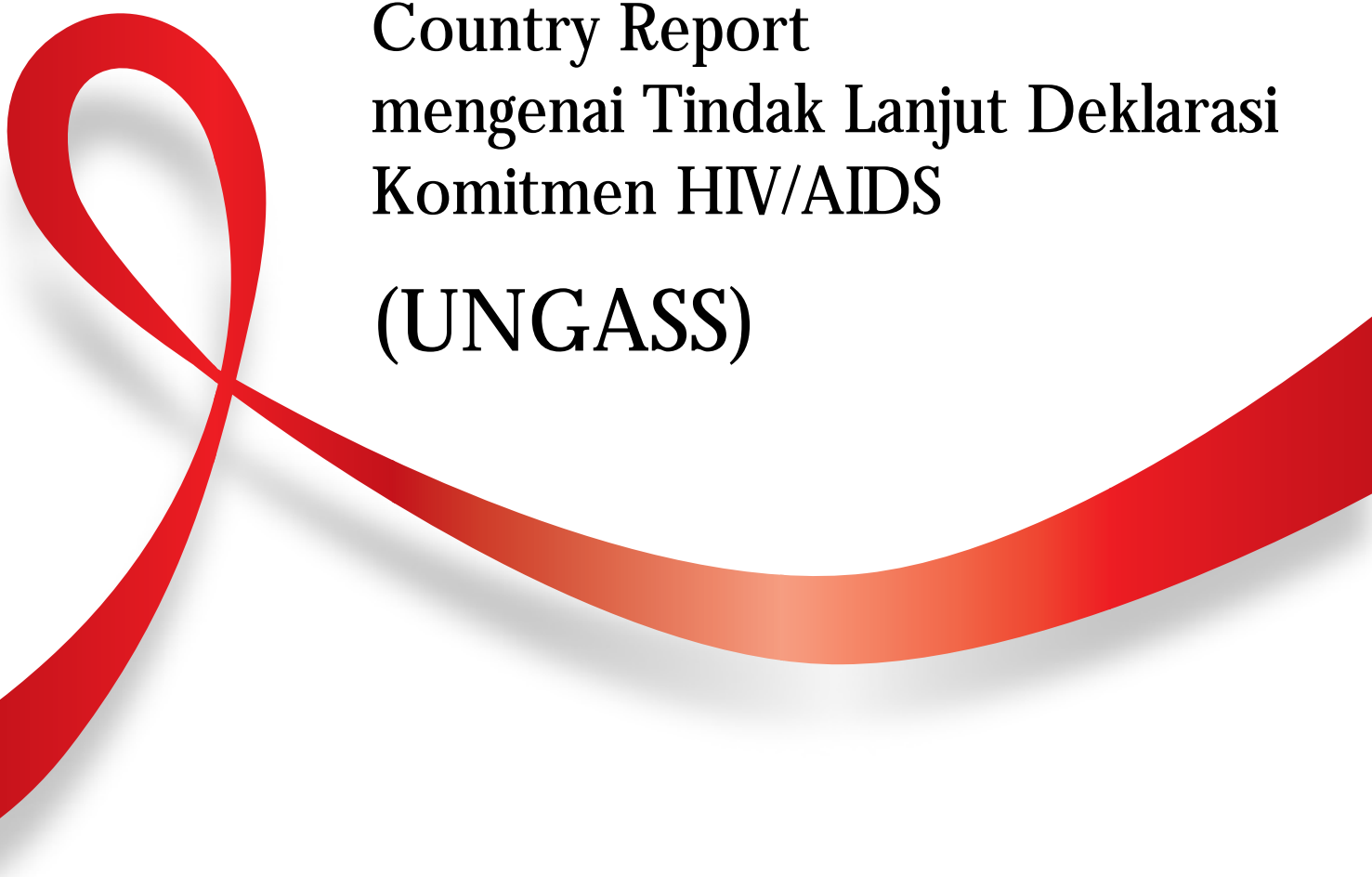


Republik Indonesia



KOMISI  
PENANGGULANGAN  
AIDS

A large, stylized red ribbon graphic that loops and curves across the page, starting from the left and extending towards the right.

# Country Report mengenai Tindak Lanjut Deklarasi Komitmen HIV/AIDS (UNGASS)

Periode pelaporan 2003-2004

Jakarta  
Januari 2005

# Daftar Isi

Daftar Isi	1
Daftar Singkatan	2
Kata Pengantar dari KPA	4
I. PENDAHULUAN	5
II. SELAYANG PANDANG STATUS PENANGGULANGAN HIV/AIDS DI INDONESIA	6
III. GAMBARAN RINGKAS EPIDEMI HIV/AIDS	9
IV. RESPONS NASIONAL TERHADAP EPIDEMI	11
4.1. Komitmen dan aksi nasional	11
4.1.1. Kebijakan pemerintah mengenai HIV/AIDS	11
4.1.2. Pendanaan dari pemerintah untuk HIV/AIDS	14
V. PROGRAM PERILAKU NASIONAL	16
5.1. Pencegahan	16
5.1.1. Pendidikan HIV/AIDS berbasis keterampilan menghadapi tantangan hidup di sekolah	16
5.1.2. HIV/AIDS di Tempat Kerja	17
5.1.3. Pencegahan MTCT: Antiretroviral Profilaksis	18
5.2. Perawatan dan Pengobatan	18
5.2.1 Infeksi Menular Seksual: Sebuah Pengelolaan Kasus yang Komprehensif	18
5.2.2 Pengobatan HIV: Terapi Kombinasi Antiretroviral	19
5.3. Pengetahuan dan Sikap	19
5.3.1. Pengetahuan Anak Muda mengenai Pencegahan HIV	19
5.3.2. Penggunaan Kondom oleh Anak Muda dengan Pasangan Tidak Tetap	20
5.4. Mengurangi Dampak Epidemii	21
5.4.1 Rasio masuk sekolah antara anak yatim piatu akibat AIDS dengan anak yang bukan yatim piatu, usia 10-14 tahun	21
5.4.2 Prevalensi HIV	21
5.4.3. Penularan dari Ibu ke Anak	22
VI. TANTANGAN UTAMA DAN TINDAKAN YANG DIPERLUKAN	23
VII. MONITORING AND EVALUASI	25
DAFTAR REFERENSI	27
ANNEX	28

# Daftar Singkatan

AIDS	: Acquired Immune deficiency Syndrome
ARV	: Anti Retroviral
ASA	: Aksi Stop AIDS (FHI/USAID/MOH AIDS Project)
ASEAN	: Association of South East Asian Nations
AusAID	: Australian Agency for International Development
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BPS	: Badan Pusat Statistik
BSS	: Behaviour Surveillance Survey
CBO	: Community Based Organization
CDC-EH	: Communicable Disease Control-Environmental Health
CIMSA	: Center for Indonesia Medical Students Activities
CRIS	: Country Response Information System
CSW	: Commercial Sex Worker
DEPDIKNAS	: Departemen Pendidikan Nasional
DEPKES	: Departemen Kesehatan
DOC	: Declaration of Commitment
FHI	: Family Health International
FSW	: Female Sex Worker
GFATM	: Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria
GoI	: Government of Indonesia
HAPP	: HIV/AIDS Prevention Program
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IDU	: Injecting Drug User
IHPCP	: Indonesia HIV/AIDS Prevention and Care Project
ILO	: International Labour Organization
IMS	: Infeksi Menular Seksual
ISR	: Infeksi Saluran Reproduksi
IPPA	: Indonesia Planned Parenthood Association
IYARHS	: Indonesia Young Adult Reproductive Health Survey
KfW	: Kreditanstalt für Wiederaufbau
KPA	: Komisi Penanggulangan AIDS (National AIDS Commission)
LSE	: Life Skills Education

LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
M&E	: Monitoring and Evaluation
MoH	: Ministry of Health
MoNE	: Ministry of National Education
MSM	: Men Who have Sex with Men
MTCT	: Mother to Child Transmission
NAC	: National AIDS Commission
NAP	: National AIDS Programme
NAPZA	: Narkotika, Psikotropat dan Zat Adiktif lainnya
NGO	: Non Governmental Organization
NIHRD	: The National Institute of Health Research & Development
ODHA	: Orang Dengan HIV/AIDS
PBB	: Perserikatan Bangsa Bangsa
PCR	: Polymerase Chain Reaction
PKBI	: Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia
PLWHA	: Person Living with HIV/AIDS
PPM-PL	: Pemberantasan Penyakit Menular - Penyehatan Lingkungan
PRT	: Project/Resource Tracking (PRT)
PSK	: Pekerja Seks Komersial
RTI	: Reproductive Tract Infection
STI	: Sexually Transmitted Infection
SSP	: Survei Surveilans Perilaku
UN	: United Nations
UNAIDS	: United Nations Joint Programme on HIV/AIDS
UNGASS	: UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS
UNICEF	: United Nations Children's Fund
UNJAP	: United Nations Joint Action Programme on HIV/AIDS
USAID	: United States Agency for International Development
VCT	: Voluntary Counseling & Testing
YPI	: Yayasan Pelita Ilmu (NGO)

# Kata Pengantar

Republik Indonesia adalah salah satu dari 189 negara yang menandatangani Deklarasi Komitmen mengenai HIV/AIDS di Sidang Khusus Majelis Umum PBB (UNGASS) mengenai HIV/AIDS pada 25-27 Juni 2001.

Untuk memenuhi komitmen tersebut, berbagai sektor, dalam jumlah yang belum pernah terjadi sebelumnya, telah menerapkan mekanisme evaluasi dan pengawasan berskala nasional. Mekanisme tersebut berupa surveilans sentinel, surveilans perilaku dan monitoring program.

