

ukzeexpress

HIV/AIDS

Kebijakan & Persoalannya di Indonesia



Dr. Roselina Panghiyangani, S.Si., M.Biomed
Prof. Dr. Husaini, SKM., M.Kes

Editor: Maman Saputra, SKM

HIV/AIDS
“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan petunjukNya dapat menyelesaikan penyusunan buku bacaan yang juga diharapkan menjadi buku referensi bagi para penentu kebijakan, penyusun dan pelaksana program, serta sivitas berbagai Perguruan Tinggi Kesehatan untuk mengenal, mempelajari, dan memahami Kebijakan HIV/AIDS dan Persoalannya di Indonesia.

Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendorong dan memberikan motivasi penyusunan buku ajar ini. Buku ini memang dirasakan jauh dari lengkap dan sempurna, keterangan detail tetap dianjurkan untuk membaca buku-buku dan kepustakaan yang tercantum dalam daftar referensi. Akhirnya guna penyempurnaan buku ini, kami tetap menerima masukan, kritik, dan saran agar nantinya terwujud sebuah buku yang praktis, informatif, penuh manfaat dan menjadi rujukan dalam memahami konsep Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia.

Banjarbaru, Oktober 2018

Penyusun

HIV/AIDS
“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR - ii

DAFTAR ISI - iii

DAFTAR TABEL - iv

Bab I

Pendahuluan - 1

Bab II

Kebijakan Pemerintah Pusat dalam Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia - 17

Bab III

Kebijakan Pemerintah Daerah dalam Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia - 51

Bab IV

Isu Pokok Permasalahan Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia - 71

Bab V

Studi Kasus Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia - 94

Bab VI

Analisis Kebijakan Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia - 110

Bab VII

Penutup - 128

HIV/AIDS
“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Populasi Rawan Penularan HIV/AIDS di Dunia - 7

Gambar 2. Pergeseran Populasi Kunci Penularan HIV/AIDS di Indonesia - 7

Gambar 3. Peta Sebaran Epidemi HIV di Indonesia - 25

Gambar 4. Cakupan Program Dibandingkan dengan Target Universal Access 2010 - 38

Gambar 5. Kerangka Kerja Layanan HIV-IMS Komprehensif Berkesinambungan - 115

Gambar 6. Jejaring Rujukan Timbal Balik - 115

HIV/AIDS
“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

BAB I PENDAHULUAN

Percepatan penyebaran dan peningkatan kasus HIV/AIDS di Indonesia dalam kurun waktu 10 tahun terakhir ini tentu menjadi sebuah bencana bagi umat manusia di Indonesia, walaupun berbagai program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS sudah dilakukan oleh Pemerintah bersama dengan *stakeholder* lainnya. Perkembangan kasus HIV/AIDS ini semakin tumbuh subur di berbagai daerah Indonesia, dalam waktu lima tahun terakhir ini terjadi peningkatan hampir 400% termasuk di Provinsi Kalimantan Selatan, dan hal ini sungguh sangat ironis dan memilukan hati kita. Pertanyaannya; Ada apa dengan kebijakan tentang penanggulangan dan pencegahan HIV/AIDS selama ini? Adakah yang salah? Atau apakah kebijakan selama ini hanyalah sebuah basa-basi (*life service*) dan semu belaka? Atau barangkali pula penderita penyakit HIV/AIDS di Indonesia hanya sebatas dijadikan sebuah proyek semata oleh berbagai pihak?

Era desentralisasi semestinya menjadikan masyarakat kita lebih sejahtera dan sehat (*wellbeing and welfare*), namun justru sebaliknya membuat masyarakat tak berdaya, dan yang lebih menyedihkan lagi era ini membuat sebagian Penguasa/Pejabat Daerah semakin pongah dan menjadikan dirinya sebagai raja-raja kecil yang sangat sulit untuk dikontrol kekuasaannya oleh masyarakat, dan semua ini tentu tidak terlepas dari sistem pemerintahan kita yang demokratis dalam pemilihan Kepala Daerah secara langsung, yang mana sistem ini berakhir begitu mahal atau menjadi modal yang harus dikeluarkan untuk menjadi Kepala Daerah dan Anggota Dewan. Semua ini kelak harus dibayar pula oleh masyarakat pemilihnya itu sendiri. Jika diukur dengan pendapatan yang halal setelah terpilih menjadi Kepala Daerah dan Anggota Dewan maka jauh sekali di bawah apa yang sudah dikeluarkan (modal/finansial) pada saat Pilkada

HIV/AIDS "Kebijakan dan persoalannya di Indonesia"

langsung dan Pemilu Legislatif tersebut. Oleh sebab itu, apabila seseorang terpilih menjadi Kepala Daerah dan Anggota Dewan, sebagian dari mereka sudah pasti berperilaku pongah bak raja dan menganut perilaku *rent-seeking* (berburu rente) dari buah Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (KKN). Inilah wabah bencana yang tersebar di berbagai daerah yang merasuki berbagai sendi kehidupan dan secara langsung dirasakan masyarakat akibat dari sistem demokrasi selama ini. Perilaku *rent-seeking* adalah aktifitas ekonomi untuk memudahkan dan memperoleh keuntungan secara cepat dengan menggunakan sumber daya atau modal yang semestinya menjadi hak publik untuk kepentingan diri sendiri dan kelompoknya.¹ Hal ini diperkuat pendapat Hudyanto dalam Kunio (1991) yang menyatakan perilaku *rent-seeking* adalah cara cepat dan instan untuk memperoleh keuntungan ekonomi, tanpa harus bekerja keras.² Perilaku *rent-seeking* ini bertambah subur karena nafsu dan birahi dari pengusaha, birokrasi, politikus dan pejabat daerah untuk secepatnya mengeruk keuntungan finansial dan lainnya, terutama bagi Kepala Daerah yang terpilih untuk mengembalikan modal kapital yang sudah dikeluarkan semasa pilkada langsung. Dalam hal pencitraan sangat penting sekali bagi Kepala Daerah dan Anggota Dewan yang sudah terpilih sebagai modal sosial untuk maju dan bertarung kembali pada periode selanjutnya. Hal ini bersesuaian dengan pendapat Robison (1986) bahwa penguasa daerah selain mengatur birokrasi, tetapi juga mengatur lisensi ekonomi dan *regulatory* untuk semata-mata menguntungkan kepada pengendali lisensi dan *regulatory* tersebut.³ Pengaruh perilaku penguasa ini diperburuk lagi dengan aktor-aktor lain di luar institusi pemerintah yaitu aktor politik dan pemilik modal, dimana tiga serangkai ini yang membuat *regulatory*, dimana akhir ceritanya harus secepatnya menghasilkan finansial,⁴ dan menurut pengamatan dan analisa saya wajib mendapatkan jaminan hari tua termasuk 7 (tujuh) turunannya dengan cara-cara yang licik pula.

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

A. Kebijakan Pemerintah dalam Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia

Dalam berbagai kebijakan pemerintah baik Pusat maupun Daerah, sudah pasti yang paling diutamakan dan dijalankan adalah kebijakan sektor-sektor ekonomi, bisnis dan infrastruktur karena sektor ini bagaikan **Sari Gula Dirubung Semut**. Bagaimana dengan sektor pembangunan kesehatan, khususnya penanggulangan dan pencegahan HIV/AIDS? Hasil penelitian saya menunjukkan pembangunan sektor kesehatan dari segi ekonomi dan politis sangat tidak menguntungkan bagi para pejabat dan penguasa yang berperilaku *rent-seeking*, karena sektor ini dianggap pemborosan keuangan tanpa bisa secara langsung dinikmati hasilnya dan yang lebih penting lagi tidak dapat secara cepat menghasilkan finansial dan keuntungan **pencitraan** bagi Kepala Daerah dan Anggota Dewan yang terpilih. Oleh karena itu saya menilai pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS selama ini hanyalah sebuah jargon dan *life service* semata, bahkan tidak pernah disampaikan dalam kampanye oleh calon Kepala Daerah dan calon Anggota Legislatif karena materi ini sangat tidak menguntungkan dalam pencitraan politik di masyarakat.

Perilaku *rent-seeking* ini adalah faktor utama keruntuhan ekonomi Negara dan Bangsa karena dia juga bersifat **predator ekonomi** dan sudah lama terjadi di Indonesia baik di Pusat maupun lebih-lebih berbagai Daerah.⁵ Hal ini sesuai dengan pendapat Todung Mulya Lubis dalam buku *Mengenal Teori-Teori Politik-Dari Sistem Politik sampai Korupsi* yang menyatakan adanya korupsi mahadahsyat terjadi dalam dunia politik, yang dia sebut sebagai Korupsi Politik (dalam Pilkada dan Pileg disebut *Money Politics*). Korupsi politik ini hanya subur dan bertambah subur terus di Negara yang tidak demokratis.⁶ Hasil studi saya ini memunculkan pertanyaan; Apakah Negara Indonesia selama ini tidak demokratis? Padahal berbagai media menyebutkan bahwa Negara kita adalah Negara demokratis di dunia? Banyak negara lain

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

melakukan studi banding ke Indonesia. Dimanakah kontrol dari negara dan masyarakat sebagai pintu untuk menutup atau mengurangi perilaku korupsi khususnya *rent-seeking* dan berbagai bentuk korupsi lainnya?

Fenomena korupsi politik tak lepas dari belum mapannya sistem politik kita, maka bila hal ini terus berlanjut kehancuran segera terjadi di Indonesia, karena korupsi politik ini terus menyasar ke berbagai sendi kehidupan kita dan kemakmuran semakin jauh, serta merusak ekonomi secara global.^{6]} Hal ini terus berjalan sampai merampas anggaran publik yang seyogyanya digunakan untuk fasilitas pelayanan publik, kemudian lambat laun membuat rakyat menjadi putus asa sehingga lahirlah konflik dan kekerasan, kriminalitas di mana-mana dan menurunkan daya saing sumber daya manusia.^{6,24}

Hasil studi ini menunjukkan persoalan lainnya adalah lemahnya advokasi dan akses dari berbagai *stakeholder* di bidang pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia dan boleh dikata tidak cukup ilmu, keberanian dan kemampuan untuk masuk dalam mempengaruhi kebijakan dari oligarki kekuasaan yang selalu dilandasi oleh perilaku *rent-seeking* tersebut. Terdapat beberapa tantangan dalam praktik advokasi kesehatan masyarakat, yaitu sifat politik yang mendorong perubahan, selalu terdapat kelompok yang resisten terhadap perubahan tersebut, kemudian tantangan kedua adalah para profesional kesehatan jarang mendapatkan pelatihan yang berkaitan dengan advokasi dan kondisi ini membuat perubahan-perubahan yang diharapkan sulit terjadi secara signifikan, selanjutnya tantangan yang terakhir bagi advokasi bidang kesehatan masyarakat yaitu kesenjangan linguistik antara pendekatan sosial yang diperlukan untuk kesehatan masyarakat dan pendekatan individual yang biasanya digunakan dalam isu-isu perawatan kesehatan.⁷

Faktor lainnya yang menyuburkan perilaku oligarki kekuasaan menurut pendapat Peter Evans menyatakan bahwa para oligarki predatoris adalah pejabat publik yang

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

menguasai sumber daya Negara untuk kepentingan pribadi, kerabat dan kelompoknya. Keberadaan oligarki predatoris erat hubungannya dengan keberadaan birokrasi yang patrimonial.⁸ Keterlibatan para pemilik modal yang mempunyai jaringan yang luas dengan para birokrasi dan politikus sudah tentu berhubungan secara simbiosis-mutualisme (biasa disebut dengan relasi bisnis yang bersifat jahat) karena sumber daya ekonomi dan kebijakan yang selalu terukur hasilnya dalam keuntungan pribadi dan golongan, maka dengan sendirinya tidak teralokasikanlah untuk keperluan atau kebutuhan publik dimana pola ini sudah mengakar dan menjadi kultus sejak zaman ORLA, ORBA dan sampai sekarang ini bahkan menjadi sangat subur di berbagai daerah.⁸ Relasi bisnis antar aktor pemerintah, aktor politik lokal dan pengusaha sangat lumrah dan menjadi budaya pada tatanan sistem pemerintahan yang lemah kontrol dari rakyat, sudah pasti relasi bisnis ini sangat menguntungkan mereka dan justru sangat merugikan bagi rakyat. Hal ini senada dengan pendapat Sidel (2004) yang menyatakan pengusaha lokal sebagai *local strongmen* dalam bidang ekonomi dan bahkan mampu mendikte kebijakan pemerintah.⁹ Terminologi *local strongmen* ini sebagai simbol pemerintah atau pengatur bayangan dalam kebijakan pemerintah karena memiliki kuasa ekonomi dan mampu membeli kekuasaan politik. Melemahnya *embedded autonomy* pemerintah dalam membuat kebijakan karena adanya kekuatan kelompok penekan, terutama kekuatan modal yang bermain di arena kekuasaan politik, dimana kekuatan ini telah mampu memanfaatkan isu demokratisasi dan perubahan institusi kekuasaan politik untuk mempengaruhi kebijakan ekonomi dan kekuasaan politik itu sendiri.¹⁰ Skema dan formula konspirasi kejahatan secara sistematis antara pengusaha, pemerintah dan aktor politik selalu dipertahankan dan dikembangkan ke berbagai bisnis yang menguntungkan dengan cepat bagi kepentingan mereka.⁹

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

B. Kasus HIV/AIDS dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia

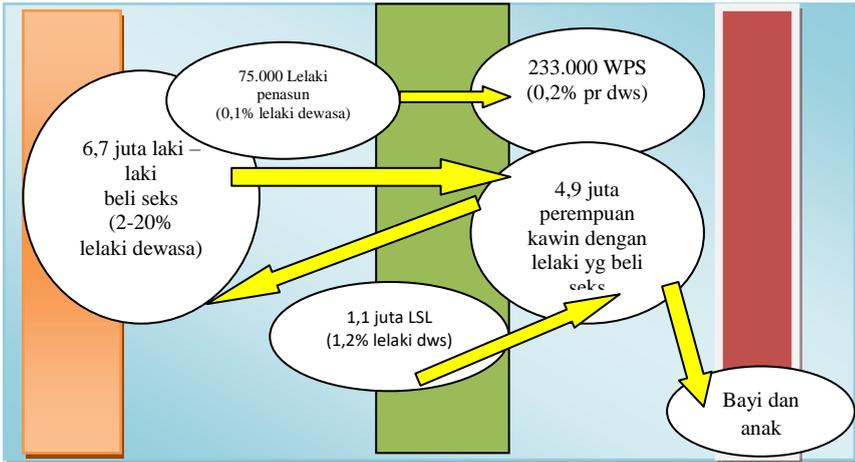
Indikator kemajuan berbagai pembangunan yang telah disepakati secara global adalah Indek Pembangunan Manusia (IPM) yang terdiri dari tiga golongan besar indikator yaitu Pendidikan, Ekonomi dan Kesehatan. Khusus indikator bidang pembangunan kesehatan terdiri dari Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), Usia Harapan Hidup (UHH), dan Status Gizi.⁷ AKI di Indonesia cukup tinggi jika dibandingkan dengan Negara-Negara ASEAN lainnya, yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup data pada tahun 2015 diakhir MDGS. AKB di Indonesia juga cukup tinggi yaitu pada angka 22,23 per 1.000 kelahiran hidup data tahun 2015.⁷ Persoalan status gizi di masyarakat juga tidak menguntungkan yaitu masih terlalu banyaknya masyarakat yang mengalami gizi kurang, status *stunting* juga menyebar di Indonesia bagian Tengah dan Timur. Kasus *stunting* di Provinsi Kalimantan Selatan mencapai 24% menduduki ranking ke 4 dari 33 provinsi,¹¹ di daerah perkotaan pada masyarakat ekonomi menengah ke atas terdapat status gizi lebih yang terus bertambah.⁷

Persoalan pembangunan bidang kesehatan di Indonesia pasca reformasi mengalami kemunduran yang signifikan. Data Kemenkes RI merilis terus bertambahnya kasus penyakit tidak menular dan semakin masifnya kasus penyakit menular, seperti TBC dan HIV/AIDS setiap tahunnya. Bagaimana dengan kasus HIV/AIDS di Indonesia? Data menunjukkan tidak ada Provinsi dan Kabupaten/Kota yang tidak tertulari Penyakit HIV/AIDS tersebut karena bersifat fenomena gunung es, dan yang lebih menyedihkan lagi kasus HIV/AIDS telah menasar ke ibu-ibu rumah tangga, bayi dan usia remaja bahkan sudah ada beberapa kasus menimpa penghuni Pondok Pesantren, sehingga populasi kunci pun menjadi bertambah dan bergeser yaitu lebih banyak ke ibu rumah tangga dan golongan usia remaja. Gambar 1. Di bawah ini

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

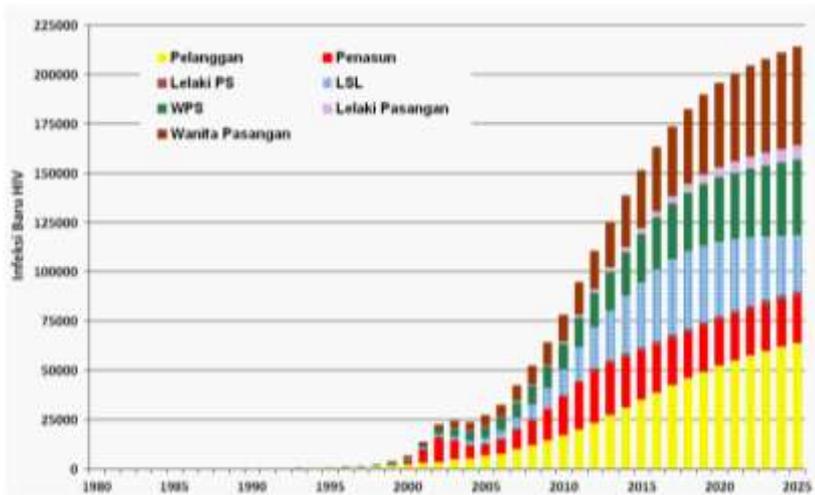
memperlihatkan populasi rawan terhadap penyebaran HIV/AIDS.

Gambar 1. Populasi Rawan Penularan HIV/AIDS di Dunia



Sumber: Depkes, 2010¹²

Gambar 2. Pergeseran Populasi Kunci Penularan HIV/AIDS di Indonesia



Sumber: KPAN, 2016¹³

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

Hasil studi ini menunjukkan bahwa dalam konteks pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia baik Pemerintah Pusat maupun Daerah, bukanlah sebuah isu penting dan seksi dalam pembangunan negeri ini. Para *stakeholder* dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS baik di Pusat maupun Daerah hanya ribut dan berkutut dengan cara-cara mereka dan kelompoknya saja yang saling adu argumentasi, namun tidak menyentuh dalam aplikasi *regulatory* pengambilan kebijakan. Hal ini bisa dilihat dengan minimnya alokasi anggaran yang digelontorkan baik APBN lebih-lebih APBD dan termasuk penyediaan Sumber Daya baik manusia maupun fasilitas pendukung operasional lainnya, bahkan beberapa tahun terakhir ini kita bergantung kepada *funding* luar negeri dan hasil studi saya ini menunjukkan bahwa para pegiat dan pemangku kepentingan lainnya, termasuk orang-orang yang berada di Perguruan Tinggi dan para peneliti yang hanya sibuk dan berkutut dengan berbagai penelitian HIV/AIDS ternyata tidak mampu menjadikan daya tawar hasil penelitiannya tersebut ke berbagai *stakeholder* di negeri ini. Staf Perguruan Tinggi hanya sebatas memenuhi syahwat Tridarma Perguruan Tinggi dan tidak ubahnya seperti menara gading, banyak dosen di Perguruan Tinggi dan Peneliti menjadikan kasus HIV/AIDS di Indonesia sebagai objek dan mencari untung finansial dan akademis belaka, sambil berkhayal bisa terkenal mampu menurunkan dan mencegah penyakit HIV/AIDS sampai orgasme. Intelektual dan akademisi yang sejatinya para cendekiawan ini sebagai pioner pemerintah untuk menyelesaikan persoalan bangsa, seperti kita berkaca kepada Negara maju bahwa salah satu unsur terpenting mereka adalah didayagunakannya kumpulan para cendekiawan di berbagai Perguruan Tinggi, hal ini tercatat dengan baik dalam sejarah bahwa tidak ada satu Negara pun yang bisa maju tanpa melibatkan dan mendayagunakan kaum cendekiawan, terutama yang berkaitan dengan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS. Kondisi di atas diperparah lagi dengan masih

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

lemahnya para pemangku kepentingan di bidang penanganan HIV/AIDS dalam melakukan advokasi, dan ada kecenderungan mereka mau bekerja bila ada bersentuhan dengan proyek, tentu hal ini sangat menyedihkan sekali.

Data menunjukkan bahwa para penderita HIV/AIDS masih banyak diperlakukan diskriminatif dan selalu dihubungkan dengan stigma negatif bahkan oleh petugas kesehatan sendiri di pelayanan kesehatan. Diskriminasi terjadi ketika pandangan-pandangan negatif mendorong orang atau lembaga untuk memperlakukan seseorang secara tidak adil yang didasarkan pada prasangka mereka akan status HIV seseorang. Banyak sekali contoh diskriminasi terhadap penderita HIV/AIDS di Indonesia, misalnya para staf rumah sakit yang jijik dan takut tertular bahkan menolak memberikan pelayanan kesehatan kepada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA), atau banyak atasan yang memberhentikan pegawainya berdasarkan status atau prasangka akan status HIV/AIDS mereka, atau keluarga/masyarakat yang menolak mereka yang hidup dengan HIV/AIDS karena dianggap sebagai penyakit kutukan dari Tuhan atau karena penyakit akibat dosa dan sangat menular.¹⁴

Selama ini, orang dengan HIV/AIDS (ODHA) memang selalu dikaitkan dengan diskriminasi dan stigma buruk lainnya, dimana stigma ini beroperasi bagaikan dalam penjara yang membatasi relasi sosial masyarakat, bahkan kejadian di kota Bogor tahun 2015 yang lalu ada ODHA yang dikarantina bahkan dipasung oleh keluarganya sendiri karena dianggap sebagai aib keluarga.¹⁵ Intrusi stigma oleh ODHA dengan persepsi negatif tentang diri mereka sendiri akan menimbulkan efek psikologi yang berat melihat diri mereka sendiri yang pada akhirnya akan mengalami depresi dan terus menurunkan kondisi kesehatan penderita itu sendiri, bahkan stigma yang buruk ini juga sekaligus menimpa keluarga ODHA itu sendiri.^{12,16} Beban penderitaan yang ditanggung ODHA dan keluarganya tidaklah ringan, para penderita akan selalu mengkonsumsi obat setiap harinya dan belum lagi

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

dikucilkan oleh lingkungan sosial maka kita secara tidak langsung memberikan beban ganda pada mereka dan keluarganya.^{12,16,17}

Herek, dkk pada tahun 2002 mengungkapkan hasil penelitiannya di Amerika Serikat bahwa sekitar 40 sampai 50% masyarakat percaya bahwa HIV dan AIDS dapat ditularkan melalui percikan bersin atau batuk, minum dari gelas yang sama, dan pemakaian toilet umum, sedangkan 20% percaya bahwa ciuman pipi bisa menularkan HIV/AIDS. Persepsi terhadap pengidap HIV atau penderita AIDS sangat mempengaruhi bagaimana orang tersebut akan bersikap dan berperilaku terhadap ODHA.¹³

Kurang pemahannya masyarakat tentang HIV dan AIDS merupakan salah satu faktor yang menyebabkan diskriminasi terhadap ODHA. Masyarakat hanya mengetahui HIV dan AIDS itu merupakan sebatas penyakit menular dan penderitanya berbahaya. Akan tetapi sebagian besar masyarakat masih belum memahami secara benar faktor penyebaran dan cara penanggulangannya. Adanya ketidakpahaman ini menyebabkan timbulnya sikap *over protective* terhadap ODHA, seperti diskriminasi dengan tidak mau bergaul dengan ODHA dan stigma bahwa penderita HIV dan AIDS harus dihindari.¹³

Stigma dan diskriminasi baik dilayanan kesehatan maupun di tempat lain menghambat orang, termasuk tenaga kesehatan, untuk mengakses layanan pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV serta menghambat mereka untuk mengadopsi perilaku kunci untuk pencegahan HIV.²² Stigma dan diskriminasi, dapat dihubungkan dengan ketakutan akan terjadinya kekerasan, mengecilkan hati ODHA untuk mengungkapkan status mereka bahkan kepada anggota keluarga dan pasangan seksual, hal ini juga melemahkan kemampuan dan kemauan mereka untuk mengakses pengobatan serta mempengaruhi terhadap kepatuhan berobat. Dengan demikian, stigma dan diskriminasi melemahkan kemampuan individu dan masyarakat untuk melindungi diri

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

dari HIV dan agar dapat tetap hidup sehat dengan status HIV nya.²³

Hasil studi lainnya bahwa keberadaan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA), baik di pusat lebih-lebih di daerah hanyalah sebuah simbol basa-basi semata, hanya sekedar penghibur atau *stand up comedy* dalam wacana, diskusi dan kajian berbagai pihak serta tidak ubahnya seperti pepatah lama " Hidup Segan Mati Tak Mau", apa lacur dikata mereka tidak mampu bekerja secara optimal karena daya dukung Sumber Daya Manusia dan Anggaran hanya cukup untuk membeli permen karet saja, padahal mereka dituntut untuk mengkoordinasikan ke berbagai instansi dan *stakeholder* lainnya dan apabila kasus HIV/AIDS sampai mencuat kepermukaan, misalnya saja melalui media cetak dan sebagainya, maka yang pertama kali menjadi sasaran adalah para pemangku kesehatan di daerah masing-masing, terutama KPA yang *notabene* sebagian besar petugas dan koordinatornya adalah para petugas kesehatan. Hal inilah yang banyak terjadi di daerah bahwa petugas kesehatan tersebut seperti Barisan Pemadam Kebakaran (BPK) saja. Kemudian disisi lainnya masalah isu kesehatan (minus penyakit HIV/AIDS) hanyalah dijadikan barang dagangan dan komersial bagi calon Kepala Daerah dan politikus dimasa kampanye Pilkada dan Pileg, tetapi setelah mereka menduduki jabatan, maka laksana pepatah melayu "Habis Manis Sepah Di buang", dan sudah tentu bagi mereka yang terpilih adalah mengembalikan secepat mungkin modal yang begitu mahalnya dimana semuanya ini pasti ditanggung kembali oleh masyarakatnya, hal seperti ini sungguh sangat ironis sekali bagi masyarakat kita.

Peran-peran sektor komunitas atau organisasi masyarakat sipil (OMS) juga masih belum berjalan dengan optimal. Karena mobilisasi komunitas memang tidak mudah untuk diwujudkan.²⁸ Dari sisi kinerja program penanggulangan AIDS, tingkat cakupan, perubahan perilaku, dan kepatuhan terhadap pengobatan, kontribusi sektor komunitas belum

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

mengindikasikan hasil kerja yang efektif. Peran advokasi juga belum mampu merespon hambatan-hambatan yang muncul. Sedangkan untuk peran pendidikan komunitas juga belum memberikan hasil yang signifikan karena masih rendahnya pengetahuan komprehensif untuk pencegahan maupun untuk mengatasi masalah stigma dan diskriminasi. Sejumlah evaluasi juga menunjukkan adanya indikasi bahwa sektor komunitas belum bisa secara maksimal berperan karena keterbatasan-keterbatasan yang dimilikinya, seperti kurangnya keterlibatan mereka dalam merancang pendekatan dalam intervensi yang harus mereka lakukan, akuntabilitasnya lebih kepada donor daripada kepada konstituennya dan terbatas pada isu pertanggungjawaban keuangan saja, serta konflik prioritas karena harus melakukan berbagai proyek yang seringkali berbeda pendekatan dan tujuan demi memastikan keberlangsungan organisasi mereka dari segi pendanaan. Tidak optimalnya sektor komunitas dalam menjalankan peran-perannya tersebut dipengaruhi oleh kapasitas institusi dan kondisi yang ada di konteks dimana sektor komunitas bekerja.¹⁸

Menurut hasil studi ini, bahwa dalam kondisi sistem Negara seperti sekarang ini, dimana para pemimpin negeri ini hanya mampu untuk melakukan pencitraan dan menganut budaya KKN, tidak ada satupun kebijakan yang mampu untuk mempercepat penanganan dan penghentian penyebaran penyakit HIV/AIDS di Indonesia, kecuali terjadinya perubahan sistem Ketata Negara kita dimana salah satu *cut point* nya yaitu perubahan dalam Undang-Undang Pemilu untuk tidak secara langsung dalam pemilihan Kepala Daerah dan Presiden serta hukum ditegakkan dengan sebenarnya walaupun bumi ini akan runtuh.

