

## **STRATEGI NASIONAL PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS 2007-2010**

### **BAB I PENDAHULUAN**

HIV dan AIDS adalah masalah darurat global. Di seluruh dunia lebih dari 20 juta orang meninggal sementara 40 juta orang telah terinfeksi. HIV dan AIDS merupakan salah satu ancaman terbesar terhadap pembangunan sosial ekonomi, stabilitas dan keamanan pada negara-negara berkembang. HIV dan AIDS telah menyebabkan kemiskinan yang semakin parah. Fakta yang lebih memprihatinkan adalah bahwa di seluruh dunia setiap hari virus HIV menular kepada sekitar 2000 anak di bawah 15 tahun, terutama berasal dari penularan ibu-bayi, menewaskan 1400 anak di bawah 15 tahun, dan menginfeksi lebih dari 6000 orang muda dalam usia produktif antara 15-24 tahun yang juga merupakan mayoritas dari orang-orang yang hidup dengan HIV dan AIDS (ODHA).

Untuk mengantisipasi dan menghadapi ancaman epidemi ini Indonesia telah menyusun dan melaksanakan Strategi Penanggulangan HIV dan AIDS melalui dua periode yang dimuat dalam Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 1994-2003 dan tahun 2003-2007.

Di tahun-tahun mendatang tantangan yang dihadapi dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS semakin besar dan rumit sehingga diperlukan strategi baru untuk menghadapinya. Strategi Nasional 2007-2010 (STRANAS 2007-2010) berupaya mengembangkan hasil-hasil yang telah dicapai dan menjabarkan paradigma baru dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia dari upaya yang semula cenderung berjalan sendiri-sendiri menjadi upaya yang komprehensif, terpadu, dan diselenggarakan secara sinergis oleh semua pemangku kepentingan (*stakeholders*).

Akselerasi upaya perawatan, pengobatan dan dukungan kepada ODHA dijalankan bersamaan dengan akselerasi upaya pencegahan baik di lingkungan sub-populasi berperilaku risiko tinggi maupun yang berperilaku risiko rendah dan masyarakat umum.

Penguatan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) di semua tingkat dan kelompok-kelompok kerja penanggulangan AIDS (Pokja AIDS) di semua sektor akan diteruskan agar mampu memimpin, mengkoordinasikan implementasi, monitoring dan evaluasi dari strategi ini di tingkat nasional, daerah, maupun institusi.

## **1. SITUASI HIV DAN AIDS DI INDONESIA 1987 – 2006**

Sejak 1987, jumlah kasus HIV dan AIDS dalam kurun waktu 13 tahun yang semula meningkat perlahan-lahan, mulai 2000 menunjukkan peningkatan yang sangat tajam. Untuk mengembangkan kebijakan strategi, situasi dibagi dalam dua periode.

### **1.1. Situasi 1987 – 2002**

Pada 10 tahun pertama periode ini peningkatan jumlah kasus HIV dan AIDS masih rendah. Pada akhir 1997 jumlah kasus AIDS kumulatif 153 kasus dan HIV positif baru 486 orang yang diperoleh dari serosurvei di daerah sentinel. Penularan 70% melalui hubungan seksual berisiko. Sejak akhir 2002 terlihat kenaikan yang sangat tajam dari jumlah kasus AIDS dan di beberapa daerah pada sub-populasi berisiko tinggi angka prevalensi sudah mencapai 5%, sehingga sejak itu Indonesia dimasukkan kedalam kelompok negara dengan epidemi terkonsentrasi. Jumlah kasus yang dilaporkan pada 2002 menjadi 1016 AIDS dan 2552 HIV positif. Jumlah ini jauh lebih rendah bila dibandingkan dengan estimasi Departemen Kesehatan bahwa pada 2002 terdapat 90.000 – 120.000 kasus. Peningkatan yang pesat itu disebabkan penularan melalui penggunaan jarum suntik tidak steril di sub-populasi pengguna narkoba suntik (penasun) sementara penularan melalui hubungan seksual berisiko tetap berlangsung.

### **1.2. Situasi 2003 – 2006**

Pada akhir 2003 jumlah kasus AIDS yang dilaporkan bertambah 355 sehingga total berjumlah 1371, sementara jumlah kasus HIV positif bertambah 168 sehingga total berjumlah 2720. Pada akhir 2003 terdapat 25 provinsi melaporkan kasus AIDS. Penularan di sub-populasi penasun meningkat menjadi 26%. Peningkatan jumlah kasus AIDS terus terjadi, dimana pada akhir Desember 2004 berjumlah 2682, pada akhir Desember 2005 naik hampir dua kali lipat menjadi 5321 dan pada akhir September 2006 jumlah kasus sudah menjadi 6871. Semua angka kasus tersebut berdasarkan laporan oleh 32 dari 33 provinsi. Estimasi 2006 jumlah orang yang terinfeksi HIV diperkirakan mencapai 169.000 – 216.000 orang. Data

hasil surveilans sentinel Departemen Kesehatan menunjukkan terjadinya peningkatan prevalensi HIV positif pada sub-populasi berperilaku berisiko, dikalangan penjaja seks (PS) tertinggi 23% dan di kalangan penasun 48% dan pada penghuni Lembaga Pemasarakatan (Lapas) sebesar 68%. Peningkatan prevalensi HIV positif terutama terjadi di kota-kota besar, sementara peningkatan prevalensi di kalangan PS terjadi di kota-kota besar dan kecil bahkan di pedesaan, terutama di Provinsi Papua dan Irian Jaya Barat. Di kedua provinsi terakhir ini epidemi sudah cenderung menyerang populasi umum yang terlihat dari kasus-kasus yang ditemukan di kalangan ibu rumah tangga baik di kota maupun di pedesaan.

Distribusi usia penderita AIDS pada 2006 memperlihatkan tingginya persentase jumlah usia muda dan jumlah usia anak. Penderita dari golongan usia 20-29 tahun mencapai 55%, dan bila digabung dengan golongan usia sampai 49 tahun, maka angka menjadi 89%. Sementara persentase anak 5 tahun kebawah mencapai 1%. Diperkirakan pada 2006 sebanyak 4360 anak tertular HIV dari ibunya yang HIV positif dan separuhnya telah meninggal.

### **1.3. Kecenderungan dimasa depan**

#### **1.3.1. Kecenderungan Epidemi dan perilaku**

Para ahli epidemiologi Indonesia memproyeksikan bila tidak ada peningkatan upaya penanggulangan yang berarti, maka pada 2010 jumlah kasus AIDS menjadi 400.000 orang dengan kematian 100.000 orang, dan pada 2015 menjadi 1.000.000 orang dengan kematian 350.000 orang. Kebanyakan penularan tetap terjadi pada sub-populasi berperilaku berisiko kepada isteri atau pasangannya. Diperkirakan pada akhir 2015 akan terjadi penularan HIV secara kumulatif pada lebih dari 38,500 anak yang dilahirkan dari ibu yang HIV positif.

Kecenderungan di atas disebabkan meningkatnya jumlah berbagai sub-populasi berperilaku berisiko terutama penasun yang terlihat dari estimasi sub-populasi risiko tinggi pada 2006, dan karena masih adanya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Faktor-faktor penyebab lainnya adalah resistensi terhadap obat anti retroviral (ARV) lini pertama, surveilans ARV belum berjalan baik, dan penyediaan ARV lini kedua belum mencukupi.

### 1.3.2. Kecenderungan respons

Peraturan Presiden No. 75 Tahun 2006 mengamanatkan perlunya peningkatan upaya penanggulangan HIV dan AIDS di seluruh Indonesia. Respons harus ditujukan untuk mengurangi semaksimal mungkin peningkatan kasus baru dan kematian.

Salah satu langkah strategis yang akan ditempuh adalah memperkuat Komisi Penanggulangan AIDS di semua tingkat. Anggaran dari sektor pemerintah diharapkan juga akan meningkat sejalan dengan kompleksitas masalah yang dihadapi. Sektor-sektor akan meningkatkan sumber daya dan cakupan program masing-masing. Masyarakat sipil termasuk Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) akan meningkatkan perannya sebagai mitra pemerintah sampai ke tingkat desa. Sementara itu mitra internasional diharapkan akan tetap memberikan bantuan teknis dan dana.

## 2. DAMPAK SOSIAL DAN EKONOMI

### 2.1. Dampak terhadap demografi dan akibatnya

Salah satu efek jangka panjang endemi HIV dan AIDS yang telah meluas – seperti yang telah terjadi di beberapa negara Afrika – adalah dampaknya pada indikator demografi. Karena tingginya proporsi kelompok umur yang lebih muda terkena penyakit yang membahayakan ini, dapat diperkirakan nantinya akan menurunkan angka harapan hidup. Karena semakin banyak orang yang diperkirakan hidup dalam jangka waktu yang lebih pendek, kontribusi yang diharapkan dari mereka pada ekonomi nasional dan perkembangan sosial menjadi semakin kecil. Hal ini menjadi masalah yang penting karena hilangnya individu yang terlatih dalam jumlah besar tidak akan mudah digantikan.

Formatted: Swedish

### 2.2. Dampak terhadap sistem pelayanan kesehatan

Tingginya tingkat penyebaran HIV dan AIDS pada kelompok manapun berarti bahwa semakin banyak orang menjadi sakit, dan membutuhkan jasa pelayanan kesehatan. Perkembangan penyakit yang lamban dari infeksi HIV berarti bahwa pasien sedikit demi sedikit menjadi lebih sakit dalam jangka waktu yang panjang, membutuhkan semakin banyak perawatan kesehatan. Biaya langsung dari perawatan kesehatan tersebut semakin lama akan menjadi semakin besar. Berbagai konsekuensi lain yang harus dipikul

termasuk waktu yang dihabiskan oleh anggota keluarga untuk merawat pasien, dan tidak dapat melakukan aktivitas yang produktif. Waktu dan sumber daya yang diberikan untuk merawat pasien HIV dan AIDS sedikit demi sedikit dapat mempengaruhi program lainnya dan menghabiskan sumber daya untuk aktivitas kesehatan lainnya.

Sebuah penelitian yang disponsori AusAID (2005) tentang dampak HIV dan AIDS terhadap kondisi sosial dan ekonomi di beberapa negara Asia Tenggara dan Pasifik memproyeksikan bahwa pada 2010, bila upaya penanggulangan di Indonesia tidak ditingkatkan, maka 6% tempat tidur rumah sakit akan digunakan oleh pasien AIDS. Sedangkan di Papua kebutuhan itu akan mencapai 14%, dan pada 2025 angka – angka tersebut akan menjadi 11% dan 29%. Meningkatnya jumlah pasien AIDS berarti meningkatnya kebutuhan ARV yang berdampak meningkatnya pengeluaran pemerintah untuk pengadaan dan distribusi.

Rusaknya sistem kekebalan tubuh telah memperparah masalah kesehatan masyarakat yang sebelumnya telah lama ada yaitu tuberculosi (TB). Banyak penelitian yang menunjukkan bahwa kejadian TB telah meningkat secara nyata di antara kasus HIV. TB masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia dimana setiap tahunnya ditemukan lebih dari 300.000 kasus baru, maka perawatan untuk kedua jenis penyakit ini harus dilakukan secara bersamaan.

