

**STRATEGI DAN  
RENCANA AKSI NASIONAL  
PENANGGULANGAN  
HIV DAN AIDS  
TAHUN 2010 - 2014**

**(LAMPIRAN PERATURAN MENTERI  
KOORDINATOR KESEJAHTERAAN RAKYAT SELAKU  
KETUA KOMISI PENANGGULANGAN AIDS NASIONAL  
NOMOR 08/PER/MENKO/KESRA/I/2010)**

**KOMISI PENANGGULANGAN AIDS NASIONAL 2010**





## KATA PENGANTAR

Dengan penuh syukur saya menyampaikan kata pengantar untuk Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2010-2014, yang merupakan kelanjutan dan peningkatan Strategi dan Rencana Aksi Nasional sebelumnya. Dokumen ini menyatukan Strategi dan Rencana Aksi Nasional penanggulangan HIV dan AIDS dalam satu dokumen yang komprehensif, yang sejalan dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2010-2014.

Penyusunan dokumen ini, diawali dengan kajian paruh waktu (*Mid Term Review*) dari pelaksanaan Rencana Aksi Nasional tahun 2007-2010. Temuan-temuan penting dari kajian ini, serta arah kebijakan RPJMN tahun 2010-2014 telah digunakan sebagai dasar penyusunan strategi dan rencana ke depan oleh tim lintas sektor (pemerintah dan non pemerintah). Diharapkan, dokumen ini menjadi acuan bagi semua pihak yang akan melaksanakan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang lebih terarah, intensif, terpadu, dan komprehensif, guna mencapai tujuan bersama yaitu tercapainya *Millenium Development Goal ke-6*: pada tahun 2015, kita mulai "merubah jalannya epidemi", dan dengan kerja keras dan komitmen bersama, sampai tahun 2025 kita akan mencegah 1,2 juta infeksi baru.

Rencana sebaik apapun, tanpa kepemimpinan dan tata kelola pemerintahan yang baik, tidak akan mencapai tujuan yang diharapkan. Karena itu saya mengingatkan kita akan Perpres Nomor 75 tahun 2006, dan Permendagri Nomor 20 tahun 2007 yang menugaskan kepada Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Nasional dan Daerah untuk "memimpin, mengelola, mengendalikan, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan penanggulangan HIV dan AIDS" di masing-masing tingkat pemerintahan.

Saya ucapkan terima kasih kepada tim penyusun yang telah bekerja dengan sungguh-sungguh serta semua pihak yang memberikan masukan baik mitra kerja nasional maupun internasional untuk menghasilkan Strategi dan Rencana Aksi Nasional tahun 2010-2014 ini.

Semoga Allah SWT senantiasa memberkati segala upaya kita untuk menyelamatkan anak bangsa dari bencana karena epidemi HIV dan AIDS di negara Republik Indonesia tercinta.

Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat

Setaku

Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Nasional

dr. H. R. Agung Laksono



# DAFTAR ISI

DAFTAR ISI .....	iv
DAFTAR TABEL .....	vi
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR SINGKATAN .....	vii
DAFTAR ISTILAH .....	x
RINGKASAN EKSEKUTIF .....	xiii
<b>BAB I. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. <i>Rationale</i> .....	2
1.3. Proses Penyusunan .....	2
<b>BAB II. SITUASI EPIDEMI DAN PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS .....</b>	<b>5</b>
2.1. Situasi Epidemii HIV .....	5
2.2. Situasi Penanggulangan HIV dan AIDS .....	8
2.3. Tantangan .....	15
<b>BAB III. STRATEGI PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS .....</b>	<b>17</b>
3.1. Arah Kebijakan Nasional .....	17
3.2. Prinsip dan Dasar Kebijakan .....	19
3.3. Tujuan .....	19
3.4. Strategi.....	22
<b>BAB IV. RENCANA AKSI: AREA DAN FOKUS GEOGRAFIS .....</b>	<b>27</b>
4.1. Area .....	28
4.2. Fokus Geografis .....	30

<b>BAB V. PENYELENGGARAAN RENCANA AKSI</b> .....	33
5.1. Kepemimpinan dan Tata Kelola Pemerintahan .....	34
5.2. Koordinasi Penyelenggaraan .....	36
5.3. Prinsip Kemitraan.....	39
<b>BAB VI. KEBUTUHAN DAN MOBILISASI SUMBER DAYA</b> .....	41
6.1. Sumber Daya Manusia .....	41
6.2. Pendanaan .....	45
6.3. Sarana dan Prasarana.....	49
<b>BAB VII. MONITORING DAN EVALUASI</b> .....	51
7.1. Target Tahunan Cakupan Program.....	51
7.2. Kerangka Kerja dan Indikator Kinerja .....	52
7.3. Mekanisme Monitoring dan Evaluasi.....	54
7.4. Pengembangan Kapasitas.....	57
<b>BAB VIII. PENUTUP</b> .....	59
DAFTAR PUSTAKA .....	61
DAFTAR LAMPIRAN .....	63
TIM PENYUSUN .....	91

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Kabupaten dan Kota Prioritas

Tabel 6.1. Kebutuhan Sumber Daya Manusia

Tabel 6.2. Kebutuhan Biaya Implementasi SRAN 2010-2014 menurut Fokus Area Program

Tabel 6.3. Kebutuhan Biaya Implementasi SRAN 2010-2014 menurut Komponen Program dan Kegiatan

Tabel 6.4. Kebutuhan Prasarana Pencegahan, Perawatan dan Pengobatan Tahun 2010-2014

Tabel 7.1. Target Tahunan Cakupan Program SRAN Tahun 2010-2014

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Peta Sebaran Epidemi HIV di Indonesia

Gambar 2.2. Kecenderungan Epidemi HIV ke Depan di Indonesia

Gambar 2.3. Cakupan Program Dibandingkan dengan Target *Universal Access* 2010

Gambar 2.4. Sumber Daya Pendanaan: Kenaikan Pendanaan Dalam Negeri

Gambar 3.1. Proyeksi Jumlah ODHA di Indonesia

Gambar 3.2. Proyeksi Jumlah ODHA di 31 provinsi di Luar Papua: Skenario 1 dan 2

Gambar 3.3. Proyeksi Jumlah ODHA di 2 Provinsi (Papua dan Papua Barat): Skenario 1 dan 2

Gambar 5.1. Diagram Koordinasi Penyelenggaraan Rencana Aksi

Gambar 6.1. Kebutuhan Biaya Implementasi SRAN 2010-2014 Menurut Area Program

Gambar 6.2. Kebutuhan Dana di 31 Provinsi di Luar Papua

Gambar 6.3. Kebutuhan Dana di 2 Provinsi Papua

Gambar 6.4. Kesenjangan Dana Program SRAN Tahun 2010-2014

Gambar 7.1. Kerangka Kerja Monitoring dan Evaluasi

Gambar 7.2. Alur Pelaporan

# DAFTAR SINGKATAN

AFASS	<i>Acceptable, Feasible, Affordable, Sustainable and Safe</i>
AIDS	<i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ARV	Anti Retroviral
ART	<i>Anti Retroviral Therapy</i> (Terapi obat ARV)
Bappenas	Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional
BKKBN	Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BNN	Badan Narkotika Nasional
BPPT	Badan Pengkajian dan Penerapan Teknologi
CSR	<i>Corporate Social Responsibility</i>
CST	<i>Care, Support and Treatment</i>
FHI	<i>Family Health Internasional</i>
GF	<i>Global Fund</i>
GIPA	<i>Greater Involvement People Living with AIDS</i>
GWL-INA	Gay, Waria dan Lelaki yang berhubungan seks dengan Lelaki lain-Indonesia
HAM	Hak Asasi Manusia
HCPI	<i>HIV Cooperation Program for Indonesia</i>
HR	<i>Harm Reduction</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ILO	<i>International Labor Organization</i> (Organisasi Perburuhan Internasional)
IMS	Infeksi Menular Seksual
IO	Infeksi Oportunistik
IPPI	Ikatan Perempuan Positif Indonesia
JOTHI	Jaringan Orang Terinfeksi HIV
KADIN	Kamar Dagang dan Industri
KAPOLRI	Kepala Kepolisian Negara Republik Indonesia
KDS	Kelompok Dukungan Sebaya
Kembudpar	Kementerian Kebudayaan dan Pariwisata
Kemendagri	Kementerian Dalam Negeri
Kemenko Kesra	Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat
Kemkes	Kementerian Kesehatan
Kemkumham	Kementerian Hukum dan HAM

Kemosos	Kementerian Sosial
Keppres	Keputusan Presiden
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	Komunikasi Informasi dan Edukasi
KPA	Komisi Penanggulangan AIDS
KPAD	Komisi Penanggulangan AIDS Daerah
KPAK	Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten dan Kota
KPAP	Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi
KRR	Kesehatan Reproduksi Remaja
Lapas	Lembaga Pemasyarakatan
LASS	Layanan Alat Suntik Steril
LSL	Lelaki yang berhubungan Seks dengan Lelaki
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
Menko Kesra	Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat
MPAI	Masyarakat Peduli AIDS Indonesia
MTR	<i>Mid Term Review</i> (kajian paruh waktu)
NAPZA	Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya
ODHA	Orang Dengan HIV dan AIDS, orang yang telah terinfeksi HIV
OHIDA	Orang Hidup dengan penderita AIDS, umumnya anggota keluarga
OPSI	Organisasi Pekerja Seks Indonesia
Penasun	Pengguna NAPZA suntik
Perpres	Peraturan Presiden
PKK	Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga
PKNI	Persaudaraan Korban Napza Indonesia
PMI	Palang Merah Indonesia
PMTCT	<i>Prevention Mother to Child Transmission</i>
PMTS	Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual
PPS	Pelanggan Pekerja Seks
PTRM	Program Terapi Rumatan Metadon
P2MPL	Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan
RAN	Rencana Aksi Nasional
RAPBD	Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
RAPBN	Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SDM	Sumber Daya manusia
SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah

SRAN	Strategi dan Rencana Aksi Nasional
STBP	Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku
STHP	Surveilans Terpadu HIV dan Perilaku
STRANAS	Strategi Nasional
SOP	<i>Standard Operating Procedures</i>
TBC	Tuberkulosis
TNI	Tentara Nasional Indonesia
UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV and AIDS</i>
UNGASS	<i>United Nations General Assembly Special Session</i>
VCT	<i>Voluntary Counseling and Testing</i>
WBP	Warga Binaan Pemasyarakatan
WHO	<i>World Health Organization</i>
WPS	Wanita Pekerja Seks
YPI	Yayasan Pelita Ilmu

# DAFTAR ISTILAH

**Fokus geografis:** Penetapan prioritas wilayah yang dilakukan agar pelaksanaan program dapat menjangkau sebanyak mungkin populasi kunci. Tiga kriteria utama yang dipakai untuk pemilihan wilayah, yaitu risiko penularan HIV, beban penyakit HIV dan AIDS dan kemampuan daerah untuk melakukan program penanggulangan. Risiko penularan diukur dengan jumlah populasi kunci, terutama penasun, wanita pekerja seks dan laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki. Beban penyakit diukur dengan jumlah ODHA. Kemampuan daerah diukur dengan upaya penguatan yang pernah dilakukan baik dalam hal pelaksanaan program di lapangan maupun kapasitas manajemen.

**Intervensi struktural:** Intervensi terhadap lingkungan/tatanan fisik, sosial kemasyarakatan, ekonomi, politik, budaya dan peraturan perundangan untuk mendukung upaya penanggulangan HIV dan AIDS sehingga lebih efektif. Intervensi ini diarahkan untuk mengembangkan lingkungan yang lebih kondusif secara luas sehingga implementasi program HIV dapat terlaksana optimal. Intervensi ini meliputi, melakukan revisi terhadap berbagai kebijakan yang kurang mendukung, mengubah tatanan sosial yang lebih mendukung isu terkait HIV dan AIDS, populasi kunci, penggunaan kondom dan pengurangan stigma dan diskriminasi.

**Masyarakat sipil:** Perhimpunan warga (selain keluarga, teman dan rekan kerja) yang bergabung secara sukarela untuk menyalurkan minat, gagasan dan keyakinan mereka. Istilah ini tidak termasuk usaha mencari untung (sektor swasta) atau sektor pemerintah. Dalam hal ini yang dimaksud oleh Perserikatan Bangsa Bangsa adalah organisasi massa (seperti organisasi-organisasi petani, wanita atau pensiunan), organisasi pekerja, perhimpunan profesi, gerakan sosial, organisasi pribumi, organisasi keagamaan dan kepercayaan serta akademisi dan lembaga swadaya masyarakat. Orang-orang dan kelompok masyarakat yang penting untuk berperan aktif dalam penanggulangan HIV dan AIDS.

**Mitigasi dampak:** Program ini merupakan program pengurangan dampak HIV dan AIDS terutama pada kehidupan sosial dan ekonomi orang-orang yang terinfeksi dan terdampak HIV. Bagi mereka yang kurang beruntung sebenarnya sudah ada berbagai mekanisme jaminan sosial dari pemerintah, begitu pula berbagai usaha yang telah dilakukan oleh lembaga-lembaga non pemerintah. Pada strategi dan rencana aksi ini program mitigasi dampak sengaja dimasukkan karena pada penilaian pelaksanaan rencana aksi yang lalu program ini dianggap belum berkembang. Dengan adanya program pada rencana aksi ini diharapkan sektor terkait, antara lain Kementerian Sosial, dapat melakukan upaya-upaya khusus agar mereka yang membutuhkan dapat betul-betul mempunyai akses pada berbagai mekanisme jaminan dan perlindungan sosial.

**PMTS:** Singkatan dari Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual. Ini merupakan intervensi struktural berbentuk program akselerasi yang bersifat komprehensif, yang dikembangkan tahun 2008 berdasarkan keberhasilan program sebelumnya. Ini dikembangkan melihat tingginya angka IMS dan rendahnya penggunaan kondom konsisten dari tahun ke tahun di Indonesia. Program ini bersifat komprehensif yang terdiri dari 4 komponen utama, yaitu Penguatan Pemangku Kepentingan di Lokasi, Komunikasi Perubahan Perilaku, Manajemen Pasokan Kondom dan Pelicin, serta Pengobatan IMS di Puskesmas. Selain itu monitoring intensif pada setiap komponen, dan evaluasi perubahan perilaku. Sasaran program saat ini terutama adalah WPS dan pelanggan di lokasi.

**Populasi kunci:** Kelompok populasi yang menentukan keberhasilan program pencegahan dan pengobatan, sehingga mereka perlu ikut aktif berperan dalam penanggulangan HIV dan AIDS, baik bagi dirinya maupun orang lain. Populasi ini adalah (1) Orang-orang berisiko tertular atau rawan tertular karena perilaku seksual berisiko yang tidak terlindung, bertukar alat suntik tidak steril; (2) Orang-orang yang rentan adalah orang yang karena pekerjaan, lingkungannya rentan terhadap penularan HIV, seperti buruh migran, pengungsi dan kalangan muda berisiko; dan (3) ODHA adalah orang yang sudah terinfeksi HIV.

**Rencana Aksi:** Upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang bersifat sistematis dan komprehensif, yang dituangkan dalam rencana kegiatan yang akan dilaksanakan pada wilayah yang terfokus di daerah epidemi HIV tertinggi dengan jumlah populasi kunci terbanyak, melalui penyelenggaraan program yang sudah teruji efektif dan terstruktur, dengan sasaran populasi kunci, yang melibatkan seluruh pihak terkait di semua tingkat, baik pemerintah pusat dan daerah, dalam rangka tercapainya perubahan perilaku aman, yang dapat mengurangi risiko penularan HIV di masyarakat, sehingga individu dan masyarakat dapat hidup secara produktif dan berperan aktif dalam pembangunan.

**Universal Access:** Mengacu pada tujuan dari *universal access* untuk pencegahan, perawatan dan pengobatan. Untuk Indonesia, SRAN tahun 2010-2014, definisi *universal access* mengacu pada tujuan utama penanggulangan HIV dan AIDS, agar semua (minimal 80%) populasi kunci yang membutuhkan mempunyai akses ke pelayanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan. Akses pada pelayanan pencegahan dibutuhkan populasi kunci agar mereka mendapat informasi mengenai cara mencegah diri dari tertular HIV, mampu menilai risiko, mengetahui cara mengakses kondom dan alat suntik, program VCT, IMS serta perawatan, dukungan dan pengobatan. Akses pada pelayanan ART bagi ODHA yang membutuhkan agar mereka mempunyai akses untuk mendapatkan ARV, pengobatan infeksi oportunistik dan kebutuhan perawatan serta dukungan lainnya. Dengan populasi kunci menggunakan layanan pencegahan dan pengobatan yang efektif diharapkan setidaknya 60% dari mereka menjalankan perilaku aman.

**Cakupan:** Jumlah populasi kunci yang dijangkau kegiatan penyelenggaraan program efektif dalam kurun waktu tertentu.

**Pekerja seks langsung:** Seseorang yang menjual seks sebagai pekerjaan atau sumber

penghasilan utama mereka, baik yang berbasis di rumah bordil/lokalisasi atau bekerja di jalanan.

**Pekerja seks tidak langsung:** Seseorang yang bekerja di bisnis-bisnis hiburan seperti bar, karaoke, salon atau panti pijat yang menambah penghasilan mereka dengan menjual seks. Namun, tidak semua mereka yang bekerja ditempat-tempat tersebut terindikasi menjual seks.

**Informed Consent:** Pemberitahuan mengenai segala sesuatu yang berkenaan dengan suatu tindakan yang akan diambil, untuk mendapat persetujuan.

**Seks berisiko:** Perilaku seks yang tidak menggunakan alat pelindung (baik kondom laki-laki maupun perempuan) sehingga berisiko terhadap penularan HIV. Perilaku seks dianggap berisiko karena salah satu pasangan yang melakukan hubungan seks diketahui secara sero-status HIV+ atau pada masa jendela dari infeksi HIV. Bagaimanapun juga mengurangi jumlah pasangan seks, dan penggunaan kondom (baik laki-laki maupun perempuan) dapat mengurangi risiko penularan HIV.

# RINGKASAN EKSEKUTIF

**Pendahuluan:** Isi strategi dan rencana aksi nasional penanggulangan HIV dan AIDS ini mengacu ke arah kebijakan yang terdapat dalam RPJMN 2010-2014. Strategi dan rencana aksi ini disusun untuk menjadi acuan semua sektor, baik pemerintah, non pemerintah maupun mitra kerja internasional untuk mengembangkan program yang lebih teknis. Bagi daerah menjadi acuan penyusunan rencana aksi masing-masing daerah sebagai dasar penyusunan RAPBD. Dokumen ini juga menjadi instrumen untuk mobilisasi dana di tingkat nasional dan internasional.

**Situasi epidemi dan penanggulangan HIV dan AIDS:** Indonesia telah memasuki epidemi terkonsentrasi. Surveilans Terpadu HIV dan Perilaku (STHP, Populasi Kunci, 2007) menunjukkan prevalensi HIV pada populasi kunci: WPS langsung 10,4%; WPS tidak langsung 4,6%; waria 24,4%; pelanggan WPS 0,8%; lelaki seks dengan lelaki (LSL) 5,2%; pengguna napza suntik 52,4%. Di provinsi Papua dan Papua Barat terdapat pergerakan ke arah *generalized epidemic* dengan prevalensi HIV sebesar 2,4% pada penduduk 15-49 tahun (STHP, Penduduk Papua, 2007).

Kecenderungan epidemi HIV ke depan menggambarkan perubahan penularan HIV, dimana selain populasi kunci yang sudah ditangani selama ini, penting pula memperhatikan peningkatan infeksi HIV pada LSL.

Perpres nomor 75 tahun 2006 menandai terjadinya intensifikasi penanggulangan AIDS. Keanggotaan KPA Nasional diperluas dengan mengikutsertakan masyarakat sipil. Dalam Perpres tersebut KPA Nasional diketuai oleh Menko Kesra, bertanggung jawab langsung kepada Presiden dan mempunyai sekretaris purna waktu. Pada tahun 2006 dimulai penguatan sekretariat KPA di 100 kabupaten dan kota prioritas dan pada tahun 2007 penguatan sekretariat di 33 provinsi.

Perkembangan kebijakan-kebijakan yang terjadi mendorong berkembangnya berbagai layanan pencegahan, serta perawatan, dukungan dan pengobatan. Cakupan program meningkat, namun ternyata masih ada kesenjangan yang besar untuk mencapai target *universal access*. Dengan adanya dukungan dana tambahan baik di tingkat pusat maupun daerah dan bantuan mitra internasional seperti Global Fund Ronde 8, tampaknya *universal access* diharapkan akan dapat dicapai sekalipun setelah tahun 2010.

Perkembangan efektifitas program belum memadai, dimana penggunaan kondom pada populasi kunci sampai dengan tahun 2007 dibandingkan angka tahun 2002 belum mengalami peningkatan bermakna. Dari tahun 2004 sampai dengan 2007 perilaku berbagi alat suntik diantara kelompok penasun sudah menurun. Dampak layanan ART bermakna menurunkan angka kematian dari 46% pada tahun 2006 menjadi 17% pada tahun 2008.

Proporsi pendanaan domestik dibandingkan dengan dana bantuan luar negeri secara berangsur meningkat. Jika dibandingkan anggaran tahun 2006 dan 2008, terdapat peningkatan pendanaan domestik cukup signifikan yaitu dari 22% menjadi 39%. Pada

tahun 2006, anggaran untuk penanggulangan HIV dan AIDS adalah sebesar 105 milyar rupiah, kemudian pada tahun 2008 mencapai 542 milyar rupiah.

Tantangan yang dihadapi adalah sebagai berikut: Cakupan dan efektifitas program untuk mencapai *universal access* belum memadai; keberlangsungan program belum dapat dipastikan; sistem layanan kesehatan dan komunitas masih lemah; masih perlu peningkatan tata kelola pemerintahan yang baik; serta masih perlu peningkatan lingkungan yang kondusif.

**Strategi penanggulangan HIV dan AIDS:** Strategi ditujukan untuk mencegah dan mengurangi risiko penularan HIV, meningkatkan kualitas hidup ODHA, serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat HIV dan AIDS pada individu, keluarga dan masyarakat, agar individu dan masyarakat menjadi produktif dan bermanfaat untuk pembangunan. Skenario strategi dan rencana aksi ini pada tahun 2014 adalah bahwa 80% populasi kunci terjangkau oleh program yang efektif dan 60% populasi kunci berperilaku aman. Strategi yang perlu ditempuh adalah sebagai berikut:

- Meningkatkan dan memperluas cakupan seluruh pencegahan
- Meningkatkan dan memperluas cakupan perawatan, dukungan dan pengobatan
- Mengurangi dampak negatif dari epidemi dengan meningkatkan akses program mitigasi sosial.
- Penguatan kemitraan, sistem kesehatan dan masyarakat.
- Meningkatkan koordinasi antara pemangku kepentingan dan mobilisasi penggunaan sumber daya di semua tingkat.
- Mengembangkan intervensi struktural.
- Penerapan perencanaan, prioritas dan implementasi program berbasis data.

**Rencana aksi (area dan fokus geografis):** Kerangka program terdiri dari empat area yaitu 1) Pencegahan, 2) Perawatan, dukungan dan pengobatan, 3) Program mitigasi dampak, dan 4) Program peningkatan lingkungan yang kondusif.

Fokus Geografis: Berdasarkan kriteria risiko penularan HIV, beban penyakit HIV dan AIDS dan kondisi program respons sampai saat ini, terpilih 137 kabupaten dan kota atau 31% dari seluruh kabupaten dan kota yang ada di seluruh provinsi (33) di Indonesia. Dengan fokus geografis ini diperkirakan program dapat menjangkau 94% penasun (205.860 orang), 92% WPS (203.300 orang) dan 85% ODHA (164.000 orang).

**Penyelenggaraan rencana aksi:** Penyelenggaraan dilakukan melalui mekanisme kepemimpinan yang tangguh, koordinasi penyelenggaraan, kemitraan, peran aktif kelompok-kelompok masyarakat dan mobilisasi sumber daya, dan dengan menganut prinsip tata kelola pemerintahan yang baik.

**Kebutuhan dan mobilisasi sumber daya:** SDM untuk penanggulangan HIV dan AIDS meliputi tenaga-tenaga tingkat lapangan (pendidik sebaya, petugas penjangkau,

supervisor program lapangan, manajer program tingkat lapangan), tingkat layanan (petugas konselor, dokter spesialis, dokter umum, petugas laboratorium, perawat, petugas administrasi, ahli gizi, bidan, manajer kasus) dan tenaga tingkat manajemen di kabupaten dan kota (pengelola program, petugas *monev/surveilans*, pengelola administrasi keuangan, sekretaris/manajer). Telah dihitung jumlah yang dibutuhkan untuk setiap jenis tenaga. Mobilisasi SDM dilakukan melalui rekrutmen tenaga, peningkatan pengetahuan dan keterampilan tenaga, pengembangan kapasitas pelatihan dan bantuan teknis.

Kebutuhan dana untuk melaksanakan rencana aksi 2010-2014 diperkirakan sebesar Rp. 10,3 triliun atau setara dengan 1,1 milyar US Dolar. Dana tersebut dibutuhkan untuk melaksanakan empat fokus area program, yaitu (1) pencegahan (57%), (2) perawatan, dukungan dan pengobatan (28%), (3) mitigasi dampak (2%), dan (4) pengembangan lingkungan yang kondusif (13%). Kegiatan program difokuskan pada program yang efektif dan dilaksanakan di 137 kabupaten dan kota, dimana lebih dari 80% populasi kunci berada.

Telah dihitung pula jumlah kebutuhan prasarana pencegahan, perawatan dan pengobatan, yang meliputi outlet kondom, layanan VCT, layanan IMS, layanan CST, layanan PMTCT, layanan alat suntik steril, dan layanan PTRM.

**Monitoring dan evaluasi:** Indikator kinerja program penanggulangan AIDS yang utama terdiri dari *coverage*, *effectiveness* dan *sustainability*.

Diharapkan pada akhir tahun 2014 cakupan program sudah mencapai setidaknya 80% populasi kunci. Bagi WBP dan Penasun angka ini dicapai pada 2011, bagi WPS pada 2012, bagi LSL dan Pelanggan pada 2014.

Diharapkan pada tahun 2014 perilaku aman sudah dijalankan oleh setidaknya 60% populasi kunci. Perilaku aman populasi kunci, baik mengenai perilaku pencegahan maupun pengobatan, merupakan satu wujud penting dari efektifitas program. Diharapkan pada akhir tahun 2014, 60% populasi kunci yang berperilaku seksual berisiko sudah menggunakan kondom secara konsisten, 60% Penasun sudah tidak bertukar alat suntik secara konsisten, begitu pula 60% ODHA yang membutuhkan sudah menggunakan ARV secara berkesinambungan.

Diharapkan pada akhir tahun 2014, kebutuhan pendanaan program HIV dan AIDS sudah terpenuhi dan 70% bersumber dari dalam negeri. Ketersediaan dana program merupakan salah satu indikator untuk menjamin terjadinya keberlangsungan program.

**Penutup:** Dokumen ini dihasilkan melalui siklus perencanaan. Secara berkala pelaksanaannya dinilai, antara lain melalui kajian tahunan dan kajian tengah periode. Temuan-temuan yang diperoleh akan digunakan untuk perbaikan program dan perencanaan berikutnya.



# BAB I

## PENDAHULUAN

1

### 1.1. Latar Belakang

Perkembangan epidemi yang meningkat di awal tahun 2000-an telah ditanggapi dengan keluarnya Peraturan Presiden nomer 75 tahun 2006 yang mengamanatkan perlunya intensifikasi penanggulangan AIDS di Indonesia.

Indonesia adalah salah satu negara di Asia dengan epidemi yang berkembang paling cepat (UNAIDS, 2008). Kementerian Kesehatan memperkirakan, Indonesia pada tahun 2014 akan mempunyai hampir tiga kali jumlah orang yang hidup dengan HIV dan AIDS dibandingkan pada tahun 2008 (dari 277.700 orang menjadi 813.720 orang). Ini dapat terjadi bila tidak ada upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang bermakna dalam kurun waktu tersebut.

Peningkatan penanggulangan HIV dan AIDS yang efektif dan komprehensif di Indonesia memerlukan pendekatan yang strategik, yang menangani faktor-faktor struktural melibatkan peran aktif semua sektor. Tantangan yang dihadapi sungguh besar dilihat secara geografik dan sosial ekonomi, Indonesia berpenduduk terbesar ke empat di dunia dan terdiri lebih dari 17.000 pulau, dengan sistem pemerintahan terdesentralisasi mencakup lebih dari 400 kabupaten dan kota dan 33 provinsi. Kasus HIV telah dilaporkan oleh lebih dari 200 kabupaten dan kota di seluruh 33 provinsi. Mengingat epidemi HIV merupakan suatu tantangan global dan salah satu masalah yang paling rumit dewasa ini,

maka keberhasilan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, tidak saja memberikan manfaat bagi Indonesia tetapi juga penanggulangan AIDS secara global.

Dokumen ini menjadi acuan pengembangan strategi dan rencana di sektor, pemerintah daerah, swasta, para mitra kerja dan masyarakat dalam penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Isi strategi dan rencana aksi ini telah mengacu ke arah kebijakan yang terdapat dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN); yang selanjutnya akan menjadi acuan sektor-sektor pemerintah yang terkait untuk mengembangkan strateginya masing-masing. Rencana aksi nasional ini bagi daerah juga menjadi acuan untuk penyusunan rencana aksi masing-masing daerah sebagai dasar untuk penyusunan RAPBD. Selain itu di tingkat nasional dokumen ini menjadi instrumen untuk mobilisasi dana ke tingkat nasional maupun internasional.