Keberlanjutan penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat daerah bergantung pada kecukupan dukungan pendanaan guna mendorong dan memperkuat proses perencanaan dan penganggaran rutin pemerintah daerah. Suatu pengamatan atas penggunaan anggaran daerah menunjukkan adanya

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

keterbatasan kapasitas penyaluran pendanaan pada badan-badan pelaksana proyek. Penambahan alokasi anggaran hanya akan menambah beban atas situasi yang sudah cukup sulit ini. Upaya integrasi atas proses-proses administratif perencanaan dan penganggaran antar pemerintah pusat dan daerah dapat menjadi suatu solusi kunci dalam mengatasi berkurangnya dukungan pendanaan internasional dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia.¹⁹

Untuk menjadikan prioritas politik, para advokator menghadapi berbagai tantangan, termasuk untuk menyediakan institusi yang efektif sebagai pengarah inisiatif dan membangun posisi publik terhadap isu agar para pemimpin politik merasa nyaman untuk melakukan dukungan terhadap isu ini.²¹

Peningkatan pendanaan daerah untuk penanggulangan HIV dan AIDS menjadi sangat penting dengan berkurangnya ketersediaan dukungan pendanaan luar negeri. Dengan upaya pemerintah saat ini yang menggalakkan pengarusutamaan nilai-nilai kedaulatan dan kebangsaan dalam pembangunan melalui Nawacita atau sembilan harapan dan keinginan, upaya untuk meningkatkan kontribusi pendanaan daerah menjadi sangat relevan. Namun semua ini memerlukan komitmen yang kuat dalam berbagi kewenangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pembagian kewenangan ini diharapkan dapat memicu ketersediaan pendanaan daerah dan integrasi penyusunan program, perencanaan, penganggaran dan pelaksanaan penanggulangan HIV dan AIDS. Integrasi tersebut dapat menjadi indikator kinerja kunci dari masing-masing pemerintahan, sementara policy brief ini menyediakan input bagi aktor-aktor dalam penanggulangan HIV dan AIDS serta sistem kesehatan dalam mempertajam rencana pelaksanaan Strategi dan Rencana Aksi Nasional (SRAN) tahun 2015-2019.²⁰ Selain itu, perlunya program penanggulangan HIV dan AIDS agar lebih efektif dan berkelanjutan untuk bersinergi dengan kebijakan perlindungan sosial yang berlaku.²⁷ Pemberian dana juga perlu

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

dipertimbangkan kepada lembaga swadaya masyarakat (LSM) karena LSM juga memiliki peran yang penting dalam mendukung program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS.^{29, 30}

Referensi

1. Rachbini dan Didiek J. Politik Ekonomi: Kebijakan dan Strategi. Jakarta: Granit; 2004.
2. Kuno & Yoshihara. The Rise of Ersatz Capitalism in Southeast Asia. New York: Oxford University Press; 1988.
3. Robison R. Class, Capital and The State in New Order Indonesia, in Higgot Richard & Robison R, Southeast Asia: Assay n the Political Economy of Structural Change, London: Routledge and Kegan Paul, Ltd; 1985.
4. Girling J. Corruption, Capitalism, and Democracy, London and New York: Routledge; 1997.
5. Hadiz dan Vedi R. Dinamika Kekuasaan: Ekonomi Politik Indonesia Pasca Soeharto. Jakarta: LP3ES; 2005.
6. Andrianus TP. Mengenal Teori-Teori Politik (Dari Sistem Politisi sampai Korupsi). Bandung: Penerbit Nuansa; 2006.
7. Palutturi S. Health Politics–Teori dan Praktek. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2015.
8. Evans P. Predatory, Delopment, and Other Appratuses: A Comparative Political Economic Perspective on the Third word state. Sociological Forum. 1989; 4(4).
9. Sidel J. Bossim and Democracy in the Philippine, Thailand, and Indonesia: To Wards an Alternative Framework for The Study of Local Strongmen. Palgrave Macmillan; 2004.
10. Marijan K. Sistem Politik Indonesia: Konsolidasi Demokrasi Pasca Orde Baru. Jakarta: Kencana Prenada Media Group; 2010.
11. Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. Laporan Tahunan Dalam Profil Dinas Kesehatan Propinsi Kalimanatan Selatan. Banjarmasin. 2015.

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

12. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, Cetakan Ketiga; 2010.
13. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional RI., Depkes RI., dan Universitas UDINUS, Semarang. Buku Ajar HIV dan AIDS dalam Kegiatan Training of Trainer Bagi Dosen Kesehatan Masyarakat. Semarang: UDINUS; 2016.
14. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan Bagi ODHA: Buku Pegangan Bagi Petugas Kesehatan. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2003.
15. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya, Jakarta: Departemen Kesehatan RI, Cetakan Kedua; 2008.
16. Nursalam dan Kurniawati ND. Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV dan AIDS. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
17. Yayasan Spritia. Lembaran Informasi tentang HIV dan AIDS untuk Orang yang Hidup dengan HIV/AIDS (ODHA)-Kewaspadaan Standar. Jakarta: Yayasan Spritia; 2013.
18. Pusat Kajian dan Manajemen Kesehatan. Keberlangsungan Peran Organisasi Masyarakat Sipil dalam Penanggulangan AIDS. Fakultas Kedokteran. Universitas Gadjah Mada. 2015.
19. Pusat Kajian dan Manajemen Kesehatan. Mengoptimalkan Perencanaan dan Penganggaran Daerah untuk Penanggulangan HIV dan AIDS. Fakultas Kedokteran. Universitas Gadjah Mada. 2015.
20. Pusat Kajian dan Manajemen Kesehatan. Bagaimana Meningkatkan Pendanaan Daerah untuk Penanggulangan HIV dan AIDS? Fakultas Kedokteran. Universitas Gadjah Mada. 2015.
21. Shiffman J and Smith S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *The Lancet* Vol.370 (9595). p1370-1379, 13 October 2007.

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

22. Nyblade et al. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *Journal of The International AIDS Society*. Vol.12(15). 2009.
23. UNAIDS. Related Stigma and Discrimination of HIV/AIDS. UNAIDS Document. 2014
24. Rispel et al. Exploring Corruption in The South African Health Sector. *Health Policy and Planning* Vol 31. P239-249. 2016.
25. Matt V. Health Care Rent Seeking in 90 Seconds. *The American Interest*. 2014.
26. Aidt TS. Rent Seeking and The Economic of Corruption. *Cambridge Working Paper Economics*. Faculty of Economics University of Cambridge. 2016.
27. Schwartlander B et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *The Lancet* 377(9782). p2031-2041. 2011.
28. Campbel and Cornish. Towards a "Fourth generation" of Approaches to HIV/AIDS Management: Creating Contexts for Effective Community Mobilisation. *AIDS Care*. Vol.22(2). p.1569-1579. 2010.
29. Anonim. Comparative Study on Financing Not-for-Profit Organization on HIV/AIDS Control Programs. *Option Paper*. 2015.
30. Sianturi SR. Peran Karang Taruna Dalam Menanggulangi Masalah HIV/ AIDS. *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Saint Carolus Jakarta*. 2014.

HIV/AIDS
“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

BAB II **KEBIJAKAN PEMERINTAH PUSAT**
DALAM PENCEGAHAN DAN
PENANGGULANGAN HIV/AIDS DI
INDONESIA

Kondisi HIV di Indonesia berkebalikan dengan kondisi global. Saat pertumbuhan kasus baru HIV di sejumlah negara menurun, di Indonesia malah naik. Jumlah kasus AIDS yang dilaporkan setiap tahunnya sangat meningkat secara signifikan. Total penderita sejak ditemukannya HIV/AIDS di Indonesia pertama kali pada 1987 hingga Juni 2012 adalah 86.762 untuk penderita HIV dan 32.103 jiwa untuk penderita AIDS dengan jumlah kematian sebanyak 5.623 jiwa. Sejak ditemukannya kasus AIDS pertama di Indonesia, telah banyak kebijakan - kebijakan yang dirumuskan dan dilaksanakan, baik yang menyangkut program pencegahan, pengobatan maupun hal-hal lain yang terkait dengan program penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Pemerintah Indonesia setidaknya telah melakukan berbagai kegiatan juga dengan kerjasama dengan berbagai pihak, baik organisasi donor, lembaga swadaya masyarakat (LSM), serta pihak-pihak yang peduli dengan masalah epidemi HIV/AIDS di Indonesia. Namun, terlihat jumlah pengidap HIV/AIDS semakin bertambah dari tahun ke tahun yang menjadi masalah utamanya adalah kurang tegasnya semua pihak yang seharusnya bertanggung jawab, kemudian ditambah lagi kepedulian masyarakat yang masih kurang terbangun. Keberlanjutan program penanganan yang dalam hal ini merupakan permasalahan yang perlu mendapatkan perhatian baik dalam konteks pencegahan, perawatan maupun rehabilitas.

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

A. Kebijakan Pemerintah Pusat dalam Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia

Sejak diakui keberadaannya oleh World Health Organization (WHO) pada tahun 1981, hingga kini, AIDS disebut telah merenggut lebih dari 25 juta jiwa. Fakta itu membuat AIDS menjadi salah satu epidemik global yang paling menghancurkan. AIDS menjadi masalah multinasional yang amat serius.¹

Di Indonesia, kasus pertama AIDS ditemukan tahun 1987. Di masa akhir 80-an tersebut, peningkatan infeksi AIDS terbilang lambat, sehingga belum ada tindakan penanggulangan yang cukup serius dari pemerintah. Barulah pada masa awal dan pertengahan tahun 90-an, terjadi peningkatan yang cukup tajam dalam penularan infeksi AIDS (sebagian besar disebabkan oleh penggunaan napza suntik) yang kemudian memaksa pemerintah untuk bergerak cepat membentuk lembaga khusus yang mengurus masalah AIDS.¹

Pada bulan Mei 1994, dibentuklah Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) melalui Keputusan Presiden 36/1994. Tujuan dasar dibentuknya KPAN ini adalah untuk meningkatkan upaya pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS.¹

Hanya saja, sebagai sebuah komisi yang bertugas dalam upaya penanggulangan AIDS, peran KPAN saat itu boleh dibilang belum maksimal. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya adalah upaya penanggulangan yang masih sangat terbatas dan hanya terfokus di sektor kesehatan, pembiayaan yang masih terbatas, sampai masalah SDM yang dinilai masih memiliki keterbatasan kapasitas dan kompetensi.¹

Di rentang pertengahan tahun 90-an sampai pertengahan tahun 2000-an, peningkatan infeksi AIDS semakin masif. Pada tahun 1993 di kalangan pengguna napza suntik, hanya 1 orang yang diketahui positif HIV (di Jakarta), pada bulan Maret 2002, sudah dilaporkan 116 kasus AIDS karena penggunaan napza suntik di 6 provinsi. Pada akhir

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

tahun 2004 dilaporkan 2.682 orang dengan AIDS dari 25 provinsi (kumulatif), diantaranya: 1844 adalah Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) baru: 649 orang stadium HIV dan 1.195 AIDS baru. Sebanyak 824 orang (68,95% dari AIDS yang baru dilaporkan) adalah akibat penggunaan napza suntik.¹

Hal ini kemudian membuat desakan atas penguatan peran KPAN semakin besar. Bulan Juli 2006, keluarlah Peraturan Presiden no 75/ 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Perpres ini mengatur tentang perubahan dalam status, keanggotaan maupun tata kerja KPAN. Boleh dibilang, Perpres 75/ 2006 menjadi tonggak lahirnya KPAN yang lebih baru, yang mana tugasnya adalah meningkatkan upaya pencegahan dan penanggulangan AIDS yang lebih intensif, menyeluruh, terpadu dan terkoordinasi.¹

Perpres 75/2006 membuat kerja KPAN lebih intensif, komprehensif dan terkoordinasi dengan sangat baik. Sebab selain membawa penguatan tupoksi KPAN, Perpres ini juga menguatkan fungsi sekretariat KPAN, yang tidak hanya untuk mendukung tim pelaksana KPAN, namun juga memiliki peran kunci dalam pelaksanaan fungsi koordinasi dan fasilitasi seluruh sektor terkait, baik ditingkat Nasional, Provinsi dan Kota/ Kabupaten. Selama Rentang Waktu Sepuluh Tahun Lebih Sejak Perpres 75/2006 Diteken, KPAN Sudah Melahirkan Banyak Peran Dalam Upaya Penanggulangan AIDS.¹

Penguatan kerja KPAN ini juga terlihat pada kenaikan jumlah kebijakan yang berhasil diterbitkan. Di tahun 2007 misalnya, jumlah kebijakan yang sudah diterbitkan sejumlah 38 kebijakan nasional, 6 kebijakan provinsi, dan 22 kebijakan kab/kota. Sedangkan di tahun 2013 terdapat 76 Kebijakan nasional, 14 Kebijakan ditingkat provinsi, dan 41 kebijakan ditingkat kota/ kabupaten. Sehingga pada akhir 2015, KPAN sudah berhasil mendorong terbitnya 267 kebijakan, terdiri dari 143 kebijakan nasional, 28 kebijakan provinsi, dan 131 kebijakan kab/kota. Ini adalah pencapaian yang luar biasa.¹

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

Hingga kini, sejak Perpres 75/2006 diteken, praktis, KPAN sudah berjalan selama satu dasawarsa lamanya. Selama rentang waktu 10 tahun lebih itu, KPAN sudah melahirkan banyak peran dalam upaya penanggulangan AIDS. Diantaranya adalah:¹

1. Menginisiasi penyusunan Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS (SRAN) 2010-2014 dan 2015-2019. SRAN adalah panduan program penanggulangan AIDS nasional yang disusun setiap 5 tahun, dan menjadi acuan pelaksanaan program penanggulangan AIDS baik di tingkat nasional maupun di daerah oleh seluruh sektor terkait.
2. Menjembatani penerima manfaat (LSM, Komunitas ODHA, Jaringan populasi kunci) dengan pemangku kebijakan (Kementerian/Lembaga, Instansi pemerintah terkait lainnya) dengan memastikan bahwa seluruh aspirasi akar rumput terakomodir di tingkat pemangku dan pembuat kebijakan, guna mendorong percepatan program penanggulangan AIDS, yang berdampak pada penurunan epidemi HIV di Indonesia. Salah satu hal yang sangat menarik adalah Kelembagaan KPA menjamin peran komunitas populasi kunci untuk betul-betul terlibat dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS, dimana di tingkat nasional diatur oleh Perpres nomor 75 tahun 2006 dan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota diatur dengan Permendagri nomor 20 tahun 2007, yang kemudian juga mengatur pemberdayaan masyarakat. Selain hal tersebut, di Indonesia telah terbentuk WPA yang aktif di seluruh provinsi sebanyak 1.313. Sebagian kegiatan WPA tsb sudah dibiayai oleh APBD termasuk Dana Desa.
3. Memimpin upaya penanggulangan AIDS di Indonesia, melalui fungsi koordinasi dan fasilitasi dengan melaksanakan pertemuan koordinasi tim pelaksana KPAN secara rutin, untuk memastikan program dilaksanakan secara terkoordinasi dan terarah serta tepat sasaran.

HIV/AIDS “Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

4. Mendorong terbitnya berbagai kebijakan terkait penanggulangan AIDS melalui berbagai kementerian/lembaga. Kebijakan HIV berkembang pesat sejak 2006 sampai dengan 2016. Tidak hanya dari segi jumlah, namun juga substansi isi kebijakan, dimana dewasa ini dapat dikatakan isinya sudah cukup komprehensif. Perkembangan ini terjadi mulai dari tingkat nasional sampai kabupaten dan kota
5. Mendorong mobilisasi pendanaan untuk menutupi kekurangan pendanaan penanggulangan AIDS di Indonesia yang dilakukan oleh kementerian/lembaga, LSM, mitra internasional, organisasi masyarakat sipil dan jaringan populasi kunci. Hasil analisis data National AIDS Spending Assessment (NASA) menunjukkan bahwa dalam delapan tahun antara 2006 sampai 2014 telah terjadi peningkatan jumlah dana program penanggulangan HIV/AIDS secara nasional sebesar 88% yaitu dari 57 juta USD tahun 2006 menjadi 107 juta USD tahun 2014. Peran dana domestik meningkat dari 27% pada tahun 2006 menjadi 57% pada tahun 2014. Sekalipun peran dana domestik telah meningkat, pendanaan program HIV/AIDS masih banyak bergantung pada dana internasional, yaitu sebesar 43%.
6. Mendorong terbentuknya kemitraan strategis dengan mitra internasional, jaringan populasi kunci, LSM dan sektor swasta, baik di tingkat nasional maupun di daerah. Sehingga banyak daerah yang telah berhasil mengintegrasikan pendanaan penanggulangan HIV & AIDS menjadi bagian dari K3 (kesehatan dan keselamatan kerja) dan juga CSR (*Corporate Social & Responcibility*).
7. Menginisiasi terbitnya Permendagri No.20/2007 tentang Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS dan Pemberdayaan Masyarakat dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS di daerah. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Kabupaten/Kota dibentuk melalui Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

20 tahun 2007. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi (KPAP) diketuai oleh Gubernur, dan Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/ Kota (KPA K/K) diketuai oleh Bupati atau Walikota. KPAP dan KPA K/K mempunyai tugas menetapkan kebijakan, strategi dan langkah-langkah yang diperlukan untuk penanggulangan AIDS di wilayah kerja masing-masing daerah sesuai kebijakan, strategi dan pedoman yang ditetapkan oleh KPAN. KPAP dan KPA K/K melaporkan secara berkala pelaksanaan tugasnya kepada KPAN.

8. Memfasilitasi terbentuknya KPA di tingkat provinsi/kabupaten/kota dan secara rutin melakukan pembinaan serta memberikan dukungan pendanaan untuk berjalannya fungsi operasional kesekretariatan. Dukungan baik dalam dan luar negeri yang disalurkan melalui KPAN dimanfaatkan untuk perluasan KPA di tingkat provinsi/kabupaten/kota dan mendorong percepatan dan perluasan cakupan program penanggulangan AIDS di Indonesia, serta dukungan melalui jaringan populasi kunci.

Saat ini, KPAP telah dibentuk di 34 provinsi dengan jumlah staf seluruhnya 310 orang (data Desember 2015). Delapan belas dari 34 provinsi (53%) gaji staf telah didukung oleh APBD. Dari 34 provinsi tersebut 28 provinsi telah mempunyai Perda atau Pergub tentang HIV dan AIDS. Perencanaan tahun 2016 di provinsi menghasilkan anggaran biaya yang meningkat untuk Sekretariat KPAP dari Rp. 34 milyar di tahun 2015 menjadi Rp. 65 milyar untuk tahun 2016 (naik 91%). Sebanyak 20 dari 34 KPA provinsi (59%) telah mengalokasikan dana pencegahan dari APBD 2015 untuk LSM, WPA dan OMS lainnya.¹

Sedangkan untuk, KPA K/K telah dibentuk di 325 Kabupaten/ Kota dengan jumlah staf seluruhnya sekitar 1.200 orang (data Desember 2015). 86 dari 141 kab/kota prioritas (61%) gaji staf telah didukung oleh APBD. Terdapat 104 kabupaten/ kota yang mempunyai Perda atau Perbup/

HIV/AIDS “Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

Perwali tentang HIV dan AIDS. Alokasi APBD kabupaten/kota untuk Sekretariat KPA pada tahun 2015 adalah sebesar Rp. 50 milyar dan tahun 2016 sebesar Rp. 55 milyar. Sebanyak 71 dari 141 KPA kab/kota (50%) telah mengalokasikan dana pencegahan dari APBD 2015 untuk LSM, WPA dan OMS lainnya.¹

Dengan aneka capaian di atas, tak heran jika KPAN dinilai oleh banyak pihak sukses menjalankan fungsinya sebagai lembaga penanggulangan AIDS. Namun di akhir tahun 2016 kemarin, Presiden Jokowi sudah meneken Perpres 124 Tahun 2016 untuk menggantikan Perpres 75 Tahun 2006. Dampak Perpres baru ini membuat seluruh peraturan yang mengacu pada Perpres 75/2006 tak lagi berlaku. Hal ini otomatis akan berdampak pada KPAP dan KPA Kabupaten/Kota.¹

Selain itu, dalam Perpres yang baru tersebut, tepatnya di pasal 17A ayat satu, menegaskan bahwa Komisi Penanggulangan AIDS Nasional akan menyelesaikan tugasnya paling lambat 31 Desember 2017. Itu artinya, di akhir tahun 2017 ini, sudah tak akan ada lagi KPA Nasional dan tentunya akan berdampak pada KPAP dan KPA Kota/kabupaten. Karena kebijakan pencegahan dan penanggulangan HIV & AIDS, termasuk SK dan Instruksi Menteri, dan Peraturan di daerah mengacu pada perpres 75/2006.¹

Ini tentu ironis, di saat posisi KPAN yang kuat masih sangat dibutuhkan untuk terus mengawal pelaksanaan program penanggulangan AIDS yang dilaksanakan oleh kementerian/lembaga, organisasi masyarakat sipil, LSM, jaringan populasi kunci dan sektor swasta, ia justru dibubarkan. Bahkan posisi sekretariat KPA Nasional hanya ditempatkan pada fungsi administratif. Padahal begitu banyak keberhasilan yang sudah di capai selama ini yang tentunya kedepan perlu ditingkatkan bersama kementerian dan lembaga.¹

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

B. Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS di Indonesia (2010 - 2014 dan 2015 - 2019)

1. Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS Tahun 2010 - 2014

a. Status Epidemologi HIV

1) Status Epidemologi Global

AIDS yang pertama kali ditemukan pada tahun 1981 telah berkembang menjadi masalah kesehatan global. Sekitar 60 juta orang telah tertular HIV dan 25 juta telah meninggal akibat AIDS, sedangkan saat ini orang yang hidup dengan HIV sekitar 35 juta. Setiap hari terdapat 7400 orang baru terkena HIV atau 5 orang per menit. Pada tahun 2007 terjadi 2,7 juta infeksi baru HIV dan 2 juta kematian akibat AIDS (Sumber: Report on the global AIDS epidemic, UNAIDS, 2008). Di Asia terdapat 4,9 juta orang yang terinfeksi HIV, 440 ribu diantaranya adalah infeksi baru dan telah menyebabkan kematian 300 ribu orang di tahun 2007. Cara penularan di Asia sangat bervariasi, namun yang mendorong epidemi adalah tiga perilaku yang berisiko tinggi: Seks komersial yang tidak terlindungi, berbagi alat suntik di kalangan pengguna narkoba dan seks antar lelaki yang tidak terlindungi.²

2) Status Epidemologi di Indonesia

Sejak kasus AIDS pertama dilaporkan pada tahun 1987 di Bali jumlah kasus bertambah secara perlahan menjadi 225 kasus di tahun 2000. Sejak itu kasus AIDS bertambah cepat dipicu oleh penggunaan narkoba suntik. Pada tahun 2006, sudah terdapat 8.194 kasus AIDS.²

Pada akhir Juni 2009 dilaporkan sebesar 17.699 pasien AIDS, 15.608 orang diantaranya dalam golongan usia produktif 25-49 tahun (88%). Sejak tahun 2000, prevalensi HIV di Indonesia meningkat menjadi di atas 5% pada populasi kunci, seperti pengguna narkoba suntik, pekerja seks, waria, LSL, sehingga dikatakan Indonesia telah memasuki tahapan epidemi terkonsentrasi. Hasil

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

Surveilans Terpadu HIV dan Perilaku (STHP) tahun 2007, prevalensi rata-rata HIV pada berbagai populasi kunci tersebut adalah sebagai berikut: WPS langsung 10,4%; WPS tidak langsung 4,6%; waria 24,4%; pelanggan WPS 0,8% (hasil survey dari 6 kota pada populasi pelanggan WPS yang terdiri dari supir truk, anak buah kapal, pekerja pelabuhan dan tukang ojek) dengan kisaran antara 0,2%-1,8%; lelaki seks dengan lelaki (LSL) 5,2%; pengguna napza suntik 52,4%. Di Provinsi Papua dan Papua Barat terdapat pergerakan ke arah generalized epidemic yang dipicu oleh seks tidak aman dengan prevalensi HIV sebesar 2,4% pada penduduk usia 15- 49 tahun.³ Jumlah populasi dewasa terinfeksi HIV di Indonesia tahun 2006 diperkirakan 193.000 orang, dimana di antaranya 21% adalah perempuan. Pada tahun 2009 diperkirakan jumlah ODHA sudah mencapai 333.200 dimana proporsi untuk perempuan telah meningkat menjadi 25%. Kondisi ini menunjukkan sedang terjadi feminisasi epidemi HIV di Indonesia.²

Penyebaran infeksi HIV di Indonesia dapat dilihat pada peta berikut ini:



Gambar 3. Peta Sebaran Epidemik HIV di Indonesia

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

Peta di atas memperlihatkan bahwa epidemi HIV di Indonesia bervariasi antar wilayah. Kecuali di Provinsi Papua dan Papua Barat, epidemi HIV pada sebagian besar provinsi di Indonesia masih terkonsentrasi pada populasi kunci, dengan prevalensi >5%. Di Provinsi Papua dan Papua Barat, epidemi sudah memasuki masyarakat dengan prevalensi berkisar 1,36%-2,41%.⁴

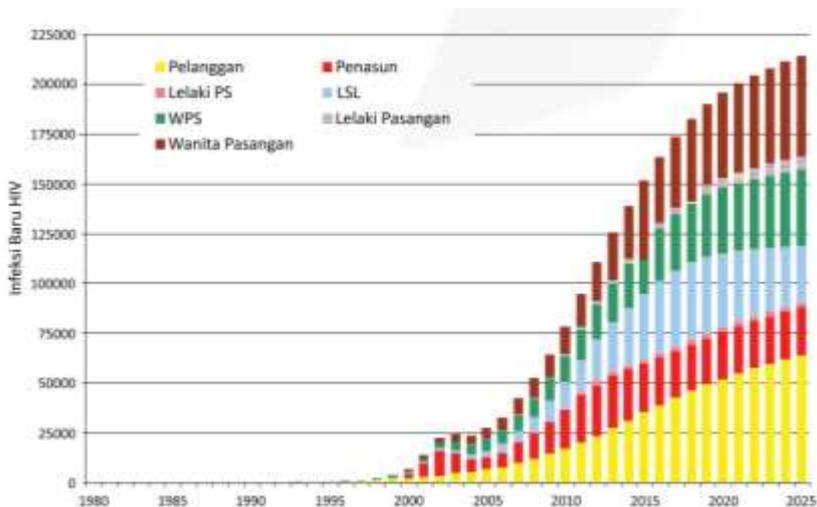
Penyelenggaraan upaya penanggulangan AIDS di Indonesia pada 2007 - 2010 sudah semakin baik. Hasil kajian tengah periode (Mid Term Review) terhadap Strategi dan Rencana Aksi Nasional tahun 2007-2010 dari tiga aspek yang dilihat (cakupan, efektifitas dan kesinambungan program), menunjukkan telah terjadi sejumlah perkembangan. Hal ini tidak lepas dari peningkatan mutu manajemen penyelenggaraan, mulai dari aspek perencanaan, pelaksanaan sampai dengan pengawasan dan evaluasi. Akan tetapi masih dijumpai berbagai kelemahan yang perlu diatasi untuk mencegah agar kelemahan-kelemahan itu yang pada beberapa hal dapat menjadi hambatan, tidak terulang lagi. Beberapa kelemahan dalam penyelenggaraan rencana aksi tahun 2007-2010 yang perlu mendapat perhatian adalah sebagai berikut:⁵

- a) Kepemimpinan pada beberapa sektor dan beberapa daerah yang berdampak tidak terbitnya kebijakan dan minimnya program yang diselenggarakan.
- b) Manajemen yang masih perlu peningkatan, seperti penggunaan anggaran yang kurang transparan dan kurang mengarah pada pencapaian sasaran.
- c) Manajemen logistik, terutama berkaitan dengan ARV dan metadon, sehingga sering terjadi kekurangan ARV dan metadon di beberapa tempat layanan pengobatan.

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

- d) Koordinasi dan kemitraan di daerah yang belum sepenuhnya berjalan, sehingga KPA di daerah sering mendapat kesulitan dalam mengkoordinasikannya.
 - e) Pelibatan populasi kunci yang belum maksimal, terutama dalam program pencegahan.
 - f) Sistem monitoring dan evaluasi yang masih perlu ditingkatkan terutama di daerah dan sektor
- 3) Kecenderungan Epidemik ke Depan

Kecenderungan epidemik HIV ke depan dengan pemodelan memberikan gambaran yang lebih jelas tentang penularan HIV saat ini dan perubahannya ke depan. Proses pemodelan tersebut menggunakan data demografi, perilaku dan epidemiologi pada populasi kunci.²



Dari hasil proyeksi diperkirakan akan terjadi hal-hal berikut:

- Peningkatan prevalensi HIV pada populasi usia 15-49 tahun dari 0,21% pada tahun 2008 menjadi 0,4% di tahun 2014.

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

- Peningkatan jumlah infeksi baru HIV pada perempuan, sehingga akan berdampak meningkatnya jumlah infeksi HIV pada anak.
- Peningkatan infeksi baru yang signifikan pada seluruh kelompok LSL.
- Perlu adanya kewaspadaan terhadap potensi meningkatnya infeksi baru pada pasangan seksual (intimate partner) dari masing-masing populasi kunci.
- Peningkatan jumlah ODHA dari sekitar 404.600 pada tahun 2010 menjadi 813.720 pada tahun 2014. ⁶
- Peningkatan kebutuhan ART dari 50.400 pada tahun 2010 menjadi 86.800 pada tahun 2014 (Sumber: Pemodelan Matematik Epidemi HIV di Indonesia, 2008-2014, Kemkes). Meningkatnya jumlah ODHA yang memerlukan ART, di atas akan lebih meningkat jika ada kebijakan perubahan kriteria CD4 dalam penetapan kebutuhan ART, misalnya dari 200 menjadi 350.

b. Situasi Penanggulangan HIV dan AIDS

1) Perkembangan Respons Penanggulangan AIDS di Indonesia

Pada tahun 1987 Menteri Kesehatan membentuk panitia AIDS nasional yang diketuai oleh Dirjen P2MPL. Pada tahun 1994 dikeluarkan Keppres nomer 36 tahun 1994 tentang pembentukan KPA di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota. KPA Nasional yang diketuai oleh Menko Kesra mengeluarkan strategi nasional dan rencana kerja lima tahun penanggulangan AIDS 1994-1998. Berdasarkan strategi nasional tersebut, banyak mitra internasional mendukung pelaksanaan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Setelah itu, beberapa kementerian mengeluarkan peraturan terkait upaya penanggulangan HIV misalnya Peraturan Menteri Pendidikan No.9/U/1997 mengenai

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

pencegahan HIV/ AIDS melalui pendidikan, diikuti dengan Peraturan Menteri Pendidikan No.303/U/1997 mengenai pedoman pelaksanaannya.

