



STRATEGI NASIONAL PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS 2007-2010

BAB I PENDAHULUAN

Sejalan dengan masalah yang dihadapi, Indonesia telah melaksanakan strategi penanggulangan HIV dan AIDS melalui dua periode yang dimuat dalam Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 1994-2003 dan tahun 2003-2007.

Di tahun-tahun mendatang tantangan yang dihadapi dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS semakin besar dan rumit sehingga diperlukan strategi baru untuk menghadapinya. Strategi Nasional 2007-2010 (STRANAS 2007-2010) menjabarkan paradigma baru dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia dari upaya yang terfragmentasi menjadi upaya yang komprehensif dan terintegrasi diselenggarakan dengan harmonis oleh semua pemangku kepentingan (*stakeholder*). Namun strategi ini akan terus mengembangkan kemajuan yang telah dicapai oleh strategi-strategi sebelumnya. Akserelasi upaya perawatan, pengobatan dan dukungan pada orang yang hidup dengan HIV dan AIDS (ODHA) dijalankan bersamaan dengan akselerasi upaya pencegahan baik dilingkungan sub-populasi berperilaku risiko tinggi maupu dilingkungan sub-populasi berperilaku risiko rendah dan masyarakat umum.

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

1. SITUASI HIV DAN AIDS DI INDONESIA 1987 – 2006

Situasi HIV dan AIDS dalam kurun waktu 9 tahun yang semula meningkat perlahan-lahan, sejak tahun 2000 peningkatannya sangat tajam. Untuk mengembangkan kebijakan strategi, situasi dibagi dalam dua periode.

1.1. Situasi tahun 1987 – 2002

Pada 10 tahun pertama periode ini peningkatan jumlah kasus HIV dan AIDS masih rendah. Pada akhir 1997 jumlah kasus AIDS kumulatif 153 kasus dan HIV positif baru 486 orang yang diperoleh dari serosurvei di daerah sentinel. Penularan 70 % melalui hubungan seksual berisiko. Pada akhir abad ke 20 terlihat kenaikan yang sangat berarti dari jumlah kasus AIDS dan di beberapa daerah pada sub-populasi tertentu, angka prevalensi sudah mencapai 5%, sehingga sejak itu Indonesia dimasukkan kedalam kelompok negara dengan epidemi terkonsentrasi. Jumlah kasus AIDS pada tahun 2002 menjadi 1016 kasus dan HIV positif 2552 kasus. Jumlah ini jauh masih sangat rendah bila dibandingkan dengan estimasi Departemen Kesehatan bahwa pada tahun 2002 terdapat 90.000 – 120.000 kasus. Peningkatan

yang cukup tajam disebabkan penularan melalui penggunaan jarum suntik tidak steril di sub-populasi pengguna napza suntik (penasun) meningkat pesat sementara penularan melalui hubungan seksual berisiko tetap berlangsung.

1.2. Situasi tahun 2003 – 2006

Sejak awal abad ke 21 peningkatan jumlah kasus semakin mencemaskan. Pada akhir tahun 2003 jumlah kasus AIDS yang dilaporkan bertambah 355 kasus sehingga berjumlah 1371 kasus, sementara jumlah kasus HIV positif menjadi 2720 kasus. Pada akhir tahun 2003 25 provinsi telah melaporkan adanya kasus AIDS. Penularan di sub-populasi penasun meningkat menjadi 26,26% . Peningkatan jumlah kasus AIDS terus terjadi, pada akhir Desember 2004 berjumlah 2682 kasus, pada akhir Desember 2005 naik hampir dua kali lipat menjadi 5321 kasus dan pada akhir September 2006 sudah menjadi 6871 kasus dan dilaporkan oleh 32 dari 33 provinsi. Sementara estimasi tahun 2006, jumlah orang yang terinfeksi diperkirakan 169.000 – 216.000 orang. Data hasil surveilans sentinel Departemen Kesehatan menunjukkan terjadinya peningkatan prevalensi HIV positif pada sub-populasi berperilaku berisiko, dikalangan penjaja seks (PS) tertinggi 22,8% dan di kalangan penasun 48% dan pada penghuni Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) sebesar 68%. Peningkatan prevalensi HIV positif terjadi di kota-kota besar, sementara peningkatan prevalensi di kalangan PS terjadi baik di kota maupun di kota kecil bahkan di pedesaan terutama di provinsi Papua dan Irian Jaya Barat. Di kedua provinsi terakhir ini epidemi sudah cenderung memasuki populasi umum (*generalized epidemic*).

Distribusi umur penderita AIDS pada tahun 2006 memperlihatkan tingginya persentase jumlah usia muda dan jumlah usia anak. Penderita dari golongan umur 20-29 tahun mencapai 54,77%, dan bila digabung dengan golongan sampai 49 tahun, maka angka menjadi 89,37%. Sementara persentase anak 5 tahun kebawah mencapai 1,22%. Diperkirakan pada tahun 2006 sebanyak 4360 anak tertular HIV dan separuhnya telah meninggal.

1.3. Kecenderungan dimasa depan

1.3.1. Kecenderungan Epidemi

Para ahli epidemiologi Indonesia dalam kajiannya tentang kecenderungan epidemi HIV dan AIDS memproyeksikan bila tidak ada peningkatan upaya penanggulangan yang bermakna, maka pada tahun 2010 jumlah kasus AIDS menjadi 400.000 orang dengan kematian 100.000 orang dan pada tahun 2015 menjadi 1.000.000 orang dengan kematian 350.000 orang. Penularan dari sub-populasi berperilaku berisiko kepada isteri atau pasangannya akan terus berlanjut Diperkirakan pada akhir tahun 2015 akan terjadi penularan HIV secara kumulatif pada lebih dari 38,500 anak yang dilahirkan dari ibu yang sudah terinfeksi HIV.

