



Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Indonesia

# **REVIEW** **Hasil Penelitian**

# **Situasi Kelembagaan** **Program Pengendalian HIV** **di Indonesia**

**Asupan SRAN 2015-2019**

**Meiwita P. Budiharsana dan Peter F. Heywood**

---

**Review Hasil Penelitian  
Situasi Kelembagaan  
Program Pengendalian HIV di Indonesia  
Asupan SRAN 2015-2019**

---

**Meiwita P. Budiharsana dan Peter F. Heywood**

**Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat UI**

**8 November 2017**

**Review Hasil Penelitian**  
**Situasi Kelembagaan**  
**Program Pengendalian HIV di Indonesia**  
**Asupan SRAN 2015-2019**

Penulis

Meiwita P. Budiharsana, MD, MPA, PhD  
Staf Pengajar Dept. Biostatistik dan Ilmu  
Kependudukan,  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Indonesia

Peter F. Heywood  
Honorary Professor  
Menzies Centre for Health Policy  
University of Sydney, Australia

ISBN: 978-979-9394-46-0

Penerbit

Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Indonesia  
Kampus UI Depok, 16424  
Telp +6221 7864975  
Fax +62217863472  
Email [fkmui@ui.ac.id](mailto:fkmui@ui.ac.id)  
[www.fkm.ui.ac.id](http://www.fkm.ui.ac.id)  
Cetakan I. Depok, 2017

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penghargaan penulis sampaikan kepada dr. Agustin Kusumayati, MSc, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI) yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menerbitkan monograf berjudul “Review Hasil Penelitian Situasi Kelembagaan Program Pengendalian HIV di Indonesia: Asupan SRAN 2015-2019”. Penulis juga mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada dr. Asri C. Adisasmita, MPH, Ph.D yang telah memberi informasi, dukungan, serta bimbingan dalam penulisan buku ini. Apresiasi yang tinggi dsampaikan kepada Dr. dr. Sabarinah B. Prasetyo, M.Sc atas dorongan selama ini.

Penghargaan juga disampaikan kepada dr. Kemal N. Siregar, SKM, MA, Ph.D yang pernah memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian Analisis dan Pengembangan Kelembagaan di lembaga Komisi Penanggulangan AIDS Nasional pada tahun 2014; bersama Prof. dr. Budi Utomo, MPH, Ph.D sebagai *Research Advisor HIV Cooperation Program for Indonesia* (HCPI) yang mendukung pendanaan

penelitian Analisis dan Pengembangan Kelembagaan tersebut pada tahun 2014.

Ucapan terimakasih dengan tulus penulis sampaikan kepada Martya Rahmaniati Makful, S.Si, M.Si selaku Ketua Departemen Biostatistik dan Ilmu Kependudukan FKM UI, dan Dr. Besral, SKM, M.Sc, selaku Ketua Departemen sebelumnya, dan Prof. Dr. drg. Indang Trihandini, M.Kes. yang kami hormati. Terima kasih yang tak terhingga juga disampaikan atas doa dan pemberian semangat yang terus menerus dari Dr. drs. Tris Eryando, MA, Popy Yuniar, SKM, MM, dan Milla Herdayati, SKM, Msi. Terakhir, berjuta terima kasih untuk Kanya Anindya dan Wiji Wahyuningsih yang secara fisik dan emosi tanpa lelah membantu mewujudkan ide penulis dari naskah mentah menjadi monograf ini, dalam waktu relatif sangat singkat.

## **PRAKATA**

Merupakan kesepakatan bersama bahwa jumlah kasus (infeksi) baru HIV per tahun di Indonesia meningkat pesat sejak ditemukan kasus pertama pada tahun 1987. Membatasi laju peningkatan yang pada akhirnya mampu menurunkan jumlah kasus baru sampai mencapai nol, merupakan gol utama program pengendalian HIV/AIDS di Indonesia. Namun, meski upaya pengendalian HIV dalam dua dasawarsa terakhir sudah ditingkatkan berlipat ganda, jumlah kasus baru HIV diperkirakan masih terus meningkat. Secara umum dicermati pula bahwa epidemi HIV mengalami perubahan dengan hubungan seksual sebagai cara penularan terbanyak (terutama pada wanita pekerja seks/WPS, laki-laki yang berhubungan seks dengan sesama laki-laki, dan pria berisiko tinggi). Menghadapi situasi ini, cara pengendalian HIV perlu ditinjau ulang dan diperkuat jika Indonesia ingin melihat penurunan nyata jumlah penularan HIV kearah gol nol kasus baru dalam sepuluh tahun mendatang.

Review ini merupakan bagian dari penelitian situasi kelembagaan yang dilakukan pada tahun 2012-2014 atas permintaan Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Nasional (KPAN) yang membawahi sekretariat KPA Provinsi dan Kabupaten/Kota di seluruh Indonesia. Tugas utama KPAN adalah mencegah penyebaran lebih lanjut infeksi HIV, dari data estimasi sekitar 90.000 – 130.000 orang Indonesia dengan HIV positif pada tahun 2002 (Depkes, 2003). Ruang lingkup sistem pengendalian HIV sebagai lembaga sangat rumit, karena itu penelitian ini menggunakan cara pandang multi-disiplin keilmuan.

Penelitian juga menggunakan kerangka pikir yang dikembangkan khusus untuk menilai rumitnya fungsi-fungsi lembaga milik bersama (*a commons*), dikenal dengan nama Kerangka Analisis dan Pengembangan Kelembagaan (*Institutional Assessment and Development, IAD Framework*).

Jakarta, November 2017

Penulis

# DAFTAR ISI

UCAPAN TERIMA KASIH .....	iii
PRAKATA .....	iv
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	viii
DAFTAR DIAGRAM .....	viii
DAFTAR SINGKATAN .....	ix
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan .....	8
BAB II METODE PENELITIAN .....	9
2.1 Kerangka Konsep .....	9
2.2 Definisi Operasional Variabel .....	10
2.3 Metode .....	11
2.4 Instrumen yang dipakai untuk mengumpulkan data .....	12
2.5 Lokasi dan Sampel Penelitian .....	12
2.6 Pengumpulan Data (Kuantitatif dan Kualitatif) .....	14
2.7 Analisis Data .....	16
BAB III HASIL .....	17
3.1 Kontekstual Keseluruhan .....	17
3.2 Variabel Eksternal .....	18
3.2.1 Kondisi Biofisik .....	18
3.2.2 Karakteristik Masyarakat .....	20
3.2.3 Aturan .....	30
3.3 Arena Aksi: Situasi Aksi, Aktor, Informasi, Keputusan .....	33
3.3.1 Situasi Aksi .....	33
3.3.2 Aktor (Individu/Kelompok dalam Posisi Pengambil Keputusan) .....	37
3.3.2 Informasi: Ketersediaan di Sekretariat KPA .....	50
3.4 Alur Umpan Balik-Hasil Surveilans .....	55
BAB IV PEMBAHASAN DAN KESIMPULAN .....	61
BAB V REKOMENDASI .....	71
DAFTAR PUSTAKA .....	79
BIODATA KEDUA PENULIS .....	81
LAMPIRAN .....	83

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1	Peserta penelitian IAD yang mewakili institusi, Desember 2012-April 2013.....	14
-----------	---	----

## **DAFTAR DIAGRAM**

Diagram 2.1	Penerapan Kerangka Konsep APK.....	9
-------------	------------------------------------	---

## DAFTAR SINGKATAN

AEM	<i>Asia Epidemi Model</i>
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AKB	Angka Kematian Bayi
AKI	Angka Kematian Ibu
APK	Analisis dan Pengembangan Kelembagaan
ARV	<i>Antiretroviral</i>
Dinkes	Dinas Kesehatan
HCPI	<i>HIV Cooperation Program for Indonesia</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IAD	<i>Institutional Assessment and Development</i>
IDU	<i>Injecting Drug User</i>
IMS	Infeksi Menular Seksual
Kemenkes	Kementerian Kesehatan
KPA	Komisi Penanggulangan AIDS
KPAN	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
KPAK	Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/kota
KPAP	Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi
KTS	Konseling Testing Sukarela
LJSS	Layanan Jarum Suntik Steril

LSL	Laki-laki Seks Laki-laki
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
MARPs	<i>Most-At-Risk Populations</i>
MMT	<i>Methadone Maintenance Treatment</i>
Waria	Wanita Pria
Penasun	Pengguna Narkoba Suntik
PITC	<i>Provider Initiated Testing and Counselling</i>
PMTCT	<i>Prevention of mother-to-child transmission</i>
PMTS	Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual
PTRM	Program Terapi Rumatan Metadon
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SRAN	Strategi dan Rencana Aksi Nasional
STBP	Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku
STI	<i>Sexually Transmitted Infections</i>
TIPK	Tes HIV atas Inisiasi Petugas Kesehatan
VCT	<i>Voluntary Counseling and Testing</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WPS	Wanita Pekerja Seks

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tahun 1987, laporan kasus pertama HIV/AIDS di Indonesia menunjukkan adanya peningkatan infeksi menular seksual (IMS) diantara wanita pekerja seksual (WPS), meski norma yang ada di masyarakat menganut monogami bagi dewasa laki-laki dan perempuan di perkotaan dan perdesaan. Saat itu, informasi mengenai homoseksual dan jangkauan penyuluhan tentang hubungan seks yang aman hampir tidak ada sama sekali. Populasi transgender (waria) yang menjual pelayanan seksual kepada laki-laki heteroseksual; dan kelompok pengguna jarum suntik (penasun) (IDUs) diperkirakan jumlahnya tidak besar dan berbagi jarum suntik umum dilakukan oleh mereka. Data dari *active sero-surveillance*, masih jarang menemukan kasus HIV positif pada ibu hamil dan pendonor darah di pertengahan tahun 1990-an. Namun, sejak pertengahan tahun 1990an terlihat:

- Ada gejala (*signs*) peningkatan angka kejadian infeksi HIV diantara pengguna jarum suntik (penasun). Mereka dimasukkan sebagai kelompok berisiko pada sentinel surveilans tahun 1996. Infeksi HIV pertama pada kelompok penasun (IDUs) ditemukan tahun 1999 dimana 16% sudah terinfeksi. Dua tahun kemudian, hampir setengah dari penasun sudah positif HIV;
- Ada peningkatan kasus HIV yang pesat di penjara karena peningkatan jumlah narapidana penasun, mereka menggunakan jarum suntik yang terkontaminasi dan praktek seks anal tidak terlindungi;
- Penggunaan kondom pada pekerja seksual tetap rendah meskipun sudah ada upaya promosi meningkatkan penggunaan kondom;
- Tercatat peningkatan prevalensi infeksi menular seksual (IMS) diantara pekerja seksual;
- Pada IMS, sebagian besar wanita pekerja seks (WPS) melakukan pengobatan sendiri atau tidak melakukan pengobatan sama sekali.<sup>1</sup>

Terlihat sangat terbatasnya perhatian pada kasus HIV di penjara dan pengguna jarum suntik yang dipandang sebagai kelompok marginal. Pada mulanya, tidak ada kesiapan untuk menangani perubahan prevalensi HIV yang meningkat cepat pada penasun. Akibatnya, peningkatan prevalensi HIV di awal tahun 2000an sebagian besar didorong oleh epidemi baru HIV pada penasun. Di saat yang sama, diasumsikan prevalensi HIV di populasi umum masih rendah. Kelompok sentinel umumnya menjadi indikator dari apa yang sebenarnya terjadi di populasi lebih luas, seperti pendonor darah dan ibu hamil yang tidak secara rutin diikutsertakan dalam laporan surveillans.

Dengan demikian, masalah HIV di Indonesia di awal tahun 2000an adalah telah terjadi peningkatan infeksi baru yang tidak terduga, terutama pada penasun. Beberapa bukti menjelaskan surveilans bahwa reservoir infeksi adalah kelompok-kelompok berisiko. Artinya, sistem surveilans dan pelaporan tidak lagi akurat melaporkan jumlah kasus baru dan kelompok yang mewakili; hanya ada sedikit informasi mengenai besaran berbagai kelompok berisiko.<sup>1</sup> Artinya, ketidakpastian mengenai perkiraan

jumlah orang dengan HIV positif dan kontribusi dari populasi yang paling berisiko (*most-at-risk-population/MARPs*) terus meningkat.

Menanggapi ketidakpastian tersebut, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) pada tahun 2002 melaksanakan percobaan perhitungan estimasi jumlah orang dengan HIV positif. Dimulai dengan estimasi di tingkat provinsi untuk mengetahui ukuran masing-masing populasi paling berisiko. Jumlah agregat estimasi ini pada tingkat nasional digabung dengan perkiraan prevalensi masing-masing untuk mendapatkan estimasi jumlah orang yang hidup dengan HIV. Diperkirakan bahwa 90.000 – 130.000 orang Indonesia hidup dengan HIV pada akhir tahun 2002.<sup>2</sup>

Pengolahan data tersebut diulang pada tahun 2004 di beberapa provinsi yang sama, dimana untuk beberapa provinsi, estimasi dilakukan di level kabupaten. Meskipun jumlahnya sama seperti tahun 2002, proporsi yang disumbangkan oleh klien/pelanggan WPS tampak terlalu tinggi, demikian pula proporsi LSL (laki-laki seks laki-laki). Hasilnya adalah peningkatan proporsi disebabkan penasun dan

pasangan seks mereka. Disimpulkan sub-epidemi diantara penasun sudah jelas.<sup>1</sup>

Tahun 2012, Indonesia sudah bergerak dari olah data statistik, dengan *spreadsheet* seperti tahun 2002 dan 2004 ke penggunaan model statistic, yaitu *Asia Epidem Model* (AEM) bertujuan untuk memahami perjalanan epidem HIV. Model ini memasukkan asumsi atau ukuran-ukuran perkiraan kontribusi dari populasi berisiko (MARPs), serta memprediksi kontribusi di masa mendatang, untuk menyiapkan perubahan intervensi yang dibutuhkan.<sup>3</sup>

Akan tetapi, diskusi publik mengenai model sangat terbatas dan tidak ada diskusi mengenai validasi data dan asupan asumsi secara umum. Dapat dipahami ada keraguan di masyarakat luas mengenai hasil yang dipublikasikan Badan Dunia pada berbagai kesempatan seperti hari AIDS sedunia, dan jawaban pemerintah Indonesia yang tidak jelas.