Pada tahun 2001, Indonesia menandatangani Deklarasi Komitmen Penanggulangan HIV dan AIDS UNGASS. Untuk meningkatkan penanggulangan HIV dan AIDS, pada tahun 2004 Komitmen Sentani ditandatangani oleh beberapa menteri (Menteri Koordinator bidang Kesejahteraan Rakyat, Menteri Kesehatan, Menteri Dalam Negeri, Menteri Sosial, Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Agama), Kepala BKKBN dan Ketua Komisi VII DPR RI, serta 6 gubernur. Pada tahun 2003 Kementerian Kesehatan menyusun Rencana Strategis Penanggulangan AIDS sektor kesehatan. Sektor lain juga merespons adanya HIV dan AIDS, antara lain Kemennaker mengeluarkan Kepmennaker pada tahun 2004 untuk mengimplementasikan program HIV dan AIDS di tempat kerja, sedangkan Kemsos dan BKKBN membentuk unit yang menangani HIV dan AIDS. Untuk menanggulangi masalah penularan HIV melalui penggunaan napza suntik, pada tahun 2003 dibuat nota kesepahaman antara Menko Kesra selaku Ketua KPA dan KAPOLRI selaku Ketua BNN. Untuk mengkoordinasikan penanggulangan AIDS, pada tahun 2003, Menko Kesra menyusun Strategi Nasional 2003-2007.

Kemudian, Perpres nomor 75 tahun 2006 menandai terjadinya intensifikasi penanggulangan AIDS. Keanggotaan KPA Nasional diperluas dengan mengikutsertakan wakil organisasi profesi dan masyarakat termasuk jaringan ODHA. Dalam Perpres tersebut disebutkan bahwa KPA Nasional diketuai oleh Menko Kesra, bertanggung jawab langsung kepada Presiden dan mempunyai Sekretaris yang purna waktu. Sejak tahun 2006 dimulai penguatan Sekretariat KPA di

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

100 kabupaten/kota prioritas dan tahun 2007 penguatan Sekretariat KPA di 33 provinsi.

Pada tahun 2007, dengan berakhirnya Renstra tahun 2003-2007, dikeluarkan Strategi Nasional dan Rencana Aksi Nasional 2007-2010. Pada tahun yang sama Menko Kesra mengeluarkan Permenko Kesra No. 2 tahun 2007 tentang pengurangan dampak buruk di kalangan penasun, Mendagri mengeluarkan Permendagri No. 20 Tahun 2007 tentang pedoman pembentukan KPA dan pemberdayaan masyarakat di daerah, dan Kemkumham mengeluarkan kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS di lembaga permasyarakatan. Pada tahun 2008, dikeluarkan pedoman penyusunan anggaran kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS. Pada tahun 2009, dikeluarkan pedoman program komprehensif pencegahan HIV melalui transmisi seksual. Begitu pula telah diterbitkan berbagai peraturan di tingkat sektor dan daerah. Perkembangan kebijakan yang mendukung ini mendorong berkembangnya berbagai layanan untuk pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan.

c. Perkembangan Cakupan dan Efektivitas Program

1) Program Pencegahan Penularan Melalui Alat Suntik

Populasi penasun didorong untuk mengikuti layanan alat suntik steril (LASS). Layanan ini terus dikembangkan baik melalui LASS di tingkat komunitas maupun di layanan kesehatan seperti puskesmas. Ketersediaan LASS telah bertambah dari 17 unit layanan di tahun 2005 menjadi 182 unit layanan di tahun 2008, yaitu di 113 puskesmas dan 69 unit di beberapa LSM. STHP tahun 2007 menemukan bahwa lebih banyak penasun pergi ke layanan di komunitas (LSM) daripada di puskesmas. Layanan di puskesmas perlu ditingkatkan agar menjadi lebih mudah diakses oleh penasun. Layanan tersebut menyediakan informasi dan

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

penukaran alat suntik steril kepada penasun. Sampai dengan tahun 2008, terdapat 49.000 penasun yang telah mengakses layanan alat suntik steril.

Upaya pencegahan melalui alat suntik melalui pengurangan dampak buruk (harm reduction) mendorong penasun untuk berperilaku sehat, baik terhadap penularan HIV maupun akses terhadap layanan pencegahan dan pengobatan. Berdasarkan hasil STBP 2007, telah terjadi perubahan perilaku yang cukup bermakna di kelompok penasun, yaitu meningkatnya penggunaan kondom, meningkatnya akses layanan alat suntik steril dan terjadinya penurunan yang cukup bermakna dalam kebiasaan suntik berbagi. Kebiasaan berbagi alat suntik pada saat menyuntik di kelompok penasun di 4 kota (Surabaya, Jakarta, Medan, Bandung) cenderung turun yaitu berkisar antara 5-52%.

Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya keberhasilan tersebut antara lain adalah sebagai berikut: Sudah tersedianya kebijakan yang memadai, adanya lingkungan yang mendukung dalam bentuk law enforcement untuk penasun agar tidak dikriminalisasi, adanya pelibatan peran komunitas penasun dan penguatan kelompok pengguna sehingga dapat menyadarkan dan menggerakkan penasun lainnya untuk memanfaatkan dan ikut dalam upaya pencegahan, serta adanya sistem layanan kesehatan yang disediakan dan dekat dengan mereka yang memerlukan sehingga dapat menarik penasun dari isolasi penggunaan napza yang ilegal. Program pengurangan dampak buruk secara komprehensif telah dilaksanakan di beberapa daerah, terutama di daerah dimana penasun berjumlah cukup banyak. Ke depan, upaya pencegahan melalui transmisi alat suntik akan terus dikembangkan dengan memanfaatkan hasil-hasil yang telah terbukti efektif.

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

2) Program Terapi Rumatan Metadon

Layanan terapi rumatan metadon disediakan untuk mengganti ketergantungan dan kebiasaan perilaku penasun terhadap penggunaan narkoba melalui alat suntik, sehingga dapat meminimalkan penularan HIV. Hingga akhir tahun 2008, telah tersedia 46 unit layanan terapi rumatan metadon yang dilaksanakan di puskesmas (27), rumah sakit (15) dan lapas (4). Jumlah pasien yang memperoleh layanan metadon sebanyak 2.711 orang atau baru 12% dari target tahun 2008 (21.790 orang).

3) Program di Lembaga Pemasarakatan

Program penanggulangan HIV dan AIDS di Lembaga Pemasarakatan (Lapas) dikembangkan sejak tahun 2007. Beberapa kebijakan yang telah tersedia antara lain adalah Stranas Penanggulangan HIV dan AIDS dan Penyalahgunaan Narkoba di Lapas/ Rutan; Rencana Induk Penguatan Sistem dan Penyediaan Layanan Klinis Terkait HIV dan AIDS di Lapas/Rutan; Petunjuk Pelaksana Teknis Layanan Dukungan dan Pengobatan HIV dan AIDS di Lapas/Rutan; SOP Pelaksanaan Metadon di Lapas/Rutan; Surat Edaran Dirjen Pemasarakatan Tentang Monitoring dan Evaluasi Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Lapas/Rutan.

Pada tahun 2010, Kemkumham menetapkan target sebanyak 96 penjara yang diharapkan dapat melaksanakan program pencegahan HIV dan AIDS secara komprehensif. Hingga saat ini sudah terdapat 15 Lapas yang melaksanakan layanan komprehensif untuk penanggulangan HIV dan AIDS, dan sampai bulan Juli 2009 terdapat 4.285 warga binaan yang telah mendapat layanan VCT. Sudah terdapat 4 lapas yang telah menyediakan layanan metadon, dan hingga tahun 2008, sebanyak 1.079 WBP telah mengakses layanan terapi metadon.

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

Sudah terdapat 53 lapas yang bekerja sama dengan rumah sakit rujukan untuk menyediakan layanan ART, TB dan IO lainnya kepada WBP. Pelaksanaan program di lapas, dilakukan melalui kerjasama dengan LSM. Ada sekitar 26 LSM yang melakukan program di lapas termasuk untuk penjangkauan WBP.

Keterbatasan dana dan sumberdaya manusia dalam penanggulangan HIV dan AIDS, masih menjadi penghambat dalam implementasi program di Lapas. Dengan dukungan GF R8, akan diperluas program HIV di 82 lapas di 12 provinsi. Program tersebut meliputi penguatan kapasitas program di lapas, kerjasama dengan komunitas dan LSM dalam kaitannya dengan peningkatan informasi pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan, konseling dan testing.

4) Program di Lembaga Pemasyarakatan

Program penanggulangan HIV dan AIDS di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) dikembangkan sejak tahun 2007. Beberapa kebijakan yang telah tersedia antara lain adalah Stranas Penanggulangan HIV dan AIDS dan Penyalahgunaan Narkoba di Lapas/ Rutan; Rencana Induk Penguatan Sistem dan Penyediaan Layanan Klinis Terkait HIV dan AIDS di Lapas/Rutan; Petunjuk Pelaksana Teknis Layanan Dukungan dan Pengobatan HIV dan AIDS di Lapas/Rutan; SOP Pelaksanaan Metadon di Lapas/Rutan; Surat Edaran Dirjen Pemasyarakatan Tentang Monitoring dan Evaluasi Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Lapas/Rutan.

Pada tahun 2010, Kemkumham menetapkan target sebanyak 96 penjara yang diharapkan dapat melaksanakan program pencegahan HIV dan AIDS secara komprehensif. Hingga saat ini sudah terdapat 15 Lapas yang melaksanakan layanan komprehensif untuk penanggulangan HIV dan AIDS, dan sampai bulan Juli

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

2009 terdapat 4.285 warga binaan yang telah mendapat layanan VCT. Sudah terdapat 4 lapas yang telah menyediakan layanan metadon, dan hingga tahun 2008, sebanyak 1.079 WBP telah mengakses layanan terapi metadon.

Sudah terdapat 53 lapas yang bekerja sama dengan rumah sakit rujukan untuk menyediakan layanan ART, TB dan IO lainnya kepada WBP. Pelaksanaan program di lapas, dilakukan melalui kerjasama dengan LSM. Ada sekitar 26 LSM yang melakukan program di lapas termasuk untuk penjangkauan WBP.

Keterbatasan dana dan sumberdaya manusia dalam penanggulangan HIV dan AIDS, masih menjadi penghambat dalam implementasi program di Lapas. Dengan dukungan GF R8, akan diperluas program HIV di 82 lapas di 12 provinsi. Program tersebut meliputi penguatan kapasitas program di lapas, kerjasama dengan komunitas dan LSM dalam kaitannya dengan peningkatan informasi pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan, konseling dan testing.

5) Program Pencegahan Penularan HIV Melalui Transmisi Seksual

Program pencegahan penularan HIV melalui transmisi seksual dilakukan melalui promosi kondom dan penyediaan layanan infeksi menular seksual. Pada tahun 2008, jumlah layanan IMS yang telah tersedia adalah sebanyak 245 unit layanan, yang dilaksanakan di puskesmas, klinik swasta, klinik perusahaan maupun masyarakat. Program promosi kondom telah dilaksanakan di lokasi dan kelompok komunitas. Kegiatan promosi kondom telah menjangkau 27.180 WPS, 403.030 pelanggan WPS, 27.810 Waria, 63.980 LSL dan 50.420 penasun.⁷ Jumlah outlet kondom telah dikembangkan sebanyak 15.000 unit dan sebanyak 20 juta kondom telah didistribusikan setiap tahunnya baik

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

secara gratis maupun komersial.⁸ KPA Nasional telah berinisiatif untuk mengembangkan program komprehensif untuk pencegahan HIV dengan intervensi struktural di 12 kab/kota termasuk penyediaan outlet kondom, yang akan dilanjutkan menjadi 36 lokasi hingga tahun 2014 dengan dukungan dana GF R8.

Program pencegahan penularan melalui transmisi seksual juga dilakukan secara terus menerus kepada remaja baik di dalam sekolah maupun di luar sekolah (SMP sederajat) melalui sektor pendidikan sebagai bagian dari pendidikan keterampilan hidup (life skill education). Program ini telah dilaksanakan dan bermanfaat terutama di Provinsi Papua dan Papua Barat, dimana epidemi sudah meluas di masyarakat.

Penularan HIV melalui transmisi seksual dapat dicegah secara efektif dengan menunda melakukan hubungan seks, setia pada pasangan dan menggunakan kondom. Penggunaan kondom pada populasi kunci dibandingkan angka tahun 2002 belum mengalami peningkatan yang bermakna, misalnya pada kelompok wanita pekerja seks meningkat hanya 2% per tahunnya. Pada kelompok pelanggan tidak mengalami perubahan dari tahun ke tahun, sedangkan pada kelompok Waria dan LSL pemakaian kondom cenderung menurun. Untuk itu, perlu perubahan pendekatan untuk meningkatkan penggunaan kondom pada populasi kunci ini. Menurut STHP 2007 penggunaan kondom secara konsisten adalah 35% pada WPS; Waria 40%; LSL 20%; Pelanggan WPS 15%; Penasun 30%. Pada pengguna narkoba suntik didapatkan peningkatan yang cukup bermakna dalam perilaku penggunaan kondom yaitu dari 17% tahun 2004 menjadi 30% tahun 2007.

Program pencegahan dengan penggunaan kondom belum kelihatan efektif pada WPS, pelanggan, waria dan LSL. Beberapa kendala upaya pencegahan melalui transmisi seksual selama ini adalah tidak

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

adanya jaminan kepastian dana untuk penyediaan kondom oleh pemerintah, masih belum adanya kebijakan yang mendukung dan tingginya penolakan masyarakat dalam issue kondom sebagai alat pencegah penularan HIV, serta terbatasnya promosi secara luas tentang penggunaan kondom di masyarakat.

6) Program Pencegahan Penularan HIV Melalui Ibu ke Bayi (PMTCT)

Penularan HIV melalui ibu ke bayi cenderung mengalami peningkatan seiring dengan meningkatnya jumlah perempuan HIV positif yang tertular baik dari pasangan maupun akibat perilaku yang berisiko. Meskipun data prevalensi penularan HIV dari ibu ke bayi masih terbatas, namun jumlah ibu hamil yang positif cenderung meningkat. Berdasarkan hasil proyeksi, jumlah ibu hamil positif yang memerlukan layanan PMTCT akan meningkat dari 5.730 orang pada tahun 2010 menjadi 8.170 orang pada tahun 2014.

Sejak tahun 2007, upaya pencegahan penularan HIV melalui ibu ke bayi telah dilaksanakan dalam skala yang masih terbatas, khususnya di daerah dengan tingkat epidemi HIV tinggi. Hingga tahun 2008 telah tersedia layanan PMTCT sebanyak 30 layanan yang terintegrasi dalam layanan KIA (Antenatal Care). Jumlah ibu hamil yang mengikuti test HIV sebanyak 5.167 orang, dimana 1.306 (25%) diantaranya positif HIV. Namun baru 165 orang atau 12,6% yang memperoleh ARV prophylaxis yang dilaksanakan di 30 unit layanan. Program PMTCT juga telah dilaksanakan oleh beberapa lembaga masyarakat khususnya untuk penjangkauan dan memperluas akses layanan ke PMTCT.

7) Konseling dan Testing Sukarela (Voluntary Counseling and Testing)

Layanan kesehatan yang pertama dalam pencegahan adalah layanan VCT. Diharapkan seluruh

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

populasi kunci mendapatkan pemeriksaan HIV melalui layanan ini. Salah satu tujuan dari promosi pencegahan adalah mendorong populasi kunci ke layanan VCT. Hingga tahun 2008, jumlah layanan VCT terdapat sebanyak 547 unit, baik yang dilaksanakan oleh pemerintah (383) maupun swasta dan masyarakat (164). Di daerah yang terjangkau kegiatan pencegahan layanan VCT mengalami peningkatan. Dalam kurun waktu 2004-2007 terjadi peningkatan layanan VCT terhadap populasi kunci: Pada WPS dari 27% menjadi 41%; pelanggan WPS dari 6% menjadi 10%; Waria dari 47% menjadi 64%; LSL dari 19% menjadi 37% dan penasun dari 18% menjadi 41%.³

8) Cakupan Program pada Populasi Kunci

Cakupan program yang di tahun 2006 masih terbatas, saat ini telah meningkat. Sekalipun cakupan meningkat, namun ternyata masih ada kesenjangan yang besar untuk dapat mencapai target universal access.

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"



Gambar 4. Cakupan Program Dibandingkan dengan Target Universal Access 2010

Gambar 4, menggambarkan perkembangan cakupan dari pencapaian 2006-2008 dan perkiraan pencapaian 2010-2014 dengan adanya dukungan dana dari domestik maupun GF R8 tampak bahwa masih terdapat kesenjangan yang besar pada cakupan LSL yang disebabkan oleh terbatasnya pendanaan dan program.

Berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan sebelumnya dapat diketahui juga beberapa kebutuhan yang perlu dikembangkan dalam strategi berikutnya yaitu menjangkau populasi kunci melalui kolaborasi antara pemerintah dan masyarakat sipil, serta peningkatan peran aktif komunitas dan masyarakat sipil dalam implementasi program.

d. Arah Kebijakan Nasional

Pembangunan kualitas hidup dan produktifitas manusia di Indonesia saat ini sedang mengalami ancaman nyata. Hal ini ditunjukkan oleh tingginya tingkat penularan penyakit yang disebabkan oleh virus HIV. Kasus AIDS telah dilaporkan oleh semua provinsi

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

dan lebih dari 214 kabupaten/kota, dengan kemungkinan angka tersebut akan terus bertambah jika epidemi ini tidak ditangani dengan lebih serius. Epidemi HIV yang bersifat multidimensi, sudah meningkat sampai pada tingkat 'terkonsentrasi', dimana Prevalensi HIV sudah melampaui angka 5% pada populasi kunci yang rawan tertular HIV yaitu Wanita Pekerja Seks, Pengguna Narkoba Suntik, Warga Binaan Lembaga Pemasyarakatan, Lelaki Seks dengan Lelaki. Di Provinsi Papua dan Papua Barat, epidemi bahkan sudah menyebar sampai ke masyarakat umum, dimana Prevalensi HIV pada populasi dewasa (15-49 tahun) sudah 2,4%. Adanya peningkatan epidemi demikian akan menyebabkan beban sosial dan ekonomi menjadi jauh lebih berat lagi bagi pembangunan manusia Indonesia ke depan.

- 1) Peningkatan dan perluasan cakupan pencegahan
- 2) Peningkatan dan perluasan cakupan perawatan, dukungan dan pengobatan
- 3) Pengurangan dampak negatif dari epidemi dengan meningkatkan akses ke program mitigasi sosial
- 4) Penguatan kemitraan, sistem kesehatan dan sistem masyarakat
- 5) Peningkatan koordinasi dan mobilisasi dana. Keenam, pengembangan intervensi struktural
- 6) Penerapan perencanaan, prioritas dan implementasi program berbasis data

Strategi ini memerlukan peran aktif multipihak baik pemerintah maupun masyarakat termasuk mereka yang terinfeksi dan terdampak, sehingga keseluruhan upaya penanggulangan HIV dan AIDS dapat dilakukan dengan sebaik-baiknya, yang menyangkut area pencegahan, pengobatan, mitigasi dampak dan pengembangan lingkungan yang kondusif.

- 1) Bidang kesehatan sangat berperan dalam memberikan perawatan, dukungan dan pengobatan bagi mereka

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

yang terinfeksi serta berbagai bentuk layanan pencegahan penyakit.

- 2) Bidang penanganan narkoba berkaitan erat dengan upaya pencegahan infeksi melalui suntikan.
- 3) Bidang pertahanan dan keamanan berperan besar melindungi personil yang tugasnya rentan terhadap penularan HIV
- 4) Bidang hukum terutama berperan mencegah dan menanggulangi penularan di lingkungan lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan.
- 5) Bidang ketenagakerjaan, perhubungan, pekerjaan umum dan pertambangan berperan besar dalam meningkatkan upaya pencegahan dan melindungi para tenaga kerja terhadap penularan HIV, akibat mobilitas mereka yang tinggi atau lingkungan kerja yang berisiko.
- 6) Bidang pendidikan, pemuda, keagamaan dan keluarga, sangat berperan untuk melindungi anggota keluarga tercegah dari risiko terinfeksi.
- 7) Bidang kesejahteraan rakyat, urusan dalam negeri, pemberdayaan perempuan, keuangan, perencanaan pembangunan serta penelitian sesuai dengan tugasnya, berperan besar untuk menyiapkan lingkungan kondusif baik kebijakan dan dukungan sumber daya. Selain bekerja sesuai tugas dan fungsi pokok, setiap sektor harus dapat melindungi pegawai dan keluarganya dari infeksi HIV.
- 8) Bidang-bidang sosial dan kemasyarakatan berperan dalam menjangkau dan penanganan mereka yang mempunyai masalah sosial yang berisiko tinggi tertular dan menularkan, serta mitigasi dampak sosial.
- 9) Bidang pariwisata berperan melindungi seluruh anggota masyarakat yang terlibat dalam industri pariwisata yang di satu sisi menawarkan hal baik tetapi di lain pihak juga mempunyai dampak negatif yang berisiko bagi penularan infeksi HIV.

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

2. Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS Tahun 2015 - 2019⁹

1) Status Epidemi Global

Secara global, epidemi HIV mengalami penurunan sekitar 33% sejak 2001, sehingga pada tahun 2012 diperkirakan terjadi hanya sekitar 2,3 juta infeksi baru pada dewasa dan anak. Kematian yang dikaitkan dengan AIDS menurun sampai 30% sejak 2005 karena peningkatan akses pengobatan ARV, termasuk kematian yang dikaitkan dengan TB, juga menurun sampai 30% sejak 2004.¹⁰

Dalam setahun, telah terjadi peningkatan 20% dalam pengobatan ARV karena hampir 10 juta orang dari negara-negara berkembang mendapat akses pengobatan ARV. Diperkirakan di tahun 2013 dan seterusnya akan ada tambahan 10 juta ODHA lagi yang masuk ke dalam kriteria pengobatan sebagai dampak dari perubahan batas ambang nilai CD4 untuk pengobatan ARV yang diperlonggar dari 350 cell/mm³ menjadi 500 cell/mm³. Beberapa negara bahkan telah menjalankan Test and Treat dimana inisiasi pengobatan ARV dilakukan segera setelah hasil tes HIV nya positif, tanpa perlu merujuk pada nilai CD4-nya.

Pengendalian HIV dan AIDS di Asia Pasifik cukup sukses dengan perkiraan penurunan infeksi baru HIV sampai dengan 26% sejak 2001. Jika dihitung pencapaian keseluruhan region Asia Pasifik, cakupan pengobatan ARV mencapai 51%, atau peningkatan sampai 46% sejak tahun 2009. Kematian yang dikaitkan dengan AIDS diperkirakan menurun sampai 270.000 orang atau 18% sejak 2005 sampai 2012.

2) Status Epidemi di Indonesia

Indonesia menghadapi epidemi HIV terkonsentrasi di sebagian besar provinsi, kecuali di dua provinsi, yaitu Papua dan Papua Barat, menghadapi epidemi HIV pada populasi umum. Secara nasional, estimasi prevalensi HIV pada populasi usia 15-49 tahun pada daerah epidemi terkonsentrasi sebesar 0,4%, sedangkan di Provinsi Papua

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

dan Papua Barat sebesar 2,4% pada populasi kelompok umur yang sama (2013).⁹

Dengan estimasi dan proyeksi HIV dan AIDS yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan tahun 2012, dapat diperkirakan pada tahun 2013 terdapat 80.000 infeksi baru HIV, 600.000 orang dengan HIV dan AIDS, dan 30.000 orang meninggal terkait AIDS di Indonesia. Situasi ini akan terus mengalami peningkatan jika tidak dibarengi dengan upaya yang strategis.⁹

Pada daerah epidemi terkonsentrasi, infeksi HIV terjadi dengan angka prevalensi tinggi pada populasi kunci, seperti laki-laki suka seks dengan laki-laki (LSL), waria, wanita pekerja seks (WPS) dan pelanggannya, serta pengguna napza suntik (penasun). Pada tahun 2012, diperkirakan estimasi jumlah populasi kunci tersebut sebesar 8 juta orang.⁹

3) Perkembangan Program dan Cakupan

1) Promosi Kesehatan

Pada tahun 2012, pemerintah berupaya untuk menciptakan kondisi yang kondusif untuk peningkatan pengetahuan tentang HIV dan AIDS bagi masyarakat melalui Kesepakatan Bersama 5 Menteri yaitu Menteri Dalam Negeri, Menteri Sosial, Menteri Kesehatan, Menteri Pendidikan dan Kebudayaan dan Menteri Agama. Upaya peningkatan pengetahuan dan pemahaman di kalangan remaja dilakukan melalui melalui program Aku Bangga Aku Tahu (ABAT) yang diintegrasikan dalam kegiatan pendidikan formal dan nonformal (SMP, SMA, MTs, MA, Perguruan Tinggi, Karang Taruna). Program ABAT dilengkapi dengan 325 fasilitator terlatih yang berasal dari 65 Kabupaten/kota di 13 provinsi.⁹

Bentuk kampanye lain yang dilakukan adalah melalui media sosial (Microsite, tweeter dan facebook), media elektronik (media televisi, radio dan talkshow) dan media cetak (periklanan pada koran dan pesan

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

kampanye pada kereta rel listrik di jabodetabek), menjalin kemitraan dengan dunia usaha, koordinasi dan konsolidasi dengan lintas sektor.⁹

2) Layanan Alat Suntik Steril dan Terapi Rumatan Metadon

Sejak tahun 2006, Puskesmas telah melaksanakan LASS bagi penasun. Sampai dengan tahun 2013, terdapat 194 unit LASS dimana 162 unit adalah Puskesmas dan 32 unit di LSM, yang tersebar di 19 propinsi dan 72 kabupaten/kota. Review program LASS oleh KPAN menyimpulkan akses alat suntik steril di kota-kota seperti Makassar, Surabaya, Medan, Jakarta dan Bandung bagi penasun sudah tidak menjadi masalah. Dari hasil STBP 2011 juga disebutkan bahwa 33% penasun memperoleh alat suntik steril secara mandiri dari apotek.⁹

Layanan program terapi rumatan metadon (PTRM) umumnya diberikan oleh RS, namun di beberapa kota dengan tingkat kebutuhan yang cukup tinggi seperti di Provinsi DKI Jakarta, Pulau Jawa dan Bali maka layanan terapi rumatan metadon tersedia di Puskesmas dan Lembaga Pemasasyarakatan (Lapas) terpilih. Sampai dengan Bulan September 2014, layanan PTRM berjumlah 86 unit dimana 35 unit di RS, 42 unit di Puskesmas dan 9 unit di Lapas dan Rutan, yang tersebar di 17 provinsi.⁹

3) Konseling dan Tes HIV

Selama 5 tahun terakhir, fasilitas layanan konseling dan tes HIV meningkat 6 kali lipat dari 156 layanan di 27 provinsi pada tahun 2008 menjadi 990 layanan di 33 provinsi pada tahun 2013 dan terus

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

bertambah. Jumlah orang yang dites HIV juga mengalami peningkatan yang signifikan.⁹

Pemanfaatan layanan tes HIV yang meningkat dikonfirmasi oleh data STBP yang menunjukkan telah terjadi peningkatan pada populasi kunci, waria 45% menjadi 54%, WPSL 54% menjadi 67%, WPSTL 31% menjadi 42%, penasun 40% menjadi 54%, LSL 25% menjadi 38%.¹¹

4) Penanganan IMS dan Pencegahan penularan HIV melalui hubungan seksual

Data STBP 2011 dan STBP 2013 mengungkapkan tetap tingginya angka IMS di kalangan populasi kunci. Angka penggunaan kondom pada seks komersial dilaporkan telah meningkat, tapi angka klamidia dan gonore pada WPSL dan WPSTL meningkat sedangkan prevalensi sifilis dilaporkan berkurang. Prevalensi IMS di populasi umum tidak diketahui dan surveilans IMS tidak secara rutin dilaksanakan.. Kondom mulai tersedia di beberapa klinik, bahkan beberapa Puskesmas sudah mulai menyediakan kondom di tempat-tempat yang mudah diakses. Antibiotik untuk pengobatan sifilis (benzatin penisilin), gonore (sefiksime) dan klamidia (azitromisin) tersedia di klinik IMS, namun pengobatannya terkadang tidak sesuai standar, pemberitahuan pada pasangan dan penanganannya juga tidak rutin dilaksanakan. Belum semua layanan IMS terintegrasi dengan layanan KIA dan skrining sifilis pada ibu hamil tidak secara rutin dilaksanakan. Dilaporkan bahwa pemeriksaan sifilis pernah dilakukan secara rutin di layanan ibu hamil

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

tetapi berhenti pada beberapa tahun terakhir dengan alasan yang tidak jelas. ⁹

Jumlah layanan IMS telah bertambah dari 301 layanan pada tahun 2011 menjadi 1.287 layanan di bulan September 2014, 1.174 di antaranya adalah Puskesmas di 124 kabupaten dan 70 kota di 34 provinsi. Dukungan pemeriksaan laboratorium dasar untuk diagnosis IMS masih kurang memadai, begitu pula pemantauan mutu eksternal nya. Jumlah layanan IMS dan jejaring antara layanan IMS dengan layanan lainnya masih terbatas. Surveilans untuk resistensi terhadap antibiotik juga belum dilakukan secara rutin. ⁹

5) Program Pencegahan Penularan HIV melalui Ibu ke Anak (PPIA)

Berdasarkan hasil proyeksi, prevalensi ibu hamil yang positif cenderung meningkat dari 0,34% pada tahun 2011 menjadi 0,49% di tahun 2016 (Estimasi 2012). Dengan meningkatnya jumlah perempuan usia reproduktif yang terinfeksi HIV, maka penularan HIV dari ibu ke anak akan cenderung meningkat jika upaya pencegahan tidak dipercepat dan diperluas. Sampai September 2014, jumlah unit layanan PPIA telah mencapai 119 Rumah Sakit dan 91 Puskesmas. Sebanyak 236 fasyankes terlatih layanan PPIA di 65 kab/kota di 21 provinsi. Jumlah ibu hamil yang mengikuti tes HIV meningkat secara signifikan dari 100,926 orang (2013) menjadi 215.879 (September 2014), dimana 3.1% (2013) dan 0.9% (September 2014) diantaranya HIV positif. ⁹

Sesuai rekomendasi hasil kajian eksternal tahun 2011, maka pada tahun 2013 Kementerian Kesehatan

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

mengeluarkan (1) Surat Edaran Menteri Kesehatan No. 1 tahun 2013 tentang Pelayanan PPIA, (2) Peraturan Menteri Kesehatan No 51 tahun 2013, tentang Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA), (3) Rencana Aksi Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (RAN PPIA) 2013-2017, dan (4) Pedoman Pelaksanaan PPIA bagi Petugas Kesehatan. Dokumen-dokumen tersebut mendukung perluasan cakupan tes HIV pada ibu hamil yang datang ke pelayanan antenatal.⁹

