

Draft 17 Agustus 2007



RENCANA AKSI NASIONAL  
PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS  
2007 – 2010

KOMISI PENANGGULANGAN AIDS NASIONAL  
2007

## Ringkasan Eksekutif

Dokumen ini berisi Rencana Aksi Nasional (RAN) Penanggulangan AIDS di Indonesia Tahun 2007-2010, yang terdiri atas latar belakang dan justifikasi, Program Penanggulangan AIDS, kebutuhan sumber daya dan strategi mobilisasi sumber daya, serta dukungan manajemen.

Epidemi HIV telah berlangsung 20 tahun di Indonesia, dan sejak tahun 2000 epidemi tersebut sudah terkonsentrasi pada sub-populasi berisiko tinggi, yaitu pengguna Napza suntik (penasun), wanita penjaja seks (WPS) dan waria. Dalam lima tahun terakhir ini, laju peningkatan jumlah kasus AIDS semakin cepat. Departemen Kesehatan (Depkes) melaporkan jumlah kasus baru AIDS pada tahun 2006 sebanyak 2.873. Jumlah ini dua kali lipat dibanding jumlah yang dilaporkan selama 17 tahun pertama epidemi tersebut di Indonesia, yakni 1.371 kasus. Jarum dan alat suntik merupakan jalur transmisi pemicu percepatan ini. Diperkirakan penularan melalui hubungan seksual berisiko mendominasi mulai tahun 2008. Di Tanah Papua, penularan HIV melalui hubungan seksual berisiko telah sampai pada masyarakat umum.

Menghadapi percepatan penambahan kasus baru HIV perlu dilakukan akselerasi program penanggulangan AIDS. Bersamaan dengan itu, akan dibangun sistem penanggulangan AIDS jangka panjang yang komprehensif mencakup program pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan serta mitigasi.

Program penanggulangan AIDS dilaksanakan dengan memperhatikan tiga hal berikut: **Pertama**, program diarahkan terutama untuk menjangkau sub-populasi penasun dan penjaja seks (PS) sekaligus, juga sub-populasi pasangan penasun dan pelanggan penjaja seks (PPS). **Kedua**, program mengutamakan komponen pencegahan transmisi melalui jarum dan alat suntik dan transmisi seksual untuk mencegah laju pertumbuhan infeksi baru HIV. Program bersifat komprehensif dalam satu wilayah tertentu, meliputi promosi hidup sehat, VCT, pencegahan IMS, *Harm Reduction*, CST, kewaspadaan universal dan transfusi darah aman. **Ketiga**, program mengutamakan cakupan wilayah di 19 provinsi dengan estimasi jumlah populasi paling berisiko yang mencapai 80% dari seluruh wilayah Indonesia. Wilayah ini termasuk 2 provinsi di Tanah Papua yang mengalami *generalized epidemic* yang akan menjadi perhatian khusus karena prevalens HIV di populasi umum telah mencapai 2,4%.

Sasaran kunci pada tahun 2010, terdiri atas: (1) 80% populasi yang paling berisiko terjangkau program pencegahan yang komprehensif, (2) perubahan perilaku pada 60%

populasi paling berisiko, (3) semua ODHA yang memenuhi syarat menerima pengobatan antiretroviral (ART), dukungan, perawatan dan pengobatan sesuai kebutuhan, (4) lingkungan yang memberdayakan (masyarakat sipil berperan aktif dan penghapusan stigma serta diskriminasi), (5) sumber-sumber daya dan dana (domestik dan internasional) memenuhi estimasi kebutuhan pada tahun 2008, (6) ibu hamil HIV positif menerima ARV profilaksis, (7) yatim piatu dan anak terlantar (OVC) menerima paket dukungan, dan (8) infeksi baru berkurang sebanyak 50%, dibanding tahun 2005.

Peningkatan kualitas hidup ODHA pun menjadi bagian program penanggulangan AIDS komprehensif, yang mencakup program perawatan, dukungan dan pengobatan. ODHA tersebar hampir menyeluruh di semua wilayah, karena itu setiap kabupaten/kota harus mempunyai jaringan pelayanan kesehatan, yang terdiri atas puskesmas sebagai pusat pelayanan terdekat pada yang membutuhkan dan minimal ada satu rumah sakit yang memiliki pelayanan pengobatan ARV dalam jaringan itu.

Perkiraan jumlah dana yang dibutuhkan untuk RAN selama empat tahun (2007-2010) terdiri atas program pencegahan Rp. 4,35 triliun, perawatan, dukungan dan pengobatan Rp. 1,32 triliun, manajemen Rp. 1,17 triliun, serta mitigasi Rp. 143 miliar. Perkiraan ketersediaan dana per tahun sebanyak Rp. 597 miliar.

Pemenuhan kebutuhan sumber dana dilakukan dengan beberapa cara. antara lain: mengalokasikan dana bersumber dana pemerintah di tingkat pusat dan daerah yang proporsinya harus meningkat setiap tahun, sehingga kontribusi pemerintah pusat dan daerah (APBN, APBD provinsi dan kabupaten/kota) lebih besar. Sumber dana lain dari kerja sama dengan mitra internasional dan sektor swasta. Dalam pelaksanaannya, Program Penanggulangan AIDS membutuhkan kepemimpinan yang mampu menggerakkan partisipasi semua pihak untuk meningkatkan cakupan dan efektifitas implementasi program, serta pelayanan di lapangan. Program dilaksanakan secara berkesinambungan.

## **Kata Pengantar**

Penetapan kembali pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) dengan Peraturan Presiden RI Nomor 75 tahun 2006, adalah untuk meningkatkan upaya penanggulangan AIDS yang lebih intensif, menyeluruh, terpadu dan terkoordinasi. Dalam peraturan tersebut, tugas yang perlu diselesaikan KPAN antara lain adalah penyusunan rencana strategis nasional dan rencana aksi nasional (RAN). RAN berisi langkah-langkah untuk meningkatkan cakupan, efektifitas dan pelaksanaan program yang berkesinambungan, serta terfokus.

Penyusunan Rencana Aksi Nasional (RAN) ini berdasarkan data, yaitu hasil Estimasi Populasi Dewasa Rawan Tertular HIV Tahun 2006, sehingga dapat ditetapkan secara tepat jumlah dan wilayah sasaran program. Program dilaksanakan berdasarkan pengalaman intervensi yang telah terbukti dapat menghambat laju epidemi HIV. Tujuan program adalah menekan laju epidemi, sehingga dapat dicegah infeksi baru HIV sebesar 50% pada tahun 2010. Isi RAN yang paling utama adalah program-program prioritas berikut kebutuhan biayanya.

RAN ini akan dipakai sebagai pedoman untuk mendorong implementasi program di tingkat sektor dan daerah, serta pedoman monitoring dan evaluasi. RAN juga menjadi alat advokasi penting bagi KPAN untuk memobilisasi sumber daya, baik di tingkat nasional dan internasional maupun di daerah melalui KPA Daerah.

Kami sampaikan terima kasih kepada Tim Penyusun dan semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan RAN Penanggulangan AIDS 2007-2010 ini.

Juni 2007

**Komisi Penanggulangan AIDS Nasional**  
**Sekretaris**

**Nafsiah Mboi**

## Daftar Isi

	Halaman
Ringkasan Eksekutif .....	i
Kata Pengantar .....	iii
Daftar Isi .....	iv
Daftar Tabel .....	vi
Daftar Gambar .....	vi
Daftar Singkatan .....	vii
<b>Bagian Satu: Latar Belakang dan Justifikasi .....</b>	<b>1</b>
A. Situasi Epidemi HIV .....	1
B. Situasi Respons terhadap Epidemi .....	3
1. Kebijakan Nasional .....	3
2. Respons Indonesia .....	4
C. Justifikasi .....	6
<b>Bagian Dua: Program Penanggulangan AIDS .....</b>	<b>9</b>
A. Kerangka Program .....	10
1. Pengembangan Kebijakan .....	10
2. Program Pencegahan .....	11
3. Program Perawatan, Pengobatan dan Dukungan .....	12
4. Program Mitigasi .....	13
B. Implementasi Program .....	13
1. Program Komprehensif di 17 Provinsi Prioritas .....	13
2. Implementasi Program di Tanah Papua .....	14
3. Implementasi Program di Provinsi-Provinsi Lain .....	15
C. Pendukung Program .....	15
1. Pengembangan Kelembagaan .....	15
2. Monitoring, Surveilans dan Penelitian .....	16
<b>Bagian Tiga: Manajemen Rencana Aksi Nasional .....</b>	<b>24</b>
A. Kepemimpinan .....	24
B. Koordinasi Pelaksanaan .....	24
1. Perencanaan Program .....	24
2. Harmonisasi/Sinkronisasi .....	24

3. Rapat Koordinasi Kemajuan Program Secara Berkala .....	25
4. Pertanggungjawaban RAN .....	25
C. Kemitraan .....	25
D. Peran Masyarakat Sipil .....	26
E. Mobilisasi Sumber Daya .....	26
1. Persiapan SDM .....	26
2. Sumber Daya Finansial .....	27
3. Sumber Daya Material .....	28

**Bagian Empat: Kebutuhan Sumber Daya dan Strategi Mobilisasi -**

<b>Sumber Daya .....</b>	<b>29</b>
A. Program di 17 Provinsi .....	29
B. Program di Tanah Papua .....	29
C. Program di Provinsi-Provinsi Lainnya .....	30
D. Kesenjangan Sumber Daya .....	30
1. Pengeluaran Sebelum Tahun 2007 .....	30
2. Kesenjangan di 17 Provinsi .....	31

**Bagian Lima: Penutup .....** **33**

**Lampiran-Lampiran:**

- A. Lampiran 1: Ringkasan Stranas
- B. Lampiran 2: Estimasi Sumber Daya
- C. Lampiran 3: Pemodelan Matematik Tren Epidemi HIV 2006-2010
- D. Lampiran 4: Bagan Kerangka Program
- E. Lampiran 5: Indikator Monitoring dan Evaluasi
- F. Lampiran 6: *Road Map* Rencana Aksi Nasional 2007 - 2010

## Daftar Tabel

	Halaman
1. Estimasi Jumlah Populasi Rawan dan ODHA serta Laporan – Kasus AIDS di 19 Provinsi Prioritas RAN 2007 – 2010 .....	8
2. Cakupan Tahun 2006 dan Target RAN 2007 – 2010 .....	10
3. Kebutuhan Dana Menurut Program di 17 Provinsi, 2006 – 2010 .....	29
4. Kebutuhan Dana Menurut Program di Tanah Papua, 2006 – 2010 .....	30

## Daftar Gambar

	Halaman
1. Laju Pertumbuhan Jumlah Kasus AIDS .....	1
2. Estimasi Proporsi Orang dengan HIV di Indonesia Tahun 2006 .....	2
3. Estimasi Kecenderungan Perkembangan Epidemii HIV – di Indonesia sampai 2020 .....	3
4. Sembilan-belas Provinsi Prioritas RAN 2007 – 2010 .....	7
5. Estimasi Proporsi Infeksi Baru .....	9
6. Pemodelan Tren Epidemii HIV dengan Beberapa Cakupan Program - sampai 2020 .....	10
7. Analisis Kesenjangan 2007 – 2010 .....	31
8. Kesenjangan Sumber Daya Kumulatif .....	32

## Daftar Singkatan

AIDS	: Acquired Immuno Deficiency Syndrome
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ART	: Pengobatan Anti Retroviral
ARV	: Obat Anti Retroviral
BCI	: Behaviour Change Intervention
BNN	: Badan Narkotika Nasional
BPS	: Badan Pusat Statistik
CST	: Care, Support and Treatment
GIPA	: Greater Involvement People Living with AIDS
HR (Harm Reduction)	: Pengurangan dampak buruk
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IDU/ Penasun	: Pengguna NAPZA suntik
IMS	: Infeksi Menular Seksual
KDS	: Kelompok Dukungan Sebaya
KIE	: Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KPA	: Komisi Penanggulangan AIDS
KPP	: Komunikasi Perubahan Perilaku
Lapas	: Lembaga Pemasyarakatan
LSL	: Lelaki Seks dengan Lelaki lain
Menko Kesra	: Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat
NAPZA	: Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif
ODHA	: Orang Dengan HIV/AIDS, orang yang telah terinfeksi HIV
OHIDA	: Orang Hidup dengan Penderita AIDS, umumnya anggota keluarga
OVC	: Orphan Vurnerable Children
PEP	: Post-exposure Prophylaxis
Perpres	: Peraturan Presiden
Permenko Kesra	: Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat
PJASS	: Program Layanan Penggunaan Jarum dan Alat Suntik Steril
PMI	: Palang Merah Indonesia
PMTCT	: Prevention Mother to Child Transmission
PPS	: Pria Penjaja Seks
PS	: Penjaja Seks
PTRM	: Program Terapi Rumatan Metadon
RAN	: Rencana Aksi Nasional
RNM	: Resource Need Model
SDM	: Sumberdaya manusia
Stranas	: Strategi Nasional
UNAIDS	: Joint United Nations Programme on HIV and AIDS
VCT	: Voluntary, Counseling and Testing
WBP	: Warga Binaan Pemasyarakatan
WPS	: Wanita Penjaja Seks



## Bagian Satu

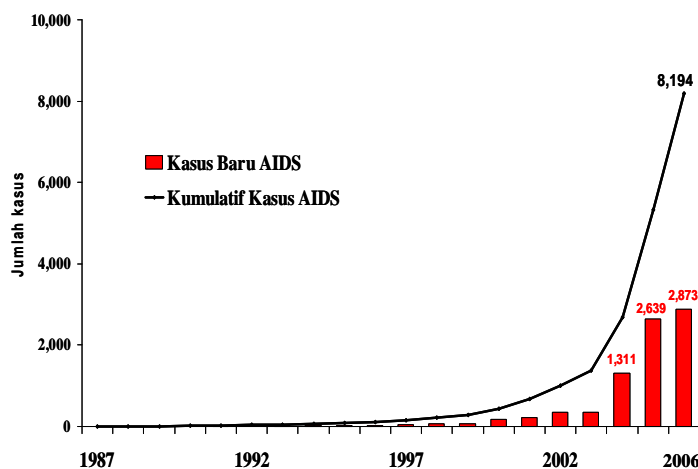
### Latar Belakang dan Justifikasi

#### A. Situasi Epidemik HIV

Epidemi HIV di Indonesia telah berlangsung 20 tahun. Sejak tahun 2000 epidemi tersebut sudah mencapai tahap terkonsentrasi pada beberapa sub-populasi berisiko tinggi (dengan prevalensi > 5%), yaitu pengguna Napza suntik (penasun), wanita penaja seks (WPS), dan waria. Situasi demikian menunjukkan bahwa pada umumnya Indonesia berada pada tahap *concentrated epidemic*. Dalam lima tahun terakhir, jumlah orang yang dilaporkan mengidap AIDS bertambah cepat. Situasi percepatan ini disebabkan kombinasi transmisi HIV melalui penggunaan jarum suntik tidak steril dan transmisi seksual di antara populasi berisiko tinggi. Di Tanah Papua (Provinsi Papua dan Irian Jaya Barat), keadaan yang meningkat ini ternyata telah menular lebih jauh, yaitu telah terjadi penyebaran HIV melalui hubungan seksual berisiko pada masyarakat umum (dengan prevalensi > 1%). Situasi di Tanah Papua menunjukkan tahapan telah mencapai *generalized epidemic*.

Epidemi HIV yang terkonsentrasi ini tergambar dari laporan Departemen Kesehatan (Depkes) tahun 2006. Sejak tahun 2000 prevalensi HIV mulai konstan di atas 5% pada beberapa sub-populasi berisiko tinggi tertentu. Dari beberapa tempat sentinel, pada tahun 2006 prevalensi HIV berkisar 21% – 52% pada penasun, 1% - 22% pada WPS, dan 3% - 17% pada waria.

Gambar 1. Laju Pertumbuhan Jumlah Kasus AIDS



Sumber: Departemen Kesehatan RI, 2006

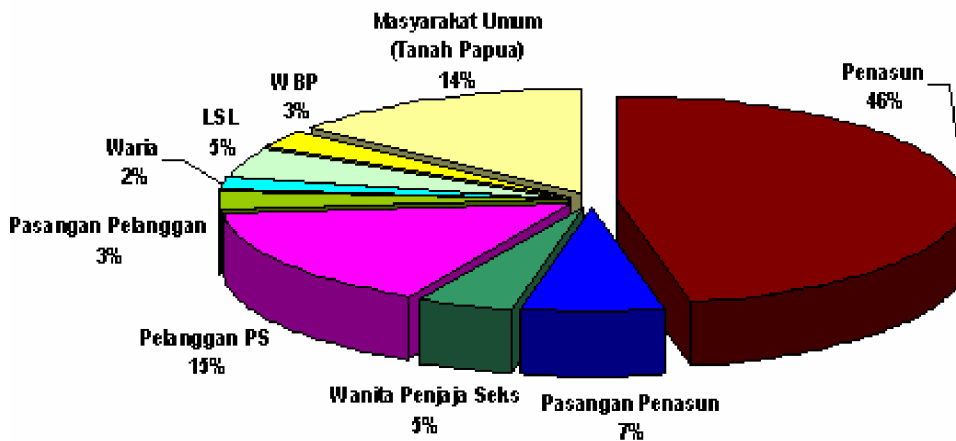
Depkes juga melaporkan laju peningkatan kasus baru AIDS yang semakin cepat terutama dalam 3 tahun terakhir. Hal ini terlihat dari jumlah kasus baru AIDS sebanyak 2.873 pada

tahun 2006. Jumlah ini dua kali lipat dibanding jumlah yang pernah dilaporkan pada 17 tahun pertama epidemi AIDS di Indonesia, yang jumlahnya 1.371. Dari jumlah kasus baru itu, 82% adalah laki-laki, dan yang berusia kurang dari 30 tahun sebanyak 74%.

Seiring dengan penambahan total kasus AIDS, jumlah daerah yang melaporkan kasus AIDS pun bertambah. Pada akhir tahun 2000, terdapat 16 provinsi yang melaporkan kasus AIDS, dan kemudian pada akhir tahun 2003 jumlah tersebut meningkat menjadi 25 provinsi. Jumlah ini meningkat tajam pada tahun 2006, yaitu sebanyak 32 dari 33 provinsi yang ada di Indonesia yang sudah melaporkan adanya kasus AIDS.