Pada dasarnya model-model ini telah banyak disesuaikan guna menjelaskan gambaran bahwa:

- Awal epidem HIV di Indonesia mulainya sangat lambat;

- Paruh kedua pada tahun 1990an, infeksi HIV mulai muncul diantara penasun;
- Begitu mulai mapan, sub-epidemi diantara penasun berkembang pesat, sehingga dalam kurun waktu dua tahun prevalensi HIV pada penasun jumlahnya berlipat ganda di laporan sentinel surveilans.<sup>1</sup>
- Penasun menjadi bagian dari jaringan seksual yang mengalami tumpang tindih dengan WPS dan populasi umum, menyebabkan terjadinya peningkatan kasus baru HIV pada kelompok WPS dan populasi masyarakat umum;
- Intervensi untuk mengurangi penularan antar penasun dinilai relatif berhasil dan proporsi kasus baru dari kelompok ini telah berhasil diturunkan;
- Beberapa estimasi memperkirakan jumlah kasus baru HIV per tahun akan mengalami peningkatan dua kali antara tahun 2012 dan 2025 (perkiraan UNAIDS Indonesia 2012);
- Pemicu utama dari meningkatnya infeksi baru HIV adalah diperhitungkan akan terjadi melalui penularan seksual dengan munculnya sub-

epidemi antara LSL dan perempuan di populasi umum.

Akibatnya terlihat dua epidemi muncul secara bersamaan. Pertama adalah berlanjutnya epidemi yang sudah ada dengan jumlah yang terinfeksi meningkat sedikit demi sedikit. Kedua adalah epidemi baru pada kelompok berbeda dan jaringan seksual yang berbeda. Cepatnya persebaran epidemi kedua seperti pada penasun, karena awalnya tidak diantisipasi atau terdeteksi oleh manajer program pengendalian HIV yang terlambat bertindak. Pertanyaan penting saat ini adalah, apakah sistem surveilans HIV akan mampu mendeteksi perubahan cepat peningkatan penularan HIV pada kelompok berisiko lain di masa depan? Apakah sistem surveilans HIV cukup fleksibel untuk mengidentifikasi kelompok berisiko baru dan mengikutsertakan mereka dalam merancang survei prevalensi agar pemerintah lebih waspada terhadap perubahan epidemi sewaktu-waktu di masa mendatang.

Atas permintaan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN), *HIV Cooperative Program for Indonesia* (HCPI) kerjasama dengan Kementerian

Kesehatan, dilakukan penelitian situasi kelembagaan program pengendalian HIV di Indonesia pada akhir tahun 2012 sampai dengan awal 2013.

## **1.2 Tujuan**

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor kelembagaan yang menghambat maupun mendukung kinerja dan pencapaian program pengendalian HIV di tingkat kabupaten/kota, provinsi, serta nasional. Temuan ini menjadi asupan persiapan Strategi Rencana Aksi Nasional (SRAN) 2015-2019 yang disiapkan oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN).

# BAB II

## METODE PENELITIAN

### 2.1 Kerangka Konsep

Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah kerangka teori Analisis dan Pengembangan Kelembagaan (APK) yang ditemukan oleh Ostrom dan rekan-rekan.<sup>4,5</sup> Peneliti memodifikasi kerangka teori tersebut menjadi kerangka konsep berikut:

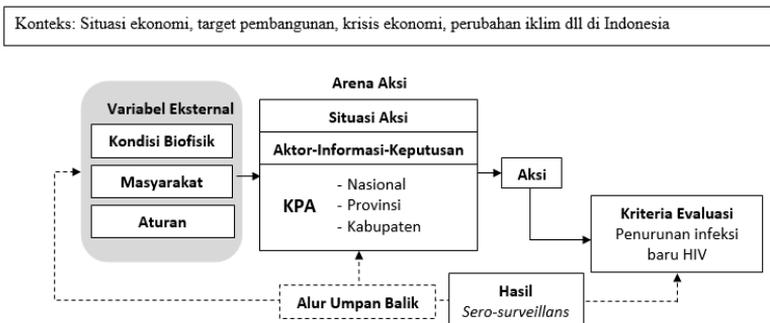


Diagram 2.1 Kerangka Konsep APK  
(Sumber: Ostrom, 2005)

Kerangka konsep ini mencakup komponen struktur formal dan informal organisasi, aturan formal dan informal, undang-undang, kebijakan dan struktur informal lain yang mempengaruhi perilaku, baik individu atau kelompok yang terlibat dalam pengambilan keputusan.

## 2.2 Definisi Operasional Variabel

Dalam semua situasi kelembagaan terlihat tiga golongan besar variabel eksternal yang masing-masing terdiri dari beberapa sub-variabel. Definisi variabel-variabel ini:

1. Variabel-variabel biofisik: variabel-variabel sosial-ekologi yang cepat atau lambat dapat mempengaruhi interaksi manusia dan perubahan program seperti curah hujan, kesuburan tanah, lokasi, musim, dan lainnya.
2. Variabel-variabel masyarakat: jumlah penduduk kecil/besar, stabil/tidak (migrasi), homogen/tidak, jumlah populasi, jenis pekerjaan utama penduduk dan lainnya.
3. Variabel-variabel aturan yang berlaku (*rules-in-use*): mencakup ke 7 cluster aturan Ostrom (2007), dan aturan non-formal dari evolusi budaya lokal dan norma kelompok masyarakat tertentu yang akan berpengaruh pada aktor (individu/kelompok). Seandainya ditemukan kondisi Situasi Aksi tanpa aturan ("*none-rule*"), maka peneliti menggunakan ke-7 kondisi aturan Ostrom diatas, atau mencari tahu aturan

pada kondisi sebelumnya dan memakai kondisi tersebut sebagai *base-line*.

4. Variabel situasi-aksi: jumlah aktor/peserta, ketersediaan informasi, kesempatan dan biaya (untung-rugi), kesempatan insentif, dan sejauh mana insentif (pujian, tips, tambahan uang, promosi, fasilitas) berkontribusi pada posisi, keputusan dan tindakan (aksi).
5. Variabel hasil: data kasus baru infeksi HIV dari sero-surveilans untuk dibandingkan dengan kriteria evaluasi (hasil jumlah penurunan kasus HIV yang ditargetkan (*expected*))

### **2.3 Metode**

Review ini difokuskan pada data kualitatif untuk memahami perjalanan epidemi HIV yang diperoleh dari wawancara dengan informan, diskusi kelompok, wawancara dengan pemuka agama dan pimpinan Sekretariat KPA Pusat, Provinsi dan Daerah (kabupaten/kota) serta observasi tempat-tempat yang merupakan lokasi “situasi-aksi” dalam kerangka konsep.

## **2.4 Instrumen yang dipakai untuk mengumpulkan data**

Instrumen terdiri dari pertanyaan terbuka dengan tema yang ditentukan sebelumnya, yaitu:

- a) peraturan dan strategi sekretariat KPA di tingkat pusat dan jenjang bawahnya;
- b) peraturan dan strategi terkait kriteria nasional pengendalian HIV di Indonesia;
- c) faktor eksternal (biofisik, karakteristik masyarakat, peraturan yang berlaku); dan
- d) langkah-langkah yang dilakukan agar faktor-faktor 1,2, dan 3 diatas memengaruhi aktor di jenjang yang sama, pola interaksi diantara mereka, kinerja keseluruhan (efisiensi, *equity*, akuntabilitas, kemampuan adaptasi), hasil (sasaran/tujuan), dan ketepatan waktu saat umpan balik diterima untuk melakukan perbaikan tindakan (rencana) guna menguatkan kelembagaan.

## **2.5 Lokasi dan Sampel Penelitian**

Studi ini akan dilakukan di tingkat nasional dan di tiga provinsi: Jakarta, Jawa Barat dan Jawa Timur

(provinsi dengan prevalensi HIV tinggi). Kriteria pemilihan lokasi, yaitu:

- a) Dinilai KPAN berpotensi besar dalam kontribusi penurunan jumlah kasus baru HIV di tingkat nasional;
- b) Lokasi termasuk Kabupaten/kota yang didukung Global Fund;
- c) Jakarta termasuk karena tempat kantor pusat (KPAN) tingkat nasional. Sampel penelitian diambil secara "*purposive*" sebagaimana yang telah ditentukan oleh KPAN Pusat.

Sampel penelitian diambil secara *purposive*, ditentukan oleh KPAN Pusat, yaitu Bandung, Karawang, Purwakarta, Cirebon, Indramayu untuk Provinsi Jawa Barat; Surabaya, Sidoarjo, dan Gresik untuk Provinsi Jawa Timur.

Total terdapat 130 narasumber yang diwawancara (tabel 2.1), disusun berdasarkan organisasi yang diwakili.

Tabel 2.1 Peserta penelitian IAD yang mewakili institusi, Desember 2012-April 2013

Institusi	Narasumber dihubungi (orang)	Narasumber diwawancara (orang)
KPA Nasional	6	5
KPA Prov/Kab/Kota	39	36
Kemenkes	4	2
Dinkes Prov/Kab/Kota	20	18
Tenaga kesehatan	18	11
LSM	46	38
Lembaga Donor	21	14
Akademisi/profesional	12	1
Pemuka agama	4	4
Institusi lainnya	3	1
Total peserta	173	130

## 2.6 Pengumpulan Data (Kuantitatif dan Kualitatif)

Pengumpulan data dilakukan melalui langkah-langkah berikut:

1. Tinjauan ulang *website* dan laporan-laporan survei;
2. Tinjauan keputusan presiden dan peraturan-peraturan dan dokumen kebijakan dari KPAN;
3. Tinjauan tren tahunan hasil sero-surveilans yang diterima KPA provinsi/kabupaten, rumah sakit daerah, petugas dinas kesehatan (Dinkes atau Sudinkes), Palang Merah dan LSM yang bekerja pada HIV (Spiritia, Pelita Ilmu);

4. Membandingkan data dari berbagai model proyeksi epidemi HIV di Indonesia;
5. Wawancara dengan narasumber utama seperti Sekretariat KPAN, Koordinator penelitian, penasihat teknis dan koordinator M&E, KPAP dan seretariat KPA provinsi/kota, Kepala Monev, Kabid Prompen dan petugas program/tim bantuan yang diikutsertakan pada monitoring dan evaluasi program pengendalian HIV;
6. Wawancara dengan narasumber utama yaitu Manajer Program AIDS Nasional Kementerian Kesehatan/ Kepala Subdirektorat HIV dan Infeksi Menular Seksual, dan Kepala Subdirektorat Tuberkulosis, Direktorat Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang berperan dalam monitoring dan evaluasi sero-surveilans pada program pengendalian HIV;
7. Wawancara dengan narasumber utama perwakilan dari organisasi sosial masyarakat

dan lembaga swadaya masyarakat (LSM) peduli HIV;

8. Observasi pertemuan-pertemuan (arena aksi) di tingkat pusat, KPAP Jawa Barat dengan 10 sekretariat KPA kabupaten/kota, KPAP Jawa Timur dengan 10 sekretariat KPA kabupaten/kota, diikuti wawancara narasumber kunci yang terpilih;
9. Tambahkan wawancara dengan USAID Indonesia, Perwakilan USAID GF, AusAID/Indonesia, *Country Coordinating Mechanism* (CCM), *GF Technical Working Groups* (TWG), *GF Principal Recipients* (PKBI and NU) dan *Sub-recipients* (lokal CSOs and LSM).
10. Narasumber kunci dipilih secara *purposive* saat obeservasi ‘arena aksi’;

## **2.7 Analisis Data**

Data kualitatif berasal dari pertanyaan terbuka yang ditransformasikan ke transkrip bentuk standar dan kemudian dianalisis berdasarkan tema-tema pokok yang telah disetujui dan disusun pada pedoman wawancara dengan narasumber utama.

# BAB III

## HASIL

### 3.1 Kontekstual Keseluruhan

Dalam jangka panjang epidemi HIV dipengaruhi oleh:

- a) pembangunan ekonomi secara umum, terutama derajat kemiskinan;
- b) mobilitas karena berbagai alasan, termasuk migrasi (jangka waktu panjang maupun pendek)
- c) pencarian pekerjaan musiman, paceklik/musim kekeringan, dan ketidakstabilan politik; dan situasi
- d) ketidaksetaraan gender.<sup>6</sup>

Seluruh faktor-faktor ini adalah momentum perubahan sosioekonomi yang dapat mempercepat penularan HIV.

Peristiwa-peristiwa yang mendasari perubahan kontekstual bervariasi mulai dari krisis keuangan global, pembangunan ekonomi regional, hingga perubahan iklim. Beberapa perubahan mungkin

berkembang secara perlahan (seperti berubahnya *dependency ratio*), sedangkan yang lainnya mungkin terjadi dengan sangat cepat namun tidak terlihat jelas seperti migrasi lokal untuk mencari pekerjaan di beberapa kawasan industri di Jawa Barat.

Pengelolaan epidemi HIV mensyaratkan perlunya pihak berwenang (KPA dan KPAN) mengidentifikasi perubahan penting pada variabel kontekstual dan monitoring perubahan untuk mengantisipasi munculnya kelompok risiko baru, dan mengarahkan surveilans HIV ke kelompok risiko baru tersebut, agar kegiatan preventif mencakup daerah-daerah baru ini. Variabel kontekstual mungkin saling berinteraksi satu dengan yang lainnya, membuat hasil yang tidak seperti biasanya dengan cara yang tidak terduga. Identifikasi dan monitoring variabel-variabel ini penting untuk diadaptasi dalam pengelolaan epidemi jangka panjang.

## **3.2 Variabel Eksternal**

### **3.2.1 Kondisi Biofisik**

Kondisi biofisik meliputi teknologi yang saat ini tersedia dan dimanfaatkan untuk mengendalikan epidemi HIV di Indonesia, antara lain:

- kondom untuk pencegahan penularan seksual;
- program pengurangan dampak buruk, antara lain Layanan Jarum Suntik Steril (LJSS) dan Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) untuk pencegahan penularan HIV diantara pengguna narkoba suntik (penasun);
- pengobatan ARV untuk mereka yang memenuhi kriteria tatalaksana pengobatan standar klinis;
- inisiasi pengobatan-sebagai-pencegahan
- PMTCT (Pencegahan penularan dari ibu ke anak)
- Pendekatan tes dan pengobatan
- KTS/VCT (Konseling Testing Sukarela/ *Voluntary Counselling and Testing*)
- TIPK/PITC (Tes HIV atas Inisiasi Petugas Kesehatan/*Provider Initiated Testing and Counselling*).

