: chpm@ugm.ac.id | Telp/Fax (hunting) +62274 549425

Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT)

The Australian Embassy, Jl. H.R. Rasuna Said Kav C 13-15, Jakarta Selatan 12940, Indonesia
Telp: +62212550 5555 | Fax: +6221 522 7101, 2550 5467

INSISTPress

Jl. Raya Kaliurang Km. 18
Dukuh Sempu, Sambirejo, Pakem, Sleman, Yogyakarta, Indonesia
Telp/SMS: +62851 0259 4224 | Telp/Fax: +62274 896 403
Email: press@insist.or.id

RINGKASAN EKSEKUTIF

MASIH tingginya epidemi HIV dan AIDS di Indonesia diiringi dengan dinamika respons atau penanggulangan terhadapnya. Penelitian ini menelaah dinamika respons tersebut. Argumen utamanya: respons terhadap epidemi HIV dan AIDS di Indonesia mencerminkan ragam kontestasi yang rumit antara berbagai pendekatan, mazhab, dan aktor dalam sebuah konteks kemasyarakatan yang dinamis.

Kontestasi yang pertama mengemuka antara pendekatan vertikal dan horizontal. Pendekatan vertikal mengandalkan kecakapan teknis pengendalian yang terpusat dan ketat, sedangkan pendekatan horizontal mengutamakan pengendalian yang bersifat multisektoral dan desentralistik. Kontestasi berikutnya ialah soal rujukan pengambilan kebijakan, antara merujuk kepada data teknis/epidemiologis dan pertimbangan politik-ekonomi. Misalnya, jika merujuk kepada data teknis, penggunaan kondom seharusnya bisa dilakukan; tetapi karena pertimbangan politis, kampanye penggunaan kondom menjadi tidak mudah diterapkan. Kontestasi lain ialah soal keterlibatan aktor antara pemerintah pusat dan daerah. Respons oleh aktor pusat tampak lebih dominan secara teknis karena akses mereka yang lebih kuat atas data-data epidemiologi; tetapi secara politis dan operasional, daerah berperan lebih penting. Selain itu, kontestasi juga tercermin dari ragam lembaga yang mengusung masing-masing mazhab (*school of thoughts*) yang berbeda, misalnya antara USAID dan AusAID (sekarang DFAT), GFATM, berbagai NGO internasional, dan lembaga pemerintah.

Ragam kontestasi itu beriringan dengan dinamika perkembangan kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Dua hal yang secara substantif me-

mengaruhi dinamika perkembangan kebijakan itu ialah berubahnya relasi antara pemerintah pusat dan daerah (desentralisasi), serta perkembangan epidemi itu sendiri. Sebelum 1999, ketika sistem pemerintahan masih sentralistik, pendekatan vertikal dengan aktor utama pemerintah pusat beserta mitra pembangunan internasional penyokong dana penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia sangat dominan. Kemudian ketika desentralisasi bergulir—dengan diberlakukannya UU Nomor 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah dan PP Nomor 38/2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan, Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota—urusan kesehatan, termasuk penanggulangan HIV dan AIDS, berubah karenanya.

Situasi ini memunculkan dua tantangan dalam penyusunan kebijakan publik. *Pertama*, bagaimana kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS secara politik-ekonomi bisa sejalan dengan tata kelola pemerintahan yang sebagian telah terdesentralisasi. *Kedua*, bagaimana mengintegrasikan layanan HIV dan AIDS secara teknis ke dalam program kesehatan yang sudah ada untuk memastikan respons jangka panjang di tengah keterbatasan sumber daya dan kapasitas pemerintah daerah yang beragam.

Salah satu tantangan sekaligus kesempatan penting bagi respons daerah terhadap HIV dan AIDS ialah desentralisasi sebagian kewenangan pemerintah pusat ke daerah. Desentralisasi bukanlah hal yang mudah karena membutuhkan harmonisasi pengelolaan urusan publik secara umum, terutama kesehatan dalam hal ini. Di bidang kesehatan, harmonisasi itu merentang baik dalam hal kebijakan maupun layanan kesehatan. Dalam situasi seperti ini, diperlukan pengembangan sistem kesehatan yang inovatif untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.

Respons kelembagaan (pembentukan lembaga) dan pemberlakuan peraturan/kebijakan merupakan dua langkah yang paling banyak ditempuh. Kedua langkah ini dianggap akan menjamin keberlangsungan program, karena melalui keduanya pemerintah bisa meneruskan investasi yang telah ditanam oleh donor. Penelitian ini menunjukkan bahwa peraturan/kebijakan dan tata kelembagaan yang terbentuk menyerahkan efektivitas implementasinya kepada sistem kesehatan dan tata kelola pemerintahan yang ada secara umum—atau dengan kata lain mengasumsikan kecakapan sektor di luar lingkup HIV dan AIDS serta sektor kesehatan secara khusus dalam memberikan respons yang komprehensif. Banyak kasus di daerah penelitian mengungkapkan bahwa kedua langkah ini lebih mencerminkan aspek-aspek normatif: ada peraturan dan ada lembaga, tetapi tidak berjalan efektif lantaran kualitas implementasinya yang rendah. Hampir semua provinsi membentuk Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD), tetapi dengan berbagai alasan, peran lembaga ini cenderung terbatas pada sekadar memenuhi mandat. Pelaksanaan peraturan daerah

(perda) terkait HIV dan AIDS juga tidak efektif karena absennya sumber daya dan sanksi yang memadai, selain karena sering tumpang tindih atau berlawanan dengan peraturan di sektor publik lainnya.

Secara umum, kelemahan mendasar dalam respons daerah terhadap HIV dan AIDS ialah terlalu bertumpu pada “pengadaan” kebijakan (perda, perbup) dan kelembagaan (KPAD), tetapi sedikit perhatian pada kapasitas implementasinya. Kelemahan ini jamak ditemukan di bidang kesehatan secara umum, bahkan sudah menjadi permasalahan klasik bukan hanya di bidang kesehatan dan bukan hanya di Indonesia. Penelitian Prof. Lant Pritchett dari Harvard Kennedy School tahun 2014 mengenai kecakapan dokter di India misalnya, menyimpulkan bahwa permasalahan pokok pembangunan di negara berkembang ialah pada tahapan implementasi. *“The problem (often) isn’t either policy or capacity—it is the organizational capability for implementation.”* Lebih lanjut Prichett menunjukkan suatu pola respons negara-negara berkembang dalam mengelola program pembangunan, yaitu menerapkan teknik *“Isomorphic Mimicry”*—suatu teknik mengecoh musuh yang digunakan seekor ular takberbisa dengan menampakkan diri bak seekor ular berbisa (warna belang-belang). Dengan membentuk lembaga baru, memberlakukan kebijakan, menandatangani komitmen bersama, dan lain sebagainya, seolah-olah pemangku kebijakan sudah mengambil respons dengan baik. Kelembagaan dan kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah ibarat warna belang-belang pada ular takberbisa. Penampakan ini kurang efektif karena tidak diikuti dengan pemenuhan kecakapan implementasi.

Selanjutnya soal pendanaan. Dana penanggulangan HIV dan AIDS sampai saat ini mayoritas masih berasal dari donor luar negeri. Beberapa kebijakan untuk mendorong pemerintah dalam mendanai penanggulangan HIV dan AIDS telah diluncurkan, juga banyak daerah telah mengalokasikan dana dari APBD, tetapi cakupan pendanaan masih terbatas pada aspek biaya administratif. Dana untuk program dan pelayanan masih dinilai kurang.

Di sisi lain, peran masyarakat sipil yang direpresentasikan oleh komunitas populasi kunci masih belum optimal. Kelompok ODHA dan pecandu napza nisbi diterima keberadaannya dalam penyebutan identitas diri sebagai komunitas, sedangkan wanita pekerja seks (WPS), waria, lelaki seks dengan lelaki (LSL), dan *gay* belum mendapat tempat untuk menunjukkan identitasnya di dalam masyarakat dan sebagai kelompok berkepentingan.

Rekomendasi

Dengan memerhatikan situasi epidemi HIV dan AIDS di Indonesia, kontestasi-kontestasi yang ada dalam penanggulangan HIV dan AIDS tersebut perlu dikelola

supaya tidak saling menegasikan antara satu dan lainnya. Untuk itu perlu disusun sebuah peta-jalan (*roadmap*) yang mengintegrasikan program HIV dan AIDS dengan sistem kesehatan baik di tahap perumusan maupun implementasi. Mengingat cakupan peta-jalan integratif itu tidak hanya aspek-aspek teknis tapi juga aspek politik-ekonomi, pelaksanaannya akan terbayang tidak mudah. Tetapi, integrasi antara pendekatan vertikal dan horizontal dengan komposisi yang tepat dalam kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS merupakan kunci untuk efektivitas dalam meningkatkan cakupan dan kualitas program penanggulangan HIV dan AIDS di satu sisi, serta penguatan layanan dasar kesehatan di sisi lainnya.

DAFTAR ISI

RINGKASAN EKSEKUTIF	• v
DAFTAR ISI	• ix
DAFTAR AKRONIM DAN SINGKATAN	• xiii
DAFTAR TABEL DAN GAMBAR	• xix
PENGANTAR DFAT	• xxi
PENGANTAR KPAN	• xxiii
PERSONEL PENELITIAN DAN LEMBAGA/ ORGANISASI YANG TERLIBAT	• xxv

BAB 1 PENDAHULUAN • 1

- 1.1 Latar Belakang • 1
- 1.2 Metode Kajian • 4
- 1.3. Waktu Pelaksanaan • 5
- 1.4 Keterbatasan Kajian • 5
- 1.5 Sistematika Penulisan • 6

BAB 2 DINAMIKA EPIDEMIOLOGI DAN RESPONS • 9

- 2.1 Situasi Epidemi • 9
- 2.2 Respons Terhadap Epidemi dari Masa ke Masa • 13
 - 2.2.1 Periode 1987–1996 • 14
 - 2.2.2 Periode 1997–2007 • 16
 - 2.2.3 Periode 2007–2013 • 20
- 2.3 Epidemi di Lima Daerah • 23
 - 2.3.1 Sumatera Utara • 24
 - 2.3.2 Jawa Timur • 24

- 2.3.3 Bali • 25
- 2.3.4 Sulawesi Selatan • 27
- 2.3.5 Papua • 28

BAB 3 EVOLUSI KEBIJAKAN PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS DI INDONESIA • 33

- 3.1 Konteks Kebijakan • 33
- 3.2 Penelitian sebagai Basis Kebijakan: Studi tentang HIV dan AIDS pada Fase Awal Epidemi • 38
- 3.3 Pembelajaran dari Implementasi Program HIV dan AIDS • 43

BAB 4 KEBIJAKAN DAN PROGRAM PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS • 51

- 4.1 Kebijakan Promosi dan Pencegahan • 52
- 4.2 Kebijakan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (PDP) • 64
- 4.3 Kebijakan Tata Kelola Informasi Strategis • 69
- 4.4 Kebijakan Tata Kelola SDM, Akses dan Logistik • 71
- 4.5 Kebijakan Berbasis Hak • 76
- 4.6 Kebijakan Terkait Tata Kelola Multisektoral • 78
- 4.7 Kebijakan Terkait Pendanaan • 81
- 4.8 Kebijakan Terkait Mitigasi Dampak • 83

BAB 5 AKTOR KEBIJAKAN HIV DAN AIDS DI INDONESIA • 85

- 5.1 Mitra Pembangunan Internasional (MPI) • 85
- 5.2 Komisi Penanggulangan AIDS Nasional • 88
- 5.3 Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi • 90
- 5.4 Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/Kota • 93
- 5.5 Kementerian Kesehatan • 94
- 5.6 Organisasi Masyarakat Sipil • 98
 - 5.6.1 Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) • 98
 - 5.6.2 Komunitas Populasi Kunci • 100
- 5.7 Sektor Swasta • 103

BAB 6 INTEGRASI PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS KE DALAM SISTEM KESEHATAN • 105

- 6.1 Integrasi Kelembagaan: Kontestasi Pusat dan Daerah • 105
- 6.2 Integrasi ke dalam Sektor Kesehatan • 111
- 6.3 Integrasi dengan Sektor Non-Kesehatan • 114
- 6.4 Tantangan Upaya Integrasi • 115

BAB 7 KESIMPULAN DAN REKOMENDASI • 117

7.1 Kesimpulan • 117

7.2 Rekomendasi • 118

DAFTAR PUSTAKA • 121

LAMPIRAN • 126

DAFTAR AKRONIM DAN SINGKATAN

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AIPH	<i>The Australian–Indonesia Partnership for HIV</i>
Apindo	Asosiasi Pengusaha Indonesia
ART	<i>Antiretroviral Treatment</i>
ARV	<i>Antiretroviral drugs</i>
ASA	Aksi Stop AIDS
AusAID	<i>Australia Agency for International Development</i>
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
APBN/D	Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional/Daerah
Bapas	Balai Pemasyarakatan
Bappeda	Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
Bappenas	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BCC	<i>Behaviour Change Communication</i>
BKKBN	Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BLU	Badan Layanan Umum
BPPT	Badan Penelitian dan Pengembangan Teknologi
BPOM	Badan Pengawasan Obat dan Makanan
BPS	Badan Pusat Statistik
BNN/P/K	Badan Narkotika Nasional/Provinsi/Kota/Kabupaten
CATS	<i>Community Access to Treatment Services Study</i>
CBO	<i>Community Based Organization</i>
CCM	<i>Country Coordinating Mechanism</i>

CSR	<i>Corporate Social Responsibility</i>
CSO	<i>Civil Society Organization</i>
DBK	Daerah Bermasalah Kesehatan
Depag	Departemen Agama
Dephan	Departemen Pertahanan
Dephub	Departemen Perhubungan
Depdagri	Departemen Dalam Negeri
Depdiknas	Departemen Pendidikan Nasional
Depkes	Departemen Kesehatan
Deptan	Departemen Pertanian
Depbudpar	Departemen Budaya dan Pariwisata
Depperdag	Departemen Perdagangan
Depkominfo	Departemen Komunikasi Informasi
Depku	Departemen Keuangan
Deplu	Departemen Luar Negeri
Dephukham	Departemen Hukum dan Hak Azasi Manusia
DFAT	<i>Department of Foreign Affairs and Trade</i>
DfID	<i>Department for International Development</i>
Dinkes	Dinas Kesehatan
Dinsos	Dinas Sosial
Dikbud	Dinas Pendidikan dan Kebudayaan
Disnaker	Dinas Tenaga Kerja
Dikcapil/KKB	Dinas Catatan Sipil/Kependudukan
Dispora	Dinas Pemuda dan Olahraga
Dispenda	Dinas Pendapatan Daerah
Dishub	Dinas Perhubungan
Ditjen PP dan PL	Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyebaran Lingkungan
Dinpar	Dinas Pariwisata
DIY	Daerah Istimewa Yogyakarta
DKAI	Dana Kemitraan AIDS Indonesia
DTPK	Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan
FGD	<i>Focus Group Discussion</i>
FHI	<i>Family Health International</i>
FPI	Front Pembela Islam
GFATM	<i>The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria</i>
GWL-Ina	Gay Waria dan Lesbian Indonesia

HAM	Hak Asasi Manusia
HAS	Hari AIDS Sedunia
HCPI	<i>HIV Cooperation Program for Indonesia</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IAKMI	Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia
IBCA	<i>Indonesian Bussiness Coalition on AIDS</i>
IDUs	<i>Intravenous Drug Users</i>
IMS	Infeksi Menular Seksual
IDI	Ikatan Dokter Indonesia
IBBS	<i>Integrated Biological and Behavioral Surveillance</i>
IHPCP	<i>Indonesia HIV Prevention and Care Project</i>
IKON	Ikatan Korban Napza
IO	Infeksi Oportunistik
Iptek	Ilmu Pengetahuan dan Teknologi
IPF	<i>Indonesia Patnership Fund</i>
IPPI	Ikatan Perempuan Positif Indonesia
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
Jamkesmas	Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jamkesda	Jaminan Kesehatan Daerah
Jangkar	Jaringan Lembaga Bergerak di Bidang <i>Harm Reduction</i>
Jothi	Jaringan Orang Terdampak HIV dan AIDS Indonesia
Kadin	Kamar Dagang dan Industri
Keppres	Keputusan Presiden
KIE	Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
KLB	Kejadian Luar Biasa
KDS	Kelompok Dukungan Sebaya
KPA	Komisi Penanggulangan AIDS
KPAN/P/K	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional/Provinsi/Kota/Kabupaten
KSPI	Kongres Serikat Pekerja Indonesia
KSPSI	Konfederasi Serikat Pekerja Indonesia
KTS	Konseling dan Tes HIV Sukarela
Lapas	Lembaga Pemasyarakatan
LASS	Layanan Alat Suntik Steril
LBH	Lembaga Bantuan Hukum
LKB	Layanan Komprehensif Berkesinambungan
LSL	Lelaki Seks dengan Lelaki
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat

MDG	<i>Millenium Development Goals</i>
Mendiknas	Menteri Pendidikan Nasional
Menkes	Menteri Kesehatan
Mennakertrans	Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi
Menpora	Menteri Pemuda dan Olahraga
Menristek	Menteri Riset dan Teknolgi
Mensos	Menteri Sosial
MoU	<i>Memorandum of Understanding</i>
MPI	Mitra Pembangunan Internasional
MTR-SRAN	<i>Mid Term Report</i> -Strategi Rencana Aksi Nasional
Napza	Narkotik, Psikotropika, dan Zat Adiktif
NGO	<i>Non Government Organization</i>
NSP	<i>Needle Syringe Programme</i>
NU	Nahdatul Ulama
OAT	Obat Anti Tuberculosis
ODHA	Orang dengan HIV dan AIDS
OHIDHA	Orang Hidup dengan HIV dan AIDS
OMS	Organisasi Masyarakat Sipil
OBS	Organisasi Berbasis Sosial
OBM	Organisasi Berbasis Masyarakat
OPSI	Organisasi Perubahan Sosial Indonesia
Ormas	Organisasi Kemasyarakatan
PDP	Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan
Pemda	Pemerintah Daerah
Penasun	Pengguna napza suntik
Perda	Peraturan Daerah
Permenkes	Peraturan Menteri Kesehatan
Permenko Kesra	Peraturan Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat
Permendagri	Peraturan Menteri Dalam Negeri
PICT	<i>Provider Initiative Counseling and Testing</i>
PKBI	Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia
PKMK-UGM	Pusat Kebijakan dan Managemen Kesehatan Universitas Gadjah Mada
PKNI	Persaudaraan Korban Napza Indonesia
PMKS	Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial
PMTCT	<i>Prevention from Mother to Child Transmission</i>
PMTS	Penularan Melalui Transmisi Seksual
Pokdisus	Kelompok studi khusus

Polri	Polisi Republik Indonesia
Pokja	Kelompok Kerja
PP	Peraturan Pemerintah
PPH	Pusat Penelitian HIV
PPIA	Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak
PPP	<i>Profilaksis Pasca Paparan</i>
PR	<i>Principle Recipient</i>
PRTM	Program Rumatan Terapi Metadon
PSA	<i>Public Service Advertisement</i>
PSK	Pekerja Seks Komersial
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
Polri	Polisi Republik Indonesia
Posyansus	Pos Pelayanan Khusus
Renstra	Rencana Strategis
RKPD	Rencana Kerja Pemerintah Daerah
RPJM	Rencana Pembangunan Jangka Menengah
RPJPD	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
RS	Rumah Sakit
RSCM	Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo
RSUP	Rumah Sakit Umum Pusat
RSKO	Rumah Sakit Ketergantungan Obat
Rutan	Rumah Tahanan
SBSI	Serikat Buruh Sejahtera Indonesia
SDM	Sumber Daya Nasional
Setkab	Sekretaris Kabinet
SIK	Sistem Informasi Kesehatan
SRAN	Strategi Rencana Aksi Nasional
SSP	<i>Survei Surveillans Perilaku</i>
STI	<i>Sexual Transmitted Infection</i>
Stranas	Strategi Nasional
STBP	Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku
SUM	<i>Scale Up at Most Population Group</i>
SDM	Sumber Daya Manusia
S&D	Stigma dan Diskriminasi
SKN	Sistem Kesehatan Nasional
SKPD	Satuan Kerja Pemerintah Daerah
SOP	<i>Standard Operational Procedure</i>

SPM	Standar Pelayanan Minimum
TB-HIV	<i>Tuberculosis-Human Immunodeficiency Virus</i>
UN	United Nations
Uncen	Universitas Cendrawasih
Unicef	<i>The United Nations Children's Fund</i>
UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
UU	Undang-Undang
VCT	<i>Voluntary Counselling and Testing</i>
WPS	Wanita Pekerja Seks
WPSL	Wanita Pekerja Seks Langsung
WPSTL	Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung
WHO	<i>World Health Organization</i>

DAFTAR TABEL DAN GAMBAR

Daftar Tabel

Tabel 1	Jumlah Kumulatif Kasus HIV dan AIDS menurut Faktor Risiko sampai Desember 1996 • 14
Tabel 2	ODHA di Indonesia 1987–1996 • 15
Tabel 3	Jumlah Kumulatif Kasus HIV dan AIDS menurut Provinsi • 30
Tabel 4	Program Penanggulangan HIV dan AIDS dalam Jajaran Kemenkes dan Dinkes Provinsi dan Kabupaten/Kota dan RS di Bali • 47
Tabel 5	Capaian Target SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS sampai Tahun 2007 • 57
Tabel 6	Layanan HIV dan AIDS yang Aktif Melapor 2011–2013 • 67
Tabel 7	Jumlah Layanan Penyedia ARV di Indonesia • 74
Tabel 8	Periodesasi dan Titik Tekan dari Setiap MPI • 88
Tabel 9	Peran Daerah dalam Penanggulangan HIV dan AIDS • 106
Tabel 10	Pendekatan Kebijakan Vertikal dalam Penanggulangan HIV-AIDS dan Problematikanya • 110

Daftar Gambar

Gambar 1	Peningkatan Prevalensi HIV di Kalangan Penasun Berbanding Lurus dengan Prevalensi Pekerja Seks • 11
Gambar 2	Mata Rantai Penularan HIV • 13

Gambar 3	Prevalensi HIV dan AIDS Berbagai Populasi di Indonesia 2002 dan 2004 • 17
Gambar 4	Sepuluh Provinsi dengan Kasus HIV dan AIDS Terbanyak (Desember 2006) • 17
Gambar 5	Prevalensi Kasus HIV/AIDS Per 100.000 Penduduk Berdasarkan Provinsi di Indonesia sampai Tahun 2006 • 18
Gambar 6	Persentase Kumulatif Kasus HIV dan AIDS di Indonesia Berdasarkan Cara Penularan sampai dengan 31 Desember 2006 • 19
Gambar 7	Jumlah HIV dan AIDS yang Dilaporkan sampai September 2013 • 22
Gambar 8	Jumlah Kasus HIV, AIDS, dan Kematian Akibat HIV-AIDS di Jawa Timur • 25
Gambar 9	Tren Jumlah Kasus Kumulatif HIV dan AIDS yang Dilaporkan ke Dinkes Provinsi Bali Berdasarkan Faktor Risiko Penularan Tahun 1987–2012 • 26
Gambar 10	Jumlah Kumulatif Kasus HIV dan AIDS di Irian Jaya (Papua) Tahun 1995–2000 • 28
Gambar 11	Jumlah Kumulatif Kasus HIV dan AIDS di Papua dan Papua Barat • 30
Gambar 12	Jumlah Kumulatif Kasus HIV dan AIDS di Provinsi Papua dan Papua Barat Tahun 2011–2013 • 31
Gambar 13	Frekuensi Kunjungan ke Klinik dan Perubahan Perilaku Berisiko • 41
Gambar 14	Pola Pencarian Pengobatan Ketika Mengalami Gejala IMS • 42
Gambar 15	Penggunaan Kondom oleh Penasun Berdasarkan Tipe Pasangan • 58
Gambar 16	Proporsi Penasun yang Berbagi Jarum dalam Minggu Terakhir Berdasarkan Kota pada tahun 2004, 2007, 2011 • 59
Gambar 17	Pemakaian Kondom pada Penjaja Seks 2002–2011 • 62
Gambar 18	<i>Case Fatality Rate</i> AIDS yang Dilaporkan menurut Tahun, 2000–September 2013 • 67
Gambar 19	Program Layanan Alat Suntik Steril di 19 Provinsi, 72 Kabupaten/Kota • 75

PENGANTAR DFAT

PEMERINTAH Australia melalui program *Australia-Indonesia Partnership for HIV* (AIPH) mendukung tujuan nasional pemerintah Indonesia untuk mencegah dan menurunkan tingkat penyebaran HIV dan AIDS, meningkatkan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA), dan mengurangi dampak sosial ekonomi akibat epidemi HIV/AIDS.

Penelitian mengenai integrasi kebijakan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan nasional yang dilakukan melalui kerjasama dengan Universitas Gadjah Mada ini, mengkaji bagaimana program HIV/AIDS yang biasanya dikelola secara terpusat, sebagian besar dengan dana dari donor, serta dilaksanakan secara paralel dengan sistem kesehatan yang telah ada, sesungguhnya dapat diintegrasikan ke dalam sistem agar menjadi lebih berkelanjutan.

Penelitian ini menelaah tataran integrasi di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota, di delapan provinsi (Sumatera Utara, DKI Jakarta, Jawa Timur, Bali, Sulawesi Selatan, Papua Barat, Papua, dan NTT).

Penelitian ini mendukung gagasan bahwa integrasi merupakan kerangka organisasi yang secara strategis dapat meningkatkan efektivitas, efisiensi dan keberlanjutan suatu program. Namun demikian, upaya untuk mencapai tingkat integrasi yang diharapkan sangat tergantung pada berbagai konteks di mana upaya penanggulangan HIV/AIDS serta sistem kesehatan tersebut dilaksanakan. Komitmen politik dari para pemimpin lokal, perekonomian setempat, hukum dan peraturan yang tidak selalu mendukung upaya penanggulangan HIV/AIDS, serta interaksi di antara para pemangku kepentingan di dalam sistem kesehatan dan penanggulangan HIV/AIDS, menentukan capaian integrasi di lokasi penelitian.

Pemerintah Australia, dalam lingkup kemitraannya dengan Pemerintah Indonesia, sangat mendukung kebijakan berbasis bukti. Karena itu, besar harapan bahwa penelitian ini dapat membantu Pemerintah Indonesia dalam meningkatkan pengintegrasian program HIV/AIDS ke dalam sistem kesehatan nasional dan dalam rangka untuk mengembangkan strategi yang berkelanjutan dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS.



James Gilling

Minister, Development Cooperation

Australian Ambassador for HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis

Australian Embassy Jakarta

PENGANTAR KPAN

PERKEMBANGAN kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS yang telah berlangsung sekitar 30 tahun perlu ditelaah dan dikaji lebih dalam sebagai bagian dari upaya untuk menyediakan bukti dan dasar yang kuat bagi pengembangan kebijakan HIV dan AIDS di Indonesia di masa depan. Perubahan situasi epidemi, perubahan sistem pemerintahan, pengaruh inisiatif kesehatan global, keterlibatan organisasi masyarakat sipil, dan semakin terlibatnya kelompok-kelompok yang terdampak oleh HIV dan AIDS merupakan berbagai faktor yang memengaruhi perjalanan kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS selama ini.

Dalam Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS di Indonesia 2015–2019, Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) telah menegaskan tentang kontribusi penting berbagai jenis penelitian untuk mengembangkan kebijakan dan program HIV dan AIDS yang berbasis bukti pada masa-masa yang akan datang. Maka KPAN mendukung diterbitkannya hasil kajian dokumen tentang kebijakan dan program HIV dan AIDS oleh Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada dengan dukungan dari Program Kemitraan Australia-Indonesia dalam Program HIV (AIP-HIV), Departemen Luar Negeri dan Perdagangan Pemerintah Australia. Secara substantif kajian ini pada dasarnya merupakan kajian kebijakan yang dimaksudkan untuk memahami konteks, proses, dan substansi dari kebijakan-kebijakan yang telah disusun selama ini dan sekaligus memetakan berbagai kesenjangan dalam implementasinya.

Untuk itu, dalam rangka memanfaatkan hasil penelitian ini maka KPAN sangat mengharapkan rekomendasi dari kajian ini bisa dikaji secara kritis dan bisa digunakan baik oleh pemerintah, organisasi masyarakat sipil, pemanfaat program, dan lembaga donor atau lembaga mitra pembangunan internasional untuk membangun

pengembangan program HIV dan AIDS yang bertumpu pada sistem kesehatan yang kuat. Dalam kepentingan itu pula, maka secara strategis hasil kajian ini bisa digunakan untuk menyesuaikan kebijakan dan program yang ada dengan berbagai tantangan dan kesempatan yang muncul dalam pelaksanaan kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia.

Jakarta, Oktober 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kemal N. Siregar', followed by a horizontal line.

Dr. Kemal N. Siregar
Sekretaris KPA Nasional

PERSONEL PENELITIAN DAN LEMBAGA/ORGANISASI YANG TERLIBAT

Tim Peneliti

PKMK FK UGM: Ignatius Praptoraharjo, PhD; Drs. M. Suharni, MA; dr. Satiti Retno Pudjiati, SpKK(K); Hersumpana, MA; Eunice Priscilla Setiawan, SE; Sisilya Bolilanga, MSc; dan Eviana Hapsari Dewi, MPH

PPH Atma Jaya: Iko Safika, PhD

Research Advisors

PKMK FK UGM: Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc, PhD

PPH Atma Jaya: Prof. Irwanto, PhD

Consultative Group

Kemenkes RI Ditjen PP dan PL: dr. Siti Nadia;

dr. Trijoko Yudhopuspito, MSc PH; dr. Afriana Herlina

KPAN: dr. Suryadi Gunawan, MPH; Irawati Atmosukarta, MPP

DFAT: Debbie Muirhead; Adrian Gilbert; Astrid Kartika

FK UGM: dr. Yodi Mahendradhata, MSc, PhD;

dr. Yanri Subronto, SpPD, PhD; dr. Ida Safitri, SpA;

dr. Eggi Arguni, MSc, SpA, PhD

HCPI: Prof. Budi Utomo, MPH

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Respons terhadap epidemi HIV dan AIDS di Indonesia telah berlangsung selama lebih dari dua dekade. Setelah pemerintah melaporkan secara resmi ditemukannya kasus AIDS pada bulan April 1987 di Bali,¹ Menteri Kesehatan (Menkes) saat itu merilis Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 339/IV/1988 tentang Pembentukan Panitia Penanggulangan HIV-AIDS. Tetapi, kajian ini mengajukan argumen bahwa pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) pada tahun 1994 lewat Keppres Nomor 36/1994 merupakan tonggak respons pemerintah secara formal terhadap epidemi HIV dan AIDS. Kebijakan ini lantas diikuti dengan berbagai program kerjasama internasional baik melalui jalur bilateral (misalnya USAID, AusAID, dan DfID), multilateral (GFATM, UNAIDS, *Indonesia Partnership Funds*), dan dengan berbagai lembaga non-pemerintahan. Total dana yang telah dikucurkan baik oleh lembaga internasional maupun pemerintah sejak 1996 sedikitnya US\$ 445 juta di mana sebagian besar berasal dari bantuan luar negeri.²

¹ Kejadian pertama AIDS di Indonesia sempat menjadi perdebatan hangat pada pertengahan hingga akhir 1980-an. Pada Oktober 1983, majalah *Tempo* merilis laporan berjudul "AIDS, Selamat Datang di Indonesia", yang mengekspose penelitian Dr. Zubairi Djoerban di kalangan waria Jakarta dengan temuan indikasi penderita AIDS—pada tahun ini belum ada tes HIV. Pada September 1985, Menkes sempat menyatakan ditemukannya 5 kasus AIDS di Bali, tetapi dua bulan berikutnya Menkes menyatakan tidak ada AIDS di Indonesia. April 1986, *Tempo* melaporkan kematian perempuan 25 tahun penderita AIDS lewat artikel "Hari-Hari Terakhir Korban AIDS"—kasus ini juga tidak diakui dan dilaporkan secara resmi oleh pemerintah. Tanggal 10 April 1986, *Kompas* memuat laporan bahwa "Adanya AIDS di Indonesia Masih dalam Perdebatan". Baru pada tahun 1987, tewasnya wisatawan Bali berkebangsaan Belanda berusia 44 tahun pada bulan April, dilaporkan secara resmi oleh pemerintah sebagai kasus AIDS pertama di Indonesia—dilaporkan oleh *Kompas*, "Turis Belanda Penderita AIDS Tewas di Bali", 11 April 1987. Lihat juga Zubairi Djoerban (1999). *Membidik AIDS: Ikhtiar Memahami HIV dan ODHA*. Yogyakarta: Galang Press dan Yayasan Memajukan Ilmu Penyakit Dalam.

² Diolah dari laporan UNAIDS, National AIDS Spending Assessment (NASA) tahun 2006–2010; KPAN, "The Response to HIV and AIDS In Indonesia 2006-2011: Report on 5 Years Implementation of Presidential Regulation No. 75/2006 on the National AIDS Commission", Oktober 2011, hlm. 72.

Antara 1988 hingga 2013, berbagai kebijakan sebagai respons terhadap epidemi HIV dan AIDS telah diberlakukan oleh pemerintah, baik pusat maupun daerah. Berbagai regulasi itu merentang dari yang bersifat normatif—seperti Keppres Nomor 36/1994 tentang KPA serta beberapa perda tentang HIV dan AIDS di berbagai daerah—hingga yang diniatkan sebagai terobosan—seperti Keppres Nomor 75/2006 yang merevitalisasi kewenangan KPA Nasional (KPAN), Permenkes Nomor 567/2006 dan Permenkokesra Nomor 2/2007 tentang distribusi jarum suntik.

Respons berbagai pihak dan kebijakan yang telah diberlakukan sepertinya belum cukup membantu pencapaian target pemerintah dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Pada tahun 2014, sebagaimana dinyatakan dalam Strategi dan Rencana Aksi Nasional (SRAN) Penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2010–2014, pemerintah menargetkan tercapainya pencegahan 294.000 infeksi baru, terjangkaunya 80% populasi kunci oleh program komprehensif, dan 60% pemakaian kondom pada hubungan seks tidak aman. Merujuk pada data hasil Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP)³ tahun 2011 yang dirilis oleh Ditjen PP dan PL, Kemenkes RI, prevalensi HIV pada populasi kunci masih tinggi, yaitu 42% untuk penasun, 22% pada waria pekerja seks, 10% pada WPS langsung, dan masing-masing 3% pada WPS tidak langsung dan LSL.

Di sisi lain, potensi penularan HIV di Indonesia masih sangat tinggi. Estimasi Kemenkes RI tahun 2012 mencatat, sejumlah 8,7 juta orang berisiko HIV. Data STBP 2011 juga mengungkapkan, perilaku mereka juga masih berisiko tinggi terhadap penularan HIV, yakni pemakaian kondom secara konsisten dalam seks komersial masih rendah (32%) dan 13% dari penasun berbagi jarum suntik. Selain itu, tingkat pemahaman yang komprehensif mengenai HIV dan AIDS belum begitu mengembirakan, yaitu rata-rata 22,7% dari semua kelompok sampel, di mana persentase terendah berada pada kelompok narapidana (12%). Selain tingginya populasi rawan penularan, tingkat penyebaran HIV dan AIDS secara kewilayahan juga sangat merata. Selama periode 2007–2013, kasus HIV dan AIDS tersebar di hampir 80% dari seluruh kabupaten dan kota di Indonesia. Sedikitnya 7 dari 10 kabupaten dan kota di Indonesia saat ini sudah melaporkan kasus HIV dan AIDS di wilayahnya.

Beberapa kajian menunjukkan bahwa salah satu penjelasan untuk situasi di atas ialah belum terintegrasinya respons terhadap HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan yang ada—dengan kata lain, respons terhadap HIV dan AIDS masih

³ Disebut juga Integrated Biological and Behavioural Survey (IBBS), ialah survei yang ditujukan untuk mengukur prevalensi HIV pada populasi yang paling berisiko, level pengetahuan mereka tentang HIV-AIDS, perilaku berisiko mereka untuk penularan HIV, serta mengetahui sejauh mana cakupan program-program intervensi menjangkau populasi yang paling berisiko dan paling rentan. Survei ini diperbaharui saban 2–3 tahun sekali.

bersifat parsial. Beberapa faktor penyebabnya yakni adanya pengaruh kepentingan, perbedaan prioritas pada setiap program, pemahaman yang masih beragam dan belum memadai mengenai bagaimana sistem kesehatan di Indonesia bekerja secara formal dan informal.⁴ Mengingat konteks tata kelola (sistem) layanan kesehatan merupakan platform intervensi HIV dan AIDS, maka penguatan sistem kesehatan menjadi kondisi yang penting dan dibutuhkan (*necessary and sufficient condition*) untuk efektivitas respons terhadap HIV dan AIDS di Indonesia. Oleh karena itu, pemahaman mengenai bagaimana sistem kesehatan bekerja menjadi kebutuhan pokok bagi upaya peningkatan efektivitas dan efisiensi intervensi HIV dan AIDS.

Kajian ini disusun untuk mengurai kesenjangan pemahaman antara sistem kesehatan dan program penanggulangan (intervensi) HIV dan AIDS. Tujuan akhirnya yakni bisa memberikan rekomendasi agenda kebijakan yang mengintegrasikan kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem layanan kesehatan. Untuk sampai pada tujuan tersebut, kajian ini menempuh beberapa langkah berikut:

- Pendokumentasian sejarah pemikiran (genealogi) dan kebijakan dalam respons atau program penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia;
- Pemetaan kebijakan, peraturan, dan program penanggulangan HIV dan AIDS yang saat ini masih berlaku;
- Identifikasi kesenjangan antara kebijakan dan implementasi program, baik kebijakan yang mendukung maupun yang menghambat; dan kemudian
- Merekomendasikan agenda kebijakan yang perlu dirumuskan dan ditempuh guna mengintegrasikan kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam tata kelola (sistem) pelayanan kesehatan yang diterapkan.

Adapun beberapa pertanyaan kunci yang memandu kajian ini antara lain:

- **Sejarah pemikiran dan Kebijakan**
Kejadian-kejadian penting atau fakta bagaimana yang melatari timbulnya kebijakan terhadap epidemi HIV dan AIDS di Indonesia selama 25 tahun terakhir? Bagaimana kebijakan-kebijakan tersebut disusun? Siapa saja aktor yang terlibat di dalamnya? Apa fokus perhatian dari kebijakan-kebijakan saat itu dan bagaimana fokus tersebut berubah?
- **Kebijakan, situasi epidemi, dan pelaksanaan kebijakan**
Kebijakan: Kebijakan apa, baik di tingkat pusat maupun daerah, yang saat ini

⁴ Misalnya US President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), "Indonesia Operational Plan Report FY 2011"; WHO, "Indonesia Health Profile: Health Financing and Decentralization"; Ignatius Praptoraharjo et. al., "Ethnographic study of IDU sexual networks in Indonesia". AIDS 2006-XVI International AIDS Conference: Abstract No. CDD0631; dan UNODC, "NSP Review in Indonesia 2013".

berlaku untuk program penanggulangan HIV dan AIDS? Apa saja yang diatur dalam kebijakan-kebijakan tersebut? (Cakupan kebijakan: misalnya relasi pemerintah, swasta, dan organisasi masyarakat sipil; prostitusi; akses atas dana pemerintah dan layanan kesehatan; kebijakan di sisi pelayanan (*supply*) kesehatan oleh puskesmas dan rumah sakit seperti *screening*, IMS, tes HIV, jarum steril, metadon, kondom, dan sebagainya).

Situasi epidemi: Bagaimana situasi epidemi HIV dan AIDS terkini, baik di tingkat nasional maupun daerah (Jakarta, Medan, Denpasar, Surabaya, Makassar, dan Manokwari)?

Pelaksanaan kebijakan: Program penanggulangan HIV dan AIDS apa saja yang ada di wilayah tersebut? Siapa saja pelaksananya serta pendukung dananya? Bagaimana peran pemerintah dan masyarakat lokal dalam pelaksanaan kebijakan? Apakah ada bukti yang menunjukkan berjalannya koordinasi dan harmonisasi program yang mendukung kepaduan (*continuum of care*)? Faktor apa saja yang menghambat dan yang mendukung integrasi kebijakan dan layanan penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan yang berlaku?

1.2. Metode Kajian

Berdasarkan latar belakang, sifat data, dan pertanyaan-pertanyaan kunci tersebut, kajian ini menggunakan metode berikut.

1.2.1. Kajian Dokumen

Kajian atas dokumen kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Berbagai dokumen tersebut meliputi peraturan, perundang-undangan, artikel ilmiah, kajian/laporan, dan sebagainya, yang berasal dari pemerintah, lembaga-lembaga yang bekerja dalam bidang penanggulangan HIV dan AIDS, serta lembaga penelitian di Indonesia, baik yang sudah maupun belum terpublikasi. Pencarian dokumen tersebut melalui internet dan pengajuan permohonan ke lembaga-lembaga terkait. Dokumen terkumpul selanjutnya dianalisis berdasarkan panduan pertanyaan-pertanyaan kunci, dengan kategori berikut ini:

1. Peristiwa-peristiwa kunci baik secara nasional, internasional, maupun lokal dalam kurun waktu 1987–2013 yang menjadi konteks kemunculan dan perubahan kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia.
2. Jenis kebijakan dan program terkait dengan promosi dan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan, dan mitigasi dampak HIV dan AIDS.
3. Fungsi sistem kesehatan dalam kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS, meliputi tata kelola, penyediaan layanan, pembiayaan, sumber daya manusia

(SDM), informasi strategis, dan penyediaan perlengkapan medis untuk pencegahan dan perawatan.

4. Faktor kontekstual: epidemiologi, komitmen politik, gerakan sosial, komitmen global, dan keberlanjutan program.

Adapun situasi epidemiologi didapat dari data survei perilaku dan survei epidemi HIV dan AIDS, baik yang dilakukan oleh Kemenkes, KPA, dan Mitra Pembangunan Internasional (MPI). Lampiran 1 merinci daftar dokumen yang dianalisis dalam kajian dokumen ini.

1.2.2. Kunjungan Lapangan: Wawancara dan Diskusi Kelompok

Untuk memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang situasi terkini dari pelaksanaan kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota, tim peneliti telah melaksanakan serangkaian kunjungan lapangan singkat ke lima daerah, yaitu Medan, Surabaya, Denpasar, Makassar, dan Manokwari. Selama kunjungan lapangan, tim peneliti melakukan wawancara dan diskusi kelompok terfokus (*focus group discussion*-FGD) dengan panduan pertanyaan standar serta melibatkan para pihak berkepentingan (penyedia layanan, dinas kesehatan, sekretariat KPA provinsi dan kota/kabupaten, dan rumah sakit) dan kelompok pemanfaat program (waria, WPS, LSL, pengguna napza, dan ODHA). Daftar panduan pertanyaan untuk wawancara dan FGD terinci dalam Lampiran 11. Data yang diperoleh dari lapangan ini ditriangulasikan di antara para pewawancara, data-data umum dari daerah, dan dengan hasil kajian dokumen untuk melihat pola, konsistensi, maupun variasi data yang dihasilkan.

1.3. Waktu Pelaksanaan

Kajian dokumen tentang perkembangan kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia dilakukan mulai bulan September 2013 hingga Januari 2014. Kajian dokumen ini dilaksanakan oleh tim peneliti dari PKMK FK UGM. Sementara itu, kunjungan lapangan dilakukan pada bulan November 2013 bersama dengan anggota peneliti dari Universitas Sumatera Utara, Universitas Airlangga, Universitas Negeri Papua, dan Universitas Hasanuddin.

1.4. Keterbatasan Kajian

Keterbatasan kajian ini ialah sebagai berikut:

1. Kajian ini menggunakan perspektif historis untuk menggambarkan dinamika kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS dalam kurun waktu 25 tahun. Karena panjangnya masa yang dikaji ini, kajian ini menghadapi kendala

dalam pengumpulan data kebijakan dan program yang dilaksanakan pada tahun-tahun awal epidemi HIV dan AIDS di Indonesia. Data yang tersedia cukup terbatas sehingga membatasi deskripsi situasi awal epidemi. Meskipun dokumen-dokumen tentang sejarah AIDS di Indonesia banyak tersedia, sejumlah dokumen ini lebih menyajikan deskripsi perkembangan epidemi daripada kebijakan atau kejadian-kejadian penting sebagai konteks dari kebijakan yang ada.

2. Isu HIV dan AIDS pada dasarnya merupakan isu multisektoral sehingga kebijakan terkait dengan masalah ini merentang sangat luas. Kajian ini membatasi diri pada konteks sistem kesehatan di Indonesia, sehingga kajian ini tidak mampu memberikan gambaran secara luas dan mendalam mengenai kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS di luar sektor kesehatan—misalnya politik-ekonomi di bidang kesehatan yang berpengaruh kuat dalam program penanggulangan HIV dan AIDS.
3. Isu-isu tentang kebijakan dan program beserta implementasinya di tingkat daerah tidak cukup memadai untuk merepresentasikan keseluruhan situasi nasional karena data lapangan hanya dikumpulkan dari lima provinsi (Sumatera Utara, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, Bali, dan Papua Barat) dan 10 kabupaten/kota (Kota Medan, Kabupaten Serdang Bedagai, Kota Surabaya, Kota Malang, Kota Denpasar, Kabupaten Gianyar, Kota Makassar, Kabupaten Manokwari, Kota Sorong, dan Kabupaten Sorong). Data lapangan dalam kajian ini digunakan untuk melihat seberapa jauh variasi kebijakan nasional diimplementasikan pada tingkat daerah, serta untuk melihat kesenjangan antara kebutuhan dari populasi kunci terhadap akomodasi dalam kebijakan dan pelaksanaan program penanggulangan HIV dan AIDS baik di tingkat daerah maupun nasional.

1.5. Sistematika Tulisan

Hasil kajian dalam laporan ini disusun dengan sistematika sebagai berikut:

- Konteks epidemiologi dipaparkan di Bab 2, dimulai dengan sejarah HIV dan AIDS di Indonesia, respons pemerintah, masyarakat, dan lembaga internasional; dan dibagi dalam tiga periode, yaitu 1987–1996; 1997–2006, dan 2007–sekarang. Pembagian periode ini didasarkan pada ketersediaan data epidemiologi yang ada beserta perkembangan konteks tata kelola sistem kesehatan serta kontestasi pendekatan yang dipakai dalam program penanggulangan HIV dan AIDS. Situasi epidemiologi di wilayah penelitian (Sumatera Utara, Jawa Timur, Bali, Sulawesi Selatan, dan Papua) akan diuraikan sebagai penutup bab ini.
- Respons yang umum dijalankan untuk menghadapi tantangan epidemi HIV dan AIDS ialah perumusan dan pemberlakuan kebijakan. Bab 3 secara khusus akan menguraikan konteks evolusi kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS

di Indonesia. Dimulai dengan deskripsi mengenai konteks kebijakan, rujukan yang dipakai untuk merumuskan kebijakan—termasuk penelitian-penelitian tentang HIV dan AIDS di Indonesia—dan ditutup dengan pembelajaran dari implementasi program penanggulangan HIV dan AIDS yang berpengaruh terhadap evolusi kebijakan terkait.

- Bab 4 secara lebih rinci menguraikan kebijakan-kebijakan yang ada, baik terkait elemen-elemen penting program penanggulangan HIV dan AIDS, seperti (1) promosi dan pencegahan; dan (2) perawatan, dukungan, dan pengobatan; maupun terkait tata kelola (*governance*), seperti (1) tata kelola informasi strategis; (2) SDM dan logistik; (3) kebijakan berbasis hak; (4) kerjasama multipihak; (5) pendanaan; dan (6) mitigasi dampak.
- Bab 5 merinci lembaga atau aktor kunci yang terlibat dalam program penanggulangan HIV dan AIDS beserta kontribusi unik mereka dalam pengembangan kebijakan.
- Bab 6 berisi uraian mengenai integrasi kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS dalam sistem kesehatan Indonesia sebagai topik utama kajian ini.
- Sebagai penutup, Bab 7 menyajikan kesimpulan kajian dan rekomendasi yang diproyeksikan menjadi peta-jalan (*roadmap*) peningkatan efektivitas penanggulangan epidemi HIV dan AIDS di Indonesia.

DINAMIKA EPIDEMIOLOGI DAN RESPONS

PEMAHAMAN yang utuh dan benar tentang situasi epidemi menjadi prasyarat penting bagi perumusan kebijakan yang efektif dan kontekstual. Epidemi HIV dan AIDS, sebagai penyakit yang berdaya sebar tinggi, mengalami dinamika seiring dengan perubahan masyarakat yang dinamis. Konsekuensi logisnya, kebijakan yang menjadi kerangka respons terhadapnya pun ikut berubah. Bab ini menguraikan dinamika epidemiologi HIV dan AIDS di Indonesia, konteks kebijakan yang menyertainya, serta kontestasi pendekatan yang digunakan oleh berbagai program yang ada, dari sejak kali pertama AIDS teridentifikasi pada 1987 hingga 2013. Bab ini juga dilengkapi dengan laporan dari studi lapangan di beberapa daerah.

Sejak pertama kali teridentifikasi pada 1987, perkembangan epidemi HIV dan AIDS sangat dinamis, sejalan dengan perubahan sifat epidemi itu sendiri, sistem kesehatan yang berlaku, serta konteks sistem pemerintahan yang berjalan. Perkembangan aspek teknis dalam surveilans perilaku dan biologis (STPB) dan metode estimasi prevalensi dan populasi kunci turut memengaruhi bagaimana pemerintah dan mitra pembangunan merespons epidemi HIV dan AIDS. Dari sisi teknologi pengobatan dan perawatan, semakin berkembangnya pengobatan dengan antiretroviral (ARV) yang bisa menekan kematian karena HIV dan AIDS, tantangan program untuk menyediakan perawatan dalam jangka panjang atau kronik juga semakin berkembang.

2.1 Situasi Epidemi

Kasus AIDS di Indonesia pertama kali teridentifikasi di Pulau Bali pada tahun 1987—saat itu belum ada tes HIV. Para ahli di bidang ini pun segera mewanti-wanti akan meluasnya epidemi HIV dan AIDS di seluruh wilayah Indonesia. Sebagai dasar

diagnosis, mereka merujuk pada beberapa faktor, seperti luasnya persebaran industri seks komersial, tingginya prevalensi infeksi menular seksual (IMS), kemiskinan, dan tingginya mobilitas penduduk (Kaldor, 1999). Sampai 12 tahun kemudian (1999), peningkatan jumlah kasus belum begitu signifikan, sekalipun keberadaan faktor-faktor tersebut tak bisa dibantah. Sebagian besar faktor-faktor yang diyakini sebagai pendorong sebaliknya justru menjadi penghalang bagi meluasnya epidemi. Kemiskinan justru mengurangi permintaan akan jasa komersial seks, walaupun pada sisi lain juga menaikkan jumlah pekerja seks. Selain itu, meningkatnya jumlah pekerja seks ternyata menyebabkan perputaran pelanggan relatif tidak meningkat.

Merujuk pada data Depkes tahun 2003, sekitar 40.000 WPS menjalani tes HIV setiap tahun antara tahun 1991 dan 1995. Jumlah tersebut hampir seperlima dari total WPS di seluruh negeri. Hasilnya: prevalensi HIV tidak pernah melebihi 0,03%. Data ini membuktikan bahwa sekalipun mobilitas penduduk serta prevalensi IMS tinggi, kalau virus HIV itu sendiri tidak ada, meluasnya virus HIV tidak akan terjadi.

Situasi tersebut berubah drastis di akhir tahun 1990-an, ketika semakin banyak pengguna narkoba suntik (penasun) oleh kalangan anak muda di kota-kota besar. Hasil pemeriksaan pada penasun peserta program rehabilitasi di RSKO Jakarta pada tahun 1997 tidak mencatat adanya kasus HIV. Empat tahun kemudian, satu dari dua penasun di Jakarta telah terinfeksi virus ini.⁵ Penasun telah menjadi kantong utama penyebaran HIV dan AIDS di Indonesia dalam lima tahun terakhir. Jadi, faktor utama pendorong meluasnya epidemi ini bukan besarnya industri seks dan tingginya prevalensi IMS, melainkan masuknya penasun dalam jaringan epidemi ini (FHI, 2002).

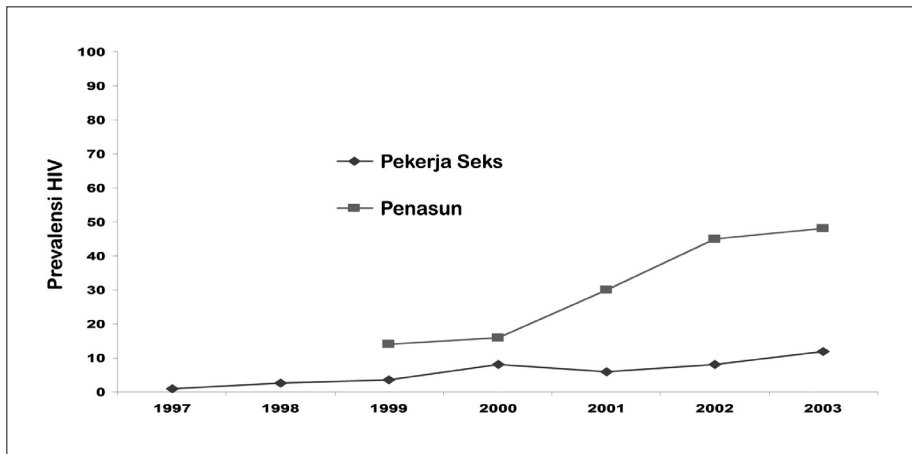
Meskipun demikian, persimpangan antara penggunaan narkoba suntik dan besarnya industri seks perlu diperhatikan. Persimpangan tersebut telah menjadi sebuah “sinergi” terhadap perluasan epidemi HIV dan AIDS di Indonesia. Survei Surveillans Perilaku (SSP) pada kalangan penasun di tiga kota besar di Pulau Jawa tahun 2002 menunjukkan tingginya jumlah penasun yang melakukan seks tanpa pelindung dengan bukan penasun. Sekitar 20%–75% penasun di tahun 2002 melaporkan seks tanpa pelindung dengan pekerja seks; di tahun 2004, hampir satu dari sepuluh penasun juga melaporkan menjual seks. “Sinergi” inilah yang sesungguhnya mempercepat peningkatan prevalensi HIV dan AIDS dalam industri seks. Data dari SSP Surabaya 2004 membuktikan, prevalensi HIV dan AIDS di kalangan pekerja seks lokalisasi di Surabaya naik tiga kali lipat menjadi 3,8% antara 2001 dan 2004; sementara di kalangan pekerja seks jalanan, prevalensi HIV dan AIDS melompat dari 4,4%

⁵ Berdasarkan data yang dilaporkan RSKO dan Yakita tahun 2002. Lihat P. Riono dan S. Jazant (2004). “The Current Situation of the HIV/AIDS Epidemic in Indonesia.” *AIDS Education and Prevention* 16 (Supplement A): 78–90.

menjadi 12,2% hanya dalam waktu dua tahun. Di Jakarta, prevalensi HIV juga naik dari 1,1% di tahun 2000, menjadi 6,4% tiga tahun kemudian. Tanpa masuknya penasun ke dalam industri seks, laju kenaikannya diperkirakan tidak akan secepat itu.

Gambar 1 menunjukkan bukti persimpangan dan sinergi ini. Laju prevalensi HIV dan AIDS di kalangan penasun berbanding lurus dengan prevalensi pekerja seks. Prevalensi di kalangan pekerja seks semakin meningkat ketika faktor penasun masuk ke dalam jaringan seksual (penasun sekaligus pembeli seks atau penjual seks). Berdasar situasi epidemiologis di atas, kita dapat menyimpulkan bahwa tingkat penyebaran HIV dan AIDS ditentukan oleh faktor-faktor sebagai berikut:

1. Proporsi orang yang sudah terinfeksi dalam satu populasi;
2. Besaran/ukuran populasi;
3. Tingkat perilaku berisiko dalam satu populasi (misalnya tingkat pemakaian kondom pada pelanggan pekerja seks, frekuensi kontak seks komersial);
4. Tingkat perilaku berisiko antar satu populasi dengan populasi lainnya (misalnya hubungan seks antara penasun dengan pekerja seks).