## 1.2. *Rationale*

Setelah Strategi Nasional dan Rencana Aksi Nasional 2007-2010 diluncurkan pada tahun 2007, terjadi banyak perkembangan. Selain perkembangan upaya penanggulangan diperoleh sejumlah informasi baru. Temuan STHP tahun 2007 mengkonfirmasi bahwa prevalensi HIV di populasi umum di Tanah Papua sudah 2,4%. STBP 2007 tentang populasi paling berisiko menyatakan bahwa prevalensi IMS di Indonesia makin tinggi sementara penggunaan kondom tetap rendah. Begitu pula data monitoring KPA Nasional memperlihatkan perkembangan cakupan program sekalipun masih belum sepenuhnya mencapai sasaran. Semua temuan ini dilengkapi dengan data program dari masing-masing mitra kerja menjadi dasar yang cukup untuk menilai sejauh mana perkembangan upaya penanggulangan terhadap pertumbuhan epidemi HIV di Indonesia. Proses penilaian dilakukan melalui kajian paruh waktu pada awal 2009.

Sementara itu tahun 2009 ditandai dengan perkembangan yang penting di lingkungan pemerintahan, antara lain pemilihan umum untuk pemerintahan baru, penyusunan rancangan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014 untuk pemerintahan baru dan proses transisi pergantian kabinet dimana salah satu anggotanya yaitu Menko Kesra yang merupakan Ketua KPA Nasional. Perkembangan ini menuntut percepatan penyusunan strategi dan rencana aksi nasional yang baru untuk kurun waktu 2010-2014, sekalipun laporan kajian paruh waktu tersebut belum selesai. Dengan demikian tahun terakhir dari Rencana Aksi Nasional tahun 2007-2010 menjadi tahun pertama dari strategi dan rencana aksi yang baru.

## 1.3. *Proses Penyusunan*

Proses penyusunan rancangan strategi dan rencana aksi ini dimulai dari bulan Maret sampai dengan September 2009:

**Maret** : Pertemuan Forum Perencanaan dan Penganggaran di Bappenas membahas integrasi permasalahan HIV dan AIDS ke dalam Rencana Pembangunan

Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014. Pertemuan juga mengusulkan untuk segera menyusun Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS yang baru dengan kerangka waktu yang sama, yaitu tahun 2010-2014. Sejak saat itu Tim Teknis Forum Perencanaan dan Penganggaran melakukan serangkaian pertemuan persiapan.

- Mei** : Tim teknis tersebut mengawali proses dengan pengumpulan data dari para mitra kerja untuk melakukan kajian paruh waktu (*Mid Term Review - MTR*) pelaksanaan RAN 2007-2010, untuk menjadi dasar penyusunan SRAN 2010-2014.
- Juli** : Pengarahan penyusunan SRAN tahun 2010-2014 oleh Sekretaris KPA Nasional mengenai kebijakan-kebijakan pokok SRAN melalui pertemuan Forum Perencanaan dan Penganggaran di Bappenas.
- Agustus** : Hasil awal MTR telah disajikan kepada para pemangku kepentingan yang kemudian bersedia menjadi anggota tim penulis SRAN tahun 2010-2014 pada Agustus 2009. Tim penulis mempersiapkan bahan, kebijakan pokok dan kerangka SRAN.
- September** : Penulisan draft 1 dilakukan awal September, yang kemudian mendapat tanggapan dan masukan para pemangku kepentingan dari sektor pemerintah, masyarakat sipil, serta mitra pembangunan internasional. Pada tahap akhir, draft final SRAN tahun 2010-2014 dikonsultasikan untuk mendapat *peer review* di tingkat internasional, sebelum dikukuhkan menjadi kebijakan nasional oleh Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat selaku Ketua KPA Nasional.

Penanggung jawab penulisan Strategi dan Rencana Aksi Nasional tahun 2010-2014 adalah Sekretaris KPA Nasional. Tim penulisan terdiri atas tim pengarah dan tim penulis. Tim pengarah diketuai oleh Sekretaris KPA Nasional, dimana wakil ketua dari Kemenko Kesra dan Kementerian Kesehatan. Anggota tim pengarah berasal dari Bappenas, Kementerian Agama, Kementerian Hukum dan HAM, Kementerian Kebudayaan dan Pariwisata, Kementerian Pendidikan Nasional, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Perhubungan, Kementerian Negara Pemuda dan Olahraga, Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan, Kementerian Negara Riset dan Teknologi, Kepolisian RI, BPPT, BNN, Kadin, Kementerian Sosial, Sekretaris Kabinet, JOTHI dan FHI. Tim penulis berasal dari Sekretariat KPA Nasional, Aktivistis AIDS, Bappenas, Kementerian Kesehatan, JOTHI, Spiritia, IPPI, HCPI, FHI, YPI, Sekretariat KPA Provinsi DKI Jakarta, Kementerian Hukum dan HAM, Kementerian Sosial, UNAIDS, MPPI dan GWL Ina. Dari yang tersebut di atas 50% tim penulisan berasal dari masyarakat sipil dan 50% dari sektor pemerintah.





# BAB II

## SITUASI EPIDEMI DAN PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS

### 2.1. Situasi Epidemii HIV

#### 2.1.1. Status Epidemii 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.

#### 2.1.2. Status Epidemii 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.

Pada akhir Juni 2009 dilaporkan sebesar 17.699 pasien AIDS, 15.608 orang diantaranya dalam golongan usia produktif 25-49 tahun (88%).

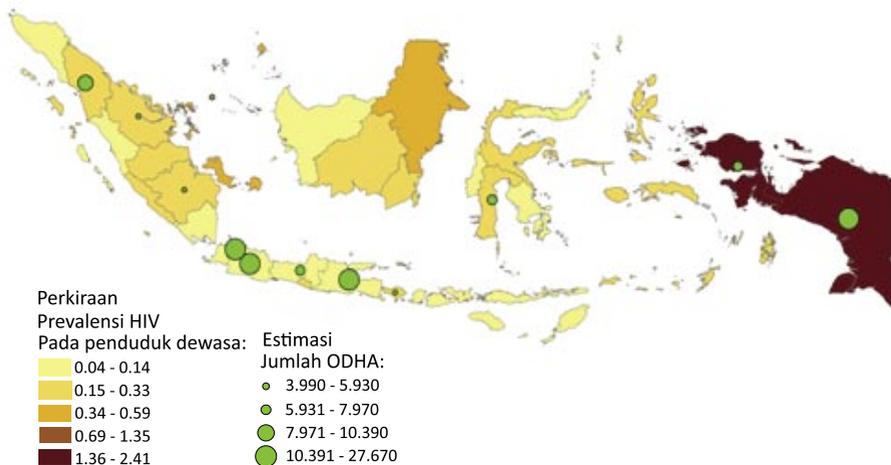
Sejak tahun 2000, prevalensi HIV di Indonesia meningkat menjadi di atas 5% pada populasi kunci, seperti pengguna napza suntik, pekerja seks, waria, LSL, sehingga dikatakan Indonesia telah memasuki tahapan epidemi terkonsentrasi. Hasil Surveilans Terpadu HIV dan Perilaku (STHP) tahun 2007, prevalensi 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 (STHP 2007).

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.

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

**Gambar 2.1. Peta Sebaran Epidemi HIV di Indonesia**  
**Perkiraan Jumlah ODHA 2009: 333.200**



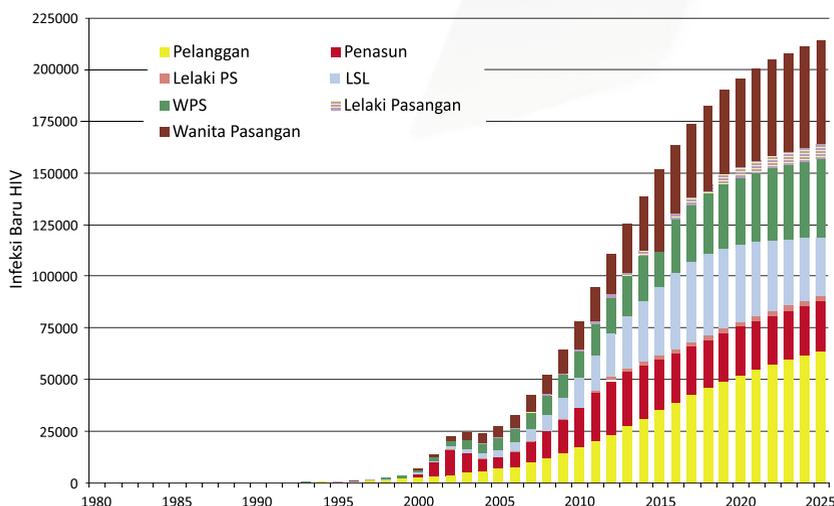
Peta di atas memperlihatkan bahwa epidemi HIV di Indonesia bervariasi antar wilayah. Kecuali di Provinsi Papua dan Papua Barat, epidemi HIV pada sebagian besar provinsi di Indonesia masih terkonsentrasi pada populasi kunci, dengan prevalensi >5%. Di Provinsi

Papua dan Papua Barat, epidemi sudah memasuki masyarakat dengan prevalensi berkisar 1,36%-2,41% (Sumber: STHP, 2006 Kemkes).

### 2.1.3. Kecenderungan Epidemi ke Depan

Kecenderungan epidemi 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.

**Gambar 2.2. Kecenderungan Epidemi HIV ke Depan di Indonesia**



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.
- 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 (Sumber: Pemodelan Matematik Epidemi HIV di Indonesia, 2010-2025, KPAN).
- 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.

## 2.2. Situasi Penanggulangan HIV dan AIDS

### 2.2.1. 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 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 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.

### **2.2.2. Perkembangan Cakupan dan Efektivitas Program**

#### **a. Perkembangan Cakupan**

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

##### **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.

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 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 (Sumber: Data Cakupan, KPAN, Juni 2009). Jumlah outlet kondom telah dikembangkan sebanyak 15.000 unit dan sebanyak 20 juta kondom telah didistribusikan setiap tahunnya baik secara gratis maupun komersial (Sumber: DKT, 2008). 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.

#### **5) 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 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.

### **6) Konseling dan Testing Sukarela (*Voluntary Counseling and Testing*)**

Layanan kesehatan yang pertama dalam pencegahan adalah layanan VCT. Diharapkan seluruh 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% (STHP 2007).

### **7) Program Perawatan Dukungan dan Pengobatan**

Layanan perawatan, dukungan dan pengobatan di tahun 2009 sudah diberikan oleh 154 rumah sakit rujukan dari sebelumnya 25 rumah sakit di tahun 2004. ODHA yang membutuhkan ARV diperkirakan berjumlah 27.770 di tahun 2008 (10% dari jumlah estimasi ODHA).

Infeksi oportunistik yang paling banyak terjadi pada ODHA adalah Tuberkulosis yaitu mencapai 41% dari seluruh kasus infeksi oportunistik, kemudian diare kronis (21%) dan kandidiasis (21%). Infeksi oportunistik ini menyebabkan kematian pada ODHA. Di lembaga pemasyarakatan 22,68 % kematian disebabkan HIV, 18,37% diakibatkan oleh TBC dan 6,19% adalah akibat hepatitis (Sumber: Ditjen Pemasyarakatan, Kemkumham, 2008).

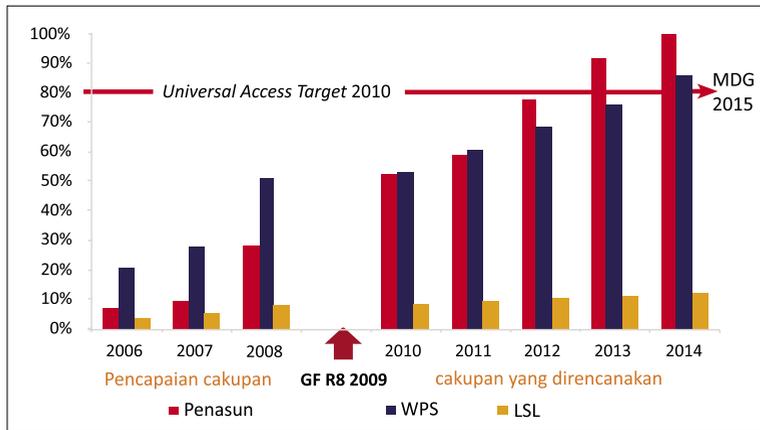
Pada Juni 2009 terdapat 12.493 ODHA sedang menjalani pengobatan ARV (atau 45% dari yang membutuhkan). Pada tahun 2008, angka kematian ODHA turun menjadi 17% dibandingkan sebelumnya 46% pada tahun 2006.

### **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*.

Gambar 3, 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.

**Gambar 3. Cakupan Program Dibandingkan dengan Target *Universal Access* 2010**



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.

**b. Efektifitas Program**

**1) Program Pencegahan Melalui Alat Suntik**

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.

## 2) Program Pencegahan Melalui Hubungan Seksual

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 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.

## 3) Program Perawatan dan Pengobatan

Efektifitas program perawatan dan pengobatan masih belum memadai, beberapa penyebab adalah karena masih belum memadainya jumlah layanan dan rendahnya akses populasi kunci dan ODHA terhadap layanan kesehatan yang tersedia. Masih lemahnya sistem logistik dan suplai dari ART juga memberikan dampak efektifitas program pengobatan yang masih rendah. Untuk memperbaiki kelemahan sistem tersebut diperlukan komitmen kepemimpinan yang lebih besar, kerja sama dan koordinasi dari sektor terkait.

### 2.2.3. Perkembangan Kesenambungan Program

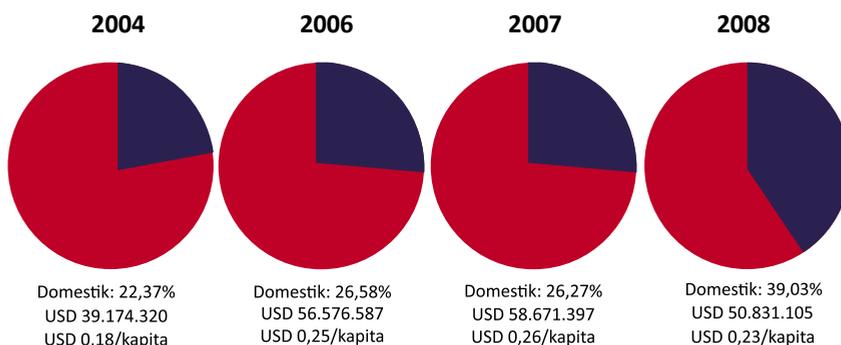
Kesenambungan program dapat dilihat dari berbagai aspek, antara lain peraturan dan kelembagaan serta anggaran belanja.

Dari sisi kelembagaan, KPA di 33 provinsi, serta 171 KPA di kabupaten dan kota prioritas telah berperan aktif. Pada tingkat provinsi seluruh KPA sudah mempunyai Surat Keputusan Gubernur, 26 di antaranya sudah mempunyai kantor sendiri, dan 29 KPA provinsi mempunyai pertemuan rutin untuk koordinasi lintas sektor.

Dari aspek anggaran, meskipun masih terdapat kesenjangan dalam ketersediaan dana untuk penyelenggaraan program pada tahun 2007-2009, namun terdapat kecenderungan ketersediaan dana domestik yang cukup meningkat. Sumber pendanaan untuk penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia berasal dari dana domestik, bantuan bilateral (USAID, AusAID), Global Fund dan mitra pembangunan lainnya. Untuk dana domestik, anggaran dialokasikan melalui APBN sektor di tingkat nasional, APBD provinsi maupun kabupaten/kota. Di tingkat nasional 12 kementerian dan lembaga pemerintah telah

mengalokasikan dan menggunakan dana untuk penanggulangan HIV dan AIDS. Proporsi pendanaan domestik dibandingkan dengan dana bantuan luar negeri secara berangsur telah meningkat seperti terlihat dalam gambar berikut:

**Gambar 4. Sumber Daya Pendanaan: Kenaikan Pendanaan Dalam Negeri**



Pada gambar di atas, diperlihatkan peningkatan proporsi pendanaan penanggulangan HIV antara domestik dan bantuan luar negeri antara tahun 2004-2008 yaitu dari 22% menjadi 39%. Pada tahun 2004, alokasi anggaran untuk penanggulangan HIV dan AIDS adalah sebesar 87 milyar rupiah, sedangkan pada tahun 2008 mencapai 198 milyar rupiah.

### 2.3. Tantangan

Penanggulangan HIV dan AIDS memasuki babak baru dalam implementasinya. Kondisi sosial dan ekonomi yang berubah cepat sangat berpengaruh pada upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Beberapa tantangan yang muncul, antara lain adalah sebagai berikut:

1. Jangkauan untuk mencapai *universal access* masih belum memadai karena keterbatasan dana untuk implementasi program di semua daerah yang memerlukan, baik untuk program pencegahan pada populasi kunci (LSL, waria, penasun, WPS, pelanggan WPS, serta pasangan dari kelompok tersebut), pencegahan penularan dari ibu ke anak, perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA yang membutuhkan, maupun mitigasi dampak.
2. Untuk mengubah perilaku, diperlukan kontak intensif kepada populasi kunci, diperkirakan minimal 8 kali setiap tahun, sehingga diperlukan dukungan sumberdaya baik dalam bentuk pelaksana program maupun pendanaan untuk memastikan program intervensi dapat dilaksanakan.
3. Penggunaan kondom secara konsisten masih rendah karena program yang dilaksanakan masih belum mempunyai dukungan lingkungan yang memadai (baik oleh organisasi

keagamaan maupun masyarakat lainnya) serta adanya kesulitan dalam menjangkau pelanggan pekerja seks.

4. Keberlangsungan program belum dapat dipastikan.

Masih terdapat kesenjangan sumber daya keuangan dan sumber daya manusia untuk memenuhi kebutuhan program baik di tingkat nasional, provinsi maupun kabupaten/kota, baik sebagai pemimpin, pengelola maupun pelaksana program. Mengingat masih belum adanya kejelasan dukungan pendanaan dari bantuan untuk program HIV pada masa-masa yang akan datang. Oleh karena itu, SRAN juga berfokus untuk mengupayakan mobilisasi pendanaan yang bersifat domestik.

5. Sistem layanan kesehatan dan komunitas masih lemah.

Sistem kesehatan perlu diperkuat untuk menangani HIV dan AIDS antara lain di bidang pencegahan, diagnostik, pengobatan dan perawatan, keamanan transfusi darah dan kewaspadaan universal. Sistem komunitas melalui LSM dan organisasi/jaringan populasi kunci perlu diperkuat untuk dapat lebih berperan aktif dan menjangkau populasi kunci.

6. Masih perlu peningkatan tata kelola pemerintahan yang baik untuk koordinasi antar sektor, harmonisasi kebijakan, manajemen, penyediaan informasi strategik, monitoring dan evaluasi serta implementasi program.

7. Masih perlu peningkatan lingkungan yang lebih kondusif, untuk mengurangi stigma dan diskriminasi, ketidaksetaraan gender dan pelanggaran Hak Asasi Manusia dengan melibatkan organisasi masyarakat dan keagamaan serta sektor pendidikan.





# BAB III

## STRATEGI PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS

17

### 3.1. 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 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.

Untuk menghadapi epidemi HIV tersebut perlu dilakukan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang lebih intensif, menyeluruh, terpadu dan terkoordinasi, untuk menghasilkan program yang cakupannya tinggi, efektif dan berkelanjutan. Arah kebijakan ini perlu dijabarkan menjadi strategi berikut: Pertama, peningkatan dan

perluasan cakupan pencegahan. Kedua, peningkatan dan perluasan cakupan perawatan, dukungan dan pengobatan. Ketiga, pengurangan dampak negatif dari epidemi dengan meningkatkan akses ke program mitigasi sosial. Keempat, penguatan kemitraan, sistem kesehatan dan sistem masyarakat. Kelima, peningkatan koordinasi dan mobilisasi dana. Keenam, pengembangan intervensi struktural. Ketujuh, 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.

Bidang kesehatan sangat berperan dalam memberikan perawatan, dukungan dan pengobatan bagi mereka yang terinfeksi serta berbagai bentuk layanan pencegahan penyakit.

Bidang penanganan narkoba berkaitan erat dengan upaya pencegahan infeksi melalui suntikan.

Bidang pertahanan dan keamanan berperan besar melindungi personil yang tugasnya rentan terhadap penularan HIV.

Bidang hukum terutama berperan mencegah dan menanggulangi penularan di lingkungan lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan.

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.

Bidang pendidikan, pemuda, keagamaan dan keluarga, sangat berperan untuk melindungi anggota keluarga tercegah dari risiko terinfeksi.

Sedangkan 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.

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.

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.

Komitmen nasional dan global termasuk *Millenium Development Goals* 2015 dalam

penanggulangan HIV dan AIDS dapat tercapai, bila 80% populasi paling berisiko terjangkau oleh program yang efektif dan minimal 60% populasi berisiko tersebut berperilaku aman. Dengan demikian mereka sendiri dan masyarakat umum dapat terlindung dari infeksi. Diharapkan kemudian epidemi HIV selain dapat ditahan secara bertahap juga dapat diturunkan.

### **3.2. Prinsip dan Dasar Kebijakan**

Strategi dan Rencana Aksi dibuat berdasarkan peraturan perundangan terkait dengan masalah dan atau faktor-faktor yang berpengaruh dan mewarnai upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia. Prinsip-prinsip utama dalam strategi dan rencana aksi penanggulangan HIV dan AIDS adalah sebagai berikut:

1. Upaya penanggulangan HIV dan AIDS harus memperhatikan nilai-nilai agama, budaya, norma kemasyarakatan, menghormati harkat dan martabat manusia, serta memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender.
2. HIV dan AIDS merupakan masalah sosial kemasyarakatan dan pembangunan, oleh sebab itu upaya penanggulangannya harus diintegrasikan ke dalam program pembangunan di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota.
3. Upaya penanggulangan HIV dan AIDS dilakukan secara sistematis dan terpadu, mulai dari peningkatan perilaku hidup sehat, pencegahan penyakit, perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA dan orang-orang terdampak HIV dan AIDS.
4. Upaya penanggulangan HIV dan AIDS dilakukan oleh masyarakat sipil dan pemerintah secara bersama berdasarkan prinsip kemitraan.
5. Populasi kunci dan ODHA serta orang-orang yang terdampak HIV dan AIDS berperan aktif secara bermakna dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS.
6. Dukungan yang diberikan kepada ODHA dan orang-orang yang terdampak HIV dan AIDS yang miskin bertujuan untuk pemberdayaan dan mempertahankan kehidupan sosial ekonomi yang layak dan produktif.
7. Peraturan perundang-undangan diusahakan untuk dapat mendukung dan selaras dengan upaya penanggulangan HIV dan AIDS di semua tingkat.

### **3.3. Tujuan**

#### **3.3.1. Tujuan Umum**

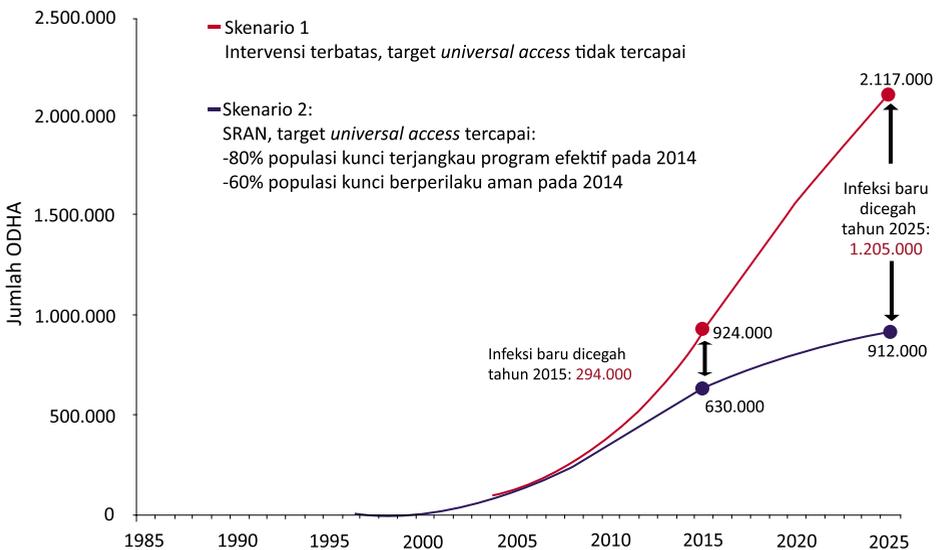
Strategi penanggulangan HIV dan AIDS ditujukan untuk mencegah dan mengurangi risiko penularan HIV, meningkatkan kualitas hidup ODHA, serta mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat HIV dan AIDS pada individu, keluarga dan masyarakat, agar setiap individu menjadi produktif dan bermanfaat untuk pembangunan.

### 3.3.2. Tujuan Khusus

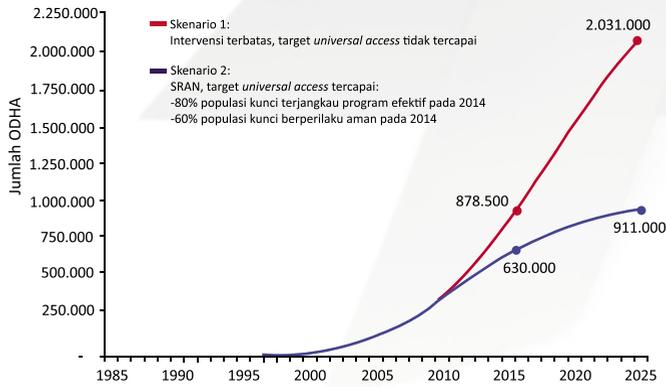
1. Meningkatkan upaya pencegahan HIV dan AIDS pada semua populasi kunci.
2. Menyediakan dan meningkatkan pelayanan perawatan, dukungan dan pengobatan yang bermutu, terjangkau dan bersahabat bagi ODHA.
3. Meningkatkan akses dan dukungan sosial ekonomi bagi anak dan keluarga terdampak, serta ODHA yang miskin.
4. Menciptakan dan memperluas lingkungan kondusif yang memberdayakan masyarakat sipil untuk berperan secara bermakna, sehingga stigma dan diskriminasi terhadap populasi kunci, ODHA dan orang-orang yang terdampak oleh HIV dan AIDS berkurang. Hal ini termasuk pengembangan kebijakan, koordinasi program, manajemen, monitoring dan evaluasi termasuk pemantauan epidemi, perilaku serta riset operasional.

Tujuan di atas dapat dicapai secara bermakna bila program mempunyai skenario paling sedikit menjangkau 80% populasi kunci, dan 60% populasi kunci kemudian berperilaku aman pada 2014. Implementasi skenario SRAN ini akan memberikan dampak menurunnya jumlah orang dengan HIV/AIDS di Indonesia termasuk jumlah ODHA anak, baik di 31 provinsi di luar Papua maupun 2 provinsi di Papua, seperti terlihat di bawah ini:

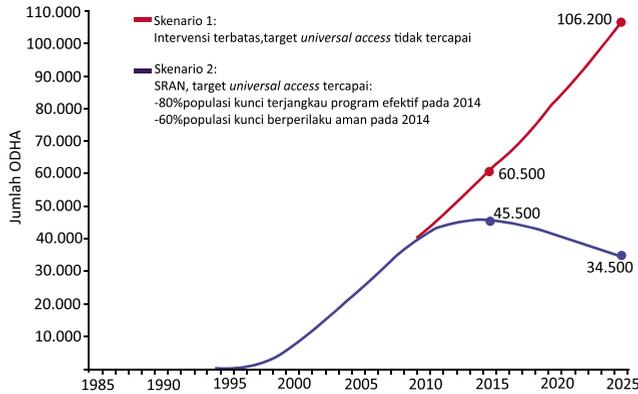
**Gambar 3.1. Proyeksi Jumlah ODHA di Indonesia**



**Gambar 3.2. Proyeksi Jumlah ODHA di 31 Provinsi di Luar Papua: Skenario 1 dan Skenario 2**



**Gambar 3.3. Proyeksi Jumlah ODHA di 2 Provinsi (Papua dan Papua Barat): Skenario 1 dan Skenario 2**



**3.3.3. Sasaran**

Dengan rencana aksi ini yang dapat diselenggarakan dengan sebaik-baiknya, maka pada akhir tahun 2015, diharapkan mampu mencegah infeksi baru HIV sebanyak 294.000 orang, dan apabila upaya tersebut terus dilakukan maka 1.205.000 infeksi baru HIV dapat dicegah pada tahun 2025.

Indonesia belum mampu mencapai *Universal Access* pada waktunya, sehingga harus diupayakan tercapai pada tahun-tahun berikutnya. Agar dampak upaya tersebut dapat dicapai, maka ditetapkan sasaran dari SRAN 2010-2014 sebagai berikut:

1. Terjangkaunya 80% populasi kunci oleh program pencegahan komprehensif yang efektif untuk perubahan perilaku.
2. Tercapainya perubahan perilaku untuk mencegah penularan HIV, yaitu peningkatan

penggunaan kondom pada setiap hubungan seks tidak aman menjadi 60% dan penggunaan alat suntik steril menjadi 60%.

3. Tersedianya pelayanan komprehensif dimana semua ODHA yang memenuhi syarat dapat menerima ARV, pengobatan, perawatan dan dukungan yang manusiawi, profesional dan tanpa diskriminasi, serta didukung oleh sistem rujukan dan pembinaan serta pengawasan yang memadai.
4. Semua ibu hamil HIV positif dan anak yang dilahirkan menerima ARV prophylaksis.
5. Semua ODHA dan orang-orang yang terdampak oleh HIV dan AIDS terutama anak yatim piatu dan janda yang miskin mempunyai akses terhadap dukungan sosial dan ekonomi.
6. Terciptanya lingkungan yang memberdayakan, dimana masyarakat sipil berperan secara bermakna dan hilangnya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dan orang-orang yang rawan tertular dan populasi kunci yang terdampak oleh HIV dan AIDS. Perubahan ini perlu diukur sejauh mana kondisi ini sudah membaik terhadap orang yang terinfeksi HIV dan populasi kunci.
7. Meningkatnya komitmen pemerintah dan anggaran dalam negeri untuk upaya penanggulangan HIV dan AIDS secara berkesinambungan.