### **2.3. Dampak terhadap ekonomi nasional**

Mengingat bahwa HIV lebih banyak menjangkiti orang muda dan mereka yang berada pada umur produktif (94% pada kelompok usia 19 sampai 49 tahun), epidemi HIV dan AIDS memiliki dampak yang besar pada ketersediaan dan produktivitas angkatan kerja. Epidemi HIV dan AIDS akan meningkatkan terjadinya kemiskinan dan ketidakseimbangan ekonomi yang diakibatkan oleh dampaknya pada individu dan ekonomi. Dari sudut pandang individu HIV dan AIDS berarti tidak dapat masuk kerja, jumlah hari kerja yang berkurang, kesempatan yang terbatas untuk mendapatkan pekerjaan dengan gaji yang lebih baik dan umur masa produktif yang lebih pendek. Dampak individu ini harus diperhitungkan bersamaan dengan dampak ekonomi pada anggota keluarga dan komunitas. Dampak pada dunia bisnis termasuk hilangnya keuntungan dan produktivitas yang diakibatkan oleh berkurangnya semangat kerja, meningkatnya ketidakhadiran karena izin sakit atau merawat anggota keluarga, percepatan masa penggantian pekerja karena kehilangan pekerja yang berpengalaman lebih cepat dari yang seharusnya, menurunnya

produktivitas akibat pekerja baru dan bertambahnya investasi untuk melatih mereka. HIV dan AIDS juga berperan dalam berkurangnya motivasi pekerja (takut akan diskriminasi, kehilangan rekan kerja, rasa khawatir) dan juga pada penghasilan pekerja akibat meningkatnya permintaan untuk biaya perawatan medis dari pusat pelayanan kesehatan para pekerja, pensiun dini, pembayaran dini dari dana pensiun akibat kematian dini, dan meningkatnya biaya asuransi. Karena itu pengembangan program pencegahan dan perawatan HIV di tempat kerja dengan keikutsertaan organisasi pengusaha dan pekerja sangatlah penting.

Perkembangan ekonomi akan terhambat apabila epidemi HIV menyebabkan kemiskinan bagi para pengidapnya sehingga meningkatkan kesenjangan yang kemudian menimbulkan lebih banyak lagi kecemburuan sosial.

Kemiskinan adalah faktor yang kuat dalam menimbulkan keadaan risiko tinggi dan memaksa orang terjerumus ke dalam perilaku yang berisiko tinggi. Namun demikian, pendapatan yang besar (umumnya tersedia bagi pekerja terampil pada pekerjaan yang profesional) membuka juga peluang bagi individu untuk melakukan perilaku berisiko tinggi yang sama: berpergian jauh dari rumah dan melakukan hubungan seks tidak aman dengan pasangan yang berganti maupun dengan PS, mengkonsumsi obat terlarang, minuman keras, dan lainnya.

#### **2.4. Dampak terhadap tatanan sosial**

Adanya stigma dan diskriminasi akan berdampak pada tatanan sosial masyarakat. Pengidap HIV dan AIDS dapat kehilangan kasih sayang dan kehangatan pergaulan sosial. Sebagian akan kehilangan pekerjaan dan sumber penghasilan yang pada akhirnya menimbulkan kerawanan sosial. Sebagian mengalami keretakan rumah tangga sampai perceraian. Jumlah anak yang terinfeksi HIV, anak yang terafeksi HIV dan AIDS dan anak yatim serta piatu akan bertambah yang akan menimbulkan masalah tersendiri. Oleh sebab itu keterbukaan dan hilangnya stigma dan diskriminasi sangat perlu mendapat perhatian di masa mendatang.

### **3. RESPONS TERHADAP HIV DAN AIDS**

#### **3.1. Respons Tahun 1985 – 2002**

Respons Nasional terhadap epidemi HIV dan AIDS di Indonesia telah dimulai pada tahun 1985 dan terus meningkat selaras dengan meningkatnya jenis dan besaran masalah yang dihadapi baik oleh pemerintah maupun oleh

masyarakat. Respons utama dalam kurun waktu tersebut meliputi pembentukan Kelompok Kerja Penanggulangan AIDS di Departemen Kesehatan, penetapan wajib lapor kasus AIDS, penetapan laboratorium untuk pemeriksaan HIV, penyiapan dan penyebaran bahan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE). Surveilans HIV pada sub-populasi tertentu dilakukan demikian pula peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan non-kesehatan dalam menghadapi epidemi serta lahirnya banyak Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang peduli terhadap HIV dan AIDS.

Pada tahun 1994 dengan Keputusan Presiden Nomor 36, Pemerintah membentuk Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) di tingkat Pusat disusul dengan terbentuknya KPA di beberapa provinsi. Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS (STRANAS 1994) merupakan respons yang sangat penting pada periode tersebut. KPA mulai mengkoordinasikan upaya penanggulangan yang dilaksanakan pemerintah dan LSM, sementara itu bantuan dari luar negeri baik bantuan bilateral maupun multi lateral mulai berperan meningkatkan upaya penanggulangan. Bantuan-bantuan tersebut terus meningkat baik jenis maupun besarnya pada masa-masa berikutnya.

Pada Maret dan November 2002 Pemerintah mengadakan Sidang Kabinet Khusus HIV dan AIDS yang memutuskan hal-hal penting antara lain:

- Departemen /Lembaga harus memberikan komitmen dan respons yang kuat untuk menghambat lajunya epidemi HIV dan AIDS;
- Adanya Gerakan Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS sampai tahun 2010;
- Menetapkan Penanggulangan HIV dan AIDS sebagai Prioritas Pembangunan Nasional dan dicantumkan dalam Perencanaan Strategis Pembangunan Nasional masing-masing Departemen/Lembaga terkait;
- Menetapkan ketersediaan dana nasional Gerakan Nasional Stop HIV dan AIDS setiap tahun;
- Menetapkan dan memperkuat organisasi KPA untuk mengkoordinasikan upaya penanggulangan HIV dan AIDS.

### **3.2. Respons tahun 2003 - 2006**

Pada tahun 2003 STRANAS 2003–2007 diluncurkan sebagai respons terhadap berbagai perubahan, tantangan dan masalah HIV dan AIDS yang semakin besar dan rumit. Mulai tahun 2003 sampai sekarang Departemen Pendidikan Nasional telah melancarkan program Pendidikan Kecakapan Hidup di sekolah-sekolah. Tahun 2004 Program penanggulangan HIV dan AIDS di tempat kerja diluncurkan oleh Departemen Tenaga Kerja dan

Transmigrasi dengan pemberlakuan Kaidah ILO. Untuk meningkatkan penyelenggaraan upaya pengurangan dampak buruk (*Harm Reduction*) penyalahgunaan napza ditandatangani Nota Kesepahaman tentang upaya terpadu pencegahan penularan HIV dan AIDS dan pemberantasan penyalahgunaan NAPZA dengan cara suntik antara Menko Kesra selaku Ketua KPA dan KAPOLRI selaku Ketua Badan Narkotika Nasional (BNN) pada 2003. Akhirnya Peraturan Menko Kesra tentang pengurangan dampak buruk di kalangan penasun dikeluarkan pada Januari 2007. Untuk memenuhi kebutuhan, maka obat ARV mulai diproduksi di dalam negeri oleh perusahaan farmasi pemerintah PT. Kimia Farma. Percepatan respons di 6 provinsi dengan prevalensi HIV dan AIDS tertinggi dilakukan setelah Komitmen Sentani pada Januari 2004 dan meluas ke 8 provinsi lainnya. Penanggulangan HIV dan AIDS di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) dimulai tahun 2005 dan terus ditingkatkan. Pada awal 2005 diluncurkan program akselerasi di 100 kabupaten/kota di 22 provinsi, disertai dengan diberlakukannya Sistem Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan HIV dan AIDS Nasional. Departemen Kesehatan awalnya menyiapkan 25 rumah sakit, kemudian bertambah menjadi 75 rumah sakit untuk pelayanan CST, termasuk penyediaan ARV. Pada Juli 2006 Institusi KPA Nasional diperbaharui dengan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 (Perpres 75/2006) yang melibatkan lebih banyak sektor, TNI, Polri, BNN dan masyarakat sipil. Tahun 2006 diakhiri dengan perhitungan estimasi jumlah sub-populasi rawan terhadap penularan HIV tahun 2006 sebagai dasar perencanaan mendatang, penerbitan Peraturan MenkoKesra/Ketua KPA Nasional tentang Kebijakan Penanggulangan HIV dan AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Jarum Suntik sebagai tindak lanjut dari Nota Kesepahaman KPA-BNN yang ditandatangani pada tahun 2003 dan restrukturisasi sekretariat KPA Nasional.

#### **4. ISU – ISU PENTING**

##### **4.1 Meningkatnya jumlah penasun**

Jumlah pengguna obat-obat terlarang di Indonesia terus meningkat terutama di kalangan remaja dan kelompok dewasa muda. Walaupun sebagian besar dari sekitar 1,3 – 2 juta pengguna NAPZA tidak menggunakan heroin atau suntikan, namun sebagian kecil melakukannya. Menurut estimasi Departemen Kesehatan pada tahun 2006 terdapat antara 191.000 sampai 248.000 penasun di Indonesia. Badan Narkotika Nasional (BNN) menunjuk kepada angka 572.000 pada tahun yang sama. Penasun masih terkonsentrasi di daerah perkotaan di Jawa dan kota-kota provinsi di luar Jawa. Hal ini sangat mengkhawatirkan karena penularan HIV di sub-populasi ini tinggi dan terus meningkat dengan sangat cepat. Masalah

menjadi semakin sulit karena ketidakpedulian akan bahaya tertular seperti ditunjukkan hasil survei perilaku tahun 2002 sekitar dua per tiga penasun yang menyatakan bahwa mereka tidak memiliki resiko terinfeksi juga menyatakan bahwa mereka telah menggunakan peralatan secara bersama-sama dalam minggu sebelumnya pada survei yang sama.

#### **4.2. Narapidana penasun**

Dari jumlah penghuni Lapas di Indonesia sebesar 101.036 orang, ternyata 23.409 diantaranya adalah narapidana dalam pelanggaran narkotika. Sekitar 70% dari mereka adalah pengguna NAPZA (17.088) dan 40% dari pengguna NAPZA adalah penasun. Meskipun Indonesia memiliki 13 penjara khusus narkotika, 50-60% dari narapidananya berada di pusat penahanan umum atau penjara umum.

Lapas merupakan tempat yang beresiko sangat tinggi untuk penyebaran HIV, karena terjadinya praktek perilaku berisiko. Keadaan ini diperparah dengan minimnya pelayanan kesehatan dan tingkat penghunian yang melebihi kemampuan. Petugas Lapas menerima sangat sedikit informasi mengenai HIV dan AIDS.

Narapidana di Indonesia yang positif HIV terus meningkat jumlahnya. Data Depkes menunjukkan di tahun 2000, 17,5% dari semua narapidana positif HIV dan jumlah ini meningkat menjadi 22% di tahun 2002. Studi lainnya menunjukkan 24,5% narapidana di Jakarta terinfeksi, sedangkan di Bali 10,2%. Pada penjara yang sama (Bali) 56% dari narapidana pengguna NAPZA suntik juga terinfeksi. Peningkatan tersebut tampaknya berkaitan dengan peningkatan jumlah pengguna NAPZA di penjara. Jumlah pengguna NAPZA di penjara telah bertambah dari 7.211 di tahun 2002 menjadi 11.973 di tahun 2003 dan 17.000 di tahun 2004. Walaupun beberapa narapidana telah terinfeksi di luar penjara, terdapat kemungkinan adanya infeksi baru yang terjadi di dalam penjara yang diakibatkan oleh perilaku berisiko tinggi di kalangan narapidana sendiri.

Para narapidana HIV positif yang sudah selesai menjalani hukuman akan kembali ke masyarakat dan bila tidak didampingi dengan benar, akan menjadi sumber penularan baru bagi keluarga dan orang lain.

