BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum

1. Gambaran Umum Kota Malang

a. Sejarah Pemerintahan

Kota Malang terbentuk pada tanggal 1 April 1914 dan hingga tahun 1919 dipimpin oleh seorang walikota (*burgemester*). Kemudian pada tanggal 7 maret 1942 yaitu pada masa penjajahan Jepang, Kota Malang diduduki oleh bala tentara Jepang, tetapi pengambil alihan pemerintah pada prinsipnya meneruskan sistem lama (jaman Belanda) hanya sebutan-sebutan dalam jabatan-jabatan saja yang diganti dengan bahasa Jepang. Selama masa penjajahan Jepang, Kota Malang berhasil membuat 33 peraturan daerah setelah proklamasi kemerdekaan tepatnya pada tanggal 21 September 1945 Komite Nasional Indonesia (KNI) daerah dibentuk dan mengeluarkan pernyataan bahwa daerah Malang menjadi Republik Indonesia, kemudian pada tanggal 22 Juli 1947 Belanda berusaha kembali untuk menjajah dan meletuskan perang yang menyebabkan pemerintah daerah dan perangkatnya mengungsi keluar kota, kemudian sampai tahun 1950 berlangsung pemerintah federasi, baru pada tanggal 2 Maret 1950 aparatur pemerintah Republik Indonesia kembali dari pengungsian dan menduduki balai kota Malang. Sejak masa itu pemerintah daerah Kota Malang berlangsung

kembali dibawah naungan Pemerintah Republik Indonesia dan diatur dengan undang-undang pemerintah daerah yang terus berkembang hingga beerlakunya Undang-Undang nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah sampai saat ini dan Kotamadya Daerah Tingkat II Malang diganti nama menjadi Kota Malang.

b. Keadaan Geografis

Kota Malang adalah sebuah kota provinsi Jawa Timur, Indonesia. Kota ini berada di dataran tinggi yang cukup sejuk dengan ketinggian antara 440-667 meter dari permukaan laut. Kota yangterletak 90km sebelah selatan kota Surabaya ini merupakan kota terbesar kedua di Jawa Timur, dan dikenal dengan julukan kota pelajar. Secara geografis Kota Malang terletak pada koordinat 112,06º - 112,07º BT dan 7,06º - 8,02º LS (Sumber: BPS Kota Malang 2011).

Posisi kota Malang yang letaknya dikelilingi oleh gunung seperti Gunung Arjuno di sebelah Utara, Gunung Semeru di sebelah Timur, Gunung Kawi dan Panderman di sebelah Barat, serta Gunung Kelud di sebelah Selatan, membuat kondisi iklim Kota Malang tercatat rata-rata suhu udara berkisar antara 22,2ºC – 24,5ºC. sedangkan suhu maksimum mencapai 32,3ºC dan suhu minimum 17,8ºC. karena keadaan tanah yang subur dan iklim yang mendukung , berbagai jenis tanaman maupun bunga dapat tumbuh dan berkembang dengan baik, sehingga hawa pegunungan yang sejuk sangat terasa. Kondisi ini merupakan daya tarik yang kuat bagi sebagian masyarakat kota-kota besar untuk menjadikan kota Malang sebagai kota peristirahatan bahkan sebagai tempat tinggal.

c. Wilayah Administratif

Kota malang merupakan contoh proyek kota pembangunana pada dataran tinggi. Kota Malang memiliki letak yang cukup strategis dan memiliki pintu masuk kota yang dibatasi beberapa wilayah yang sekaligus merupakan batasan wilayah administratif sebagai berikut :

1) Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Singosari dan Kecamatan Karang Ploso Kabupaten Malang
2) Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Pakis dan Kecamatan Tumpang Kabupaten Malang
3) Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Tajinan dan Kecamatan Pakisaji Kabupaten Malang
4) Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Wagir dan Kecamatan Dau Kabupaten Malang.

Sedangkan secara administratif pemerintahan, Kota Malang dibagi menjadi 5 wilayah kecamatan yaitu : Kecamatan Klojen, Lowokwaru, Blimbing, Sukun, dan Kedung Kandang. Berdasarkan PP nomor 15 Tahun 1987, kota Malang mendapat penambahan 12 Desa dari Kabupaten Malang. Desa-desa tersebut antara lain Desa Cemorokandang, Arjowinangun, Tlogowaru, Tasikmadu, Tunggulwulung, Tlogomas, Merjosari, Bandulan, Mulyorejo, dan Bakalan Krajan dan saat ini menjadi bagian dari pemekaran kecamatan yang ada di Kota Malang.

Sedangkan luas wilayah masing-masing dari lima kecamatan beserta jumlah kelurahannya dapat dilihat dalam tabel berikut ini :

Tabel 1
Luas Wilayah Kota Malang

No	Kecamatan	Luas (Km^2)
1	Kedung Kandang	36,89
2	Klojen	88,3
3	Blimbing	17,77
4	Lowokwaru	22,60
5	Sukun	20,97
Total		110,06

Sumber : BPS Kota Malang 2011

Menunjuk tabel 1 diatas luas Kota Malang keseluruhan dapat diketahui dari jumlah kelurahan dan desa ditiap-tiap kecamatan serta luas wilayah masing-masing kecamatan. Jumlah keseluruhan sebanyak 45 kelurahan, desa sebanyak 13 desa dan luas wilayah secara keseluruhan adalah 11.055,66 Ha. Dengan diketahui luas wilayah Kota Malang, maka keberagaman jalur penularan HIV/AIDS juga bisa dipastikan berada di daerah-daerah tersebut.

Apabila dilihat dari luas wilayah Kota Malang yang memiliki luas 110,06 Km^2 dengan jumlah penduduk 820.243 jiwa, maka kepadatan penduduk Kota Malang sebesar 7.453 jiwa/Km^2. Sedangkan penyebaran kepadatan penduduk di

Kota Malang, kepadatan penduduk paling besar berada di Wilayah Kecamatan Klojen (11.994 jiwa/Km^2). Sedangkan yang terendah berada di Wilayah Kecamatan Kedungkandang (4.374 jiwa/Km^2).

Hasil Sensus Penduduk 2011 tercatat jumlah penduduk Kota Malang sebesar 820.243 jiwa, yang terdiri dari 404.553 jiwa penduduk laki-laki dan 415.690 jiwa penduduk perempuan. Jika dibandingkan dengan hasil Sensus Penduduk Tahun 2000 laju pertumbuhan penduduk tahun 2011 sebesar 0,80 persen. Dengan jumlah penduduk yang lebih dari 800 Ribu Jiwa dengan pertumbuhan 3,89% menunjukkan Kota Malang sebagai kota dengan tingkat urbanisasi yang cukup tinggi dan sebagai kota yang akan terus berkembang. Dengan laju pertumbuhan yang tinggi dan pertambahan penduduk di Kota Malang maka secara tidak langsung juga mempengaruhi jumlah penderita HIV/AIDS di Kota Malang.

d. Keadaan Sosial Budaya

Kota Malang terkenal dengan semboyan Tri Bina Cita yaitu sebagai kota Pendidikan, Kota Industri, dan Kota Pariwisata, yang mencerminkan profil potensi ekonomi Kota Malang. Secara umum kondisi sosial budaya masyarakat di Kota Malang heterogen dalam etnis dan latar belakang budaya, sehingga memungkinkan terciptanya kehidupan kota yang cenderung dinamis.

Sebagai salah satu kota pendidikan, masyarakat Kota Malang dengan budaya lokalnya telah berinteraksi dan berasimilasi dengan adat kebiasaan dan budaya dari berbagai macam suku bangsa yang datang dan dibawa oleh para

pelajar, mahasiswa, serta kalangan pedagang. Dari beberapa suku yang berada di kota Malang, mayoritas penduduk berasal dari etnis Jawa dan Madura, bahasa pergaulan sebagai wahana komunikasi sehari-hari antar penduduk adalah bahasa Jawa Malangan, Bahasa Madura, dan Bahasa Indonesia. Dengan berbagai macam latar belakang budaya tersebut, bisa dipastikan bahwa keberadaan penderita HIV/AIDS masih mengalami masalah diskriminasi, bahwasannya sosial budaya yang ada dimasyarakat Kota Malang masih memegang adat ketimuran dan menganggap penyakit HIV/AIDS adalah hal yang tabu dan dianggap sebagai aib.

Sebagai kota terbesar kedua di Jawa Timur setelah Kota Surabaya, Kota Malang terus berbenah dalam rangka peningkatan pelayanan terhadap masyarakat. Hal tersebut bisa dilihat dari fasilitas-fasilitas baik milik swasta maupun milik negara sebagai berikut :

1) Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan dimaksudkan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan seoptimal mungkin maupun untuk pemberian perawatan dan pencegahan penularan HIV/AIDS di Kota Malang. Data Badan Pusat Statistik Kota Malang menyebut fasilitas kesehatan memadai untuk memberikan pelayanan terhadap masyarakat terutama pelayanan terhadap penderita HIV/AIDS. Rincian sarana prasarana kesehatan yang ada di Kota Malang pada tahun 2011 akan dijelaskan pada tabel berikut ini :

Tabel 2
Rincian jenis fasilitas kesehatan

No	Nama	Jumlah
1	Rumah Sakit Umum (propinsi Jawa Timur)	1 buah
2	Rumah Sakit ABRI (Tentara)	1 buah
3	Rumah Sakit milik BUMN	1 buah
4	Rumah Sakit Swasta	4 buah
5	Puskesmas	15 buah
6	Puskesmas pembantu	33 buah
7	Puskesmas keliling	18 buah
8	Posyandu	618 buah
10	Rumah Obat	10 buah
11	Laboratorium Obat	11 buah
12	Rumah Sakit Narkoba	0
13	Rumah Bersalin	10 buah

Sumber : BPS Kota Malang 2011

1) Fasilitas Pariwisata.

Kota Malang yang dikenal sebagai kota bunga mempunyai potensi pariwisata yang potensial, karena wilayahnya berada di dataran tinggi sehingga mempunyai panorama alam yang indah. Tempat pariwisata dibedakan menjadi 2 yaitu tempat wisata alam dan buatan, yang termasuk tempat pariwisata alam adalah misalnya pantai pegunungan, air terjun yang banyak dijumpai diwilayah

Kabupaten Malang sehingga Kota Malang menjadi kota transit bagi wisatawan yang bertujuan untuk mengunjungi tempat-tempat wisata tersebut, oleh karena itu banyak dijumpai fasilitas-fasilitas penunjang pariwisata seperti Trevel Agent, Hotel berbintang, Restoran, Rumah makan, fasilitas olah raga dan fasilitas penunjang lainnya.

Sedangkan untuk periwisata buatan dapat dilihat dari adanya peninggalan benda-benda purbakala seperti Prasasti Dinoyo, Candi Badut, Candi besuki, san beberapa penemuan sejarah lainnya. Selain itu banyak bangunan kuno yang memiliki nilai seni yang monumental seperti Stasuin Kota Baru, Balai Kota Malang, Gedung PLN, toko AVIA, Gereja Kayu Tangan, toko Oen, serta kompleks perumahan yang ada di jalan Ijen dan sekitarnya yang dapat menarik wisatawan untuk mengunjunginya. Dengan begitu banyaknya tempat pariwisata di Kota Malang, tidak dapat dipungkiri bahwa keberadaan fasilitas pariwisata ini dapat menambah jumlah angka penderita HIV/AIDS di Kota Malang dengan memanfaatkan tempat pariwisata yang ada di Kota Malang sebagai tempat melakukan interaksi maupun kegiatan yang rentan terhadap penularan HIV/AIDS.

2. Gambaran umum Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota Malang

a. Sejarah singkat KPA Kota Malang

Semakin tingginya angka penderita HIV/AIDS di kota Malang membuat masyarakat dan pemerintah kota Malang semakin resah. Berangkat dari keinginan bersama baik pemerintah maupun masyarakat untuk bersama-sama

menanggulangi HIV/AIDS. Dengan jumlah penderita yang setiap tahunnya semakin bertambah, maka dengan diberlakukannya Peraturan Presiden No 75 Tahun 2006 menandai adanya intensifikasi penanggulangan HIV/AIDS, yang kemudian keanggotaan KPA Nasional diperluas dengan mengikutsertakan masyarakat sipil. Dalam Perpres tersebut KPA Nasional diketuai oleh Menkokesra yang bertanggung jawab langsung kepada presiden dan mempunyai sekretaris purna waktu. Pada tahun 2006 dimulai penguatan sekretariat KPA di 100 kabupaten dan kota prioritas pada tahun 2007 penguatan sekretariat di 33 provinsi. Penguatan sekretariat KPA di 100 kabupaten dan kota tersebut kemudian diperkuat dengan dikeluarkannya keputusan Wali Kota Malang Nomor 25 Tahun 2010 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Kota Malang.

b. Struktur Organisasi KPA Kota malang

KPA diketuai oleh Walikota Malang, tugas dan jabatan yang diemban oleh anggota KPA melekat jabatan dalam Dinas masing-masing. Berdasarkan SK Walikota Nomor 25 Tahun 2010 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Kota Malang mempunyai Tugas :

1) Mengkoordinasi perumusan penyusunan kebijakan, strategi, dan langkah-langkah yang diperlukan dalam penanggulangan HIV dan AIDS sesuai kebijakan, strategi, dan pedoman yang ditetapkan oleh komisi Penanggulangan AIDS Nasional.
2) Memimpin, mengelola, mengendalikan, memantau, dan mengevaluasi pelaksanaan penanggulangan HIV dan AIDS di Kota Malang.