(Sumber: BPS & Depkes RI, 2004)

Gambar 1 Peningkatan Prevalensi HIV di Kalangan Penasun Berbanding Lurus dengan Prevalensi Pekerja Seks

Sekalipun prevalensi HIV dan AIDS di kalangan penasun sudah melebihi 50%, berdasarkan estimasi KPAN tahun 2006, laju pertumbuhan infeksi baru pada penasun mulai stagnan. Sedangkan pada kelompok pelanggan WPS, waria, dan WPS, walaupun prevalensinya lebih rendah dari penasun, karena jumlah populasinya lebih banyak, jumlah penderitanya lebih banyak. Dengan data ini KPAN meyakini bahwa dalam dekade ke depan, penularan baru akan didominasi oleh jalur seksual yang menyumbangkan hampir 70% dari penularan baru (KPAN 2007). Mengingat tren epidemi yang demikian, penelitian mengenai perilaku seks yang berisiko terhadap penularan HIV dan AIDS menjadi penting guna memahami situasi epidemi secara

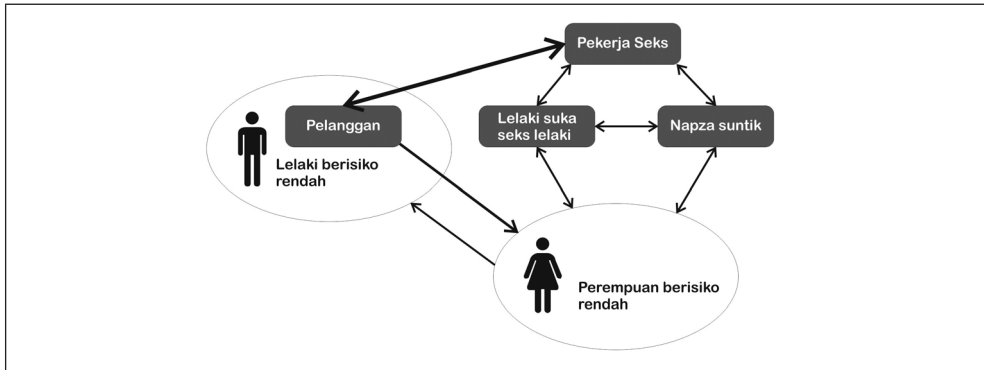
utuh, bagaimana mengupayakan penanggulangan yang efektif serta mengendalikan dampaknya terhadap sektor-sektor lainnya.

Interaksi antara waria (*transvestites*) penjaja seks dan pelanggannya juga tak kalah penting untuk diperhatikan. Sebagian besar pelanggan waria yang melakukan anal seks dengan waria menganggap dirinya heteroseksual. Banyak dari mereka juga menjadi pelanggan WPS. Karena tingginya prevalensi HIV dan AIDS pada waria penjaja seks—yang hampir 25% di sebagian besar kota-kota di Indonesia—laki-laki pelanggan mereka menjadi “jembatan” penularan HIV baik di kalangan waria maupun ke kalangan WPS, bahkan lebih jauh ke masyarakat umum (ke istrinya, misalnya). Di samping itu, meningkatnya industri seks di kalangan pria yang menjual seks ke pria di beberapa kota juga perlu diperhatikan. Separuh dari pekerja seks laki-laki menganggap dirinya heteroseksual dan mempunyai pasangan seks perempuan (FHI 2002). Jaringan seksual yang saling terkait ibarat jalan tol bagi penyebaran HIV untuk sampai kepada masyarakat umum, sebagaimana digambarkan oleh Pandu Riono (2004) pada Gambar 2.

Epidemi HIV dan AIDS berkembang di Papua dengan cara yang agak berbeda. Jumlah penasun di sana cukup rendah bila dibandingkan di kota-kota besar. Faktor utama penyebar epidemi HIV dan AIDS di Papua ialah jaringan seks. Studi antropologi tentang seksualitas orang Papua oleh Leslie Butt et. al (2002) menggambarkan bahwa jaringan seksual di Papua sangat unik dibanding di provinsi lainnya, yaitu meliputi seks sebelum nikah (*premarital*) dan praktik seks antar-generasi. Perilaku-perilaku ini menghasilkan pola penularan HIV dan AIDS yang berbeda, sekaligus sebagai jalur utama penyebaran HIV dan AIDS ke dalam populasi umum. Survei STPB tahun 2006 menunjukkan bahwa epidemi di Papua sudah mencapai populasi umum (*generalized epidemic*), di mana sedikitnya 2,4% populasi dewasa (15–49 tahun) sudah terinfeksi HIV-AIDS.

Perjalanan epidemi HIV dan AIDS di Indonesia dan kaitannya dengan perubahan kemasyarakatan dapat dilihat sebagai berikut: epidemi yang masih terkonsentrasi pada kelompok tertentu (penasun dan pekerja seks, misalnya) telah menemukan lingkungan pendukungnya (structural conditioning) yaitu meluasnya jaringan penularan sehingga mulai mengancam populasi yang lebih luas.

Paparan di atas bisa menjelaskan bahwa perjalanan epidemi HIV dan AIDS di Indonesia dan kaitannya dengan perubahan kemasyarakatan dapat dilihat sebagai berikut: epidemi yang masih terkonsentrasi pada kelompok tertentu (penasun dan pekerja seks, misalnya) telah menemukan lingkungan pendukungnya (*structural conditioning*), yaitu meluasnya jaringan penularan sehingga mulai mengancam populasi lebih luas.



Gambar 2 Mata Rantai Penularan HIV (Riono, 2004)

Interaksi struktural (*structural interaction*) antara struktur populasi berisiko dan struktur sosial kemudian berkembang. Hasilnya ialah suatu struktur dan tugas baru (*emergent structure and task*) yang mungkin tetap dalam struktur lama sekaligus menuntut perubahan atau perluasan struktural (*structural elaboration*). Sebagai contoh, sebagian besar dari penasun yang terinfeksi merupakan agen yang aktif secara seksual. Mereka menjadi katalisator yang kuat untuk perluasan virus ke dalam kelompok yang lain, yakni pasangan seksualnya, baik pekerja seks maupun ibu rumah tangga.

Selain karakteristik individu, faktor-faktor di luar individu juga turut menentukan tinggi atau rendahnya daya jangkau penularan HIV dan AIDS, seperti dukungan layanan lembaga-lembaga di seputar industri seks.

2.2 Respons Terhadap Epidemi dari Masa ke Masa

Bagian ini membahas bagaimana epidemi HIV dan AIDS dikenali dan ditanggulangi oleh pemerintah dan lembaga non-pemerintah di Indonesia sejak awal 1990-an sampai 2007. Pembahasan ini merinci perkembangan epidemi HIV dan AIDS di Indonesia ke dalam tiga periode: 1987–1996 sebagai periode di mana relasi seks menjadi faktor utama penularan HIV dan AIDS; 1997–2006 merupakan periode faktor utama penularan HIV dan AIDS melalui penggunaan jarum suntik; dan 2007–sekarang merupakan periode kembalinya jalur seks sebagai faktor utama penularan.

2.2.1 Periode 1987–1996

Rujukan mengenai epidemi HIV dan AIDS pada tahun-tahun awal periode ini ialah laporan kasus HIV dan AIDS sampai akhir tahun 1996 di mana jumlah kasus positif HIV mencapai 381 dan 154 kasus AIDS. Angka ini belum bisa menggambarkan secara meyakinkan besarnya epidemi HIV dan AIDS di Indonesia karena belum ada data mengenai perilaku berisiko, estimasi populasi kunci, dan prevalensinya. Data yang dipakai adalah profil orang dengan HIV, yaitu pada 82,9% pada kelompok usia produktif (15–49 tahun), melalui hubungan seksual berisiko (95,7%), yang terbagi dari heteroseksual 62,6% dan pria homoseksual/biseksual 33,1% (Stranas 1994).

Laporan dari Ditjen PP dan PL Depkes sampai Desember 1996 mengungkapkan bahwa kumulatif kasus HIV sebesar 232 dan 107 kasus AIDS. Jika dilihat dari kelompok umur, kasus HIV dan AIDS terbanyak pada kelompok usia 20–29 tahun, dengan faktor risiko utama berasal dari populasi biseksual. Perincian faktor risiko HIV dan AIDS sampai Desember 1996 dan jumlah kasus dari tahun 1987 sampai 1996 terlihat dalam Tabel 1 dan 2.

Tabel 1 Jumlah Kumulatif Kasus HIV dan AIDS menurut Faktor Risiko sampai Desember 1996

Faktor Risiko/ <i>Mode of Transmission</i>	HIV	AIDS	Jumlah/Total
Homo-Biseksual/ <i>Homo-Bisexual</i>	278	48	326
Heteroseksual/ <i>Heterosexual</i>	34	51	85
IDU/ Penasun	2	3	5
Transfusi Darah/ <i>Blood Transfusion</i>	0	2	2
Hemofilia/ <i>Hemophiliac</i>	1	1	2
Transmisi Perinatal/ <i>Perinatal Trans</i>	1	0	1
Tidak Diketahui	66	14	80

(Sumber: Dirjen PP dan PL, Depkes RI)

Pada awal periode ini, Depkes RI, melalui data sero survei HIV dan AIDS terhadap WPS, mengungkapkan bahwa prevalensi HIV dan AIDS masih rendah, yaitu di bawah 1%. Epidemi HIV dan AIDS masih dinilai belum berpengaruh signifikan, sehingga respons yang diberikan pun masih minimal dan normatif.

Tabel 2 ODHA di Indonesia 1987–1996

Tahun	Jumlah Pengidap HIV	Jumlah Kasus AIDS	Jumlah/ Total
1987	4	2	6
1988	5	2	7
1989	4	3	7
1990	4	5	9
1991	6	12	18
1992	18	10	28
1993	96	17	113
1994	71	16	77
1995	69	20	89
1996	105	32	137

(Sumber: Dirjen PP dan PL, Depkes RI)

Sebagaimana dijelaskan di awal Bab 1, kasus AIDS telah mengemuka —meskipun masih menjadi perdebatan— sejak awal 1980-an. Baru pada tahun 1986, Depkes RI membentuk Kelompok Kerja AIDS yang diketuai Kepala Badan Litbangkes. Setelah pemerintah secara resmi mengumumkan ditemukannya kasus AIDS pada 1987, pemerintah membentuk Panitia AIDS Nasional yang diketuai oleh Dirjen Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. Respons ini masih melihat AIDS sebagai sebuah permasalahan kesehatan semata.

Ketika epidemi semakin meluas, di mana dampaknya terbukti merambah bukan hanya isu kesehatan, dibentuklah KPA sebagai lembaga koordinasi penanggulangan AIDS melalui Keppres Nomor 36/1994. Bisa dibilang, inilah respons kelembagaan sekaligus pengakuan pertama bahwa AIDS merupakan permasalahan kesehatan dan sosial sehingga perlu menjadi perhatian berbagai sektor pemerintahan.

Sebagian besar program penanggulangan HIV dan AIDS yang berlangsung selama periode ini berfokus pada penyadaran akan keberadaan HIV dan AIDS di Indonesia. Program-program yang diselenggarakan berupa edukasi yang bertujuan menyampaikan pesan kunci bahwa HIV dan AIDS merupakan ancaman nyata, dan bahwa HIV dan AIDS menular terutama melalui seks takaman. Publik merespons dengan kemunculan berbagai organisasi masyarakat sipil yang bekerja untuk populasi kunci. Program-program mereka berupa diseminasi informasi dan layanan klinik IMS yang menjangkau populasi kunci.

Meskipun demikian, catatan penting yang perlu digarisbawahi dari periode ini ialah masih kuatnya stigma dan konsepsi yang keliru terhadap HIV dan AIDS.

2.2.2 Periode 1997–2007

Periode ini ditandai dengan dibangunnya sistem surveilans perilaku dan HIV-AIDS di Indonesia yang kemudian menjadi rujukan pokok dalam menilai situasi epidemi HIV-AIDS di Indonesia —dimulai sejak 1996. Ketika data tentang prevalensi pada penasun dari Yayasan Yakita, Bogor, RSKO Jakarta, dan Program Aksi Stop AIDS dari FHI dipublikasikan, publik mulai menyadari pentingnya perhatian pada modus penularan melalui jarum suntik, terlebih dengan tingginya angka berbagi jarum di kalangan penasun (90%). Data dari program IHPCP/AusAID di tahun 2004 (Suresh Narayanan, 2004) menyebutkan bahwa industri narkoba di Indonesia semakin berkembang baik dari sisi permintaan maupun penawaran. IHPCP juga melaporkan bahwa produksi narkoba semakin meningkat, bisnis narkoba terbesar kedua di dunia sesudah bisnis senjata (US\$ 500 miliar/tahun). Jenis narkoba juga semakin beragam dari tahun ke tahun, beriringan dengan semakin meningkatnya jumlah pengguna.

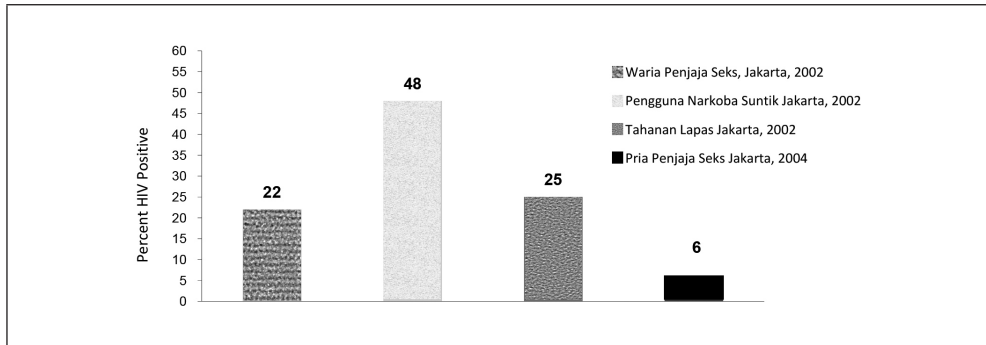
Surveilans di kalangan narapidana juga mulai menjadi dasar perhatian terhadap penularan di dalam penjara. Peran layanan konseling dan tes HIV/AIDS semakin dirasa penting dalam periode ini ketika prevalensi sudah tinggi. Tetapi, layanan pengobatan bisa dibilang masih rendah. Dari sisi kelembagaan, fungsi koordinasi KPA hasil Perpres Nomor 36/1994 dinilai belum optimal, sehingga muncul sebuah kesepakatan politik penting pada tahun 2004, yaitu Komitmen Sentani yang melihat bahwa diperlukan revitalisasi berbagai upaya penanggulangan HIV dan AIDS dari tingkat nasional hingga daerah. Dalam periode ini, data mengenai prevalensi di kalangan LSL juga ditemukan, sehingga kelompok LSL kemudian menjadi salah satu populasi kunci.

Sejak awal 2000-an, prevalensi populasi kunci semakin meningkat, lebih dari 5%, sehingga Indonesia digolongkan sebagai wilayah dengan tingkatan epidemi terkonsentrasi (*concentrated epidemic*). Survei STPB tahun 2007 menunjukkan prevalensi pada populasi kunci sebagai berikut: WPS langsung 10,4%; WPS tidak langsung 4,6%; waria 24,4%; pelanggan WPS 0,8%; LSL 5,2%; penasun 52,4%.

Pada tahun 2006, para ahli memperkirakan lebih dari 110.000 orang telah tertular HIV dan AIDS (Depkes RI, 2006). Data Surveilans Nasional HIV dan AIDS melaporkan penularan terus meningkat. Sampai akhir tahun 2006, prevalensi tertinggi pada penularan seks komersial sebesar 22,8% di Sorong. Sementara itu, penularan akibat penggunaan alat suntik taksteril lebih dari 50% di Pusat Rehabilitasi

Napza RSKO Jakarta, dan 68% pada penghuni Lembaga Pemasyarakatan Bekasi.

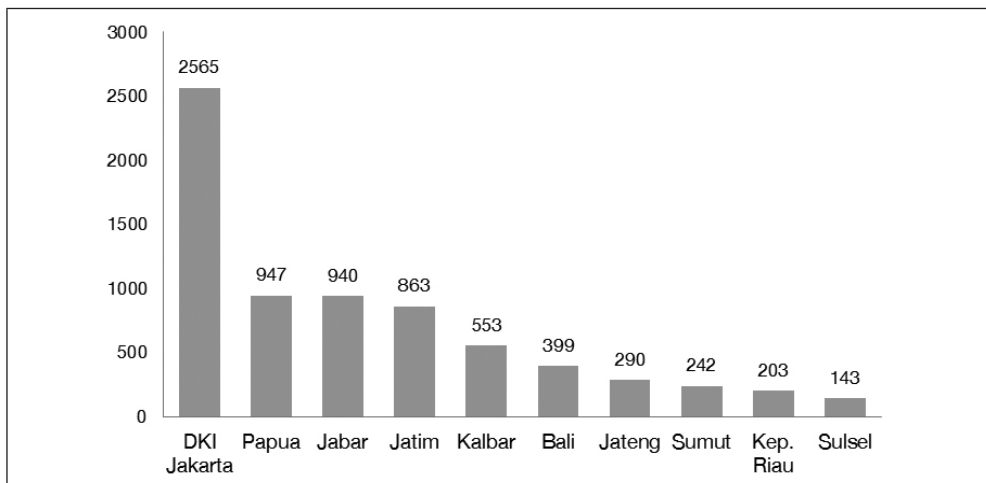
Epidemi HIV dan AIDS sudah meluas ke seluruh wilayah Indonesia pada periode ini. Pada akhir tahun 2000 hanya 16 provinsi yang melaporkan kasus AIDS, akhir 2003 meningkat menjadi 25 provinsi, kemudian tahun 2006 ada 32 provinsi dan 186 kota/kabupaten yang melaporkan kasus AIDS (Depkes dan BPS, 2007). Kasus AIDS terbanyak secara berurutan di DKI Jakarta, Jawa Barat, Papua, Jawa Timur, Bali, Kalimantan Barat, Sumatera Utara, Jawa Tengah, Kepulauan Riau, dan Riau. Gambar 3 menunjukkan prevalensi HIV dan AIDS di berbagai populasi berisiko di Indonesia.



(Sumber: Depkes RI, 2004)

Gambar 3 Prevalensi HIV dan AIDS Berbagai Populasi di Indonesia 2002 dan 2004

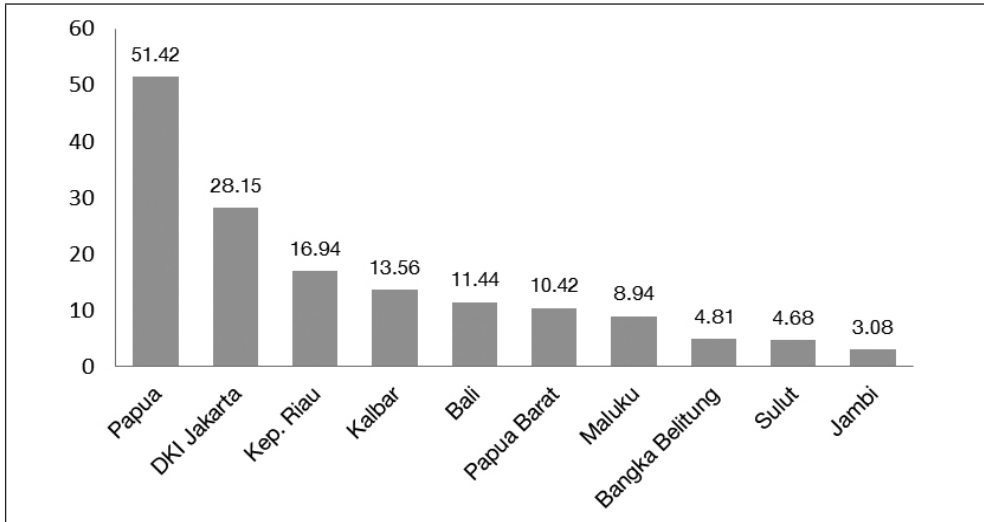
Selama sepuluh tahun antara 1996–2006, jumlah kumulatif ODHA yang dilaporkan hampir mencapai seratus kali lipat, yaitu 13.424 kasus pada akhir Desember 2006. Dari jumlah itu, 3.492 orang meninggal. Gambar 4 menggambarkan 10 provinsi dengan kasus HIV dan AIDS terbanyak.



(Sumber: Depkes RI, 2006)

Gambar 4 Sepuluh Provinsi dengan Kasus HIV dan AIDS Terbanyak (Desember 2006)

Jika dilihat dari distribusi prevalensi kasus HIV dan AIDS per 100.000 penduduk, data “Situasi HIV/AIDS di Indonesia tahun 1987–2006” dari Pusat Data dan Informasi Depkes RI tahun 2006 menyebut Provinsi Papua menempati urutan pertama diikuti dengan DKI Jakarta.



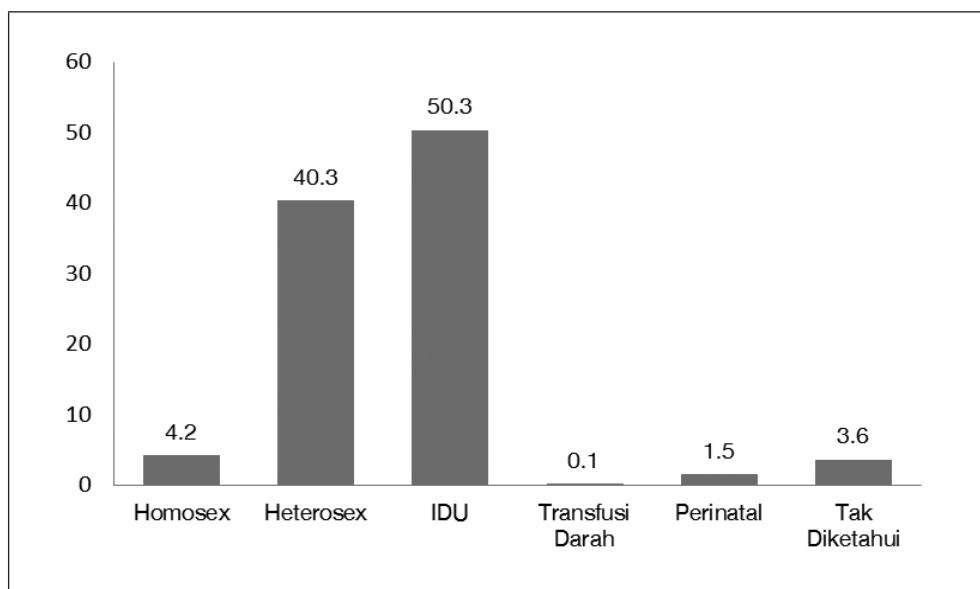
(Sumber: Depkes RI, 2006)

Gambar 5 Prevalensi Kasus HIV/AIDS Per 100.000 Penduduk Berdasarkan Provinsi di Indonesia sampai Tahun 2006

Dilihat dari segi beberapa kelompok populasi berdasarkan usia, proporsi kasus HIV dan AIDS terbanyak dialami kelompok usia 20–29 tahun, yaitu sebanyak 54,76%; disusul kelompok usia 30–39 tahun sebanyak 27,17%; dan kelompok usia 40–49 tahun sebanyak 7,90%. Dengan demikian, sebagian besar kasus HIV dan AIDS terjadi pada kelompok usia produktif, yaitu 20–49 tahun. Jumlahnya mencapai 7.369 kasus atau 89,93%.

Selain itu, kasus HIV dan AIDS juga terjadi pada bayi dan anak (usia kurang dari 15 tahun). Hal ini menunjukkan bahwa penularan melalui ibu atau transfusi darah/komponen darah (misalnya pada penderita hemofilia) juga terjadi. Dari sini bisa disimpulkan bahwa layanan kesehatan yang komprehensif untuk ibu dengan HIV dan AIDS belum sepenuhnya siap.

Dilihat menurut cara penularannya, kasus HIV dan AIDS sampai akhir 2006 dilaporkan Depkes RI paling banyak terjadi melalui penggunaan narkoba suntik, disusul penularan melalui hubungan heteroseksual. Keempat cara penularan lainnya ialah melalui hubungan homoseksual, transfusi darah, transmisi perinatal, dan penularan lain yang tidak diketahui.



(Sumber: Depkes RI, 2006)

Gambar 6 Persentase Kumulatif Kasus HIV dan AIDS di Indonesia Berdasarkan Cara Penularan sampai dengan 31 Desember 2006

Sampai awal 1990-an, pola penularan HIV dan AIDS di kalangan penasun belum menjadi perhatian, meskipun data di beberapa negara menunjukkan bahwa penggunaan jarum suntik taksteril dan pola pemakaian jarum suntik secara bergantian meningkatkan penularan HIV dan AIDS. Kasus HIV dan AIDS di kalangan penasun di Indonesia dilaporkan pertama kali pada tahun 1997. Semenjak itu, tren kasus HIV dan AIDS pada kelompok penasun cenderung meningkat—meningkat tajam selama 2003–2006. Terdapat sedikitnya tiga mazhab dalam penanggulangan HIV dan AIDS di kalangan penasun dalam periode ini. Mazhab *pertama* dipelopori oleh Yakita Bogor dengan pendekatan rehabilitasi dan edukasi. *Kedua*, IHPCP dengan dua belas intervensi⁶ dalam *Harm Reduction*⁷ yang berfokus pada distribusi jarum dan alat suntik (NSP), serta terapi metadon. *Ketiga*, model *Indigenous Leader Outreach Model* (ILOM) yang dipelopori oleh Aksi Stop AIDS FHI (Wayne Wiebel, Alfred Pach, Ignatius Praptoraharjo, Octavery Kamil) yang mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

- Kombinasi antara epidemiologi dan etnografi;
- *Outreach* sebagai platform untuk layanan/intervensi;
- Pelibatan kelompok sasaran;

⁶ Dua belas jenis intervensi antara lain NSP, pembuangan alat suntik, *peer educator*, kesehatan dasar, perawatan dan pengobatan ODHA, substitusi oral, terapi narkoba, VCT, pencegahan infeksi, *outreach* dan komunikasi, informasi, edukasi (KIE). Model yang diterapkan adalah *outreach* oleh LSM, *Mobile Unit* oleh LSM dan Puskesmas, *Shop Front* oleh LSM dan Puskesmas, dan melalui apotek.

⁷ Pesan utama *Harm Reduction* atau pengurangan dampak buruk ialah: “Berhenti memakai narkoba. Bila Anda perlu memakai, dirokok, jangan disuntik. Bila Anda perlu menyuntik, pergunakan jarum suntik milik Anda sendiri. Bila Anda perlu berbagi jarum suntik, bersihkanlah jarum suntik tersebut.”

- Fokus pada perubahan perilaku dan norma sosial terkait praktik berisiko.

Tujuan dari model ini pertama-tama untuk mengidentifikasi dan mendapat akses ke kelompok penasin, meningkatkan kesadaran akan HIV dan AIDS, promosi strategi pengurangan risiko, mendorong penerapan cara pengurangan risiko yang berkelanjutan, penyebarluasan informasi seputar dampak, dan advokasi. Berikut ini ilustrasi praktik penerapan ILOM oleh LSM⁸:

- Masuk dalam lingkungan tongkrongan penasin.
- Memberikan informasi tentang HIV dan AIDS dan napza, pencegahan dan penularan (sambil berdiskusi, atau sambil lalu dan menitipkan media, bila kelompok dalam keadaan “tidak sadar”).
- Distribusi KIE dan material pencegahan, alkohol *swab*, paket sterilisasi, kondom (*sexual active*).
- Melakukan *Individual Risk Assessment* (IRA) dan *Group Risk Assessment* (GRA) untuk perubahan perilaku serta memberikan alternatif.
- Mendukung perubahan perilaku secara terus-menerus.
- Mengajak tes darah (*Voluntary Counseling and Testing-VCT*) gratis di kios, untuk mengetahui risiko kelompok dampingan terhadap HIV dan AIDS.
- Mempromosikan kegiatan yang diselenggarakan oleh LSM (pemeriksaan medis dan obat gratis, *peer support group*, *vocational training*).
- Melibatkan kelompok dampingan dan masyarakat dalam advokasi pencegahan HIV dan AIDS.

2.2.3 Periode 2007–2013

Laporan global epidemi AIDS (*Global Report of AIDS Epidemic*) yang dilansir UNAIDS pada tahun 2008 menyebut epidemi AIDS di Indonesia sebagai salah satu yang paling cepat berkembang di Asia. Pada tahun 2009 diperkirakan jumlah ODHA meningkat menjadi 333.200 orang, yang mana 25% di antaranya ialah perempuan. Angka ini menunjukkan feminisasi epidemi HIV dan AIDS di Indonesia. Dari 11.856 kasus yang dilaporkan pada tahun 2009, 6.962 di antaranya berusia produktif (kurang dari 30 tahun), termasuk 55 bayi di bawah 1 tahun.

Kemenkes memperkirakan, tanpa meningkatkan upaya pencegahan, pengobatan, perawatan, dan dukungan dari masing-masing daerah, jumlah ODHA diperkirakan naik dari 227.700 di tahun 2008 menjadi 501.400 pada 2014.⁹ Dalam periode ini, kasus HIV dan AIDS sudah tersebar di seluruh provinsi (33) dan 348 kabupaten/

⁸ Salah satu program yang menerapkan ILOM ialah Program Penjangkauan IDU yang Terintegrasi dan Komprehensif di 27 Kelurahan, Jakarta. Program diselenggarakan oleh Kios Informasi Kesehatan PKPM Unika Atmajaya pada tahun 2005, dengan koordinator lapangan Lamganda Sihombing.

⁹ Sudah direvisi dalam estimasi Kemenkes 2012 menjadi 590.000

kota atau hampir 80% dari total kabupaten/kota di Indonesia. Laporan Kemenkes (Gambar 7) menunjukkan bahwa dari 2007 sampai September 2013, kumulatif kasus HIV mencapai 118.787 dan kasus AIDS sejumlah 45.650. Jumlah infeksi HIV tertinggi yaitu di DKI Jakarta (27.207), Jawa Timur (15.233), Jawa Barat (9.267), dan Bali (7.922). Sedangkan jumlah AIDS terbanyak dilaporkan di Papua (7.795), Jawa Timur (7.714), DKI Jakarta (6.299), Jawa Barat (1.699), dan Sulawesi Selatan (1.660).

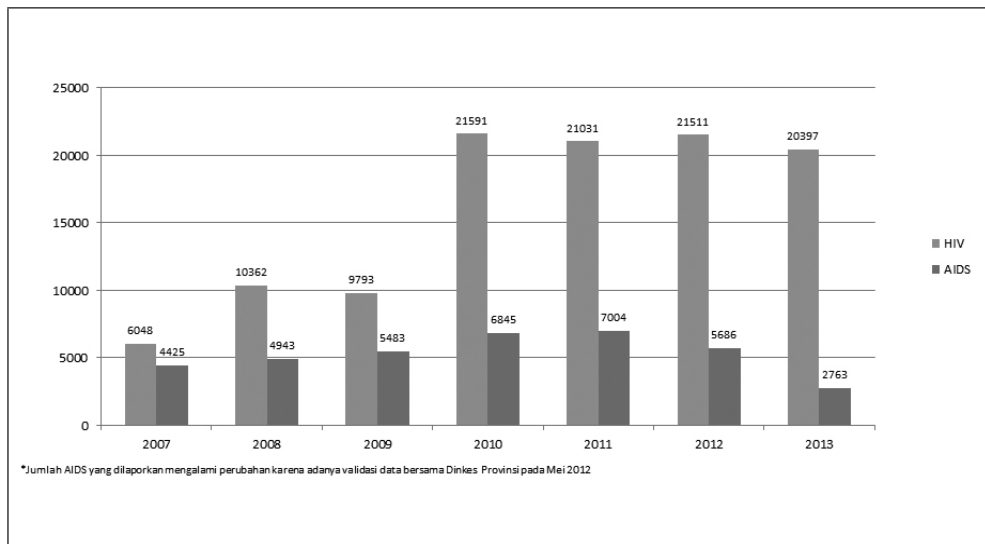
Dalam SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2010–2014, KPAN menyebutkan bahwa kasus HIV dan AIDS telah dilaporkan oleh lebih dari 200 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia. Pada tahun 2009, epidemi HIV dan AIDS di sebagian besar provinsi masih terkonsentrasi pada populasi kunci, dengan prevalensi lebih dari 5%—kecuali di Provinsi Papua dan Papua Barat yang sudah memasuki masyarakat umum (*generalized*) dengan prevalensi berkisar 1,36%–2,41%.¹⁰

Hasil STBP tahun 2011 menunjukkan bahwa prevalensi HIV dan AIDS tertinggi terdapat di kelompok penasun (36%), lalu diikuti kelompok waria, WPSL, LSL, narapidana, WPSTL, dan pria risti. Pola tersebut hampir sama dengan hasil STBP tahun 2007. Dibandingkan dengan tahun 2007, prevalensi HIV dan AIDS di WPSL, WPSTL, pria risti, dan waria tidak mengalami perubahan. Peningkatan cukup signifikan terjadi di kelompok LSL, yaitu meningkat 2–3 kali lipat. Sementara itu, prevalensi pada kelompok penasun mengalami penurunan sebesar 10% (di Jakarta) sampai dengan 20% (di Medan).¹¹ STBP 2011 juga mengukur prevalensi IMS yang meliputi sifilis, klamidia, dan gonore. Prevalensi sifilis tertinggi terjadi pada kelompok waria (25%). Dibandingkan tahun 2007, prevalensi sifilis mengalami penurunan pada kelompok WPSL dan WPSTL (4–8 kali lipat), kelompok waria 20%, dan pria risiko tinggi 3%. Penurunan tersebut terutama terjadi di lokasi-lokasi yang mendapatkan program Pengobatan Presumtif Berkala (PPB). Hal yang berbeda terjadi pada kelompok LSL, di mana prevalensi sifilis meningkat 2–5 kali dibanding tahun 2007.¹²

¹⁰ BPS, Kemenkes, KPAN (2006). “Perilaku berisiko dan prevalensi HIV-AIDS di Papua.” Hasil Surveilans Terpadu HIV-AIDS dan Perilaku tahun 2006 di Papua.

¹¹ Penurunan ini masih menjadi perdebatan di kalangan para ahli, terkait metode pengambilan sampel dan perkiraan mengenai turunya jumlah populasi penasun. Lihat Praptorahajo et. al (2013).

¹² STBP tahun 2011. “Lembar Fakta Ringkasan Eksekutif” Survei ini diselenggarakan atas kerjasama Kemenkes, Kemenkumham, Dinkes Provinsi Terpilih, KPA Nasional, KPA Kabupaten/Kota, GFATM, SUM (FHI dan USAID), Word Bank, CHAI.



(Sumber: Kemenkes RI, 2013)

Gambar 7 Jumlah HIV dan AIDS yang Dilaporkan sampai September 2013

Adapun faktor risiko penularan mayoritas melalui heteroseksual (60,9%), penasun (14,4 %), perinatal (17,4%), dan homoseksual (2,8%). Angka kematian akibat AIDS hingga September 2013 sebesar 0,85%, menunjukkan semakin banyaknya ODHA yang mendapat layanan ARV.

Menurut hasil STBP tahun 2011, dibandingkan tahun 2007 di daerah yang sama, proporsi kelompok sasaran selain penasun cenderung tetap. Hal tersebut harus mendapatkan perhatian karena napza suntik dapat menjadi media penularan HIV dan AIDS yang efektif, bahkan melipatgandakan risiko tertular HIV dan AIDS pada kelompok risiko tinggi di luar penasun. Proporsi berbagi jarum tertinggi terdapat di Jakarta (27%) dan terendah di Medan (7%). Perilaku berbagi jarum sangat dipengaruhi oleh sistem logistik distribusi jarum dan alat suntik serta tingkat integrasinya dengan layanan kesehatan dasar (Praptoraharjo et. al, 2013). Merujuk pada data tahun 2004, 2007, dan 2011 di kota yang sama, proporsi penasun yang berbagi jarum cenderung turun.

Adapun perhatian respons, dalam periode ini, berfokus pada kelompok pekerja seks dan pelanggannya. Ini didasarkan pada jumlah ODHA dan populasi kunci yang rawan tertular melalui jalur seksual jauh lebih besar dibanding penasun, meskipun prevalensi HIV dan AIDS pada penasun masih tertinggi. Selain itu, fokus pada kelompok pekerja seks juga merujuk pada kesadaran bahwa keterkaitan satu sub-populasi dengan yang lainnya sangat erat, misalnya antara penularan melalui jarum dan seks takaman (penasun melakukan seks takaman di satu sisi, sementara pekerja

seks/pelanggannya juga penasun di sisi lainnya).

Pentingnya kepaduan kepengurusan (*continuum of care*) sudah dirasakan dalam periode melalui keluarnya beberapa kebijakan terkait layanan terpadu IMS, tes HIV, NSP, metadon, ART, serta kerjasama LSM dan puskesmas. Tetapi, dalam pelaksanaannya, variasi *continuum of care* dari satu wilayah dengan wilayah lain sangat beragam, terutama dalam layanan NSP, metadon, dan ARV, karena tafsiran terhadap peraturan di masing-masing wilayah berbeda.¹³

Ketersediaan layanan juga meningkat dalam periode ini. Hingga September 2013, dilaporkan tersedia 889 layanan VCT, 330 PDP yang terdiri atas 266 rumah sakit rujukan dan 114 layanan satelit. Layanan Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) berjumlah 85 yang tersebar di beberapa provinsi. Layanan klinik IMS dilaporkan sebanyak 866 tempat, sementara layanan PPIA sebanyak 144. Selain itu, sebanyak 9 lapas dan rutan dilaporkan telah menyediakan program penanggulangan HIV dan AIDS melalui layanan PTRM, sementara kegiatan rujukan HIV dan AIDS telah dilakkan oleh 127 lapas dan rutan.

ODHA yang mendapatkan pengobatan ART sampai September 2013 berjumlah 36.483. Regimen yang dipakai mayoritas adalah Lini 1 (96,42%) dan Lini 2 (3,19%) Persentase kumulatif ODHA yang dilaporkan sampai September 2013 yakni 55,7% laki-laki, 29,2% perempuan, dan 15,1% tidak terdapat data terpilah secara gender. Dilihat dari kecenderungan peningkatan ODHA berdasarkan jenis kelamin, jumlah ODHA perempuan cenderung meningkat saban tahun.¹⁴

Dari sisi kelembagaan, kebutuhan untuk revitalisasi peran KPAN juga didorong oleh adanya program dari GFATM. Perpres Nomor 75/2006 tentang KPAN telah merivisi Keppres Nomor 36/1994. Revisi ini menguatkan peran kelembagaan KPAN. Penguatan ini disusul dengan penyusunan Stranas Penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2007–2010 yang lebih jelas mendefinisikan upaya-upaya penanggulangan secara komprehensif berdasarkan pada kecenderungan epidemi yang terjadi serta disesuaikan dengan konteks desentralisasi.

2.3 Epidemi di Lima Daerah

Kajian ini, selain mengandalkan studi dokumen, juga dilengkapi dengan laporan studi lapangan. Studi lapangan mengandalkan teknik wawancara dan diskusi kelompok terarah. Studi lapangan dilakukan lima daerah. Daerah-daerah ini menempati posisi atas dalam tingkat epidemi HIV dan AIDS.

¹³ Praptoraharjo et. al (2013). "Indonesia NSP Review". UNODC Indonesia.

¹⁴ Ditjen PP dan PL Kemenkes (2013). "Laporan Perkembangan HIV-AIDS Triwulan III Tahun 2013."

Sejak Kasus AIDS pertama kali dilaporkan tahun 1987 di RS Sanglah Bali, berbagai daerah mulai melaporkan kasus AIDS. Kasus AIDS pertama di Sumatera Utara ditemukan di RS Pringadi Medan, tahun 1992.

Pada tahun 1989, dua kasus AIDS ditemukan di RS Dokter Soetomo, Surabaya, Jawa Timur. Kasus AIDS pertama kali di Sulawesi Selatan dilaporkan tahun 1996, sementara di Papua tahun 1992, tepatnya di Merauke.

Prevalensi tertinggi kasus AIDS di wilayah kunjungan hingga Desember 2013 berturut-turut Papua 375,03%, Bali 102,42%, Jatim 23,28%, Sulawesi Selatan 21,20%, dan Sumatera Utara 10,02%. Sedangkan prevalensi AIDS secara nasional ialah 22,03%. (Ditjen. P2M dan PL, Kemenkes. 2013)

2.3.1 Sumatera Utara

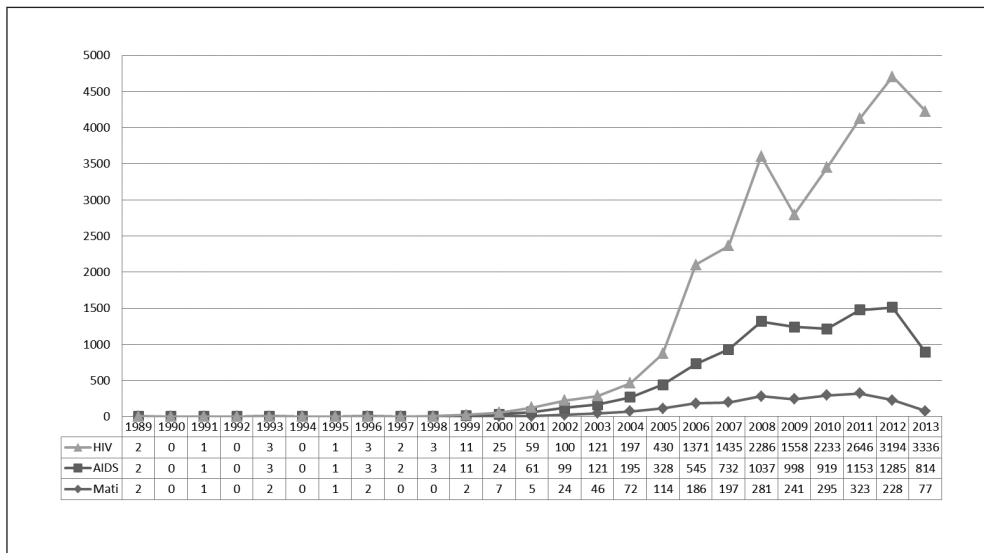
Kasus HIV di Sumatera Utara ditemukan pertama kali pada WPS di RS Pirngadi Medan pada tahun 1992. Sementara kasus AIDS ditemukan pada Anak Buah Kapal (ABK) pada tahun 1994. Salah satu respons yang dilakukan pada tahun 1997 ialah pembentukan tim HIV dan AIDS di RSUP Adam Malik Medan. Tetapi tim ini tidak efektif berjalan. Stigma dan diskriminasi oleh petugas kesehatan, sebagaimana dilaporkan oleh LSM, masih tinggi saat itu. Sebagai kelanjutan pembentukan panitia AIDS di RSUP Adam Malik, pada April 2001 diterbitkan Surat Keputusan Pembentukan Pusat Pelayanan Khusus (Posyansus) di RSUP Adam Malik Medan. ARV generik mulai dikenalkan pada tahun 2002.

Merujuk pada data Dinkes Kota Medan, sejak Januari 2006 sampai Desember 2013, kasus HIV dan AIDS di Kota Medan mencapai 3.410—2198 kasus pada kelompok heteroseksual, 958 kasus pada penasun. Saat ini, kasus HIV dan AIDS di Sumatera Utara sudah mencapai 6.340—2.198 kasus HIV dan 4.241 kasus AIDS.

2.3.2 Jawa Timur

Kasus AIDS pertama kali dilaporkan di Jawa Timur pada tahun 1989, yakni 2 kasus di RS Dr. Soetomo. Tahun 1990 tidak ada laporan tambahan, kemudian tahun 1991 ada tambahan 1 kasus. Pada awalnya kasus AIDS diketahui karena infeksi *opportunistic* (IO) yang sudah stadium lanjut. Lembaga yang merespons pertama kasus ini ialah RS Dr. Soetomo. Berdasarkan data Dinkes Provinsi Jawa Timur, estimasi ODHA di Jawa Timur mencapai 57.321 orang, dengan kasus HIV mencapai 19.017 (33,2% dari angka estimasi). Sejak tahun 2003 Jawa Timur telah ditetapkan sebagai daerah epidemi terkonsentrasi, dengan jumlah kasus AIDS menduduki peringkat ke-2 setelah Papua (Juni 2013).

Faktor penularan utama melalui heteroseksual (72,68%) dan penasin (18,44%). Dilihat dari jenis kelamin, 1 dari 3 ODHA ialah perempuan (35,46%). Hal yang menarik dari data yang dilaporkan KPA Provinsi Jawa Timur ialah sebanyak 1.268 kasus terjadi pada kalangan ibu rumah tangga, jauh melebihi kasus pada WPS yang berjumlah 568 kasus (6,8%).¹⁵ Sementara ibu hamil yang terinfeksi HIV sebanyak 627 orang, sebanyak 442 orang mengakses ART. Bayi yang dilahirkan dari ibu dengan HIV positif sebanyak 454. Dari 65 bayi yang lahir dari ibu dengan HIV positif, 32 bayi dinyatakan positif. Gambar 8 menunjukkan kasus HIV, AIDS dan kematian karenanya di Jawa Timur.



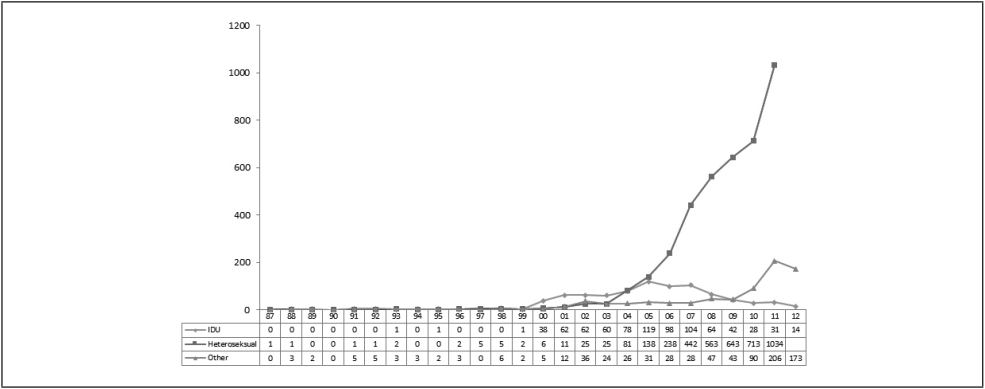
(Sumber: KPA Provinsi Jawa Timur, 2013)

Gambar 8 Jumlah Kasus HIV, AIDS, dan Kematian Akibat HIV-AIDS di Jawa Timur

2.3.3 Bali

Bali merupakan daerah di mana kasus AIDS pertama kali ditemukan di Indonesia pada tahun 1987. Kasus ditemukan di RS Sanglah, Denpasar, Bali. Pasien yang teridentifikasi AIDS tersebut berasal dari Belanda dan tinggal di Candi Dasa. Ia dilaporkan sebagai seorang homoseksual.

¹⁵ Tanpa keterangan adanya kemungkinan WPS melaporkan diri sebagai ibu rumah tangga karena sulit untuk mengaku sebagai WPS dalam isian formulir.



(Sumber: KPA Provinsi Bali, 2013)

Gambar 9 Tren Jumlah Kasus Kumulatif HIV dan AIDS yang Dilaporkan ke Dinkes Provinsi Bali Berdasarkan Faktor Risiko Penularan Tahun 1987–2012

Pola epidemi HIV dan AIDS di Bali mengalami perubahan. Awalnya ditemukan pada homoseksual, kemudian di tahun 2000 epidemi HIV dan AIDS meningkat pada kelompok penasin. Kecenderungan sekarang ini, terjadi peningkatan epidemi pada kelompok heteroseksual. Kasus HIV dan AIDS di Bali kini juga ditemukan pada kelompok perempuan dan ibu hamil.

Kasus HIV dan AIDS di Bali yang dilaporkan hingga Juli 2013 mencapai 8.003 kasus, 4.230 HIV dan 3.773 AIDS. Dari data-data yang ada, diketahui bahwa HIV dan AIDS ditemukan juga pada ibu rumah tangga, bayi, dan anak-anak. Sumber data yang dirujuk untuk melihat situasi epidemi HIV dan AIDS tersebut berasal dari fasilitas layanan secara pasif dan hasil sero survei yang dilakukan pada kelompok-kelompok yang diduga berisiko tinggi serta ibu hamil sebagai indikator epidemi pada populasi umum (KPA Provinsi Bali, 2013).

Daerah-daerah yang memiliki jumlah ODHA kategori tinggi secara berturut-turut Denpasar, Buleleng, Badung, Gianyar, dan Tabanan. Jarak antara satu kabupaten dengan kabupaten lainnya di Provinsi Bali tidak terlalu jauh, contohnya antara wilayah Kota Denpasar dengan Kabupaten Badung dapat ditempuh dengan perjalanan darat mempergunakan mobil atau motor selama kurang lebih 45 menit. Demikian juga antara Denpasar dengan Kabupaten Gianyar. Dengan kemudahan akses tersebut, mobilitas penduduk atau pelanggan dari satu wilayah ke wilayah lain cukup tinggi. Beberapa faktor lain yang berkaitan ialah konsentrasi sebaran penduduk, sebaran populasi berisiko tinggi, dan sebaran pusat-pusat hiburan (KPA Provinsi Bali, 2013).

2.3.4 Sulawesi Selatan

Kasus HIV pertama yang menjadi perhatian masyarakat Sulawesi Selatan terjadi pada tahun 1996. Pada saat itu muncul pemberitaan di media massa bahwa terdapat 3 pasangan calon pengantin yang berstatus positif HIV. Ketiga calon mempelai perempuan merupakan mantan WPS yang terjaring operasi penyakit masyarakat oleh Satpol PP Sulawesi Selatan. Ketiganya kemudian menghuni tempat rehabilitasi sosial Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) milik Provinsi Sulawesi Selatan.

Meskipun KPA Provinsi Sulawesi Selatan telah terbentuk pada tahun 1994, belum ada respons penanggulangan HIV dan AIDS yang signifikan setelah publikasi kasus tersebut. Sekitar tahun 1991–1992 telah terbentuk kelompok relawan yang mulai melakukan penjangkauan pada populasi WPS dan waria di Sulawesi Selatan. Kelompok relawan ini berawal dari diskusi yang diprakarsai oleh mahasiswa untuk membahas situasi HIV dan AIDS di Sulawesi Selatan dengan mengundang mahasiswa dari beberapa universitas. Kelompok inilah yang menjadi cikal bakal KRA-AIDS dan Yayasan Gaya Celebes. Keduanya merupakan organisasi masyarakat sipil yang mempunyai perhatian terhadap penanggulangan HIV dan AIDS di Sulawesi Selatan.

Sejak 1996, kasus HIV dan AIDS di Sulawesi Selatan selalu meningkat saban tahun. Data Dinkes Provinsi Sulawesi Selatan mencatat sebanyak 7.147 kasus sejak 2005 hingga September 2013. Pada tahun 2011 terjadi peningkatan jumlah kasus baru HIV dan AIDS yang sangat tajam dibanding tahun-tahun sebelumnya. Sayangnya tidak ada keterangan yang dapat menjelaskan mengenai fenomena tersebut. Tidak tampak juga adanya respons yang meyakinkan dari KPA Provinsi Sulawesi Selatan dan Dinkes untukantisipasi perkembangan epidemi pada tahun-tahun berikutnya.

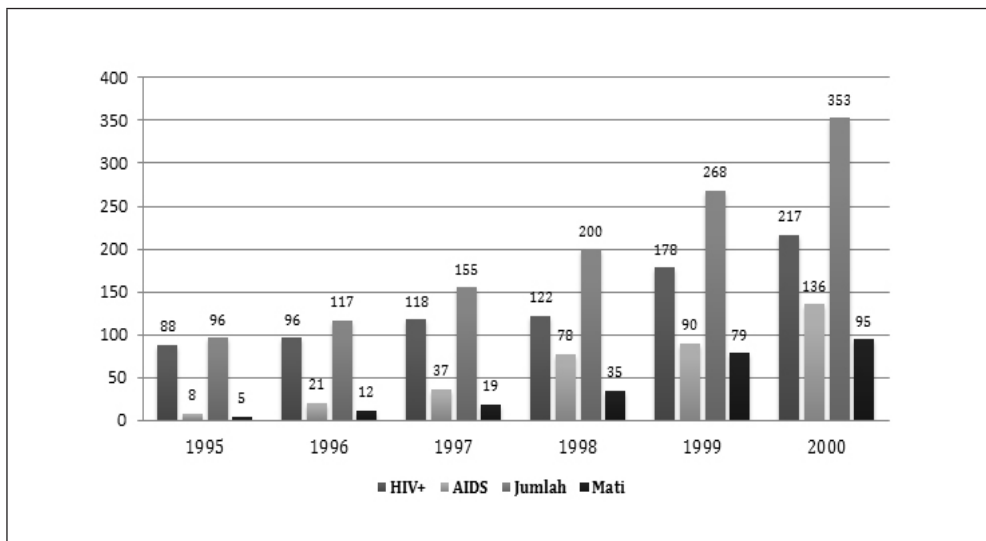
Perjalanan epidemi HIV-AIDS di Sulawesi Selatan telah mengalami beberapa kali pergeseran pola penularan. Mulai awal penemuan kasus HIV pada tahun 1996 sampai 2004, epidemi HIV dan AIDS didominasi oleh penularan melalui hubungan seksual. Pada periode tersebut, kasus HIV dan AIDS banyak ditemukan pada populasi WPS dan waria. Selama 2005–2009, mayoritas penularan HIV dan AIDS melalui penggunaan jarum suntik taksteril pada populasi penasun. Sedangkan pada tahun 2010 sampai sekarang, tingkat penularan pada populasi penasun mulai berkurang, dan digantikan pada populasi WPS dan waria.

Sampai tahun 2005 belum ada sistem yang baku untuk pencatatan kasus baru HIV dan AIDS sehingga muncul perbedaan jumlah kasus HIV dan AIDS pada setiap kota/kabupaten di Sulawesi Selatan. Oleh karena itu, Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan membuat sebuah aturan bahwa semua pelaporan kasus baru HIV dan AIDS dari semua unit layanan di kabupaten/kota harus dikumpulkan menjadi

satu di tingkat provinsi melalui Dinkes. Dinkes Sulawesi Selatan bertanggung jawab merekap dan mempublikasikan laporan kasus HIV dan AIDS. Saat ini pelaporan kasus HIV dan AIDS telah melalui satu pintu melalui Dinkes Provinsi.

2.3.5 Papua

Kasus HIV dan AIDS di Papua pertama kali dilaporkan terjadi di Kabupaten Merauke pada tahun 1992. Tetapi, pencatatan jumlah kasus HIV dan AIDS di Provinsi Papua baru dimulai pada tahun 1995. Peningkatan jumlah kasus HIV dan AIDS di Papua selama 1995–2000 dapat dilihat pada Gambar 10.



(Sumber: Ditjen PPM dan PL, Depkes RI, 2000)

Gambar 10 Jumlah Kumulatif Kasus HIV dan AIDS di Irian Jaya (Papua) Tahun 1995–2000

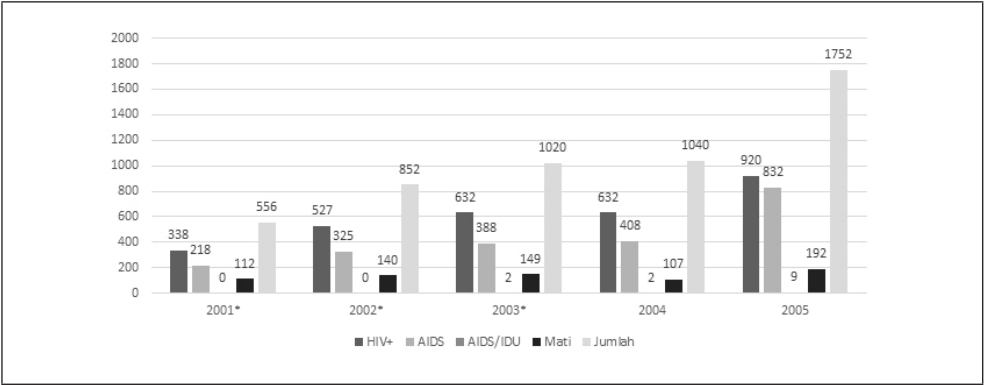
Di Tanah Papua (Papua dan Papua Barat), jalur utama penularan HIV melalui hubungan seks heteroseksual takaman, baik dalam relasi seks komersial maupun non-komersial. Papua adalah satu-satunya wilayah di Indonesia yang disebut “*generalized epidemic*”, di mana prevalensi di kalangan populasi umum usia 15–49 tahun mencapai 2,4% dan 3% pada kelompok usia 15–24 (STBP 2006). Dari segi gender, prevalensi pada kalangan laki-laki (2,9%) lebih tinggi dari perempuan (1,9%). Sementara dari segi wilayah, prevalensi tertinggi berada pada kawasan pantai terpencil (3,2%), diikuti kawasan pegunungan (2,9%), dan paling rendah (1,8%) kawasan pantai/dataran rendah yang mudah terjangkau. Data ini menunjukkan bahwa epidemi HIV dan ADIS di Papua sudah merasuk ke kawasan pedalaman dan berbanding lurus dengan tingkat akses atas layanan dasar.