#### **4.3. Hubungan seks berisiko**

Suatu ciri khas yang penting dari daerah industri termasuk industri pariwisata yang padat dan mobilitas populasi yang tinggi adalah berkembangnya hubungan seks berisiko. Jumlah penjaja seks (PS) baik

perempuan maupun laki-laki dan waria meningkat dari tahun ke tahun. PS langsung berada di lokasi, lokalisasi dan di tempat-tempat umum, dan PS tidak langsung umumnya berada di lingkungan bisnis hiburan seperti karaoke, bar, salon kecantikan, panti pijat, dsb. PS merupakan sub-populasi berperilaku risiko tinggi (risti) bersama dengan gay, waria, lelaki seks dengan lelaki (LSL) lainnya. Menurut estimasi Depkes tahun 2006 jumlah wanita PS (WPS) 177.200 - 265.000 orang, waria penjaja seks 21.000 - 35.000 orang dan LSL berjumlah 384.000 - 1.148.000 orang. Jumlah pelanggan mereka jauh lebih banyak yaitu 2.435.000 - 3.813.000 untuk WPS, 62.000 - 104.000 untuk waria. Lelaki PS semakin meningkat jumlahnya di kota besar. Pertumbuhan ekonomi di daerah perkotaan dan pelemahan ekonomi pedesaan dikhawatirkan akan meningkatkan jumlah WPS lebih pesat. Bilamana upaya melakukan seks aman bagi mereka dan pelanggannya tidak berjalan baik, maka penyebaran HIV melalui modus ini akan terus berlangsung. Keadaan akan semakin buruk karena pelanggan WPS membawa HIV ke pedesaan.

Gay, LSL dan waria masih tetap merupakan kelompok yang termarginalkan di Indonesia. Meskipun merupakan faktor penting dalam penyebaran HIV, namun masih sedikit kampanye pencegahan yang membahas secara spesifik masalah yang berkaitan dengan homoseksualitas dan transgenderisme. Marginalisasi telah memaksa banyak pria homoseksual yang menjalani kehidupan heteroseksual dimana kehidupan homoseksual yang terselubung ditutupi oleh kehidupan heteroseksual yang sesuai nilai-nilai komunitas, sehingga menyulitkan untuk dapat menjangkau kelompok yang rentan ini dengan pesan-pesan yang dapat mereka rasakan sesuai dengan kondisi mereka. Marginalisasi juga berarti bahwa konteks sosial dari komunitas homoseksual dan LSL didominasi oleh kurangnya kepercayaan dan komunikasi terbuka, kurangnya penyebaran informasi dan perilaku seks yang tidak aman. Kondisi tersebut memberi dampak kepada komunitas yang lebih luas melalui perilaku seksual dengan sesama lelaki dan sekaligus dengan perempuan, yang masih belum diakui secara umum sebagai beresiko tinggi menyebarkan HIV.

#### **4.4. Mobilitas Penduduk**

Pembangunan fisik yang dilakukan di daerah perkotaan dan lapangan kerja yang sempit di daerah pedesaan, menyebabkan arus urbanisasi ke kota-kota besar Indonesia meningkat dari tahun ke tahun. Pekerja di daerah industri dan proyek pembangunan fisik didominasi oleh laki-laki, sedangkan kelompok perempuan mendominasi pekerjaan domestik. Dominasi dari satu jenis kelamin di setiap jalur urbanisasi menunjukkan bahwa para pendatang

ini hidup membujang dan berpotensi untuk berperilaku risiko tinggi. Membaiknya sarana transportasi juga berdampak terhadap peningkatan mobilitas penduduk.

Migrasi antar negara juga perlu diperhitungkan sebagai potensi masuknya HIV ke suatu negara. Jumlah tenaga kerja Indonesia yang bekerja di luar negeri bertambah dari tahun ketahun. Sebagian besar berusia muda, dengan pengetahuan yang sangat minim tentang HIV dan AIDS.

#### **4.4. Anak yang terinfeksi HIV dan terafeksi HIV dan AIDS**

Peningkatan jumlah pengidap HIV dan AIDS akan berdampak dengan peningkatan jumlah anak yang terinfeksi melalui ibu HIV positif. Anak juga terancam dari perilaku seksual menyimpang dari orang dewasa terutama di kota-kota. Mortalitas yang tinggi di kalangan pengidap AIDS akan meningkatkan jumlah anak yatim dan piatu. Anak-anak ini akan menghadapi problema hidup tidak saja dari aspek kesehatan, tetapi juga dari aspek psikososial dan ekonomi.

### **5. TANTANGAN**

Setidaknya sampai empat tahun mendatang upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia masih akan menghadapi berbagai tantangan yang perlu mendapat perhatian. Tantangan-tantangan tersebut adalah sebagai berikut:

#### **5.1. Norma-Norma dan Perilaku Sosial**

Sifat dari kehidupan sosial masyarakat Indonesia juga mempengaruhi jalannya epidemi. Banyak kalangan masih menyebarkan pesan ketidaksukaannya terhadap kampanye penggunaan kondom untuk hubungan seks yang aman. Komunikasi yang buruk di antara pasangan dalam kebutuhan seksual mereka ditambah dengan rasa ketergantungan perempuan terhadap laki-laki baik secara emosi maupun sosial-ekonomi, telah mengurangi kemampuan perempuan untuk meminta hubungan seks yang aman. Faktor-faktor tersebut seringkali diperparah oleh tingginya aksi kekerasan seksual di sebagian komunitas, dan fakta bahwa aktivitas seksual di antara anak muda seringkali dimulai jauh pada usia yang lebih muda daripada yang diperkirakan oleh orang tua, guru, dan orang dewasa lainnya.

Karena secara sosial "tabu" untuk dibicarakan, menyebabkan sulitnya mengajarkan atau mendiskusikan kesehatan seksual dengan kaum remaja serta menghalangi dimasukkannya pendidikan seks ke dalam kurikulum

sekolah. Pandangan negatif pada hubungan seks sesama jenis mengakibatkan baik individu maupun kelompok sama-sama enggan mengakui adanya resiko yang nyata; banyak gay dan LSL juga melakukan hubungan seks dengan perempuan, sehingga meningkatkan resiko penularan kepada perempuan dan anak-anak. Meskipun kondom kini lebih mudah diperoleh, penerimaan masyarakat yang masih terbatas mengurangi penggunaannya. Konsumsi alkohol yang luas dan berlebihan serta zat-zat adiktif lainnya, terutama di kalangan anak muda, seringkali berperan sebagai faktor yang melepas kendali diri dan menjadi penyalur kekerasan seksual serta perilaku resiko tinggi lainnya. Agar dapat berhasil, kampanye pencegahan harus mengakui dan menghadapi faktor-faktor tersebut secara realistis serta dikemas sebagai respons yang strategis.

## **5.2. Koordinasi multipihak terhadap Respon**

Pengalaman dari banyak negara memperlihatkan kenyataan bahwa suatu respon yang efektif terhadap HIV harus didasarkan oleh keikutsertaan semua sektor pemerintahan sebagai pembimbing dalam melibatkan masyarakat. Dukungan oleh pemerintah di tingkat pengambil keputusan dan komitmen politik sangat penting untuk suksesnya usaha apapun dalam jangka panjang. Meskipun banyak pemuka masyarakat telah berbicara secara terbuka mengenai pentingnya penanggulangan epidemi ini, masih diperlukan adanya kemauan politis, komitmen, dan dinamika yang nyata dan berkelanjutan serta kepemimpinan yang tidak diragukan dan menyentuh banyak orang dalam melawan epidemi ini. Hal ini dapat semakin diperlukan di banyak propinsi dan kabupaten setelah proses desentralisasi, di mana pembangunan fisik seyogianya seimbang dengan pembangunan sosial antara lain program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS.

## **5.3. Kebijakan dan Pengembangan Program**

Kebijakan dan pengembangan program tetap masih lemah akibat dari berbagai macam sebab, termasuk kurangnya data yang dapat diandalkan dari luas dan jangkauan epidemi, penyebab dan konsekuensinya, dan perkiraan arahnya di masa depan. Riset operasional dan perilaku masih dibutuhkan untuk pembuatan kebijakan. Terbatasnya dana yang tersedia untuk program nasional (terutama dana dari dalam negeri dibandingkan dengan dana dari negara donor) menunjukkan rendahnya prioritas yang diberikan pada epidemi ini. Perencanaan strategis masih belum dilakukan secara konsisten untuk menentukan cara alokasi dana yang terbatas, terutama mengenai intervensi yang efektif dan efisien. Pengumpulan data statistik yang akurat dan teratur di setiap propinsi dan kabupaten juga

sangat penting untuk mendukung Pemerintah Daerah dalam mengembangkan program mereka secara efektif.

#### **5.4. Memenuhi Kebutuhan Para Remaja dan Dewasa Muda**

Satu aspek yang penting pencegahan HIV diarahkan pada kelompok remaja dan dewasa muda. Kenyataan bahwa 57,8% kasus AIDS (2006) berasal dari kelompok umur 15 – 29 tahun mengindikasikan bahwa mereka tertular HIV pada umur yang masih sangat muda. Hal ini sejalan pula dengan fakta bahwa penyalahguna narkoba sebagian besar adalah remaja dan dewasa muda. Hampir 30% populasi Indonesia berumur antara 10 sampai 24 tahun, dan mereka ini seharusnya menjadi sasaran edukasi dan penyuluhan yang benar agar tidak masuk kedalam sub-populasi berperilaku risiko tinggi.

Kontak seksual dini membawa resiko tinggi infeksi HIV. Banyak survei mengungkapkan bahwa sebagian besar responden menyatakan bahwa pengalaman seksual pertama mereka dimulai pada usia yang sangat muda (13-15 tahun). Informasi ini mengejutkan banyak orang dewasa, termasuk orang tua dan guru yang seringkali menghalangi upaya pemberian informasi mengenai kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi pada anak di usia yang muda itu. Banyak program keterampilan hidup dan kesehatan reproduksi lainnya yang diarahkan pada anak muda difokuskan pada kelompok umur yang lebih tua (SLTA); namun bukti ini menunjukkan perlunya memberikan informasi tersebut pada usia yang jauh lebih muda. Statistik saat ini menunjukkan hampir 60% anak perempuan di desa tidak melanjutkan sekolah setelah lulus SD, sehingga mereka tidak akan mendapatkan kurikulum kecakapan hidup apabila hanya diberikan di SMP dan SMA. Melihat kenyataan-kenyataan demikian program pendidikan kecakapan hidup yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan HIV dan AIDS, baik kepada anak-anak sekolah maupun anak-anak yang putus sekolah, sudah perlu diberikan pada jenjang pendidikan dasar.

#### **5.5. Risiko Khusus yang Dihadapi Anak Perempuan**

Perempuan sangat rentan terinfeksi pada umur muda, dimana fenomena ini merupakan refleksi dari kondisi sosial yang terjadi di beberapa komunitas. Tekanan dari teman sebaya pada anak perempuan untuk melakukan hubungan seksual dini dan masalah tersembunyi dari hubungan seksual paksaan, pemerkosaan, inses, dan kekerasan rumah tangga yang harus ditanggung anak perempuan.

Anak muda, terutama perempuan, juga dihadapkan pada kekerasan dan eksploitasi seksual, umumnya dihubungkan dengan kemiskinan dan keluarga yang tidak harmonis. Anak-anak yang mengalami kekerasan

seksual di masa muda, umumnya kehilangan harga diri dan perasaan kendali atas kehidupan mereka sendiri, yang kemudian meningkatkan resiko penyalahgunaan NAPZA dan melakukan hubungan seksual lebih dini, berganti-ganti pasangan dan terpapar pada HIV. Secara umum, kekerasan kepada perempuan pada umumnya dan anak perempuan pada khususnya terus meningkat. Keadaan yang sangat memprihatinkan ini memerlukan upaya kongkrit dari pengambil keputusan agar dapat melindungi anak perempuan dari risiko tertular HIV.