3) Menghimpun, menggerakkan, menyediakan, dan memanfaatkan sumber daya yang berasal dari Pusat, Daerah, masyarakat dan bantuan luar negeri secara efektif dan efisien untuk kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS.
4) Mengkoordinasi pelaksanaan tugas dan fungsi masing-masing instansi yang tergabung dalam keanggotaan Komisi Penanggulangan AIDS Kota Malang.

Berikut susunan keanggotaan Komisi Penanggulangan AIDS Kota Malang berdasarkan Surat Keputusan Walikota Malang Nomor 25 Tahun 2010:

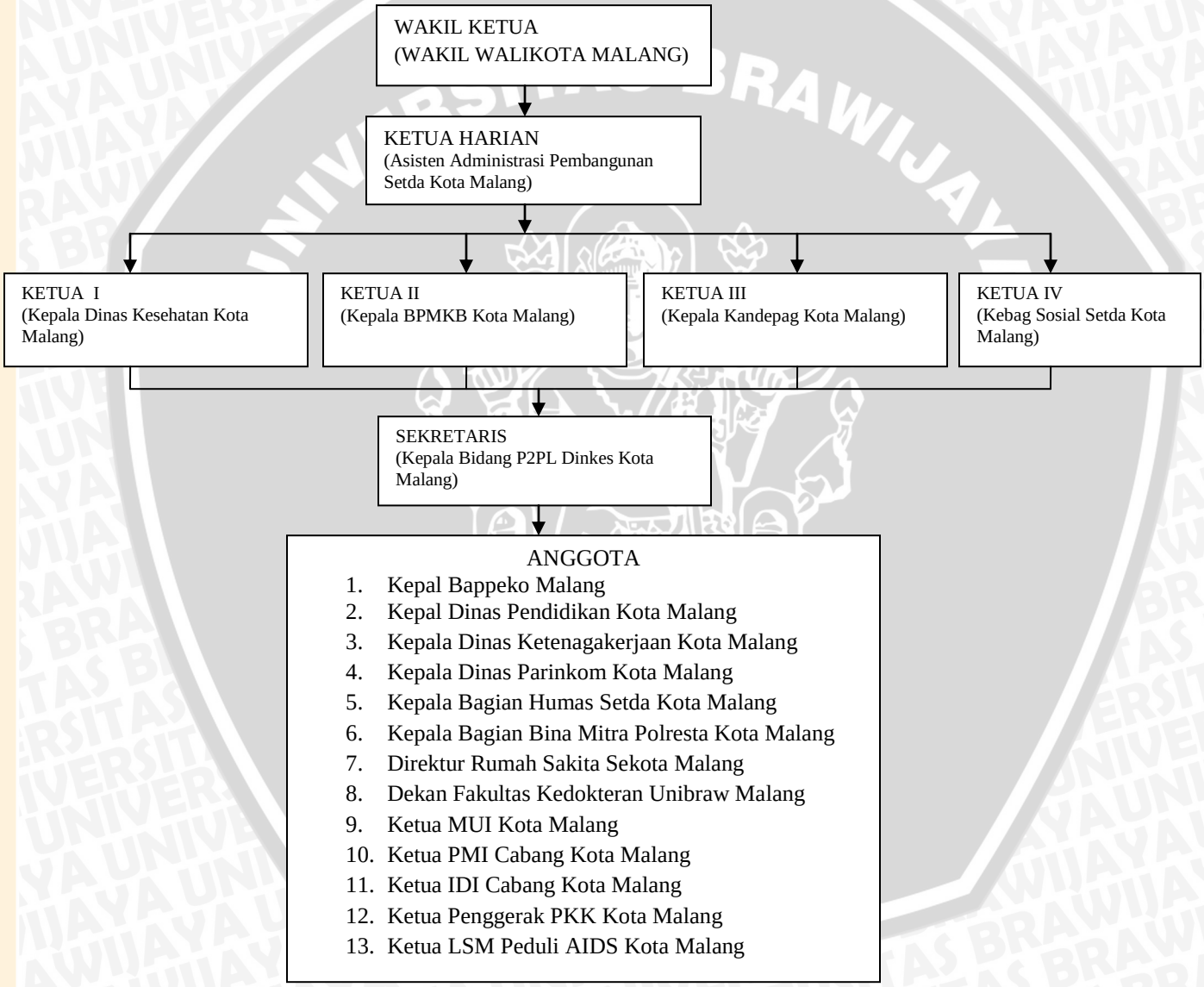
I.	Ketua umum	:	Walikota Malang
II.	Ketua Pelaksana	:	Wakil Walikota Malang
III.	Wakil Ketua I	:	Asisten Administrasi Pembangunan Sekretaris Daerah Kota Malang.
IV.	Wakil Ketua II	:	Kepala Dinas Kesehatan kota Malang
V.	Sekretasis	:	Kepala Bidang P2P dan PL Dinas Kesehatan Kota Malang.
VI.	Anggota	:	

1. Kepala Bappeko Malang
2. Kepala Dinas Pendidikan kota Malang
3. Kepala Dinas Tenaga Kerja Dan Sosial Kota Malang

4. Kepala Dinas Komunikasi Dan Informatika Kota Malang
5. Kepala Kantor Departemen Agama Kota Malang
6. Kepala Dinas Kepemudaan Dan Olahraga Kota Malang
7. Kepala BKBPM Kota Malang
8. Kepala Bagian Hokum Setda Kota Malang
9. Kepala Bagian Kesra Setda Kota Malang
10. Kepala Bagian Humas Setda Kota Malang
11. Kepala Polresta Kota Malang
12. BNN Kota Malang
13. Penanggung jawab Klinik VCT se Kota Malang
14. Ketua MUI Kota Malang
15. Ketua PMI Cabang Kota Malang
16. Ketua IDI Kota Malang
17. Ketua Tim Penggerak PKK Kota Malang
18. Kepala Lapas se Kota Malang
19. Ketua Kelompok Peduli AIDS se Kota Malang

Sedangkan gambar bagan Struktur Susunan Keanggotaan KPA Kota Malang dijelaskan dalam gambar berikut :

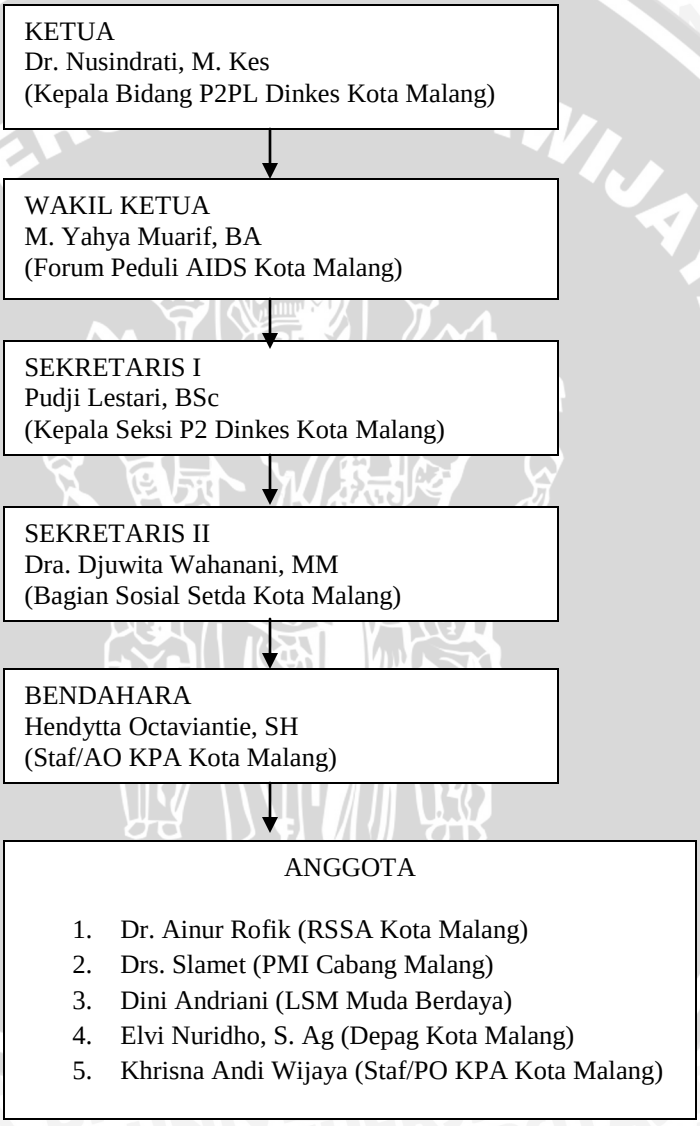
Gambar 4
Struktur Organisasi KPA Kota Malang



Sumber : KPA Kota Malang 2012

Berikut bagan struktur organisasi sektap KPA Kota Malang berdasarkan keputusan Walikota Malang Nomor 25 Tahun 2010 :

Gambar 5
Susunan Sektap KPA Kota Malang



Sumber : KPA Kota Malang tahun 2012

Untuk menunjang pelaksanaan penanggulangan HIV/AIDS maka keberadaan infrastruktur yang dimiliki oleh KPA Kota Malang juga sangat membantu dalam proses pelaksanaan program penanggulangan HIV/AIDS, infrastruktur tersebut berupa:

Tabel 3
Jumlah Infrastruktur KPA Kota Malang

No	Jenis Infrastruktur	Jumlah
1	Outlet Kondom	75 Unit
2	Klinik VCT/IMS	7 Unit
3	Klinik PMTCT	3 Unit
3	Klinik LASS	3 Unit
4	Jarum Suntik Steril	10.000unit/3bulan
5	Kondom Gratis	70.000unit/3bulan

Sumber: KPA Kota Malang 2012

Keberadaan infrastruktur yang dimiliki KPA Kota Malang untuk menunjang proses pelaksanaan program penanggulangan HIV/AIDS di Kota Malang berupa keberadaan outlet kondom sebnayak 75 unit, klinik VCT/IMS sebanyak 7 unit, klinik PMTCT sebanyak 3 unit, klinik LASS sebanyak 3 unit, untuk jarum suntik steril 10.000 unit/3 bulan, kondom gratis 70.000unit/ 3 bulan.

B. Data Fokus Penelitian

1. Kebijakan Dasar Dalam Menanggulangi HIV/AIDS

Pembangunan kualitas hidup dan produktifitas manusia di Indonesia saat ini sedang mengalami ancaman nyata. Hal ini ditunjukkan oleh tingginya tingkat penularan penyakit yang disebabkan oleh virus HIV. Kasus AIDS telah dilaporkan oleh semua provinsi dan 214 kabupaten/kota, dengan kemungkinan dan terus bertambah jika epidemi ini tidak ditangani dengan lebih serius. Epidemi HIV bersifat multidimensi, sudah meningkat sampai pada tingkat "terkonsentrasi" dimana prevalensi HIV sudah melebihi 5% pada populasi kunci yang rawan tertular HIV yaitu wanita pekerja seks, pengguna narkoba suntik, warga binaan lembaga pemasyarakatan, lelaki seks dengan lelaki. Adanya peningkatan epidemi yang seperti demikian akan menyebabkan beban sosial dan ekonomi menjadi jauh lebih berat lagi bagi pembangunan manusia Indonesia ke depan.

Melihat perkembangan epidemi yang meningkat di awal tahun 2000-an telah ditanggapi oleh pemerintah dengan dikeluarkannya Peraturan Presiden Nomer 75 Tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional yang mengamanatkan perlunya intensifikasi penanggulangan AIDS di Indonesia. Peraturan Presiden tersebut merupakan bentuk pertama dari kebijakan publik yaitu peraturan perundangan yang terkodifikasi secara formal dan legal, yang dalam hal ini berkaitan dengan penanggulangan HIV/AIDS.