Sebuah penelitian oleh Puslitkes UI dan PSK Universitas Cenderawasih tahun 2007 mengungkapkan bahwa tingkat pengetahuan tentang HIV dan AIDS di kalangan orang muda relatif tinggi, tetapi sangat rendah dalam hal cara pencegahannya. Survei tahun 2011 juga menunjukkan bahwa sekalipun HIV dan AIDS sudah diketahui banyak orang, konsepsi yang keliru masih banyak terjadi. Artinya, pengetahuan yang komprehensif—mulai dari apa itu HIV dan AIDS, bagaimana penularannya, bagaimana pencegahan, hingga cara mendapatkan layanan penanggulangannya—bisa dibilang masih rendah. Tingkat pengetahuan ini pada kalangan siswa sekolah hanya mencapai 2,6% di Papua dan 1,67% di Papua Barat. Tidak mengherankan, pengetahuan gurunya pun masih rendah, yaitu 2,78% di Papua dan 5,03% di Papua Barat.

Perilaku seksual di kalangan orang muda juga berisiko tinggi. Survei tahun 2011 oleh UNICEF menunjukkan bahwa 18% orang muda melaporkan punya mitra seksual lebih dari satu, tetapi hanya 10% dari mereka yang merasa berisiko. Situasi pada orang muda di luar sekolah lebih buruk lagi. 51% anak luar sekolah di Papua dan 44% di Papua Barat melaporkan praktik multi-pasangan seksual, tetapi hanya 18% yang merasa berisiko. Situasi bertambah buruk dengan banyaknya kasus kekerasan seksual yang terjadi di dua provinsi ini. Kondom diketahui sebagai alat yang efektif untuk pencegahan oleh sebagian besar orang muda di Papua (70%), tetapi 80% melaporkan tidak tahu harga kondom (berarti tidak pernah membeli) dan tidak yakin kalau mereka akan memakainya. Sementara hanya 7% anak sekolah di Papua dan 5% di Papua Barat yang yakin bisa menolak ajakan temannya untuk berhubungan seks. Padahal, layanan VCT di Papua sangat terbatas.

Epidemi HIV dan AIDS di Provinsi Papua menunjukkan perkembangan yang berbeda dengan provinsi lain di Indonesia. Penduduk Papua hanya 1% dari penduduk Indonesia, tetapi pada bulan Desember 2004 jumlah orang dengan HIV mencapai 632, jumlah orang dengan AIDS sebanyak 408, dan ODHA yang meninggal mencapai 107 orang (Ditjen PPM dan PL, Depkes RI, 2005), sebagaimana terinci dalam Gambar 11. Kasus HIV dan AIDS kumulatif yang dilaporkan di Papua mencapai 19,1% dari seluruh infeksi baru di Indonesia pada tahun yang sama, yaitu 1.844 ODHA baru (Ditjen PP dan PL, 2004).

Data tahun 2004 (Tabel 3) mulai menunjukkan jumlah kasus HIV dan AIDS di Papua dan Papua Barat pada kelompok penasun. Meskipun demikian, peningkatan kasus HIV dan AIDS pada penasun bukanlah faktor utama penyebab meningkatnya jumlah kasus HIV dan AIDS di Papua. Transmisi seksual pada kelompok risiko WPS menunjukkan prevalensi 22%, dan masyarakat umum sudah melebihi 1%, yaitu sebesar 2,4% (KPAN, 2007).



(Sumber: Ditjen PPM dan PL, Depkes RI, 2005)

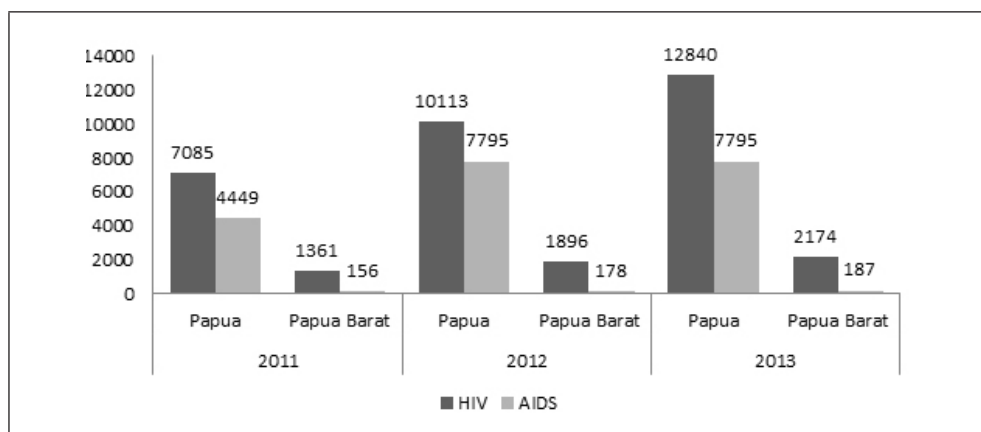
*Pada tahun 2003, data HIV dan AIDS untuk Papua masih menjadi satu, meskipun sudah ada daerah pemekaran Provinsi Irian Jaya Barat. Data mulai dipisahkan pada tahun 2004, yaitu data Provinsi Papua dan Provinsi Irian Jaya Barat (yang pada tahun 2006 berganti menjadi Papua Barat dengan Manokwari sebagai Ibu Kota Provinsi).

Gambar 11 Jumlah Kumulatif Kasus HIV dan AIDS di Papua dan Papua Barat

Tabel 3 Jumlah Kumulatif Kasus HIV dan AIDS menurut Provinsi

Tahun	Provinsi	AIDS	AIDS/IDU	Mati
2004	Papua	399	2	107
	Irian Jaya Barat	0	0	0
	Tidak diketahui	9	0	0
2005	Papua	772	9	192
	Irian Jaya Barat	51	0	0
2006	Papua	947	4	221
	Papua Barat	58	5	0
2007	Papua	1339	4	238
	Papua Barat	58	5	0
2008	Papua	2382	1	1351
	Papua Barat	58	5	19
2009	Papua	2808	2	371
	Papua Barat	58	5	19
2010	Papua	3665	3	580
	Papua Barat	38	5	19

(Sumber: Dirjen PP dan PL, Kemenkes RI, 2010)



(Sumber: Dirjen PP dan PL, Kemenkes RI, 2013)

Gambar 12 Jumlah Kumulatif Kasus HIV dan AIDS di Provinsi Papua dan Papua Barat Tahun 2011–2013

Pada tahun 2011, jumlah kasus HIV di Papua sebesar 15% dari seluruh kasus HIV baru di Indonesia. Jumlah kasus HIV di Provinsi Papua mencapai 7.085 dan AIDS sebesar 4.449 kasus, sementara jumlah kasus HIV di Provinsi Papua Barat sebesar 1.361 dan AIDS sebesar 156 kasus. Papua memiliki angka kasus 15 kali lebih tinggi dari rata-rata nasional. Tidak seperti daerah-daerah lain di Indonesia, Papua mengalami tingkat epidemi HIV dan AIDS tergeneralisir rendah dengan prevalensi 3% pada orang muda usia 15–24 tahun. Prevalensi HIV dan AIDS pada penduduk asli Papua ialah 2,8%, sedangkan prevalensi penduduk non-pribumi 1,5%. Pada laki-laki sebesar 2,9% dan pada perempuan 1,9% (UNICEF Indonesia, 2012).

Respons terhadap epidemi HIV dan AIDS di Papua hampir semuanya merupakan inisiatif lembaga donor dan sebagian kecil melalui gereja. Seperti daerah lainnya, KPA Provinsi dan KPA Kabupaten/Kota dibentuk, tetapi mereka mengalami proses “*isomorphic mimicry*”. Misalnya di tahun 2010 telah disetujui Perda tentang HIV dan AIDS, tetapi belum menunjukkan efektivitas dampaknya. Integrasi penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam pembangunan daerah (RPJMD 2012–2016), pembentukan kelompok kerja Papua di KPAN, Pergub tentang HIV dan AIDS di sektor Pendidikan, kerjasama gereja (BKAG12), Pokja HIV-AIDS di Universitas Cenderawasih, dan sebagainya, merupakan contoh-contoh dari proses “mimikri” di Papua dalam respons terhadap HIV dan AIDS. Seolah-olah prangkat itu bisa menjadi senjata memberantas HIV dan AIDS, tetapi nyatanya tak “berbisa”. Studi mengenai kapasitas sektor pendidikan di Papua untuk merespons HIV dan AIDS yang didukung oleh UNICEF (2011) menunjukkan bahwa persoalannya pada kapabilitas untuk melaksanakan kebijakan dan komitmen tersebut.

EVOLUSI KEBIJAKAN PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS DI INDONESIA

3.1 Konteks Kebijakan

Dua hal yang secara substantif memengaruhi perkembangan kebijakan penanggulangan epidemi HIV dan AIDS di Indonesia ialah berubahnya relasi antara pemerintah pusat dan daerah (desentralisasi), serta perkembangan epidemi itu sendiri. Sebelum 1999, ketika sistem pemerintahan masih sentralistik, pendekatan vertikal¹⁶—dengan aktor utama pemerintah pusat beserta MPI yang menyokong pendanaan penanggulangan AIDS di Indonesia—sangat dominan. Ketika desentralisasi bergulir, urusan kesehatan, termasuk penanggulangan HIV dan AIDS di dalamnya berubah karenanya. Pembagian kekuasaan kepada daerah, termasuk pengelolaan anggaran, turut mengubah bagaimana layanan kesehatan disediakan. Di era desentralisasi, pendekatan horizontal menemukan relevansinya.

Perkembangan epidemi juga berkorelasi dengan perkembangan respons. Keberhasilan program penyadaran telah menciptakan permintaan (*demand*) atas layanan serta semakin banyaknya cakupan ODHA yang mendapat layanan ART, sehingga menyebabkan bergesernya orientasi program dari kampanye penyadaran ke penyediaan layanan kesehatan. Hal ini membutuhkan penyesuaian yang lebih memadai dalam

Perubahan sistem pemerintahan dari sentralisasi ke sistem desentralisasi (otonomi daerah) dan perkembangan epidemi mempengaruhi kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Kelemahan mendasar dalam respon daerah terhadap HIV dan AIDS adalah bertumpu pada aksi kebijakan dan kelembagaan saja, yaitu pembentukan KPA daerah, namun lemah dalam hal kapasitas implementasi kebijakan. Permasalahan integrasi program penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan bukan hal yang mudah karena akan melibatkan banyak kepentingan, infrastruktur, kebijakan, dan sumber daya.

hal standar, pemetaan prioritas, kebijakan, dan kebutuhan sumber daya oleh penyedia layanan untuk memastikan efektivitas dari proses manajemen; juga penyesuaian sistem operasional untuk memastikan layanan berkualitas tinggi agar sejalan dengan pengembangan program.

Dua hal di atas menuntun kepada dua tantangan dalam penyusunan kebijakan publik. *Pertama*, bagaimana secara politik-ekonomi kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS bisa sejalan dengan

¹⁶ Perdebatan tentang pendekatan vertikal dan pendekatan horizontal dalam kebijakan kesehatan, termasuk di dalamnya permasalahan epidemi HIV-AIDS, hingga saat ini masih berlanjut (Atun et. al, 2008). Pendekatan vertikal bersifat sektoral agar mampu untuk merespon secara cepat situasi sebuah permasalahan kesehatan dengan penyediaan sumber daya yang mencukupi untuk melakukan intervensi yang diperlukan. Sementara itu pendekatan horizontal mengandaikan adanya integrasi dari lintas sektor atau lintas program agar mampu merespon sebuah permasalahan secara komprehensif. Dua pendekatan ini masing-masing memiliki kekuatan dan kelemahannya dilihat dari konteks dan perjalanan permasalahan penyakit tertentu. Pada saat awal munculnya permasalahan kesehatan, pendekatan vertikal dianggap sangat tepat karena mampu merespon secara cepat masalah tersebut, tetapi dalam perjalanan waktunya, intervensi terhadap permasalahan kesehatan tersebut perlu diintegrasikan dengan intervensi dari program atau sektor lain karena pendekatan vertikal tidak mampu merespon permasalahan ini dalam jangka panjang.

tata kelola pemerintahan yang sebagian telah terdesentralisasi. *Kedua*, bagaimana mengintegrasikan layanan HIV dan AIDS secara teknis ke dalam program kesehatan yang sudah ada untuk memastikan berjalannya respons jangka panjang di tengah keterbatasan sumber daya dan kapasitas pemerintah daerah yang beragam.

Permasalahan integrasi program penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan bukanlah hal mudah, karena perlu melibatkan lebih banyak pihak dan kepentingan, infrastruktur, kebijakan, dan sumber daya. Integrasi program penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan menuntut upaya untuk meningkatkan efektivitas dan aksesibilitas layanan HIV dan AIDS dengan memanfaatkan sumber daya dan infrastruktur yang tersedia (Dudley dan Garner, 2011).

Upaya untuk mengintegrasikan dua pendekatan ini sebenarnya berisiko karena hasil-hasil yang telah dicapai melalui pendekatan vertikal bisa tidak tampak atau bahkan hilang.¹⁷ Selain itu, kenyataan bahwa belum terbangunnya sistem kesehatan di tingkat daerah cenderung akan mendorong pengambil kebijakan untuk meneruskan pendekatan vertikal (Godwin dan Dickinson, 2012).

Oleh karena itu, isu yang lebih mendasar bukan pada memilih satu pendekatan daripada pendekatan lainnya, atau integrasi kedua pendekatan tersebut karena variabilitas dari konteks kebijakan yang beragam. Tetapi, lebih penting untuk melihat bahwa kedua pendekatan tersebut bisa saling melengkapi sekaligus perlu diintegrasikan dalam porsi yang sesuai dengan kompleksitas penyediaan layanan kesehatan yang terintegrasi dan berkelanjutan berdasarkan perencanaan, koordinasi, dan manajemen yang efektif (Dudley and Garner, 2011, Atun et. al, 2008). Melakukan integrasi dengan komposisi yang tepat dan praktis merupakan tantangan terbesar dan memerlukan pertimbangan yang sangat hati-hati.

Kajian dokumen ini diarahkan untuk menjawab secara historis berbagai ketegangan dalam mengintegrasikan pendekatan vertikal dan komprehensif dalam menyikapi perkembangan epidemi HIV dan AIDS. Perspektif historis dipakai dengan mempertimbangkan bahwa kebijakan merupakan bentuk penyatuan pandangan (*sensemaking*) dari para pelaku pengembangan kebijakan yang mencoba untuk menafsirkan situasi dan lingkungan yang berubah dari waktu ke waktu berdasarkan kepentingan yang dimiliki serta memutuskan sesuatu (kebijakan) yang dianggap bermanfaat (Weick, Sutcliffe, dan Obstfeld 2005). Diharapkan dengan memahami perubahan kebijakan yang diambil oleh pemerintah dari waktu ke waktu, upaya untuk menyusun agenda perubahan kebijakan menjadi lebih kontekstual dengan dinamika sistem sosial dan politik masyarakat Indonesia.

¹⁷ Terkait hal ini adalah sistem surveilans nasional, pengalaman menunjukkan, dalam hal standar kualitas, tata laksana sistem surveilans yang sentralistik mempunyai beberapa kelebihan namun mungkin secara politis banyak tantangan.

Di era Orde Baru, kebijakan pemerintah sebagai respons terhadap epidemi HIV dan AIDS di tingkat nasional telah dimulai dengan keluarnya Keppres Nomor 36/1994 tentang KPA. KPA dibentuk sebagai badan koordinasi. Keluarnya Keppres tersebut merupakan respons terhadap kondisi global dalam hal pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS, serta dorongan dari lembaga internasional. PBB dalam sidangnya di bulan Oktober 1987 mencanangkan strategi global pencegahan dan penanggulangan AIDS yang diajukan oleh WHO tahun 1985/1986.¹⁸ Bisa dibayangkan, komitmen pemerintah terhadap penanggulangan HIV dan AIDS lebih terpengaruh kampanye di tingkat global ketimbang kesadaran teknokratis atau dorongan dari masyarakat sipil.¹⁹ Demikian juga di kalangan organisasi masyarakat sipil yang mengurus isu HIV dan AIDS, sebagian besar dari mereka tumbuh untuk merespons kesempatan mendapat dana dari lembaga internasional.²⁰

Pada pertengahan Juni 2001, Indonesia menjadi salah satu dari 189 negara yang menandatangani Deklarasi Komitmen mengenai HIV-AIDS di Sidang Khusus Majelis Umum PBB (UNGASS). Penandatanganan ini ditindaklanjuti dengan Sidang Kabinet Sesi Khusus HIV-AIDS pada bulan Maret 2002 dengan tujuan: 1) Meningkatkan komitmen pimpinan tingkat nasional dalam penanggulangan HIV-AIDS; 2) Menyempurnakan dan menetapkan kebijakan strategis dalam menghadapi ancaman HIV-AIDS. Selanjutnya, satu momentum yang merupakan loncatan besar dalam penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia ialah dicapainya Komitmen Sentani 19 Januari 2004 yang ditandatangani oleh 6 provinsi dengan tingkat epidemi tertinggi saat itu, 6 Menteri, 1 Kepala Badan, dan Ketua Komisi VII DPR RI. Melalui kesepakatan inilah provinsi dan berbagai sektor semakin meningkatkan upaya penanggulangan HIV dan AIDS dalam wilayah kerja masing-masing.

Di sisi lain, pada tahun 2001 dimulai penerapan otonomi daerah (desentralisasi) yang diikuti dengan pelaksanaan kebijakan baru tentang pendanaan pembangunan di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten. Mengikuti desentralisasi pemerintahan, terjadi juga desentralisasi kesehatan sebagai konsekuensi dari desentralisasi secara politik yang menjadi inti UU Nomor 22/1999.²¹ Daerah diberi kewenangan untuk

¹⁸ Lihat Keppres RI Nomor 36/1994 tentang Komisi Penanggulangan AIDS.

¹⁹ Contoh dari "tekanan" internasional ini antara lain kesepakatan Paris Summit 1994 yang menitik-beratkan pada perlakuan yang sama dan adil pada ODHA; pertemuan the United Nations Millennium Summit pada September 2000 dimana pemerintah Indonesia menandatangani the Millennium Declaration sebagai komitmen pemerintah untuk bekerja mencapai tujuan the UN Millennium Development Goals (MDGs) di mana HIV dan AIDS termasuk dalam pencapaian tujuan keenam. Selanjutnya, Pada Tahun 2001 pemerintah Indonesia menandatangani the Declaration of Commitment of the UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS) dengan 11 butir kesepakatan. Selain itu pada tahun yang sama Indonesia menandatangani komitmen Menteri-Menteri Asia Pasifik tentang HIV/AIDS 2001, komitmen deklarasi Para Kepala Negara Asean tentang HIV/AIDS tahun 2001, deklarasi Inter Parliamentary Union tentang HIV/AIDS 2001.

²⁰ Lihat Pisani (2008), *The Wisdom of Whores: Bureaucrats, Brothels and the Business of Aids*. New York: W. W. Norton. Komposisi pendanaan untuk HIV juga masih didominasi sumber luar negeri (UNDP 2011), apalagi pendanaan untuk organisasi masyarakat sipil untuk HIV dan AIDS, hampir semuanya tergantung donor.

²¹ Lihat Laksono Trisnantoro (2009). *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000–2007: Mengkaji Pengalaman dan*

menentukan prioritas pembangunan di daerahnya. Namun, di beberapa daerah, masalah kesehatan belum mendapat perhatian dan pendanaan yang cukup, misalnya daerah tidak menyediakan dana untuk membuat sistem surveilans yang merupakan dasar untuk menyusun strategi penanggulangan penyakit.²²

Selanjutnya, revitalisasi KPA dilakukan tahun 2006 berdasarkan Perpres Nomor 75/2006 tentang KPAN yang menegaskan komitmen pemerintah dalam penanggulangan HIV dan AIDS. Anggota KPAN menurut Perpres ini terdiri atas 12 Menteri, Sekretaris Kabinet, Panglima TNI, Kepala Kepolisian Negara RI, 3 Kepala Badan, Ketua Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ketua Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia, Ketua Palang Merah Indonesia (PMI), Ketua Kamar Dagang dan Industri (Kadin), dan Ketua Organisasi ODHA Nasional. Sedangkan Wakil Ketua 1 dijabat Menkes dan Wakil Ketua 2 dijabat Mendagri. Perubahan struktur KPAN ini berimplikasi pada keterlibatan dan kebijakan yang dikeluarkan oleh Kementerian dan Badan yang menjadi anggota KPAN.

Untuk menentukan arah, strategi, dan rencana aksi nasional, Kemenkokesra mengeluarkan Permenkokesra Nomor 07/2007 tentang Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007–2010. Kemudian diperbaharui dengan Permenkokesra Nomor 08/PER/MENKO/KESRA/I/2010 tentang Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2010–2014. SRAN saat ini berfokus pada upaya-upaya untuk mencegah dan mengurangi risiko penularan, meningkatkan taraf hidup ODHA, dan mengurangi dampak sosial dan ekonomi bagi perorangan, keluarga, maupun masyarakat secara keseluruhan. Kebijakan-kebijakan ini ditujukan untuk terciptanya akses universal atas pelayanan yang terkait dengan HIV dan AIDS melalui pencegahan, pengobatan, perawatan, dan dukungan, serta untuk menciptakan kondisi yang memungkinkan terwujudnya upaya-upaya tersebut.

Merespons perubahan pola penularan HIV dan AIDS di Indonesia, awal tahun 2007 telah diterbitkan dua kebijakan tingkat menteri. Menkokesra merilis Permenkokesra Nomor 2/2007 tentang Kebijakan Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk Pengguna Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif Suntik. Penyusunan kebijakan ini dipimpin oleh Menkokesra selaku Ketua KPAN dengan pelibatan Kepala BNN/Polri, Menkes, dan Menteri Hukum dan HAM sebagai Anggota KPAN.

Lahirnya Permendagri Nomor 20/2007 tentang Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS dan Pemberdayaan Masyarakat dalam Rangka Penanggulangan HIV dan AIDS di Daerah merupakan salah satu bentuk komitmen

Skenario Masa Depan. Yogyakarta: BPFE.

²² WHO (2008). "WHO Country Cooperation Strategy 2007–2011 Indonesia."

men Kemendagri untuk mengatasi permasalahan HIV dan AIDS melalui kepemimpinan daerah. Permendagri ini mengatur organisasi KPA tingkat provinsi/kabupaten/kota, tugas dan tanggung jawabnya, serta sumber pendanaan penanggulangan HIV dan AIDS di daerah. Merespons kebutuhan pendanaan di daerah, KPAN melalui Mendagri menetapkan kebijakan Permendagri Nomor 16/2006 jo Nomor 59/2007 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah sebagai dasar pengelolaan perencanaan dan penganggaran. Pertemuan pembahasan pelaksanaan penganggaran ini telah dimulai pada tahun 2007. Sebagai dampaknya, kontribusi pendanaan dari sumber pemerintah semakin meningkat dari 22,37% di tahun 2004 menjadi 39,03% di tahun 2008 (KPAN, 2011).

Respons pemerintah provinsi dan kabupaten terhadap kebijakan ini bervariasi antara satu daerah dan daerah lain. Saat kunjungan lapangan diperoleh gambaran bagaimana pemerintah provinsi dan kabupaten di wilayah kunjungan²³ melakukan upaya penanggulangan HIV dan AIDS di wilayahnya masing-masing. Di lima provinsi yang dikunjungi, telah ada KPA Provinsi, demikian juga di tingkat kabupaten/kota yang dikunjungi. Kebijakan terkait penanggulangan HIV dan AIDS yang ada di tingkat provinsi berupa perda dan keputusan gubernur.

3.2 Penelitian sebagai Basis Kebijakan: Studi tentang HIV dan AIDS pada Fase Awal Epidemi

Penelitian mengenai epidemi HIV dan AIDS sejalan dengan perkembangan program penanggulangannya. Hal ini menunjukkan kesadaran akan pentingnya data dalam perumusan kebijakan program maupun kebijakan publik. Dalam kurun 1997–2003, telah dilakukan sedikitnya 65 penelitian tentang HIV dan AIDS yang tersebar di 12 provinsi. Topik utama penelitian mencakup aspek pengetahuan, sikap, dan perilaku (*knowledge, attitude and practice*) pada populasi WPS (14 penelitian), pelanggan WPS (10), waria penaja seks (4 penelitian), dan penasun (7 penelitian) yang terkait dengan risiko tertular IMS dan HIV (Balitbangkes 2005). Selain itu, juga ditemui beberapa penelitian tentang adat/budaya/ritual yang terkait dengan risiko penularan infeksi seksual termasuk HIV (9 penelitian). Selain 65 penelitian tersebut, dilakukan juga SSP oleh Depkes (sekarang Kemenkes) bersama BPS di 13 provinsi. Sebagai sebuah survei surveilans, SSP ditujukan untuk mengetahui bukan hanya tingkat risiko suatu populasi, tetapi juga mengumpulkan informasi terkait kondisi

²³ Wilayah yang dikunjungi adalah: Provinsi Sumatera Utara, Provinsi Jawa Timur, Provinsi Bali, Provinsi Sulawesi Selatan, dan Papua Barat.

sosial ekonomi dan situasi kelembagaan terkait penanganan IMS dan HIV-AIDS.

Endang Basuki et. al (2002) meneliti tentang berbagai alasan mengapa WPS di lokalisasi tidak menggunakan kondom. Salah satu alasan mereka ialah karena mereka berkeyakinan bahwa pasangan seksual kelihatan sehat dan tidak dapat menularkan penyakit menular seksual. Alasan lainnya, mereka telah melakukan upaya-upaya pencegahan lain seperti minum obat antibiotik. Studi ini juga menunjukkan bahwa para mucikari tidak begitu mendukung program penggunaan kondom. Tiga tahun sebelumnya, Ivan Wolffers et. al (1999) menyampaikan bahwa karakteristik WPS di Indonesia dalam pengertian pendapatan, cara-cara memperoleh tamu, alasan masuk ke pekerjaan seks, dan perkembangan kariernya sangat berpengaruh pada perilaku seksnya. Penelitian Wolffers berupaya untuk menggambarkan hubungan antara WPS dan tamu serta pasangan laki-laki lainnya di Surabaya dan Jakarta. Persepsi yang berbeda tentang hubungan (pacar dan pelanggan) diasosiasikan dengan sikap yang berbeda pula dalam membersihkan diri (badan), persepsi risiko, perilaku mencegah, dan penggunaan kondom. Konsep identitas mereka beragam, karena beragam pula harapan terhadap peran-peran dan perilaku tertentu pasangannya. Penelitian ini menyarankan program intervensi seharusnya memperhatikan kompleksitas dari identitas ganda dan hubungan sosial ini, sekaligus menyadari bahwa pekerja seks sebagai manusia seutuhnya, bukan hanya terbatas pada transaksi seksual yang dilakukan.

Studi yang mendalam mengenai konsepsi budaya tentang HIV dan AIDS di Indonesia terkini telah dikerjakan oleh Crisovan (2006) yang melihat gagasan budaya tentang HIV dan AIDS, khususnya persepsi tentang risiko. Studi lapangan selama dua tahun dengan teknik survei ($n=413$) dan wawancara mendalam ($n=60$) serta observasi partisipatif antropologis ini bisa digunakan sebagai dasar untuk membangun sebuah pemahaman yang menyeluruh tentang dampak dan efektivitas program pendidikan HIV dan AIDS yang ada. Hasil studi ini menunjukkan bahwa gagasan “risiko” dari Barat digunakan untuk mendefinisikan, membangun, dan mendanai program pendidikan HIV dan AIDS di seluruh Indonesia. Konstruksi seperti ini ternyata sering kali gagal dalam mempertimbangkan gagasan budaya Indonesia yang berkaitan dengan HIV dan AIDS. Studi ini melihat bahwa terdapat permasalahan dengan penggunaan konsep “kelompok berisiko tinggi” maupun konsep “perilaku berisiko tinggi”. Pemahaman antropologis tentang persepsi budaya kaitannya dengan HIV dan AIDS serta risiko sangat membantu untuk menjelaskan bagaimana konsepsi Barat tentang “risiko” tidak sesuai dengan kenyataan di Indonesia.

Crisovan kemudian menyarankan bahwa program pendidikan HIV dan AIDS

di Indonesia akan lebih efektif jika mampu mengenali: (a) identitas yang beragam dari orang-orang yang menjadi sasaran program; (b) pentingnya kategori budaya dan bagaimana mereka berlaku dalam berbagai ideologi religius dan situasi yang kompleks; dan (c) bahwa definisi budaya dan programatis tentang “risiko” sering tidak konsisten. Pemahaman konsepsi budaya memungkinkan untuk memahami lebih dalam cara-cara yang efektif untuk mengembangkan kebijakan dan program yang sesuai dan sensitif secara budaya di berbagai tempat di Indonesia.

Secara umum, studi-studi di atas dapat digolongkan ke dalam dua kelompok. Kelompok pertama ialah studi etik yang mengaitkan tingginya risiko suatu populasi terhadap IMS/HIV dengan karakteristik individu (persepsi, konsepsi, dan pengetahuan). Studi-studi dengan pendekatan etik yang mencoba melihat pemaknaan subyektif (*subjective meaning*) perilaku berisiko dari sudut pelaku juga sering kali terjebak dalam model penjelasan seperti ini, yaitu masih mengaitkan antara perilaku berisiko dengan kurangnya pengetahuan dan nilai-nilai yang diberikan subyek dalam tindakannya. Kelompok kedua ialah studi yang melihat pengaruh struktural (setidaknya struktur sosial dalam populasi sasaran) terhadap perilaku anggota-anggotanya. Studi-studi dalam kelompok ini menyarankan bahwa perilaku berisiko itu merupakan produk situasi struktural. Kita lihat bahwa dua kelompok studi tersebut menempatkan dirinya dalam posisi yang saling berhadapan. Yang pertama menekankan peran individu dalam kontrol terhadap perilaku berisiko, sedangkan yang kedua melihat perilaku berisiko sebagai produk struktural.

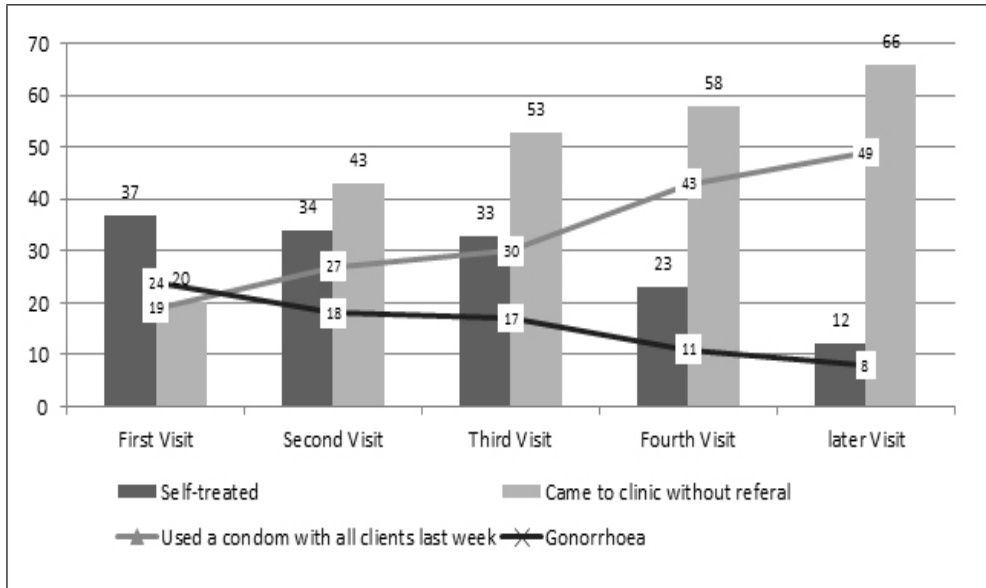
Penelitian Kharisma Nugroho (2008) menjelaskan bahwa ada dua paradigma utama dalam kajian-kajian tentang HIV dan AIDS, yaitu yang bersifat psikobiologis dan sosiokultural. Pendekatan psikobiologis mencoba menghubungkan aspek psikologis (*knowledge, attitude, and practice*) dan biologis (prevalensi infeksi) dengan tingkat risiko mereka untuk tertular virus HIV. Ketika epidemi ini mulai melonjak di suatu wilayah, pendekatan ini menjelaskan bahwa ini disebabkan oleh rendahnya pengetahuan dan sikap kelompok populasi itu tentang perilaku yang aman. Pandangan demikian menganut paham reduksionisme psikologis yang menyatakan bahwa logika penularan HIV mengikuti logika perilaku individu-individunya. Perilaku seksual, sebagai salah satu jalur penularan utama, ditempatkan dalam ranah yang sangat privat sehingga faktor-faktor psikologis dianggap lebih tepat untuk menjelaskan tindakan itu. Mereka berusaha mengidentifikasi motif atau tekanan yang dialami individu, dan mengembangkan teori bagaimana tekanan-tekanan yang dialami tersebut menjadi motif bagi pelaku seks berisiko. Di lain pihak, penjelasan sosiokultural menyatakan hal sebaliknya: penyebaran epidemi HIV mempunyai logika tersendiri, yang berbeda

dengan logika (*knowledge, attitude and practice*) individu-individunya. Dengan kata lain, mereka yakin bahwa mekanisme, struktur, dan sarana kolektif di luar individu, yaitu alat yang digunakan manusia untuk mentransformasikan dirinya, merupakan obyek kajian yang lebih tepat untuk menjelaskan perbedaan satu kelompok dengan kelompok lainnya.

Dua pandangan di atas mencerminkan inti dari perdebatan tentang agensi (*agency*) dan struktur, yaitu pertanyaan tentang “apakah manusia bebas untuk memilih bagaimana berpikir dan bertindak, ataukah sebenarnya ada kekuatan di luar mereka yang mengatur cara berpikir dan bertindak mereka?” Implikasi kebijakan dari masing-masing pendekatan tersebut akan berbeda. Jika manusia dianggap bebas memilih, maka cara untuk mengurangi perilaku berisiko HIV ialah menyerahkan kepada populasi kunci dengan cara memberikan bekal yang cukup (pengetahuan dan ketrampilan) agar mampu mengambil keputusan sebaik-baiknya. Pendekatan yang kedua akan berfokus pada variabel di luar individu yang dianggap mampu memengaruhi tindakan individu.

Data yang diolah dari SSP 2004 oleh FHI menunjukkan fakta yang menarik: bahwa kekuatan daya sosial berperan penting juga dalam mengurangi perilaku berisiko HIV. Data menunjukkan bahwa pengetahuan, intensitas program, dan persepsi risiko tidak sejalan dengan perilaku aman yang diharapkan. Pertanyaan yang seharusnya diajukan ialah bukan hanya mengapa hal ini terjadi, melainkan apakah yang kita lakukan untuk sebagian kelompok yang pengetahuannya masih salah. Pasalnya, kelompok yang sudah tinggi pengetahuan dan intensitas keterpaparan program, serta merasa berisiko saja perilakunya tidak sesuai dengan karakteristik-karakteristik tersebut. Jika kita coba (lagi) memberikan informasi yang benar, meningkatkan kesadaran akan risiko, dan meningkatkan intensitas pendampingan, sepertinya kita akan sampai dalam situasi yang sama. Untuk itu, perlu dilakukan terobosan dalam analisis, yaitu melihat perubahan perilaku yang baik dan kemudian mencoba melihat adakah peran *social forces* dalam proses tersebut. Pertanyaan ini secara sosiologis bisa diartikan sebagai pertanyaan tentang bagaimana mengubah perilaku manusia melalui intervensi pada sesuatu di luar diri manusia.

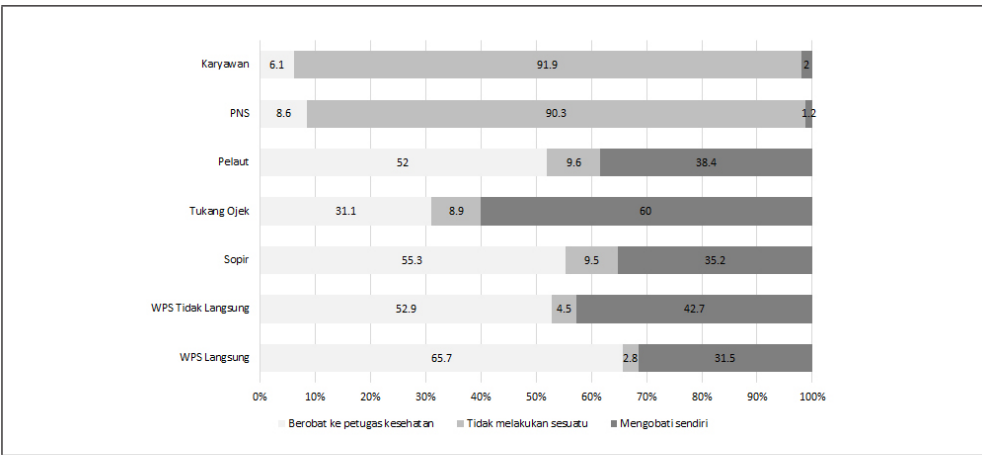
Coba kita lihat data tentang peran infrastruktur kesehatan terhadap tingkat pemakaian kondom dalam Gambar 13. Data ini menunjukkan bahwa semakin sering subyek berkunjung ke klinik untuk pemeriksaan (*screening*) infeksi menular seksual, pengobatan yang tidak benar—seperti konsumsi antibiotik sendiri—dan perilaku berisiko mereka menjadi lebih rendah. Dalam kunjungan keempat, klien sudah mulai meninggalkan kebiasaan mengobati IMS sendiri dengan mengonsumsi antibiotik atau cara-cara lainnya.



(Sumber: Klinik Program FHI/ASA 2004)

Gambar 13 Frekuensi Kunjungan ke Klinik dan Perubahan Perilaku Berisiko

Begitu juga untuk pemakaian kondom, hanya dibutuhkan empat kali kunjungan untuk meningkatkan pemakaian kondom dari 19% menjadi lebih dari dua kali lipat (43%). Coba bandingkan dengan penyuluhan yang membutuhkan waktu lebih dari dua tahun untuk meningkatkan pemakaian kondom sebesar 2% (SSP 2002 dan 2004). Kesadaran untuk datang ke klinik dengan kemauan sendiri juga meningkat tajam dari hanya 20% di kunjungan pertama menjadi hampir tiga kali lipat (58%) dalam kunjungan keempat. Salah satu perilaku berisiko yang terkait dengan keberadaan klinik ialah pencarian pengobatan (*health seeking behaviour*) yang benar. Perilaku ini penting karena tanpa pengobatan yang benar, IMS sulit sembuh dan orang dengan IMS berisiko lebih besar untuk tertular HIV. Dalam SSP ditanyakan apakah responden pernah mengalami gejala-gejala IMS. Jika jawabannya ya, apa yang dilakukan: pergi ke tenaga kesehatan atau mengobati sendiri? Berikut adalah data mengenai pola pencarian pengobatan ketika mengalami gejala IMS.



(Submer: SSP 2004)

Gambar 14 Pola Pencarian Pengobatan Ketika Mengalami Gejala IMS

Perilaku pemeliharaan kesehatan terkait erat dengan keberadaan dan aksesibilitas terhadap klinik. Pertanyaan yang muncul terkait dengan keberadaan klinik dan perilaku pemeliharaan kesehatan ibarat pertanyaan “ayam atau telur yang perlu ada dulu?” Apakah kita meningkatkan pengetahuan dan kesadaran tentang pemeliharaan kesehatan lebih dulu atau keberadaan klinik lebih dulu. Dalam bahasa sosiologisnya, apakah perubahan perilaku itu karena ide (pengetahuan dan sikap) atau karena material (adanya klinik). Data menunjukkan bahwa keberadaan klinik ternyata juga bisa sekaligus meningkatkan pengetahuan dan kesadaran, meskipun tidak sedikit pula keberadaan klinik juga tidak menolong perubahan perilaku akibat kegagalan klinik untuk masuk dalam sistem budaya kelompok sasaran. Argumen yang sama juga bisa ditarik dari korelasi antara peran logistik keberadaan kondom dengan tingkat pemakaian kondom. Tingkat pemakaian kondom ternyata lebih tinggi jika tersedia materi-materi edukasi sekaligus kondom—keduanya sering disebut sebagai materi pencegahan—dibanding pada responden yang tidak memiliki kedua-duanya atau hanya salah satu saja.

3.3 Pembelajaran dari Implementasi Program HIV dan AIDS

Program pembangunan kesehatan di Indonesia masih menghadapi dua tantangan secara umum. *Pertama*, secara internal di dalam sektor kesehatan, yaitu kurangnya keterpaduan antara kebijakan, perencanaan dan penganggaran, serta pelaksanaan. *Kedua*, dalam hubungannya dengan sektor lain, yaitu lemahnya sinergi dalam penyusunan kegiatan lintas-program.

Dalam konteks sistem pemerintahan terdesentralisasi, dua tantangan umum tersebut juga berkorelasi dengan tantangan-tantangan yang dihadapi oleh daerah.

Sebagaimana diamanatkan oleh Perpres Nomor 72/2012 Pasal 1 angka (2), sistem kesehatan nasional mencakup pengertian bahwa pengelolaan kesehatan diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sifatnya berjenjang dari pusat hingga daerah, serta memperhatikan otonomi daerah dan otonomi fungsional di bidang kesehatan. Penerapan sistem pemerintahan terdesentralisasi juga memberikan tantangan tersendiri bagi daerah dalam mendukung pengelolaan sistem kesehatan nasional. Penyerahan urusan pemerintahan dari pusat ke daerah bukanlah hal mudah. Sering terjadi tumpang tindih atau kekosongan dalam pembagian urusan yang berakibat pada sulitnya pengelolaan sistem kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan pengembangan sistem kesehatan yang inovatif untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.

Sejak diterapkannya sistem pemerintahan terdesentralisasi, beberapa daerah telah mengembangkan inovasi-inovasi program dalam sistem kesehatan. Kalimantan Timur, Kota Yogyakarta, dan NTT, ketiga daerah ini berusaha mengembangkan sistem kesehatan sesuai dengan spesifikasi masing-masing, misalnya inovasi fungsi regulasi pemerintah; inovasi fungsi pembiayaan pemerintah; Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan penerapan sistem *contracting out*; serta inovasi dalam pelayanan rumah sakit berupa otonomi rumah sakit pemerintah dalam bentuk Badan Layanan Umum (BLU).²⁴

Meskipun demikian, tantangan-tantangan pembangunan sistem kesehatan nasional tetap mengemuka dalam konteks desentralisasi yang termanifestasikan dalam beragam kasus. Misalnya penggunaan indikator yang tidak konsisten. Dalam konteks desentralisasi, seperti dilaporkan oleh PKMK UGM,²⁵ terdapat gejala belum sinkronnya perencanaan oleh pusat dan daerah. Di dalam lingkup proses perencanaan disadari kesulitan untuk mengubah pola pikir dari "*project oriented*" atau "*budget oriented*" menjadi "*performance based-budgeting*". Faktor lain ialah terbatasnya SDM yang menunjang upaya perencanaan pembangunan kesehatan, serta tidak lancarnya pelaporan kegiatan dan pengembangan yang bertujuan untuk meningkatkan mutu perencanaan pembangunan kesehatan.

Dalam hal penanggulangan HIV dan AIDS, kelemahan mendasar daerah ialah terlalu bertumpu pada aksi kebijakan dan kelembagaan saja —selain terlalu terpaku pada pendekatan vertikal pemerintah pusat. Pembentukan KPAD, misalnya, merupakan amanat dari kebijakan nasional berupa Permenkokesra dan Permendagri.

²⁴ Lihat Laksono Trisnantoro et. al. (2009). "Inovasi Sistem Kesehatan Daerah, Transformasi Dinas Kesehatan, serta Peranan Konsultan dan Donor." Dalam Trisnantoro, ed. (2009). *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007: Mengkaji Pengalaman dan Membahas Skenario Masa Depan*. Yogyakarta: BFFE.

²⁵ Trisnantoro, ed. Ibid.

Namun, proses pembentukan serta bagaimana dinamika peran dan kinerjanya akan bervariasi di beberapa daerah. Pembentukan KPAD di Jawa Timur mengalami berbagai proses evolusi, tetapi intinya mengikuti kebijakan dari pusat— tahun 1994 dibentuk Badan Penanggulangan Kenakalan Remaja (Bapenkar); tahun 2000 terbentuk Badan Penanggulangan Penyalahgunaan Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif (Napza) dan HIV/AIDS (BPNA) yang merupakan mitra kerja Biro Kesra Provinsi Jawa Timur; tahun 2008 dibentuk KPA Provinsi Jawa Timur berdasarkan Permendagri Nomor 20/2007 dan Perpres Nomor 75/2006 tentang KPAN dan pembentukan KPA Provinsi, Kabupaten/Kota.

Secara kelembagaan, pembentukan KPAD tidak diikuti dengan penguatan kecakapan penerapan kebijakan yang telah diatur. Pengamatan Prof. Lant Pritchett dkk. cukup relevan untuk menggambarkan kelemahan ini. Dalam kertas kerja Prof. Lant Pritchett dkk. (2014) atas afiliasi dengan Center for International Development, Harvard University, diungkapkan bahwa permasalahan pokok pembangunan di negara berkembang berada pada tahapan implementasi. *“The problem (often) isn’t either policy or capacity —it is the organizational capability for implementation.”* Selanjutnya, Prof. Prichett menyatakan bahwa kita sering kali memilih teknik *Isomorphic Mimicry* seperti yang dilakukan oleh ular jenis *Scarlet King Snake* yang tidak berbisa— dengan mempunyai belang yang seolah-olah mirip ular *Eastern Coral Snake* yang sangat berbisa. Ular *Scarlet* takberbisa ini mempunyai penampakan seperti ular berbisa, yang akan menipu musuhnya. Teknik “seolah-olah berbisa” ini juga banyak dipakai negara berkembang dalam merespons tantangan pembangunan dengan membentuk lembaga baru, mengeluarkan kebijakan, menekan komitmen bersama, dan lain sebagainya, seolah-olah dengan semua strategi ini mereka sudah tampak merespons dengan baik. Namun, semua hal ini tidak efektif karena kemampuan kelembagaan masih rendah.²⁶

Di sisi lain, pendekatan vertikal dalam penanggulangan HIV dan AIDS memberikan tantangan tersendiri bagi daerah. Pengalaman daerah dalam menyikapi pendekatan vertikal penanggulangan HIV dan AIDS cukup beragam. Di Jawa Timur misalnya, rencana strategi daerah provinsi tentang Pencegahan HIV dan AIDS dimasukkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah 2009–2014. Di tingkat kota/kabupaten juga terlihat jelas bagaimana respons pemerintah kota dan kabupaten di Jawa Timur mencontoh pendekatan nasional. Jika di nasional ada kesepakatan Sentani, maka di daerah ada banyak kesepakatan lintas-kabupaten/kota yang diteken. Misalnya Kesepakatan Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabu-

²⁶ Lihat Prichett et. al (2012). “Looking Like a State: Techniques of Persistent Failure in State Capability for Implementation.” CID Working Paper No. 239, Juni 2012. Diunduh dari http://www.hks.harvard.edu/var/ezp_site/storage/fckeditor/file/239_PritchettWoolcockAndrews_Looking_like_a_state_final.pdf

paten/Kota se-Jawa Timur dalam Penanggulangan HIV/AIDS di Jawa Timur, yang ditandatangani pada tanggal 29 Juni 2004.

Selain memberlakukan perda khusus mengenai HIV dan AIDS, Dinkes Provinsi Jawa Timur memasukan isu pelayanan dan penanggulangan HIV dan AIDS dalam Rencana Strategis Kesehatan (Renstrakes) Provinsi Jawa Timur 2009–2014. Dalam Renstrakes Jawa Timur disebutkan bahwa untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan ibu, bayi, anak, remaja, dan lanjut usia, serta kesehatan reproduksi, ditargetkan pencapaian indikator keberhasilan pencapaian sasaran, antara lain minimal 25% kabupaten/kota melakukan pelayanan konseling PMTCT/HIV pada ibu hamil yang ANC sesuai target provinsi. Selanjutnya, untuk mewujudkan tujuan “Mencegah, menurunkan dan mengendalikan penyakit menular dan tidak menular serta masalah kesehatan lainnya”, ditetapkan sasaran: menurunkan angka kesakitan dan kematian penyakit menular, tidak menular dan penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi serta pengamatan penyakit dalam rangka sistem kewaspadaan dini dan penanggulangan KLB/wabah, ancaman epidemi serta bencana, dengan indikator keberhasilan pencapaian minimal 70% kabupaten/kota memiliki layanan komprehensif HIV dan AIDS.

Kebijakan daerah yang banyak didorong oleh kebijakan pusat nyatanya belum optimal pelaksanaannya, bahkan manfaatnya belum terasa bagi kelompok yang seharusnya menjadi sasaran dan penerima manfaat. Kasus di Sulawesi Selatan bisa memberi contoh. Sebagaimana diungkapkan oleh informan dalam kunjungan lapangan, Perda HIV yang dihasilkan pada tahun 2010 sampai sekarang masih dirasa kurang mempunyai taring. Masyarakat sipil masih beranggapan bahwa ada atau tidak ada perda, program penanggulangan HIV dan AIDS di Sulawesi Selatan tetap berjalan seperti biasa. Sebelum terbit perda, program penanggulangan HIV dan AIDS sudah berjalan dan hampir memenuhi harapan masyarakat sipil. Sedangkan setelah terbitnya Perda, tidak ada tambahan manfaat bagi masyarakat sipil. Perda HIV bahkan tidak dapat mejadi acuan hukum pengalokasian dana khusus dari APBD untuk penanggulangan HIV dan AIDS. KPA Provinsi masih bergantung pada dana hibah yang besarnya bergantung pada kepedulian gubernur. Namun demikian, KPA Provinsi merasakan adanya manfaat dari perda ketika mendorong pengadaan program penanggulangan HIV dan AIDS di SKPD terkait.

Sementara itu, kasus di Provinsi Bali mengungkapkan bagaimana dinas kesehatan sebagai salah satu SKPD memerankan *leading sector* dalam program penanggulangan HIV dan AIDS. Tabel 4 menunjukan bahwa program pencegahan HIV dan AIDS di Dinkes Provinsi Bali melibatkan banyak bagian atau lembaga dan sumber dana. Misalnya pada program Layanan Alat Suntik Steril (LASS),

penanggung jawabnya ialah rumah sakit atau puskesmas, meskipun tidak semua rumah sakit dan puskesmas menyediakan layanan ini lantaran keterbatasan dana, SDM, dan materi. Dan walaupun layanan sudah dibuka, tidak serta merta penasun mau mengakses layanan tersebut, karena faktor kenyamanan dan keamanan sebagai pertimbangan penasun. Ini mempertegas bahwa mempertimbangkan faktor dan kondisi sosial budaya para pemanfaat layanan merupakan poin penting. Program layanan direncanakan hanya oleh pusat (vertikal) akan membawa tingginya risiko kegagalan penerapan (*implementation failure*).

Aspek lainnya yang penting dilihat ialah kerjasama pemerintah daerah dengan berbagai pihak, termasuk LSM, dalam mengupayakan keberhasilan program penanggulangan HIV dan AIDS. Misalnya di Medan, upaya pendistribusian alat pencegahan seperti kondom dan pelicin dari KPA Kota Medan disalurkan melalui LSM, puskesmas, dan kios kondom; sementara ARV didistribusikan dari dinkes ke rumah sakit dan puskesmas yang ditunjuk dinkes. Untuk memperlancar pelaksanaan program dalam lingkup kerjasama, digunakan perjanjian dalam bentuk MoU antar-lembaga pelaksana. Program pengumpulan jarum suntik bekas dan pemusnahannya di Sumatera Utara misalnya, dilaksanakan oleh RS Pirngadi dan LSM melalui perjanjian berbentuk MoU. Catatan dari kerjasama ini ialah kecenderungan keterlibatan LSM yang itu-itu saja. Umumnya lembaga ini juga pelaksana program dari KPA Provinsi, KPA Kota, dan donor. Pola kerjasama ini bukan hanya di Sumatera Utara dan Kota Medan saja. Di beberapa wilayah yang dikunjungi, pola ini juga berlaku.

Pola lain yang perlu mendapat catatan ialah dominannya inisiasi layanan program penanggulangan HIV dan AIDS oleh lembaga donor. Banyak layanan yang ada di wilayah kunjungan awalnya diinisiasi oleh lembaga donor. Penyediaan SDM dan peningkatan keterampilan paramedis pun didanai oleh lembaga donor. Keterbatasan dana dan minimnya tenaga terlatih menjadi kendala keberlangsungan layanan di puskesmas. Sementara perpindahan tenaga terlatih baik akibat rotasi jabatan atau faktor lain juga menjadi kendala keberlangsungan program.

Tabel 4 Program Penanggulangan HIV dan AIDS dalam Jaringan Kemenkes dan Dinkes Provinsi dan Kabupaten/Kota dan RS di Bali

Nama program	Fokus populasi	Sumber dana	Penanggung Jawab/ Pelaksana
Sero-survey	• Populasi berisiko tinggi	• Kemenkes • APBD Provinsi Bali • APBD kab/kota	• Dinkes Bali • Dinkes Kabupaten/Kota • BLK Bali

Screening donor darah	• Masyarakat umum	• APBN • Pasien	• PMI kabupaten/kota
Layanan IMS	• WPS	• APBD Provinsi • APBD Kabupaten • GFATM	• Puskesmas • Rumah sakit
Layanan VCT	• Populasi berisiko • Masyarakat umum	• APBN • APBD • GFATM	• Rumah sakit • Puskesmas
PDP	• ODHA	• APBN • APBD	• Rumah sakit
PMTCT	• Ibu hamil	• GFATM • APBD • APBN	• Rumah sakit
LASS	• Penasun	• GFATM • APBN • APBD	• Rumah sakit • Puskesmas
MMT	• Penasun	• APBN • APBD • GFATM • HCPI	• Rumah sakit • Puskesmas
TB-HIV	• Pasien TB	• APBN • APBD	• Rumah sakit • Puskesmas
Pengembangan laboratorium	• Seluruh populasi	• APBN • APBD	• Balai Laboratorium Kesehatan (BLK) Bali
Pengembangan kapasitas SDM kesehatan	• Petugas kesehatan puskesmas, rumah sakit, dan laboratorium	• GFATM • APBN • APBD	• Kemenkes RI • Dinkes Bali • Bapelkes Bali • BLK Bali

(Sumber: KPA Provinsi Bali, 2013)

Kasus di Kabupaten Manokwari bisa menjadi contoh. Puskesmas Maripi di Kecamatan Maripi sangat dekat dengan lokalisasi 55 Maruni. Ia mulai melayani pemeriksaan IMS sejak tahun 1992. Pencatatan dilakukan secara manual, sementara penjarangan populasi berisiko tinggi IMS dilakukan dengan cara *door to door*. Tahun 2005, dengan bantuan dana dari GFATM, diselenggarakan pelatihan pemeriksaan IMS secara terpadu bagi Puskesmas Maripi. GFATM setuju untuk membangun sebuah klinik IMS di daerah lokalisasi 55 Maruni dengan tujuan mempermudah akses bagi pekerja seks di lokasi tersebut untuk mendapat layanan kesehatan terutama

pemeriksaan IMS. Klinik ini juga turut mendukung program “100% Kondom” pada tahun 2006 dengan menyediakan dan mendistribusikan kondom kepada pekerja seks sampai sekarang. Keberadaan klinik ini menjamin ketersediaan kondom tidak pernah kosong di daerah tersebut. Selanjutnya, tahun 2007, GFATM mendukung Puskesmas Maripi untuk mempersiapkan pelayanan VCT di puskesmas dengan melatih 5 orang sebagai Tim VCT. Layanan VCT ini juga dibuka di Klinik yang berada di lokalitas 55 Maruni. Pada tahun 2011 GFATM juga mendukung pelatihan konselor. Satu petugas dilatih sebagai konselor pada saat itu, tetapi tidak lama setelah dilatih petugas tersebut pindah, sehingga layanan VCT, baik di puskesmas maupun di klinik, macet sampai sekarang.