Selama periode 2002 – 2003, Pemerintah Indonesia telah memasukkan HIV/AIDS dalam perencanaan pembangunan Negara. Kabinet juga telah menyetujui sejumlah prioritas program serta strategi teknis yang bersesuaian dengan Deklarasi Komitmen UNGASS.

Sebuah komitmen bersama nasional, dikenal sebagai Komitmen Sentani, telah ditandatangani pada 19 Januari 2004 oleh enam departemen, kementerian, badan pemerintah serta enam pemerintah daerah di bawah koordinasi Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat dan Parlemen Indonesia. Para menteri telah bertekad untuk bekerja sama memperkuat efektivitas dan cakupan dari respons Indonesia terhadap epidemi HIV/AIDS, terutama di enam provinsi yang dinyatakan sebagai daerah prioritas.

Laporan perkembangan ini disiapkan sesuai dengan Panduan UNAIDS untuk monitoring Deklarasi Komitmen UNGASS mengenai HIV/AIDS untuk jangka waktu 2003 – 2004.

Kami mengucapkan banyak terima kasih kepada perwakilan dari departemen, kementerian, badan pemerintah, badan PBB, donor bilateral, LSM dan ODHA yang telah menyediakan data dan memeriksa ulang draft laporan.

Jakarta, Januari 2005

Dr. Farid W. Husain  
Sekretaris, Komisi Penanggulangan AIDS Nasional

# I Pendahuluan

Laporan ini adalah laporan kedua UNGASS yang telah diperbaharui dan dibuat oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Laporan yang pertama dibuat pada 2003.

Indonesia, sebagai Negara kepulauan terbesar di dunia (memiliki lebih dari 17.000 pulau) memiliki lebih dari 220 juta penduduk. Indonesia merupakan Negara yang heterogen, terdiri lebih dari 250 suku yang berbeda dengan bahasa daerah masing-masing, namun Bahasa Indonesia merupakan bahasa nasional yang banyak digunakan. Karena itu, apabila data yang tersedia hanya berasal dari satu atau dua propinsi, maka data ini tidak bisa digunakan untuk mewakili situasi nasional.

Republik Indonesia merupakan satu dari 189 negara yang telah menandatangani Deklarasi Komitmen (DOC) mengenai HIV/AIDS pada Sidang Khusus Majelis Umum PBB (UNGASS) tentang HIV/AIDS pada 25-27 Juni 2001. Deklarasi tersebut menyatakan bahwa negara-negara penanda tangan harus membuat mekanisme monitoring dan evaluasi yang memadai untuk mengukur dan menilai kemajuan pelaksanaan komitmen, serta membuat instrumen monitoring dan evaluasi serta menyediakan data epidemiologik yang memadai.

UNAIDS Jenewa telah menyarankan enam indikator yang harus dilaporkan pada tahun ini, yaitu:

1. Jumlah dana nasional yang digunakan pemerintah untuk program HIV/AIDS.
2. Persentase wanita hamil pengidap HIV yang menerima dosis lengkap pengobatan antiretroviral prophylaxis untuk mengurangi risiko penularan dari Ibu ke Anak (MTCT)
3. Persentase anak muda berusia 15-24 tahun yang mampu mengidentifikasi secara benar cara-cara untuk mencegah penularan HIV melalui hubungan seksual dan yang secara benar menolak pandangan-pandangan yang salah mengenai penularan HIV/AIDS.
4. Persentase anak muda berusia 15-24 tahun yang mengaku menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan pasangan seks tidak tetap.
5. Persentase pengguna narkoba suntikan yang dicakup oleh layanan pencegahan HIV/AIDS.
6. Rasio masuk sekolah di kalangan anak yatim piatu karena HIV/AIDS dengan yang tidak yatim piatu, usia 10-14 tahun

Dikarenakan terdapatnya sejumlah keterbatasan pada data yang tersedia maka informasi mengenai sejumlah indikator tidaklah lengkap. Meskipun demikian, laporan ini tetap memiliki sejumlah data penting dan menarik yang relevan dengan indikator-indikator UNGASS yang standar.

Sebelum laporan ini difinalisasi, sebuah pertemuan untuk memeriksa ulang serta melakukan tukar menukar informasi dilakukan pada 28 Januari 2005 oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Selain dihadiri oleh perwakilan Komisi, pertemuan itu juga diikuti oleh para stakeholder dan organisasi yang terlibat dalam memberikan tanggapan nasional terhadap HIV/AIDS, termasuk lembaga riset, Badan Pusat Statistik, staf dari LSM nasional dan internasional, perwakilan badan-badan PBB serta aparat pemerintah lainnya. Agenda utama pertemuan adalah verifikasi terhadap berbagai data yang akan dicantumkan dalam laporan ini.

# Selayang Pandang Status Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia

Indikator serta data yang tersedia/terkait	Sumber data
1. Komitmen dan Aksi Nasional	
<p>1. Jumlah dana nasional yang dibelanjakan pemerintah untuk membiayai program HIV/AIDS*: 6,3 juta Dollar AS (2003) dan 10,6 juta Dollar AS (2004). Pemerintah daerah mengalokasikan sekitar 0,7 juta Dollar AS pada 2004.</p>	Survey Baseline tentang Tanggapan Nasional terhadap HIV/AIDS pada 2003-2004 (IHPCP-KPA)
2. Program Nasional dan Perilaku	
<p>1. Persentase sekolah dengan guru yang telah dilatih dalam pendidikan HIV/AIDS berbasis keahlian dalam menghadapi tantangan hidup (life skills) dan yang telah memberikan pengajaran dalam bidang tersebut pada tahun akademik terakhir:</p> <p>Terdapat 533 SMU di 20 provinsi di Indonesia yang telah menerima pendidikan HIV/AIDS berbasis keterampilan dalam menghadapi tantangan hidup. Setiap sekolah memiliki dua orang guru yang telah dilatih dalam bidang tersebut dan telah mengajarkan bidang tersebut pada tahun akademik yang lalu. Perhatikan bahwa jumlah total SMU di Indonesia adalah 8.036 buah. Artinya, baru 7 % SMU yang telah menerima pendidikan HIV/AIDS. Sebagai tambahan informasi, 533 SMU tersebut memiliki 3.318 penyuluh sebaya.</p> <p>Di bawah ini adalah data komprehensif Provinsi Papua (Indonesia Timur). Data ini telah dimasukkan ke dalam data nasional di atas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40,880 pelajar SMP di 123 sekolah di Papua telah dijangkau dengan informasi dan pendidikan mengenai pendidikan HIV/AIDS berbasis keterampilan dalam menghadapi tantangan hidup.</li> <li>• 369 guru (113 wanita, 256 pria) dari sekolah-sekolah tersebut telah dilatih menjadi fasilitator untuk tingkat kecamatan</li> <li>• 25 penyuluh sebaya (10 wanita, 15 pria) dari Universitas Cendrawasih di Jayapura telah mendapat pelatihan</li> </ul>	<p>DEPDIKNAS, 2004</p> <p>DEPDIKNAS &amp; Laporan Kemajuan Kegiatan, Rencana Aksi Bersama PBB di Indonesia, September 2004.</p>
<p>2. Persentase perusahaan besar yang memiliki program dan kebijakan HIV/AIDS di tempat kerja :</p> <p>Total 35 perusahaan besar telah memiliki kebijakan HIV/AIDS, 110 perusahaan telah turut serta dalam program pencegahan HIV/AIDS. Sejumlah 550.000 pekerja telah dijangkau dengan informasi dan program pendidikan mengenai HIV/AIDS di tempat kerja. Perhatikan bahwa jumlah total perusahaan di Indonesia adalah 60.000 buah perusahaan.</p> <p>Terdapat 1500 anggota senior Organisasi Pengusaha telah mengikuti pertemuan tingkat tinggi. Sejumlah 250 perusahaan telah menghadiri dan berpartisipasi dalam pelatihan, kebijakan dan program HIV/AIDS yang dilaksanakan di Jakarta, Bandung, Surabaya dan Batam.</p>	ILO & ASA/FHI, 2004