Seperti yang telah dicantumkan didalam Peraturan Presiden Nomor 75 tahun 2006 Pasal 3 mengenai tugas KPA sebagai berikut:

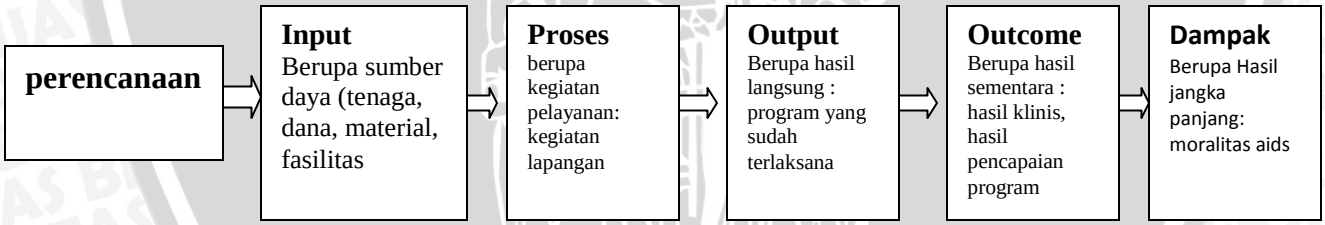
a. Menetapkan kebijakan dan rencana strategis nasional serta pedoman umum pencegahan, pengendalian, dan penanggulangan AIDS.
b. Menetapkan langkah-langkah strategis yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan.
c. Mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan penyuluhan, pencegahan, pelayanan, pemantauan, pengendalian dan penanggulangan AIDS.
d. Melakukan penyebarluasan informasi mengenai AIDS kepada berbagai media massa, dalam kaitan dengan pemberitaan yang tepat dan tidak menimbulkan keresahan masyarakat.
e. Melakukan kerjasama regional dan internasional dalam rangka pencegahan dan penanggulangan AIDS.
f. Mengkoordinasikan pengelolaan data dan informasi yang terkait dengan masalah AIDS.
g. Mengendalikan, memantau, dan mengevaluasi pelaksanaan pencegahan, pengendalian, dan penanggulangan AIDS.
h. Memberikan arahan kepada Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam rangka pencegahan, pengendalian, dan penanggulangan AIDS.

Dari tugas yang telah disebutkan diatas dapat disimpulkan bahwa dalam penanggulangan HIV/AIDS, KPA pada awalnya harus menetapkan beberapa kebijakan dan strategi yang berkaitan dengan penanggulangan HIV/AIDS sebelum

melaksanakan kegiatan penanggulangan, dengan ditetapkannya beberapa kebijakan dan strategi tentu saja akan mempermudah KPA dalam menanggulangi HIV/AIDS yang tepat sasaran sesuai epidemi yang sedang terjadi di Indonesia.

Mengenai arah kebijakan dan juga strategi nasional yang diharapkan dapat memenuhi target, untuk memenuhi target tersebut maka sasaran-sasaran tahunan ditetapkan agar populasi kunci dan orang yang terinveksi HIV dapat mengakses layanan-layanan pencegahan maupun perawatan. Demi tercapainya sasaran tersebut perlu diadakan kerangka kerja dan indikator kerja agar monitoring dan evaluasi bisa dilaksanakan dengan baik dan penetapan sasaran berikutnya juga bisa tepat sasaran. Berikut adalah gambar kerangka kerja untuk dapat menentukan monitoring dan evaluasi.

Gambar 6. Kerangka kinerja dan indikator kinerja



Sumber : Data sekunder yang diolah, 2012

Indikator kinerja di atas bisa dijabarkan sebagai berikut: pertama diawali dengan sebuah perencanaan yang berupa data-data perencanaan program yang kemudian berlanjut pada indikator input, indikator input ini meliputi tenaga, pengeluaran dana, material, dan juga fasilitas yang telah disediakan. Kemudian menuju ke indikator proses yang mana didalamnya mencakup pelaksanaan program nasional seperti pertemuan manajemen pelatiahan, komunikasi perubahan perilaku,

kegiatan lapangan, pencegahan maupun pengobatan. Setelah itu menuju pada indikator output atau hasil langsung, hasil langsung ini berupa tenaga terlatih, populasi yang sudah terjangkau program, kondo yangtelah terdistribusi, test kits yang sudah terdistribusi, tes yang sudah terlaksana dan juga klien yang sudah terlayani. Kemudian setelah itu menuju ke indikator outcome atau hasil antara, indikator ini untuk melihat sejauh mana hasil pelaksanaan program telah dapat merubah perilaku beresiko menjadi perilaku aman, dan juga seperti hasil klinis dan kualitas hidup penderita. Dan yang terakhir adalah indikator impact atau damak yaitu berupa prevelansi HIV/ kondisi HIV secara keseluruhan, norma sosial dan dampak ekonomi.

Seperti yang telah dicantumkan dalam Buku Pendoman Penanggulangan HIV/AIDS, untuk menghadapi epidemi HIV/AIDS perlu dilakukan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS yang lebih intensif, menyeluruh, terpadu dan terkoordinasi untuk menghasilkan program yang cakupannya tinggi, efektif dan berkelanjutan. Arah kebijakan tersebut perlu dijabarkan menjadi strategi sebagai berikut berikut: “Pertama, peningkatan cakupan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan sehingga dapat mencegah terjadinya penularan HIV baru. Kedua, mengurangi dampak negatif dari epidemi dengan meningkatkan akses ke program mitigasi sosial. Ketiga, pengembangan program komprehensif untuk populasi kunci LSL (Lelaki Seks dengan Lelaki). Keempat, peningkatan efektifitas program. Kelima, mobilisasi sumber daya. Keenam, peningkatan koordinasi. Ketujuh, pengembangan intervensi struktural”

Bapak Ketut Staf KPA Kota Malang pada tanggal 16 April 2012 pukul 13.45 WIB menyatakan kepada peneliti bahwa: “strategi ini juga perlu peran aktif multipihak baik pemerintah ataupun masyarakat termasuk mereka yang terinfeksi dan terdampak, sehingga keseluruhan upaya penanggulangan HIV/AIDS tersebut bisa dilaksanakan dengan sebaik-baiknya”

Dari pernyataan Bapak Ketut diatas bisa ditangkap bahwa keterlibatan multipihak sangat diperlukan dalam penanggulangan HIV/AIDS, serta bisa didapatkan sebuah pemikiran bahwa ternyata berbagai bidang dari seluruh elemen baik masyarakat maupun pemerintah mempunyai peran yang signifikan. Berikut adalah tabel yang menunjukkan jenis bidang dan perannya terhadap penanggulangan HIV/AIDS:

Tabel 4.
Peran berbagai bidang dalam menanggulangi HIV/AIDS

Jenis bidang	Peran
Kesehatan	Sangat berperan dalam memberikan perawatan, dukungan, dan pengobatan bagi mereka yang terinfeksi serta semua bentuk layanan pencegahan penyakit tersebut.
Penanganan narkoba	Berkaitan serta dengan upaya pencegahan infeksi, khususnya melalui suntikan.
Bidang pertahanan dan keamanan	Berperan besar dalam melindungi personil yang tugasnya rentan terhadap penularan HIV/AIDS.
Hukum	Mempunyai andil berperan dalam mencegah dan menanggulangi penularan dilingkungan lembaga pemasyarakatan dan rutan.
Ketenagakerjaan, perhubungan, pekerjaan umum dan pertambangan	Berperan besar dalam meningkatkan upaya pencegahan dan melindungi para tenaga kerja terhadap penularan HIV, akibat mobilitas mereka yang tinggi ataupun lingkungan kerja yang beresiko.
Pendidikan, pemuda, keagamaan dan keluarga	Berperan aktif dalam hal melindungi anggota keluarganya agar terhindar dari resiko terkena HIV/AIDS.
Perencanaan pembangunan urusan dalam negeri, pemberdayaan perempuan, keuangan, perencanaan pembangunan	Berperan besar dalam menyiapkan lingkungan yang kondusif baik dari segi kebijakan ataupun sumber daya., serta melindungi pegawai dan keluarganya dari infeksi HIV.
Pariwisata	Mempunyai peran melindungi semua masyarakat yang terlibat dalam industri pariwisata yang disatu sisi mendatangkan hal yang baik namun disisi lain juga mempunyai dampak negatif mengenai penularan HIV/AIDS

Sumber: Data Sekunder yang diolah, 2012

Strategi dan Rencana Aksi dibuat berdasarkan peraturan perundangan terkait dengan masalah dan atau faktor-faktor yang berpengaruh dan mewarnai upaya

penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. Prinsip-prinsip utama dalam strategi dan Rencana Aksi penenggulangan HIV/AIDS menurut buku pedoman Strategi dan Rencana Aksi 2010-2014 adalah sebagai berikut :

a. Upaya penanggulangan HIV/AIDS harus memperhatikan nilai-nilai agama, budaya, norma kemasyarakatan, menghormati harkat dan martabat manusia, serta memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender.
b. HIV/AIDS merupakan masalah sosial kemasyarakatan dan pembangunan, oleh sebab itu upaya penanggulangannnya harus diintregasikan dalam program pembangunan di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota.
c. Upaya penanggulangan HIV/AIDS dilakukan secara sistematik dan terpadu, mulai dari peningkatan perilaku hidup sehat, pencagahan penyakit, perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA dan orang-orang terdampak HIV/AIDS.
d. Upaya penanggulangan HIV/AIDS dilakukan oleh masyarakat sipil dan pemerintah secara bersama berdasarkan prinsip kemitraan.
e. Populasi kunci dan ODHA serta orang-orang yang terdampak HIV/AIDS berperan aktif secara bermakna dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS.

f. Dukungan yang diberikan kepada ODHA dan orang-orangyang terdampak HIV/AIDS yang miskin bertujuan untuk pemberdayaan dan mempertahankan kehidupan sosial ekonomi yang layak dan produktif.

Dengan ditetapkannya rencana aksi tersebut Bapak Khrisna Andi, tanggal 10 April 2012 pukul 10.30 WIB kepada penulis menjelaskan bahwa ada beberapa tujuan-tujuan dari di tetapkannya rencana aksi tersebut antara lain :

> "Strategi penanggulangan HIV/AIDS itu pada dasarnya ditujukan untuk mencegah dan mengurangi resiko penularan HIV, meningkatkan kualitas hidup ODHA, dan juga mengurangi dampak sosial ekonomi akibat HIV/AIDS pada individu, keluarga, masyarakat, supaya setiap individu jadi produktif dan bermanfaat untuk pembangunan dan bisa sepenuhnya berkontribusi terhadap program ini."

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

2. Strategi KPA Kota Malang dalam Menanggulangi HIV/AIDS

Strategi Nasional 2010-2014 merupakan kelanjutan dari strategi nasional 2007-2010 dan memperhatikan hasil-hasil pelaksanaannya. Strategi yang dikembangkan ini juga berupaya untuk menjawab berbagai tantangan yang ada dan sesuai dengan hasil rekomendasi dari kajian paruh waktu.

Bapak Ketut, Staf KPA Kota Malang, tanggal 10 April 2012, pukul 08.30 memberikan penjelasan terkait pedoman strategi penanggulangan HIV/AIDS sebagai berikut:

> "Dengan dikeluarkannya Strategi Nasional 2010-2014 ini oleh KPA Nasional merupakan pedoman bagi seluruh KPA yang ada di daerah, khususnya di Kota Malang. Tapi dengan dikeluarkannya Strategi tersebut tentu KPA Daerah nantinya akan menyesuaikan dengan kondisi penderita HIV/AIDS yang ada di Kota Malang dalam hal penanggulangannya, tapi secara keseluruhan program/strategi ini merupa kan acuan untuk seluruh KPA yang ada di daerah-daerah yang nantinya berfokus pada perluasan program pencegahan dan pengobatan"

Bapak Khrisna Andi, Staf KPA Kota Malang, tanggal 10 April 2012, pukul 10.15 WIB juga menambahkan terkait strategi penanggulangan HIV/AIDS bahwa:

> "Implementasi seluruh strategi ini seyogyanya dilakukan dengan koordinasi dengan melibatkan pemerintah dan juga tentunya peran aktif masyarakat, termasuk kelompok komunitas dan kelompok-kelompok seperti LSM, kelompok-kelompok organisasi kampus yang memang bergerak dibidang penanggulangan HIV/AIDS, seperti di kampus anda, Brawijaya, kami juga bekerja sama dengan Tegazs (Tim Penanggulangan Penyalahgunaan Napza dan HIV/AIDS)."

Dari pernyataan bapak Ketut dan Bapak Khrisna Andi diatas dapat disimpulkan bahwa dengan dikeluarkannya pedoman strategi penanggulangan HIV/AIDS, maka nantinya KPA Kota Malang akan menyesuaikan dengan kondisi yang terjadi di Kota Malang. Dan juga implementasi program penanggulangan tersebut dilakukan dengan berkoordinasi dengan pemerintah dan masyarakat dan juga LSM terkait, dengan koordinasi yang baik ini diharapkan mampu mencapai hasil yang diinginkan.