Kondisi yang secara signifikan memengaruhi pelayanan penanggulangan HIV dan AIDS ialah perubahan status rumah sakit. Pelaksanaan desentralisasi diikuti dengan perubahan status rumah sakit menjadi BLU yang mengubah sistem manajerial seperti pengadaan layanan berdasarkan kontrak. Kondisi ini nisbi memengaruhi pelayanan rumah sakit secara umum maupun secara khusus untuk pasien HIV dan AIDS. Beberapa rumah sakit telah ditunjuk langsung berdasarkan keputusan Menkes untuk menjadi rumah sakit rujukan ODHA dan pelayanan ART. Di Provinsi Sulawesi Selatan, berbeda dengan provinsi lain, telah dibentuk Biro Bina Napza dan HIV-AIDS sejak tahun 2008. Jamkesda di Sulawesi Selatan juga sudah mencakup pelayanan bagi ODHA secara resmi sejak 1 Desember 2012. Sedangkan KPA Kota Makassar menjalankan program berdasarkan kebijakan dan perencanaan KPAN. Keberadaan Biro Bina Napza dan HIV-AIDS di Provinsi Sulawesi Selatan yang menjadi lembaga spesifik di daerah ini seharusnya memberikan kontribusi positif. Tetapi, keberadaan lembaga ini bisa saja bertumpang tindih dengan program yang diprakarsai oleh KPA Kota Makassar. Tanpa koordinasi yang padu, tumpang tindih itu malah menjadikan program-program penanggulangan HIV dan AIDS menjadi menjadi kontraproduktif.

Beberapa kasus dan uraian di atas mempertegas bahwa pengintegrasian program penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan sangat diperlukan di semua level. Begitu juga pepaduan koordinasi antar-lembaga. Kerjasama horizontal dalam lembaga atau antar-lembaga perlu dikembangkan lagi. Kerjasama ini diwujudkan dengan penegasan peran dan aturan yang mengikat serta bertanggung jawab.

KEBIJAKAN DAN PROGRAM PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS

KEBIJAKAN merupakan serangkaian keputusan yang dibuat oleh pemegang tanggung jawab pada bidang tertentu. Kebijakan tentang HIV dan AIDS mencakup serangkaian keputusan dan aksi yang memengaruhi lembaga, organisasi, peran para pemangku kepentingan, sistem penyedia layanan, dan pendanaan terkait dengan HIV dan AIDS.

Bab ini akan memetakan beberapa kebijakan yang relevan dengan program penanggulangan HIV dan AIDS selama periode awal respons sampai tahun 2013. Pemetaannya dibagi ke dalam komponen-komponen utama program, yaitu promosi dan pencegahan; perawatan, dukungan dan pengobatan; tata kelola informasi strategis; sumber daya manusia, akses dan logistik; hak asasi; pendanaan; serta mitigasi dampak.

Pemetaan kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS mulai respon awal hingga tahun 2013 adalah, kebijakan yang terkait dengan promosi dan pencegahan; perawatan, dukungan dan pengobatan; tata kelola sumber daya, akses dan logistik, kebijakan berbasis hak; tata kelola multi sektoral, pendanaan, dan mitigasi dampak. Banyaknya kebijakan yang dibuat pada mulanya didasari pada anggapan bahwa pembentukan lembaga dan kebijakan akan menjamin keberlangsungan program. Satu hal yang tidak disadari adalah pembentukan lembaga dan kebijakan itu lebih diinisiasi oleh pusat dan dalam hal pendanaan masih didominasi oleh donor. Asumsi lain adalah kapabilitas sektor luar AIDS dan sektor kesehatan pada khususnya memberikan respon yang komprehensif. Pada implementasinya asumsi ini tidak sepenuhnya benar, sehingga kendala pelaksanaan kebijakan sering ditemui dan pada akhirnya menyebabkan kesenjangan kebijakan dan pelaksanaannya.

4.1 Kebijakan Promosi dan Pencegahan

Perjalanan epidemi HIV dan AIDS di Indonesia seperti yang dijelaskan pada bagian sebelumnya menuntut pemerintah mengeluarkan kebijakan pencegahan sebagai landasan hukum dan arah program yang akan dilakukan. Pada awalnya, kebijakan pencegahan ditekankan pada pencegahan penularan melalui transmisi seksual. Perubahan pola penularan HIV dan AIDS dari transmisi seksual ke penularan melalui jarum suntik memerlukan respons kebijakan yang kontekstual, komprehensif, dan berkesinambungan.

Pelayanan penanggulangan HIV/AIDS dan IMS yang komprehensif dan berkesinambungan bukan merupakan konsep baru. Konsep layanan seperti ini telah diinisiasi oleh Depkes sejak tahun 2004. Belajar dari hal tersebut, lalu diluncurkan kembali layanan HIV-IMS komprehensif berkesinambungan dengan lebih memperkuat aspek penguatan jejaring, rujukan, penguatan komponen masyarakat, dengan titik pusat pada tingkat komprehensif di kabupaten/kota. Pengembangan pedoman dan konsep Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) ini didukung oleh WHO, juga mitra lainnya seperti KPAN, NU, PKBI, SUM, dan sebagainya. Diskusi intensif mulai pengembangan pedoman, modul, pemilihan kabupaten/kota, dan pembagian tugas dan fungsi dengan mitra perlu diintensifkan.

Bagian ini memaparkan hasil kajian tentang kebijakan yang menyangkut promosi dan, pencegahan. Dalam KIE, strategi pencegahan sering disebut dengan strategi *Abstinen, Be faithfull, Condom, Drug and its Equipment* (ABCD). Kebijakan promosi dan pencegahan mencakup strategi komunikasi, pencegahan melalui transmisi seks, pengurangan dampak buruk napza, dan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak.

Strategi Komunikasi

Strategi komunikasi menjadi unsur pokok dalam program-program promosi dan pencegahan. Program komunikasi publik tercakup dalam delapan program pencegahan dalam Stranas Penanggulangan HIV dan AIDS 2007–2010 rancangan KPAN. Strategi ini bermakna komprehensif, mulai dari komunikasi, informasi, pendidikan, penyuluhan, tatapmuka, pembinaan ketahanan keluarga dan penyetaraan gender dengan menggunakan jalur komunikasi dan media yang tersedia. Dinyatakan bahwa komunikasi publik dapat menurunkan derajat kerentanan kelompok–kelompok rentan.

KPAN secara khusus juga mencanangkan rencana Strategi Komunikasi Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia pada tahun 2008 atas dukungan dari HCPI-AusAID.²⁷ Dalam pedoman tersebut dinyatakan bahwa komunikasi memiliki peran mendasar yang harus dijalankan untuk mencapai tujuan dari Stranas. Komunikasi strategis terdiri atas tiga komponen penting: advokasi, mobilisasi sosial

²⁷ Neill McKee, Fonny J. Silfanus, KPAN (2008). *Strategi Komunikasi Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia*. Jakarta: KPAN.

dan komunikasi perubahan perilaku

Komponen yang banyak digunakan dan secara strategis diterapkan ialah komunikasi perubahan perilaku (KPP) atau *behavioral communication change* (BBC). BCC telah dipelopori oleh FHI pada tahun-tahun sebelumnya. Pada tahun 2002, dengan dukungan USAID, FHI merilis kerangka kerja BCC untuk HIV dan AIDS sebagai bagian dari penerapan program pencegahan dan perawatan AIDS (*Impelementing AIDS Prevention and Care-IMPACT*).²⁸ Dalam kerangka kerja ini dinyatakan bahwa komunikasi merupakan bagian penting dalam program menyeluruh yang mencakup baik pelayanan (medis, sosial, psikologis, dan spiritual) maupun peralatan (seperti kondom dan jarum suntik). Sebelum individu dan komunitas mampu mengurangi level risiko atau mengubah perilaku, mereka pertama-tama harus memahami kebenaran-keberanan mendasar mengenai HIV dan AIDS, menjalankan perilaku-perilaku kunci, mempelajari seperangkat kemampuan, dan diberikan akses yang memadai atas produk dan pelayanan penanggulangan HIV dan AIDS.

KPAN telah mendapat dukungan penuh—termasuk pendanaan yang besar—dalam pelaksanaan program komunikasi publik dari FHI-USAID serta HCPI-Aus AID sebagai mitra internasional KPAN. Salah satu produk dari program strategi komunikasi yang diinisiasi oleh FHI-USAID tahun 2006 berupa iklan layanan masyarakat. Iklan layanan masyarakat dengan ikon Harry Roesli yang ditayangkan di beberapa kanal siaran televisi itu menyampaikan pesan “Periksa IMS” dan “Pakai Kondom atau Kena!”, dan ditutup dengan *cameo* tokoh lima agama di Indonesia dengan pesan *Abstinen* dan *Be Faithful*. Dalam laporan FHI kepada USAID, iklan layanan masyarakat dinilai dapat menggoyang publik dalam arti positif dan minim pertentangan—reaksi negatif yang mengemuka hanya timbul dari Front Pembela Islam (FPI).

Sekitar tahun 2007–2008, FHI melaksanakan pemasaran sosial kondom melalui melalui media hiburan (*edutainment*) di daerah-daerah mangkal laki-laki berisiko tinggi, seperti pelabuhan. Saat yang bersamaan juga ditawarkan tes dan konseling HIV, serta pemeriksaan IMS secara gratis. Hasil evaluasi kegiatan ini belum ditemukan oleh peneliti, tetapi hasil interview dengan pelaksana program mengungkapkan strategi ini cukup sukses di beberapa tempat ketika mendapat perhatian dari pemerintah setempat seperti bupati—misalnya di Banyuwangi.

Kegiatan pemasaran sosial kondom yang cukup mengemuka ialah Pekan Kondom Nasional. Memperingati Hari AIDS Sedunia pada Desember 2013, KPAN dengan didukung sebuah produsen kondom mencanangkan Pekan Kondom Nasional pada 1–7 Desember 2013. Kegiatan ini dimaksudkan untuk “menjemput bola” populasi

²⁸ FHI dan Institute for HIV/AIDS (2002). “Behavior Change Communication: A Strategic Framework.” Virginia, USA: FHI dan USAID.

agar terjangkau target kampanye perubahan perilaku berisiko—menggunakan kondom. Kampanye dan pembagian kondom dilakukan dengan menggunakan mobil van di tempat-tempat umum seperti *mall*, kampus, dll. di kota-kota besar seperti Jakarta, Bandung, dan Yogyakarta. Kegiatan ini mendapat respons negatif dari berbagai kelompok masyarakat, terutama organisasi-organisasi keagamaan, termasuk dari lingkungan kampus sendiri.

Meskipun strategi komunikasi tidak dicakup secara khusus dalam SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS 2010–2014, HCPI-AusAID tetap menggelontorkan dana dukungan bagi strategi komunikasi khusus untuk Papua (pengadaan materi KIE) dan kelompok MSM (pengadaan situs). FHI-USAID juga memberikan pelatihan terkait strategi komunikasi meskipun belum menghasilkan produk yang riil. FHI-USAID sebagai pelopor pendekatan ini menggelontorkan dana tidak sedikit, termasuk menggaji rata-rata 5–10 petugas *outreach* dari tiap lembaga partner lokal. Sementara HCPI yang berfokus pada cakupan intervensi *Harm Reduction* menggunakan kader masyarakat. Meskipun begitu, fungsi petugas *outreach* dan kader masyarakat sama, yaitu menyampaikan pesan dan alat pencegahan kepada kelompok populasi kunci. Petugas *outreach* memiliki fasilitas seperti gaji, uang transport, dan pelatihan berkesinambungan, serta punya fleksibilitas untuk melakukan inovasi. Sedangkan kader masyarakat bersifat sukarela.

Sementara itu, sejak tahun 2010, USAID melakukan efisiensi bantuan di seluruh sektor, termasuk penanggulangan HIV dan AIDS, dengan mengurangi jumlah dan cakupan kerja. Dana GFATM yang mengalir setahun kemudian tidak memberikan fasilitas yang sama, sehingga berdampak pada kualitas *outreach* secara keseluruhan. *Outreach* menjadi membosankan bagi petugasnya, terlebih pada kelompok populasi kunci target *outreach*.

HCPI melanjutkan strategi komunikasi dengan menggabungkan *above the line* (melalui media massa) dan *below the line* (non-media massa) yang disebut *through the line* di daerah Papua. Pesan yang disampaikan konsisten di berbagai media (TV, radio, *flyer* dan poster) untuk mengubah persepsi masyarakat. Tokoh yang dipilih saat itu ialah pemain sepak bola nasional asal Papua. Evaluasi mendetail terhadap strategi ini, termasuk rasa memiliki dari pemerintah Papua, tidak ditemukan oleh peneliti. Tetapi, berdasarkan wawancara dengan pihak-pihak yang terlibat langsung, diungkapkan bahwa produk komunikasi yang didanai oleh HCPI bersifat stimulan, dan diharapkan KPAN mampu melakukan pendampingan terhadap pelaksanaan strategi komunikasi ini oleh pemerintah Papua lantaran pemerintah lokal tidak mempunyai dana khusus untuk program ini.

Selain iklan layanan masyarakat dan pemasaran sosial kondom, strategi

komunikasi juga ditempuh melalui kegiatan edukasi kepada jurnalis. Pendidikan jurnalis ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan dan eksplorasi isu HIV dan AIDS terkait isu-isu lain. Baik FHI maupun HCPI memberikan dukungan bagi kegiatan ini melalui kerjasama dengan berbagai aliansi jurnalis (AJI dan Dewan Pers). Kegiatannya berupa pelatihan liputan isu HIV-AIDS dan lomba penulisan. Kegiatan ini dilakukan dengan intensitas yang naik-turun. FHI menghentikan kegiatan ini sejak tahun 2005, sementara dukungan dari HCPI terhenti pada tahun 2012. Kegiatan ini mendapat tantangan tingginya rotasi topik jurnalis, perpindahan jurnalis antar-perusahaan media, dan pemegang keputusan pemilihan berita bukan jurnalis melainkan editor.

Refleksi secara umum dari program-program strategi komunikasi bisa disarikan sebagai berikut. Bahwa kampanye penanggulangan HIV dan AIDS tidak selalu menimbulkan pertentangan, tergantung dari pemilihan penyampai pesan (tokoh/profesi yang disegani masyarakat, seperti seniman rakyat dan dokter), isi pesan tidak vulgar tapi jelas, serta media dan waktu tayang. Berbagai kecaman terhadap iklan layanan masyarakat maupun pemasaran sosial kondom yang timbul justru bisa dimanfaatkan gerakan penanggulangan HIV dan AIDS. Ketika kontroversi seputar kegiatan-kegiatan tersebut mendapat sorotan intensif media massa, secara tidak langsung akan menuntut khalayak untuk mencari tahu apa dan bagaimana HIV dan AIDS—atau bisa dimaknai sebagai iklan gratis yang bisa memengaruhi masyarakat dan pemangku kebijakan untuk mendukung gerakan penanggulangan HIV dan AIDS secara lebih luas.

Khusus untuk iklan layanan masyarakat, perlu dipertimbangkan lagi bagaimana mengemas iklan yang bermutu. Iklan layanan masyarakat yang bermutu tentunya membutuhkan dana yang tidak sedikit. Produksi dan publikasinya menggunakan logika yang tidak begitu berbeda dengan iklan komersial—memerlukan riset, uji coba pesan, serta ditangani oleh perusahaan agensi periklanan.

Refleksi strategi komunikasi terhadap penerapan sistem desentralisasi juga bukannya tidak ada. Desentralisasi menjadikan kantong-kantong dana tidak hanya dari pusat tapi juga *co-sharing* dengan provinsi dan kabupaten/kota. Sehingga, diperlukan penyesuaian-penyesuaian tertentu antara pemerintah pusat dan daerah dalam mengembangkan program-program strategi komunikasi, dengan mempertimbangkan kapasitas pemerintah daerah.

Pencegahan Melalui Alat Suntik (Harm Reduction)

Pencegahan melalui alat suntik termasuk dalam cakupan program *Harm Reduction*. Salah satu unsur penting yang menjadi perhatian dalam konteks program

ini ialah napza. Pelaksanaan program ini di Indonesia mengalami proses panjang dan melibatkan banyak pihak. Keterlibatan MPI (AusAID, USAID, GFATM), LSM, organisasi para pecandu dan masyarakat umum telah mendorong pemerintah mengeluarkan kebijakan pengurangan dampak buruk napza.

Sampai akhir 1990-an, *Harm Reduction* sudah dikenali oleh pemerintah, tetapi masih belum direstui. Sehingga pembagian alat suntik steril yang dipelopori oleh LSM, Dinkes (melalui puskesmas), dan lembaga internasional dilakukan tanpa kekuatan hukum. Kegiatan ini baru mendapat kekuatan hukum ketika diberlakukan Keputusan Menkes Nomor 996/Menkes/SK/VIII/2002 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sarana Layanan Rehabilitasi Penyalahgunaan dan Ketergantungan Napza. KPAN kemudian melakukan lobi kepada pihak penegak hukum agar friksi antara prinsip *Harm Reduction* dan *Abstinens* dapat diminimalisasi. Lobi ini menghasilkan Nota Kesepahaman antara KPAN dan BNN di tahun 2003 yang dipimpin langsung oleh Menkokesra selaku Ketua KPAN yang disahkan dalam Keputusan Bersama Menkokesra Nomor 20.KEP/MENKO/KESRA/XII/2003 dan Kepala Kepolisian Negara Nomor B/01/XII/2003/BNN tentang Pembentukan Tim Nasional Upaya Terpadu Pencegahan Penularan HIV/AIDS dan Pemberantasan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat/Bahan Adiktif dengan Cara Suntik.

Setelah tim nasional tersebut terbentuk, beberapa lembaga lokal pelopor *Harm Reduction* seperti puskesmas di bawah Dinkes Jakarta dan lembaga internasional pendukung seperti FHI-USAID dan IHPCP-AusAID mulai mendistribusikan alat suntik. Saat itu banyak petugas *outreach* (bukan petugas kesehatan) yang ditangkap karena kedapatan membawa alat suntik steril maupun bekas, tetapi jarang diproses lebih lanjut jika memang tidak terbukti mengonsumsi napza. Berdasarkan UU Kesehatan Nomor 29/2004, alat suntik steril termasuk alat kesehatan yang hanya bisa dibagikan oleh petugas kesehatan. Dari dasar ini, peran puskesmas dalam mendistribusikan alat suntik dianggap cukup strategis, karena tidak bertentangan dengan tupoksi sekaligus keberadaan puskesmas mencapai tingkat kelurahan. Kelemahannya pun kecil, yakni keterbatasan mobilitas petugas kesehatan itu sendiri.

Pada tahun 2006 dilaporkan bahwa penularan HIV dan AIDS melalui jarum suntik mencapai 46% dari keseluruhan kasus HIV dan AIDS di Indonesia. Muncullah Keputusan Menkes Nomor 567/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Napza. Di beberapa tempat, LSM dan puskesmas bekerjasama sangat erat sehingga petugas *outreach* dipercaya puskesmas menjangkau dan mendistribusikan alat suntik steril secara aktif ke penasun.

Beberapa regulasi lantas diberlakukan sebagai kerangka kebijakan *Harm Reduction*, antara lain:

1. Kepmenkes Nomor 494/Menkes/SK/VII/2006 tetang Penetapan Rumah Sakit dan Satelit Uji Coba serta Pedoman Pogram Terapi Rumatan Metadon.
2. Permenkokesera Nomor 2/2007 tentang Kebijakan Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk Pengguna Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif Suntik.
3. Kepmenkes Nomor 486/Menkes/SKIV/2007 tentang Kebijakan dan Rencana Strategi Penanggulangan Penyalahgunaan Napza.
4. Kepmenkes Nomor 420/Menkes/SK/III/2010 tentang Pedoman Layanan Terapi dan Rehabilitasi Komprehensif pada Gangguan Pengguna Napza berbasis Rumah Sakit.
5. Kepmenkes Nomor 421/Menkes/SK/III/2010 tentang Standar Pelayanan Terapi dan Rehabilitasi Gangguan Penggunaan Napza.
6. Kepmenkes Nomor 350/Menkes/SK/IV/ tentang penetapan rumah sakit pengampu dan satelit program terapi rumatan metadon serta pedoman program terapi rumatan metadon.
7. Kepmenkes Nomor 378/Menkes/SK/IV/2008 tentang pelayananan rehabilitasi medik di rumah sakit.
8. Kepmenkes Nomor 567/Menkes/SK/VII/ tetang Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Narkotika, Psikotropik dan Zat Adiktif.
9. Surat Edaran Kepala Dinas Kesehatan DKI Jakarta Nomor 3884/1.778/2009 mengenai pendanaan lokal puskesmas untuk program *Harm Reduction*.

Dalam pelaksanaannya, program pencegahan HIV dan AIDS melalui pengurangan dampak buruk napza mengalami dinamika yang cukup tinggi, mulai dari penyelarasan kebijakan dan pelaksanaan program *Harm Reduction* itu sendiri. Tabel 5 menyajikan capaian program berdasar target SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2007.

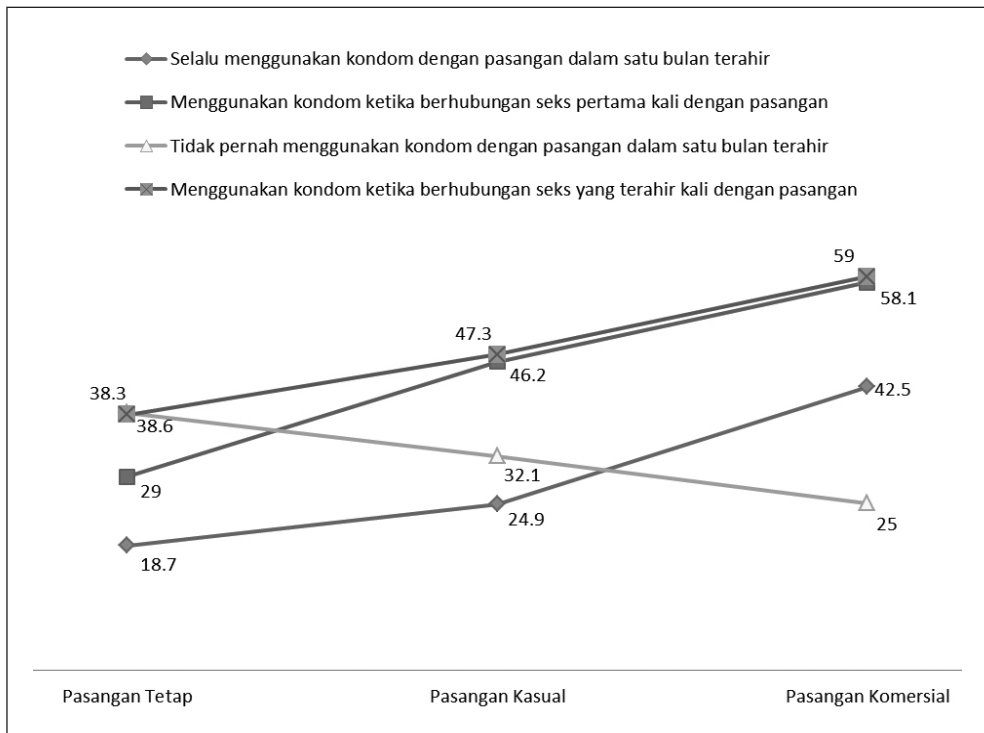
Tabel 5 Capaian Target SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS sampai Tahun 2007

Jenis Layanan	Capaian Jumlah, % dari target SRAN
LASS (alat suntik)	23,187 - 86,65 % target RAN 2007
PRTM (metadon)	6,734 - 83,86% target RAN 2007
Konseling Testing HIV	5,666 - 26,46% target RAN 2007
Penjangkauan	49,095 - 147% target RAN 2007

Data STBP 2011 menunjukkan penurunan prevalensi HIV di kalangan penasun di beberapa kota dibandingkan STBP 2007. Salah satu faktor yang memengaruhinya ialah masa menjadi penasun. Penasun yang menyuntik lebih dari

dua tahun prevalensinya lebih tinggi dibandingkan yang menyuntik kurang dari dua tahun. Selain itu, proporsi penasun yang berbagi jarum dalam minggu terakhir juga menurun. Penasun sebagian besar aktif secara seksual, baik dengan pasangan tetap, pasangan tidak tetap, WPS, dan klien. Hubungan seks tanpa kondom pada penasun juga masih tinggi. Hasil STBP 2011 menunjukkan proporsi penasun di beberapa kota yang melaporkan pemakaian kondom tidak konsisten dengan WPS dalam tahun terakhir. Selanjutnya, hasil studi yang dilakukan oleh Unika Atmajaya tahun 2009 menunjukkan bahwa proporsi penasun tidak memakai kondom pada pasangan tetap lebih tinggi daripada pasangan kasual dan pasangan komersial selama satu bulan terakhir.

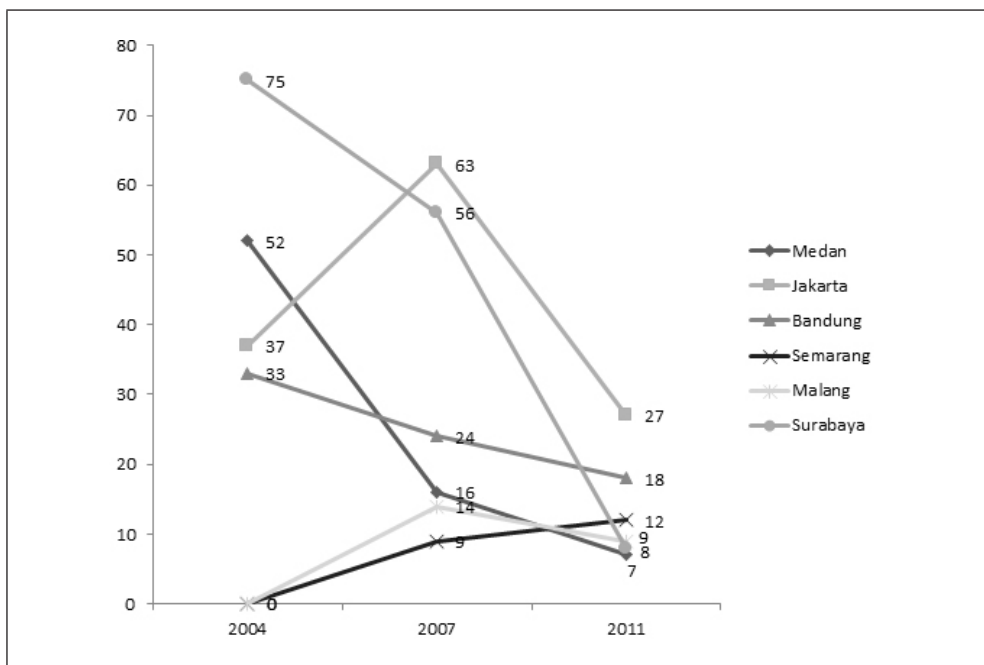
Proporsi penasun yang menggunakan kondom dengan pasangan komersial pada saat hubungan seks terakhir lebih tinggi daripada pada pasangan kasual dan pasangan tetap. Hal ini berarti pasangan tetap rawan tertular HIV karena konsistensi pemakaian kondom rendah. Implikasi pada program pencegahan penanggulangan HIV dan AIDS pada penasun perlu memperhatikan juga pencegahan melalui transmisi seksual penasun dan jaringan seksualnya. Secara terperinci, proporsi pemakaian kondom pada penasun terlihat pada grafik Gambar 15.



(Sumber: LPPM Unika Atmajaya, 2009)

Gambar 15 Penggunaan Kondom oleh Penasun Berdasarkan Tipe Pasangan

Upaya penanggulangan HIV dan AIDS di kalangan penasun bertujuan mendorong mereka melakukan perubahan perilaku dari yang berisiko ke yang tidak berisiko. Salah satu perilaku yang berisiko menularkan HIV ialah menggunakan jarum suntik taksteril secara bergantian. Hasil STBP 2004, 2007, dan 2011 menunjukkan kecenderungan menurunnya pemakaian jarum suntik secara bergantian di kalangan penasun. Perubahan perilaku menyuntik ini dapat mengurangi risiko tertular atau menularkan HIV lewat jarum suntik. Temuan ini menunjukkan keberhasilan program pengurangan dampak buruk melalui jarum suntik di kalangan penasun. Proporsi penasun yang berbagi jarum suntik dalam minggu terakhir berdasarkan kota, terperinci pada Gambar 16.



(Sumber: STBP 2004, 2007, 2011)

Gambar 16 Proporsi Penasun yang Berbagi Jarum dalam Minggu Terakhir Berdasarkan Kota pada Tahun 2004, 2007, 2011

Program Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual (PMTS)

Kegiatan pokok pencegahan penularan HIV dan AIDS melalui transmisi seksual menargetkan 80% populasi kunci terjangkau dengan program yang efektif dan 60% populasi kunci berperilaku hidup sehat dan menggunakan kondom setiap hubungan seks berisiko. Tujuan utamanya ialah menurunkan prevalensi IMS dengan pemakaian kondom konsiten dan pengobatan IMS.

Standarisasi teknis medis IMS dan adopsi pendekatan 100% kondom. Salah

satu faktor yang memperhebat penularan HIV adalah resistensi antibiotik yang digunakan dalam pengobatan IMS. Subdit AIDS Kemenkes RI secara aktif berkolaborasi dengan FHI/USAID melakukan serangkaian studi untuk menyajikan bukti dalam penetapan pencegahan HIV melalui pemeriksaan IMS yang berstandar secara berkala bagi pelaku seks berisiko, penggunaan *strain* baru antibiotik untuk pengobatan IMS, serta diagnosis berstandar. Diagnosis dan pengobatan berdasarkan pemeriksaan laboratorium sederhana ditetapkan dalam Kepmenkes Nomor 1285/Menkes/SK/X/2002 tentang Pedoman Penanggulangan HIV/AIDS dan Penyakit Menular Seksual, kemudian diperbaharui dengan keluarnya Permenkes Nomor 21/2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.

Pada periode 2007–2010, intervensi terhadap penyakit menular seksual di lokasi menyasar tingkat komunitas, bukan individu (pekerja seks). Dimulai sejak tahun 2006, Indonesia mengadopsi Program Penggunaan Kondom 100% (PPK 100%) yang mengikuti model yang sangat sukses di Thailand. Didorong oleh WHO dan dukungan teknis berbagai mitra, pendekatan ini dikembangkan secara serius di Indonesia. FHI menjadi mitra internasional utama yang berminat besar untuk melakukan uji coba intervensi terbaik untuk mencapai kondom 100% tersebut. Pada tahun 2008, dengan berbekal contoh keberhasilan di beberapa lokasi, FHI merumuskan empat pilar sebagai prasyarat keberhasilan intervensi di suatu lokasi, yaitu 1) mobilisasi komunitas dan penguatan *stakeholders*; 2) intervensi perubahan perilaku; 3) ketersediaan dan manajemen kondom; serta 4) layanan IMS dan HIV. KPAN kemudian berinisiatif untuk melakukan *scaling up* terhadap pendekatan ini menjadi 72 lokasi di 15 provinsi, dan bertambah lagi menjadi 137 lokasi sebelum tahun 2015.

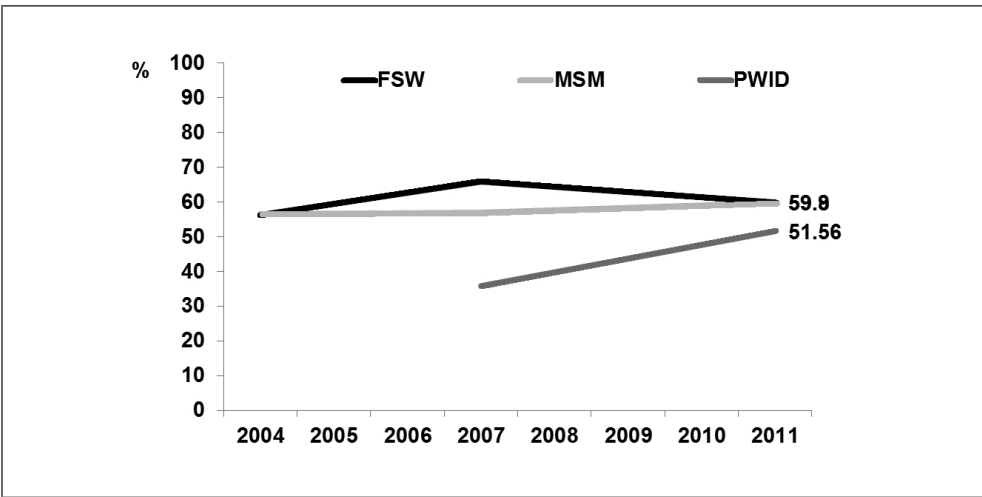
Pada periode 2005–2010, VCT menjadikan petugas kesehatan pasif mencari kasus HIV. Indonesia telah mengadakan program konseling dan tes HIV sukarela atau VCT sejak tahun 2005 berdasarkan Kepmenkes RI Nomor 1507/Menkes/SK/X/2005 tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS secara Sukarela (*Voluntary Counselling and Testing*). Program VCT ini dilakukan secara sukarela dan rahasia. Di sisi lain, pengetahuan yang minim dan adanya stigma dari masyarakat menyebabkan VCT kurang diminati, apalagi jika masih dalam tahap HIV yang belum bergejala. Tidak heran jika jumlah ODHA yang menjalani pemeriksaan dan mengakses obat ARV gratis dari pemerintah lebih kecil dibandingkan estimasi jumlah penderita HIV dan AIDS di Indonesia. Dengan mekanisme VCT, penyedia layanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas dan tenaga medis lebih bersifat pasif. Pola VCT ini hanya menghimbau masyarakat secara sukarela untuk memeriksakan diri ke rumah sakit dan bersedia menjalani tes dan konsultasi. Akibatnya, penemuan kasus HIV di Indonesia dengan VCT sangat rendah, karena stigma dan minimnya

pengetahuan menyebabkan banyak orang yang enggan memeriksakan diri.

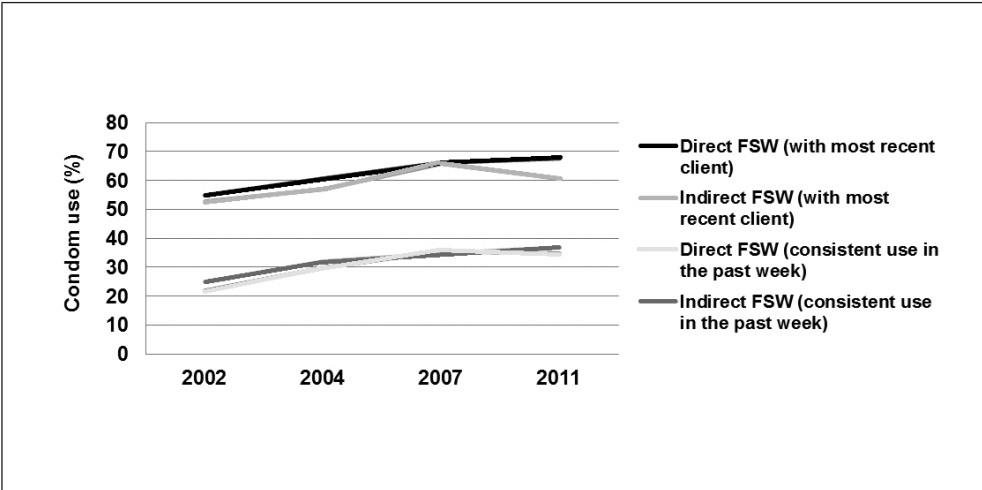
Pada tahun 2011, *Provider-initiated HIV Testing and Counselling* (PICT) dijadikan sebagai media deteksi dini HIV. Salah satu tokoh penggerak PICT, Prof. Zubairi Djoerban, menunjukkan sebuah penelitian di Los Angeles dan New York mengenai VCT yang dibandingkan dengan Oakland yang menerapkan PICT. Perbandingan itu menunjukkan manfaat PICT jauh lebih baik. VCT dapat menjangkau 1.500 pasien, sedangkan PICT dapat menjangkau 31.000 pasien. Tes rutin mengidentifikasi HIV positif empat kali lebih banyak dan prevalensi yang konsisten. Melihat cakupan yang rendah, Kemenkes berupaya menetapkan PICT sebagai pilihan petugas kesehatan, dan mulai dilaksanakan secara luas pada tahun 2011.

Pada periode 2008–2013, penanggulangan HIV secara komprehensif dimulai dari wilayah kecamatan di bawah koordinasi puskesmas. Penetapan kerangka kerja komprehensif diinisiasi oleh FHI/USAID untuk program 2008–2010 dan direplikasi oleh KPAN melalui dana GFATM untuk program 2010–2015, kemudian diadopsi oleh konsep LKB yang dirumuskan dalam Permenkes Nomor 21/2013 tentang penanggulangan HIV dan AIDS. LKB ini mencakup semua bentuk layanan HIV dan IMS, seperti kegiatan KIE pengetahuan komprehensif; promosi penggunaan kondom; pengendalian/pengenalan faktor risiko; Konseling dan Tes HIV; Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (PDP); Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA); Pengurangan Dampak Buruk Napza; Layanan IMS; pencegahan penularan melalui darah donor dan produk darah lainnya; kegiatan pengawasan dan evaluasi serta surveilans epidemiologi di puskesmas rujukan dan non-rujukan termasuk fasilitas kesehatan lainnya, dan rumah sakit rujukan di kabupaten/kota, dengan keterlibatan aktif dari sektor masyarakat.

Capaian program PMTS belum menunjukkan hasil yang menggembirakan walaupun ada tren meningkat. Masalah utamanya ialah tentang konsistensi pemakaian kondom, meskipun pemakaian kondom pada saat melakukan hubungan seks terakhir cenderung meningkat seperti terlihat pada grafik Gambar 17. Konsistensi pemakaian kondom oleh para WPS, baik yang langsung maupun yang tidak langsung, cukup rendah.



(Sumber: Country Report on the Follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS): Reporting Period 2010–2011.)



Gambar 17 Pemakaian Kondom pada Penjaja Seks 2002–2011

Populasi berisiko tinggi yang dapat dijangkau dengan program pencegahan yang sudah ada tidak cukup banyak (kurang dari 10%), dan terlalu sedikit yang mengakses program VCT yaitu sebanyak 18,1% dari pengguna napza suntik; 14,8% pekerja seks; bahkan hanya sebesar 3,3% pelanggan pekerja seks yang mengakses VCT.

Berikut ini ialah kebijakan yang terkait tata kelola kesehatan yang mempunyai kaitan tidak langsung dengan layanan HIV, tetapi dalam perspektif integrasi HIV ke dalam sistem kesehatan perlu diperhatikan.

1. UU Nomor 29/2004 tentang Praktik Kedokteran
2. UU Nomor 36/2009 tentang Kesehatan

3. UU Nomor 44/2009 tentang Rumah Sakit
4. PP Nomor 7/2011 tentang Pelayanan Darah
5. Permenkes Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010/ tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
6. Permenkes Nomor 001/2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan

Pencegahan Penularan Ibu ke Anak (PPIA)

Pada bulan Oktober 2005 Kemenkes membuat sebuah rencana kerja jangka menengah mengenai perawatan, dukungan dan pengobatan untuk ODHA, serta pencegahan HIV/AIDS. Kepmenkes Nomor 1508/Menkes/SK/X/2005 tentang rencana jangka menengah ini dibuat agar dapat mendukung Rencana Penanggulangan HIV/AIDS Nasional, terutama rencana kerja selama tahun 2005–2009. Beberapa kebijakan yang terkait dengan PPIA antara lain:

- PP Nomor 33/2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif
- Kepmenkes Nomor 128/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas
- Permenkes Nomor 411/Menkes/Per/III/2010 tentang Laboratorium Klinik
- Kepmenkes Nomor 782/Menkes/SK/IV/2011/ tentang Rumah Sakit Rujukan Bagi ODHA
- Permenkes Nomor 1907/Menkes/Per/VI/2011 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar Jamkesmas

Selain itu, ada Surat Edaran Menkes Nomor GK/Menkes/001/1/2013 tentang Layanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Dalam surat edaran yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Kepala Rumah Sakit Seluruh Indonesia itu disebutkan ruang lingkup PPIA secara inklusif meliputi:

- Setiap ibu hamil harus mendapat pelayanan antenatal;
- Tes HIV wajib ditawarkan kepada semua ibu hamil di daerah *epidemic* HIV meluas dan terkonsentrasi;
- Test HIV dipromosikan untuk ditawarkan pada ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah *epidemic* HIV rendah;
- Test HIV pada ibu hamil dilaksanakan bersamaan dengan pemeriksaan laboratorium rutin lainnya;
- Fasilitas kesehatan wajib melaksanakan upaya promosi, pencegahan, pemeriksaan; dan
- Pengobatan sesuai dengan pedoman yang ditetapkan.

4.2 Kebijakan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (PDP)

Pada awalnya, mayoritas program penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia mengacu pada berbagai program yang pernah dilakukan di berbagai negara dan pedoman yang dikeluarkan oleh WHO. Terminologi yang dipakai pun mengacu pada terminologi WHO, seperti *care, support and treatment* (CST). Pada 2010-an istilah CST dalam dokumen SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS 2010–2014 disebut dengan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (PDP). Tujuan dari program PDP ialah penguatan dan pengembangan layanan kesehatan serta koordinasi antar-layanan dengan beberapa target, yakni 1) Tersedianya layanan kesehatan yang berkualitas dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat; 2) 100 % ODHA yang memerlukan pencegahan dan pengobatan IO dapat mengakses layanan kesehatan sesuai kebutuhan; 3) Memberikan pengobatan ARV kepada orang terinfeksi HIV yang membutuhkan sesuai dengan standar WHO untuk kualitas hidup yang lebih produktif; 4) Pengembangan perawatan komunitas untuk memberikan dukungan psikologis dan sosial; dan 5) Meningkatkan kapasitas ODHA melalui pendidikan dan pelatihan bagi ODHA. Untuk melihat kinerja program dan capaiannya, beberapa laporan dari instansi terkait di-review. Laporan situasi perkembangan HIV dan AIDS di Indonesia tahun 2013 dari Ditjen PP dan PL, Kemenkes RI, menunjukkan hasil sebagai berikut:

- Jumlah infeksi HIV yang dilaporkan menurut faktor risiko heteroseksual cenderung meningkat tahun 2010–2013;
- Persentase AIDS yang dilaporkan menurut risiko dari tahun 1987 sampai dengan September 2013 adalah 60,9% heteroseksual dan 17,4 % penasun;
- Persentase AIDS yang dilaporkan menurut faktor risiko pada Juli–September 2013 mayoritas adalah heteroseksual (81,9%).

Laporan tersebut mengindikasikan bahwa penularan HIV dan AIDS melalui hubungan seks masih tinggi sampai saat ini, walaupun banyak program yang sudah dilaksanakan.

Program PDP saat ini sudah menunjukkan kemajuan. Jumlah rumah sakit, puskesmas dan klinik layanan meningkat pesat sejalan dengan meningkatnya temuan kasus. Berbagai kebijakan dibuat untuk memperbaiki penyediaan layanan. Kebijakan yang berhubungan dengan PDP mayoritas dikeluarkan oleh Kemenkes, kementerian dan badan teknis yang menjadi anggota KPAN. Kebijakan dari Kemenkes berupa UU Kesehatan, Permenkes, Kepmenkes dan Surat Edaran dan Instruksi Menkes. Di tingkat daerah ada juga keputusan kepala dinkes di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Dalam SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS 2010–2014 disebutkan bahwa

layanan yang dibutuhkan VCT, IMS, CST, PMTCT, LASS, PTRM dan *outlet* kondom.

Komponen dalam program PDP bagi ODHA secara signifikan ada dua, yakni layanan ARV dan penjangkauan dan pendampingan.

Antiretroviral Treatment (ART)

Ringkasan Kebijakan

2004–2007: Penambahan jumlah dan sebaran layanan ARV, serta standarisasi layanan dan pemeriksaan diagnostik.

2010–2011: Revisi terhadap pedoman nasional atas terapi ARV sebagai penyesuaian langkah global bahwa ARV bukanlah langkah “pengobatan HIV” melainkan sebagai “pengobatan untuk pencegahan HIV”.

Pokdisus RS Dr. Cipto Mangunkusumo dan dokter-dokter RS Dr. Soetomo mulai kewalahan menangani ODHA dalam stadium lanjut. Mereka kemudian memelopori advokasi penyediaan ARV di rumah sakit. Hasilnya, pada tahun 2006 dikeluarkan Kepmenkes Nomor 832/Menkes/SK/X/2006 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Bagi ODHA dan Standar Pelayanan Rumah Sakit Rujukan ODHA dan Satelitnya (25 rumah sakit). Jumlah rumah sakit ditingkatkan menjadi 75 di tahun 2007, dan 278 rumah sakit di tahun 2011 di seluruh Indonesia melalui Kepmenkes Nomor 760/Menkes/SK/VI/2007 tentang Penetapan Lanjutan Rumah Sakit Rujukan Bagi ODHA dan Kepmenkes Nomor 782/Menkes/SK/IV/2011 tentang Rumah Sakit Rujukan Bagi ODHA. Penanganan Infeksi Oportunistik juga penting dikembangkan setelah terjadi inisiasi melalui Kepmenkes Nomor 241/Menkes/SK/IV/2006 tentang Standar Pelayanan Laboratorium Kesehatan Pemeriksaan HIV dan Infeksi Oportunistik.

SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS 2010–2014 menyatakan menargetkan tersedianya pelayanan komprehensif di mana semua ODHA yang memenuhi syarat dapat menerima ARV, pengobatan, perawatan dan dukungan yang manusiawi, profesional dan tanpa diskriminasi, serta didukung oleh sistem rujukan dan pembinaan serta pengawasan yang memadai. Persyaratan ODHA yang dapat menerima ARV disesuaikan dengan situasi global sebagaimana pedoman WHO tahun 2010 *Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents in Resource-limited Settings: Towards Universal Access Recommendations for A Public Health* yang merupakan pemutahiran strategi penurunan epidemi.

Perbedaan mendasar pada indikasi pemberian ARV menurut pedoman terbaru ini yakni ARV diberikan pada ODHA dengan hasil pemeriksaan CD4 kurang dari 350 sel/mm kubik. Perbedaan juga terlihat pada ODHA hamil, dengan koinfeksi

TB dan Hepatitis B, yakni pemberian ARV tanpa memandang jumlah CD4. Begitu juga dengan rejimen terapi ARV yang digunakan di mana pada panduan terbaru TDF digunakan sebagai lini pertama dan mulai dilakukannya *phase out* D4T dan mulai terapi AZT atau TDF, mengingat efek samping dari D4T. Semua ini ditetapkan melalui Permenkes Nomor 21/2013 yang telah diantisipasi akan berimplikasi pada pembengkakan jumlah pasien ARV sehingga harus ada perbaikan manajemen logistik dan distribusi ARV dari nasional ke sub-nasional. Setahun sebelumnya (2012), pemerintah mengeluarkan Perpres Nomor 76/2012 tentang Pelaksanaan Paten oleh Pemerintah terhadap Obat Antiviral dan Antiretroviral, yang intinya mengatur tentang “hak guna pemerintah”—sejenis lisensi wajib yang membebaskan pemerintah dari pembatasan hak paten. Langkah ini ditempuh guna memproduksi tujuh jenis obat-obatan generik yang sangat penting dalam terapi HIV dan Hepatitis B.

Pada periode 2004–2011 diterapkan kolaborasi TB-HIV melalui Kemenkes Nomor 1990/Menkes/SK/X/2004 tentang pemberian gratis Obat Anti-Tuberkulosis (OAT) dan obat Antiretroviral (ARV) untuk HIV dan AIDS. Kolaborasi ini semakin diperkuat dengan adanya Kepmenkes Nomor 1190/Menkes/SK/X/2004 tentang pemberian gratis Obat Antituberkulosis (OAT) dan Obat Antiretroviral (ARV) untuk HIV dan AIDS.

Bisa dilihat bahwa sektor yang aktif mengeluarkan peraturan dengan tujuan meningkatkan capaian dan kualitas layanan HIV dan AIDS ialah Kemenkes. Beberapa kebijakan lainnya yang telah dihasilkan antara lain Kemenkes Nomor 1508/Menkes/SK/X/2005 tentang Rencana Kerja Jangka Menengah Perawatan, Dukungan dan Pengobatan untuk ODHA serta Pencegahan HIV/AIDS tahun 2005–2009. Kemenkes mengeluarkan Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005–2009, dilanjutkan dengan Rencana Strategis Kementrian Kesehatan 2010–2014, dan dalam proses periode 2015–2019. Kebijakan terbaru terkait penanggulangan HIV dan AIDS dari Kemenkes berupa Surat Edaran Menkes Nomor 129/2013 yang menyatakan bahwa pelaksanaan pengendalian HIV/AIDS dan IMS untuk mencapai tujuan MDGs yang keenam.

Program ART merupakan bagian dari respons yang lebih luas terhadap HIV/AIDS. Keberadaannya melengkapi program yang sudah ada dan dibangun dari program tersebut, sebagaimana digariskan dalam Stranas dan SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS. Program ART mendukung upaya pencegahan dengan mendorong warga yang berperilaku berisiko tinggi untuk menggunakan layanan konseling dan tes. Program ART dalam pelayanan komprehensif perawatan, dukungan dan pengobatan ODHA harus memperkuat sistem kesehatan nasional serta layanan kesehatan dasar untuk menjamin layanan efektif dari perawatan dan pengobatan HIV dan AIDS

secara paripurna. Pelayanan ini terintegrasi ke dalam tersedianya layanan kesehatan di semua tingkatan daerah kabupaten/kota maupun provinsi dan nasional.

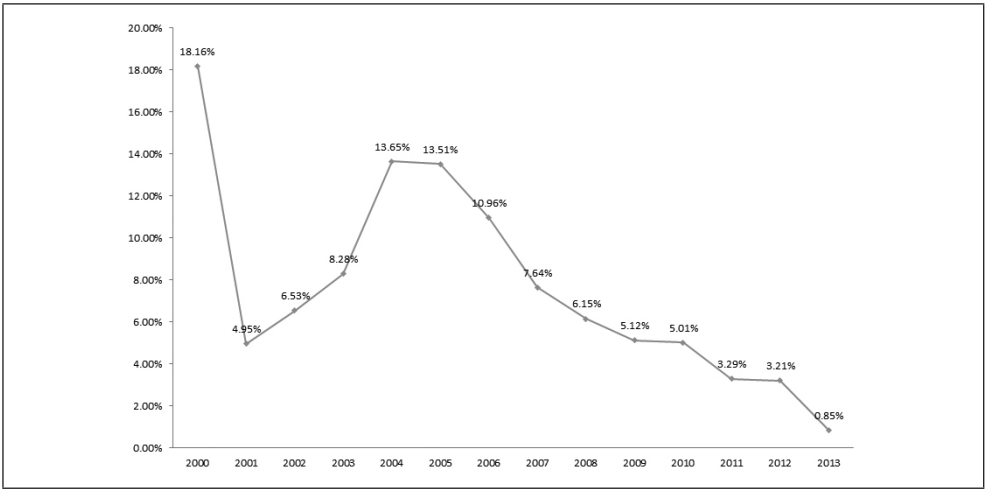
Secara khusus pelaksanaan ART tidak akan mengurangi dana untuk prioritas dan program perawatan kesehatan lain yang sama pentingnya. Investasi dalam program ini akan banyak digunakan untuk memperkuat sistem kesehatan, termasuk pengembangan SDM, mengadakan perlengkapan sarana kesehatan, dan menata sistem pemantauan, pengadaan dan manajemen.

Jumlah layanan VCT, PDP, IMS, PPIA dan TB-HIV dari tahun ke tahun cenderung naik secara kuantitas, sebagaimana terlihat dalam Tabel 6.

Tabel 6 Layanan HIV dan AIDS yang Aktif Melapor 2011–2013

Jenis Layanan	Jumlah pada tahun					
	2011		2012		s.d. September 2013	
VCT	500		503		889	
PDP	303	235 Rs Rujukan 68 Satelit	338	239 Rs Rujukan 89 Satelit	380	266 RS rujukan 114 satelit
IMS	643				370	
PPIA	90				113	
TB-HIV	223				223	

(Sumber: Dirjen PP dan PL, Kemenkes RI, 2013)



(Sumber: Dirjen PP dan PL, Kemenkes RI, 2013)

Gambar 18 Case Fatality Rate AIDS yang Dilaporkan menurut Tahun, 2000–September 2013

Jumlah ODHA yang sedang mendapatkan pengobatan ARV sampai dengan bulan September 2013 sebanyak 36.483 orang. 96,42% (35.178 orang) menerima jenis ARV lini 1 dewasa dan 3,19% (1.163 orang) menerima lini 2, sementara 1,27% tidak diketahui. Jumlah ini lebih banyak dibanding dengan tahun 2013—ada 31.002 ODHA yang mendapat pengobatan ARV yang terdiri atas 96% dewasa dan 4% anak-anak. Indikator lain dari keberhasilan ART ialah angka kematian ODHA. Walaupun *case fatality rate* (CFR) fluktuatif, namun secara umum trennya menurun sejak tahun 2000 hingga September 2013. Pada tahun 2004 dan 2005, CFR lebih tinggi daripada tahun 2001, 2002 dan 2003. Perlu diketahui bahwa pada tahun 2005 pendistribusian ARV masih sentralistik, dan sejak 2011 distribusinya didesentralisasikan ke provinsi.

Pengadaan ARV sejak tahun 2005 di bawah koordinasi Dirjen Farmasi. Dananya bersumber dari GFATM dan APBN. Tahun 2010, pembiayaan ARV dari APBN sebesar 70% dan 30% dari GFATM. Rencana penganggarannya per tahun terintegrasi dengan anggaran tahunan Kemenkes. Distribusinya dikirimkan langsung ke layanan yang membutuhkan sesuai dengan permintaan. Pemusatan ini dilakukan untuk memudahkan pemantauan penggunaan dan ketersediaan obat di layanan, mengingat karakteristik penyakit dan konsumsi obat ARV yang spesifik, di mana obat harus dikonsumsi tepat waktu dan seumur hidup. Pendistribusian yang terpusat ini sering menimbulkan masalah karena panjangnya rantai distribusi sehingga sering mengalami keterlambatan dan kekosongan persediaan. Pada tahun 2011, diberikan pendelegasian pendistribusian ke daerah agar memudahkan dan menyederhanakan sistem distribusi. Selain itu, *stakeholder* daerah, seperti KPAD, Dinkes, organisasi masyarakat sipil, dan ODHA dapat memantau pengadaan dan pendistribusiannya.

Penjangkauan dan pendampingan

Program penjangkauan dan pendampingan saat ini bisa dibilang masih minim sehingga tidak kalah penting untuk diperhatikan. Minimnya program penjangkauan dan pendampingan bisa menurunkan kualitas program. Sejak kasus AIDS pertama di Indonesia tahun 1987 di Bali yang diikuti dengan meningkatnya penemuan kasus tidak terlepas dari upaya pendampingan dan penjangkauan oleh kelompok masyarakat sipil. Seperti kasus di Bali, penjangkauan dan pendampingan dipelopori oleh Yayasan Kerthi Praja untuk WPS dan Yayasan Citra Usadha Indonesia untuk homoseksual. Selanjutnya, Yayasan Hati-Hati mulai menjangkau kelompok penasun. Kegiatan ini direplikasi oleh lembaga lain di beberapa wilayah di Indonesia. Sangat disadari bahwa upaya LSM ini digerakkan oleh orang-orang yang peduli dan didukung oleh donor. Program mereka dirancang dengan mengutamakan penjangkauan dan

pendampingan sebagai ujung tombak. Hasilnya nyata, mereka yang rentan terkena HIV terpapar informasi dan mulai mengakses layanan.