Muncul sebuah pertanyaan penting mengenai kebijakan dari sekretariat KPAN yaitu tentang peran pengobatan untuk

pengecegan pada program pengendalian HIV di masa depan.

*“Mengingat anggaran nasional untuk pengadaan ARV bagi orang dengan HIV harus memperhitungkan lama hingga 20 tahunan, maka perlu dibicarakan bahwa pembelian ARV tidak dikelola oleh pusat; harus didiskusikan kemungkinan pembagian beban dengan provinsi, kota dan kabupaten. Kebijakan ini belum pernah ditinjau, dan perlu masuk ke agenda SRAN.”*

Asupan ini penting bagi Sekretaris KPAN sebelum kemudian meneruskan saran dan rekomendasi ke pemerintah. Karena sifat pengobatan HIV, dapat memakan waktu 20 tahun atau lebih, disarankan Ketua KPAN dan Sekretaris KPAN memimpin diskusi terbuka mengenai pilihan yang tepat sebelum pemerintah membuat peraturan tentang hal ini.<sup>7,8</sup>

### **3.2.2 Karakteristik Masyarakat**

Karakteristik masyarakat mencakup berbagai fenomena yang dapat menjadi faktor penentu pengambilan keputusan dan tindakan sebagai konsekuensinya. Ada norma dan

pandangan umum yang sama dan yang berbeda di provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat dan Jawa Timur. Hal ini memengaruhi keputusan yang di buat dalam posisi aktor di Sekretariat KPA Provinsi/Kabupaten/Kota.

Menurut teori, keyakinan dan norma masyarakat ini disebut sebagai efek struktural yang melatarbelakangi perilaku seseorang dalam mengambil tindakan.<sup>9-12</sup> Efek struktural ini bisa berdampak positif atau negatif terhadap upaya pengendalian penularan HIV.<sup>6</sup>

Berdasarkan temuan penelitian, beberapa karakteristik masyarakat yang memiliki pengaruh struktural terhadap upaya pengendalian HIV di tiga provinsi yang dikunjungi, adalah:

- Stigma terhadap HIV/AIDS – stigma sosial di masyarakat berkaitan dengan infeksi HIV jelas menghalangi sebagian besar politisi (termasuk para ketua KPAD seperti bupati, walikota, gubernur) dan pemuka agama untuk secara terbuka membahas masalah HIV, apalagi mencari solusinya.

*“.....angka prevalensi dan insidens tidak penting, politik dulu..., Bapak Bupati malu kalau ada anak muda yang positif HIV, jadi kasus disembunyikan (tidak dilaporkan).”*

*“.....Bupati Garut saat itu misalnya, contoh seorang hipokrit. Dengan alasan agama menyatakan “Saya Sarjana Agama, dengan ini mengatakan masyarakat Garut adalah masyarakat agamis, jadi tidak ada infeksi HIV di Kabupaten Garut” - dengan pernyataan seperti itu, kami (Sekretariat KPAK) tidak bisa berbuat apa-apa”.*

Penolakan terhadap kondom di masyarakat dijelaskan lewat pernyataan ini.

*“Kondom bukan jawaban, kita mesti memiliki kekuatan iman melawan hawa nafsu. Ini yang mesti dibekali sejak kecil.”*

- Sikap terhadap gender dan seksualitas masih mencerminkan stereotip umum yang memposisikan laki-laki lebih hebat/kuat dari perempuan, termasuk kaitannya dalam seksualitas. Sikap ini ditambah stigma sosial terhadap infeksi HIV, menjadi dasar penolakan kegiatan pengendalian HIV, terutama dalam menolak penggunaan

kondom untuk mengurangi penularan melalui hubungan seksual.

Contoh stereotip lain, “.....mengejar WPS di jalanan atau di lokasi pelacuran, merupakan simbol patriarki. Masyarakat membiarkan hal tersebut terjadi.”

- Sikap terhadap konsumsi obat-obatan terlarang sudah bisa diatasi dengan hukum – walaupun konsumsi obat-obatan umumnya ditentang di lingkungan masyarakat. Berkat meningkatnya pengetahuan dan pemahaman masyarakat bahwa ada dasar hukum untuk kegiatan-kegiatan pembagian jarum suntik dan metadon, Sebagai bagian upaya pengendalian penyebaran HIV, para penasun tidak lagi langsung ditangkap.

*“Dari pengalaman pribadi, pada tahun 2004 (sebagai petugas teknis harm reduction nasional) saya mengamati bahwa pembagian jarum suntik steril ke penasun tidak merubah perilaku mereka selama bertahun-tahun. Lalu kami (LSM) kumpulkan informasi dan menemukan bahwa jika tertangkap polisi, penjual dilepas, sedangkan pengguna ditahan.*

*Tahun 2006, kami mengusulkan mengubah hukum tersebut. Dengan dikeluarkannya Undang-undang BNN Tahun 2009 Pasal 54-55 bahwa penasun berhak diobati, maka ada landasan hukum untuk penasun untuk tidak ditangkap di jalan/rumah.”*

- Sikap masyarakat umum terhadap penularan HIV melalui hubungan seksual, sebenarnya juga mempertanyakan ketidakjelasan dukungan sektor-sektor lain terhadap program pengendalian HIV, seperti dukungan dari:
  - Kepolisian setempat;
  - Sistem hukum setempat, termasuk hukum adat; dan
  - Sistem pendidikan (formal dan nonformal).

*“Sebenarnya, banyak hukum yang sudah kita miliki bisa dipakai, seperti: eliminasi kekerasan terhadap perempuan, hukum tentang memperdagangkan manusia, perlindungan anak, hukum perkawinan, termasuk KUHP Bab 10 Pasal 281-289 untuk menahan pihak laki-laki dan tidak menahan perempuan. Tetapi disini, tidak ada penegasan hukum. Meski saya telah lama mengikuti program pencegahan*

*HIV, semua teori terbatas pada pengendalian perilaku, padahal tidak semua orang bisa mengekspresikan hal itu. Perilaku tidak terjadi dalam keadaan “kosong”, karena perilaku dibentuk oleh konteks budaya setempat (lingkungan yang mendukung). Dalam kaitannya dengan peningkatan jumlah kasus baru HIV, penularan melalui hubungan seksual tidak hanya disebabkan oleh perilaku, tetapi budaya patriarki.”*

- Kerjasama antar kementerian untuk keberhasilan program pengendalian HIV memerlukan hubungan aktif antar kementerian dan lembaga, terutama KPAN dan Kementerian Kesehatan, dan juga dengan kementerian lainnya. Khususnya Kementerian Dalam Negeri, Kepolisian, Kementerian Kehakiman dan Hak Asasi Manusia, dan Kementerian Agama. Setiap kementerian memiliki fungsi nasional yang berpotensi memainkan peran penting dalam pengendalian HIV di kabupaten dan kota dengan prevalensi tinggi. Kerjasama yang pernah sukses dilakukan dengan Kepolisian Negara Republik Indonesia dan

Kementerian Dalam Negeri melalui upaya koordinasi KPAN, contohnya intervensi struktural untuk menurunkan penularan HIV diantara penasun

*“Tahun 2004, saya terlibat dalam kegiatan advokasi pentingnya Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) dan jarum suntik untuk penasun. Saya pergi ke banyak tempat mengikuti pertemuan di Vietnam, Myanmar, dan Cina, lalu melaksanakan projek uji coba di Jakarta dan Bali. Saya belajar sesuatu yang berharga, dimana kami mengejar satu sasaran, Kapolri. Jika Kapolri setuju untuk mengirim surat edaran kesemua jajaran polisi untuk ‘tidak menangkap WPS’ (seperti penasun dalam intervensi terdahulu), maka bisa dijamin semua polisi di kabupaten/kota akan mematuhi surat edaran itu. Inilah yang terjadi di program 100% penggunaan kondom di Thailand.”*

Hasil temuan tentang karakteristik masyarakat menunjukkan banyak dampak negatif yang nyata terhadap pengendalian HIV di Indonesia, serta tampak perbedaan antar kabupaten/kota terkait sikap masyarakat. Masyarakat masih belum tahu apa yang harus mengendalikan epidemi HIV. Ada perbedaan

besar terkait pendapat bagaimana pejabat dan tokoh masyarakat atau agama setempat harus bertindak. Pembicaraan dan penyuluhan tentang cara penularan HIV, apa bentuk intervensi struktural, bagaimana intervensi langsung diberikan kepada individu, ternyata dilakukan dengan cara yang berbeda-beda dan tidak dinilai keefektifannya.

Ada tokoh masyarakat yang mengambil sikap lebih terbuka dan bersedia untuk mengeksplorasi cara-cara mencegah penularan secara seksual tanpa mengucilkan WPS dan LSL. Akan tetapi, karena sulit dan menghabiskan waktu yang sangat lama, akhirnya, jika peluang keberhasilan kecil, maka sekretariat KPA daerah enggan untuk melakukan intervensi tersebut. Termasuk juga, upaya untuk meningkatkan penggunaan kondom, yang dampaknya tidak seberapa. Ini merupakan kendala paling besar dalam upaya eliminasi infeksi baru HIV dan pengendalian epidemi di Indonesia.

Ironisnya, rendahnya keyakinan bahwa pemakaian kondom dapat mencegah penularan HIV juga ditemui diantara polisi, seperti diceritakan oleh seorang muncikari.

*“Polisi itu bisa datang (untuk minta pungutan jasa perlindungan) sampai tiga kali sehari dengan polisi yang berbeda. Kadang, cukup disediakan minum, tapi ada juga yang minta pelayanan seksual. Sebagai imbalannya, mereka akan membocorkan jadwal dan tempat razia WPS selanjutnya kepada muncikari dan WPS.”*

Hasil di lapangan juga menunjukkan adanya pimpinan kelompok masyarakat sipil dan pemuka agama yang ingin bekerjasama dalam jangka panjang dengan KPA, namun mereka tidak memiliki informasi dan pengetahuan sama sekali. Pemerintah daerah tidak dapat menjamin kemitraan yang berkelanjutan dengan kelompok-kelompok ini.

Mengingat skala besar (nasional) intervensi struktural untuk mengendalikan penularan HIV melalui hubungan seksual, diperlukan kerjasama antar kementerian, khususnya

dengan Kementerian Dalam Negeri, untuk menguatkan posisi WPS dalam negosiasi penggunaan kondom. Sama seperti pada upaya pengendalian penularan HIV diantara penasun. Masukan dari para pimpinan LSM dan para ahli HIV memvalidasi pentingnya peran KPAN dan sekretariat KPAD dalam tiga hal:

- Pertama, dengan melibatkan kementerian di tingkat pusat, khususnya Kementerian Dalam Negeri, Kepolisian Nasional, Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia serta Kementerian Agama menciptakan suasana yang mendukung di tingkat kabupaten/ kota khususnya kepada para bupati, walikota dan tokoh agama;
- Kedua, secara konsisten melibatkan organisasi keagamaan besar terutama Nahdlatul Ulama dan Muhammadiyah di tingkat nasional;
- Ketiga, memperkuat dukungan di tingkat daerah dengan menginisiasi dialog dengan para tokoh politik dan agama di kabupaten/kota yang diduga memiliki

beban berat epidemi HIV terutama memasukkan dalam SRAN perencanaan dan anggaran untuk mengukur dampak pengendalian HIV, dan menerapkan intervensi efektif apa yang tepat guna untuk mencegah bahaya yang lebih besar.

### **3.2.3 Aturan**

Aturan yang digunakan adalah pemahaman bersama, norma-norma, rutinitas dan strategi untuk mengintegrasikan tindakan dan alokasi sumber daya, terutama dalam situasi yang sering, seperti pertemuan-pertemuan untuk menjelaskan tentang alasan atau justifikasi prinsip kepada sesama peserta di suatu arena aksi.<sup>13</sup> Aturan memengaruhi perilaku di dalam dan di antara organisasi serta dapat mempengaruhi pembuatan dan penerapan peraturan di masa depan. Jika mereka ingin aturan berjalan secara efektif, aturan harus cocok dengan situasi yang mendasarinya, termasuk karakter masyarakatnya, dan mungkin perlu berbeda dari satu tempat ke tempat lain. Idealnya, peraturan dapat

memberikan kesempatan bagi peserta untuk mengembangkan, memantau, menerapkan, dan mengubah peraturan sebagai tanggapan terhadap perubahan lingkungan.<sup>4</sup>

Temuan tentang peraturan, dikategorikan dalam jenjang berbeda:

- Aturan operasional - kapan, di mana dan bagaimana melakukan sesuatu, siapa yang harus memantau tindakan orang lain, bagaimana tindakan harus dipantau, apa informasi yang bertukar, penghargaan dan sanksi-penyesuaian, ketentuan, pemantauan dan penegakan;
- Aturan kelompok secara kolektif - bagaimana cara mengubah peraturan operasional, siapa yang dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan - pembuatan kebijakan, manajemen, dan keputusan pengadilan;
- Aturan konstitusional - siapa yang berhak berpartisipasi, terhadap peraturan untuk mengembangkan dan mengubah peraturan kelompok secara kolektif.

Temuan menunjukkan bahwa peraturan di jenjang operasional dampaknya berbeda-beda, ada yang meningkatkan atau menurunkan biaya, mengumpulkan dan mengorganisir informasi, dan meningkatkan atau mengurangi kemungkinan kolaborasi dan atau konflik di dalam dan antarorganisasi.

Temuan pada jenjang aturan kelompok secara kolektif, menunjukkan banyak kontradiksi internal dan risiko konflik, baik dalam peraturan tertulis secara formal maupun peraturan informal. Karena peraturan-peraturan ini saling berkontradiksi. Hal ini sering kali mengurangi potensi kolaborasi, dan meningkatkan adanya risiko konflik secara keseluruhan mengurangi harapan pencapaian tujuan pengendalian HIV jangka pendek dan panjang. Banyak dari kontradiksi ini sudah merupakan "peraturan tidak tertulis" sejak lama tentang kerjasama antar departemen. Mereka tidak memerlukan undang-undang atau peraturan untuk berubah. Mereka hanya membutuhkan kepemimpinan yang konsisten,

kuat dan visioner. Intinya mampu membawa “budaya” baru ke organisasi yang dimaksud. Lembaga KPAN tampak memerlukan perubahan ini sesegera mungkin. Jajaran KPAD percaya bahwa perubahan pada tingkat nasional akan mendorong perubahan pada jenjang yang lebih rendah dan operasional.