Di beberapa layanan, penerimaan atas penawaran tes HIV di kalangan ibu hamil yang dilakukan pada ANC cukup tinggi, namun beberapa layanan konseling dan tes HIV nampak secara pasif menawarkan tes HIV. Dokter spesialis kebidanan belum banyak dilibatkan dan umumnya masih merekomendasikan persalinan melalui bedah sesar tanpa memandang status klinis ataupun terapi ARV. Meskipun banyak ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas, namun kunjungan antenatal pertama di Puskesmas seringkali dilakukan pada kehamilan yang telah lanjut bahkan sering sudah mendekati persalinan. Program monitoring dan evaluasi yang komprehensif atas program layanan PPIA selain pelaporan rutin PPIA mulai dikembangkan melibatkan kedua program.⁹

6) Program Perawatan, Dukungan dan Pengobatan

Dalam kurun waktu 2009 sampai dengan September 2014 terjadi peningkatan jumlah layanan PDP dari 154 menjadi 329 Rumah Sakit rujukan ARV, 15 Puskesmas Rujukan Mandiri, dan 6 fasyankes lainnya serta 120 unit layanan satelit ARV. Layanan

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

ART masih terpusat di RS, dan masih menjadi kendala bagi beberapa ODHA untuk mengakses ARV karena sulitnya transportasi. Cakupan pengobatan ARV nasional baru 23% dari estimasi jumlah ODHA yang membutuhkan pengobatan ARV. Perluasan layanan ARV sampai ke Puskesmas akan memudahkan ODHA untuk mengakses yang akan meningkatkan cakupan ARV bagi ODHA.⁹

Infeksi oportunistik merupakan penyebab kematian pada ODHA, dan yang paling sering dilaporkan adalah kandidiasis (mencapai 30% dari seluruh kasus infeksi oportunistik) Tuberkulosis (22%), dan diare kronis (22%).¹¹

4) Arah Kebijakan Nasional

Strategi dalam RAN ini merupakan kelanjutan dari strategi dalam RAN 2009-2014 dengan memperhatikan hasil-hasil pelaksanaannya. Strategi yang dikembangkan berupaya menjawab berbagai tantangan yang ada, dan sesuai hasil rekomendasi Kajian Eksternal Upaya Sektor Kesehatan dalam Pengendalian HIV dan AIDS di Indonesia tahun 2008-2011 dan Kajian Paruh Waktu SRAN 2010-2014.⁹

Mengacu pada strategi pengendalian HIV dan AIDS dalam Permenkes no. 21 tahun 2013, maka dapat dirangkum 2 strategi pengendalian sebagai berikut:⁹

- 1) Meningkatkan cakupan layanan HIV-AIDS dan IMS melalui LKB
- 2) Memperkuat sistem kesehatan nasional dalam pelaksanaan Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) HIV-AIDS dan IMS

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

Kegiatan Utama disusun berdasarkan kelompok program untuk mendukung strategi 1 dan strategi 2. Kegiatan utama ini akan diuraikan menurut tempat dan waktu pelaksanaan sesuai dengan “Grand Design” rencana pengembangan program nasional pengendalian HIV-AIDS dan IMS.⁹

Kegiatan utama strategi-1 : Meningkatkan cakupan layanan HIV-AIDS dan IMS melalui LKB⁹

- 1) Peningkatan Konseling dan Tes HIV
- 2) Peningkatan Cakupan dan Retensi Pengobatan ARV
- 3) Pengendalian Infeksi Menular Seksual (IMS)
- 4) Pencegahan Penularan HIV dari Ibu dan Anak (PPIA),
- 5) Kolaborasi TB-HIV
- 6) Pengembangan Laboratorium HIV dan IMS
- 7) Program Pengurangan Dampak Buruk Napza (PDBN)
- 8) Kewaspadaan Standar
- 9) Peningkatan Promosi Pencegahan HIV dan IMS
- 10) Meningkatkan Pengamanan Darah Donor dan Produk Darah Lain

Kegiatan Utama Strategi 2: Penguatan Sistem Kesehatan Nasional dalam pelaksanaan Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) HIV-AIDS dan IMS⁹

- 1) Penguatan Sistem Pembiayaan Program
- 2) Penguatan Manajemen Program
- 3) Pengembangan Sumber Daya Manusia
- 4) Penguatan Sistem Informasi Strategis dan Monitoring dan Evaluasi
- 5) Penguatan Tata Kelola Logistik program HIV-AIDS dan IMS

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

- 6) Memperkuat Jejaring Kerja dan Meningkatkan Partisipasi Masyarakat

Referensi

1. Anonim. Kebijakan Pemerintah dalam Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. docslide. <https://dokumen.tips/documents/kebijakan-pemerintah-dalam-penanggulangan-hiv-aids-di-indonesia.html>. Diakses pada Tanggal 21 Agustus 2017.
2. Anonim. Mau Dibawa ke Mana Penanggulangan AIDS di Indonesia di Masa Mendatang?. Kita Setara. <https://kumparan.com/kita-setara/mau-dibawa-ke-mana-penanggulangan-aids-di-indonesia-di-masa-mendatang>. Diakses pada Tanggal 21 Agustus 2017.
3. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2007. Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007 -2010 KPAN. Jakarta.
4. Badan Pusat Statistik. 2006 Perilaku berisiko dan prevalensi HIV di Tanah Papua. Hasil STHP tahun 2006 di Tanah Papua. BPS-Kemkes-KPAN. Jakarta.
5. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2009. Mid Term Review Stranas dan RAN 2007-2010. Draft Agustus 2009. KPAN. Jakarta
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2008. Pemodelan matematika epidemi HIV di Indonesia tahun 2008-2014. Kementerian Kesehatan. Jakarta.
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2009. Laporan Triwulan Kasus AIDS dan HIV 30 juni 2009. Kementerian Kesehatan. Jakarta.
8. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2008. *Indonesia country report on the follow up to declaration of commitment on HIV/AIDS*. UNGASS AIDS

HIV/AIDS
“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

9. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2015. Rencana Aksi Nasional dan Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS Tahun 2015 - 2019. KPAN. Jakarta.
10. World Health Organization. *Global Update on HIV treatment*. 2013.
11. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Surveilans Terpadu Biologi dan Perilaku Nasional Tahun 2007, 2011 dan Tahun 2009. Kementerian Kesehatan, Jakarta. 2013.

HIV/AIDS
“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

BAB III
KEBIJAKAN PEMERINTAH DAERAH
DALAM PENCEGAHAN DAN
PENANGGULANGAN HIV/AIDS DI
INDONESIA

Penanganan HIV/AIDS di tingkat daerah ditunjukkan dengan dibentuknya Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Kabupaten/Kota melalui Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 20 tahun 2007. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi (KPAP) diketuai oleh Gubernur, dan Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/ Kota (KPA K/K) diketuai oleh Bupati atau Walikota. KPAP dan KPA K/K mempunyai tugas menetapkan kebijakan, strategi dan langkah-langkah yang diperlukan untuk penanggulangan AIDS di wilayah kerja masing-masing daerah sesuai kebijakan, strategi dan pedoman yang ditetapkan oleh KPAN. KPAP dan KPA K/K melaporkan secara berkala pelaksanaan tugasnya kepada KPAN.¹

Saat ini, KPAP telah dibentuk di 34 provinsi dengan jumlah staf seluruhnya 310 orang (data Desember 2015). Delapan belas dari 34 provinsi (53%) gaji staf telah didukung oleh APBD. Dari 34 provinsi tersebut 28 provinsi telah mempunyai Perda atau Pergub tentang HIV dan AIDS. Perencanaan tahun 2016 di provinsi menghasilkan anggaran biaya yang meningkat untuk Sekretariat KPAP dari Rp. 34 milyar di tahun 2015 menjadi Rp. 65 milyar untuk tahun 2016 (naik 91%). Sebanyak 20 dari 34 KPA provinsi (59%) telah mengalokasikan dana pencegahan dari APBD 2015 untuk LSM, WPA dan OMS lainnya.¹

Sedangkan untuk, KPA K/K telah dibentuk di 325 Kabupaten/ Kota dengan jumlah staf seluruhnya sekitar 1.200 orang (data Desember 2015). 86 dari 141 kab/kota prioritas (61%) gaji staf telah didukung oleh APBD. Terdapat 104 kabupaten/kota yang mempunyai Perda atau Perbup/ Perwali tentang HIV dan AIDS. Alokasi APBD kabupaten/ kota untuk Sekretariat KPA pada tahun 2015 adalah sebesar Rp. 50 milyar dan tahun 2016 sebesar Rp. 55 milyar. Sebanyak 71 dari 141 KPA kab/kota (50%)

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

telah mengalokasikan dana pencegahan dari APBD 2015 untuk LSM, WPA dan OMS lainnya.¹

Berikut akan disampaikan beberapa kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di Daerah²

1. Jawa

- a. Kebijakan Pemerintah Provinsi Jawa Barat (Kota Bandung, Bogor, dan Bekasi)³

1) Kebijakan

Salah satu kebijakan Pemerintah Provinsi Jawa Barat dalam Penanggulangan HIV/AIDS adalah mengenai Program Pencegahan dan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA). Program Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA) merupakan bagian dari rangkaian upaya pengendalian HIV-AIDS. Dengan semakin meningkatnya jumlah kasus penularan HIV dari ibu ke anak, sangat diperlukan upaya pencegahan dan pengendalian yang harus melibatkan semua level pemerintahan dan bukan hanya di level pemerintah pusat saja. Upaya pencegahan dan pengendalian tersebut sangat membutuhkan dukungan daerah yang dapat dituangkan ke dalam kebijakan dari masing-masing daerah yang disesuaikan dengan endemisitas penyakit dan dukungan sumber daya yang ada.³

Untuk kebijakan dari provinsi tertuang dalam Peraturan Daerah (Perda) Provinsi yaitu Perda nomor 12 Tahun 2012 tentang pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Implementasi dari Perda Provinsi Jawa Barat ini adalah dengan menambah jumlah layanan pemeriksaan HIV bagi ibu hamil di sebagian besar kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat, menambah jumlah puskesmas yang dijadikan sebagai satelit pengobatan HIV dari rumah sakit, memperluas jangkauan monitoring dan evaluasi di kabupaten/kota yang sudah dapat melayani PPIA, dan sebagainya.³

Mengenai kebijakan yang mendukung terintegrasinya layanan PPIA dalam pelayanan

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

kesehatan ibu dan anak, sebagian besar pemerintah daerah di tiga kota menyatakan sudah ada dan merujuk kepada kebijakan yang dibuat oleh pemerintah pusat. Untuk kegiatan layanan PPIA sebagian besar sudah dilakukan secara komprehensif ke dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak seperti screening sudah dilakukan di setiap puskesmas. Untuk kebijakan dalam meningkatkan akses perempuan ODHA pada pelayanan kesehatan, pemerintah daerah Kota Bandung, Kota Bekasi maupun Kota Bogor sudah ada kebijakannya. Kebijakan yang ada di Kota Bandung dan Kota Bekasi adalah membuka pusat pelayanan kesehatan baik puskesmas maupun RS vertikal pemerintah untuk memfasilitasi pemeriksaan HIV dan pengobatan IMS. Sedangkan untuk Kota Bogor kebijakan yang ada adalah melakukan kerjasama dengan LSM. Kebijakan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat adalah dengan menambah jumlah fasilitas PPK I yang akan dijadikan sebagai Puskesmas satelit.³

2) Kemitraan

Dalam hal kebijakan untuk memperkuat kemitraan dalam menyediakan layanan PPIA serta advokasi untuk meningkatkan sumber daya, di tingkat provinsi sudah ada kebijakan yang mengacu pada kebijakan pusat dan konsep layanan Layanan HIV-AIDS dan IMS Komprehensif dan Berkesinambungan (LKB). Sedangkan di tingkat kota sebagian besar sudah ada kebijakan tersebut dan sudah melakukan kemitraan dengan lembaga swadaya masyarakat, rumah sakit swasta, KPAD dan laboratorium swasta.³

3) Komitmen Daerah dan Dukungan Sistem Daerah

Komitmen pemerintah daerah tingkat kota dalam mendukung layanan PPIA, sebagian besar dalam bentuk memberikan dukungan seperti menambah anggaran di APBD untuk penanggulangan HIV-AIDS, mengadakan pelatihan PPIA untuk tenaga kesehatan,

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

konseling dan tes HIV pada ibu hamil. Sedangkan untuk pemerintah Provinsi Jawa Barat komitmen dalam mendukung layanan PPIA adalah mewajibkan rumah sakit dapat memberikan layanan PPIA, demikian juga untuk puskesmas satelitnya. Dukungan dari sistem kesehatan daerah dalam meningkatkan program PPIA, di tingkat provinsi, sudah ada sistem kesehatan daerah walaupun belum seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat. Sedangkan di Kota Bandung dan Kota Bogor sudah ada PERDA (Peraturan Daerah) dan SIKDA (Sistem Informasi Kesehatan Daerah) yang dituangkan dalam RENSTRADA (Rencana Strategi Daerah).³

Komitmen pemerintah daerah tingkat kota dalam mendukung layanan PPIA, sebagian besar dalam bentuk memberikan dukungan seperti menambah anggaran di APBD untuk penanggulangan HIV-AIDS, mengadakan pelatihan PPIA untuk tenaga kesehatan, konseling dan tes HIV pada ibu hamil. Sedangkan untuk pemerintah Provinsi Jawa Barat komitmen dalam mendukung layanan PPIA adalah mewajibkan rumah sakit dapat memberikan layanan PPIA, demikian juga untuk puskesmas satelitnya.³

Dukungan dari sistem kesehatan daerah dalam meningkatkan program PPIA, di tingkat provinsi, sudah ada sistem kesehatan daerah walaupun belum seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat. Sedangkan di Kota Bandung dan Kota Bogor sudah ada PERDA (Peraturan Daerah) dan SIKDA (Sistem Informasi Kesehatan Daerah) yang dituangkan dalam RENSTRADA (Rencana Strategi Daerah).³

4) Pendanaan

Untuk menyelenggarakan strategi dan rencana aksi tahun 2010 – 2014 dibutuhkan dana yang tidak sedikit. Dana tersebut bersumber dari anggaran pemerintah pusat (APBN), anggaran pemerintah provinsi dan

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

kabupaten/kota (APBD) dan bantuan dari pihak swasta, masyarakat dan mitra internasional. Semua sumber pendanaan dapat berupa dana tunai maupun non tunai, misalnya dari masyarakat dapat berbentuk kontribusi tenaga maupun fasilitas masyarakat. Dari pihak swasta kontribusi dapat berupa program-program tanggung jawab sosial perusahaan Corporate Social Responsibility (CSR) yang diselenggarakan oleh perusahaan-perusahaan nasional maupun multi nasional.³

Dalam hal pendanaan khusus program PPIA belum ada, pendanaan masih secara umum untuk program pengendalian HIV/AIDS. Di tingkat provinsi tidak dianggarkan ke dalam RAPBD, tetapi dimasukkan ke dana dekonsentrasi dari Pusat, walaupun baru terbatas pada peningkatan kapasitas SDM di Puskesmas. Selain sumber dana dari pemerintah juga ada bantuan dari luar pemerintah. Sama halnya dengan pendanaan, bantuan dari luar pemerintah juga tidak dikhususkan untuk program PPIA tetapi untuk program HIV-AIDS secara keseluruhan. Sebagian besar bantuan didapat dari Global Fund (GF), High Cooperation Program for Indonesia (HCPI) dan Corporate Social Responsibility (CSR), untuk Provinsi Jawa Barat, GF memberikan bantuan dana lebih dari 200 milyar. Selain dari GF dan HCPI, untuk pemerintah daerah juga mendapatkan bantuan dari pemerintah provinsi.³

5) Rencana Strategis

Untuk menerapkan SRAN 2010-2014, di tingkat daerah diperlukan rencana strategis daerah yang merupakan respon daerah dalam menanggulangi HIV-AIDS sesuai dengan situasi dan kondisi di daerah. Tabel 5 di bawah ini memberikan informasi mengenai Renstrada dalam program PPIA.³

Program PPIA sebagian besar sudah masuk ke dalam Renstrada masing-masing daerah demikian juga

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

dengan provinsi. Untuk Kota Bekasi, Renstrada tidak dikhususkan pada PPIA tetapi hanya secara umum pada angka kematian ibu dan anak. Sedangkan untuk jenis program yang perlu dikembangkan untuk menjamin agar Renstrada dapat tercapai, masing-masing kota mempunyai program. Program PPIA Kota Bandung sudah dikhususkan di fasilitas pelayanan kesehatan, dan juga akan meningkatkan kemitraan dengan semua stake holder. Untuk Kota Bekasi akan dikembangkan layanan IMS (Infeksi Menular Seksual) di puskesmas dan mengembangkan jejaring eksternal dengan bidan praktek swasta. Sedangkan untuk Kota Bogor akan menambahkan anggaran untuk program PPIA.³

6) Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan

Monitoring dan evaluasi merupakan kegiatan pengawasan berkelanjutan yang dilaksanakan untuk menilai pencapaian program terhadap target atau tujuan yang telah ditetapkan, dengan melalui pengumpulan data input, proses dan output secara reguler dan terus-menerus. Dalam monitoring dan evaluasi tim menggunakan perangkat monitoring evaluasi standar sejalan dengan kegiatan monev nasional dengan menggunakan formulir pencatatan dan pelaporan yang berlaku. Pelaporan rutin yang berasal dari fasyankes melalui sistim berjenjang mulai dari dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi dan Kementerian Kesehatan.³

Monitoring dan evaluasi layanan PPIA dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Bandung, Bekasi dan Bogor, serta Provinsi Jawa Barat. Monitoring dilakukan rutin setiap tiga bulan sekali tidak secara khusus untuk PPIA tetapi terintegrasi dengan program TB-HIV. Kendala yang dihadapi pada saat monitoring dan evaluasi, sebagian besar terkait dengan kendala waktu, Sumber Daya

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

Manusia (SDM), regulasi dan program Sistem Informasi HIV-AIDS (SIHA).³

Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan mengatur tanggung jawab pemerintah dalam penyediaan akses dan pengelolaan informasi kesehatan. Penggunaan teknologi informasi diterapkan pada program HIVAIDS melalui aplikasi SIHA. SIHA atau Sistem Informasi HIV-AIDS merupakan perangkat lunak yang dijalankan pada fasilitas pelayanan kesehatan untuk pengolahan data menjadi informasi dari berbagai kegiatan penanggulangan HIV-AIDS. Aplikasi SIHA terdiri dari beberapa modul yang mencatat kegiatan VCT, PITC, PMTCT, harm reduction, penjangkauan hingga surveilans sentinel HIV. Aplikasi ini merupakan aplikasi berbasis internet, sehingga layanan kesehatan langsung mengirimkan data hasil kegiatan langsung ke server Kementerian Kesehatan. Output dari sistem ini adalah data Lingkup program pengendalian HIV-AIDS.⁴

b. Kebijakan Pemerintah Provinsi Jawa Timur⁵

Pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di Jawa Timur merupakan tanggung jawab setiap Instansi pemerintah dan swasta serta setiap orang dan setiap keluarga di Propinsi Jawa Timur. Dalam rangka penanggulangan penyebaran HIV/AIDS di Jawa Timur, Pemerintah Propinsi dan Masyarakat Jawa Timur berkewajiban untuk:

- 1) Melakukan pencegahan infeksi HIV yang benar, jelas dan lengkap, melalui media massa, organisasi kemasyarakatan, dunia usaha, lembaga pendidikan maupun lembaga swadaya masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan secara periodik melalui:
 - a) penyelenggaraan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) yang bertujuan agar masyarakat mengubah perilaku dari perilaku yang beresiko

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

- tertular atau menularkan HIV menuju perilaku yang tidak beresiko
- b) peningkatan kerjasama dan koordinasi dengan media massa cetak dan elektronik serta bisnis advertensi untuk menyelenggarakan KIE kepada masyarakat umum dan masyarakat rawan
 - c) peningkatan kerjasama lintas sektoral untuk mengkoordinasikan dan mensinergikan upaya KIE guna pencegahan HIV/AIDS pada masyarakat umum, remaja dan anak-anak
 - d) penyediaan dana, sarana dan prasarana penunjang KIE
- 2) Melakukan pendidikan ketrampilan hidup dengan tenaga yang kompeten untuk menghindari infeksi HIV dan penyalahgunaan napza melalui sekolah maupun luar sekolah mulai tingkat dasar sampai dengan perguruan tinggi milik pemerintah maupun swasta melalui:
- a) peningkatan derajat pendidikan dasar dari anak, pemuda dan remaja, khususnya anak perempuan ;
 - b) peningkatan pengetahuan sikap dan ketrampilan tentang pencegahan HIV/AIDS di sekolah-sekolah umum dan agama, termasuk pendidikan ketrampilan hidup segar;
 - c) penyediaan dana, sarana dan prasarana penunjang KIE.
- 3) Melaksanakan penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS) secara terpadu dan berkala di tempat-tempat berperilaku resiko tinggi, termasuk didalamnya keharusan penggunaan kondom 100% melalui:
- a) peningkatan KIE mengenai pencegahan, pemeriksaan dan pengobatan IMS secara dini, termasuk KIE secara sistematis dan bijaksana tentang penggunaan kondom pada kelompok resiko tinggi ;

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

- b) pelatihan bagi petugas kesehatan dalam penatalaksanaan penderita IMS berdasarkan pendekatan sindrom dan etiologi ;
 - c) pelaksanaan pemeriksaan dan pengobatan IMS secara berkala pada penaja seks di lokalisasi dan di luar lokalisasi;
 - d) penyediaan dana, sarana dan prasarana penunjang, termasuk mengembangkan klinik IMS dan meningkatkan ketersediaan kondom di lokalisasi penaja seks ;
 - e) pemantauan dan evaluasi pelaksanaan penanggulangan IMS.
- 4) Mendorong dan melaksanakan konseling dan tes HIV secara sukarela (KTS), terutama bagi kelompok rawan, melalui:
- a) pelatihan KTS bagi petugas konselor dan pemeriksaan laboratorium ;
 - b) pengembangan klinik layanan KTS, baik yang mandiri maupun yang terintegrasi pada pelayanan kesehatan yang sudah ada, seperti di klinik KIA, klinik kesehatan reproduksi, klinik remaja, klinik IMS dan sebagainya ;
 - c) penyediaan dana, sarana dan prasarana penunjang ;
 - d) pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kegiatan KTS.
- 5) Mengadakan obat anti retro viral dan obat anti infeksi opportunist yang efektif dan umum digunakan secara murah dan terjangkau, melalui menyediakan dana, sarana dan prasarana penunjang, termasuk menyediakan secara berkesinambungan obat Anti Retro Viral (ARV) dan obatobatan opportunist yang bermutu dan terjangkau ;
- 6) Memberikan layanan kesehatan yang spesifik di pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan penunjang milik pemerintah maupun swasta, melalui:

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

- a) pelatihan petugas kesehatan tentang penatalaksanaan serta konseling HIV/AIDS di Rumah Sakit;
 - b) mengembangkan pusat pengobatan dan perawatan yang terintegrasi dengan sistem pelayanan kesehatan;
 - c) memberikan pengobatan preventif kepada ibu hamil dengan HIV untuk mencegah penularan dari ibu ke bayi;
 - d) pemantauan dan evaluasi.
- 7) Melaksanakan kewaspadaan universal di sarana pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan penunjang milik pemerintah dan swasta, sehingga dapat mencegah penyebaran HIV dan infeksi lainnya serta dapat melindungi staf dan pekerjanya, melalui:
- a) pelatihan petugas kesehatan tentang kewaspadaan universal;
 - b) penyediaan dana, sarana dan prasarana penunjang pelaksanaan kewaspadaan universal, termasuk ARV dalam rangka profilaksis pasca pajanan ;
 - c) pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kewaspadaan universal di sarana pelayanan kesehatan
- 8) Melaksanakan skrining yang standar terhadap seluruh darah, fraksi darah dan jaringan tubuh yang didonorkan kepada orang lain, melalui:
- a) skrining seluruh darah donor sebelum digunakan ;
 - b) pelatihan dan penyegaran tenaga Unit Transfusi Darah Cabang (UTDC) PMI ;
 - c) penyediaan dana, sarana dan prasarana penunjang skrining darah donor;
 - d) sosialisasi tentang pentingnya donor sukarela yang berasal dari kelompok berperilaku resiko rendah.
- 9) Melaksanakan surveilans HIV, AIDS, IMS dan Surveilans Perilaku, dengan cara:

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

- a) surveilans AIDS, melalui pelaporan penemuan kasus AIDS oleh tenaga kesehatan dan sarana pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta ;
- b) surveilans HIV, dilaksanakan melalui surveilans adhoc dan surveilans sentinel. Surveilans sentinel HIV dilaksanakan pada sub populasi tertentu yang beresiko secara periodik minimal 1 (satu) kali dalam setahun ;
- c) surveilans IMS, dilaksanakan melalui pelaporan rutin IMS dan surveilans khusus pemeriksaan IMS pada kelompok resiko tinggi dan resiko rendah secara teratur;
- d) surveilans Perilaku, dilaksanakan melalui survei khusus untuk mengetahui perilaku seksual dan penyalahgunaan napza dari berbagai kelompok penduduk dikaitkan dengan HIV/AIDS.

2. Sumatera

a. Kebijakan Pemerintah Provinsi Sumatera Utara ⁶

Berdasarkan Instruksi Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 444.24/2259/SJ tentang Penguatan Kelembagaan dan Pemberdayaan Masyarakat dalam Penanggulangan HIV dan AIDS di Daerah yang menyatakan kepada para Gubernur dan Bupati/Walikota untuk memberi perhatian khusus dalam upaya mengurangi penderita, pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di daerah, serta segera membentuk Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) di daerah dan memimpin langsung KPA di daerah, Pasal 7 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS yang menyatakan bahwa Tugas dan Tanggung Jawab Pemerintah Daerah Provinsi dalam Penanggulangan HIV dan AIDS, dan Untuk melaksanakan pecegahan, penanggulangan dan koordinasi yang menyeluruh serta menekan laju penularan dan penyebaran HIV dan AIDS, maka Gubernur Sumatera

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

Utara menetapkan Peraturan Gubernur Provinsi Sumatera Utara No 23 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus dan Acquired Immune Deficiency Syndrome.

Peraturan ini meliputi penanggulangan HIV dan AIDS secara komprehensif dan berkesinambungan yang terdiri atas promosi kesehatan, pencegahan, diagnosis, pengobatan dan rehabilitasi terhadap individu, keluarga dan masyarakat. Tujuan dari ditetapkannya peraturan ini antara lain:

- 1) Menurunkan hingga meniadakan infeksi baru;
- 2) Menurunkan hingga meniadakan kematian yang disebabkan oleh keadaan yang berkaitan dengan AIDS;
- 3) Meniadakan diskriminasi terhadap ODHA;
- 4) Meningkatkan kualitas hidup ODHA;
- 5) Mengurangi dampak sosial ekonomi dari penyakit HIV dan AIDS pada individu, keluarga dan masyarakat.

Penyelenggaraan penanggulangan HIV dan AIDS dilakukan secara intensif, menyeluruh, terpadu dan terkoordinasi. Ruang lingkup penyelenggaraan penanggulangan HIV dan AIDS meliputi pencegahan, penanganan dan mitigasi dampak.

Dalam rangka pencegahan HIV dan AIDS dilakukan upaya:

- 1) Kegiatan promosi (sosialisasi) perubahan perilaku kelompok berisiko tertular, melalui:
 - a) Komunikasi, informasi, dan edukasi
 - b) Peningkatan penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko
 - c) Mendorong dan meningkatkan layanan IMS dan KT
- 2) Pengurangan dampak buruk penggunaan NAPZA suntik, yang dilaksanakan dengan cara:

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

- a) Melibatkan seluruh pihak terkait di berbagai tingkatan pemerintahan
- b) Menyiapkan fasilitas layanan kesehatan (fasyankes) bagi para pecandu narkoba guna mendapatkan layanan kesehatan serta paket pengurangan dampak buruk penggunaan NAPZA suntik
- 3) Membangun kerja sama di kalangan layanan kesehatan dan LSM untuk menjangkau dan merujuk pecandu narkoba kepada 9 pilar program *Harm Reduction* yakni pertukaran alat suntik steril, terapi substitusi opiat dan rehabilitasi ketergantungan lain, konseling dan tes HIV, ART, layanan pencegahan dan perawatan IMS, program kondom bagi penasun dan pasangannya, KIE terfokus pada penasun dan pasangannya, vaksinasi, diagnosa dan pengobatan hepatitis, pencegahan, diagnosa dan perawatan TB.
- 4) Pencegahan risiko penularan dari ibu ke bayi (PPIA), dilakukan melalui pemberian *Anti Retro Viral* (ARV) pada masa kehamilan, saat persalinan melalui caesar serta pemberian pengganti Air susu Ibu, pencegahan penularan HIV pada perempuan usia reproduktif, pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada perempuan dengan HIV, pencegahan penularan HIV dari ibu hamil dengan HIV ke bayi yang dikandungnya, dan pemberian dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibu dengan HIV beserta anak dan keluarganya.
- 5) Penyelenggaraan kewaspadaan umum dalam rangka pencegahan terjadinya penularan HIV dan AIDS dalam kegiatan pelayanan kesehatan.
- 6) Penyelenggaraan KT dan Tes Inisiatif Petugas Kesehatan (TIPK) HIV dan AIDS
- 7) Pemeriksaan HIV terhadap darah, produk darah, cairan mani, organ dan jaringan tubuh yang didonorkan

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

- 8) Pemberian materi kesehatan reproduksi termasuk di dalamnya tentang IMS dan HIV/AIDS

Dalam rangka penanganan HIV dan AIDS dilakukan upaya:

- 1) Perawatan, dukungan, pengobatan dan pendampingan terhadap ODHA yang dilakukan melalui kegiatan pelayanan yang meliputi perawatan, dukungan dan pengobatan.
- 2) Konseling untuk mencegah, mengurangi dan menghilangkan stigma dan diskriminasi, baik melalui pendekatan klinis maupun pendekatan berbasis masyarakat serta dukungan sebaya bagi ODHA
- 3) Meningkatkan kemampuan sumber daya manusia yang melakukan perawatan, dukungan dan pengobatan
- 4) Mendukung kelompok dukungan sebaya
- 5) Menyediakan obat ARV, obat infeksi oportunistik dan obat IMS
- 6) Menyediakan alat dan layanan pemeriksaan HIV dan AIDS pada darah dan produk darah, organ dan jaringan tubuh yang didonorkan
- 7) Melaksanakan survei perilaku, IMS, HIV dan AIDS

Sedangkan mitigasi dampak HIV dan AIDS dilakukan dalam bentuk:

- 1) Motivasi dan diagnosa psikososial
- 2) Perawatan dan pengasuhan
- 3) Pembinaan kewirausahaan
- 4) Akses pendidikan
- 5) Bimbingan mental spiritual
- 6) Bimbingan sosial dan konseling psikososial
- 7) Pelayanan aksesibilitas
- 8) Bantuan dan asistensi sosial
- 9) Bimbingan resosialisasi
- 10) Bimbingan lanjut
- 11) Rujukan

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

b. Kebijakan Pemerintah Provinsi Riau ⁷

Pencegahan dan penanggulangan infeksi HIV/AIDS merupakan tanggung jawab seluruh masyarakat, Pemerintah dan LSM di Provinsi Riau. Upaya Pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS dilaksanakan dengan mengacu pada penghargaan terhadap Hak-hak Azasi pribadi dan Hak-hak sipil warga negara termasuk kelompok masyarakat rentan.