Kecenderungan ini disebabkan meningkatnya jumlah sub-populasi berperilaku berisiko terutama penasun dan karena masih adanya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Resistensi terhadap obat anti retroviral (ARV) lini pertama mungkin akan berperan, bilamana

surveilans ARV belum berjalan baik dan penyediaan ARV lini kedua belum mencukupi.

1.3.2. Kecenderungan respons

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

Komisi Penanggulangan AIDS di semua tingkat akan semakin kuat. Anggaran dari sektor pemerintah diharapkan juga akan meningkat sejalan dengan masalah yang dihadapi. Sektor-sektor akan meningkatkan cakupan program masing-masing. Masyarakat sipil termasuk Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) akan meningkatkan perannya sebagai mitra pemerintah sampai ke tingkat desa. Sementara itu mitra internasional diperkirakan akan terus membantu pemerintah setidaknya sampai tahun 2010.

Akan tetapi disamping sikap optimis, pelaksanaan respons nasional akan menghadapi tantangan yang tidak kecil yang harus dicermati.

2. DAMPAK SOSIAL DAN EKONOMI

2.1. Dampak terhadap demografi

Salah satu efek jangka panjang endemi HIV dan AIDS yang telah meluas – seperti yang telah terjadi di Papua – adalah dampaknya pada indikator demografi. Karena tingginya proporsi kelompok umur yang lebih muda terkena penyakit yang membahayakan ini, dapat diperkirakan nantinya akan menurunkan angka harapan hidup. Karena semakin banyak orang yang diperkirakan hidup dalam jangka waktu yang lebih pendek, kontribusi yang diharapkan dari mereka pada ekonomi nasional dan perkembangan sosial menjadi semakin kecil dan kurang dapat diandalkan. Hal ini menjadi masalah yang penting karena hilangnya individu yang terlatih dalam jumlah besar tidak akan mudah dapat digantikan. Pada tingkat makro, biaya yang berhubungan dengan kehilangan seperti itu, seumpama meningkatnya pekerja yang tidak hadir, meningkatnya biaya pelatihan, pendapatan yang berkurang, dan sumber daya yang seharusnya dipakai untuk aktivitas produktif terpaksa dialihkan pada perawatan kesehatan, waktu yang terbuang untuk merawat anggota keluarga yang sakit, dan lainnya, juga akan meningkat.

2.2. Dampak terhadap sistem pelayanan kesehatan

Tingginya tingkat penyebaran HIV dan AIDS pada kelompok manapun berarti bahwa semakin banyak orang menjadi sakit, dan membutuhkan jasa pelayanan kesehatan. Perkembangan penyakit yang lamban dari infeksi HIV berarti bahwa pasien sedikit demi sedikit menjadi lebih sakit dalam jangka

waktu yang panjang, membutuhkan semakin banyak perawatan kesehatan. Biaya langsung dari perawatan kesehatan tersebut semakin lama akan menjadi semakin besar. Diperhitungkan juga adalah waktu yang dihabiskan oleh anggota keluarga untuk merawat pasien, dan tidak dapat melakukan aktivitas yang produktif. Waktu dan sumber daya yang diberikan untuk merawat pasien HIV dan AIDS sedikit demi sedikit dapat mempengaruhi program lainnya dan menghabiskan sumber daya untuk aktivitas kesehatan lainnya.

Penelitian yang dilakukan oleh John Kaldor dkk pada tahun 2005 memprediksi bahwa pada tahun 2010, bila upaya penanggulangan tidak ditingkatkan maka 6% tempat tidur akan digunakan oleh penderita AIDS dan di Papua mencapai 14% dan pada tahun 2025 angka – angka tersebut akan menjadi 11% dan 29%. Meningkatnya jumlah penderita AIDS berarti meningkatnya kebutuhan ARV.

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

2.3. Dampak terhadap ekonomi nasional

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

berperan dalam berkurangnya moral pekerja (takut akan diskriminasi, kehilangan rekan kerja, rasa khawatir) dan juga pada penghasilan pekerja akibat meningkatnya permintaan untuk biaya perawatan medis dari pusat pelayanan kesehatan para pekerja, pensiun dini, pembayaran dini dari dana pensiun akibat kematian dini, dan meningkatnya biaya asuransi. Pengembangan program pencegahan dan perawatan HIV di tempat kerja yang kuat dengan keikutsertaan organisasi manajemen dan pekerja sangatlah penting bagi Indonesia.

Perkembangan ekonomi akan tertahan apabila epidemi HIV menyebabkan kemiskinan bagi para penderitanya sehingga meningkatkan kesenjangan yang kemudian menimbulkan lebih banyak lagi keadaan yang tidak stabil.

Meskipun kemiskinan adalah faktor yang paling jelas dalam menimbulkan keadaan resiko tinggi dan memaksa banyak orang ke dalam perilaku yang beresiko tinggi, kebalikannya dapat pula berlaku – pendapatan yang berlebih, terutama di luar pengetahuan keluarga dan komunitas – dapat pula menimbulkan resiko yang sama. Pendapatan yang besar (umumnya tersedia bagi pekerja terampil pada pekerjaan yang profesional) membuka kesempatan bagi individu untuk melakukan perilaku resiko tinggi yang sama: berpergian jauh dari rumah, pasangan sex yang banyak, berhubungan dengan PS, obat terlarang, minuman keras, dan lainnya.