Situasi epidemi HIV juga tercermin dari hasil Estimasi Populasi Dewasa Rawan Tertular HIV pada tahun 2006. Diperkirakan ada 4 juta sampai dengan 8 juta orang paling berisiko terinfeksi HIV dengan jumlah terbesar pada sub-populasi pelanggan penjaja seks (PPS), yang jumlahnya lebih dari 3,1 juta orang dan pasangannya sebanyak 1,8 juta. Sekalipun jumlah sub-populasinya paling besar namun kontribusi pelanggan belum sebanyak penasun dalam infeksi HIV. Gambaran tersebut dapat dilihat dari hasil estimasi orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Indonesia tahun 2006, yang jumlahnya berkisar 169.000-217.000, dimana 46% diantaranya adalah penasun sedangkan PPS 14%.

Gambar 2. Estimasi Proporsi Orang dengan HIV di Indonesia Tahun 2006

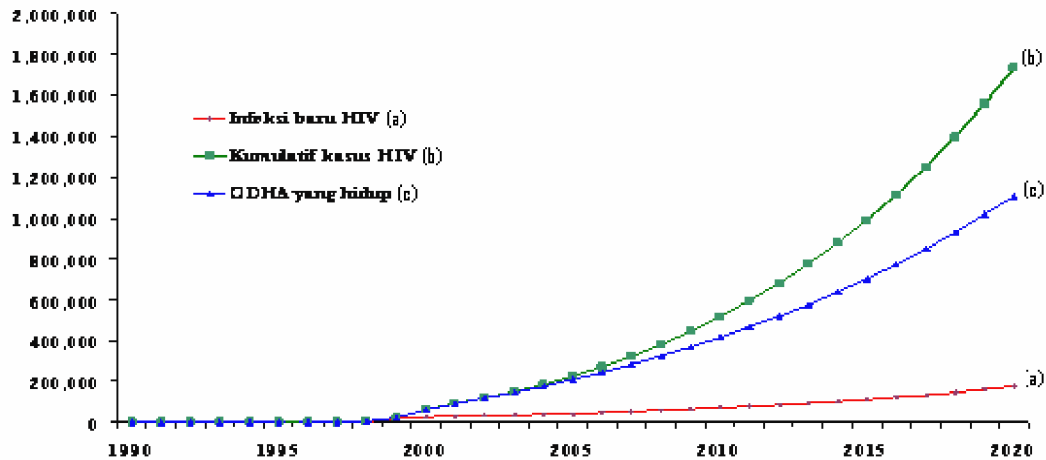


Sumber: Laporan Estimasi Populasi Rawan Tertular HIV Tahun 2006 Departemen Kesehatan RI

Selain pada sub-populasi yang secara tradisional dikenal sangat berisiko tertular HIV, ternyata 14% estimasi ODHA juga berasal dari masyarakat umum di Tanah Papua. Hasil tersebut didukung data surveilans HIV pada beberapa sub-populasi masyarakat umum, seperti ibu hamil dan anak sekolah di beberapa kabupaten di Tanah Papua yang menunjukkan adanya peningkatan prevalens HIV cukup berarti dalam beberapa tahun terakhir ini. Prevalens HIV di masyarakat umum di Tanah Papua tahun 2006 adalah 2,4% (BPS dan Depkes, 2007)

Bila respons yang masih terbatas seperti saat ini dimana cakupan program yang rendah berlangsung terus, maka hasil pemodelan epidemi HIV mengindikasikan tingkat penularan akan terus meningkat di Indonesia. Diperkirakan akan ada sekitar 400.000 orang terinfeksi HIV pada tahun 2010, dan 100.000 orang diantaranya meninggal atau ada 1 juta ODHA pada tahun 2015 dengan 350.000 kematian.

Gambar 3. Estimasi Kecenderungan Perkembangan Epidemi HIV di Indonesia sampai 2020



Sumber: Laporan Estimasi Populasi Rawan Tertular HIV Tahun 2006  
Departemen Kesehatan RI

Risiko penularan HIV tidak hanya terbatas pada sub-populasi yang berperilaku risiko tinggi, tetapi juga dapat menular pada pasangan atau istrinya, bahkan anaknya. Diperkirakan pada akhir tahun 2015 akan terjadi penularan HIV secara kumulatif pada lebih dari 38.500 anak yang dilahirkan dari ibu yang terinfeksi HIV. Para ibu ini sebagian besar tertular dari suaminya.

## B. Situasi Respons terhadap Epidemi

### 1. Kebijakan Nasional

HIV adalah epidemi yang mengancam kesehatan dan kehidupan generasi penerus bangsa, yang secara langsung membahayakan perkembangan sosial dan ekonomi, serta keamanan negara. Oleh karena itu, upaya penanggulangannya harus dianggap sebagai masalah yang penting dengan tingkat urgensi yang tinggi dan merupakan program jangka panjang yang membutuhkan koordinasi multipihak, serta mobilisasi sumber daya yang intensif dari seluruh lapisan masyarakat untuk mempercepat dan memperluas cakupan program.

Pemerintah menjamin mobilisasi semua sumber daya yang disesuaikan dengan kemampuan ekonomi dan keadaan negara untuk penanggulangan AIDS, dan mengurangi

stigma dan diskriminasi. Pemerintah juga mendorong meningkatkan tanggung jawab keluarga dan masyarakat terhadap ODHA. Sebaliknya, upaya untuk meningkatkan tanggung jawab ODHA untuk menjaga keluarga dan masyarakat agar tidak tertular juga perlu ditingkatkan.

Mengingat epidemi HIV sudah menjadi masalah global, pemerintah Indonesia berkomitmen menjalankan kesepakatan internasional untuk penanggulangan AIDS, mempromosikan kerja sama multilateral dan bilateral, serta memperluas kerja sama dengan negara tetangga dalam Program Penanggulangan AIDS.

## **2. Respons Indonesia**

Kebijakan nasional diterjemahkan dalam beberapa kegiatan berikut:

### **a. Penyediaan landasan pelaksanaan program**

Dokumen penting telah dikeluarkan pemerintah dan merupakan dasar dari pelaksanaan program penanggulangan AIDS, antara lain adalah sebagai berikut:

- 1) Keputusan Presiden Nomor 36 Tahun 1994 tentang Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) dan KPA Daerah sebagai lembaga pemerintah yang mengkoordinasikan pelaksanaan penanggulangan AIDS. Ini diikuti dengan Strategi Nasional (Stranas) AIDS Pertama, Rencana Strategis 1995 – 1999, Stranas 2003 - 2007 dan terakhir Stranas 2007 - 2010.
- 2) Mengadopsi komitmen *United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS* (UNGASS) pada tahun 2001, sebagai kerangka kerja dalam memperluas respons penanggulangan AIDS.
- 3) Penandatanganan Komitmen Sentani pada tahun 2004 oleh enam provinsi dengan tingkat epidemi HIV tertinggi sebagai gerakan bersama memerangi AIDS.
- 4) Memorandum of Understanding (MoU) BNN dan KPA yang ditindaklanjuti dengan Permenko Kesra Nomor 2/2007 tentang pengurangan dampak buruk terhadap penggunaan Napza.

### **b. Penguatan kepemimpinan**

Dalam rangka memperkuat kepemimpinan dan komitmen maka dilaksanakan sidang kabinet sesi khusus HIV dan AIDS pada tahun 2002 dan 2003, yang dilanjutkan dengan pencanangan Gerakan Nasional Penanggulangan AIDS.

### **c. Penguatan kelembagaan KPA**

Untuk memperkuat kelembagaan KPA di pusat dan daerah telah dikeluarkan Peraturan Presiden Nomor 75 tahun 2006 tentang KPA yang menetapkan kembali struktur KPA agar dapat meningkatkan upaya yang lebih intensif, menyeluruh, terpadu dan terkoordinasi.

#### **d. Peningkatan upaya pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan**

Kebijakan dan respons pemerintah Indonesia dalam penanggulangan AIDS membawa perubahan dalam pelaksanaan setiap program yang dilaksanakan di berbagai tingkatan. Di bawah ini adalah situasi program-program utama penanggulangan AIDS baik dari sisi pencapaian maupun hambatan. Secara umum, telah banyak program yang dilakukan, namun ternyata jangkauannya masih terbatas.

##### **1) Program Pencegahan**

###### **a) Intervensi Perubahan Perilaku**

Pencapaian: Dalam beberapa tahun terakhir ini, program komunikasi, informasi dan edukasi sudah dilakukan oleh masyarakat sipil termasuk ODHA di beberapa daerah. Program dilakukan dalam berbagai bentuk dan berkontribusi pada peningkatan pengetahuan tentang cara penularan dan pencegahan HIV di beberapa populasi risiko tinggi.

Kendala: Orientasi, bentuk, cakupan dan kualitas program masih belum dapat memenuhi kebutuhan untuk mengubah norma sosial dan perilaku risiko di populasi yang paling berisiko tertular HIV.

###### **b) Penggunaan Kondom 100%**

Pencapaian: Dikeluarkannya peraturan daerah tentang penggunaan kondom 100% pada hubungan seksual berisiko di beberapa daerah untuk membantu pelaksanaan intervensi perubahan perilaku.

Kendala: Belum ada sistem pelaksanaan dan pengawasan terhadap berbagai upaya untuk meningkatkan pemakaian kondom pada hubungan seksual berisiko, dan belum tercipta lingkungan kondusif untuk mendukung Program Pemakaian Kondom 100 %.

###### **c) Pengurangan Dampak Buruk pada Penasun**

Pencapaian: Program jangka pendek dan pragmatis sudah dilaksanakan di sejumlah wilayah pada beberapa tempat layanan kesehatan. Program tersebut dilakukan agar pemulihan dan abstinensia sebagai tujuan program jangka panjang memiliki arti. Upaya tersebut diikuti dengan keluarnya Permenko Kesra Nomor 02 Tahun 2007 untuk mengkoordinasikannya dengan berbagai instansi pemerintah.

Kendala: Cakupan program yang masih sangat rendah dan terbatasnya dokumen legal untuk mendukung pelaksanaan beberapa program dan perluasannya.

**d) Manajemen Infeksi Menular Seksual (IMS)**

Pencapaian: Upaya memutus mata rantai penularan IMS melalui pemeriksaan dan pengobatan berkala penaja seks (PS) telah dilakukan di beberapa provinsi melalui klinik IMS yang terintegrasi dengan Puskesmas maupun program pencegahan lainnya.

Kendala: Rendahnya cakupan program dan tingkat pemakaian kondom serta tingginya tingkat resistensi beberapa obat IMS yang biasa digunakan menyebabkan dampak dari program ini belum terlihat.

**e) Konseling dan Tes HIV Sukarela**

Pencapaian: Sampai saat ini ada 290 layanan konseling dan tes HIV sukarela (VCT) di 118 kabupaten/kota yang terintegrasi dengan Puskesmas atau layanan kesehatan lainnya seperti Rumah Sakit, klinik swasta, klinik IMS.

Kendala: Rendahnya pemanfaatan layanan yang tersedia dan terbatasnya jumlah layanan di daerah tertentu.

**2) Perawatan, Dukungan dan Pengobatan untuk ODHA**

Sampai akhir 2006 tercatat 7.219 ODHA (57% dari target Indonesia dalam program 3 by 5) sudah pernah menerima pengobatan ARV melalui 153 Rumah Sakit yang telah ditunjuk dan dilatih oleh Depkes. Sebanyak 4.256 diantaranya masih menjalani pengobatan, 1.658 meninggal dan sisanya tidak melanjutkan pengobatan.

**e. Penguatan koordinasi dan mobilisasi multipihak serta peran serta masyarakat**

Untuk meningkatkan koordinasi dan peran serta masyarakat dalam penanggulangan AIDS, upaya yang telah dilakukan antara lain adalah sebagai berikut:

- 1) Program akselerasi 100 kabupaten dan kota di provinsi-provinsi dengan tingkat epidemi HIV terkonsentrasi.
- 2) Peran serta masyarakat sipil dalam penanggulangan AIDS, yang antara lain diwujudkan dalam perumusan kebijakan dan implementasi program.
- 3) Koordinasi perencanaan sektoral.

**C. JUSTIFIKASI**

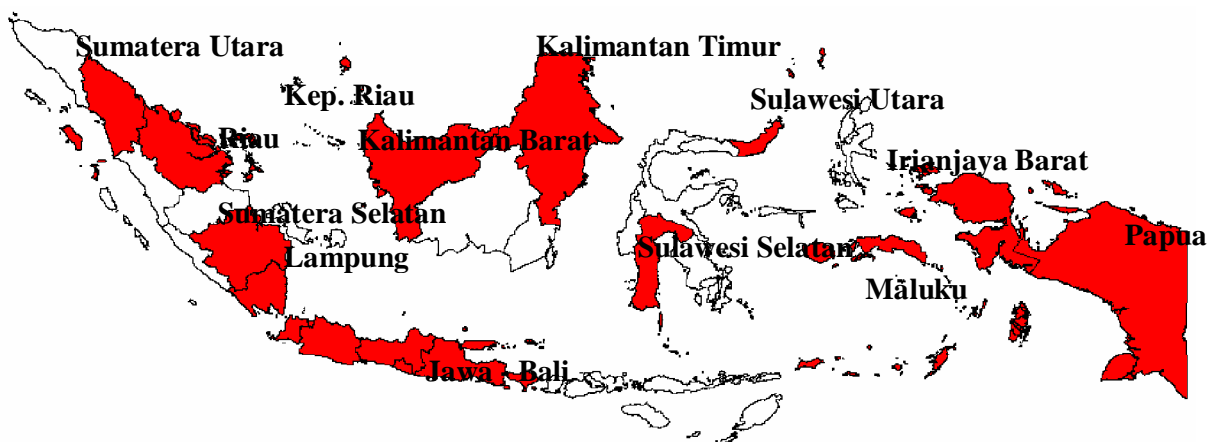
Ada empat justifikasi RAN, yaitu sebagai berikut:

**Pertama**, jalan epidemi HIV di Indonesia bisa diubah dengan melakukan program respons yang komprehensif, efektif dan diperluas sejak tahun 2007 sampai 2010. Program yang dikembangkan harus dapat mencegah infeksi baru sebanyak mungkin di sub-populasi berisiko, sehingga dapat menghindarkan 50% infeksi baru HIV pada tahun 2010.

**Kedua**, infeksi baru dapat dicegah bila program difokuskan pada populasi yang paling berisiko tertular HIV dengan program yang efektif di wilayah yang jumlah populasi risiko tinggi terbanyak. Adapun target kunci RAN adalah, (1) 80% populasi yang paling berisiko terjangkau oleh program pencegahan yang komprehensif, (2) perubahan perilaku pada 60% populasi paling berisiko, (3) semua ODHA yang memenuhi syarat menerima pengobatan ARV dan perawatan, dukungan dan pengobatan sesuai kebutuhan, (4) lingkungan yang memberdayakan, yaitu masyarakat sipil berperan aktif, dan penghapusan stigma dan diskriminasi, (5) sumber-sumber daya dan dana baik domestik dan internasional memenuhi estimasi kebutuhan pada tahun 2008, (6) 60% ibu hamil HIV positif menerima ARV profilaksis, (7) yatim piatu dan anak terlantar (OVC) menerima paket dukungan, dan (8) berkurangnya infeksi baru sebanyak 50%, atau terdapat 35 ribu infeksi baru dibandingkan dengan proyeksi sejumlah 70 ribu infeksi baru pada tahun 2010 seandainya cakupan program masih sama dengan saat ini.

**Ketiga**, sebanyak 80% populasi yang paling berisiko tersebut harus dicapai berdasarkan estimasi jumlah populasi rawan, ODHA dan laporan kasus AIDS, maka program yang komprehensif dan efektif perlu diarahkan berdasarkan prioritas wilayah, yaitu pada 19 provinsi di Indonesia termasuk 2 provinsi di Tanah Papua (*lihat gambar 4 dan tabel 1*). Populasi paling berisiko pada provinsi lainnya yang tidak lebih dari 20% akan dilakukan pendekatan implementasi program yang sesuai dengan kebutuhan spesifik setempat.

Gambar 4. Sembilan-belas Provinsi Prioritas RAN 2007 – 2010



Tabel 1. Estimasi Jumlah Populasi Rawan dan ODHA serta Laporan Kasus AIDS di 19 Provinsi  
Prioritas RAN 2007 – 2010

No	Propinsi	WPS	Penasun	Waria	LSL	WBP	ODHA	Kasus AIDS
1	Sumatera Utara	8,900	16,230	1,230	41,590	11,660	10,390	242
2	Riau	8,120	4,240	2,000	14,530	3,970	4,440	97
3	Sumatera Selatan	6,580	8,190	1,320	20,050	4,360	5,930	91
4	Lampung	4,140	4,870	630	21,030	1,400	3,380	102
5	Kepulauan Riau	10,920	5,160	370	5,860	320	3,990	203
6	DKI Jakarta	38,910	33,750	1,340	45,630	9,240	27,670	2,565
7	Jawa Barat	25,330	24,710	3,640	170,210	19,250	19,490	940
8	Jawa Tengah	13,620	7,910	1,560	98,700	5,760	7,970	290
9	DI Yogyakarta	2,690	5,590	520	11,600	950	3,320	89
10	Jawa Timur	26,070	27,330	3,710	132,010	11,560	20,810	863
11	Banten	3,330	9,650	250	37,930	4,440	6,590	42
12	Bali	8,540	3,420	370	11,730	1,240	5,570	399
13	Kalimantan Barat	3,710	4,300	1,070	14,900	1,110	3,020	553
14	Kalimantan Timur	11,450	9,500	2,580	12,600	1,180	6,130	10
15	Sulawesi Selatan	5,230	12,110	1,050	22,060	1,790	7,610	143
16	Sulawesi Utara	3,770	1,980	460	7,960	1,370	1,640	101
17	Maluku	3,400	820	400	3,690	340	1,190	119
18	Irian Jaya Barat	2,670	240	320	1,260	130	7,160	58
19	Papua	5,020	430	270	4,730	140	22,210	947
<b>Indonesia</b>		<b>221,000</b>	<b>219,000</b>	<b>28,000</b>	<b>766,000</b>	<b>96,000</b>	<b>193,000</b>	<b>8,196</b>
<b>% 19 Propinsi : Indonesia</b>		<b>87%</b>	<b>82%</b>	<b>82%</b>	<b>89%</b>	<b>84%</b>	<b>87%</b>	<b>96%</b>

**Keempat**, sebagai acuan Program Penanggulangan AIDS, RAN tidak hanya berisi kegiatan-kegiatan yang perlu diimplementasikan, namun juga berisi perhitungan sumber dana yang dibutuhkan. Adapun prinsip pokok RAN adalah sebagai berikut: (1) mencapai target 2010 sesuai dengan *universal access*, (2) memilih prioritas program, sasaran dan wilayah berbasis evidens, (3) mendekatkan pelayanan komprehensif dilengkapi dengan sistem rujukan, pembinaan dan pengawasan, (4) menjalin kemitraan antara pemerintah pusat dan daerah dengan mitra internasional, donor bilateral dan multilateral, masyarakat sipil, dan lainnya, (5) meningkatkan kepemimpinan pemerintah daerah yang dibantu oleh KPAN dan KPA Daerah, (6) menyediakan anggaran dari APBN dan APBD berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006, (7) meningkatkan kemampuan sumber daya manusia dan mengembangkan petunjuk teknis, (8) melakukan penelitian yang berorientasi kebijakan dan berkaitan dengan intervensi, (9) menciptakan dan mengembangkan monitoring dan evaluasi yang handal.