Untuk mencapai persentase populasi kunci yang cukup tinggi dan pencapaian target *universal access* sebagaimana disebutkan di atas, maka Indonesia memerlukan dukungan adanya jaminan pendanaan dan dukungan teknis sehingga dapat melakukan akselerasi dan ekspansi program intervensi ke seluruh kabupaten dan kota prioritas terpilih.

### **3.4. Strategi**

Strategi Nasional 2010-2014 merupakan kelanjutan dari Strategi Nasional 2007-2010 dan memperhatikan hasil-hasil pelaksanaannya. Strategi yang dikembangkan ini juga berupaya untuk menjawab berbagai tantangan yang ada dan sesuai dengan hasil rekomendasi dari kajian paruh waktu. Implementasi seluruh strategi ini dilakukan dengan koordinasi dengan melibatkan pemerintah dan peran aktif masyarakat, termasuk kelompok komunitas dan kelompok dukungan sebaya.

Untuk mencapai tujuan, yang berfokus pada perluasan program pencegahan dan pengobatan untuk populasi kunci, ditetapkan strategi berikut:

#### **3.4.1. Meningkatkan dan memperluas cakupan seluruh pencegahan**

##### **a. Pencegahan penularan melalui alat suntik**

Peningkatan dan perluasan upaya pencegahan untuk pengguna narkoba suntik dan warga binaan pemasyarakatan melalui program pengurangan dampak buruk secara

komprehensif yang meliputi program penukaran alat suntik, terapi rumatan metadon, layanan rujukan ke VCT dan layanan kesehatan lainnya untuk pengobatan seperti Hepatitis C dan terapi pemulihan adiksi.

#### **b. Pencegahan penularan melalui hubungan seksual tidak aman**

Peningkatan dan perluasan program pencegahan penggunaan kondom pada setiap hubungan seks tidak aman, pengobatan infeksi menular seksual dengan skala yang luas dan mudah dijangkau untuk menghentikan jalannya epidemi berupa menurunnya insidens dan prevalensi kasus IMS, HIV dan AIDS untuk pekerja seks, pelanggan pekerja seks, penasun, LSL, waria, ODHA, dan pasangan seks dari populasi kunci.

#### **c. Pengembangan program yang komprehensif untuk populasi kunci LSL**

Untuk meningkatkan cakupan LSL yang masih sangat rendah, diperlukan program yang komprehensif untuk populasi kunci LSL. Program ini dirumuskan dan diselenggarakan dengan melibatkan secara aktif populasi tersebut.

#### **d. Pencegahan penularan melalui ibu ke bayi**

Pencegahan penularan dari ibu ke bayi diperlukan terutama di beberapa daerah yang epideminya sudah cukup tinggi dan meluas ke masyarakat. Program utama yang diperlukan adalah memaksimalkan kesempatan tes HIV bagi ibu hamil dan pasangannya dan memperkuat jejaring rujukan untuk PMTCT melalui pengintegrasian ke layanan kesehatan ibu dan anak yang sudah ada.

### **3.4.2. Meningkatkan dan memperluas cakupan perawatan, dukungan dan pengobatan**

Peningkatan informasi kepada masyarakat mengenai HIV dan VCT, perluasan layanan VCT dan adanya kolaborasi yang intensif antara penyedia layanan kesehatan dengan LSM dan kelompok-kelompok sasaran, diharapkan akan mencapai target dari seluruh orang yang memerlukan layanan kesehatan termasuk VCT.

Untuk memenuhi kebutuhan perawatan dan pengobatan (ARV dan infeksi oportunistik) ODHA yang meningkat, fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, dan unit pelayanan terdepan lainnya ditingkatkan jumlah dan mutu layanannya secara bertahap.

Jaminan kualitas layanan program perawatan dan pengobatan perlu dikembangkan melalui (1) peningkatan ketersediaan tenaga kesehatan yang berkualitas untuk memenuhi ketersediaan layanan yang bersahabat dan sesuai kebutuhan ODHA; (2) menjamin ketersediaan dukungan logistik untuk obat-obat esensial yang diperlukan dalam pengobatan terkait HIV dan AIDS; (3) peningkatan peran layanan berbasis masyarakat untuk melengkapi layanan yang telah disediakan oleh pemerintah.

### **3.4.3. Mengurangi dampak negatif dari epidemi dengan meningkatkan akses program mitigasi sosial bagi mereka yang memerlukan**

Menyediakan kesempatan untuk orang terinfeksi HIV yang kurang beruntung dan yang terdampak AIDS, anak yatim, orang tua tunggal, dan janda untuk mendapatkan akses ke

dukungan peningkatan pendapatan, pelatihan keterampilan dan program pendidikan peningkatan kualitas hidup.

#### **3.4.4. Penguatan kemitraan, sistem kesehatan dan sistem masyarakat**

Untuk meningkatkan kinerja program, diperlukan adanya kerjasama antara layanan dengan masyarakat sebagai pengguna layanan, termasuk kejelasan bagaimana peran dan tanggung jawab antara sektor kesehatan dengan sektor lainnya sehingga sistem layanan yang tersedia lebih terkoordinasi. Layanan yang dikembangkan harus sesuai dengan kebutuhan masyarakat, sehingga penggunaan layanan diharapkan akan semakin meningkat.

Dalam kaitannya dengan penanggulangan HIV dan AIDS, penguatan sistem kesehatan sangat diperlukan. Beberapa aspek penting yang perlu dilakukan, antara lain pengintegrasian program HIV ke layanan kesehatan yang sudah tersedia, misalnya layanan IMS dengan layanan kesehatan reproduksi; layanan PMTCT ke dalam layanan KIA; penyediaan layanan TB/HIV. Selain itu untuk menjamin kesinambungan pengobatan, peningkatan dana domestik untuk HIV, VCT dan ARV juga mulai diupayakan untuk terintegrasi sebagai bagian dari pengelolaan penyakit-penyakit kronis.

Dukungan kebijakan lainnya yang mendukung sebagai bagian dari penguatan sistem kesehatan juga diperlukan, antara lain masuknya Jamkesmas untuk HIV dan AIDS; Penguatan SDM melalui pengembangan pelatihan dan insentif petugas kesehatan untuk program HIV; penguatan sistem informasi kesehatan, infrastruktur dan manajemen logistik yang memberikan peningkatan dampak kesehatan secara luas; penguatan dukungan untuk OHDA melalui perawatan berbasis masyarakat dan perawatan.

Penguatan sistem komunitas dibangun melalui pengembangan kapasitas (implementasi program, manajemen, money) dari mereka yang harus terlibat, mobilisasi sumber daya di masyarakat sehingga berdaya guna untuk program, serta pelibatan masyarakat termasuk populasi kunci dan ODHA untuk mendukung upaya penanggulangan.

#### **3.4.5. Meningkatkan koordinasi antara para pemangku kepentingan dan mobilisasi penggunaan sumber dana di semua tingkat**

Untuk memperoleh hasil yang sebaik-baiknya dalam penyelenggaraan dari upaya penanggulangan, koordinasi antara berbagai pemangku kepentingan harus ditingkatkan di semua tingkat dan untuk semua tahapan penyelenggaraan.

Penyelenggaraan upaya penanggulangan mengacu pada tata kelola yang baik dan berdasar pada data dan fakta yang teruji.

Perluasan dan peningkatan upaya penanggulangan HIV dan AIDS memerlukan dana yang tidak sedikit. Dana berasal dari berbagai sumber baik dari dalam negeri maupun dari luar negeri. Dana luar negeri digunakan untuk *scaling up*, penguatan sistem kesehatan dan penguatan komunitas. Sedangkan dana dalam negeri untuk memelihara dan menjamin kesinambungan. Ke depan, proporsi pendanaan dari dalam negeri harus lebih besar

dari luar negeri. Oleh karena itu, mobilisasi dana dalam negeri harus digiatkan dengan cara mengintegrasikan program penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam pembangunan baik di tingkat nasional (untuk APBN) maupun daerah (untuk APBD). Selain itu, perlu pula ditingkatkan sumber-sumber dari perusahaan swasta dan sumber-sumber masyarakat lainnya.

#### **3.4.6. Mengembangkan intervensi struktural**

Strategi ini diperlukan untuk seluruh program. Kesuksesan program sangat tergantung dari adanya peran aktif dari kelompok populasi kunci dan adanya kepemimpinan yang mampu menciptakan lingkungan yang mendukung dalam penanggulangan HIV dan AIDS, termasuk pengurangan stigma dan diskriminasi, peningkatan perubahan perilaku dan kesinambungan implementasi program. Strategi ini memerlukan komitmen dan dukungan politik, dan dilaksanakan oleh KPA sebagai bagian dari advokasi dan sesuai dengan mandat yang telah ditetapkan.

Program penanggulangan HIV dan AIDS dilaksanakan dengan pendekatan intervensi struktural antara lain melalui hal berikut:

Peningkatan peran aktif masyarakat dan pemangku kepentingan dari berbagai kalangan khususnya pada tingkat lokal seperti KPA, sektor terkait (terutama kesehatan, pendidikan, sosial, hukum, penanggulangan narkoba, ketenagakerjaan, kepolisian, pemberdayaan perempuan, keluarga berencana), pemimpin dan tokoh masyarakat, pemimpin informal dan adat serta komunitas di lokasi.

Intervensi struktural yang sistematis akan memberi dampak dalam bentuk kebijakan lokal yang mendukung serta partisipasi aktif masyarakat dalam implementasi program.

Intervensi struktural meliputi pengembangan lingkungan/tatanan fisik, sosial kemasyarakatan, budaya dan kebijakan yang dapat menjamin adanya koordinasi seluruh sektor dalam mendukung upaya penanggulangan HIV dan AIDS.

#### **3.4.7. Penerapan perencanaan, prioritas dan implementasi program berbasis data**

Epidemi HIV di Indonesia secara nasional pada tingkat terkonsentrasi dan sangat bervariasi antara satu wilayah dengan wilayah yang lain. Secara umum penularan HIV melalui penggunaan alat suntik yang terkontaminasi HIV dan hubungan seksual berisiko tanpa menggunakan kondom (terutama pada pekerja seks, pelanggan, waria dan LSL), serta penularan dari ibu ke bayi.

Pada sebagian daerah di Indonesia, epidemi disebabkan terutama karena penularan melalui alat suntik pada kelompok penasun dan warga binaan pemasyarakatan. Pada daerah lainnya, penularan terutama terjadi melalui hubungan seks yaitu pada pekerja seks, pelanggan, waria dan LSL. Sedangkan di Papua dan Papua Barat, epidemi HIV sudah meluas ke masyarakat.

Strategi ini akan memastikan bahwa upaya penanggulangan yang dikembangkan mempertimbangkan adanya perbedaan sifat epidemi lokal, keragaman jalur penularan, faktor-faktor sosial ekonomi yang berpengaruh terhadap kenaikan epidemi, situasi stigma

dan diskriminasi serta kebutuhan masyarakat (termasuk akses ke layanan pencegahan dan pengobatan, akses ke pendidikan dan informasi, dan akses ke layanan mitigasi).

Dengan demikian, adanya prioritas program yang akan diimplementasikan di setiap kabupaten/kota akan sangat bervariasi, bergantung pada situasi epidemi dan jenis penanggulangan apa yang diperlukan. Pada situasi dimana sumber daya masih sangat terbatas, maka strategi ini diharapkan memfasilitasi perlunya prioritas dan efektifitas dari penggunaan sumberdaya yang akan digunakan, dengan menggunakan prinsip biaya rendah dan memberikan dampak pencegahan infeksi baru yang tinggi.



# BAB IV

## RENCANA AKSI: AREA DAN FOKUS GEOGRAFIS

27

PENANGGULANGAN AIDS difokuskan pada pencegahan untuk populasi paling berisiko dan penguatan perawatan, dukungan, dan pengobatan untuk orang yang terinfeksi HIV. Program dikembangkan mempertimbangkan efektifitas, yaitu dengan prinsip biaya rendah namun memberikan dampak yang sangat besar (*low cost, high impact*).

Populasi sasaran utama program pencegahan adalah sub-populasi penasun, pekerja seks dan lelaki seks dengan lelaki (LSL). Sub-populasi penasun terdiri dari penasun yang terdapat di masyarakat maupun di lembaga pemasyarakatan (lapas). Sedangkan wanita pekerja seks (WPS) terdiri dari WPS langsung dan tidak langsung. Sub-populasi yang terkait langsung pada kedua populasi yang paling berisiko ini adalah pelanggan pekerja seks (PPS), lelaki seks dengan lelaki (LSL), waria, dan pasangan seks dari setiap sub-populasi tersebut.

Jumlah infeksi baru pada sub-populasi LSL diestimasi akan meningkat cukup signifikan di tahun-tahun mendatang. Sub-populasi ini perlu menjadi sasaran penting, untuk dapat menghambat laju epidemi HIV. Sasaran dan cakupan program perlu ditingkatkan secara signifikan, sehingga penyebaran HIV diantara populasi kunci ini dan penularannya kepada pasangan mereka dapat terkendali.

Untuk mencapai sasaran *universal access*, rencana aksi akan mencakup fokus area berikut:

1. Pencegahan. Perubahan perilaku populasi kunci untuk mencegah penularan HIV yang terjadi melalui alat suntik dan hubungan seksual.

2. Perawatan, dukungan dan pengobatan untuk semua ODHA yang memenuhi syarat atas dasar perhitungan CD 4 dan status kesehatan mereka.
3. Program mitigasi dampak untuk ODHA dan mereka yang terdampak HIV, yang memerlukan dukungan sosial dan ekonomi.
4. Pengembangan lingkungan yang kondusif, termasuk pengurangan stigma dan diskriminasi, peningkatan komitmen pemerintah khususnya dalam alokasi dana dan kebijakan yang mendukung upaya penanggulangan HIV dan AIDS.

## **4.1. Area**

### **4.1.1. Pencegahan**

Fokus utama pencegahan adalah perluasan dan peningkatan intervensi efektif untuk menahan laju penyebaran infeksi HIV yang terjadi melalui pertukaran alat suntik dan hubungan seksual berisiko di antara populasi kunci.

Populasi kunci adalah lelaki dan perempuan pengguna narkoba suntik, termasuk mereka yang ada di lapas/rutan; pekerja seks langsung dan tidak langsung; pelanggan pekerja seks; dan lelaki yang seks dengan lelaki; waria dan pasangan intim seluruh populasi kunci. Dalam kelompok ini, program pencegahan akan juga menjangkau kelompok usia muda (15-24 tahun) dan para pekerja baik dari sektor pemerintah maupun swasta, buruh, atau pekerja migran. Di Provinsi Papua dan Papua Barat, upaya pencegahan di atas ditujukan juga untuk masyarakat umum.

Perhatian perlu diberikan pada peningkatan infeksi baru HIV di antara lelaki yang seks dengan lelaki. Analisis kecenderungan epidemi menunjukkan bahwa jumlah infeksi baru HIV di antara LSL diperkirakan meningkat tajam pada tahun-tahun ke depan. Target program dan penjangkauan harus lebih ditingkatkan (3-8 kali lipat), untuk dapat mengendalikan penyebaran HIV di antara populasi LSL.

Area pencegahan terdiri dari beberapa kegiatan utama berikut:

- a. Pencegahan penularan HIV melalui transmisi seksual, dalam kerangka intervensi struktural dengan meningkatkan penggunaan kondom pada setiap hubungan seks berisiko.
- b. Di provinsi Papua dan Papua Barat, pencegahan HIV karena hubungan seksual tidak aman dilakukan dengan cara peningkatan penggunaan kondom yang konsisten pada populasi umum dan memberikan keterampilan hidup/ pendidikan seks aman di sekolah dan luar sekolah bekerja sama dengan organisasi keagamaan, organisasi kemasyarakatan dan tokoh masyarakat.
- c. Pencegahan penularan melalui alat suntik dengan menerapkan pengurangan dampak buruk napza melalui penguatan intervensi struktural, dilaksanakan di masyarakat dan rumah tahanan, termasuk perawatan untuk pemulihan adiksi.
- d. Pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi.

Bentuk kegiatan lebih rinci dari kegiatan utama di atas, dapat dilihat pada lampiran 2.

Di samping kegiatan utama, beberapa kegiatan pencegahan lain seperti kewaspadaan umum, keamanan darah, perlu dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan, sedangkan kampanye terfokus melalui media massa oleh KPA dan berbagai pencegahan efektif lainnya oleh berbagai sektor pemerintah lain, sesuai dengan tugas pokok dan fungsi mereka.

#### **4.1.2. Perawatan, Dukungan dan Pengobatan**

Dalam rangka peningkatan kualitas hidup dan kesehatan orang terinfeksi HIV dan untuk pengendalian perkembangan virus HIV, penting untuk menjamin adanya program dukungan yang komprehensif dan berkesinambungan untuk menahan perkembangan infeksi menjadi AIDS. Bagi mereka yang dalam stadium AIDS, kegiatan utama yang perlu dilakukan adalah penyediaan pengobatan dengan ARV melalui sistem pengadaan dan distribusi ARV yang optimal serta lingkungan yang mendukung yaitu peka terhadap gender dan bebas dari stigma dan diskriminasi terhadap orang terinfeksi HIV yang membutuhkan pengobatan.

Kegiatan perawatan berbasis masyarakat untuk ODHA dan yang terdampak AIDS juga diperlukan, yaitu dengan menyediakan dukungan psikologis dan sosial dari kelompok sebaya, keluarga dan masyarakat. Dukungan sosial penting diberikan di samping intervensi berbasis klinis, untuk mencapai pengobatan dan manajemen kasus yang efektif.

Kegiatan pokok dari area perawatan, dukungan dan pengobatan adalah sebagai berikut:

- a. Penguatan dan pengembangan layanan kesehatan yang kompeten.
- b. Pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik, ko-infeksi dan pengobatan ARV serta dukungan pemeriksaan berkala.
- c. Perawatan berbasis masyarakat dan dukungan bagi ODHA, termasuk dukungan psikologis dan sosial.
- d. Pendidikan dan pelatihan mengenai pengobatan untuk memberdayakan ODHA untuk menangani kesehatan mereka.
- e. Peningkatan kepatuhan berobat secara teratur.
- f. Peningkatan pencegahan penularan dari ODHA (*positive prevention*).

#### **4.1.3. Mitigasi Dampak**

Untuk mengurangi dampak sosial ekonomi HIV dan AIDS pada ODHA dan keluarganya, program mitigasi dampak diberikan kepada mereka yang kurang beruntung yang membutuhkan dukungan. Penyediaan kesempatan pendidikan, pelayanan kesehatan, gizi dan akses pada bantuan ekonomi merupakan komponen utama program ini. Hal ini dilakukan melalui kerja sama antara Kementerian Sosial, Kementerian Pendidikan Nasional, dan dukungan sebaya. Kriteria penentuan kebutuhan mitigasi perlu dikembangkan untuk mengidentifikasi program yang tepat bagi mereka yang memerlukan (lingkup, dana, lama dan sasaran).

#### 4.1.4. Lingkungan Kondusif

Dalam rangka memimpin dan mengkoordinasikan respons penanggulangan HIV dan AIDS di 33 provinsi secara lebih efektif, perlu dipastikan adanya kelembagaan dan manajemen yang kuat, serta koordinasi yang baik di seluruh tingkatan. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Kabupaten dan Kota harus berfungsi dan memiliki kemampuan mengkoordinasikan penanggulangan HIV dan AIDS di antara seluruh pemangku kepentingan, baik dari sektor pemerintah, swasta maupun masyarakat sipil. Dukungan penguatan kapasitas kepada mitra pelaksana juga diperlukan untuk memastikan pengelolaan dan pelaksanaan program berjalan secara efektif. Prinsip-prinsip tata kelola pemerintahan yang baik, yang berfokus pada transparansi dan akuntabilitas perlu diterapkan.

Penting untuk mengetahui adanya kesenjangan kebijakan dan melakukan pengembangan dan implementasi kebijakan tersebut untuk mendukung upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Beberapa kegiatan pokok dalam pengembangan kebijakan, antara lain sinkronisasi kebijakan, pengembangan kebijakan dan dukungan hukum terhadap ODHA dan populasi kunci. Kegiatan pendukung lainnya adalah monitoring dan evaluasi program, serta penyelenggaraan riset operasional untuk menjamin tersedianya informasi perkembangan cakupan dan efektifitas program yang telah dilaksanakan.

#### 4.2. Fokus Geografis

Program penanggulangan HIV dan AIDS perlu difokuskan pada wilayah geografis tertentu sesuai dengan tingkat perkembangan epidemi dan kapasitas daerah dalam penanggulangan epidemi. Ada tiga kriteria penentuan fokus geografis, yaitu sebagai berikut:

- a. **Risiko penularan HIV:** Diukur berdasarkan estimasi jumlah populasi kunci, terutama Penasun (termasuk WBP), WPS dan LSL (termasuk waria).
- b. **Beban penyakit HIV dan AIDS:** Diukur berdasarkan estimasi jumlah ODHA.
- c. **Kondisi program respons yang sudah ada:** Ini dilihat dari penguatan program yang pernah dilakukan sebelumnya, seperti adanya dukungan GF Ronde 1 dan 4, serta penguatan kapasitas kelembagaan KPA di daerah.

Berdasarkan kriteria di atas, terpilih 137 kabupaten dan kota atau 31% dari seluruh kabupaten dan kota yang ada di seluruh provinsi (33) di Indonesia. Dengan fokus geografis pada 137 kabupaten dan kota ini diperkirakan dapat dijangkau 94% penasun (205.860 orang), 92% WPS (203.300 orang) dan 85% ODHA (164.000 orang).

Tabel 4.1. Kabupaten dan Kota Prioritas

No	Provinsi	Kabupaten/Kota	No	Provinsi	Kabupaten/Kota	No	Provinsi	Kabupaten/Kota						
1	NAD	1 Kota Banda Aceh	13	Jawa Barat	47 Kota Bandung	23	Kalimantan Tengah	93 Kab.Kutai Timur						
		2 Kab.Pidie			48 Kota Bekasi			94 Kota Palangka Raya						
		3 Kab.Aceh Tenggara			49 Kota Bogor			95 Kab.Kotawaringin Barat						
		4 Kota Lokseumawe			50 Kota Cirebon			96 Kab.Kotawaringin timur						
2	Sumatera Utara	5 Kota Medan	14	Jawa Tengah	51 Kab.Cirebon	24	Sulawesi Selatan	97 Kab.Kapuas						
		6 Kab.Deli Serdang			52 Kab.Indramayu			98 Kab.Pinrang						
		7 Kab.Labuan Batu			53 Kab.Karawang			99 Kota Makassar						
		8 Kab.Simalungun			54 Kab.Bekasi			100 Kota Pare-Pare						
3	Riau	9 Kota Pekanbaru	15	D.I. Yogya-karta	55 Kota Semarang	25	Sulawesi Utara	101 Kab.Sidrap						
		10 Kab.Indragiri Hilir			56 Kota Surakarta			102 Kab.Janeponto						
		11 Kab.Bengkalis			57 Kota Banyumas			103 Kota Manado						
		12 Kota Dumai			58 Kab.Semarang			104 Kab.Minahasa						
		13 Kab.Rokan Hilir			59 Kab.Cilacap			105 Kab.Bolaang Mongondow						
		14 Kab.Pelalawan			60 Kab.Kendal			26	Sulawesi Tengah	106 Kota Palu				
		15 Kab.Kampar			61 Kab.Batang					107 Kab.Donggala				
4	Kepulauan Riau	16 Kota Batam	16	Jawa Timur	62 Kota Tegal	27	Sulawesi Tenggara	108 Kota Kendari						
		17 Kab.Karimun			63 Kota Kediri			109 Kab.Muna						
		18 Kota Tanjung Pinang			64 Kab.Kediri			110 Kota Bau Bau						
5	Sumatera Barat	19 Kota Padang	17	Bali	65 Kab.Blitar	28	Sulawesi Barat	111 Kota Mamuju						
		20 Kota Bukit Tinggi			66 Kota Yogyakarta			112 Kab.Mamuju Utara						
		21 Kota Sawah Lunto			67 Kab.Sleman			113 Kab.Polewali Mandar						
6	Jambi	22 Kota Jambi	18	Nusa Tenggara Barat	68 Kab.Gunung Kidul	29	Gorontalo	114 Kota Gorontalo						
		23 Kab.Tanjung Jabung Timur			69 Kota Surabaya			115 Kab.Gorontalo						
		24 Kab.Bungo			70 Kab.Banyuwangi			116 Kab.Pohuwato						
		25 Kab.Kerinci			71 Kab.Mojokerto			30	Maluku	117 Kota Ambon				
		26 Kota Bengkulu			72 Kab.Jember					118 Kab.Maluku Tengah				
7	Bengkulu	27 Kab.Rejang Lebong	19	Nusa Tenggara Timur	73 Kota Malang	31	Maluku Utara	119 Kab.Maluku Tenggara						
		28 Kab.Bengkulu Utara			74 Kab.Sidoarjo			120 Kab.kepulauan Aru						
		29 Kota Palembang			75 Kota Denpasar			121 Kota Ternate						
		30 Kab. Ogan Komering Ilir			76 Kab.Badung			122 Kota Halmahera Utara						
8	Sumatera Selatan	31 Kab.Prabumulih	20	Kalimantan Barat	77 Kab.Buleleng	32	Papua	123 Kab.Kepulauan Sula						
		32 Kab.Banyuasin			78 Kab.Bangli			124 Kab.Nabire						
		33 Kota Bandar Lampung			79 Kota Mataram			125 Kota Jayapura						
		34 Kab.Tulang Bawang			80 Kab.Lombok Barat			126 Kab.Jayapura						
9	Lampung	35 Kota Pangkal Pinang	21	Kalimantan Tengah	81 Kab.Lombok Timur	33	Papua Barat	127 Kab.Jayawijaya						
		36 Kab. Bangka			82 Kota Kupang			128 Kab.Merauke						
		37 Kab.Bangka Barat			83 Kab.Belu			129 Kab.Mimika						
		38 Kota Jakarta Selatan			84 Kab.Ngada			130 Kab.Paniai						
10	Kep. Bangka Belitung	39 Kota Jakarta Pusat	22	Kalimantan Timur	85 Kota Pontianak	33	Papua Barat	131 Kab.Manokwari						
		40 Kota Jakarta Barat			86 Kota Singkawang			132 Kota Sorong						
		41 Kota Jakarta Timur			87 Kota Banjarmasin			133 Kab.Sorong						
		42 Kota Jakarta Utara			88 Kab.Tabalong			134 Kab.Fak-fak						
		43 Kab. Kepulauan Seribu			89 Kab.Tanah Bumbu			135 Kab.Kaimana						
		11			DKI Jakarta			44 Kab.Tangerang	22	Kalimantan Timur	90 Kota Samarinda	33	Papua Barat	136 Kab.Teluk Bintuni
								45 Kota Tangerang			91 Kota Balikpapan			137 Kab.Raja Ampat
46 Kota Serang	92 Kab.Kutai Kartanegara													





# BAB V

## PENYELENGGARAAN RENCANA AKSI

33

PENYELENGGARAAN UPAYA PENANGGULANGAN AIDS di Indonesia pada tiga tahun terakhir 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:

1. Kepemimpinan pada beberapa sektor dan beberapa daerah yang berdampak tidak terbitnya kebijakan dan minimnya program yang diselenggarakan.
2. Manajemen yang masih perlu peningkatan, seperti penggunaan anggaran yang kurang transparan dan kurang mengarah pada pencapaian sasaran.
3. Manajemen logistik, terutama berkaitan dengan ARV dan metadon, sehingga sering terjadi kekurangan ARV dan metadon di beberapa tempat layanan pengobatan.
4. Koordinasi dan kemitraan di daerah yang belum sepenuhnya berjalan, sehingga KPA di daerah sering mendapat kesulitan dalam mengkoordinasikannya.

5. Pelibatan populasi kunci yang belum maksimal, terutama dalam program pencegahan.
6. Sistem monitoring dan evaluasi yang masih perlu ditingkatkan terutama di daerah dan sektor.

Percepatan dan perluasan pelaksanaan upaya penanggulangan pada periode lima tahun mendatang mengharuskan semua pemangku kepentingan di pusat dan di daerah meningkatkan kinerja manajemen penyelenggaraan rencana aksi masing-masing. Dalam lima tahun ke depan kelemahan-kelemahan tersebut harus dapat diatasi.

Strategi dan Rencana Aksi Nasional merupakan acuan utama bagi penyelenggaraan upaya penanggulangan HIV dan AIDS baik di tingkat pusat maupun daerah. Para pemangku kepentingan perlu menjabarkan lebih lanjut dokumen ini menjadi Rencana Aksi Sektor dan Rencana Aksi Daerah masing-masing dengan memperhatikan tugas pokok dan fungsi lembaga dan situasi epidemi dan penanggulangan di daerah. Penyelenggaraan dilakukan melalui mekanisme kepemimpinan yang tangguh, koordinasi, kemitraan, peran aktif kelompok-kelompok masyarakat dan mobilisasi sumber daya, dengan menganut prinsip tata kelola pemerintahan yang baik (*Good Governance*).