#### **5.6. Kebutuhan Memperluas Perawatan, Pengobatan dan Dukungan**

Memperbaiki ketersediaan dan kualitas dari perawatan bagi jumlah orang yang hidup dengan HIV dan AIDS yang meningkat harus menjadi prioritas. Sampai akhir 2006 pelayanan kesehatan untuk merespons meningkatnya jumlah ODHA yang membutuhkan perawatan, pengobatan dan dukungan semakin meningkat. Tujuh puluh lima Rumah Sakit siap untuk memberikan perawatan dan pengobatan dengan ARV dengan berbagai fasilitas untuk menegakkan diagnosis dan memantau pengobatan. Penyertaan Puskesmas sebagai upaya mendekatkan pelayanan kepada yang membutuhkan mulai dilaksanakan dan perlu diperluas dimasa mendatang. Peningkatan pelatihan tenaga kesehatan harus terkoordinasi agar mereka dapat memberikan pelayanan pencegahan dan perawatan, pemberian ARV, pengobatan infeksi oportunistik, dukungan psikososial dan meningkatkan nutrisi pada ODHA. Program untuk memperkuat kapasitas pelayanan kesehatan mengikutsertakan tidak hanya ketersediaan obat yang lebih baik, tapi juga peningkatan kualitas dan kerahasiaan data kesehatan. Kemungkinan terjadinya resistensi pada ARV lini pertama diantisipasi dengan melaksanakan surveilans ARV dan penyediaan ARV lini kedua.

#### **5.7. Stigma dan Diskriminasi**

Stigma dan diskriminasi terhadap ODHA masih tetap merupakan tantangan yang bila tidak teratasi, potensial untuk menjadi penghambat upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Pencegahan dan penghapusan diskriminasi yang dialami ODHA baik pada unit pelayanan kesehatan, tempat kerja, di tempat pelayanan publik seperti hotel, lingkungan keluarga maupun di masyarakat umum haruslah tetap menjadi prioritas dan menjadi bagian integral dari upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Oleh sebab itu dukungan dan peran aktif dari sektor-sektor pemerintah terkait, pengusaha, dan masyarakat dalam mengatasi stigma dan diskriminasi sangat diperlukan. Demikian pula halnya dengan pemberdayaan kelompok-kelompok dukungan sebaya (KDS) sebagai mitra kerja yang efektif dalam

mengurangi stigma dan diskriminasi sekaligus pemberi dukungan bagi mereka yang membutuhkan perlu terus dilakukan.

#### **5.8. Desentralisasi**

Desentralisasi dan otonomi pemerintahan dimaksudkan untuk mempercepat tercapainya kesejahteraan rakyat termasuk dalam bidang kesehatan. Dengan demikian memberikan kesempatan bagi pemerintah daerah untuk merencanakan program yang dibutuhkan – termasuk pencegahan HIV dan AIDS – yang didasarkan pada kebutuhan lokal dan mengalokasikan anggaran yang sesuai melalui APBD. Dengan semangat Komitmen Sentani beberapa provinsi dan kabupaten/kota telah memperlihatkan perhatian yang cukup besar terhadap masalah HIV dan AIDS di daerah masing-masing. Namun sebagian besar pemerintah daerah belum menganggap masalah HIV dan AIDS sebagai prioritas pembangunan untuk ditanggulangi, walaupun data telah menunjukkan masalah HIV dan AIDS sudah mengkhawatirkan. Advokasi kepada pemerintah daerah perlu tetap dilanjutkan dan ditingkatkan untuk mewujudkan tujuan otonomi dan desentralisasi pemerintahan, antara lain melalui penguatan dan pemberdayaan KPA di daerah dan pemberian bantuan teknis.

**BAB II**  
**STRATEGI NASIONAL PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS**

**1. TUJUAN PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS**

**1.1. Tujuan Umum penanggulangan HIV dan AIDS**

Mencegah dan mengurangi penularan HIV, meningkatkan kualitas hidup ODHA serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat HIV dan AIDS pada individu, keluarga dan masyarakat.

**1.2. Tujuan Khusus Penanggulangan HIV dan AIDS**

- 1.2.1. Menyediakan dan menyebarluaskan informasi dan menciptakan suasana kondusif untuk mendukung upaya penanggulangan HIV dan AIDS, dengan menitikberatkan pencegahan pada sub-populasi berperilaku risiko tinggi dan lingkungannya dengan tetap memperhatikan sub-populasi lainnya.
- 1.2.2. Menyediakan dan meningkatkan mutu pelayanan perawatan, pengobatan, dan dukungan kepada ODHA yang terintegrasi dengan upaya pencegahan.
- 1.2.3. Meningkatkan peran serta remaja, perempuan, keluarga dan masyarakat umum termasuk ODHA dalam berbagai upaya penanggulangan HIV dan AIDS.
- 1.2.4. Mengembangkan dan meningkatkan kemitraan antara lembaga pemerintah dan masyarakat sipil antara lain LSM, sektor swasta dan dunia usaha, organisasi profesi, dan mitra internasional di pusat dan di daerah untuk meningkatkan respons nasional terhadap HIV dan AIDS.
- 1.2.5. Meningkatkan koordinasi kebijakan nasional dan daerah serta inisiatif dalam penanggulangan HIV dan AIDS.

**2. DASAR KEBIJAKAN PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS**

Penularan dan penyebaran HIV dan AIDS sangat berhubungan dengan perilaku beresiko, oleh karena itu penanggulangan harus memperhatikan faktor-faktor

yang berpengaruh terhadap perilaku tersebut. Bahwa kasus HIV dan AIDS diidap sebagian besar oleh mereka yang berperilaku risiko tinggi yang merupakan sub-populasi yang dimarginalkan, maka program-program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS memerlukan perhatian terhadap nilai-nilai keagamaan, adat-istiadat dan norma-norma masyarakat yang berlaku disamping pertimbangan kesehatan. Perlu adanya program-program pencegahan HIV dan AIDS yang efektif dan memiliki jangkauan layanan yang semakin luas dan program-program pengobatan, perawatan dan dukungan yang komprehensif bagi ODHA maupun OHIDHA untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

Dengan latar belakang pemikiran tersebut, maka kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia disusun sebagai berikut:

- 2.1. Upaya penanggulangan HIV dan AIDS harus memperhatikan nilai-nilai agama dan budaya/norma kemasyarakatan dan kegiatannya diarahkan untuk mempertahankan dan memperkuat ketahanan dan kesejahteraan keluarga;
- 2.2. Upaya penanggulangan HIV dan AIDS diselenggarakan oleh masyarakat sipil dan pemerintah berdasarkan prinsip kemitraan. Masyarakat sipil termasuk LSM, KDS dan ODHA serta OHIDHA menjadi pelaku utama sedangkan pemerintah berkewajiban mengarahkan, membimbing dan menciptakan suasana yang mendukung terselenggaranya upaya penanggulangan HIV dan AIDS;
- 2.3. Upaya penanggulangan harus didasari pada pengertian bahwa masalah HIV dan AIDS sudah menjadi masalah sosial kemasyarakatan serta masalah nasional dan penanggulangannya melalui "Gerakan Nasional Penanggulangan HIV and AIDS";
- 2.4. Upaya penanggulangan HIV dan AIDS diutamakan pada sub-populasi berperilaku risiko tinggi tetapi harus pula memperhatikan masyarakat yang rentan, termasuk yang berkaitan dengan pekerjaannya dan masyarakat yang termarginalkan terhadap penularan HIV and AIDS;
- 2.5. Upaya penanggulangan HIV and AIDS harus menghormati harkat dan martabat manusia serta memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender;
- 2.6. Upaya pencegahan HIV dan AIDS pada anak sekolah, remaja dan masyarakat umum diselenggarakan melalui kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi guna mendorong kehidupan yang lebih sehat. Upaya pencegahan melalui pendidikan dilaksanakan intra- dan ekstra-kurikuler.

- 2.7. Upaya pencegahan yang efektif termasuk penggunaan kondom 100% pada setiap hubungan seks berisiko, semata-mata hanya untuk memutus rantai penularan penyakit menular termasuk HIV;
- 2.8. Upaya mengurangi infeksi HIV pada pengguna NAPZA suntik melalui kegiatan pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) dilaksanakan secara komprehensif yang berarti juga mengupayakan penyembuhan dari ketergantungan pada NAPZA.
- 2.9. Upaya penanggulangan HIV and AIDS merupakan upaya-upaya terpadu dari peningkatan perilaku hidup sehat, pencegahan penyakit, pengobatan dan perawatan berdasarkan data dan fakta ilmiah serta dukungan terhadap ODHA.
- 2.10. Setiap pemeriksaan untuk mendiagnosa HIV and AIDS harus didahului dengan penjelasan yang benar dan mendapat persetujuan yang bersangkutan (*informed consent*). Konseling yang memadai harus diberikan sebelum dan sesudah pemeriksaan, dan hasil pemeriksaan diberitahukan kepada yang bersangkutan tetapi harus dirahasiakan kepada pihak lain.
- 2.11. Diusahakan agar peraturan perundang-undangan mendukung dan selaras dengan Strategi Nasional Penanggulangan HIV and AIDS di semua tingkat.
- 2.12. Setiap pemberi pelayanan berkewajiban memberikan layanan tanpa diskriminasi kepada ODHA dan OHIDHA.

### **3. STRATEGI**

Untuk mencapai tujuan STRANAS, ditetapkan strategi sebagai berikut:

#### **3.1. Meningkatkan dan memperluas upaya pencegahan yang nyata efektif dan menguji coba dan mempertimbangkan cara-cara baru.**

Peningkatan dan perluasan upaya pencegahan yang diutamakan adalah upaya-upaya yang nyata efektif, seperti penggunaan kondom pada setiap hubungan seks berisiko, pengurangan dampak buruk penggunaan alat suntik tidak steril, penanggulangan infeksi menular seksual dengan skala yang luas sehingga benar-benar berdampak atau mempunyai daya ungkit yang besar terhadap jalannya epidemi berupa menurunnya insidens dan prevalens kasus HIV dan AIDS. Strategi ini juga mencakup peningkatan

dan perluasan kegiatan-kegiatan konseling dan tes sukarela dan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak. Hal ini sejalan dengan prinsip-prinsip pencegahan yang disarankan oleh UNAIDS.

### **3.2. Memberdayakan individu, keluarga dan komunitas dalam pencegahan HIV di lingkungannya.**

Berbagai upaya ditujukan untuk mendorong individu, keluarga dan komunitas untuk terlibat dalam berbagai tingkat kegiatan pencegahan di lingkungan masing-masing. Individu, keluarga dan masyarakat didorong untuk mampu melindungi diri dari bahaya tertular HIV melalui berbagai bentuk komunikasi, informasi, edukasi, advokasi dan komunikasi publik lainnya. Partisipasi yang luas juga mendorong adanya perubahan positif tatanan sosial menuju kesetaraan gender dan kepedulian akan kehidupan seksual yang aman dan sehat. Pemberdayaan ini juga mendorong individu, keluarga dan masyarakat untuk menerima ODHA dan OHIDHA dalam lingkungan mereka dan memberikan dukungan yang diperlukan.

### **3.3. Meningkatkan dan memperkuat sistem pelayanan kesehatan dasar dan rujukan untuk mengantisipasi peningkatan jumlah ODHA yang memerlukan akses perawatan dan pengobatan.**

Peningkatan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS akan meningkatkan cakupan pelayanan sehingga akan terjadi peningkatan jumlah ODHA yang memerlukan perawatan dan pengobatan. Peningkatan dan perluasan kegiatan yang komprehensif akan melibatkan semakin banyak Puskesmas sebagai unit pelayanan terdepan dipersiapkan secara bertahap. Penguatan sistem berarti juga penguatan sub-sistem yang menjadi bagiannya mengacu kepada Sistem Kesehatan Nasional.