## Bagian Dua

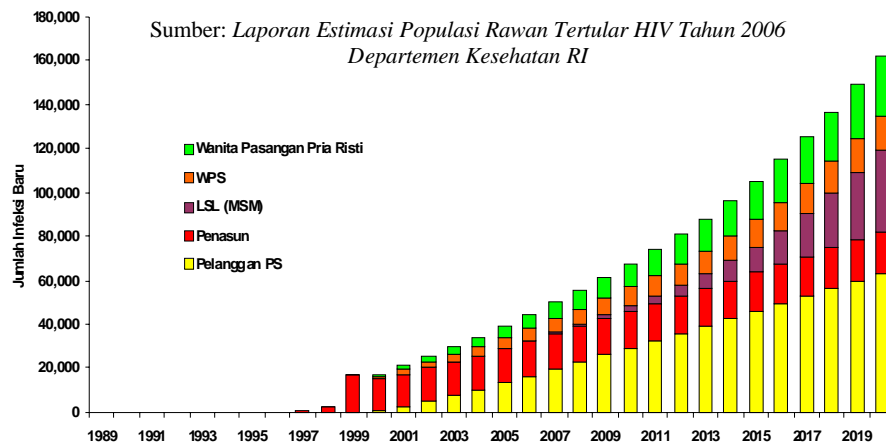
### Program Penanggulangan AIDS

Situasi epidemi AIDS selama periode 2007-2010 diperkirakan masih dalam tingkat epidemi terkonsentrasi untuk wilayah Indonesia pada umumnya, dengan laju percepatan prevalens pada kelompok-kelompok paling berisiko. Sedang epidemi AIDS di Tanah Papua sudah pada tahap *generalized epidemic*. Pada situasi epidemi seperti ini, Program Penanggulangan AIDS diarahkan pada area program pencegahan untuk populasi paling berisiko dan area program perawatan pengobatan dan dukungan untuk orang dengan HIV dan AIDS (ODHA). Kemudian untuk Tanah Papua perlu ditambah dengan program-program yang sarasannya adalah unsur-unsur masyarakat umum.

Kedua area program ini ditujukan untuk mencegah timbulnya infeksi baru HIV dan meningkatkan kualitas hidup ODHA. Area program mitigasi akan dilaksanakan pada wilayah geografis terbatas terutama di Tanah Papua, sedang di wilayah lain program mitigasi akan dilaksanakan dalam skala terbatas dan bersifat lokal. Pelaksanaan Program Penanggulangan AIDS didukung oleh pengembangan lingkungan yang kondusif dengan mengembangkan kebijakan, strategi dan panduan teknis.

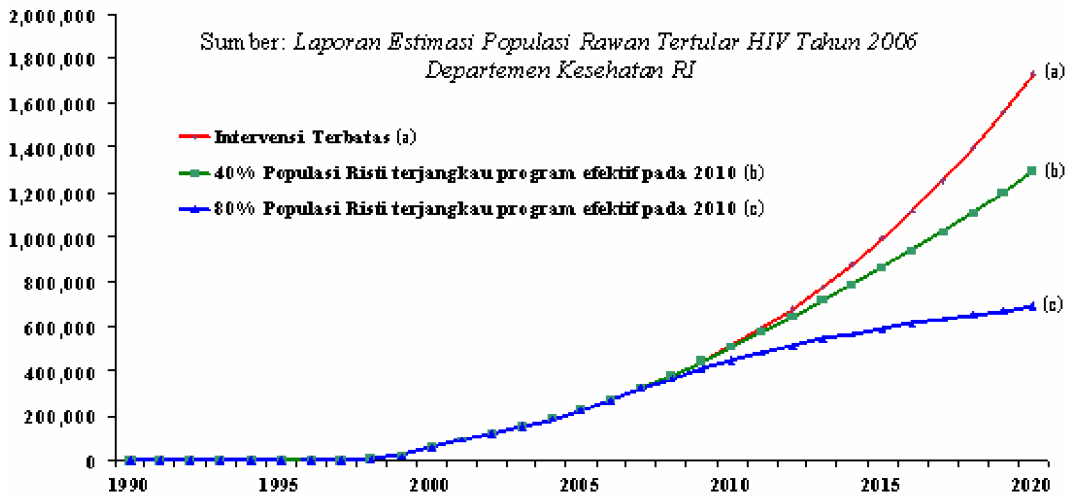
Sasaran utama program pencegahan adalah pengguna Napza suntik (penasun) dan penjaja seks (PS). Populasi ini terdiri atas sub-populasi penasun baik yang ada di masyarakat maupun di lembaga pemasyarakatan (lapas), wanita penjaja seks (langsung dan tak langsung), lelaki seks dengan lelaki (LSL) dan waria. Sub-populasi yang terkait langsung pada dua populasi yang paling berisiko ini adalah pelanggan penjaja seks (PPS) dan pasangan penasun. Proporsi estimasi infeksi baru pada PPS cukup signifikan mulai tahun 2008 hingga sub-populasi ini perlu menjadi sasaran penting dalam upaya menghambat laju percepatan epidemi HIV. Gambar di bawah ini menggambarkan estimasi proporsi infeksi baru HIV yang menjadi dasar penetapan target sasaran program.

Gambar 5: Estimasi Proporsi Infeksi Baru



Program harus ditujukan pada populasi paling berisiko dengan target cakupan 80% dan target perubahan perilaku 60%. Besar cakupan dan target perubahan perilaku ini diharapkan berkontribusi menurunkan infeksi baru HIV yang cukup signifikan pada akhir tahun 2020 seperti pada gambaran pemodelan di bawah ini.

Gambar 6. Pemodelan Tren Epidemi HIV dengan Beberapa Cakupan Program sampai 2020



Untuk menjangkau 80% provinsi risiko tinggi, maka rincian target tahunan yang perlu dicapai pada kurun waktu 2007 - 2010 adalah sebagai berikut:

Tabel 2. Cakupan Tahun 2006 dan Target RAN 2007 - 2010

Populasi	Cakupan 2006	Target 2007	Target 2008	Target 2009	Target 2010
Penasun	15,467 7%	33,450 15%	90,800 40%	161,700 70%	188,000 80%
WPS	45,786 21%	67,200 30%	112,000 50%	156,800 70%	179,200 80%
Waria	12,041 43%	14,300 50%	17,460 60%	20,790 70%	24,160 80%
LSL	16,344 2%	38,950 5%	79,400 10%	97,080 12%	123,450 15%
Pelanggan PS	258,047 8%	321,200 10%	818,290 25%	1,333,670 40%	2,036,880 60%
WBP	4,510 5%	9,727 10%	24,585 25%	49,710 50%	80,411 80%
Tanah Papua 15+	121,336 7%	348,960 20%	872,400 50%	1,221,360 70%	1,395,840 80%

## A. Kerangka Program

Secara umum Program Penanggulangan AIDS terdiri dari pengembangan kebijakan, program pencegahan, program perawatan, dukungan dan pengobatan, serta program mitigasi.

### 1. Pengembangan Kebijakan

Implementasi program penanggulangan AIDS yang efektif memerlukan dukungan kebijakan, kejelasan strategi operasional dan panduan teknis. Beberapa hal yang perlu dilakukan untuk mendukung implementasi program adalah sebagai berikut:

- a. Penelaahan dan pengembangan kebijakan untuk mendukung beberapa intervensi pokok untuk penanggulangan AIDS, antara lain kebijakan pemakaian kondom 100%, kebijakan penanganan penasun dan kebijakan yang menyangkut perawatan, dukungan dan pengobatan.
- b. Fasilitasi untuk pengembangan kebijakan dan kesepakatan pada tingkat provinsi dan kabupaten/kota dalam bentuk peraturan daerah untuk mendukung implementasi program penanggulangan AIDS.
- c. Pengembangan strategi operasional untuk beberapa intervensi pokok, antara lain strategi operasional untuk program komunikasi dan intervensi perubahan perilaku, strategi operasional untuk program penjangkauan orang muda, strategi operasional penjangkauan di tempat kerja.
- d. Penelaahan dan pengembangan panduan teknis untuk intervensi yang spesifik, antara lain panduan teknis untuk VCT, panduan teknis program penasun di penjara.

Pengembangan kebijakan, strategi operasional dan panduan teknis dilakukan dengan menelaah implementasi program yang telah dilaksanakan dengan mengikutsertakan sektor pemerintah yang relevan dan masyarakat sipil.

## **2. Program Pencegahan**

### **a. Program Pencegahan Transmisi Melalui Jarum dan Alat Suntik**

Paket pelayanan lengkap untuk pencegahan penularan jarum suntik terdiri atas 12 jenis kegiatan (Peraturan Menkokesra Nomor 02/2007) yang pada dasarnya dapat dibagi menjadi beberapa kelompok intervensi berikut:

- 1) Intervensi perubahan perilaku dilakukan melalui penjangkauan, disertai dengan pemberian informasi tentang risiko penularan dan upaya pencegahan HIV melalui jarum suntik, risiko infeksi silang antar penularan jarum suntik dan penularan seksual dan konseling perubahan perilaku. Intervensi perubahan perilaku ditunjang oleh program komunikasi dan edukasi lainnya.
- 2) Program layanan penggunaan jarum dan alat suntik steril (PJASS), program penyucihamaan dan program terapi rumatan metadon (PTRM).
- 3) Pelayanan kesehatan dasar disertai konseling dan tes HIV sukarela (VCT).
- 4) Layanan terapi pemulihan ketergantungan obat.
- 5) Promosi penggunaan kondom.

### **b. Program Pencegahan Transmisi Seksual**

Program ini bertujuan meningkatkan kepatuhan pemakaian kondom pada setiap hubungan seksual berisiko (pemakaian kondom 100%). Komponen program ini terdiri atas tiga kelompok kegiatan intervensi:

- 1) Intervensi perubahan perilaku yang dilakukan melalui program penjangkauan, yang disertai dengan pemberian informasi tentang risiko penularan dan pencegahan HIV yang ditularkan melalui hubungan seksual. Intervensi perubahan perilaku ditunjang dengan program komunikasi dan edukasi lainnya.
- 2) Promosi penggunaan dan pemasaran kondom untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan pemakaian kondom.
- 3) Manajemen IMS dan VCT. Komponen ini erat dengan upaya memantau dampak intervensi perubahan perilaku untuk pemakaian kondom.

**c. Program Pencegahan Lainnya**

- 1) Program untuk sub-populasi orang muda

Sub-populasi orang muda terdiri atas dua kelompok umur, yaitu 10-14 tahun dan 15-24 tahun, juga terdiri atas kelompok yang dapat dijangkau melalui sekolah dan luar sekolah. Program pencegah diarahkan pada program pemberian informasi dan edukasi di sekolah dan di luar sekolah. Intervensi pokok berupa komunikasi yang mengandalkan komunikasi massa dalam bentuk kampanye, penyebaran media cetak. Komunikasi kelompok untuk memberikan informasi yang cukup, akurat tentang pengertian dasar HIV dan AIDS, cara penularan dan pencegahannya. Program komunikasi bertujuan membentuk persepsi tentang risiko tertular pada tingkat individu dan kelompok, serta cara-cara efektif untuk menghindari dari risiko tertular HIV.

- 2) Program untuk sub-populasi laki-laki rentan

Program penjangkauan laki-laki yang berpotensi menjadi pelanggan PS difokuskan di tempat kerja formal dan informal. Kerangka program ini berdasarkan pada prinsip program komunikasi strategis yang menekankan komunikasi multi jalur (media) pada tingkat kelompok dan individu, serta didukung penyediaan akses terhadap pelayanan IMS dan VCT.

- 3) Program Pencegahan penularan ibu ke bayi

Pencegahan penularan dari ibu ke bayi dilakukan pada sub-populasi wanita usia subur di Tanah Papua dan beberapa wilayah lainnya.

- 4) Program penyediaan transfusi darah yang aman

Pelayanan transfusi darah yang aman pada setiap fasilitas layanan kesehatan akan ditingkatkan dengan menyediakan peralatan yang aman bagi petugas kesehatan dan pasien.

- 5) Kewaspadaan universal bagi petugas kesehatan.

**3. Program Perawatan, Dukungan dan Pengobatan**

Estimasi jumlah keseluruhan ODHA pada tahun 2006 berkisar 169.000 sampai 217.000 orang. Sepuluh persen dari jumlah ini diperkirakan memerlukan pengobatan antiretroviral (ART) dan pelayanan kesehatan lainnya. ODHA juga memerlukan dukungan manajemen

kasus dan dukungan psikologis serta sosio-ekonomi dari kelompok sesama ODHA, dan masyarakat agar dapat mempertahankan kualitas hidupnya.

Komponen perawatan, dukungan dan pengobatan dilakukan dengan pendekatan pelayanan berkesinambungan yang terdiri atas hal-hal berikut:

- a. Pengobatan anti retroviral (ART), perawatan dan pengobatan paliatif.
- b. Pemeriksaan diagnostik berkala dan pemeriksaan kesehatan lainnya.
- c. Pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik.
- d. Dukungan psikologis dan sosio-ekonomi.

Pelayanan lain yang juga harus diperhatikan dan berkaitan dengan penyelenggaraan perawatan, dukungan (oleh KDS) dan pengobatan untuk ODHA adalah pelayanan profilaksis pascapajanan untuk tenaga kesehatan.

#### **4. Program Mitigasi**

Pada situasi epidemi dalam tahap terkonsentrasi pada populasi paling berisiko, dampak HIV dan AIDS terhadap beberapa bidang pembangunan seperti pertanian, pendidikan dan pertumbuhan ekonomi relatif masih sangat kecil. Komponen program mitigasi pada saat ini ditujukan pada penanganan anak yatim piatu dan anak terlantar akibat kematian orang tua karena HIV dan AIDS. Komponen program ini dilaksanakan terutama untuk Tanah Papua.

#### **B. Implementasi Program**

Berdasarkan adanya perbedaan tahapan situasi epidemi AIDS dan konsentrasi populasi risiko tinggi, maka terdapat 3 pola implementasi program, yaitu program komprehensif di 17 provinsi, implementasi program di Tanah Papua, dan implementasi program di provinsi lain.

##### **1. Program Komprehensif di 17 Provinsi**

Secara keseluruhan, situasi epidemi di Indonesia masih pada epidemi terkonsentrasi dengan tingkat prevalensi HIV di atas 5% pada sub-populasi berisiko tinggi. Sebaran jumlah populasi paling berisiko pada wilayah geografis di Indonesia berbeda-beda. Jumlah populasi berisiko terkonsentrasi di 17 provinsi yaitu mencapai lebih dari 80% dari estimasi jumlah populasi paling berisiko secara nasional.

Keberhasilan implementasi Program Penanggulangan AIDS di wilayah ini akan berdampak signifikan pada pencegahan timbulnya infeksi baru HIV. Pada wilayah ini implementasi program bersifat komprehensif, meliputi promosi hidup sehat, VCT,

pengecahan IMS, *Harm Reduction*, CST, kewaspadaan universal dan transfusi darah aman, dan antara lain mempunyai ciri sebagai berikut:

- a. Populasi paling berisiko tetap menjadi fokus utama intervensi program pencegahan dengan penanganan yang intensif di kabupaten/kota dengan estimasi jumlah sub-populasi yang signifikan.
- b. Program pencegahan untuk sub-populasi rentan lainnya, terutama di kalangan orang muda melalui sekolah dan luar sekolah, serta laki-laki rentan melalui penjangkauan di tempat kerja harus mendapatkan perhatian.
- c. Program pencegahan HIV pada penularan ibu ke bayi dilakukan secara lokal berpatokan pada jumlah wanita dengan HIV positif pada kelompok ini. Estimasi tahun 2006 menunjukkan jumlah sub-populasi ini sebanyak 26.000 orang.
- d. Program Perawatan, Dukungan dan Pengobatan pada wilayah ini menjamin akses dan ketersediaan pengobatan dan pelayanan kesehatan yang relevan pada ODHA.

## **2. Implementasi Program di Tanah Papua**

Situasi epidemi di Tanah Papua (Provinsi Papua dan Provinsi Irian Jaya Barat) menunjukkan tingkat prevalens 22% HIV positif di kalangan wanita penaja seks (WPS), sementara di masyarakat umum sudah melebihi 1%, yaitu sebesar 2,4% (BPS dan Depkes, 2007). Pencegahan pada kelompok berisiko untuk transmisi seksual menjadi perhatian utama disertai dengan intervensi pencegahan pada masyarakat umum. Implementasi Program Penanggulangan HIV di wilayah ini berciri sebagai berikut:

- a. Populasi paling berisiko terutama untuk transmisi seksual merupakan fokus utama intervensi program pencegahan dengan penanganan yang intensif pada kabupaten/kota dengan estimasi jumlah sub-populasi yang signifikan.
- b. Program pencegahan untuk sub-populasi rentan lainnya, terutama pencegahan di kalangan orang muda melalui sekolah dan luar sekolah, serta program pencegahan untuk laki-laki rentan melalui penjangkauan di tempat kerja formal dan informal merupakan program pokok di Tanah Papua.
- c. Program Pencegahan HIV untuk sub-populasi ibu hamil dengan HIV untuk penularan ke bayi dilakukan secara intensif pada kabupaten/kota dengan estimasi jumlah wanita HIV positif yang signifikan. Jumlah wanita dengan HIV positif pada kelompok risiko tinggi di Tanah Papua sebanyak 13.950 orang berdasarkan estimasi tahun 2006.
- d. Program pencegahan penularan seksual untuk masyarakat umum dilakukan dengan cakupan luas dan intensif di kabupaten/kota yang jumlah sub-populasi berisiko signifikan. Program dilakukan dengan komunikasi multijalur melalui media massa, komunikasi kelompok dan individu. Program ini menjamin akses dan ketersediaan kondom di masyarakat secara luas.