Untuk mencapai tujuan, yang berfokus pada perluasan program pencegahan dan pengobatan untuk populasi kunci, ditetapkan strategi nasioal penanggulangan AIDS 2010-2014 sebagai berikut:

a. Meningkatkan dan memperluas cakupan seluruh pencegahan.

1) Pencegahan penularan melalui alat suntik.

Peningkatan dan perluasan upaya pencegahan untuk penasun (pengguna narkoba suntik) dan warga binaan pemasyarakatan melalui program pengurangan dampak buruk secara komprehensif yang melalui program penukaran alat suntik, terapi rumatan metadon (sejenis terapi rehabilitasi), layanan rujukan ke VCT dan layanan kesehatan lainnya untuk pengobatan seperti Hepatitis C dan terapi pemulihan adiksi (terapi pemulihan ketergantungan narkoba). Berikut adalah rincian target tahunan cakupan program SRAN 2010-2014 untuk populasi kunci pengguna Napza suntik dan warga Lapas yang mempunyai resiko terjangkit HIV/AIDS:

Tabel 5. rincian target tahunan cakupan SRAN 2010-2014
Pengguna Napza Suntik

Estimasi populasi	231.000		235.300		237.000		238.800		240.400		241.900	
Intervensi	Baseline 2009		Target 2010		Target 2011		Target 2012		Target 2013		Target 2014	
Komunikasi perubahan perilaku	50.420	21,8%	129.420	55%	189.600	80%	202.980	85%	216.360	90%	241.900	100%
Layanan alat suntik steril	32.879	14,2%	103.530	44%	151.680	64%	162.380	68%	173.090	72%	193.520	80%
Konseling dan tes HIV sukarela	9.358	18,6%	103.530	44%	151.680	64%	162.30	68%	173.090	72%	193.520	80%
Terapi rumatan metadon	6.758	13,4%	31.060	13%	45.500	19%	48.720	20%	51.930	22%	58.060	24%
Perawatan dan dukungan	1.170	11,8%	134.121	57%	135.090	57%	136.116	57%	137.028	57%	147.883	57%

Sumber : buku pedoman Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2012

Dari tabel diatas target penasun yang menerima layanan alat suntik steril adalah 80% dari penasun yang ditargetkan dalam program perubahan perilaku. Target penasun yang mendapat layanan konseling dan tes HIV sukarela adalah 80% dari penasun yang dijangkau dengan komunikasi perubahan perilaku. Target penasun

yang mendapat layanan PTRM diasumsikan 30% dari penasun yang dijangkau program layanan alat suntik steril. Target penasun yang mendapatkan layanan perawatan dan dukungan adalah 57% dari total penasun, menggunakan prevelansi HIV pada penasun sebesar 57%.

Tabel 6. Rician target tahunan cakupan SRAN 2010-2014
Warga Binaan Pemasyarakatan

Estimasi Popilasi	99.420		131.100		131.100		131.100		131.100		131.100	
Intervensi	Base line 2009		Target 2010		Target 2011		Target 2012		Target 2013		Target 2014	
Komunikasi perubahan perilaku	37.567	37,8%	78.660	60%	104.880	80%	111.435	85%	117.990	90%	131.100	100%
Konseling dan tes HIV sukarela	4.285	11,4%	62.928	48%	83.904	64%	89.148	68%	64.328	72%	104.880	80%
Terapi rumatan metadon	79	0,2%	23.598	18%	31.464	24%	33.431	26%	35.937	27%	39.330	30%
Care support	528	12,3%	74.727	57%	3.933	3%	6.555	5%	9.117	7%	9.117	7%

Sumber: buku pedoman Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2012

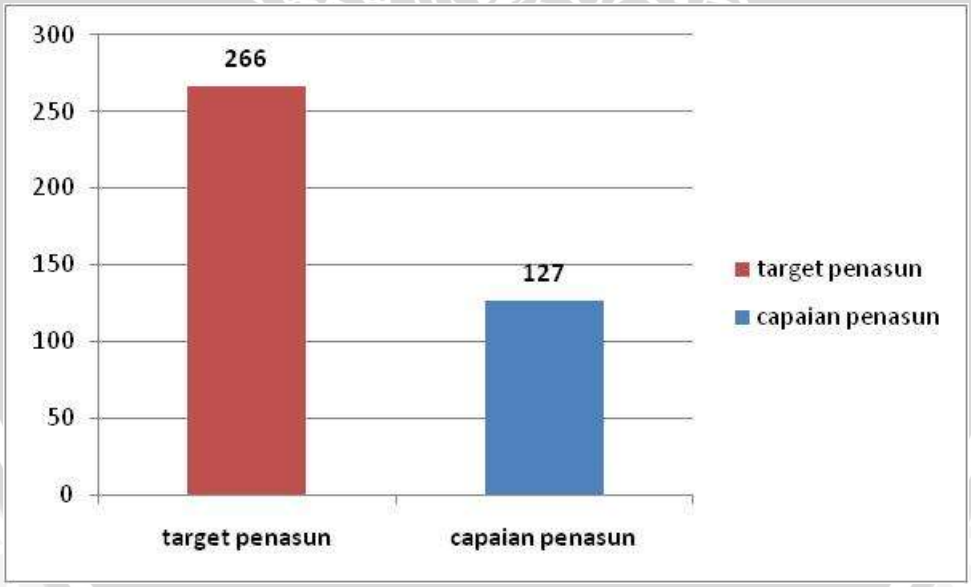
Dari tabel diatas bisa diketahui bahwasannya target WBP yang mendapat layanan konseling dan tes HIV sukarela diasumsikan 80% dari WBP yang ditargetkan dalam perubahan perilaku. Target WBP yang mendapat terapu rumatan metadon adalah 30% dari WBP yang dijangkau dalam program perubahan perilaku. Target WBP yang mendapat layanan perawatan dan dukungan adalah 57% dari total WBP, menggunakan asumsi prevelansi HIV pada penasun yaitu sebesar 57%.

Upaya pencegahan HIV dikalangan penasun secara bertahap telah mengalami kemajuan, di tahun 2005 hanya ada 17 LASS (Layanan Alat Suntik Steril) di sejumlah LSM dan puskesmas, namun pada tahun 2010 hingga 2011 ini jumlah LASS sudah mencapai 194 layanan, 160 layanan LASS diantaranya sudah terintegrasi dengan layanan kesehatan masyarakat, sehingga lebih menjamin

keberlanjutan jangka panjang dan akses pada layanan kesehatan yang lebih komprehensif. Salah satu komponen penting dalam pengurangan dampak buruk adalah pengobatan ketergantungan obat, sebuah program baru untuk memperluas jangkauan pengurangan dampak buruk yang komprehensif.

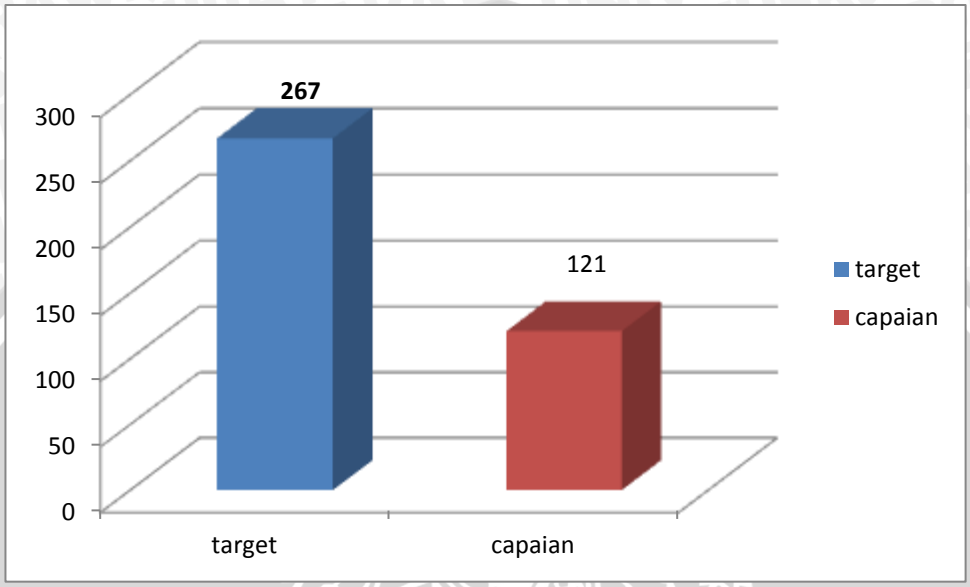
Berikut adalah capaian program penanggulangan HIV/AIDS ditingkat pengguna narkoba jarum suntik di kota Malang

Gambar 7. Jumlah penasun yang mengakses LASS di 3 PKM yaitu PKM Arjuno, PKM Kendalkerep dan PKM Ciptomulyo. (Juli-September 2011)



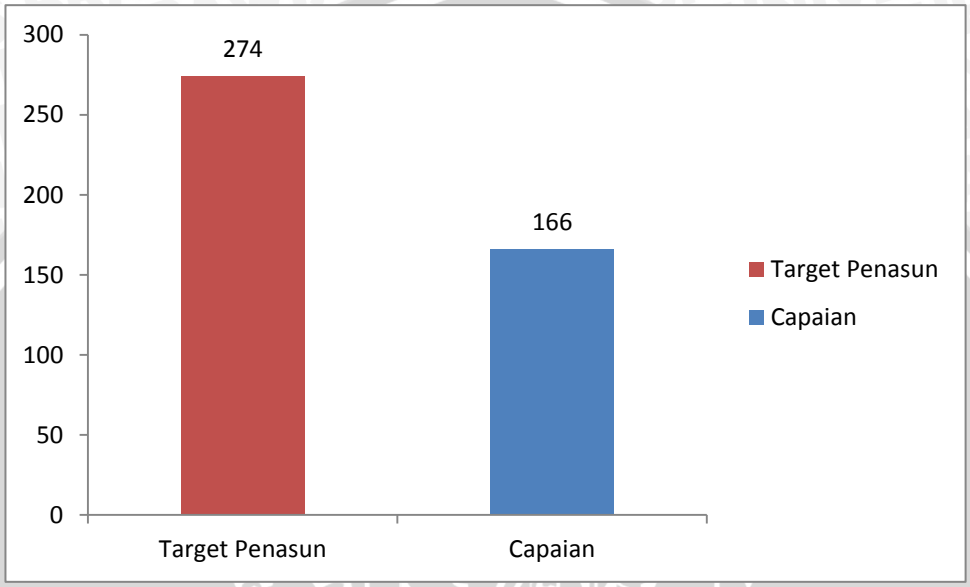
Sumber: KPA Kota Malang 2012

Gambar 8. Jumlah penasun yang mengakses LASS di 3 PKM yaitu PKM Arjuno, PKM Kendalkerep dan PKM Ciptomulyo (Oktober-Desember 2011)



Sumber : KPA Kota Malang 2012

Gambar 9. Jumlah penasun yang mengakses LJASS di 3 PKM yaitu PKM Arjuno, PKM Kendalkerep dan PKM Ciptomulyo (Januari-Maret 2012)



Sumber: KPA Kota Malang 2012

Dari ketiga gambar grafik diatas menunjukkan bahwa dari ketiga periode laporan triwulan (periode Juli-September 2011, Oktober-Desember 2011, Januari-Maret 2012), target penasun yang mengakses layanan LASS masih belum mencapai target pada periode Juli-September 2011 jumlah penasun yang ditargetkan mengakses layanan LASS sebanyak 266 orang, namun capaian target hanya sebanyak 127 orang. Pada periode Oktober-Desember 2011 jumlah penasun yang ditargetkan mengakses LASS sebanyak 267 orang, namun yang mengakses ke layanan LASS hanya 121 orang. Sedangkan pada periode Januari-Maret 2012 jumlah pensun yang ditargetkan mengakses layanan LASS sebanyak 274 orang, sedangkan yang mengakses layanan LASS hanya 166 orang. Terbukti bahwasannya jumlah target yang mengakses

layanan LASS selalu dibawah target, hal ini di karenakan penasun masih banyak yang merasa takut untuk mengakses langsung ke layanan LASS serta penasun yang mengakses masih sebatas perindividu saja, bukan dikoordinir perkelompok.

2) Pencegahan penularan melalui hubungan seksual tidak aman.