### **3.4. Meningkatkan kemampuan dan memberdayakan mereka yang terlibat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di pusat dan di daerah melalui pendidikan dan pelatihan yang berkesinambungan.**

Mereka yang terlibat upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di pusat dan daerah berkerja dalam berbagai bidang sebagai pembuat kebijakan, perencanaan, implementasi di lapangan, monitoring dan evaluasi. Jumlah mereka semakin banyak dengan semakin luasnya wilayah kegiatan. Mereka harus dipersiapkan sesuai dengan pembagian dan lingkup pekerjaannya melalui pendidikan dan pelatihan berjenjang yang bermutu dan berkesinambungan. Tidak dibedakan mereka yang

**Formatted:** Spanish  
(Spain-Modern Sort)

bekerja di institusi pemerintah atau di masyarakat sipil. Untuk pelatihan pelayanan diperlukan standar pelatihan dan merupakan pelatihan mahir.

**3.5. Meningkatkan survei dan penelitian untuk memperoleh data bagi pengembangan program penanggulangan HIV dan AIDS.**

Data dan fakta melandasi semua perencanaan program agar tepat sasaran dan dengan indikator yang tajam dapat diukur keberhasilannya. Data diperoleh dari survei dan penelitian. Data juga diperlukan untuk perbaikan dan pengembangan program. Pertanyaan mengapa suatu program tidak mencapai hasil yang diharapkan akan diperoleh pembuktiannya melalui survei dan penelitian. Pengamatan merupakan indikator yang harus dibuktikan lebih lanjut.

**3.6. Meningkatkan kapasitas nasional untuk menyelenggarakan monitoring dan evaluasi penanggulangan HIV dan AIDS.**

Dalam manajemen moderen, monitoring dan evaluasi sangat berperan. Hanya dengan monitoring yang terus menerus dan evaluasi yang teratur program-program bisa dikawal menuju pencapaian tujuan. Monitoring dan evaluasi menggunakan indikator sensitif dan terpercaya yang disepakati untuk digunakan bersama.

**3.7. Memobilisasi sumberdaya dan mengharmonisasikan penggunaannya di semua tingkat.**

Perluasan dan peningkatan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS memerlukan dana yang besar. Dana berasal dari berbagai sumber baik dari dalam negeri maupun dari luar negeri. Dana ini dimobilisasi untuk tujuan yang jelas dan diharmonisasi agar penggunaannya efisien. Dihindari penumpukan dana pada satu program dan tiadanya dana untuk program yang lain.

**4. AZAS KONTINUITAS**

STRANAS 2007-2010 merupakan kelanjutan dari STRANAS sebelumnya dan memperhatikan hasil pelaksanaannya. Prediksi masalah yang akan dihadapi mengambil alih peran STRANAS sebelumnya dengan tetap melanjutkan dengan perluasan, peningkatan dan penajaman kegiatan-kegiatan yang telah dan sedang dilakukan.

### **BAB III**

#### **AREA PRIORITAS PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS**

Menilik bahasan-bahasan pada bab-bab terdahulu maka untuk empat tahun mendatang area prioritas penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia belum perlu diubah dan perlu dilanjutkan sebagai pokok-pokok program dengan penajaman.

Dengan melaksanakan program-program yang dikembangkan dari setiap area prioritas secara bersungguh-sungguh, penuh tanggung jawab, terpadu, harmonis dan berkesinambungan maka walaupun dengan sumberdaya yang terbatas, tujuan penanggulangan HIV dan AIDS akan dapat dicapai dalam kurun waktu yang telah ditetapkan oleh karena akan terdapat kemampuan untuk:

- Mencegah meluasnya penularan HIV dan menjamin akses terhadap berbagai upaya pencegahan, perawatan dan pengobatan serta dukungan.
- Berkontribusi menyediakan kebutuhan ODHA guna meringankan penderitaan sekaligus meningkatkan kualitas hidup mereka.
- Menjamin peningkatan kemampuan bagi mereka yang terlibat dalam penanggulangan HIV dan AIDS.
- Mengkoordinasikan dan mempertahankan respons.

Mengingat luasnya wilayah Indonesia, sementara sumberdaya masih terbatas, kriteria dalam menentukan tempat dan wilayah pelaksanaan program perlu memperhatikan data epidemiologis HIV dan AIDS dan kemungkinan memperoleh daya ungkit yang besar bila program dilaksanakan.

Area prioritas penanggulangan HIV dan AIDS untuk tahun 2007-2010 adalah sebagai berikut:

1. Pencegahan IMS, HIV dan AIDS;
2. Perawatan, Pengobatan dan Dukungan kepada ODHA;
3. Surveilans HIV dan AIDS serta Infeksi Menular Seksual;
4. Penelitian dan riset operasional;
5. Lingkungan Kondusif;
6. Koordinasi dan harmonisasi multipihak;
7. Kesenambungan penanggulangan

#### **1. AREA PENCEGAHAN HIV DAN AIDS**

Penyebaran HIV dipengaruhi oleh perilaku berisiko sub-populasi tertentu. Pencegahan terutama dilakukan kepada sub-populasi tersebut sehingga materi dan pendekatan pencegahan berorientasi pada perubahan perilaku. Kegiatan-kegiatan dari pencegahan dalam bentuk KIE, promosi hidup sehat, pendidikan

kecakapan hidup sampai kepada cara menggunakan alat pencegahan yang efektif dikemas sesuai dengan sasaran upaya pencegahan.

Dalam mengemas program-program pencegahan dibedakan kelompok-kelompok sasaran sebagai berikut:

- **Orang-orang tertular (*infected people*)**

Orang-orang tertular adalah mereka yang sudah terinfeksi HIV. Pencegahan ditujukan untuk menghambat lajunya perkembangan HIV, memelihara produktifitas individu dan meningkatkan kualitas hidup.

- **Orang-orang berisiko tertular atau rawan tertular (*high-risk people*)**

Orang-orang berisiko tertular adalah mereka yang berperilaku berisiko untuk tertular HIV. Dalam sub-populasi ini termasuk penjaja seks baik perempuan dan laki-laki, pelanggan penjaja seks, waria penjaja seks dan pasangannya, penyalahguna NAPZA suntik dan pasangannya serta lelaki suka lelaki (*gay*). Karena kekhususannya, narapidana termasuk dalam sub-populasi ini. Pencegahan untuk sub-populasi ini ditujukan untuk mengubah perilaku berisiko menjadi perilaku aman.

- **Orang-orang yang rentan (*vulnerable people*)**

Orang-orang yang rentan adalah orang-orang yang karena lingkup pekerjaan, lingkungan, ketahanan dan atau kesejahteraan keluarga yang rendah dan status kesehatan yang labil, sehingga rentan terhadap penularan HIV. Termasuk dalam sub-populasi ini adalah 1) orang dengan mobilitas tinggi baik sipil maupun militer, petugas kesehatan dan pengungsi 2) perempuan, remaja, anak jalanan, ibu hamil dan penerima transfusi darah. Pencegahan untuk mereka dari butir 1) ditujukan agar tidak melakukan kegiatan-kegiatan yang berisiko tertular HIV agar mampu melindungi diri sedangkan untuk mereka dari butir 2) dilakukan pemberdayaan dan jika perlu perlindungan (Menghambat menuju sub-populasi berisiko).

- **Masyarakat Umum (*general population*)**

Masyarakat umum adalah mereka yang tidak termasuk dalam ketiga kelompok terdahulu termasuk masyarakat sekolah, tokoh-tokoh agama dan tokoh-tokoh informal lainnya. Sektor pendidikan (formal dan non-formal) memegang peran strategis dalam menjangkau masyarakat umum. Pencegahan ditujukan untuk meningkatkan kewaspadaan, kepedulian dan keterlibatan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungannya.

## **1.1. Tujuan**

Tujuan program-program pencegahan adalah agar setiap orang mampu melindungi dirinya dan orang lain agar tidak tertular HIV dan tidak menularkan kepada orang lain.

## **1.2. Program**

Untuk mencapai tujuan pencegahan dengan berbagai sasaran maka kegiatan-kegiatan yang dilakukan dikelompokkan dalam program-program sebagai berikut:

### *1.2.1. Program peningkatan pelayan konseling dan testing sukarela*

Pelayanan konseling dan testing sukarela ditingkatkan jumlah dan mutunya dengan melibatkan kelompok dukungan sebaya sehingga mencapai hasil maksimal.

### *1.2.2. Program peningkatan penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko*

Peningkatan penggunaan kondom pada setiap hubungan seks berisiko ditingkatkan untuk mencegah infeksi HIV dan IMS. Penggunaan kondom perempuan dimungkinkan untuk digunakan pada tempat-tempat yang memerlukan. Program mencakup juga Intervensi Perubahan Perilaku (*Behavior Change Intervention = BCI*).

### *1.2.3. Program pengurangan dampak buruk penyalahgunaan NAPZA suntik*

Pengurangan dampak buruk penyalahgunaan NAPZA suntik untuk mencegah penularan HIV dilaksanakan secara komprehensif dan bersama-sama dengan semua pemangku kepentingan terkait. Program juga dikaitkan dengan upaya pengurangan kebutuhan NAPZA suntik bagi penasun. Program diutamakan di seluruh provinsi di Jawa dan ibu kota seluruh provinsi. Program mencakup juga Intervensi Perubahan Perilaku aktif. (*Behavior Change Intervention = BCI*).

#### *1.2.4. Program pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi (PMTCT)*

Pencegahan penularan dari ibu HIV positif kepada bayinya dilaksanakan secara komprehensif, meliputi pencegahan penularan pada perempuan usia produktif, pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan pada perempuan HIV positif, pencegahan dari ibu hamil HIV positif kepada bayinya serta memberikan dukungan psikososial bagi ibu HIV positif, bayi dan keluarganya terutama di daerah epidemi terkonsentrasi dan di daerah epidemi yang telah memasuki populasi umum.

#### *1.2.5. Program penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS)*

Penderita IMS mempunyai risiko 2-9 kali lebih besar untuk tertular HIV dibandingkan dengan bukan penderita. Program penanggulangan IMS yang meliputi surveilans, penemuan, pengobatan dan pencegahan ditingkatkan di semua daerah.

#### *1.2.6. Program penyediaan darah dan produk darah yang aman*

Penyediaan darah dan produk darah yang aman diupayakan di semua unit transfusi darah baik yang berada di bawah binaan Palang Merah Indonesia (PMI) maupun yang berada di rumah sakit pemerintah dan swasta. Diutamakan di daerah dengan prevalensi tinggi.

#### *1.2.7. Program peningkatan kewaspadaan universal*

Penerapan kewaspadaan universal harus dilaksanakan dengan benar oleh petugas dan masyarakat yang langsung terpapar seperti petugas pelayanan kesehatan, petugas sosial, polisi, penyelenggara jenazah, petugas lapas dan lainnya. Pengetahuan dan keterampilan petugas dan sarana serta prasarana yang diperlukan perlu disediakan dengan cukup.

#### *1.2.8. Program komunikasi publik*

Komunikasi publik yang baik dan berkelanjutan akan membantu menurunkan derajat kerentanan dari kelompok-kelompok rentan. Upaya ini dilakukan melalui komunikasi, informasi, pendidikan, penyuluhan, tatap muka, pembinaan ketahanan keluarga dan penyeteraan gender dengan menggunakan jalur komunikasi dan

media yang tersedia. Materi dan cara penyampaian komunikasi publik perlu memperhatikan keanekaragaman suku bangsa, bahasa, budaya, serta moda penularan HIV di Indonesia.

#### *1.2.9. Program pendidikan kecakapan hidup*

Program pendidikan kecakapan hidup, yaitu bagaimana membentengi diri dari penularan HIV diberikan kepada anak sekolah mulai dari Sekolah Dasar sampai Sekolah Menengah Tingkat Atas pada institusi pendidikan pemerintah dan swasta dan kelompok-kelompok remaja di luar sekolah. Pendidikan kecakapan hidup juga diberikan kepada anak putus sekolah.