- e. Program Perawatan, Dukungan dan Pengobatan disediakan untuk menjangkau masyarakat secara luas. Program dilakukan dengan meningkatkan kapasitas jaringan fasilitas kesehatan dasar dan rujukan untuk menjamin akses dan kualitas pelayanan IMS, VCT, ART, dan pelayanan kesehatan lainnya.
- f. Program Mitigasi untuk mengurangi dampak sosio-ekonomi epidemi HIV seperti program untuk anak yatim piatu dan anak terlantar akan dimulai di Tanah Papua secara terbatas.
- g. Program Tanah Papua dilaksanakan dengan menyertakan tokoh masyarakat adat dan agama dengan mobilisasi partisipasi masyarakat untuk menjamin penerimaan masyarakat dan jangkauan program yang efektif.

### **3. Implementasi Program di Provinsi-Provinsi Lain**

Selain program di 17 provinsi dan di Tanah Papua, juga dilaksanakan program penanggulangan AIDS di provinsi lain. Sebaran jumlah populasi paling berisiko di provinsi ini tidak lebih dari 20% dari jumlah populasi paling berisiko untuk seluruh Indonesia. Pendekatan implementasi program di wilayah ini adalah sebagai berikut:

- a. Penjangkauan dan intervensi program pencegahan dilakukan untuk populasi paling berisiko di kabupaten/kota dengan konsentrasi transmisi jarum suntik dan sub-populasi transmisi seksual yang signifikan.
- b. Penyediaan program perawatan, dukungan dan pengobatan dilakukan pada tingkat provinsi dengan penyediaan pelayanan di tingkat kabupaten yang jumlah populasi berisiko dan ODHA yang signifikan.

## **C. Pendukung Program**

### **1. Pengembangan Kelembagaan**

Pengembangan struktur dan kapasitas KPA merupakan usaha untuk meningkatkan kualitas kinerja dan sistem KPA di semua tingkat. Pengembangan kapasitas KPA dilakukan melalui serangkaian kegiatan termasuk pelatihan, kunjungan kerja, penelitian literatur internasional dan nasional.

Pengembangan kapasitas kelembagaan harus dimulai dari pengembangan struktur KPA yang intinya terdiri atas pemangku program dan didukung tenaga profesional dan purna waktu. KPA harus memiliki unsur-unsur berikut:

#### **a. Kepemimpinan**

Kepemimpinan merupakan unsur paling penting, baik di tingkat nasional maupun di tingkat daerah. KPA harus mampu memimpin dalam mengembangkan kebijakan strategis penanggulangan AIDS, dan memobilisasi sumber daya menghadapi epidemi HIV. KPA juga mengkoordinasikan respons pada semua tingkat administrasi pemerintahan, dan

memastikan semua anggota KPA menjalankan respons sesuai dengan peran dan fungsi masing-masing.

### **b. Manajemen**

Manajemen merupakan unsur penting dalam merespons epidemi. Komponen manajemen yang perlu diperkuat dan dikembangkan antara lain adalah sebagai berikut:

- 1) **Perencanaan;** pemangku kepentingan di daerah merancang kegiatan sesuai dengan kondisi daerah setempat.
- 2) **Implementasi program;** merupakan tahap paling nyata dari seluruh respons ini dimana layanan HIV dan AIDS diberikan kepada kelompok berisiko, ODHA dan masyarakat umum. Kapasitas layanan perlu dikuatkan melalui pelaksanaan pelatihan, jaminan ketersediaan logistik, supervisi dan jaga mutu. Pemda berperan penting untuk menyiapkan dukungan peraturan dan kebijakan prosedur layanan.
- 3) **Monitoring dan evaluasi;** dilakukan oleh KPA di daerah untuk menjamin program mencapai tujuan dan indikator kinerja yang ditetapkan. Pengembangan kapasitas dilakukan baik melalui pelatihan dan sarana teknologi informasi dan komunikasi.

Peningkatan kapasitas kelembagaan antara lain dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- 1) Pelatihan pelaksana program dan tenaga administrasi di tingkat kabupaten/kota secara teknis.
- 2) Studi banding dengan mengunjungi dan menganalisis kinerja kelembagaan KPA di daerah tertentu yang telah memiliki bukti kesuksesan seperti adanya Perda tentang AIDS, layanan AIDS di Puskesmas dengan biaya APBD, dokumen kerjasama yang jelas dengan kepolisian, dukungan penuh dari masyarakat sipil, dokumentasi melalui media massa.
- 3) Monitoring dan pertukaran informasi melalui sarana teknologi informasi dan komunikasi.

## **2. Monitoring, Surveilans dan Penelitian**

### **a. Monitoring, Evaluasi dan Surveilans**

Monitoring dan evaluasi diimplementasikan berdasarkan prinsip *three ones*, satu institusi yang mengkoordinasi program penanggulangan AIDS, satu rencana strategis yang menjadi acuan semua pihak dalam upaya penanggulangan, dan satu sistem monitoring dan evaluasi yang terpadu.



Kegiatan monitoring dan evaluasi dikoordinasi oleh KPA yang hasilnya dipergunakan untuk meningkatkan kualitas program, mempercepat implementasi, dan mencapai target Program HIV dan AIDS dengan sejumlah indikator dan sistem informasi.

1) Indikator

Indikator untuk memantau kemajuan dan menilai keberhasilan RAN, yang juga merupakan indikator inti komitmen terhadap UNGASS dapat dikelompokkan menjadi indikator masukan, keluaran, hasil dan dampak.

a) Indikator masukan mencakup komitmen dan aksi nasional dengan parameter:

- Pengeluaran domestik dan internasional berdasarkan kategori dan sumber daya keuangan
- *National Composite Policy Index* (NCPI) mencakup area jender, program dunia kerja, stigma dan diskriminasi, pencegahan, perawatan dan dukungan, hak asasi manusia, keterlibatan masyarakat sipil, dan monitoring evaluasi.

b) Indikator keluaran berupa program nasional dengan parameter:

- Persentase unit darah donor yang ditapis untuk HIV sesuai standar.
- Persentase wanita hamil HIV positif yang menerima ART untuk mengurangi penularan HIV dari ibu ke bayi.
- Persentase populasi risiko tinggi yang dijangkau oleh program pencegahan.
- Persentase sekolah yang menyediakan pendidikan ketrampilan hidup.
- Persentase wanita dan laki-laki usia 15-49 tahun yang menerima tes HIV pada 12 bulan terakhir dan menerima hasilnya (khusus di Tanah Papua).
- Persentase populasi risiko tinggi yang menerima tes HIV pada 12 bulan terakhir dan yang mengetahui hasilnya.
- Persentase orang dewasa dan anak dengan infeksi HIV tingkat lanjut yang menerima ART.
- Persentase dari kasus tuberkulosis (TBC) yang positif yang menerima pengobatan TBC dan HIV.

c) Indikator hasil berupa perubahan perilaku, yang memiliki parameter:

- Persentase remaja wanita dan pria berusia 15-24 tahun yang dapat mengidentifikasi cara penularan HIV melalui hubungan seksual secara benar dan menolak konsep yang salah tentang penularan HIV.
- Persentase populasi risiko tinggi yang dapat mengidentifikasi cara penularan HIV melalui hubungan seksual dengan benar dan menolak konsep yang salah tentang penularan HIV.
- Persentase remaja usia 15-24 tahun yang mulai melakukan hubungan seksual sebelum berusia 15 tahun.

- Persentase wanita dan pria berusia 15-49 tahun yang mempunyai pasangan seksual lebih dari satu dalam 12 bulan terakhir (khusus di Tanah Papua).
  - Persentase wanita dan pria berusia 15-49 tahun yang mempunyai pasangan seksual lebih dari satu dan menggunakan kondom selama hubungan seksual terakhir (khusus di Tanah Papua).
  - Persentase wanita dan laki-laki pekerja seksual yang melaporkan menggunakan kondom dengan klien terakhir mereka.
  - Persentase dari laki-laki yang melaporkan menggunakan kondom pada hubungan seks anal dengan pasangan laki-laki mereka.
  - Persentase dari pengguna Napza suntik (penasun) yang melaporkan penggunaan kondom pada hubungan seksual terakhir.
  - Persentase penasun yang menggunakan alat suntik steril pada saat terakhir menyuntik.
  - Persentase orang berumur 15-49 tahun yang mengekspresikan dapat menerima keberadaan ODHA.
- d) Indikator dampak berupa prevalens HIV dengan parameter:
- Persentase remaja wanita dan pria berumur 15-24 tahun yang terinfeksi HIV (khusus di Tanah Papua).
  - Persentase populasi risiko tinggi yang terinfeksi HIV.
  - Persentase orang dewasa yang terinfeksi HIV di Tanah Papua.
  - Persentase orang dewasa dan anak-anak dengan HIV positif yang masih dalam pengobatan setelah 12 bulan mendapatkan ART.

Frekuensi pengumpulan data, metode pengukuran dan institusi penanggung jawab untuk mengumpulkan data untuk indikator tersebut dapat dilihat pada lampiran 5.

Monitoring dan evaluasi tidak hanya menggunakan indikator yang umumnya diperoleh melalui survei, juga menggunakan indikator cakupan program. Indikator ini diperoleh secara rutin dari hasil pemantauan program. Indikator ini dikelompokkan berdasarkan sub-populasi risiko tinggi termasuk Tanah Papua, dan mencakup :

a) Indikator Penasun

- Persentase penasun yg dijangkau program perubahan perilaku.
- Persentase penasun yg mendapat layanan jarum dan alat suntik steril.
- Persentase penasun yang mengikuti VCT.
- Persentase penasun yang mendapat TRM.

b) Indikator WPS Langsung

- Persentase WPS langsung yg dijangkau program perubahan perilaku.

- Persentase WPS yg mendapat pengobatan berkala.
  - Persentase WPS yang mendapat pelayanan penapisan IMS.
  - Jumlah WPS yg mendapatkan VCT.
  - Persentase WPS yang mendapatkan program perawatan dan dukungan.
- c) Indikator WPS Tidak Langsung
- Persentase WPS tidak langsung yang dijangkau oleh program perubahan perilaku
  - Persentase WPS tidak langsung yang mendapatkan pengobatan berkala IMS
  - Persentase WPS tidak langsung yang mendapatkan penapisan IMS
  - Persentase WPS tidak langsung yang mengikuti VCT.
  - Persentase WPS tidak langsung yang mendapatkan perawatan dan dukungan.
- d) Indikator Waria
- Persentase waria yang dijangkau program perubahan perilaku intervensi perubahan perilaku.
  - Persentase waria yang mendapatkan pengobatan berkala.
  - Persentase waria yang mendapatkan penapisan IMS.
  - Persentase waria yang mendapatkan VCT.
  - Persentase waria yang mendapatkan perawatan dan dukungan.
- e) Indikator LSL
- Persentase LSL yang dijangkau program perubahan perilaku.
  - Persentase LSL yang mendapatkan pengobatan IMS.
  - Persentase LSL yang mengikuti VCT.
  - Persentase LSL yang mendapatkan perawatan dan dukungan.
- f) Indikator PPS
- Perubahan PPS yang dijangkau Program Perubahan Perilaku.
  - Persentase PPS yang memperoleh pengobatan IMS.
  - Persentase PPS yang mengikuti VCT.
  - Persentase PPS yang mendapatkan perawatan dan dukungan.
- g) Indikator Warga Binaan Pemasarakatan
- Perubahan warga binaan yang dijangkau Program Perubahan Perilaku.
  - Persentase warga binaan yang mengikuti VCT.
  - Persentase warga binaan yang mengikuti PTRM.
  - Persentase warga binaan yang mengikuti Program Perawatan Dukungan dan Pengobatan.
- h) Indikator Tanah Papua (15 tahun ke atas)
- Persentase populasi umum yang mendapat perawatan dan dukungan.
  - Persentase populasi umum di Tanah Papua yang mendapat layanan IMS.
  - Persentase populasi umum yang mengikuti VCT.

- Persentase populasi umum di Tanah Papua yang dijangkau Program Perubahan Perilaku.

Baseline dan target yang perlu dicapai setiap tahun dari indikator-indikator ini dapat dilihat pada lampiran 5.

Pelaksanaan program memerlukan dukungan penguatan KPA dan lingkungan yang kondusif. Indikator untuk hal ini adalah sebagai berikut :

- Rasio anggaran APBD yang dialokasikan untuk HIV dan AIDS dengan APBD
- Jumlah KPAK/K yang mempunyai rencana kerja dan anggaran
- Persentase lapas/rutan yang mempunyai program HIV dan AIDS
- Persentase departemen dan lembaga non departemen yang mempunyai rencana kerja dan anggaran HIV dan AIDS untuk karyawannya
- Tingkatan upaya harmonisasi dan kesetaraan dari mitra Internasional yang menyediakan dukungan

Frekuensi pengumpulan data, metode pengukuran dan institusi penanggung jawab untuk mengumpulkan data indikator di atas dapat dilihat pada lampiran 5.

## 2) Mekanisme Sistem Informasi

Indikator masukan, keluaran, hasil dan dampak diperoleh melalui beberapa mekanisme survei, yaitu surveilans HIV, surveilans perilaku dan monitoring program.

### a) Surveilans HIV

Pelaksanaan surveilans HIV dilaksanakan setahun sekali oleh Departemen Kesehatan. Sampai tahun 2006 surveilans masih terfokus pada WPS. Di masa mendatang surveilans HIV diperluas pada semua populasi paling berisiko. Surveilans HIV pada ibu hamil perlu dilaksanakan pada area geografis terbatas sesuai dengan tingkat epidemi, yang dilakukan di klinik pencegahan infeksi HIV dari ibu ke bayi (PMTCT) dan klinik ibu dan anak lainnya.

### b) Surveilans Perilaku

Data perilaku sangat penting diketahui untuk memantau hasil intervensi pada populasi risiko tinggi dan juga pada populasi umum. Surveilans perilaku perlu dilaksanakan di daerah prioritas RAN pada tahun 2007-2010 dengan responden utama adalah populasi risiko tinggi dan remaja.

### c) STHP

Di Tanah Papua, telah dilaksanakan Surveilans Terpadu HIV dan Perilaku (STHP) di populasi umum pada tahun 2006. Pada tahun 2007, STHP akan diperluas di 20 provinsi yang tersebar di 32 kabupaten/kota.

d) Monitoring program

Indikator persentase populasi risiko tinggi yang dijangkau program diperoleh dengan menghitung angka cakupan program pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan, yang selanjutnya dibandingkan dengan target berdasar estimasi populasi rawan tertular HIV. Persentase ini antara lain diperoleh dari semua mitra kerja KPAN yang melakukan program penjangkauan dengan menginformasikan kepada KPAN populasi risiko tinggi yang berhasil dijangkau, baik melalui program pencegahan maupun perawatan, dukungan dan pengobatan. KPAN juga menerima data cakupan dari seluruh pelaksana program yang dipantau staf KPA Daerah secara rutin.

**b. Penelitian**

Penelitian sebagai kegiatan pendukung program berbasis data empiris. Hasil penelitian dimanfaatkan untuk menetapkan kebijakan dan peningkatan mutu program. Kegiatan ini dilakukan secara lintas sektoral dengan memberdayakan jaringan peneliti, baik melalui kelompok kerja (Pokja) Penelitian KPAN maupun kerja sama dengan pusat atau peneliti yang sudah berpengalaman.

Tujuan dari kegiatan penelitian sebagai berikut:

- Menangkap isu-isu yang muncul (*emerging issues*) terkait HIV dan AIDS di tengah masyarakat maupun berdasarkan masukan dari pihak program.
- Mengembangkan informasi yang dibutuhkan bagi pengembangan strategi dan model intervensi HIV dan AIDS yang cocok di Indonesia bekerja sama dengan dan untuk program dan pelaksana lain.
- Melaksanakan berbagai survei kualitatif dan kuantitatif sosial-perilaku, komunikasi dan klinis.
- Meningkatkan kapasitas dalam melakukan penelitian.

Berbagai tujuan itu dapat dicapai dengan melakukan kegiatan berikut :

- 1) Mendukung pelaksanaan dan melakukan beragam penelitian HIV dan AIDS di Indonesia sesuai dengan Stranas 2007-2010. Penelitian yang diperlukan antara lain :
  - a) Program riset operasional  
Klinis
    - Penelitian virologi – biologi molekuler - mengenai *strain/subtype* virus yang terdapat di Indonesia, sehingga dapat dikembangkan vaksin dan reagen yang

sesuai dengan keadaan Indonesia.

- Penelitian perbandingan kepatuhan ARV oleh ragam kelompok berisiko.
- Penelitian klinis mengenai manajemen ARV dengan koinfeksi yang umum ditemukan. Misalnya, hepatitis dan TBC.
- Penelitian manajemen klinis interaksi PTRM dan ARV.
- Penelitian klinis mengenai penyebaran HIV di lapas/rutan di Indonesia.

Nonklinis

- Survei dukungan HIV dan AIDS di tempat kerja bagi pekerja ODHA.
  - Penelitian tingkat dukungan masyarakat pada program HIV dan AIDS di lingkungannya dan bentuk komunikasi massa atau media yang efektif untuk meningkatkan dukungan tersebut.
  - Survei berbasis sekolah berupa pengetahuan dan keterampilan penanggulangan HIV dan AIDS di kalangan guru dan murid.
  - Inventarisasi dan analisis kebijakan yang ada di Indonesia dengan fokus pada layanan HIV dan AIDS dan populasi berisiko.
  - Efektifitas pra dan pascakonseling dalam proses VCT.
  - Penelitian kesehatan seksual di Tanah Papua pada populasi berisiko tinggi.
  - Penilaian layanan HIV dan AIDS pada perempuan berisiko tinggi, yaitu penasun dan pasangannya, PS.
  - Penilaian manajemen layanan CST kepada anak ODHA.
  - Survei dukungan perlindungan, perawatan dan bantuan bagi anak yatim dan terlantar karena orang tuanya mengidap HIV dan AIDS.
- b) Penelitian Resistensi Obat ARV
- Penelitian perbandingan kepatuhan ARV pada berbagai kelompok berisiko.
- c) Penelitian obat tradisional HIV dan AIDS
- Penelitian terapi komplementer dalam bentuk perawatan alternatif terhadap perbaikan kualitas hidup ODHA.
- d) Program penelitian dampak sosial ekonomi dan budaya HIV dan AIDS
- Studi *cost-effectiveness* layanan HIV dan AIDS yang komprehensif melalui sistem kesehatan nasional.
  - Penelitian sosial budaya – faktor-faktor sosial budaya yang mempengaruhi kondisi epidemi HIV dan AIDS di daerah prioritas.
- e) Penelitian epidemiologi dan perilaku
- Penelitian epidemiologi dan perilaku dan faktor-faktor yang mendukung penyebaran HIV dan AIDS di kalangan kelompok berisiko tinggi.