Peningkatan dan perluasan program pencegahan penggunaan kondom pada setiap hubungan seks tidak aman, pengobatan infeksi menular seksual dengan skala yang luas dan mudah dijangkau untuk menghentikan jalannya epidemi berupa menurunnya insidens dan prevelensi kasus IMS (Infeksi Menular Seksual), HIV dan AIDS untuk pekerja seks, pelanggan pekerja seks, penasun, LSL (Lelaki Seks dengan Lelaki), waria, ODHA, dan pasangan seks dari populasi kunci. Di bawah ini merupakan rincian target tahunan program cakupan SRAN untuk populasi kunci jenis penularan hubungan seksual tidak aman:

Tabel 7. Rincian target tahunan program SRAN 2010-2014
WPS (Wanita Pekerja Seks) langsung

Estimasi populasi	135.000		137.700		138.7000		139.700		140.600		141.300	
Intervensi	Baseline 2009		Target 2010		Target 2011		Target 2012		Target 2013		Target 2014	
Komunikasi perubahan perilaku	65.045	48,2%	82.620	60%	97.090	70%	111.760	80%	119.510	85%	127.170	90%
Pengobatan berkala	16.347		66.100	48%	77.670	56%	89.410	64%	95.610	68%	101.740	72%
Penapisan IMS	59.983		32.220	23%	37.870	27%	43.590	31%	46.610	33%	49.600	35%
Konseling dan tes HIV sukarela	17.705		66.100	48%	77.670	56%	89.410	64%	95.610	68%	101.740	72%
Perawatan dan dukungan	**Tidak ada data**		14.252	10%	14.355	10%	14.459	10%	14.552	10%	14.625	10%

Sumber : Buku Pedoman Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2012

Penjabaran dari tabel diatas adalah target WPS langsung yang mendapatkan pengobatan berkala adalah 80% dari WPS langsung yang ditargetkan dalam program

perubahan perilaku. Target WPS langsung yang mendapat layanan penapisan IMS adalah 39% dari WPS langsung yang ditargetkan dari program penjangkauan, berdasarkan prevelensi IMS pada WPS langsung yaitu sebesar 39%. Target WPS langsung yang mendapatkan layanan perawatan dan dukungan menggunakan asumsi prevelansi HIV+ pada kalangan WPS langsung yaitu sebesar 10,35%.

Tabel 8. Rincian target tahunan program SRAN 2010-2014
WPS tidak langsung

Estimasi populasi	98.000		99.800		100.600		101.300		101.900		102.500	
Intervensi	Baseline 2009		Target 2010		Target 2011		Target 2012		Target 2013		Target 2014	
Komunikasi perubahan perilaku	28.884	29,5%	59.880	60%	70.420	70%	81.040	80%	86.620	85%	92.250	90%
Pengobatan berkala	3.088		47.900	48%	56.340	56%	64.830	64%	69.290	68%	73.800	72%
Penapisan IMS	12.468		18.560	19%	21.830	22%	25.120	25%	26.850	26%	28.600	28%
Konseling dan tes HIV sukarela	7.158		47.900	48%	56.340	56%	64.830	64%	69.290	68%	73.800	72%
Perawatan dan dukungan	**Tidak ada data**		4.581	5%	4.168	5%	4.650	5%	4.677	5%	4.705	5%

Sumber: Buku pedoman Strategi dan Aksi Nasional 2012

Dari tabel diatas diketahui bahwa target WPS tidak langsung yang mendapatkan pengobatan berkala adalah 80% dari WPS tidak langsung yang ditargetkan dalam program perubahan perilaku. Target WPS tidak langsung yang mendapatkan layanan penapisan IMS adalah 31% dari WPS langsung yang ditargetkan dari program penjangkauan, berdasarkan prevelensi IMS pada WPS langsung yaitu sebesar 31%. Target WPS tidak langsung yang mendapatkan layanan konseling dan tes HIV sukarela adalah 80% dari WPS langsung dijangkau program komunikasi perubahan perilaku. Target WPS langsung yang mendapatkan layanan

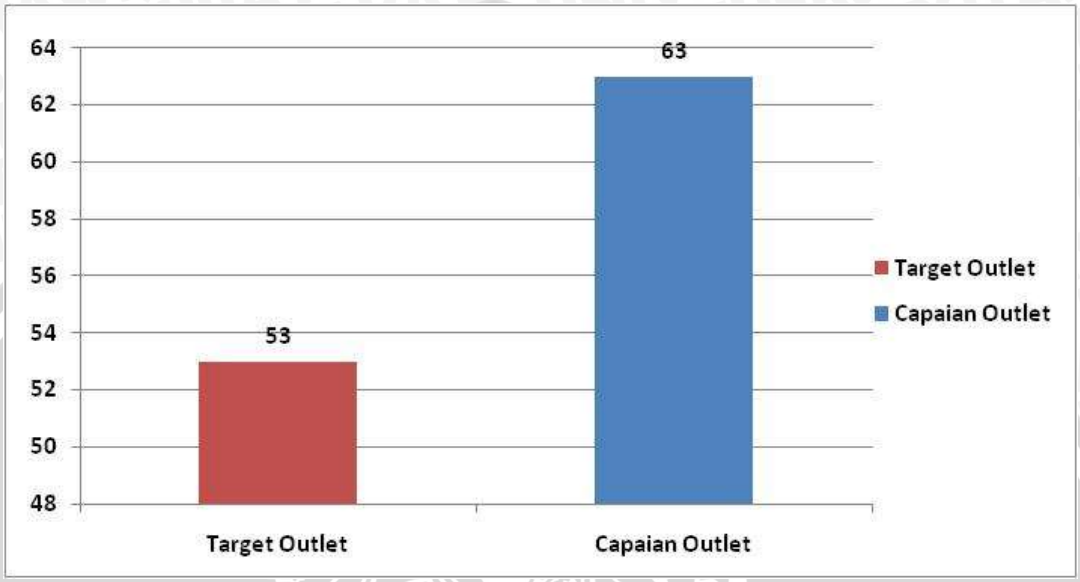
perawatan dan dukungan menggunakan asumsi prevelensi HIV+ pada kalangan WPS langsung yaitu sebesar 4,59%.

Pada awalnya program penggunaan kondom pada populasi jenis ini tidak berhasil, data menunjukkan bahwa penggunaan kondom masih rendah, sampai pada akhirnya disusun beberapa kebijakan menganai cara penanggulangannya. Pada tahun 2009 pendekatan intervensi struktural mulai menunjukkan hasil dalam pencegahan melalui transmisi seksual baik pada WPS langsung maupun WPS tidak langsung. Laporan pada tahun 2011 juga menunjukkan bahwa telah terjangkau sebanyak 82.384 perempuan WPS langsung (78% dari estimasi), 58.244 perempuan WPS tidak langsung (54%). Pada tahun 2011 juga dilaksanakan 3 kali program pelatihan pemberdayaan pekerja seks yang mencapai 1.222 pekerja seks di 22 propinsi.

Salah satu keberhasilan nyata intervensi struktural ini adalah meningkatnya jumlah penggunaan kondom. Jumlah kondom gratis yang didistribusikan ke > 4000 outlet kondom antara rentan waktu dari tahun 2009 hingga 2011 secara kumulatif berjumlah 13.830.854 kondom laki-laki dan 548.175 kondom perempuan, sedangkan penjualan kondom komersil pun juga mengalami peningkatan. Namun peningkatan ini jelas masih jauh dari mencukupi untuk mengendalikan epidemi HIV/AIDS, dibutuhkan jangkauan yang lebih luas dan lebih efektif serta perubahan perilaku yang konsisten.

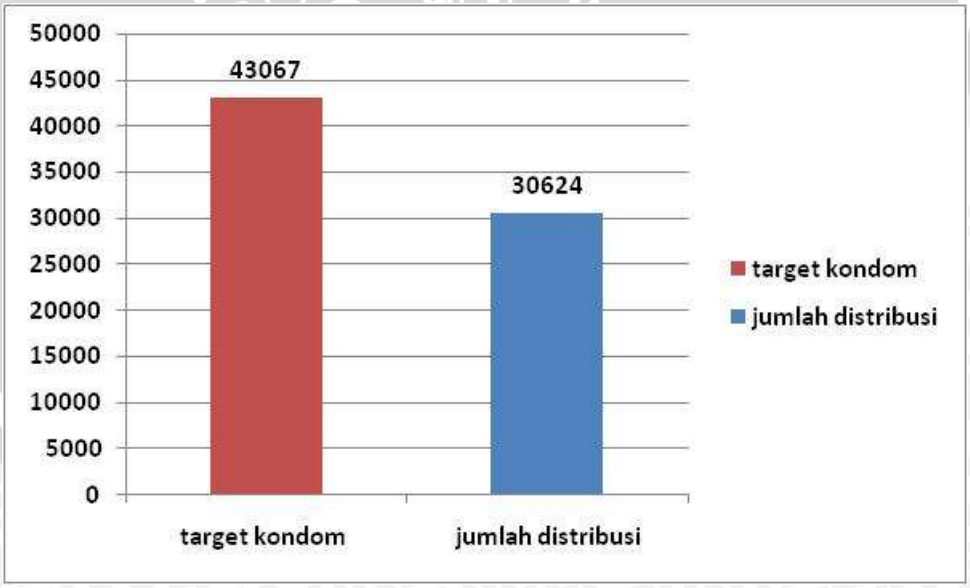
Untuk pelaksanaan program distribusi kondom di Kota Malang, berikut adalah gambar grafik capaian program distribusi kondom di outlet kondom gratis KPA Kota Malang :