### **3.3 Arena Aksi: Situasi Aksi, Aktor, Informasi, Keputusan**

#### **3.3.1 Situasi Aksi**

Situasi aksi adalah fokus pendekatan analisis dan pengembangan kelembagaan (APK). Karena epidemi HIV ini sangat kompleks dan responnya juga kompleks, frekuensi situasi aksi juga meningkat seiring berjalannya waktu. Selain itu, interval antar situasi aksi juga memendek sehingga kerjasama antara kementerian, lembaga dan petugas kesehatan atau kepolisian tampak saling tumpang tindih. Beberapa situasi aksi yang diobservasi selama masa penelitian adalah:

- Rapat koordinasi KPA, Kemkes, dan LSM dari Jawa Timur pada pertemuan yang diselenggarakan oleh Sekretariat KPA Jawa Timur (tingkat provinsi);
- Rapat koordinasi KPA, Kemkes, dan LSM dari Jawa Barat pada pertemuan yang diselenggarakan oleh Sekretariat KPA Jawa Barat (tingkat provinsi);
- Rapat internal Sekretariat KPA DKI Jakarta (tingkat provinsi);
- Pertemuan pimpinan Sekretariat KPA di berbagai kabupaten/kota di Jawa Barat dan Jawa Timur;
- Pertemuan Staf Sekretariat KPA pada tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota;
- Pertemuan Staf Kemkes dan Dinkes pada tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota;
- Pertemuan Ketua LSM pada tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota;

- Wawancara dengan dokter senior dan staf rumah sakit umum daerah pada tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota;
- Percakapan dengan individu/kelompok kecil seperti WPS, LSL, IDU, waria, serta LSM yang bekerja dengan mereka dalam kunjungan ke tempat prostitusi, warung karaoke (warung pinggir jalan/lapo) dan hotspot lainnya di Surabaya, Cirebon, dan Indramayu;
- Pertemuan dengan perwakilan donor, kontraktor, dan Lembaga internasional.

Hasil temuan sejalan dengan dugaan adanya variasi kapasitas setiap aktor, variasi jenis dan jumlah informasi yang tersedia untuk mereka, dan kemampuan aktor untuk mengolah informasi yang tersedia. Aktor (individu/kelompok), jelas dipengaruhi oleh faktor eksternal dan perhitungan intrinsik tentang biaya dan manfaat, serta informasi dan kemampuan memperoleh dan mengolah

informasi tersebut, saat membuat kepatuhan atau mengambil tindakan.

Ringkasan kesimpulan situasi kelembagaan:

- Situasi aksi dipengaruhi oleh banyak orang dengan motivasi tinggi untuk berpartisipasi dalam upaya pengendalian HIV di semua jenjang;
- Namun, tampak kerjasama antar departemen pemerintahan sangat lemah di tingkat kabupaten/kota;
- Sikap masyarakat yang masih negatif mengenai HIV dan transmisi melalui seks, membatasi kegiatan pengendalian pada tingkat operasional maupun tingkat yang lebih tinggi secara nyata. Ditambah lagi dengan kondisi:
  - Kurangnya informasi di semua jenjang, jelas berpengaruh negatif terhadap pemilihan strategi dan kegiatan pengendalian oleh KPAD;
  - Permintaan untuk lebih banyak informasi diberikan ke masyarakat umum sangat tampak tidak/belum terpenuhi dengan

baik. Akibatnya, banyak kegiatan yang dikoordinasi oleh Sekretariat KPA tidak efektif;

- Penekanan pada program yang “seragam” di seluruh provinsi dan semua kabupaten/kota berarti rancangan program pengendalian HIV tidak mempertimbangkan keunikan atau kekhususan sumber daya, karakteristik masyarakat, dan aturan/norma/adat masyarakat tertentu yang berlaku.

### **3.3.2 Aktor (Individu/Kelompok dalam Posisi Pengambil Keputusan**

#### **3.3.2.1 KPA**

Temuan observasi dan hasil wawancara di jenjang Sekretariat KPA Kabupaten/kota jelas memperlihatkan mereka mengalami kesulitan dalam menjalankan tugas dalam mengkoordinasikan kegiatan pencegahan penularan HIV. Di satu sisi, Sekretariat KPA merasa memiliki mandat tersebut, di lain sisi menghadapi hubungan yang sulit dengan mitra utamanya, yaitu Dinas

Kesehatan (jenjang di bawah Kemenkes). Akibatnya, di banyak kabupaten/kota, saat ini peraturan yang berjalan masing-masing sebenarnya bekerja sendiri-sendiri.

*“Secara teori, KPA dan Dinkes bekerjasama. Namun nyatanya, KPAN dan Kemenkes, sangat vertical. Masing-masing bekerja sendiri-sendiri meskipun tahun ini (2013), sedikit lebih baik.”*

*“Kami menyarankan Kemenkes untuk membagi data HIV, namun Kemenkes menolak.”*

Di beberapa kabupaten/kota terdapat dukungan positif bagi Sekretariat KPA, namun di tempat lain didapati pertentangan terbuka antara staf Sekretariat KPA dengan Dinkes setempat. Dijumpai, banyak Sekretariat KPA yang:

- tidak mengetahui rincian status epidemi HIV daerahnya;
- tidak memiliki latar belakang untuk dapat memahami rincian jika informasi pun tersedia;

- hanya bisa mengeluh tidak ada kerjasama dari kementerian lain, terutama kesehatan (Dinkes);
- tidak mampu meminta atau membaca hasil surveilans Kemkes untuk daerahnya, apalagi jika pernah ditolak.

*“Bukan situasi yang mengejutkan. Sejak tahun lalu, hubungan dengan Kemenkes sedikit lebih baik. Dulu-dulu, mereka tidak pernah hadir jika diundang ke pertemuan kita (Sekretariat KPA). Kalau kita minta data, mereka minta surat resmi, tapi setelah kirim surat resmi pun tetap tidak dijawab.”*

*“Kalau dingat dulu, tahun 2006, waktu KPAN akhirnya diresmikan dengan Keputusan Presiden, hampir saja kami gagal menyusun SRAN pertama karena kami tidak punya akses terhadap data (HIV) yang diperlukan untuk membuat rencana aksi.”*

Akibatnya, kegiatan KPA Provinsi, Kabupaten/Kota dilakukan tanpa mengacu pada situasi epidemi (berdasarkan jumlah kasus baru dari data surveilans lokal).

Beberapa daerah mengacu pada perkiraan nasional yang dikirim KPAN ditambah pertimbangan sifat dan keadaan epidemi di tingkat lokal serta implikasi untuk program pengendalian lokal yang diperkirakan mampu dilakukan.

*“Pada tingkat kota/kabupaten, biasanya Sekretariat KPA tidak menyusun strategi dan rencana aksi berdasarkan data.”*

*“Setiap tahun, saya melihat sekitar 30% peserta adalah wajah-wajah baru. Mereka bukan staf Sekretariat KPA. Materi pelatihan tidak bisa maju-maju, selalu mulai dari dasar lagi.”*

*“Bilangnya mengumpulkan data, tapi tidak pernah diolah. Sekretariat KPA cuma punya satu pegawai merangkap sebagai manajer program sekaligus monev. Terlalu banyak pekerjaan.”*

Banyak Sekretaris KPA (tingkat provinsi, kota dan kabupaten) mengundurkan diri karena kurang dukungan dari polisi, pemimpin politik dan pemuka agama, serta kurang memiliki pengaruh di partai politik.

Ketika ditanyakan mengenai epidemi HIV, menurut mereka epidemi HIV statis, tidak ada kelompok berisiko. Daerah menunggu kepemimpinan KPAN mengenai kebijakan dan program terobosan, namun merasa selama ini belum ada sesuatu yang baru.

*“Kami (KPA Kabupaten di Jawa Barat) mengirim laporan ke KPAN (Pusat) tapi tidak pernah ada komentar balik dari pusat ke kami, Tidak juga ada dari KPA Provinsi. Jika ada kesalahan, koreksi biasanya menghabiskan waktu kurang lebih 3 bulan.”*

Hampir semua Sekretaris KPA yang diwawancarai, mengakui bahwa mereka tidak memiliki kapasitas yang memadai untuk menyusun rencana aksi, atau membuat sistem pemantauan dengan ukuran “input” dan “output”, apalagi membayangkan ukuran dampak dan hasil akhir (*outcomes*). Sebagian besar sekretariat KPA (tiga provinsi yang terlibat dan kabupaten/kota yang dikunjungi)

mengakui memerlukan pendampingan (*mentoring*) dari pusat.

### 3.3.2.2 Kementerian Kesehatan

Ada kesan dari pejabat kesehatan di pusat dan daerah, pakar internasional dan nasional, dan pimpinan LSM bahwa ketika KPA direvitalisasi pada tahun 2006, terasa ada reaksi defensive di Kemenkes di semua tingkat (Kemenkes, Dinkes Provinsi dan Dinkes Kabupaten/Kota) dan timbul sikap posesif terhadap data dari berbagai kegiatan surveilans berbagai kegiatan rutin surveilans (tidak mau berbagi dengan KPAN/KPA Daerah).

Beberapa staf Dinkes mempertanyakan peran dan fungsi KPA sebagai koordinator.

*“KPA kok bertindak sebagai eksekutor, bukan sebagai koordinator, ini kan salah, tidak sesuai KepPres.”*

*“KPA mandul, Makanya tidak ada hasilnya. Sebaiknya melakukan koordinasi untuk mobilisasi DPRD agar ada kegiatan di tingkat kabupaten tentang HIV/AIDS.”*

*“...KPAD (dan LSM local) hanya meniru pekerjaan Dinkes selama ini. Mereka tidak melakukan apa yang seharusnya mereka kerjakan. Cuma politik saja. Seharusnya Dinkes saja yang melakukan program kegiatan terkait HIV.”*

Di beberapa lokasi, hasil temuan bahkan memperlihatkan data HIV/AIDS Dinkes disimpan di laptop pejabat yang pensiun atau dipindah, sehingga data surveilans turut terbawa dan hilang.

*“Dari Januari hingga Agustus 2012 (Dinkes Kabupaten), tidak ada petugas yang menangani unit HIV saat petugas baru datang, tidak ada data sama sekali. Data tersimpan di laptop petugas “lama” yang sudah dipindah ke posisi/jabatan lain. Tidak ada serah terima.”*

Sangatlah sulit, atau tidak mungkin bagi sekretariat KPA di jenjang manapun untuk mendapatkan informasi rinci mengenai hasil surveilans dari dinas kesehatan setempat.

*“Dinkes tidak pernah menjelaskan tujuan sero-survei yang dilakukan tiap tahun; dan karena itu juga tidak pernah*

*mengakomodasi tujuan monitoring dan evaluasi KPA untuk mengukur dampak program KPA.”*

Sekretariat KPAD sering tidak diketahui tentang jadwal dan tempat berbagai kegiatan terkait HIV yang dilakukan oleh Dinkes (misalnya VCT, perawatan, surveilans) karena sering dilakukan secara sepihak. Dinkes setempat juga tidak mengolah data surveilans yang dikumpulkannya.

Ternyata kegiatan surveilans sentinel biasanya dilakukan Dinkes Kabupaten/Kota sesuai jadwal lokal dan ketersediaan dana. Kelompok yang disurvei setiap tahun berbeda-beda sesuai dengan kendala administratif. Koordinasi dengan tingkat provinsi dan pusat sedikit sekali. Ada keengganan besar untuk berbagi hasil surveilans dengan entitas pemerintah lainnya.

Secara keseluruhan, temuan hasil menunjukkan bahwa Dinkes kabupaten/kota tidak menganggap

memiliki kewajiban untuk berbagi data atau berkontribusi pada Sekretariat KPA memikirkan perjalanan epidemi HIV/AIDS di kabupaten/kota tersebut. Dinkes masih beranggapan epidemi HIV/AIDS terkonsentrasi secara statis (kecuali Papua) dan hanya ditangani di tingkat nasional (oleh Sekretariat KPAN). Tugas mereka cukup mengumpulkan data, tidak perlu menganalisis atau bertanya apa arti data tersebut. Pemikiran seperti ini juga ditemukan di beberapa tempat (banyak yang merasa ini adalah tanggung jawab pusat yaitu KPAN dan Kemenkes) dan tidak perlu mengkhawatirkan infeksi HIV/AIDS di tingkat kabupaten/ kota.

### **3.3.2.3 LSM**

LSM saat ini telah bergeser dari pinggir ke tengah dan menjadi pelaku utama program pengendalian HIV di tingkat kabupaten/kota. Wawancara dengan para pemimpin LSM nasional dan lokal mengungkapkan bahwa di dalam proyek

Global Fund (GF) mereka memiliki peran yang penting dan diakui lebih baik. Tentu saja, hal ini hanya untuk LSM yang besar - LSM lokal masih mengeluh mengenai kurangnya keterlibatan mereka dalam diskusi.

*“Secara perorangan, LSM mempunyai hubungan baik dengan KPAP. Tetapi, secara kelembagaan, misalnya kami diminta mengirim rencana kegiatan LSM kami ke KPAP setiap tahun; kami tidak pernah menerima komentar/umpan balik, dan tidak juga dukungan.”*

Di jenjang lokal, LSM lokal merasa tidak terlalu terlibat dalam merancang intervensi, meski mereka dikontrak sebagai pelaksana. *Sub-recipients* (SR) dan *sub-sub-recipients* (SSR) dalam proyek GF merasa mereka tidak memiliki banyak pilihan kecuali menyetujui target yang diberikan. Meskipun mereka terlibat dalam awal perkiraan ukuran populasi sasaran, target yang ditetapkan ternyata lebih besar daripada angka yang mereka usulkan.

*“.....mengenai perbedaan target dan perkiraan hasil pemetaan kami, LSM akan berusaha semampunya untuk mengejar target, tetapi... kami tidak memiliki cukup sumber daya manusia untuk itu. Pusat mestinya mendengarkan masukan kami.”*

Saat penelitian, para LSM bertanya-tanya bagaimana mencapai target yang lebih besar dari ukuran populasi yang diperkirakan. Hal ini memberikan dua kemungkinan - pertama, bagaimana mencurangi angka tanpa ketahuan; dan kedua, bagaimana menyelidiki dan mendapatkan bukti untuk ditunjukkan ke GF dan KPA bahwa target tersebut salah.