- 2) Inventarisasi dan review/analisa penelitian tentang beragam situasi terkait populasi berisiko HIV di Indonesia, baik penelitian tingkat internasional, nasional maupun

- daerah ataupun kelompok-kelompok khusus lainnya.
- 3) Peningkatan kerja sama antar pusat penelitian melalui kelompok kerja (Pokja) Penelitian, jejaring penelitian lain dan pertukaran/diseminasi/review hasil penelitian.
  - 4) Pertemuan rutin Pokja Penelitian KPAN.
  - 5) Penyertaan akademisi maupun peneliti dari berbagai daerah sebagai upaya pemberdayaan akademisi dalam usaha penanggulangan AIDS.
  - 6) Menyebarkan, mempublikasikan, *sharing* berbagai hasil penelitian dan studi kepada publik.
  - 7) Pelatihan teknis bidang-bidang terkait bagi peneliti dari berbagai daerah di Indonesia.
  - 8) Pendokumentasian studi-studi kasus terkait perkembangan HIV dan AIDS di daerah untuk dimanfaatkan dalam presentasi maupun dalam pengembangan program KPAN.
  - 9) Mendukung program lainnya sesuai dengan permintaan program maupun dari masyarakat.

Keluaran dari kegiatan-kegiatan atas adalah sebagai berikut:

- 1) Terlaksana dan terpublikasi penelitian-penelitian di jurnal nasional maupun internasional, seperti jurnal universitas, lembaga penelitian, institusi pembangunan, sosial dan institusi politik.
- 2) Ada daftar inventaris penelitian/studi HIV dan AIDS di Indonesia yang diterbitkan di Indonesia maupun di jurnal internasional yang dapat diakses secara terbuka melalui situs KPAN.
- 3) Ada institusi yang bertindak sebagai penanggung jawab/*focal point person* di beberapa lembaga penelitian/universitas yang tersebar di Indonesia.
- 4) Kolaborasi dengan jejaring penelitian internasional baik dalam bentuk pemutakhiran perkembangan terkait dengan HIV dan AIDS.

## Bagian Tiga

### Manajemen Rencana Aksi Nasional

Rencana Aksi Nasional (RAN) 2007-2010 sebagai bentuk operasional dari Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007-2010, diselenggarakan oleh semua pemangku kepentingan (*stakeholders*). Kedua dokumen ini menjadi acuan bagi daerah untuk menyusun Strategi Daerah dan Rencana Aksi Daerah. Penyelenggaraan ini dilakukan melalui mekanisme kepemimpinan, koordinasi pelaksanaan, kemitraan, keterlibatan masyarakat sipil dan mobilisasi sumber daya.

#### A. Kepemimpinan

Pelaksanaan RAN memerlukan kepemimpinan yang kuat dan bertanggung jawab penuh. Seluruh pelaksanaan RAN dipimpin dan dikoordinasikan oleh KPAN dan KPA Daerah secara berjenjang. Pimpinan institusi pemangku kepentingan, baik sektor pemerintah di tingkat nasional dan daerah, masyarakat sipil dan mitra internasional yang menjadi anggota KPAN memimpin, mengkoordinasikan pelaksanaan program dan kegiatan dalam lingkup kewenangan masing-masing.

#### B. Koordinasi Pelaksanaan

KPAN dan KPA Daerah memimpin semua sektor teknis pemerintah, masyarakat sipil dan lembaga internasional dalam hal-hal berikut:

1. Perencanaan Program
  - a. KPA Nasional bersama semua departemen/lembaga terkait pemerintah menyusun program kerja tahunan. RAN digunakan sebagai dasar penyusunan program kerja tahunan dimaksud.
  - b. KPA Provinsi dan Kabupaten/Kota menyusun Rencana Strategis (Renstra) jangka menengah dan Rencana Kerja Tahunan (Renja) yang melibatkan para pemangku kepentingan di masing-masing tingkat. Renstra dan Renja di masing-masing tingkat disahkan oleh gubernur dan bupati/walikota. Waktu penyusunan Renstra dan Renja menyesuaikan dengan kerangka pengajuan rencana program dan anggaran yang berlaku di masing-masing tingkat.
2. Harmonisasi/sinkronisasi

Harmonisasi dilakukan antara program kerja lembaga internasional, masyarakat sipil dan sektor teknis pemerintah.



- a. KPA Nasional secara terjadwal, sedikitnya tiga tahun sekali mengadakan pertemuan dengan lembaga donor internasional, perwakilan Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) di Indonesia untuk mengupayakan terjadinya sinkronisasi dan harmonisasi perencanaan. Strategi Nasional (Stranas) dan RAN menjadi dasar pelaksanaan rapat harmonisasi dan sinkronisasi tersebut.
  - b. KPA Daerah mengadakan pertemuan dengan lembaga pelaksana bantuan internasional di daerah dalam menyusun perencanaan program kerja masing-masing berdasar rencana strategis (renstra) dan rencana kerja tahunan di masing-masing tingkat.
3. Rapat koordinasi kemajuan program secara berkala
- a. KPA Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota memimpin pelaksanaan rapat koordinasi kemajuan program.
  - b. Setiap sektor teknis pemerintah dan masyarakat sipil terkait dengan pelaksanaan program menyampaikan data dan informasi tentang hasil/kemajuan program. Rapat koordinasi di masing-masing tingkat sedikitnya dilakukan dua kali setahun. Hasil rapat koordinasi disampaikan kepada Ketua KPAN di tingkat nasional, dan gubernur serta bupati/walikota selaku Ketua KPA di tingkat provinsi dan kabupaten/kota agar mendapatkan dukungan politis dan percepatan pelaksanaan kegiatan program.
4. Pertanggungjawaban RAN
- a. Ketua KPAN menyusun laporan kemajuan pelaksanaan RAN dan menyampaikan pada sidang kabinet sesi khusus HIV dan AIDS sedikitnya satu kali setahun.
  - b. Ketua KPA Provinsi dan Kabupaten/Kota menyampaikan hasil pelaksanaan rencana kerja masing-masing tingkat pada rapat pimpinan daerah dan pada sidang pleno DPRD pertanggung jawaban pemerintah daerah.

### **C. Kemitraan**

Program dilaksanakan berbagai pihak berdasarkan kemitraan sejajar. Kemitraan dikembangkan di tingkat pusat dan daerah. Kemitraan sejajar dilaksanakan sejak pembuatan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi program.

Nota kesepahaman kerja sama bilateral dan multilateral terkait dengan program penanggulangan HIV dan AIDS di tingkat nasional ditanda tangani oleh pemerintah pusat dan pimpinan Lembaga Bantuan Luar Negeri (LBLN). Nota kesepahaman digunakan lembaga bantuan luar negeri terkait sebagai dasar pelaksanaan program. Pemerintah pusat akan memberikan salinan nota kesepahaman tersebut ke seluruh pemerintah provinsi prioritas.

Pemerintah pusat memfasilitasi pemerintah provinsi dan pihak pemberi bantuan dalam menyusun naskah kerja sama operasional program menyertakan pemerintah kabupaten/kota prioritas. Naskah kerja sama operasional menjadi dokumen rujukan semua pihak terkait dalam pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi.

#### **D. Peran Masyarakat Sipil**

Pemerintah melalui KPAN, KPA Provinsi dan KPA Kabupaten/Kota menempatkan masyarakat sipil pada posisi strategis dalam perencanaan dan pelaksanaan Program Penanggulangan AIDS. Penyertaan masyarakat sipil tersebut dibantu pemerintah dan mitra internasional melalui mekanisme pengajuan proposal. Program yang diusulkan mengacu pada RAN dan dokumen turunannya.

Masyarakat sipil dimaksud antara lain lembaga agama dan adat, organisasi profesi, organisasi kepemudaan, organisasi perempuan, lembaga swasta penyedia layanan kesehatan, LSM, perguruan tinggi dan lembaga riset.

#### **E. Mobilisasi Sumber Daya**

Sumber daya mencakup sumber daya manusia (SDM), sumber daya finansial dan sumber daya material.

##### **1. Persiapan SDM**

SDM yang dipersiapkan terdiri dari perencana, pelaksana program di tingkat lapangan, tenaga monitoring dan evaluasi. Kegiatan persiapan dilaksanakan melalui pelatihan manajemen, pelatihan teknis oleh institusi sesuai dengan bidang pelayanan dan keahliannya. Kegiatan tersebut telah selesai sebelum kegiatan program dimulai di lapangan. Kegiatan pendamping diberikan secara intensif pada periode awal pelaksanaan kegiatan program. SDM memperhatikan kesetaraan gender dan terbuka kesempatan luas pada ODHA sesuai dengan prinsip *the greater involvement of people living with HIV and AIDS* (GIPA).

SDM di KPA Provinsi dan Kabupaten. Sekretaris KPA Provinsi dan Kabupaten/ Kota merupakan posisi kunci dalam menjalankan tugas pokok dan fungsi KPA. Sekretaris disyaratkan memiliki kepemimpinan yang kuat, ahli bekerja dengan masyarakat sipil dan birokrasi pemerintah, berwawasan luas dalam manajemen perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, berwawasan cukup tentang Program Penanggulangan AIDS, dan bersedia bekerja penuh waktu. Sekretaris ditetapkan Ketua KPA di daerah. Dalam melaksanakan tugas, sekretaris dibantu staf profesional yang bekerja pada bidang yang dibutuhkan masing-masing pemerintah provinsi dan kabupaten/kota dengan merujuk pada renstra dan renja.

## 2. Sumber Daya Finansial

Pemerintah berupaya memenuhi dan atau mencari jalan agar dana yang diperlukan untuk melaksanakan RAN tersedia. Dana tersebut berasal dari pemerintah pusat dan daerah, serta bantuan luar negeri bilateral dan multilateral. Untuk itu, program pencegahan dan penanggulangan AIDS harus menjadi bagian integral dari pembangunan nasional dan daerah.

Mobilisasi sumber daya finansial di tingkat pusat dikoordinasikan KPAN atau lembaga khusus yang ditunjuk untuk itu. KPAN mengarahkan aliran dana bantuan luar negeri kepada pemangku kepentingan termasuk KPA Daerah yang memerlukan untuk pelaksanaan program melalui proses pengajuan proposal kepada KPAN atau lembaga khusus yang ditunjuk. Mobilisasi sumber daya di daerah diarahkan dan dikoordinasikan KPA di daerah bersangkutan. Aliran dana bantuan yang diperoleh KPA di daerah dari KPAN diserahkan pada penyelenggara lapangan (*implementing agencies*) melalui proses pengajuan proposal berdasarkan peraturan yang berlaku.

Kontribusi Dunia Usaha. Beberapa perusahaan swasta, Badan Usaha Milik Negara (BUMN) dan Badan Usaha Milik Daerah (BUMD) tertentu mempekerjakan tenaga kerja laki-laki, yang sifat pekerjaannya menyebabkan mereka hidup jauh dari keluarga dalam waktu yang lama dan mobilitasnya tinggi. Tenaga kerja laki-laki dengan kriteria tersebut dapat digolongkan pada sub-populasi berpotensi menjadi pelanggan pekerja seks (PPS).

Berikut adalah pengelompokan perusahaan swasta, BUMN dan BUMD yang pekerjanya didominasi pekerja laki-laki:

- 1) Pertambangan, minyak dan gas.
- 2) Transportasi laut dan darat.
- 3) Sumber daya kelautan dan pesisir pantai.
- 4) Sumber daya hutan dan perkebunan (kelapa sawit, karet, dan kayu).
- 5) Jasa konstruksi dan *engineering*.
- 6) Manufaktur.

Pemerintah berkepentingan memfasilitasi perusahaan swasta, BUMN dan BUMD untuk menyediakan sumber daya guna melaksanakan program penanggulangan AIDS di lingkungan kerja bagi semua karyawannya. Program Penanggulangan AIDS diintegrasikan ke dalam K3 (Kesehatan, Keselamatan Kerja) atau *Health and Safety Environment* (HSE) dan *Corporate Social Responsibility* (CSR).

Kegiatan pencegahan HIV dilaksanakan melalui sarana informasi dan edukasi karyawan yang telah ada di perusahaan. Upaya mendekatkan akses layanan kesehatan terkait HIV

dan AIDS, perusahaan dapat membuka layanan di klinik atau rumah sakit yang dimiliki atau menggunakan sistem rujukan.

### **3. Sumber Daya Material**

Sumber daya material adalah semua barang dan alat yang diperlukan untuk kegiatan program yang harus didistribusikan tepat waktu. Pengadaan maupun pendistribusian diatur melalui mekanisme manajemen logistik yang dibuat oleh institusi pengadaan.

Kebutuhan material dikelompokkan sebagai berikut:

- 1) Material pencegahan: kondom laki-laki, kondom perempuan, alat suntik sekali pakai, penapisan darah, methadone, materi pelatihan dan komunikasi perubahan perilaku (KPP).
- 2) Material surveilans: reagensia dan alat laboratorium.
- 3) Material diagnostik dan pengobatan HIV dan AIDS: alat monitoring dan evaluasi proses pengobatan, obat ARV, obat penyakit oportunistik, dan obat pendukung lainnya.

Departemen teknis yang menjadi penanggung jawab pengadaan dan distribusi material membuat dan atau menyempurnakan manajemen logistik sumber daya material yang dibutuhkan untuk menjamin ketersediaan, distribusi, penggunaan, dan perawatan. Departemen itu bertanggung jawab melakukan sosialisasi pelaksanaan manajemen logistik ke pihak terkait di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota.

Mitra kerja internasional, sektor swasta dan publik, serta pihak-pihak terkait lainnya yang menyediakan material bagi program penanggulangan AIDS menginformasikan pada departemen teknis untuk keperluan pendataan dan perencanaan.

## Bagian Empat

### Kebutuhan Sumber Daya dan Strategi Mobilisasi Sumber Daya

#### A. Program di 17 Provinsi

Kebutuhan dana untuk melaksanakan kegiatan program komprehensif di 17 provinsi, yang diperkirakan akan mencakup 80% target populasi di-estimasi dengan menggunakan angka pada tahun 2006 sebagai dasar. Sumber daya yang dibutuhkan adalah sumber daya untuk melaksanakan 4 komponen program, yaitu: program-program (1) pencegahan, (2) perawatan, dukungan dan pengobatan, (3) mitigasi serta (4) kebijakan, manajemen, monitoring, surveilans dan penelitian. Pengembangan kapasitas kelembagaan di tingkat pusat dan daerah dimasukkan dalam komponen manajemen.

Untuk mencapai target program yang ditetapkan selama kurun waktu tahun 2007 – 2010, dibutuhkan dana sebesar 822 miliar rupiah (US\$ 89,330,713) pada tahun 2007 dan meningkat mencapai 2,16 triliun rupiah (US\$ 234,424,144) pada tahun 2010.

Tabel 3. Kebutuhan Dana Menurut Program di 17 Provinsi, 2006-2010 (dalam rupiah)

Program	2006	2007	2008	2009	2010
Pencegahan	354.858.432.296	506.682.778.576	856.236.130.305	1.181.135.585.692	1.468.319.428.085
Perawatan, Dukungan dan Pengobatan	62.471.777.340	121.014.399.165	199.202.398.492	282.346.162.646	369.139.710.772
Mitigasi	906.951.333	4.489.409.100	9.432.293.867	14.810.515.274	21.766.832.001
Kebijakan, Advokasi, Administrasi, Monev	112.924.033.462	189.655.976.052	244.920.289.213	266.092.607.450	297.476.155.337
Total	531.161.194.431	821.842.562.893	1.309.791.111.877	1.744.384.871.062	2.156.702.126.196

Program pencegahan memerlukan proporsi terbesar atau lebih dari 60%, disusul perawatan, dukungan dan pengobatan, serta manajemen dan kebijakan. Proporsi terendah adalah untuk mitigasi.

#### B. Program di Tanah Papua

Pelaksanaan program di Tanah Papua membutuhkan dana sekitar Rp 29,7 miliar rupiah (US\$ 3,228,424) pada tahun 2007. Jumlah ini akan meningkat menjadi lebih dari Rp 124 miliar rupiah (US\$ 13,494,625) pada tahun 2010.

Tabel 4. Kebutuhan Dana Menurut Program di Tanah Papua, 2006-2010 (dalam rupiah)

Program	2006	2007	2008	2009	2010
Pencegahan	7.616.888.062	11.472.679.842	22.297.794.136	31.502.855.133	39.876.102.909
Perawatan, Dukungan dan Pengobatan	3.785.159.048	11.623.451.156	23.979.940.822	38.507.055.034	51.853.947.552
Mitigasi	321.348	476.486.865	1.360.748.348	3.061.201.761	6.802.135.000
Kebijakan, Advokasi, Administrasi, Monev	10.604.202.665	6.128.880.644	11.909.620.826	17.537.066.863	25.618.368.220
Total	22.006.571.122	29.701.498.507	59.548.104.131	90.608.178.790	124.150.553.681

### C. Program di Provinsi-Provinsi Lainnya

Dana yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan di provinsi lain dengan fokus program pencegahan, diperkirakan mencakup 20% target populasi memerlukan dana sekitar Rp 213 miliar pada tahun 2007. Jumlah ini meningkat menjadi Rp 570 miliar pada tahun 2010.

### D. Kesenjangan Sumber Daya

#### 1. Pengeluaran Sebelum Tahun 2007

Sumber dana untuk pelaksanaan kegiatan Program Penanggulangan AIDS berasal dari berbagai sumber. Data UNAIDS menunjukkan bahwa pada tahun 2005 alokasi dana sekitar Rp 597 miliar. Dari jumlah itu, kontribusi pemerintah sekitar 20 %, sedangkan 80% berasal dari donor<sup>1</sup>.

Untuk mengetahui dan mengukur besarnya komitmen pemerintah dan masyarakat dalam mengatasi masalah HIV dan AIDS, pada tahun 2001 Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) menyelenggarakan pertemuan khusus, *United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS)* yang ditandatangani oleh Menteri Kesehatan. Komitmen ini wajib dilaporkan kepada PBB dalam bentuk pengisian format dan berbagai indikator kunci yang telah disiapkan PBB, termasuk indikator keuangan/dana. Besar dana yang disediakan pemerintah menjadi ukuran perhatian terhadap program HIV dan AIDS.