Sejalan dengan perkembangan program, kegiatan penjangkauan dan pendampingan selalu mendapat pro dan kontra dari berbagai pihak. Saat ini kegiatan lapangan dikoordinir oleh *Community Organizer*. Sedangkan kegiatan penjangkauan dan pendampingan disederhanakan dengan pembagian KIE, pendistribusian material pencegahan, dan perujukan ke layanan kesehatan. Bentuk dan pola program KIE dengan memanfaatkan penyuluhan massal dan *edutainment* menjadi pilihan saat ini. Pelaksanaannya pun hanya pada waktu tertentu, seperti pada bulan Desember menjelang Hari AIDS Sedunia. Program penjangkauan dan pendampingan merupakan langkah awal dan pintu masuk untuk upaya pencegahan dan perawatan. Sayangnya, program penjangkauan dan pendampingan tereduksi dengan pembagian materi pencegahan saja, semisal kondom dan pelicin.

Masalah lain yang senantiasa mengemuka ialah kelompok berisiko tinggi dalam kehidupan sehari-hari selalu mendapat perlakuan diskriminasi dan stigma negatif. Kondisi ini menghambat mereka untuk mengakses pelayanan kesehatan yang disediakan. Di sinilah perlunya program penjangkauan dan pendampingan, bukan hanya penyuluhan dan program yang sifatnya kondisional dan seremonial semata. Selanjutnya, kalau dicermati lebih detail, kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia saat ini terlalu banyak kegiatan koordinasi, pembuatan regulasi, dan pertemuan, sedangkan kegiatan nyata di lapangan dan pelibatan masyarakat masih belum optimal.

4.3 Kebijakan Tata Kelola Informasi Strategis

Ada beberapa sumber informasi terkait dengan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, yakni laporan kasus, *sentinel survey*, surveilans, BSS, IBBS, SDKI, estimasi, *modeling*, serta hasil penelitian termasuk penelitian operasional. Beberapa sumber informasi tersebut dikerangkai oleh berbagai kebijakan, antara lain:

- Kepmenkes Nomor 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan.
- Kepmenkes Nomor 1479/Menkes/SK/X/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu.
- Kepmenkes Nomor 1508/Menkes/SK/X/2005 tentang Rencana Kerja Menengah Perawatan, Dukungan dan Perawatan untuk ODHA serta Pencegahan HIV/AIDS tahun 2005–2009. Kemenkes ini menyebutkan bagaimana informasi strategis perawatan ODHA dan ART, sebagaimana terbaca pada *box* berikut:

Mengembangkan Sistem Informasi Perawatan ODHA dan ART yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Manajemen

Luaran yang diharapkan:

Tersedia sistem informasi perawatan ODHA untuk keperluan pemantauan dan evaluasi yang terintegrasi dengan sistem informasi manajemen.

Kegiatan :

- Mengembangkan model sistem registrasi nasional (*National AIDS Registry*).
- Membuat sistem *database* rekam medis di tingkat institusi pemberi layanan.
- Membentuk sistem penyimpanan *database* informasi yang berhubungan dengan layanan, perawatan dan dukungan dan pengobatan (pedoman, kebijakan, perencanaan, dll).
- Membuat alur sistem pelaporan untuk kasus HIV/AIDS dan pemakaian obat untuk berbagai tingkat institusi dengan jaminan kerahasiaan.
- Memperbarui sistem informasi nasional yang sudah ada dan mudah dijangkau.
- Mengembangkan sistem pelaporan bulanan.
- Mengembangkan sistem pelaporan analisis kohort perawatan ODHA dan ART setiap 6 bulan dan setiap tahun.
- Mendistribusikan hasil laporan secara rutin untuk kebutuhan perencanaan dan pengambilan keputusan.

Sumber: Kemenkes RI, 2005

Informasi strategis idealnya bisa menyediakan berbagai data dan informasi yang dapat diakses dan digunakan untuk merancang kebijakan hingga mengevaluasi program. Sebelum 1996, informasi tentang HIV dan AIDS terbatas pada laporan kasus dari rumah sakit. Pada tahun 1996, dilakukan STPB pada WPS, buruh pabrik, dan lelaki berisiko tinggi (pelaut dan supir truk) di Jakarta, Surabaya dan Manado. Sentinel survei juga mulai dikompilasi dari beberapa survei di daerah, namun informasi tidak dapat dibandingkan dari waktu ke waktu dan masih banyak daerah yang tidak melakukan pelaporan rutin ke pemerintah pusat. Selain itu, pelaksanaan survei tidak lagi memenuhi kaidah standar. Melalui peraturan, Kemenkes memberikan arahan pelaksanaan sentinel survei dan menetapkan pemusatan STPB (hanya dilaksanakan di tingkat nasional).

Yang menjadi pembelajaran utama ialah bahwa survei-survei yang dilakukan rutin oleh BPS, dan diikuti oleh STPB oleh Kemenkes tiga tahun belakangan ini, merupakan survei yang dikelola secara terpusat, walaupun saat pelaksanaan melibatkan

penuh personel BPS dan Dinkes di tingkat provinsi dan kabupaten. Yang memudahkan adalah BPS merupakan salah satu badan pemerintahan yang menganut paham sentralistik, dan ini secara empiris terbukti efektif untuk melaksanakan surveilans.

Penggunaan data oleh daerah terhadap hasil survei yang dilaksanakan oleh BPS perlu dikaji lebih lanjut. Penggunaan data yang ada dapat dipastikan terjadi mengingat Stranas Penanggulanga HIV dan AIDS memaparkan data sebagai dasar penetapan strategi sejak tahun 2005–2009 dan 2010–2014. Daerah juga sudah mulai menggunakan data untuk menyusun rencana aksi daerah, dengan segala keterbatasan kemampuan menganalisis data. Di sisi lain, melalui data-data survei tersebut, KPA dapat menilai apakah upaya penanggulangan sudah berjalan sesuai rencana atau memerlukan berbagai perbaikan dan perubahan.

Tantangan terkait manajemen informasi yang masih dihadapi antara lain sebagai berikut:

- Belum terselesaikannya mekanisme pelaporan informasi dari daerah ke pusat. Kompilasi pelaporan kasus HIV dan AIDS dikoordinir oleh KPAD baik provinsi atau kabupaten/kota, sementara Dinkes menjadi narasumber data yang sebenarnya.
- Dinkes selama ini hanya memperoleh data kasus dari RSUD, sedikit rumah sakit swasta yang melaporkan kecuali data pasien penerima ARV ketika rumah sakit tersebut menjadi satelit ARV. Tidak ada sanksi atau *reward* bagi pihak yang tidak melaporkan.
- BPS dan Kemenkes telah memproduksi beberapa jenis survei yang seyogianya dapat dipautkan dengan survei HIV/AIDS sebagai pendukung, seperti Survei Kesehatan Reproduksi Anak Muda Indonesia (IYARS); Potensial Desa Statistik (Podes); Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) untuk mengecek ketersediaan SDM sampai ke tingkat desa; Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) untuk melihat beberapa indikator terkait kesehatan ibu dan anak. Namun, belum terlihat upaya atau strategi yang mendukung perencanaan program menggunakan keterpautan data spesifik HIV dan AIDS dengan data-data pendukung tersebut.

4.4 Kebijakan Tata Kelola SDM, Akses dan Logistik

Selama ini, ragam dan jumlah SDM yang terlibat dalam penanggulangan HIV dan AIDS sangat bervariasi dan besar, meliputi tenaga-tenaga tingkat lapangan (pendidik sebaya, petugas penjangkau, supervisor program lapangan, manajer program tingkat lapangan), tenaga tingkat layanan (petugas konselor, dokter spesialis, dokter umum, petugas laboratorium, perawat, petugas administrasi, ahli gizi, bidan, manajer kasus) dan tenaga tingkat koordinasi/KPA di kabupaten dan kota (pengelola program, petugas pengawasan dan evaluasi/surveilans, pengelola administrasi keuangan,

sekretaris/manajer).

Hampir semua tenaga kesehatan tersebut mendapatkan kompensasi (berupa *fee* atau gaji) dari bantuan internasional, dan hanya petugas kesehatan yang ditempatkan oleh pemerintah, dan tenaga koordinasi di beberapa kota/kabupaten yang didanai oleh negara. Sementara petugas tingkat lapangan masih mengandalkan bantuan luar negeri. Untuk tenaga kesehatan, beberapa aturan pemerintah telah memberikan dukungan penuh, bahkan dengan segala daya upaya termasuk pengadaan sistem kontrak dengan insentif cukup besar untuk menarik minat bidan agar mau ditempatkan sampai di tingkat desa.

Beberapa kebijakan yang mengatur manajemen SDM antara lain:

- PP Nomor 32/1996 tentang Tenaga Kesehatan (lembaran Negara RI tahun 1996 tambahan Lembaran Negara RI Nomor 3637). Dalam PP ini disebutkan bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
- Permenkes Nomor 1199/Menkes/PER/X/2004 yang mendasari disusunnya Pedoman Pengadaan Tenaga Kesehatan dengan Perjanjian Kerja di Sarana Kesehatan Milik Pemerintah.
- Permenkes Nomor 161/Menkes/Per/1/2010 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.
- Kepmenkes No. 060/Menkes/SK/I/2009 tentang Tim Pelatih VCT.

Beberapa permasalahan yang timbul terkait dengan SDM antara lain kurangnya ketersediaan SDM, distribusi dan pemerataan, rotasi SDM baik intra maupun extra lembaga, dan sistem peningkatan SDM. SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS 2010–2014 menjelaskan bahwa kebutuhan SDM yang dihitung adalah untuk mencapai setidaknya 80% target program layanan komprehensif. Dasar perhitungan kebutuhan SDM mencakup jumlah, jenis program dan layanan, jumlah dan jenis ketenagaan berdasarkan standar kebutuhan minimal. Selain perhitungan untuk kebutuhan menjalankan program-program di lapangan, juga untuk kebutuhan tenaga manajemen KPA Provinsi, KPA Kabupaten dan KPA Kota.

Penentuan SDM dimulai dari penghitungan target masing-masing program per tahun, seperti target program *Harm Reduction* (LASS) dan PTRM. Dari target yang ditetapkan tersebut dihitung kebutuhan layanan per tahun, umpamanya untuk program *Harm Reduction*, dihitung jumlah layanan untuk LASS dan PTRM. Selanjutnya, dengan memperhatikan standar kebutuhan minimal tenaga yang dibutuhkan untuk satu jenis layanan, maka diperoleh angka kebutuhan tenaga per jenis tenaga, per jenis layanan dan per tahun. Perhitungan menunjukkan bahwa kebutuhan SDM

untuk menyelenggarakan program-program setiap tahunnya akan semakin meningkat.

Tantangan SDM terkait penanggulangan HIV dan AIDS antara lain rekrutmen, peningkatan kapasitas, dan sistem remunerasi untuk tenaga yang bukan PNS. Personel sekretariat KPAN dan KPAD saat ini terdiri atas sekretaris dan beberapa staf purnawaktu. Sedangkan di KPAD ada staf yang purnawaktu dengan pendanaan dari donor. Untuk wilayah yang tidak ada pendanaan dari donor, staf purnawaktu tidak tersedia.

SDM penanggulangan HIV dan AIDS dapat dilihat dari siapa yang menyediakan layanan. Paling tidak ada tiga penyedia layanan, yakni pemerintah, CSO/CBO, dan swasta. Kebijakan SDM terkait penanggulangan HIV dan AIDS yang ada saat ini belum mengatur secara jelas untuk SDM di CSO/CBO dan swasta. Sementara itu, SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS 2010–2014 menetapkan adanya tenaga di CSO/CBO berupa tenaga tingkat lapangan, pendidik sebaya, petugas penjangkau, supervisor program lapangan, dan manager program di tingkat lapangan. Sedangkan SDM di tingkat layanan oleh swasta sangat terbatas.

Bukan hanya program penanggulangan HIV dan AIDS, program kesehatan pemerintah lain masih kesulitan untuk merekrut dan memberikan paket *retensi* yang memadai bagi (calon) petugas kesehatan. Selain itu, peningkatan kapasitas, jenjang karir, jaminan pendidikan dan kesehatan yang bergantung dari tenaga kesehatan belum dapat diatasi dengan baik oleh pemerintah. Hal ini penting untuk menarik serta mempertahankan tenaga-tenaga kesehatan yang berkualitas.

Logistik

Kebutuhan logistik paling utama dalam penanggulangan HIV dan AIDS ialah sediaan farmasi. Secara umum, kebijakan terkait sediaan farmasi diatur dalam PP Nomor 72/1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1998 Nomor 138, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3781). Kebijakan ini mengerangkai terpusatnya pengadaan metadon dan ARV. Begitu juga untuk pengadaan kondom dan alat suntik. Untuk mengantisipasi penyelewengan yang sulit dikontrol oleh pusat, maka diputuskan agar pengadaan kondom dan alat suntik untuk program GFATM dan AusAID dilakukan secara terpusat melalui KPAN, untuk kemudian didistribusikan langsung ke KPAD dan LSM yang menjadi partner program.

Jumlah pelayanan kesehatan yang memberikan layanan ART meningkat dari tahun-ketahun. Namun, ketersediaan stok ARV di beberapa rumah sakit pernah kosong. Menurut laporan Kemenkes tahun 2013, proporsi orang dewasa yang sedang

terapi ARV meningkat sejak tiga tahun terakhir. Tantangan terkait manajemen ARV ialah perlunya meninjau kembali kebijakan sentralisasi pembelian ARV yang masih terpusat. PP yang mengatur hal ini dibuat sebelum era desentralisasi, sehingga pelaksanaan pada era desentralisasi saat ini perlu penyesuaian.

Tabel 7 menunjukkan layanan kefarmasian untuk pengobatan HIV dan AIDS di Indonesia.

Tabel 7 Jumlah Layanan Penyedia ARV di Indonesia

Indikator	Tahun		
	2011	2012	September 2013
Pelayanan Kesehatan yang memberikan layanan ART	180 RS Rujukan	249 RS Rujukan	284 RS Rujukan
Persentase ODHA dewasa dan ODHA anak-anak sedang ARV	Dewasa: 95% Anak-anak: 5% Total 24.410 pasien	Dewasa: 95,8% Anak-anak: 4,2% Total 31.002 pasien	Dewasa: 96% Anak-anak: 4% Total 37.871 pasien
Layanan Kesehatan yang memberikan ART dan pernah mengalami kehabisan (<i>stock out</i>) paling sedikit satu macam obat dalam 12 bulan terakhir	9 RS	3 RS	1 RS

(Sumber: Ditjen PP dan PL, Kemenkes RI, 2013)

Dari hasil IBBS 2011, disebutkan penasun dapat mengakses paling tidak 4 jenis penyedia alat suntik steril, dan yang terbesar adalah farmasi swasta. Sedangkan untuk kondom, perlu dilakukan kajian khusus untuk mengetahui aksesibilitas dari keduanya.

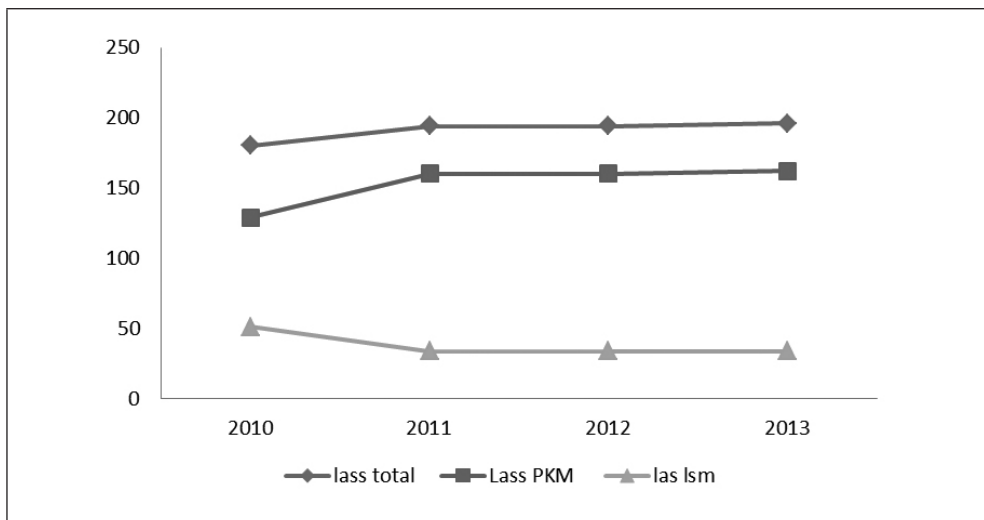
Selain ARV, alat dan bahan pencegahan yang sangat dibutuhkan dalam penanggulangan HIV dan AIDS adalah LASS, kondom dan bahan pelicin. Manajemen logistik bahan-bahan tersebut—meliputi perencanaan, pengadaan, penyimpanan, penggunaan, pengawasan—harus dipahami dan dilaksanakan oleh pemangku kepentingan. Sistem manajemen logistik yang handal harus menjamin bahwa material pence-

gahan ini harus sampai kepada penerima tepat waktu, cukup, dan dengan kualitas yang terjaga. Manajemen logistik dilaksanakan dengan prinsip tata kelola yang baik.

Kebijakan terkait pengadaan material ini antara lain sebagai berikut:

- Perpres Nomor 54/2010 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah.
- Perpres Nomor 70/2012 tentang Perubahan Kedua atas Perpres Nomor 54/2010 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah serta Petunjuk Teknisnya.

Pengadaan barang dan jasa merupakan salah satu wilayah rawan penyimpangan, termasuk di bidang kesehatan. Salah satu tujuan pengaturan pengadaan barang dan jasa ialah untuk mengurangi penyimpangan dengan melaksanakan prinsip *good governance*. E-katalog alat kesehatan mulai diterapkan pada akhir 2012. Pengadaan material pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS harusnya mengikuti kebijakan ini. Kondom selain alat pencegahan HIV dan AIDS juga berfungsi sebagai alat kontrasepsi, sehingga menjadi pertanyaan apakah pengadaan kondom dan pelicin dalam pengadaan alat kesehatan sudah termasuk dalam pengadaan alat kontrasepsi kondom atau ada pengadaan khusus untuk pencegahan HIV dan AIDS. Sebagai contoh, pada tahun 2012 Kemenkes melakukan pengadaan Alat Kontrasepsi Kondom Tahun Anggaran 2012 dengan pagu Rp 25.231.735.000. Tantangan lainnya, pendistribusian kondom sering mendapat resistensi dari masyarakat umum. Upaya penyediaan *outlet* kondom sudah dilakukan sebagai proyek percontohan di beberapa tempat di Indonesia.



(Sumber: Ditjen BUK, Kemenkes RI, 2013)

Gambar 19 Program Layanan Alat Suntik Steril di 19 Provinsi, 72 Kabupaten/Kota

Di tingkat lapangan, ketersediaan alat dan cara pendistribusiannya sampai pada pengguna sering menimbulkan problem tersendiri, terutama pendistribusian jarum suntik. Walaupun ada kebijakan di tingkat nasional tentang pengaturan dan pendistribusian jarum suntik sebagai alat pencegahan, namun di tingkat lapangan masih mengalami permasalahan tersendiri, antara lain pendistribusian oleh LSM atau di puskesmas. Saat ini penasun didorong untuk mengambil sendiri jarum suntik steril di puskesmas. Ketersediaan jarum suntik steril di beberapa puskesmas yang ditunjuk harusnya mudah diakses oleh penasun. Pada awal program, petugas lapangan aktif mempromosikan dan membagikan jarum suntik steril.

Pendistribusian alat suntik steril dan kondom oleh petugas puskesmas atau dilakukan di dalam puskesmas memang lebih kondusif karena sangat jarang ditentang oleh masyarakat, tokoh agama, dan penegak hukum. Namun, jaminan ketersediaan alat suntik di beberapa puskesmas masih kurang, serta masih banyak pasien yang hanya mendatangi puskesmas karena membutuhkan pengobatan, bukan untuk mencegah penyakit.

4.5 Kebijakan Berbasis Hak

Hak asasi manusia (HAM) adalah hak yang dimiliki oleh setiap orang tanpa kecuali. HAM terdiri atas banyak jenis hak yang dijamin oleh hukum Indonesia maupun hukum internasional, mulai dari hak untuk hidup, hak bebas dari penyiksaan, hak atas kebebasan berkumpul, hak atas kebebasan berekspresi, hak atas informasi, hak atas pendidikan, hak atas pekerjaan, hingga hak atas kesehatan. Negara memiliki kewajiban untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi hak-hak ini.

Promosi HAM dalam konteks respons terhadap HIV dan AIDS tidak boleh terpisah, agar hambatan HAM teratasi dan tidak menghalangi pengguna layanan untuk mengakses layanan pencegahan, pengobatan dan dukungan secara efektif. Kebijakan ditetapkan untuk memastikan bahwa program-program penanggulangan HIV dan AIDS tidak berpotensi maupun tidak melanggar HAM.

Pada periode 2007–2009, dalam konteks pelaksanaan *Harm Reduction*, terjadi pergeseran cara pandang penegak hukum terhadap hak asasi penasun termasuk dukungan kesehatan dan sosial saat proses hukum dijalankan. Posisi pecandu ditempatkan sebagai pengguna, bukan pengedar napza. Pergeseran ini diikuti dengan beberapa kebijakan, antara lain:

1. Kemenkum HAM menerbitkan Pedoman Program Terapi Rumatan Metadon di Lapas/Rutan pada tahun 2007. Buku ini merupakan penjabaran dan tindak lanjut Stranas Penanggulangan HIV dan AIDS dan Penyalahgunaan Narkotika di Lapas dan Rutan di Indonesia 2005–2009.

2. UU Nomor 35/2009 tentang Narkotika Pasal 54 menjadi wujud perubahan cara pandang terhadap kejahatan yang harus diikuti aparat penegak hukum, termasuk jaksa. Kemudian pemerintah menindaklanjutinya dengan PP Nomor 25/2011. Regulasi yang memungkinkan terdakwa pecandu direhabilitasi secara medis dan sosial bukan hanya sebagai bukti perubahan cara pandang terhadap pelaku kejahatan, tetapi juga wujud komitmen negara. Secara hukum, penerapan *diskresi* melalui rehabilitasi dimungkinkan Pasal 54 UU Narkotika. Pasal ini malah mewajibkan pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika direhabilitasi secara medis dan sosial.
3. Jaksa Agung Muda Tindak Pidana Umum menerbitkan Surat Edaran Nomor B-136/E/EJP/01/2012 tentang tuntutan rehabilitasi medis dan sosial untuk pecandu narkotika (KPAN 2011).
4. Permenkes Nomor 269/Per/III/2008 tentang Rekam Medis.

Sejak 2012, dukungan dari luar lingkaran penggiat HIV dan AIDS dalam memperjuangkan HAM juga telah dirintis. Lembaga Bantuan Hukum (LBH) Masyarakat dilibatkan aktif dalam hal ini. Mereka memberikan *input* dan pendampingan erat terhadap ODHA, terutama dengan menggerakkan paralegal untuk menyadarkan sistem dan penegak hukum agar selama proses hukum berlangsung mengetahui bahwa si penasun kecanduan napza sehingga bisa menghambat penularan HIV lebih luas lagi selama proses hukum. LBH Masyarakat juga dilibatkan dalam proses perancangan SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS 2015–2019.

Jenis pelanggaran yang sering dihadapi oleh program penanggulangan HIV dan AIDS antara lain ketidakadilan ketika pengguna napza disamakan dengan pengedar; pemerasan, penindasan dan pelecehan WPS ketika berhadapan dengan penegak hukum (saat razia), hak untuk memperoleh pengobatan, hak untuk mendapatkan jaminan sosial dan jaminan kesehatan, hak atas pendidikan (bagi anak ODHA) dan hak atas pekerjaan. Semua jenis pelanggaran di atas masih sering disangkal.

Kebijakan perlindungan hak asasi penasun dapat dikatakan relatif sukses ketika ketakutan hukum yang menjadi hambatan penasun dalam mengakses layanan pencegahan (jarum suntik dan metadon) berkurang. Hal ini bisa terlihat dari jumlah layanan PTRM di lapas/rutan yang meningkat, jumlah puskesmas yang menjadi penyedia alat suntik steril meningkat, serta mulai bermunculan paralegal bagi pecandu. Catatan anekdotal kasus pecandu yang tercatat mengikuti program LASS dan PTRM di puskesmas telah mendapat perlindungan hukum agar dapat terus mengakses layanan tersebut selama proses hukum berjalan, serta catatan anekdotal pecandu yang akhirnya memperoleh vonis rehabilitasi.

Dalam studi *Community Access to Treatment Services Study (CATS) in Indonesia* tahun 2013 disebutkan bahwa hampir seperlima (18%) dari ODHA responden pernah mengalami perlakuan tidak menyenangkan karena status HIV-nya, termasuk stigma dan diskriminasi. Selain itu, ODHA perempuan dua kali lebih mungkin untuk mengalami stigma dan diskriminasi. Pelaku dari stigma dan diskriminasi beragam, bisa dari petugas kesehatan. Yang mengejutkan, responden di Jakarta melaporkan, 10% dari pelaku stigma dan diskriminasi berasal dari petugas kesehatan, dalam bentuk penolakan untuk memberikan pertolongan medis pada ODHA.

Kebijakan berbasis HAM dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS masih mendapat tantangan dari masih banyaknya pertentangan nilai di masyarakat, seperti yang ditemukan dalam ketentuan perda. Kontradiksi dalam pengaturan tentang kondom, penyebutan (pengakuan) yang samar-samar mengenai lokasi/lokalisasi pelacuran dan tempat-tempat hiburan (kafe, bar, diskotek, klub malam), hubungan seks pasangan pra maupun di luar nikah, merupakan kendala utama dalam memberi makna terhadap efektif atau tidaknya penegakan ketentuan pidana dalam perda tentang pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Bahkan Perda Kota Medan Pasal 15 ayat (2) huruf c, misalnya, justru memberi kontribusi negatif dalam mengatur akses terhadap kondom di mana hanya pasangan suami-istri saja yang boleh menggunakan kondom.

4.6 Kebijakan Terkait Tata Kelola Multisektoral

Sejak tahun 1987 sampai 2013, ada 10 kebijakan internasional, 66 kebijakan nasional, dan 55 perda (17 Perda Provinsi dan 38 Perda Kabupaten/Kota) tentang penanggulangan HIV dan AIDS. Secara garis besar, pembuatan kebijakan semakin diperkuat dan dipertajam agar dapat merespons kondisi sosial politik yang sudah berubah dari peralihan Era Orde Baru (1987–1998) yang sentralistik ke Era Otonomi yang desentralistik (2001–2013). Namun, lebih banyak kebijakan tersebut bersifat teknis pengobatan dan belum menyentuh ke akar permasalahan dari perubahan tata pemerintahan desentralistik yang banyak memengaruhi tata kelola program penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Catatan pentingnya, berbagai kebijakan yang telah dikeluarkan cenderung berfokus pada pengobatan ODHA saja, padahal dua dekade bukanlah waktu yang singkat untuk membagi respons HIV dan AIDS ke berbagai sektor.

Respons kebijakan terkait penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia dari hasil tinjauan yang dilakukan dapat kita klasifikasikan secara multi-sektoral, berupa kebijakan yang dikeluarkan oleh KPAN sebagai lembaga koordinasi perencanaan,

pelaksanaan, pengawasan dan evaluasi penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Selain itu, ada kebijakan sektoral yang dikeluarkan oleh kementerian/lembaga anggota KPAN, misalnya kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS di sektor kesehatan dikeluarkan oleh Kemenkes.

Pada awal kasus AIDS muncul di Indonesia pada tahun 1987, respons kebijakan yang pertama berada di sektor kesehatan, berupa pembentukan Panitia Penanggulangan HIV-AIDS di bawah Ditjen Penyakit Menular dan Kesehatan Lingkungan, Departemen Kesehatan. Kebijakan berikutnya yakni Keppres Nomor 36/1994 tentang KPA yang ditandatangani oleh Presiden. Keppres ini menetapkan KPA bersifat lintas-sektoral, tujuan, kegiatan yang dilakukan, susunan kepengurusan berupa—ketua, wakil ketua dan anggota, pembentukan KPA Provinsi dan KPA Kabupaten/Kota, serta pendanaannya.

Merespons perkembangan epidemi, respons global, serta perlunya upaya peningkatan pencegahan, pengendalian dan penanggulangan HIV dan AIDS, ditetapkanlah Perpres Nomor 75/2006 tentang KPAN. Yang menarik dari kebijaksanaan ini ialah tidak dicantumkan UU Kesehatan sebagai dasar hukumnya. Keppres Nomor 36/1994 dan Perpres Nomor 75/2006 menjadikan Pasal 4 ayat 1 UUD 1945 sebagai dasar hukumnya.

Pada periode selanjutnya dikeluarkan kebijakan yang menyangkut tata kelola kelembagaan, penguatan KPAN, KPA Provinsi/Kabupaten/Kota. Diawali dengan Kemenkokesra selaku Ketua KPAN yang mengeluarkan kebijakan pengarahannya, seperti Permenkokesra Nomor 07/2007 tentang Stranas Penanggulangan HIV dan AIDS 2007–2010 dan Permenkokesra Nomor 8/Per/Menko/Kesra/2010 tentang SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2010–2014. SRAN tersebut mencakup Arahan Kebijakan Nasional, Prinsip dan Dasar Kebijakan, Tujuan dan Strategi, serta area dan fokus geografi. Penyelenggaraan rencana aksi mencakup kepemimpinan dan tata kelola pemerintahan, koordinasi penyelenggaraan, dan prinsip kemitraan. Diatur pula kebutuhan dan mobilisasi sumber daya berupa kebutuhan SDM, pendanaan, dan sarana serta prasarana. Untuk memastikan dan mengetahui bagaimana SRAN dilaksanakan, maka pengawasan dan evaluasi diatur dengan menetapkan beberapa hal seperti Target Tahunan Cakupan Program, Kerangka Kerja dan Indikator Kinerja, Mekanisme Monitoring dan Evaluasi, serta Pengembangan Kapasitas.

Di tingkat daerah, strategi penanggulangan HIV dan AIDS juga dibuat mulai dari strategi provinsi sampai strategi kabupaten/kota. Beberapa provinsi di Indonesia telah membuat Strategi dan Rencana Aksi Daerah (SRAD) Penanggulangan HIV dan AIDS, seperti Strategi dan Rencana Aksi Penanggulangan HIV dan

AIDS Provinsi DKI Jakarta. Provinsi Jawa Timur mengeluarkan SRAD Provinsi Jawa Timur 2011–2014.

Selanjutnya, KPAN (2007) melaporkan bahwa untuk penguatan kelembagaan telah dibentuk kelompok kerja atau unit organisasi di 18 departemen/lembaga. Hasil Survei Respons Nasional terhadap HIV dan AIDS tahun 2006–2007 menunjukkan 18 departemen/lembaga telah mengeluarkan kebijakan, membuat rencana kerja dan anggaran penanggulangan HIV dan AIDS. Namun, tidak semua departemen/lembaga yang menjadi anggota KPAN sampai 2007 telah membuat kebijakan, rencana kerja, dan anggaran untuk penanggulangan HIV dan AIDS. Lembaga-lembaga yang belum mengeluarkan respons kebijakan, rencana kerja, anggaran dan pokja antara lain Depkominfo, Depbudpar, Deplu, Depku, Pepperdag, Bappenas, BPOM, Deptan, Setkab, Menristek, BPPT, IAKMI dan KADIN.

Beberapa kebijakan yang mengatur poin tersebut antara lain:

- Permendagri Nomor 20/2007 Pasal 13 Ayat 1 sampai dengan Ayat 4. PP Nomor 38/2007 Pasal 7 bahwa Kesehatan urusan Wajib Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota.
- Instruksi Presiden Nomor 3/2010. Instruksi Kedua, Ketiga dan Ketujuh. Sumber pendanaan HIV dan AIDS dalam dokumen kebijakan yang ada bersumber dari APBN dan sumber lain yang tidak mengikat, APBD Provinsi, APBD Kabupaten dan Kota.
- Permendagri Nomor 20/2007 tentang Pedoman Umum Pembentukan KPA dan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Rangka Penanggulangan HIV dan AIDS. Dasar hukumnya memasukkan 1) UU Nomor 23/1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495); 2) UU Nomor 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah; UU Nomor 39/2008 tentang Kementerian; dan 3) PP Nomor 58/2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah.
- Permenkokesra Nomor 3/PER/Menko/Kesra/III/2007 mengenai Susunan, Tugas dan Keanggotaan KPAN.
- Permenkokesra Nomor 4/PER/Menko/Kesra/III/2007 mengenai Pedoman dan Tata Kerja KPA Nasional, Provinsi, Kabupaten/Kota.
- Permenkokesra Nomor 5/PER/Menko/Kesra/III/2007 mengenai Organisasi dan Tata Kerja Sekretariat KPAN.
- Permenkokesra Nomor 6/PER/Menko/Kesra/III/2007 mengenai Tim Pelaksana KPAN.

4.7 Kebijakan Terkait Pendanaan

Dalam SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS 2010–2014 disebutkan bahwa ada empat fokus area program yang memerlukan pendanaan, yakni pencegahan (57%); perawatan, dukungan dan pengobatan (28%); mitigasi dampak (2%); dan pengembangan lingkungan yang kondusif (13%), di mana di dalamnya tercakup pendanaan operasional kelembagaan KPA. Kegiatan program difokuskan pada 137 kabupaten dan kota, di mana lebih dari 80% populasi kunci berada. Selain itu dibutuhkan juga pendanaan untuk prasarana pencegahan, perawatan dan pengobatan, yang meliputi *outlet* kondom, layanan VCT, layanan IMS, layanan CST, layanan PMTCT, layanan alat suntik steril, dan layanan PTRM.

Sumber dana yang dominan sampai saat ini berasal dari sumber lain yang tidak mengikat, yakni dari MPI. Oleh karena itu, pendanaan masih menjadi masalah di Indonesia, walaupun tren pendanaan baik dari APBN, APBDP dan APBD Kabupaten/Kota meningkat. Pada tahun 2011, KPAN melaporkan sumber-sumber pendanaan dari kolaborasi dengan MPI serta dana APBN dan APBD. Pendanaan dari MPI mayoritas dari dana multinasional GFATM (31,07%), Australia (18,99 %), Amerika Serikat (18,70%), Inggris (18,23%), PBB (10,21%), dan negara lain (2,80%). Analisis KPAN tentang ketersediaan dan kebutuhan dana untuk SRAN 2010–2014 masih tinggi, sehingga dana dari MPI masih sangat diperlukan. Sekalipun ketergantungan akan pendanaan luar negeri masih tinggi, pemerintah telah menyiapkan kebijakan untuk “*exit strategy*”, salah satu contohnya berupa Keputusan Dirjen PP dan PL selaku pimpinan *Principal Recipient* hibah GFATM Nomor HK.03.05/D/L.4/532/2012 tentang Pedoman *Exit Strategy* dana hibah GFATM.

Secara keseluruhan, pembiayaan *Harm Reduction* dari tingkat nasional disalurkan ke KPAN dan Kemenkes, walaupun meningkat tapi masih bersumber dari pendanaan bilateral (2009: 1,194 juta USD; 2010: 1,437 juta USD) dan pendanaan multilateral (2009: 193 juta USD; 2010: 228 juta USD) dengan kontribusi kecil dan semakin menurun dari APBN and APBD (2009: 173 juta USD; 2010: 68,7 juta USD).

Sejak tahun 2010, dukungan USAID mulai berkurang, namun diakui bahwa militansi dan gerakan masyarakat sipil dibangun oleh pemikiran-pemikiran LSM yang didukung oleh USAID. Sedangkan pendanaan GFATM melalui KPAN mendukung logistik dan gerakan penjangkauan oleh komunitas, namun dirasakan sangat *superficial* tanpa menyentuh aspek-aspek advokasi kebijakan, membangun lingkungan yang kondusif serta kualitas kontak petugas dengan penasun. Setelah setahun, sumber pendanaan di tingkat lokal masih belum berubah, kecuali Provinsi DKI Jakarta yang mana logistik jarum suntik sudah diambil alih oleh pemerintah

lokal dan disalurkan ke puskesmas-puskesmas.

Pada tahun 2006, ada 19 provinsi dan 73 kabupaten yang menganggarkan dana untuk penanggulangan HIV dan AIDS, pada tahun 2010 meningkat menjadi 33 provinsi dan 166 kabupaten/kota. Namun, biasanya rencana pendanaan masih jauh dari kebutuhan program. Dalam hal upaya meningkatkan proporsi pendanaan lokal sehingga perlahan mengimbangi bantuan internasional, Permendagri yang dikeluarkan sejak 2007 dianggap pemda kurang berkekuatan hukum bagi daerah dalam mengupayakan pendanaan lokal. Berbagai permasalahan atau kesenjangan pendanaan sering kali menjadi pertanyaan umum dalam penanggulangan HIV dan AIDS, terutama yang menyangkut dasar hukum. Bagaimana dengan kode rekening tidak ada? Apakah KPA bisa dapat bantuan hibah? Apakah bantuan hibah tidak bisa terus menerus? Bagaimana jika tidak bisa membiayai gaji staf KPA secara rutin? Apakah LSM dapat didanai dengan APBD?

Selanjutnya, peruntukan dana yang disediakan. Secara garis besar peruntukan dana digunakan untuk operasional dan program. Terkait dengan dana operasional lembaga, maka KPAN, KPAP, dan KPA Kota/Kabupaten, sebagai lembaga-lembaga koordinasi yang sifatnya *ad hoc* dan bukan SKPD, operasionalnya memerlukan sumber dan mekanisme tertentu. Mayoritas pendanaan untuk kesekretariatan KPAN dan KPAD berasal dari dana pihak lain yang tidak lain mengikat termasuk yang bersumber dari MPI. Mobilisasi sumber daya finansial dikoordinasikan oleh KPAN. Dana yang berasal dari sektor pemerintah dan bantuan MPI digunakan untuk mendanai penyelenggaraan upaya penanggulangan mulai dari tingkat pusat sampai daerah. Mobilisasi dana dari sektor pemerintah mengikuti mekanisme penggunaan anggaran pemerintah. Sedangkan mobilisasi dana dari mitra internasional baik bilateral maupun multilateral, KPAN perlu menyiapkan proposal untuk pengajuan bantuan kepada mitra internasional multilateral. Penentuan program yang akan didanai oleh mitra internasional bilateral disepakati kedua belah pihak dalam pertemuan konsultatif dan tetap mengacu pada dokumen ini. Bantuan finansial lainnya dihimpun dalam satu sistem manajemen keuangan oleh KPAN yaitu Dana Kemitraan AIDS Indonesia (DKAI). Penggunaan dana yang dihimpun ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab KPAN dan pengelolaannya dilakukan oleh Sekretariat KPAN atau lembaga lain yang ditunjuk. Di tingkat daerah, dana yang diperoleh dari masyarakat sipil seperti dari pihak swasta sebagai perwujudan CSR dihimpun oleh KPAD bersangkutan dan digunakan untuk penyelenggaraan program yang tertuang dalam rencana aksi daerah.

Sementara KPAN masih berkuat pada keberlangsungan pendanaan operasional, kelompok Penyandang Disabilitas, yang juga memerlukan biaya tambahan seumur

hidup seperti halnya ODHA, memprioritaskan upaya dalam memperoleh jaminan kesehatan khusus dari pemerintah di tingkat Provinsi DIY. Pembelajaran atas pelaksanaan Perda Provinsi DIY Nomor. 4/2012 mengenai Perlindungan dan Pemenuhan Hak-Hak Penyandang Disabilitas dapat menjadi masukan dalam perencanaan jaminan kesehatan khusus bagi kelompok penyandang disabilitas dalam kerangka Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

4.8 Kebijakan Terkait Mitigasi Dampak

Kebijakan yang terkait dengan mitigasi dampak antara lain Permenkes Nomor 21/2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS Pasal 40. Mitigasi dampak merupakan upaya untuk mengurangi dampak kesehatan dan sosial ekonomi. SRAN 2010–2014 menyebutkan strategi mengurangi dampak negatif dari epidemi dengan meningkatkan akses program mitigasi sosial mereka yang membutuhkan dengan cara menyediakan kesempatan ODHA dan yang terdampak AIDS, anak yatim, orang tua tunggal, dan janda untuk mendapatkan akses dukungan peningkatan pendapatan, pelatihan keterampilan dan program pendidikan peningkatan kualitas hidup. Kementerian Sosial juga memberikan layanan berupa bantuan/penyediaan selter untuk ODHA dan orang yang terdampak AIDS.

Akses kepada jaminan kesehatan bagi populasi kunci dan ODHA masih menjadi masalah sampai saat ini. Apalagi dengan keluarnya kebijakan BPJS dan JKN saat ini. Kendala utama terkait administrasi untuk mengakses JKN. Kebanyakan populasi kunci dan ODHA adalah mereka yang terpinggirkan dan sering tidak mempunyai kelengkapan administrasi kependudukan, seperti Kartu Keluarga, KTP dan keterangan domisili lainnya. Akibatnya, sulit bagi mereka untuk mengakses layanan JKN.

AKTOR KEBIJAKAN HIV DAN AIDS DI INDONESIA

BANYAK pihak terlibat dalam perencanaan, penyusunan, dan pelaksanaan kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, terdiri atas lembaga MPI, KPAN, Kemenkes, Organisasi Masyarakat Sipil, Kelompok Populasi Kunci dan Sektor Swasta. Peran para pihak dapat dilihat dari keterlibatannya dalam perencanaan, proses, pelaksanaan dan hasil dari kebijakan dan program yang ada. Bagian ini akan menjelaskan peran dan kebijakan para pihak dalam penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia.

5.1 Mitra Pembangunan Internasional (MPI)

Isu HIV dan AIDS adalah isu global yang penanganannya melibatkan banyak aktor. Salah satu aktor yang telah menginisiasi penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia ialah MPI. Kerjasama antara pemerintah Indonesia dengan MPI merentang dari pendanaan, pengembangan kemampuan, pelaksanaan program, hingga bimbingan teknis. Sebagaimana disebutkan dalam Stranas Penanggulangan HIV dan AIDS 2003–2007, Bantuan dana baik dalam bentuk pinjaman, hibah dari lembaga donor, badan internasional, dan lembaga swadaya internasional

Berbagai pihak yang terlibat dalam pembuatan kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia masing-masing mempunyai kepentingan. Kerjasama Pemerintahan RI dengan MPI menyangkut pendanaan, pengembangan kemampuan dan bimbingan teknis. Adanya Perpres Nomor 75/2006 mengawali revitalisasi peran dan fungsi KPAN dan KPAD. Perubahan sistem pemerintahan dari era sentralisasi ke desentralisasi mengubah peran dan fungsi lembaga pemerintah dan pemerintah daerah termasuk dalam bidang kesehatan

telah membantu pelaksanaan berbagai program penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia.

Peran pendanaan dari MPI dalam penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia sudah dimulai dari awal kasus AIDS ditemukan di Indonesia. Dana pinjaman dari World Bank disetujui pada tanggal 27 Maret 1996 dan efektif sejak 15 Maret 1996. Dana ini dialokasikan untuk pendanaan pengembangan kelembagaan dalam pencegahan HIV/AIDS dan STD, serta untuk *pilot project* pencegahan pengurangan transmisi HIV/AIDS dan STD di Jakarta dan Provinsi Riau. Dana World Bank sebesar US\$ 24,8 juta disalurkan melalui skema pendanaan IBRD. Tetapi, karena terjadi krisis tahun 1998, maka ada pemotongan pinjaman sebesar US\$ 19,8 juta, sehingga total pinjaman hingga 30 September 1999 sebesar US\$ 4,5 juta.²⁹

Australia telah menyediakan bantuan dana untuk penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia sejak tahun 1995. Bantuan Australia diberikan melalui *Indonesia HIV/AIDS Prevention and Care Project* (IHPCP). Fase II IHPCP berakhir pada bulan Agustus 2007 dan diperpanjang hingga Februari 2008. IHPCP secara luas dikenal melalui program pencegahan HIV dan AIDS di kalangan penasun melalui program *Harm Reduction* dan mengintegrasikan program tersebut ke dalam sistem pemerintahan Indonesia. Dengan kontribusi dana dari *The Indonesia Partnership Fund for HIV/AIDS* (IPF) dan pemerintah daerah, IHPCP memperluas aktivitasnya terutama di Jawa Barat, Papua, dan Papua Barat.³⁰ Sejak tahun 2008, semua kegiatan bantuan Australia untuk kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia dibingkai dalam bentuk kerjasama baru, *The Australia-Indonesia Partnership for HIV* (AIPH). Kerjasama ini dimulai pada Februari 2008 dan berakhir hingga 2015. Tujuan dari kerjasama ini ialah mendorong tercapainya penanggulangan HIV dan AIDS, yakni pencegahan penularan HIV, meningkatkan kualitas hidup ODHA, dan mengurangi dampak sosial ekonomi karena HIV dan AIDS. Bantuan ini membantu pemerintah RI untuk mencapai tujuan MDGs.

Pemerintah Amerika Serikat, melalui USAID, memberikan bantuan pendanaan melalui FHI dengan program HAPP, ASA fase I dan II, serta program SUM. Bantuan USAID melalui program HAPP difokuskan pada wilayah Jakarta Utara, DKI; Surabaya, Jawa Timur; Manado/Bitung, Sulawesi Utara; dan Irian Jaya, melalui PATH. Program difokuskan pada pelayanan sebagai strategi dasar dalam bentuk KIE dan BCC serta elemen pendukung untuk pelayanan STD dan HIV/AIDS. Elemen pendukung berupa pendampingan penyusunan kebijakan, bantuan teknis,

²⁹ World Bank (2005). "Document of The World Bank Report No.: 32572 Project Performance Assessment Report Indonesia HIV/AIDS and STDs Prevention and Management Project (LOAN NO. 3981)." June 13, 2005

³⁰ DFAT. 2007. "Australia-Indonesia Partnership for HIV/AIDS 2008–2015 including HIV Cooperation Program for Indonesia: Final Partnership and Program Design." September 2007

pendidikan dan pelatihan, administrasi dan manajemen, kapasitas kelembagaan, penelitian *biomedical/applied*, penguatan sistem surveilans, serta monitoring dan evaluasi.³¹

GFATM—atau biasa disebut Global Fund—merupakan lembaga pendanaan multilateral yang berfokus kerja untuk mengatasi epidemi AIDS, TBC dan Malaria. Khusus untuk AIDS, Indonesia mendapat dana Ronde 1 dan Ronde 4 dengan penerima hibah primer (*Principal Recipient*) Dirjen PP dan PL, Kemenkes. Selanjutnya, Indonesia menerima hibah dana Global Fund *term* pendanaan Ronde 8, periode 2009–2014, untuk 12 provinsi di Indonesia, serta Ronde 9, periode 2010–2015, untuk 21 provinsi. Pendanaan dari GFATM untuk mendorong perluasan program penanggulangan HIV dan AIDS jumlahnya cukup besar, termasuk penyediaan obat ARV untuk ODHA di Indonesia. GFATM juga memberikan pendanaan bagi LSM yang menjalankan program pencegahan HIV dan AIDS yang menjangkau kelompok berisiko seperti penasin, WPS, LSL, dan waria.

Penerimaan dana dari GFATM sebagai mitra pendanaan multilateral diatur dalam Kepmenkokesra selaku ketua KPAN dengan SK Nomor 21/Kep/Menko/Kesra/2009 tentang pengangkatan penerima hibah utama Ronde 8 Komponen AIDS pada KPAN. Salah satu yang membedakan kerjasama GFATM dengan MPI lainnya yakni GFATM mengembangkan mekanisme *Country Coordinating Mechanisms* (CCM). CCM dibentuk sebagai komitmen GFATM terhadap kepemilikan pemerintah pada program yang diajukan dan partisipasi berbagai pihak dalam mengambil keputusan. CCM merupakan *multi-stakeholders* pada tingkat nasional yang mengembangkan dan mengajukan proposal pada GFATM berdasarkan kebutuhan prioritas nasional. Setelah dana diberikan, CCM akan memantau kemajuan pelaksanaannya. CCM terdiri atas perwakilan dari pemerintah, multilateral atau bilateral *agency*, NGO, institusi akademis, sektor swasta dan ODHA. Fungsi utama dari CCM antara lain:

1. Mengkoordinasikan pengembangan dan pengajuan proposal di tingkat nasional;
2. Memilih *Principal Recipient*;
3. Mengawasi implementasi program dari dana yang disetujui dan mengajukan pendanaan selanjutnya;
4. Memastikan keterkaitan dan konsistensi antara pendanaan GFATM dan pengembangan sistem kesehatan nasional.

Dengan demikian, CCM mempunyai peran dan terlibat dalam penyusunan strategi nasional serta dialog-dialog mengenai peruntukan penggunaan dana.³²

³¹ Lihat Piet. L. Davit et .al. (1999). "External Assessment of USAID/Indonesia's HIV/AIDS Program."

³² Penjelasan lebih lanjut tentang GFATM dan peran CCM dapat dilihat: <http://www.theglobalfund.org/en/ccm/>

Tabel 8 Periodeisasi dan Titik Tekan dari Setiap MPI

Periode	Nama MPI	Wilayah Kerja	Titik Tekan
1996–1999	World Bank	Jakarta, Riau	Pengembangan kelembagaan dan piloting intervensi Penyakit Menular Seksual
1995–2008	IHPCP/AusAID	Jakarta, Bali, Makassar, Papua, Papua Barat	Mendorong dalam intervensi
2008–2015	HCPI/ AusAID	Jakarta, Banten, Jabar, Jateng, Jatim, Bali, Papua, Papua Barat	Mendorong kebijakan nasional. keterlibatan unit pemerintah (puskesmas), meningkatkan penganggaran <i>Harm Reduction</i> oleh pemda, memperluas <i>scale</i> dan <i>scope Harm Reduction</i> (termasuk MMT)
	HAPP, ASA, SUM/USAID	Jakarta, Jabar, Jateng, Jatim, Bali, Sulawesi Utara, Papua, Papua Barat	<i>Community-based approach</i> , dan menciptakan lingkungan kondusif untuk pelayanan STD dan HIV/AIDS (kebijakan, bimbingan teknis, <i>professional development</i> , <i>applied research</i> dan <i>surveillance</i>)
	Partnerships Funds		Penguatan kelembagaan KPA di nasional dan daerah (personel, operasional kantor)
2009–2014	GFATM	Round 8: 12 provinsi	Memastikan intervensi berlangsung di 141 kota/ kabupaten prioritas, penyediaan ARV
2010–2015	GFATM	Round 9: 21 provinsi	

5.2 Komisi Penanggulangan AIDS Nasional

Keppres Nomor 36/1994 tentang KPA mengamanatkan pembentukan KPAN yang merupakan satu komisi lintas-sektoral dalam pencegahan dan penanggulangan

AIDS di Indonesia secara menyeluruh, terpadu, dan terkoordinasi, dengan tujuan untuk:

- a. Melakukan upaya pencegahan dan penanggulangan AIDS berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan/atau strategi global pencegahan dan penanggulangan AIDS yang dicanangkan oleh PBB;
- b. Meningkatkan kewaspadaan masyarakat terhadap bahaya AIDS, dan meningkatkan pencegahan dan/atau penanggulangan AIDS secara lintas-sektor, menyeluruh, terpadu, dan terkoordinasi.

Pada tahun 2006, keluar Perpres Nomor 75/2006 yang menetapkan bahwa Pengelolaan Penanggulangan AIDS Nasional dilakukan oleh KPAN yang diketuai oleh Menkoskesra, Wakil Ketua I Menkes, dan Wakil Ketua II Mendagri. Perpres ini merevitalisasi peran dan fungsi KPAN. KPAN berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Presiden dengan tugas:

- a. Menetapkan kebijakan dan rencana strategis nasional serta pedoman umum pencegahan, pengendalian, dan penanggulangan AIDS;
- b. Menetapkan langkah-langkah strategis yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan;
- c. Mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan penyuluhan, pencegahan, pelayanan, pemantauan, pengendalian, dan penanggulangan AIDS;
- d. Melakukan penyebaran informasi mengenai AIDS kepada berbagai media massa, dalam kaitan dengan pemberitaan yang tepat dan tidak menimbulkan keresahan masyarakat;
- e. Melakukan kerjasama regional dan internasional dalam rangka pencegahan dan penanggulangan AIDS;
- f. Mengkoordinasikan pengelolaan data dan informasi yang terkait dengan masalah AIDS;
- g. Mengendalikan, memantau, dan mengevaluasi pelaksanaan pencegahan, pengendalian, dan penanggulangan AIDS;
- h. Memberikan arahan kepada KPA Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam rangka pencegahan, pengendalian, dan penanggulangan AIDS.

Sebagai amanat dari pelaksanaan Perpres tersebut, KPAN mengeluarkan SRAN 2007–2010. Strategi ini dikembangkan dengan melibatkan pihak-pihak terkait dengan menggunakan pendekatan epidemiologi, penyediaan layanan kesehatan dan sosial. Pada awal tahun 2007, Stranas telah ditetapkan melalui Permenkokesra Nomor 7/2007, sementara dokumen RAN digunakan sebagai penjelasan Stranas yang merupakan pedoman pelaksanaan program penanggulangan AIDS berfokus pada

populasi paling berisiko guna menekan laju penularan HIV dan AIDS di Indonesia.

Pada awal tahun 2006, upaya percepatan dimulai dengan peningkatan kinerja sekretariat di tingkat kabupaten/kota melalui Program Akselerasi di 100 Kabupaten/Kota. Terbitnya Perpres Nomor 75/2006 tentang KPAN pada bulan Juli 2006 semakin memperkuat dukungan pemerintah untuk meningkatkan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang lebih intensif, menyeluruh, terpadu dan terkoordinasi. Berdasarkan Survei Respons Nasional terhadap HIV dan AIDS tahun 2006–2007 Status Sektor Nasional, yang dilaksanakan oleh Sekretariat KPAN pada 31 Departemen/Lembaga anggota KPAN, baik yang ditunjuk berdasarkan Keppres Nomor 36/1994 maupun Perpres Nomor 75/2006, diperoleh informasi bahwa 18 dari 31 departemen/lembaga telah membentuk pokja atau menunjuk unit organisasi, menyusun kebijakan dan rencana kerja, serta menyediakan anggaran untuk menangani HIV dan AIDS.³³ Rinciannya sebagai berikut:

1. Pokja telah dibentuk oleh Menkokesra; Menneg PP; Menhan; Dirjen Pemasyarakatan, Dephukham; Menkes; Mendiknas; Mensos; Menakertrans, dan BKKBN.
2. Unit struktural (eselon III) untuk penanggulangan HIV dan AIDS telah dibentuk di Depkes, Depsos, BKKBN, dan PMI.
3. Unit struktural yang sudah diberi tanggung jawab terhadap pelaksanaan program penanggulangan HIV dan AIDS terdapat di Dephan, TNI, Dephukham, Dephub, Depdiknas, Depdagri, Depag, Menpora, BNN, Polri, dan IDI.
4. Departemen/Badan yang belum membentuk pokja ataupun menunjuk unit penanggung jawab dan menyediakan anggaran untuk penanggulangan HIV dan AIDS antara lain Depkominfo, Depbudpar, Menristek, Bappenas, BPPT, Sekretariat Kabinet, IAKMI, dan Kadin.
5. Departemen/Badan yang menurut Strategi Nasional 2003 mempunyai peran dan tanggung jawab tapi tidak disebut lagi dalam Strategi Nasional 2007 ialah Deplu, Dephan, Depperindag, BPOM, dan Deptan.

5.3 Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi

KPAP diketuai oleh Gubernur. KPAP mempunyai tugas merumuskan kebijakan, strategi, dan langkah-langkah yang diperlukan dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS di wilayahnya sesuai kebijakan, strategi, dan pedoman yang ditetapkan oleh KPAN. KPAP melaporkan secara berkala pelaksanaan tugasnya kepada Ketua KPAN. Ketentuan mengenai tata kerja KPAP diatur oleh Gubernur dengan berpedoman pada tata kerja yang ditetapkan oleh Ketua KPAN. Secara rinci hal ini disebutkan dalam Perpres No. 75/2006.

³³ Lihat Laporan KPAN tahun 2007, "Penguatan Kelembagaan KPA untuk Memimpin Respons Strategis."