#### *1.2.10. Program perlindungan, perawatan dan dukungan pada anak*

Program perlindungan, perawatan dan dukungan pada anak meliputi pelayanan kesehatan, sosial dan pendidikan dalam rangka pemenuhan hak-hak anak. Perhatian khusus harus diberikan kepada anak-anak yang terinfeksi dan atau terafeksi oleh HIV dan AIDS.

## **2. AREA PERAWATAN, PENGOBATAN DAN DUKUNGAN KEPADA ODHA**

Peningkatan jumlah penderita AIDS memerlukan peningkatan jumlah dan mutu layanan perawatan dan pengobatan. Peningkatan juga dilakukan bagi dukungan maksimal kepada ODHA. Upaya ini dilakukan melalui pendekatan klinis dan pendekatan berbasis masyarakat dan keluarga. *Universal Access* yang bertujuan memberikan kemudahan kepada mereka yang memerlukan untuk akses kepada layanan perawatan dan pengobatan melandasi program-program pada area ini juga termasuk bayi dan anak yang telah terinfeksi HIV. Manajemen obat dan reagensia ditingkatkan untuk mendukung maksud dari *Universal Access* tersebut.

### **2.1. Tujuan**

Mengurangi penderitaan akibat HIV dan AIDS dan mencegah penularan lebih lanjut infeksi HIV serta meningkatkan kualitas hidup ODHA.

### **2.2. Program**

Untuk mencapai tujuan tersebut kegiatan-kegiatan yang dilakukan dikelompokkan dalam program-program sebagai berikut:

### *2.2.1. Program peningkatan sarana pelayanan kesehatan*

Jumlah dan mutu pelayanan untuk konseling dan testing sukarela (VCT), pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayinya (PMTCT) dan perawatan, pengobatan dan dukungan pada ODHA (CST) ditingkatkan. Dukungan lain yang perlu diberikan juga adalah yang berkaitan dengan perbaikan gizi, baik dalam bentuk pelatihan/KIE gizi, maupun penyediaan paket insentif makanan bagi ODHA. Gizi sangat penting diperhatikan karena gizi yang baik akan meningkatkan daya kerja obat, selain membantu daya tahan tubuh dan kondisi psikologis ODHA.

### *2.2.2. Program peningkatan penyediaan, distribusi obat dan reagensia*

Untuk memenuhi kebutuhan ODHA dan sejalan dengan peningkatan jumlah sarana perawatan dan pengobatan, ketersediaan ARV termasuk untuk anak, obat infeksi oportunistik dan reagensia ditingkatkan jumlah dan mutunya serta harganya diupayakan terjangkau.

Manajemen obat dan reagensia disempurnakan sehingga pengadaan dan distribusi obat dan reagensia terjamin.

### *2.2.3. Program pendidikan dan pelatihan*

Peningkatan jumlah dan mutu pelayanan dan dukungan kepada ODHA membutuhkan tenaga yang berilmu, terampil dan beretika. Pendidikan dan pelatihan teknis diberikan kepada mereka yang berkarya dalam upaya penanggulangan AIDS sesuai dengan bidang kerjanya.

### *2.2.4. Program peningkatan penjangkauan RISTI*

Upaya yang sungguh-sungguh untuk menjangkau sedikitnya 80% kelompok berperilaku risiko tinggi agar mereka yang memerlukan perawatan dan pengobatan dapat akses kepada pencegahan, perawatan, pengobatan dan dukungan yang diperlukan.

### *2.2.5. Program dukungan terhadap ODHA*

Upaya dukungan terhadap ODHA perlu berbentuk program yang nyata. Dukungan bertujuan memberdayakan dan menciptakan

kemandirian sesuai dengan prinsip GIPA (*Greater Involvement of People with HIV and AIDS*). ODHA didorong berpartisipasi aktif dalam setiap tahap upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Untuk mempersiapkan diri mampu mandiri dan berpartisipasi aktif, mereka mendapatkan dukungan dan dijamin akses terhadap informasi yang benar dan lengkap, pengetahuan, keterampilan, pengobatan dan perawatan serta pendidikan dan pekerjaan.

### **3. AREA SURVEILANS HIV DAN AIDS SERTA IMS**

Besaran, kecenderungan dan distribusi persebaran HIV dan AIDS diketahui dari data dan informasi yang diperoleh dari kegiatan surveilans penyakit. Surveilans penyakit dan surveilans perilaku bersama-sama memberikan petunjuk tentang hasil upaya penanggulangan dan amat diperlukan bagi perumusan kebijakan dan perencanaan. Kegiatan surveilans akan terus disempurnakan baik metodologinya maupun implementasinya sehingga hasilnya valid dan dapat dipertanggungjawabkan.

Selain surveilans HIV dan AIDS dan perilaku, surveilans IMS ditingkatkan pelaksanaannya dan hasilnya dipublikasikan agar dapat digunakan oleh pihak-pihak yang memerlukan.

#### **3.1. Tujuan**

Untuk memperoleh data dan informasi yang valid tentang besaran, kecenderungan dan distribusi persebaran HIV dan AIDS serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

#### **3.2. Program**

Untuk mencapai tujuan tersebut kegiatan-kegiatan yang dilakukan dikelompokkan dalam program-program sebagai berikut:

##### *3.2.1. Program peningkatan surveilans HIV*

Pelaksanaan surveilans HIV pada sub-populasi dengan berbagai tingkat risiko penularan diperluas wilayah cakupannya dan ditingkatkan mutunya. Di daerah dengan tingkat *generalized epidemic* dilaksanakan surveilans HIV di populasi umum.

### 3.2.2. Program Peningkatan surveilans perilaku

Pelaksanaan surveilans perilaku ditingkatkan wilayah cakupan dan mutunya. Variabel yang digunakan dipilih variable yang sensitif yang dapat menggambarkan hasil program intervensi perubahan perilaku.

Formatted: Finnish

### 3.2.3. Program peningkatan surveilans IMS

Pelaksanaan surveilans IMS ditingkatkan wilayah cakupan dan mutunya. Dan juga digunakan untuk mengetahui hasil program intervensi perilaku dan program penggunaan kondom pada setiap hubungan seks berisiko.

### 3.2.4. Program surveilans HIV pada ibu hamil

Surveilans HIV pada ibu hamil yang merupakan surveilans pasif, dilaksanakan di wilayah epidemi terkonsentrasi dan epidemi yang meluas dan bertempat di klinik VCT, PMTCT dan klinik ibu dan anak lainnya.

### 3.2.4. Program peningkatan laboratorium HIV

Laboratorium HIV untuk keperluan surveilans, penegakan diagnosis dan pemantauan proses pengobatan ditingkatkan baik jumlahnya maupun mutu pemeriksaannya.

### 3.2.5. Program peningkatan mutu pelaporan

Pelaporan merupakan aspek penting dari surveilans. Laporan surveilans dibuat sehingga dapat dengan mudah dipahami oleh mereka yang membutuhkan, akurat dan tepat waktu.

## 4. AREA PENELITIAN DAN RISET OPERASIONAL

Upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang sedang dan akan diselenggarakan memerlukan pengembangan terus menerus. Banyak aspek penanggulangan yang belum diketahui. Perbedaan laju epidemi di berbagai daerah perlu dicari faktor-faktor yang menyebabkannya. Penelitian dan riset operasional diharapkan mampu memberikan jawaban atas hal-hal tersebut sehingga ditingkatkan pada empat tahun kedepan.

Untuk melaksanakan penelitian yang bermutu tinggi, dipersiapkan tenaga-tenaga peneliti di semua tingkat. Selain daripada itu ditingkatkan kerjasama antar pusat-pusat penelitian HIV dan AIDS di dalam negeri dan di luar negeri. Inventarisasi hasil penelitian dilakukan sesuai dengan tatacara yang lazim. Setiap hasil penelitian dipublikasikan secara luas sehingga dapat diakses oleh yang memerlukan.

#### **4.1. Tujuan**

Penelitian dan riset operasional HIV dan AIDS bertujuan untuk memperoleh data dan fakta yang terpercaya sebagai dasar perbaikan dan pengembangan upaya penanggulangan HIV dan AIDS.

#### **4.2. Program**

Untuk mencapai tujuan tersebut kegiatan-kegiatan yang dilakukan di kelompokan dalam program-program sebagai berikut:

##### *4.2.1. Program riset operasional*

Berbagai upaya penanggulangan yang sedang diselenggarakan memerlukan penelitian untuk perbaikan kinerjanya agar lebih efektif dan efisien. Hasil-hasil survei dapat dijadikan petunjuk untuk melakukan penelitian yang lebih mendalam.

##### *4.2.2. Program penelitian resistensi obat antiretroviral*

Penggunaan ARV yang semakin meluas dengan pengawasan yang tidak selalu dapat dilakukan berpotensi untuk menimbulkan resistensi ARV. Penelitian tentang kemungkinan resistensi ini dilakukan untuk kewaspadaan dan perencanaan pengadaan ARV lini berikutnya.

##### *4.2.3. Program penelitian obat tradisional HIV dan AIDS*

Indonesia kaya dengan flora dan fauna sebagai bahan pembuat obat-obatan. Beberapa produk diklaim sebagai bermanfaat untuk pengidap HIV dan AIDS. Penelitian obat tradisional diarahkan untuk mencari bukti-bukti ilmiah tentang obat-obat tradisional tersebut sekaligus mencari peluang-peluang lain.

#### *4.2.4. Program penelitian dampak sosial ekonomi dan budaya HIV dan AIDS*

Penelitian terhadap dampak sosial ekonomi dan budaya dari HIV dan AIDS dilaksanakan sebagai bahan advokasi dan penyusunan program dukungan pada ODHA

#### *4.2.5. Penelitian epidemiologi dan perilaku*

Penelitian epidemiologi dan perilaku dilaksanakan untuk mengetahui lebih dalam tentang perilaku epidemi dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Hasilnya merupakan data dan fakta yang paling mendasar dalam perumusan kebijakan upaya penanggulangan.

### **5. AREA LINGKUNGAN KONDUSIF**

Lingkungan yang kondusif dalam pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS diperlukan agar upaya-upaya tersebut dapat berjalan dengan sebaik-baiknya. Hal ini dikarenakan masalah HIV dan AIDS merupakan masalah yang kompleks dan unik.

Deklarasi UNGASS 2001 yang mengamanatkan bahwa tahun 2003 negara mengesahkan, mendukung dan menegakkan peraturan dan ketentuan lain untuk menghapuskan segala bentuk diskriminasi dan memastikan pemilikan hak-hak azasi dan kemerdekaan secara penuh oleh ODHA dan sub-populasi rentan lainnya belum sepenuhnya tercapai sehingga perlu terus diupayakan.

#### **5.1. Tujuan**

Meningkatkan pembuatan dan pelaksanaan peraturan perundangan dan ketentuan-ketentuan lain di pusat dan daerah dalam rangka menciptakan lingkungan yang kondusif bagi terselenggaranya upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS.

#### **5.2. Program**

Untuk mencapai tujuan tersebut kegiatan-kegiatan yang dilakukan dikelompokkan dalam program-program sebagai berikut:

##### *5.2.1. Program kajian legislasi*

Kajian terhadap semua peraturan perundangan yang berkaitan dengan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS, baik

ditingkat pusat maupun di tingkat daerah termasuk kajian tentang keperluan adanya Undang-Undang Pencegahan dan Penanggulangan AIDS Nasional.

*5.2.2. Program advokasi dan sosialisasi*

Meningkatkan sosialisasi dan advokasi upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS kepada eksekutif, legislatif dan yudikatif di pusat dan daerah agar memahami masalah yang dihadapi yang memerlukan pengaturan pemerintah.