Indikator serta data yang tersedia/terkait	Sumber data
<p>Catatan: Berdasarkan angka di atas tampak bahwa sebagian besar perusahaan di Indonesia belum menerapkan kebijakan HIV/AIDS di tempat kerja. Namun angka tersebut telah menunjukkan kenaikan dibandingkan dengan angka pada 2003. Surat Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi mengenai Pencegahan dan Pengendalian HIV/AIDS di Tempat Kerja dikeluarkan pada 2004. Sebagai tambahan, ILO dan sejumlah LSM telah mulai melakukan advokasi terhadap perusahaan-perusahaan tersebut.</p>	
<p>3. Persentase pasien pengidap IMS pada fasilitas perawatan kesehatan yang telah didiagnosa, diobati dan dikonseling secara tepat dan memadai:</p> <p>Studi RTI di 15 kota menunjukkan bahwa 96 % dari 1500 Perempuan Pekerja Seks Komersial, yang mengunjungi klinik yang didukung ASA, telah didiagnosa dan diobati sesuai dengan protokol Departemen Kesehatan.</p> <p>Catatan: Persentase berlaku hanya untuk 15 kota, sehingga tidak dapat mewakili angka nasional.</p>	<p>Laporan riset ASA/FHI-RTI, 2003</p>
<p>4. Persentase wanita pengidap HIV yang menerima dosis lengkap pengobatan antiretroviral profilaksis untuk mengurangi risiko MTCT*:</p> <p>Data yang terkait dengan indikator tersedia hanya dalam jumlah terbatas:</p> <p>Data anekdotal menunjukkan bahwa terdapat dua wanita pengidap HIV dari 609 wanita hamil yang mengunjungi klinik-klinik VCT Yayasan Pelita Ilmu di Jakarta. YPI juga memberikan dukungan pada 19 wanita hamil pengidap HIV pada sejumlah klinik dan rumah sakit lainnya. Dari 21 wanita hamil tersebut, baru 6 menerima pengobatan ARV.</p>	<p>Laporan kegiatan-YPI, 2004</p>
<p>5. Persentase dari pengidap HIV tingkat lanjut yang telah menerima terapi kombinasi antiretroviral*:</p> <p>Sekitar 3.000 penderita HIV tingkat lanjut sedang menerima terapi kombinasi ARV. Total 1.553 penderita mendapat terapi kombinasi melalui program Departemen Kesehatan, yang dibiayai oleh Departemen Kesehatan dan GFATM. Sisanya memperoleh ARV melalui sebuah jaringan nasional para dokter Indonesia (Pokdisus).</p> <p>Catatan: Asumsi pembagi: Jumlah penderita HIV tingkat lanjut adalah 10% dari total perkiraan nasional jumlah penderita HIV/AIDS (N=100,000). Jadi, persentase penderita yang menerima ARV adalah sekitar 30%.</p>	<p>CDC &amp; EH-MOH, 2004</p>
<p>6. Persentase dari anak muda berusia 15-24 yang mampu mengidentifikasi secara benar cara-cara untuk mencegah penularan HIV melalui hubungan seksual dan yang secara benar menolak pandangan-pandangan yang salah mengenai penularan HIV*:</p> <p>Di Papua (Merauke) dan Jakarta, dua daerah dengan tingkat HIV/AIDS tertinggi, 84 % anak muda Papua dan 63 % anak muda Jakarta berpandangan bahwa abstinence (tidak melakukan hubungan seks) merupakan sebuah cara untuk mencegah infeksi HIV/AIDS. Sebagai tambahan, sekitar 80 % anak muda di kedua kota tersebut berpandangan bahwa penggunaan kondom, memiliki satu pasangan seks tetap, dan tidak berbagi jarum di kalangan IDU merupakan cara-cara lainnya untuk mencegah penularan HIV.</p>	<p>BSS, 2002-2003</p>

<sup>1</sup> Indirect sex workers are those who practice clandestinely as sex workers, and usually work in particular employment segments.

<sup>2</sup> Direct sex workers are those who openly practise as sex workers.

\*) suggested to be reported by UNAIDS Geneva in 2005.

\* Suggested to be reported by UNAIDS Geneva in 2005.

Indikator serta data yang tersedia/terkait	Sumber data
<p>7. Persentase anak muda berusia 15-24 yang mengaku menggunakan kondom selama berhubungan seks dengan pasangan seks tidak tetap:</p> <p>Data yang tersedia: 6% pemuda menggunakan kondom saat pertama kali berhubungan seks, dan 13% menggunakan kondom saat hubungan seks mereka yang terakhir. (N= + 5000)</p> <p>14% pemuda menggunakan kondom saat terakhir kali berhubungan seks dengan pekerja seks</p>	<p>IYARHS, Indonesia 2002 - 2003</p> <hr/> <p>BSS 2002 - 2003</p>
<p>8. Rasio masuk sekolah antara anak yatim piatu karena HIV/AIDS dengan yang bukan yatim piatu, usia 10-14 tahun*:</p> <p>Hal ini belum menjadi sebuah masalah penting namun akan diberikan perhatian pada lima tahun mendatang. LSM telah memulai proyek untuk memberikan dukungan kepada anak-anak yang menjadi yatim piatu karena AIDS. Namun kegiatan tersebut masih sangat kecil ruang lingkungannya.</p>	
<h3>3. Dampak</h3>	
<p>1. Persentase anak muda berusia 15-24 tahun yang terinfeksi : tidak ada data</p> <p>Prevalensi HIV di kalangan pekerja seks dan pelanggannya, pengguna narkoba suntikan, pria yang melakukan hubungan seks dengan pria.*</p> <p>Prevalensi HIV di kalangan pekerja seks pada sejumlah lokasi sentinel di Jakarta pada 2003: 6.37%</p> <p>Prevalensi HIV di kalangan IDU pada sejumlah lokasi sentinel di Jawa Barat pada 2003: 42.9%</p> <p>Prevalensi HIV di kalangan lelaki yang melakukan hubungan seks dengan lelaki di Jakarta 2002: 2.5%</p>	<p>Surveilans Sentinel, PM &amp; PL, DEPKES, 2003</p>
<p>Perkiraan prevalensi di HIV/AIDS di kalangan pekerja seks: 3.08 %, berkisar dari titik tertinggi 4.21 % hingga titik terendah 1.96 %.</p> <p>Perkiraan prevalensi di HIV/AIDS di kalangan pelanggan pekerja seks: 0.60 %, berkisar dari titik tertinggi 0.46 % hingga titik terendah 0.75 %.</p> <p>Perkiraan prevalensi di HIV/AIDS di kalangan IDU: 38.97 %, berkisar dari titik tertinggi 50.6 % hingga titik terendah 27.35 %.</p> <p>Perkiraan prevalensi di HIV/AIDS di kalangan gay: 3.08 %, berkisar dari titik tertinggi 4.13 % hingga titik terendah 2.03 %.</p> <p>Perkiraan prevalensi di HIV/AIDS di kalangan waria: 12,36 %, berkisar dari titik tertinggi 9.64 % hingga titik terendah 15.08 %.</p> <p>Perkiraan prevalensi di HIV/AIDS di kalangan pelanggan waria: 2.76 %, berkisar dari titik tertinggi 2.22 % hingga titik terendah 3.31 %.</p> <p>Perkiraan prevalensi di HIV/AIDS pada populasi umum: 0.07 %</p>	<p>PPM &amp; PL, DEPKES, 2004</p>
<p>2. Persentase bayi terinfeksi HIV yang lahir dari ibu pengidap HIV :</p> <p>Merujuk pada anekdotal Yayasan Pelita Ilmu, hingga Juni 2004 ditemukan 8 kasus bayi terinfeksi HIV yang lahir dari ibu pengidap HIV. Sepanjang 2004, terdapat empat ibu pengidap HIV yang menjalani persalinan namun tes PCR menunjukkan hasil negatif.</p>	<p>Laporan kegiatan-YPI, 2004</p>

\* Alternative indicator

# III Gambaran ringkas epidemi HIV/AIDS

Kasus AIDS yang dilaporkan (PPM&PL, DEPKES, 2005)

- Hingga Desember 2004, secara kumulatif terdapat 2682 kasus AIDS di 29 provinsi di Indonesia.
- Tingkat kasus AIDS nasional per 100.000 penduduk adalah 1,33
- Enam provinsi dengan tingkat tertinggi kasus AIDS per 100.000 penduduk adalah Papua (24,06), DKI Jakarta (15,28), Bali (4,07), Maluku (2,87), Sulawesi Utara (2,74), and Kalimantan Barat (2,12)
- Dari kasus AIDS yang dilaporkan, 81% diantaranya ditemukan pada pria, dengan proporsi tertinggi pada kelompok usia 20-29 tahun (52,8%) dan 30-39 tahun (25,6%).
- Secara kumulatif, metode penularan adalah: penggunaan narkoba suntikan (44,1 %), dan hubungan seks heteroseksual (43,7 %).

Pemerintah mengakui bahwa jumlah kasus AIDS yang dilaporkan tidaklah mencerminkan jumlah yang sebenarnya di dalam populasi, sehingga yang umum digunakan adalah angka-angka perkiraan.

Tingkat prevalensi dan kecenderungan HIV di Indonesia

Data bersumber pada surveilans HIV di 30 provinsi di Indonesia.

Cara penularan utama saat ini adalah penggunaan narkoba suntikan

Proporsi penularan melalui penggunaan narkoba suntikan telah meningkat dengan cepat dan drastis sejak 1999, khususnya di Jakarta dan kota-kota besar di Jawa dan Bali. Hingga Desember 2004, proporsi penularan melalui penggunaan narkoba suntikan di Jakarta telah mencapai 44,1 % dari total kasus AIDS yang dilaporkan. Lebih dari 91 % pengguna narkoba suntikan yang terinfeksi HIV adalah pria. Survey di Jakarta menunjukkan bahwa prevalensi HIV meningkat tajam dari 15,8 % pada 1999 menjadi 47,9 % pada 2002. (PPM&PL, 2003)

Cara penularan yang kedua adalah tingkat prevalensi HIV di kalangan pekerja seks

Meskipun angkanya kecil, namun prevalensi HIV di kalangan pekerja seks di Jakarta terus meningkat, dari 0,25 % pada 1999 menjadi 6,37 % pada 2003. Di Papua, prevalensi meningkat dari 6,69 % pada 1999 menjadi 16,7 % pada 2002. (PPM&PL-DEPKES, 2003)

Tingkat prevalensi HIV di kalangan narapidana

Prevalensi HIV di penjara-penjara di Jakarta mulai meningkat pada 1999, dan dua tahun kemudian terjadi peningkatan tajam terutama di kalangan IDU, mencapai 25 % pada 2002. Peningkatan ini juga mencerminkan bahwa besar kemungkinan banyak IDU yang telah terinfeksi sebelum mereka masuk penjara. Namun terdapat bukti bahwa penularan HIV juga terjadi di

dalam penjara. Data surveilans dari sebuah penjara di Jawa Barat telah menunjukkan bahwa prevalensi HIV melonjak dari 1 % pada 1999 menjadi 21 %, kemudian “jatuh” tajam ke 5 % pada 2002. “Penurunan” pada 2002 ternyata hanyalah ilusi, meskipun mencerminkan perubahan pada metode pengambilan sampel: hanya narapidana yang baru masuk yang dites HIV. Ketika pada 2003 metode sampel acak kembali digunakan hasilnya adalah tingkat prevalensi 21 %. Kesenjangan ini menunjukkan bahwa HIV ditularkan di dalam penjara, baik melalui penyuntikan narkoba dengan menggunakan jarum yang tercemar ataupun melalui hubungan seks anal tanpa menggunakan pelindung antar narapidana. (UNAIDS, 2004)

### Perkiraan HIV/AIDS

Perkiraan resmi jumlah ODHA secara kumulatif adalah 90.000-130.000. Proses pembuatan perkiraan ini telah diakui oleh UNAIDS sebagai salah satu Praktik Terbaik. Prevalensi HIV pada populasi umum diperkirakan 0,07 %. (PPM&PL-DEPKES, 2002).