2.4. Dampak terhadap tatanan sosial

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

3. RESPONS TERHADAP HIV DAN AIDS

3.1. Respons Tahun 1985 – 2002

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

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

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

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

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

3.2. Respons tahun 2003 - 2006

Pada tahun 2003 STRANAS 2003 –2007 diluncurkan sebagai respons terhadap berbagai perubahan, tantangan dan masalah HIV dan AIDS yang semakin besar dan rumit. Tahun 2004 Program penanggulangan HIV dan AIDS di tempat kerja diluncurkan oleh Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi dengan pemberlakuan Kaidah ILO. Untuk meningkatkan penyelenggaraan upaya pengurangan dampak buruk (*Harm Reduction*) penyalahgunaan napza ditandatangani Nota Kesepahaman tentang upaya

terpadu pencegahan penularan HIV dan AIDS dan pemberantasan penyalahgunaan NAPZA dengan cara suntik antara Menko Kesra selaku Ketua KPA dan KAPOLRI selaku Ketua Badan Narkotika Nasional (BNN). Untuk memenuhi kebutuhan, maka obat ARV mulai diproduksi di alam negeri oleh perusahaan farmasi pemerintah PT Kimia Farma. Percepatan respons di 6 provinsi dengan prevalensi HIV dan AIDS tertinggi dilakukan setelah Komitmen Sentani pada Januari 2004 dan meluas ke 8 provinsi lainnya. Penanggulangan HIV dan AIDS di Lapas dimulai tahun 2005 dan terus ditingkatkan. Pada awal 2005 diluncurkan program akselerasi di 100 kabupaten/kota di 22 provinsi, disertai dengan diberlakukannya Sistem Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan HIV dan AIDS Nasional. Pada Juli 2006 Institusi KPA Nasional diperbaharui dengan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 (Perpres 75/2006) yang melibatkan lebih banyak sektor, TNI dan Polri dan masyarakat sipil. Tahun 2006 diakhiri dengan perhitungan estimasi jumlah sub-populasi rawan terhadap penularan HIV tahun 2006 sebagai dasar perencanaan mendatang, penerbitan Peraturan MenkoKesra/Ketua KPA Nasional tentang Kebijakan Penanggulangan HIV AND AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Jarum Suntik sebagai tindak lanjut dari Nota Kesepahaman KPA-BNN yang ditandatangani pada tahun 2003. dan restrukturisasi sekretariat KPA Nasional.

4. ISU – ISU PENTING

4.1 Meningkatnya jumlah penasun

Jumlah pengguna obat-obat terlarang di Indonesia terus meningkat terutama di kalangan remaja dan kelompok dewasa muda. Walaupun sebagian besar dari sekitar 1,3 – 2 juta pengguna NAPZA tidak menggunakan heroin atau suntikan, namun sebagian kecil melakukannya. Menurut estimasi Departemen Kesehatan pada tahun 2006 terdapat antara 191.000 sampai 248.000 penasun di Indonesia. Badan Narkotika Nasional (BNN) menunjuk kepada angka 508.000 pada tahun yang sama. Penasun masih terkonsentrasi di daerah perkotaan di Jawa dan kota-kota provinsi di luar Jawa. Hal ini sangat mengkhawatirkan karena penularan HIV di sub-populasi ini tinggi dan terus meningkat. Masalah menjadi semakin sulit karena ketidakpedulian akan bahaya tertular seperti ditunjukkan hasil survei perilaku tahun 2002 sekitar dua per tiga penasun yang menyatakan bahwa mereka tidak memiliki resiko terinfeksi juga menyatakan bahwa mereka telah menggunakan peralatan secara bersama-sama dalam minggu sebelumnya pada survei yang sama.

4.2. Mobilitas Penduduk

Pembangunan fisik yang dilakukan di daerah urban dan lapangan kerja yang sempit di daerah pedesaan, menyebabkan arus urbanisasi ke kota-kota besar Indonesia meningkat dari tahun ke tahun. Pekerja di daerah industri dan proyek pembangunan fisik didominasi oleh laki-laki, sedangkan kelompok perempuan mendominasi pekerjaan domestik. Dominasi dari satu jenis kelamin di setiap jalur urbanisasi menunjukkan bahwa para pendatang ini hidup membugang dan berpotensi untuk berperilaku risiko tinggi. Membaiknya sarana transportasi juga berdampak terhadap peningkatan mobilitas penduduk.

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

4.3. Narapidana penasun

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

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

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

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

4.4. Hubungan seks berisiko

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

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

5. TANTANGAN

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

5.1. Norma-Norma dan Perilaku Sosial

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

Karena secara sosial "tabu" untuk dibicarakan, menyebabkan sulitnya mengajarkan atau mendiskusikan seks dengan kaum remaja serta menghalangi dimasukkannya pendidikan seks ke dalam kurikulum sekolah. Pandangan negatif pada hubungan seks sesama jenis mengakibatkan baik individu maupun kelompok sosial sama-sama enggan mengakui adanya resiko yang nyata; banyak LSL juga melakukan hubungan seks dengan perempuan, sehingga meningkatkan resiko penularan kepada perempuan dan anak-anak. Meskipun kondom kini lebih mudah diperoleh, penerimaan masyarakat yang masih terbatas mengurangi penggunaannya. Konsumsi alkohol yang luas dan berlebihan serta zat-zat lainnya, terutama di kalangan anak muda, seringkali berperan sebagai faktor yang melepas kendali diri dan menjadi penyalur kekerasan seksual serta perilaku resiko tinggi lainnya. Agar dapat berhasil, kampanye pencegahan harus mengakui dan menghadapi faktor-faktor tersebut secara realistis.

5.2. Koordinasi multipihak terhadap Respon

Pengalaman dari banyak negara memperlihatkan kenyataan bahwa suatu respon yang efektif terhadap HIV harus didasarkan oleh keikutsertaan semua sektor pemerintahan sebagai membimbing bagi pelibatan masyarakat. Dukungan oleh pemerintah di tingkat elite dan komitmen politik sangat penting untuk suksesnya usaha apapun dalam jangka

panjang. Meskipun banyak pemuka masyarakat telah berbicara secara terbuka mengenai pentingnya penanggulangan epidemi ini, masih diperlukan adanya kemauan politis, komitmen, dan dinamika yang nyata dan berkelanjutan serta kepemimpinan yang tidak diragukan dan menyentuh banyak orang dalam melawan epidemi ini. Hal ini dapat semakin diperlukan di banyak propinsi dan kabupaten setelah proses desentralisasi, dimana banyak pemerintahan lokal lebih berfokus pada proyek fisik yang nyata dan perlu dihimbau untuk lebih memperhatikan dan mendukung program pencegahan HIV.