Pemerintah pusat dan daerah diharapkan meningkatkan dukungan finansial untuk kegiatan penanggulangan AIDS. Pada tahun 2005 pemerintah daerah mengalokasikan dana 15 miliar rupiah. Jumlah ini meningkat 100 persen jika dibandingkan dengan dana yang dialokasikan pemerintah tahun 2004 sebanyak 7,4 miliar rupiah.

<sup>1</sup> ujicoba modul *UNAIDS Country Response Information System Project/Resource Tracking (PRT)* pada bulan Mei 2004. Data pengeluaran dana HIV/AIDS oleh lembaga PBB diperoleh dari laporan *UN Joint Action Programme on HIV/AIDS* di Indonesia tahun 2004.

Program Penanggulangan AIDS dilakukan berbagai sektor. Program antara lain dilaksanakan Departemen Hukum dan Hak Asasi Manusia untuk penghuni lapas/rutan. Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Agama, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Kementerian Pemuda dan Olah Raga, dan Badan Narkotika Nasional (BNN) menjangkau kelompok orang muda dan remaja, yang merupakan fokus Program Pengurangan Dampak Buruk. Penanggulangan AIDS untuk para pekerja dilaksanakan Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi. Peranan utama dilakukan oleh Departemen Kesehatan khususnya untuk surveilans, VCT dan CST.

Sektor lain berperan menciptakan lingkungan yang kondusif, meningkatkan kesadaran masyarakat maupun kebijakan berupa peraturan daerah. Departemen Sosial, Kementerian Pemberdayaan Perempuan, Departemen Dalam Negeri berperan pada aspek ini.

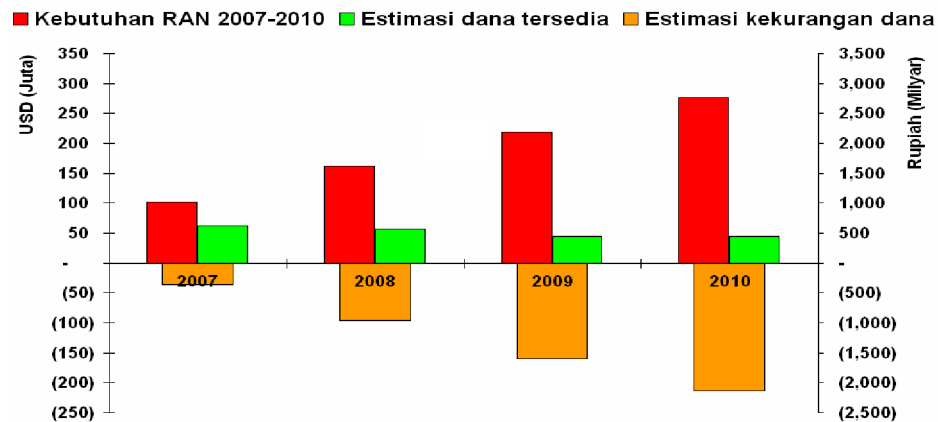
Selain pihak-pihak tersebut di atas, peranan masyarakat sipil diperlukan terutama dalam penjangkauan dan pendampingan ODHA.

## 2. Kesenjangan di 17 Provinsi

Bila dibandingkan antara kebutuhan dan ketersediaan dana diperkirakan akan terjadi kekurangan dana. Untuk perhitungan kesenjangan jumlah dana yang tersedia saat ini, diasumsikan paling tidak sama dengan jumlah dana di masa lalu.

Hingga tahun 2006 proporsi dana bersumber dari donor sangat tinggi, mengindikasikan ketergantungan kepada dukungan donor yang tinggi. Untuk mencapai target yang ditetapkan pada 80% populasi paling berisiko, maka kesenjangan dana diperkirakan mencapai US\$ 195 juta di tahun 2010, atau mencapai hampir 1,8 triliun rupiah.

Gambar 7. Analisis Kesenjangan 2007 - 2010



Untuk melaksanakan kegiatan program di Tanah Papua, dengan asumsi peningkatan dana 10% setiap tahunnya maka kesenjangan di tahun 2010 akan mencapai 205 miliar rupiah

atau US\$ 22,3 juta. Kebutuhan sumber daya yang terpenuhi hanya mencapai 11% saja di tahun 2010 tanpa komitmen bersama dalam menanggulangi masalah HIV dan AIDS di Tanah Papua.

Kesenjangan secara kumulatif akan meningkat bila kebutuhan dari tahun ke tahun tidak dapat terpenuhi. Tanpa strategi mobilisasi sumber daya yang efektif, maka di tahun 2010 kesenjangan akan meningkat tajam seperti tampak dalam grafik berikut.

Gambar 8. Kesenjangan Sumber Daya Kumulatif

Upaya-upaya advokasi dibutuhkan agar pendanaan untuk program bisa terjamin keberlanjutannya. Kontribusi Pemerintah yang merupakan komitmen UNGASS diharapkan dapat dipenuhi dalam nilai nominal yang meningkat dibandingkan tahun-tahun sebelumnya.



## Bagian Lima

### Penutup

Rencana Aksi Nasional ini adalah suatu *costed plan* dengan kurun waktu yang terbatas dari tahun 2007 sampai dengan 2010. Dengan demikian sebelum tahun 2010 berakhir, proses penyusunan *costed plan* sudah harus dimulai kembali. Sebagaimana halnya dengan rencana ini, sejumlah data yang dibutuhkan sudah harus disiapkan sejak awal. Misalnya melaksanakan Surveilans Terpadu HIV dan Perilaku di Tanah Papua pada tahun 2009 atau 2010 untuk membandingkan hasil-hasil yang ditemui dengan data dasar tahun 2006. Begitu pula, perlu dilakukan berbagai penilaian situasi epidemi terkini dan evaluasi program. Proses perencanaan perlu dilakukan secara sistematis dengan melibatkan berbagai pihak, mulai dari analisis data, upaya advokasi untuk mobilisasi sumber dana, sampai pada menghasilkan rencana program aksi. Untuk itu diperlukan penyiapan SDM baik di tingkat nasional maupun daerah.

Langkah yang perlu dilakukan dalam perencanaan mendatang adalah sebagai berikut:

- a. Men-sintesis informasi biologis dan perilaku serta respons yang telah dilakukan.
- b. Memeriksa kecenderungan-kecenderungan perilaku dan biologis.
- c. Menyiapkan informasi yang dibutuhkan untuk perencanaan.
- d. Menyiapkan model, estimasi dan proyeksi-proyeksi.
- e. Analisis terhadap berbagai respons yang telah dilakukan.
- f. Mencari alternatif respons yang lebih baik lagi serta melihat dampaknya. Kemudian, selanjutnya menyusun *costed plan*.
- g. Menyiapkan strategi advokasi.
- h. Melakukan upaya-upaya advokasi. Di sini termasuk mobilisasi sumber-sumber yang diperlukan untuk implementasi rencana yang telah dibuat.

Dokumen akan senantiasa diperbaharui sesuai dengan ketersediaan data terbaru, perubahan target dan masukan serta hasil-hasil review tahunan oleh para *stakeholders*.

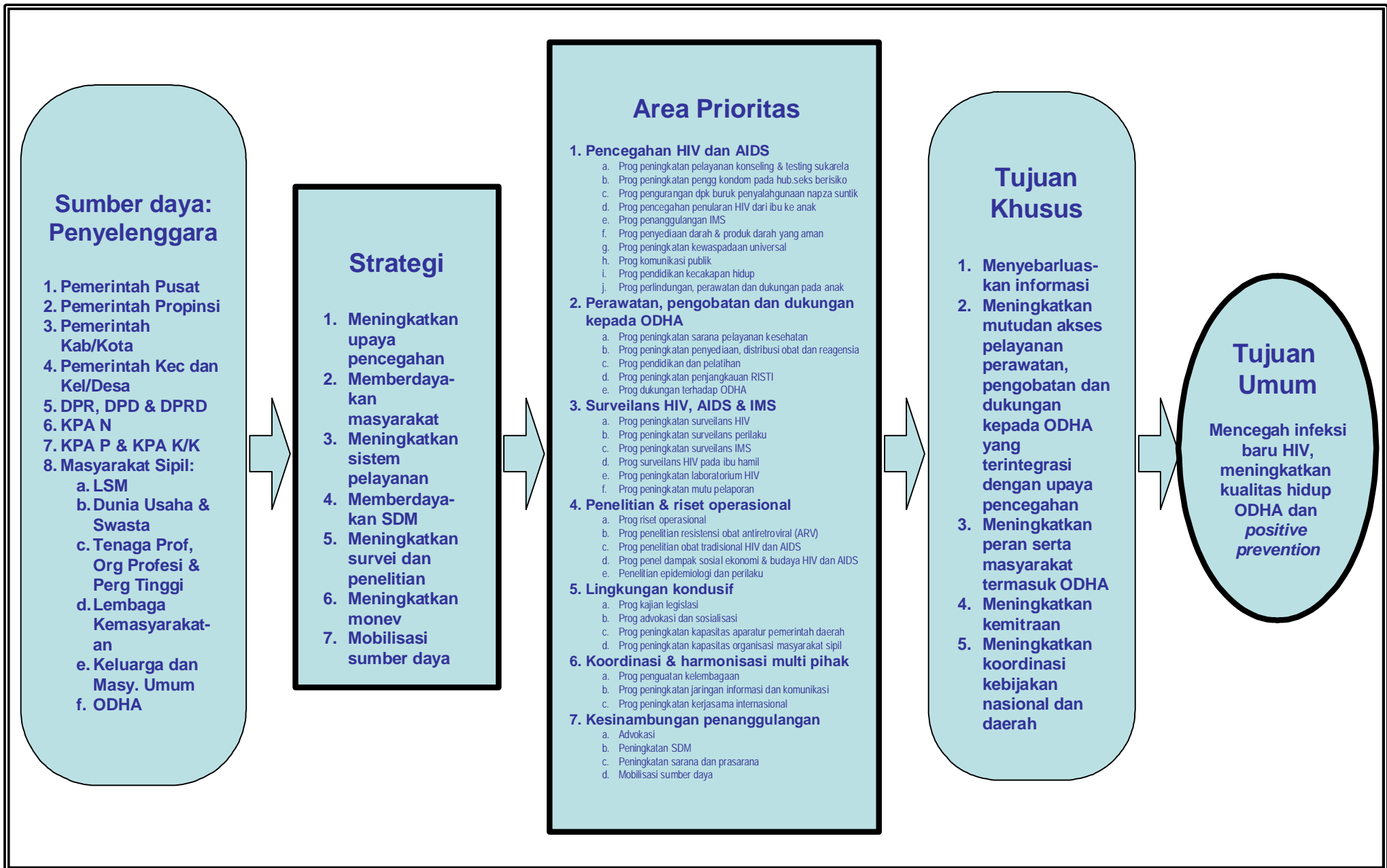
## **Lampiran-Lampiran:**

- A. Lampiran 1: Ringkasan Stranas
- B. Lampiran 2: Estimasi Sumber Daya
- C. Lampiran 3: Pemodelan Matematik Tren Epidemi HIV 2006-2010
- D. Lampiran 4: Bagan Kerangka Program
- E. Lampiran 5: Indikator Monitoring dan Evaluasi
- F. Lampiran 6: *Road Map* Rencana Aksi Nasional 2007 - 2010

**A. LAMPIRAN 1**

**RINGKASAN STRANAS**

## A. Lampiran 1: Ringkasan Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007-2010



**B. LAMPIRAN 2**

**ESTIMASI SUMBER DAYA**

## **B. Lampiran 2: Estimasi Kebutuhan Sumber Daya**

### **Metodologi**

Dalam estimasi sumber daya yang dibutuhkan untuk melaksanakan program HIV dan AIDS di Indonesia metode yang digunakan adalah '*Resource Need Model*' (RNM). Input data terdiri dari data populasi, target dan biaya satuan. Data demografi dan populasi diperoleh dari berbagai sumber seperti Biro Pusat Statistik (BPS), BKKBN, KPA, Departemen Kesehatan serta berbagai hasil studi.

Informasi biaya satuan menurut komponen berasal dari data biaya aktual (biaya berdasarkan kegiatan yang telah dilaksanakan tahun sebelumnya) dari Departemen Kesehatan (dana GFATM), dari FHI (bantuan dana USAID) serta IHPCP (bantuan dana AusAID). Beberapa informasi yang tidak diperoleh diasumsikan menggunakan data hasil studi dari berbagai Negara termasuk Indonesia.

### **Hasil Analisis**

Pelaksanaan program di 17 provinsi yang diperkirakan mencakup 80% target populasi selama tahun 2007 – 2010 membutuhkan dana sebesar 822 miliar rupiah (US\$ 89,330,713) pada tahun 2007 dan meningkat mencapai hampir tiga kali lipat sebesar 2,16 triliun rupiah (US\$ 234,424,144) pada tahun 2010.

Tabel Kebutuhan Sumber Daya Untuk Pelaksanaan Program HIV dan AIDS di 17 Provinsi selama Tahun 2007-2010 (US\$)

Program	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Pencegahan</b>	<b>38,571,569</b>	<b>55,074,215</b>	<b>93,069,145</b>	<b>128,384,303</b>	<b>159,599,938</b>
WPS Langsung	1,634,151	2,282,426	4,547,269	7,625,344	10,039,370
WPS Tidak Langsung	808,394	1,355,023	3,156,671	5,162,550	6,890,975
LSL	1,202,450	3,099,450	5,943,986	7,265,734	9,247,291
Waria	1,316,574	1,568,225	1,966,794	2,337,364	2,719,839
Penasun	11,318,541	12,629,822	16,734,428	21,034,259	25,395,497
WBP	128,484	404,489	1,346,150	3,049,281	4,932,517
Pelanggan WPS	2,229,267	2,761,611	7,035,688	11,466,926	17,513,110
Orang Muda	2,367,614	7,885,359	11,855,265	15,954,565	19,063,343
Program di Tempat Kerja	6,037,950	7,210,431	8,445,471	9,720,883	11,035,939
Manajemen IMS	92,905	117,444	213,752	313,558	416,824
VCT	620,311	3,758,041	18,143,054	29,232,570	35,724,062
PMTCT	96,241	128,600	162,813	198,517	231,581
Media Massa	2,067,268	2,273,995	2,501,394	2,751,534	3,026,687
Transfusi Darah yang Aman	6,619,800	6,724,485	6,852,722	6,980,453	7,107,365
PEP	39,719	39,719	39,719	39,719	39,719
Tindakan Penyuntikan yang Aman	0	0	0	0	0
Kewaspadaan Universal	1,991,898	3,035,096	4,123,968	5,251,046	6,415,818
<b>Perawatan, dukungan, pengobatan</b>	<b>6,790,411</b>	<b>13,153,739</b>	<b>21,652,435</b>	<b>30,689,800</b>	<b>40,123,882</b>
Perawatan di Rumah	11,123	3,399,266	6,974,178	10,778,943	14,819,452
Perawatan Paliatif	182	1,042	3,294	7,628	14,354
Tes Diagnostik	28,828	52,260	76,696	102,138	128,586
Pengobatan Infeksi Oportunistik	235,650	329,573	687,134	1,134,484	1,640,909
Profilaksis untuk Infeksi Oportunistik	114,919	141,804	189,548	245,726	309,353
Tes Laboratorium untuk ART	574,560	1,392,757	2,092,839	2,819,767	3,571,744
ART	5,825,148	7,837,037	11,628,745	15,601,115	19,639,483
<b>Mitigasi</b>	<b>98,582</b>	<b>487,979</b>	<b>1,025,249</b>	<b>1,609,839</b>	<b>2,365,960</b>
Perawatan Anak Yatim	31,915	157,979	331,916	521,172	765,960
Dukungan Ekonomi	66,667	330,000	693,333	1,088,667	1,600,000
<b>Kebijakan, Advokasi, Monev</b>	<b>12,274,351</b>	<b>20,614,780</b>	<b>26,621,771</b>	<b>28,923,110</b>	<b>32,334,365</b>
Lingkungan yang Mendukung	3,636,845	3,435,797	5,787,341	8,034,197	8,083,591
Administrasi dan Manajemen	4,546,056	6,871,593	11,574,683	6,427,358	6,062,693
Penelitian dan Surveilans	1,818,422	6,871,593	3,472,405	6,427,358	10,104,489
Monitoring dan Evaluasi	2,273,028	3,435,797	5,787,341	8,034,197	8,083,591
<b>TOTAL US\$</b>	<b>57,734,912</b>	<b>89,330,713</b>	<b>142,368,599</b>	<b>189,607,051</b>	<b>234,424,144</b>
<b>TOTAL RUPIAH</b>	<b>531.161.194.431</b>	<b>821.842.562.893</b>	<b>1.309.791.111.877</b>	<b>1.744.384.871.062</b>	<b>2.156.702.126.196</b>

(1 US\$ = Rp. 9200.-)

Untuk melaksanakan kegiatan di provinsi lain (diperkirakan mencakup 20% target populasi) adalah sekitar 213 miliar rupiah di tahun 2007, meningkat menjadi 570 miliar pada tahun 2010.

Pelaksanaan program di Tanah Papua membutuhkan dana sebesar 29,7 miliar rupiah (US\$ 3,228,424) pada tahun 2007, meningkat menjadi 124 miliar rupiah (US\$ 13,494,625) pada tahun 2010.