Penggerak utama epidemi HIV/AIDS di Indonesia adalah penggunaan narkoba suntikan dan transaksi seks komersial. Perkiraan nasional prevalensi HIV di kalangan paling berisiko ditampilkan pada Tabel 1. Tidak terdapat perkiraan resmi mengenai jumlah wanita hamil yang mengidap HIV.

Table 1. Perkiraan prevalensi HIV pada kelompok-kelompok risiko tinggi (2004).

Populasi berisiko	Perkiraan ukuran rata-rata populasi	Perkiraan rata-rata prevalensi HIV	Jumlah rata-rata pengidap HIV
IDU	111.894	38,97	43.610
Pasangan IDU yang bukan IDU	24.598	12,88	3.167
Pekerja seks	199.648	3,08	6.159
Pelanggan pekerja seks	2.972.486	0,60	17.894
Pasangan reguler pelanggan pekerja seks	1.484.866	0,11	1.706
Gay	34.037	3,08	1.048
Pekerja seks pria	4.807	4,58	220
Waria	21.415	12,36	2.647
Pelanggan pekerja seks waria	248.468	2,76	6.870
Narapidana	109.077	7,38	8.051

Sumber: PPM&PL-DEPKES, 2004

# IV Respon Nasional terhadap Epidemi HIV/AIDS

## 4.1 Komitmen dan Aksi Nasional

### 4.1.1 Kebijakan HIV/AIDS Pemerintah

#### Strategi HIV/AIDS Nasional 2003-2007

Pada 2003, Komisi Penanggulangan AIDS Indonesia meluncurkan Strategi HIV/AIDS Nasional, sebagai jawaban atas meningkatnya jumlah infeksi HIV pada tahun-tahun tersebut serta untuk memberikan tanggapan pada sejumlah komitmen yang dibuat pada Sesi Khusus Majelis Umum PBB tentang HIV/AIDS pada 2001.

Strategi HIV/AIDS Nasional (2003-2007) menegaskan tujuh prioritas, setiap program memiliki tujuan yang ingin dicapai serta kegiatan yang harus dilakukan. Ketujuh program prioritas tersebut meliputi surveilans, pencegahan, pengobatan, perawatan dan dukungan untuk Odha, riset tentang HIV/AIDS dan dampaknya, hak asasi para Odha serta koordinasi pemerintah pada semua tingkatan. Harm reduction, pengurangan dampak buruk, diikutsertakan sebagai bagian dari rencana strategis baru ini.

Table 2. Tujuan-tujuan Strategi HIV/AIDS Nasional 2003-2007 berdasarkan daerah prioritas

Pencegahan HIV/AIDS	Memastikan bahwa orang-orang mampu melindungi diri mereka sendiri dari infeksi HIV dan menghindari penularan kepada orang lain.
Perawatan, Pengobatan dan Dukungan bagi ODHA	Mengurangi penderitaan yang disebabkan HIV/AIDS; mencegah terjadinya penularan HIV lebih lanjut; meningkatkan kualitas hidup ODHA.
Surveilans HIV/AIDS dan IMS	Menggali informasi mengenai besaran, sebaran dan kecenderungan dari penularan HIV/AIDS dan IMS, yang nantinya bisa digunakan dalam merumuskan kegiatan dan kebijakan pencegahan HIV/AIDS.
Riset dan studi operasional	Melaksanakan riset dan studi operasional untuk memperoleh informasi yang dapat membantu peningkatan kualitas pencegahan HIV/AIDS sekaligus untuk memperbaiki sejumlah dampak negatif infeksi HIV terhadap individu dan masyarakat, serta untuk meningkatkan kualitas hidup para ODHA.
Lingkungan yang kondusif	Mendorong pengesahan peraturan perundang-undangan yang akan menciptakan lingkungan yang mendukung penuh penerapan program pencegahan HIV/AIDS.
Koordinasi multi pihak	Mengharmoniskan dan mengintegrasikan kebijakan dan kegiatan pencegahan HIV/AIDS yang dimiliki badan-badan pemerintah, sektor swasta/komunitas bisnis, LSM dan masyarakat dalam rangka mencapai tujuan secara efektif dan efisien.
Kesinambungan penanggulangan	Menjamin berlangsungnya tanggapan yang berkelanjutan terhadap HIV/AIDS pada semua tingkat pemerintahan melalui kepemimpinan yang kuat dan komitmen mendalam, serta didukung oleh informasi dan sumberdaya yang memadai.

Strategi nasional yang baru mensyaratkan dibentuknya kelompok-kelompok kerja, penyiapan kebijakan dan rencana, penyediaan sumber daya bagi pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS oleh 21 departemen/badan pemerintah. Berdasarkan survey baseline mengenai respon nasional terhadap HIV/AIDS pada 2003-2004, 12 departemen dan badan pemerintah telah membentuk kelompok kerja atau komite untuk HIV/AIDS, yaitu:

1. Kantor Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat
2. Kantor Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan
3. Departemen Dalam Negeri
4. Departemen Pertahanan
5. Departemen Perhubungan
6. Departemen Pendidikan Nasional
7. Departemen Kesehatan
8. Departemen Agama
9. Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi
10. Departemen Sosial
11. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
12. Badan Narkotika Nasional

Departemen serta badan pemerintah tersebut diatas telah menghasilkan sejumlah kebijakan, panduan, rencana kerja dan proyek.

Pada 8 Desember 2003, Komisi Penanggulangan AIDS Nasional dan Badan Narkotika Nasional menandatangani Nota Kesepahaman (MoU) mengenai pengurangan penularan HIV/AIDS yang terkait dengan pengguna narkoba suntikan.

#### Program Aksi Bersama PBB

Pada Mei 2003, menyusul direvisinya Strategi HIV/AIDS Nasional, Kelompok Tema PBB untuk HIV/AIDS mengembangkan Program Aksi Bersama HIV/AIDS PBB (UN JAP) guna memastikan bahwa sistem dukungan PBB terkoordinasi dengan baik dan bahwa sistem itu memiliki memiliki respon strategis berdasarkan pada kebutuhan-kebutuhan yang diidentifikasi oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.

Program Aksi Bersama PBB selesai dibuat pada Desember 2003 dan berfokus pada dukungan strategis bagi pembuatan kebijakan serta dukungan bagi Pemerintah untuk meningkatkan besaran dan cakupan upaya penanggulangan HIV/AIDS. Tujuan Program Aksi Bersama PBB adalah "Untuk mendukung Pemerintah Indonesia dalam menerapkan Strategi HIV/AIDS Nasional 2003-2007", untuk membatasi penyebaran HIV, meningkatkan kualitas hidup Odha dan meringankan dampak sosio-ekonomi dari epidemi tersebut. Keberhasilan dalam mencapai tujuan-tujuan tersebut nantinya akan membantu Indonesia dalam memenuhi komitmen pembangunan internasionalnya.

Dalam rangka mendukung tanggapan HIV/AIDS nasional, Program Aksi Bersama PBB telah mengidentifikasi empat wilayah dukungan strategis yang perlu mendapat perhatian khusus:

1. Penyediaan dan pemberian bantuan teknis untuk meningkatkan besaran dan cakupan pemberian layanan.
2. Dukungan untuk pembangunan kapasitas kepada semua pelaku nasional.
3. Dukungan kebijakan dan penatalaksanaan kepada Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.
4. Dukungan untuk pengumpulan dan analisa informasi strategis.

### Komitmen Sentani

Pada 19 Januari 2004, di dalam sebuah pertemuan yang diselenggarakan di Sentani oleh Kantor Menko Kesra, lima departemen dan satu kementerian (Departemen Kesehatan, Sosial, Agama, Pendidikan Nasional, Dalam Negeri dan Kantor Menko Kesra), Ketua Komisi VII DPR-RI, Kepala BKKBN dan para gubernur dari enam daerah yang terkena pengaruh HIV/AIDS paling parah (Riau, DKI Jakarta, Jawa Barat, Bali, dan Papua), sebuah komitmen bersama berhasil dicapai.

Para peserta pertemuan berkomitmen untuk bekerja sama guna meningkatkan efektivitas dan cakupan respons Indonesia terhadap epidemi terutama di enam propinsi yang diprioritaskan. Komitmen mengandung program aksi, yang terdiri dari tujuh hal, bertujuan mendorong sebuah penanggulangan yang komprehensif dan terintegrasi terhadap epidemi tersebut. Tujuh hal tersebut adalah:

1. Mempromosikan penggunaan kondom pada setiap kegiatan seksual berisiko tinggi dengan target pencapaian 50% pada tahun 2005.
2. Menerapkan pengurangan dampak buruk penggunaan napza suntik.
3. Mengupayakan pengobatan HIV/AIDS dan pengobatan ARV kepada minimum 5.000 ODHA pada tahun 2004.
4. Mengupayakan pengurangan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dan keluarganya.
5. Membentuk dan memfungsikan Komisi Penanggulangan AIDS pada tingkat propinsi, kabupaten dan kota.
6. Mengupayakan dukungan peraturan perundangan dan penganggaran untuk pelaksanaan penanggulangan HIV/AIDS.
7. Mempercepat upaya nyata dalam penanggulangan HIV/AIDS dengan memperhatikan semua aspek pencegahan, KIE, pendidikan agama dan dakwah yang nyata seperti diketahui pendidikan berpengaruh dalam keberhasilan upaya tersebut.