5.3. Kebijakan dan Pengembangan Program

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

5.4. Memenuhi Kebutuhan Para Remaja dan Dewasa Muda

Satu aspek yang penting pencegahan HIV diarahkan pada kelompok remaja dan dewasa muda. Kenyataan bahwa 57,8% kasus AIDS (2006) berasal dari kelompok umur 15 – 29 tahun mengindikasikan bahwa mereka tertular HIV pada umur yang masih sangat muda. Hal ini sejalan pula dengan fakta bahwa penyalahgunaan napza sebagian besar adalah remaja dan dewasa muda. Hampir 30% populasi Indonesia berumur antara 10 sampai 24 tahun, dan mereka ini seharusnya menjadi sasaran edukasi dan penyuluhan yang benar agar tidak masuk kedalam sub-populasi berperilaku risiko tinggi. Kontak seksual dini membawa resiko tinggi infeksi HIV. Banyak survei mengungkapkan bahwa sebagian besar responden menyatakan bahwa pengalaman seksual pertama mereka dimulai pada usia yang sangat muda. Informasi ini mengejutkan banyak orang dewasa, termasuk orang tua dan guru yang sering kali menghalangi upaya pemberian informasi mengenai seks dan kesehatan reproduksi pada anak di usia yang semuda itu. Banyak

program keterampilan hidup dan kesehatan reproduksi lainnya yang diarahkan pada anak muda difokuskan pada kelompok umur yang lebih tua; namun bukti ini menunjukkan perlunya memberikan informasi tersebut pada usia yang jauh lebih muda. Statistik saat ini menunjukkan hampir 60% anak perempuan di desa tidak melanjutkan sekolah setelah lulus SD, sehingga mereka tidak akan mendapatkan kurikulum keterampilan hidup apabila hanya diberikan di SMA.

5.5. Resiko Khusus yang Dihadapi Anak Perempuan

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

Anak muda, terutama perempuan, juga dihadapkan pada kekerasan dan eksploitasi seksual, umumnya dihubungkan dengan kemiskinan dan keluarga yang disfungsi. Anak-anak yang mengalami kekerasan seksual di masa muda, umumnya kehilangan harga diri dan perasaan kendali atas kehidupan mereka sendiri, yang kemudian meningkatkan resiko penyalahgunaan NAPZA dan memasuki kehidupan seks lebih dini dan terpapar pada HIV. Secara umum, kekerasan kepada perempuan pada umumnya dan anak perempuan pada khususnya terus meningkat. Meskipun sangat memprihatinkan, isi-isu ini membutuhkan para pembuat keputusan untuk menghadapi kenyataan yang dialami mereka dan mengambil langkah-langkah untuk melindungi mereka.

5.6. Kebutuhan Memperluas Perawatan, Pengobatan dan Dukungan

Memperbaiki ketersediaan dan kualitas dari perawatan bagi jumlah orang yang hidup dengan HIV AND AIDS yang meningkat harus menjadi prioritas. Sampai akhir 2006 pelayanan kesehatan untuk merespon meningkatnya jumlah ODHA yang membutuhkan perawatan, pengobatan dan dukungan semakin meningkat. Tujuh puluh lima Rumah Sakit siap untuk memerikan perawatan dan pengobatan dengan ARV dengan berbagai fasilitas untuk menegakkan diagnosis dan memantau pengobatan. Penyertaan Puskesmas sebagai upaya mendekatkan pelayanan kepada yang membutuhkan mulai dilaksanakan dan perlu diperluas dimasa mendatang. Peningkatan pelatihan tenaga kesehatan harus terorganisasi untuk membuat mereka dapat menghasilkan kesempatan penting dalam meningkatkan nutrisi, sokongan psikologis, pencegahan dan perawatan infeksi oportunistik yang terjadi pada

ODHA. Program untuk memperkuat kapasitas pelayanan kesehatan mengikutsertakan tidak hanya ketersediaan obat yang lebih baik, tapi juga peningkatan kualitas dan kerahasiaan data kesehatan. Kemungkinan terjadinya resistensi pada ARV lini pertama diantisipasi dengan melaksanakan surveilans ARV dan penyediaan ARV lini kedua.

5.7. Stigma dan Diskriminasi

Stigma dan diskriminasi terhadap ODHA walaupun sudah banyak berkurang dalam 5 tahun terakhir namun masih tetap merupakan tantangan yang bila tidak teratasi, potensial untuk menjadi penghambat upaya penanggulangan HIV dan AIDS terutama di daerah-daerah. Diskriminasi yang dialami ODHA baik pada unit pelayanan kesehatan, tempat kerja, lingkungan keluarga maupun di masyarakat umum haruslah tetap menjadi prioritas upaya penanggulangan HIV dan AIDS. Oleh sebab itu perlu dukungan dan pemberdayaan kelompok-kelompok dukungan sebaya (KDS) sebagai mitra kerja yang efektif dalam mengurangi stigma dan diskriminasi sekaligus pemberi dukungan bagi mereka yang membutuhkan.