Pencegahan HIV/AIDS dilakukan melalui cara:

- 1) Meningkatkan Iman dan Taqwa
- 2) Tidak melakukan hubungan seksual diluar perkawinan yang sah.
- 3) Setia pada pasangan tetap dan atau tidak melakukan seks bebas.
- 4) Menggunakan Kondom pada setiap kontak seksual yang beresiko tertular HIV/AIDS.
- 5) Transfusi darah yang bebas dari HIV/AIDS.
- 6) Melaksanakan Universal Precaution Standart (kewaspadaan umum) bagi tata laksana kesehatan.
- 7) Pemakaian alat suntik sekali pakai bagi para pengguna Napza suntik.
- 8) Sterilisasi standar pada alat cukur dan alat kosmetik yang dapat menimbulkan luka.
- 9) Bagi ibu ODHA agar memakan ARV dan melahirkan dengan operasi caesar dan tidak menyusui.
- 10) Memberikan informasi HIV/ AIDS yang benar

Dalam penanggulangan epidemi HIV/AIDS di Provinsi Riau, Pemerintah Daerah dan masyarakat berkewajiban untuk:

- a. Melakukan program komunikasi, informasi dan edukasi pencegahan HIV/AIDS yang benar, jelas dan lengkap melalui media massa, organisasi masyarakat, dunia usaha, lembaga pendidikan dan lembaga swadaya masyarakat yang bergerak dibidang kesehatan secara periodik.
- b. Melakukan pendidikan keterampilan hidup dan prilaku hidup sehat dengan tenaga yang kompeten

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

untuk menghindari infeksi HIV dan penyalahgunaan Napza melalui sekolah baik di SD/MI, SMP/MTs, SMA/MA dan sederajat, Pesantren serta Perguruan Tinggi milik Pemerintah maupun milik Swasta. c. Mendorong dan melaksanakan konseling dan testing HIV secara sukarela. d. Memberikan layanan kesehatan yang spesifik di pelayanan kesehatan dasar dan rumah sakit termasuk pengobatan dengan obat anti retroviral dan obat anti infeksi oportunistik dengan biaya yang terjangkau. e. Melaksanakan kewaspadaan Universal Precaution Standart di Rumah Sakit, Poliklinik dan fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun milik swasta sehingga dapat mencegah penyebaran infeksi HIV serta dapat melindungi staf dan pekerjanya. f. Melaksanakan skrining yang standard terhadap IMS, HIV dan virus hepatitis atas seluruh darah Donor, fraksi darah dan jaringan tubuh yang didonorkan kepada orang lain. g. Melaksanakan pengawasan dan penertiban terhadap tempat-tempat yang berpotensi menularkan HIV/AIDS bekerjasama dengan Pemerintah Kabupaten/Kota.

3. Wilayah Timur

a. Kebijakan Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat ⁸

Penyelenggaraan penanggulangan HIV AIDS dilakukan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan, termasuk di Nusa Tenggara Barat. Sasaran penyelenggaraan penanggulangan HIV AIDS meliputi ODHA, Kelompok berperilaku risiko tinggi, Kelompok rentan dan masyarakat umum.

Ruang lingkup penyelenggaraan penanggulangan HIV AIDS meliputi pencegahan, penatalaksanaan dan rehabilitasi. Pencegahan HIV AIDS dilakukan dengan:

- 1) Upaya promosi perubahan perilaku melalui:
- 2) Penyelenggaraan Konseling dan Tes HIV Sukarela (*Voluntary Counseling and Testing*) dengan persetujuan tertulis klien (*informed consent*);

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

- 3) Pengurangan dampak buruk penggunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA) melalui *harm reduction*;
- 4) Pengurangan risiko penularan dari ibu yang positif HIV ke anak (PMTCT);
- 5) Penyelenggaraan kewaspadaan umum (*universal precaution*) dalam rangka mencegah terjadinya penularan HIV AIDS dalam kegiatan pelayanan kesehatan;
- 6) Penapisan HIV terhadap darah, komponen darah, organ dan jaringan tubuh donor;
- 7) Pemberian materi kesehatan reproduksi remaja, IMS dan HIV AIDS;
- 8) Mengurangi risiko penularan HIV di lembaga masyarakat dan rumah tahanan;
- 9) Membangun layanan VCT dan CST pada Rumah Sakit di setiap Kabupaten/Kota.

Penatalaksanaan HIV/AIDS dilakukan melalui upaya perawatan, dukungan, pengobatan dan pendampingan terhadap ODHA yang dilakukan berdasarkan pendekatan berbasis klinis, keluarga, kelompok dukungan sebaya, organisasi profesi dan sosial masyarakat. Upaya penatalaksanaan HIV/AIDS dilakukan dengan:

- 1) meningkatkan kemampuan sumber daya manusia yang melakukan perawatan, dukungan dan pengobatan;
- 2) mendukung kelompok dukungan sebaya serta meningkatkan peran aktif kelompok komunitas untuk menjadi bagian dalam upaya penanggulangan HIV AIDS di Nusa Tenggara Barat;
- 3) menyediakan obat anti retroviral dan berbagai infeksi penyerta;
- 4) melakukan penapisan HIV pada darah dan komponen darah, organ dan jaringan tubuh donor;
- 5) menyediakan layanan perawatan, dukungan, pengobatan dan pendampingan bagi ODHA; dan

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

- 6) melaksanakan berbagai penelitian terkait penatalaksanaan HIV AIDS.

Rehabilitasi HIV AIDS bertujuan untuk memulihkan dan mengembangkan ODHA dan OHIDHA yang mengalami disfungsi sosial agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar. Rehabilitasi diberikan dalam bentuk:

- 1) dukungan psikososial;
- 2) perawatan dan pengobatan;
- 3) pembinaan keterampilan, kemandirian dan kewirausahaan; dan
- 4) fasilitasi Rujukan.

b. Kebijakan Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Timur⁹

Penyelenggaraan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, kesamaan kedudukan dalam hukum dan pemerintahan, keadilan, kepastian hukum, manfaat dan kesetaraan gender.

Upaya pencegahan HIV/AIDS dilakukan melalui:

- 1) Kegiatan promosi yang meliputi komunikasi, informasi dan edukasi dalam rangka menumbuhkan sikap dan perilaku hidup bersih dan sehat
- 2) Peningkatan penggunaan kondom pada setiap hubungan seks berisiko
- 3) Pengurangan dampak buruk penggunaan narkoba suntik
- 4) Pengurangan risiko penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak
- 5) Penyelenggaraan kewaspadaan umum dalam rangka mencegah terjadinya penularan HIV/AIDS dalam kegiatan pelayanan kesehatan
- 6) Penyelenggaraan konseling dan tes sukarela HIV/AIDS yang dikukuhkan dengan persetujuan tertulis klien

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

- 7) Pemeriksaan HIV/AIDS terhadap semua darah, produk darah, cairan mani, organ dan jaringan tubuh yang didonorkan

Upaya penanggulangan HIV/AIDS dilakukan melalui kegiatan perawatan, dukungan, pengobatan dan pendampingan terhadap ODHA dan OHIDHA yang dilakukan berdasarkan pendekatan berbasis klinis, keluarga, kelompok dukungan, serta masyarakat. Kegiatan-kegiatan tersebut dilakukan dengan:

- 1) Meningkatkan kemampuan sumber daya manusia yang melakukan perawatan, dukungan, dan pengobatan
- 2) Mendukung kelompok persahabatan ODHA dan OHIDHA
- 3) Menyediakan obat anti retroviral, anti infeksi oportunistik dan obat IMS
- 4) Menyediakan alat dan layanan pemeriksaan HIV/AIDS pada semua darah, produk darah, cairan mani, organ dan jaringan tubuh yang didonorkan
- 5) Menyediakan layanan perawatan, dukungan, pengobatan, dan pendampingan kepada setiap orang yang sudah terinfeksi HIV/AIDS
- 6) Melaksanakan surveilans IMS, HIV, dan perilaku berisiko tertular HIV/AIDS
- 7) Mengembangkan sistem pencatatan dan pelaporan kasus-kasus HIV/AIDS
- 8) Menyediakan sarana dan perbekalan pendukung lainnya

Referensi

1. Anonim. Kebijakan Pemerintah dalam Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. docslide. <https://dokumen.tips/documents/kebijakan-pemerintah-dalam-penanggulangan-hiv-aids-di-indonesia.html>. Diakses pada Tanggal 21 Agustus 2017.

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

2. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan. 2017. Dokumen Kebijakan - Peraturan Daerah. Kebijakan AIDS Indonesia. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
3. Sugiharti dan Lestary H. 2016. Bagaimana Kebijakan Pemerintah Daerah di Provinsi Jawa Barat Dalam Implementasi Layanan Pencegahan Penularan HIV-AIDS dari Ibu ke Anak (PPIA). Buletin Penelitian Kesehatan, Vol. 44, No. 4, Desember 2016 : 253 - 264.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Edisi Kedua. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
5. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 48 Tahun 2004. Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Propinsi Jawa Timur Nomor 5 Tahun 2004 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Jawa Timur.
6. Peraturan Gubernur Sumatera Utara Nomor 23 Tahun 2014. Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus dan Acquired Immune Deficiency Syndrome.
7. Peraturan Bupati Aceh Timur No 16 Tahun 2009. Komisi Penanggulangan AIDS dalam Rangka Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Aceh Timur.
8. Peraturan Gubernur Nusa Tenggara Barat No 15 Tahun 2012. Petunjuk Pelaksanaan Perda Propinsi Nusa Tenggara Barat No 11 Tahun 2008 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS.
9. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur Nomor 3 Tahun 2007. Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS.

HIV/AIDS
“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

**ISU POKOK PERMASALAHAN
PENCEGAHAN DAN
PENANGGULANGAN HIV/AIDS DI
INDONESIA**

BAB IV

Pada Bab sebelumnya sudah dijelaskan mengenai penyelenggaraan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia sejak 10 tahun terakhir. Mulai dari di tingkat pusat melalui Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) ataupun melalui KPAP/ KPAK di tingkat daerah dan kabupaten/kota. Kebijakan-kebijakan tersebut diantaranya adalah sebagai berikut.¹

1. Pencegahan penularan melalui transmisi seksual
Program ini dilakukan melalui promosi penggunaan kondom pada hubungan seksual berisiko dan penanggulangan IMS (Infeksi Menular Seksual)
2. Pencegahan penularan melalui penyuntikan narkoba
Program ini dilakukan melalui Layanan jarum suntik steril dan Terapi Rumatan Metadon
3. Perawatan, Dukungan dan Pengobatan
Program ini dilakukan melalui Voluntary Counseling and Testing, Prevention Mother to Child Transmisi, dan pengobatan ARV

Berdasarkan kebijakan dan program-program diatas, maka ada beberapa isu pokok penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia baik di tingkat pusat ataupun daerah.

A. Kesamaan konsepsi dan persepsi

Penanggulangan HIV/AIDS memerlukan keterlibatan dan komitmen dari semua sekto baik Pemerintah, Swasta, dan juga masyarakat. Sehingga diperlukan kesamaan padangan, konsepsi dan persepsi terhadap penanggulangan HIV/AIDS. Hingga saat ini sinkronisasi antara pemerintah, stakeholder, pihak swasta dan juga masyarakat masih belum menunjukkan kerjasama dan hubungan yang baik dalam kesamaan konsep dan persepsi

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

penanggulangan HIV/AIDS. Pemerintah sebagai pemangku kebijakan seharusnya membuat program-program yang sesuai dan diterima di masyarakat. Sementara dalam masyarakat itu sendiri masih kental dengan isu diskriminasi dan stigma negatif kepada penderita HIV/AIDS.

Konteks pencegahan dan penanggulan HIV/AIDS di Indonesia baik Pemerintah Pusat maupun Daerah, bukanlah sebuah isu penting dan seksi dalam pembangunan negeri ini. Para *stakeholder* dalam pencegahan dan penanggulan HIV/AIDS baik di Pusat maupun Daerah hanya ribut dan berkutut dengan cara-cara mereka dan kelompoknya saja yang saling adu argumentasi, namun tidak menyentuh dalam aplikasi *regulatory* pengambilan kebijakan. Hal ini bisa dilihat dengan minimnya alokasi anggaran yang digelontorkan baik APBN lebih-lebih APBD dan termasuk penyediaan Sumber Daya baik manusia maupun fasilitas pendukung operasional lainnya, bahkan beberapa tahun terakhir ini kita bergantung kepada *funding* luar negeri dan hasil studi saya ini menunjukkan bahwa para pegiat dan pemangku kepentingan lainnya, termasuk orang-orang yang berada di Perguruan Tinggi dan para peneliti yang hanya sibuk dan berkutut dengan berbagai penelitian HIV/AIDS ternyata tidak mampu menjadikan daya tawar hasil penelitiannya tersebut ke berbagai *stakeholder* di negeri ini. Staf Perguruan Tinggi hanya sebatas memenuhi syahwat Tridarma Perguruan Tinggi dan tidak ubahnya seperti menara gading, banyak dosen di Perguruan Tinggi dan Peneliti menjadikan kasus HIV/AIDS di Indonesia sebagai objek dan mencari untung finansial dan akademis belaka, sambil berkhayal bisa terkenal mampu menurunkan dan mencegah penyakit HIV/AIDS sampai orgasme. Intelektual dan akademisi yang sejatinya para cendekiawan ini sebagai pioner pemerintah untuk menyelesaikan persoalan bangsa, seperti kita berkaca kepada Negara maju bahwa salah satu unsur terpenting mereka adalah didayagunakannya kumpulan para cendekiawan di berbagai Perguruan Tinggi, hal ini tercatat dengan baik dalam sejarah bahwa tidak ada satu Negara pun yang bisa maju tanpa melibatkan dan mendayagunakan kaum cendekiawan, terutama

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

yang berkaitan dengan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS. Kondisi di atas diperparah lagi dengan masih lemahnya para pemangku kepentingan di bidang penanganan HIV/AIDS dalam melakukan advokasi, dan ada kecenderungan mereka mau bekerja bila ada bersentuhan dengan proyek, tentu hal ini sangat menyedihkan sekali.

Data menunjukkan bahwa para penderita HIV/AIDS masih banyak diperlakukan diskriminatif dan selalu dihubungkan dengan stigma negatif bahkan oleh petugas kesehatan sendiri di pelayanan kesehatan. Diskriminasi terjadi ketika pandangan-pandangan negatif mendorong orang atau lembaga untuk memperlakukan seseorang secara tidak adil yang didasarkan pada prasangka mereka akan status HIV seseorang. Banyak sekali contoh diskriminasi terhadap penderita HIV/AIDS di Indonesia, misalnya para staf rumah sakit yang jijik dan takut tertular bahkan menolak memberikan pelayanan kesehatan kepada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA), atau banyak atasan yang memberhentikan pegawainya berdasarkan status atau prasangka akan status HIV/AIDS mereka, atau keluarga/masyarakat yang menolak mereka yang hidup dengan HIV/AIDS karena dianggap sebagai penyakit kutukan dari Tuhan atau karena penyakit akibat dosa dan sangat menular.³

Selama ini, ODHA memang selalu dikaitkan dengan diskriminasi dan stigma buruk lainnya, dimana stigma ini beroperasi bagaikan dalam penjara yang membatasi relasi sosial masyarakat, bahkan kejadian di kota Bogor tahun 2015 yang lalu ada ODHA yang dikarantina bahkan dipasung oleh keluarganya sendiri karena dianggap sebagai aib keluarga.⁴ Intrusi stigma oleh ODHA dengan persepsi negatif tentang diri mereka sendiri akan menimbulkan efek psikologi yang berat melihat diri mereka sendiri yang pada akhirnya akan mengalami depresi dan terus menurunkan kondisi kesehatan penderita itu sendiri, bahkan stigma yang buruk ini juga sekaligus menimpa keluarga ODHA itu sendiri.^{12,16} Beban penderitaan yang ditanggung ODHA dan keluarganya tidaklah ringan, para penderita akan selalu mengkonsumsi obat setiap harinya dan belum lagi dikucilkan

HIV/AIDS “Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

oleh lingkungan sosial maka kita secara tidak langsung memberikan beban ganda pada mereka dan keluarganya.^{2, 5, 6}

B. Kerancuan peran

Setiap lembaga dan instansi di semua sektor memiliki peran yang penting dalam penanggulangan HIV/AIDS. Berikut adalah beberapa peran instansi atau lembaga yang terkait dalam penanggulangan HIV/AIDS.

1. Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan

Secara umum Kementerian Kesehatan bertugas untuk membuat kebijakan dan program tentang penanggulangan HIV/AIDS, yang mana dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah, Komisi Penanggulangan AIDS, dan seluruh lapisan masyarakat. Beberapa kebijakan yang telah dibuat diantaranya Rencana Strategis dan Strategi Nasional Penanggulangan AIDS sektor kesehatan Tahun 2003-2007, 2007-2010, 2010-2014, dan 2014-2017. Begitu pula telah diterbitkan berbagai peraturan di tingkat sektor dan daerah. Perkembangan kebijakan yang mendukung ini mendorong berkembangnya berbagai layanan untuk pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan.⁸

Selain itu, di tingkat Pemerintah Daerah juga telah dibuat beberapa kebijakan yang mendukung upaya penanggulangan HIV/AIDS, misalnya kebijakan menambah fasilitas kesehatan pemeriksaan dini HIV/AIDS, kerjasama lintas sektor, pelaksanaan program pencegahan HIV/AIDS, sosialisasi, promotif dan preventif terhadap kejadian HIV/AIDS di daerah. Kementerian dan Dinas Kesehatan juga berperan mendukung segala bentuk pembiayaan dan sarana prasarana KPAN dan KPAP/KPAK dalam menjalankan programnya.⁹

2. Komisi Penanggulangan AIDS

Peran KPA dalam penanggulangan HIV/AIDS diantaranya adalah ¹⁰:

a. Menginisiasi penyusunan Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS (SRAN) 2010-2014 dan

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

2015-2019. SRAN adalah panduan program penanggulangan AIDS nasional yang disusun setiap 5 tahun, dan menjadi acuan pelaksanaan program penanggulangan AIDS baik di tingkat nasional maupun di daerah oleh seluruh sektor terkait.

- b. Menjembatani penerima manfaat (LSM, Komunitas ODHA, Jaringan populasi kunci) dengan pemangku kebijakan (Kementerian/Lembaga, Instansi pemerintah terkait lainnya) dengan memastikan bahwa seluruh aspirasi akar rumput terakomodir di tingkat pemangku dan pembuat kebijakan, guna mendorong percepatan program penanggulangan AIDS, yang berdampak pada penurunan epidemi HIV di Indonesia. Salah satu hal yang sangat menarik adalah Kelembagaan KPA menjamin peran komunitas populasi kunci untuk betul-betul terlibat dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS, dimana di tingkat nasional diatur oleh Perpres nomor 75 tahun 2006 dan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota diatur dengan Permendagri nomor 20 tahun 2007, yang kemudian juga mengatur pemberdayaan masyarakat. Selain hal tersebut, di Indonesia telah terbentuk WPA yang aktif di seluruh provinsi sebanyak 1.313. Sebagian kegiatan WPA tsb sudah dibiayai oleh APBD termasuk Dana Desa.
- c. Memimpin upaya penanggulangan AIDS di Indonesia, melalui fungsi koordinasi dan fasilitasi dengan melaksanakan pertemuan koordinasi tim pelaksana KPAN secara rutin, untuk memastikan program dilaksanakan secara terkoordinasi dan terarah serta tepat sasaran.
- d. Mendorong terbitnya berbagai kebijakan terkait penanggulangan AIDS melalui berbagai kementerian/lembaga. Kebijakan HIV berkembang pesat sejak 2006 sampai dengan 2016. Tidak hanya dari segi jumlah, namun juga substansi isi kebijakan, dimana dewasa ini dapat dikatakan isinya sudah cukup

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

- komprehensif. Perkembangan ini terjadi mulai dari tingkat nasional sampai kabupaten dan kota
- e. Mendorong mobilisasi pendanaan untuk menutupi kekurangan pendanaan penanggulangan AIDS di Indonesia yang dilakukan oleh kementerian/lembaga, LSM, mitra internasional, organisasi masyarakat sipil dan jaringan populasi kunci. Hasil analisis data National AIDS Spending Assessment (NASA) menunjukkan bahwa dalam delapan tahun antara 2006 sampai 2014 telah terjadi peningkatan jumlah dana program penanggulangan HIV/AIDS secara nasional sebesar 88% yaitu dari 57 juta USD tahun 2006 menjadi 107 juta USD tahun 2014. Peran dana domestik meningkat dari 27% pada tahun 2006 menjadi 57% pada tahun 2014. Sekalipun peran dana domestik telah meningkat, pendanaan program HIV/AIDS masih banyak bergantung pada dana internasional, yaitu sebesar 43%.
 - f. Mendorong terbentuknya kemitraan strategis dengan mitra internasional, jaringan populasi kunci, LSM dan sektor swasta, baik di tingkat nasional maupun di daerah. Sehingga banyak daerah yang telah berhasil mengintegrasikan pendanaan penanggulangan HIV & AIDS menjadi bagian dari K3 (kesehatan dan keselamatan kerja) dan juga CSR (*Corporate Social & Responcibility*).
 - g. Menginisiasi terbitnya Permendagri No.20/2007 tentang Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS dan Pemberdayaan Masyarakat dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS di daerah. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Kabupaten/Kota dibentuk melalui Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 20 tahun 2007. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi (KPAP) diketuai oleh Gubernur, dan Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/ Kota (KPA K/K) diketuai oleh Bupati atau Walikota. KPAP dan KPA K/K mempunyai tugas menetapkan kebijakan, strategi dan langkah-langkah yang diperlukan untuk penanggulangan

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

AIDS di wilayah kerja masing-masing daerah sesuai kebijakan, strategi dan pedoman yang ditetapkan oleh KPAN. KPAP dan KPA K/K melaporkan secara berkala pelaksanaan tugasnya kepada KPAN.

- h. Memfasilitasi terbentuknya KPA di tingkat provinsi/kabupaten/kota dan secara rutin melakukan pembinaan serta memberikan dukungan pendanaan untuk berjalannya fungsi operasional kesekretariatan. Dukungan baik dalam dan luar negeri yang disalurkan melalui KPAN dimanfaatkan untuk perluasan KPA di tingkat provinsi/kabupaten/kota dan mendorong percepatan dan perluasan cakupan program penanggulangan AIDS di Indonesia, serta dukungan melalui jaringan populasi kunci.
3. Lembaga Swadaya Masyarakat atau Ormas
- Lembaga Swadaya Masyarakat ataupun Sektor Komunitas dan Organisasi Masyarakat memiliki peran yang cukup strategis dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Peran LSM atau Ormas berfokus pada upaya promotif dan preventif. Berikut beberapa program yang bisa dilakukan LSM dan Ormas dalam penanggulangan HIV/AIDS¹¹:
- a. Melakukan program/kegiatan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS dengan memberikan pendidikan kesehatan, menyelenggarakan kegiatan amal, dan mengintegrasikan program pemerintah atau KPA.
 - b. Memfasilitasi pemberian informasi dari tenaga kesehatan kepada masyarakat sipil atau kelompok komunitas.
4. Pihak Swasta
- Pihak swasta juga memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS. Khususnya sebagai alternatif pembiayaan sektor kesehatan untuk program penanggulangan HIV/AIDS. Salah satunya adalah optimalisasi kerjasama dengan berbagai perusahaan dengan skema *Coporate Social Responsibility* (CSR). Potensi dari sektor swasta ini dapat dikembangkan lebih sistematis mengingat

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

dasar hukum untuk kewajiban dari perusahaan dalam memberikan tanggungjawab sosial dan lingkungan seperti dalam UU no. 40 Tahun 2007 tentang Perseroan Terbatas yang dalam pasal 74 (1) yang kemudian diperkuat dengan PP no. 47 tahun 2012 sebagai pendoman implementasinya. Tanggungjawab sosial dan lingkungan dari perusahaan seperti disebutkan dalam PP tersebut perlu diwujudkan dalam rencana kegiatan tahunan perusahaan. Peluang dari CSR memungkinkan untuk dikembangkan sebagai sumber pendanaan untuk sektor komunitas. Salah satu contoh menarik yang dilakukan oleh Perusahaan Bayer di China yang melakukan inovasi dengan mengembangkan CRS untuk pembiayaan HIV dan AIDS.¹²

5. Masyarakat sipil

Masyarakat sebagai pengendali kehidupan sosial memiliki fungsi strategis dalam perencanaan dan penanggulangan HIV/AIDS. Berikut beberapa peran strategis masyarakat dalam penanggulangan HIV/AIDS:¹³

- a. Mendidik anggota keluarga mereka berdasarkan norma agama.
- b. Partisipasi aktif para tokoh masyarakat sebagai panutan dan pendorong pelaksanaan program-program kesehatan.
- c. Memberdayakan lembaga keagamaan dan adat.
- d. Mengoptimalkan peran LSM.
- e. Memberdayakan peran lembaga pendidikan sebagai tempat pembinaan anak-anak dan pemuda.
- f. Mengoptimalkan peran media massa dalam hal yang positif.

Partisipasi masyarakat merupakan aspek yang potensial untuk menunjang penanggulangan HIV/AIDS, Oleh karena itu, sangat penting pemerintah melakukan tindakan guna meningkatkan, memperbaiki dan partisipasi kesadaran masyarakat. Tindakan yang dapat dilakukan berupa penyebaran informasi, membuat program yang berhubungan dengan penanggulangan HIV/AIDS, peningkatan kapasitas

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

bagi lembaga-lembaga swadaya masyarakat (Misalnya : Lembaga Pemberdayaan Masyarakat yang ada di tingkat kelurahan) untuk memberikan informasi yang tepat tentang HIV/AIDS pada warga. Kegiatan seperti ini perlu dilakukan guna mencegah infeksi baru pada masyarakat luas serta menurunkan stigma dan diskriminasi pada ODHA.¹¹

Semua instansi, lembaga dan stakeholder terkait harus melakukan koordinasi karena permasalahan yang terjadi adalah adanya kerancuan peran dari setiap lembaga atau instansi tersebut. Seringkali tumpang tindih kegiatan dan tidak adanya tujuan yang jelas dari setiap program yang dilakukan. apa yang perlu dilakukan serta siapa yang harus melakukan. Bahkan semakin aneh dengan keputusan dari pemerintah yang tidak memperpanjang tugas KPA Nasional, sehingga akan berdampak pada kinerja KPA di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Sinergisitas antara dinas kesehatan dan KPA juga menjadi terganggu. Ketidajelasan tanggung jawab antara dinas kesehatan dan KPA dalam program penanggulangan HIV/AIDS membuat tidak jelasnya tujuan yang ingin dicapai oleh setiap instansi atau lembaga tersebut.