Gambar 10. Outlet kondom yang telah dicapai pada periode Juli-September 2011



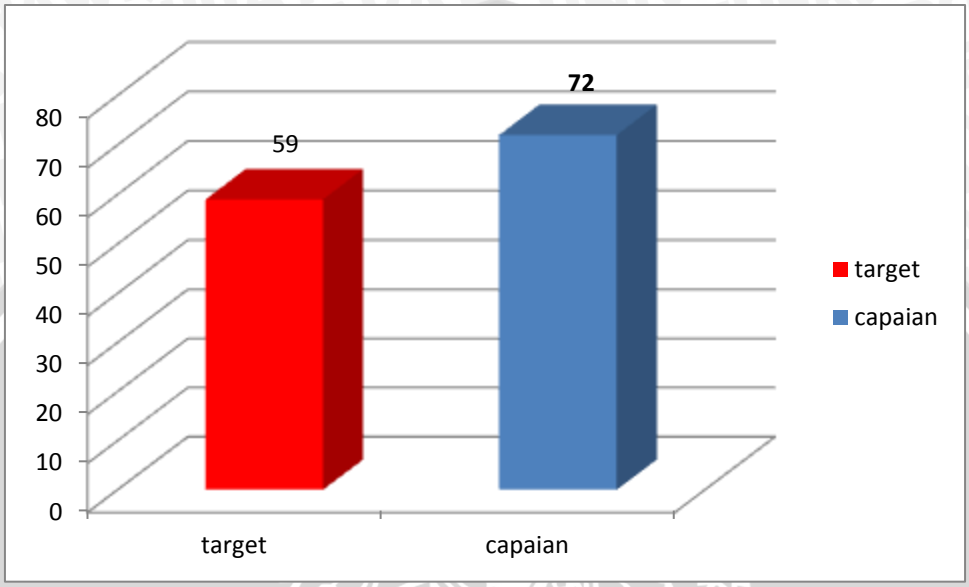
Sumber: KPA Kota Malang 2012

Gambar 11. Jumlah Distribusi kondom pada periode Juli-September 2011



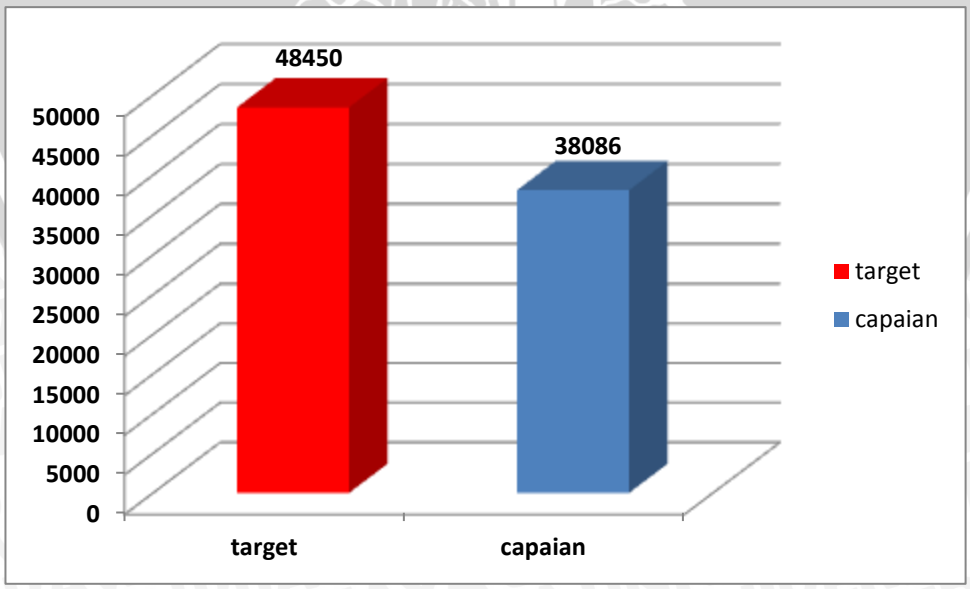
Sumber: KPA Kota Malang 2012

Gambar 12. Outlet kondom yang telah dicapai pada periode Oktober-Desember 2011



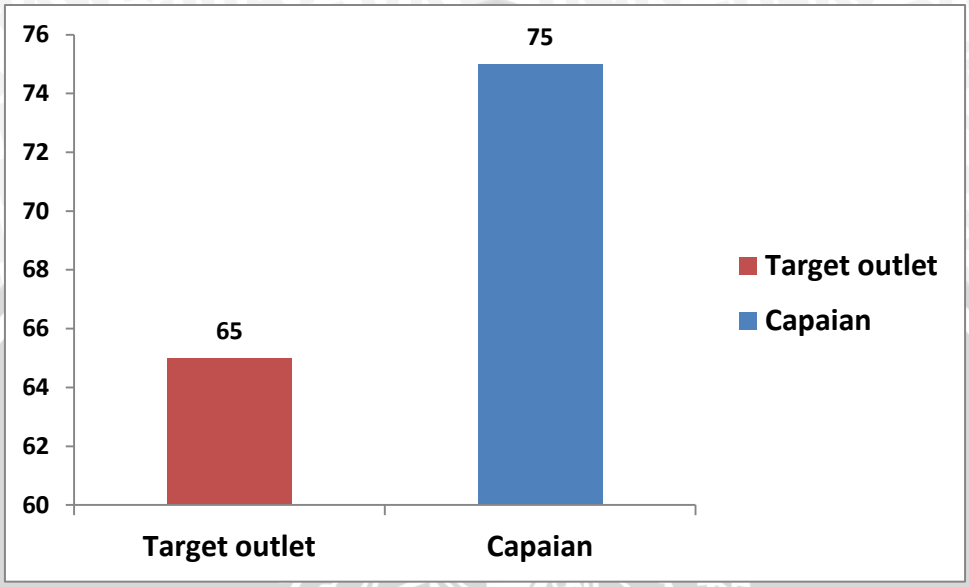
Sumber: KPA Kota Malang 2012

Gambar 13 Jumlah Distribusi kondom pada periode Oktober-Desember 2011



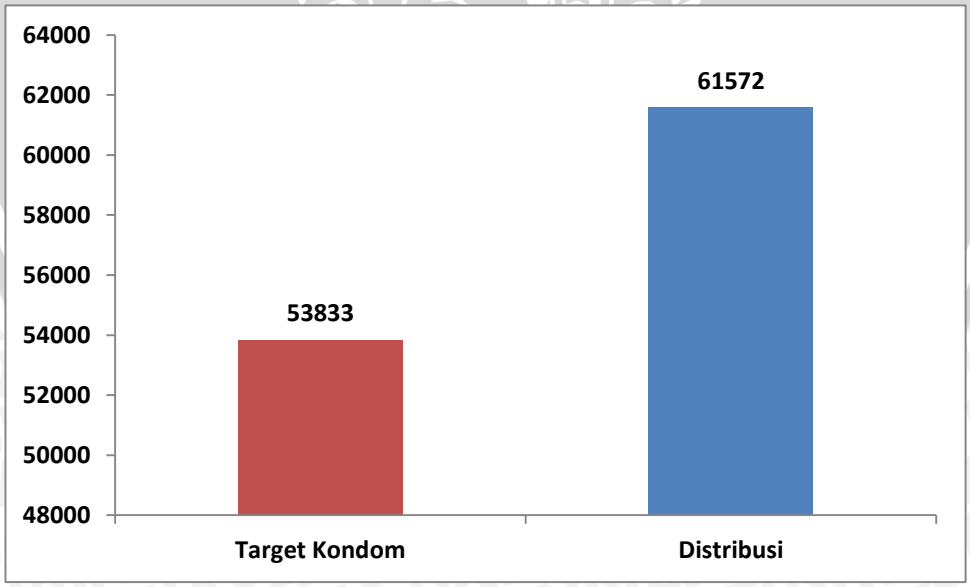
Sumber: KPA Kota Malang 2012

Gambar 14 Outlet kondom yang telah dicapai pada periode Januari-Maret 2012



Sumber: KPA Kota Malang 2012

Gambar 15. Jumlah Distribusi kondom pada periode Januari-Maret 2012



Sumber: KPA Kota Malang 2012

Dari keenam gambar grafik diatas dapat diketahui berapa banyak jumlah outlet kondom dan distribusi kondom pada tiga periode laporan triwulan, pada periode Juli-September 2011 menunjukkan bahwa target outlet kondom sebanyak 53 buah, dan capaian target outlet kondom sudah sebanyak 63 buah, sedangkan untuk distribusi kondom, targetnya adalah sebanyak 43.067 buah, dan jumlah kondom yang telah terdistribusi sebanyak 30.624 buah. Pada periode Oktober-Desember 2011 menunjukkan bahwa target outlet kondom sebanyak 59 buah, dan capaiannya sebanyak 78 buah, sedangkan untuk pendistribusian kondom, targetnya sebanyak 48.000 buah, dan capaian target sebnayak 38.086 buah. Pada periode Januari-Maret 2012 jumlah outlet kondom ditargetkan sebanyak 65 buah dan capaian targetnya sebanyak 75 buah. Sedangkan untuk distribusi kondom targetnya sebanyak 53.833 buah, sedangkan capaian distribusi kondom sebanyak 61.572 buah. Dari data yang ada menunjukkan bahwa antara jumlah target outlet kondom dan capaian otlet kondom selalu diatas target, sedangkan untuk pendistribusian kondom capaian pendistribusiannya ada yang masih dibawah target, ada pula yang melebihi target.

3) Pengembangan program yang komprehensif untuk populasi kunci LSL (Lelaki Seks dengan Lelaki).

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

adalah tabel rincian taerget tahunan program SRAN 2010-2014 untuk populasi kunci jenis LSL.

Tabel 9. Rincian target tahunan program SRAN 2010-2014
LSL (lelaki seks dengan lelaki)

Estimasi Popilasi	809.000		823.300		829.500		835.500		841.300		846.400	
Intervensi	Base line 2009		Target 2010		Target 2011		Target 2012		Target 2013		Target 2014	
Komunikasi perubahan perilaku	53.867	6,7%	205.830	25%	373.280	45%	501.300	60%	588.910	70%	677.120	80%
Konseling dan tes HIV sukarela	9.094	1,1%	6.170	0,8%	11.200	1,4%	15.040	1,8%	17.670	2,1%	20.310	2,4%
Terapi rumatan metadon	10.246	1,3%	41.170	20%	134.380	36%	240.620	48%	329.790	56%	433.360	64%
Care support	**Tidak ada data**		57.631	7%	58.065	7%	58.485	7%	58.891	7%	59.248	7%

Sumber: Buku pedoman Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2012

Dari tabel diatas dapat di jabarkan berupa target LSL yang mendapat penjangkauan adalah LSL 80% dari seluruh LSL, baik yang termasuk kategiri *high risk* maupun *low risk*. Target LSL yang mendapat pengobatan IMS adalah sebesar 3% dari LSL yang dijangkau dalam program perubahan perilaku. Dengan asumsi prevelansi IMS pada LSL adalah sebesar 3%. Target LSL yang mendapat layanan konseling dan tes HIV sukarela diasumsikan 67% dari LSL yang mendapat bantuan pengobatan berkala. Target LSL yang mendapatkan layanan perawatan dan dukungan adalah 7% dari LSL.

Mulai tahun 2010 upaya pencegahan HIV melalui transmisi seksual semakin ditingkatkan dan dilengkapi dengan penambahan fokus pada LSL. Dengan pendekatan dilokasi dan dilengkapi dengan upaya yang komprehesif dilokasi-lokasi dimana terdapat sejumlah Lelaki Beresiko Tinggi (LBT) yang sebagian besar adalah pekerja migrant yang berusia muda, yang mau mencari masa depan yang lebih baik.

Mereka umumnya terpisah dari keluarga dan nilai-nilai hidup tradisional. Hidup dalam lingkungan yang “macho”, banyak dari laki-laki ini cenderung terdorong berperilaku beresiko termasuk seks beresiko. Upaya efektif untuk melindungi laki-laki dari infeksi HIV akan berdampak ganda, karena jika tidak terjadi infeksi atau “zero” maka infeksi baru pada perempuan pasangan laki-laki tersebut juga “zero” dan infeksi baru pada bayi juga “zero”.

Sebagai upaya penanggulangan HIV/AIDS maka juga dikembangkan pada Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL), baik mereka yang berorientasi seksual “gay”, waria maupun mereka yang karena situasi kondisi akhirnya terpaksa melakukan hubungan seks lelaki dengan lelaki seperti di Lembaga Pemasyarakatan, pelaut, anak buah kapal, penghuni asrama laki-laki dll. Sebuah proyek khusus multi-facet mulai dikembangkan pada tahun 2010 melalui proyek pilot di 10 kota dibeberapa propinsi. Dalam proyek ini dilakukan upaya untuk memperkuat dan memperluas program khusus bagi LSL. Dimulai tahun 2011 dengan berbagai penelitian antara lain tentang norma dan perilaku LSL, bagaimana remaja LSL dapat informasi/edukasi tentang kesehatan seksual dll, pemetaan, pengembangan strategi komunikasi serta metode-metode spesifik yang mampu menjangkau kelompok masyarakat yang tersembunyi ini, pengembangan layanan pencegahan dan kesehatan yang bersahabat dan tidak menstigma. Dengan pendekatan khusus ini diharapkan peningkatan pengetahuan tentang kebutuhan khusus LSL, keterlibatan mereka dalam penyusunan kebijakan dan program maupun peningkatan dalam relevansi, jangkauan dan efektifitas kegiatan penanggulangan HIV/AIDS pada umumnya.

4) Pencegahan penularan dari ibu ke bayi

Pencegahan penularan dari ibu ke bayi diperlukan terutama dibeberapa daerah yang epideminya sudah cukup tinggi dan meluas ke masyarakat. Program utama yang diperlukan adalah memaksimalkan kesempatan tes HIV bagi ibu hamil dan pasangannya dan memperkuat jejaring rujukan untuk PMTCT (*Prevention Mother to Child Transmission*) melalui pengintegrasian ke layanan kesehatan ibu dan anak yang sudah ada.

Menurut keterangan yang diberikan oleh Bapak Ketut pada tanggal 14 Mei 2012 pukul 10.00 kepada penulis mengenai upaya pencegahan melalui ibu ke bayi bahwa:

> "Upaya khusus untuk pencegahan penularan HIV dari ibu hamil ke bayinya ini dilakukan dengan mengitegrasikan upaya kesehatan ibu dan anak atau KIA yaitu dengan pemberian ARV profilaksis untuk ibu hamil yang positif HIV dan menurut data yang saya dapat dari pusat, sampai tahun 2012 ini sebanyak 218 rumah sakit secara aktif sudah melaporkan dukungan perawatan dan pengobatan yang terintegrasi di 32 propinsi, seperti di Kota Malang ini saja contohnya sudah ada di Rumah Sakit Islam Unisma, RSUD Saiful Anwar, dan RSUD Kepanjen"

Menurut keterangan Bapak Ketut diatas dapat disimpulkan bahwa untuk mencegah penularan HIV dari ibu hamil ke bayi yaitu melalui pengintegrasian upaya kesehatan ibu dan anak (KIA) dengan pemberian ARV jenis profilaksis. Selain itu juga dikembangkan program khusus TB-HIV rawannya infeksi antara HIV dan TB. Bapak ketut juga menjelaskan bahwa sampai pada tahun 2012 saat ini sejumlah rumah sakit sudah memberikan laporan secara aktif mengenai dukungan perawatan

dan pengobatan yaitu Rumah Sakit Islam UNISMA, RSUD Saiful Anwar, RSUD Kepanjen.

Dalam upaya untuk mempercepat lebih banyak orang dites serta tersedianya layanan testing sebagaimana yang dibutuhkan, konseling dan tes atas inisiatif tenaga kesehatan telah diintegrasikan secara cepat di banyak fasilitas dan layanan HIV/AIDS. Pencegahan penularan dari ibu ke bayi (PMTCT), program pencegahan penularan vertikal dari seorang perempuan kepada bayi yang dikandungnya adalah komponen lain yang sangat penting dalam menyediakan layanan AIDS yang lengkap.

b. Meningkatkan dan memperluas cakupan perawatan, dukungan dan pengobatan.

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

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

Jaminan kualitas program perawatan dan pengobatan yang perlu dikembangkan melalui:

1) Peningkatan ketersediaan tenaga kesehatan yang berkualitas untuk memenuhi ketersediaan layanan yang bersahabat dan sesuai kebutuhan ODHA

2) Menjamin ketersediaan dukungan logistik untuk obat-obat esensial yang diperlukan dalam pengobatan terkait HIV/AIDS
3) Peningkatan peran layanan berbasis masyarakat untuk melengkapi layanan yang telah disediakan oleh pemerintah.