5.8. Desentralisasi

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

BAB II

STRATEGI NASIONAL PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS

1. TUJUAN PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS

1.1. Tujuan Umum penanggulangan HIV dan AIDS

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

1.2. Tujuan Khusus Penanggulangan HIV dan AIDS

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

2. DASAR KEBIJAKAN PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS

Penularan dan penyebaran HIV dan AIDS sangat berhubungan dengan perilaku beresiko, oleh karena itu penanggulangan harus memperhatikan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku tersebut. Bahwa kasus HIV dan AIDS diidap sebagian besar oleh kelompok perilaku resiko tinggi yang merupakan kelompok yang dimarginalkan, maka program-program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS memerlukan pertimbangan keagamaan, adat-istiadat dan norma-norma masyarakat yang berlaku disamping pertimbangan kesehatan. Perlu adanya program-program pencegahan HIV dan AIDS yang efektif dan memiliki jangkauan layanan yang semakin luas dan program-program pengobatan, perawatan dan dukungan yang komprehensif bagi ODHA maupun OHIDA untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

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

- 2.1. Upaya penanggulangan HIV dan AIDS harus memperhatikan nilai-nilai agama dan budaya/norma masyarakat dan kegiatannya diarahkan untuk mempertahankan dan memperkuat ketahanan dan kesejahteraan keluarga;
- 2.2. Upaya penanggulangan HIV dan AIDS diselenggarakan oleh masyarakat, pemerintah, dan LSM berdasarkan prinsip kemitraan. Masyarakat dan LSM menjadi pelaku utama sedangkan pemerintah berkewajiban mengarahkan, membimbing dan menciptakan suasana yang mendukung terselenggaranya upaya penanggulangan HIV dan AIDS;
- 2.3. Upaya penanggulangan harus didasari pada pengertian bahwa masalah HIV dan AIDS sudah menjadi masalah sosial masyarakat serta masalah nasional dan penanggulangannya melalui "Gerakan Nasional Penanggulangan HIV and AIDS";
- 2.4. Upaya penanggulangan HIV and AIDS diutamakan pada kelompok masyarakat berperilaku risiko tinggi tetapi harus pula memperhatikan kelompok masyarakat yang rentan, termasuk yang berkaitan dengan pekerjaannya dan kelompok marginal terhadap penularan HIV and AIDS;
- 2.5. Upaya penanggulangan HIV and AIDS harus menghormati harkat dan martabat manusia serta memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender;
- 2.6. Upaya pencegahan HIV dan AIDS pada anak sekolah, remaja dan masyarakat umum diselenggarakan melalui kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi guna mendorong kehidupan yang lebih sehat;
- 2.7. Upaya pencegahan yang efektif termasuk penggunaan kondom 100% pada setiap hubungan seks berisiko, semata-mata hanya untuk memutus rantai penularan HIV;
- 2.8. Upaya mengurangi infeksi HIV pada pengguna napza suntik melalui kegiatan pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) dilaksanakan secara komprehensif dengan juga mengupayakan penyembuhan dari ketergantungan pada napza.
- 2.9. Upaya penanggulangan HIV and AIDS merupakan upaya-upaya terpadu dari peningkatan perilaku hidup sehat, pencegahan penyakit, pengobatan dan perawatan berdasarkan data dan fakta ilmiah serta dukungan terhadap ODHA.
- 2.10. Setiap pemeriksaan untuk mendiagnosa HIV and AIDS harus didahului dengan penjelasan yang benar dan mendapat persetujuan yang bersangkutan (*informed consent*). Konseling yang memadai harus diberikan sebelum dan sesudah pemeriksaan, dan hasil pemeriksaan diberitahukan kepada yang bersangkutan tetapi wajib dirahasiakan kepada pihak lain.
- 2.11. Diusahakan agar peraturan perundang-undangan harus mendukung dan selaras dengan Strategi Nasional Penanggulangan HIV and AIDS disemua tingkat.

- 2.12. Setiap pemberi pelayanan berkewajiban memberikan layanan tanpa diskriminasi kepada ODHA dan OHIDA.

3. STRATEGI

Untuk mencapai tujuan STRANAS, ditetapkan strategi sebagai berikut:

- 3.1. Meningkatkan dan memperluas upaya pencegahan yang nyata efektif dan menguji coba cara-cara baru;
- 3.2. Meningkatkan dan memperkuat sistem pelayanan kesehatan dasar dan rujukan untuk mengantisipasi peningkatan jumlah ODHA yang memerlukan akses perawatan dan pengobatan;
- 3.3. Meningkatkan kemampuan dan memberdayakan mereka yang terlibat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di pusat dan di daerah melalui pendidikan dan pelatihan yang berkesinambungan;
- 3.4. Meningkatkan survei dan penelitian untuk memperoleh data bagi pengembangan program penanggulangan HIV dan AIDS;
- 3.5. Memberdayakan individu, keluarga dan komunitas dalam pencegahan HIV dilingkungannya;
- 3.6. Meningkatkan kapasitas nasional untuk menyelenggarakan monitoring dan evaluasi penanggulangan HIV dan AIDS;
- 3.7. Memobilisasi sumberdaya dan mengharmonisasikan pemamfaatannya di semua tingkat.

BAB III

AREA PRIORITAS PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS

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

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

- Mencegah meluasnya penularan HIV dan menjamin akses terhadap berbagai upaya pencegahan, perawatan dan pengobatan.
- Berkontribusi untuk menyediakan kebutuhan ODHA untuk meringankan penderitaan sekaligus meningkatkan kualitas hidup mereka.
- Menjamin *capacity building* bagi mereka yang terlibat dalam penanggulangan HIV dan AIDS.
- Mengkoordinasikan dan mempertahankan respon

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

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

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

1. AREA PENCEGAHAN HIV DAN AIDS

Penyebaran HIV dipengaruhi oleh perilaku berisiko kelompok-kelompok masyarakat. Pencegahan dilakukan kepada kelompok-kelompok masyarakat sesuai dengan perilaku kelompok dan potensi ancaman yang dihadapi. Kegiatan-kegiatan dari pencegahan dalam bentuk penyuluhan, promosi hidup sehat, pendidikan sampai kepada cara menggunakan alat pencegahan yang efektif dikemas sesuai dengan sasaran upaya pencegahan.