Tabel Kebutuhan Sumber Daya Untuk Pelaksanaan Program HIV dan AIDS di Tanah Papua selama Tahun 2007-2010 (US\$)

Program	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Pencegahan</b>	<b>827,923</b>	<b>1,247,030</b>	<b>2,423,673</b>	<b>3,424,223</b>	<b>4,334,359</b>
WPS Langsung	88,629	107,411	214,192	355,854	463,615
WPS Tidak Langsung	25,048	44,636	106,893	178,787	233,289
LSL	-	-	-	-	-
Waria	193	6,723	29,460	45,638	61,827
Penasun	-	-	-	-	-
WBP	361	1,135	3,778	8,557	13,842
Pelanggan WPS	31,954	66,198	171,118	282,755	430,946
Orang Muda	39,804	131,749	206,205	281,350	335,472
Program di Tempat Kerja	141,939	172,840	205,406	239,701	271,562
Penyediaan Kondom: Papua	4,774	22,888	55,659	104,404	167,860
Manajemen IMS	263,305	312,573	555,940	799,307	1,042,674
VCT	9,568	105,561	542,767	734,341	859,230
PMTCT	9,881	33,618	59,568	87,959	117,268
Media Massa	67,022	73,724	81,097	89,207	98,127
Transfusi Darah yang Aman	111,290	115,277	119,193	123,096	125,074
PEP	668	668	668	668	668
Tindakan Penyuntikan yang Aman	0	0	0	0	0
Kewaspadaan Universal	33,487	52,030	71,730	92,599	112,904
<b>Perawatan, dukungan, pengobatan</b>	<b>411,430</b>	<b>1,263,419</b>	<b>2,606,515</b>	<b>4,185,549</b>	<b>5,636,299</b>
Perawatan di Rumah	35,897	420,205	794,096	1,191,796	1,600,949
Perawatan Paliatif	6	524	3,139	13,659	34,170
Tes Diagnostik	44,861	138,744	232,785	326,983	421,339
Pengobatan Infeksi Oportunistik	118,410	136,781	104,584	156,695	278,824
Profilaksis untuk Infeksi Oportunistik	6,742	11,539	18,224	28,142	39,877
Tes Laboratorium untuk ART	18,635	95,943	273,169	464,268	583,882
ART	186,879	459,681	1,180,517	2,004,007	2,677,259
<b>Mitigasi</b>	<b>35</b>	<b>51,792</b>	<b>147,907</b>	<b>332,739</b>	<b>739,363</b>
Perawatan Anak Yatim	2	16,757	47,874	107,714	239,363
Dukungan Ekonomi	33	35,035	100,033	225,025	500,000
<b>Kebijakan, Advokasi, Monev</b>	<b>1,152,631</b>	<b>666,183</b>	<b>1,294,524</b>	<b>1,906,203</b>	<b>2,784,605</b>
Lingkungan yang Mendukung	123,939	204,979	362,467	476,551	535,501
Administrasi dan Manajemen	86,757	179,357	362,467	555,976	749,701
Penelitian dan Surveilans	867,572	128,112	258,905	397,126	856,802
Monitoring dan Evaluasi	74,363	153,734	310,686	476,551	642,601
<b>TOTAL US\$</b>	<b>2,392,019</b>	<b>3,228,424</b>	<b>6,472,620</b>	<b>9,848,715</b>	<b>13,494,625</b>
<b>TOTAL RUPIAH</b>	<b>22.006.571.122</b>	<b>29.701.498.507</b>	<b>59.548.104.131</b>	<b>90.608.178.790</b>	<b>124.150.553.681</b>

(1 US\$ = Rp. 9200.-)

### Keterbatasan Data dan Analisis

Dalam estimasi kebutuhan sumber daya terdapat beberapa keterbatasan antara lain:

- Input data demografi tidak semua diperoleh.
- Data biaya satuan terbatas pada data Depkes, FHI dan IHPCP dengan pertimbangan ketiga institusi tersebut merupakan pelaku utama program HIV dan AIDS di Indonesia dan keragaman kegiatan yang dilakukan diharapkan cukup tercermin dalam komponen biaya. Kegiatan yang dilakukan oleh berbagai LSM juga diasumsikan sudah termasuk di dalam perhitungan biaya yang dikeluarkan oleh ketiga institusi tersebut. Namun, tentunya berbagai institusi lain juga ikut berperan dalam kegiatan program HIV dan AIDS di Indonesia.
- Data mengenai ketersediaan sumber daya diperoleh dari data UNAIDS tahun 2005, belum diperoleh data resmi untuk 2006 dan 2007, sehingga asumsi yang digunakan dalam analisis ini adalah konstan. Diharapkan kontribusi berbagai pihak meningkat dari tahun ke tahun,



dan ketergantungan kepada Donor akan semakin berkurang. Idealnya, untuk analisis kesenjangan (resource gap) dibutuhkan input data ketersediaan sumber daya selama tahun 2006-2010, sehingga akan tampak kesenjangan yang realistis dari tahun ke tahun. Hal ini tidak dapat dilakukan karena membutuhkan upaya sosialisasi dan advokasi terlebih dahulu untuk mendapatkan komitmen Pemerintah dan Donor dalam menetapkan sumber daya yang akan disediakan untuk pelaksanaan program HIV dan AIDS di Indonesia selama tahun 2007-2010.

- Data mengenai estimasi biaya untuk manajemen, kebijakan dan penelitian diasumsikan berdasarkan persentase tertentu, bukan atas dasar perhitungan kebutuhan yang direncanakan oleh pihak yang terlibat dalam komponen kegiatan tersebut. Meskipun demikian, telah diperhitungkan bahwa besaran estimasi tersebut akan dapat memenuhi usulan lintas sektor dan estimasi kebutuhan dana manajemen program.
- Analisis dilakukan berdasarkan data yang diperoleh di tingkat pusat, belum melibatkan daerah. Data biaya juga bukan merupakan perkiraan anggaran berdasarkan aktifitas, tetapi biaya berdasarkan besaran output program yang akan dicapai. Dengan demikian mungkin saja akan terdapat perbedaan ketika dilakukan perhitungan anggaran di daerah untuk mencapai target program masing-masing daerah. Meskipun demikian, data demografi, populasi dan target telah mencakup tingkat nasional. Selanjutnya, dibutuhkan aplikasi perhitungan kebutuhan sumber daya di tingkat provinsi dan kabupaten/kota yang dapat dimanfaatkan untuk advokasi di tingkat daerah.

### **C. LAMPIRAN 3**

#### **PEMODELAN MATEMATIK TREN EPIDEMI HIV 2006-2010**

### C. Lampiran 3: Pemodelan Matematik Tren Epidemii HIV 2006-2010

#### Metodologi

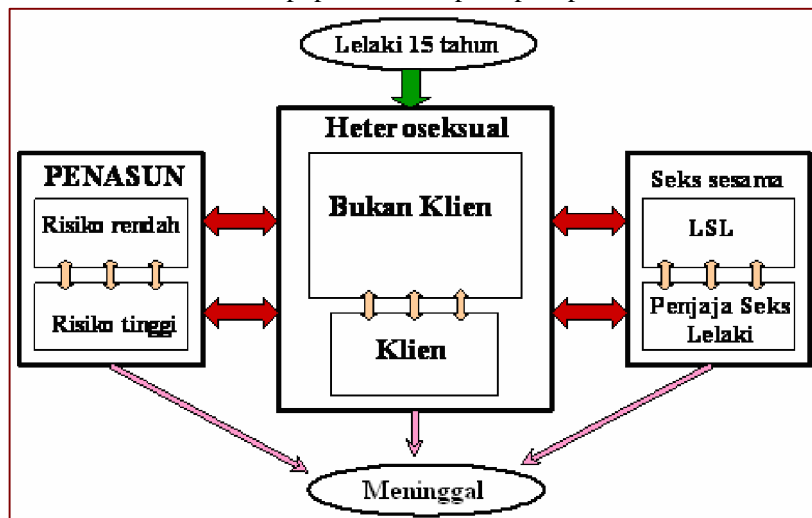
Upaya pemodelan epidemii HIV-AIDS di Indonesia sampai 2020 dilakukan dengan cara Pemodelan Epidemii Asia (*Asian Epidemic Model*) yang dikembangkan oleh Tim Brown dan Wiwat Peerapatanapokin. Pemodelan Asia dianggap sesuai dengan pola penularan epidemii di wilayah Asia, sedangkan tehnik pemodelan lain dikembangkan sesuai dengan situasi di Afrika. Tehnik Pemodelan Epidemii Asia tersebut sudah digunakan untuk melakukan pemodelan di Thailand dan Kamboja.

Pemodelan Epidemii Asia, dilakukan dengan menghitung jumlah penularan HIV yang terjadi, terutama melalui jalur penularan utama, yaitu seks komersial, penggunaan Napza suntik, seks intra marital dan ekstrar marital, serta dari penularan dari ibu ke bayinya. Dengan memperhitungkan besar subpopulasi, tren perilaku, serta parameter-parameter yang mempengaruhi risiko penularan, yang memungkinkan bervariasi dari tahun ke tahun. Keuntungan pemodelan Epidemii Asia yang penting adalah dimungkinkan untuk melakukan pengecekan hasil model berdasarkan tren HIV yang terobservasi.

Kelompok lelaki yang perlu diperhitungkan pada Pemodelan Epidemii Asia, yaitu:

- Klien
- Non-klien (lelaki risiko rendah)
- Pengguna Napza suntik
- Lelaki seks dengan lelaki lain
- Lelaki penjaja seks

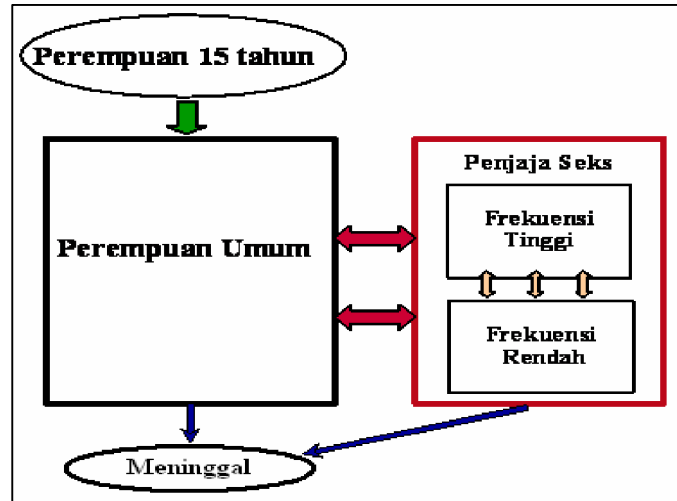
Gambar skema transisi subpopulasi lelaki pada pola perilaku seksual berisiko



Kelompok perempuan yang diperhitungkan di dalam tehnik Pemodelan Epidemik Asia, yaitu:

- Penjaja seks langsung (frekuensi kontak seksnya lebih tinggi)
- Penjaja seks tidak langsung (frekuensi kontak seksnya lebih rendah)
- Perempuan umum

Gambar skema transisi subpopulasi perempuan pada pola perilaku seksual berisiko



### Masukan variabel dalam Pemodelan Epidemik Asia

- Jumlah subpopulasi berisiko pada setiap tahun
  - Klien lelaki
  - Wanita Penjaja seks (langsung dan tak langsung)
  - Pemasun
  - Lelaki seks dengan lelaki dan penjaja seks lelaki
- Periode rata-rata dalam kategori subpopulasi tersebut
- Perilaku seks subpopulasi setiap tahun
  - Frekuensi kontak seks
    - Pada seks transaksi dan seks kasual
    - Pada seks lelaki dan lelaki, termasuk seks transaksi
  - Penggunaan kondom
    - Pada jenis pasangan seks yang berbeda
- Pengguna Napza Suntik
  - Frekuensi menyuntik
  - Persentase penggunaan jarum bersama
  - Frekuensi seks
  - Penggunaan kondom pada partners seks yang berbeda

- Faktors biologik
  - Infeksi Menular Seks pada subpopulasi tertentu
  - Sirkumsisi
- Parameter dan data untuk validasi
  - Probabilitas penularan, kofaktor IMS dan sirkumsisi
  - Tren prevalensi HIV pada subpopulasi tertentu

#### **Pemodelan Epidemik Asia akan menghasilkan:**

- Total kasus baru, kasus kumulatif, dan kasus yang ada:
  - HIV
  - AIDS, dan
  - Kematian
- Distribusi umur HIV dan AIDS
- Infeksi baru dan yang ada pada yang berisiko
  - Klien, Wanita Penjaja Seks, lelaki seks dengan lelaki, Penjaja seks lelaki, dan Pengguna Napza Suntik
  - Lelaki dan Perempuan Masyarakat Umum
  - Anak-anak
- Tren dinamika jalur penularan

Berdasarkan pengalaman memprediksi tren epidemi HIV di wilayah Kamboja dan Thailand, dapat dikatakan bahwa teknik Pemodelan Epidemi Asia dapat secara akurat menggambarkan tren epidemi berdasarkan data perilaku yang diamati.

#### **Sumber Data**

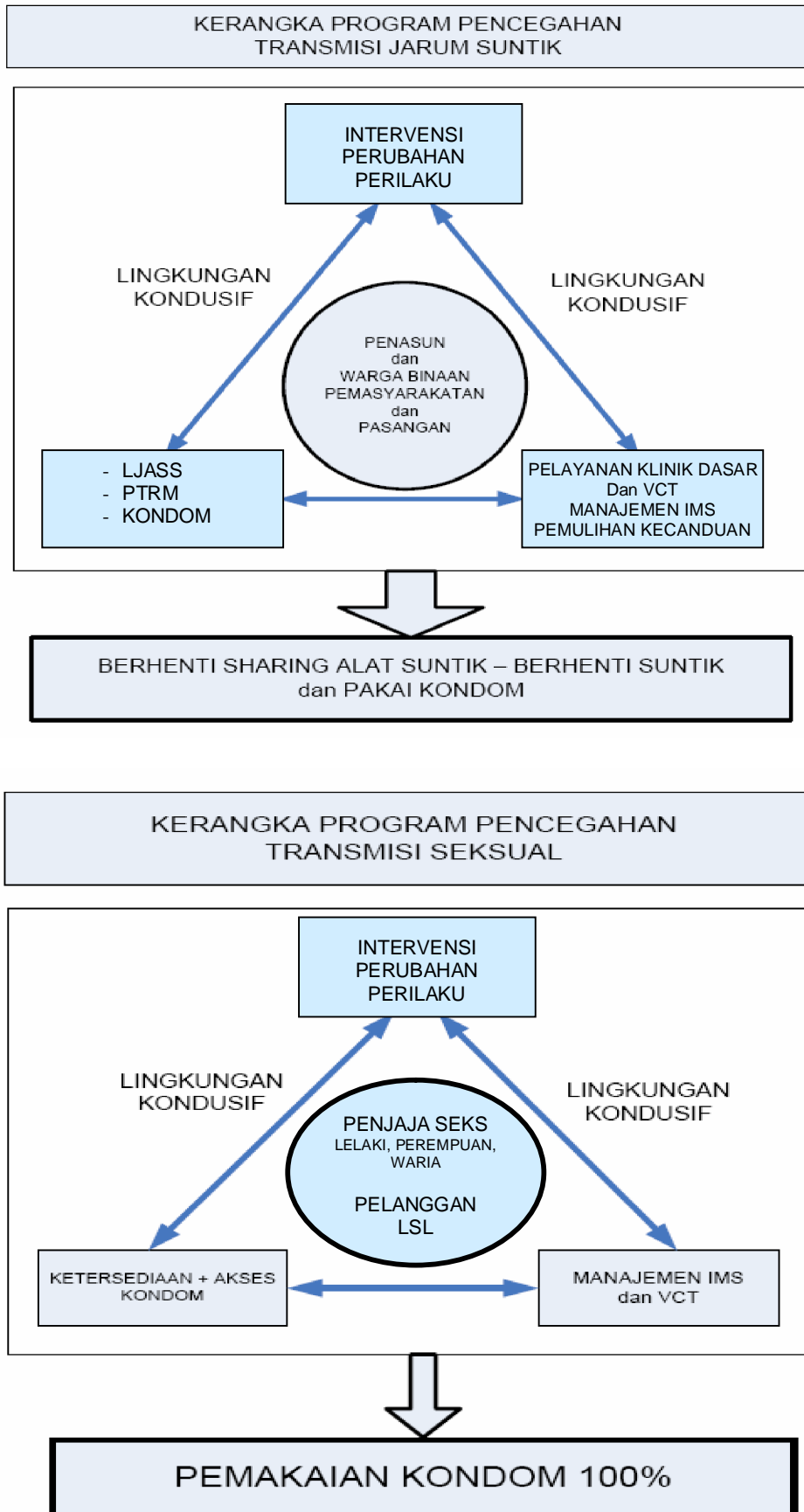
Untuk perhitungan semua variabel tersebut, digunakan beberapa sumber data yang ada:

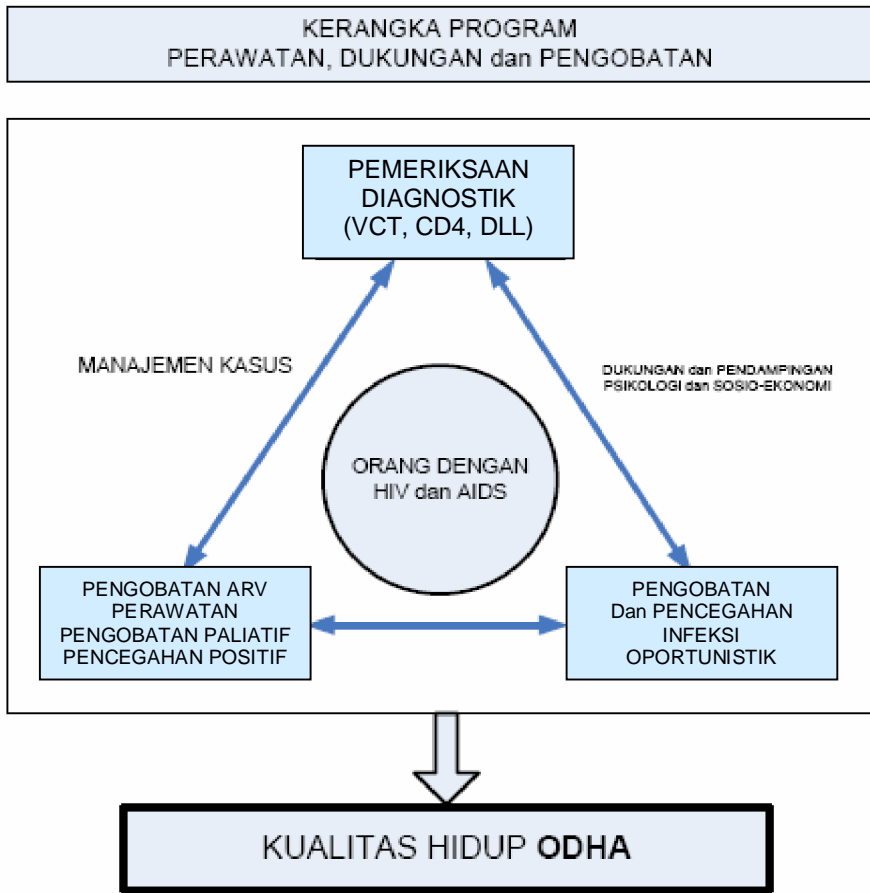
- Basis Data Sentinel Surveilans HIV
- Basis Data Surveilans Perilaku
- Survei Infeksi Menular Seksual pada penjaja seks langsung dan tidak langsung di 10 propinsi (2002 & 2004)
- Estimasi Populasi Rawan 2006 (dengan koreksi)
- Data Kependudukan BPS Pusat
- Laporan-laporan Penelitian HIV-AIDS di Indonesia

#### **D. LAMPIRAN 4**

#### **BAGAN KERANGKA PROGRAM**

#### D. Lampiran 4: Bagan Kerangka Program







## **E. LAMPIRAN 5**

### **INDIKATOR MONITORING DAN EVALUASI**

## E. Lampiran 5: Indikator Monitoring dan Evaluasi

Indikator monitoring dan evaluasi dikelompokkan sebagai berikut:

- Indikator masukan: Komitmen dan aksi nasional
- Indikator keluaran: Program nasional
- Indikator hasil: Perubahan perilaku
- Indikator dampak: Prevalensi HIV
- Indikator cakupan program
- Indikator penguatan KPA dan lingkungan kondusif

Indikator Masukan: Komitmen dan Aksi Nasional

No	Area	Indikator	Frekuensi Pengumpulan Data	Metode Pengukuran	Institusi Penanggung Jawab
1.	Sumber daya	Pengeluaran domestik dan internasional berdasarkan kategori dan sumber daya keuangan	Sesuai dengan kalender fiskal negara	National AIDS Spending Assessment	KPA
2.	Dukungan kondusif berupa kebijakan dan pedoman teknis	National Composite Policy Index (NCPI) (mencakup area jender, program dunia kerja, stigma dan diskriminasi, pencegahan, perawatan dan dukungan, Hak Azasi Manusia, keterlibatan masyarakat sipil, dan monitoring evaluasi)	Setiap dua tahun	Kajian literatur dan wawancara dengan informan kunci	KPA

Indikator Keluaran: Program Nasional

No	Area	Indikator	Frekuensi Pengumpulan data	Metode Pengukuran	Institusi Penanggung jawab
3.	Pengamanan darah dan kewaspadaan dini	Persentase unit darah donor yang di skrining untuk HIV sesuai standard	Setiap tahun	Monitoring Program	PMI
4.	Pencegahan	Persentase wanita hamil yang HIV positif yang menerima ART untuk mengurangi transmisi dari ibu ke anak	Setiap tahun	Monitoring program	Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL)-Depkes
5.	Pencegahan	Persentase populasi risiko tinggi yang dijangkau oleh program pencegahan	Setiap dua tahun	Survei Surveilans Perilaku	P2PL, Depkes
6.	Pencegahan	Persentase sekolah yang menyediakan pendidikan ketrampilan hidup	Setiap dua tahun	Survei berbasis sekolah	Depdiknas
7.	Tes dan konseling sukarela (*)	Persentase wanita dan laki-laki usia 15-49 yang menerima tes HIV pada 12 bulan terakhir dan menerima hasilnya	Setiap dua tahun	Survei Terpadu HIV dan Perilaku-Papua	P2PL, Depkes
8.	Tes dan konseling sukarela	Persentase populasi risiko tinggi yang menerima tes HIV pada 12 bulan terakhir dan yang mengetahui hasilnya	Setiap dua tahun	Survei Surveilans Perilaku	P2PL, Depkes
9.	Perawatan, dukungan dan pengobatan	Persentase orang dewasa dan anak dengan infeksi HIV tingkat lanjut yang menerima ART	Setiap tahun	Monitoring program	P2PL, Depkes
10.	Perawatan, dukungan dan pengobatan	Persentase dari kasus TB yang positif yang menerima pengobatan TB dan HIV	Setiap tahun	Monitoring program	P2PL, Depkes

(\*)= indikator yang dipantau khusus untuk daerah Tanah Papua

Indikator Hasil: Pengetahuan dan Perilaku

No	Area	Indikator	Frekuensi Pengumpulan data	Metode Pengukuran	Institusi Penanggung jawab
11.	Pengetahuan dan perilaku	Persentase remaja wanita dan pria usia 15-24 yang keduanya dapat mengidentifikasi cara penularan HIV melalui seksual dengan benar dan menolak konsepsi yang salah tentang penularan HIV	Setiap 2 tahun	IYARHS, Survei Surveilans Perilaku, Surveilans Terpadu HIV dan Perilaku (STHP)	UNFPA, LDUI, P2PL-Depkes
12.	Pengetahuan dan perilaku	Persentase populasi risiko tinggi yang dapat mengidentifikasi cara penularan HIV melalui seksual dengan benar dan menolak konsepsi yang salah tentang penularan HIV	Setiap 2 tahun	SSP	P2PL-Depkes
13.	Pengetahuan dan perilaku	Persentase dari remaja wanita dan pria usia 15-24 tahun yang mulai melakukan hubungan seks sebelum usia 15 tahun	Setiap 2 tahun	IYARHS, SSP, STHP-Papua	UNFPA, LDUI, P2PL-Depkes
14.	Pengetahuan dan perilaku (*)	Persentase wanita dan pria usia 15-49 tahun berpasangan seksual lebih dari satu dalam 12 bulan terakhir	Setiap 2-4 tahun	STHP-Papua	P2PL-Depkes
15.	Pengetahuan dan perilaku (*)	Persentase wanita dan pria usia 15-49 tahun yang mempunyai pasangan seksual lebih dari satu dan menggunakan kondom selama hub. seksual terakhir	Setiap 2 tahun	STHP-Papua	P2PL-Depkes
16.	Pengetahuan dan perilaku	Persentase wanita dan laki-laki pekerja seksual yang melaporkan menggunakan kondom dengan klien terakhir mereka	Setiap 2 tahun	SSP	P2PL-Depkes
17.	Pengetahuan dan perilaku	Persentase dari laki-laki yang melaporkan menggunakan kondom pada hubungan seks anal dengan pasangan laki-laki mereka.	Setiap 2 tahun	SSP	P2PL-Depkes

No	Area	Indikator	Frekuensi Pengumpulan data	Metode Pengukuran	Institusi Penanggung jawab
18.	Pengetahuan dan perilaku	Persentase dari pengguna Napza suntik yang melaporkan penggunaan kondom pada hub. seksual terakhir	Setiap 2 tahun	SSP	P2PL-Depkes
19.	Pengetahuan dan perilaku	Persentase dari pengguna Napza suntik yang menggunakan alat suntik steril pada saat terakhir menyuntik	Setiap 2 tahun	SSP	P2PL-Depkes
20.	Stigma dan diskriminasi	Persentase orang berumur 15-49 tahun yang mengekspresikan dapat menerima keberadaan ODHA	Setiap 4-5 tahun	Laporan SDKI (DHS)	P2PL-Depkes, BPS

#### Indikator Dampak: Prevalensi HIV

No	Indikator	Frekuensi Pengumpulan data	Metode Pengukuran	Institusi Penanggung jawab
21.	Persentase remaja wanita dan pria umur 15-24 tahun yang mengalami infeksi HIV (*)	Setiap dua tahun	STHP	P2PL-Depkes
22.	Persentase populasi risiko tinggi yang mengalami infeksi HIV	Setiap tahun	STHP pada populasi risiko tinggi	P2PL-Depkes
23.	Persentase orang dewasa yang mengalami infeksi HIV di Papua (*)	Setiap 3-4 tahun	STHP pada populasi umum di Papua	P2PL-Depkes
24.	Persentase orang dewasa dan anak-anak dengan HIV positif yang diketahui masih dalam pengobatan setelah 12 bulan mendapatkan ART	Setiap dua tahun	Monitoring program	P2PL-Depkes, WHO

(\*)= indikator yang dipantau khusus untuk daerah Tanah Papua

## Indikator Cakupan Program

### Pengguna Napza Suntik

Estimasi Populasi	219.000		223.000		227.000		231.000		235.000	
Indikator	Baseline 2006		Target 2007		Target 2008		Target 2009		Target 2010	
Persentase penasun yg dijangkau program perubahan perilaku	15.467	7,1%	33.450	15%	90.800	40%	161.700	70%	188.000	80%
Persentase penasun yg mendapat layanan Jarum dan Alat Suntik Steril	5.646	2,6%	26.760	12%	72.640	32%	129.360	56%	150.400	64%
Persentase penasun yang mengikuti Konseling dan Tes HIV Sukarela	2.944	1,3%	21.410	10%	58.110	26%	103.490	45%	120.320	51%
Persentase penasun yang mendapat terapi Rumatan Metadhon	1.085	0,5%	8.030	4%	21.790	10%	38.810	17%	45.120	19%

### WPS Langsung

Estimasi Populasi	128.000		130.000		133.000		135.000		138.000	
Indikator	Baseline 2006		Target 2007		Target 2008		Target 2009		Target 2010	
Persentase WPS langsung yg dijangkau prog. perubahan perilaku	30.524	23,8%	39.000	30%	66.500	50%	94.500	70%	110.400	80%
Persentase WPS yg mendapat pengobatan berkala	0	0,0%	6.500	5%	53.200	40%	75.600	56%	88.320	64%
Persentase WPS yang mendapat pelayanan penapisan IMS	18.774	14,7%	26.000	20%	42.560	32%	60.480	45%	70.660	51%
Jumlah WPS yg mendapatkan Konseling dan Tes HIV Sukarela	1.111	0,9%	6.500	5%	34.050	26%	48.380	36%	56.520	41%
Persentase WPS yang mendapatkan program perawatan dan dukungan	0	0,0%	2.560	2%	20.480	16%	28.672	22%	32.768	26%

### WPS Tidak Langsung

Estimasi Populasi	93.000		94.000		96.000		98.000		100.000	
Indikator	Baseline 2006		Target 2007		Target 2008		Target 2009		Target 2010	
Persentase WPS tidak langsung yang dijangkau oleh program perubahan perilaku	15.262	16,4%	23.500	25%	48.000	50%	68.600	70%	80.000	80%
Persentase WPS tidak langsung mendapatkan pengobatan berkala IMS	0	0,0%	9.400	10%	38.400	40%	54.880	56%	64.000	64%
Persentase WPS tidak langsung yang mendapatkan penapisan IMS	9.387	10,1%	7.520	8%	30.720	32%	43.900	45%	51.200	51%
Persentase WPS tidak langsung yang mengikuti Konseling dan Tes HIV Sukarela	556	0,6%	2.820	3%	24.580	26%	35.120	36%	40.960	41%
Persentase WPS tidak langsung yang mendapatkan perawatan dan dukungan	0	0,0%	3.720	4%	14.880	16%	20.832	22%	23.808	26%

### Waria

Estimasi Populasi	28.100		28.600		29.100		29.700		30.200	
Indikator	Baseline 2006		Target 2007		Target 2008		Target 2009		Target 2010	
Persentase waria yang dijangkau program perubahan perilaku Intervensi Perubahan Perilaku	12.041	42,9%	14.300	50%	17.460	60%	20.790	70%	24.160	80%
Persentase waria yang mendapatkan pengobatan Berkala	0	0,0%	2.860	10%	13.970	48%	16.630	56%	19.330	64%
Persentase waria yang mendapatkan penapisan IMS	3.452	12,3%	7.150	25%	11.170	38%	13.310	45%	15.460	51%
Persentase waria yang mendapatkan Konseling dan Tes HIV Sukarela	796	2,8%	2.860	10%	8.940	31%	10.640	36%	12.370	41%
Persentase waria yang mendapatkan perawatan dan dukungan	152	0,5%	3.513	13%	5.395	19%	6.294	22%	7.194	26%

### Laki-laki Seks Dengan Laki-laki

Estimasi Populasi	767.000		779.000		794.000		809.000		823.000	
Indikator	Baseline 2006		Target 2007		Target 2008		Target 2009		Target 2010	
Persentase laki-laki seks dengan laki-laki yang dijangkau program perubahan perilaku	16.344	2,1%	38.950	5%	79.400	10%	97.080	12%	123.450	15%
Persentase laki-laki seks dengan laki-laki yang mendapatkan Pengobatan IMS	104	0,0%	3.900	0,5%	63.520	8%	77.660	10%	98.760	12%
Persentase laki laki seks dengan laki-laki yang mengikuti Konseling dan Tes HIV Sukarela	317	0,0%	3.900	0,5%	50.820	6%	62.130	8%	79.010	10%
Persentase laki-laki seks dengan laki-laki yang mendapatkan perawatan dan dukungan	0	0,0%	1.918	0%	24.544	3%	29.453	4%	36.816	5%

### Pelanggan Penjaja Seks

Estimasi Populasi	3.162.000		3.212.000		3.273.174		3.334.184		3.394.803	
Indikator	Baseline 2006		Target 2007		Target 2008		Target 2009		Target 2010	
Perubahan pelanggan penjaja seks yang dijangkau program Perubahan Perilaku	258.047	8,2%	321.200	10%	818.290	25%	1.333.670	40%	2.036.880	60%
Persentase pelanggan penjaja seks yang mendapatkan pengobatan IMS	3.816	0,1%	3.210	0,1%	8.180	0,3%	13.340	0,4%	20.370	0,6%
Persentase pelanggan penjaja seks yang mengikuti Konseling dan Tes HIV Sukarela	576	0,0%	2.570	0,1%	6.550	0,2%	10.670	0,3%	16.300	0,5%
Persentase pelanggan penjaja seks yang mendapatkan perawatan dan dukungan	0	0,0%	1.265	0%	3.162	0,1%	5.059	0,2%	7.589	0,2%



### Warga Binaan Pemasyarakatan

Estimasi Populasi	96.210		97.268		98.338		99.420		100.514	
Indikator	Baseline 2006		Target 2007		Target 2008		Target 2009		Target 2010	
Perubahan warga binaan yang dijangkau program Perubahan Perilaku	4.510	4,7%	9.727	10%	24.585	25%	49.710	50%	80.411	80%
Persentase warga binaan yang mengikuti Konseling dan Tes HIV Sukarela	0	0,0%	2.918	3%	14.751	15%	24.855	25%	30.154	30%
Persentase warga binaan yang mengikuti program Terapi Rumatan Metadhon	0	0,0%	2.918	3%	9.834	10%	14.913	15%	20.103	20%
Persentase warga binaan yang mengikuti program perawatan dan dukungan	0	0,0%	973	1%	2.950	3%	4.971	5%	7.036	7%

### Tanah Papua 15 Thn +

Estimasi Populasi	1.744.800		1.807.300		1.868.700		1.929.900		1.960.900	
Indikator	Baseline 2006		Target 2007		Target 2008		Target 2009		Target 2010	
Persentase populasi umum di tanah Papua yang dijangkau program Perubahan Perilaku	121.336	7,0%	348.960	20%	872.400	50%	1.221.360	70%	1.395.840	80%
Persentase populasi umum di tanah Papua yang mendapat layanan IMS	194	0,0%	17.448	1%	52.344	3%	87.240	5%	122.136	7%
Persentase populasi umum yang mengikuti konseling dan tes sukarela	818	0,0%	87.240	5%	174.480	10%	261.720	15%	348.960	20%
Persentase populasi umum yang mendapat perawatan dan dukungan	163	0,0%	17.448	1%	34.896	2%	52.344	3%	69.792	4%

Indikator Penguatan KPA Dan Lingkungan Kondusif

No	Indikator	Frekuensi Pengumpulan data	Metode Pengukuran	Institusi Penanggung jawab
1.	Ratio anggaran APBD yang dialokasikan untuk HIV and AIDS dengan APBD	Setiap tahun	Laporan KPAP dan KPAK/K	KPA
2.	Jumlah KPAK/K yang mempunyai rencana kerja dan anggaran.	Setiap tahun	Laporan KPAK/K	KPA
3.	Persentase Lapas yang mempunyai program HIV dan AIDS	Setiap tahun	Laporan Dept Hukum dan HAM	Dept. Huk Ham dan KPA
4.	Persentase departemen dan lembaga non departemen yang mempunyai rencana kerja dan anggaran HIV dan AIDS untuk karyawannya	Setiap tahun	Laporan KPA	KPA
5.	Tingkatan upaya harmonisasi dan kesetaraan dari mitra Internasional yang menyediakan dukungan dana dan tehknis	Setiap dua tahun	Country Harmonization Alligment Tool (CHAT)	KPA UNAIDS
6.	Keterlibatan mitra nasional dalam upaya respon nasional terhadap HIV dan AIDS	Setiap dua tahun	CHAT	KPA UNAIDS

## **F. LAMPIRAN 6**

### ***ROAD MAP RENCANA AKSI NASIONAL 2007 - 2010***

## F. Lampiran 6. Road Map Rencana Aksi Nasional 2007 - 2010

Kegiatan	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Program Komprehensif 17 provinsi</b>					
a Persiapan, penulisan dan konsultasi publik untuk Perda AIDS di 17 provinsi					
a Persiapan, penulisan dan konsultasi publik untuk Perda AIDS tingkat kabupaten/kota di 17 provinsi					
a Pelatihan pelaksanaan layanan HIV dan AIDS untuk Puskesmas					
a Pelatihan peran LSM dalam respons HIV dan AIDS di daerah					
a Implementasi layanan HIV dan AIDS di daerah					
- Program KIE					
- Program Kondom 100%					
- Program pengurangan dampak buruk pada penasin					
- Manajemen IMS					
- Program perawatan, dukungan dan pengobatan					
- Program mitigasi					
a Monitoring dan evaluasi implementasi oleh KPAD					
a Mobilisasi sumber daya lokal					
a Penguatan KPA provinsi/Kabupaten/Kota					
<b>Program Tanah Papua</b>					
a Persiapan, penulisan dan konsultasi publik untuk Perda AIDS di Papua dan Irija					
a Persiapan, penulisan dan konsultasi publik untuk Perda AIDS tingkat kabupaten/kota di 17 provinsi					
a Pelatihan pelaksanaan layanan HIV dan AIDS untuk Puskesmas					
a Pelatihan peran LSM dalam respons HIV dan AIDS di daerah					
a Implementasi layanan HIV dan AIDS di daerah					
- Program KIE					
- Program Kondom 100%					
- Manajemen IMS					
- Program perawatan, dukungan dan pengobatan					
- Program mitigasi					
a Monitoring dan evaluasi implementasi oleh KPAD					
a Mobilisasi sumber daya lokal					
a Penguatan KPA Provinsi/Kabupaten/Kota					

Kegiatan	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Program provinsi Lain</b>					
a Persiapan, penulisan dan konsultasi publik untuk Perda AIDS di 13 provinsi lain					
a Persiapan, penulisan dan konsultasi publik untuk Perda AIDS tingkat kabupaten/kota di 13 provinsi					
a Pelatihan pelaksanaan layanan HIV dan AIDS untuk Puskesmas					
a Pelatihan peran LSM dalam respons HIV dan AIDS di daerah					
a Implementasi layanan HIV dan AIDS di daerah					
- Program KIE					
- Program Kondom 100%					
- Program pengurangan dampak buruk pada penasun					
- Manajemen IMS					
- Program perawatan, dukungan dan pengobatan					
- Program mitigasi					
a Monitoring dan evaluasi implementasi oleh KPAD					
a Mobilisasi sumber daya lokal					
a Penguatan KPA Provinsi/Kabupaten/Kota					