Bapak Ketut Staf KPA Kota Malang pada tanggal 16 April 2012 pukul 13.30 memberikan penjelasan kepada peneliti bahwa:

> "dari laporan yang saya dapat dari pusat, untuk layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan ini mulai tahun 2009 sudah diberikan oleh 154 rumah sakit rujukan di seluruh Indonesia. Sedangkan ODHA yang membutuhkan ARV dari seluruh Indonesia itu kira-kira 27.700 orang. mengenai masalah infeksi oportunistik, yang paling banyak menimpa ODHA adalah tuberkolosis mencapai 41%, kemudian diare kronis 21%. Kemudian data yang saya dapat dari Ditjen Pemasyarakatan, dikalangan Lapas kematian ODHA yang disebabkan infeksi oportunitik TBC sebesar 18,37% dan Hepatitis sebesar 6,19%"

Dari pernyataan bapak Ketut diatas dapat di simpulkan bahwa setidaknya masih banyak ODHA yang membutuhkan perawatan dan juga obat-obatan ARV, dan juga dapat diketahui bahwa infeksi oportunistik yang menyebabkan kematian dikalangan ODHA adalah penyakit tuberkolosis, diare kronis, dan hepatitis. Sejak tahun 2009 hingga tahun 2011 terdapat 12.493 ODHA yang sedang menjalani pengobatan ARV (45% dari yang memebutuhkan).

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

Menyediakan kesempatan untuk orang terinfeksi HIV yang kurang beruntung dan yang terdampak AIDS, yatim, orang tua tunggal, dan janda untuk mendapatkan akses kedukungan peningkatan pendapatan, pelatihan keterampilan dan program

pendidikan peningkatan kualitas hidup. Tabel di bawah ini menunjukkan rincian kegiatan untuk SRAN 2010-2014 untuk program pencegahan mitigasi dampak:

Tabel 10. Rincian kegiatan SRAN 2010-2014 program mitigasi dampak

Kegiatan pokok	Penanggung jawab utama	Target	Kegiatan
Mitigasi dampak	Depsos, depkes, KPA, sektor masyarakat sipil	100% ODHA dan orang-orang terdampak mendapatkan akses kedukungan sosial dan ekonomi	Peningkatan akses layanan pendidikan, kesehatan dan layanan nutrisi bagi anak terinfeksi dan terdampak HIV dari ekonomi lemah, baik yang masih memiliki orang tua maupun yang yatim piatu
			Pelatihan dan penyediaan modal usaha bagi janda dari keluarga HIV positif, ODHA miskin agar mampu meningkatkan pendapatan ekonomi keluarga
			Peningkatan akses ODHA yang membutuhkan untuk mendapat beasiswa pendidikan
			Pengembangan kapasitas dan keterampilan untuk ODHA dan populasi kunci melalui program pendidikan non formal seperti vocational, kursus jangka pendek
			Dukungan sosial berbasis keluarga untuk meningkatkan semangat hidup orang yang terinveksi HIV dan keluarganya
			Intervensi struktural, dengan melibatkan masyarakat dan pemangkukepentingan (KPA, sektor kesehatan, sektor pendidikan,dsb) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk akses mendapatkan pendidikan

Sumber: Buku Pedoman Strategi dan Rencana Aksi 2012

Bapak Ketut Staf KPA Kota Malang juga menuturkan bahwa program ini belum sepenuhnya cocok diterapkan di Kota Malang, karena program mitigasi dampak ini kebanyakan dilakukan didaerah yang penderita HIV/AIDS terbilang parah seperti di Daerah Papua yang memang kondisi disana banyak sekali terdapat anak-anak yatim piatu karena ditinggal mati oleh orangtuanya yang menderita HIV/AIDS

dan juga banyak janda atau pun orangtua tunggal yang diakibatkan dampak HIV/AIDS.

d. Penguatan kemitraan, sistem kesehatan, dan sistem masyarakat.

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

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

Bapak Ketut, Staf KPA Kota Malang pada tanggal 16 April 2012 ,pukul 14.00 WIB, menjelaskan kepada peneliti bahwa:

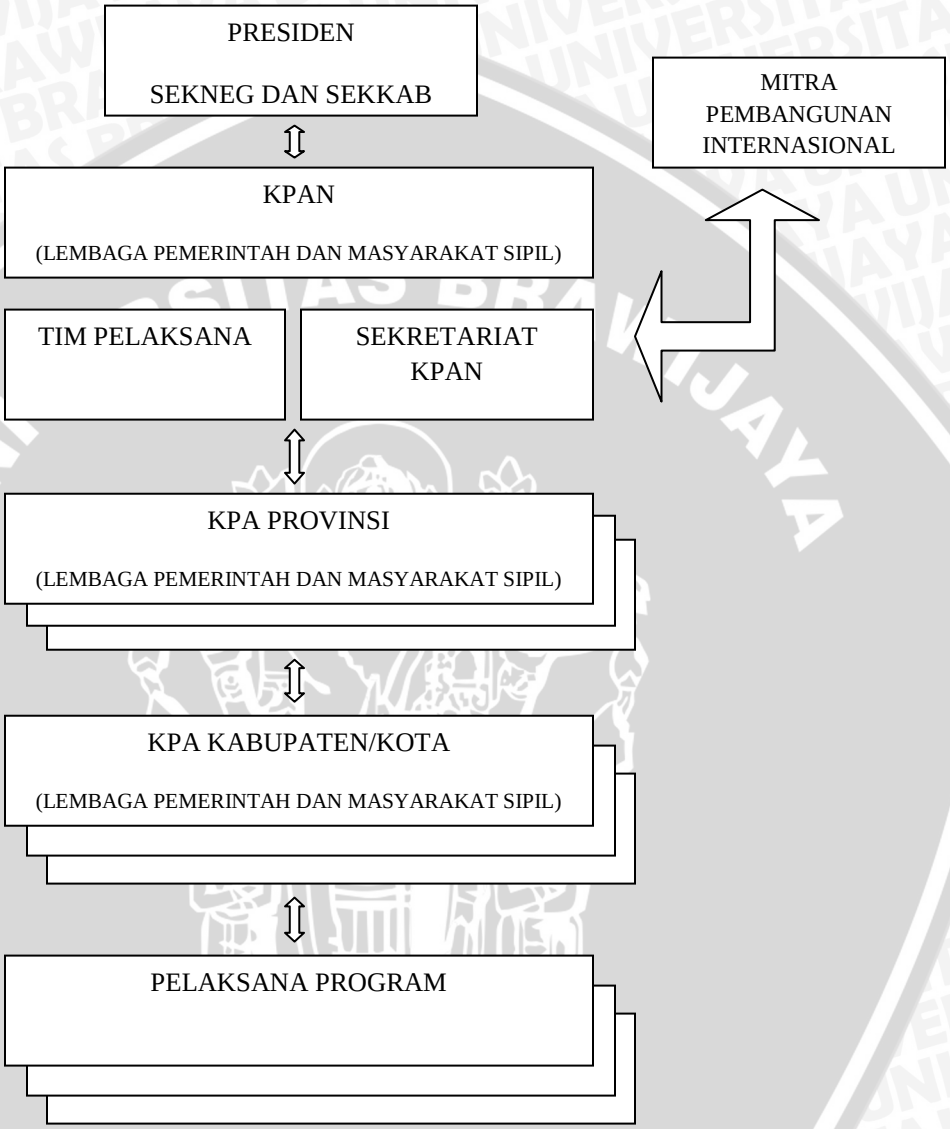
> "sebenarnya menurut saya dukungan kebijakan lain yang mendukung yang merupakan bagaian dari penguatan sistem kesehatan juga diperlukan, seperti misalnya masuknya jamkesmas untuk HIV/AIDS, penguatan SDM melalui pengembangan pelatihan ke petugas kesehatan, dan juga menejemen logistik yang mana kami harapkan program ini dapat memberikan peningkatan dampak kesehatan secara luas."

Dari penjelasan Bapak Ketut di atas dapat di katakan bahwa penguatan sistem komunitas dibangun melalui pengembangan kapasitas (implementasi, program, menejemen, dan monev) dari mereka yang harus terlibat, mobilisasi sumberdaya di masyarakat sehingga program tersebut lebih tepat sasaran, serta pelibatan masyarakat termasuk populasi kunci dan ODHA untuk mendukung upaya penanggulangan.

e. Meningkatkan koordinasi antara para pemangku kepentingan dan mobilisasi penggunaan sumber dana disemua tingkat.

Untuk mendapat hasil yang sebaik-baiknya dalam penyelenggaraan dari upaya penanggulangan, koordinasi antara berbagai pemangku kepentingan harus ditingkatkan disemua tingkat. Semua kegiatan koordinasi yang diperlukan dalam penyelenggaraan strategi dan rencana aksi nasional baik dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi serta harmonisasi dan singkronisasi dilaksanakan melalui pertemuan-pertemuan koordinasi KPA di semua tingkat baik secara vertikal maupun horizontal. Berikut ini adalah gambar koordinasi penyelenggaraan Strategi dan Rencana Aksi:

Gambar 16
Diagram Koordinasi Penyelenggaraan Rencana Aksi



Sumber: buku pedoman Strategi dan Rencana Aksi 2012

Mengenai mobilisasi sumber dana disemua tingkat Bapak Ketut, Staf KPA Kota Malang juga mengungkapkan bahwa penyelenggaraan upaya penanggulangan mengacu pada tata kelola yang baik dan berdasar pada data dan fakta yang teruji.

Upaya penanggulangan HIV/AIDS juga butuh dana yang tidak sedikit. Dana biasanya berasal dari berbagai sumber baik dalam negeri maupun luar negeri.

Berdasarkan penjelasan Bapak Ketut di atas, dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS dana yang tidak sedikit harus dikeluarkan, untuk sumber dari pendanaan itu sendiri bisa berasal dari dalam maupun luar negeri. Untuk pendanaan dalam negeri sendiri seharusnya lebih besar dari pada pendanaan luar negeri, karena menyangkut penguatan sistem kesehatan. Tidak menutup kemungkinan juga perlu adanya dukungan dana dari pihak-pihak swasta dan sumber masyarakat lainnya dalam hal pendanaan penanggulangan HIV/AIDS.

f. Mengembangkan intervensi struktural.

Strategi ini diperlukan untuk seluruh program. Kesuksesan program tergantung dari adanya peran aktif dari kelompok populasi kunci dan adanya kepemimpinan yang mampu menciptakan lingkungan yang mendukung dalam penanggulangan HIV/AIDS, termasuk pengurangan stigma dan diskriminasi, peningkatan perubahan perilaku dan kesinambungan implementasi program.

Bapak Ketut staf KPA Kota Malang pada tanggal 16 april 2012, pukul 14.20 mengungkapkan kepada peneliti bahwa: “strategi yang sudah ditetapkan juga memerlukan komitmen dan dukungan politik, dan kemudian dilaksanakan oleh KPA sebagai bagian dari advokasi dan juga tentunya dalam melaksanakannya kami harus sesuai dengan mandat yang telah ditetapkan sebelumnya”

Program penanggulangan HIV/AIDS dilaksanakan dengan pendekatan intervensi struktural menurut Buku Pedoman Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2010-2014 antara lain melalui berbagai hal berikut:

1) Peningkatan peran aktif masyarakat dan pemangku kepentingan dari berbagai kalangan khususnya pada tingkat lokal seperti KPA, sektor terkait (terutama kesehatan, pendididkan, sosial, hukum, penanggulangan narkotika, ketenagakerjaan, kepolisisan, pemberdayaan perempuan, keluarga berencana, pemimpin dan tokoh masyarakat, pemimpin informal, dan adat serta komunitas lokasi)
2) Intervensi struktural yang sistematis akan memberi dampak dalam bentuk kebijakan lokal yang mendukung serta mengantisipasi aktif masyarakat dalam implementasi program.
3) Intervensi struktural meliputi pengembangan lingkungan/tatanan fisik, sosial kemasyarakatan, budaya dan kebijakan yang dapat menjamin adanya koordinasi seluruh sektor dalam mendukung upaya penanggulangan HIV/AIDS.

g. Penerapan perencanaan, prioritas dan implementasi program berbasis data

Epidemi HIV di Indonesia secara nasional pada tingkat terkonsentrasi dan sangat bervariasi antar satu wilayah dengan wilayah yang lain. Secara umum penularan HIV melalui penggunaan alat suntik yang terkontaminasi HIV dan hubungan seksual beresiko tanpa penggunaan kondom (terutama pada penjaja seks,

pelanggan, waria, dan LSL), serta penularan dari ibu ke bayi. Pada kesempatan yang sama Bapak Ketut selaku Staf KPA Kota Malang pada tanggal 16 april 2012 memberikan pernyataan bahwa:

> "disebagian besar daerah di Indonesia termasuk Kota Malang ini, epidemi ini biasanya disebabkan terutama melalui alat suntik pada kelompok penasun dan penghuni Lapas, kemudian selanjutnya penularan melalui hubungan seks beresiko seperti WTS, waria, dan kaum homoseksual. Tapi tentu saja disetiap daerah mempunyai permasalahan yang berbeda-beda tidak selalu sama ditiap daerahnya, namun memang secara keseluruhan kami rasa epidemi ini kebanyakan disebabkan karena penggunaan narkoba suntik/penasun"

Kemudian beliau juga menambahkan bahwa:

> "jadi dengan adanya strategi ini akan bisa memastikan bahwa upaya penanggulangan yang dikembangkan itu juga mempertimbangkan adanya perbedaan sifat dan permasalahan ditiap-tiap daerah terdampak, seperti misalnya keragaman jalur penularan, faktor sosial ekonomi, situasi stigma dan diskriminasi dan juga kebutuhan masayarakat seperti akses layanan pengobatan, dll"

Dari beberapa pernyataan Bapak Ketut diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa adanya prioritas program yang akan diimplementasikan ditiap-tiap daerah akan sangat bervariasi, dan tergantung pada situasi epidemi apa yang sedang terjadi dan apa saja yang diperlukan. Misalkan saja pada situasi dimana sumber daya masih sangat terbatas, maka pendekatan ini diharapkan memfasilitasi perlunya prioritas penanggulangan dan penggunaan sumber daya yang akan digunakan.