Oleh karena itu, sangat diperlukan suatu model dan tindakan kepemimpinan yang mampu menjamin koordinasi yang sinergis oleh pemerintah dan pemangku kebijakan. Sehingga terciptanya koordinasi, kolaborasi dan komplementasi peran setiap stakeholder tersebut. Tidak lagi program dan kegiatan yang tumpang tindih atau terpecah-pecah. Tetapi menjadikan setiap program punya tujuan yang jelas dan terstruktur dan dapat berkembang dalam rangka penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia.¹

C. Pendanaan - Proyek Bantuan Asing

Peningkatan respon International terhadap HIV dan AIDS terutama pemberian bantuan finansial terus meningkat sejak 2006-2012. Pengelolaan pembiayaan tersebut perlu mekanisme pemantauan dengan tracking pemanfaatannya secara rinci untuk memastikan akuntabilitas dari penggunaan sumber-sumber dana

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Sumber pendanaan HIV dan AIDS dapat dibagi dalam beberapa kelompok yaitu, dana yang bersumber dari:¹⁴

1. Publik melalui APBN dan APBD (minus Jamkesmas dan Jamkesda) yang menyangkut 17 Sektor dan 12 Provinsi;
2. Donor internasional yaitu: multilateral (Global Fund, UN Agencies, dan EU), dan donor Bilateral (Pemerintah Australia melalui DFAT dan Pemerintah Amerika melalui USAID); dan
3. Private (Swasta) contohnya Indonesian Business Coalition on AIDS (IBCA).¹⁴

Dengan adanya dinamika perubahan sosial, ekonomi, dan politik saat ini, beberapa tantangan muncul dalam pendanaan upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, yaitu:¹⁴

1. Sumber dana donor asing : Global Fund sebagai kontributor utama program HIV dan AIDS akan berakhir di tahun 2017.
2. Sumber dana Pemerintah
3. Sumber dana pribadi

Terkait pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, seorang peneliti independen dan penggiat AIDS, Aang Sutrisna mengemukakan bahwa di antara Negara ASEAN, pertumbuhan infeksi baru HIV di Indonesia adalah yang tertinggi. Namun demikian sebagian besar program pengendalian HIV masih didominasi oleh pendanaan mitra internasional. Perkembangan terakhir menunjukkan dana lokal cenderung meningkat dan terbesar sebagai sumber dana belanja program HIV dan AIDS sepanjang tahun 2006-2012, di ikuti Global Fund (GF) dan DFAT Australia. Distribusi dana dari donor sebagian besar adalah untuk Pencegahan dan Penelitian sedangkan dana lokal digunakan untuk pengobatan dan perlindungan sosial.¹⁴

Pertanyaannya kemudian adalah bagaimana keberlanjutan komposisi pendanaan ini bila dana sumber donor luar negeri dihentikan? Indonesia yang sudah masuk dalam kategori negara lower middle income country wajib hukumnya mengembangkan strategi pembiayaan yang lebih besar untuk mengatasi kekurangan sumber dana kesehatan penanggulangan HIV dan AIDS pasca GF. Alokasi untuk pembiayaan HIV dan AIDS di

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

Indonesia masih terbelang lebih rendah, yaitu 42 %, dibandingkan dengan negara lain Philipina (52%) atau Malaysia (97%) (Gap Report, UNAIDS 2014).¹⁴

Adanya *New Funding Model* (NFM) akan berpengaruh secara langsung pada tata kelola penanggulangan AIDS di Indonesia karena telah terjadi perubahan pendanaan dan pelaksana program GF dari tingkat pusat hingga daerah. Bagi wilayah yang menjadi target program GF, pertanyaan besarnya adalah apakah perubahan principal recipient dari kelompok masyarakat sipil dan perubahan fokus yang berbeda dari KPAN dan Kementerian negeri mampu meningkatkan efektivitas penanggulangan AIDS di Indonesia. Pertanyaan ini sangat signifikan diajukan karena wilayah yang menjadi target program GF mencakup kurang lebih 90% dari estimasi jumlah populasi kunci di Indonesia. Untuk itu, keberadaan GF dalam dua tahun ke depan akan menjadi penentu keberhasilan program penanggulangan AIDS di Indonesia khususnya program promosi dan pencegahan.¹⁵

Peningkatan anggaran Kementerian hingga 5% dari APBN mulai tahun 2016 sangat diharapkan bisa 'menetes' pada peningkatan anggaran bagi penanggulangan HIV di tingkat pusat maupun daerah. Ini menjadi sangat strategis karena dalam tahun-tahun mendatang pendanaan yang berasal dari bantuan luar negeri akan semakin kecil. Jika peningkatan anggaran Kementerian Kesehatan ini bisa menetes pada penanggulangan AIDS maka prioritas pendanaan harus ditempatkan pada upaya promosi pencegahan dimana upaya ini belum memperoleh perhatian pendanaan yang mencukupi selama ini karena selama ini pula upaya tersebut dibiayai hampir seluruhnya oleh bantuan dana luar negeri.¹⁵

Arah pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS masih menggantungkan harapan alokasi bidang kesehatan sebesar 5% dari APBN dan 10% dari APBD di luar gaji sesuai dengan amanah UU:No 36/2009 tentang kesehatan yang selama ini belum terpenuhi. Dengan alokasi demikian diharapkan cakupan universal coverage akan sedikit demi sedikit terpenuhi.¹⁴

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

D. Desentralisasi Struktur Penanggulangan

Secara kelembagaan, Komisi Penanggulangan AIDS adalah inisiatif pemerintah pusat yang kemudian mengalami penyesuaian karena adanya kebijakan desentralisasi pemerintahan di Indonesia mulai tahun 2001. Secara struktural, KPA provinsi dan kabupaten/kota memang tidak langsung dibawah KPA Nasional, namun dari sisi program, design dan agenda program KPA daerah merupakan refleksi dari kebijakan program KPAN. Terlebih dengan minimnya dana (yang sebagian besar untuk biaya non-program) dan terbatasnya sumber daya manusia di tingkat KPA daerah, kebergantungan akan program dari KPAN masih besar. Program GF-ATM dan Indonesia Partnership Fund, misalnya semakin memperkuat relasi pusat-daerah ini. Beberapa KPA daerah menunjukkan respon dan perkembangan tingkat kelembagaan yang berbeda. Di daerah di mana masyarakat sipilnya aktif, misalnya Jawa Timur, Sumatera Utara, Bali, KPA daerah cenderung lebih aktif. Permasalahan implementasi kebijakan yang umum ditemui di wilayah yang dikunjungi adalah sinergi kebijakan KPAN dengan prioritas program kesehatan daerah.¹⁶

Terkait relasi KPAN dengan KPAP/KPAD, sekalipun secara struktural KPAN bukan atasan KPAP/KPAD, dalam relasi suatu proyek, KPAP/KPAD bisa berperan sebagai lembaga pelaksana KPAN yang bertindak sebagai pemegang kontrak dengan donor. Peran Mitra Pembangunan Intenasional sangat besar cenderung mendikte KPAN dan Kemenkes untuk alasan efisiensi dan mengandalkan lembaga pusat sebagai perantara dengan mitra di daerah. Pemda, dalam beberapa kasus di daerah kunjungan, membuat kebijakan termasuk Perda-Perda tentang penanggulangan HIV dan AIDS hanya karena dorongan KPAN dan dukungan dana dari donor. Akibatnya, sering Perda yang ada hanya sebagai dokumen kebijakan yang tidak ditindaklanjuti dengan mekanisme pendanaan yang jelas dan program yang sesuai kondisi daerah.¹⁶

Terlepasnya upaya penanggulangan HIV dan AIDS dari konteks politik-ekonomi lokal merupakan tantangan tersendiri.

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

Di satu sisi dari perspektif efisiensi suatu intervensi (proyek), integrasi atau memasukkan konteks lokal bisa sangat menyita waktu dan biaya yang tinggi. Di sisi yang lain, pemerintah daerah seringkali juga tidak konsekuen jika diberi kewenangan, misalnya melakukan skrining IMS.¹⁶

Kontestasi berikutnya adalah dalam hal anggaran: antara program kesehatan lainnya dengan HIV dan AIDS. Regulasi dari Kementerian dalam negeri mengenai penganggaran untuk KPA daerah sudah dilaksanakan namun mayoritas alokasi anggaran adalah untuk biaya kesekretariatan. Dana untuk program dan pelayanan dikelola oleh Dinas Kesehatan yang disatukan dalam mata anggaran penyakit menular yang tentu saja bukan hanya untuk HIV dan AIDS. Di tingkat Provinsi mekanisme penganggaran Sekretariat KPAP beragam. Sebagian melalui anggaran Sekretaris Daerah, Dinas terkait, dan bantuan sosial dan hibah dari donor. Dana hibah dari donor (GF-ATM dan IPF misalnya) pengelolaannya oleh KPAN. Dengan struktur dana yang demikian, KPA daerah secara kelembagaan (dalam hal ini sekretariat) bisa dikatakan relatif berkelanjutan, namun dari sisi program, ketergantungan pada KPAN dan hibah program masih tinggi.¹⁶

Dari sisi kebijakan, agenda program, dan implementasi, penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia sedari awal kasus HIV dilaporkan sampai saat ini masih bersifat sentralistik. Kebijakan yang ada baik berupa Permenkokesra, Permenkes, Permendagri dan rencana strategi nasional semuanya menunjukkan bahwa peran pemerintah pusat sangat kuat. Kebijakan dan program penanggulangan HIV dan AIDS di daerah yang ada hamper semuanya merupakan turunan dari program nasional. Dengan demikian, dapat dikatakan selama ini program pencegahan HIV dan AIDS di Indonesia bersifat vertikal, artinya persoalan HIV dan AIDS oleh pemerintah dianggap sebagai persoalan sektoral. Salah satu penyebab dominannya kebijakan pusat, selain anggaran, adalah akses terhadap data. Sebagian besar data yang digunakan sebagai dasar untuk penyusunan program dikelola pemerintah pusat sehingga apa yang disebut

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

sebagai "evidence-based programming" sepertinya menjadi hak istimewa pemerintah pusat. Inisiatif stakeholder daerah dalam banyak kasus tidak kuat dalam penggunaan data sebagai basisnya, lebih banyak berdasar anekdot dan kasus. Sebagai contoh, pergeseran prioritas program kepada penasun dan warga binaan di lembaga pemasyarakatan misalnya, adalah rekomendasi yang disusun dari data surveilans yang dikelola pemerintah pusat. Program di daerah kemudian menyesuaikan pergeseran prioritas ini tanpa adanya kontestasi data yang cukup berarti dari daerah karena mereka tidak mempunyai basis data.¹⁶

Praktek "top down" seperti ini terus berlanjut karena secara teknis mempunyai basis argumen yang kuat, namun banyak kritik terutama dalam hal kontekstualisasi dengan agenda stakeholder lokal.¹⁷ Pendekatan vertikal atau yang sifatnya top-down cenderung membawa agenda dan gagasan yang dianggap "luar" dan jika pelibatan stakeholder lokal kurang, rasa kepemilikan yang akan berimplikasi pada dukungan sumber daya lokal akan rendah. Risiko lainnya adalah kesesuaian dengan program dan prioritas daerah.¹⁶

Mengingat semakin luasnya cakupan wilayah epidemi HIV di Indonesia, terlebih dengan pemberlakuan rejim otonomi daerah, pendekatan vertikal mempunyai beberapa kelemahan karena jangkauannya makin terbatas. Pelibatan stakeholder daerah menjadi semakin penting dan pemerintah pusat (dalam hal ini Kementerian Kesehatan) telah menyadari pentingnya hal ini untuk aspek keberlanjutan program dengan mengeluarkan regulasi mengenai Layanan Komprehensif dan Berkelanjutan (Permenkes No. 21/2013).¹⁶

Desentralisasi memberikan wewenang kepada kabupaten untuk mengelola urusannya, termasuk anggaran bagi sebagian besar pelayanan kesehatan sampai ke tingkat kabupaten. Sebelumnya, hal ini merupakan sistem vertikal, di mana pemerintah tingkat nasional menetapkan prioritas dan agenda, serta menetapkan anggaran. Sekarang, kabupaten memperoleh sebagian wewenang ini, provinsi mengkoordinir kabupaten dan kota. Desentralisasi membuka kesempatan terhadap peningkatan

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

efisiensi, fleksibilitas dan tanggung-jawab. Kapasitas pemerintah pusat untuk ikut menentukan prioritas dan anggaran daerah menjadi terbatas. Sistem kesehatan juga ikut terpengaruh dengan adanya tantangan terhadap hubungan antar-pemerintah dalam sistem desentralisasi.¹⁶

E. Pencegahan Primer

Sebagai penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan belum ada obat penyembuhannya, HIV/AIDS sebaiknya dicegah sebelum diderita oleh manusia. Pencegahan primer yang dapat dilakukan dikenal dalam *5 ways to end AIDS* atau metode ABCDE yaitu:¹⁷

1. **Abstinen**

Menghindari atau tidak melakukan senggama adalah yang paling aman. Jika kita terpaksa melakukan hubungan seks, pilihlah kegiatan seksual yang lebih aman seperti masturbasi, meremas-remas, berciuman dan berfantasi untuk memperoleh kepuasan seksual.

2. **Be Faithfull (Setia)**

Jika kita tidak dapat menghindari senggama, berlakulah saling setia. Masing-masing setia pada pasangan dan tidak melakukan senggama dengan orang lain.

3. **Condom**

Jika masih tidak dapat menempuh cara kedua, cegahlah dengan menggunakan kondom. Kita tidak akan pernah tahu dari siapa kita akan tertular IMS dan HIV. Gunakan kondom secara benar setiap kali berhubungan seks dengan siapapun. Jika kita merasa terkena IMS, segera periksakan diri ke dokter dan berobat.

4. **No Drug**

Hindari penggunaan narkoba suntik. Jangan gunakan jarum, alat suntik, atau alat peluka (alat penembus) kulit lainnya (tindik atau tato) secara bergantian. Penularan akan lebih mudah terjadi melalui darah.

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

5. Education

Beritahukan rekan-rekan kita, pasangan seks kita dan orang-orang lain yang kita kenal. Semakin informasi ini diketahui, semakin pintar kita mencegahnya. Semakin banyak mengurangi perilaku berisiko, berarti semakin kecil pula kemungkinan kita tertular IMS dan HIV.¹⁷

Pencegahan primer diatas lebih murah, mudah, dan efektif dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS. Namun pelaksanaannya memiliki hambatan yang sangat kuat. Kurang jelasnya tanggung jawab perencanaan dan pelaksanaan program pencegahan primer tersebut menjadi hambatan kuat dalam penanggulangan HIV/AIDS. Selain itu, kurangnya dukungan pemangku kepentingan terhadap promosi kondom dan LJSS juga menjadi hambatan. Perubahan perilaku masyarakat sebagai tujuan dari pencegahan primer ini sangat sulit dicapai karena memerlukan intensitas dan frekuensi perlakuan yang tinggi. Oleh karena itu, perlu adanya pencegahan primer yang difokuskan pada kelompok risiko tinggi HIV/AIDS sebagai ujung tombak efektivitas penanggulangan HIV/AIDS disamping pengobatan yang terus dijalankan pada kelompok penderita atau orang dengan HIV/AIDS (ODHA).¹

F. Kebijakan Berbasis Eviden

Ketersediaan informasi strategis dalam penanggulangan AIDS dapat menjadi masukan yang strategis dalam penanggulangan HIV/AIDS baik di tingkat pusat maupun daerah. Informasi tersebut dapat berupa hasil riset dan surveilans ataupun produk *policy brief* sebagai rekomendasi kebijakan. Tujuan dari surveilans AIDS ini adalah memberikan suatu data terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia agar melakukan suatu perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan terhadap penanggulangan AIDS.

Informasi kesehatan yang berasal dari data dasar pola penyakit sangat penting untuk menyusun perencanaan dan untuk mengevaluasi hasil akhir dari intervensi yang telah dilakukan. Semakin kompleksnya proses pengambilan keputusan dalam

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

bidang kesehatan masyarakat, memerlukan informasi yang cukup handal untuk mendeteksi adanya perubahan-perubahan yang sistematis dan dapat dibuktikan dengan data (angka).

Keuntungan dari kegiatan surveilans epidemiologi disini dapat juga diartikan sebagai kegunaan surveilans epidemiologi, yaitu:¹⁸

1. Dapat menjelaskan pola penyakit yang sedang berlangsung yang dapat dikaitkan dengan tindakantindakan/intervensi kesehatan masyarakat. Dalam rangka menguraikan pola kejadian penyakit yang sedang berlangsung, contoh kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut :
 - a. Deteksi perubahan akut dari penyakit yang terjadi dan distribusinya
 - b. Identifikasi dan perhitungan trend dan pola penyakit
 - c. Identifikasi dan faktor risiko dan penyebab lainnya, seperti vektor yang dapat menyebabkan sakit dikemudian hari
 - d. Deteksi perubahan pelayanan kesehatan yang terjadi
2. Dapat melakukan monitoring kecenderungan penyakit endemis.
3. Dapat mempelajari riwayat alamiah penyakit dan epidemiologi penyakit, khususnya untuk mendeteksi adanya KLB/wabah Melalui pemahaman riwayat penyakit, dapat bermanfaat sebagai berikut:
 - a. Membantu menyusun hipotesis untuk dasar pengambilan keputusan dalam intervensi kesehatan masyarakat
 - b. Membantu untuk mengidentifikasi penyakit untuk keperluan penelitian epidemiologi
 - c. Mengevaluasi program-program pencegahan dan pengendalian penyakit
4. Memberikan informasi dan data dasar untuk memproyeksikan kebutuhan pelayanan kesehatan dimasa mendatang. Data dasar sangat penting untuk menyusun perencanaan dan untuk mengevaluasi hasil akhir intervensi yang diberikan. Dengan semakin kompleksnya pengambilan keputusan dalam bidang kesehatan masyarakat, maka diperlukan data yang cukup handal untuk mendeteksi adanya

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

perubahan-perubahan yang sistematis dan dapat dibuktikan dengan data (angka).

5. Dapat membantu pelaksanaan dan daya guna program pengendalian khusus dengan membandingkan besarnya masalah sebelum dan sesudah pelaksanaan program.
6. Membantu menetapkan masalah kesehatan dan prioritas sasaran program pada tahap perencanaan program. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam membuat prioritas masalah dalam kegiatan surveilans epidemiologi adalah:
 - a. Frekuensi kejadian (insidens, prevalens dan mortalitas);
 - b. Kegawatan/ Severity (CFR, hospitalization rate, angka kecacatan);
 - c. Biaya (biaya langsung dan tidak langsung);
 - d. Dapat dicegah (preventability);
 - e. Dapat dikomunikasikan (communicability);
 - f. Public interest
7. Mengidentifikasi kelompok risiko tinggi menurut umur, pekerjaan, tempat tinggal dimana masalah kesehatan sering terjadi dan variasi terjadinya dari waktu ke waktu (musiman, dari tahun ke tahun), dan cara serta dinamika penularan penyakit menular.

Hasil dari surveilans ataupun riset kebijakan HIV/AIDS dapat menjadi salah satu pendukung dalam pengembangan kebijakan AIDS yang berbasis bukti dari hasil penelitian dan bersifat partisipatif.¹⁹

G. Akses Layanan

Layanan komprehensif adalah upaya yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang mencakup semua bentuk layanan HIV dan IMS, seperti kegiatan KIE pengetahuan komprehensif, promosi penggunaan kondom, pengendalian faktor risiko, layanan Konseling dan Tes HIV (KTS dan KTIP), Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan (PDP), Pencegahan Penularandari Ibu ke Anak (PPIA), Pengurangan Dampak Buruk NAPZA (LASS, PTRM, PTRB), layanan IMS, Pencegahan penularan melalui darah donor dan produk darah

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

lainnya, serta kegiatan monitoring dan evaluasi serta surveilan epidemiologi di Puskesmas Rujukan dan Non-Rujukan termasuk fasilitas kesehatan lainnya dan Rumah Sakit Rujukan Kabupaten/Kota.²⁰

Sedangkan layanan yang berkesinambungan adalah pemberian layanan HIV & IMS secara paripurna, yaitu sejak dari rumah atau komunitas, ke fasilitas layanan kesehatan seperti puskesmas, klinik dan rumah sakit dan kembali ke rumah atau komunitas; juga selama perjalanan infeksi HIV (semenjak belum terinfeksi sampai stadium terminal). Kegiatan ini harus melibatkan seluruh pihak terkait, baik pemerintah, swasta, maupun masyarakat (kader, LSM, kelompok dampingan sebaya, ODHA, keluarga, PKK, tokoh adat, tokoh agama dan tokoh masyarakat serta organisasi/kelompok yang ada di masyarakat).

²⁰

Layanan komprehensif dan berkesinambungan juga memberikan dukungan baik aspek manajerial, medis, psikologis maupun sosial ODHA selama perawatan dan pengobatan untuk mengurangi atau menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya. Untuk melaksanakan layanan yang komprehensif dan berkesinambungan perlu dilakukan analisis besaran masalah dan keberadaan populasi kunci.

Di daerah dengan epidemi HIV terkonsentrasi, perlu mengetahui jumlah populasi kunci yang ada di wilayah kerja puskesmas. Data ini didapat dengan melakukan pemetaan. Permasalahan selama ini adalah unit-unit layanan yang ada, apalagi di daerah belum terdistribusi sesuai dengan peta distribusi populasi kunci.

Selain ketersediaan pelayanan yang komprehensif dan berkesinambungan, pelayanan kesehatan (termasuk HIV/AIDS) harus mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat, khususnya populasi kunci. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting.²¹

Upaya yang dilakukan untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu adalah:²¹

1. Pendekatan institusi

Jika pelayanan kesehatan masih bersifat sederhana maka kehendak untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu dilakukan melalui pendekatan institusi (*institutional approach*). Dalam arti penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilakukan dalam satu atap. Disini setiap bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dikelola dalam satu instansi kesehatan saja.

2. Pendekatan sistem

Tentu mudah untuk dipahami untuk Negara yang pelayanan kesehatannya telah berkembang dengan pesat, pendekatan institusi telah tidak mungkin di terapkan lagi. Akibat makin kompleksnya pelayanan kesehatan adalah mustahil untuk menyediakan semua bentuk dan jenis pelayanan dalam suatu institusi. Bukan saja akan menjadi terlalu mahal, tetapi yang terpenting lagi akan tidak efektif dan efisien. Disamping memang dalam kehidupan masyarakat moderen kini, telah terdapa apa yang disebut dengan spesialisasi, yang apabila dapat diatur dan dimanfaatkan dengan baik, akan dapat memberikan hasil yang lebih memuaskan. Dalam keadaan yang seperti ini, kehendak untuk mewujudkan pelayanan keserhatan yang menyeluruh dan terpadu di lakukan melalui pendekatan sistem (*system approach*) pengertian pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu yang dsiterapkan saat ini, adalah dalam arti system. Disini pelayanan kesehatan di bagi atas beberapa strata, untuk kemudian antara satu strata dengan strata lainnya, di ikat dalam satu mekanisme hubungan kerja, sehingga secara keseluruhan membentuk suatu kesatuan yang terpadu.

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

Referensi

1. Utomo, Budi. 2013. Isu Strategis Kebijakan Penanggulangan HIV dan AIDS, Indonesia. HIV Cooperation Program for Indonesia. 2013.
2. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Pelaksanaan Kewaspadaan Universal di Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, Cetakan Ketiga; 2010.
3. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional RI., Depkes RI., dan Universitas UDINUS, Semarang. Buku Ajar HIV dan AIDS dalam Kegiatan Training of Trainer Bagi Dosen Kesehatan Masyarakat. Semarang: UDINUS; 2016.
4. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan Bagi ODHA: Buku Pegangan Bagi Petugas Kesehatan. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2003.
5. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya, Jakarta: Departemen Kesehatan RI, Cetakan Kedua; 2008.
6. Nursalam dan Kurniawati ND. Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV dan AIDS. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
7. Yayasan Spritia. Lembaran Informasi tentang HIV dan AIDS untuk Orang yang Hidup dengan HIV/AIDS (ODHA)-Kewaspadaan Standar. Jakarta: Yayasan Spritia; 2013.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2008. Pemodelan matematika epidemi HIV di Indonesia tahun 2008-2014. Kementerian Kesehatan. Jakarta.
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Edisi Kedua. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
10. Anonim. Kebijakan Pemerintah dalam Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. docslide.
<https://dokumen.tips/documents/kebijakan-pemerintah->

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

- dalam-penanggulangan-hiv-aids-di-indonesia.html. Diakses pada Tanggal 21 Agustus 2017.
11. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan. 2015. Peran Masyarakat Non-Kesehatan dalam Penanggulangan HIV dan AIDS. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
 12. Sam Lee, *Implementing Corporate Social Responsibility in Health Sector*, Student Research Project no.003, China- Europe International Business School.
 13. Lolo, Masruq. 2013. Peran Masyarakat dalam Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS. Posmetro Prabu. <http://www.posmetroprabu.com/2013/12/peran-masyarakat-dalam-penanggulangan.html>. Diakses pada Tanggal 9 November 2017.
 14. Musiah, Djumiati. 2014. Pembiayaan Program HIV & AIDS: Menuju Universal Akses Layanan HIV & AIDS. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
 15. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan. 2016. Outlook 2016: Isu Strategis Kebijakan Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
 16. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan. 2014. Integrasi Kelembagaan Penanggulangan AIDS: Kontestasi Pusat dan Daerah. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
 17. Rifat. A.Atun, Sara Bennett and Antonio Duran, 2010. P.7
 18. Amiruddin, Ridwan. 2013. Mengembangkan *Evidence Based Public Health* (EBPH) HIV dan AIDS Berbasis Surveilans. *Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan* Vol.2(2). Hlm. 48-55.
 19. Anonim. 2017. Kebijakan HIV AIDS yang Berbasis Bukti dan Bersifat Partisipatif. *Seminar “Public Exposure: Serial Policy Brief#2 Pusat Penelitian HIV AIDS Unika Atma Jaya*. 18 Mei 2017.

HIV/AIDS
“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

20. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Pedoman Penerapan Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan. Kementerian Kesehatan. Jakarta.
21. Wijono, Djoko. 1999. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan - Teori, Strategi dan Aplikasi. Airlangga University Press. Surabaya.

BAB V STUDI KASUS PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN HIV/AIDS

A. Integrasi Penanggulangan HIV/AIDS ke dalam Sistem Kesehatan dan Efektivitas Penanggulangan HIV/AIDS di Daerah

Upaya penanggulangan AIDS di Indonesia tidak bisa dilepaskan dari inisiatif kesehatan global yang dilakukan melalui berbagai skema program dan pendanaan. Keberadaan inisiatif kesehatan global di Indonesia sejak dari awal permasalahan AIDS di Indonesia terbukti telah mampu meningkatkan pendanaan program dan sebagai konsekuensinya mampu meningkatkan cakupan layanan terkait dengan HIV dan AIDS. Kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia saat ini sudah mencakup secara menyeluruh, seperti yang tercantum dalam Permenkes 21 tahun 2013 bahwa kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS terdiri dari promosi kesehatan, pencegahan penularan HIV, pemeriksaan diagnosis HIV, pengobatan, perawatan dan dukungan serta rehabilitasi. Pada era *treatment as prevention* ini, pemerintah sudah menginisiasi program SUFA pada tahun 2013 untuk meningkatkan cakupan obat ART serta adanya konsekuensi meningkatkan ketersediaan obat anti-retroviral.¹

Dari hasil pengumpulan dan analisa data yang dilakukan oleh Universitas Indonesia yang bekerjasama dengan Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada tahun 2016, didapatkan hasil indikator proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat - obatan anti retroviral dan telah tercapai 80,6% pada tahun 2015. Angka tersebut sudah menunjukkan adanya peningkatan dan sudah melebihi target nasional untuk pengobatan yaitu 60% sehingga menggambarkan efektifitas program ART. Meskipun demikian dari hasil integrasi secara keseluruhan untuk

HIV/AIDS “Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

Provinsi DKI Jakarta belum menunjukkan adanya integrasi penuh karena yaitu untuk sub sistem penyediaan farmasi dan alat kesehatan dimana daerah belum melakukan pengadaan yang menyeluruh untuk program ART. Pemerintah daerah memastikan sistem yang menjamin program tetap berjalan dengan baik dengan mewujudkan integrasi sistem secara vertikal antara pemerintah daerah dengan pemerintah pusat sehingga hasil yang didapat adalah kinerja program yang dinilai baik.¹

Subsistem lain yang tidak terintegrasi penuh adalah partisipasi masyarakat, dimana masyarakat tidak terlibat langsung dalam perencanaan sampai dengan monitoring pelaksanaan program. Dalam kenyataannya, meskipun partisipasi masyarakat belum maksimal, provinsi DKI Jakarta sudah dapat mencapai hasil yang baik. Apabila masyarakat dapat dilibatkan dalam program ini maka diharapkan pelaksanaan program akan lebih baik lagi bahkan tidak menutup kemungkinan keberlangsungan program juga akan menjadi jaminan serta ditambah dengan terintegrasinya secara keseluruhan sistem baik dari segi manajemen, regulasi, pendanaan dan unsur yang mengimplementasikan di lapangan.¹

Penelitian tentang integrasi penanggulangan HIV/AIDS dalam sistem kesehatan ini juga dilakukan di Makassar khususnya mengenai penerapan pengobatan ARV, bertujuan untuk melihat secara sistematis kontribusi integrasi penerapan pengobatan ARV ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas respon AIDS di Kota Makassar dan mengidentifikasi mekanisme yang memungkinkan integrasi tersebut bisa berkontribusi terhadap efektivitas respon HIV dan AIDS. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Kota Makassar sejak 2013 menjadi wilayah pelaksanaan inisiatif penggunaan ARV untuk pengobatan dan pencegahan yang dikenal dengan *Strategic Use of ARV* (SUFA). Inisiasi ini bertujuan agar mereka yang memiliki perilaku berisiko, ibu hamil, pasien tuberkulosis (TB), hepatitis, IMS dan pasangan

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

ODHA dapat segera mendapatkan tes HIV. SUFA juga menginisiasi pengobatan ARV secara dini tanpa melihat jumlah CD4-nya pada ODHA dengan stadium klinis AIDS 3 atau 4, ibu hamil, pasien TB, pasien Hepatitis dan populasi kunci yang mengidap HIV. Saat ini di Kota Makassar, terdapat 6 Rumah Sakit (RS) dan 5 Puskesmas yang menyediakan layanan ARV. Dengan adanya SUFA, maka layanan ARV baik itu Puskesmas maupun RS makin ditingkatkan baik secara SDM maupun jenis layanan. Untuk pelayanan kesehatan dasar, sebanyak 43 Puskesmas sudah mampu tes HIV. Dinas Kesehatan Kota Makassar juga memberlakukan model Puskesmas satelit, untuk mempermudah masyarakat mengakses layanan terkait HIV. Puskesmas satelit merupakan Puskesmas yang letaknya tidak berjauhan dengan layanan yang sudah paripurna dalam program HIV.²

Hasil penelitian menunjukkan pula bahwa terjadi integrasi sebagian pengobatan ARV bagi ODHA di Kota Makassar ke dalam subsistem sistem manajemen dan regulasi, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem penyediaan kefarmasian dan alat kesehatan, subsistem pengelolaan sumber daya manusia, subsistem pengelolaan partisipasi masyarakat, subsistem layanan kesehatan, dan mempengaruhi peningkatan jumlah ODHA yang telah memulai dan menjalani pengobatan ARV. Integrasi penuh pengobatan ARV bagi ODHA di Kota Makassar terjadi dalam subsistem kesehatan informasi strategis.²

Keberadaan program-program strategis dari pemerintah seperti program SIHA (sistem informasi HIV dan AIDS), Puskesmas LKB (layanan komprehensif berkelanjutan) dan program SUFA (strategic use of antiretroviral) merupakan faktor-faktor yang memungkinkan terjadinya integrasi sebagian dan