### **5.1. Kepemimpinan dan Tata Kelola Pemerintahan**

Dalam pelaksanaan rencana aksi ini diperlukan kepemimpinan yang kuat baik di tingkat nasional maupun di daerah. Hal ini mencakup kepemimpinan nasional, sektor, daerah, lembaga, kelompok-kelompok masyarakat baik di tingkat pembuat kebijakan sampai ke tingkat pelaksana. Indikasi kuatnya kepemimpinan ditandai dengan adanya komitmen politik untuk menanggulangi masalah HIV dan AIDS di wilayah yurisdiksinya, terbitnya kebijakan yang memberikan lingkungan yang kondusif bagi terselenggaranya upaya penanggulangan, adanya kepedulian dan tindakan serta adanya alokasi dana untuk melaksanakan komitmen, kebijakan, kepedulian dan tindakan tersebut sehingga target yang ditetapkan dapat tercapai, terkoordinasi dan berkelanjutan. Kepemimpinan yang tangguh sangat diperlukan dalam mengarahkan dan mengkoordinasikan berbagai upaya penanggulangan yang diselenggarakan oleh berbagai pemangku kepentingan.

Penyelenggaraan strategi dan rencana aksi ini menganut prinsip tata kelola pemerintahan yang baik, yang ditandai dengan perilaku organisasi atau lembaga penyelenggara yang transparan, akuntabel dan jauh dari perilaku Kolusi, Korupsi dan Nepotisme (KKN). Prinsip-prinsip tata kelola yang baik dalam upaya penanggulangan AIDS meliputi hal-hal berikut:

#### **1. Akuntabilitas**

Akuntabilitas penyelenggaraan upaya penanggulangan AIDS dalam segala bidang dan di semua tingkat.

#### **2. Pengawasan**

Terlaksananya upaya pengawasan terhadap penyelenggaraan upaya penanggulangan AIDS dengan melibatkan masyarakat khususnya penerima manfaat layanan.

### 3. Peka dan tanggap

Adanya kepekaan dan daya tanggap para penyelenggara upaya penanggulangan AIDS terhadap hal-hal yang berkembang dan mempengaruhi jalannya penyelenggaraan upaya termasuk aspirasi kelompok-kelompok masyarakat tanpa kecuali.

### 4. Profesionalisme

Penyelenggara upaya penanggulangan AIDS memiliki kemampuan dan keterampilan serta sifat bertanggung jawab dalam memberi pelayanan yang mudah, cepat dan tepat dengan biaya terjangkau serta bersahabat.

### 5. Efisiensi dan efektifitas

Menjamin terselenggaranya upaya penanggulangan AIDS dengan menggunakan sumber daya yang tersedia secara optimal dan bertanggung jawab.

### 6. Transparansi

Adanya transparansi dalam penyelenggaraan upaya penanggulangan AIDS sehingga tercipta kepercayaan timbal balik antar berbagai pihak yang berperan aktif.

### 7. Kesetaraan

Memberi peluang yang sama bagi setiap orang untuk berperan sebesar-besarnya dalam upaya penanggulangan AIDS, dan mendorong peran aktif mereka.

### 8. Wawasan ke depan (*visioner*)

Melakukan pengelolaan upaya penanggulangan AIDS berdasarkan visi yang jelas yang telah disepakati.

### 9. Penegakan hukum

Mewujudkan penegakan hukum yang adil bagi semua pihak tanpa pengecualian, menjunjung tinggi HAM dan memperhatikan nilai-nilai yang ada dalam masyarakat.

Prinsip dari tata kelola pemerintahan perlu diimplementasikan di seluruh tingkatan. Keberhasilan implementasi prinsip ini di tingkat nasional akan menjadi jelas dengan meningkatnya kemampuan dan kapasitas KPA Nasional dalam mengkoordinasi dan memantau upaya penanggulangan secara nasional. Selain itu, prinsip ini juga akan terlihat pada peningkatan komitmen pemerintah dalam bentuk peningkatan pendanaan domestik, tersedianya kebijakan dan peraturan yang mendukung, terciptanya lingkungan yang kondusif, serta kemitraan dengan mitra pembangunan internasional. Pada tingkat provinsi dan kabupaten/kota implementasi prinsip ini pada kenyataannya masih bervariasi. Berbagai upaya masih sangat diperlukan untuk menjamin terlaksananya prinsip tata kelola pemerintahan pada semua tingkatan.

## 5.2. Koordinasi Penyelenggaraan

Koordinasi penyelenggaraan strategi dan rencana aksi nasional dimulai dari tingkat perencanaan, pelaksanaan sampai dengan monitoring dan evaluasi.

### 5.2.1. Koordinasi Perencanaan

Sekretariat Komisi Penanggulangan AIDS Nasional mengkoordinasikan perencanaan pelaksanaan strategi dan rencana aksi nasional di tingkat nasional melalui Forum Perencanaan dan Penganggaran yang dipimpin oleh Bappenas. Di daerah, koordinasi perencanaan perlu dilakukan oleh Bappeda dan Sekretariat Komisi Penanggulangan AIDS setempat mengikuti mekanisme perencanaan pembangunan daerah. Koordinasi perencanaan di daerah yang melibatkan sumber dana bantuan dilakukan sesuai dengan mekanisme yang disepakati.

Rencana aksi sektor dan rencana aksi daerah dijabarkan lebih lanjut dalam rencana tahunan masing-masing sektor dan daerah.

Proses perencanaan harus disinergiskan dengan mekanisme perencanaan pembangunan nasional yang ada dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) untuk tingkat nasional maupun mekanisme musyawarah rencana pembangunan (Musrenbang) di tingkat daerah.

### 5.2.2. Koordinasi Pelaksanaan

Pelaksanaan program merupakan tahap paling nyata dalam respons penanggulangan AIDS. Pelaksanaan berupa layanan harus diberikan dengan mengutamakan kepuasan penerima manfaat layanan (*beneficiaries satisfaction*).

Dalam pelaksanaan strategi dan rencana aksi nasional Komisi Penanggulangan AIDS baik di tingkat pusat maupun di tingkat daerah melakukan koordinasi pelaksanaan yang meliputi koordinasi antar program-program terkait, koordinasi antar implementasi berbagai kebijakan, dan koordinasi pelaksanaan program antar wilayah.

### 5.2.3. Koordinasi Monitoring dan Evaluasi

Selain perencanaan dan pelaksanaan, kegiatan monitoring dan evaluasi upaya penanggulangan AIDS juga dilakukan di semua tingkat oleh Sekretariat Komisi Penanggulangan AIDS, sehingga pelaksanaannya dapat berjalan sesuai dengan rencana dan menghasilkan data dan informasi yang berguna. Dalam melakukan koordinasi tersebut 'kelompok kerja monitoring dan evaluasi' mengacu ke pedoman nasional monitoring dan evaluasi penanggulangan HIV dan AIDS.

### 5.2.4. Harmonisasi dan Sinkronisasi Penyelenggaraan Rencana Aksi

Dalam penyelenggaraan strategi dan rencana aksi nasional perlu adanya harmonisasi dan sinkronisasi untuk program-program yang sama yang dilakukan oleh pemangku kepentingan yang berbeda. Harmonisasi dan sinkronisasi mencakup perihal penetapan target program, pendanaan dan sebaran wilayah dimana program tersebut akan dilaksanakan. Harmonisasi dan sinkronisasi ini dipimpin oleh Sekretariat Komisi Penanggulangan AIDS dan dilaksanakan secara terjadwal selama periode kegiatan program berlangsung.

### 5.2.5. Mekanisme Koordinasi

Seluruh kegiatan koordinasi implementasi strategi dan rencana aksi nasional baik dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta harmonisasi dan sinkronisasi,

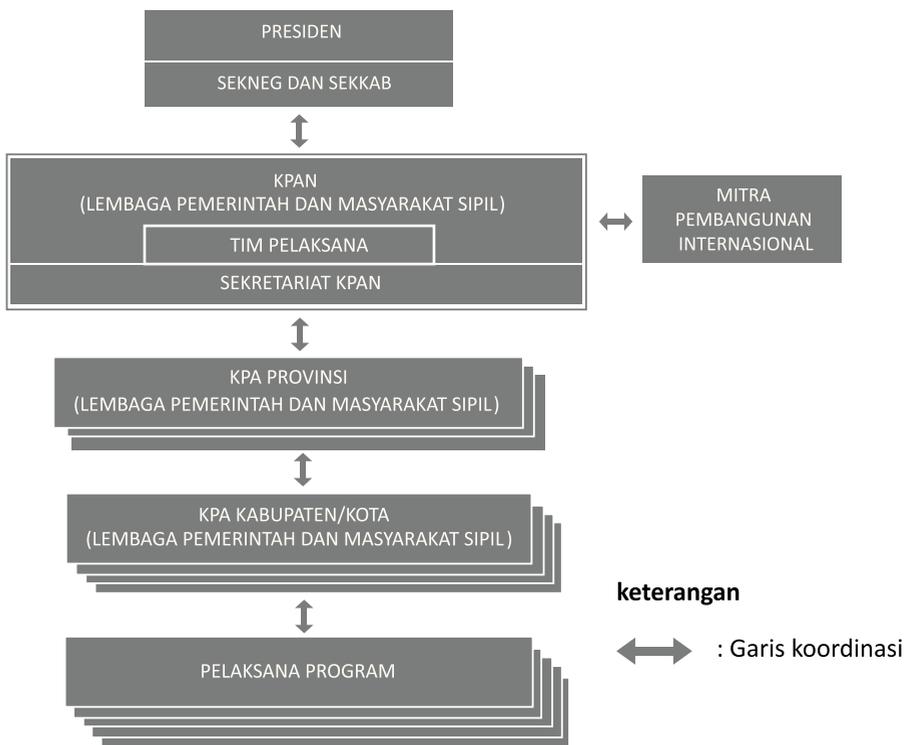
dilaksanakan melalui pertemuan-pertemuan koordinasi KPA di semua tingkat baik secara vertikal, horizontal maupun regional secara terjadwal maupun bila diperlukan. Pihak-pihak yang berkoordinasi menyiapkan segala sesuatu yang berkaitan dengan butir-butir agenda pertemuan. Hasil pertemuan diberikan kepada pihak-pihak yang berkoordinasi untuk ditindak-lanjuti. Pada pertemuan koordinasi berikutnya, hasil tindak lanjut dilaporkan dan dibahas.

Dalam pelaksanaannya, koordinasi-koordinasi tersebut dapat diselenggarakan melalui rapat pleno Komisi Penanggulangan AIDS, Sekretariat Komisi maupun perangkat-perangkat Komisi seperti Tim Pelaksana dan kelompok-kelompok kerja sesuai dengan kebutuhan dan program yang dikoordinasikan. Koordinasi tertinggi dilaksanakan dalam rapat kabinet sesi khusus HIV dan AIDS yang dipimpin langsung oleh Presiden.

Pertemuan koordinasi kebijakan diselenggarakan oleh pleno Komisi atau bila tidak mungkin oleh Tim Pelaksana. Koordinasi operasional diselenggarakan oleh Sekretariat Komisi atau kelompok-kelompok kerja.

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional memimpin pertemuan koordinasi wilayah/regional. Koordinasi dengan negara tetangga dilakukan oleh KPA Nasional, dan KPA Provinsi untuk isu-isu lokal.

**Gambar 5.1. Diagram Koordinasi Penyelenggaraan Rencana Aksi**



### **5.2.6. Penyelenggara Strategi dan Rencana Aksi Nasional**

Pemerintah dan masyarakat bersama-sama menyelenggarakan upaya penanggulangan AIDS sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing. Peran dan tanggung jawab tersebut saling mendukung dan melengkapi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan bersama. Penyelenggaraan strategi dan rencana aksi nasional dilakukan oleh lembaga-lembaga pemerintah dan kelompok-kelompok masyarakat.

#### **a. Lembaga-lembaga Pemerintah**

Di tingkat pusat, lembaga-lembaga pemerintah yang terlibat adalah kementerian teknis, kementerian negara, TNI dan POLRI serta lembaga non kementerian. Penyelenggaraan rencana aksi dilakukan sesuai dengan tugas pokok dan fungsi masing-masing yang dipimpin dan dikoordinasikan oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Di tingkat daerah, lembaga-lembaga eksekutif yang dimaksud adalah satuan kerja perangkat daerah (SKPD) provinsi terkait, kantor wilayah dari instansi pusat di provinsi, komando TNI dan POLRI di provinsi di mana upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dikoordinasi oleh KPA Provinsi. Demikian juga di tingkat kabupaten/kota.

#### **b. Masyarakat Sipil (*Civil Society*)**

Masyarakat sipil yang tergabung dalam bentuk kelompok-kelompok masyarakat membawa hak berpartisipasi dalam kegiatan bernegara, berbangsa dan bermasyarakat. Dengan demikian memiliki implikasi hak dan kewajiban untuk menyumbangkan potensi dan kemampuan bagi perbaikan kehidupan bangsa melalui partisipasi ekonomi, pelayanan publik, kerja sukarela dan berbagai kegiatan serupa untuk memperbaiki penghidupan masyarakat.

Dalam konteks HIV dan AIDS, masyarakat sipil berperan dan mendukung pemerintah dalam upaya penanggulangan AIDS. Diantara kelompok-kelompok masyarakat yang terorganisasi antara lain orang yang terinfeksi HIV dan populasi kunci, lembaga swadaya masyarakat, lembaga kemasyarakatan, tenaga profesional, organisasi profesi, dan lembaga pendidikan tinggi.

Mereka dapat menjadi penggerak utama dan berperan aktif dalam upaya penanggulangan AIDS di Indonesia, dalam proses perumusan kebijakan, perencanaan dan implementasi setiap program yang dilakukan, serta monitoring dan evaluasi.

#### **c. Dunia Usaha dan Sektor Swasta**

Merujuk pada rentannya transmisi HIV di lingkungan kerja, telah membuat dunia kerja dan sektor swasta untuk berperan langsung dengan mengembangkan program penanggulangan AIDS untuk menyehatkan masyarakat pekerja. Implementasi kegiatan program dimaksud didukung dengan prinsip Organisasi Perburuhan Internasional (ILO). Sumbangan dunia usaha dan sektor usaha dalam penanggulangan AIDS menjadi sebuah kegiatan inti di bidang ini.

#### **d. Mitra Pembangunan Internasional (*Internasional Development Partner*)**

Mitra pembangunan internasional baik yang bersifat bilateral maupun multilateral, Lembaga Swadaya Masyarakat Internasional (*International NGOs*) dan berbagai yayasan internasional lainnya berkontribusi dalam memberikan dukungan secara finansial dan teknis dalam program penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia.

### **5.3. Prinsip Kemitraan**

Kemitraan yang diselenggarakan bertujuan untuk mengintegrasikan kesepahaman dalam kebijakan program penanggulangan AIDS, termasuk kebijakan anggaran dan pengembangan akses sumber daya untuk peningkatan kapasitas.

Upaya pemerintah dan masyarakat sebagai satu kesatuan yang utuh dengan posisi setara dalam penanggulangan AIDS di tingkat nasional, provinsi, kabupaten dan kota, kecamatan sampai kelurahan harus mengikuti prinsip pelaksanaan program dalam kemitraan sebagai berikut:

#### **a. Ketersediaan**

Memperhitungkan dengan seksama dan nyata kemampuan pihak-pihak yang bermitra demi memberikan kontribusi dalam penyelenggaraan kemitraan yang menjamin kepemilikan kegiatan.

#### **b. Akuntabilitas**

Mencakup upaya pertanggungjawaban kemitraan yang diselenggarakan.

#### **c. Aksesibilitas**

Memastikan kemampuan akses terhadap seluruh kegiatan program kemitraan oleh publik, yang diselenggarakan.

#### **d. Adaptabilitas**

Berkembangnya kemampuan pemerintah untuk mempertahankan kelangsungan program kegiatan yang telah diselenggarakan melalui kemitraan.

#### **e. Kualitas**

Penjaminan peningkatan mutu program kegiatan yang terus menerus meningkat, sehingga memenuhi standar dasar sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Mitra kerja internasional membantu dan mendukung upaya penanggulangan AIDS sesuai dengan kebutuhan yang digariskan dalam strategi dan rencana aksi nasional serta dokumen-dokumen turunannya dengan prinsip kemitraan. Nota kerja sama multilateral maupun bilateral dalam upaya penanggulangan AIDS secara nasional ditandatangani oleh pemerintah setelah mendengarkan pendapat kelompok-kelompok masyarakat terutama kelompok-kelompok masyarakat yang peduli AIDS termasuk populasi kunci dan orang yang terinfeksi HIV berdasarkan azas perwakilan. Perwakilan kelompok-kelompok masyarakat dimaksud dipilih secara demokratis.





# BAB VI

## KEBUTUHAN DAN MOBILISASI SUMBER DAYA

41

SUMBER DAYA DALAM PENANGGULANGAN HIV dan AIDS mencakup sumber daya manusia, sumber daya finansial dan sumber daya sarana dan prasarana.

### **6.1. Sumber Daya Manusia**

Sumber Daya Manusia (SDM) dalam penanggulangan HIV dan AIDS meliputi tenaga-tenaga dalam bidang perencanaan, pelaksanaan, dan tenaga-tenaga monitoring dan evaluasi di semua tingkat dan di setiap lembaga pemangku kepentingan.

Setiap program yang direncanakan, dilaksanakan, dimonitor serta dievaluasi memiliki kebutuhan sumber daya manusia yang berbeda-beda jenis keahlian dan jumlahnya. Untuk efisiensi penggunaan tenaga, maka setiap program menetapkan standar kebutuhan minimal ketenagaan. Setiap perencanaan program perlu memperhatikan kebutuhan kuantitas dan kualitas sumber daya manusia untuk penyelenggaraan program.

Sumber Daya Manusia adalah potensi yang terkandung dalam diri manusia untuk mewujudkan perannya sebagai makhluk sosial yang adaptif dan transformatif yang mampu mengelola dirinya sendiri serta seluruh potensi yang terkandung di alam menuju tercapainya kesejahteraan kehidupan dalam tatanan yang seimbang dan berkelanjutan. SDM perlu dipersiapkan melalui perencanaan kapasitas kerja. Kegiatan penyiapan

dilakukan melalui peningkatan kapasitas untuk perbaikan kualitas jumlah dan mutu melalui desain dan implementasi sistem perencanaan, penempatan sesuai bidangnya, pengembangan kapasitas, jenjang karir, kompensasi dan hubungan ketenagakerjaan yang baik. Perencanaan SDM memperhatikan kesetaraan jender, pelibatan bermakna orang yang terinfeksi HIV dan kepastasan manajemen dan perkembangan ilmu pengetahuan.

### 6.1.1. Kebutuhan Sumber Daya Manusia

Kebutuhan SDM yang dihitung adalah untuk mencapai setidaknya 80% target program layanan komprehensif. Dasar perhitungan kebutuhan SDM mencakup jumlah, jenis program dan layanan, jumlah dan jenis ketenagaan berdasarkan standar kebutuhan minimal. Selain perhitungan untuk kebutuhan menjalankan program-program di lapangan, juga untuk kebutuhan tenaga manajemen KPA Provinsi, KPA Kabupaten dan KPA Kota.

Penentuan SDM dimulai dari penghitungan target masing-masing program per tahun, seperti target program HR-LASS dan PTRM. Dari target yang ditetapkan tersebut dihitung kebutuhan layanan per tahun, umpamanya untuk program HR, dihitung jumlah layanan untuk LASS dan PTRM.

Selanjutnya, dengan memperhatikan standar kebutuhan minimal tenaga yang dibutuhkan untuk satu jenis layanan, maka diperoleh angka kebutuhan tenaga per jenis tenaga, per jenis layanan dan per tahun. Perhitungan menunjukkan bahwa kebutuhan SDM untuk menyelenggarakan program-program setiap tahunnya akan semakin meningkat. Estimasi jumlah kebutuhan tenaga untuk lapangan, layanan dan manajemen dapat dilihat pada Tabel 6.1.

Tabel di bawah adalah ringkasan kebutuhan sumber daya manusia di 137 kabupaten/kota prioritas terpilih untuk implementasi SRAN 2010-2014

**Tabel 6.1. Kebutuhan Sumber Daya Manusia**

Jenis Kebutuhan Tenaga	2010	2011	2012	2013	2014
<b>A. Tingkat Lapangan</b>					
Peer educator	26.780	44.130	57.180	67.610	79.800
Petugas penjangkau	5.360	8.830	11.440	13.520	15.960
Supervisor program lapangan	1.070	1.770	2.290	2.700	3.190
Manajer program di tingkat lapangan	137	137	137	137	137
<b>B. Tingkat Layanan</b>					
Petugas Konselor	7.900	13.050	16.500	19.410	22.900
Dokter Spesialis	1.670	2.850	3.680	4.380	5.210
Dokter Umum untuk CST, VCT, IMS, PMTCT, LASS, PTRM	2.540	3.990	4.920	5.690	6.620
Petugas laboratorium untuk berbagai unit layanan	4.190	6.760	8.500	9.960	11.710
Perawat untuk berbagai unit layanan	2.230	3.530	4.430	5.170	6.040
Petugas administrasi untuk pencatatan dan pelaporan berbagai layanan	2.890	4.500	5.460	6.270	7.270
Ahli gizi	1.690	2.930	3.780	4.490	5.330
Bidan	20	80	100	110	120
Manajer kasus	3.340	5.700	7.360	8.760	10.420
<b>C. Manajemen di Tingkat Kabupaten</b>					
Pengelola program	137	137	137	137	137
Money dan surveilans	274	274	274	274	274
Keuangan dan administrasi	274	274	274	274	274
Sekretaris/Manajer	137	137	137	137	137

#### **Keterangan Perhitungan Jenis Kebutuhan Tenaga:**

##### **Kebutuhan Tenaga Lapangan**

- Setiap 80 sasaran populasi kunci akan didampingi 1 orang *peer educator*
- Setiap lima (5) orang *peer educator* akan didampingi oleh 1 orang petugas penjangkau
- Setiap lima (5) orang petugas penjangkau akan didampingi 1 orang supervisor lapangan

##### **Kebutuhan Tenaga untuk Layanan Kesehatan**

Berdasarkan ketersediaan tenaga, jumlah jam kerja dan efektifitas layanan yang akan dilakukan, maka diasumsikan setiap unit layanan kesehatan memiliki keterbatasan jumlah sasaran setiap tahunnya yaitu sebagai berikut:

- Setiap layanan VCT memiliki kemampuan kapasitas melayani: 720 orang per tahun
- Setiap layanan IMS memiliki kemampuan kapasitas melayani: 720 orang per tahun
- Setiap layanan CST memiliki kemampuan kapasitas melayani: 720 orang per tahun
- Setiap layanan PMTCT memiliki kemampuan kapasitas melayani: 360 orang per tahun
- Setiap layanan PMTCT memiliki kemampuan kapasitas melayani: 360 orang per tahun
- Setiap unit LASS memiliki kemampuan kapasitas melayani: 300 orang per tahun
- Setiap unit PTRM memiliki kemampuan kapasitas melayani: 100 orang per tahun

**Catatan:** Perhitungan kebutuhan sumber daya manusia ini berdasarkan rekomendasi dari *Asia AIDS Commission*. Perhitungan kebutuhan ini adalah sebagai pedoman bagi seluruh sektor dan masyarakat di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota baik untuk merencanakan dan mengalokasikan sumber daya. Perencanaan sumber daya, perlu disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi masing-masing daerah.

### **6.1.2. Mobilisasi Sumber Daya Manusia**

Penanggulangan HIV dan AIDS membutuhkan SDM yang kompeten namun sering hal ini tidak selalu tersedia. Penyediaan SDM yang kompeten dapat dilakukan melalui berbagai cara antara lain sebagai berikut:

#### **a. Rekrutmen Tenaga**

Rekrutmen tenaga secara terbuka dan diumumkan secara luas dengan imbalan memadai dapat mengundang dan selanjutnya menerima tenaga yang memenuhi persyaratan. Keahlian yang diperlukan dapat mengenai pelaksanaan di lapangan, layanan atau yang bersifat manajerial.

Apabila rekrutmen tidak dapat dilaksanakan, maka akan ditempuh jalan lain seperti pengalihan tugas (*task shifting*), tenaga perbantuan dan melalui kebijakan penempatan tenaga pemerintah.

#### **b. Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Tenaga**

Tenaga yang sudah tersedia ditingkatkan kemampuannya melalui pelatihan, magang, studi lapangan maupun bimbingan teknis langsung (*mentoring*). Peningkatan keterampilan perlu dilakukan secara berkesinambungan sampai ke tingkatan mahir. Diharapkan setiap daerah mampu memberikan peningkatan pengetahuan dan keterampilan tenaga. Dalam mengemas program pelatihan, perlu diperhatikan kebutuhan sarana penunjang kerja dari tenaga yang akan dilatih. Pelatihan yang baik harus disertai dengan adanya kegiatan evaluasi pasca pelatihan dan diikuti dengan *mentoring* dan bimbingan untuk dapat menerapkan sepenuhnya ilmu dan keterampilan yang diperoleh selama mengikuti pelatihan.

### c. Pengembangan Kapasitas Pelatihan

Saat ini program pengembangan kapasitas dan pelatihan dilaksanakan oleh masing-masing sektor, seperti (1) Kemkes mengenai pelayanan pengobatan, VCT, surveilans, dan program kesehatan lainnya; (2) KPA mengenai manajemen program, program komprehensif PMTS, pengurangan dampak buruk akibat penggunaan napza suntik, perencanaan strategik, penelitian operasional, advokasi, monev, pelaporan dan intervensi struktural; (3) masyarakat sipil mengenai pendidik sebaya, penjangkauan, komunikasi, penguatan sistem komunitas dan advokasi; (4) mitra kerja internasional mengenai advokasi, manajemen program dan berbagai keterampilan teknis lain.

Untuk merespons kesenjangan kebutuhan sumberdaya manusia untuk program HIV dan AIDS, maka untuk peningkatan keterampilan dan pengetahuan para pelaksana program dan peningkatan jumlah tenaga pelatih, diusulkan untuk mengembangkan mekanisme yang dapat mengidentifikasi perluasan program pelatihan dan pengembangan kapasitas. Salah satu pendekatan adalah bekerjasama dengan lembaga pendidikan, universitas atau pusat-pusat pelatihan. Pelatihan harus bersifat inovatif, dengan memanfaatkan teknologi komunikasi seperti *internet*, *e-learning*, dan *tele-video conference*.

### d. Penyediaan Bantuan Teknis

Bila tenaga ahli belum sepenuhnya tersedia dalam waktu dekat maka perlu dikembangkan mekanisme bantuan teknis. Bantuan teknis diperlukan agar pelaksanaan kegiatan program berjalan efektif dan efisien sebagaimana yang direncanakan. Bantuan teknis biasanya berjangka waktu singkat dan dapat dimobilisasi dari tempat lain, untuk itu utamakan dari sumber daya setempat atau sekitar. Bantuan teknis juga dapat diperoleh dari daerah yang telah berhasil menyelenggarakan suatu program. Bantuan teknis sebaiknya digunakan untuk suatu keahlian tinggi dan spesifik.

Pemangku kepentingan baik sektor maupun masyarakat sipil yang memerlukan bantuan teknis perlu mengidentifikasi terlebih dahulu kebutuhan tersebut melalui suatu kajian cepat (*rapid assessment*). Pada umumnya tenaga teknis dibutuhkan di area kajian cepat, kaji ulang program (*program review*), perencanaan, komunikasi, mobilisasi sumberdaya, monitoring dan evaluasi, manajemen, dan area program tertentu seperti untuk isu jender, HAM, populasi kunci dan mobilisasi komunitas.

Sebagai bagian dari bantuan teknis, maka sangat perlu untuk memastikan keberhasilan dan dampak dari pemberian bantuan teknis tersebut. Indikator keberhasilan antara lain adalah adanya peningkatan pengetahuan mitra lokal yang mendapat bantuan dari luar, laporan kepuasan klien dan meningkatnya keterampilan pelaksana program.

Untuk meningkatkan efisiensi dan menghindari duplikasi, dibutuhkan koordinasi semua sektor dalam program bantuan teknis. Rencana bantuan teknis untuk penguatan kapasitas akan dikembangkan dan menjadi bagian dari dokumen SRAN tahun 2010-2014 ini.

## 6.2. 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 kabupaten/kota (APBD) dan bantuan dari pihak swasta, masyarakat dan mitra internasional. Semua sumber pendanaan dapat berupa dana tunai maupun kontribusi 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*) yang diselenggarakan oleh perusahaan-perusahaan nasional maupun multi nasional.

### 6.2.1. Kebutuhan Pendanaan

Perhitungan kebutuhan pendanaan untuk implementasi rencana aksi tahun 2010-2014 dilakukan dengan menggunakan *Resources Need Module* (RNM). Komponen perhitungan meliputi area pencegahan, perawatan dan pengobatan, mitigasi dampak dan lingkungan yang kondusif. Setiap area tersebut dihitung berdasarkan target yang ditetapkan, dengan menggunakan satuan biaya yang sudah disepakati secara nasional untuk area pencegahan dan pengobatan. Satuan biaya untuk mitigasi dampak menggunakan rekomendasi dari Kemos. Perhitungan untuk lingkungan kondusif, manajemen, monev dan penelitian menggunakan asumsi 8-13% dari kebutuhan keseluruhan program. Kebutuhan perhitungan dana disesuaikan dengan situasi epidemi dan area prioritas. Kebutuhan biaya ditetapkan untuk peluasan program sehingga dapat mengatasi epidemi.

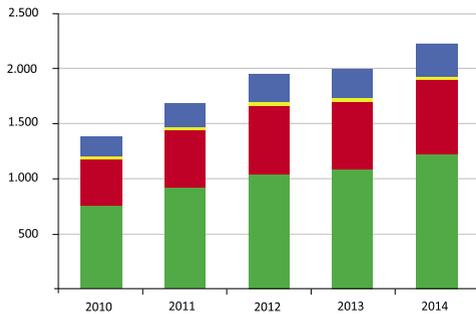
Kebutuhan dana untuk melaksanakan rencana aksi 2010-2014 diperkirakan sebesar Rp. 10,2 triliun atau setara dengan 1,1 milyar US Dolar. Dana tersebut dibutuhkan untuk melaksanakan empat fokus area program yaitu (1) pencegahan (57%), (2) perawatan, dukungan dan pengobatan (28%), (3) mitigasi dampak (2%), dan (4) pengembangan lingkungan kondusif, manajemen, monev dan penelitian (13%). Area pencegahan difokuskan pada program yang efektif yang dilaksanakan di 137 kabupaten dan kota dari 33 provinsi, dimana lebih dari 80% populasi kunci berada. Tabel 6.2 berikut ini menggambarkan ringkasan kebutuhan biaya untuk implementasi SRAN per tahun.