*5.2.3. Program peningkatan kapasitas aparatur pemerintah daerah*

Meningkatkan kapasitas anggota eksekutif, legislatif dan yudikatif daerah untuk menciptakan peraturan-peraturan terkait HIV dan AIDS di daerah dalam mendukung terciptanya lingkungan yang kondusif di daerah.

*5.2.4. Program peningkatan kapasitas organisasi-organisasi masyarakat sipil*

Organisasi masyarakat sipil termasuk LSM dan KDS ditingkatkan kemampuannya untuk turut menciptakan lingkungan yang kondusif bagi penyelenggaraan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di daerah.

## **6. AREA KOORDINASI DAN HARMONISASI MULTIPihak**

Masalah HIV dan AIDS bukan lagi masalah kesehatan semata akan tetapi telah menjadi masalah sosial yang sangat kompleks. Upaya pencegahan dan penanggulangannya memerlukan berbagai pendekatan dan diselenggarakan oleh berbagai pihak. Peranan utama dijalankan oleh masyarakat dengan arahan dan pembinaan oleh sektor-sektor pemerintah. Pemerintah berperan sebagai pemimpin upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS baik di pusat maupun di daerah. Mitra internasional membantu penyelenggaraan tersebut.

Banyaknya pemangku kepentingan yang menyelenggarakan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS ini, mengharuskan adanya koordinasi yang baik sejak perencanaan sampai evaluasinya.

Harmonisasi dimaksudkan agar penyelenggaraan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS berjalan selaras dan seirama sehingga merupakan orkestra aktivitas yang padu, terarah dan mencapai sasaran. Harmonisasi diupayakan di semua tingkat penyelenggaraan.

### **6.1. Tujuan**

Menyelaraskan dan mengkoordinasikan berbagai program dan kegiatan upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang diselenggarakan pemerintah, masyarakat sipil dan mitra internasional sehingga mencapai tujuan yang diinginkan.

### **6.2. Program**

Untuk mencapai tujuan tersebut kegiatan-kegiatan yang dilakukan dikelompokkan dalam program-program sebagai berikut:

#### *6.2.1. Program penguatan kelembagaan*

Sebagai lembaga yang mengemban tugas mengkoordinasikan dan mengharmonisasikan berbagai program, KPA pada semua tingkat akan terus diperkuat dan ditingkatkan kemampuannya demikian juga sektor lainnya agar dapat meningkatkan kualitas pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS melalui peningkatan kemampuan SDM, melengkapi sarana kerja, dan mengusahakan anggaran yang cukup untuk kegiatan operasional.

#### *6.2.2. Program peningkatan jaringan informasi dan komunikasi*

Adanya jaringan informasi yang luas dan berfungsi baik mempermudah dilakukannya koordinasi dan harmonisasi upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Jaringan ini diperluas di semua tingkat. Sarana teknologi informasi disempurnakan sehingga berfungsi dengan baik.

#### *6.2.3. Program peningkatan kerjasama internasional*

Kerjasama internasional yang sudah terjalin ditingkatkan. Kerjasama tersebut meliputi kerjasama regional dan global. Di dalam negeri kerjasama dilakukan dengan mitra internasional.

## **7. AREA KESINAMBUNGAN PENANGGULANGAN**

Memperhatikan kecenderungan epidemi HIV dan AIDS dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, upaya pencegahan dan penanggulangan di Indonesia akan memakan waktu yang cukup lama.

Oleh sebab itu upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS harus dapat dijamin kesinambungannya. Kesinambungan upaya ini sangat ditentukan oleh komitmen politik, kepemimpinan yang kuat, tersedianya dana yang terus menerus, perawatan sarana dan prasarana yang digunakan, mobilisasi sumber dana sehingga tersedia SDM dan pembiayaan yang memadai secara berkelanjutan serta pelibatan aktif seluruh unsur masyarakat termasuk mereka yang sudah terinfeksi.

### **7.1. Tujuan**

Menjamin kelangsungan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di setiap tingkat administrasi melalui komitmen yang tinggi, kepemimpinan yang kuat, didukung oleh informasi dan sumber daya yang memadai.

### **7.2. Program**

Untuk mencapai tujuan tersebut kegiatan-kegiatan yang dilakukan dikelompokkan dalam program-program sebagai berikut:

#### *7.2.1. Advokasi*

Advokasi dilakukan secara terus-menerus kepada para pengambil keputusan di pusat dan di daerah, baik kepada eksekutif, legislatif dan yudikatif maupun kepada pimpinan partai politik dan organisasi masyarakat sipil lainnya.

#### *7.2.2. Peningkatan sumber daya manusia*

Melalui pendidikan dan pelatihan ditingkatkan jumlah dan mutu para penyelenggara upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di pusat dan di daerah. Pendidikan dan pelatihan dimaksud diperoleh di dalam negeri dan di luar negeri.

### *7.2.3. Peningkatan sarana dan prasarana*

Sarana dan prasarana di unit-unit pelayanan HIV dan AIDS ditingkatkan jumlah dan dipelihara dengan sebaik-baiknya. Dilakukan pengawasan kualitas (*quality control*) atas sarana dan prasarana tersebut.

### *7.2.4. Mobilisasi sumber daya*

Untuk menjamin kesinambungan program penanggulangan HIV dan AIDS perlu dibuat kebijakan dan mekanisme mobilisasi sumber daya manusia dan pembiayaan. Berbagai sumber pembiayaan yang telah tersedia perlu ditingkatkan. Selain itu upaya menggali sumber daya baru yang berasal dari sektor-sektor pemerintah, sektor swasta (termasuk perusahaan asing/multinasional) dan masyarakat perlu digalakkan. Untuk itu advokasi dan sosialisasi kepada pihak-pihak terkait akan terus dilakukan. Bersamaan dengan itu, membangun kemandirian nasional dalam penyediaan sumber daya, bantuan teknis dari luar negeri yang dapat digunakan sesuai dengan prioritas kebutuhan tetap perlu diupayakan.

## BAB IV

### PENYELENGGARA UPAYA PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS

Upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS diselenggarakan oleh masyarakat dan pemerintah bersama-sama dibantu oleh mitra internasional. Pemerintah meliputi departemen, kementerian, lembaga non-departemen dan dinas-dinas daerah serta TNI dan POLRI. Masyarakat meliputi LSM, swasta dan dunia usaha, *civil soceity* lainnya dan masyarakat umum. KPA di semua tingkat berfungsi sebagai koordinator.

Formatted: Finnish

Para pemangku kepentingan mempunyai peran dan tanggung jawab masing-masing dan bekerja sama dalam semangat kemitraan. Pokok-pokok tugas dan tanggung jawab masing-masing penyelenggara adalah sebagai berikut:

#### 1. PEMERINTAH PUSAT

Departemen, Kementerian, Lembaga Non-Departemen, TNI dan POLRI membentuk Kelompok Kerja Penanggulangan HIV dan AIDS dan membuat rencana pencegahan dan penanggulangan yang selaras dengan Stranas HIV dan AIDS 2007–2010 sesuai dengan area kegiatan instansi bersangkutan. KPAN memimpin dan mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan dari unsur pemerintah pusat.

#### 2. PEMERINTAH PROVINSI

Dinas-dinas Provinsi, Kantor Wilayah dari instansi pusat di provinsi, komando TNI dan POLRI di provinsi menyelenggarakan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dipimpin oleh Gubernur. Pemerintah Provinsi membentuk dan memfungsikan Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan menyediakan sumberdaya untuk kegiatan pencegahan dan penanggulangan di provinsi.

#### 3. PEMERINTAH KABUPATEN/KOTA

Dinas-dinas Kabupaten/Kota, Kantor Departemen dari instansi pusat di kabupaten/kota, komando TNI dan POLRI di kabupaten/kota menyelenggarakan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dipimpin oleh Bupati/Walikota. Pemerintah Kabupaten/Kota membentuk dan memfungsikan Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/Kota dan menyediakan sumberdaya untuk kegiatan pencegahan dan penanggulangan di kabupaten/kota.

#### **4. PEMERINTAH KECAMATAN DAN KELURAHAN/DESA**

Formatted: Spanish  
(Spain-Modern Sort)

Di wilayah kecamatan dan kelurahan /desa yang berpotensi adanya penularan HIV, dapat dibentuk Satuan Tugas Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS yang masing-masing dipimpin oleh Camat dan Lurah/Kepala Desa. Tugas utama adalah menggerakkan masyarakat untuk ikut serta dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang dirancang oleh KPA Kabupaten/Kota.

#### **5. DEWAN PERWAKILAN RAKYAT, DEWAN PERWAKILAN DAERAH DAN DEWAN PERWAKILAN RAKYAT DI DAERAH**

DPR, DPD, DPRD Propinsi dan DPRD Kabupaten/Kota dengan kepedulian yang tinggi menampung informasi dari masyarakat tentang situasi HIV dan AIDS di wilayah urusannya dan sesuai dengan tugas dan fungsinya membantu upaya pencegahan dan penanggulangan. Bersama dengan KPAN/KPA di daerah dapat membentuk Forum Komunikasi.

#### **6. KOMISI PENANGGULANGAN AIDS NASIONAL**

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional sebagai penanggungjawab upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia mempunyai tugas yang sangat berat sehingga memerlukan kewenangan yang jelas untuk dapat melaksanakan tugas pokok dan fungsinya dengan efektif.

Tugas pokok dan fungsi KPA Nasional sebagaimana tercantum dalam Perpres No. 75 Tahun 2006 adalah sebagai berikut:

- 6.1. Menetapkan kebijakan dan rencana strategis nasional serta pedoman umum pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS;
- 6.2. Menetapkan langkah-langkah strategis yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan;
- 6.3. Mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan penyuluhan, pencegahan, pelayanan, pemantauan, pengendalian dan penanggulangan AIDS;
- 6.4. Melakukan penyebaran informasi mengenai AIDS kepada berbagai media massa, dalam kaitan dengan pemberitaan yang tepat dan tidak menimbulkan keresahan masyarakat;

- 6.5. Melakukan kerjasama regional dan internasional dalam rangka pencegahan dan penanggulangan AIDS;
- 6.6. Mengkoordinasikan pengelolaan data dan informasi yang terkait dengan masalah AIDS;
- 6.7. Mengendalikan, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS;
- 6.8. Memberikan arahan kepada Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam rangka pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS.

## **7. KOMISI PENANGGULANGAN AIDS PROVINSI DAN KABUPATEN/KOTA**

Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/Kota dibentuk dan dipimpin masing-masing oleh Gubernur dan Bupati/Walikota. KPA di daerah membantu kelancaran pelaksanaan tugas KPA Nasional.

Tugas pokok dan fungsi KPA Provinsi dan KPA Kabupaten/Kota adalah sebagai berikut:

- 7.1. Merumuskan kebijakan, strategi dan langkah-langkah yang diperlukan dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS di wilayahnya sesuai dengan kebijakan, strategi dan pedoman yang ditetapkan oleh KPA nasional. Implementasi dari tugas pokok tersebut meliputi fungsi-fungsi sebagai berikut:
  - 7.1.1. Memimpin, mengelola dan mengkoordinasikan kegiatan pencegahan, pengendalian dan penanggulangan HIV dan AIDS di wilayahnya;
  - 7.1.2. Menghimpun, menggerakkan dan memanfaatkan sumberdaya yang berasal dari pusat, daerah, masyarakat dan bantuan luar negeri secara efektif dan efisien;
  - 7.1.3. Melakukan bimbingan dan pembinaan kepada pemangku kepentingan dalam pencegahan, pengendalian dan penanggulangan HIV dan AIDS di wilayah kerjanya;

- 7.1.4. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dan menyampaikan laporan berkala secara berjenjang kepada KPA Nasional.