*“Ukuran-ukuran (GF) ini ukuran luaran saja, sangat kuantitatif. Tidak memikirkan alasan kualitatif apakah kondom yang dibagikan itu efektif digunakan. Kami sebetulnya tidak senang, karena cuma mengejar target, tapi tidak ada kualitas. Jadi kita juga melakukan survei cepat untuk mengukur perbedaan antara kondom yang dibagikan dan kondom yang dipakai. Kami tidak bergantung pada data STBP (Kemenkes). Kami perlu indikator proxi*

*untuk melakukan koreksi setiap 6 bulan. Hasil analisis kami bisa disajikan sebagai pembenaran ke GF di Geneva jika kami tidak berhasil meraih target pada akhirnya.”*

Pada saat yang sama, dalam beberapa hal LSM menganggap tugas mereka lebih mudah dalam proyek ini, yang harus mereka lakukan hanyalah mengantarkan kondom dan pamflet ke pekerja seks, membawa klien untuk dilakukan *testing*, memastikan hasil tesnya diterima, merujuk klien untuk perawatan – mereka dibayar untuk hal tersebut dan jika targetnya terlalu tinggi, mereka melakukan yang minimum dibutuhkan saja.

#### **3.3.2.4 MARPs (Most-at-risk-populations)**

Ternyata memang tidak banyak yang perubahan pada kelompok sangat berisiko (MARPs) yang diharapkan menunjukkan daya ungkit dalam program pengendalian HIV.

*“Pengendalian HIV memang belum sukses. Masih kategori merah. Prevalensi*

*masih meningkat, masih jauh dari target MDG. Masih menghadapi banyak tantangan, terutama stigma dan diskriminasi. Mereka yang berisiko, seperti WPS, LSL, penasun, merupakan sub-populasi yang dianggap bermoral rendah. Tidak diterima masyarakat, meskipun saat ini sudah banyak juga ibu rumah tangga yang HIV positif.”*

Temuan hasil memperlihatkan WPS masih tidak ada yang menolong ketika harus meminta kliennya menggunakan kondom. Pemilik rumah bordil biasanya berada di pihak klien, karena tidak ada kebijakan yang mewajibkan pemilik rumah bordil untuk membantu WPS memaksa kliennya menggunakan kondom. Bahkan rekan WPS lain pun tidak mendukung karena mereka yang akan mengambil alih klien tidak menggunakan kondom tersebut, asal mendapat uang saja..

*“Pemakaian kondom masih sulit. Tidak ada dukungan dari muncikari/pemilik*

*warung. Mereka tidak peduli, pakai atau tidak pakai kondom. Pokoknya warungnya ramai.”*

Para politisi dan pemuka agama tidak berminat mempromosikan penggunaan kondom karena terlalu sulit mengubah pandangan masyarakat. Mereka lebih khawatir dan memilih menjaga pengikut mereka daripada peduli tentang penularan HIV.

Beberapa WPS mengatakan kliennya mengeluh bahwa kondom dari KPA tidak sebaik (tipis) kondom merek lain dan kondom dari KPA selalu dibagikan tanpa membagikan pelumas (*lubricant*) yang pelumas cukup.

### **3.3.3 Informasi: Ketersediaan di Sekretariat KPA**

Hasil temuan membuka kenyataan bahwa tidak ada informasi berupa angka prevalensi HIV populasi kunci dari survey sero di jenjang kabupaten/kota. Berarti tidak mungkin koordinator perencanaan sekretariat KPA

dapat memonitor pertumbuhan jumlah kasus baru di kabupaten/kotanya seiring berjalannya waktu.

*“Kami tidak punya data HIV, yang punya data katanya Dinkes. Kami menerima laporan berisi tabel, setiap 6 bulan. Itu saja. Catatan rumah sakit jarang-jarang, dan belum tentu akurat, apalagi belakangan sudah tidak terima lagi. Dengan JAIS (Jakarta AIDS Information System) saya tidak tahu lagi cara estimasi kasus baru HIV. Pokoknya dari perkiraan AEM 2012, ada 42.000 HIV positif, data kami Cuma 5,000 kasus. (Dinkes P2M HIV mengatakan ada 1.200 kasus baru di Jakarta dan sekitar 700 dari luar Jakarta). Kalau besok angkanya jadi 7.000 kasus, apa artinya jumlah ODHA meningkat? Ini Jakarta, tempat semua MARPs ada, dan laki-laki berisiko terbanyak di semua lapisan masyarakat ada di sini.”*

Aktor, terutama pengambil keputusan Sekretariat KPAD, idealnya mencari dan memiliki akses ke informasi dan pengetahuan yang relevan sebelum membuat keputusan. Informasi dan pengetahuan sesuai jenjang posisi mereka seharusnya mencakup:

- sifat, ukuran, waktu dan lokasi epidemi;

- kelompok yang paling berisiko dan karakteristik mereka;
- perilaku berisiko dari kelompok yang paling berisiko;
- motivasi yang mendasari perilaku berisiko ini;
- berbagai kemungkinan intervensi aksi yang terjadi;
- hubungan dari intervensi dengan hasil yang diinginkan;
- biaya dan manfaat antara ada intervensi dan tidak ada intervensi;
- efek dari intervensi di tempat lain;
- tren demografi, ekonomi dan sosial jangka menengah dan panjang di daerah tersebut, sebagai latar belakang untuk mengidentifikasi munculnya kelompok risiko baru.

Hasil wawancara dan observasi menunjukkan bahwa semua Sekretariat KPA Provinsi dan kabupaten/kota yang dikunjungi memiliki kesulitan dalam memperoleh informasi mengenai data diatas. Beberapa Dinkes dan

LSM lokal yang bekerja dalam kegiatan pemetaan dan penjangkauan untuk Sekretariat KPA lokal juga tidak memiliki informasi diatas.

Karakteristik latar belakang para aktor yang terbentuk karena cara pandang dan norma masyarakat setempat, tampaknya malah menyebabkan pengambilan keputusan yang bertentangan dengan peran dan fungsi Sekretariat KPA. Contohnya, seorang staf KPA mengatakan:

*“Saya tidak akan pernah mengunjungi lokasi prostitusi. Saya takut nanti apa kata orang, dikira klien WPS.”*

Secara keseluruhan, informasi dan pengetahuan mengenai pencegahan HIV masih rendah di semua jenjang, khususnya di kabupaten/kota. Misalnya, meski informasi dan pengetahuan mengenai tren ekonomi dan sosial tersedia, namun di tingkat nasional maupun lokal tidak digunakan dengan baik untuk mengidentifikasi munculnya kelompok risiko baru dalam 5-10 tahun ke depan; juga tidak diterjemahkan ke dalam rencana survei awal

tentang perilaku kelompok berisiko baru, agar dapat dimasukkan ke dalam surveilans nantinya, hingga akhirnya ke dalam model estimasi.

Selain itu, kapasitas staf Sekretariat KPA tingkat provinsi dan kabupaten/kota untuk menganalisis data HIV dan faktor-faktor yang mempengaruhi prevalensinya sangatlah terbatas. Seorang *trainer* di Sekretariat KPAN mengeluh,

*“Setiap tahun, kami mengadakan pelatihan untuk staf Sekretariat KPA Kabupaten/Kota tentang cara analisis data dan interpretasinya dalam laporan. Kami sudah mencakup 33 Provinsi dan 150 kabupaten/kota. Dilanjutkan dengan mengirim 3 mentor regional ke setiap KPAD sebagai tindak lanjut pascapelatihan. Namun, kesadaran tentang pentingnya data masih tetap rendah.”*

Dapat disimpulkan tidak ada informasi yang handal yang dapat diakses pengambil kebijakan di jenjang Sekretariat KPA Daerah. Padahal keberadaan informasi terutama akses ke data surveilans mengenai jumlah kasus baru HIV dan perubahannya dari waktu ke waktu sangat

penting. Kebutuhan ini perlu dimasukkan dalam Strategi dan Rencana Aksi Nasional (SRAN).

### **3.4 Alur Umpan Balik-Hasil Surveilans**

Pengelolaan epidemi HIV seharusnya memperhatikan Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 20/2007 Bab IV Pasal 9 yang menyatakan bahwa “mereka yang bertanggung jawab untuk membuat keputusan tentang tindakan-tindakan yang perlu dilakukan harus mencari umpan balik sejauh mana tindakan yang direkomendasikan tersebut sudah dilakukan dan sudah membuahkan perubahan yang diinginkan, dalam semangat transparansi, partisipasi dan akuntabilitas.”<sup>14</sup> Untuk pengelolaan kegiatan pengendalian HIV di Indonesia, sejak awal, sumber informasi utama adalah sistem surveilans HIV. Seharusnya informasi ini digunakan untuk pemberdayaan dan partisipasi masyarakat dalam gerakan pengendalian epidemi HIV.

Tujuan surveilans HIV adalah untuk menyediakan informasi yang dibutuhkan untuk memahami status epidemi HIV berbagai kelompok populasi yang diketahui atau diduga berpotensi dalam penyebaran

HIV.<sup>15</sup> Informasi surveilans rutin harusnya digunakan untuk identifikasi prioritas, ukuran, kebijakan, mengarahkan alokasi sumber daya dan memantau dampak kegiatan pengendalian HIV. Selanjutnya idealnya sistem surveilans disesuaikan dengan keadaan spesifik dari setiap negara, sesuai keragaman geografis dan wilayah epidemi didalamnya.<sup>16</sup> Mengingat sistem surveilans HIV di Indonesia dimulai sejak awal terjadinya epidemi, sifat dan efektivitasnya bervariasi dari waktu ke waktu. Informasi prevalensi HIV di beberapa kelompok berisiko tinggi telah dikumpulkan di beberapa tempat selama lebih dari 20 tahun, dan dimasukkan sebagai kelompok risiko tambahan (misalnya IDU). Namun, rancangan sistem surveilans perlu diubah kembali jika epidemi telah menyebar ke masyarakat umum.

Contohnya, hasil temuan data prevalensi HIV pada ibu hamil sebenarnya digunakan sebagai indikator tingkat HIV di masyarakat di negara lain. Ternyata, tidak ada penyajian sistematis dan rutin dari informasi ini sebagai bagian kegiatan surveilans HIV Indonesia. Demikian pula, informasi tentang prevalensi HIV pada pendonor darah, dari waktu ke waktu digunakan di

beberapa negara sebagai sumber informasi mengenai sejauh mana infeksi HIV sudah terjadi di masyarakat umum. Sekali lagi, kami tidak melihat hal ini secara rutin sebagai bagian dalam surveilans HIV di Indonesia.

Sistem surveilans dirancang untuk menyediakan informasi ditingkat nasional dan tidak untuk provinsi dan kabupaten/kota. Namun, intervensi dilakukan di tingkat kabupaten. Pada jenjang ini diperlukan alur umpan balik, meski laporan triwulan yang terkumpul di Kementerian Kesehatan mencatat jumlah kasus HIV menurut kelompok umur, jenis kelamin, pekerjaan, kelompok berisiko, provinsi, kota dan kabupaten, ini bukan data populasi dan manfaatnya terbatas untuk perencanaan dan evaluasi intervensi HIV.

Informasi utama yang tersedia di sistem surveilans HIV seharusnya terdiri dari:

- STBP (Survei Terpadu Biologis dan Perilaku) tahun 2007, 2009, 2011;
- surveilans sentinel pada kelompok berisiko di tingkat kabupaten/ kota tergantung dari pendanaan dan aturan daerah ternyata hanya dimiliki oleh Kementerian Kesehatan;

- pengumpulan data rutin pada ibu hamil dan donor darah – informasi ini terkumpul tapi tidak rutin ditampilkan sebagai bagian dari hasil surveilans;
- analisis yang dilakukan sangat sedikit pada sumber data ibu hamil dan pendonor darah di pusat ataupun di provinsi;
- data tidak dapat diakses oleh lembaga lain;
- tidak ada rencana perubahan sistem surveilans dan pembicaraan bagaimana caranya.

Pertanyaan penting dari KPAN dan sekretariat KPAN yang perlu masuk ke rencana strategi lima tahun kedepan adalah sebagai berikut:

- bagaimana menghidupkan kembali sistem surveilans;
- bagaimana memastikan informasi dapat tersedia di setiap tingkat secara lengkap dan tepat waktu supaya berguna untuk mengelola epidemi;
- data surveilans digabung dengan model estimasi untuk memahami perjalanan epidemi

dan digunakan untuk prediksi apa yang akan terjadi pada dekade berikutnya;

- menilai implikasi perubahan kontekstual yang mungkin memengaruhi perjalanan epidemi dan bagaimana pemerintah merespon hal tersebut.

Kegiatan pendukung yang dapat dimasukkan ke SRAN oleh KPAN:

- mendokumentasikan survei-survei di tingkat daerah sejak survei sentinel dimulai;
- menetapkan basis data yang terdiri dari hasil survei-survei tersebut diatas;
- melakukan kajian terhadap hasil survei-survei tersebut;
- melakukan pemberitahuan ke masyarakat hasil yang diperoleh dari simpulan hasil kajian;
- meningkatkan ketersediaan basis data untuk peneliti dari dalam dan luar Indonesia dalam waktu 6 bulan setelah dilakukan rilis laporan untuk dilakukan analisis lebih lanjut bagi Sekretariat KPAN dan anggota KPAN (kementerian lainnya).



## BAB IV

# PEMBAHASAN DAN KESIMPULAN

Pembentukan KPAN merupakan langkah penting dalam penanggulangan epidemi HIV, meskipun KPAN tidak secara langsung mampu mengembangkan upaya pengendalian HIV yang multi-sektor dan jelas bertalian (*coherent*). Adanya pembentukan dan pendanaan Sekretariat KPAN dan Sekretariat KPA provinsi dan kabupaten/kota turut berperan penting dalam pengkoordinasian upaya penanggulangan secara nasional. Di lain pihak, desentralisasi memperumit dan mengaburkan arah upaya penanggulangan HIV. Secara kuantitatif, jumlah Sekretariat KPAD terus bertambah, artinya terjadi peningkatan sumber daya dan kegiatan selama dasawarsa terakhir, meski epidemi HIV juga terus melaju. Berdasarkan hal ini, apakah sistem kelembagaan pengendalian HIV/AIDS perlu diperkuat?