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

- **Kelompok tertular (*infected people*)**
Kelompok tertular adalah mereka yang sudah terinfeksi HIV. Pencegahan ditujukan untuk menghambat lajunya perkembangan HIV, memelihara produktifitas individu dan meningkatkan kualitas hidup.
- **Kelompok berisiko tertular atau rawan tertular (*high-risk people*)**
Kelompok berisiko tertular adalah mereka yang berperilaku sedemikian rupa sehingga sangat berisiko untuk tertular HIV. Dalam kelompok ini termasuk penjaja seks baik perempuan maupun laki-laki, pelanggan penjaja seks, penyalahguna napza suntik dan pasangannya, waria penjaja seks dan pelanggannya serta lelaki suka lelaki. Karena kekhususannya, narapidana termasuk dalam kelompok ini. Pencegahan untuk kelompok ini ditujukan untuk mengubah perilaku berisiko menjadi perilaku aman.
- **Kelompok rentan (*vulnerable people*)**
Kelompok rentan adalah kelompok masyarakat yang karena lingkup pekerjaan, lingkungan, ketahanan dan atau kesejahteraan keluarga yang

rendah dan status kesehatan yang labil, sehingga rentan terhadap penularan HIV. Termasuk dalam kelompok rentan adalah orang dengan mobilitas tinggi baik sipil maupun militer, perempuan, remaja, anak jalanan, pengungsi, ibu hamil, penerima transfusi darah dan petugas pelayanan kesehatan. Pencegahan untuk kelompok ini ditujukan agar tidak melakukan kegiatan-kegiatan yang berisiko tertular HIV. (Menghambat menuju kelompok berisiko)

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

Masyarakat umum adalah mereka yang tidak termasuk dalam ketiga kelompok terdahulu. Pencegahan ditujukan untuk meningkatkan kewaspadaan, kepedulian dan keterlibatan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungannya.

1.1. Tujuan

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

1.2. Program

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

1.2.1. Program peningkatan pelayan konseling dan testing sukarela

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

1.2.2. Program peningkatan penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko

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

1.2.3. Program pengurangan dampak buruk penyalahgunaan napza suntik

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

1.2.4. Program pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak

Pencegahan penularan dari ibu HIV positif kepada bayinya dilaksanakan terutama di daerah epidemi terkonsentrasi dan di provinsi Papua dan Irian Jaya Barat.

1.2.5. Program penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS)

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

1.2.6. Program penyediaan darah dan produk darah yang aman

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

1.2.7. Program peningkatan kewaspadaan universal

Penerapan kewaspadaan universal harus dilaksanakan dengan benar oleh petugas dan masyarakat yang langsung terpapar seperti petugas pelayanan kesehatan, petugas sosial, polisi, penyelenggara jenazah, petugas lapas dan lainnya. Pengetahuan dan ketrampilan petugas

dan sarana serta prasarana yang diperlukan perlu disediakan dengan cukup.

1.2.8. Program komunikasi publik

Komunikasi publik yang baik akan menurunkan derajat kerentanan dari kelompok – kelompok rentan. Upaya ini dilakukan melalui komunikasi, informasi, pendidikan, penyuluhan, tatapmuka, pengurangan kemiskinan, pembinaan ketahanan keluarga dan penyeteraan gender dengan menggunakan jalur komunikasi dan media yang tersedia.

2. AREA PERAWATAN, PENGOBATAN DAN DUKUNGAN KEPADA ODHA

Peningkatan jumlah penderita AIDS memerlukan peningkatan jumlah dan mutu layanan perawatan dan pengobatan. Peningkatan juga dilakukan bagi dukungan maksimal kepada ODHA. Upaya ini dilakukan melalui pendekatan klinis dan pendekatan berbasis masyarakat dan keluarga. *Universal Access* yang bertujuan memberikan kemudahan kepada mereka yang memerlukan untuk akses kepada layanan perawatan dan pengobatan melandasi program – program pada area ini.

2.1. Tujuan

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

3.1. Program

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

2.2.1. Program peningkatan sarana pelayanan kesehatan

Jumlah dan mutu pelayan untuk konseling dan testing sukarela (VCT), pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayinya (PMTCT) dan perawatan, pengobatan dan dukungan pada ODHA (CST) ditingkatkan.

2.2.2. Program peningkatan penyediaan, distribusi obat dan reagensia

Untuk memenuhi kebutuhan ODHA dan sejalan dengan peningkatan jumlah sarana perawatan dan pengobatan, ketersediaan ARV, obat

infeksi oportunistik dan reagensia ditingkatkan jumlah dan mutunya serta harganya diupayakan terjangkau.

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

2.2.3. Program pendidikan dan pelatihan

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

2.2.4. Program peningkatan penjangkauan dan dukungan ODHA

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

3. AREA SURVEILANS HIV DAN AIDS SERTA IMS

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

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

3.1. Tujuan

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

3.2. Program

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

3.2.1. Program peningkatan surveilans HIV

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

3.2.2. Program Peningkatan surveilans perilaku

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

3.2.3. Program peningkatan surveilans IMS

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

3.2.4. Program peningkatan laboratorium HIV

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

3.2.5. Program peningkatan mutu pelaporan

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

4. AREA PENELITIAN DAN RISET OPERASIONAL

Upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang sedang dan akan diselenggarakan memerlukan pengembangan terus menerus. Banyak aspek penanggulangan yang belum diketahui. Perbedaan laju epidemi di berbagai daerah perlu dicari faktor-faktor yang menyebabkannya. Penelitian dan riset operasional diharapkan

mampu memberikan jawaban atas hal-hal tersebut sehingga ditingkatkan pada empat tahun kedepan.