## **8. MASYARAKAT SIPIL (*CIVIL SOCIETY*)**

*Civil society* merupakan mitra kerja yang penting dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS.

### **8.1. LEMBAGA SWADAYA MASYARAKAT**

Lembaga Swadaya Masyarakat dan Organisasi Non-Pemerintah lainnya seperti Kelompok Dukungan Sebaya telah memberikan kontribusi yang bermakna karena mampu menjangkau sub-populasi berperilaku berisiko dan menjadi pendamping dalam proses perawatan dan pengobatan ODHA. Peranannya yang menonjol adalah penyuluhan, pelatihan, penjangkauan, penampungan ODHA, pemberian dukungan dan konseling. Namun cakupan pelayanannya masih belum maksimal. Untuk memperluas cakupan pelayanan, diperlukan peningkatan pemberdayaannya. Di masa mendatang peran ini diharapkan meningkat dan merata di seluruh wilayah Indonesia. Komisi Penanggulangan AIDS di semua tingkat menciptakan lingkungan yang kondusif sehingga mereka dapat menjalankan perannya dengan tenang dan aman.

### **8.2. DUNIA USAHA DAN SEKTOR SWASTA**

Jenis pekerjaan, lingkungan dan tempat kerja berpotensi bagi pekerja untuk terpapar HIV. Organisasi Perburuhan Internasional (ILO) telah mengakui bahwa HIV dan AIDS sebagai persoalan dunia kerja. Prinsip-prinsip utama Kaidah ILO tentang HIV dan AIDS dan Dunia Kerja perlu ditingkatkan implementasinya di dunia kerja Indonesia melalui kesepakatan tripartit. Implementasi Kaidah ILO tersebut dijabarkan dalam program penanggulangan HIV dan AIDS di dunia kerja dan dilaksanakan dengan penuh kesungguhan.

### **8.3. TENAGA PROFESIONAL, ORGANISASI PROFESI DAN LEMBAGA PENDIDIKAN TINGGI**

Upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS memerlukan pelibatan tenaga profesional baik secara individu maupun melalui organisasi

profesi dan lembaga pendidikan tinggi. Para profesional berperan dalam perumusan kebijakan, penelitian, riset operasional.

#### **8.4. LEMBAGA KEMASYARAKATAN**

Lembaga kemasyarakatan seperti PKK, Karang Taruna, Pramuka, organisasi agama, kesenian dll, merupakan kelompok masyarakat yang solid. Dalam keikut sertaannya dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Lembaga kemasyarakatan berperan dalam komunikasi publik, menerima dan selanjutnya menyampaikan informasi yang benar kepada masyarakat umum.

#### **8.5. KELUARGA DAN MASYARAKAT UMUM**

Upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS memerlukan dukungan masyarakat luas. Keluarga sebagai unit terkecil masyarakat mempunyai tugas penting dan sangat mulia sebagai benteng pertama dalam pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Ketahanan keluarga dalam arti yang sesungguhnya perlu tetap diupayakan dan ditingkatkan. Selain itu keluarga mampu memberikan lingkungan yang kondusif bagi ODHA dengan berempati dan menjauhkan sikap diskriminatif terhadap mereka.

Masyarakat Umum berperan membantu upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungan masing-masing dengan memberikan kemudahan dan menciptakan lingkungan yang kondusif. Untuk menjalankan fungsi tersebut, masyarakat berhak menerima informasi yang benar tentang masalah HIV dan AIDS.

#### **8.6. ORANG DENGAN HIV DAN AIDS (ODHA)**

Peranan ODHA dalam upaya pencegahan dan penanggulangan AIDS di masa mendatang semakin penting. Selaras dengan prinsip *Greater Involvement of People with AIDS* (GIPA) ODHA berhak berperan pada semua tingkat proses pencegahan dan penanggulangan mulai dari tingkat perumusan kebijakan sampai pada monitoring dan evaluasi. Untuk dapat menjalankan peran tersebut dengan efektif, ODHA baik secara individual maupun organisasi perlu meningkatkan pengetahuan dan kemampuan.

Seimbang dengan hak-haknya, ODHA juga bertanggung jawab untuk mencegah penularan HIV kepada pasangannya dan orang lain.

## **BAB V**

### **KERJASAMA INTERNASIONAL**

Kerjasama internasional dengan para mitra bilateral dan multilateral adalah suatu komponen yang bermakna dalam penanggulangan masalah HIV dan AIDS dan telah dirasakan manfaatnya. Bantuan telah diberikan antara lain bagi program peningkatan kapasitas kelembagaan baik di pusat maupun di daerah, program perawatan, pengobatan dan dukungan pada ODHA, program pengurangan dampak buruk di kalangan penasun, program pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dan program penanggulangan HIV dan AIDS di Dunia Kerja.

Kerjasama internasional diperlukan dan diharapkan berlanjut, dan implementasinya mengacu kepada Strategi Nasional 2007-2010 dan Rencana Aksi Nasional 2007-2010. Berdasarkan Perpres No 75/2006 mobilisasi dan pemanfaatan bantuan dana dan bantuan teknis dari mitra internasional akan diarahkan dan dikoordinasikan oleh KPAN. Evaluasi menggunakan sistem monitoring dan evaluasi nasional serta menggunakan instrumen-instrumen pemantauan yang baku.

Bantuan mitra internasional diperlukan untuk mendukung kegiatan-kegiatan prioritas penanggulangan HIV dan AIDS untuk 2007-2010, terutama pengembangan kelembagaan; perawatan, dan pengobatan dukungan terhadap ODHA; peningkatan upaya pencegahan terutama di kalangan kelompok berperilaku risiko tinggi; pengembangan kecakapan hidup melalui jalur pendidikan formal dan luar sekolah; pengembangan dan pemanfaatan sistem monitoring dan evaluasi nasional; penyediaan obat antiretroviral untuk dewasa dan anak-anak; pengembangan pencegahan penularan dari ibu ke anak; pelaksanaan perlindungan, perawatan dan dukungan pada anak yang terinfeksi dan terafeksi HIV dan AIDS; penanggulangan masalah-masalah lintas batas HIV dan AIDS, serta penelitian.

KPAN memfasilitasi upaya menuju harmonisasi dan koordinasi di antara para mitra internasional, dan dengan berbagai sektor pemerintah terkait serta pemangku kepentingan lainnya (masyarakat, dunia usaha, LSM, universitas). Hal ini bertujuan juga agar bantuan yang diperlukan dapat tersedia dan menjangkau mereka yang sangat membutuhkan dengan cepat dan efisien.

Untuk mengetahui dan mendukung pencapaian harmonisasi dan koordinasi yang lebih kuat dan perencanaan strategis yang baik dari bantuan mitra internasional, KPAN perlu mempunyai sistem informasi khusus. Agar sistem ini berjalan dengan baik dan dirasakan manfaatnya, maka KPAN sebagai koordinator memerlukan dukungan dan partisipasi aktif dari mitra internasional.

## **BAB VI**

### **PELAKSANAAN STRATEGI NASIONAL**

Strategi Nasional HIV dan AIDS dilaksanakan sejalan dengan rencana pembangunan nasional. Pada tingkat provinsi, kabupaten/kota, pelaksanaan STRANAS akan disesuaikan dengan rencana pembangunan daerah masing-masing.

Pelaksanaan STRANAS harus konsisten dengan tujuan-tujuan kebijakan yang ingin dicapai, serta ditujukan untuk merespons situasi dan kondisi lokal dan nasional HIV dan AIDS. STRANAS merupakan *living document* sehingga terbuka untuk perubahan atas dasar kebutuhan respons.

Peran KPAN dalam pelaksanaan STRANAS sesuai dengan "*Three One Principle*" yang dianjurkan oleh UNAIDS, yaitu (1) setiap negara perlu mempunyai satu institusi yang mengkoordinasikan upaya penanggulangan, (2) satu strategi nasional yang menjadi acuan semua pihak dalam menyelenggarakan upaya penanggulangan, dan (3) satu sistem monitoring dan evaluasi nasional yang berlaku secara nasional.

KPAN menjabarkan lebih lanjut STRANAS dalam suatu RENCANA AKSI NASIONAL (RAN) untuk periode yang sama. Sektor dan pemangku kepentingan lainnya di tingkat pusat dan KPA di daerah membuat RENCANA STRATEGI PENANGGULANGAN HIV dan AIDS bidang masing-masing dan atau daerah dengan menggunakan STRANAS dan RAN 2007-2010 sebagai acuan utama.

## **BAB VII**

### **MONITORING, EVALUASI DAN PELAPORAN**

Monitoring dan evaluasi dilakukan untuk (i) menjamin bahwa program pencegahan HIV dan AIDS mencapai tingkat efisiensi dan akuntabilitas yang tinggi, (ii) membantu mengintensifkan dan meningkatkan pelaksanaan program, (iii) memungkinkan tindakan korektif untuk mengarahkan program, dan (iv) menghasilkan informasi yang berguna bagi pelaksanaan program serta sebagai masukan untuk penyusunan program lanjutan. Hasil monitoring dan evaluasi dilaporkan secara berjenjang sesuai dengan Perpres No. 75 Tahun 2006.

Pedoman Nasional Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan HIV dan AIDS yang telah diterbitkan (2006) digunakan untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan STRANAS 2007 – 2010 bagi KPA di semua tingkat. Pedoman tersebut dibuat sederhana dan mudah digunakan sehingga dapat membantu KPA di berbagai tingkat melakukan monitoring dan evaluasi dan pelaporan seperti yang diharapkan.

Sosialisasi dan pelatihan tentang penggunaan Pedoman tersebut akan terus dilakukan agar pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan dari KPA pada semua tingkat dapat berjalan secara optimal.

## **BAB VIII PENDANAAN**

Sejalan dengan makin meningkatnya penularan HIV, program penanggulangan HIV dan AIDS semakin beragam dengan cakupan yang semakin luas. Peningkatan tersebut membutuhkan dana yang besar.

Dana yang diperlukan untuk melaksanakan STRANAS ini sesuai dengan amanat Perpres No 75 tahun 2006 bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dan sumber-sumber lain. Sumber lain dimaksud mencakup dana dari swasta, masyarakat dan bantuan internasional.

Peran serta masyarakat dan dunia usaha dalam membantu pendanaan untuk program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS akan dilakukan melalui kegiatan-kegiatan mobilisasi dana di bawah koordinasi KPA di berbagai tingkat. Bantuan internasional dalam bentuk hibah dan bantuan teknis digunakan untuk meningkatkan upaya dan tidak diartikan sebagai pengganti dana yang bersumber dari pemerintah.

Pengelolaan dana menganut prinsip transparansi, akuntabilitas, efisensi, efektivitas dan harmoni. KPAN mengkoordinasikan mobilisasi dan penggunaan dana untuk menjamin tidak terjadinya pemborosan dan dipenuhinya prinsip tersebut.

## **BAB IX PENUTUP**

Strategi Nasional ini merupakan respons pemerintah dan rakyat Indonesia terhadap epidemi HIV dan AIDS yang semakin meningkat. Dengan Strategi Nasional yang jitu, dapat dikembangkan program-program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang komprehensif, integratif dan harmonis untuk tahun-tahun mendatang.

Disadari sepenuhnya bahwa tidaklah mudah melaksanakan program-program yang besar ini, karena kompleksnya masalah yang dihadapi yang dapat berubah dengan cepat. Namun dengan kepemimpinan dan komitmen yang nyata disertai kesungguhan, keikhlasan dan dengan tekad yang bulat serta berbekal pengalaman bangsa Indonesia dalam memecahkan persoalan-persoalan besar, upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS akan berhasil mengurangi penyebaran infeksi HIV baru dan menanggulangi kasus-kasus HIV dan AIDS di Indonesia.

---

---

Formatted: Italian (Italy)