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

integrasi penuh di atas. Program SIHA meningkatkan kualitas informasi dan data terkait ODHA dan penggunaan ARV sehingga membantu pelaporan yang digunakan untuk peyediaan dan pendistribusian ARV. Program Puskesmas LKB dan SUFA membuat jumlah orang yang menjalani tes HIV (VCT maupun PITC) bertambah termasuk orang-orang yang telah memulai pengobatan ARV. Integrasi sebagian dan integrasi penuh tersebut meningkatkan efektifitas layanan ARV di Kota Makassar seperti terlihat pada kaskade layanan ARV di kota ini.²

Kaskade layanan ARV pada tahun 2014 dan 2015 yang meliputi perbandingan jumlah orang yang melakukan konseling dan tes HIV, jumlah orang yang ditemukan positif HIV melalui konseling dan tes HIV, jumlah orang yang memenuhi syarat ARV serta jumlah orang yang memulai dan mempertahankan pengobatan ARV, memperlihatkan peningkatan jumlah orang yang telah melakukan konseling dan testing dan bila hasilnya HIV positif memulai layanan ARV. Jumlah kunjungan ke layanan konseling dan testing dari 36,197 pada tahun 2014 orang meningkat menjadi 40,713 orang pada tahun 2015. Terjadi pula peningkatan jumlah orang yang melakukan testing HIV dari 35,543 orang pada tahun 2014 menjadi 40,702 orang pada tahun 2015. Kaskade layanan ARV juga memperlihatkan dari 4,195 orang yang memenuhi syarat ARV pada tahun 2015 terdapat 3,006 yang pernah memulai ARV dan terdapat 1,598 yang mempertahankan pengobatan ARV. Sementara itu, sampai September tahun 2015 lalu terdapat 69% dari 3331 ODHA di 6 rumah sakit yang memenuhi syarat untuk diberikan ARV telah memulai program ARV dan 95% dari 774 ODHA di 5 Puskesmas LKB di Kota

HIV/AIDS “Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

Makassar telah telah memulai program ARV. Namun masih ada 31% dari ODHA di 6 rumah sakit yang memenuhi syarat untuk mengikuti program ARV dan 5% dari ODHA yang memenuhi syarat untuk mengikuti ARV yang harus dijangkau supaya mereka bersedia memulai dan mempertahankan program ARV. Meskipun efektifitas layanan ARV meningkat, data-data di atas menunjukkan masih terdapat ODHA yang belum memulai pengobatan ARV atau mengalami *lost follow up* maupun menghentikan (tidak patuh) program ARV.²

Sampai saat ini pengadaan ARV merupakan wewenang pemerintah pusat (program vertikal). Namun penelitian ini menunjukkan bahwa selain aspek penyediaan (*availability*), hal yang juga sangat penting adalah meningkatkan jumlah populasi kunci yang bersedia melakukan tes HIV dan meningkatkan jumlah ODHA yang bersedia memulai dan patuh menjalani pengobatan ARV (*accessibility and adherence to treatment*). Peran partisipasi masyarakat khususnya tenaga penjangkau untuk mendorong kalangan berisiko tinggi bersedia menjalani konseling dan tes HIV dan kemudian memulai serta mempertahankan (mematuhi) pengobatan ARV menjadi sangat krusial. Peran tenaga penjangkau ini juga penting untuk memberikan informasi dan dukungan dalam menghadapi dampak samping ARV dan dalam meningkatkan kepatuhan menjalani pengobatan ARV. Lima Puskesmas LKB dan 6 rumah sakit di Kota Makassar memiliki keterbatasan dalam menyediakan dan mendukung pendanaan terhadap tenaga penjangkau ini, sehingga sebagian besar tenaga penjangkau berasal dari populasi kunci dan LSM-LSM dan dibiayai oleh donor internasional (*Global Fund*).²

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

Karena pengadaan ARV berada di bawah wewenang pemerintah pusat namun pemerintah pusat tidak mengatur program-program mikro seperti penjangkauan dan pendampingan ODHA di lapangan, maka advokasi yang intensif khususnya terhadap lembaga yang memiliki kekuasaan besar bagi penyedia anggaran di daerah (seperti Bappeda) dan lembaga strategis lainnya seperti DPRD Kota Makassar mengenai perlunya ketersediaan aspek pendukung layanan ARV tersebut perlu dilakukan. Kedua lembaga di daerah ini perlu diyakinkan mengenai pentingnya pendanaan yang berkesinambungan bagi tenaga penjangkau dan program penjangkauan untuk meningkatkan jumlah kalangan berisiko yang bersedia melakukan tes HIV, memulai dan mempertahankan pengobatan ARV. Lembaga-lembaga yang memiliki kepentingan tinggi terhadap program ARV seperti Dinas Kesehatan, Puskesmas dan Rumah Sakit perlu memberikan pemahaman yang baik bagi pihak atau lembaga yang berwenang dalam mengatur alokasi anggaran (Bappeda dan DPRD Kota Makassar) mengenai pentingnya peran tenaga dan program penjangkauan ini untuk mendukung layanan ARV, menekan kesakitan dan kematian terkait HIV dan AIDS serta dalam meningkatkan kualitas hidup ODHA, merupakan langkah awal upaya advokasi di atas.²

B. Model PMTS yang terintegrasi pada Layanan Primer

Keberlanjutan program pencegahan melalui transmisi seksual adalah kunci keberhasilan memerangi epidemi HIV di Indonesia. Untuk itu diperlukan pengembangan model layanan dan kebijakan program pencegahan melalui transmisi seksual (PMTS) yang terintegrasi ke dalam sistem kesehatan nasional.

HIV/AIDS “Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

Terdapat 10 kegiatan pelayanan yang dapat diselenggarakan oleh puskesmas dan jejaringnya terkait program PMTS. Kesepuluh kegiatan pelayanan tersebut diusulkan untuk memiliki variasi tingkat integrasi ke layanan mainstream pada tingkat terintegrasi sebagian hingga tingkat terintegrasi penuh. Kegiatan-kegiatan PMTS tersebut yakni:³

1. Pengadaan kondom; dapat diambil alih pemerintah daerah melalui peran puskesmas dan,
2. Distribusi kondom; pendistribusian kondom bekerjasama dengan LSM untuk menjangkau populasi kunci di lapangan.
3. Diagnosis dan pengobatan IMS; puskesmas menjadi upaya kesehatan wajib yang diselenggarakan secara mandiri dan;
4. Diagnosis dan pengobatan IMS; terintegrasi dengan layanan lainnya, misalnya pelayanan skrining dan pengobatan presumtif.
5. Sirkumsisi lelaki dewasa; puskesmas juga diharapkan mampu memberikan pelayanan sirkumsisi untuk lelaki dewasa, khususnya di daerah dengan epidemi HIV/AIDS yang meluas.
6. Tes HIV; puskesmas juga diharapkan mampu melayani tes HIV, baik melalui klinik KTS maupun PITC secara berkelanjutan.
7. Pelayanan mobile KTS; juga dapat dilakukan untuk menjangkau populasi kunci.
8. Layanan ART; juga diharapkan terintegrasi di layanan primer (puskesmas).
9. Promosi kesehatan reproduksi dan HIV/AIDS; diharapkan dapat diintegrasikan secara penuh dan dilaksanakan secara maksimal di tingkat layanan primer.

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

10. Promosi kesehatan reproduksi dan HIV/AIDS; koordinasi antar puskesmas dan LSM/OMS untuk menjangkau populasi kunci berisiko tinggi.

C. Model Pendanaan bagi LSM untuk Program Penanggulangan AIDS

Wacana model *contracting out* bagi LSM dalam program penanggulangan HIV dan AIDS, ternyata menjadi topik yang hangat dan menarik untuk didiskusikan. Menjadi angin segar bagi LSM untuk dapat mengakses pendanaan dari pemerintah untuk kegiatan yang berjangka panjang. Selama ini pemerintah telah mengalokasikan pendanaannya melalui dana bantuan sosial bagi LSM, namun tidak spesifik untuk program dan tidak dapat dipergunakan untuk operasional lembaga, sehingga berakibat pada kelangsungan hidup LSM menjadi tidak stabil. Pengalaman penanggulangan AIDS di Indonesia menunjukkan bahwa pemerintah tidak bisa melakukan semua pelayanan yang diperlukan, apalagi untuk promosi dan pencegahan. Sehingga model mengontrak LSM untuk kerja penanggulangan AIDS menjadi cukup masuk akal.⁴

Model penyaluran dana pemerintah kepada LSM untuk program penanggulangan AIDS memang belum dilakukan di Indonesia, namun model ini sudah dilakukan di beberapa negara lain termasuk Malaysia dan Australia. Studi banding yang diadakan oleh HCPI dengan fasilitasi Burnett Institute dilakukan di kedua negara tersebut untuk mempelajari mekanisme penyaluran dana pemerintah kepada CSO/NGO. Melalui hasil pembelajaran di kedua negara tersebut direkomendasikan kepada pemangku kebijakan untuk

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

mengembangkan mekanisme pendanaan bagi LSM/Masyarakat sipil dalam penanggulangan HIV dan AIDS.⁴

Studi banding tersebut menunjukkan bahwa dua negara ini mempunyai pengalaman yang memungkinkan program pemerintah termasuk pendanaan pengendalian HIV/AIDS dilaksanakan oleh LSM dengan berbagai mekanisme. Mekanisme tersebut didukung dengan peraturan yang kuat, sistem registrasi dan akreditasi LSM yang kuat, serta kesepakatan perjanjian pelayanan yang kuat. Penanganan masalah terkait HIV oleh institusi berbasis masyarakat/komunitas yang diinisiasi oleh masyarakat melalui pendanaan dan pengelolaan secara mandiri dapat diperbesar dampak positifnya (outcome expansion) melalui bantuan pendanaan dari pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Model pendanaan publik kepada organisasi masyarakat berpotensi menimbulkan kompleksitas dalam sistem perencanaan dan penganggaran, oleh karena itu perlu adanya aturan tentang pembiayaan LSM yang mengatur kontrak, kinerja dan transparansi. Dalam hal ini, perlu menyusun sebuah sistem kendali melalui penugasan kepada lembaga yang ada atau membentuk lembaga pemerintah maupun non-pemerintah yang dapat menjembatani penjaminan pencapaian kinerja dan akuntabilitas keuangan.⁴

Lembaga donor internasional, LSM internasional, organisasi CSR pihak swasta serta para pendukung sektor LSM lainnya yang memiliki kepentingan dalam memperdalam demokrasi dan pembangunan perlu beralih ke peranan yang lebih strategis agar dapat membantu membangun dasar jaringan LSM yang kuat

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

dan stabil. Lembaga donor, khususnya, perlu menciptakan suatu modalitas untuk 'merancang ulang' struktur jaringan LSM. Lembaga donor internasional/ LSM internasional juga sebaiknya menghindari sekedar 'menghubungkan titik-titik' dan membagikan hibah dan bantuan teknis untuk program-program berbasis proyek; melainkan mereka sebaiknya berfokus pada menciptakan 'modal jaringan' dan melihat ke depan pada suatu masa saat mereka tidak lagi berada dalam ekosistem jaringan. Lembaga donor internasional dan LSM internasional perlu menciptakan mekanisme yang memungkinkan LSM bekerja dengan lebih banyak hubungan dalam jaringan. Pihak swasta juga dapat terlibat dalam pendekatan ini.⁵

Untuk memastikan sektor LSM yang stabil (dan berkelanjutan), LSM di Indonesia perlu merancang strategi berjejaring secara strategis untuk meningkatkan kapasitas dalam membentuk jejaring. Saat ini, membangun jejaring merupakan tantangan bagi LSM, khususnya jika mereka harus saling bersaing untuk mendapatkan sumber dana yang terbatas. Namun, berjejaring secara efektif dapat mendorong LSM untuk bekerja sama dalam mencapai tujuan dan hasil-hasil yang sama. Mengembangkan pusat sumber daya 'asli' mungkin merupakan langkah strategis pertama untuk merencanakan untuk membangun sektor LSM yang kuat dan stabil. LSM nasional yang lebih besar dan koalisi LSM dapat mencari cara-cara untuk meningkatkan kapasitas mereka dalam mendukung LSM-LSM yang lebih kecil dan LSM lokal dengan informasi, pelatihan, dan bantuan untuk mencapai kepentingan-kepentingan bersama. Jika lembaga-lembaga seperti PIRAC dan Konsil LSM bisa menjadi lebih kuat dan efektif, mereka

HIV/AIDS "Kebijakan dan persoalannya di Indonesia"

dapat memitigasi dampak kebergantungan pada lembaga donor internasional.⁵

D. Penanggulangan HIV/AIDS pada Komunitas LSL

Peningkatan prevalensi HIV pada populasi LSL menjadi peringatan yang perlu mendapatkan perhatian pemerintah. Program penanggulangan AIDS populasi LSL selama ini telah menerapkan berbagai metode untuk merubah perilaku yang berisiko tinggi. Namun prevalensi HIV pada populasi LSL tetap saja naik. Hasil Survey Terpadu Biologi dan Perilaku (STBP) Tahun 2011 dan Tahun 2013 menunjukkan adanya peningkatan prevalensi HIV pada populasi LSL. Di Jakarta, Bandung dan Surabaya pada Tahun 2007 dan 2011, terjadi peningkatan prosentasi prevalensi dari 8,1 %, 2,0 dan 5,1% menjadi 17,2%, 10,4% dan 9,8%. Sama halnya pada hasil STBP tahun 2009-2013, di kota besar lainnya, yaitu : Yogyakarta dan Tangerang mengalami peningkatan prosentasi prevalensi HIV pada LSL dari 7,9% dan 9,5% menjadi 20,3% dan 18,8%. Hanya Kota Makassar yang mengalami penurunan dari 3,0% pada tahun 2009 menjadi 1,6% pada tahun 2013.⁶

LSL adalah suatu kelompok atau sub masyarakat yang paling tersembunyi (*hidden*) sehingga sulit sekali untuk diidentifikasi. Diantara pria yang aktif berhubungan seksual, sekitar tiga persen diantaranya adalah mereka yang berhubungan intim dengan sejenis yang dikenal dengan istilah LSL. Menurut perkiraan para ahli dan Badan PBB dengan memperhitungkan jumlah penduduk lelaki dewasa, jumlah LSL saat ini diperkirakan lebih dari tiga juta orang. Sedangkan berdasarkan perkiraan tahun 2009, angkanya hanya sekitar 800 ribu, dimana 60 hingga 80 ribu diantaranya

HIV/AIDS “Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

berada di Jakarta.⁷ Sebagai masyarakat yang paling tersembunyi (hidden), LSL sangat sulit terjangkau oleh program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS. Di sisi lain, perilaku mereka sangat berisiko terhadap penularan HIV/AIDS, misalnya bergonta-ganti pasangan seksual tanpa menggunakan kondom dan pelicin, serta melakukan oral dan anal seks. Artinya bahwa saat ini LSL yang positif HIV didominasi oleh mereka yang masih berusia produktif dan dalam kategori seksual aktif. Hal ini memungkinkan kemudahan dalam proses penularan HIV/AIDS ke orang lain melalui transmisi seksual (hubungan seksual).⁸

Mengacu pada SRAN (Strategi dan Rencana Aksi Nasional) terkait penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, program-program penanggulangan HIV dan AIDS dikelompokkan menjadi 3 kelompok besar yaitu: Pencegahan, Pengobatan dan Perawatan, serta Mitigasi dampak. Dimana untuk pencegahan dilakukan dengan PMTS, Harm Reduction, serta PMTCT (PPIA). Kegiatan pokok pencegahan penularan HIV melalui transmisi seksual (PMTS) menargetkan 80% populasi kunci (termasuk LSL) terjangkau dengan program yang efektif dan 60% populasi kunci berperilaku hidup sehat serta menggunakan kondom setiap kali berhubungan seks berisiko (*safesex*). Namun hal ini sangat sulit diterapkan terutama pada komunitas LSL. Walaupun mereka memiliki tingkat pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS yang memadai, namun hal ini tidak dapat merubah perilaku seksual berisiko mereka. Hal ini seperti pada hasil beberapa penelitian terbaru yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh antara

HIV/AIDS “Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

pengetahuan dan sikap tentang HIV/AIDS dengan tindakan pencegahan HIV/AIDS pada komunitas LSL.⁸

Berdasarkan kondisi yang disebutkan di atas, maka pendekatan program PMTS melalui sosialisasi *safersex* pada komunitas LSL tidak efektif dalam menurunkan prevalensi IMS dan HIV/AIDS. Terbukti penemuan kasus baru pada komunitas LSL cenderung naik baik dari sisi jumlah maupun usia yang semakin muda. Hal ini diperburuk dengan hasil indept interview yang menunjukkan berbagai kendala dalam menerapkan *safersex* pada komunitas LSL, yaitu terkendala oleh alasan kenikmatan dan kenyamanan pada saat melakukan hubungan seksual dengan pasangan dekat atau pacar, sehingga perilaku berisiko seperti bergonta ganti pasangan tanpa kondom masih banyak terjadi. Kepedulian yang tinggi pada risiko terhadap HIV/AIDS tidak memiliki hubungan pada penggunaan kondom diantara 40 LSL Filipina.⁹

Dalam hal ini bisa dijelaskan bahwa apabila komunitas LSL merasa nyaman dengan tidak menerapkan *safersex*, maka hal ini akan menjadi ancaman bagi kelompok masyarakat yang lain akan kemungkinan penyebaran IMS dan HIV/AIDS yang tidak terkendali. Mengingat ada kalanya pasangan seks LSL berasal dari laki-laki heteroseksual atau biseksual yang bisa melakukan hubungan seks dengan istri atau perempuan lain. Departemen Kesehatan dan FHI pada tahun 2012 melakukan studi terhadap 275 LSL memberikan gambaran betapa jaringan seksual diantara kelompok berisiko sangatlah rumit. Laki-laki penaja seks yang pelanggannya adalah homoseksual (*gay*), ternyata juga membeli seks dari wanita penaja seks (WPS).⁶

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

Dari kondisi yang telah disebutkan di atas, maka sebuah keharusan bagi pemerintah untuk merubah strategi pelaksanaan kebijakan kesehatan terkait penanggulangan HIV/AIDS dari pendekatan preventive dan promotive melalui program PMTS (dengan sosialisasi *safesex*) menjadi pendekatan *preventive* dan *promotive* melalui pendidikan kesehatan reproduksi di SMP dan SMA. Dengan pendekatan model seperti ini dapat menumbuhkan rasa percaya diri pada identitas seksual mereka sejak usia remaja, termasuk dalam menjalin relasi seksual dengan orang lain yang lebih bijak dan bertanggung jawab terhadap pilihan hidup sebagai heteroseksual atau homoseksual. Terdapat multi faktor termasuk atribut psikologis dimana perilaku promosi kesehatan (*Health Promoting Behaviour*) dan faktor biologis mempengaruhi kemampuan seseorang untuk membuat perubahan pada gaya hidupnya. Konsep self-esteem, self-efficacy dan harapan memiliki hubungan yang kuat dan konsisten dengan perilaku promosi kesehatan.¹⁰

Pendekatan preventif dan promotif dalam kebijakan penanggulangan HIV/AIDS pada komunitas LSL sangat diperlukan dalam rangka menurunkan prevalensi IMS dan HIV/AIDS baik dari sisi jumlah maupun dari sisi usia pertama kali terinfeksi. Hal ini seperti pada penerapan salah satu dari delapan elemen yang harus tercakup dan menentukan kualitas dari sebuah kebijakan menurut WHO yaitu pendekatan holistik yang artinya bahwa pendekatan dalam kebijakan kesehatan tidak dapat semata-mata mengandalkan upaya kuratif, tetapi harus lebih mempertimbangkan upaya preventif, promotif dan rehabilitatif.¹¹ Dalam kebijakan terbaru yang dikeluarkan oleh Kemenkes, yakni Permenkes No

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

21 tahun 2013 disebutkan pada bagian II, Pasal 9 (7d) disebutkan bahwa gay, waria, dan laki-laki pelanggan/pasangan Seks dengan sesama Lelaki adalah sasaran promosi kesehatan.¹² Generasi muda atau remaja LSL diharapkan menjadi target, secara alami terhadap promosi kesehatan yang menyediakan pemahaman yang benar tentang pencegahan dan penularan HIV.¹³

Referensi

1. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan. 2015. Integrasi Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam Sistem Kesehatan. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
2. Riskiyani, S., Nasir, S. 2016. Hubungan antara Integrasi Penerapan Pengobatan ARV ke dalam Sistem Kesehatan terhadap Efektivitas Pengobatan HIV/AIDS. Laporan Penelitian. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin, Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, dan DFAT Australia.
3. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan. 2016. Model PMTS yang Terintegrasi pada Layanan Primer. Policy Brief. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
4. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan. 2015. Comparative Study on Financing Not-For-Profit Organization on HIV/AIDS Control Programs. Laporan Kegiatan. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
5. Lassa, J., Elcid Li, D. 2014. Jaringan LSM dan Masa Depan Keberlanjutan LSM di Indonesia. Cardno.
6. Praptorahardjo, I. Suharni, Pudjiati, S.R. Hersumpana, Setiawan, E.P, Bolilanga, S. Dewi, E.H. (2014). Kebijakan HIV

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

- & AIDS dalam Sistem Kesehatan di Indonesia: Ringkasan Kajian Dokumen. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dan Departement of Foreign affairs and Trade, Austalian Government. Yogyakarta.
7. Candra, A. 2011. Diperkirakan 3 Juta Pria Lakukan Seks Sejenis. Artikel dari Kompas.com. <https://ekonomi.kompas.com/read/2011/03/18/11182825/diperkirakan.3.juta.pria.lakukan.seks.sejenis>.
 8. Rokhmah, D., dkk. 2012. Proses Sosialisasi Laki-Laki Suka Seks dengan Laki-Laki (LSL) pada Kalangan Remaja di Kabupaten Jember. *Jurnal IKESMA* 8(2). p.142-15.
 9. Malonzo, E. M., & Felix Jr, C. C. (2013). Sexual-Esteem, Sexual Self Efficacy and Sexual Risk Cognitions of Men Who Have Sex with Men (MSM) In Davao City. *Southeast Asian Interdisciplinary Research Journal*, 1(1), 59-76.
 10. Klein-Hessling, J., Lohaus, A. Ball, J. (2005). Psychological Predictors of Health-Related Behaviour in Children. *Psychology, Health & Medicine*, 10 (1), 31-43.
 11. Ayuningtyas, D. (2014). Kebijakan Kesehatan; Prinsip dan Praktik. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
 12. Suharni, M. (2014). Menelusuri Kebijakan, Penganggulangan HIV & AIDS Pada Laki-Laki Seks Dengan Laki-Laki Dan Jaringanannya. [Http://kebijakanaidssindonesia.net](http://kebijakanaidssindonesia.net)
 13. Lachowsky, N.J, Saxton, P.JW, Dickson, N.P, Hughes, A.J, Summerlee, A.J.S, Dewey, J.E, (2014). Factors associated with recent HIV testing among younger gay and bisexual men in New Zealand, 2006-2011. *BMC Public Health* 2014, 14:294 doi:10.1186/1471-2458-14-294.
 14. Direktorat Jendral P2 & PL Kemenkes RI. (2014). Statistik

BAB VI **ANALISIS KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN HIV / AIDS DI INDONESIA**

HIV/AIDS bukan masalah kecil, sebaliknya merupakan masalah besar yang perlu mendapat perhatian dari berbagai kalangan masyarakat. Realitas menunjukkan bahwa meskipun isu HIV/AIDS sudah menuju pada isu epidemi, tetapi penanganannya masih belum maksimal. Sehingga hasil yang diperoleh tidak signifikan dengan anggaran yang telah dibayarkan. Berbagai kebijakan sudah disahkan, namun seringkali hanya sebatas dokumen yang sah dan ditandatangani pejabat negara, namun aplikasi di lapangan sangat sedikit atau bahkan daerah tidak terpapar dengan kebijakan tersebut. Mengapa demikian? Apa saja tantangan Kebijakan HIV/AIDS di Indonesia? Apakah masalah ini bisa diselesaikan melalui pendekatan-pendekatan lama, atautkah membutuhkan pendekatan yang berbeda dan lebih inovatif? Aktor-aktor mana saja yang seharusnya terlibat dalam penanganannya, dan siapa yang akan bertindak sebagai leader?¹

Ada lima kebijakan dasar yang mengatur penanggulangan HIV/AIDS dan beragam peraturan turunan dari hirarki kebijakan. Melihat kenyataan ini, secara praktis sudah tidak ada lagi masalah yang berkaitan dengan kekurangan kebijakan penanggulangan HIV/AIDS. Maka muncul pertanyaan: Dimana letak masalah sebenarnya? Masalah sebenarnya adalah bagaimana mengimplementasikan semua kebijakan yang sudah ada di level masyarakat.¹

Program penanggulangan HIV/AIDS yang sekarang dilakukan sudah berumur kurang lebih 10 tahun, tetapi dampak yang dihasilkan belum signifikan. Salah satu contohnya yaitu isu keberlanjutan penggunaan kondom. Remaja yang sekarang menggunakan kondom karena perilaku seks, kemungkinan besar akan bergantung pada kondom itu seumur hidupnya. Tetapi, saat ia lupa atau berhenti menggunakannya, maka penggunaan

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

kondom yang sekali-sekali saja tidak akan terlalu bermanfaat lagi untuk mencegah penularan HIV/AIDS.¹

Pertanyaannya: Apakah sudah ada kebijakan yang mengatur perilaku seperti ini? Isu-isu lain untuk implementasi kebijakan sekarang adalah adanya percepatan penularan HIV/AIDS saat ini pada kelompok berisiko (termasuk penularan dari ibu hamil ke bayinya), dan '*cultural shock*', serta kemajuan teknologi. Tahun 2008, menurut Google Hit Statistik, Indonesia menduduki peringkat ke-3 di Asia untuk negara yang rakyatnya mengakses pornografi secara kontinu. Bagaimana mengantisipasi hal ini? Meskipun sudah ada kebijakan yang dikeluarkan oleh MenKomInfo tentang pornografi, tetapi implementasinya juga masih sulit.¹

Dapatkah Kebijakan Mempengaruhi Anggaran? Pada satu sisi, jawabannya adalah ya. Ada peningkatan jumlah anggaran di daerah. Hanya ada enam Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi yang anggaran maksimalnya berkisar 50 juta dari APBD. Anggaran hanya turun saat terlaksananya Pilkada atau KDH baru. Di sisi lain, jawabannya adalah tidak, yaitu dalam arti efektivitas anggaran. Masih perlu kebijakan atau pedoman dari Kemendagri untuk lebih mengefektifkan anggaran terutama kesesuaiannya dengan epidemi dan evidens. Contoh: salah satu KPA Provinsi menganggarkan lebih dari 400 juta hanya untuk merayakan hari AIDS sedunia. Apakah anggaran ini efektif? Jawabannya sudah jelas tidak. Salah satu catatan penting untuk efektifitas anggaran adalah berbasis pada populasi kunci dan LKB (PKM).¹

Secara singkat dapat disimpulkan bahwa masih ada kekosongan ada beberapa kebijakan yang ada, muncul masalah pada implementasi kebijakan, mencakup tidak ada PPNS untuk penegakkan Perda AIDS, masih dibutuhkan waktu bagi pengambil keputusan/pelaksanaan kebijakan di daerah untuk implementasi dan siapa saja yang akan berperan, serta ada kebutuhan terhadap anggaran yang lebih efektif dan perencanaannya.¹

HIV/AIDS “Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

A. Kebijakan Program Pengendalian HIV/AIDS dan IMS

Estimasi jumlah ODHA di Indonesia yang berjumlah 591.823 orang dan tersebar diseluruh wilayah Indonesia. Dengan demikian berarti semua wilayah di Indonesia tidak ada yang bebas dari HIV/AIDS. Kenyataan yang cukup mengkhawatirkan. Sejak tahun 1987-2005, jumlah temuan kasus AIDS lebih banyak dari HIV, tetapi terjadi perubahan pola temuan kasus pada tahun 2006-2012, yaitu lebih banyak jumlah orang terinfeksi HIV. Artinya, sudah lebih banyak orang yang ditemukan sebelum memasuki stadium AIDS. Hal ini sesuai dengan tujuan pengendalian HIV/AIDS dan IMS yaitu: menurunkan jumlah kasus baru HIV, menurunkan angka kematian, menurunkan stigma dan diskriminasi, yang akhirnya bermuara pada peningkatan kualitas hidup ODHA.²

Upaya untuk menekan angka kesakitan dan kematian akibat HIV/AIDS terus dilakukan melalui berbagai program meliputi reaksi cepat dalam penemuan penderita melalui pemeriksaan darah, pengobatan Gratis AVR (Antiretroviral) dan pencegahan penularan melalui transmisi Seksual pada kalangan Gay, Waria, lelaki seks sesama lelaki hingga pada program dengan menjalin kemitraan lintas program dan sektor serta mitra potensial terkait. Namun demikian tetap saja kasus ini mengalami peningkatan tajam dari waktu ke waktu, Hal ini menunjukkan pada kita betapa lemahnya pengawasan kebijakan pada seluruh kab/kota oleh pemerintah dalam penanganan HIV/AIDS. Disisi lain program penemuan kasus HIV/AIDS secara langsung masih terkendala sulitnya merubah stigma masyarakat tentang HIV/AIDS. Disamping itu pula program penanggulangan penyebaran HIV/AIDS adalah bukan semata-mata masalah kesehatan tetapi juga mempunyai implikasi politik, ekonomi, sosial, etis, agama dan hukum bahkan dampak tersebut secara nyata atau lambat telah menyentuh hampir semua aspek kehidupan kita. Hal ini tentu mengancam upaya pembangunan terutama pada pembangunan bangsa untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia.³

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

Disisi lain faktor kepemimpinan kuat, tegas dan memiliki komitmen dalam menjamin pelayanan kesehatan masyarakatnya juga belum memiliki perhatian serius mulai dari pemerintahan pusat, provinsi daerah kabupaten/kota khususnya di daerah endemis HIV/AIDS untuk melakukan pencegahan dalam penyebaran HIV.³