Meskipun epidemi HIV mengalami perubahan dari sisi besaran dan cara penyebarannya, tidak banyak informasi yang dapat diakses Sekretariat KPAD untuk merencanakan intervensi yang layak di tingkat daerah kabupaten/kota. Nyatanya, Sekretariat KPA daerah jarang menggunakan data dan informasi ataupun umpan balik yang masuk saat menyusun rencana kegiatan di tahun berikutnya. Hal ini membatasi kinerja Sekretariat KPA di provinsi dan kabupaten/kota. Bila kendala ini dapat diatasi, program dapat diperkuat, dan KPAD bisa mempercepat kegiatan untuk mengenali dan memperkuat titik-titik lemah sistem di wilayahnya. Seharusnya hal-hal ini menjadi pusat perhatian dalam penyusunan Strategi dan Rencana Aksi Nasional (SRAN) 2015-2019 saat ini. Temuan kami berdasarkan data lapangan di ketiga provinsi mempertegas kenyataan bahwa kendala kronis (perencanaan tanpa melihat data) sudah terjadi bertahun-tahun, hal kendala ini seolah sudah menjadi 'aturan main' non-formal dalam sistem pengendalian HIV di Indonesia.

Pada kerangka konsep (Diagram 2.1) kendala-kendala ini digambarkan dengan alur umpan balik

yang hilang (garis putus-putus) dan minimnya informasi yang dapat digunakan petugas KPA kabupaten/kota. Akibatnya, tidak mungkin Sekretariat KPA di tingkat lokal (kabupaten/kota) dapat menilai (mengukur) apakah intervensi (kegiatan program KPAD) yang diterapkan berdampak pada epidemi HIV setempat. Masalah ini jelas terlihat di tingkat kabupaten/kota yang sedang melaksanakan kegiatan intervensi untuk menurunkan jumlah penularan. Akibatnya, kegiatan sistem pengendalian dipantau dan dikelola tanpa perencanaan berlandaskan bukti (tanpa menggunakan data umpan balik dan informasi lainnya). Rencana dan kegiatan tahunan Sekretariat KPAD disusun semata dengan orientasi untuk mengadakan “sejumlah kegiatan (intervensi)” – bukan untuk berkontribusi pada pencapaian gol nasional yang diukur dengan penurunan jumlah penularan infeksi. Oleh sebab itu, upaya memperbaiki sistem pengawasan (surveilans), memasukkan alur umpan balik, serta menambah ketersediaan (akses) informasi tambahan sangat penting untuk secepatnya diselenggarakan di tingkat kabupaten/kota.

Komponen penting lain dari pemantauan dan pengelolaan epidemi di masa mendatang adalah perubahan cara pandang - apakah epidemi HIV akan seterusnya dianggap epidemi terkonsentrasi atau mulai diakui adanya tanda-tanda menuju epidemi umum (*generalized*). Hal ini akan berpengaruh pada alokasi sumber daya yang harus dikerahkan.

Termasuk penting dalam keberhasilan upaya pengendalian, khususnya terkait dengan upaya penurunan penularan melalui hubungan seksual, peneliti mencermati kenyataan bahwa intervensi yang didukung Dana Global (*Global Fund*) saat ini hanya sebatas menempatkan tanggung jawab pemakaian kondom pada individu wanita pekerja seks (WPS). Padahal bukan rahasia lagi jika WPS tidak punya posisi tawar yang kuat (saat menghadapi klien yang tidak mau pakai kondom). Promosi kondom tidak memiliki dukungan hukum sebaik program suntik dan metadon bagi pengguna narkoba suntik. Hal ini dikarenakan promosi kondom tidak diikuti intervensi struktural pendukung lainnya yang dapat menciptakan posisi tawar kuat bagi WPS untuk memaksa pemakaian kondom sebagai perilaku yang pantas dilakukan klien

(seperti dukungan yang dilakukan kepolisian Thailand untuk mendukung kebijakan penggunaan kondom 100% di negara tersebut). Penulis menyarankan perlunya diintegrasikan intervensi struktural – yaitu intervensi kebijakan bersamaan dengan intervensi mempromosikan kondom - agar tercipta kondisi lingkungan yang kondusif untuk promosi kondom – dan jelas berpihak pada WPS pada saat transaksi kondom terjadi.

Dikarenakan sistem surveilans belum berjalan dengan baik, Indonesia sangat mengandalkan perkiraan (estimasi) besaran risiko epidemi hanya dari model (statistik). Sayangnya, pemodelan (statistik) yang digunakan saat ini, tidak terbuka untuk diskusi mengenai apa asumsi yang dipakai, serta data dari mana yang dimasukkan ke model tersebut, sehingga sulit menilai seberapa jauh keabsahan model-model tersebut. Tidak diragukan bahwa pemodelan sangat penting untuk memantau epidemi termasuk untuk menilai kelayakan dan dampak intervensi-intervensi dan mengantisipasi adanya perubahan faktor-faktor penentu tidak langsung dan kontekstual. Namun, kelayakan model (statistik)

penting dinilai juga oleh pihak ketiga (bukan pelaku program) secara objektif, terbuka dan transparan.

Salah satu kegunaan model (statistik), dalam kaitan dengan informasi surveilans, adalah untuk studi kelayakan menilai apakah manfaat intervensi sebanding dengan biaya yang harus dikeluarkan. Terutama terkait isu pendekatan ‘pengobatan-sebagai-pencegahan’ (*treatment as prevention*) yang tengah dibahas saat ini. Penting dikaji secara terbuka dan transparan berapa jumlah biaya bagi intervensi untuk paling sedikitnya 20 tahun kedepan, agar pemerintah tidak terburu membuat komitmen jangka panjang. Pemodelan berperan penting dalam hal-hal seperti ini.

Anggota dan mitra Sekretariat KPA Kabupaten/Kota saat ini memiliki kemampuan terbatas (secara teknis dan manajemen) untuk berperan sebagai koordinator dan fasilitator. Upaya peningkatan ketrampilan mereka masih kurang, sehingga disarankan untuk menggunakan mekanisme alternatif yaitu: pendekatan regional - di mana beberapa Sekretariat KPAD dengan karakteristik

epidemi HIV yang serupa bergabung untuk memantau dan merancang cara penanggulangan bersama-sama.

Di tingkat nasional, banyak asupan menyatakan KPA tidak bisa dan seharusnya tidak boleh melaksanakan segala kegiatan sendiri, perlu memperkuat koordinasi dengan kementerian dan lembaga pemerintah lainnya, dan jika perlu, aktif bekerjasama dengan mereka.

Disayangkan, temuan dari wawancara di tingkat pusat dan lokal setempat menunjukkan adanya keberlangsungan sengketa (terselubung) antara Sekretariat KPA dan Kantor Dinas Kesehatan setempat dalam dasawarsa terakhir, terutama berkisar pada masalah pengiriman hasil surveilans yang tidak tepat waktu (dari DinKes setempat ke KPA provinsi atau kabupaten/kota). Masalah ini memperburuk upaya pengendalian HIV, oleh karenanya pimpinan KPA dan Kementerian Kesehatan perlu menyepakati dan menerapkan suatu mekanisme penyelesaian masalah untuk memudahkan KPA menggunakan data surveilans dalam perencanaan program kegiatan. Mekanisme solusi ini nantinya harus juga mengatasi

masalah-masalah baru yang akan muncul di masa depan.

Terakhir, perlu dicermati kelangsungan pendanaan upaya pengendalian HIV. Dukungan Dana Global akan berakhir beberapa tahun lagi dan mungkin donor-donor bilateral lain juga akan meninggalkan Indonesia dalam beberapa tahun ke depan. Nyatanya, sistem pengendalian HIV saat ini masih tergantung pada peran serta lembaga swadaya masyarakat dan organisasi masyarakat sipil (LSM dan OMS), sehingga perlu dirancang sesegera mungkin mekanisme pendanaan melalui APBD untuk menggantikan Dana Global. Pertimbangan cara pendanaan juga perlu mempertanyakan dimana sebaiknya Sekretariat KPA kabupaten/kota berada. Pilihan sumber pendanaan dan lokasi struktural di tingkat kabupaten/kota (daerah) perlu dijajaki mulai 2014 sebelum tenggat waktunya benar-benar habis.

## **Faktor yang memajukan dan menghambat upaya penanggulangan**

Selama hampir 30 tahun sejak munculnya HIV di Indonesia, upaya pemerintah berkembang positif dari yang awalnya hanya berupa kelompok diskusi pendidikan menjadi kelompok kerja lintas sektor di bawah Kementerian Kesehatan, dan dikukuhkan dengan pembentukan KPA yang terdiri dari para pimpinan perwakilan lintas sektor di bawah Menteri Koordinasi Kesejahteraan Rakyat, dan kemudian dilengkapi di tahun 2006 dengan penunjukan dan pendanaan seorang Sekretaris Nasional dan Sekretariat yang bertugas memimpin dan mengkoordinasikan upaya multi-jenjang secara lintas sektor, termasuk mengembangkan strategi (nasional) baru. Upaya ini disempurnakan dengan pembentukan KPA di tingkat provinsi dan kabupaten/kota dibawah arahan Gubernur dan Walikota/Bupati.

Jelas bahwa keikut-sertaan berbagai lembaga pemerintah dalam upaya menanggulangi epidemi HIV merupakan faktor yang memajukan keberhasilan. Pada intinya, pemerintah berhasil mendirikan lembaga milik bersama (*commons*) di mana di

dalamnya sudah tersedia berbagai faktor pendukung yang dapat memajukan keberhasilan.

Namun, sementara berbagai upaya penanggulangan ini tengah dijalankan, sifat dan cakupan epidemi juga mengalami perubahan dan memang akan demikian seterusnya. Ditambah pula, Indonesia mengalami banyak perubahan politik dan desentralisasi tanggung jawab sejak awal tahun 2000-an di mana tugas pencapaian sasaran dan pelayanan dialihkan ke tingkat kabupaten/kota.

Akibatnya, delegasi kewenangan ke KPA di tingkat provinsi, kabupaten/kota yang tidak disertai kesiapan kapasitas sumber daya manusia dan informasi tepat waktu dari sistem surveilans yang dapat diandalkan menjadi faktor-faktor yang melemahkan kelembagaan Komisi Penanggulangan AIDS secara keseluruhan. Situasi kelembagaan ini mengubah aturan-aturan yang awalnya disusun untuk mencapai tujuan program secara efektif, justru menjadi penghambat pencapaian hasil akhir yang diinginkan (penurunan jumlah kasus baru HIV)

## BAB V

# REKOMENDASI

Penguatan situasi kelembagaan terkait dengan lemah atau tegasnya sikap kepemimpinan KPAN dan Sekretariat KPAN dalam mengarahkan upaya penanggulangan epidemi. Utamanya dalam memimpin dan mengkoordinasikan upaya-upaya lintas-sektor dan multi-jenjang. Sejalan dengan makin rumitnya perjalanan epidemi HIV, makin menonjol pula kebutuhan akan hadirnya sosok pemimpin yang nyata sikap kepemimpinannya dibandingkan dengan ketika KPA pertama kali dibentuk. Dalam menghadirkan sikap kepemimpinan tersebut, KPAN dan Sekretariat KPAN seharusnya memegang empat azas utama, yaitu:

- Jelas dan secara gamblang berfokus pada upaya pencegahan penularan HIV;
- Bertumpu pada manajemen epidemi yang disesuaikan kepada kemampuan lokal setempat seperti pendekatan regional untuk penanggulangan wilayah bersama;

- Menekankan pentingnya gabungan intervensi di tingkat struktural dan tingkat individual dalam menciptakan perubahan perilaku;
- Mendahulukan cara pengelolaan dan pengaturan pendanaan yang berkesinambungan.

Mempertimbangkan hambatan dan azas di atas, dalam menyiapkan Strategi dan Rencana Aksi Nasional (SRAN) 2015-2019, berikut adalah rekomendasi yang diajukan:

1. Beralih ke pendekatan pemantauan dan pengelolaan epidemi berbasis regional terutama di wilayah-wilayah di Jawa, dengan masa uji coba awal selama dua tahun, dan diterapkan paling sedikit di dua wilayah yang memiliki jumlah kasus HIV tinggi – contoh pemilihan wilayah regional: (1) provinsi DKI Jakarta; (2) provinsi Jawa Barat terdiri dari: 2a) Karawang, Purwakarta, Subang, Bekasi; dan 2b) Kota Cirebon, Kabupaten Cirebon, Indramayu, Kuningan; dan (3) provinsi Jawa Timur terdiri dari: Sidoarjo, Surabaya, Gresik dan Kediri. Pendekatan berdasarkan wilayah (regional) ini akan:

- lebih memungkinkan terdeteksinya sub-epidemi sebab cakupan regional lebih luas daripada kabupaten/kota, tetapi masih lebih kecil dibandingkan provinsi;
  - memungkinkan pelaksanaan surveilans di wilayah gabungan (regional) yang menghasilkan umpan balik tepat waktu bagi KPAD setempat sehingga perubahan jalannya epidemi di tingkat wilayah terpilih bisa dipantau;
  - memungkinkan pemanfaatan tenaga petugas secara efektif mengingat sulitnya mendapatkan petugas terampil di semua jenjang administrasi; misalnya, satu petugas yang dilatih dapat memonitoring-evaluasi (monev) sekaligus beberapa kabupaten tetangga yang tergabung dalam regional terpilih;
  - pelatihan/mentoring petugas untuk monitoring, pengolahan data dan evaluasi dapat dilakukan per wilayah (regional).
2. Bekerjasama dengan kementerian lain (khususnya Kementerian Dalam Negeri, Kepala Kepolisian

(Kapolri), Kementerian Kehakiman dan Hak Azasi Manusia, Kementerian Agama, dan Kementerian Kesehatan) untuk disain dan penerapan intervensi struktural yang mendukung WPS dan pemakaian kondom, untuk diujicobakan di wilayah (regional) terpilih. Uji coba ini disarankan dimulai segera pada akhir 2015 dan mengikutsertakan penilaian dampak pemakaian kondom.

3. Bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan untuk menerapkan sistem surveilans HIV berbasis wilayah regional, dan hasilnya dapat dinilai bersama hasil survey terpadu biologis dan perilaku (STBP atau *Integrated Biological and Behavioral Survey/ IBBS*) setiap dua tahun dan surveilans sentinel tahunan yang dimodifikasi sehingga mampu mencakup kelompok risiko baru seandainya dibutuhkan oleh kondisi lokal. Perlu kesepakatan antar lembaga yang menegaskan tenggat waktu penyajian hasil dan laporan STBP adalah 6 bulan setelah pengumpulan data lapangan dan penyajian hasil surveilans sentinel adalah 3 bulan setelah pengumpulan data lapangan.

Dokumentasi dilengkapi *data set* diserahkan ke KPAN dalam 6 bulan setelah pengumpulan data.

4. Bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan untuk mengkaji keabsahan dan kelayakan penggunaan kedua model (statistik) AEM (*Asian Epidem Model*) dan HIM (*HIV in Indonesia Model*) khususnya kemungkinan aplikasi data wilayah/regional, keabsahan (*validity*) dan kepekaan (*sensitivity*) terhadap asumsi dan data asupan, penggunaan model untuk perhitungan efektivitas biaya (*cost-effectiveness*) intervensi di masa depan, penjajakan serangkaian skenario kemungkinan epidemi di masa depan serta biaya yang dibutuhkan untuk berbagai intervensi;
5. Bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan untuk penggunaan model AEM dan HIM dalam analisis efektivitas biaya (*cost-effectiveness*) usulan intervensi “pengobatan-sebagai-pencegahan” di Indonesia, khususnya mencermati kelayakan besaran biaya produksi farmasi dan tingkat kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat. Perhitungan disajikan dalam kurun waktu paling tidak 20 tahun ke depan;

6. Penyelenggaraan pelatihan untuk peningkatan pengetahuan yang dibutuhkan dalam menerapkan pendekatan regional pemantauan dan manajemen epidemi. Terdiri dari:

- Pelatihan pemantauan dan manajemen (data) dengan penekanan pada “belajar sambil melakukan langsung” dengan tujuan menurunkan jumlah kasus baru infeksi HIV;
- Alokasi anggaran terencana untuk dana hibah penelitian operasional pengendalian HIV, diberikan berdasarkan kompetisi pemilihan usulan penelitian terbaik tentang pola perilaku anggota kelompok berisiko, luasnya jejaring transaksi seksual, pengukuran hasil intervensi di tingkat kabupaten/kota dan regional, keabsahan model (statistik) dan kepekaan asumsi yang dipakai termasuk sumber data masukan, dan perhitungan kelayakan biaya dibanding manfaat usulan intervensi baru. KPAN akan mengumumkan persyaratan kompetisi dan hasil harus dipublikasikan agar diketahui publik baik lewat akses terbuka, internet

(*online*), atau publikasi jurnal ilmiah yang dikritisi sesama peneliti di bidang yang sama.

7. Secara musyawarah Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat dan Kementerian Kesehatan menentukan mekanisme tepat guna (mungkin sebuah MOU) agar KPA dapat mengatasi sengketa antar-dinas dengan sektor-sektor lain yang seringkali akhirnya memperlambat pencapaian upaya pengendalian HIV di tingkat kabupaten/kota. Meskipun masalah dengan kementerian lain juga ada, perhatian khusus perlu diberikan pada sengketa terselubung dengan jajaran Kementerian Kesehatan di jenjang operasional.
8. Anggaran di masa depan – penting diambil langkah-langkah sekarang ini untuk memastikan bahwa upaya pengendalian HIV dianggarkan dalam anggaran pendapatan dan belanja nasional, karena berbagai sumber eksternal seperti Dana Global dan donor bilateral lain akan meninggalkan Indonesia. Pada saat yang sama, mengingat makin pentingnya peran serta LSM dalam upaya pengendalian HIV,

mekanisme pendanaan LSM yang didukung APBD Pemerintah Daerah. Temuan studi antara lain menyarankan penempatan Sekretariat KPAD di kantor Bappeda sebagai Kelompok Kerja (Pokja) yang dapat menerima dan menyalurkan dana APBD untuk pelaksanaan program oleh mitra LSM setempat. Temuan lain menganjurkan pendanaan yang mencontoh perencanaan Dana Alokasi Khusus BKKBN di tingkat kabupaten/kota.

# DAFTAR PUSTAKA

1. Elmendorf AE, Jensen ER, Pisani E. Evaluation of the World Bank's assistance in responding to the AIDS epidemic: Indonesia case study. World Bank Oper Eval Dep [Internet]. 2005; Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/604781468135303608/pdf/379190IND0hiv1case1study01PUBLIC1.pdf>
2. Departemen Kesehatan. Estimasi nasional infeksi HIV pada orang dewasa Indonesia tahun 2002. Jakarta: Departemen Kesehatan, Republik Indonesia; 2003.
3. T B, W P. The Asian epidemic Model: a process model for exploring HIV policy and programme alternatives in Asia. *Sex Transm Infect.* 2004;80 Suppl 1:i19--i24.
4. Ostrom E. Understanding institutional diversity. New Jersey: Princeton University Press; 2005.
5. Ostrom E. Background on the institutional analysis and development framework. *Policy Stud J.* 2011;39:7-27.
6. Parker RG, Easton D, CH K. Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research. *AIDS.* 2000;14 Suppl 1:S22-32.
7. Gilks C. The strategic use of ARVs. Global evidence and experience to date. Jakarta; 2013.
8. Over M. Achieving an AIDS transition. Preventing infections to sustain treatment. Washington DC; 2011.
9. Evans C, Jana S, Lambert H. What makes a structural

- intervention? Reducing vulnerability to HIV in community settings, with particular reference to sex work. *Glob Public Heal.* 2010;5(5):449–61.
10. Latkin C, Weeks MR, Glasman L, Galletly C, Albarracin D. A dynamic social model for considering structural factors in HIV prevention and detection. *AIDS Behav.* 2010;14 Suppl 2:228–38.
  11. O’Leary A, Martins P. Structural factors affecting women’s HIV risk: a life-course example. *AIDS.* 2000;14 Suppl 1:S68-72.
  12. Sumartojo E. Structural factors in HIV prevention: concepts, examples and implications for research. *AIDS.* 2000;14 Suppl 1:S3–10.
  13. Gunderson LH, Holling CS. *Panarchy: understanding transformations in human and natural systems.* Washington: Island Press; 2002.
  14. Departemen Dalam Negeri. Pedoman umum pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS dan pemberdayaan masyarakat dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS di daerah. Menteri Dalam Negeri, Republik Indonesia.; 2007.
  15. UNAIDS/WHO. Guidelines for second generation HIV surveillance. 2002.
  16. Pervilhac C, Stover J, Pisani E, Brown T, Mayorga R, Mugurungi O, et al. Using HIV surveillance data: recent experiences and avenues for the future. *AIDS* [Internet]. 2005 May [cited 2017 Nov 29];19(Supplement 2):S53–8. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00002030-200505002-00007>

## BIODATA KEDUA PENULIS

**MEIWITA BUDIHARSANA** berbekal keilmuan Sarjana Kedokteran dari Universitas Katolik Atma Jaya Indonesia (1980), *Master in Public Administration (Health Services)* dari *University of Southern California*, Los Angeles (1983), dan PhD. Kesehatan Masyarakat dari *University of California at Los Angeles (UCLA)* (1993). Saat ini staf pengajar Departemen Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI). Pernah menjabat sebagai Ketua Jurusan yang sama di masa lalu, Kepala Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (1994-1996). Dalam tiga tahun terakhir terlibat dalam penelitian evaluasi program akselerasi penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir (EMAS, *Expanding Maternal and Newborn Survival*) dari Kementerian Kesehatan dan USAID/Indonesia tahun 2014 dan 2017; serta penelitian Analisis dan Pengembangan Kelembagaan Pengendalian HIV di Indonesia dari Komisi Penanggulangan AIDS Nasional dan *HIV Cooperation Program for Indonesia* di bawah pendanaan DFAT (AusAID) tahun 2014.

**PETER HEYWOOD** memiliki dasar tiga keilmuan, yaitu: Sarjana Pertanian dari *University of New England*, Australia; Master dan PhD. Epidemiologi Gizi dari Cornell University, Ithaca, New York, AS, dan *Master of Climate Change* dari ANU, Canberra Australia. Peter pernah menjabat sebagai staf pengajar di *University of Sydney* (1974-1977), Wakil Direktur *the Papua New Guinea Institute of Medical Research* (1977-1988), dan Professor Ilmu Gizi di *Queensland University*, Brisbane Australia (1988-1994). Kemudian menjadi Staf Bank Dunia, Washington DC, New Delhi dan Jakarta berturut-turut sebagai *Principal Health Specialist* (mencakup kesehatan, gizi dan kependudukan) sebelum pensiun tahun 2004. Saat ini Peter adalah *Visiting Fellow* di *Liverpool School of Tropical Medicine*, Inggris dan Indiana University, AS; juga sebagai *Honorary Professor* bidang *International Health* di *University of Sydney*. Minat penelitian mengenai 'sistem yang sehat' dan dampak perubahan iklim.

# LAMPIRAN

## Lampiran 1. Daftar Narasumber

**Tabel 1. Narasumber KPAN, KPAP, dan KPAD**

<b>Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, Provinsi dan Daerah</b>		
<b>Institusi</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Nama</b>
KPA Nasional	Sekretaris Nasional	Dr. Kemal N. Siregar, MD, MPH.
	Technical Advisor	Dr. Suriadi Gunawan, MPH
	Deputi Pengembangan dan Penelitian	Wenita
	Deputi Program	Dr. Fonny Silvanus
	Koordinator Monev	Dr. Roberta Taher
	M&E	Yanti Susanti
	KPAP DKI Jakarta	Sekretaris (Kalahar)
Kabid Promosi dan Pencegahan		Dr. Aritha Herawati
Kabid Monev dan Pengembangan		Drs. John Alubwarman, MM
Kabid Dukungan dan Layanan		drg. Nita Kuncoro Dewi
Tim Asistensi KPAP DKI Jakarta		dr. Maya Trisiswati
Tim Asistensi		Rita Wahyuni
	Pengelola Program GF	Imam Mulyadi
KPA Kota Jakarta Selatan	Sekretaris KPA Kota Jakarta Selatan	Drs. Ally Rhiza

<b>Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, Provinsi dan Daerah</b>		
<b>Institusi</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Nama</b>
KPA Kota Jakarta Barat	Staf Pelaporan dan Evaluasi	Aminullah, A,Md
KPA Kota Jakarta Utara	Ketua Monev HIV	Catur Prasetyo, ST
	Staf Monev HIV	Edy Supriyadi
KPAP Jabar	Sekretaris KPAK	H.Riadi
	Sekretaris Harian II	Ary Lesmana
	Technical Assisten	Chadijah Thaib
KPA Kota Cirebon	Walikota Cirebon - Ketua KPA Kota Cirebon	Subardi, S.Pd
	Sekretaris	Sri Maryati, SPd. MA
	Pengelola Keuangan/Adm	Holis Anilah, SPd.
	Pengelola Program	Retnoningsih, SKM
KPA Kab.Indramayu	Sekretaris	Drs. Sutanto
	Pengelola Program	Nurfadhilah Maisyarah
	Pengelola Administrasi-APBD	Kristina
KPA Kab.Karawang	Sekretaris	Drs. H. Soekardjono. MM
	Pengelola Program	Yana Aryana
	Pengelola Administrasi	Awan Gunawan
	Staf Logistik	Iskandar
KPAP Jatim	Sekretaris KPAP	Dr. R. Otto B

<b>Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, Provinsi dan Daerah</b>		
<b>Institusi</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Nama</b>
	Jatim	Wahyudi, Msi, MM
	Pengelola Monev	Felisia Novitasari Paramita, SKM
	Staf Logistik	Yeni Rahmawati, S.Sos
	PJ Program	Selvi Aprilia, Amd.Kep
KPA Kota Malang	Sekretaris KPAK	Dr. Nusindrati, M.Kes
	Pemegang Monev	Puji Lestari
	Pemegang Program	Krisna Andi
KPA Kab Jember	Pemegang Program	Rizki Bagus Bayu Saputro, SKM
	Sekretaris KPAK	Haryati, SKM
KPA Kab Banyuwangi	Sekretaris KPAK	Waluyo, S.Kep. MM
	Pengelola Program	Erna
KPA Kab Gresik	Asisten koord. Sektap	Maslikhan
	Pengelola Administrasi	Nova Diah Verdiyanti

**Tabel 2. Narasumber Kementerian Kesehatan, Dinkes Provinsi, Dinkes Kabupaten/Kota**

<b>Kementerian Kesehatan – Dinkes Provinsi – Dinkes Kabupaten/Kota</b>		
<b>Institusi</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Nama</b>
Kementerian Kesehatan RI	Menteri Kesehatan	Dr. Nafsiah Mboi, Sp.A, MPH
	Direktur P2PL	Dr. Muhammad Subuh, MPH
	Kasubdit AIDS & PMS	Dr. Siti Nadia Wiweko, M.Epid
	Chief Subdirector of TB DG DC&EH	drg. Dyah Erti Mustikawati, DDS, MPH
Dinas Kesehatan Kab. Karawang	Kabid P2PL	dr. Rina Hasriana
	Wasurvey II P2PL	Yayan Sugiharya, S.Kep
Dinas Kesehatan Kab. Purwakarta	Kabid P2PL	Risa Kota Putera, Apt
	Staf P2PL Program HIV	dr. Ano Nugraha
	Staf P2PL Program HIV	Efie Priyatna, Amd.Kep, SKM
Dinas Kesehatan Kab Indramayu	Kasudbit P2PL	Idham Latif, SKM, M.Epid
Dinas Kesehatan Kota Cirebon	Kepala Dinas	H. Edi Sugiarto
	Kasubdit P2PL (mutasi ke RS)	dr. Said Fahmi
	Staf P2PL Program HIV	Slamet
	Staf P2PL Program HIV	Yani Harnadi
Klinik Intan-PKM	Kepala	drg. Andy

<b>Kementerian Kesehatan – Dinkes Provinsi – Dinkes Kabupaten/Kota</b>		
<b>Institusi</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Nama</b>
Gunungsari	Puskesmas	Benjamin Setiadi
	Staf RR dan Lab	Imam F
Puskesmas Drajat	Kepala Puskesmas	dr. Dian Faiz
Dinas Sosial Kota Cirebon	Kabag Kesra	Saifudin Zahri
RSUD Gunung Jati	Pelaksana Klinik Seroja	dr. Fita
	Perawat Pelaksana Klinik Seroja	Setyafahani, S.Kep
	Perawat Pelaksana PTRM	Adnan, S.Kep
BPKM	Konselor VCT	dr. Fitriana
	Konselor VCT	dr. Diah
Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	Program Direktur HIV Dinkes Prov	dr. Yati Suparyati
	Staf P2PL Program HIV	Achmad Mabrur, SKM. M.Kes
RS Ibnu Sina Kab Gresik	Petugas Layanan VCT dan CST	Wachid, Amd
Dinas Kesehatan Kab Gresik	Kasie Pengawasan dan Pengendalian Penyakit	Yohana Haina
Dinas Kesehatan DKI Jakarta	Program Holder AIDS HIV & Keswa	Dr. Dicky Alsadik
Sudinkes Jakarta Barat	Pengelola Program HIV AIDS	dr. Hj. Linda Lidya, M. Epid
Puskesmas	Koordinator HIV	Ety Supriati, AMK