Sejalan dengan itu, dalam Permendagri Nomor 20/2007 juga diatur bahwa KPAP diketuai oleh Gubernur dan bertanggung jawab kepada Gubernur. Sedangkan hubungan KPAK dengan KPAN bersifat koordinatif, konsultatif, dan teknis. KPAP bertugas:

1. Mengkoordinasikan perumusan dan penyusunan kebijakan, strategi, dan langkah-langkah yang diperlukan dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS sesuai kebijakan, strategi, dan pedoman yang ditetapkan KPAN;
2. Memimpin, mengelola, mengendalikan, memantau, dan mengevaluasi pelaksanaan penanggulangan HIV dan AIDS di provinsi;
3. Menghimpun, menggerakkan, menyediakan, dan memanfaatkan sumber daya yang berasal dari pusat, daerah, masyarakat, dan bantuan luar negeri secara efektif dan efisien untuk kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS;
4. Mengkoordinasikan pelaksanaan tugas dan fungsi masing-masing instansi yang tergabung dalam keanggotaan KPA Provinsi;
5. Mengadakan kerjasama regional dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS;
6. Menyebarkan informasi mengenai upaya penanggulangan HIV dan AIDS kepada aparat dan masyarakat;
7. Memfasilitasi KPA Kabupaten/Kota;
8. Mendorong terbentuknya LSM/Kelompok Peduli HIV dan AIDS; dan
9. Melakukan pengawasan dan evaluasi pelaksanaan penanggulangan HIV dan AIDS, serta menyampaikan laporan secara berkala dan berjenjang kepada KPAN.

Implementasi kebijakan tersebut oleh KPAP dapat dilihat dari program kerja yang dibuat dan dilaksanakannya. Untuk melakukan peran strategis berupa mendorong adanya kebijakan di level provinsi dan pembuatan strategi penanggulangan HIV dan AIDS di provinsi. Sebagai contoh, KPA Provinsi Jawa Timur mengkoordinasikan pembuatan Strategi dan Rencana Aksi Penanggulangan HIV dan AIDS Provinsi Jawa Timur Tahun 2011–2014. Upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Jawa Timur mengacu pada Perda Provinsi Jawa Timur Nomor 5/2004 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Jawa Timur. KPAP Jawa Timur mengkoordinasikan perencanaan pelaksanaan SRAD Provinsi Jawa Timur melalui forum perencanaan dan penganggaran yang dipimpin oleh Bappeda.

Koordinasi Pelaksanaan SRAD Provinsi Jawa Timur dilakukan di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota berupa koordinasi antarprogram terkait, koordinasi antarimplementasi berbagai kebijakan, dan koordinasi pelaksanaan antar-wilayah dalam Provinsi Jawa Timur. Pelaksanaan pengawasan dan evaluasi oleh KPAP juga dikoordinasikan dengan semua *stakeholder* terkait di provinsi dan KPA Kota/Kabupaten di Jawa Timur. Mekanisme koordinasi dilakukan melalui pertemuan-pertemuan yang

dipimpin oleh KPAP atau KPA Kabupaten/Kota. Semua pihak yang terlibat dalam koordinasi sudah harus menyiapkan segala sesuatu yang terkait dengan agenda pertemuan koordinasi. Hasil dari pertemuan ini diberikan kepada pihak yang berkoordinasi untuk ditindaklanjuti. Sekretaris KPA biasanya menyiapkan berbagai bahan dan agenda jika akan dilakukan rapat koordinasi.

Peran KPAP sebagai lembaga koordinasi di tingkat provinsi di beberapa daerah yang dikunjungi berjalan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada di wilayah masing-masing. KPAP Bali menetapkan visi, misi, dan strateginya dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi Bali. Visi KPAP Bali ialah terkendalinya epidemi HIV dan AIDS Menuju Bali yang Mandara (Maju, Aman, Damai dan Sejahtera). Misi KPAP Bali secara terperinci antara lain:

1. Meningkatkan efektivitas upaya pencegahan penularan HIV dan AIDS atau penurunan jumlah kasus HIV dan AIDS;
2. Meningkatkan kualitas hidup ODHA dan OHIDHA;
3. Meningkatkan partisipasi multipihak dalam menangani masalah HIV dan AIDS secara berkesinambungan;
4. Mengurangi dampak buruk sosial dan ekonomi akibat HIV dan AIDS pada individu, keluarga, dan masyarakat.

Adapun Strategi KPAP Bali untuk mencapai misi dan visinya ialah sebagai berikut:

1. Meningkatkan dan memperluas upaya pencegahan yang nyata dan efektif, serta menguji-coba cara-cara atau pendekatan yang inovatif;
2. Meningkatkan keberlanjutan upaya pencegahan, perawatan, dan pengobatan pada kelompok-kelompok marginal yang selama ini lebih banyak dilaksanakan oleh LSM dengan pendanaan lembaga donor;
3. Meningkatkan dan memperkuat sistem pelayanan kesehatan dasar dan rujukan untuk mengantisipasi peningkatan jumlah ODHA yang memerlukan akses perawatan dan pengobatan;
4. Meningkatkan kemampuan dan memberdayakan mereka yang terlibat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota melalui pendidikan dan pelatihan yang berkesinambungan;
5. Meningkatkan survei dan penelitian untuk memperoleh data bagi pengembangan program penanggulangan HIV dan AIDS;
6. Meningkatkan peran serta dan memberdayakan individu, keluarga, dan komunitas dalam pencegahan HIV dan AIDS di lingkungannya;
7. Meningkatkan kapasitas pelaksanaan program untuk menyelenggarakan pengawasan dan evaluasi penanggulangan HIV dan AIDS;
8. Mobilisasi sumberdaya dan mengharmoniskan pemanfaatannya di semua tingkat.

5.4 Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/Kota

KPA Kabupaten/Kota diketuai oleh Bupati/Walikota. KPA Kabupaten/Kota mempunyai tugas merumuskan kebijakan, strategi, dan langkah-langkah yang diperlukan dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS di wilayahnya sesuai kebijakan, strategi, dan pedoman yang ditetapkan oleh KPAN. KPA Kabupaten/Kota melaporkan secara berkala pelaksanaan tugasnya kepada Ketua KPAN. Ketentuan mengenai tata kerja KPA Kabupaten/Kota diatur oleh Bupati dan Walikota dengan berpedoman pada tata kerja yang ditetapkan oleh Ketua KPAN.

Dalam Permendagri Nomor 20/2007 disebutkan bahwa tugas KPA Kabupaten/Kota antara lain:

- a. Mengkoordinasikan perumusan penyusunan kebijakan, strategi, dan langkah-langkah yang diperlukan dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS sesuai kebijakan, strategi, dan pedoman yang ditetapkan oleh KPAN;
- b. Memimpin, mengelola, mengendalikan, memantau, dan mengevaluasi pelaksanaan penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten/Kota;
- c. Menghimpun, menggerakkan, menyediakan, dan memanfaatkan sumber daya yang berasal dari pusat, daerah, masyarakat, dan bantuan luar negeri secara efektif dan efisien untuk kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS;
- d. Mengkoordinasikan pelaksanaan tugas dan fungsi masing-masing instansi yang tergabung dalam keanggotaan KPA Kabupaten/Kota;
- e. Mengadakan kerjasama regional dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS;
- f. Menyebarkan informasi mengenai upaya penanggulangan HIV dan AIDS kepada aparat dan masyarakat;
- g. Memfasilitasi pelaksanaan tugas-tugas Camat dan Pemerintahan Desa/Kelurahan dalam penanggulangan HIV dan AIDS;
- h. Mendorong terbentuknya LSM/keompok Peduli HIV dan AIDS; dan
- i. Melakukan pengawasan dan evaluasi pelaksanaan penanggulangan HIV dan AIDS serta menyampaikan laporan secara berkala dan berjenjang kepada KPAN.

Implementasi dari kebijakan ini bisa dilihat dari jumlah KPA Kabupaten/Kota yang sudah terbentuk di seluruh Indonesia, serta jumlah perda yang sudah ada sampai saat ini. Studi tentang peran KPA Kabupaten yang dilakukan oleh Rijadi Azikin (2009)³⁴ di Kabupaten Grobogan menunjukkan bahwa dari lima tugas pokok KPA Kabupaten Grobogan yang diteliti, hanya empat tugas pokok yang sudah diimplementasikan, yaitu:

³⁴ Rijadi Azikin (2009). *Implementasi Tugas Pokok Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) dalam Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Grobogan*. Tesis, Universitas Diponegoro.

1. Penyusunan rencana kebijakan dalam bentuk dokumen Renstra Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS 2008–2012. Renstra telah disosialisasikan kepada seluruh anggota KPA Kabupaten Grobogan melalui Seminar AIDS.
2. Penyuluhan bahaya dan cara pencegahan AIDS bagi masyarakat melalui kegiatan Seminar AIDS, penyuluhan terpadu HIV/AIDS di 19 wilayah kecamatan, penyuluhan di desa berisiko AIDS, penyuluhan AIDS dengan menghadirkan ODHA, dan penyuluhan di lokasi WPS mangkal.
3. Penyebarluasan informasi AIDS melalui media massa, dengan jenis kegiatannya meliputi siaran di stasiun radio, penulisan tentang AIDS di majalah *Gema Bersemi*, pemasangan poster-poster AIDS di sarana pelayanan kesehatan, pemasangan spanduk AIDS di tempat pemasangan billboard, dan pembagian buku saku HIV dan AIDS.
4. Pelaporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas kepada Bupati, dalam bentuk laporan rutin yang sesuai petunjuk. Data yang dilaporkan mencakup perkembangan jumlah penderita HIV/AIDS, keuangan, dan hasil kegiatan instansi terkait lainnya berkala bulanan. Laporan hasil kegiatan disampaikan kepada KPAN, KPAP, dan Bupati.

Peran KPA Kota Medan berfungsi sebagai pusat koordinasi bagi masuknya donor serta koordinasi antarlembaga dan lintas-sektor. Peran KPAP kurang bisa merangkul koordinasi secara menyeluruh bagi para pemain yang bergerak di isu HIV dan AIDS. Dinkes berperan penting dalam pengadaan dan distribusi ARV, serta bantuan teknis lainnya terutama dalam penguatan SDM. Puskesmas dan rumah sakit memegang peranan penting terkait dengan PDP bagi populasi kunci. Koordinasi lintas-sektor terutama dengan organisasi masyarakat sipil, KDS, serta populasi kunci terkait dengan terbangun-baiknya mekanisme pelayanan. Pertemuan rutin dilakukan di puskesmas sehingga populasi kunci bisa langsung dilayani setelah diberikan informasi.

5.5 Kementerian Kesehatan

Kemendes RI mempunyai tugas membantu Presiden dalam menyelenggarakan sebagian urusan pemerintahan di bidang kesehatan. Dalam melaksanakan tugas, Kemendes RI menyelenggarakan beberapa fungsi, antara lain:

1. Perumusan kebijakan nasional, kebijakan pelaksanaan, dan kebijakan teknis di bidang kesehatan;
2. Pelaksanaan urusan pemerintahan sesuai dengan bidang tugasnya;
3. Pengelolaan barang milik/kekayaan negara yang menjadi tanggung jawabnya;
4. Pengawasan atas pelaksanaan tugasnya;
5. Penyampaian laporan hasil evaluasi, saran dan pertimbangan di bidang tugas dan fungsinya kepada Presiden.

Dalam menyelenggarakan fungsi, Kemenkes RI mempunyai kewenangan:

1. Penetapan kebijakan nasional di bidang kesehatan untuk mendukung pembangunan secara makro.
2. Penetapan pedoman untuk menentukan standar pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota di bidang kesehatan.
3. Penyusunan rencana nasional secara makro di bidang kesehatan. Kemenkes telah membuat Rencana Strategis 2009–2014 dan Permenkes Nomor 21/2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.
4. Penetapan persyaratan akreditasi lembaga pendidikan dan sertifikasi tenaga profesional/ahli serta persyaratan jabatan di bidang kesehatan. Konselor adalah tenaga profesional yang dibutuhkan dalam penanggulangan HIV/AIDS. Kemenkes mengeluarkan Kepmenkes No 150/Menkes/SK/X/2005 tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing Secara Sukarela (VCT). Kemenkes juga mengeluarkan konsep tim HIV dan melakukan pelatihan khusus untuk tim HIV. Tim ini terdiri atas dua konselor, satu dokter spesialis, satu dokter umum, satu perawat, satu penatalaksana kasus, dua teknisi laboratorium, dan satu staf pemantauan dan evaluasi. Sedangkan tentang pelatih Konseling dan Testing HIV/AIDS diatur dalam Kepmenkes Nomor 60/Menkes/SK/I/2009.
5. Pembinaan dan pengawasan atas penyelenggaraan otonomi daerah yang meliputi pemberian pedoman, bimbingan, pelatihan, arahan dan supervisi di bidang kesehatan.
6. Pengaturan penerapan perjanjian atau persetujuan internasional yang disahkan atas nama negara di bidang kesehatan.
7. Penetapan standar pemberian izin oleh daerah di bidang kesehatan.
8. Penanggulangan wabah dan bencana yang berskala nasional di bidang kesehatan.
9. Penetapan kebijakan sistem informasi nasional di bidang kesehatan.
10. Penetapan persyaratan kualifikasi usaha jasa di bidang kesehatan.
11. Penyelesaian perselisihan antarprovinsi di bidang kesehatan.
12. Penetapan kebijakan pengendalian angka kelahiran dan penurunan angka kematian ibu, bayi, dan anak.
13. Penetapan kebijakan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat.
14. Penetapan pedoman standar pendidikan dan pendayagunaan tenaga kesehatan.
15. Penetapan pedoman pembiayaan pelayanan kesehatan.
16. Penetapan pedoman penapisan, pengembangan dan penerapan teknologi kesehatan dan standar etika penelitian kesehatan.
17. Penetapan standar nilai gizi dan pedoman sertifikasi teknologi kesehatan dan gizi.
18. Penetapan standar akreditasi sarana dan prasarana kesehatan.

19. Surveilans epidemiologi serta pengaturan pemberantasan dan penanggulangan wabah, penyakit menular dan kejadian luar biasa.
20. Penyediaan obat esensial tertentu dan obat untuk pelayanan kesehatan dasar sangat esensial (*buffer stock nasional*).
21. Kewenangan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, yaitu: penempatan dan pemindahan tenaga kesehatan tertentu; dan pemberian izin dan pembinaan produksi dan distribusi alat kesehatan.

Pada kenyataannya, terkait dengan penanggulangan HIV dan AIDS, Dirjen PP dan PL yang berperan utama. Dirjen ini mempunyai tugas merumuskan serta melaksanakan kebijakan dan standardisasi teknis di bidang pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan.

Dalam melaksanakan tugas, Dirjen PP dan PL menyelenggarakan fungsi:

1. Perumusan kebijakan di bidang pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan;
2. Pelaksanaan kebijakan di bidang pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan;
3. Penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan;
4. Pemberian bimbingan teknis dan evaluasi di bidang pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan; dan
5. Pelaksanaan administrasi Dirjen PP dan PL.

Dirjen inilah yang menjadi mitra kerja KPAN dalam penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat nasional secara teknis. Tanggung jawab dan wewenang tertinggi tetap pada Menkes termasuk memberikan tanggapan dan memimpin upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Mekanisme pusat untuk mengawasi peran Kemenkes dalam penanggulangan HIV dan AIDS belum ada.³⁵ Hasil kajian WHO dan Depkes tahun 2007 merekomendasikan agar kapasitas Depkes untuk mengkoordinir dan melaksanakan semua unsur tanggap sektor kesehatan secara menyeluruh termasuk dukungan sebaya diperkuat melalui pembentukan satu kelompok kerja utama di bawah Menkes.

Terkait dengan respons penanggulangan HIV dan AIDS dalam dokumen sidang kabinet khusus penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia tahun 2002, dibuat skema respons *multiminestrial* termasuk respons Depkes yang menekankan pada sistem kesehatan dengan rincian berupa koordinasi, perawatan dan pengobatan, sistem kesehatan, program pencegahan, surveilans HIV dan AIDS. Selanjutnya Kemenkes

³⁵ WHO dan Depkes (2007). "Tinjauan atas Tanggapan Sektor Kesehatan Terhadap HIV/AIDS di Indonesia 2007."

mengeluarkan berbagai kebijakan terkait peran dan fungsi Kemenkes dalam penanggulangan HIV dan AIDS.

Perubahan sistem pemerintahan dari era sentralisasi ke desentralisasi mau tidak mau mengubah peran dan fungsi Kemenkes. PP Nomor 38/2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota menegaskan peran di bidang kesehatan berupa upaya kesehatan, pembiayaan, SDM, Obat dan Perbekalan Kesehatan, Pemberdayaan Kesehatan, dan Manajemen Kesehatan.³⁶

Dari sisi pembuat kebijakan di tingkat nasional,³⁷ Kemenkes telah mengeluarkan kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS untuk pencegahan, perawatan dukungan dan pengobatan, serta peran serta masyarakat. Kepmenkes terkait berbagai pedoman pencegahan, perawatan dukungan dan pengobatan telah banyak dikeluarkan, misalnya Kepmenkes Nomor 1285/Menkes/SK/X/2002 tentang Pedoman Penanggulangan HIV/AIDS dan Penyakit Menular Seksual, kemudian diperbaharui dengan keluarnya Permenkes Nomor 21/2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS. Selain itu, Kepmenkes Nomor 021/Menkes/SK/1/2011 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010–2014 yang menyebutkan arah kebijakan dan strategi Kemenkes termasuk penanggulangan HIV dan AIDS.

Kebijakan untuk Perawatan Dukungan dan Pengobatan

Pada tahun 2004, Depkes menetapkan 25 RS rujukan ART yang ditingkatkan jumlahnya menjadi 75 pada tahun 2006. Kemudian keluar Kepmenkes Nomor 832/Menkes/SK/X/2006 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Bagi Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) dan Standar Pelayanan Rumah Sakit Rujukan ODHA dan Satelitnya; Kepmenkes Nomor 760/Menkes/SK/VI/2007 tentang Penetapan Lanjutan Rumah Sakit Rujukan Bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA); Kepmenkes Nomor 782/Menkes/SK/IV/2011 tentang Rumah Sakit Rujukan Bagi Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA). Daftar rumah sakit rujukan bagi ODHA sebagaimana dimaksud meliputi 278 rumah sakit yang tercantum dalam lampiran keputusan ini. Kepmenkes Nomor 1190/Menkes/SK/X/2004 tentang pemberian gratis Obat Anti-Tuberkulosis (OAT) dan ARV untuk HIV/AIDS. Kepmenkes Nomor 241/Menkes/SK/IV/2006 tentang Standard Pelayanan Laboratorium Kesehatan Pemeriksaan HIV dan Infeksi Opportunistik.

³⁶ Lihat Lampiran PP Nomor 38/2007 bagian B. Pembagian Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan.

³⁷ Lihat lampiran Tabel Kebijakan HIV dan AIDS 1987–2014

Kemenkes juga mengeluarkan beberapa kebijakan terkait dengan pengurangan dampak buruk napza, yakni Kepmenkes Nomor 567/Menkes/SK/VII/ tentang Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Narkotika, Psikotropik dan Zat Adiktif (Napza); Kepmenkes Nomor 350/Menkes/SK/IV/ tentang Penetapan Rumah Sakit Pengampu dan Satelit Program Terapi Rumatan Metadon serta Pedoman Program Terapi Rumatan Metadon.

5.6 Organisasi Masyarakat Sipil

SRAN 2010–2014 menjelaskan bahwa masyarakat sipil berperan dan mendukung pemerintah dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Di antara kelompok-kelompok masyarakat yang terorganisasi yakni orang yang terinfeksi HIV dan AIDS dan populasi kunci, LSM, lembaga kemasyarakatan, tenaga profesional, organisasi profesi, dan lembaga pendidikan tinggi. Mereka dapat menjadi penggerak utama dan berperan aktif dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, dalam proses perumusan kebijakan, perencanaan dan implementasi setiap program yang dilakukan, serta pengawasan dan evaluasi.

5.6.1 Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)

LSM berperan sangat penting dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Mereka merintis penjangkauan (*outreach*) kelompok marjinal dan tersembunyi. LSM juga membantu populasi kunci untuk bisa mengakses layanan, membuat kelompok dukungan sebaya, hingga advokasi kebijakan. LSM yang bergerak dalam distribusi jarum suntik yang sebelum tahun 2006 dianggap ilegal sehingga menempatkan petugas penjangkau LSM harus menghadapi risiko ditangkap, diperiksa polisi bahkan terjerat hukum. Sebelum tahun 2006, pekerja *Harm Reduction* selalu berbenturan dengan penegak hukum. Sistem kesehatan dianggap sebagai celah masuk agar alat suntik steril dapat diterima sebagai alat pencegahan HIV, namun mengandalkan petugas kesehatan berseberangan dengan penegak hukum adalah tidak mungkin. Di tengah situasi sulit, yang bahkan Amerika Serikat pun belum selesai dengan isu alat suntik steril ini, pelopor *Harm Reduction* Indonesia di bawah koordinasi KPAN memilih gerakan inovasi yaitu gerakan yang ingin mengaktifkan norma-norma tertentu, karena pertentangan dalam mengubah norma *abstinens* yang dianut oleh penegak hukum dan sebagian besar masyarakat akan sangat kuat.

Sisi lain dari pecandu yang selalu sulit melepaskan diri dari kecanduannya berhasil dibingklai menjadi korban dari gembong atau pengedar napza. Simpati dan dukungan dari masyarakat, bahkan penegak hukum berhasil direbut, apalagi

disajikan data bahwa vonis hukuman untuk pecandu dan pengedar tidaklah berbeda, sehingga menimbulkan gerakan bersama melawan ketidakadilan terhadap pecandu. Skala dan perluasan dukungan *stakeholders* yang meningkat berdampak positif pada perubahan perilaku penasun, di mana keengganan membawa alat suntik steril karena takut terjatuh hukum cenderung menurun—di tahun 2007 hanya 25% penasun yang bisa menunjukkan membawa jarum, di tahun 2011 menjadi 30%. Selain itu, 50% penasun mengaku berpartisipasi dalam program LASS dalam seminggu terakhir.

LSM yang bergerak dalam penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia dapat dikelompokkan menjadi LSM yang bergerak di bidang pencegahan, pelayanan dan dukungan yang tersebar di seluruh wilayah Indonesia. Sedangkan kelompok dampingan LSM berdasarkan populasi kunci dapat dibagi menjadi LSM yang mendampingi WPS, *gay* dan LSL, waria dan penasun.

Untuk advokasi kebijakan, LSM membuat jaringan, seperti Masyarakat Peduli AIDS Indonesia. Lembaga yang bergerak di bidang pengurangan dampak buruk narkoba membuat jaringan Jangkar. LSM yang mengkhususkan memberikan dukungan dan pemberdayaan ODHA seperti Yayasan Spiritia. LSM yang mendampingi waria antara lain Perwakos di Surabaya, Srikandi Pasundan di Bandung, Kebaya di Yogyakarta.³⁸ Yayasan Citra Usadha Indonesia di Bali menjangkau pelanggan dan komunitas homoseksual. Yayasan Kerthi Praja di Bali mendampingi WPS.

Beberapa LSM di daerah menjadi motor dalam advokasi kebijakan seperti Hotline Surabaya, Gaya Nusantara dan Perwakos di Jawa Timur aktif mendorong keluarnya perda HIV dan AIDS Provinsi Jawa Timur. Di tahun 1995, LSM peduli AIDS melakukan Lokakarya Masalah-Masalah Etika dan Hak Asasi yang Berkaitan dengan Pewabahan dan Upaya Pencegahan HIV/AIDS. Lokakarya ini mengeluarkan Pernyataan Pacet tentang Masalah Etika dan Hak Asasi yang Berkaitan dengan Pewabahan HIV/AIDS.

Sejalan dengan perkembangan dan situasi HIV dan AIDS di Indonesia, LSM pun mengalami dinamika keterlibatan yang cukup tinggi. Ada LSM yang dulunya hanya bergerak di bidang pencegahan dengan pemberian KIE menjadi LSM layanan yang menyediakan layanan VCT dan pembagian bahan pencegahan seperti alat suntik steril, kondom dan pelicin. Keterlibatan LSM dalam kegiatan pemberdayaan populasi kunci dan ODHA sangat tinggi. Pembentukan Kelompok Dukungan Sebaya adalah salah satu contoh kegiatan LSM dalam upaya pemberdayaan kelompok terdampak.

³⁸ Lihat: <http://aids-ina.org/modules.php?name=Networking>

5.6.2 Komunitas Populasi Kunci

Selain dari LSM nasional yang sudah lama berdiri seperti PKBI, Spiritia dan YPI, saat ini terdapat enam jaringan komunitas yang terdampak HIV, antara lain Jangkar, IPPI, GWL-INA, PKNI, JOTHI dan OPSI. Jaringan-jaringan ini mewakili ratusan aktivitas berbasis masyarakat di seluruh Indonesia. Berbeda dari organisasi masyarakat pada umumnya yang mengandalkan iuran anggota sebagai sumber keberlangsungan kegiatan, GWL-INA, OPSI dan JOTHI mengandalkan sumber pendanaan mitra internasional yang disalurkan langsung maupun melalui KPAN. Organisasi masyarakat seperti JOTHI dan OPSI masih bergulat pada isu manajemen internal organisasi, sementara GWL-INA sedikit kewalahan dengan datangnya pendanaan dari mitra internasional.³⁹

Gerakan “*branding*” terhadap pecandu sebagai korban napza sejalan dengan penamaan ulang dari organisasi masyarakat pecandu. Ikatan Persaudaraan Pengguna Napza Indonesia (IPPNI) diinisiasi oleh beberapa kelompok pecandu di daerah seperti Jakarta, Surabaya, Jawa Barat, Jawa Tengah, dan sejak 2008 organisasi ini berubah nama menjadi Persaudaran Korban Napza Indonesia (PKNI). PKNI lebih fokus menyuarakan kebutuhan dan hak-hak pengguna napza.

Banyak kemajuan dalam gerakan OMS, namun beberapa hal berikut ini perlu mendapat penekanan, yakni:

1. Sebagain besar LSM tergantung pada donor atau proyek. Mereka kekurangan masukan dari pemerintah dan komunitas. Situasi ini menempatkan mereka pada posisi yang rentan, khususnya ketika sumber utama mereka berhenti atau ditarik keluar.
2. Sebagain besar LSM ini melakukan kegiatan khusus yang berkaitan dengan HIV dan AIDS. Hanya sedikit dari mereka yang menangani masalah lebih luas seperti gender, kemiskinan, akses terhadap keadilan dan HAM. Dengan demikian, mereka terisolasi dari gerakan pembangunan dengan pengarusutamaan sosial, budaya, dan politik.
3. Studi lapangan juga menunjukkan bahwa sebagian besar laporan yang dibuat oleh LSM ditujukan pada penyedia dana (donor) mereka. Mereka kekurangan transparansi dan akuntabilitas kepada konstituen komunitas mereka sendiri.

Forum UNGASS AIDS Indonesia beranggotakan JOTHI, IPPI, PKNI, GWL-INA, OPSI, MAP, JSG, IKON, Our Voice, LP3Y, PITA, KPI, Gerbang, Pantura Plus, Rempah, Bina Hati, Stigma, dan Solidaritas Perempuan.

³⁹ FHI-Aksi Stop AIDS, program FHI-ASA dan Health Policy Initiative, Indonesia Partnership Fund (IPF) melalui KPAN. Dengan kapasitas teknis yang lebih, GWL-INA menjadi pelaksana CATS Survey 2013 yang dibiayai oleh APN+ Regional.

Persaudaran Korban Napza Indonesia (PKNI)

Kebijakan terkait napza banyak merugikan masyarakat, terutama terkait dengan para korban. Sering kali para korban mengalami kekerasan dan dikriminalkan. Melihat situasi dan adanya kebutuhan untuk menyuarakan hak-hak pengguna napza, beberapa pengguna napza di beberapa daerah menginisiasi kegiatan pengorganisasian dan pendidikan. Muncullah beberapa kelompok pengguna napza, dengan terus mengorganisir diri dan melakukan upaya-upaya advokasi untuk menyuarakan hak-hak mereka. Dibentuklah sebuah organisasi nasional yang bernama IPPNI pada tanggal 10 Juni 2006, yang kemudian menjadi sebuah wadah bersama untuk memperjuangkan hak-hak pengguna napza agar mendapatkan hak hidup sebagai manusia seutuhnya.⁴⁰ Selanjutnya, melalui mekanisme Konggres Anggota I di Makassar pada tanggal 17 Juni 2008, disepakati perubahan nama organisasi ini menjadi PKNI. Kegiatan ini disepakati oleh 65 pengguna napza yang berasal dari 13 provinsi di Indonesia. Dokumen terkait PKNI dipublikasikan di web <http://www.pkni.org/sejarah-pkni/>.

Pekerja Seks

Dalam penelusuran dokumen, ditemukan dua nama organisasi yang mengatasmakan pekerja seks, yakni Organisasi Pekerja Seks Indonesia dan Organisasi Perubahan Indonesia, keduanya disebut dengan OPSI, dan berisi pengurus yang sama. Dua nama ini dipakai sebagai strategi untuk menghadapi ketidaksiapan publik terhadap keberadaan organisasi pekerja seks. OPSI adalah suatu organisasi perkumpulan bagi pekerja seks perempuan, laki-laki, dan waria baik homoseksual dan heteroseksual. Diinisiasi sejak Lokakarya Nasional pada tanggal 27 dan 28 November 2008 di Sahid Jaya Hotel, Jakarta, OPSI bertujuan untuk memperjuangkan terpenuhinya hak-hak konstitusi pekerja seks sebagai warga negara, menghilangkan stigma terhadap pekerja seks, mendorong terlibatnya pekerja seks secara penuh dalam pengambilan kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS, dan mendorong adanya pengakuan negara Indonesia untuk status pekerja seks. Visi mereka yakni mewujudkan negara yang menjalankan kewajibannya untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi HAM dari pekerja seks di Indonesia serta memberdayakan pekerja seks di Indonesia. Keanggotaan OPSI dibagi tiga, yaitu:

1. Anggota Biasa (pekerja seks yang masih aktif)
2. Anggota Istimewa (mantan pekerja seks)
3. Anggota Kehormatan (terdiri atas para ahli tetapi mendukung dan berpihak kepada pekerja seks).

⁴⁰ <http://www.pkni.org/sejarah-pkni/>

Jaringan GWL-INA telah dibentuk sejak 4 Februari 2007 di Surabaya. Dalam perkembangannya, jaringan ini telah melalui masa-masa yang sangat dinamis. Dalam dua tahun pertama, jaringan melakukan hampir seluruh kegiatan komunikasi dan koordinasi melalui milis *Yahoo Group* dengan dimoderasi secara sukarela oleh empat orang relawan. Namun, sejak bulan Maret 2009, komunikasi dilakukan oleh Sekretariat Nasional (Seknas) GWL-INA di Jakarta. Para moderator milis ini juga relawan dan koordinator sekretariat nasional jaringan GWL-INA yang ditunjuk secara langsung oleh anggota jaringan yang hadir pada pembentukan jaringan di Surabaya tahun 2007. Dengan dukungan teknis dan pendanaan dari *Australian Federation of AIDS Organizations Inc. (AFAO)*, Burnet Indonesia dan Gaya Nusantara, kegiatan kesekretariatan jaringan dapat berlangsung. Selain itu, beberapa pihak donor seperti FHI-ASA dan *Health Policy Initiative* telah memberikan dukungan pendanaan untuk membentuk Pokja GWL-INA serta memberikan peningkatan kapasitas untuk melakukan kerja advokasi pada bulan Desember 2007 dan Februari 2008. Sementara itu, Pokja GWL-INA sendiri telah mendapatkan pengakuan resmi dari KPAN dengan turunya surat keputusan resmi.

Pada Oktober dan November 2008, dengan bantuan pendanaan dari AFAO, jaringan dapat menyelenggarakan pertemuan koordinasi dan konsultasi wilayah pertama di Batam, Makassar dan Surabaya. Pertemuan ini telah menghasilkan rekomendasi-rekomendasi penting bagi kelangsungan jaringan GWL-INA di masa datang. Salah satu dari rekomendasi penting itu ialah melaksanakan pertemuan nasional pertama jaringan GWL-INA untuk mengesahkan jaringan secara hukum dan membentuk badan organisasi yang terpilih secara demokratis serta menguatkan sekretariat nasional untuk memperlancar kerja dari jaringan GWL-INA. Hingga saat ini, sekretariat nasional GWL-INA masih mendapatkan dukungan teknis dan pendanaan dari berbagai pihak. Kegiatan operasional kesekretariatan jaringan telah berangsur-angsur berjalan dengan dukungan pendanaan dari IPF melalui KPAN.

Saat ini Seknas GWL-INA telah berusaha menjalankan tugas-tugas yang diamanatkan. Tugas utama yang diemban Seknas antara lain:

- Memperkuat kelembagaan jaringan GWL-INA;
- Memperkuat kelembagaan Seknas jaringan GWL-INA;
- Meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan anggota jaringan melalui milis GWL-INA, juga dengan dewan pengurus melalui surat elektronik yang ditujukan langsung ke seluruh dewan pengurus;
- Meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan pihak pemangku kebijakan dan lembaga donor dengan cara mengikuti berbagai pertemuan koordinasi pro-

gram penanggulangan HIV di tingkat nasional;

- Membuat kerangka acuan dan menawarkan kepada pihak donor untuk kegiatan peningkatan kapasitas bagi anggota jaringan sesuai dengan kebutuhan.

Di luar tugas-tugas utama yang telah diberikan, Seknas juga terlibat secara langsung dalam ICAAP IX di Bali pada bulan Agustus 2009. Keterlibatan jaringan yang diwakili Seknas telah menunjukkan pengakuan dari pihak panitia lokal ICAPP akan keberadaan jaringan GWL-INA.

5.7 Sektor Swasta

Keterlibatan sektor swasta dalam penanggulangan HIV dan AIDS tidak terlepas dari pengaruh kebijakan global yang dimotori oleh *International Labor Organization* (ILO). Kegiatan mobilisasi sektor swasta digelar melalui berbagai pertemuan tripartit tingkat tinggi di tingkat nasional dan regional sepanjang tahun 2003. Pada tanggal 25 Februari 2003, diadakan pertemuan antara pemerintah yang diwakili oleh Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi serta Kemenkokesra, Kadin, Apindo, serta wakil-wakil dari Serikat Buruh/Pekerja (KSPI-Kongres Serikat Pekerja Indonesia, KSPSI-Konfederasi Serikat Pekerja Indonesia dan SBSI-Serikat Buruh Sejahtera Indonesia) di Jakarta. Hasilnya berupa Kesepakatan Tripartit Komitmen Penanggulangan HIV/AIDS di Dunia Kerja, yaitu:

- Menyadari bahwa penyebaran HIV/AIDS di Indonesia potensial mengancam profitabilitas dan produktivitas dunia usaha serta kesehatan tenaga kerja maupun masyarakat luas;
- Menyatakan kepedulian mendalam bahwa ancaman HIV/AIDS berdampak buruk terhadap pembangunan nasional yang berkelanjutan dan SDM di Indonesia;
- Mendesak seluruh pihak di tempat kerja untuk bekerjasama dengan seluruh potensi masyarakat untuk mencegah meningkatnya penularan HIV/AIDS;
- Mendesak seluruh pihak di tempat kerja untuk bekerja bersama dalam kerangka tripartit dengan (a) menggunakan prinsip-prinsip Kaidah ILO tentang HIV/AIDS dan Dunia Kerja sebagai dasar pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di tempat kerja; (b) Mengutamakan program pencegahan HIV/AIDS di tempat kerja termasuk mendorong pengusaha dan serikat pekerja untuk mendukung program tersebut; (c) mendorong dan mendukung penghapusan stigma dan diskriminasi terhadap buruh/pekerja yang hidup dengan HIV/AIDS.

Selanjutnya, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi mengeluarkan Keputusan Nomor 68/MEN/IV/2004 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Tempat Kerja. Tahun 2013, Menkokesra menunjuk *Indonesian Business*

Coalition on AIDS (IBCA) untuk menjadi koordinator pelaksana HAS 2013 melalui SK Menkokesra Nomor B-20/Menko/Kesra/I/2012 tanggal 31 Januari 2012 perihal Ketua Panitia Nasional Peringatan Hari AIDS Sedunia (HAS) tahun 2013. Tema peringatan tahun 2013 adalah “Cegah HIV-AIDS! Lindungi Pekerja, Keluarga dan Bangsa” dan sub-tema “Pencegahan HIV dan AIDS di lingkungan kerja meningkatkan kinerja dunia usaha, masyarakat, dan pemerintah serta melindungi kesehatan keluarga menuju kesejahteraan bangsa, perlindungan terhadap hak untuk mendapatkan akses, serta menciptakan lingkungan yg kondusif, bebas stigma dan diskriminasi. Penyelenggaraan kegiatan dalam memperingati HAS 2013 dengan tema tersebut diharapkan meningkatkan kesadaran mengenai HIV dan AIDS di seluruh kalangan masyarakat khususnya dunia usaha dan terbentuknya komitmen pengusaha, pekerja dan pemerintah dalam menanggulangi dan mencegah HIV dan AIDS di dunia kerja (KPAN, 2013).⁴¹

Sektor swasta ditunjuk sebagai ketua penyelenggara peringatan HAS 2013 untuk tingkat nasional dengan harapan IBCA⁴² dapat menjadi penggerak dan pendorong keterlibatan aktif dunia swasta dalam upaya penanggulangan dan pencegahan HIV dan AIDS, khususnya di lingkungan kerja, bagi para pekerja dan keluarganya. IBCA merupakan afiliasi dari *Asia Pacific Business Coalition on AIDS* (APBCA), aliansi serupa di wilayah Asia Pasifik. Visi IBCA adalah mengurangi dampak negatif HIV dan AIDS terhadap kelangsungan dunia usaha dan pertumbuhan ekonomi dengan membangun jaringan informasi berkualitas tinggi serta praktik-praktik terbaik, menghilangkan stigma dan diskriminasi yang berhubungan dengan HIV dan AIDS, serta membangun kemitraan yang berkelanjutan antara pihak swasta dan pemangku kepentingan lainnya di Indonesia. Salah satu program IBCA yang diluncurkan pada Acara Puncak HAS 2013 adalah program VCT@Work dan penandatanganan plakat komitmen 100 perusahaan untuk secara rutin melakukan program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungan kerja.

⁴¹Lihat [http://www.aidsindonesia.or.id/ck_upload/files/Artikel%20KPAN_Peringatan%20Hari%20AIDS%20Sedunia%202013\(1\).pdf](http://www.aidsindonesia.or.id/ck_upload/files/Artikel%20KPAN_Peringatan%20Hari%20AIDS%20Sedunia%202013(1).pdf)

⁴² Profile IBCA lihat: <http://www.weforum.org/pdf/GHI/Indonesia.pdf>

INTEGRASI PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS KE DALAM SISTEM KESEHATAN

6.1 Integrasi Kelembagaan: Kontestasi Pusat dan Daerah

Upaya penanggulangan HIV dan AIDS telah memunculkan lembaga khusus, yakni KPAN. Tujuh tahun sejak kasus AIDS pertama diumumkan secara resmi, KPAN dibentuk melalui Keppres Nomor 36/1994. Lembaga ini mengemban amanat untuk meningkatkan upaya pencegahan, pengendalian, dan penanggulangan AIDS; menjaga keberlangsungan langkah-langkah strategis penanggulangan AIDS; mengurangi dampak buruk dari epidemi AIDS di bidang kesehatan, sosial, ekonomi dan politik; serta meningkatkan efektivitas koordinasi penanggulangan AIDS agar lebih intensif, menyeluruh dan terpadu.

Pembentukan KPAN merupakan inisiatif pemerintah pusat yang keberadaannya juga berada di pusat. Ketika desentralisasi diterapkan, pembentukan KPA diamanatkan hingga di level daerah—KPAD. Mekanisme baru ini membawa tantangan tersendiri. Secara struktural, kedudukan KPAD memang tidak secara langsung di bawah KPAN. Tetapi dari sisi program, desain dan agenda program, KPAD merupakan refleksi dari kebijakan program KPAN. Terlebih dengan minimnya dana—yang sebagian besar untuk biaya non-program—dan terbatasnya SDM di lingkup KPAD, kebergantungan akan program dari KPAN masih besar. Program GFATM dan IPF, misalnya, semakin memperkuat relasi pusat-daerah ini.

Adanya PP Nomor 38/2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota; keluarnya Perpres Nomor 72/2007 tentang SKN; serta adanya UU Kesehatan, UU SJSN, dan UU BPJS menjadi peluang untuk mengintegrasikan program penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan nasional.

Terkait relasi KPAN dengan KPAD, sekalipun secara struktural KPAN bukan atasan KPAD, dalam relasi suatu proyek, KPAD bisa berperan sebagai lembaga pelaksana KPAN sekaligus pemegang kontrak dengan donor. Dalam hal ini, tantangan malah muncul dari kecenderungan MPI dalam mendikte KPAN dan Kemenkes untuk alasan-alasan efisiensi serta mengandalkan lembaga pusat sebagai perantara kemitraan dengan daerah. Pemda, dalam beberapa kasus di daerah kunjungan, membuat kebijakan seperti perda tentang penanggulangan HIV dan AIDS hanya karena dorongan KPAN dan dukungan dana dari donor. Akibatnya, perda yang ada kerap hanya sebagai dokumen kebijakan yang tidak ditindaklanjuti dengan mekanisme pendanaan yang jelas dan program yang sesuai dengan kondisi daerah.

Beberapa KPAD menunjukkan respons dan perkembangan tingkat kelembagaan yang berbeda. Di daerah yang masyarakat sipilnya aktif, misalnya Jawa Timur, Sumatera Utara, dan Bali, KPAD cenderung lebih aktif. Permasalahan implementasi kebijakan yang umum ditemui di wilayah kunjungan ialah sinergi kebijakan KPAN dengan prioritas program kesehatan daerah.

Terlepasnya upaya penanggulangan HIV dan AIDS dari konteks politik-ekonomi lokal merupakan tantangan tersendiri. Di satu sisi, dilihat dari perspektif efisiensi suatu program, integrasi atau memasukkan konteks lokal ke dalam sebuah kebijakan bisa menyita waktu dan biaya yang tidak sedikit. Di sisi lain, pemerintah daerah sering kali juga tidak konsekuen jika diberi kewenangan, misalnya melakukan *screening* IMS.

Tabel 9 Peran Daerah dalam Penanggulangan HIV dan AIDS

Provinsi	Kabupaten/Kota
• Penyelenggaraan survailans epidemiologi skala provinsi. • Pengelolaan pelayanan kesehatan rujukan sekunder dan tersier untuk HIV dan AIDS • Registrasi, akreditasi, sertifikasi sarana kesehatan terkait HIV dan AIDS sesuai peraturan perundang-undangan.	• Penyelenggaraan survailans epidemiologi dan penyelidikan kejadian luar biasa skala kabupaten/kota. • Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS skala kabupaten/kota. • Pengelolaan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan sekunder skala kabupaten/kota. • Pemberian rekomendasi izin sarana kesehatan tertentu yang diberikan oleh pemerintah dan provinsi.

• Pemberian rekomendasi izin sarana kesehatan untuk HIV dan AIDS yang diberikan oleh pemerintah pusat • Pendayagunaan tenaga kesehatan terkait HIV dan AIDS skala provinsi. • Pelatihan diklat fungsional dan teknis skala provinsi. • Pengelolaan/penyelenggaraan, bimbingan, pengendalian jaminan pemeliharaan kesehatan skala provinsi. Bimbingan dan pengendalian penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan nasional (Tugas Pembantuan). • Penyediaan dan pengelolaan <i>bufferstock</i> obat provinsi, alat kesehatan, reagensia dan vaksin lainnya skala provinsi. • Penyelenggaraan promosi kesehatan skala provinsi. • Bimbingan dan pengendalian norma, standar, prosedur, dan kriteria bidang kesehatan. • Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan yang mendukung perumusan kebijakan provinsi. • Pengelolaan survei kesehatan daerah (surkesda) skala provinsi. • Pemantauan pemanfaatan Iptek kesehatan skala provinsi. Penyelenggaraan kerjasama luar negeri skala provinsi. • Pembinaan, monitoring, evaluasi dan pengawasan skala provinsi. • Pengelolaan SIK skala provinsi.	• Pengelolaan/penyelenggaraan, jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai kondisi lokal. • Pemanfaatan tenaga kesehatan strategis. • Pendayagunaan tenaga kesehatan skala kabupaten/kota. • Pelatihan teknis skala kabupaten/kota. • Registrasi, akreditasi, sertifikasi tenaga kesehatan tertentu skala kabupaten/kota sesuai peraturan perundang-undangan. • Pemberian izin praktik tenaga kesehatan tertentu. • Penyediaan dan pengelolaan obat pelayanan kesehatan dasar, alat kesehatan, reagensia dan vaksin skala kabupaten/kota • Pengambilan sampling/contoh sediaan farmasi di lapangan. • Pemeriksaan setempat sarana produksi dan distribusi sediaan farmasi. • Penyelenggaraan promosi kesehatan skala kabupaten/kota. • Penyelenggaraan, bimbingan dan pengendalian operasionalisasi bidang kesehatan. • Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan yang mendukung perumusan kebijakan kabupaten/kota. • Pengelolaan surkesda skala kabupaten/kota. • Implementasi penapisan Iptek di bidang pelayanan kesehatan skala kabupaten/kota. • Penyelenggaraan kerjasama luar negeri skala kabupaten/kota. • Pembinaan, monitoring, evaluasi dan pengawasan skala kabupaten/kota. • Pengelolaan SIK skala kabupaten/kota.
--	---

Kontestasi berikutnya ialah soal anggaran, antara program penanggulangan HIV dan AIDS dengan program kesehatan lainnya. Regulasi dari Kemendagri mengenai penganggaran untuk KPAD sudah dilaksanakan, tetapi mayoritas alokasi anggaran untuk biaya kesekretariatan. Dana untuk program dan pelayanan dikelola oleh Dinkes yang disatukan dalam mata anggaran penyakit menular yang tentunya bukan hanya untuk HIV dan AIDS. Di tingkat provinsi, mekanisme penganggaran Sekretariat KPAP beragam. Sebagian melalui anggaran Sekretaris Daerah, Dinas terkait, serta bantuan sosial dan hibah dari donor. Dana hibah dari donor (GFATM dan IPF, misalnya) dikelola oleh KPAN. Dengan mekanisme demikian, KPAD secara kelembagaan (dalam hal ini sekretariat) bisa dikatakan relatif berkelanjutan. Tetapi dari sisi program, ketergantungan pada KPAN dan hibah program masih tinggi.

Masih berlangsungnya nuansa ketergantungan daerah terhadap pusat ini tidak terlepas dari dominannya pendekatan sentralistik yang sejak awal penanggulangan HIV dan AIDS hingga kini masih terasa baik di level kebijakan, agenda program dan penerapannya. Berbagai kebijakan yang sudah ada, baik Permenkokesra, Permenkes, Permendagri, Stranas dan SRAN, semuanya menunjukkan bahwa peran pemerintah pusat sangat kuat. Hampir semua kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS di daerah yang ada merupakan turunan dari program nasional. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa selama ini program penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia cenderung bersifat vertikal. Artinya juga, persoalan HIV dan AIDS masih dianggap sebagai persoalan sektoral oleh pemerintah.

Salah satu penyebab dominasi pemerintah pusat, selain anggaran, ialah akses terhadap data. Sebagian besar data yang digunakan sebagai dasar penyusunan program dikelola oleh pemerintah pusat, sehingga apa yang disebut sebagai “*evidence-based programming*” seperti menjadi hak istimewa pemerintah pusat. Inisiatif pihak-pihak berkepentingan (*stakeholder*) daerah, dalam banyak kasus, tidak kuat dalam penggunaan data sebagai basisnya, lebih banyak berdasar pada anekdot dan kasus. Sebagai contoh, pergeseran prioritas program kepada penasun dan warga binaan di LP misalnya, ialah rekomendasi yang disusun dari data *surveilans* pemerintah pusat. Program di daerah kemudian menyesuaikan pergeseran prioritas ini tanpa adanya kontestasi data yang cukup berarti dari daerah karena mereka tidak mempunyai basis data.

Penerapan pendekatan vertikal yang bersifat *top-down* seperti ini terus berlanjut. Berpijak dari segi teknis, praktik *top-down* cukup berasal. Tetapi, banyak kritik juga telah dikemukakan, terutama dalam hal kontekstualisasi dengan agenda *stakeholder* lokal.⁴³ Pendekatan vertikal cenderung membawa agenda dan gagasan yang

⁴³ Lihat Rifat. A. Atun, Sara Bennett dan Antonio Duran (2008). “When do vertical (stand-alone) programmes have a place in

dianggap “liyan”, dan jika pelibatan *stakeholder* lokal kurang, rasa kepemilikan yang akan berimplikasi pada dukungan sumber daya lokal akan rendah. Risiko lainnya ialah kurangnya kesesuaian dengan program dan prioritas daerah.

Mengingat semakin luasnya cakupan wilayah epidemi HIV dan AIDS di Indonesia seiring dengan sistem pemerintahan terdesentralisasi, pendekatan vertikal mempunyai beberapa kelemahan karena jangkauannya makin terbatas. Pelibatan *stakeholder* daerah menjadi semakin penting. Pemerintah pusat—dalam hal ini Kemenkes—telah menyadari pentingnya hal ini demi keberlanjutan program melalui regulasi mengenai pemberlakuan Permenkes Nomor 21/2013 tentang Layanan Komprehensif dan Berkelanjutan.

Desentralisasi memberikan daerah kewenangan untuk mengelola urusannya, termasuk pelayanan kesehatan. Desentralisasi membuka kesempatan terhadap peningkatan efisiensi, fleksibilitas dan tanggung jawab dalam pelayanan kesehatan. Kapasitas pemerintah pusat untuk ikut menentukan prioritas dan anggaran daerah menjadi terbatas. Sistem kesehatan juga ikut terpengaruh dengan adanya tantangan terhadap hubungan antar-pemerintah dalam sistem desentralisasi. Tabel 10 menyajikan kontestasi kebijakan pusat-daerah beserta problematikanya berdasarkan temuan dalam kunjungan lapangan.

Tabel 10 Pendekatan Kebijakan Vertikal dalam Penanggulangan HIV-AIDS dan Problematikanya

Dimensi	Hasil	Tantangan	Keterangan/Contoh
Kebijakan dan Kelembagaan	• Kebijakan nasional dan turunannya di tingkat provinsi, kabupaten/kota (Permen, SK Menteri, SKB, Stranas, Perda dan SRAD). • Terbentuknya KPAN, KPAP, KPAK dan program penguatan KPAN, KPAP, KPAK. • Peningkatan pendanaan dari donor sehingga cakupan wilayah dan program bisa ditingkatkan. • Perencanaan bersifat nasional dan penggunaan data nasional.	• Pergantian pimpinan daerah sangat berpengaruh terhadap keberlangsungan KPAD dan program-programnya. • Adanya perda yang tidak sejalan dengan tujuan program, seperti perda anti-maksiat, perda penutupan lokalisasi. • Perencanaan daerah menggunakan hasil estimasi nasional atau data nasional, sedangkan daerah tidak melakukan estimasi sendiri. • Integrasi HIV dan AIDS ke dalam renstra bidang kesehatan dan pembangunan daerah secara umum.	• Bali: Kegiatan KPAP tergantung pada sosok ketua; ketua berganti, program berganti. • Adanya perda hanya sebagai aksi politis, minim implementasi. • Kabupaten Banyumas: Inkonsistensi Propeda dan Renstra Dinkes; rencana penanggulangan HIV dan AIDS di dalam Renstra Dinkes lebih merupakan dokumen administratif, penyusunannya juga elitis dan kurang matang; beberapa kegiatan dalam rencana penanggulangan HIV dan AIDS tidak dilaksanakan Dinkes demi menjaga citra daerah.⁴⁴ • Terdapat banyak perbedaan persepsi pemangku kepentingan terkait fungsi KPAD karena adanya berbagai ketidaksesuaian dengan Permendagri No. 20/2007 tentang Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS dan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Rangka Penanggulangan HIV/AIDS.⁴⁵
Layanan Kesehatan	• Terjadi peningkatan ketersediaan layanan ART. • Tersedia 25 rumah sakit pengampu dan puskesmas yang memberikan layanan VCT. • Adanya peningkatan kapasitas tenaga kesehatan di wilayah yang didukung donor.	• Tanggung jawab peningkatan kapasitas tenaga kesehatan di wilayah non-donor menjadi bermasalah. • Terpisahnya program penanggulangan HIV dan AIDS dari program yang sudah ada dalam layanan kesehatan dasar serta kurangnya kepaduan koordinasi antara program dalam layanan kesehatan dan yang diampu dinas.	• Kasus di beberapa wilayah, seperti Malang dan Surabaya, para pengguna layanan beralih ke layanan yang dibantu donor karena lebih baik dan bersahabat. • Kejadian stigma dan diskriminasi dalam pelayananan kesehatan masih terjadi terhadap ODHA. Terjadi kasus di Bali dan Surabaya.

⁴⁴Lihat L. Marcoes Natsir et. al (2005). "Penanggulangan IMS dan HIV/AIDS di Era Otonomi Daerah." Laporan Penelitian. Yogyakarta: Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada dan Ford Fondation.

⁴⁵ Amirudin et. al. TT. "Persepsi Pemangku Kepentingan Terhadap Fungsi Penanggulangan HIV/AIDS Daerah."

		• Respons cenderung berfokus pada target yang ditentukan pusat, kurang kontekstual dan kaku. • Labil dan gamang akan keberlanjutan layanan setelah tidak ada donor.	
Komunitas	• Adanya upaya mobilisasi komunitas terdampak dan populasi kunci secara nasional. • Ada wakil dari komunitas terdampak dan populasi kunci di KPAN, KPAP, KPAK.	• Konflik kepentingan antara komunitas penerima manfaat dan organisasi masyarakat yang mengaku sebagai representasi.	• Umumnya para perwakilan komunitas di KPAN, KPAP, dan KPAK ialah mereka yang sudah lama terpapar dan aktif dalam berbagai kegiatan, regenerasinya lambat.

6.2 Integrasi ke dalam Sektor Kesehatan

Penanggulangan HIV dan AIDS tentunya perlu diintegrasikan ke dalam sistem layanan kesehatan. Pengintegrasian ini perlu mencakup beberapa aspek. Penanggulangan HIV dan AIDS perlu diintegrasikan ke dalam mekanisme kelembagaan penyedia layanan, seperti antar-unit dalam rumah sakit. Pengintegrasian mekanisme kelembagaan ini juga memerlukan penguatan kelembagaan, baik secara internal unit lembaga tertentu maupun antar-unit. Penguatan hanya satu unit saja, misalnya klinik, sekaligus melupakan bagian administrasi, bisa menjadi faktor yang menyebabkan rendahnya kunjungan pasien. Kerjasama antara unit khusus yang menangani HIV dan AIDS dengan bagian umum, farmasi, dan bidang lainya mendesak untuk dikuatkan. Penguatan kerjasama ini tentunya perlu melalui jalan panjang mulai dari perencanaan program, perencanaan penganggaran, implementasi, serta pengawasan dan evaluasi secara terpadu.

Selain mencakup aspek mekanisme kelembagaan, pengintegrasian program penanggulangan HIV dan AIDS juga perlu mencakup aspek konseptual. Misalnya, integrasi program penanggulangan HIV dan AIDS dengan layanan IMS dan kesehatan reproduksi; integrasi layanan PMTCT dengan layanan KIA. Beberapa daerah telah mengembangkan pengintegrasian layanan. Jawa Timur sudah mengintegrasikan perawatan infeksi oportunistik sebagai bagian dari pengelolaan penyakit-penyakit kronis melalui skema asuransi pemerintah berupa Jamkesda untuk HIV dan

AIDS. Bali telah menguatkan SDM melalui pengembangan pelatihan dan insentif petugas kesehatan untuk program penanggulangan HIV. Sementara Jakarta sedang menguatkan sistem informasi kesehatan, infrastruktur dan manajemen logistik yang memberikan peningkatan kualitas kesehatan secara luas.

Terkait kualitas layanan, kebijakan soal jaminan kualitas layanan program perawatan dan pengobatan telah dikembangkan. SRAN 2010–2014 memberikan panduan strategis untuk pencapaian jaminan kualitas layanan, yaitu melalui (1) peningkatan ketersediaan tenaga kesehatan yang berkualitas untuk memenuhi ketersediaan layanan yang bersahabat dan sesuai kebutuhan ODHA; (2) menjamin ketersediaan dukungan logistik untuk obat-obat esensial yang diperlukan dalam pengobatan terkait HIV dan AIDS; (3) peningkatan peran layanan berbasis masyarakat untuk melengkapi layanan yang telah disediakan oleh pemerintah. Tetapi pada kenyataannya, panduan strategis tinggal menjadi panduan saja, mengingat keberhasilannya mengasumsikan “kepatuhan” Kemenkes dan Dinkes di daerah untuk melaksanakannya dalam program kerja mereka. Temuan di wilayah penelitian menunjukkan bahwa “kepatuhan” ini sulit ditemukan karena tidak ada insentif dan sanksi.