Komitmen Sentani merupakan sebuah deklarasi politik yang penting, di mana para pejabat penting pemerintah Indonesia, menekankan arti penting dan mendorong penggunaan kondom serta penggunaan pendekatan harm reduction dalam upaya pencegahan HIV/AIDS pada tingkat lokal. Padahal kedua hal tersebut pada saat itu masih dipandang sebagai hal yang kontroversial. Para peserta pertemuan juga bersepakat tentang seperangkat indikator proses yang akan digunakan untuk memantau kemajuan pelaksanaan komitmen tersebut dalam sebuah pertemuan evaluasi rutin tiga bulanan.

Pada 13-14 Februari 2005, evaluasi satu tahunan akan dilaksanakan di Jakarta untuk meninjau ulang pencapaian setiap propinsi. Data awal menunjukkan bahwa anggaran operasional di enam propinsi prioritas telah meningkat empat kali lipat dari Rp 4 Milyar menjadi Rp 16,9 Milyar dalam tahun 2005. Parlemen Indonesia/Forum Parlemen Indonesia untuk Pembangunan dan Populasi sedang melakukan peninjauan ulang atas perundang-undangan yang berkaitan dengan HIV/AIDS dan pengendalian narkotika dalam rangka memberikan dukungan bagi pengendalian HIV/AIDS dan pengurangan diskriminasi dan stigma.

### HIV/AIDS di Tempat Kerja

Telah tercapai sejumlah keberhasilan penting menyangkut HIV/AIDS di tempat kerja di Indonesia:

1. Code of Practice ILO telah diadaptasikan dan diluncurkan di Indonesia oleh Menteri Tenaga Kerja.
2. Kelompok kerja Ad hoc mengenai HIV/AIDS di tempat kerja telah terbentuk di dalam struktur Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.
3. Keterlibatan Sektor Swasta dalam tanggapan nasional makin tampak.

Pada Mei 2004, Keputusan Menteri No. 68 mengenai Pencegahan dan Pengendalian HIV/AIDS di Tempat Kerja diumumkan oleh Departemen Tenaga Kerja. Keputusan Menteri, yang dibuat berdasarkan Code of Practice ILO mengenai HIV/AIDS dan Dunia Kerja, melarang majikan melakukan segala bentuk diskriminasi dan penyaringan dalam proses rekrutmen dan promosi. Keputusan tersebut juga mewajibkan majikan untuk merumuskan kebijakan serta menciptakan program pencegahan di tempat kerja.

#### 4.1.2 Pendanaan Pemerintah untuk HIV/AIDS

Anggaran nasional 2003 berjumlah 6 juta Dollar AS. Jumlah ini meningkat menjadi 10 juta Dollar AS pada 2004. Peangalokasian anggaran tersebut berdasarkan departemen/badan pemerintah yang berbeda dapat dilihat pada tabel 3 dibawah ini:

**Table 3. Anggaran Nasional untuk HIV/AIDS 2003-2004  
( dalam Dollar AS )**

	Departement/Badan	2003	2004
1	Departemen Kesehatan	4.951.538	8.283.970
2	Departemen Pendidikan Nasional	827.777	888.889
3	Kantor Menko Kesra	110.979	121.183
4	Departemen Agama	111.045	111.111
5	Badan Narkotika Nasional	100.000	1.000.000
6	Departemen Sosial	49.399	79.566
7	BKKBN	47.019	61.888
8	Departemen Pertahanan	75.182	34.722
9	Departemen Dalam Negeri	21.380	14.908
10	Kementerian Pemberdayaan Perempuan	8.333	24.222
11	Departemen Perhubungan	8.333	11.111
12	Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi	4.444	10.972
	Total	6.315.433	10.642.545

Sumber: IHPCP-NAC, 2004

Anggaran pemerintah hanya menyediakan sekitar 30 % dari total dana yang digunakan program HIV/AIDS nasional, sekitar 70 persen disediakan oleh donor luar negeri, yang jumlahnya mencapai 19,5 juta Dollar AS pada 2003 dan 25,3 juta Dollar AS pada 2004. Detil mengenai sumber dari pendanaan donor dapat dilihat pada tabel 6 di bawah.

Harus diperhatikan bahwa pemerintah di tingkat daerah, Propinsi, Kabupaten serta Kota, kini terus meningkatkan dukungan finansial dan organisasional untuk kegiatan-kegiatan HIV/AIDS. Pada 2004, pemerintah lokal mengalokasikan sekitar 0,7 juta Dollar AS untuk kegiatan-kegiatan tersebut.

**Table 4. Pendanaan dari Donor Luar Negeri untuk HIV/AIDS pada 2003-2004 (dalam Dollar AS)**

	Donor	2003	2004
1	USAID	9.600.000	8.800.000
2	AUSAID	4.760.000	4.760.000
3	GFATM	2.100.000	2.000.000
4	DKT/KFW	1.000.000	3.000.000
5	UN JAP	1.941.073	3.915.675
6	MSF Belgium	-	150.000
7	Cordaid	239.835	206.657
8	Save The Children US	35.000	35.000
	Total	19.575.908	22.867.332

Sumber: IHPCP-NAC, 2004

Informasi pada tabel di atas awalnya dihimpun dari percobaan lapangan modul Penjejak Sumber Daya/Proyek Sistem Informasi Tanggapan Negara (PRT) UN-AIDS dari Mei 2004, yang kemudian ditambahi dengan data-data baru. Data mengenai pengeluaran badan PBB diambil dari anggaran UN-AIDS dan Program Aksi Bersama PBB. Badan-badan PBB telah meningkatkan alokasi dana HIV/AIDS mereka secara bertahap, dan, saat ini, tujuh badan telah memiliki focal point AIDS penuh waktu pada staf regulernya.

# V Perilaku dan Program Nasional

## 5.1 Pencegahan

### 5.1.1. Pendidikan HIV/AIDS berbasis Ketrampilan Menghadapi Tantangan Hidup di Sekolah

Persentase sekolah dengan guru-guru yang telah dilatih dalam pendidikan HIV/AIDS berbasis keahlian dalam menghadapi tantangan hidup serta yang telah mengajarkan pendidikan tersebut sepanjang tahun akademik yang baru lalu.

Terdapat 533 SMU di 20 provinsi di Indonesia yang telah menerima pendidikan HIV/AIDS berbasis ketrampilan dalam menghadapi tantangan hidup. Setiap sekolah memiliki dua orang guru yang telah dilatih dalam bidang tersebut dan telah mengajarkan bidang tersebut pada tahun akademik yang baru lalu. Perhatikan bahwa jumlah total SMU di Indonesia adalah 8.036 buah. Artinya, baru 7 % SMU yang telah menerima pendidikan HIV/AIDS. Sebagai tambahan informasi, 533 SMU tersebut memiliki 3.318 penyuluh sebaya. (DEPDIKNAS,2004)

Antara Januari dan Juli 2004, UNICEF, bekerjasama dengan DEPDIKNAS, menyelenggarakan pelatihan bagi pelatih utama, guru-guru serta penyuluh sebaya untuk pendidikan HIV/AIDS berbasis ketrampilan menghadapi tantangan hidup serta pendidikan sebaya di Papua. Materi pengajaran dan pembelajaran, dalam bentuk panduan guru, buklet murid, flip-charts dan dua set poster mengenai pendidikan HIV/AIDS berbasis ketrampilan menghadapi tantangan hidup dibagikan kepada 123 sekolah di Biak, Jayawijaya, Jayapura, Manokwari dan Sorong. Materi edukasi, yang memperhatikan kepantasan budaya setempat, dengan warna cerah dan gambar-gambar mengenai Papua, mendapat sambutan hangat baik dari para guru maupun murid. DEPDIKNAS juga menghargai materi edukasi tersebut, dan kemudian bekerjasama dengan UNICEF untuk merancang ulang modul pendidikan HIV/AIDS berbasis ketrampilan menghadapi tantangan hidup. (UNICEF,2004)

Penyuluhan sebaya di provinsi Papua merupakan replika dari penyuluhan sebaya yang dilakukan oleh Center for Indonesia Medical Students Activities (CIMSA) di Universitas Cendrawasih, Jayapura. CIMSA merupakan organisasi yang berpusat di Jakarta. Beberapa pencapaian spesifik hingga saat ini:

- 40.880 pelajar SMP di 123 sekolah, dari awalnya 166 sekolah, telah dijangkau dengan informasi dan pendidikan mengenai HIV/AIDS berbasis ketrampilan menghadapi tantangan hidup.

- 369 guru (113 wanita, 256 pria) dari sekolah-sekolah tersebut telah dilatih untuk menjadi fasilitator untuk tingkat kecamatan.
- 25 penyuluh sebaya (10 wanita; 15 pria) dari Universitas Cendrawasih, Jayapura, telah menjalin pelatihan.