**Tabel 6.2. Kebutuhan Biaya Implementasi SRAN Tahun 2010-2014  
menurut Fokus Area Program (Milyar Rupiah)**

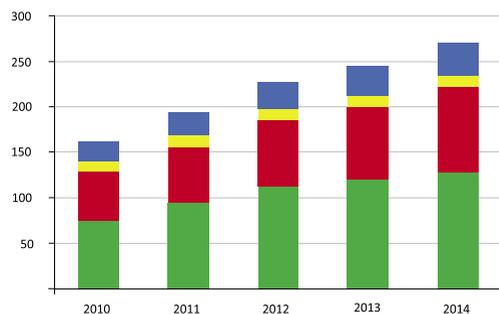
Area Program	2010	2011	2012	2013	2014
1. Pencegahan	821,4	1.010,0	1.150,3	1.221,7	1.344,6
2. Perawatan, dukungan dan pengobatan	483,7	581,6	691,9	672,7	773,1
3. Mitigasi Dampak	37,1	42,1	46,5	50,6	54,2
4. Lingkungan kondusif, manajemen dan administrasi, monev dan penelitian	180,2	219,7	253,6	259,8	290,4
<b>Total (milyar rupiah)</b>	<b>1.522,4</b>	<b>1.853,3</b>	<b>2.142,4</b>	<b>2.204,8</b>	<b>2.462,3</b>
Biaya Per-kapita (Rupiah)	6.650	7.600	8.550	8.550	9.500

Ada perbedaan kebutuhan dana antara daerah dengan epidemi yang masih terkonsentrasi dengan daerah yang sudah memasuki populasi umum seperti di Papua. Daerah dimana epidemi masih terkonsentrasi, dana untuk program pencegahan akan nampak terlihat lebih dominan dibandingkan dengan program pengobatan dan mitigasi. Sedangkan di 2 provinsi yaitu Papua dan Papua Barat, dimana epidemi sudah memasuki masyarakat, maka biaya untuk program perawatan dan pengobatan akan cenderung lebih besar dibandingkan program lainnya.

**Gambar 6.2. Kebutuhan Biaya di 31 Provinsi di Luar Papua (milyar rupiah)**



**Gambar 6.3. Biaya di 2 Provinsi Papua (milyar rupiah)**



■ Pencegahan
 ■ Mitigasi Dampak
 ■ Dukungan, Penawaran dan Pengobatan
 ■ Lingkungan Kondusif, Manajemen dan Administrasi, Monev dan Penelitian

Tabel 6.3 berikut ini menggambarkan kebutuhan biaya secara lebih rinci berdasarkan fokus area program dan kegiatan pada tahun 2010-2014.

**Tabel 6.3. Kebutuhan Biaya Implementasi SRAN 2010-2014 menurut Komponen Program dan kegiatan (Milyar Rupiah)**

KOMPONEN PROGRAM DAN KEGIATAN	2010	2011	2012	2013	2014
<b>PENCEGAHAN</b>	821	1.010	1.150	1.222	1.345
<b>Perubahan Perilaku pada Populasi Kunci</b>					
Pekerja seks langsung	84	89	105	103	104
Pekerja seks tidak langsung	38	34	40	39	39
Laki-laki yang berhubungan seks dengan Laki-laki	107	142	166	180	205
Waria	19	19	19	19	19
Penasun;	124	200	211	222	233
Warga Binaan Pemasarakatan;	43	50	52	55	58
Pelanggan Pekerja Seks;	89	135	181	220	259
Populasi muda yang berisiko	107	111	116	120	125
<b>Penyediaan Layanan Pencegahan</b>					
Pelayanan akses kondom:(Khusus Papua)	0,3	0,6	1,1	1,7	3,4
Layanan IMS	11	12	13	15	16
Konseling dan testing sukarela	124	134	149	152	187
Program Penularan dari ibu ke bayi	3	2	2	2	3
Kampanye media terfokus	72	83	93	93	93
Profilaksis pasca pajanan	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

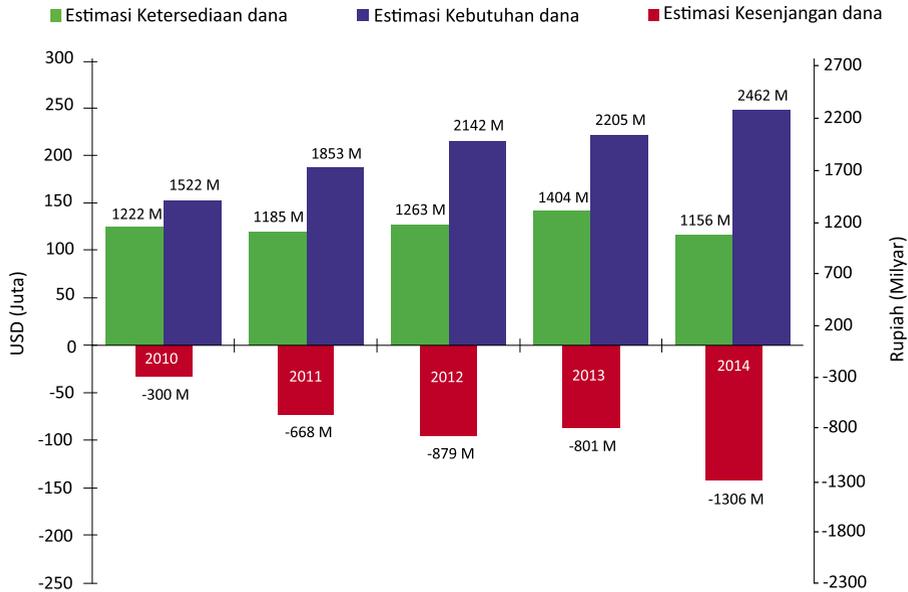
KOMPONEN PROGRAM DAN KEGIATAN	2010	2011	2012	2013	2014
<b>PERAWATAN, DUKUNGAN &amp; PENGOBATAN</b>	<b>484</b>	<b>582</b>	<b>692</b>	<b>673</b>	<b>773</b>
Layanan perawatan berbasis rumah (home based care)	183	246	285	321	358
Perawatan paliatif	0,2	0,4	0,6	0,9	1,3
Diagnostik berkala	2	3	4	5	5
Pengobatan infeksi oportunistik	13	18	24	30	36
Perawatan untuk infeksi oportunistik	3	4	5	6	7
Test laboratorium untuk terapi ARV	47	62	75	55	67
Terapi anti retroviral	236	249	299	256	299
<b>MITIGASI</b>	<b>37</b>	<b>42</b>	<b>47</b>	<b>51</b>	<b>54</b>
Layanan untuk yati, piatu dan janda termasuk sosial ekonomi	37	42	47	51	54
<b>PROGRAM PENDUKUNG</b>	<b>180</b>	<b>220</b>	<b>254</b>	<b>260</b>	<b>290</b>
Pengembangan lingkungan yang mendukung	30	37	42	43	48
Manajemen dan administrasi	30	37	42	43	48
Penelitian dan surveilans	60	73	85	87	97
Monitoring dan evaluasi	60	73	85	87	97
<b>Total</b>	<b>1.522</b>	<b>1.853</b>	<b>2.142</b>	<b>2.205</b>	<b>2.462</b>

### 6.2.2. Analisis Pendanaan

Kebutuhan dana untuk program penanggulangan HIV dan AIDS setiap tahunnya mengalami peningkatan. Hal ini disebabkan karena, meningkatnya jumlah populasi sasaran yang harus dijangkau program serta perubahan perilaku yang diinginkan. Ketersediaan dana penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia selama ini bersumber dari domestik dan donor, baik yang bersifat bilateral maupun multilateral.

Pendanaan yang bersumber dari lokal yaitu pemerintah pusat, provinsi maupun kabupaten dan kota cenderung meningkat dalam beberapa tahun terakhir. Namun jumlahnya belum sebanding dengan peningkatan kebutuhan sehingga tetap terjadi kesenjangan yang membutuhkan bantuan dari mitra internasional. Proporsi bantuan mitra internasional pada tahun 2006 berjumlah 70% dari pengeluaran dana, dan pada tahun 2008 telah berkurang mendekati 50%. Bila dibandingkan antara ketersediaan dan kebutuhan dana, untuk implementasi rencana aksi tahun 2010-2014, maka nampaknya masih ada kesenjangan dana yang cukup besar. Berikut ini, adalah gambaran kesenjangan dana dalam rencana aksi pada tahun 2010-2014:

**Gambar 6.4. Kesenjangan Dana Program SRAN Tahun 2010-2014**



### 6.2.3. Mobilisasi Sumber Daya Finansial

Mobilisasi Sumber Daya Finansial dikoordinasikan oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Dana yang berasal dari sektor pemerintah dan bantuan mitra internasional digunakan untuk mendanai penyelenggaraan upaya penanggulangan mulai dari tingkat pusat sampai daerah. Mobilisasi dana dari sektor pemerintah mengikuti mekanisme penggunaan anggaran pemerintah. Sedangkan mobilisasi dana dari mitra internasional baik bilateral maupun multilateral, Komisi Penanggulangan AIDS Nasional menyiapkan proposal untuk pengajuan bantuan kepada mitra internasional multilateral. Penentuan program yang akan didanai oleh mitra internasional bilateral disepakati kedua belah pihak dalam pertemuan konsultatif dan tetap mengacu pada dokumen ini. Bantuan finansial lainnya dihimpun dalam satu sistem manajemen keuangan oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional yaitu Dana Kemitraan AIDS Indonesia (DKAI). Penggunaan dana yang dihimpun ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab Komisi Penanggulangan AIDS Nasional dan pengelolaannya dilakukan oleh Sekretariat Komisi Penanggulangan AIDS Nasional atau lembaga lain yang ditunjuk.

Di tingkat daerah, dana yang diperoleh dari masyarakat sipil seperti dari pihak swasta sebagai perwujudan CSR dihimpun oleh KPA di daerah bersangkutan dan digunakan untuk penyelenggaraan program yang tertuang dalam rencana aksi daerah.

### 6.3. Sarana dan Prasarana

Yang dimaksud dengan sarana dan prasarana dalam upaya penanggulangan ini adalah (1) tempat layanan, (2) materi untuk upaya pencegahan, (3) materi untuk pelaksanaan surveilans, (4) materi untuk upaya perawatan, dukungan dan pengobatan, dan (5) materi untuk komunikasi, informasi dan edukasi, serta materi lainnya yang berfungsi untuk mendukung upaya penanggulangan tersebut.

#### 6.3.1. Kebutuhan Sarana dan Prasarana

Dalam merencanakan setiap program, kebutuhan sarana dan prasarana harus dihitung secara cermat dengan mengacu pada jumlah dan kebutuhan sasaran serta manajemen logistik yang dirumuskan terlebih dahulu. Kebutuhan sarana dan prasarana untuk pelaksanaan rencana aksi meliputi penyediaan untuk program pencegahan, perawatan dan pengobatan.

Sarana untuk program pencegahan meliputi ketersediaan kondom dan pelicin untuk pencegahan penularan melalui hubungan seks berisiko, alat suntik untuk pencegahan penularan melalui alat suntik dan berbagai media KIE untuk informasi, dan edukasi perubahan perilaku. Beberapa sarana lain juga diperlukan untuk program pencegahan lainnya, dan identifikasi kebutuhan sarana tersebut ditentukan oleh lembaga terkait.

Dengan memperhitungkan target yang akan dicapai dari rencana aksi nasional, maka dapat diperkirakan kebutuhan prasarana untuk implementasi program pencegahan, perawatan dan pengobatan yaitu sebagai berikut:

**Tabel 6.4. Kebutuhan Prasarana Pencegahan, Perawatan dan Pengobatan Tahun 2010-2014**

Jenis Kebutuhan Prasarana	2010	2011	2012	2013	2014
Outlet kondom	10.710	17.650	22.870	27.040	31.920
Layanan VCT	1.670	2850	3680	4380	5210
Layanan IMS	540	600	650	680	710
Layanan CST	250	300	500	600	700
Layanan PMTCT	416	748	1.080	1.412	1.740
Layanan LASS	350	510	540	580	650
Layanan PTRM	310	460	490	520	580

Berdasarkan kebutuhan sasaran setiap tahun, tabel di atas menggambarkan ringkasan kebutuhan dari layanan kesehatan dan infrastruktur lainnya untuk implementasi program SRAN pada tahun 2010-2014. Sebagai contoh, dengan asumsi setiap 1 outlet kondom akan digunakan untuk 200 orang populasi kunci, maka pada tahun 2010 jika ditargetkan ada sekitar 2 juta orang akan mendapatkan akses kondom diperlukan sekitar 10.710 outlet kondom di 137 kabupaten/kota terpilih.

### **6.3.2. Mobilisasi Sarana dan Prasarana**

Kementerian teknis yang menjadi penanggung jawab program-program layanan menyediakan kebutuhan sarana dan prasarana untuk pelaksanaannya. Sarana dan prasarana tersebut secara bertahap ditingkatkan jumlah dan mutunya. Kementerian tersebut bertanggung jawab melaksanakan sosialisasi pelaksanaan manajemen logistik kepada pihak-pihak terkait di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten kota.

Sarana dan prasana bagi program penanggulangan HIV dan AIDS yang disediakan oleh pihak lain seperti mitra internasional, lembaga swadaya masyarakat dan pihak-pihak lainnya diinformasikan kepada kementerian teknis dan Komisi Penanggulangan AIDS untuk keperluan pendataan, perencanaan serta monitoring dan evaluasi.

### **6.3.3. Manajemen logistik**

Penatalaksanaan sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam upaya penanggulangan dilakukan dengan manajemen logistik yang benar dan baik.

Manajemen meliputi perencanaan, pengadaan, penyimpanan, penggunaan, pengawasan yang harus dipahami, dipedomani dan diamankan oleh para pemangku kepentingan.

Sistem manajemen logistik yang handal harus menjamin bahwa materi yang dibutuhkan harus sampai kepada penerima tepat waktu, cukup dan dengan kualitas yang terjaga. Manajemen logistik dilaksanakan dengan prinsip tata kelola yang baik (*good governance*).



# BAB VII

## MONITORING DAN EVALUASI

51

BAB INI MENGURAIKAN PERTAMA-TAMA mengenai target tahunan cakupan program pencegahan yang menjadi fokus yang akan dipantau secara intensif untuk melihat perkembangan pelaksanaan SRAN tahun 2010-2014. Kemudian disampaikan suatu kerangka kerja dan indikator kinerja untuk dapat menilai kinerja program secara komprehensif, mulai dari tahap input sampai dengan dampak. Selanjutnya, disampaikan mengenai mekanisme dan pengembangan kapasitas yang diperlukan.

### 7.1. Target Tahunan Cakupan Program

Sebagaimana telah dinyatakan pada Bab 3 (Strategi Penanggulangan HIV dan AIDS), mengenai arah kebijakan nasional, tujuan dan sasaran, diharapkan pada akhir tahun 2014 cakupan program sudah mencapai sesedikitnya 80% populasi kunci. Untuk mencapai sasaran *universal access* pada tahun 2014 tersebut, maka sasaran-sasaran tahunan ditetapkan agar populasi kunci dan orang yang terinfeksi HIV dapat mengakses layanan-layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan yang diperlukan.

Bagi WBP dan Penasun sasaran *universal access* diharapkan dapat dicapai pada tahun 2011, bagi WPS pada 2012, bagi LSL dan Pelanggan pada tahun 2014. Dengan demikian, diharapkan pada tahun 2014 perilaku aman sudah dijalankan oleh sesedikitnya 60%

populasi kunci, dan perilaku tersebut tetap dipertahankan seterusnya. Perilaku aman populasi kunci, baik mengenai perilaku pencegahan maupun pengobatan, merupakan satu wujud penting efektifitas program. Diharapkan pada akhir tahun 2014, sesedikitnya 60% populasi kunci yang berperilaku seksual berisiko sudah menggunakan kondom secara konsisten, 60% Penasun sudah tidak bertukar alat suntik secara konsisten, 60% ODHA yang membutuhkan sudah menggunakan ARV secara berkesinambungan. Diharapkan pada akhir tahun 2014, kebutuhan pendanaan program HIV dan AIDS sudah terpenuhi dan 70% bersumber dari dalam negeri. Ketersediaan dana program merupakan salah satu indikator yang penting untuk menunjukkan adanya keberlangsungan program.

Target tahunan untuk cakupan program pencegahan pada populasi kunci dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 7.1. Target Tahunan Cakupan Program SRAN 2010-2014**

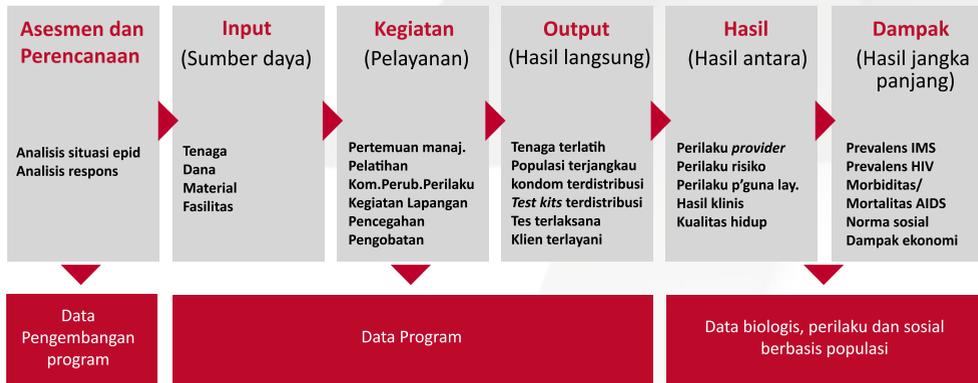
Populasi	Baseline 2009		Target 2010		Target 2011		Target 2012		Target 2013		Target 2014	
Penasun	50.420	28%	129.420	55%	189.600	80%	202.980	85%	216.360	90%	241.900	100%
WPS	93.930	51%	142.500	60%	167.510	70%	192.800	80%	206.130	85%	219.420	90%
Waria	26.730	90%	27.180	90%	28.880	95%	30.600	100%	30.600	100%	30.600	100%
LSL	63.980	8%	205.830	25%	373.280	45%	501.300	60%	588.910	70%	677.120	80%
Pelanggan	403.030	15%	1.018.440	30%	1.539.180	45%	2.067.120	60%	2.428.370	70%	2.792.240	80%
WBP	23.130	30%	78.660	60%	104.880	80%	111.435	85%	117.990	90%	131.100	100%
Pasangan Seksual (Intimate Partner) dari populasi Kunci		0%	42.176	2%	106.650	5%	214.910	10%	324.585	15%	544.450	25%

Target tahunan di atas merupakan target untuk program pencegahan dari masing-masing populasi kunci, yang pencapaiannya akan dipantau secara rutin melalui mekanisme pemantauan intensif (bulanan, triwulan, semester dan tahunan).

## 7.2. Kerangka Kerja dan Indikator Kinerja

Monitoring dan evaluasi dijalankan mengikuti suatu kerangka kerja sistem yang dapat menilai setiap tahap pelaksanaan program, mulai dari tahap input, proses kegiatan, output, hasil sampai dengan dampak program, sebagaimana tergambar pada diagram berikut:

**Gambar 7.1. Kerangka Kerja Monitoring dan Evaluasi**



Diadopsi dari 'Rugg et al (2004). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Direction for Evaluation. Hoboken, NJ Wiley Periodicals. Inc.' dalam 'UNAIDS working document (2006). M&E of HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations'.

KPAN berperan menghimpun laporan dari setiap sektor mengenai semua indikator kinerja program yang utama, untuk menilai perkembangan penanggulangan HIV dan AIDS. Berdasarkan kerangka kerja monitoring dan evaluasi, secara lebih rinci indikator kinerja untuk setiap tahapan program adalah sebagai berikut.

### 7.2.1. Indikator *Input*

Indikator input meliputi pengeluaran dana baik oleh mitra nasional maupun mitra internasional, pengembangan kebijakan HIV dan AIDS serta status implementasi kebijakan tersebut, dan penguatan kelembagaan yang mencakup kelembagaan KPA (berikut seluruh sektor yang menjadi anggota) baik di tingkat nasional maupun daerah. Indikator ini penting untuk menilai perkembangan keberlangsungan program (*sustainability*).

### 7.2.2. Indikator *Process*

Indikator proses mencakup pelaksanaan program nasional, yaitu keamanan darah, pelayanan ART, pencegahan transmisi dari ibu ke anak, *co-management* pengobatan TBC dan HIV, tes HIV, pendidikan dan mitigasi dampak.

### 7.2.3. Indikator *Output*

Indikator output adalah cakupan program (*coverage*) khususnya terhadap populasi kunci, ditambah dengan masyarakat umum untuk Provinsi Papua dan Papua Barat. Cakupan program nasional diukur terhadap seluruh populasi kunci yang dijangkau oleh program komunikasi perubahan perilaku, diantaranya program edukasi, komunikasi pendidikan sebaya, penilaian risiko individu/kelompok, dan akses terhadap kondom dan alat suntik, program VCT, IMS serta perawatan, dukungan dan pengobatan. Target tahunan indikator

cakupan program disajikan lebih rinci pada lampiran. Indikator ini penting untuk dinilai secara berkala untuk melihat adanya perkembangan program di lapangan.

#### **7.2.4. Indikator Outcome**

Indikator *outcome* untuk melihat sejauh mana hasil pelaksanaan program telah dapat merubah perilaku berisiko menjadi perilaku aman dari kelompok kunci, baik perilaku pencegahan maupun perilaku pengobatan. Indikator ini penting untuk menilai perkembangan efektifitas program (*effectiveness*).

#### **7.2.5. Indikator Impact**

Indikator *impact* digunakan untuk melihat dampak epidemi dan program HIV dan AIDS, yang diukur dengan prevalensi HIV dan IMS pada populasi kunci, dan populasi umum untuk Tanah Papua.

Uraian lebih rinci mengenai indikator kinerja program penanggulangan AIDS, yang meliputi nama indikator, frekuensi pengumpulan data, metode pengukuran dan institusi penanggung jawab untuk setiap indikator, dapat dilihat pada lampiran 6.

### **7.3. Mekanisme Monitoring dan Evaluasi**

#### **7.3.1. Metode Pengumpulan Data**

KPAN bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan dan seluruh sektor pemerintah serta organisasi-organisasi masyarakat sipil dan mitra kerja internasional, melakukan monitoring dan evaluasi secara nasional untuk menghasilkan indikator kinerja serta informasi yang bersifat strategik. Dengan menggunakan informasi tersebut, KPA dapat menilai apakah upaya penanggulangan sudah berjalan sesuai rencana atau memerlukan berbagai perbaikan dan perubahan. Setidaknya metode pengumpulan data yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut:

##### **a. Surveilans**

Surveilans HIV, AIDS dan IMS merupakan tanggung jawab dari Kementerian Kesehatan. Berbagai bentuk kegiatan surveilans yang diperlukan antara lain adalah sebagai berikut:

- Surveilans HIV  
Kementerian Kesehatan menetapkan surveilans HIV dilakukan sekali setahun. Saat ini surveilans HIV dilakukan terhadap WPS. Surveilans HIV perlu diperluas ke semua populasi kunci. Surveilans pada ibu hamil perlu dilakukan pada area geografis tertentu sesuai dengan tingkat epidemi.
- Survei Terpadu Biologi dan Perilaku (STBP)  
STBP telah dilakukan pada beberapa provinsi prioritas. Ke depan STBP perlu dilakukan secara konsisten pada semua provinsi prioritas.
- Survei IMS  
Kegiatan ini dapat diintegrasikan ke dalam STBP.
- Survei resistensi ARV
- Estimasi jumlah ODHA
- Estimasi jumlah populasi kunci

### **b. Pengumpulan data lainnya:**

- Monitoring penguatan kelembagaan (KPA)
- Monitoring pengeluaran dana (KPA)
- Pemetaan lokasi 'hotspot' populasi kunci, layanan dan LSM
- Monitoring perkembangan layanan pencegahan (KPA)
- Monitoring perkembangan perubahan perilaku (KPA)
- Monitoring perkembangan layanan pengobatan (Kemkes)
- Monitoring perkembangan layanan mitigasi dampak (Kemsos)
- Monitoring cakupan program (KPA)
- Riset operasional (KPA)

Terdapat sejumlah jenis penelitian di bidang HIV dan AIDS. Namun yang sangat relevan dalam lima tahun ke depan adalah penelitian operasional untuk dapat meningkatkan efektifitas program, baik yang menyangkut intervensi struktural pencegahan, pengobatan maupun mitigasi dampak.

### **7.3.2. Monitoring dan Pelaporan**

Satu pemantauan yang perlu dilakukan secara intensif dan teratur dari waktu ke waktu adalah mengenai perkembangan cakupan program di lapangan yaitu di lingkup kabupaten/kota.

Hubungan kerja antar KPA secara vertikal mulai dari kabupaten dan kota, provinsi sampai dengan nasional, antara lain dilakukan melalui mekanisme pelaporan rutin. Mekanisme ini harus berjalan baik agar dapat memantau perkembangan cakupan program. Secara sederhana proses pelaporan tersebut digambarkan sebagai berikut:

**Gambar 7.2. Alur Pelaporan**



Mekanisme pelaporan penanggulangan AIDS diatur dalam Pasal 13 Perpres 75/2006 dan Pasal 12 Permendagri 20/2007. Pelaksana program di lapangan melaporkan kegiatannya ke sektor terkait di masing-masing kabupaten/kota. Selanjutnya data dari seluruh sektor terhimpun di KPA kabupaten/kota, untuk segera digunakan untuk pengendalian lapangan. Laporan kemudian disampaikan setiap bulan ke KPA Provinsi, dan ke KPA tingkat nasional. Pada akhirnya laporan ditujukan kepada Presiden. Mekanisme pelaporan ini juga digunakan untuk memenuhi komitmen global, misalnya pelaporan UNGASS, Universal Access, dan MDG.

Untuk melihat perkembangan pelaksanaan SRAN tahun 2010-2014, KPA Nasional akan mengeluarkan laporan setiap tahun mengenai perkembangan cakupan program.

### **7.3.3 Evaluasi Program**

Evaluasi program dilakukan melalui mekanisme 'kajian kinerja berkala bersama' (*joint periodic performance review*), yang perlu dilakukan di setiap tingkat KPA. Evaluasi juga perlu dilakukan di masing-masing sektor, baik pemerintah maupun non pemerintah. Frekuensi evaluasi perlu dilakukan dalam bentuk kajian setiap 6 bulan, kajian setiap tahun, kajian paruh waktu rencana aksi (*Mid Term Review*) dan kajian akhir periode rencana aksi (*Final Review*). Indikator utama kinerja program penanggulangan AIDS terdiri dari *coverage*, *effectiveness* dan *sustainability*.

Dalam 'kajian paruh waktu' dan 'kajian akhir', evaluasi dilakukan secara lengkap terhadap perkembangan epidemi dan seluruh bentuk respons yang telah dilakukan. Evaluasi respons yang lengkap dapat meliputi keterlibatan politis, lingkungan kebijakan, tata kelola pemerintahan, kapasitas penyediaan informasi strategis, kapasitas penyusunan rencana strategis, situasi sumber daya, perkembangan implementasi program (meliputi cakupan dan efektifitas program) mengenai pencegahan, pengobatan dan mitigasi dampak, serta mengenai keterlibatan masyarakat termasuk masyarakat sipil.

### **7.3.4. Pemanfaatan Informasi**

Data yang dihasilkan bukan menjadi bahan laporan semata, tetapi justru harus digunakan untuk perbaikan program di lapangan. Pemanfaatan data perlu dilakukan dalam suatu pertemuan koordinasi di setiap tingkat.

Hubungan kerja secara horizontal di masing-masing tingkat KPA sangat penting untuk secara bersama menggunakan data yang diperoleh dari sektor-sektor relevan, untuk pengambilan keputusan. Data cakupan yang dianalisis setiap bulan di kabupaten/kota dapat dijadikan dasar untuk perbaikan program lapangan dengan segera. Selanjutnya, pertemuan monitoring di provinsi perlu dilakukan paling sedikit setiap 3 bulan dan setiap 6 bulan di tingkat nasional.

Data yang lebih komprehensif yang bersifat evaluatif perlu dibahas setiap 6 bulan atau setiap tahun.

#### **7.4. Pengembangan Kapasitas**

Setiap Kabupaten/Kota prioritas melakukan kerjasama lintas sektor baik pemerintah maupun non pemerintah untuk menghimpun data secara rutin. Paling sedikit sudah terdapat satu (1) tenaga penuh waktu di tingkat KPA Kabupaten dan Kota untuk melaksanakan ini, yang berhubungan dengan mereka yang mendapat tanggung jawab mengenai data di masing-masing sektor dan LSM. Hal serupa juga terjadi di tingkat provinsi dan nasional.

Namun demikian, dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi sering dijumpai keterbatasan kapasitas baik pada petugas maupun lembaga pelaksana dalam hal kualitas data dan keteraturan pelaporan. Hal ini terjadi di semua tingkat mulai dari kabupaten dan kota sampai nasional. Untuk mengatasi ini perlu dilakukan penguatan kapasitas monitoring dan evaluasi. Dengan demikian pengembangan kapasitas monitoring dan evaluasi perlu direncanakan dan dianggarkan sebagai bagian yang terintegrasi dalam perencanaan dan implementasi program.