Upaya pencegahan yang dilaksanakan di wilayah penelitian juga sangat beragam, mulai dari distribusi materi KIE, pembagian bahan material pencegahan seperti kondom, pelicin dan jarum suntik. Distribusi tersebut sudah dilakukan, bahkan sampai pada komponen pemberdayaan lingkungan agar program mendapat dukungan dari berbagai pihak. Data anekdotal dari informan melaporkan hasil yang mengembirakan, seperti upaya pencegahan melalui jarum suntik dapat mengurangi pemakaian jarum suntik bergantian dan mendorong pecandu menggunakan jarum dan peralatan steril. Namun, yang masih menjadi tantangan dalam dua dekade ini, sekalipun berbagai jenis intervensi mulai dari penjangkauan individual, kelompok, sampai intervensi struktural telah dilakukan, ialah rendahnya konsistensi pemakaian kondom dalam hubungan seks berisiko.

Komponen lain yang perlu diperhatikan dalam upaya pencegahan ialah penjangkauan dan pendampingan. Di akhir 1990-an, program penjangkauan individual mendominasi komponen pencegahan. Biaya terbesar dalam strategi ini ialah gaji untuk petugas *outreach*. Di pertengahan tahun 2000-an, ketika model estimasi populasi berisiko menunjukkan bahwa cakupan (*coverage*) jumlah populasi kunci menjadi pusat dalam penanggulangan epidemi, efektivitas penjangkauan individual dalam meningkatkan cakupan program masih dipertanyakan. Minimnya program penjangkauan dan pendampingan saat ini bisa menurunkan kualitas program. Di sisi lain, upaya pendampingan dan penjangkauan oleh kelompok masyarakat sipil terus diupayakan. Seperti kasus di Bali, penjangkauan dan pendampingan

dipelopori oleh Yayasan Kerthi Praja untuk WPS dan Yayasan Citra Usadha Indonesia untuk homoseksual. Sementara Yayasan Hati-Hati mulai menjangkau kelompok penasun.

Sejalan dengan perkembangan program, strategi dan pendekatan kegiatan penjangkauan dan pendampingan selalu mendapat pro dan kontra dari berbagai pihak. Saat ini kegiatan lapangan dikoordinasikan oleh organisator kelompok (*community organizer*). Fokus perhatian mereka bukan hanya individu, melainkan juga lingkungan atau komunitas di mana kelompok kunci tinggal/beraktivitas. Metode penjangkauan dan pendampingan masih menggunakan kerangka KIE, baik melalui pendistribusian materi pencegahan, pendampingan dan advokasi untuk layanan publik, termasuk rujukan ke layanan kesehatan. Bentuk dan pola program KIE dengan memanfaatkan penyuluhan massal dan *edutainment* menjadi pilihan saat ini untuk “mengejar” target cakupan program.

Sementara itu, program PDP ODHA saat ini sudah menunjukkan kemajuan. Jumlah rumah sakit, puskesmas, dan klinik layanan meningkat pesat, sejalan dengan meningkatnya temuan kasus. Berbagai kebijakan juga dibuat untuk memperbaiki penyediaan layanan oleh para pemberi layanan tersebut. Meskipun demikian, masih ada kesenjangan terkait PDP ODHA, yakni masalah akses atas pelayanan, SDM, penyedia layanan, dan pendanaan. Isu utamanya ialah masalah kecukupan, pemerataan dan kualitas. Sedangkan untuk pendanaan bermasalah pada sumber dana, peruntukan, dan kecukupan. Selain itu, masalah dalam PDP ODHA yang sampai saat ini masih saja mengemuka ialah stigma dan diskriminasi yang dialami ODHA dan populasi kunci.

Pemerintah telah berusaha untuk menyediakan layanan dan mendorong kemudahan akses para klien. Beberapa musabab kesenjangan tersebut antara lain 1) Bias geografi dan tempat layanan. Umumnya layanan ada di kota besar dan di wilayah yang ada donornya; 2) Kendala akses disebabkan oleh *program oriented*, bukan *client oriented*. Sering kali layanan tersedia baik ketika tercakup dalam program yang masih mendapat dukungan dari donor. Tetapi, ketika tidak ada donor, layanan jadi sulit diakses, bahkan kerap kali tutup.

Di sektor kesehatan lebih luas, jalur integrasi yang bisa ditempuh ialah melalui indikator pencapaian bidang kesehatan yang tercantum dalam Standar Pelayanan Minimum (SPM) di Dinkes Kabupaten/Kota, yang meliputi 1) Pelayanan Kesehatan Dasar (18 indikator); 2) Pelayanan Kesehatan Rujukan (2 indikator); 3) Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa/KLB (1 indikator); 4) Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Di beberapa wilayah kunjungan, penanggulangan HIV dan AIDS belum dimasukkan dalam indikator

SPM tersebut. Ini menunjukkan bahwa integrasi penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam layanan kesehatan masih perlu diperjuangkan.

6.3 Integrasi dengan Sektor Non-Kesehatan

Integrasi penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sektor non-kesehatan seperti sektor hukum juga penting. Adanya kesepakatan antara Kapolri sebagai Ketua BNN dan Menkokesra sebagai ketua KPAN menjadi contoh keberhasilan integrasi di tingkat kebijakan, dalam hal ini integrasi *Harm Reduction* untuk kalangan penasun. Sekalipun dalam implementasinya masih banyak tantangan, kebijakan ini dirasakan oleh lembaga pegiat *Harm Reduction* sangat menolong dalam melindungi pekerja mereka dari kriminalisasi⁴⁶, termasuk kegiatan *Harm Reduction* di Lapas.

Upaya pemerintah untuk memadukan penanggulangan HIV dan AIDS dengan upaya penanggulangan narkoba berjalan sangat dinamis. Dalam kepentingan tertentu—misalnya advokasi anggaran—dua hal ini beriringan, tetapi dalam hal perlakuan terhadap pengguna sering kali berseberangan. Untuk mengatasi permasalahan ini, beberapa kebijakan sudah dikeluarkan, seperti MoU Menkokesra dan BNN tentang HR tahun 2003 dan Permenkokesra No. 2/2007 tentang Kebijakan Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Suntik. Ada juga kebijakan yang melihat pengguna narkoba sebagai korban, yaitu Surat Edaran Mahkamah Agung No. 4/2010 soal anjuran bahwa pengguna narkoba yang terkena sanksi hukum dapat dirujuk ke pusat rehabilitasi. Kejaksaan Agung juga telah menerbitkan edaran kepada Jaksa untuk tidak mempidanakan pecandu yang tertangkap oleh Polisi. UU Narkotika No. 3/2009 juga menyebutkan bahwa pecandu wajib menjalani rehabilitasi medis atau rehabilitasi sosial karena mereka dianggap sebagai korban yang perlu dipulihkan kembali, seperti orang sakit dipulihkan di rumah sakit. Selanjutnya pemerintah mengeluarkan PP No. 25/2011 tentang wajib lapor bagi pecandu atau penyalahguna narkoba. Di sini pecandu diharapkan untuk mau melaporkan dirinya kepada instansi penerima wajib lapor bagi mereka yang cukup umur—bagi yang belum cukup umur bisa dilaporkan oleh orang tuanya, sehingga mereka akan segera mendapatkan rehabilitasi. Dalam PP ini, Pasal 13 menyebutkan bahwa penyidik ataupun hakim bisa menempatkan sementara pecandu di tempat rehabilitasi sesuai pada tingkatan proses hukum yang sedang berlangsung. Sayangnya, berdasarkan wawancara dengan pecandu, masih terungkap bahwa ketika mereka tertangkap tangan dan proses hukum sedang berlangsung, mereka ditahan di rutan/lapas, bukan dirawat di tempat rehabilitasi seperti yang ada di BNN ataupun tempat lain.

⁴⁶ Lihat hasil BBS dan IBBS tentang penasun.

6.4 Tantangan Upaya Integrasi

Bisa disimpulkan, upaya integrasi upaya penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan masih mendapat tantangan dari beberapa aspek, antara lain ketersediaan SDM, ketersediaan dan pemerataan tempat layanan, kesenjangan pendanaan, serta stigma dan diskriminasi.

SDM yang kompeten, baik di level manajerial maupun pelaksana di lapangan, merupakan kebutuhan mendesak. Beberapa tenaga teknis di lapangan, seperti petugas penjangkau dan pendamping, konselor HIV dan AIDS, manajer kasus, dan *buddies* masih dinilai kurang, baik dalam hal jumlah maupun kapasitas, oleh sebagian besar informan dalam penelitian ini. Sedangkan di level penyedia layanan kesehatan, Kemenkes telah membuat kebijakan tentang Pedoman Pengadaan Tenaga Kesehatan dengan Perjanjian Kerja di Sarana Kesehatan Milik Pemerintah, yakni Permenkes Nomor 1199/Menkes/PER/X/2004. Regulasi ini masih dirasa kurang memayungi, karena kebutuhan SDM program penanggulangan HIV dan AIDS tidak hanya di sarana kesehatan milik pemerintah, melainkan juga di instansi terkait lainnya.

Ketersediaan dan pemerataan tempat layanan kesehatan, seperti rumah sakit, puskesmas, dan klinik kesehatan merupakan permasalahan yang masih perlu perhatian dalam upaya integrasi ini. Akses dalam artian jarak, ketersediaan dan kualitas, merupakan variabel penting bagi ODHA dan populasi kunci mengingat mobilitas mereka yang sekarang tidak hanya terpusat di kota besar.

Sementara itu, penganggaran dan pendanaan menjadi bukti nyata dukungan pemerintah terhadap permasalahan HIV dan AIDS. Data KPAN tahun 2008 dan 2010 menunjukkan bahwa proporsi pendanaan domestik semakin meningkat. Tetapi, tetap saja sebagian besar pendanaan masih berasal dari bantuan luar negeri. Penganggaran juga mendapat tantangan dari pemberlakuan UU BPJS yang mencakup juga aspek pelayanan. Kebijakan tentang pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional sudah dikeluarkan dalam bentuk Permenkes dan Surat Edaran Menteri. Bagaimana ODHA dan populasi kunci mengakses pelayanan kesehatan di era BPJS menjadi tantangan tersendiri dalam sistem jaminan kesehatan yang baru ini.

Aspek yang masih saja menjadi permasalahan dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS ialah stigma dan diskriminasi. Upaya pengurangan stigma dan diskriminasi telah dilakukan mulai dari perencanaan program sampai pada pengembangan lingkungan pendukung (*enabling environment*). Namun, sampai saat ini stigma dan diskriminasi masih terjadi baik dari masyarakat umum maupun dari penyedia layanan. Kelompok waria sampai saat ini masih menerima diskriminasi dan stigma yang sangat keras. Perwakos sebagai lembaga yang aktif terlibat dalam program penanggulangan dan pencegahan HIV dan AIDS sampai saat ini masih sering mengalami stigma dan

diskriminasi, terutama terhadap ODHA waria. Contoh kasusnya, ODHA waria yang meninggal di Surabaya dikembalikan ke kampung halaman dan mendapat penolakan dari masyarakat.

Berdasarkan informasi dari lapangan, dilaporkan bahwa sampai saat ini sikap dan perilaku tenaga medis dan paramedis terhadap ODHA semakin baik, tetapi tidak sedikit yang masih mendiskriminasi ODHA. Hal ini mengindikasikan bahwa masih perlunya peningkatan pengetahuan dan peningkatan kapasitas tenaga kerja kesehatan tentang HIV dan AIDS. Kemenkes telah merespons kebutuhan ini melalui peluncuran sebuah Pedoman Penghapusan Stigma Diskriminasi bagi Pengelola Program, Petugas Layanan Kesehatan dan Kader tahun 2012.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

7.1 Kesimpulan

Respons terhadap epidemi HIV dan AIDS di Indonesia mencerminkan kontestasi yang rumit dalam sebuah konteks kemasyarakatan yang dinamis. Kontestasi yang pertama mengemuka antara pendekatan vertikal dan horizontal. Pendekatan vertikal mengandalkan kecakapan teknis yang terpusat dan ketat; sedangkan pendekatan horizontal mengandalkan kepaduan multisektoral dan desentralistik. Kontestasi berikutnya ialah antara data teknis dan pertimbangan politik-ekonomi. Misalnya kampanye penggunaan kondom berpijak pada pertimbangan teknis bahwa kondom merupakan alat pencegahan yang efektif, tetapi karena pertimbangan politis, kampanye penggunaan kondom menjadi komoditas politis. Respons pusat dan daerah juga berbeda, sekalipun dominasi nasional atas data-data epidemiologi lebih dominan. Kontestasi yang terakhir ialah antara lembaga membawa mazhab (*school of thoughts*) masing-masing yang berbeda, misalnya antara USAID dan AusAID (sekarang DFAT), GFATM, berbagai NGO internasional, dan lembaga pemerintah.

Respons kelembagaan atau pembentukan lembaga dan kebijakan merupakan dua respons yang paling banyak dilakukan. Dua respons ini didasari anggapan bahwa keduanya bisa menjamin keberlangsungan program. Melalui pembentukan lembaga dan penyusunan kebijakan, pemerintah dinilai meneruskan investasi yang telah dilakukan oleh donor. Kajian ini menemukan bahwa efektivitas implementasi dari kebijakan dan lembaga mengandalkan sistem kesehatan dan tata kelola pemerintahan yang ada—dengan kata lain mengasumsikan kecakapan sektor di luar bidang HIV dan AIDS serta sektor kesehatan pada khususnya dalam memberikan respons yang komprehensif. Tetapi, dalam banyak kasus di daerah kunjungan, kedua jenis respons

ini lebih mencerminkan hal-hal yang normatif karena kualitas implementasinya yang rendah. Hampir semua provinsi membentuk KPAD. Tetapi, dengan berbagai alasan, lembaga ini cenderung terbatas perannya dalam memenuhi mandatnya. Peraturan daerah yang dihasilkan terkait HIV dan AIDS juga tidak efektif di tingkat penerapan karena tanpa sumber daya dan sanksi yang memadai serta sering kali tumpang tindih atau berlawanan dengan peraturan di sektor publik lainnya.

Contoh-contoh keberhasilan dari lapangan menunjukkan bahwa program HIV dan AIDS yang sukses ialah program atau inisiatif yang berhasil mengintegrasikan dirinya ke dalam sistem kesehatan dasar, misalnya PPIA dan KIA serta integrasi dengan layanan asuransi kesehatan/skema jaminan kesehatan yang ada.

Peran masyarakat sipil yang direpresentasikan oleh komunitas populasi kunci masih belum optimal dalam penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Kelompok ODHA dan pencandu diterima keberadaannya dalam penyebutan identitas diri sebagai komunitas, sedangkan WPS, waria, LSL dan *gay* tidak mendapat tempat untuk menunjukkan identitasnya dalam masyarakat dan sebagai *stakeholder*.

Adanya PP Nomor 38/2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota menjadi peluang untuk pengintegrasian program penanggulangan HIV dan AIDS saat ini. Diberlakukannya kebijakan BPJS menjadi tantangan tersendiri dalam penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia khususnya dalam upaya pengobatan, dukungan dan perawatan serta mitigasi dampak.

7.2 Rekomendasi

Kajian ini memberikan beberapa rekomendasi strategis untuk pengupayaan integrasi respons terhadap HIV dan AIDS dalam sistem kesehatan, antara lain:

1. Untuk mengelola kontestasi-kontestasi yang ada dalam penanggulangan HIV dan AIDS supaya tidak saling menegasikan antara satu dan lainnya, perlu disusun sebuah peta-jalan (*roadmap*) integrasi antara program penanggulangan HIV dan AIDS dengan sistem kesehatan di tingkat implementasi.
2. Mengingat efektivitas program penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat operasional tergantung kecapan sistem layanan kesehatan dasar yang ada, maka penguatan layanan dasar kesehatan merupakan sebuah “*necessary and sufficient condition*”.
3. Mengingat keberhasilan program HIV dan AIDS sangat tergantung respons lokal di era desentralisasi, perlu dipikirkan penyusunan skema program yang memberikan ruang kepada inisiatif lokal tapi tetap berorientasi hasil, seperti mekanisme “*performance-based financing*” yang mulai diterapkan di sektor kesehatan.

4. Perlu perubahan strategi sosialisasi kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS yang sudah ada dengan mempertimbangkan relasi dan dinamika hubungan antara pemda, DPRD dan populasi kunci. Sosialisasi kebijakan dan program melalui partai politik perlu diagendakan agar isu HIV dan AIDS menjadi prioritas di daerah yang kasusnya sudah tinggi.
5. Peninjauan ulang berbagai kebijakan yang berpotensi menimbulkan stigma dan mendiskriminasi populasi kunci merupakan langkah yang perlu dilakukan dalam penanggulangan HIV dan AIDS.
6. Perlu kebijakan dan upaya kongkrit untuk membantu populasi kunci mengakses Jaminan Kesehatan di era BPJS saat ini. Kajian serius untuk ini perlu disegerakan.
7. Perlu adanya kebijakan yang mengatur reposisi lembaga terkait penanggulangan HIV dan AIDS dan menyesuaikan dengan perubahan sistem organisasi pemerintahan yang ada di era desentralisasi. Keberadaan KPAN, KPAP dan KPAK harus dipertegas posisinya.

DAFTAR PUSTAKA

Buku dan Laporan Penelitian

- A. Atun, R., S. Bennett dan A. Duran. 2008. "When do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems?". Policy Brief. Health System and Policy Analysis. WHO
- Amiruddin, R. Agoes, dan I. Afriandi. TT. "Persepsi Pemangku Kepentingan Terhadap Fungsi Penanggulangan HIV/AIDS Daerah." Bandung: Universitas Padjajaran.
- Azikin, R. 2009. *Implementasi Tugas Pokok Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) dalam Penanggulangan HIV/AIDS di Kabupaten Grobogan*. Tesis, Universitas Diponegoro.
- Basuki, E., I. Wolffers, W. Deville, N. Erliaini, D. Luhpuri, R. Hargono, N. Maskuri, N. Suesen, dan N.v. Beelen. 2002. "Reasons for not using condoms among female sex workers in Indonesia." *AIDS Education Preview* 14(2): 102-1
- Butt, L., G. Numbery, dan J. Morin. 2002. "Preventing AIDS in Papua," Revised Research Repot. Penelitian disponsori oleh Lembaga Penelitian UNCEN, Papua dan didanai oleh USAID-FHI, Aksi Stop AIDS.
- Crisovan, P. L. 2006. "'Risky' Business: Cultural Conceptions of HIV/AIDS in Indonesia." Doctoral dissertation. University of Pittsburgh.

- Djoerban, Z. 1999. *Membidik AIDS: Ikhtiar Memahami HIV dan ODHA*. Yogyakarta: Galang Press dan Yayasan Memajukan Ilmu Penyakit Dalam.
- Dudley, L. dan Garner P. 2011. "Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7. Art. No.: CD003318. DOI: 10.1002/14651858.CD003318.pub3.
- FHI dan Institute for HIV/AIDS. 2002. "Behavior Change Communication: A Strategic Framework." Virginia, USA: FHI dan USAID.
- Godwin, P. dan C. Dickson. 2012. "HIV in Asia: Transforming the Agenda for 2012 and Beyond." Report of a joint strategic assessment in ten countries.
- Indonesian National AIDS Commission. 2012. Country Report on the Follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS). Reporting Period 2010–2011.
- Kaldor, J. et. al. 2000. *Penilaian Eksternal Tentang HIV/AIDS Indonesia*. Jakarta: Dirjen Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman, Depkes RI.
- LPPM Unika Atmajaya. 2010. "Jaringan Seksual dan Pengguna Napza pada Pengguna Napza Suntik di 6 Provinsi."
- McKee, N., Fonny J. S., dan KPAN. 2008. *Strategi Komunikasi Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia*. Jakarta: KPAN.
- Narayanan, S. 2002. "Assesing the Economic Damages from Indonesian Fires and the Haze: A Conceptual Note." *The Singapore Economic Review* 47 (2): 1–13.
- Natsir, L. Marcoes, et. al (2005). "Penanggulangan IMS dan HIV/AIDS di Era Otonomi Daerah." Laporan Penelitian. Yogyakarta: Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada dan Ford Fondation.
- Nugroho, K. 2008. "Sosio-seksualitas dan HIV/AIDS di Indonesia." Disertasi Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Indonesia.
- Pach, A., W. Wiebel, dan I. Praptoraharjo. 2006. "Penyebaran HIV di Indonesia: Studi Etnografi tentang Jaringan Seksual dan Perilaku Berisiko Pemakai Napza Suntik (Penasun)." FHI-Aksi Stop AIDS.
- PEPFAR. 2011. "Indonesia Operational Plan Report FY 2011."
- Piet. L. Davit et .al. 1999. "External Assessment of USAID/Indonesia's HIV/AIDS Program."
- Pisani, E. 2008, *The Wisdom of Whores: Bureaucrats, Brothels and the Business of Aids*. New York: W. W. Norton.

- Praptoraharjo, I. et. al. 2013. "Indonesia NSP Review". UNODC Indonesia.
- Praptoraharjo, I. et. al. 2006. "Ethnographic study of IDU sexual networks in Indonesia". AIDS 2006-XVI International AIDS Conference: Abstract No. CDD0631.
- Prichett, L. et. al. 2012. "Looking Like a State: Techniques of Persistent Failure in State Capability for Implementation." CID Working Paper No. 239, Juni 2012.
- Riono, P. dan S. Jazant. 2004. "The Current Situation of the HIV/AIDS Epidemic in Indonesia." *AIDS Education and Prevention* 16 (Supplement A): 78–90.
- Trisnantoro, L. ed. 2009. *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000–2007: Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan*. Yogyakarta: BPFE.
- UNODC, "NSP Review in Indonesia 2013."
- Weick, K., K. M. Sutcliffe, dan D. Obstfeld. 2005. "Organizing and the Process of Sensemaking." *Organization Science* 16(4): 409–421.
- WHO dan Depkes RI. 2007. "Tinjauan atas Tanggapan Sektor Kesehatan Terhadap HIV/AIDS di Indonesia 2007."
- WHO. TT. "Indonesia Health Profile: Health Financing and Decentralization."

Dokumen Resmi Pemerintah RI

- BPS dan Depkes RI. 2004. "Laporan Hasil Survei Surveilans Perilaku (SSP) 2002–2003 di Indonesia."
- BPS, Depkes RI, dan KPAN. 2006. "Perilaku Berisiko dan Prevalensi HIV di Tanah Papua." Hasil STBP tahun 2006 di Papua.
- Pusat Data dan Informasi Depkes RI. 2006. Situasi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 1987–2006.
- Dinkes Provinsi Jawa Timur. 2009. "Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2009–2014."
- Ditjen PPM dan PL, Depkes RI. 1996. "Kasus HIV/AIDS di Indonesia Dilapor s/d Desember 1996."
- _____. 2005. "Kasus HIV/AIDS di Indonesia Dilapor s/d Desember 2005."
- _____. 2006. "Kasus HIV/AIDS di Indonesia Dilapor s/d Desember 2006."
- _____. 2000. "Kasus HIV/AIDS di Indonesia Dilapor s/d Desember 2000."
- Dirjen PP dan PL, Kemenkes RI. 2013. "Perkembangan HIV-AIDS Triwulan III Tahun 2013."

- Kemenkes RI. 2011. "Laporan Eksekutif Menteri Kesehatan RI tentang Penanggulangan HIV/AIDS. Respons Menangkal Bencana Nasional." Disajikan pada Sidang Kabinet 2002.
- _____. 2012. "Pedoman Penerapan Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan."
- _____. 2013. "Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2010–2016."
- _____. 2003. "Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS 2003–2007." Jakarta: KPAN.
- _____. 2007. "Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007–2010." Jakarta: KPAN.
- _____. 2010. "Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS 2010–2014." Jakarta: KPAN.
- _____. 2011. "The Response to HIV and AIDS in Indonesia 2006–2011. Report on 5 Years Implementation of Presidential Regulation No. 75/2006 on The National AIDS Commission." Oktober 2011.
- KPA Provinsi Bali. 2013. "Strategi dan Rencana Daerah Penanggulangan AIDS Provinsi Bali." (Draft Akhir).
- KPA Provinsi Jawa Timur. 2013. "Analisa Situasi HIV-AIDS di Provinsi Jawa Timur 2013."
- Pusat Data dan Informasi Depkes RI. 2006. "Situasi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 1987–2006."
- Utomo, B., M. Nadjib, dan D. Darmawan. 2013. "Evaluasi Penanggulangan HIV dan AIDS DKI Jakarta, 2008–2012." Jakarta: KPA Provinsi DKI Jakarta.

Donor

- DFAT. 2007. "Australia-Indonesia Partnership for HIV/AIDS 2008–2015 including HIV Cooperation Program for Indonesia: Final Partnership and Program Design." September 2007
- UNAIDS. 2008. "Report of Global AIDS Epidemic." Geneva, Swiss.
- WHO Country Office for Indonesia. TT. "WHO Country Cooperation Strategy 2007–2012 – Indonesia."
- WHO dan Kemenkes. 2007. "Tinjauan atas Tanggapan Sektor Kesehatan terhadap HIV/AIDS di Indonesia."

World Bank. 2005. "Document of The World Bank Report No.: 32572 Project Performance Assessment Report Indonesia HIV/AIDS and STDS Prevention and Management Project (Loan No 3981). June 13, 2005.

Situs

<http://www.smeru.or.id>

<http://www.aidsindonesia.or.id>

<http://www.theglobalfund.org>

<http://aids-ina.org>

<http://www.pkni.org>

<http://www.gwl-ina.or.id>

<http://www.weforum.org>

Lampiran 1

Daftar Dokumen yang Dianalisis

No	Nama Pedoman/ Renstra	Kebijakan	Tahun
1	Pedoman Penanggulangan HIV/AIDS dan Penyakit Menular Seksual	Kepmenkes No1285/Menkes/SK/X/2002	2002
2	Pedoman Penyelenggaraan Sarana Pelayanan Rehabilitasi Penyalahgunaan dan Ketergantungan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA)	Kepmenkes No 996/Menkes/SK/VIII/2002	2002
3	Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan	Kepmenkes No1116/Menkes/SK/VIII/2003	2003
4	Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota Serta Rumah Sakit	Kepmenkes 81/Menkes/SK/I/2004	
5	Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV/AIDS secara Sukarela	Kepmenkes No1507/Menkes/SK/X/2005	2005
6	Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan	Kepmenkes No1031/Menkes/SK/VII/2005	2005
7	Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit	Kepmenkes No 496/Menkes/IV/2005	2005
8	Pedoman Pencegahan HIV dari Ibu ke Anak		2006
9	Pedoman Konseling dan Tes HIV Sukarela		2006
10	Pedoman Penilaian Angka Kredit Jabatan Fungsional Kesehatan di Lingkungan Departemen Kesehatan	Kepmenkes No 153/Menkes/SK/2006	2006
11	Pedoman Penatalaksanaan Infeksi Menular Seksual		2006
12	Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA)	Kepmenkes No 567/Menkes/SK/VIII/2006	2006
13	Rencana Strategi Pengendalian HIV/AIDS di Indonesia 2002 – 2007;		2007
14	Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan Di Puskesmas	Kepmenkes No 585/Menkes/SK/2007	2007

No	Nama Pedoman/ Renstra	Kebijakan	Tahun
15	Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik Rumah Sakit	Kepmenkes No 378/Menkes/SK/IV/2008	2008
16	Pedoman Prosedur Pelaksanaan Program Pengurangan Dampak Buruk di Puskesmas		2008
17	Pedoman Pelaksanaan Kolaborasi Pengendalian Penyakit TB dan HIV	Kepmenkes No 1278/Menkes/SK/XII/2009	2009
18	Pedoman Manajemen Program HIV dan AIDS		2009
19	Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis (TB)	Kepmenkes No 364/Menkes/SK/V/2009	2009
20	Pedoman Pelaksanaan Intervensi Perubahan Perilaku		2010
21	Pedoman Rehabilitasi Kognitif	Kepmenkes No 263/Menkes/SK/2010	2010
22	Pedoman Pencegahan Penularan HIV-AIDS dan IMS Bagi Kabupaten-Kota 2010		2010
23	Tata cara Pelaksanaan Wajib Laport Pecandu Narkotika	Kepmenkes No 2171/Menkes/SK/X/2011	2011
II Standar			
1	Standar Pelayanan Laboratorium Kesehatan Pemeriksaan HIV dan Infeksi Oportunistik	Kepmenkes No 241/Menkes/SK/IV/2006	2006
III Penetapan			
1	Penetapan Rumah Sakit dan Satelit Uji Coba Pelayanan Terapi Rumatan Metadon	Kepmenkes No 494/Menkes/SK/VII/2006	2006
2	Penetapan Lanjutan Rumah Sakit Rujukan bagi Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA)	Kepmenkes N0760/Menkes/SK/VI/2007	2007
3	Penetapan Rumah Sakit Pengampu dan Satelit Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) serta Pedoman PTRM	Kepmenkes No. 350/Menkes/SK/IV/2008	2008
4	Institusi Penerima Wajib Laport	Kepmenkes No1305/Menkes/SK/VI/2011	2011
5	Rumah Sakit Rujukan Bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA)	Kepmenkes No 782/Menkes/SK/IV/2011	2011

Lampiran 2

Peraturan dan Kebijakan terkait HIV dan AIDS 1987-2013

Tahun	Kebijakan				
	Jenis Kebijakan	Pencegahan	PDP	Mitigasi Dampak	Tata Kelola
<i>National Policy/Kebijakan Nasional</i>					
1988	SK Menkes No. 339/IV/1988 Pembentukan Panitia Penanggulangan HIV AIDS				
	Instruksi Menkes No. 72/ii/1988 Kewajiban melaporkan penderita gejala AIDS				
	SK Dirjen PPM&PLP Dep-Kes RI 2/6/1988 Juklak Kewajiban Melaporkan Penderita dengan gejala AIDS				
1992	SK Menkes No. 662/VII/1992 Kewajiban pemeriksaan HIV pada donor darah				
	SK Dirjen PPM&PLP Dep-Kes RI No.668 30/11/1992 Kebijakan Nasional Penanggulangan HIV AIDS dan penerapannya di semua daerah di Indonesia				
1993	SK Gub. Kep Daerah tk.I Gub.Sulut no.18 tgl 30 Jan 1993 Pembentukan KPA di Daerah tk. II				
	SK Bupati Kepala Daerah Tk.II Bupati Gorontalo No.66 tgl 27 Feb 1993 Pembentukan Tim Penanggulangan AIDS di DATI II				
	SK Bupati Kepala Daerah Tk.II Bupati Minahasa No.212 tgl 22 Sept 1993 Pembentukan Tim Penanggulangan AIDS di DATI II				
	SK Bupati Kepala Daerah Tk.II Bolang Mongondow No.45 tgl 13 April 1993 Pembentukan Tim Penanggulangan AIDS di DATI II				
	SK Bupati Kepala Daerah Tk.II Kotamadya Manado No.122 th.1993 Pembentukan Tim Penanggulangan AIDS di DATI II				
1994	Keppres No.36/1994 Pembentukan KPA				
	SK Menkokesra No.9/VI/1994 STRANAS 1994				

Tahun	Kebijakan				
	Jenis Kebijakan	Pencegahan	PDP	Mitigasi Dampak	Tata Kelola
1994	SK Menkokesra B-182/menko/kesra/VI/1994 Tindak lanjut pembentukan KPAN dalam kepres no. 36/1994				
	SK Menkokesra No. 8/VII/1994 Susunan, Tugas, dan Fungsi Keanggotaan Komisi Penanggulangan HIV/AIDS.				
	SK Menkokesra No. 12/VII/1994 Pembentukan POKJA Penanggulangan HIV/AIDS.				
	SK Mendikbud No. 0286/P/1994 Pembentukan POKJA di kalangan Depdikbud				
	SK Menkokesra No. 9/VI/1994 Tim Penanggulangan HIV/AIDS di Daerah Tingkat I menjadi KPA				
	Instruksi Mendagri No. 26/1994 Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di kalangan Depdagri				
	SK Mensos No. 50/HUK/1994 Pembentukan Tim Teknis Penanggulangan HIV AIDS Bidang Sosial				
1994	SK Dirjen PPM&PLP Din-Kes RI 4/ Juli/1995 perihal keppres no.36/1994 dan kep menkokesra no.9/1994 Tim Penanggulangan HIV/AIDS disempurnakan menjadi KPA				
1995	Keputusan Gubernur Kep. Daerah Tk.I Gub.Sulut No.298 A thn.1995 Pembentukan KPA di Provinsi Daerah Tk. I Sulawesi Utara				
	SK Menkokesra No. 5/II/1995 Strategi Penanggulangan HIV/AIDS untuk PELITA VI				
1996	SK Menteri No. 107/KT-005/E2/96 BKKBN Pembentukan Tim Teknis dan Sekretariat Penanggulangan HIV/AIDS melalui peningkatan ketahanan keluarga.				
	SK Kakanwil Dep-Sos Provinsi Jawa Timur No. 49/IV/C-I/VII/1996 Pembentukan tim teknis penanggulangan HIV/AIDS bidang sosial di kanwil Jawa Timur				

Tahun	Kebijakan				
	Jenis Kebijakan	Pencegahan	PDP	Mitigasi Dampak	Tata Kelola
1997	Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI No. 303/U/1997 tentang Pedoman Pencegahan HIV/AIDS melalui Pendidikan				
	Instruksi Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI No. 9/U/1997 tentang Pencegahan HIV/AIDS melalui pendidikan				
2002	Inpres No.3/2002 Tentang Penanggulangan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkotika, Psikotropika, Prekursor dan Zat Adiktif Lainnya				
	Keputusan Menteri Kesehatan No. 1285/Menkes/SK/X/2002 Tentang Pedoman Penanggulangan HIV dan AIDS dan Penyakit Menular Seksual				
2003	Keputusan Bersama Menkokesra No. 20.KEP/MENKO/KESRA/XII/2003 dan Kepala Kepolisian Negara No. B/01/XII/2003/BNN tentang Pembentukan Tim Nasional Upaya Terpadu Pencegahan Penularan HIV/AIDS dan Pemberantasan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat/Bahan Adiktif dengan Cara Suntik				
2004	SK Menkes No.781/Menkes/SK/VII/2004 tentang 25 rumah sakit rujukan ARV				
	Perda Jatim No.05 Tahun 2004 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Jawa Timur				
2005	Keputusan Menteri Kesehatan No. 1441/MENKES/SK/X/2005 tentang Kelompok Kerja Pengendalian HIV/AIDS Depkes				
	Keputusan Menteri Kesehatan No. 1507/Menkes/SK/X/2005 tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV dan AIDS Secara Sukarela (<i>Voluntary Counselling and Testing</i>)				
	Peraturan Menteri Kesehatan No. 1575/Menkes/Per/XI/2005 Tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan				

Tahun	Kebijakan				
	Jenis Kebijakan	Pencegahan	PDP	Mitigasi Dampak	Tata Kelola
2006	Keputusan Menteri Kesehatan No.241/Menkes/SK/IV/2006 tentang Standar Pelayanan Laboratorium Kesehatan Pemeriksa HIV dan Infeksi Oportunistik				
	Keputusan Menteri Kesehatan No.832/Menkes/SK/X/2006 Tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan bagi ODHA dan Standar Rumah Sakit Rujukan ODHA dan Satelitnya				
	Keputusan Menteri Kesehatan No. 567/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA)				
	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 494/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Penetapan Rumah Sakit dan Satelit Uji Coba Pelayanan Terapi Rumatan Metadon Serta Pedoman Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM)				
	Peraturan Presiden No.75/2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional				
2007	Peraturan Presiden Nomor 1 Tahun 2007 tentang Pengesahan, Pengundangan dan Penyebarluasan Peraturan Perundang-undangan				
	Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737)				
	PermenkokesraNo.2/PER/MENKO/KESRA/I/2007 mengenai Kebijakan Penanggulangan AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Suntik				

Tahun	Kebijakan				
	Jenis Kebijakan	Pencegahan	PDP	Mitigasi Dampak	Tata Kelola
2007	Permenkokesra No.3/PER/MENKO/KESRA/III/2007 mengenai Susunan, Tugas dan Keanggotaan KPA Nasional				
	Permenkokesra No.4/PER/MENKO/KESRA/III/2007 tentang Pedoman dan Tata Kerja KPA Nasional, Provinsi dan Kabupaten/Kota				
	Permenkokesra No.5/PER/MENKO/KESRA/III/2007 tentang Organisasi dan Tata Kerja Sekretariat KPA Nasional				
	Permenkokesra No.6/PER/MENKO/KESRA/III/2007 mengenai Tim Pelaksana KPA Nasional				
	Permenkokesra No.7/PER/MENKO/KESRA/III/2007 mengenai Strategi Nasional Penanggulangan AIDS Tahun 2007-2010				
	Permendagri No.20/2007 mengenai Pedoman Umum Pembentukan KPA Daerah, Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS dan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Rangka Penanggulangan HIV dan AIDS di Daerah				
	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 760/Menkes/Sk/VI/2007 tentang Penetapan Lanjutan Rumah Sakit Rujukan bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA)				
	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 812/Menkes/Sk/Vii/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif				
	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 971/Menkes/Lsk/X112007 tentang Kelompok Kerja Penanggulangan HIV dan AIDS Departemen Kesehatan				
	Pedoman Nasional Terapi Antiretroviral Panduan Tata Laksana Klinis Infeksi HIV pada orang Dewasa dan Remaja (Edisi Kedua) Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2007				

Tahun	Kebijakan				
	Jenis Kebijakan	Pencegahan	PDP	Mitigasi Dampak	Tata Kelola
2007	Kebijakan Nasional Kolaborasi TB/HIV edisi Pertama Departemen Kesehatan Republik Indonesia 2007				
	Pedoman Pengembangan Jejaring Layanan Dukungan, Perawatan dan Pengobatan HIV dan AIDS Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2007				
2008	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/ Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis				
	Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 350/ Menkes/SK/IV/2008 tentang Penetapan Rumah Sakit Pengampu dan Satelit Program Terapi Rumatan Metadon serta Pedoman Program Terapi Rumatan Metadon				
	Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 378/ Menkes/SK/IV/2008 tentang Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit				
	Peraturan Daerah Kabupaten Badung nomor 1 tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS				
	Peraturan Daerah Kabupaten Bulukumba nomor 5 tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS				
	Peraturan Daerah Kabupaten Malang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Malang				
	Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat nomor 11 tahun 2008 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS				
	Peraturan Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 5 Tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS				
2009	Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2009 tentang Kepariwisata (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 11, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4966)				

Tahun	Kebijakan				
	Jenis Kebijakan	Pencegahan	PDP	Mitigasi Dampak	Tata Kelola
2009	Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 12, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4967)				
	Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)				
	Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)				
	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072)				
	Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah nomor 5 tahun 2009 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS				
	Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Barat nomor 2 tahun 2009 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi Kalimantan Barat				
	Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur nomor 7 tahun 2009 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS				
	Peraturan Daerah Kota Bekasi nomor 3 Tahun 2009 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Kota Bekasi				
2010	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 411/ Menteri Kesehatan Nomor 411/Menkes/ Per/III/2010 tentang Laboratorium Klinik				
	Rencana Aksi Nasional (RAN) Penanggulangan HIV-AIDS dan Penyalahgunaan Narkotika di UPT Pemasyarakatan di Indonesia Tahun 2010-2014 Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM RI				

Tahun	Kebijakan				
	Jenis Kebijakan	Pencegahan	PDP	Mitigasi Dampak	Tata Kelola
2010	Peraturan Daerah Kabupaten Semarang Nomor 3 tahun 2010 tentang Penanggulangan <i>Human Immunodeficiency Virus</i> (HIV) dan <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i> (AIDS) di Kabupaten Semarang				
	Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta nomor 12 tahun 2010 tentang Penanggulangan <i>Human Immunodeficiency Virus</i> (HIV) dan <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i> (AIDS)				
	Peraturan Daerah Provinsi Papua nomor 8 tahun 2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS.				
2011	Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 782/ Menkes/SK/IV/2011 tentang Rumah Sakit Rujukan bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA)				
	Pedoman Nasional Tata Laksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2011				
	Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual 2011 Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan				
	Pedoman nasional pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2011				

Tahun	Kebijakan				
	Jenis Kebijakan	Pencegahan	PDP	Mitigasi Dampak	Tata Kelola
2012	Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 37 tahun 2012 tentang Pelaksanaan Penanggulangan HIV dan AIDS				
	Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan Pedoman Penerapan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2012				
	Pedoman Layanan Komprehensif HIV-AIDS dan IMS di Lapas, Rutan dan Bapas 2012, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan RI dan Direktorat Jenderal Pemasyarakatan, Kementerian Hukum dan HAM RI				
2013	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS				
	Surat Edaran Nomor GK/Menkes/001/I/2013 tentang Layanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)				
	Surat Edaran Nomor 129 Tahun 2013 tentang Pelaksanaan Pengendalian HIV-AIDS dan Infeksi Menular Seksual Kementerian Kesehatan RI				

Lampiran 3

Peraturan dan Kebijakan terkait HIV dan AIDS 1987-2013

Tahun	Kebijakan	Deskripsi	Klik diisini
1988	SK Menkes No. 339/IV/1988	Peraturan perundangan ini mengatur tentang Pembentukan Panitia Penanggulangan HIV AIDS di Indonesia.	
	Instruksi Menkes No. 72/ii/Menkes/Inst/1988	Instruksi dari Menteri Kesehatan ini ditujukan kepada petugas kesehatan dan sarana pelayanan kesehatan, bahwa penderita dengan gejala AIDS wajib dilaporkan kepada Dirjen P2MPLP (Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman).	
	SK Dirjen PPM&PLP Dep-Kes RI 2/6/1988	SK merupakan tindak lanjut dari Instruksi Menkes nomor 72/ii/Menkes/Inst/1988 ini memuat tentang petunjuk pelaksana dalam implementasi pelaporan penderita dengan gejala AIDS.	
	Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular	Diterbitkannya undang-undang ini menjadi upaya untuk melindungi penduduk dari malapetaka yang ditimbulkan wabah sedini mungkin, dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat. Di dalamnya juga tercantum bahwa menteri telah menetapkan jenis-jenis penyakit dan daerah tertentu yang dapat menimbulkan wabah.	
1992	SK Menkes No. 662/VII/1992	Surat Keputusan Menteri Kesehatan yang ditujukan kepada seluruh layanan kesehatan di Indonesia, yaitu bahwa pada semua pendonor darah diwajibkan untuk melakukan pemeriksaan HIV.	
	UU No. 23/1992 tentang Kesehatan	Undang-undang ini memuat bahwa pemberantasan penyakit menular dilaksanakan dengan upaya penyuluhan, pendidikan, pengebalan, menghilangkan sumber dan perantara penyakit, tindakan karantina, dan upaya lain yang diperlukan.	
	SK Dirjen PPM&PLP Dep-Kes RI No.668 30/11/1992	Surat Keputusan PPM dan PLP Depkes ini merupakan peraturan pelaksana dalam implementasi kebijakan nasional penanggulangan HIV AIDS dan penerapannya di semua daerah di Indonesia.	
1993	SK Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Gubernur Sulut Nomor 18 tanggal 30 Januari 1993	Dalam rangka implementasi kebijakan nasional penanggulangan HIV di daerah Provinsi Sulut, maka gubernur daerah setempat untuk membentuk Komisi Penanggulangan AIDS di daerah tingkat I.	

Tahun	Kebijakan	Deskripsi	Klik diisini
	SK Bupati Kepala Daerah Tingkat II Bupati Gorontalo nomor 66 tanggal 27 Feb 1993	Sesuai dengan SK Gubernur Sulut nomor 18 tanggal 30 Januari 1993 maka di daerah pemerintahan tingkat II di Kabupaten Gorontalo juga dibentuklah Tim Penanggulangan AIDS untuk mendukung kebijakan nasional.	
	SK Bupati Kepala Daerah Tingkat II Bupati Minahasa Nomor 212 tanggal 22 September 1993	SK Gubernur Sulut nomor 18 tanggal 30 Januari 1993 untuk membentuk Tim Penanggulangan AIDS di daerah pemerintahan tingkat II maka SK Bupati ini diterbitkan.	
	SK Bupati Kepala Daerah Tingkat II Bolang Mongondow Nomor 45 tanggal 13 April 1993	Melalui SK Gubernur Sulut nomor 18 tanggal 30 Januari 1993 maka di daerah pemerintahan tingkat II Kabupaten Bolang Mongondow juga dibentuklah Tim Penanggulangan AIDS untuk mendukung kebijakan nasional penanggulangan AIDS.	
	SK Bupati Kepala Daerah Tk.II Kotamadya Manado Nomor 122 tahun 1993	Sesuai dengan SK Gubernur Sulut nomor 18 tanggal 30 Januari 1993 maka di daerah pemerintahan tingkat II di Kotamadya Manado juga dibentuklah Tim Penanggulangan AIDS untuk mendukung kebijakan nasional.	
1994	Keppres Nomor 36/1994	Dalam rangka pencegahan dan penanggulangan AIDS di Indonesia secara menyeluruh, terpadu dan terkoordinasi, maka dibentuklah suatu komisi yang bersifat lintas sektor dengan nama Komisi Penanggulangan AIDS melalui Keppres No. 36 tahun 1994.	
	SK Menkokesra No.9/VI/1994	Surat Keputusan Menkokesra ini mengatur tentang Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS tahun 1994.	
	SK Menkokesra B-182/menko/kesra/VI/1994	Surat keputusan ini merupakan tindak lanjut dari produk hukum Keputusan Presiden nomor 36/1994 tentang pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.	
	SK Menkokesra No. 8/VII/1994	Dalam surat keputusan ini dimuat aturan tentang Susunan, Tugas, dan Fungsi Keanggotaan Komisi Penanggulangan HIV AIDS.	
	SK Menkokesra No. 12/VII/1994	Surat keputusan ini memuat tentang Pembentukan Kelompok Kerja Penanggulangan HIV AIDS.	
	SK Mendikbud No. 0286/P/1994	Peraturan perundangan ini mengatur tentang Pembentukan Kelompok Kerja Penanggulangan HIV/AIDS di Departemen Pendidikan dan Kebudayaan.	

Tahun	Kebijakan	Deskripsi	Klik diisini
	SK Menkokesra No. 9/VI/1994	Peraturan perundangan ini mengubah Tim Penanggulangan HIV/AIDS di daerah tingkat I menjadi Komisi Penanggulangan AIDS.	
	Instruksi Mendagri No. 26/1994	Dalam instruksi ini Menteri Dalam Negeri mengatur tentang pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di kalangan Depdagri.	
	SK Mensos No. 50/HUK/1994	Menteri sosial mengatur tentang Pembentukan Tim Teknis Penanggulangan HIV/AIDS Bidang Sosial.	
1994	SK Dirjen PPM&PLP Din-Kes RI 4/Juli/1995	Peraturan ini merupakan tindak lanjut dari Keputusan Presiden No. 36/1994 dan Keputusan Menteri Perekonomian dan Kesejahteraan No. 9/1994 yaitu mengubah Tim Penanggulangan HIV/AIDS yang disempurnakan menjadi KPA.	
1995	Keputusan Gubernur Kep. Daerah Tk.I Gub.Sulut No.298 A thn.1995	Keputusan gubernur ini merupakan peraturan pelaksana dari peraturan perundangan yang diterbitkan tahun sebelumnya yaitu tentang Pembentukan KPA di Provinsi Daerah Tk. I Sulawesi Utara.	
	SK Menkokesra No. 5/II/1995	Surat keputusan perundangan ini membahas tentang Strategi Penanggulangan HIV AIDS untuk PELITA VI	
1996	SK Menteri No. 107/KT-005/E2/96	Dalam peraturan perundangan ini diputuskan oleh Menteri Kesehatan bahwa dalam organisasi BKKBN perlu membentuk Tim Teknis dan Sekretariat Penanggulangan HIV AIDS melalui peningkatan ketahanan keluarga.	
	SK Kakanwil Dep-Sos Provinsi Jawa Timur No. 49/IV/C-I/VII/1996	Seperti halnya dengan Sulawesi Utara, pada tahun selanjutnya Provinsi Jawa Timur juga melakukan Pembentukan tim teknis penanggulangan HIV AIDS bidang sosial di kanwil Jawa Timur.	
1997	Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI No. 303/U/1997	Respon dari Menteri Pendidikan dan Kebudayaan terhadap penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia dilakukan melalui terbitnya Keputusan Menteri ini yang mengatur tentang Pedoman Pencegahan HIV/AIDS melalui Pendidikan.	
	Instruksi Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI No. 9/U/1997	Menteri Pendidikan menginstruksikan kepada jajaran pemerintahan di bidang pendidikan tentang Pencegahan HIV/AIDS melalui pendidikan.	
2002	Instruksi Presiden No.3/2002	Dalam peraturan ini Presiden RI mengesahkan instruksi kepada semua jajaran pemerintah tentang Penanggulangan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkotika, Psikotropika, Prekursor dan Zat Adiktif Lainnya.	

Tahun	Kebijakan	Deskripsi	Klik diisini
	Keputusan Menteri Kesehatan No. 1285/Menkes/SK/X/2002	Keputusan menteri ini mengatur tentang Pedoman Penanggulangan HIV dan AIDS dan Penyakit Menular Seksual.	
2003	Keputusan Bersama Menkokesra No. 20.KEP/MENKO/KESRA/XII/2003 dan Kepala Kepolisian Negara No. B/01/XII/2003/BNN	Keputusan ini merupakan hasil dari kerja sama antara Menkokesra dan Kepala Kepolisian Negara tentang Pembentukan Tim Nasional Upaya Terpadu Pencegahan Penularan HIV/AIDS dan Pemberantasan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat/Bahan Adiktif dengan Cara Suntik.	
2004	SK Menkes No.781/Menkes/SK/VII/2004	Merespon epidemi HIV/AIDS yang cukup tinggi di Indonesia, maka Menteri Kesehatan mengeluarkan Surat Keputusan yang menetapkan 25 rumah sakit rujukan ARV.	
	Perda Jatim No.05 Tahun 2004	Perda yang ditujukan kepada seluruh pemerintahan daerah Provinsi Jatim mengatur tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Jawa Timur.	
2005	Keputusan Menteri Kesehatan No. 1441/MENKES/SK/X/2005	Menteri Kesehatan mengatur tentang Kelompok Kerja Pengendalian HIV/AIDS Depkes dalam keputusan ini.	
	Keputusan Menteri Kesehatan No. 1507/Menkes/SK/X/2005	Peraturan perundangan ini mengatur tentang Pedoman Pelayanan Konseling dan Testing HIV dan AIDS Secara Sukarela (VCT – <i>Voluntary Counseling and Testing</i>).	
	Peraturan Menteri Kesehatan No. 1575/Menkes/Per/XI/2005	Susunan Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan diatur oleh Menteri Kesehatan dalam perundangan ini.	
2006	Keputusan Menteri Kesehatan No. 241/Menkes/SK/IV/2006	Menteri Kesehatan dalam peraturan ini mengatur tentang Standar Pelayanan Laboratorium Kesehatan Pemeriksa HIV dan Infeksi Oportunistik.	
	Keputusan Menteri Kesehatan No.832/Menkes/SK/X/2006	Keputusan Menteri Kesehatan mengatur tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan bagi ODHA dan Standar Rumah Sakit Rujukan ODHA dan Satelitnya.	
	Keputusan Menteri Kesehatan No. 567/Menkes/SK/VIII/2006	Dalam keputusan ini, Menteri Kesehatan mengesahkan Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA) yang akan diimplementasikan di semua layanan kesehatan di Indonesia.	
	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 494/Menkes/SK/VIII/2006	Pada tahun yang sama juga diterbitkan suatu peraturan tentang Penetapan Rumah Sakit dan Satelit Uji Coba Pelayanan Terapi Rumatan Metadon Serta Pedoman Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM).	

Tahun	Kebijakan	Deskripsi	Klik diisini
2006	Peraturan Presiden No.75/2006	Peraturan Presiden ini mengatur tentang susunan dan tata kelola Komisi Penanggulangan AIDS di tingkat Nasional.	
2007	Peraturan Presiden Nomor 1 Tahun 2007 tentang Pengesahan, Pengundangan dan Penyebarluasan Peraturan Perundang-undangan	Peraturan ini memuat tentang jenis peraturan perundangan secara tertulis oleh lembaga negara atau pejabat yang berwenang yang sifatnya mengikat secara umum. Penyusunan peraturan perundangan HIV/AIDS dari pemerintah pusat hingga daerah harus merujuk pada peraturan ini.	
	Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737)	Peraturan ini memuat tentang kewenangan daerah untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan berdasarkan hak dan kewajiban tingkatan pemerintahan, dalam rangka melindungi, melayani, memberdayakan, dan menyejahterakan masyarakat. Penanggulangan HIV/AIDS menjadi kewenangan masing-masing daerah yang ditentukan oleh komitmen pemerintah setempat.	
	Permenkokesra No.2/PER/MENKO/KESRA/I/2007 mengenai Kebijakan Penanggulangan AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Suntik	Peraturan ini menetapkan tentang upaya pencegahan penyebaran HIV di kalangan penasun dan pasangannya dan masyarakat luas dan mengintegrasikan pengurangan dampak buruk penggunaan NAPZA dalam sistem kesehatan masyarakat dalam layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV dan AIDS serta pemulihan ketergantungan NAPZA, melalui pendekatan kesehatan masyarakat.	
	Permenkokesra No.3/PER/MENKO/KESRA/III/2007	Menteri Perekonomian dan Kesejahteraan mengatur tentang Susunan, Tugas dan Keanggotaan KPA Nasional dalam peraturan perundangan ini.	

Tahun	Kebijakan	Deskripsi	Klik diisini
2007	Permenkokesra No.4/PER/MENKO/KESRA/III/2007	Di tahun yang sama, dikeluarkan juga peraturan tentang Pedoman dan Tata Kerja KPA Nasional, Provinsi dan Kabupaten/Kota.	
	Permenkokesra No.5/PER/MENKO/KESRA/III/2007	Peraturan ini menetapkan tentang Organisasi dan Tata Kerja Sekretariat KPA Nasional.	
	Permenkokesra No.6/PER/MENKO/KESRA/III/2007	Permenkokesra ini mengatur tentang Tim Pelaksana KPA Nasional.	
	Permenkokesra No.7/PER/MENKO/KESRA/III/2007	Produk perundangan ini membahas tentang Strategi Nasional Penanggulangan AIDS Tahun 2007-2010 dalam merespon epidemi yang ada di Indonesia pada era tersebut.	
	Permendagri No.20/2007	Banyaknya daerah yang membentuk KPA untuk menanggulangi HIV/AIDS di daerahnya menjadi dasar bagi Menteri Dalam Negeri pada tahun 2007 untuk menerbitkan suatu Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS dan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Rangka Penanggulangan HIV dan AIDS di daerah.	
	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 760/Menkes/Sk/VI/2007 tentang Penetapan Lanjutan Rumah Sakit Rujukan bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA)	Dalam peraturan ini dijelaskan bahwa untuk memperluas akses layanan kesehatan bagi ODHA di seluruh Indonesia maka dinilai perlu untuk menambah rumah sakit rujukan. Hal ini sebagai respon dari terjadinya peningkatan kasus HIV dan AIDS serta untuk meningkatkan pelayanan bagi ODHA.	
	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 812/Menkes/Sk/Vii/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif	Dilandasi oleh besarnya kebutuhan dari pasien, ketersediaan SDM, dan keadaan sarana pelayanan perawatan paliatif di Indonesia masih belum merata sedangkan pasien memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu, komprehensif dan holistik, peraturan ini menetapkan tentang upaya perawatan paliatif bagi pasien ODHA yang memberikan arah bagi sarana pelayanan kesehatan tidak hanya terbatas di rumah sakit yang memberikan pelayanan perawatan paliatif di Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar dan Makassar.	