Sebagai bagian dari kegiatan penjangkauan penyuluh sebaya, diselenggarakan sebuah acara talk show radio dengan melibatkan pakar-pakar HIV/AIDS dari propinsi tersebut. Acara radio tersebut berfokus pada tema mengenai anak muda dan HIV/AIDS. Acara itu difasilitasi oleh Perhimpunan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI). Topik-topik siaran radio tersebut di antaranya : “Mari bicara tentang HIV/AIDS”, pacaran, serta kesehatan psikologi dan reproduksi anak muda. Acara tersebut memungkinkan pendengar untuk berinteraksi dengan narasumber melalui saluran telepon. Siaran radio tersebut diperkirakan telah menjangkau lebih dari 100.000 pendengar di 5 kabupaten di Papua. (UNICEF, 2004)

#### 5.1.2 HIV/AIDS di Tempat Kerja

Pesentase perusahaan besar yang memiliki kebijakan dan program HIV/AIDS di tempat kerja.

Sepanjang 2003, ILO memprakarsai sebuah upaya untuk mendorong Pemerintah Indonesia, asosiasi pengusaha dan serikat pekerja untuk menandatangani sebuah Deklarasi Komitmen Tripartit (Pemerintah khususnya Departemen Tenaga Kerja, perwakilan asosiasi pengusaha dan serikat pekerja) untuk mengambil tindakan terhadap HIV/AIDS di dunia kerja, dengan berpedoman pada Code of Practice ILO untuk mendorong dan mendukung upaya-upaya menangani stigma dan diskriminasi serta untuk membimbing program serta kebijakan yang lebih umum yang berkaitan dengan HIV/AIDS.

Sebagai tindak lanjut dari deklarasi tersebut, ILO, bekerjasama dengan Departemen Tenaga Kerja dan ASA/FHI menyelenggarakan serangkaian pertemuan tingkat tinggi dan pelatihan untuk pelatih dalam penanggulangan HIV/AIDS di tempat kerja (pada tingkat nasional dan regional). Peserta diambil dari kantor-kantor Departemen Tenaga Kerja di tingkat nasional dan regional. Proses ini mendorong pengembangan lebih lanjut kerangka hukum dari Keputusan Menteri, yang (1) menetapkan dan menempatkan upaya-upaya anti-stigma dan anti-diskriminasi; dan 2) menyediakan akses bagi para pekerja di sektor formal untuk memperoleh informasi, layanan pencegahan HIV/AIDS serta upaya-upaya non-diskriminasi di tempat kerjanya. Keputusan menteri tersebut juga mewajibkan para pengusaha dan majikan untuk merumuskan kebijakan HIV/AIDS yang memadai serta membuat sebuah program pencegahan di tempat kerja.

Terdapat 35 perusahaan yang telah menjalankan kebijakan HIV/AIDS di tempat kerja dan 110 perusahaan yang berpartisipasi dalam program pencegahan HIV/AIDS, serta 550.000 pekerja yang telah dijangkau dengan informasi dan pendidikan mengenai HIV/AIDS di tempat kerja. Jumlah total perusahaan di Indonesia adalah 60.000 buah. (ILO & ASA/FHI, 2004)

ILO Jakarta dan ASA/FHI menyelenggarakan berbagai pertemuan tingkat tinggi dan pelatihan pada tingkat nasional dan regional mengenai program dan kebijakan HIV/AIDS di tempat kerja. Sekitar 1500 anggota senior dari organisasi-organisasi pengusaha mengikuti pertemuan tingkat tinggi tersebut. Perwakilan dari 250 perusahaan menghadiri pelatihan yang diadakan di Jakarta, Bandung, Surabaya dan Batam. (ILO, 2004)

### 5.1.3 Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak: profilaksis antiretroviral

Persentase wanita hamil pengidap HIV yang menerima dosis lengkap pengobatan ARV profilaksis untuk mengurangi risiko penularan dari ibu ke anak

Program-program pencegahan untuk wanita hamil pengidap HIV di Indonesia seharusnya menjadi bagian tak terpisahkan dari kesehatan reproduksi dan keamanan bersalin. Pencegahan HIV untuk bayi yang baru lahir membutuhkan sebuah rangkaian perawatan bagi si ibu dan anak, dari periode sebelum kehamilan hingga sesudah kelahiran. Proyek "pencegahan penularan dari ibu ke anak", yang diselenggarakan Yayasan Pelita Ilmu sejak 1999, menawarkan berbagai layanan kepada wanita hamil pengidap HIV, termasuk konseling tentang profilaksis dan perawatan bayi, termasuk pilihan dalam cara memberikan makanan. Peserta program ini memperoleh profilaksis, pemeriksaan berkala selama masa kehamilan, serta pengawasan medis selama persalinan.

Data anekdotal YPI pada 2004 menunjukkan bahwa dari 609 wanita hamil, hanya ada dua wanita yang terinfeksi HIV. Selain itu, YPI juga memberikan dukungan pada 19 wanita hamil pengidap HIV yang menerima layanan kesehatan di klinik serta rumah sakit lainnya. Dari 19 wanita hamil pengidap HIV tersebut, enam diantaranya sedang mendapat pengobatan ARV. (YPI, 2004)

## 5.2 Pengobatan dan Perawatan

### 5.2.1 Infeksi Menular Seksual: Pengelolaan Kasus Komprehensif

Persentase pasien penderita infeksi menular seksual pada fasilitas perawatan kesehatan yang didiagnosa, diobati serta dikonseling secara tepat dan memadai.

Studi RTI Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) di 15 kota menunjukkan bahwa 96 % dari 1500 pekerja seks wanita, yang mengunjungi klinik-klinik yang mendapat bantuan ASA, telah didiagnosa dan mendapat pengobatan untuk Infeksi Menular Seksual (IMS). Pelaksanaan diagnosa dan pengobatan tersebut telah sesuai dengan protokol yang ditetapkan Departemen Kesehatan. (ASA/FHI, 2004).

Menurut Survey Surveilans Perilaku pada 2003, lebih dari sepertiga wanita pekerja seks langsung dan tak langsung mencoba melakukan pengobatan sendiri terhadap IMS yang dideritanya. Pilihan tempat berobat di kalangan wanita pekerja seks langsung dan tak langsung juga sangat serupa. Sebagian besar wanita pekerja seks (52 % pekerja seks tak langsung dan 62 % pekerja seks langsung), ketika merasakan gejala-gejala IMS, cenderung lebih menyukai berkonsultasi dengan dokter di tempat praktek pribadi dibandingkan dengan mencari pengobatan di klinik kesehatan umum.

### 5.2.2 Pengobatan HIV: Terapi Kombinasi Antiretroviral

Persentase penderita HIV tingkat lanjut yang telah menerima terapi kombinasi ARV

Awal Juli 2004, Menteri Kesehatan Republik Indonesia menunjuk 25 rumah sakit di berbagai penjuru negeri sebagai badan penerima rujukan untuk Odha yang berasal dari keluarga tidak mampu. Upaya ini akan memastikan tersedianya layanan kesehatan berkualitas baik bagi para Odha, mereka yang CD4-nya telah berada di bawah 200 akan mendapat akses ARV gratis. Total 1553 pasien AIDS kini telah menerima terapi kombinasi tersebut secara gratis. Jumlah total pasien yang telah menerima ARV hingga akhir 2004 adalah sekitar 3000 orang.

Target “3 dari 5” bagi Indonesia adalah sekitar 5000 pasien hingga 2004 dan 10.000 pasien hingga 2005. Jumlah penderita HIV tingkat lanjut adalah sekitar 10 % dari jumlah total penderita HIV/AIDS, yang diperkirakan berada pada kisaran 90.000-130.000 orang. Artinya, jumlah penderita HIV tingkat lanjut adalah sekitar 10.000 orang. Sebagai kesimpulan, persentase penderita HIV yang telah mendapat pengobatan ARV adalah sekitar 30 %.

## 5.3 Pengetahuan dan Perilaku

### 5.3.1 Pengetahuan Anak Muda tentang Pencegahan HIV

Persentase anak muda berusia 15-24 yang mampu mengidentifikasi secara tepat cara-cara untuk mencegah penularan HIV melalui hubungan seksual dan yang secara tepat menolak pandangan-pandangan yang salah mengenai penularan HIV.

Survey Surveilans Perilaku (SSP) pada 2003 mengungkapkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan dalam pengetahuan mengenai pencegahan HIV/AIDS antara pelajar di Jakarta Pusat (Ibukota Negara) dengan pelajar di Merauke (Indonesia Timur), kecuali menyangkut pengetahuan mereka tentang abstinen (berpantang) sebagai sebuah metode pencegahan. Sebanyak 84 % responden di Merauke dan 63 % di Jakarta Pusat mengidentifikasi abstinen sebagai sebuah cara untuk mencegah infeksi HIV/AIDS. Survey juga mengungkapkan

bahwa sekitar 79 % anak muda di kedua tempat tersebut menganggap bahwa penggunaan kondom, berhubungan dengan hanya satu pasangan seks tetap dan tidak berbagi jarum suntik di kalangan IDU, juga merupakan cara-cara untuk mencegah penularan HIV.

### 5.3.2 Penggunaan Kondom oleh Pria Muda saat Berhubungan Seks dengan Partner Seks Tidak Tetap

Persentase pria berusia 15-24 tahun yang mengaku menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan pasangan seks tidak tetap.

Survey Kesehatan Reproduksi Anak Muda Indonesia (IYARHS):

Pada 2002-2003, responden IYARHS, yang mengaku telah pernah berhubungan seks, ditanyai tentang apakah mereka menggunakan kondom saat hubungan seks mereka yang pertama kali dan hubungan seks yang terakhir. Survey menemukan bahwa hanya 6 % yang menggunakan kondom saat berhubungan seks untuk pertama kalinya, dan 13 % saat melakukan hubungan seks mereka yang terakhir. Sebuah studi pada 2001 menemukan bahwa mayoritas (60 %) pria muda tidak menggunakan pelindung apapun saat melakukan hubungan seks.