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

4.1. Tujuan

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

4.2. Program

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

4.2.1. Program riset operasional

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

4.2.2. Program penelitian resistensi obat antiretroviral

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

4.2.3. Program penelitian obat tradisional HIV dan AIDS

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

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

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

4.2.5. Penelitian epidemiologi dan perilaku

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

5. AREA LINGKUNGAN KONDUSIF

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

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

5.1. Tujuan

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

5.2. Program

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

5.2.1. Program advokasi dan sosialisasi

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

5.2.2. Program peningkatan kapasitas

Meningkatkan kapasitas anggota legislatif daerah dalam menciptakan peraturan-peraturan di daerah dalam mendukung terciptanya lingkungan yang kondusif di daerah.

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

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

6. AREA KOORDINASI DAN HARMONISASI MULTIPihak

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

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

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

6.1. Tujuan

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

6.2. Program

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

6.2.1. *Program penguatan kelembagaan*

Sebagai lembaga yang mengemban tugas mengkoordinasikan dan mengharmonisasikan berbagai program, KPA pada semua tingkat akan terus diperkuat dan ditingkatkan kemampuannya dengan meningkatkan kemampuan SDM, melengkapi sarana kerja, dan mengusahakan anggaran yang cukup untuk kegiatan operasional.

6.2.2. *Program peningkatan jaringan informasi dan komunikasi*

Adanya jaringan informasi yang luas dan berfungsi baik mempermudah dilakukannya koordinasi dan harmonisasi upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Jaringan ini

diperluas disemua tingkat. Sarana teknologi informasi disempurnakan sehingga berfungsi dengan baik.

6.2.3. Program peningkatan kerjasama internasional

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

7. AREA KESINAMBUNGAN PENANGGULANGAN

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

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

7.1. Tujuan

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

7.2. Program

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

7.2.1. Advokasi

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

7.2.2. Peningkatan sumber daya manusia

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

7.2.3. Peningkatan sarana dan prasarana

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

BAB IV

PENYELENGGARA UPAYA PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS

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

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

1. PEMERINTAH PUSAT

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

2. PEMERINTAH PROVINSI

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

3. PEMERINTAH KABUPATEN/KOTA

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

4. PEMERINTAH KECAMATAN DAN KELURAHAN/DESA

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

pengecahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang dirancang oleh KPA Kabupaten/Kota.

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

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

6. KOMISI PENANGGULANGAN AIDS NASIONAL

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

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

- 6.1. Menetapkan kebijakan dan rencana strategis nasional serta pedoman umum pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS;
- 6.2. Menetapkan langkah-langkah strategis yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan;
- 6.3. Mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan penyuluhan, pencegahan, pelayanan, pemantauan, pengendalian dan penanggulangan AIDS;
- 6.4. Melakukan penyebarluasan informasi mengenai AIDS kepada berbagai media massa, dalam kaitan dengan pemberitaan yang tepat dan tidak menimbulkan keresahan masyarakat;
- 6.5. Melakukan kerjasama regional dan internasional dalam rangka pencegahan dan penanggulangan AIDS;
- 6.6. Mengkoordinasikan pengelolaan dan informasi yang terkait dengan masalah AIDS;
- 6.7. Mengendalikan, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS;
- 6.8. Memberikan arahan kepada Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Kabupaten / Kota dalam rangka pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS.

7. KOMISI PENANGGULANGAN AIDS PROVINSI DAN KABUPATEN/KOTA

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

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

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

8. MASYARAKAT SIPIL (*CIVIL SOCEITY*)

Civil soceity merupakan mitra kerja yang penting dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Lembaga Swadaya Masyarakat dan Organisasi Non- Pemerintah lainnya seperti Kelompok Dukungan Sebaya telah memberikan kontribusi yang bermakna karena mampu menjangkau sub-populasi berperilaku berisiko dan menjadi pendamping dalam proses perawatan dan pengobatan ODHA. *Civil Soceity* berperan dalam penyuluhan, pelatihan, pendampingan ODHA, pemberian dukungan dan konseling serta melakukan pelayanan VCT. Dimasa mendatang peran ini diharapkan meningkat dan merata di seluruh wilayah Indonesia. Komisi Penanggulangan AIDS di semua tingkat menciptakan lingkungan yang kondusif sehingga *civil soceity* dapat menjalankan perannya dengan tenang dan aman.

9. DUNIA USAHA DAN SEKTOR SWASTA

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

tersebut dijabarkan dalam program penanggulangan HIV dan AIDS di dunia kerja dan dilaksanakan dengan penuh kesungguhan.

10. TENAGA PROFESIONAL, ORGANISASI PROFESI DAN LEMBAGA PENDIDIKAN TINGGI

Upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS memerlukan pelibatan tenaga profesional baik secara individu maupun melalui organisasi profesi dan lembaga pendidikan tinggi. Para profesional berperan dalam perumusan kebijakan, penelitian, riset operasional.

11. KELUARGA DAN MASYARAKAT UMUM

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

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

12. ORANG DENGAN HIV DAN AIDS (ODHA)

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

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

BAB V KERJASAMA INTERNASIONAL

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

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

Bantuan mitra internasional diperlukan untuk mendukung kegiatan-kegiatan prioritas penanggulangan HIV dan AIDS untuk 2007-2010, terutama pengembangan kelembagaan; perawatan, dan pengobatan dukungan terhadap ODHA; peningkatan upaya pencegahan terutama di kalangan kelompok berperilaku risiko tinggi; pengembangan dan pemanfaatan sistem monitoring dan evaluasi nasional; penyediaan obat antiretroviral; pengembangan pencegahan penularan dari ibu ke anak, penanggulangan masalah-masalah lintas batas HIV dan AIDS, serta penelitian.