Pengembangan kapasitas terdiri dari asesmen kapasitas monitoring dan evaluasi yang ada, penguatan kapasitas KPA termasuk sektor yang menjadi anggota (pemerintah dan non pemerintah) untuk berbagai jenis kegiatan monitoring dan evaluasi, pelatihan berbagai kompetensi antara lain manajemen dan analisis data, jaminan mutu data, kemudian bimbingan teknis, bantuan teknis, dan pengembangan pedoman sesuai dengan keperluan masing-masing lembaga.





# BAB VIII

## PENUTUP

59

DOKUMEN STRATEGI DAN RENCANA AKSI PENANGGULANGAN HIV dan AIDS ini dimulai dengan analisis situasi epidemi dan tantangan yang dihadapi dalam 5 tahun ke depan dari tahun 2010 sampai 2014, dan kemudian penetapan seperangkat strategi yang diperlukan untuk menyelesaikan masalah-masalah yang dihadapi. Strategi tersebut dijabarkan menjadi sejumlah fokus area program utama, yang meliputi pencegahan, pengobatan, mitigasi dampak dan lingkungan yang kondusif. Dokumen ini kemudian menguraikan bagaimana seharusnya upaya penanggulangan tersebut dikelola, berapa besar sumber daya yang dibutuhkan dan mekanisme monitoring dan evaluasi.

Sebagai suatu strategi dan rencana aksi nasional, ini merupakan dokumen utama, yang masih perlu dilengkapi dengan dokumen-dokumen lanjutan, antara lain mengenai rencana operasional, pedoman monitoring dan evaluasi, manajemen pengadaan, dukungan teknis yang diperlukan, dan strategi komunikasi untuk pengguliran dan pelaksanaan rencana aksi, baik di tingkat nasional maupun di daerah.

Strategi dan kebijakan lainnya yang terkait dengan upaya penanggulangan seperti strategi penanggulangan HIV dan AIDS pada anak dan remaja, strategi penanggulangan HIV dan AIDS pada perempuan dan strategi komunikasi penanggulangan HIV dan AIDS, sepanjang belum berubah berdasarkan dokumen ini, tetap berlaku dan dalam pelaksanaannya akan disesuaikan dengan Strategi dan Rencana Aksi Nasional ini.

Dokumen rencana ini, yang mendapat arahan dari RPJMN tahun 2010-2014, akan digunakan di tingkat nasional untuk dijabarkan ke dalam dokumen rencana kerja pemerintah, rencana strategi sektor, untuk menjadi acuan penyusunan anggaran biaya, baik di tingkat nasional maupun di tingkat daerah. Proses perencanaan sebagai bagian dari pembangunan nasional akan dipimpin oleh Bappenas, sedangkan arahan kepada daerah akan dipimpin oleh Kemendagri. Dokumen ini juga akan digunakan untuk mobilisasi dana baik dalam negeri maupun internasional.

Dokumen ini dihasilkan melalui siklus perencanaan, dan secara berkala pelaksanaannya pun perlu dievaluasi, antara lain melalui kajian tahunan dan kajian tengah periode. Temuan-temuan yang diperoleh dapat digunakan untuk perbaikan program dan perbaikan perencanaan berikutnya.

# DAFTAR PUSTAKA

1. Aburizal Bakrie (2009). Sambutan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat pada pertemuan Gubernur/Ketua KPA provinsi untuk penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, Bali 10 Agustus 2009.
2. AIDS Ambassadors and Champions (2009). Declaration on the response to HIV and AIDS in Asia and the Pacific. 9 August 2009, 9<sup>th</sup> ICAAP, Bali, Indonesia
3. Ani Yudhoyono (2009) Remarks of the AIDS Ambassador of Indonesia on the occasion of a meeting of AIDS Ambassadors and champions at the 9th ICAAP, 9 Agustus 2009, Bali, Indonesia.
4. BAPPENAS (2009). Pembangunan kesehatan dan gizi Indonesia: overview dan arah ke depan. Background study RPJMN 2010-2014. Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/ BAPPENAS, Jakarta
5. BPS – Kemkes (2006). Perilaku berisiko dan prevalensi HIV di Tanah Papua. Hasil STHP tahun 2006 di Tanah Papua. BPS-Kemkes-KPAN, Jakarta
6. Community Forum Recommendation 9<sup>th</sup> ICAAP (2009). 9 August 2009. Bali, Indonesia
7. Kemkes - BPS (2008) Surveilans terpadu biologis perilaku pada kelompok berisiko tinggi di Indonesia 2007. Kemkes – BPS Jakarta
8. Kemkes – KPAN (2006). Estimasi daerah rawan terinfeksi HIV tahun 2006. Kemkes – KPAN Jakarta
9. Kemkes (2008). Pemodelan matematika epidemi HIV di Indonesia tahun 2008-2014. Kemkes, Jakarta
10. Kemkes (2009) Laporan Triwulan Kasus AIDS dan HIV 30 juni 2009. Kemkes Jakarta
11. Indonesia Round 8 proposal HIV sector (2009). Indonesia response to HIV: Government and Civil Society Partnership in 12 Provinces
12. Kaldor J. (2006) Dampak HIV dan AIDS 2005-2025 di Papua Nugini, Indonesia dan Timor Leste. Ausaid Canberra
13. KPAN (2007) Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007- 2010. KPAN – Jakarta
14. KPAN (2007) Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007 -2010 KPAN, Jakarta
15. KPAN (2008) Indonesia country report on the follow up to declaration of commitment on HIV/AIDS UNGASS AIDS
16. KPAN (2008) National AIDS Spending Assesment 2007, Jakarta
17. KPAN (2009) Mid Term Review Stranas dan RAN 2007-2010, Draft Agustus 2009. KPAN - Jakarta

18. Nafsiah Mboi (2009) Pokok-pokok arah kebijakan tahun 2010- 2014. Presentasi pada pertemuan Perencanaan Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS. BAPPENAS, 6 juli 2009
19. Rugg et al (2004). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Direction for Evaluation. Hoboken, NJ Wiley Periodicals. Inc.
20. Susilo Bambang Yudhoyono (2009). Speech of the President of the Republic of Indonesia on the occasion of the opening of the 9th ICAAP, 9 August 2009, Bali, Indonesia
21. UNAIDS (1999), Guide to the Strategic Planning process for a national respons to HIV dan AIDS. UNAIDS, Geneva
22. UNAIDS (2007) Monitoring the Declaration of Commitment on HIV dan AIDS: Guidelines on construction of core indicators, 2008 reporting UNAIDS, Geneva
23. UNAIDS (2008) Practical Guidelines for Intesifying HIV prevention: Towards universal access- UNAIDS, 2008
24. UNAIDS (2008) Report of global AIDS epidemic 2008.
25. UNAIDS working document (2006). M&E of HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations.
26. UNAIDS, Geneva WHO (2008) Priority intervention. HIV dan AIDS prevention, treatment and care in the health sector. WHO, Geneva.

# DAFTAR LAMPIRAN

1. Daftar Dokumen Kebijakan Penanggulangan HIV dan AIDS
2. Rincian Kegiatan untuk SRAN Tahun 2010-2014
3. Proses Pemilihan Kabupaten dan Kota Prioritas
4. Kabupaten dan Kota Prioritas
5. Rincian Target Tahunan Cakupan Program SRAN Tahun 2010-2014
6. Indikator Kinerja Program Penanggulangan HIV dan AIDS Nasional
7. Diagram Peran dan Tanggung Jawab Anggota KPA Nasional dalam Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS

## Lampiran 1: Daftar Dokumen Kebijakan Penanggulangan HIV dan AIDS

1. Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945
2. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan-Ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
4. Peraturan Menteri Pendidikan No.9/U/1997 mengenai pencegahan HIV/AIDS melalui pendidikan, diikuti dengan Peraturan menteri pendidikan No.303/U/1997 mengenai pedoman pelaksanaannya.
5. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Azasi Manusia
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak
7. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional
8. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
9. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005 -2025
10. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial
11. Peraturan Pemerintah Nomor 42 Tahun 1981 tentang Pelayanan Kesejahteraan Fakir Miskin
12. Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
13. Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 2 Tahun 2007 tentang Kebijakan Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Suntik
14. Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 3 Tahun 2007 tentang Susunan, Tugas dan Keanggotaan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
15. Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 4 Tahun 2007 tentang Pedoman dan Tata Kerja Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, Provinsi dan Kabupaten/Kota
16. Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 5 Tahun 2007 tentang Organisasi dan Tata Kerja Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
17. Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 6 Tahun 2007 tentang Tim Pelaksana Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
18. Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 7 Tahun 2007 tentang Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Indonesia 2007-2010

19. Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 8 Tahun 2007 tentang Pedoman Nasional Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan HIV dan AIDS di Seluruh Indonesia
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2007 tentang Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS dan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Rangka Penanggulangan HIV dan AIDS di Daerah
21. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 760/Menkes/SK/VI/2007 tentang Penetapan Lanjutan Rumah Sakit Rujukan Bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA)
22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 32 Tahun 2008 tentang Pedoman Penyusunan Anggaran dan Pendapatan Belanja Daerah Tahun 2009 Terkait HIV
23. Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor 68 Tahun 2004 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Tempat Kerja

## Lampiran 2: Rincian Kegiatan untuk SRAN 2010-2014

Tabel kegiatan di bawah ini merupakan pedoman untuk pelaksanaan lebih lanjut. Setiap kabupaten dan kota perlu melakukan analisis situasi epidemi di setiap wilayah dan kemudian memilih prioritas kegiatan utama dan serangkaian kegiatannya untuk diimplementasikan sesuai dengan kebutuhan masing-masing. Namun demikian, seluruh kegiatan harus mencakup empat (4) kegiatan utama, yaitu pencegahan, perawatan dan pengobatan, mitigasi dampak dan lingkungan yang kondusif sehingga dapat mencapai tujuan seperti ditetapkan dalam SRAN ini.

### A. Pencegahan

Kegiatan Pokok	Penanggung Jawab Utama	Target	Kegiatan
Pencegahan penularan HIV melalui transmisi seksual	KPA, Kemkes, BKKBN, Kemkominfo, Kemag, Kemdiknas, Masyarakat Sipil	80% Populasi Kunci terjangkau dengan program yang efektif	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Penjangkauan yang terus-menerus sehingga terjadi perubahan perilaku, meliputi peningkatan pengetahuan dan pemahaman, kemampuan menilai risiko dan kemampuan mengakses layanan. Catatan: program penjangkauan dilakukan sesuai dengan standar dalam program dan kebutuhan sasaran. Berbagai pengalaman menunjukkan penjangkauan yang efektif dilakukan minimal 8 kali sehingga memberikan perubahan perilaku.</li> </ul>
		60% populasi kunci berperilaku hidup sehat dan menggunakan kondom setiap hubungan seks berisiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Promosi, pemasaran serta menjamin ketersediaan kondom dan lubrikan, yang didukung dengan pengembangan kebijakan lokal tentang penggunaan kondom (termasuk kondom laki-laki dan kondom perempuan)</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Manajemen IMS meliputi penapisan, diagnostik dan terapi dengan memperhatikan pemberian layanan yang bersahabat dan tanpa diskriminasi</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Layanan <i>periodic presumptive treatment (PPT)</i> sesuai dengan perkembangan pengobatan terkini.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Diagnostik HIV baik melalui program VCT, inisiatif petugas kesehatan, maupun cara lainnya dengan memegang prinsip 3 C (<i>counseling, consent, confidential</i>).</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Intervensi struktural dengan meningkatkan keterlibatan masyarakat dan berbagai pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan, pemimpin informal dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk pengembangan jejaring, peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan lokal yang mendukung dengan memperhatikan kesetaraan gender.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Integrasi layanan reproduksi esensial yang meliputi KIA, KB, infeksi saluran reproduksi dan KRR dengan program HIV</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Khusus untuk Provinsi Papua dan Papua Barat program ini ditujukan untuk populasi umum dan remaja, penyediaan keterampilan hidup dan pendidikan mengenai perilaku aman baik di sekolah maupun luar sekolah melalui peran aktif organisasi masyarakat, pimpinan adat dan pimpinan agama.</li> </ul>

Kegiatan Pokok	Penanggung Jawab Utama	Target	Kegiatan
Pencegahan penularan melalui alat suntik	KPA, Kemkes, Kemkumham, BNN, Polri, Kemdiknas, Masyarakat Sipil	100% pengguna jarum suntik terjangkau dengan program yang efektif	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Penjangkauan yang terus menerus sehingga terjadi perubahan perilaku meliputi peningkatan pengetahuan dan pemahaman, kemampuan menilai risiko dan kemampuan mengakses layanan seperti alat suntik steril (LJASS) di sarana kesehatan, terapi substitusi, pendidikan pencegahan HIV kepada penasun dan pasangannya, termasuk penyediaan kondom</li> </ul>
		60% penasun menerapkan perilaku sehat dan tidak berbagi alat suntik	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Dari hasil kegiatan penjangkauan dan layanan pencegahan, penasun akan menerima dukungan termasuk konseling dan dukungan psikologis dan masalah adiksi</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Penyediaan layanan alat suntik steril</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Penyediaan layanan PTRM</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Pendidikan dan pelatihan kapasitas diri termasuk pendidikan keterampilan sesuai kemampuan, ataupun pemberian beasiswa pendidikan</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Intervensi struktural, dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan, pemimpin informal dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk pemulihan, pengembangan jejaring, peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan lokal yang mendukung dengan memperhatikan kesetaraan gender.</li> </ul>
Pencegahan penularan HIV di Lembaga Masyarakat dan Rumah Tahanan	KPA, Kemkes, Kemkumham, Polri, Kemdiknas, Masyarakat Sipil	100% WBP yang terdapat di lembaga masyarakat dan rumah tahanan mendapatkan program efektif dan menerapkan program pengurangan dampak buruk napza	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Penguatan kebijakan pengurangan dampak buruk napza di Lapas dan Rutan</li> </ul>
		80% WBP mengakses layanan pencegahan yang disediakan di lapas;	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Penyediaan/ layanan terapi substitusi</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Pendidikan pencegahan HIV, termasuk penyediaan kondom dan lubrikan</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Rujukan ke layanan kesehatan Diagnostik HIV baik melalui program VCT, inisiatif petugas kesehatan, maupun cara lainnya dengan memegang prinsip adanya konseling, adanya <i>informed consent</i> dan menjunjung kerahasiaan (<i>counseling, consent, confidential</i>), kesehatan dasar dan infeksi oportunistik, termasuk IMS, Hepatitis B, TB dan AIDS untuk mereka yang memerlukan</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Layanan paska tahanan (konseling, metadon, pengobatan, perawatan dan dukungan)</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Intervensi struktural, dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan, sektor hukum dan HAM, kepolisian, pemimpin informal dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk pemulihan, pengembangan jejaring, peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan yang mendukung, termasuk kesetaraan gender.</li> </ul>

Kegiatan Pokok	Penanggung Jawab Utama	Target	Kegiatan
Pengembangan program yang komprehensif untuk populasi kunci LSL	Kemsos, Kemkes, swasta, masyarakat sipil	80% dari LSL mendapatkan penjangkauan program pencegahan yang efektif 60% dari LSL berperilaku aman	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Pengembangan <i>tools</i> untuk pemetaan dan analisis program yang diimplementasikan</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Pengembangan rencana dan strategi komunikasi untuk intervensi struktural, komunitas, dan intervensi individu berdasarkan karakteristik populasi</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Penyediaan dan promosi kondom mengenai penggunaan kondom dan pelicinnya untuk setiap perilaku seksual berisiko</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Pengembangan dan penggunaan komponen multi media</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Pengembangan website yang berkolaborasi dengan website umum yang sering digunakan populasi LSL, dengan memasukan issue kesehatan termasuk kesehatan seksualitas.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Pengembangan model layanan kesehatan termasuk konseling kesehatan seksual, diagnosis dan pengobatan IMS, konseling dan test HIV, dukungan, perawatan dan pengobatan terkait HIV dengan melibatkan layanan pemerintah maupun swasta. Sedapat mungkin layanan kesehatan tersebut bersifat layanan satu atap (<i>one stop service</i>)</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Peningkatan pemahaman mengenai issue seksualitas melalui website umum yang sering digunakan oleh populasi kunci.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Peningkatan pemahaman dan pengenalan mengenai isu kesehatan seksualitas, orientasi seksual, termasuk masalah IMS dan HIV &amp; AIDS melalui layanan kesehatan, guru-guru sekolah, lembaga pemasyarakatan dan tempat kerja.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Intervensi struktural dalam bentuk: Advokasi untuk pengembangan kebijakan yang lebih mendukung; penguatan jejaring komunitas GWL baik di tingkat nasional maupun daerah, dan pengembangan lingkungan yang lebih kondusif untuk implementasi program yang lebih bersahabat untuk LSL, dengan menghormati hak-hak asasi manusia.</li> </ul>			

Kegiatan Pokok	Penanggung Jawab Utama	Target	Kegiatan
Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi	KPA, Kemkes, Masyarakat Sipil	100% ibu hamil positif HIV yang ditemukan mendapatkan pencegahan prophylaxis	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Pendidikan dan pelatihan tentang penyelenggaraan PMTCT bagi petugas kesehatan dan tenaga masyarakat, sehingga mampu memberikan pelayanan PMTCT di fasilitas kes (dasar &amp; rujukan)</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Pelatihan bagi petugas kesehatan untuk meningkatkan sikap positif dalam memberikan layanan yang bersahabat terhadap perempuan dengan HIV &amp; bayinya, meningkatkan kewaspadaan mengenai HIV-PMTCT dan eliminasi stigma terhadap HIV</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Pendidikan dan pelatihan kesehatan reproduksi dan informasi dasar PMTCT bagi remaja, serta lelaki dan perempuan usia reproduksi</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Konseling kehamilan yang direncanakan bagi perempuan dengan HIV dan pasangan seksualnya, termasuk pemberian kondom</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Konseling dan pemberian ARV profilaksis bagi ibu hamil dengan HIV selama kehamilan, dan bayi yang dilahirkan</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Konseling dan pertolongan persalinan yang tepat dan aman, sesuai kondisi ibu hamil dengan HIV</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Konseling dan dukungan pemberian makanan bayi yang aman, sesuai dengan kondisi dan pilihan ibu, yaitu ASI eksklusif selama 6 bulan atau susu formula dengan syarat AFASS.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Dukungan psikologis dan sosial bagi ibu dan bayi pasca kelahiran, termasuk bantuan layanan kesehatan seperti tes PCR bagi bayi bila memungkinkan</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Intervensi struktural, dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan pemerintah dan swasta, pemimpin informal dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan yang mendukung serta mempertimbangkan kesetaraan gender.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙ Pelibatan peran aktif organisasi profesi dalam perencanaan, pengembangan, pelaksanaan dan pemantauan program PMTCT</li> </ul>

Kegiatan Pokok	Penanggung Jawab Utama	Target	Kegiatan
Pencegahan penularan HIV di kalangan pelanggan pekerja seks melalui Tempat Kerja  (Asumsi jumlah pelanggan di tempat kerja sekitar 30% dari total pelanggan)	KPA, Kemnakertrans, BP2NTKI, Kemkes, Kemdiknas, Sektor swasta, Masyarakat Sipil	80% dari pelanggan mendapatkan penjangkauan program pencegahan yang efektif  60% dari pelanggan berperilaku hidup aman dan sehat	⊙ Pelatihan HIV dan AIDS bagi perusahaan dan tenaga kerja
			⊙ Penyebaran informasi dan edukasi mengenai HIV dan AIDS, perilaku aman dan bertanggung jawab melalui tempat kerja
			⊙ Penjangkauan yang terus menerus untuk perilaku sehat meliputi peningkatan pengetahuan dan pemahaman dalam agama, kemampuan menilai risiko dan kemampuan mengakses layanan termasuk menggunakan kondom pada setiap hubungan seks berisiko sebagai pencegahan
			⊙ Pengembangan mekanisme rujukan layanan konseling dan testing serta manajemen IMS
			⊙ Pengembangan mekanisme rujukan ke layanan perawatan, dukungan dan pengobatan.
			⊙ Pengembangan dan pelibatan perusahaan untuk media kampanye anti diskriminasi terhadap HIV di tempat kerja
			⊙ Intervensi struktural, dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan, sektor tenaga kerja, sektor swasta, pemimpin informal dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan yang mendukung, dengan memperhatikan kesetaraan gender
Pencegahan penularan HIV pada pelanggan di kalangan Pekerja Migran  (Asumsi jumlah pelanggan di sini sekitar 20% dari total pelanggan)	KPA, Kemnakertrans, BP2NTKI, Kemkes, Kemdiknas, Sektor swasta, Masyarakat Sipil	80% dari pelanggan mendapatkan penjangkauan program pencegahan yang efektif  60% dari pelanggan perubahan berperilaku hidup aman dan sehat	⊙ Koordinasi dalam pengumpulan data dan pelaporan terkait HIV dan AIDS di kalangan pekerja migran
			⊙ Pelatihan <i>Training of Trainer</i> bagi instruktur PAP, BP3TKI, LSM, PPTKIS dan pekerja migran
			⊙ Pelatihan konseling dan pedoman penatalaksanaan konseling dan testing HIV calon TKI bagi petugas layanan kesehatan, LSM dan pekerja migran
			⊙ Advokasi rujukan terintegrasi layanan VCT, perawatan dan dukungan pada pra keberangkatan, negara tujuan dan paska pemulangan
			⊙ Intervensi struktural, dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan, sektor ketenagakerjaan, lembaga internasional, pemimpin informal dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan yang mendukung.

Kegiatan Pokok	Penanggung Jawab Utama	Target	Kegiatan
Orang Muda Berisiko usia 15-24 tahun	KPA, Kemkes, Kemdiknas, Kemenneg-pora, BKKBN, Kemag, Masyarakat Sipil	80% remaja di luar sekolah maupun di dalam sekolah mendapatkan penjangkauan program pencegahan yang efektif  60% dari remaja berperilaku hidup sehat	⊙ Pendidikan dan pelatihan bagi remaja untuk melindungi dirinya dari infeksi HIV
			⊙ Pendidikan penyuluh sebaya tentang HIV dan AIDS bagi remaja
			⊙ Pengembangan dan penyebaran materi cetak informasi tentang HIV dan AIDS, serta kesehatan reproduksi
			⊙ Pendidikan keterampilan hidup ( <i>life skill education</i> ) sebagai upaya membentuk kemampuan remaja menghindari risiko tertular HIV
			⊙ Intervensi struktural, dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan, sektor pendidikan, pemimpin informal dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan yang mendukung, dengan memperhatikan kesetaraan gender.

## B. Dukungan, Perawatan dan Pengobatan

Kegiatan Pokok	Penanggung Jawab Utama	Target	Kegiatan
Penguatan dan Pengembangan Layanan Kesehatan serta Koordinasi antar Layanan	Kemkes, Kemsos TNI, Polri, KPA, Sektor swasta, masyarakat sipil	Tersedianya layanan kesehatan yang berkualitas dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat	⊙ Peningkatan jumlah dan mutu layanan kesehatan (VCT, PMTCT, CST) yang bersahabat, menjunjung tinggi HAM, dan sensitif gender
			⊙ Peningkatan jumlah dan mutu tenaga kesehatan yang mampu memberikan pelayanan perawatan dan pengobatan melalui kurikulum pendidikan yang mereduksi stigma dan diskriminasi terhadap HIV AIDS
			⊙ Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan yang ramah terhadap anak-anak terinfeksi HIV
			⊙ Koordinasi antar layanan, baik rumah sakit rujukan, puskesmas dan laboratorium kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun masyarakat
			⊙ Penguatan manajemen rantai pasokan obat ( <i>supply chain management</i> )
			⊙ Penyediaan tes diagnostik murah dan memadai
			⊙ Jaminan mutu ( <i>quality assurance</i> ) untuk meningkatkan kinerja layanan sehingga memenuhi kebutuhan Odha

Kegiatan Pokok	Penanggung Jawab Utama	Target	Kegiatan
Pencegahan dan Pengobatan Infeksi Oportunistik	Kemkes, Kemsos TNI, Polri, KPA, Sektor swasta, masyarakat sipil	100% ODHA yang memerlukan pencegahan dan pengobatan IO dapat mengakses layanan kesehatan sesuai kebutuhan	⊙ Pemberdayaan fasilitas layanan pengobatan rujukan yang terintegrasi (TB, IMS, Hep C, Hep B dll), untuk melakukan VCT
			⊙ Pendidikan dan pelatihan bagi pengawas minum obat TB agar mampu memberikan dukungan psikososial dan perawatan lanjutan AIDS
			⊙ Pengadaan obat-obatan infeksi oportunistik termasuk obat-obatan pencegahan dan pengobatan secara menyeluruh dan terjangkau
			⊙ Peningkatan akses dan kualitas layanan CST untuk pengobatan infeksi oportunistik (TB, Hep C, Hep B, IMS) untuk semua ODHA yang mendapat OI dan Ko Infeksi dengan dukungan konseling serta monitoring pengobatan.
Pengobatan Antiretroviral (ARV)	Kemkes, Kemsos TNI, Polri, KPA, Sektor swasta, masyarakat sipil	Memberikan pengobatan ARV kepada orang terinfeksi HIV yang membutuhkan sesuai dengan standar WHO untuk kualitas hidup yang lebih produktif	⊙ Pengadaan dan pendistribusian ARV secara berkesinambungan dan menyeluruh kepada Odha yang membutuhkan, termasuk WBP dan anak terinfeksi HIV
			⊙ Konseling mencakup informasi efek samping, resistensi serta manfaat pengobatan
			⊙ Pemantauan kepatuhan minum obat yang terintegrasi pada kelompok dukungan sebaya, LSM dan layanan kesehatan.
			⊙ Dukungan gizi untuk meningkatkan kesehatan fisik dan daya kerja obat
			⊙ Penyempurnaan layanan pemeriksaan penunjang secara menyeluruh (hitung darah lengkap, CD4, viral load) dengan memperhitungkan efektivitas dan efisiensi.
			⊙ Jaminan mutu ( <i>quality assurance</i> ) untuk meningkatkan kinerja layanan sehingga memenuhi kebutuhan Odha
			⊙ Intervensi struktural, dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan, dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk kemudahan akses ARV bagi Odha yang membutuhkan
Dukungan Psikologis dan Sosial	Kemkes, Kemsos TNI, Polri, KPA, Sektor swasta, masyarakat sipil	Pengembangan perawatan komunitas untuk memberikan dukungan psikologis dan sosial	⊙ Pemberdayaan kelompok dukungan sebaya
			⊙ Pendidikan dan pelatihan bagi masyarakat untuk menurunkan stigma dan diskriminasi terhadap orang terinfeksi HIV dan keluarganya
			⊙ Pendidikan dan pelatihan bagi manajer kasus untuk mendukung dan memberdayakan orang terinfeksi HIV
			⊙ Pelatihan dan penguatan komunitas ( <i>community-based care</i> ) untuk memberikan perawatan dan dukungan psikologis dan sosial
Pendidikan dan Pelatihan Odha	Kemkes, Kemsos TNI, Polri, KPA, Sektor swasta, masyarakat sipil	Meningkatkan kapasitas Odha	⊙ Pendidikan dan pelatihan tentang informasi akses kesehatan yang memadai
			⊙ Pendidikan dan pelatihan pengelolaan dan pelaksanaan program sesuai dengan kebutuhan untuk meningkatkan kapasitas Odha

### C. Mitigasi Dampak

Kegiatan Pokok	Penanggung Jawab Utama	Target	Kegiatan
Mitigasi dampak	Kemosos, Kemkes KPA, Sektor masyarakat sipil	100% ODHA dan orang-orang yang terdampak mendapatkan akses ke dukungan sosial dan ekonomi	⊙ Peningkatan akses layanan pendidikan, kesehatan dan layanan nutrisi bagi anak terinfeksi dan terdampak HIV dari keluarga miskin, baik yang masih memiliki orang tua maupun yatim piatu.
			⊙ Pelatihan dan penyediaan modal usaha bagi mereka yang terdampak dari HIV termasuk ODHA miskin, agar mampu meningkatkan pendapatan ekonomi keluarga
			⊙ Peningkatan akses Odha yang membutuhkan untuk mendapatkan beasiswa pendidikan,
			⊙ Pengembangan kapasitas dan keterampilan untuk ODHA dan populasi kunci melalui program pendidikan keterampilan non formal, kursus jangka pendek
			⊙ Dukungan sosial berbasis keluarga untuk meningkatkan semangat hidup orang yang terinfeksi HIV dan keluarganya
			⊙ Intervensi struktural, dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan, sektor pendidikan, dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk akses mendapatkan pendidikan

### D. Lingkungan Kondusif

Kegiatan Pokok	Penanggung Jawab Utama	Target	Kegiatan
Penguatan Kelembagaan dan Manajemen	KPA, Kemendagri	Seluruh sektor terkait, baik pemerintah maupun masyarakat sipil, untuk mengimplemen-tasikan program sesuai dengan peran dan fungsinya masing-masing	⊙ Penguatan infrastruktur kelembagaan Komisi Penanggulangan AIDS dan sekretariat baik di tingkat pusat maupun daerah
			⊙ Penguatan mekanisme monitoring dan evaluasi untuk memantau tingkat kemajuan respons
			⊙ Pengembangan kapasitas untuk menjamin diseminasi informasi yang bersifat rutin, terkait respon penanggulangan AIDS
			⊙ Pengembangan kebijakan yang diperlukan untuk menjamin kepastian keberlangsungan respon yang lebih baik
			⊙ Peningkatan dan penguatan peran masyarakat sipil terutama orang terinfeksi HIV dalam setiap proses perencanaan, implementasi, pemantauan dan pengambilan keputusan
			⊙ Peningkatan kapasitas pelaksana program dan populasi kunci terkait aspek hukum dan HAM

Kegiatan Pokok	Penanggung Jawab Utama	Target	Kegiatan
Manajemen program meliputi kegiatan perencanaan, implementasi dan evaluasi program dengan memegang prinsip keterbukaan informasi, peran serta dan partisipasi.	Seluruh sektor dan masyarakat sipil	Tersedia dan terapkannya pedoman prinsip pengelolaan manajemen pada semua tingkatan	⊙ Pengembangan perencanaan strategik, rencana aksi, dan rencana program yang partisipatif
			⊙ Penyelenggaraan Forum Perencanaan dan Penganggaran untuk menjamin keberlangsungan program, serta mengembangkan perencanaan program yang sinergis dan harmonis
			⊙ Peningkatan kapasitas pelaksana program untuk menjamin efektifitas dan efisiensi
			⊙ Peningkatan dan penguatan kapasitas orang terinfeksi HIV dan jaringan populasi kunci untuk meningkatkan peran bermakna dalam pencapaian target dan program
			⊙ Diseminasi informasi yang bersifat rutin, terkait respon penanggulangan AIDS beserta pembiayaan di tingkat nasional dan daerah dengan prinsip transparansi
			⊙ Mengimplementasikan program monev secara komprehensif dan pengembangan laporan perkembangan seluruh target yang telah ditetapkan dalam SRAN. Rencana kegiatan yang harus dilaksanakan terkait dengan SRAN, termasuk pelaporan dan riset operasional yang diperlukan secara rinci dapat dilihat pada bab 7.
Sinkronisasi kebijakan	KPA, Kemkumham, Kemendagri	Adanya review untuk menilai terjadinya sinkronisasi kebijakan	⊙ Review kebijakan nasional dan daerah secara berkala dengan melibatkan populasi kunci sebagai penerima manfaat layanan untuk melihat kesesuaian kebijakan dengan kondisi aktual
			⊙ Pertemuan koordinasi antar sektor secara berkala terkait kebijakan untuk menghindari terjadinya kebijakan yang saling bertentangan satu sama lain ( <i>conflicting policy</i> )
			⊙ Pertemuan masyarakat sipil dan sektor untuk mengurangi dampak dari kebijakan yang saling bertentangan satu sama lain ( <i>conflicting policy</i> )⊙

Kegiatan Pokok	Penanggung Jawab Utama	Target	Kegiatan
Pengembangan Kebijakan Baru	KPA, Kemkumham, Kemendagri	Tersedianya berbagai kebijakan yang diperlukan untuk mendukung upaya penanggulangan HIV dan AIDS	⊙ Bekerjasama dengan sektor pendidikan, organisasi keagamaan, dan media dalam upaya menurunkan stigma dan diskriminasi pada ODHA dan populasi kunci. Selain itu perlu dikembangkan mekanisme pemantauan dari kejadian setiap diskriminasi dan memberikan dukungan teknis untuk daerah yang memerlukan.
			⊙ Pengembangan kebijakan untuk mendukung beberapa intervensi pokok penanggulangan AIDS, seperti kebijakan pemakaian kondom pada setiap hubungan seks berisiko, kebijakan penanganan penasun dan kebijakan perawatan, dukungan dan pengobatan
			⊙ Pengembangan peraturan dan kebijakan daerah untuk penanggulangan AIDS demi menjamin keberlangsungan program dan mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap orang terinfeksi HIV dan populasi kunci
			⊙ Pembuatan petunjuk operasional dan panduan teknis kegiatan intervensi pada populasi kunci
Mitigasi kebijakan	KPA, Kemkumham, Masyarakat sipil	⊙ Terbentuknya ahli hukum peduli AIDS	⊙ Penyediaan ruang konsultasi hukum yang diperlukan bagi populasi kunci
		⊙ Dilakukannya advokasi melalui hukum	⊙ Pemberian bantuan hukum dan mendorong penegakan hukum untuk mengurangi tingkat stigma dan diskriminasi terhadap orang terinfeksi HIV
			⊙ Pemberian upaya advokasi yang dilakukan oleh populasi kunci dengan bantuan ahli hukum peduli AIDS

### **Lampiran 3: Proses Pemilihan Kabupaten dan Kota Prioritas**

Proses pemilihan berdasarkan kriteria dilakukan dengan melibatkan pemangku kepentingan terkait, baik nasional maupun daerah, terutama Kementerian Kesehatan sebagai Penerima Hibah Utama GF Ronde 1 dan 4, serta KPAN yang melakukan penguatan KPA Provinsi, KPA Kabupaten dan KPA Kota .