Survey Surveilans Perilaku:

Sebuah Survey Surveilans Perilaku dari 2002-2003 menemukan bahwa meskipun sebagian besar responden di Merauke memiliki pengetahuan dan pemahaman mengenai penggunaan kondom, dan tahu bahwa kondom dapat mencegah penularan HIV, namun tingkat penggunaan kondom dalam hubungan seks terakhir mereka dengan pekerja seks tetap saja rendah (14 %). Di Merauke, tingkat pendidikan responden tampaknya memiliki pengaruh, meski tidak besar, terhadap pemakaian kondom. Makin tinggi tingkat pendidikan responden makin besar pula kemungkinannya untuk menggunakan kondom saat berhubungan seks dengan pekerja seks.

Selanjutnya, ketika ditanyai mengenai alasan mereka tidak menggunakan kondom, sebagian besar pemuda di Merauke percaya bahwa diri mereka 'bersih' dari penyakit. Cukup banyak responden yang menyatakan bahwa penggunaan kondom membuat mereka merasa tidak nyaman.

BSS juga mengungkapkan bahwa secara keseluruhan, persentase pria yang menggunakan kondom saat terakhir kali berhubungan dengan pekerja seks masih rendah, sekitar 30 %. Persentase terendah terdapat di Indonesia Tengah (5 %) dan persentase tertinggi di Indonesia Timur (70 %). Satu lagi fenomena yang tercermin pada pola penggunaan kondom adalah bahwa pelanggan pekerja seks perempuan yang menggunakan kondom, cenderung untuk secara konsisten menggunakan kondom setiap kali berhubungan seks. Tahun lalu, persentase pelanggan pekerja seks perempuan yang selalu menggunakan kondom tampaknya jauh lebih rendah, 13 %. Persentase tertinggi (29 %) ditemukan pada responden di Merauke dan persentase terendah pada responden di Deli Serdang (0,5 %).

## Survei DKT:

Menurut Survey Perubahan Perilaku DKT pada 2003, penggunaan kondom di kalangan pria saat berhubungan seks dengan pekerja seks telah menunjukkan peningkatan dari 58 % pada 2000 menjadi 69 % pada 2003. Peningkatan pemakaian kondom juga terjadi saat melakukan hubungan seks dengan pacar, dari 44 % pada 2000 ke 56 % pada 2003. Sebagian besar pria mengaku melakukan hubungan seks untuk pertama kalinya pada saat berusia di antara 18-25 tahun (73 %) meski ada juga yang melakukannya sebelum berusia 18 tahun (19 %). Penggunaan kondom secara menyeluruh dengan pasangan seks reguler telah pula meningkat dari 34 % pada 2000 menjadi 40 % pada 2003, sementara dengan pasangan seks tidak tetap dari 75 % pada 2000 menjadi 84 % pada 2003.

## 5.4. Mengurangi Dampak Epidemi

### 5.4.1. Rasio Msuk Sekolah antara Anak Yatim Piatu karena HIV/AIDS dengan yang Bukan Yatim Piatu, usia 10-14 Tahun

Saat ini, permasalahan ini belum menjadi sebuah isu yang penting, namun dalam lima tahun mendatang akan diberikan perhatian khusus. Sejumlah LSM telah memulai program untuk memberikan dukungan pada anak-anak yang menjadi yatim piatu karena AIDS.

### 5.4.2 Prevalensi HIV

Prevalensi HIV di kalangan Pekerja Seks dan Pelanggannya, IDU serta Pria yang Melakukan Hubungan Seks dengan Pria

Surveilans Sentinel (PPM&PL-DEPKES, 2003)

- Prevalensi HIV dikalangan Pekerja Seks Komersial pada sejumlah lokasi sentinel di Jakarta pada 2003: 6.37%
- Prevalensi HIV di kalangan IDU pada sejumlah lokasi sentinel di Jawa Barat pada 2003: 42.9%
- Prevalensi HIV di kalangan Lelaki yang Melakukan Hubungan Seks dengan Lelaki di Jakarta pada 2002: 2.5%

Perkiraan prevalensi HIV/AIDS (PPM&PL-DEPKES, 2004)

Perkiraan prevalensi HIV/AIDS di kalangan pekerja seks: 3,08 %, berkisar dari titik tertinggi 4,21 % hingga ke titik terendah 1,96 %.

Perkiraan prevalensi HIV/AIDS di kalangan pelanggan pekerja seks: 0,60%, berkisar dari titik tertinggi 0,46 % hingga ke titik terendah 0,75 %.

Perkiraan prevalensi HIV/AIDS di kalangan IDU: 38,97 %, berkisar dari titik tertinggi 50,6 % hingga ke titik terendah 27,35 %.

Perkiraan prevalensi HIV/AIDS di kalangan gay: 3,08 %, berkisar dari titik tertinggi 4,13 % hingga ke titik terendah 2,03 %.

Perkiraan prevalensi HIV/AIDS di kalangan waria: 12,36 %, berkisar dari titik tertinggi 9,64 % hingga ke titik terendah 15,08 %.

Perkiraan prevalensi HIV/AIDS di kalangan pelanggan waria: 2,76 %, berkisar dari titik tertinggi 2,22 % hingga ke titik terendah 3,31 %.

#### 5.4.3. Penularan Ibu ke Anak

Persentase bayi terinfeksi HIV yang lahir dari Ibu pengidap HIV

Merujuk pada data anekdotal Odha dari Yayasan Pelita Ilmu diketahui bahwa hingga Juni 2004 terdapat delapan kasus kelahiran bayi terinfeksi HIV dari ibu pengidap HIV. Sepanjang 2004, terdapat empat ibu pengidap HIV yang menjalani persalinan namun tes PCR menunjukkan hasil negatif. (YPI, 2004)

# Tantangan-tantangan Utama serta Tindakan yang Dibutuhkan

Perumusan dan pengembangan Strategi AIDS Nasional kedua pada 2002, yang kemudian diluncurkan pada 9 Mei 2003, merupakan sebuah langkah penting dalam mendorong terjadinya respon multi sektor. Departemen serta badan pemerintah di tingkat pusat serta pemerintah daerah harus menterjemahkan strategi nasional itu menjadi rencana-rencana strategis yang realistis serta rencana aksi tahunan. Sumber daya besar dari berbagai badan donor seperti GFATM, USAID, AusAID serta badan-badan PBB harus digunakan dengan koordinasi yang bagus dalam pelaksanaan strategi nasional.

Tantangan-tantangan pelaksanaan yang utama umumnya berkaitan dengan pengembangan kepemimpinan dan pembangunan kapasitas pada semua bagian dari masyarakat (pemerintah dan LSM/Organisasi Berbasis Masyarakat)

Pada 2005, Komisi Penanggulangan AIDS Nasional akan diperkuat dengan penambahan staf penuh waktu untuk bagian Sekretariat. Komisi juga akan memperoleh sebuah gedung terpisah untuk menampung bagian Sekretariat.

Terdapat sejumlah masalah yang menjadi tantangan utama bagi kesuksesan program nasional, termasuk:

- Minimnya penjangkauan kelompok-kelompok berisiko tinggi (pengguna narkoba suntikan, lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki. Pekerja seks dan pelanggannya, serta pasangan hidup dari anggota kelompok-kelompok berisiko tersebut.)
- Rendahnya tingkat penggunaan kondom dan adanya resistansi dari kelompok keagamaan tertentu terhadap promosi penggunaan kondom.
- Tingginya tingkat perilaku berbagai jarum di kalangan IDU.
- Masih tingginya stigma dan diskriminasi terhadap Odha.
- Terbatasnya sarana tes, konseling HIV dan perawatan ARV.
- Terbatasnya fasilitas untuk pengelolaan IMS.
- Masalah-masalah hukum yang membatasi penerapan menyeluruh strategi harm reduction di kalangan IDU.
- Rendahnya kemampuan tenaga kesehatan.
- Terbatasnya pendanaan dari pemerintah.

Sejumlah tindakan diperlukan untuk mengatasi tantangan-tantangan tersebut, termasuk :

- Memperkuat kapasitas Komisi Penanggulangan AIDS baik di tingkat nasional, provinsi maupun kabupaten/kota, terutama di daerah-daerah di mana epidemi telah terkonsentrasi seperti Papua, Jakarta, Riau, Jawa Barat, Jawa Timur dan Bali.
- Meningkatkan kapasitas LSM serta organisasi-organisasi berbasis masyarakat.
- Memperbaiki mekanisme koordinasi.
- Meningkatkan ketersediaan dan penggunaan jarum suntik steril serta kondom untuk kalangan berisiko tinggi.
- Meningkatkan dan memperluas cakupan pendidikan berbasis ketrampilan dalam menghadapi tantangan hidup untuk generasi muda baik melalui sekolah maupun lembaga luar sekolah.
- Meningkatkan peran sektor swasta, terutama untuk program pencegahan HIV yang berbasis di tempat kerja.
- Secepat mungkin memperluas cakupan fasilitas tes dan konseling sukarela serta memperbaiki akses ke pengobatan dan perawatan lengkap HIV/AIDS, termasuk akses ARV.
- Menyusun aturan hukum dan perundang-undangan untuk melindungi hak-hak Odha serta mempromosikan pencegahan HIV.
- Pelatihan tambahan bagi tenaga kesehatan.
- Menyelesaikan pembuatan dan penerapan sebuah sistem monitoring dan evaluasi yang komprehensif sejalan dengan prinsip "The Three Ones".

# VIII

## Lingkungan Monitoring dan Evaluasi

Strategi Nasional 2003 menekankan pentingnya monitoring dan evaluasi dalam merumuskan upaya-upaya perbaikan yang tepat guna serta dalam mencapai tingkat efisiensi program yang tinggi. Saat ini, kebijakan serta panduan bagi evaluasi dan pengawasan sedang dirumuskan.