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

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

BAB VI PELAKSANAAN STRATEGI NASIONAL

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

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

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

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

BAB VII MONITORING, EVALUASI DAN PELAPORAN

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

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

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

BAB VIII PENDANAAN

Sejalan dengan makin meningkatnya penularan HIV, program penanggulangan HIV dan AIDS semakin beragam dengan cakupan yang semakin luas. Peningkatan tersebut membutuhkan dana yang besar. Dana yang diperlukan untuk melaksanakan STRANAS ini sesuai dengan amanat Perpres No 75 tahun 2006 bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dan sumber-sumber lain. Sumber lain dimaksud mencakup dana dari swasta, masyarakat dan bantuan internasional.

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

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

BAB IX PENUTUP

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

Disadari sepenuhnya bahwa tidaklah mudah melaksanakan program-program yang besar ini, karena kompleksnya masalah yang dihadapi yang dapat berubah dengan cepat. Namun dengan kesungguhan, keikhlasan dan dengan tekad yang bulat serta berbekal pengalaman bangsa Indonesia dalam memecahkan persoalan-persoalan besar, upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS akan dapat membuahkan hasil yang diharapkan.

BAB IV

PENYELENGGARA UPAYA PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS

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

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

1. Pemerintah Pusat

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

2. Pemerintah Provinsi

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

3. Pemerintah Kabupaten/Kota

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

6. Pemerintah Kecamatan dan Kelurahan/Desa

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

5. Dewan Perwakilan Rakyat, Dewan Perwakilan Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.

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

6. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional

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

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

- 8.1. Menetapkan kebijakan dan rencana strategis nasional serta pedoman umum pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS;
- 8.2. Menetapkan langkah-langkah strategis yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan;
- 8.3. Mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan penyuluhan, pencegahan, pelayanan, pemantauan, pengendalian dan penanggulangan AIDS;
- 8.4. Melakukan penyebarluasan informasi mengenai AIDS kepada berbagai media massa, dalam kaitan dengan pemberitaan yang tepat dan tidak menimbulkan keresahan masyarakat;
- 8.5. Melakukan kerjasama regional dan internasional dalam rangka pencegahan dan penanggulangan AIDS;
- 8.6. Mengkoordinasikan pengelolaan dan informasi yang terkait dengan masalah AIDS;
- 8.7. Mengendalikan, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS;
- 8.8. Memberikan arahan kepada Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Kabupaten / Kota dalam rangka pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS.

8. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten / Kota

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

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

- 8.9. Merumuskan kebijakan, strategi dan langkah-langkah yang diperlukan dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS di wilayahnya sesuai dengan kebijakan, strategi dan pedoman yang ditetapkan oleh KPA nasional. Implementasi dari tugas pokok tersebut meliputi fungsi-fungsi sebagai berikut:
 - 8.9.1. Memimpin, mengelola dan mengkoordinasikan kegiatan pencegahan, pengendalian dan penanggulangan HIV dan AIDS di wilayahnya;
 - 8.9.2. Menghimpun, menggerakkan dan memanfaatkan sumberdaya yang berasal dari pusat, daerah, masyarakat dan bantuan luar negeri secara efektif dan efisien
 - 8.9.3. Melakukan bimbingan dan pembinaan kepada pemangku kepentingan dalam pencegahan, pengendalian dan penanggulangan HIV dan AIDS di wilayah kerjanya
 - 8.9.4. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dan menyampaikan laporan berkala secara berjenjang kepada KPA Nasional.

9. Masyarakat sipil (*Civil soceity*)

Civil soceity merupakan mitra kerja yang penting dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Lembaga Swadaya Masyarakat dan Organisasi Non- Pemerintah lainnya seperti Kelompok Dukungan Sebaya telah memberikan kontribusi yang bermakna karena mampu menjangkau sub-populasi berperilaku berisiko dan menjadi pendamping dalam proses perawatan dan pengobatan ODHA. *Civil Soceity* berperan dalam penyuluhan, pelatihan, pendampingan ODHA, pemberian dukungan dan konseling serta melakukan pelayanan VCT. Dimasa mendatang peran ini diharapkan meningkat dan merata di seluruh wilayah Indonesia. Komisi Penanggulangan AIDS di semua tingkat menciptakan lingkungan yang kondusif sehingga *civil soceity* dapat menjalankan perannya dengan tenang dan aman.

9. Dunia Usaha dan sektor swasta

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

13. Tenaga Profesional, Organisasi Profesi dan Perguruan Tinggi

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

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

14. Keluarga dan Masyarakat Umum

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

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

15. Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA)

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

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

BAB V KERJASAMA INTERNASIONAL

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

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

Kerjasama internasional diperlukan untuk mendukung kegiatan-kegiatan prioritas penanggulangan HIV dan AIDS untuk 2007-2010, terutama pengembangan kelembagaan; perawatan, dan pengobatan dukungan terhadap ODHA; peningkatan upaya pencegahan terutama di kalangan kelompok berperilaku risiko tinggi; pengembangan dan pemanfaatan sistem monitoring dan evaluasi nasional; penyediaan obat antiretroviral; pengembangan pencegahan penularan dari ibu ke anak, penanggulangan masalah-masalah lintas batas HIV dan AIDS, serta penelitian.

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

Untuk mendukung pencapaian harmonisasi dan koordinasi yang lebih kuat dan perencanaan strategis yang baik, KPAN akan menggunakan alat bantu sistem informasi yang disebut "Development Assistance Database" (DAD). Agar sistem ini berjalan dengan baik dan dirasakan manfaatnya, maka KPAN sebagai koordinator DAD memerlukan dukungan dan partisipasi aktif dari semua pihak terkait yang terdiri dari pemerintah (pusat, provinsi, kabupaten/kota), mitra bilateral dan multilateral, organisasi internasional, dan LSM.

BAB VI PELAKSANAAN STRATEGI NASIONAL

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

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

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

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

BAB VII MONITORING, EVALUASI DAN PELAPORAN

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

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

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

BAB VIII Pendanaan

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

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

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

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

BAB IX PENUTUP