Pada proses pemilihan pertama terpilih 71 kabupaten dan kota yang terdapat di 12 provinsi, yaitu Sumatera Utara, Riau, Kepulauan Riau, Sumatera Selatan, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali, Sulawesi Selatan, Papua dan Papua Barat. Proses pemilihan pertama dilakukan berkenaan dengan pengajuan usulan untuk mendapatkan dukungan dana GF Ronde 8.

Pada proses pemilihan kedua ditetapkan kabupaten dan kota yang paling berisiko dan mempunyai beban penyakit yang tinggi di 21 provinsi di luar 12 provinsi yang telah disebutkan di atas. Pemilihan di seluruh provinsi di luar 12 yang telah terpilih dilakukan mengingat HIV dan AIDS telah dilaporkan oleh semua provinsi dan 214 kabupaten dan kota. Menghadapi situasi ini KPA seluruh provinsi telah diperkuat, sekalipun tingkat perkembangannya belum merata. Terpilih 65 kabupaten dan kota yang dibagi menjadi 2, yaitu 33 kabupaten dan kota yang berada di 11 provinsi (Banten, Kalimantan Timur, Kalimantan Selatan, Sumatera Barat, DI Yogyakarta, Lampung, Kalimantan Barat, Sulawesi Utara, Maluku, NTT dan NTB). Provinsi-provinsi ini dianggap mempunyai kapasitas untuk dapat langsung melakukan implementasi program. Di samping itu terpilih 32 kabupaten dan kota yang berada di 10 provinsi (Jambi, Sulawesi Tengah, Bangka Belitung, NAD, Kalimantan Tengah, Bengkulu, Sulawesi Barat, Maluku Utara, Sulawesi Tenggara dan Gorontalo). Provinsi-provinsi ini dianggap mempunyai kapasitas yang masih memerlukan peningkatan sebelum dapat langsung melaksanakan program.

Pemilihan daerah prioritas secara nasional dilakukan untuk fokus pelaksanaan program aksi dengan dana yang diupayakan dari tingkat nasional. Hasil pemilihan pertama mendapat dukungan GF Ronde 8 yang dimulai pada tahun 2009 sampai dengan pertengahan 2014, dimana secara bertahap pelaksanaan program beralih untuk didanai oleh daerah sendiri. Hal serupa sedang diusulkan untuk mendapatkan dukungan dana GF Ronde 9 untuk daerah fokus kedua. Kabupaten dan kota terpilih dapat dilihat pada lampiran.

Dalam konteks desentralisasi daerah perlu dapat melakukan penetapan daerah prioritasnya sendiri sesuai dengan kondisi perkembangan epidemi dan kemampuan daerah untuk mengembangkan program penanggulangan.

## Lampiran 4: Kabupaten dan Kota Prioritas

### A. Daftar Kabupaten dan Kota Prioritas (mendapat dukungan dana GF Ronde 8)

No	Kabupaten/kota	Provinsi	Penasun	WBP	Penasun + WBP	WPS	Pelanggan WPS	LSL	Waria	ODHA Dewasa
1	Kota Jakarta Timur	DKI Jakarta	10.830	6.210	17.040	8.660	110.120	13.020	350	8.860
2	Kota Bandung	Jawa Barat	2.580	11.090	13.670	3.490	32.390	11.220	250	1.800
3	Kota Jakarta Pusat	DKI Jakarta	8.050	3.030	11.080	6.150	61.080	4.320	200	5.330
4	Kota Medan	Sumatera Utara	4.020	3.930	7.950	1.850	33.370	9.640	190	2.250
5	Kota Ujung Pandang	Sulawesi Selatan	6.330	350	6.680	640	8.380	5.620	300	3.060
6	Kota Palembang	Sumatera Selatan	4.330	1.890	6.220	2.750	41.370	6.440	260	2.980
7	Kota Bogor	Jawa Barat	4.590	1.160	5.750	800	12.830	4.840	120	2.710
8	Kota Jakarta Barat	DKI Jakarta	5.640	-	5.640	13.360	179.160	10.810	130	5.660
9	Kota Jakarta Selatan	DKI Jakarta	5.620	-	5.620	4.810	43.790	10.050	410	3.940
10	Cirebon	Jawa Barat	4.280	1.110	5.390	440	7.400	9.520	120	2.750
11	Kota Surabaya	Jawa Timur	4.230	1.060	5.290	9.180	170.830	14.000	760	4.290
12	Kota Malang	Jawa Timur	2.140	2.260	4.400	540	9.290	4.080	120	1.310
13	Kota Jakarta Utara	DKI Jakarta	3.620	-	3.620	5.940	74.600	7.420	250	3.870
14	Kota Bekasi	Jawa Barat	2.280	1.260	3.540	2.300	32.570	11.040	210	1.750
15	Deli Serdang	Sumatera Utara	1.900	1.610	3.510	780	16.970	7.420	170	1.220
16	Kota Batam	Kepulauan Riau	3.480	-	3.480	5.570	38.560	3.380	240	2.250
17	Kota Semarang	Jawa Tengah	1.860	700	2.560	2.410	37.150	7.270	140	1.390
18	Kota Pekanbaru	Riau	1.220	1.210	2.430	1.800	32.110	3.630	50	1.010
19	Badung	Bali	1.320	660	1.980	1.130	15.130	2.110	160	1.090
20	Kota Denpasar	Bali	1.760	-	1.760	5.060	90.720	2.740	80	3.370
21	Mojokerto	Jawa Timur	1.550	190	1.740	360	6.590	2.380	80	840
22	Cilacap	Jawa Tengah	820	920	1.740	340	5.470	7.400	50	570
23	Blitar	Jawa Timur	1.600	-	1.600	430	9.490	1.230	180	900
24	Karawang	Jawa Barat	920	620	1.540	2.300	31.080	9.440	70	730
25	Simalungun	Sumatera Utara	820	720	1.540	650	15.190	3.720	170	650
26	Kediri	Jawa Timur	1.050	450	1.500	1.400	30.690	6.970	140	990
27	Kota Cirebon	Jawa Barat	520	940	1.460	610	8.140	700	110	410

No	Kabupaten/kota	Provinsi	Penasun	WBP	Penasun + WBP	WPS	Pelanggan WPS	LSL	Waria	ODHA Dewasa
28	Kota Kediri	Jawa Timur	980	450	1.430	1.120	13.790	580	150	660
29	Sidoarjo	Jawa Timur	690	550	1.240	350	6.170	9.110	190	490
30	Banyuwangi	Jawa Timur	720	440	1.160	890	18.590	6.940	350	740
31	Kota Dumai	Riau	540	550	1.090	320	4.840	560	50	320
32	Jember	Jawa Timur	260	740	1.000	990	18.490	9.940	150	550
33	Ogan Komering Ilir	Sumatera Selatan	430	530	960	370	6.040	1.580	50	300
34	Karimun	Kepulauan Riau	580	320	900	2.350	35.210	1.040	20	790
35	Labuhan Batu	Sumatera Utara	270	570	840	450	9.850	2.150	60	290
36	Banyuasin	Sumatera Selatan	800	-	800	270	4.430	870	40	430
37	Indragiri Hilir	Riau	340	450	790	940	18.200	3.080	380	510
38	Bengkalis	Riau	380	400	780	1.270	24.490	3.320	490	630
39	Indramayu	Jawa Barat	480	290	770	2.930	45.340	7.820	370	960
40	Kampar	Riau	230	360	590	750	14.570	580	80	310
41	Kota Pare-Pare	Sulawesi Selatan	460	110	570	410	14.670	260	150	430
42	Kota Surakarta	Jawa Tengah	270	290	560	3.130	41.070	2.510	80	860
43	Batang	Jawa Tengah	560	-	560	760	12.580	1.590	270	500
44	Tegal	Jawa Tengah	370	170	540	890	14.350	6.290	300	500
45	Banyumas	Jawa Tengah	260	270	530	940	14.410	7.030	110	400
46	Pelalawan	Riau	530	-	530	370	7.090	300	160	340
47	Rokan Hilir	Riau	230	250	480	850	16.110	1.060	360	390
48	Pinrang	Sulawesi Selatan	330	100	430	430	16.840	710	120	410
49	Jeneponto	Sulawesi Selatan	330	50	380	720	21.230	720	140	460
50	Kota Prabumulih	Sumatera Selatan	160	180	340	630	10.720	160	220	270
51	Semarang	Jawa Tengah	190	150	340	560	9.020	4.320	40	270
52	Sidenreng Rappang	Sulawesi Selatan	240	50	290	1.090	21.590	520	100	390
53	Buleleng	Bali	80	200	280	1.100	10.390	2.780	70	340
54	Kendal	Jawa Tengah	110	160	270	1.060	14.540	4.180	40	280
55	Kota Jayapura	Papua	200	20	220	1.290	6.830	1.040	80	2.450
56	Bangli	Bali	110	60	170	100	2.100	250	-	110
57	Manokwari	Papua Barat	50	80	130	480	6.920	360	10	1.700

No	Kabupaten/kota	Provinsi	Penasun	WBP	Penasun + WBP	WPS	Pelanggan WPS	LSL	Waria	ODHA Dewasa
58	Sorong	Papua Barat	120	10	130	260	1.840	80	10	760
59	Jayawijaya	Papua	30	60	90	180	1.920	620	10	3.050
60	Nabire	Papua	20	60	80	880	11.400	370	70	1.530
61	Kota Sorong	Papua Barat	70	-	70	1.040	6.000	370	240	2.010
62	Merauke	Papua	50	-	50	860	5.070	420	10	2.090
63	Fakfak	Papua Barat	10	40	50	330	3.360	140	20	620
64	Jayapura	Papua	20	-	20	450	6.730	230	20	1.020
65	Kota Tanjung Pinang	Kepulauan Riau	20	-	20	1.660	13.890	820	70	240
66	Mimika	Papua	10	-	10	620	8.750	640	30	1.560
67	Paniai	Papua	10	-	10	40	570	130	10	1.330
68	Teluk Bintuni	Papua Barat	-	-	-	250	3.870	100	30	450
69	Kaimana	Papua Barat	-	-	-	320	3.210	100	20	440
70	Raja Ampat	Papua Barat	-	-	-	-	-	40	-	380
71	Kepulauan Seribu	DKI Jakarta	10	-	10	-	-	30	-	-
72	Bekasi	Jawa Barat	1.450	-	1.450	3.860	57.530	9.840	1.320	1.910

## B. Daftar Kabupaten dan Kota Prioritas (mendapat dukungan dana GF Ronde 9)

### 1) Kabupaten dan kota yang memiliki kapasitas untuk dapat langsung melakukan implementasi program

No	Kabupaten/kota	Provinsi	Penasun	WBP	Penasun + WBP	WPS	Pelanggan WPS	LSL	Waria	ODHA Dewasa
1	Kota Tangerang	Banten	2.640	3.410	6.050	480	7.620	8.060	100	2.500
2	Tangerang	Banten	5.330	-	5.330	1.540	26.690	16.380	20	3.000
3	Serang	Banten	660	750	1.410	80	670	8.840	100	450
4	Sleman	DI Yogyakarta	2.690	200	2.890	700	8.640	4.820	200	1.390
5	Kota Yogyakarta	DI Yogyakarta	1.490	450	1.940	1.000	14.110	1.130	80	1.050
6	Gunung Kidul	DI Yogyakarta	790	80	870	290	3.820	1.400	-	380
7	Kota Pontianak	Kalimantan Barat	2.140	390	2.530	1.520	18.150	2.420	220	1.300
8	Kota Singkawang	Kalimantan Barat	480	250	730	780	8.240	780	160	430
9	Kota Banjarmasin	Kalimantan Selatan	2.730	800	3.530	500	5.470	2.800	130	1.380

No	Kabupaten/kota	Provinsi	Penasun	WBP	Penasun + WBP	WPS	Pelanggan WPS	LSL	Waria	ODHA Dewasa
10	Tanah Bumbu	Kalimantan Selatan	1.000	-	1.000	390	5.780	280	110	570
11	Tabalong	Kalimantan Selatan	840	110	950	70	990	230	10	400
12	Kota Balikpapan	Kalimantan Timur	2.520	-	2.520	1.570	21.120	2.310	560	1.300
13	Kota Samarinda	Kalimantan Timur	1.730	570	2.300	1.840	27.590	3.100	790	1.400
14	Kutai Timur	Kalimantan Timur	830	-	830	1.600	13.900	900	220	430
15	Kutai Kartanegara	Kalimantan Timur	780	-	780	2.220	19.330	2.370	310	570
16	Bandar Lampung	Lampung	2.780	1.040	3.820	660	10.840	3.880	110	1.430
17	Tulang Bawang	Lampung	1.180	-	1.180	1.010	18.130	950	290	860
18	Kota Ambon	Maluku	110	280	390	1.030	10.140	1.060	100	220
19	Maluku Tengah	Maluku	360	-	360	260	2.340	1.540	10	200
20	Maluku Tenggara	Maluku	30	70	100	900	11.360	250	170	200
21	Kepulauan Aru	Maluku	50	-	50	810	9.650	80	90	360
22	Kota Mataram	NTB	240	270	510	500	6.560	830	30	230
23	Lombok Timur	NTB	70	90	160	230	2.620	1.920	40	100
24	Lombok Barat	NTB	20	-	20	420	4.440	3.240	50	120
25	Belu	NTT	1.120	190	1.310	380	4.350	350	20	620
26	Ngada	NTT	610	90	700	40	380	230	-	280
27	Kota Kupang	NTT	130	460	590	930	10.470	1.400	50	190
28	Kota Manado	Sulawesi Utara	680	590	1.270	1.870	21.270	2.100	310	720
29	Minahasa	Sulawesi Utara	410	310	720	210	1.490	1.440	50	240
30	Bolaang Mongondow	Sulawesi Utara	330	100	430	190	2.440	2.280	10	210
31	Kota Padang	Sumatera Barat	1.670	510	2.180	390	6.330	3.740	30	890
32	Kota Bukittinggi	Sumatera Barat	1.080	230	1.310	-	-	240	-	490
33	Kota Sawah Lunto	Sumatera Barat	30	200	230	210	2.550	120	20	50

## 2) Kabupaten dan kota yang masih memerlukan peningkatan kapasitas sebelum dapat langsung melaksanakan program

34	Kota Bengkulu	Bengkulu	1.230	-	1.230	870	15.720	670	380	880
35	Bengkulu Utara	Bengkulu	220	-	220	10	70	1.540	-	120
36	Rejang Lebong	Bengkulu	170	-	170	360	6.190	1.180	100	200
37	Kota Gorontalo	Gorontalo	90	260	350	890	11.630	360	80	70

No	Kabupaten/kota	Provinsi	Penasun	WBP	Penasun + WBP	WPS	Pelanggan WPS	LSL	Waria	ODHA Dewasa
38	Pohuwato	Gorontalo	120	10	130	250	2.930	130	60	90
39	Gorontalo	Gorontalo	20	20	40	210	2.570	1.820	110	80
40	Kota Jambi	Jambi	1.030	720	1.750	820	14.920	2.260	110	800
41	Tanjung Jabung Timur	Jambi	890	-	890	110	1.630	970	20	430
42	Bungo	Jambi	680	200	880	50	580	290	10	320
43	Kerinci	Jambi	700	70	770	-	-	1.360	-	330
44	Kota Palangka Raya	Kalimantan Tengah	850	-	850	610	5.260	930	90	440
45	Kapuas	Kalimantan Tengah	370	-	370	390	3.410	1.610	30	230
46	Kotawaringin Barat	Kalimantan Tengah	100	140	240	1.090	13.730	990	230	290
47	Kotawaringin Timur	Kalimantan Tengah	70	90	160	940	10.130	1.400	220	230
48	Bangka	Kepulauan Bangka Belitung	1.110	80	1.190	530	8.120	1.200	250	680
49	Kota Pangkal Pinang	Kepulauan Bangka Belitung	650	290	940	1.080	13.370	390	200	470
50	Bangka Barat	Kepulauan Bangka Belitung	710	20	730	420	5.150	200	70	430
51	Kota Ternate	Maluku Utara	430	320	750	530	8.290	380	20	250
52	Halmahera Utara	Maluku Utara	180	-	180	230	3.810	200	70	160
53	Kepulauan Sula	Maluku Utara	130	-	130	170	2.710	140	50	110
54	Kota Banda Aceh	Nangroe Aceh Darussalam	390	-	390	-	-	640	-	180
55	Pidie	Nangroe Aceh Darussalam	170	90	260	130	2.850	1.980	20	140
56	Kota Lhoksumawe	Nangroe Aceh Darussalam	130	110	240	200	4.330	170	60	140
57	Gayo Lues/Aceh Tenggara	Nangroe Aceh Darussalam	150	50	200	-	-	80	-	70
58	Mamuju Utara	Sulawesi Barat	430	-	430	120	2.950	120	40	240
59	Polewali Mandar	Sulawesi Barat	140	170	310	390	5.330	1.500	30	150
60	Mamuju	Sulawesi Barat	280	-	280	120	2.060	610	10	160
61	Kota Palu	Sulawesi Tengah	1.360	1.030	2.390	670	8.960	1.480	100	790
62	Donggala	Sulawesi Tengah	950	-	950	380	5.050	2.080	10	500
63	Kota Kendari	Sulawesi Tenggara	160	400	560	480	7.350	1.130	100	160
64	Muna	Sulawesi Tenggara	160	110	270	200	2.650	1.120	20	120
65	Kota Bau Bau	Sulawesi Tenggara	50	200	250	540	7.250	280	40	120

## Lampiran 5: Rincian Target Tahunan Cakupan Program SRAN Tahun 2010-2014

### Pengguna Napza Suntik

Estimasi Populasi	231.000	235.300	237.000	238.800	240.400	241.900
Intervensi	Baseline 2009	Target 2010	Target 2011	Target 2012	Target 2013	Target 2014
Komunikasi Perubahan Perilaku	50.420 21,8%	129.420 55%	189.600 80%	202.980 85%	216.360 90%	241.900 100%
Layanan Alat Suntik Steril	32.879 14,2%	103.530 44%	151.680 64%	162.380 68%	173.090 72%	193.520 80%
Konseling dan Tes HIV Sukarela	9.358 18,6%	103.530 44%	151.680 64%	162.380 68%	173.090 72%	193.520 80%
Terapi Rumatan Metadhon	6.758 13,4%	31.060 13%	45.500 19%	48.720 20%	51.930 22%	58.060 24%
Perawatan dan dukungan	1.107 11,8%	134.121 57%	135.090 57%	136.116 57%	137.028 57%	137.883 57%

#### Catatan:

1. Target penasun yang menerima layanan alat suntik steril adalah 80% dari penasun yang ditargetkan dalam program perubahan perilaku
2. Target penasun yang mendapat layanan konseling dan tes HIV sukarela adalah 80% dari penasun yang dijangkau dengan komunikasi perubahan perilaku
3. Target penasun yang mendapat layanan PTRM diasumsikan 30% dari penasun yang dijangkau program layanan alat suntik steril
4. Target penasun yang mendapatkan layanan perawatan dan dukungan adalah 57% dari total penasun, menggunakan asumsi prevalensi HIV pada penasun yaitu sebesar 57% (STBP 2007).

### Warga Binaan Pemasyarakatan

Estimasi Populasi	99.420	131.100	131.100	131.100	131.100	131.100
Intervention	Baseline 2009	Target 2010	Target 2011	Target 2012	Target 2013	Target 2014
Komunikasi Perubahan Perilaku	37.567 37,8%	78.660 60%	104.880 80%	111.435 85%	117.990 90%	131.100 100%
Konseling dan Tes HIV Sukarela	4.285 11,4%	62.928 48%	83.904 64%	89.148 68%	94.392 72%	104.880 80%
Terapi Rumatan Metadhon	79 0,2%	23.598 18%	31.464 24%	33.431 26%	35.397 27%	39.330 30%
Care Support	528 12,3%	74.727 57%	3.933 3%	6.555 5%	9.177 7%	9.177 7%

#### Catatan:

1. Target WBP yang mendapat layanan konseling dan tes HIV sukarela diasumsikan 80% dari WBP yang ditargetkan dalam program perubahan perilaku
2. Target WBP yang mendapat terapi rumatan metadhon adalah 30% dari WBP yang dijangkau dalam program perubahan perilaku
3. Target WBP yang mendapatkan layanan perawatan dan dukungan adalah 57% dari total WBP, menggunakan asumsi prevalensi HIV pada penasun yaitu sebesar 57% (STBP 2007).

### WPS Langsung

Estimasi Populasi	135.000	137.700	138.700	139.700	140.600	141.300
Intervensi	Baseline 2009	Target 2010	Target 2011	Target 2012	Target 2013	Target 2014
Komunikasi Perubahan Perilaku	65.045 48,2%	82.620 60%	97.090 70%	111.760 80%	119.510 85%	127.170 90%
Pengobatan Berkala	16.347	66.100 48%	77.670 56%	89.410 64%	95.610 68%	101.740 72%
Penapisan IMS	59.983	32.220 23%	37.870 27%	43.590 31%	46.610 33%	49.600 35%
Konseling dan Tes HIV Sukarela	17.705	66.100 48%	77.670 56%	89.410 64%	95.610 68%	101.740 72%
Perawatan dan dukungan	Tidak ada data	14.252 10%	14.355 10%	14.459 10%	14.552 10%	14.625 10%

#### Catatan:

1. Target WPS Langsung yang mendapatkan pengobatan berkala adalah 80% dari WPS Langsung yang ditargetkan dalam program perubahan perilaku
2. Target WPS Langsung yang mendapat layanan penapisan IMS adalah 39% dari WPS Langsung yang ditargetkan dari program penjangkauan, berdasarkan prevalensi IMS pada WPS langsung yaitu sebesar 39% (IBBS 2007)
3. Target WPS Langsung yang mendapat layanan konseling dan tes HIV sukarela adalah 80% dari WPS Langsung dijangkau program komunikasi perubahan perilaku
4. Target WPS Langsung yang mendapat layanan perawatan dan dukungan menggunakan asumsi prevalensi HIV+ pada kalangan WPS langsung yaitu sebesar 10.35% (STBP,2007)

### WPS Tidak Langsung

Estimasi Populasi	98.000	99.800	100.600	101.300	101.900	102.500
Intervensi	Baseline 2009	Target 2010	Target 2011	Target 2012	Target 2013	Target 2014
Komunikasi Perubahan Perilaku	28.884 29,5%	59.880 60%	70.420 70%	81.040 80%	86.620 85%	92.250 90%
Pengobatan Berkala	3.088	47.900 48%	56.340 56%	64.830 64%	69.290 68%	73.800 72%
Penapisan IMS	12.468	18.560 19%	21.830 22%	25.120 25%	26.850 26%	28.600 28%
Konseling dan Tes HIV Sukarela	7.158	47.900 48%	56.340 56%	64.830 64%	69.290 68%	73.800 72%
Perawatan dan dukungan	Tidak ada data	4.581 5%	4.618 5%	4.650 5%	4.677 5%	4.703 5%

#### Catatan:

1. Target WPS Tidak Langsung yang mendapatkan pengobatan berkala adalah 80% dari WPS Tidak Langsung yang ditargetkan dalam program perubahan perilaku
2. Target WPS Tdk Langsung yang mendapat layanan penapisan IMS adalah 31% dari WPS Langsung yang ditargetkan dari program penjangkauan, berdasarkan prevalensi IMS pada WPS langsung yaitu sebesar 31% (IBBS 2007)
3. Target WPS Tdk Langsung yang mendapat layanan konseling dan tes HIV sukarela adalah 80% dari WPS Langsung dijangkau program komunikasi perubahan perilaku
4. Target WPS Langsung yang mendapat layanan perawatan dan dukungan menggunakan asumsi prevalensi HIV+ pada kalangan WPS langsung yaitu sebesar 4.59% (STBP,2007)

### Pelanggan Pekerja Seks

Estimasi Populasi	3.334.200		3.394.800		3.420.400		3.445.200		3.469.100		3.490.300	
Intervensi	Baseline 2009	Target 2010	Target 2011	Target 2012	Target 2013	Target 2014						
Komunikasi Perubahan Perilaku	511.807	15,4%	1.018.440	30%	1.539.180	45%	2.067.120	60%	2.428.370	70%	2.792.240	80%
Pengobatan IMS	Tidak ada data	10.184	0,3%	15.392	0,5%	20.671	0,6%	24.284	0,7%	27.922	0,8%	
Konseling dan Tes HIV Sukarela	11.245	2,2%	509.220	15%	769.590	23%	1.033.560	30%	1.214.190	35%	1.396.120	40%
Care Support	Tidak ada data	101.844	3,0%	102.612	3,0%	103.356	3,0%	104.073	3,0%	104.709	3,0%	

Catatan:

1. Target Pelanggan Pekerja Seks yang mendapatkan pengobatan IMS adalah 1% dari Pelanggan Pekerja Seks yang dijangkau dalam program perubahan perilaku dengan asumsi prevalensi IMS pada pelanggan adalah sebesar 1% (STBP 2007)
2. Target Pelanggan Pekerja Seks yang mendapat layanan konseling dan tes HIV sukarela diasumsikan 80% dari Pelanggan Pekerja Seks yang dijangkau
3. Target Pelanggan Pekerja Seks yang mendapatkan layanan perawatan dan dukungan adalah 3% dari Pelanggan Pekerja Seks dengan menggunakan asumsi, prevalensi HIV tertinggi pada kelompok pelanggan yaitu sebesar 3% (STBP 2007)

### Laki-laki Seks Dengan Laki-laki (LSL)

Estimasi Populasi	809.000		823.300		829.500		835.500		841.300		846.400	
Intervensi	Baseline 2009	Target 2010	Target 2011	Target 2012	Target 2013	Target 2014						
Komunikasi Perubahan Perilaku	53.867	6,7%	205.830	25%	373.280	45%	501.300	60%	588.910	70%	677.120	80%
Pengobatan IMS	9.094	1,1%	6.170	0,8%	11.200	1,4%	15.040	1,8%	17.670	2,1%	20.310	2,4%
Konseling dan Tes HIV Sukarela	10.246	1,3%	41.170	20%	134.380	36%	240.620	48%	329.790	56%	433.360	64%
Care Support	Tidak ada data	57.631	7%	58.065	7%	58.485	7%	58.891	7%	59.248	7%	

Catatan:

1. Target LSL yang mendapatkan penjangkauan adalah LSL 80% dari seluruh LSL, baik yang termasuk kategori *high risk* maupun *low risk*
2. Target LSL yang mendapatkan pengobatan IMS adalah sebesar 3% dari LSL yang dijangkau dalam program perubahan perilaku. Dengan asumsi, prevalensi IMS pada LSL berdasarkan IBBS 2007 adalah sebesar 3%
3. Target LSL yang mendapat layanan konseling dan tes HIV sukarela diasumsikan 67% dari LSL yang mendapat pengobatan berkala
4. Target LSL yang mendapatkan layanan perawatan dan dukungan adalah 7% dari LSL, dengan asumsi prevalensi HIV pada kelompok ini berdasarkan IBBS 2007 adalah sebesar 7%

### Waria

Estimasi Populasi	29.700		30.200		30.400		30.600		30.900		31.100	
Intervensi	Baseline 2009	Target 2010	Target 2011	Target 2012	Target 2013	Target 2014						
Komunikasi Perubahan Perilaku	26.730	90,0%	27.180	90%	28.880	95%	30.600	100%	30.600	100%	30.600	100%
Pengobatan Berkala	2.197	8,2%	21.740	72%	23.100	76%	24.480	80%	24.720	80%	24.880	80%
Penapisan IMS	8.365	31,3%	12.770	42%	13.570	45%	14.380	47%	14.520	47%	14.620	47%
Konseling dan Tes HIV Sukarela	5.202	17,5%	21.740	72%	10.860	36%	11.510	38%	11.620	38%	11.690	38%
Care Support	Tidak ada data	8.758	29%	8.816	29%	8.874	29%	8.961	29%	9.019	29%	

Catatan:

1. Target Waria yang mendapatkan pengobatan berkala adalah 80% dari Waria yang ditargetkan dalam program perubahan perilaku
2. Target Waria yang mendapat layanan penapisan IMS adalah 47% dari Total Waria, dengan menggunakan asumsi prevalensi IMS pada waria adalah sebesar 47% (STBP, 2007)
3. Target Waria yang mendapat layanan konseling dan tes HIV sukarela adalah 80% dari Waria yang dijangkau program perubahan perilaku
4. Target Waria yang mendapatkan layanan perawatan dan dukungan adalah 29% dari Total Waria, dengan asumsi prevalensi HIV pada kelompok ini adalah 29% (STBP, 2007).