Departemen Kesehatan telah menyatakan AIDS sebagai penyakit yang harus dilaporkan sejak 1989 dan kini telah menjalankan program surveilans sentinel di 16 propinsi.

Surveilans HIV dilakukan oleh Departemen Kesehatan sedangkan survey surveilans perilaku dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan dan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional dibantu oleh FHI/USAID (proyek-proyek ASA & HAPP), Proyek Pencegahan dan Perawatan HIV/AIDS dari AusAID dan BPS pada 1996, 1998, 2000 dan 2002.

Departemen Kesehatan dan BPS telah melaksanakan tahap kedua dari Survey Surveilans Perilaku di 13 propinsi pada 2003 dan 2004.

Menurut rencana strategis Departemen Kesehatan 2003-2007, keberhasilan dari tanggapan terhadap HIV/AIDS harus diukur dengan mengembangkan sejumlah indikator mengenai :

- Prevalensi HIV dan jumlah kasus AIDS.
- Perilaku berisiko.
- Efektifitas, dari segi biaya, program-program nasional.
- Kerjasama lintas sektor.
- Partisipasi masyarakat
- Sejumlah faktor lingkungan yang membuat masyarakat rentan terhadap HIV/AIDS (faktor sosial ekonomi, diskriminasi, perundang-undangan, dll).

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional dan UNAIDS menyelenggarakan sebuah lokakarya nasional mengenai Country Response Information System (CRIS) Program AIDS pada Mei 2003. Para peserta lokakarya bersepakat mengenai seperangkat indikator yang relevan beserta metode pengumpulan datanya. Sebuah proyek percontohan untuk menguji komponen penjejak sumber daya CRIS telah dilaksanakan pada Mei dan Juni 2004. Salah satu hasilnya adalah pemetaan terhadap kegiatan-kegiatan donor di Indonesia.

Semua lembaga internasional yang mendukung Indonesia dalam perang melawan HIV/AIDS, Tuberkulosis dan Malaria (termasuk PBB, Global Fund serta donor bilateral utama –USAID,

AusAid dan DfID) telah menerima prinsip sistem evaluasi dan pengawasan tunggal pada tingkat nasional. Dalam upaya menuju sebuah sistem pengawasan tunggal, sebuah kelompok kerja ad-hoc mengenai evaluasi dan pengawasan telah mulai membahas pengembangan basis data bersama yang mampu memenuhi berbagai kebutuhan berbeda, sesuai dengan prinsip-prinsip “Three Ones”, dari sejumlah stakeholder

UNAIDS telah mempekerjakan seorang penasehat Evaluasi dan Pengawasan yang bekerja sama secara erat dengan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional guna mengembangkan dan memperkuat sistem Monitoring dan Evaluasi nasional.

# Daftar Referensi

- ASA/FHI. 2004. Activity Report 2004. Jakarta
- ASA/FHI. 2004. Study of Reproduction Tract Infection Prevalence in Female Sex Workers. Jakarta.
- BPS–Statistics Indonesia and ORC Macro. 2004. Indonesia Young Adult Reproductive Health Survey 2002-2003. Calverton, Maryland, USA: BPS–Statistics Indonesia and ORC Macro
- BPS–Statistics Indonesia. 2004. Behavioral Surveillance Survey in Indonesia 2002-2003. Jakarta, Indonesia : BPS and Departemen Kesehatan RI
- CDC&EH-MOH. 2003. Rencana Strategi Penanggulangan HIV/AIDS Indonesia (Strategic Plan for HIV/AIDS Prevention and Control)2003-2007. Jakarta : 2003
- CDC&EH-MOH. 2004. Estimates of HIV Prevalence In High-Risk Population Groups. Jakarta, Indonesia.
- CDC&EH-MOH. 2005. Laporan Triwulan Pengidap infeksi HIV dan kasus AIDS s/d 31 Desember 2004 (Quarterly Report on HIV Infections and AIDS Cases as of 31 December 2004). Jakarta.
- DKT Indonesia. 2003. HIV/AIDS and Condoms – A Behavior Change Survey . Jakarta
- GFATM annual progress report, 2004. GFATM supported project for prevention and alleviation of HIV impact in Indonesia.
- IHPCP-NAC. 2004. Baseline Survey of National Response to HIV/AIDS in 2003-2004. Jakarta.
- Ministry of National Education. 2004. Life Skills Education and HIV/AIDS Control Through Education.
- NAC. 2003. Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia (Prevention and Control of HIV/AIDS in Indonesia), Report to the Cabinet. Jakarta, Indonesia: NAC .
- NAC. 2004. Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS (National Strategy for HIV/AIDS Prevention and Control) 2003-2007
- UNAIDS. 2002. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators. Geneva, Switzerland: UNAIDS.
- UNAIDS. 2003. Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS). Country Report Format (reporting period 2001-2003).
- UNAIDS. 2004. AIDS Epidemic Update: December 2004. Geneva, Switzerland: UNAIDS
- UNICEF.2004. The UN Joint Plan of Action in Indonesia. A UNICEF Progress of Activities Report. Jakarta, Indonesia.
- YPI. 2004. Activity Report 2004. Jakarta

# ANNEX 1

## KETERANGAN TAMBAHAN MENGENAI BSS DAN IYARHS

### Survei Surveilans Perilaku (BSS)

BSS merupakan sebuah proses yang sistematis dan berkelanjutan dalam pengumpulan, analisa dan interpretasi data serta penyebarluasan informasi guna mengawasi perilaku pada sebuah sub-populasi tertentu yang berisiko terhadap infeksi HIV. BSS merupakan sebuah komponen dari surveilans HIV generasi kedua, dengan mengkombinasikan surveilans perilaku dengan surveilans serologis, sehingga menghasilkan landasan yang lebih komprehensif bagi pembuatan dan pengembangan kebijakan-kebijakan pencegahan HIV/AIDS.

BSS Indonesia 2002-2003 difokuskan pada upaya mengukur perilaku dari sejumlah populasi yang memiliki risiko tinggi terkena infeksi HIV, FSW, supir truk dan keneknya, anak buah kapal dan nelayan, buruh pelabuhan dan pengemudi ojek. Populasi-populasi berisiko lainnya, seperti waria, MSM dan gay juga dicakup oleh survei ini. BSS Indonesia 2002-2003 dilaksanakan di 15 lokasi pada 13 propinsi.

Lokasi serta responden dipilih menggunakan metode sampel acak. Data dikumpulkan melalui wawancara tatap muka antara anggota tim BSS dengan setiap responden. Untuk para pemuda di Jakarta Pusat dan angkatan bersenjata, data dikumpulkan dengan menggunakan kuisioner berpanduan yang diisi sendiri oleh para responden.

### Survey Kesehatan Reproduksi Generasi Muda Indonesia (IYARHS)

IYARHS 2002-2003 dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dengan bantuan pendanaan dari United States Agency for International Development (USAID) melalui ORC Macro, yang menyediakan bantuan teknis.

IYARHS 2002-2003 merupakan sebuah sub sampel dari Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003 (IDHS) yang dilaksanakan oleh BPS. Sampel IYARHS mencakup 1.815 wanita lajang dan 2.341 pria lajang berusia 15-24 tahun. Para responden diidentifikasi pada Kuisioner Rumah Tangga IDHS 2002-2003. Sampel IYARHS distratifikasi untuk memperoleh perkiraan yang dapat dipercaya pada tingkat nasional. Untuk mencapai tujuan tersebut, IYARHS 2002-2003 meliputi 15 propinsi, yaitu Riau, Sumatera Selatan, Lampung, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Banten, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan, Sulawesi Utara, Sulawesi Selatan dan Gorontalo.

### Survey Perubahan Perilaku Indonesia DKT 2003

Survey 2003 mewawancarai 1226 pria, yang aktif secara seksual dan berusia antara 20 hingga 34 tahun, di Jakarta, Surabaya dan Denpasar. Dari jumlah tersebut, 626 pria dianggap sebagai pengguna kondom (mereka yang menjawab “selalu”, “seringkali” atau “kadang-kadang” menggunakan kondom) dan 600 orang lainnya dianggap sebagai bukan pengguna kondom (menjawab dengan “jarang” atau “tidak pernah” menggunakan kondom). Metode sampling intersepsi purposif digunakan untuk menyasar responden yang paling mungkin memiliki kesesuaian dengan parameter yang diinginkan : (1) pria yang aktif secara seksual pada satu bulan terakhir; (2) berusia antara 20 hingga 34 tahun; (3) terdiri dari dua kelompok sama besar, yaitu responden berpenghasilan tinggi dan berpenghasilan rendah ; (4) terdiri dari dua kelompok sama besar, yaitu responden yang memakai kondom dan yang tidak; dan (5) jumlah responden yang cukup besar yang melakukan hubungan seks dengan PSK untuk memungkinkan dilakukannya analisa atas pengetahuan, sikap, praktik dan tingkah laku dari sub-kelompok ini. Lokasi tertentu dipilih untuk responden berpenghasilan tinggi dan rendah, juga untuk responden yang memiliki kemungkinan untuk melakukan hubungan seks dengan PSK. Meskipun metodologi sampling seperti ini memiliki sejumlah keterbatasan, di mana statistik tertentu tidak mampu mewakili atau malah terlampau mewakili keseluruhan populasi, namun metodologi ini memungkinkan dilakukannya analisa tentang pengetahuan, sikap, praktek dan perilaku yang berkaitan dengan IMS dan HIV/AIDS dari kelompok-kelompok berisiko tinggi yang sulit dijangkau.