<b>Kementerian Kesehatan – Dinkes Provinsi – Dinkes Kabupaten/Kota</b>		
<b>Institusi</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Nama</b>
Cengkareng	AIDS	
Sudinkes Jakarta Timur	Pelaksana Program HIV AIDS	Bambang Satrio Wibowo, SKM
Sudinkes Jakarta Selatan	Pelaksana Program HIV AIDS	Nanik Prihatini, SKM, MM
Sudinkes Jakarta Pusat	Koordinator Program HIV AIDS	Kasmay Niantoro
Sudinkes Jakarta Utara	Pemegang Program HIV	Tarisman, SKM, MKM
Puskesmas Tanjung Priok	Koordinator PTRM & IMS HIV AIDS	dr. Rosvita Nur Aini

**Tabel 3. Narasumber NGO, LSM dan Institusi Lainnya**

<b>NGO/LSM dan Institusi Lainnya</b>		
<b>Institusi</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Nama</b>
EJA (East Java Action)	Ketua	Rudhy Wedhasmara
Gaya Nusantara	Ketua Yayasan	Ko Budijanto
Perwakos	Ketua Yayasan	Irma Subechi
Orbit	Direktur Orbit	Rudhy Wedhasmara
	Koordinator Lapangan	Hari
	Pemegang Program	Samsul
Mahameru	Ketua Yayasan	Yulianto
	Kuangan	Ricky Efendi

<b>NGO/LSM dan Institusi Lainnya</b>		
<b>Institusi</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Nama</b>
	Pelaksana Program	Farid Hafifi
PKBI Jawa Timur	Direktur PKBI Jawa Timur	Okto Rano, S.Si
<i>KABUPATEN/KOTABS</i>	Direktur <i>KABUPATEN/KOTABS</i>	Khairon
RSUD Dr. Soetomo Surabaya	Kepala UPIPI HIV AIDS	Dr. Erwin Astha Triyono, SpD, KPTI, Finasim
Yayasan Spiritia	Direktur	Daniel Marguari
Yayasan Pelita Ilmu	Ketua	Dr. dr. Toha Muhaimin, MSc
Yayasan Karitas Seni Madani (KARISMA)	Staf Monev	Chandrika P. Ratri
Yayasan Karitas Seni Madani (KARISMA)	Koordinator Layanan	Maria Regina Yessicha Idris
Ikatan Perempuan Positif Indonesia (IPPI)	National Coordinator	Baby Rivona
GWL Ina	Koornas	Tono Permana
Koalisi AIDS Indonesia	Koornas	Aditya Wardhana
WHO	National Profesional Office for clinical mentoring	Dr. Janto Lingga

<b>NGO/LSM dan Institusi Lainnya</b>		
<b>Institusi</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Nama</b>
		Dr. Oscar Barreneche
PKBI Pusat	Direktur Eksekutif	Inang Winarso
Pusat Penelitian HIV AIDS Unika Atmajaya	Peneliti	Nila Sari Dewi Iustanti
ILO	NPO HIV AIDS	Risya Kori
HCPI	Senior Research	Prof. Dr. dr. Budi Utomo, MPH, Ph.D
	Team Leader	Catherine Barker
	National Technical Officer	Deddy Darmawan
PBNU	Monitoring & Evaluation Staff	Mujtahid (Tata)
	Sekretaris PPLKNU	Anggia Ermarini
	Ketua Umum	Dr. dr. Imam Rasjidi SpOG (K) Onk
AusAID	Program Manager HIV and Communicable Diseases Unit	dr. Astara Lubis
	First Secretary HIV and Communicable Diseases Unit	Adrian Gilbert
SUM 1 USAID	BCI Officer - MSM	Erlian Rista Aditya (Aan)
GF CCM	Chair of CCM Indonesia	Prof. Dr. dr. Sudijanto Kamso

<b>NGO/LSM dan Institusi Lainnya</b>		
<b>Institusi</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Nama</b>
Global Fund Liarson	Support CCM	Jeff Muschell
M&E GF AIDS	Direktur PMU	Dr. Saiful Jazan, M.Epid
	Data Manager	Eddy Lamanepa
	Data Entri Staff	Sujai
Pokdisus RSCM	Kepala Unit Layanan HIV FKUI-RSCM	Prof. Dr. Zubairi Djoerban, Sp.PD, KHOM
	Coordinator Program on Access Diagnostic and Therapy	Prof. Dr. Samsudrijal Djauzi
UNAIDS	Koordinator UNAIDS Indonesia	Cho Kah Sin
	National Prog. Officer for M&E	DR. Lely Wahyuniar, MSc.
	Policy Adviser	David Briges
	National Adviser	Elis A
Kemenko Kesra - PKBI	Ketua Advokasi	DR. Dr. Tb. Rachmat Sentika, Sp.A, MARS
IDI	Ketua PB IDI	Dr. Zaenal Abidin
	Ketua Komite AIDS	Dr. Diyah Agustina Waluyo
	PB IDI	Dr. Robert Gandasentana
	PP PDS Patklin	Dr. Agus

<b>NGO/LSM dan Institusi Lainnya</b>		
<b>Institusi</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Nama</b>
		Kosasih
	PDPAI	Dr. Evy Yuniasturi
	Perdossi	Dr. Darma Imran
	PB IDI	Dr. Pandu Riono
	Perdoski	Dr. Wresti Indriatmi
	IDAI	Dr. Endah Citraresmi
	ASHM	Alia
	POGI	Dr. Ekarini
LSM Yayasan Anak dan Perempuan	Ketua	Nur Aziza I.
	Ketua Lapangan	Sarnan
	Petugas Outreach	Adit, Amd.Keu
	Petugas Outreach	Rosna Irawati
	Petugas Outreach	Djadjang Junaedi
	Petugas Outreach	Maman
LSM Kios Atmajaya	Program Manager	Nazaruddin Latief, S.Kom
	Data Manager	John Sigenta, S.Kom
World Bank	Health Officer	Dr. Pandu Harimurti
	Senior Operation Officer	Darren Dorkin
Global Fund Geneva	Senior Fund Portofolio Manager	Gail Steckley
	Senior Program Officer	Heather

<b>NGO/LSM dan Institusi Lainnya</b>		
<b>Institusi</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Nama</b>
		Ingold
FKM UI - Akademisi	Konsultan Kemenkes	DR. drg. Indang Trihandini, M.Kes
Yayasan Kusuma Buana	Pimpinan Yayasan Kusuma Buana	dr. Adi Sasongko, MA
BKKBN	Deputi Pengendalian Penduduk	Dr. Wendy Hartono, MA
Aliansi Laki-laki Baru	Koordinator Lapangan	Alwi
Lentera Anak Pelangi		Nita Anggriawan
Univ. Of New South Wales	Head of Surveillance and Evaluation Program for Public Health	Assoc. Professor David Wilson
	Research Associate, Natioal Centre for HIV Epdemiology and Clinical Research	Cliff C. Kerr
Udayana School of Public Health	Senior Lecturer at Epidemiology Departement Head of Kerti Praja Foundation	Prof. Dr. Dewa Nyoman Wirawan, MPH
Atmajaya Research Institute	Head of Atmajaya Research Institute	Prof. Irwanto, Ph.D
Yayasan Kita-kita	Direktur	H. Iwan
	Koordinator Lapangan	Iip
Yayasan Resik Purwakarta	Manager Program	Hasanudin

<b>NGO/LSM dan Institusi Lainnya</b>		
<b>Institusi</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Nama</b>
	PJ Program	Aris Mawardi
	Koordinator Lapangan	Iyan Hidayat
Rumah Sakit Umum Bayuasih Purwakarta	Kabid Yankes	dr. Tri Muhammad Hani
	Konselor VCT	Ersi Hermayanti, S.Kep
	PJ Pencatatan dan Pelaporan	Aries Sulaiman, Amd.Kep
LSM Cipta Rasa Kota Cirebon	Koordinator Lapangan	Robby Setiady
LSM Warga Siaga Kota Cirebon	Ketua	Syaeful Badar
LSM Warga Siaga Kab Cirebon	Ketua	Johny
Konselor Klinik Intan - Warga Siaga Kota Cirebon	Konselor VCT	Lenny
Komunitas Nelayan Bangkir Pelabuhan Kab Indramayu	Ketua Komunitas	Nurkhasan
Islamic Center Kota Cirebon - Tokoh Agama	Sekretaris Islamic Center Cirebon	H. Usman

<b>NGO/LSM dan Institusi Lainnya</b>		
<b>Institusi</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Nama</b>
	Pengurus Islamic Center Cirebon	H. Uus
	Pengurus Islamic Center Cirebon	Nurhalim
	Dosen Univ. Muhammadiyah	Sunardi
LSM CPS - Penasun	Koordinator	Sofyan Hadi

## Lampiran 2. Peraturan dan Kebijakan terkait Program Pengendalian HIV/AIDS di Indonesia

**Tabel 1. Peraturan dan Kebijakan di Tingkat Nasional**

No	Sectors	Regulation	Year
1		Keputusan Presiden Republik Indonesia No. 36 Tahun 1994 tentang Komisi Penanggulangan AIDS di Indonesia	1994
2		Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 75 Tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional	2006
3		Undang-undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika	2009
4		Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan	2009
5	Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat	Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Republik Indonesia No.8/KEP/Menko/Kesra/VI/1994 tentang Susunan Tugas dan Fungsi Keanggotaan Komisi Penanggulangan AIDS di Indonesia.	1994
6	Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat	Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat /Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Nomor 9/KE/MENKO/KESRA/VI/1994 tentang Strategi Nasional Penganggulangan AIDS	1994
7	Kementerian Koordinator	Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat	2007

No	Sectors	Regulation	Year
	Kesejahteraan Rakyat	Republik Indonesia selaku Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Nasional Nomor 02/Per/Menko/Kesra/I/2007 tentang Kebijakan Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif Suntik	
8	Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat	Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 8/PER/MENKO/KESRA/III tahun 2007 tentang pemberlakuan Pedoman Nasional Monitoring dan Pelaporan HIV dan AIDS di Seluruh Indonesia	2007
9	Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat	Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 08/PER/MENKO/KESRA/I/2010 tentang Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2010-2014	2010
10	Kementerian Dalam Negeri	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.	2007

<b>No</b>	<b>Sectors</b>	<b>Regulation</b>	<b>Year</b>
<b>11</b>	Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi	Kesepakatan Tripartit Nasional Tentang Komitmen Penanggulangan HIV/AIDS di Dunia Kerja Tahun 2003	2003
<b>12</b>	Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi	Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi R.I. No 68/2003 (issued on April 2004) tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Tempat Kerja dan Lampiran Petunjuk Teknis Pelaksanaan No. 20/DJPPK/VI/2005. Jakarta: Ditjen Pembinaan Pengawasan Ketenagakerjaan, Juni 2005.	2005
<b>13</b>	Kementerian Pendidikan Nasional	Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI Nomor 0286/P/1994 tentang Pembentukan Kelompok Kerja Penanggulangan Penyakit AIDS di Lingkungan Depdikbud	1994
<b>14</b>	Kementerian Pendidikan Nasional	Instruksi Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI No.9/U/1997 tentang Pencegahan HIV/ADIS Melalui Pendidikan	1997
<b>15</b>	Kementerian Pendidikan Nasional	Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI No.303/U/1997 tentang Pedoman Pencegahan HIV/AIDS Melalui Pendidikan.	1997
<b>16</b>	Kementerian Kesehatan	Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 622/Menkes/SK/VII/1992 tentang Kewajiban	1992

No	Sectors	Regulation	Year
		Pemeriksaan HIV pada Darah Donor	
17	Kementerian Kesehatan	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 760/Menkes/SK/VI/2007 tentang Penetapan Lanjutan Rumah Sakit Rujukan Bagi Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA)	2007
		Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 350/Menkes/SK/IV/2008 tentang Penetapan Rumah Sakit Pengampu dan Satelit Program Terapi Rumatan Methadone beserta Pedomannya.	2008

**Tabel 2. Peraturan dan Kebijakan di Tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota**

No	Level	Regulations	Year
1	Provinsi – Jawa Barat	Keputusan Gubernur Jawa Barat Nomor: 443/Kep.688-Yansos/2009 tentang Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Provinsi Jawa Barat	2009
2	Provinsi – Jawa Barat	Peraturan Gubernur No.78/2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi Jawa Barat	2010
3	Provinsi – Jawa Barat	Perda Peraturan Daerah Provinsi Jawa Barat Nomor 11 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Kesehatan	2010
4	Provinsi – Jawa Barat	Keputusan Sekretaris Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Jawa Barat Nomor: 105/SET/KPA/V/2011 tentang Sekretariat Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Provinsi Jawa Barat	2011
5	Provinsi – Jawa Barat	Peraturan Gubernur Jawa Barat No.56/2011 tentang RAD Percepatan Target MDGs Provinsi Jawa Barat Tahun 2011-2015	2011
6	Provinsi – Jawa Barat	Peraturan Daerah Provinsi Jawa Barat Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan Acquired Immune Deficiency Syndrom (AIDS)	2012

<b>No</b>	<b>Level</b>	<b>Regulations</b>	<b>Year</b>
<b>7</b>	Kota - Cirebon	Peraturan Daerah Kota Cirebon Nomor 1 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus – Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV-AIDS)	2010
<b>8</b>	Kabupaten - Indramayu	Peraturan Daerah Kabupaten Indramayu Nomor 8 Tahun 2010 tentang Penanggulangan HIV-AIDS	2010
<b>9</b>	Provinsi – Jawa Timur	Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 5 Tahun 2004 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Jawa Timur	2004
<b>10</b>	Provinsi – Jawa Timur	Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 48 Tahun 2004 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 5 Tahun 2004 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Jawa Timur	2004
<b>11</b>	Provinsi – DKI Jakarta	Peraturan Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 5 tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS	2008
<b>12</b>	Provinsi – DKI Jakarta	Keputusan Wakil Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Selaku Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi DKI Jakarta Nomor 62/KPAP-DKI/VIII/07 tentang Penetapan Kelompok Kerja (Pokja) Program	1997

No	Level	Regulations	Year
		Penanggulangan HIV/AIDS Provinsi DKI Jakarta	
13	Provinsi – DKI Jakarta	Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 56 Tahun 2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta	2005

ISBN 978-979-9394-46-0



9 789799 394460