### Pasangan Seksual (Intimate Partner) dari Populasi Kunci

Estimasi Populasi	2.092.203		2.108.800		2.133.000		2.149.100		2.163.900		2.177.800	
Intervention	Baseline 2009	Target 2010	Target 2011	Target 2012	Target 2013	Target 2014						
Komunikasi Perubahan Perilaku	Tidak ada data	42.176	2%	106.650	5%	214.910	10%	324.585	15%	544.450	25%	
Pengobatan IMS	Tidak ada data	8	0,02%	53	0,05%	215	0,10%	487	0,15%	1.361	0,25%	
Konseling dan Tes HIV Sukarela	Tidak ada data	675	2%	4.266	4%	17.193	8%	38.950	12%	108.890	20%	
Care Support	Tidak ada data	63.264	3%	63.990	3%	64.473	3%	64.917	3%	65.334	3%	

1. Pasangan seksual populasi kunci adalah pasangan wanita dari seluruh populasi kunci terdiri dari pasangan penasun, pasangan pelanggan pekerja seks, maupun pasangan perempuan dari laki-laki yang berhubungan seks dg laki-laki,
2. Target Pasangan Seksual Populasi Kunci yang mendapatkan pengobatan IMS adalah 1% dari yang dijangkau program perubahan perilaku. Dengan menggunakan asumsi prevalensi IMS pada kelompok ini adalah sebesar 1% atau dianggap sama dengan prevalensi IMS pada pelanggan.
3. Target Pasangan Seksual Populasi Kunci yang mendapat layanan konseling dan tes HIV sukarela diasumsikan 80% dari yang dijangkau dalam program perubahan perilaku
4. Target Pasangan Seksual Populasi Kunci yang mendapatkan layanan perawatan dan dukungan diasumsikan sama dengan tingkat resiko tertular HIV dari pasangan utamanya dan diasumsikan sama dengan prevalensi pada populasi pasangannya yaitu sebesar 3% dari Pasangan Seksual Populasi Kunci pelanggan, 7% dari pasangan laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki dan 57% dari pasangan seksual penasun.

Provinsi Papua dan Papua Barat 15Thn +

Estimasi Populasi	1.929.900		1.992.800		2.041.000		2.088.300		2.136.700		2.183.700	
Intervention	Baseline 2009		Target 2010		Target 2011		Target 2012		Target 2013		Target 2014	
Komunikasi Perubahan Perilaku	Tidak ada data		498.200	25%	1.020.500	50%	1.252.980	60%	1.495.690	70%	1.746.960	80%
Pengobatan IMS	676	0,04%	2.491	0,5%	10.205	1,0%	15.036	1,2%	20.940	1,4%	27.951	1,6%
Voluntary Counseling & Testing	4.553	0,3%	398.560	20%	816.400	40%	1.002.384	48%	1.196.552	56%	1.397.568	64%
Care Support & Treatment	373	0,8%	47.827	2,4%	48.984	2,4%	50.119	2,4%	51.281	2,4%	52.403	2,4%

1. Target Populasi yang mendapatkan pengobatan IMS adalah sebesar 2% dari Populasi yang dijangkau dalam program perubahan perilaku dengan asumsi prevalensi IMS pada populasi umum adalah sebesar 2% (STBP, 2007)
2. Target Populasi yang mendapat layanan konseling dan tes HIV sukarela diasumsikan 80% dari Populasi yang ditargetkan dalam program perubahan perilaku
3. Target Populasi yang mendapatkan layanan perawatan dan dukungan adalah 2,4% dari seluruh populasi di Prov Papua. Dengan asumsi prevalensi HIV di provinsi Papua rata-rata adalah sebesar 2,4% (STBP, Tanah Papua, 2006)

Perawatan, Dukungan dan Pengobatan

Intervention	Baseline 2009		Target 2010		Target 2011		Target 2012		Target 2013		Target 2014	
Care, Support	16.133		502.424		435.845		442.437		448.880		452.403	
Ibu hamil HIV+ mendapatkan ART Prophylaxis	226		5.730		6.340		6.890		7.320		8.170	
Pengobatan ART	13.189	46,0%	25.200		30.150		34.750		39.200		43.400	

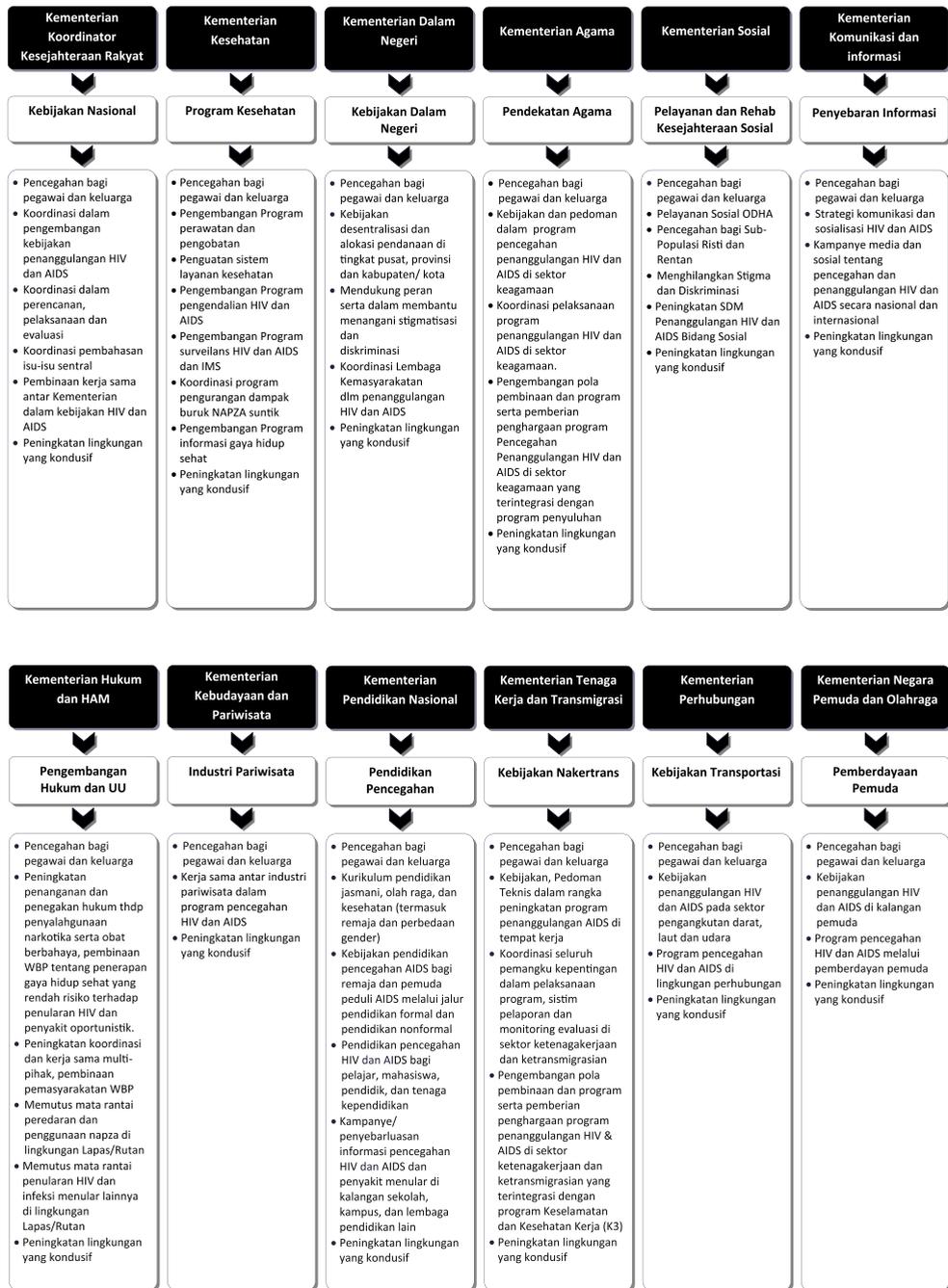
## Lampiran 6: Indikator Kinerja Program Penanggulangan HIV dan AIDS Nasional

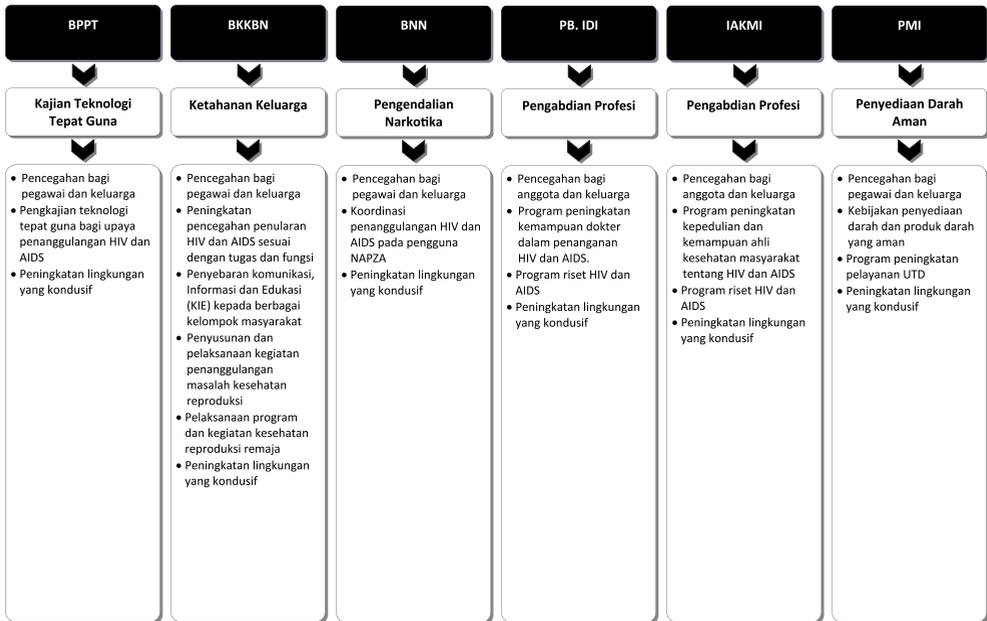
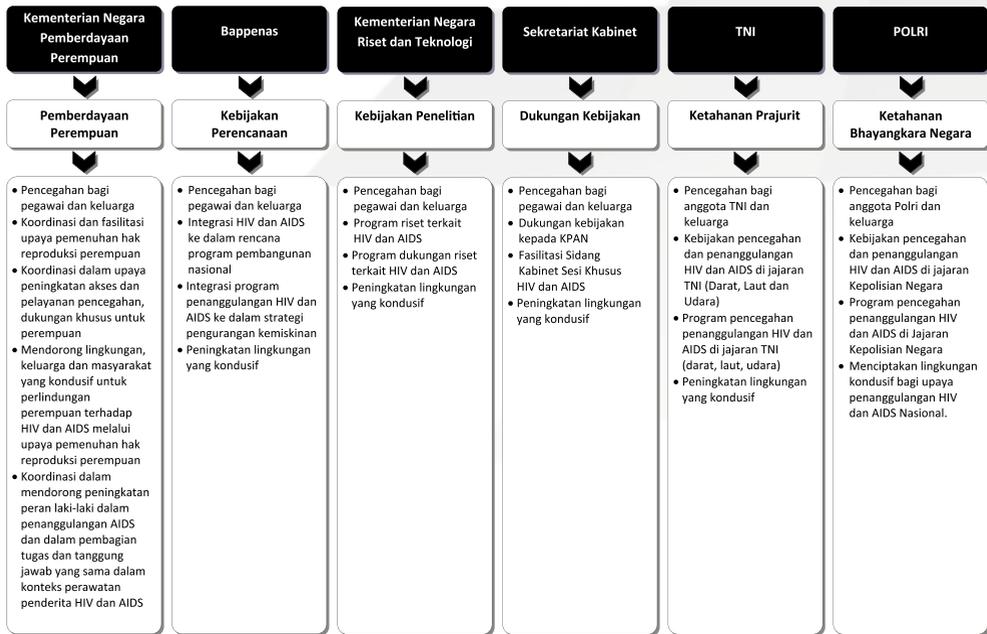
No	Indikator	Frekuensi Pengumpulan data	Metode Pengukuran	Institusi Penanggung jawab
<b>INPUT</b>				
Pengeluaran				
1.	Pengeluaran dana domestik dan internasional berdasarkan kategori sumber pendanaan	Setiap dua tahun sekali	National AIDS Spending Assessment (NASA)	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
Pengembangan kebijakan dan status implementasi				
2.	<i>National Composite Policy Index (NCPI)</i> (Area cakupan: pencegahan, perawatan dan dukungan, HAM, pelibatan masyarakat sipil, jender, program di tempat kerja, stigma dan diskriminasi, monitoring evaluasi)	Setiap dua tahun	Kuesioner Indeks Komposit Kebijakan Nasional-Kajian literatur dan wawancara dengan informan kunci	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
Penguatan Kelembagaan				
3	Persentase KPAP yang mengalami tahapan perkembangan institusi sesuai dengan kriteria yang ditentukan (7 dari 13 komponen kelembagaan)	Setiap tahun	Kuesioner	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
<b>PROCESS: PROGRAM NASIONAL</b>				
Keamanan Darah				
4	Persentase kantong darah donor yang di tapis HIV sesuai standar mutu	Setiap tahun	<i>FRAME tool (Framework for Assessment, M&amp;E of blood transfusion services): Rapid assessment</i>	Kementerian Kesehatan dan Palang Merah Indonesia
Anti Retroviral Therapy				
5	Persentase orang dewasa dan anak dengan infeksi HIV tingkat lanjut yang menerima ART	Setiap tahun	Monitoring program	Kementerian Kesehatan
Pencegahan Transmisi dari ibu ke anak				
6	Persentase wanita hamil yang HIV positif yang menerima ART untuk mengurangi transmisi dari ibu ke anak	Setiap tahun	Monitoring program dan surveilans HIV	Kementerian Kesehatan
<i>Co management TB/HIV</i>				
7	Persentase estimasi orang yang HIV positif yang mendapat ko infeksi TB yang menerima pengobatan TB dan HIV	Setiap tahun	Data program dan estimasi insiden kasus TB pada orang yang hidup dengan HIV	Kementerian Kesehatan

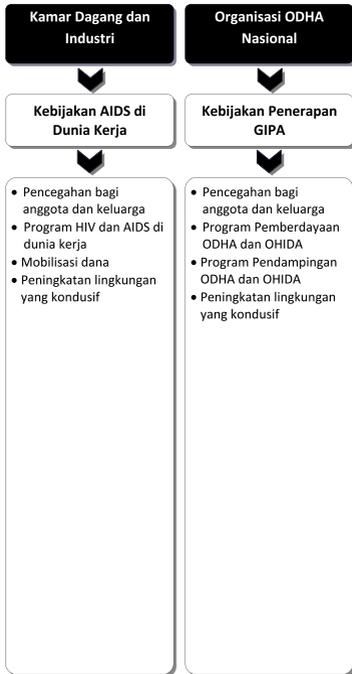
No	Indikator	Frekuensi Pengumpulan data	Metode Pengukuran	Institusi Penanggung jawab
<b>Tes HIV</b>				
8	Persentase wanita dan laki-laki usia 15-49 yang menerima tes HIV pada 12 bulan terakhir dan mengetahui hasilnya	Setiap tiga-lima tahun	Survei Terpadu Biologis Perilaku di populasi umum di Tanah Papua	Kementerian Kesehatan
9	Persentase populasi risiko tinggi yang menerima tes HIV pada 12 bulan terakhir dan yang mengetahui hasilnya	Setiap dua tahun	Survei Terpadu Biologis dan Perilaku	Kementerian Kesehatan
<b>Pendidikan</b>				
10	Persentase sekolah yang menyediakan pendidikan ketrampilan hidup	Setiap dua tahun  Setiap tahun	Survei berbasis sekolah  Monitoring prog.	Kementerian pendidikan nasional
<b>Mitigasi sosial</b>				
11	Persentase anak yatim dan anak rentan yang mendapat dukungan eksternal secara gratis untuk perawatan anak	Setiap empat-lima tahun	Survei Dasar Kesehatan	Kementerian sosial
<b>OUTPUT</b>				
12	Persentase populasi risiko tinggi yang baru dijangkau oleh program pencegahan*)  Catatan *) Indikator <i>output</i> mengenai cakupan terhadap populasi kunci akan dirinci menjadi target tahunan cakupan	Setiap dua tahun  Setiap tahun	Survei Terpadu Biologis dan Perilaku  Monitoring rutin	Kementerian Kesehatan KPAN
<b>OUTCOME</b>				
13	Kehadiran di sekolah pada saat sekarang diantara anak yatim dan non yatim umur 10-14	Setiap empat-lima tahun	( <i>Demographic Healt Survey</i> )	Kementerian Kesehatan
14	Persentase dari remaja wanita dan pria usia 15-24 yang keduanya dapat mengidentifikasi cara penularan HIV melalui seksual dengan benar dan menolak konsepsi yang salah tentang penularan HIV	Setiap empat-lima tahun	Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI-Sub modul Survei Dasar Kesehatan Indonesia-SDKI khusus untuk remaja)	Kementerian Kesehatan
15	Persentase populasi risiko tinggi yang dapat mengidentifikasi cara penularan HIV melalui seksual dengan benar dan menolak konsepsi yang salah tentang penularan HIV	Setiap 2 tahun	Survei Terpadu Biologis dan Perilaku	Kementerian Kesehatan
16	Persentase dari remaja wanita dan pria usia 15-24 tahun yang mulai melakukan hubungan seks sebelum usia 15 tahun	Setiap 2 tahun	Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (untuk remaja)	Kementerian Kesehatan

No	Indikator	Frekuensi Pengumpulan data	Metode Pengukuran	Institusi Penanggung jawab
17	Persentase wanita dan pria (15-49 tahun) memiliki pasangan seksual lebih dari satu dalam 12 bulan terakhir	Setiap 3-4 tahun	Survei Terpadu Biologis Perilaku di populasi umum Tanah Papua	Kementerian Kesehatan
18	Persentase wanita dan pria (15-49 tahun) memiliki pasangan seksual lebih dari satu dan menggunakan kondom selama hubungan seksual terakhir	Setiap 3-4 tahun	Survei Terpadu Biologis Perilaku di populasi umum Tanah Papua	Kementerian Kesehatan
19	Persentase wanita dan pria pekerja seks yang melaporkan menggunakan kondom dengan klien terakhir mereka	Setiap 2 tahun	Survei Terpadu Biologis dan Perilaku	Kementerian Kesehatan
20	Persentase dari laki-laki yang melaporkan menggunakan kondom pada hubungan seks anal dengan pasangan laki-laki mereka.	Setiap 2 tahun	Survei Terpadu Biologis Perilaku	Kementerian Kesehatan
21	Persentase dari pengguna napza suntik yang melaporkan penggunaan kondom pada hubungan seksual terakhir	Setiap 2 tahun	Survei Terpadu Biologis dan Perilaku	Kementerian kesehatan
22	Persentase dari pengguna napza suntik yang menggunakan alat suntik steril pada saat terakhir menyuntik	Setiap 2 tahun	Survei Terpadu Biologis dan Perilaku	Kementerian kesehatan
<b>IMPACT</b>				
23	Persentase remaja wanita dan pria umur 15-24 tahun yang mengalami infeksi HIV	Setiap tiga-empat tahun	Survei Terpadu Biologis Perilaku, Tanah Papua	Kementerian Kesehatan
24	Persentase populasi risiko tinggi yang mengalami infeksi IMS	Setiap dua tahun	Survei Terpadu Biologis Perilaku pada populasi risiko tinggi	Kementerian Kesehatan
25	Persentase populasi risiko tinggi yang mengalami infeksi HIV	Setiap tahun (SS) dan setiap dua-tiga tahun (STBP)	Surveilans sentinel dan Survei Terpadu Biologis Perilaku	Kementerian Kesehatan
26	Persentase orang dewasa yang mengalami infeksi HIV	Setiap 3-4 tahun	Survei Terpadu Biologis Perilaku, Tanah Papua	Kementerian Kesehatan
27	Persentase orang dewasa dan anak-anak dengan HIV positif yang diketahui masih dalam pengobatan setelah 12 bulan mendapatkan ART	Setiap tahun	Monitoring program	Kementerian Kesehatan
28	Persentase bayi yang terinfeksi HIV, lahir dari ibu terinfeksi HIV	Setiap tahun	Protokol pengobatan dan studi efikasi	Kementerian Kesehatan

## Lampiran 7: Diagram Peran dan Tanggung Jawab Anggota KPA Nasional dalam Upaya Penanggulangan HIV dan AIDS







# TIM PENYUSUN

## STRATEGI DAN RENCANA AKSI NASIONAL PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS 2010-2014

**Penanggung jawab :** Sekretaris Komisi Penanggulangan AIDS Nasional

### I. Tim Pengarah:

- Ketua: Nafsiah Mboi (Sekretaris KPA Nasional)
- Wakil Ketua:
1. Emil Agustiono (Menko Kesra)
  2. Tjandra Y. Aditama (Kemkes)
- Sekretaris:
1. Fonny J. Silfanus (Sekretariat KPAN)
  2. Asep Kurniawan (Sekretariat KPAN)
- Anggota:
1. Nina Sardjunani (Bappenas)
  2. Arum Atmawikarta (Bappenas)
  3. H. Tukus (Kemkumham)
  4. Hafid Abbas (Kemkumham)
  5. Muklis Paeni (Kembudpar)
  6. Herwindo Haribowo (Kemdiknas)
  7. Sudi Astono (Kemnakertrans)
  8. Moh. Iksan Tatang (Kemdiknas)
  9. Samsudin (Kemennegpora)
  10. Setiawati (Kemenneg PP)
  11. Amin Soebandrio (Kemenneg Ristek)
  12. Eddy Saparwoko (Pusdokkes Polri)
  13. Rifatul Widjhati (BPPT)
  14. Benny Ardjil (BNN)
  15. Shinta Wijaya Kamdani (KADIN Indonesia)
  16. Mulia Jonie (Kemsos)
  17. Abdul Fatah Prawiraningprang (Sekretaris Kabinet)
  18. Abdullah Denovan (JOTHI)
  19. Robert Magnani (FHI)

## II. Tim Penulis dan Penyelaras:

Ketua:	Kemal N. Siregar (Sekretariat KPAN)
Wakil Ketua:	Nadiar (Sekretariat KPAN)
Sekretaris:	1. Lolita Prasatania (Sekretariat KPAN) 2. Belinda (Sekretariat KPAN)
Anggota:	1. Hadiat (Bappenas) 2. Dyah Esthi Mustikawati (Kemkes) 3. Eli Winardi (Kemkes) 4. Asik Surya (Kemkes) 5. Wenita Indrasari (Sekretariat KPAN) 6. Suriadi Gunawan (Sekretariat KPAN) 7. Eka Nur Hidayat (Sekretariat KPAN) 8. Setyo Warsono (Sekretariat KPAN) 9. Bagus R. Prabowo (Sekretariat KPAN) 10. Roberta Taher (Sekretariat KPAN) 11. Dewi Amila Solikha (Bappenas) 12. Adi Setyo Meiharinto (Bappenas) 13. Aditya Wardhana (JOTHI) 14. Meirinda Sebayang (Yayasan Spiritia) 15. Aci Sunarsih (IPPI) 16. Deddy Darmawan (HCPI) 17. Palupi Widjayanti (HCPI) 18. Nurholis Madjid (FHI) 19. Husein Habsyi (YPI) 20. Maya Trisiswati (PKBI DKI Jakarta) 21. Enang Rochjana (Kemosos) 22. Tina Boonto (UNAIDS) 23. Lely Wahyuniar (UNAIDS) 24. Mutia (Kemkumham) 25. Harry Prabowo (GWL-IIna) 26. Very Kamil (MPAI)



PERATURAN  
MENTERI KOORDINATOR BIDANG KESEJAHTERAAN RAKYAT  
SELAKU  
KETUA KOMISI PENANGGULANGAN AIDS NASIONAL  
NOMOR: 08 /PER/MENKO/KESRA/ I /2010

TENTANG  
STRATEGI DAN RENCANA AKSI NASIONAL  
PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS TAHUN 2010-2014

MENTERI KOORDINATOR BIDANG KESEJAHTERAAN RAKYAT  
SELAKU  
KETUA KOMISI PENANGGULANGAN AIDS NASIONAL

- Menimbang :
- a. bahwa untuk mempercepat pencapaian tujuan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia perlu meningkatkan dan memperluas upaya berbasis data dan fakta baru serta melibatkan semua sektor terkait dan masyarakat sipil secara lebih terkoordinasi, terpadu, dan menyeluruh;
  - b. bahwa untuk maksud tersebut, maka strategi dan rencana aksi penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2007-2010 telah dikaji ulang dan dirumuskan kembali sebagai strategi dan rencana aksi nasional untuk tahun 2010-2014;
  - c. bahwa berdasarkan hal sebagaimana dimaksud pada huruf b dipandang perlu menetapkan Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2010-2014 dalam suatu Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat selaku Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.
- Mengingat :
1. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2004 No. 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437);
  2. Peraturan Presiden Nomor 47 Tahun 2009 tentang Pembentukan dan Organisasi Kementerian Negara;
  3. Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional;
  4. Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 03/PER/MENKO/KESRA/III/2007 tentang Susunan, Tugas, dan Fungsi Keanggotaan KPA Nasional;
  5. Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 05/PER/MENKO/KESRA/III/2007 tentang Organisasi dan Tata Kerja Sekretariat KPA Nasional.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KOORDINATOR BIDANG KESEJAHTERAAN RAKYAT SELAKU KETUA KOMISI PENANGGULANGAN AIDS NASIONAL TENTANG STRATEGI DAN RENCANA AKSI NASIONAL PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS TAHUN 2010-2014.

Pasal 1

Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2010-2014 adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat selaku Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Nasional ini dan merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan ini.

Pasal 2

Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2010-2014 sebagaimana dimaksud pasal 1 merupakan pengaturan strategi dan rencana aksi yang mengikat untuk digunakan sebagai acuan dan pedoman bagi setiap pemangku kepentingan dari sektor pemerintah, masyarakat sipil, dunia usaha, keluarga, dan mitra internasional serta badan-badan lain di Pusat dan Daerah.

Pasal 3

Dengan berlakunya Peraturan ini, maka Peraturan Nomor 07/PER/MENKO/KESRA/III/2007 tentang Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2007-2010 dinyatakan tidak berlaku, dengan ketentuan bahwa program dan kegiatan yang sedang berjalan dapat diteruskan dan disesuaikan dengan strategi dan rencana aksi yang baru.

Pasal 4

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : 29 Januari 2010

Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat  
Selaku

Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Nasional



*dr. H. R. Agung Laksono*  
dr. H. R. Agung Laksono