Tahun	Kebijakan	Deskripsi	Klik diisini
2007	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 971/Menkes/Lsk/X112007 tentang Kelompok Kerja Penanggulangan HIV dan AIDS Departemen Kesehatan	Dalam peraturan ini ditetapkan beberapa tugas Kelompok Kerja Penanggulangan HIV dan AIDS Kemenkes RI, yaitu: melakukan kajian-kajian yang berkaitan dengan kebijaksanaan operasional dan strategis; mengembangkan metode edukasi dan pola pendekatan dalam penanggulangan HIV & AIDS; mengembangkan metode penatalaksanaan kasus HIV/AIDS; memfasilitasi pemenuhan sarana, prasarana, dan penyediaan reagen dan obat-obatan; melakukan koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor serta stakeholders terkait, termasuk dalam kaitannya dengan Standar Pelayanan Minimal Provinsi dan/atau Kabupaten/Kota; melakukan advokasi, komunikasi, dan bahan pertimbangan terhadap masalah-masalah yang berkembang terkait dengan aspek sosial dan kesehatan penyakit HIV/AIDS, termasuk kaitannya dengan perjanjian internasional.	
	Pedoman Nasional Terapi Antiretroviral Panduan Tatalaksana Klinis Infeksi HIV pada orang Dewasa dan Remaja (Edisi Kedua) Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2007	Pedoman ini revisi dari pedoman sebelumnya, sebagai respon dari perkembangan teknologi pengobatan, penjabaran dari Keputusan Menteri Kesehatan, dan mengacu pada pedoman terapi ARV WHO terbaru. Pedoman ini menjadi acuan bagi semua pihak yang terkait dalam penanggulangan HIV dan AIDS khususnya terapi antiretroviral.	
	Kebijakan Nasional Kolaborasi TB/HIV edisi Pertama Departemen Kesehatan Republik Indonesia 2007	Kebijakan TB/HIV ini diperlukan untuk merespon perkembangan epidemi TB/HIV di Indonesia, hasil uji coba kolaborasi TB-HIV di beberapa Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) wilayah prioritas dan <i>external review</i> HIV/AIDS oleh JEMM TB. Pedoman pelaksanaan program kolaborasi TB/HIV di seluruh Indonesia ditetapkan dalam peraturan ini.	
	Pedoman Pengembangan Jejaring Layanan Dukungan, Perawatan dan Pengobatan HIV dan AIDS Departemen Kesehatan RI,	Pedoman ini menjadi acuan dalam melaksanakan program layanan komprehensif (penyuluhan, pencegahan, perawatan, pengobatan serta dukungan peraturan dan hukum) di seluruh kabupaten/kota di Indonesia untuk mencapai <i>universal access</i> (WHO, 2006) yang diharapkan dapat dicapai pada tahun 2008.	

Tahun	Kebijakan	Deskripsi	Klik diisini
2007	Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2007		
2008	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis	Peraturan ini menjelaskan bahwa rekam medis pasien, termasuk pasien ODHA yang memuat informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, dan riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan harus dijaga kerahasiannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.	
	Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 350/Menkes/SK/IV/2008	Dalam merespon epidemi HIV/AIDS yang terjadi di beberapa wilayah Indonesia maka Menteri Kesehatan mengeluarkan Keputusan Menteri ini yaitu mengatur tentang Penetapan Rumah Sakit Pengampu dan Satelit Program Terapi Rumatan Metadon serta Pedoman Program Terapi Rumatan Metadon.	
	Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 378/Menkes/SK/IV/2008 tentang Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit	Peraturan ini menjadi acuan pelaksanaan pelayanan rehabilitasi medik, meningkatkan mutu layanan, dan acuan pengembangan pelayanan di rumah sakit, yang mana pelayanan rehabilitasi medik bersifat komprehensif mulai dari promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Layanan ini dititikberatkan pada strategi rehabilitasi pencegahan.	
	Peraturan Daerah Kabupaten Badung nomor 1 tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS	Peraturan ini merupakan bentuk komitmen dari pemerintah daerah dalam merespon perkembangan kasus HIV dan AIDS di wilayah Kabupaten Badung. Isi peraturan menyatakan bahwa penanggulangan HIV/AIDS harus dilakukan secara melembaga, sistematis, komprehensif, partisipatif, dan berkesinambungan melalui promosi, pencegahan, konseling dan tes sukarela rahasia, pengobatan, serta perawatan dan dukungan.	
	Peraturan Daerah Kabupaten Bulukumba nomor 5 tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS	Peraturan ini merupakan bentuk komitmen dari pemerintah daerah dalam merespon perkembangan kasus HIV dan AIDS di wilayah Kabupaten Bulukumba. Isi peraturan menyatakan bahwa penanggulangan HIV/AIDS harus dilakukan secara melembaga, sistematis, komprehensif, partisipatif, dan berkesinambungan melalui promosi, pencegahan, konseling dan tes sukarela rahasia, pengobatan, serta perawatan dan dukungan.	

Tahun	Kebijakan	Deskripsi	Klik diisini
2008	Peraturan Daerah Kabupaten Malang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Malang	Peraturan ini merupakan bentuk komitmen dari pemerintah daerah dalam merespon perkembangan kasus HIV dan AIDS di wilayah Kabupaten Malang. Isi peraturan menyatakan bahwa penanggulangan HIV/AIDS harus dilakukan secara melembaga, sistematis, komprehensif, partisipatif, dan berkesinambungan melalui promosi, pencegahan, konseling dan tes sukarela rahasia, pengobatan, serta perawatan dan dukungan.	
	Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat nomor 11 tahun 2008 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS	Peraturan ini merupakan bentuk komitmen dari pemerintah daerah dalam merespon perkembangan kasus HIV dan AIDS di wilayah Provinsi Nusa Tenggara. Isi peraturan menyatakan bahwa penanggulangan HIV/AIDS harus dilakukan secara melembaga, sistematis, komprehensif, partisipatif, dan berkesinambungan melalui promosi, pencegahan, konseling dan tes sukarela rahasia, pengobatan, serta perawatan dan dukungan.	
	Peraturan Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 5 Tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS	Peraturan ini merupakan bentuk komitmen dari pemerintah daerah dalam merespon perkembangan kasus HIV dan AIDS di wilayah Provinsi DKI Jakarta. Isi peraturan menyatakan bahwa penanggulangan HIV/AIDS harus dilakukan secara melembaga, sistematis, komprehensif, partisipatif, dan berkesinambungan melalui promosi, pencegahan, konseling dan tes sukarela rahasia, pengobatan, serta perawatan dan dukungan.	
2009	Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2009 tentang Kepariwisataaan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 11, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4966)	Jika dihubungkan dengan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia, peraturan ini memuat aturan tentang penguatan koordinasi dan jejaring penyelenggaraan kepariwisataan pemerintah melakukan koordinasi strategis lintas sektor pada tataran kebijakan, program, dan kegiatan kepariwisataan. Dari sektor kesehatan, bidang pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan termasuk dalam koordinasi strategis lintas sektor yang diamanatkan dalam undang-undang.	
	Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 12, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4967)	Peraturan memuat tentang jaminan sosial dan bentuk dari perlindungan sosial yang wajib disediakan oleh pemerintah, seperti makanan pokok, pakaian, tempat tinggal (rumah penampungan sementara), dana tunai, perawatan kesehatan dan obat-obatan, akses pelayanan dasar (kesehatan dan pendidikan), bimbingan teknis/supervisi, dan penyediaan pemakaman.	

Tahun	Kebijakan	Deskripsi	Klik diisini
2009	Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)	Peraturan perundangan ini menyebutkan dalam pasal 56 bahwa rehabilitasi medis pecandu narkotika dilakukan di rumah sakit yang ditunjuk oleh menteri. Lembaga rehabilitasi tertentu yang diselenggarakan oleh instansi pemerintah atau masyarakat dapat melakukan rehabilitasi medis pecandu narkotika setelah mendapat persetujuan menteri. Ketentuan ini menegaskan bahwa untuk rehabilitasi medis bagi pecandu narkotika pengguna jarum suntik dapat diberikan serangkaian terapi untuk mencegah penularan antara lain penularan HIV/AIDS melalui jarum suntik dengan pengawasan ketat Departemen Kesehatan.	
	Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)	Peraturan perundangan ini mengatur pertanggungjawaban pemerintah yaitu merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Tanggung jawab pemerintah, SDM, faskes, upaya kesehatan, perlindungan pasien, peningkatan dan pencegahan penyakit, dsb.	
	Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072)	Dalam peraturan perundangan ini diatur tentang rumah sakit secara umum. Dalam penatalaksanaan pasien ODHA juga dibahas dalam peraturan ini.	
	Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah nomor 5 tahun 2009 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS	Peraturan ini merupakan bentuk komitmen dari pemerintah daerah dalam merespon perkembangan kasus HIV dan AIDS di wilayah Provinsi Jawa Tengah. Isi peraturan menyatakan bahwa penanggulangan HIV/AIDS harus dilakukan secara melembaga, sistematis, komprehensif, partisipatif, dan berkesinambungan melalui promosi, pencegahan, konseling dan tes sukarela rahasia, pengobatan, serta perawatan dan dukungan.	

Tahun	Kebijakan	Deskripsi	Klik diisini
2009	Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Barat nomor 2 tahun 2009 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi Kalimantan Barat	Peraturan ini merupakan bentuk komitmen dari pemerintah daerah dalam merespon perkembangan kasus HIV dan AIDS di wilayah Provinsi Kalimantan Barat. Isi peraturan menyatakan bahwa penanggulangan HIV/AIDS harus dilakukan secara melembaga, sistematis, komprehensif, partisipatif, dan berkesinambungan melalui promosi, pencegahan, konseling dan tes sukarela rahasia, pengobatan, serta perawatan dan dukungan.	
	Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur nomor 7 tahun 2009 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS	Peraturan ini merupakan bentuk komitmen dari pemerintah daerah dalam merespon perkembangan kasus HIV dan AIDS di wilayah Kabupaten Luwu Timur. Isi peraturan menyatakan bahwa penanggulangan HIV/AIDS harus dilakukan secara melembaga, sistematis, komprehensif, partisipatif, dan berkesinambungan melalui promosi, pencegahan, konseling dan tes sukarela rahasia, pengobatan, serta perawatan dan dukungan.	
	Peraturan Daerah Kota Bekasi nomor 3 Tahun 2009 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Kota Bekasi	Peraturan ini merupakan bentuk komitmen dari pemerintah daerah dalam merespon perkembangan kasus HIV dan AIDS di wilayah Kota Bekasi. Isi peraturan menyatakan bahwa penanggulangan HIV/AIDS harus dilakukan secara melembaga, sistematis, komprehensif, partisipatif, dan berkesinambungan melalui promosi, pencegahan, konseling dan tes sukarela rahasia, pengobatan, serta perawatan dan dukungan.	
2010	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 411/Menkes/Per/III/2010 tentang Laboratorium Klinik	Peraturan ini mengatur tentang laboratorium klinik yang melaksanakan pemeriksaan spesimen klinik dalam diagnosis penyakit, penyembuhan penyakit, dan pemulihan kesehatan. Secara rinci mengatur tentang jenis dan klasifikasi laboratorium klinik, bagaimana penyelenggaraan, apa saja yang termasuk dalam persyaratan, perijinan, rujukan, pencatatan dan pelaporan, serta pembinaan dan pengawasan.	
	Rencana Aksi Nasional (RAN) Penanggulangan HIV-AIDS dan Penyalahgunaan Narkotika di UPT Pemasarakatan di Indonesia Tahun 2010-2014 Direktorat Jenderal Pemasarakatan Kementerian Hukum dan HAM RI	Dalam RAN ini memuat tentang pedoman pada unit pelaksana teknis pamasarakatan 2010 – 2014 sesuai dengan Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia tentang Rencana Aksi Nasional Penanggulangan <i>Human Immunodeficiency Virus – Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> dan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Bahan Adiktif Berbahaya lainnya.	

Tahun	Kebijakan	Deskripsi	Klik diisini
2010	Peraturan Daerah Kabupaten Semarang nomor 3 tahun 2010 tentang Penanggulangan <i>Human Immunodeficiency Virus (HIV)</i> dan <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)</i> di Kabupaten Semarang	Peraturan ini merupakan bentuk komitmen dari pemerintah daerah dalam merespon perkembangan kasus HIV dan AIDS di wilayah Kabupaten Semarang. Isi peraturan menyatakan bahwa penanggulangan HIV/AIDS harus dilakukan secara melembaga, sistematis, komprehensif, partisipatif, dan berkesinambungan melalui promosi, pencegahan, konseling dan tes sukarela rahasia, pengobatan, serta perawatan dan dukungan.	
	Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta nomor 12 tahun 2010 tentang Penanggulangan <i>Human Immunodeficiency Virus (HIV)</i> dan <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)</i>	Peraturan ini merupakan bentuk komitmen dari pemerintah daerah dalam merespon perkembangan kasus HIV dan AIDS di wilayah Provinsi DIY. Isi peraturan menyatakan bahwa penanggulangan HIV/AIDS harus dilakukan secara melembaga, sistematis, komprehensif, partisipatif, dan berkesinambungan melalui promosi, pencegahan, konseling dan tes sukarela rahasia, pengobatan, serta perawatan dan dukungan.	
	Peraturan Daerah Provinsi Papua nomor 8 tahun 2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS.	Peraturan ini merupakan bentuk komitmen dari pemerintah daerah dalam merespon perkembangan kasus HIV dan AIDS di wilayah Provinsi Papua. Isi peraturan menyatakan bahwa penanggulangan HIV/AIDS harus dilakukan secara melembaga, sistematis, komprehensif, partisipatif, dan berkesinambungan melalui promosi, pencegahan, konseling dan tes sukarela rahasia, pengobatan, serta perawatan dan dukungan.	
2011	Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 782/Menkes/SK/IV/2011 tentang Rumah Sakit Rujukan bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA)	Kepmenkes ini memutuskan terdapat 278 RS rujukan di seluruh daerah yang tersebar di Indonesia bagi ODHA dalam mendapatkan perawatan paliatif, terapi ARV, maupun pengobatan infeksi oportunistik.	

Tahun	Kebijakan	Deskripsi	Klik diisini
2011	Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2011	Pedoman Nasional Terapi Antiretroviral edisi tahun 2011 ini memuat rekomendasi tentang terapi dan pemantauan terapi ARV yang dimaksudkan sebagai satu komponen perawatan paripurna berkesinambungan di Indonesia, antara lain pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik yang meliputi informasi tentang saat untuk memulai terapi ARV (<i>when to start</i>), cara memilih obat (<i>what to start</i>), pemantauan dan kepatuhan terapi, penggantian paduan obat (<i>substitute</i>) bila ada efek samping atau toksisitas, penggantian paduan (<i>switch</i>) bila harus ganti ke lini berikutnya dan tentang pemantauan terapi untuk jangka panjang.	
	Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual 2011 Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan	Pedoman ini mengatur penatalaksanaan IMS di layanan kesehatan karena di Indonesia keberadaan IMS telah menimbulkan pengaruh besar dalam pengendalian HIVAIDS.	
	Pedoman nasional pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2011	Pedoman nasional pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak merupakan revisi dari <i>Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi</i> tahun 2006. Pedoman ini diterbitkan sebagai salah satu upaya Kementerian Kesehatan dalam pengendalian HIV-AIDS di Indonesia, khususnya dalam pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak melalui 4 program dan merujuk pada rekomendasi WHO tahun 2010, di mana pada dasarnya semua ibu hamil ditawarkan tes HIV, pemberian Antiretroviral (ARV) pada ibu hamil HIV positif, pemilihan kontrasepsi yang sesuai untuk perempuan HIV positif, pemilihan persalinan aman untuk ibu hamil HIV positif, dan pemberian makanan terbaik bagi bayi yang lahir dari ibu HIV positif.	
2012	Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta nomor 37 tahun 2012 tentang Pelaksanaan Penanggulangan HIV dan AIDS	Peraturan ini merupakan peraturan pelaksana dari Peraturan Daerah Provinsi DIY nomor 12 tahun 2012 merupakan bentuk komitmen dari pemerintah daerah dalam merespon perkembangan kasus HIV dan AIDS di wilayah Provinsi DIY.	

Tahun	Kebijakan	Deskripsi	Klik diisini
2012	Pedoman Penerapan Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2012	Pedoman ini merupakan konsep baru yang telah diinisiasi oleh Kemenkes sejak tahun 2004 tetapi diperbarui kembali dengan lebih memperkuat pada aspek penguatan jejaring, rujukan, penguatan komponen masyarakat, dengan titik sentral tingkat komprehensif di kab/kota.	
	Pedoman Layanan Komprehensif HIV-AIDS dan IMS di Lapas, Rutan dan Bapas 2012, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan RI dan Direktorat Jenderal Masyarakat, Kementerian Hukum dan HAM RI	Diterbitkannya pedoman ini menunjukkan kuatnya komitmen antara Kemenkes dan Ditjenpas dalam penegakan hak asasi manusia melalui upaya peningkatan kualitas hidup narapidana, tahanan, anak didik pemasyarakatan, dan klien pemasyarakatan sebagai warga negara, untuk merespon pengendalian penyakit HIV-AIDS dan IMS di kalangan berisiko tinggi di Lapas/rutan dan Bapas.	
2013	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS	Ruang lingkup pengaturan dalam Peraturan Menteri ini meliputi penanggulangan HIV dan AIDS secara komprehensif dan berkesinambungan yang terdiri atas promosi kesehatan, pencegahan, diagnosis, pengobatan dan rehabilitasi terhadap individu, keluarga, dan masyarakat.	
	Surat Edaran Nomor GK/Menkes/001/I/2013 tentang Layanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)	Surat Edaran Kemenkes ini ditujukan kepada seluruh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota serta Direktur Rumah Sakit seluruh Indonesia melakukan peningkatan pada upaya deteksi dini dan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA), yang dilaksanakan secara komprehensif berkesinambungan agar PPIA dapat berjalan dengan efektif, efisien, dan tepat sasaran.	
	Surat Edaran Nomor 129 Tahun 2013 tentang Pelaksanaan Pengendalian HIV-AIDS dan Infeksi Menular Seksual Kementerian Kesehatan RI	Surat Edaran Kemenkes ini ditujukan untuk memperkuat upaya promkes pencegahan, upaya perluasan konseling dan tes HIV, upaya perawatan, dukungan dan pengobatan dalam implementasi program <i>treatment as prevention</i> .	

Lampiran 4

Kemampuan mengembangkan kepemimpinan dan tata kelola yang kuat

Bali

Figur kepemimpinan daerah mempengaruhi seberapa responsif pemda dalam pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS. Contohnya, pada masa kepemimpinan Wakil Gubernur Alit Putera dan masa Wagub Alit Kelakan sebagai Ketua Harian KPA P Bali, program-program penanggulangan HIV-AIDS dirasa lebih dinamis. Demikian juga pada masa sekarang, kepemimpinan Sudi Kerta (Wagub), program-program penanggulangan HIV-AIDS dirasa lebih menonjol. Beliau merupakan satu-satunya wagub yang menghadiri konferensi AIDS (ICAAP) di Bangkok (2013). Namun demikian di Bali, ada periode vakum atau program-program HIV-AIDS menjadi statis, yaitu pada masa periode kepemimpinan Wagub, Puspa Yoga.

Mekanisme koordinasi di Bali: Koordinasi perencanaan dilakukan oleh Bappeda dan Sekretariat KPA mengikuti mekanisme perencanaan pembangunan daerah. Proses perencanaan ini harus disinergikan dengan mekanisme perencanaan pembangunan nasional yang ada dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) untuk tingkat nasional maupun mekanisme musyawarah rencana pembangunan (Musrenbang) di tingkat daerah yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Aksi Daerah untuk MDGs 2015 sesuai dengan Pergub No. 111 Tahun 2011. Selain melakukan koordinasi formal, juga melibatkan koordinasi non formal dengan melibatkan tokoh tokoh adat. Menurut pengelola program HIV dan AIDS Provinsi Bali perlunya koordinasi Tri Sula, yakni pelibatan masyarakat sipil, pemerintah dan donor. Koordinasi dengan Majelis Utama Desa Pakraman untuk program-program Penanggulangan HIV dan AIDS di Masyarakat Desa Pakraman.

INNOVATIONS



6518 school students, 250 university students trained - KSPAN program

Village based AIDS Commissions: 471 villanges (1802 people) of 1413 Traditional Villanges (*Desa Pakraman*).



12/27/2013

9

Sumber: KPA Provinsi Bali, 2013

Lampiran 5

Proses daerah menyikapi pendanaan APBD dengan adanya donor yang bekerja di wilayahnya

Pendanaan Progam HIV dan AIDS

Sejak awal program HIV dan AIDS dimulai dengan adanya pendanaan dari lembaga donor, seperti AUSAID dengan program HCPI, IHPC, USAID dengan program HAP, ASA, FHI360, SUM II, Global Fund, IPF dan donor lainnya. Pemerintah daerah menyambut baik dana dari donor ini dan mengkoordinasikan programmnya lewat KPAP dan instansi teknis terkait, seperti Dinas Kesehatan dan RS.

Jawa Timur, memberikan pembagian wilayah kerja lembaga donor, misalnya;

GF R 9	IFP	HCPI	FHI360
Kota Surabaya	Kab Probolinggo	Kota Madiun	Kota Surabaya
Kota Sidoarjo	Kab Nganjuk	Kab Madiun	Kota Malang
Kab Jombang	Kab.Madiun	Kab Malang	Kab Malang
Kota Kediri	Kab Gersik	Kota Malang	
Kab Kediri	Kab Blitar	Kota Surabaya	
Kab Tulung Agung	Kab Mojokerto	Kab Sidoarjo	
Kab Malang	Kab Batu		
Kota Malang			
Kab Jember			
Kab Banyuwangi			

Pemerintah Provinsi dan Kabupaten sudah mulai menganggarkan pendanaan program HIV dan AIDS melalui APBD Provinsi dan APBD Kabupten/Kota. Di Bali pendanaan melalui APBD sejak 3 tahun terakhir cukup tinggi, yakni;

APBD Prov 2010 Rp. 1.160.940.500; 2011 Rp 943.000.000; 2011 Rp 794.587.000,-

Kalau dilihat dari besaran dana, maka nampaknya program HIV dan AIDS dengan pendekatan yang sekarang ini tidak bisa dilaksanakan tanpa adanya bantuan donor. Pemerintah daerah belum mampu menyediakan dana sepenuhnya, yang ada baru sebatas dana hibah atau dana bantuan sosial yang jumlahnya jauh dari mencukupi, dan pula dana hibah atau bantuan sosial tidak bisa diterima oleh satu lembaga secara terus menerus. Sehingga pemerintah daerah lewat KPAP, KPAKab/kota, mendorong SKPD untuk menganggarkan pendanaan program HIV dan AIDS di instasi masing-masing.

Lampiran 6

Peran masyarakat sipil yang signifikan dalam program penanggulangan AIDS di daerah

Peran Masyarakat Sipil

Keberadaan masyarakat sipil dalam program penanggulangan HIV dan AIDS sangat penting. Respon masyarakat sipil dimulai dari mengidentifikasi adanya kasus, melakukan penjangkauan dan pendampingan sampai melakukan advokasi kebijakan. Di Bali, ada YCUI (Yayasan Citra Usadha Indonesia) untuk menjangkau pelanggan dan komunitas homoseksual. Sedangkan YKP (Yayasan Kerthi Praja) pada tahun 1992 dan melakukan penelitian-penelitian operasional di kalangan WPS di daerah Sanur dan kini YKP telah dilengkapi dengan klinik layanan yang cukup lengkap, yaitu Klinik Amerta. Di kalangan universitas, ada UPLEK UNUD (Prof Muninjaya) yang mengadakan kegiatan-kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS dengan pendanaan dari Ford Foundation; program *School Based Education* bekerjasama dengan University of Michigan dan pada tahun 2000an melalui pendanaan USAID menjangkau para sopir truk. PKBI juga telah aktif pada saat itu, di tahun 1992 telah bekerjasama dengan sejumlah *Tour Guide* untuk melakukan edukasi HIV dan AIDS dengan membuat buku 'Sehat Dalam Perjalanan'.

Di Jawa Timur, draft akademis perda HIV dan AIDS dibuat oleh Masyarakat Peduli AIDS yang merupakan gabungan para aktivis, akademisi, LSM dan para kelompok berisiko ter-tular HIV.

LSM yang sudah aktif mulai dari awal ditemukannya kasus AIDS di Jatim adalah, Hotline Surabaya (PMTS), PKBI Jatim (PMTS), Gaya Nusantara (Gay), Perwakos (Waria), Embun, Bina Hati (HR), ORBIT, Sadar Hati (HR di Malang), Igama, Wamarapa dan Paramitra (PMPTS), Suar Kediri, Bambu Nusantara Madiun, Lembaga Mahameru, selain itu ada organisasi populasi kunci yakni GWL ina, OPSI, IPPI, JOTHI Jatim.

LSM tersebut bisa melakukan program tidak terlepas dari bantuan donor dan kerjasama dengan pemerintah daerah. Sehingga isu keberlanjutan program pasca donor tetap menjadi bahasan LSM.

Lampiran 7

Akses terhadap obat dan materi pencegahan

Ketersediaan Obat dan Materi Pencegahan

Ketersediaan obat dan logistik kesehatan menjadi penentu keberhasilan pengobatan, perawatan dan dukungan bagi ODHA. Bahan-bahan pencegahan seperti, kondom dan pelicin, jarum suntik steril tersedia di wilayah sampel. Bahan ini didrop dari pusat melalui KPAP dan distribusikan melalui Dinkes ke RS, puskesmas dan klinik-klinik layanan Reagensia untuk tes HIV dan IMS, obat ARV, obat tuberkulosis, obat IMS dan obat untuk infeksi oportunistik, tersedia di RS pengampu dan beberapa RS daerah, PKM dan klinik.

Sampai saat turun lapangan ARV, kondom dan jarum steril tersedia. Khusus untuk kondom dan pelican, masalah konsisten pemakiannya tetap menjadi masalah. Jarum steril mudah di akses di beberapa tempat, tapi kenyamanan pengaksesan juga masih menjadi masalah. ARV juga tersedia di RS pengampu dan RS yang di tunjuk.

Program *Treatmen as Prevention* tampaknya masih perlu dipersiapkan dengan baik, baik dari sisi pasien maupun dari sisi penyediaan layanan, karena ini akan menyangkut juga ketersediaan ARV di masa yang akan datang.

Adanya jaminan kesehatan daerah di Jawa Timur, Bali dan Sulawesi Selatan membantu masyarakat untuk dapat mendapatkan perawatan penyakit infeksi peneryta pada ODHA.

Lampiran 8

Replikasi Layanan

Replikasi Layanan Puskesmas di Kabupaten Malang

Kabupaten Malang telah mempunyai Perda Nomer: 14 Tahun 2008 Tentang Penanggulangan HIV/AIDS terdiri atas 11 Bab dan 31 Pasal, menjadi dasar dari setiap langkah kegiatan yang dilakukan KPA, baik Dinas/Instansi terkait maupun LSM di Kabupaten Malang.

Pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS diselenggarakan oleh Pemerintah, Masyarakat, dan LSM berdasarkan prinsip kemitraan. Pemerintah Kabupaten Malang lewat Dinas Kesehatan telah melakukan replikasi layanan dalam penanggulangan IMS, yaitu layanan klinik VCT menjadi 4 layanan (PKM Sbr.Pucung, PKM Gondanglegi, PKM Pujon, RSD. Kanjuruhan) dan 4 Layanan klinik IMS menjadi 6 (PKM Sbr. Pucung, PKM Gondanglegi, PKM Pujon, PKM Sitiarjo, PKM Lawang, dan PKM Tumpang). Layanan dalam penanggulangan IMS/HIV tersebut dilaksanakan oleh puskesmas dan RS sebagai berikut:

- 1) Puskesmas Gondanglegi memberikan layanan kesehatan bagi kelompok pengguna Narkoba Suntik, dan kelompok WPS, melalui program Terapi Rumatan Metadon/ PTRM, dan Layanan Jarum dan Alat Suntik Steril (LJASS), pemeriksaan dan pengobatan IMS, Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke anak (PMTCT), layanan VCT, Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (CST) pada ODHA. serta melaksanakan mobil klinik untuk mendukung pelaksanaan klinik IMS/VCT di Puskesmas Sitiarjo
- 2) Puskesmas Sumberpucung
Memberikan layanan bagi kelompok WPS langsung dan tak langsung, dengan kegiatan utama; Pelayanan Kesehatan Reproduksi, Pemeriksaan dan Pengobatan IMS, layanan VCT dan CST serta PMTCT, serta melaksanakan mobil klinik untuk mendukung pelaksanaan klinik IMS/VCT di Puskesmas serta melaksanakan mobil klinik
- 3) Puskesmas Pujon
Memberikan layanan pemeriksaan IMS, layanan VCT bagi kelompok populasi WPS yang ada di wilayah Pujon.
- 4) Puskesmas Lawang
Memberikan layanan pemeriksaan/pengobatan IMS, layanan VCT, bagi kelompok berisiko tinggi / panti pijat maupun masyarakat di wilayah Lawang, Singasari dan sekitarnya.
- 5) Puskesmas Tumpang
Memberikan layanan pemeriksaan/pengobatan IMS, layanan jarum suntik dan alat suntik steril bagi kelompok berisiko tinggi wilayah Tumpang dan sekitarnya.
- 6) Puskesmas Sitiarjo
Memberikan layanan pemeriksaan dan pengobatan IMS bagi kelompok populasi berisiko tinggi (WPS) yang ada di wilayah Sumbermanjingwetan, daerah ini potensial terjadi lonjakan jumlah PSK, apalagi pada saat datangnya kapal pencari ikan (daerah pelabuhan Sendangbiru)
- 7) RS Kanjuruhan
Memberikan layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST), layanan VCT, PMTCT, untuk semua populasi berisiko tinggi dan penderita lain yang berisiko, serta melaksanakan mobil klinik

Medan

Pelayanan: UU No. 35 tentang pedoman penanggulangan HIV yang dikeluarkan oleh Kemenkes tahun 1992 menjadi dasar penyedia layanan, termasuk VCT dan pendampingannya. Pelaksanaan di lapangan perlu kerjasama dengan berbagai pihak sehingga kesepakatan mutlak diperlukan. Di Medan, misalnya terdapat pula beberapa MOU yang dibentuk untuk kelancaran program. Kesepakatan ini pun harus diikuti dengan ketersediaan pendanaan operasional agar bisa berjalan. Contohnya MOU antara LSM dan RS Pirngadi. Transport diberikan oleh pihak RS kepada LSM yang mengumpulkan dan membawa jarum suntik bekas di dalam *safety box* untuk dimusnahkan di RS Pirngadi.

Wilayah Provinsi Sumatra Utara dan Medan kondom dan jarum suntik didistribusi dari KPAP dan KPA Kota ataupun KPA Daerah untuk kemudian disalurkan ke LSM, Puskesmas, dan *outlet-outlet* serta *hotspot*. Sedangkan untuk ARV didistribusi dari Dinkes kemudian disalurkan ke RS atau Puskesmas yang telah ditunjuk.

Lampiran 9

Sumber daya manusia untuk program HIV dan AIDS

Sumber Daya Manusia dalam Program HIV dan AIDS

Program HIV dan AIDS memerlukan SDM yang mumpuni dan beragam, mulai dari tenaga medis, para medis, konselor HIV dan AIDS, manajer kasus, dan petugas lapangan dan *budies*. Dari kunjungan lapangan didapatkan informasi bahwa selagi ada dana dari donor maka SDM program cukup lengkap. Banyak pelatihan dan peningkatan kapasitas SDM dilakukan dengan pendanaan dari donor. Dana operasional termasuk insentif SDM bersumber dari donor. Hal ini menjadi permasalahan sendiri jika donor berakhir.

Ada upaya pemerintah untuk memberikan pendanaan untuk SDM namun sangat terbatas. Dalam sistem keuangan daerah yang berbasis kinerja maka pemberian honorarium atau insentif lainnya dibuat sesuai dengan aturan yang berlaku, sehingga sulit bagi penda untuk memberikan pendanaan penuh bagi petugas – petugas khusus seperti SDM dalam program HIV dan AIDS, kalau pun ada disebutkan sebagai honor nara sumber.

Permasalahan lain yang timbul adalah sistem rotasi atau perpindahan PNS di lingkungan Penda. Jabatan pada level tertentu sering kali dilakukan rotasi sehingga advokasi ke tingkat pengambil kebijakan selalu dan harus selalu dilakukan. Dalam bahasa Sekretaris KPAP Provinsi Jawa Timur, perlunya advokasi terus menerus pada pejabat dan pengambil keputusan sehingga mereka sebagai penentu program daerah selalu terinformasi dengan baik dan diharapkan akan peduli dengan program HIV dan AIDS.

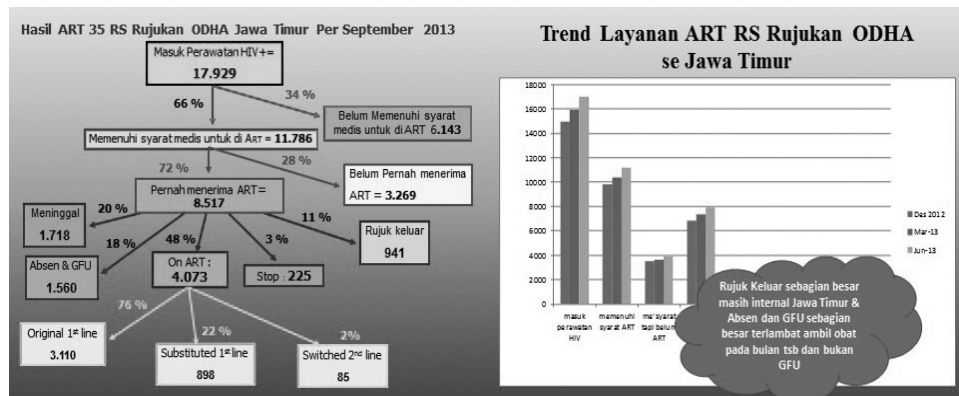
Lampiran 10

Penyediaan layanan kesehatan yang efektif dan berkualitas

Penyediaan Layanan bagi ODHA

Ketersediaan layanan yang terjangkau secara jarak, pendanaan dan tersedianya tenaga kesehatan yang mumpuni merupakan faktor yang sangat penting dalam perawatan, pengobatan dan dukungan bagi ODHA. Beberapa upaya pemerintah daerah untuk memberikan layanan pada ODHA telah dilakukan. Layanan ART misalnya, pada awal kasus HIV dan AIDS ditemukan, layanan ART ada di rumah sakit pengampu yang umumnya di ibu kota provinsi, di Jawa Timur ada di RS Dr. Soetomo Surabaya dan kemudian dikembangkan ke beberapa rumah sakit kota/kabupaten. Pada saat penelitian ini dilakukan, ada 35 RS rujukan ODHA di Jawa Timur.

Pemerintah Daerah Jawa Timur dan pemerintah kota dan kabupaten terus berupaya memperbaiki dan menyediakan layanan untuk ODHA, mulai dari RS pengampu, RS rujukan dan juga melakukan mobile klinik untuk meningkatkan cakupan layanan ODHA. Selain itu, dinas kesehatan dan KPAD juga aktif melakukan monitoring dan evaluasi layanan ODHA di wilayah kerja mereka masing-masing. ODHA yang dirujuk untuk ART dan tren layanannya terlihat dari gambar berikut ini;



Sumber: KPA Provinsi Jawa Timur, 2013

Lampiran 11

Pertanyaan FGD

- 1) **Sejarah kasus AIDS (Epidemiologi/Kasus)**
 - a. Berapa kasus HIV-AIDS?
 - b. Basis data yang dipergunakan? Boleh minta?
 - c. Apakah ada perubahan pola faktor risiko berdasarkan kasus yang dilaporkan atau ditangani?
 - d. Apakah saat ini ada mekanisme untuk memantau perkembangan kasus HIV dan AIDS di wilayah ini? Kalau iya, dalam bentuk apa pemantauan ini dilakukan? (apakah dilakukan melalui surveilans sentinel, survei perilaku, atau pengembangan sistem pelaporan baku)
 - e. Bagaimana dengan infeksi oportunistik dominan di wilayah ini?
- 2) **Perjalanan Program AIDS**
 - a. Kapan pertama kali ada program AIDS di wilayah ini?
 - b. Siapa yang pertama kali menginisiasi program ini?
 - c. Dari mana pendanaan untuk program ini?
 - d. Setelah program yang pertama, bagaimana perkembangan program ini dari waktu ke waktu?
 - e. Apa saja program penanggulangan AIDS yang ada di wilayah ini? Apa saja dalam bidang pencegahan? Perawatan, pengobatan dan dukungan? Pengurangan dampak AIDS? Bagaimana dengan capaian programnya?
 - f. Apakah ada program AIDS prioritas di wilayah ini? Jika ada, bagaimana program prioritas ini dirumuskan?
 - g. Apakah ada perbedaan pendekatan program pada waktu itu dengan saat ini?
 - h. Siapa saja dalam lima tahun terakhir ini terlibat dalam pengembangan dan pelaksanaan program AIDS?
 - i. Bagaimana pembagian peran antara pihak yang satu dengan yang lain?
 - j. Seberapa jauh pemerintah daerah mendukung pendanaan untuk program AIDS di wilayah ini? Program apa saja yang didukung? Siapa yang menentukan alokasi pendanaan ini? Siapa yang menjadi pelaksana dari program yang didanai oleh pemda ini?
 - k. Seberapa jauh keterlibatan pemerintah pusat (Kemkes atau KPAN) dalam program ini?
 - l. Seberapa jauh keterlibatan penyedia dana (donor) dalam mengarahkan dan mendukung program yang dilaksanakan di wilayah ini?
- 3) **Kebijakan yang telah dikembangkan pada tingkat provinsi atau kabupaten**
 - a. Apa saja aturan/regulasi lokal yang selama ini digunakan sebagai pedoman bagi KPAP/KPAD termasuk anggotanya untuk mengembangkan program?
 - b. Bagaimana mekanisme koordinasi antar anggota KPAP/KPAD?
 - c. Apa hambatan dan faktor pendukung terhadap tata kelola program AIDS di provinsi/kabupaten ini?
 - d. Seberapa jauh peran organisasi masyarakat sipil dan kelompok populasi yang terdampak AIDS di dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi program di wilayah ini? Apakah ada aturan yang mengatur keterlibatan ini?
 - e. Untuk penyediaan layanan kesehatan terkait dengan HIV dan AIDS, bagaimana pengaturannya? Siapa yang mengembangkan kebijakan untuk penyediaan layanan ini? Dalam bentuk apa pengaturan itu dilakukan?

- f. Seberapa tinggi dukungan masyarakat di wilayah ini terhadap upaya penanggulangan AIDS di wilayah ini?

4) Kesimpulan: Sistem Kesehatan di Daerah dan Kebijakan AIDS (Dijawab dengan Pertanyaan-pertanyaan di atas)

- a. Seberapa jauh kepemimpinan, kebijakan, perencanaan dan dukungan organisasi yang diperlukan sudah berjalan secara mencukupi untuk menyikapi isu-isu HIV dan AIDS?
- b. Apakah ada dana yang tersedia untuk program AIDS berdasarkan status epidemi dan kebutuhan untuk menjamin pelaksanaan program yang adekuat?
- c. Seberapa banyak lembaga yang sesuai dengan kompetensinya telah bekerja dalam penanggulangan AIDS di wilayah itu?
- d. Seberapa jauh Informasi terkait program HIV dan AIDS dikumpulkan secara rutin dan telah digunakan untuk perencanaan dan evaluasi bidang kesehatan ini?
- e. Seberapa jauh sistem pengelolaan obat dan material pencegahan untuk program AIDS telah mencukupi baik dari sisi distribusi dan waktu dibutuhkannya?
- f. Seberapa jauh layanan HIV dan AIDS yang berkualitas telah diberikan dan dimanfaatkan oleh orang yang membutuhkannya?

Lampiran 12

Tabel Pemetaan Kebijakan Penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2007–2013

Tahun	Kebijakan				
	Institutional Policy	Prevention	Care, Support and Treatment	Impact and Mitigation	Penguatan Lembaga
International Policy					
2008	Country report on the Follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) Reporting Period 2006-2007, Indonesian National AIDS Commissions 2008				
2011			Universal access to HIV prevention, treatment, care and support: Accountability and Human Rights: Revitalising the HIV Response 2011 [Building on the UNAIDS 2011 Road Map]		
2012	Country report on the Follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) Reporting Period 2010-2011, Indonesian National AIDS Commissions 2012				

Tahun	Kebijakan				
	Institutional Policy	Prevention	Care, Support and Treatment	Impact and Mitigation	Penguatan Lembaga
	Global AIDS Response Progress Reporting 2012: Guidelines Construction of Core Indicators for monitoring the 2011 Political Declaration on HIV/AIDS				
				HIV/AIDS and Disability: Final Report of the 4th International Policy Dialogue International Affairs Directorate, Health Canada	
2013			Global Update on HIV Treatment 2013: Results, Impact, and Opportunities, World Health Organization		
National Policy					
2007	Peraturan Presiden Nomor 1 Tahun 2007 tentang Pengesahan, Pengundangan dan Penyebarluasan Peraturan Perundang-undangan				
	Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan				

Tahun	Kebijakan				
	<i>Institutional Policy</i>	<i>Prevention</i>	<i>Care, Support and Treatment</i>	<i>Impact and Mitigation</i>	<i>Penguatan Lembaga</i>
2007	antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737)				
		Permen- kokesra No.2/ PER/MENKO/ KESRA/ I/2007 menge- nai Kebijakan Penang- gulangan AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adik- tif Suntik			
					Permenkokesra No.3/PER/ MENKO/ KESRA/III/2007 mengenai Susunan, Tugas dan Keanggotaan KPA Nasional
					Permenkokesra No.4/PER/ MENKO/ KESRA/III/2007 tentang

Tahun	Kebijakan				
	<i>Institutional Policy</i>	<i>Prevention</i>	<i>Care, Support and Treatment</i>	<i>Impact and Mitigation</i>	<i>Penguatan Lembaga</i>
2007					Pedoman dan Tata Kerja KPA Nasional, Provinsi dan Kabupaten/Kota
					Permenkokesra No.5/PER/MENKO/KESRA/III/2007 tentang Organisasi dan Tata Kerja Sekretariat KPA Nasional
					Permenkokesra No.6/PER/MENKO/KESRA/III/2007 mengenai Tim Pelaksana KPA Nasional
	Permenkokesra No.7/PER/MENKO/KESRA/III/2007 mengenai Strategi Nasional Penanggulangan AIDS Tahun 2007-2010				
					Permendagri No.20/2007 mengenai Pedoman Umum Pembentukan KPA Daerah, Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS dan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Rangka Penanggulangan HIV dan AIDS di Daerah

Tahun	Kebijakan				
	<i>Institutional Policy</i>	<i>Prevention</i>	<i>Care, Support and Treatment</i>	<i>Impact and Mitigation</i>	<i>Penguatan Lembaga</i>
2007			Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 760/Menkes/Sk/VI/2007 tentang Penetapan Lanjutan Rumah Sakit Rujukan bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA)		
			Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 812/Menkes/Sk/Vii/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif		
					Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 971/Menkes/Lsk/X112007 tentang Kelompok Kerja Penanggulangan HIV dan AIDS Departemen Kesehatan
			Pedoman Nasional Terapi Antiretroviral Panduan Tatalaksana Klinis Infeksi HIV pada orang Dewasa dan Remaja (Edisi Kedua) Departemen		

Tahun	Kebijakan				
	<i>Institutional Policy</i>	<i>Prevention</i>	<i>Care, Support and Treatment</i>	<i>Impact and Mitigation</i>	<i>Penguatan Lembaga</i>
2007			Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2007		
			Kebijakan Nasional Kolaborasi TB/HIV edisi Pertama Departemen Kesehatan Republik Indonesia 2007		
			Pedoman Pengembangan Jejaring Layanan Dukungan, Perawatan dan Pengobatan HIV dan AIDS Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2007		
2008			Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis		
			Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 350/Menkes/SK/IV/2008 tentang Penetapan		

Tahun	Kebijakan				
	<i>Institutional Policy</i>	<i>Prevention</i>	<i>Care, Support and Treatment</i>	<i>Impact and Mitigation</i>	<i>Penguatan Lembaga</i>
2008			Rumah Sakit Pengampu dan Satelit Program Terapi Rumatan Metadon serta Pedoman Program Terapi Rumatan Metadon		
			Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 378/ Menkes/SK/ IV/2008 tentang Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit		
	Peraturan Daerah Kabupaten Badung nomor 1 tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS				
	Peraturan Daerah Kabupaten Bulukumba nomor 5 tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS				
	Peraturan Daerah Kabupaten Malang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Malang				
	Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat				

Tahun	Kebijakan				
	<i>Institutional Policy</i>	<i>Prevention</i>	<i>Care, Support and Treatment</i>	<i>Impact and Mitigation</i>	<i>Penguatan Lembaga</i>
2008	nomor 11 tahun 2008 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS				
	Peraturan Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 5 Tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS				
2009		Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2009 tentang Kepariwisataa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 11, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4966)			
				Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 12, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4967)	
		Undang-Undang Nomor 35			

Tahun	Kebijakan				
	<i>Institutional Policy</i>	<i>Prevention</i>	<i>Care, Support and Treatment</i>	<i>Impact and Mitigation</i>	<i>Penguatan Lembaga</i>
2009		Tahun 2009 tentang Narkotika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)			
	Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)				
			Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072)		
	Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah nomor 5 tahun 2009 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS				

Tahun	Kebijakan				
	<i>Institutional Policy</i>	<i>Prevention</i>	<i>Care, Support and Treatment</i>	<i>Impact and Mitigation</i>	<i>Penguatan Lembaga</i>
2009	Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Barat nomor 2 tahun 2009 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi Kalimantan Barat				
	Peraturan Daerah Kabupaten Luwu Timur nomor 7 tahun 2009 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS				
	Peraturan Daerah Kota Bekasi nomor 3 Tahun 2009 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Kota Bekasi				
2010			Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 411/ Menteri Kesehatan Nomor 411/ Menkes/Per/ III/2010 tentang Laboratorium Klinik		
					Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/ Menkes/Per/ VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian

Tahun	Kebijakan				
	<i>Institutional Policy</i>	<i>Prevention</i>	<i>Care, Support and Treatment</i>	<i>Impact and Mitigation</i>	<i>Penguatan Lembaga</i>
2010					Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 585)
					Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 585)
	Peraturan Daerah Kabupaten Semarang nomor 3 tahun 2010 tentang Penanggulangan <i>Human Immunodeficiency Virus</i> (HIV) dan <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i> (AIDS) di Kabupaten Semarang		Rencana Aksi Nasional (RAN) Penanggulangan HIV-AIDS dan Penyalahgunaan Narkotika di UPT Pemasarakatan di Indonesia Tahun 2010-2014 Direktorat Jenderal Pemasarakatan Kementrian Hukum dan HAM RI		
	Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta nomor 12 tahun 2010 tentang				

Tahun	Kebijakan				
	<i>Institutional Policy</i>	<i>Prevention</i>	<i>Care, Support and Treatment</i>	<i>Impact and Mitigation</i>	<i>Penguatan Lembaga</i>
2010	Penanggulangan <i>Human Immunodeficiency Virus</i> (HIV) dan <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i> (AIDS)				
	Peraturan Daerah Provinsi Papua nomor 8 tahun 2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS.				
2011			Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 18, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5197)		
		Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Lapor Pecandu Narkotika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 46, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5211)			

Tahun	Kebijakan				
	<i>Institutional Policy</i>	<i>Prevention</i>	<i>Care, Support and Treatment</i>	<i>Impact and Mitigation</i>	<i>Penguatan Lembaga</i>
2011				Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1907/VI/2011 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar Jamkesmas	
			Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 782/Menkes/SK/IV/2011 tentang Rumah Sakit Rujukan bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA)		
			Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2011		
			Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual 2011 Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal		

Tahun	Kebijakan				
	<i>Institutional Policy</i>	<i>Prevention</i>	<i>Care, Support and Treatment</i>	<i>Impact and Mitigation</i>	<i>Penguatan Lembaga</i>
2011			Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan		
			Pedoman nasional pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan 2011		
2012		Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5291)			
	Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta nomor 37 tahun 2012 tentang Pelaksanaan Penanggulangan HIV dan AIDS				

Tahun	Kebijakan				
	<i>Institutional Policy</i>	<i>Prevention</i>	<i>Care, Support and Treatment</i>	<i>Impact and Mitigation</i>	<i>Penguatan Lembaga</i>
2012			Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 122)		
			Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan Pedoman Penerapan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2012		
			Pedoman Layanan Komprehensif HIV-AIDS dan IMS di Lapas, Rutan dan Bapas 2012, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan RI dan Direktorat Jenderal Pemasarakatan, Kementerian Hukum dan HAM RI		

Tahun	Kebijakan				
	<i>Institutional Policy</i>	<i>Prevention</i>	<i>Care, Support and Treatment</i>	<i>Impact and Mitigation</i>	<i>Penguatan Lembaga</i>
2013	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 21 tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS				
		Surat Edaran Nomor GK/Menkes/ 001/I/ 2013 tentang Layanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)			
			Surat Edaran Nomor 129 Tahun 2013 tentang Pelaksanaan Pengendalian HIV-AIDS dan Infeksi Menular Seksual Kementerian Kesehatan RI		

Lampiran 13

Kegiatan Penanggulangan HIV dan AIDS di Tanah Papua

No	Lembaga Pelaksana	Durasi Proyek	Mitra Pelaksana	Judul Proyek	Kegiatan terkait HIV/AIDS	Hasil	Sumber Dana	Dana Proyek
1	Project Concern International (PCI)	Juni 2006-September 2009	Pemerintah Kabupaten Nabire, Papua	Penge-lolaan kesehatan dan Ben-cana	Pencegahan HIV/AIDS (Pelatihan pertama tentang AIDS bagi kader, guru dan pemerintah lokal)		AusAID	US\$ 4,15 Juta
2	UNICEF Indonesia		Kemenkes, Dinas Kesehatan dan Komisi Penang-gulangan AIDS Provinsi/ Kabupaten/ Kota	Pendidik-an kete-rampilan hidup dan pen-di-dikan sebaya untuk pence-gahan dan pe-rawatan HIV/ AIDS diantara kamum muda di Papua	(1) Pendidikan keterampilan hidup dan pendidikan HIV bagi guru dan siswa dan pendidikan sesama teman sebaya diluar sekolah melalui penjangkauan. (2) Di komunitas kaum muda, dilakukan diskusi-diskusi mengenai pengurangan stigma dan diskriminasi yang berhubungan dengan HIV guna memampukan tindakan publik untuk mengenal pencegahan dan perawatan HIV//AIDS secara lebih baik dan dampak-dampaknya. (3) Intervensi pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak bekerjasama dengan bagian keseahtan UNICEF untuk meningkatkan kapasitas para staf medis (dokter, bidan dan perawat) di puskesmas dan RS kabupaten serta RS rujukan. (4) Advokasi ke pengambil keputusan di pemkab untuk memastikan dilakukan replikasi program tersebut di wilayah lain.			
3	WHO	Jangka Panjang	Lembaga donor lain, Dinas Kesehatan Provinsi Papua, Dinas kesehatan kabupaten/ Kota, puskesmas	Du-kungan WHO bagi Provinsi Papua dan Papua Barat	(1) dukungan teknis kepada Dinas Kesehatan Provinsi dalam rangka penanggulangan HIV/AIDS, TB, Kusta dan frambusia serta penyakit endemis lokal di Provinsi Papua dan Papua Barat, (2) Mendukung terlaksananya kegiatan penanggulangan HIV/ AIDS (termasuk IMAAI dan VCT) secara desentralisasi pada level puskesmas, yang direplikasi pada 54 puskesmas dalam 15 kabupaten/kota, (3) Mendukung pelaksanaan mentoring klinis program penanggulangan HIV/AIDS di rumahsakit dan puskesmas, (4) Memperkenalkan/sosialisasi dan piloting program kolaborasi			

No	Lembaga Pelaksana	Durasi Proyek	Mitra Pelaksana	Judul Proyek	Kegiatan terkait HIV/AIDS	Hasil	Sumber Dana	Dana Proyek
					TB-HIV/AIDS di provinsi Papua, meliputi 5 kabupaten dan 1 kota pada fase awal, dalam rangka: Pengembangan mekanisme pelaksanaan program kolaborasi TB-HIV/AIDS, penurunan beban TB pada penderita HIV/AIDS, penurunan beban HIV pada penderita TB			
4	Medecins du Monde (Mdm)	Januari 2007—Desember 2009	Dinas kesehatan Kabupaten Puncak Jaya	Program pencegahan penyakit infeksi dan perawatan kesehatan dasar di Kabupaten Puncak Jaya, Papua, Indonesia	(1) Akses perawaran medis: menyediakan stok awal dan transport bekal bahan habis pakai dan meningkatkan manajemen, menambah fasilitas kesehatan dan rumahsakit (2) Pelatihan: Melatih staf kesehatan tentang IMS dan HIV/AIDS, mengatur pelatihan mengenai kesehatan seksual dan reproduksi IMS dan HIV/AIDS di sekolah-sekolah (3) Pengembangan kapasitas: membantu pelaksanaan pendekatan sindromik, memfasilitasi pembentukan sistem rujukan antara kampung, pusat kesehatan, rumah sakit, dan provinsi (4) Advokasi dan lobi: mengadvokasi pihak berwenang setempat untuk melakukan kunjungan bulanan ke kampung-kampung, mengadvokasi penyediaan dan distribusi kondom		70% oleh European Union 21% oleh Cordaid 1.6% oleh Koalisi Stop Aids Now 7.4% Mdm	808.615 Euro
					(1) Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan (bidan) di daerah pegunungan (Jayawijaya dan Lanny Jaya), pengembangan strategi kebijakan Keluarga Berencana di Jayapura sebagai percontohan sebelum replikasi di kabupaten lainnya. (2) Training pelayanan kesehatan remaja yang terintegrasi untuk dokter, perawat dan bidang menggunakan standar alur pelayanan, dengan kabupaten Jayapura sebagai wilayah ujicoba			

No	Lembaga Pelaksana	Durasi Proyek	Mitra Pelaksana	Judul Proyek	Kegiatan terkait HIV/AIDS	Hasil	Sumber Dana	Dana Proyek
5	UNFPA Indonesia	Juni 2008—Desember 2009	Bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan, kantor BKKBN, Kantor Pemberdayaan Perempuan, Perlin-dungan Anak dan Keluarga Berencana Kabupaten Jayapura, Komisi Penanggu-langan AIDS di tingkat Provinsi dan Kabupaten Merauke		(3) Meningkatkan pusat penanganan krisis dan jaringannya serta laporan kasus kekerasan berbasis gender, memperluas informasi dan akses, dengan kampanye 'tidak ada toleransi' untuk kekerasan berbasis gender		UNFPA	200.000 USD
6	UNICEF	Juni 2006—Juni 2009	Dinas kesehatan Provinsi Papua dan Papua Barat, Dinas Kesehatan Kabupaten Jayapura, Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya, Dinas Kesehatan Kabupaten Sorong, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Manokwari	Program Kesehatan perempuan dan anak di Provinsi Papua	Program PMTCT – pencegahan penularan dari ibu ke anak	Program PMTCT dilaksanakan di 7 Puskesmas di Papua dan 5 Puskesmas di Papua Barat	AusAID	US\$ 3.000.000

Sumber: Bappeda Provinsi Papua, 2009

KAJIAN DOKUMEN

KEBIJAKAN HIV-AIDS

DAN SISTEM KESEHATAN
DI INDONESIA



Dua hal yang secara substantif memengaruhi perkembangan kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia ialah berubahnya relasi pemerintah pusat dan daerah (desentralisasi) dan perkembangan epidemi itu sendiri. Ketika sistem pemerintahan masih sentralistik, pendekatan vertikal sangat dominan, dengan aktor utama

pemerintah pusat beserta mitra pembangunan internasional penyokong dana penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Kemudian ketika desentralisasi bergulir, urusan kesehatan, termasuk penanggulangan HIV dan AIDS, berubah karenanya. Perkembangan epidemi yang diikuti pula dengan perkembangan respons terhadapnya menciptakan perubahan-perubahan tertentu dalam penyelenggaraan program. Keberhasilan program penyadaran telah menciptakan permintaan (*demand*) atas layanan. Semakin banyaknya cakupan ODHA yang memperoleh layanan *Antiretroviral Treatment* mendorong pergeseran program penanggulangan dari kampanye penyadaran ke penyediaan layanan kesehatan. Ini membutuhkan penyesuaian yang lebih memadai oleh penyedia layanan kesehatan, dalam aspek standar, pemetaan prioritas, kebijakan, dan kebutuhan sumber daya guna memastikan efektivitas dari proses manajemen; juga penyesuaian sistem operasional untuk menjamin tersedianya layanan berkualitas tinggi sejalan dengan pengembangan program.

ISBN: 978-602-0857-09-1