Padahal pengalaman internasional menunjukkan bahwa keberhasilan penanggulangan HIV/AIDS sangat tergantung kepada kemauan politik dan kesungguhan kepemimpinan dalam mengatasi masalah ini dan tentunya kesemuanya harus didukung pula oleh instansi pemerintah, LSM dan serta masyarakat secara berkelanjutan. Disisi lain besarnya alokasi dana untuk penanggulangan HIV/AIDS secara nasional terus bergerak naik, sejak tahun 2003 pemerintah telah menganggarkan Rp. 63 Milliar untuk program HIV/AIDS dan naik menjadi Rp. 88 Milliar pada 2004 dan melonjak hingga Rp. 130 Milliar pada 2005. Anggaran tersebut sebagian besar digunakan untuk subsidi harga obatobatan seperti Antiretroviral (ARV) dsb. Belum lagi bantuan dunia dari kerjasama badan organisasi sosial lainnya di dunia telah banyak dana yang telah digelontorkan untuk membunuh HIV/AIDS di muka Bumi ini. Namun jangankan menghilang, mengurangi kasus ini saja masih sulit dilakukan oleh pemerintah kita. Bagi penderita HIV kerugian ekonomi menjadi beban yang langsung ditanggung oleh keluarga dan masyarakat untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan penderita HIV/AIDS hal ini belum lagi ditambah oleh kerugian karena menuurunya produktivitas kerja dan meingkatkan angka kematian usia produktif akibat AIDS akibatnya kondisi ini berdampak pada kemiskinan akibat penderita yang timbul akibat HIV/AIDS.³

Tujuan kebijakan pengendalian HIV/AIDS adalah meningkatkan advokasi, sosialisasi dan pengembangan kapasitas, meningkatkan kemampuan manajemen dan profesionalisme, meningkatkan aksesibilitas dan kualitas, meningkatkan jangkauan pelayanan untuk pelayanan HIV/AIDS. Tujuan lainnya adalah menggerakkan program berbasis masyarakat,

HIV/AIDS “Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

menginkatkan jejaring kerja, kemitraan dan kerjasama, serta mengupayakan pemenuhan kebutuhan sumber daya. Untuk mencapai tujuan ini maka dibentuk layanan-layanan terpadu di Rumahsakit, Puskesmas, LSM, rutan/lapas). Maka pertanyaannya adalah: Seberapa besar masalah HIV/AIDS di sekitar kita? Masalah HIV/AIDS adalah masalah besar, karena penularan HIV/AIDS terutama terjadi karena ada perilaku yang berisiko, seperti praktek seksual tanpa pengaman, praktek penggunaan jarum suntik tidak steril dan berganti-ganti, serta penularan ibu HIV positif ke bayi. Maka kebijakan pengendalian HIV/AIDS harus dilakukan secara komprehensif, meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Perlu melibatkan seluruh sektor terkait, *civil society organization* termasuk swasta dan tokoh masyarakat.²

Tantangan di layanan kesehatan, meliputi beberapa hal seperti berikut: stigma dan diskriminasi, rendahnya pengetahuan tentang HIV/AIDS dan IMS, *missed opportunity*: diagnosis, perawatan/terapi dini dan akses dukungan psikososial, terbatasnya akses dan utilisasi layanan, dan logistik dan SDM yang kurang memadai. Menghadapi tantangan tersebut memang tidak mudah, maka dibutuhkan RTI yang tepat, seperti melakukan upaya penurunan stigma dan diskriminasi, melakukan upaya peningkatan pengetahuan, peningkatan akses, penurunan miss opportunity, dan dibentuknya tim mentor klinis di setiap provinsi. Nama lainnya adalah “Layanan Komprehensif Berkesinambungan”.²

Puskesmas merupakan salah satu simpul jejaring layanan HIV di suatu Kab/kota sesuai dengan kerangka kerja LKB yang berdasarkan 6 pilar di bawah ini:⁴

1. Koordinasi dan kemitraan dengan semua pemangku kepentingan di setiap lini
2. Peran aktif komunitas termasuk ODHA dan keluarga
3. Layanan terintegrasi dan terdesentralisasi sesuai kondisi setempat
4. Paket layanan HIV komprehensif yang berkesinambungan
5. Sistem rujukan dan jejaring kerja

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

6. Akses layanan terjamin



Gambar 5. Kerangka Kerja Layanan HIV-IMS Komprehensif Berkesinambungan

Gambar 5 menjelaskan hubungan kerja dari unsur-unsur pokok dalam LKB, yaitu KPA, Dinas Kesehatan, Fasyankes, komunitas, dan unsur lain di masyarakat.⁴



Gambar 6. Jejaring Rujukan Timbal Balik

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

LKB berjalan dengan jejaring rujukan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal (Gambar 6). Jejaring rujukan ini difasilitasi oleh komunitas yang terorganisasi baik di tingkat layanan maupun di tingkat Kab/kota sebagaimana tergambar dalam bagan di atas. Sebagaimana tercantum dalam pilar-pilar dari LKB, maka layanan HIV termasuk layanan pengobatan ARV perlu terintegrasi dan terdesentralisasi hingga ke layanan primer sesuai kondisi setempat, sehingga akan lebih mudah terjangkau oleh yang memerlukannya.⁴

B. Isu Strategis Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS-Indonesia

1. Memahami Kebijakan Program Penanggulangan HIV/AIDS

Dalam memahami program kesehatan ada tiga fungsi pokok yang harus dilakukan, yaitu asesmen, pengembangan kebijakan dan jaminan kualitas pelaksanaan. Ketiga hal ini akan bermuara pada layanan, perubahan perilaku dan epidemi penyakit. Namun, tetap masih dalam konteks sosio ekonomi-politik-buaya-teknologi-etika. Pendekatannya melalui komisi atau organisasi, yang berasal dari berbagai level dari level nasional sampai level daerah/kabupaten/kota. Selain itu, perlu melibatkan juga sektor lain, orgnasasi lain, dan LSM sebagai pelaksana program dan pemberi layanan. Hal yang perlu diipikirkan secara serius adalah kebijakan apa yang sesuai peran masing-masing komisi atau organisasi? Bagaimana mekanisme pembiayaan dan pelatihannya?⁵

2. Harapan versus Realitas

Komisi Penanggulangan AIDS, diharapkan memiliki kemampuan untuk mobilisasi, fasilitasi, koordinasi, kolaborasi sektor yang membutuhkan kebijakan secara spesifik mengatur hal tersebut. KPA/Pokja bersifat sementara sampai kabupaten/kota kuat dan mandiri. Realitas menyatakan sebaliknya. Ada kelemahan hubungan birokrasi/strukutal dengan sektor. Contoh:

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

Siapa *leader* di KPA? Seharusnya adalah kepala daerah, tetapi ada kepala daerah yang tidak peduli. Hal ini mengindikasikan bahwa birokrasi KPA hanya memperkuat kebijakan dan program saja, tetapi mobilisasi dan implementasi masih lemah. Bukan hanya KPA yang salah, tetapi sektor lain juga berperan memperparah realitas penanggulangan HIV/AIDS, karena terjebak hanya sebagai pelaksana. Akibatnya ada kerancuan peran antara KPA dengan sektor lain. Ada juga yang berpikir bahwa masalah HIV/AIDS adalah masalah KPA sehingga, hubungan koordinasi jadi lemah. Demikian juga ada kelemahan dalam hal kapasitas-dana dan ketenagaan-sebagian besar masih bantuan dari donor asing. LSM atau organisasi kemasyarakatan selama ini diharapkan dapat menjadi pendamping dan memberikan dukungan untuk implementasi kebijakan penanggulangan HIV/AIDS, tetapi sekali lagi realitas membuktikan bahwa cakupan masih terbatas, pendanaan juga masih berasal dari sumber asing, sehingga keberlangsungan hidupnya hanya selama sumber tersebut bersedia mendanainya, dan LSM/organisasi kemasyarakatan kurang dilibatkan oleh sektor resmi dari pemerintah dalam perencanaan dan pelaksanaan program.⁵

3. Isu-isu strategis Kebijakan dan Program

Beberapa isu strategis tersebut adalah: kesamaan konsepsi dan persepsi, kerancuan peran tentang kelembagaan dan kepemimpinan, pendanaan-bantuan asing atau APBD?, struktur penanggulangan dalam konteks desentralisasi, pencegahan primer dari transmisi seksual dan penyuntikan narkoba, kebijakan berbasis *evidence*, dan akses pelayanan. Isu-isu strategis tersebut perlu dikembangkan lebih jauh, jika memungkinkan menggunakan forum ini sebagai salah satu sarana menyaring saran dan koreksi dari seluruh pemerhati kebijakan penanggulangan HIV/AIDS.⁵

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

C. Tantangan Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia

Ciri khusus HIV/AIDS, yaitu: penyakit infeksi, termasuk penyakit kronis atau jangka panjang (dan membutuhkan - mungkin- ARV seumur hidupnya), dan penyakit menular. Penyakit ini mempunyai dimensi sosial yang sangat kuat karena menyangkut *marginalized population*. Siapakah petugas/orang yang mau berbicara tentang masalah seks, pekerja seks, waria, saat ini? Membicarakan hal itu masih sering dianggap tabu dan bukan merupakan topik yang enak di bahas dan di dengar dalam pembicaraan sehari-hari. Hal ini berkaitan dengan tanggapan awal pejabat atau tokoh-tokoh penting. Pertanyaannya adalah: Apakah ketakutan tersebut hanya karena ketidaktahuan? Ataukah karena ada pertimbangan moral lain? Konsekuensi yang dihadapi karena masalah ketakutan ini adalah vakum kepemimpinan dan inisiatif. Padahal, untuk menangani epidemi ini dibutuhkan kepemimpinan sektor yang kuat, perencanaan strategik yang baik, dan investasi yang adekuat. Kembali dibandingkan dengan 25 tahun realitas, KPA masih lemah dalam peran sektoralnya dan belum ada strategi penanggulan menanggapi kronisitas, masih terjadi kerancuan peran dengan sektor lain, dan pengambilan keputusan dan implementasi yang masih sangat tersentral. Investasi juga masih setengah hati, hanya mencakup 40% dan mudah didikte dengan agenda yang mungkin tidak sesuai kebutuhan karena masih berasal dari donor asing.⁶

Bertolak dari tiga ciri utama HIV/AIDS, cara menyelesaikan masalah yang diajukan Irwanto menjadi lebih mudah. Pertama, perhatikan elemen penting dari kebijakan yaitu menyatukan persepsi bahwa HIV/AIDS merupakan penyakit infeksius. Dengan demikian, maka dasar pengambilan kebijakan adalah *evidence*. Misal: Siapa yang harus mendapat konseling pada program kondom? Apakah populasi umum atau ada populasi yang lebih spesifik? Jawabannya adalah setiap orang yang menggunakan kondom itulah yang perlu ditangani dengan segera. Juga dibutuhkan cara pandang yang baru terhadap populasi kunci, yaitu memandang mereka dengan respek dan

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

penghargaan pada partisipasi mereka. Selain itu, dibutuhkan juga investasi di seluruh level baik primer/pengobatan maupun sekunder untuk pencegahan. Bukan hal yang mudah karena dibutuhkan komitmen yang sangat kuat dari sektor kesehatan di seluruh propinsi. ⁶

Kedua, menganggap HIV/AIDS sebagai penyakit kronis, membutuhkan cara hidup sehat, dan cara pencegahan/pengobatan yang baik, kesiapsiagaan pemberian dukungan termasuk *mental health*, integrasi dengan berbagai pelayanan yang relevan dan sejenis. Ketiga, memperkuat dimensi sosial politik. Sampai sekarang, masih saja ada stigma dan diskriminasi pada populasi ini. Selain itu kerangka hukum masih menghambat penanganan HIV/AIDS. Lalu, dibutuhkan *leadership* yang kuat, tetapi tetap kembali pada respon daerah yang berbeda-beda. Sektor pendidikan harus lebih terbuka dan bekerja sama dalam hal menyebarkan secara lebih luas pengetahuan umum tentang HIV/AIDS, pencegahan dan pengobatannya, dengan cara yang berterima tetapi lugas dan jelas, misal: dalam kurikulum SMP, SMA, juga perkuliahan. ⁵

Masalah *leadership*, memang bukan masalah mudah, dimana *leadership* dibutuhkan? *Leadership* dibutuhkan untuk memastikan bahwa kebijakan yang dibutuhkan sudah ada dan berani menjalankan kebijakan, memenuhi semua komponen yang dibutuhkan. *Leadership* dibutuhkan untuk memastikan bahwa komunikasi dan koordinasi antar sektor, terutama sektor pemerintah dan non-pemerintah benar-benar berjalan. Selain itu *leadership* juga dibutuhkan untuk mengambil tindakan tidak populer karena berhubungan dengan isu-isu populasi yang terpinggirkan. ⁶

D. Analisis Kebijakan Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia

Salah satu model analisis kebijakan kesehatan adalah menurut Tugwel 1985 dimana menjelaskan terdapat 7 hal penting yang menjadi siklus pelaksanaan kebijakan perencanaan yang

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

dapat dianalisis tentang sejauh mana permasalahan kebijakan HIV/AIDS yang telah dilakukan sebagai berikut :

1. Burden of Illness

Upaya menganalisis Kebijakan diawali dengan melihat seberapa besar beban penyakit (burden Of Illness) terhadap program kebijakan pemerintah yang telah dilaksanakan dalam mengatasi penyakit HIV disuatu wilayah atau negara, Hal ini dapat diketahui dengan melihat indikator status kesehatan diwilayah tersebut sebagai barometer yang menunjukkan tinggi rendahnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit HIV/AIDS terhadap program kebijakan yang telah dilakukan. HIV/AIDS adalah suatu penyakit yang sangat berbahaya karena mempunyai Case Fatality Rate 100% dalam lima tahun. Saat ini diperkirakan ada 5 - 10 juta orang mengidap HIV dan potensial sebagai sumber penularan. WHO memperkirakan bahwa 8-10 juta orang dewasa dan 1 juta anak anak diseluruh dunia terinfeksi HIV dan sampai saat ini menunjukkan tren yang terus meningkat.³

Kasus HIV dan AIDS di Indonesia hingga tahun 2017 dilaporkan sebanyak 242.699 kasus HIV dan 87.453 kasus AIDS secara kumulatif dan terjadi penambahan prevalensi HIV dalam 2014 - 2016 (32.711 - 30.935 - 41.250). Dari data yang ada memperlihatkan kepada kita betapa ketidakmampuan pemerintah dalam upaya menghambat penyebaran HIV AIDS secara berkelanjutan dan hal ini sepertinya jauh dari komitmen para pemimpin dalam menjamin kesehatan penduduknya secara memadai dari bahaya HIV. Hal ini berarti penanganan kasus HIV AIDS masih memerlukan kerja keras yang serius.⁷

2. Aetiology or causation

Upaya meningkatkan pengetahuan tentang etiologi atau penyebab HIV AIDS dan dalam kaitannya dengan pengobatan rupanya belum menunjukkan hal yang menggembirakan. Sejauh ini sebagian besar dari masyarakat belum memahami tentang HIV AIDS dan mampu menjelaskan definisi HIV AIDS dengan tepat dan membedakan HIV itu dengan AIDS dan bagaimana penularan, pengobatan serta pencegahannya.³

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

Penelitian Wahyuni dan Sudarto menunjukkan bahwa masyarakat Indonesia pada umumnya responden yang memiliki pengetahuan yang "buruk" tentang HIV/AIDS lebih dari setengah dari jumlah responden yaitu 66,2% dan hanya 33,7% memiliki pengetahuan baik tentang HIV/AIDS.⁸

Masalah utama kita saat ini adalah rendahnya kesadaran tentang isu-isu HIV/AIDS serta terbatasnya layanan untuk menjalankan tes dan pengobatan. Ditambah sulitnya tenaga kesehatan dari pusat hingga daerah mengubah stigma HIV/AIDS di masyarakat.³

3. Community Effectiveness

Beberapa kajian dokumen menunjukkan bahwa sektor komunitas memiliki peran yang cukup strategis dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Pengalaman menunjukkan bahwa upaya promotive preventive cenderung banyak dilakukan oleh sektor komunitas dalam hal ini CSO/CBO. Partisipasi masyarakat merupakan aspek yang potensial untuk menunjang penanggulangan HIV/AIDS, Oleh karena itu, sangat penting pemerintah melakukan tindakan guna meningkatkan, memperbaiki dan partisipasi kesadaran masyarakat. Tindakan yang dapat dilakukan berupa penyebaran informasi, membuat program yang berhubungan dengan penanggulangan HIV/AIDS, peningkatan kapasitas bagi lembaga-lembaga swadaya masyarakat (Misalnya: Lembaga Pemberdayaan Masyarakat yang ada di tingkat kelurahan) untuk memberikan informasi yang tepat tentang HIV/AIDS pada warga. Kegiatan seperti ini perlu dilakukan guna mencegah infeksi baru pada masyarakat luas serta menurunkan stigma dan diskriminasi pada ODHA.⁹

Layanan kesehatan berbasis masyarakat lebih spesifik pada kegiatan kelompok dukungan sebaya atau pendamping ODHA terbukti efektif untuk memperbaiki kualitas bagi ODHA. Terlepas dari berbagai persoalan dalam memaknai pendampingan terhadap ODHA yang terkadang justru menjadikan ketergantungan bagi ODHA dalam mengakses layanan kesehatan¹⁰, untuk melakukan perubahan sosial

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

dibutuhkan keterlibatan aktif penggerak masyarakat yang dapat memobilisasi masyarakat dan komunitas. Dalam Pedoman LKB disebutkan bahwa peran penggerak masyarakat adalah (1) menjembatani kebutuhan masyarakat dengan fasilitas layanan kesehatan, (2) melakukan penguatan (pengetahuan, kapasitas) bagi kader-kader untuk memberdayakan masyarakat di lingkungan sekitarnya (terutama kelompok yang termarginalkan) dan (3) melakukan pengorganisasian kader masyarakat (terutama kelompok yang termarginalkan) untuk memperjuangkan kepentingan masyarakat setempat.¹¹

4. Efficiency

Selama bertahun-tahun kebijakan penanggulangan risiko HIV/AIDS senantiasa tidak efisien. Besarnya penggunaan anggaran baik dari pemerintah dan bantuan lembaga maupun organisasi lainnya di Dunia dalam penanggulangan HIV/AIDS ternyata realisasi penyalurannya hanya pada upaya penyediaan fisik sarana dan prasarana dan pengobatan, semata. Sementara upaya peningkatan kesehatan (promotif) dan preventif menjadi terabaikan. Pengelolaan anggaran dari pusat, propinsi hingga kabupaten/kota juga rawan KKN dan hingga kini masih menjadi masalah serius dan belum dapat dikelola secara profesional sesuai peruntukannya. Hingga saat ini dapat kita katakan bahwa menjadi suatu kenyataan yang tak terbantahkan penyebaran infeksi HIV dan AIDS masih terus berlangsung dan telah merampas kekayaan Negara ini karena menyerang produktifitas sumber daya manusia akibat menderita HIV dan AIDS.³

Hal ini diperburuk pula makin meningkatnya kasus baru terutama pada generasi muda dan ibu beserta bayinya menjadi terancam. Mereka yang terinfeksi berumur antara 15 dan 24 tahun. Tak heran bila beban ekonomi yang cukup berat akan ditanggung oleh pemerintah dan masyarakat (keluarga pasien) karena dana pelayanan kesehatan akan semakin besar terserap untuk membiayai perawatan pasien AIDS. Selain itu epidemi AIDS akan merenggut SDM yang berusia produktif apalagi

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

yang tergolong tenaga kerja potensial disektor perekonomian. Keadaan ini bertambah runyam lagi karena promosi kondom selalu dipertentangkan dengan aspek moral keagamaan dilain pihak faktor agama sebagai kendali perilaku juga semakin lemah ditengah masyarakat. Praktik pelacuran juga tidak kalah meriahnya menjadi semakin merambah sampai ke pelosok pedesaan yang menjadikan masyarakat, semakin terkikis nilai moralnya.³

5. Synthesis & Implementation

Dalam rangka penanggulangan HIV/AIDS maka beberapa upaya perlu ditingkatkan:³

- a. Meningkatkan dan memperluas upaya pencegahan yang nyata efektif dan menguji coba cara-cara baru
- b. Meningkatkan dan memperkuat sistem pelayanan kesehatan dasar dan rujukan untuk mengantisipasi peningkatan jumlah ODHA yang memerlukan akses perawatan dan pengobatan
- c. Meningkatkan kemampuan dan memberdayakan mereka yang terlibat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di usat dan di daerah melalui pendidikan dan pelatihan yang berkesinambungan,
- d. Meningkatkan survey dan penelitian untuk memperoleh data bagi pengembangan program penanguangan HIV/AIDS
- e. Memberdayakan individu, keluarga dan komunitas dalam pencegahan HIV dilingkungannya.
- f. Meningkatkan kapasitas nasional untuk menyelenggarakan monitoring dan evaluasi penanggulangan HIV/AIDS
- g. Memobilisasi sumberdaya lintas sektor dan mengharmonisasikan pemanfaatannya di tingkat pusat hingga daerah dalam upaya menemukan penderita HIV/AIDS secara berkelanjutan.
- h. Meningkatkan penanggulangan HIV/AIDS pada anak sekolah, remaja dan masyarakat umum diselenggarakan melalui kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi guna mendorong kehidupan yang lebih sehat.

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

- i. Meningkatkan pencegahan yang efektif termasuk penggunaan kondom 100% pada setiap hubungan seks berisiko dalam rangka upaya untuk memutus rantai penularan HIV/AIDS
 - j. Meningkatkan upaya mengurangi infeksi HIV pada pengguna Napza suntik melalui upaya pengurangan dampak buruk (harm reduction) dilaksanakan secara komprehensif dengan juga mengupayakan penyembuhan dari ketergantungan pada Napza.
 - k. Meningkatkan penanggulangan HIV/AIDS pada kelompok masyarakat yang rentan termasuk yang berkaitan dengan pekerjaannya
6. Monitoring Of Programme

Monitoring Kebijakan dan pengembangan program tetap masih lemah diberbagai sektor. Hal ini akibat berbagai macam sebab termasuk kurangnya data yang dapat diandalkan dari luas dan jangkauan epidemi, Pengumpulan data statistik yang akurat dan teratur disetiap propinsi dan kabupaten juga masih ditemui kendala Belum lagi pengelolaan dana secara strategis dari pusat hingga daerah masih belum dilakukan secara konsisten dan rawan praktek KKN. ³

Peran dari lembaga penanggulangan HIV AIDS juga masih kurang optimal. Sejauh ini Pemerintah Indonesia telah menunjuk lembaga yang menangani permasalahan HIV AIDS di Indonesia Dasar hukum pengendalian tertuang dalam keputusan Presiden no 36 Tahun 1994 tentang pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dan KPA Propinsi disetiap Daerah yang bekerja sebagai ujung tombak monitoring penanggulangan HIV AIDS di Indonesia. Tentunya diharapkan kinerja KPA dan KPAD sebagai upaya strategi Nasional pengendalian HIV AIDS merupakan respon yang sangat penting dalam mengkoordinasikan upaya pengendalian baik yang dilaksanakan pemerintah, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), serta sektor lainnya. Sementara itu monitoring bantuan dari luar negeri baik bantuan bilateral maupun multilateral berperan meningkatkan upaya pengendalian di berbagai level

HIV/AIDS

“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

perlu diperketat pengawasannya. Apalagi bantuan-bantuan tersebut semakin menngkat baik jenis maupun besarnya.³

7. Reassessment

Berdasarkan data Laporan Perkembangan HIV/AIDS Direktorat Jenderal (Ditjen) Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI, pada 2010-2014, penderita HIV karena aktivitas heteroseksual menduduki jumlah tertinggi. Kenaikan pengidap HIV menjadi pekerjaan rumah bersama untuk mencapai SDGs. Dalam tujuan ketiga, yakni kesehatan yang baik, salah satu target dalam poin 3.3 adalah mengakhiri epidemi AIDS. Pemerintah juga menargetkan terciptanya 3 Zero, yakni bebas infeksi HIV baru, bebas diksriminasi dan stigma pada pengidap HIV, serta bebas kasus kematian akibat AIDS.¹²

Referensi

1. Halik Sidik. Tantangan Kebijakan HIV/AIDS di Indonesia. Disampaikan pada Forum Nasional IV Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia “Tantangan Kebijakan Kesehatan di Indonesia dalam Menghadapi Stagnasi Pencapaian MDG4 dan MDG5, dan Semakin Meningkatnya Penyakit Tidak Menular dan AIDS. Pusat Kajian Kebijakan Kesehatan dan kedokteran UNDANA dan Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK UGM. Kupang, 4-7 September 2013.
2. Afriana. Tantangan Kebijakan HIV/AIDS di Indonesia. Disampaikan pada Forum Nasional IV Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia “Tantangan Kebijakan Kesehatan di Indonesia dalam Menghadapi Stagnasi Pencapaian MDG4 dan MDG5, dan Semakin Meningkatnya Penyakit Tidak Menular dan AIDS. Pusat Kajian Kebijakan Kesehatan dan kedokteran UNDANA dan Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK UGM. Kupang, 4-7 September 2013.
3. Amiruddin, Ridwan., dkk. Analisis Kebijakan dan Perencanaan Kesehatan HIV AIDS Menurut Model Tugwel. Tugas Epidemiologi Perencanaan Manajemen. Program

HIV/AIDS “Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

- Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Makassar. 2012.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Petunjuk Teknis Program Pengendalian HIV AIDS dan IMS Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016.
 5. Utomo, Budi. Tantangan Kebijakan HIV/AIDS di Indonesia. Disampaikan pada Forum Nasional IV Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia “Tantangan Kebijakan Kesehatan di Indonesia dalam Menghadapi Stagnasi Pencapaian MDG4 dan MDG5, dan Semakin Meningkatnya Penyakit Tidak Menular dan AIDS. Pusat Kajian Kebijakan Kesehatan dan kedokteran UNDANA dan Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK UGM. Kupang, 4-7 September 2013.
 6. Irwanto. Tantangan Kebijakan HIV/AIDS di Indonesia. Disampaikan pada Forum Nasional IV Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia “Tantangan Kebijakan Kesehatan di Indonesia dalam Menghadapi Stagnasi Pencapaian MDG4 dan MDG5, dan Semakin Meningkatnya Penyakit Tidak Menular dan AIDS. Pusat Kajian Kebijakan Kesehatan dan kedokteran UNDANA dan Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK UGM. Kupang, 4-7 September 2013.
 7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Perkembangan HIV-AIDS & PIMS di Indonesia Triwulan I Tahun 2017. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017.
 8. Wahyuni A. Sri S., Ronoatmodjo, Sudarto. Hubungan Antara Pengetahuan HIV/AIDS Dengan Sikap Penolakan Terhadap Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Pada Masyarakat Indonesia (Analisis Lanjut Survei Demografi Dan Kesehatan Indonesia 2012). Jurnal Kesehatan Reproduksi 8(1). 2017. halaman 41-52.
 9. Anonim. Upaya Penanggulangan HIV-AIDS di Indonesia. <http://www.odhaberhaksehat.org/2011/upaya-penanggulangan-hivaid-s-di-indonesia>.

HIV/AIDS
“Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia”

10. Anonim. Seri Diskusi Kultural. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK UGM. 2015.
11. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Penerapan Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan. 2012.
12. Putra, Lutfy Mairizal. Pengidap HIV Terus Meningkat, Akankah SDGs Tercapai?.
<https://sains.kompas.com/read/2017/11/28/184300223/pengidap-hiv-terus-meningkat-akankah-sdgs-tercapai->.

BAB VII **PENUTUP**

Kasus HIV dan AIDS di Indonesia hingga tahun 2017 dilaporkan sebanyak 242.699 kasus HIV dan 87.453 kasus AIDS secara kumulatif dan terjadi penambahan prevalensi HIV dalam 2014 - 2016 (32.711 - 30.935 - 41.250). Sejak ditemukannya kasus AIDS pertama di Indonesia, telah banyak kebijakan - kebijakan yang dirumuskan dan dilaksanakan, baik yang menyangkut program pencegahan, pengobatan maupun hal-hal lain yang terkait dengan program penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Pemerintah Indonesia setidaknya telah melakukan berbagai kegiatan juga dengan kerjasama dengan berbagai pihak, baik organisasi donor, lembaga swadaya masyarakat (LSM), serta pihak-pihak yang peduli dengan masalah epidemi HIV/AIDS di Indonesia. Namun, terlihat jumlah pengidap HIV/AIDS semakin bertambah dari tahun ke tahun yang menjadi masalah utamanya adalah kurang tegasnya semua pihak yang seharusnya bertanggung jawab, kemudian ditambah lagi kepedulian masyarakat yang masih kurang terbangun. Keberlanjutan program penanganan yang dalam hal ini merupakan permasalahan yang perlu mendapatkan perhatian baik dalam konteks pencegahan, perawatan maupun rehabilitas.

Pemerintah melalui Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) ataupun melalui KPAP/ KPAK di tingkat daerah dan kabupaten/kota telah menyelenggarakan penanggulangan HIV/AIDS dan mengeluarkan beberapa kebijakan penting diantaranya pencegahan penularan melalui transmisi seksual, pencegahan penularan melalui penyuntikan narkoba, dan perawatan, dukungan dan pengobatan. Berdasarkan kebijakan dan program-program tersebut, ada beberapa isu pokok dalam penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia baik di tingkat pusat ataupun daerah yaitu kesamaan konsepsi dan persepsi dari setiap elemen yang terlibat, kerancuan peran dari pemerintah, masyarakat (LSM) maupun pihak swasta, pendanaan (proyek

HIV/AIDS "Kebijakan dan Persoalannya di Indonesia"

bantuan asing), desentralisasi struktur penanggulangan, pencegahan tingkat primer, kebijakan yang berbasis data (eviden), serta akses layanan.

Upaya penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia harus dilakukan secara terintegrasi ke dalam sistem kesehatan dan terdesentralisasi sampai ke tingkat daerah. Sehingga tantangan pelayanan kesehatan tingkat primer dan lembaga masyarakat di tingkat daerah harus efektif untuk melaksanakan pelayanan komprehensif dan berkesinambungan.