3. Faktor Pendukung dan Penghambat KPA Kota Malang dalam Menanggulangi HIV/AIDS

a. Faktor pendukung

1) Pembentukan KPA Nasional, Provinsi, dan KPA Daerah

Dengan dibentuknya KPA daerah (provinsi,kabupaten/kota) dapat digunakan sebagai acuan bahwa penanggulangan HIV/AIDS telah difasilitasi oleh Negara, dengan dibentuknya KPA ini dapat mengindikasikan bahwa pemerintah mempunyai kesadaran tinggi akan turut serta dalam penanggulangan HIV/AIDS yang pada dasarnya menjadi kewajiban pemerintah.

Bapak Khrisna Andi pada tanggal 19 april 2012 pukul 09.10 WIB menjelaskan bahwa:

> "KPA di tingkat nasional ataupun daerah itu punya tugas mengadvokasi para penderita, kemudian dengan dibentuknya KPA segala macam bentuk kebijakan atau strategi mengenai penanggulangan HIV/AIDS arahnya jadi jelas, karena penyusunan kebijakan dan strategi tersebut tentu saja berdasarkan fakta dan data-data yang didapatkan dilapangan seperti menyangkut jumlah penderita dan penyebab terjadinya epidemi HIV/AIDS, sehingga diharapkan bisa tepat sasaran"

Dari keterangan Bapak Khrisna Andi dapat disimpulkan bahwa dengan terbentuknya KPA baik ditingkat nasional maupun daerah sangat membantu dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS karena KPA mempunyai tugas mengadvokasi para penderita dan dengan dibentuknya KPA segala bentuk kebijakan dan strategi menjadi tepat sasaran dan terarah berdasarkan fakta dan data-data dilapangan

1) Terpenuhinya kebutuhan sarana dan prasarana

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

Sarana untuk program pencegahan meliputi ketersediaan kondom dan pelicin untuk pencegahan penularan melalui hubungan seks beresiko, jarum dan alat suntik untuk pencegahan penularan melalui alat suntik dan berbagai media KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) . beberapa sarana lain juga diperlukan untuk program pencegahan lainnya, dan identifikasi kebutuhan sarana tersebut ditentukan oleh lembaga terkait.

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

Tabel 11. kebutuhan prasarana pencegahan, perawatan dan pengobatan tahun 2010-2014

Jenis kebutuhan prasarana	2010	2011	2012	2013	2014
Outlet kondom	10.710	17.650	22.870	27.040	31.920
Layanan VCT	1.670	2.850	3.680	4.380	5.210
Layanan IMS	540	600	650	680	710
Layanan CST	250	300	500	600	700
Layanan PMTCT	20	80	100	110	120
Layanan LJASS	350	510	540	580	650
Layanan PTRM	310	460	490	520	580

Sumber : Buku Pedoman Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2012.

Berdasarkan kebutuhan sasaran setiap tahun, tabel di atas menggambarkan ringkasan kebutuhan dan layanan kesehatan dan infrastruktur lainnya untuk implementasi program SRAN 2012-2014. Sebagai contoh dengan asumsi setiap outlet

kondom akan digunakan oleh 200 orang populasi kunci, maka pada tahun 2010 hingga tahun sekarang pelaksanaannya ditargetkan ada sekitar 2 juta orang akan mendapatkan akses kondom diperlukan 10.710 outlet kondom di 137 kabupaten/kota terpilih termasuk di Kota Malang terdapat 75 outlet kondom.

Bapak Ketut dalam kesempatan yang sama juga memberikan penjelasan bahwa:

> "sarana dan prasarana untuk program pencegahan ini yaitu berupa ketersediaan kondom dan pencegahan penularan melalui hubungan seksual, seperti misalnya di Kota Malang sendiri sudah didirikan 75 outlet kondom gratis di daerah-daerah tertentu seperti di hotel-hotel, panti pijat, tempat lokalisasi dan melakukan advokasi dan pemberian pendididikan sosialisasi kepada penasun dan juga penghuni Lapas untuk mengedukasi perubahan perilaku, dan biasanya juga ada penyuluhan-penyuluhan mengenai bahaya penyakit HIV/AIDS dan cara mencegah ataupun penanggulangannya"

Beliau juga menambahkan bahwa dengan terpenuhinya prasarana tersebut maka hal tersebut sangat membantu program keberhasilan SRAN 2010-2014. Terbukti di Kota Malang sudah didirikan outlet kondom gratis untuk kebutuhan populasi kunci yang didirikan di tempat-tempat khusus seperti di hotel, panti pijat, dan tempat lokalisasi.

Keberadaan VCT juga merupakan sarana pendukung keberhasilan penanggulangan HIV/AIDS. Sejak tahun 2007 di Kota malang sudah dibuka klinik-klinik VCT (voluntary conselling and testing) yakni VCT RSI Unisma, RS Saiful Anwar Malang, Puskesmas Dinoyo, dan Kendalsari di Lowokwaru, Arjuno di Klojen dan Puskesmas Ciptomulyo di Sukun dan di Griya Baca Kota Malang. Dengan dibukanya klinik konseling ini diharapkan para penderita HIV/AIDS tidak malu lagi untuk melakukan pemeriksaan dan

tes untuk mencegah terjangkitnya HIV/AIDS karena di klinik tersebut sangat dijaga privasi dan kerahasiaan penderita HIV/AIDS.

Bapak Ketut staf KPA Kota Malang pada tanggal 19 april 2012 pukul 11.00 menyampaikan kepada peneliti bahwa:

> "dengan didirikannya klinik VCT ini koordinasi antara pemerintah pusat, KPA pusat sampai KPA daerah, dan lembaga bisa berjalan lancar, kenapa bisa begini, hal ini karena dengan dibukanya klinik VCT ini otomatis para penderita pada ahkhirnya secara sukarela dan kesadaran dirinya sendiri mau memerikasakan dirinya. Dengan begitu klinik VCT memperoleh data-data jumlah para penderita yang nantinya rekapitulasi data-data tersebut bisa kami laporkan ke pemerintah pusat sesuai dengat fakta yang ada dilapangan"

Dari keterangan Bapak Khrisna Andi dan Bapak Ketut di atas dapat kita simpulkan bahwa dengan sudah terpenuhinya sarana dan prasarana dalam hal pengadaan outlet kondom dan layanan VCT, maka itu semua bisa jadi ukuran keberhasilan program di 1,5 tahun berjalannya program SRAN 2010-2014. Dengan adanya sarana dan prasarana tersebut mempermudah bagi populasi kunci maupun penderita untuk mengkases semua kebutuhan untuk kegiatan perawatan dan pengobatan.

b. Faktor Penghambat

Disamping faktor-faktor pendukung diatas, terdapat juga faktor-faktor penghambat yang dihadapi oleh pemerintah maupun KPA ditingkat daerah dalam hal penanggulangan HIV/AIDS. Sejumlah faktor yang menghambat penanggulangan HIV/AIDS tersebut adalah sebagai berikut:

1) Pendanaan

Untuk menyelenggarakan Rencana Aksi tahun 2010-2014 dibutuhkan dana yang tidak sedikit jumlahnya. Dana tersebut bersumber dari APBN, APBD, dan bantuan dari pihak swasta maupun mitra internasional. Sumber dana tersebut dapat

berupa dana tunai maupun kontribusi non tunai, misalnya kontribusi berbentuk tenaga dari masyarakat.

Perhitungan kebutuhan pendanaan untuk implementasi Rencana Aksi 2010-2014 ini dengan menggunakan *Resources Need Module* (RNM). Komponen perhitungan meliputi area pencegahan, perawatan dan pengobatan, mitigasi dan lingkuknган yang kondusif. Berikut ini merupakan rincian kebutuhan biaya untuk implementasi SRAN 2010-2014 menurut fokus area program dalam milyar rupiah.

Tabel 12. kebutuhan biaya implementasi SRAN 2010-2014 menurut fokus area program (milyar rupiah)

Komponen program	2010	2011	2012	2013	2014
1. Pencegahan	**821,4**	**1.010,0**	**1.150,3**	**1.221,7**	**1.344,6**
2. perawatan, dukungan dan pengobatan	**483,7**	**581,6**	**691,9**	**691.9**	**773,1**
3. mitigasi	**37,1**	**42,1**	**46,5**	**46,5**	**54,2**
4. lingkungan kondusif, manajemen dan administrasi, monev dan pelatihan	**180,2**	**219,7**	**253,6**	**253,6**	**290,4**
Total (milyar rupiah)	**1.522,4**	**1.853,3**	**2.142,4**	**2.142,4**	**2.462,3**
Biaya per kapita (rupiah)	**6.650**	**7.600**	**8.550**	**8.550**	**9.500**

Sumber: Buku pedoman Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2012.

Salah satu faktor yang menghambat operasionalisasi atau pelaksanaan upaya penanggulangan HIV/AIDS tersebut adalah minimnya atau keterbatasan dana yang dirasakan oleh lembaga seperti KPA di Kota malang. Hal ini diungkapkan oleh Bapak Ketut selaku Staf KPA Kota Malang pada tanggal 19 april 2012 pukul 11.30, bahwa setiap pelaksanaan penanggulangan HIV/AIDS memerlukan biaya yang tidak

sedikit. Sedangkan anggaran yang dimiliki KPA sangat terbatas. Adanya kekurangan dan ketidak jelasan mengenai dana ini disebabkan karena belum adanya perda khusus tentang pendanaan untuk penanggulangan HIV/AIDS.

Memang secara peraturan tertulis, pendanaan KPA Kota malang dalam hal pelaksanaan tugas tim sudah dibebankan dari APBD Kota Malang namun jumlahnya belum mencapai taerget. Sedangkan untuk pembebanan biaya dari KPA Nasional / KPA Pusat sudah ditetapkan, dan pembiayaannya diambil dari APBN namun distribusi dana tersebut tidak berjalan maksimal, yang sampai pada akhirnya KPA daerah hanya menerima sedikit dana dari lembaga pusat.

Berikut adalah tabel pelaporan pendanaan pelaksanaan program penanggulangan HIV/AIDS KPA Kota Malang pada kegiatan triwulan ketujuh (Periode Januari-Maret 2012):

Tabel 13 pelaksanaan pendanaan kegiatan triwulan ketujuh (periode Januari-Maret 2012

No	Kegiatan	PoA Triwulan ke- 7	Tanggal Pelaksanaan	Dana		Serapan (%)	Keterangan
				Anggaran	Realisasi		
I	**Needle syringe Distribution**						
1	Operational Cost for services unit (RR,waste disposal)	Kota Malang	Bulan januari - Maret 2012	675.000	-	0%	Ada Sumber dana lain di PKM un tuk Pembakaran jarum
	Transport local		Maret 2012	450.000	450.000	100%	
2	**Support for Material NSP Programme (alcohol swab,IEC)**						
	Cetak & Publikasi		Maret 2012	16.500.000	2.250.000	13,6%	Ada dukungan dana pihak lain
3	**Biaya kontrak Jasa Pelatihan/Pertemuan/Lokakarya**						
	Pertemuan penasun		17 Februari 2012	5.750.000	5.680.000	99%	
	Pertemuan penasun dengan masyarakat/tokoh/Stakeholder		20 Februari 2012	4.150.000	4.100.000	99%	
	Pertemuan jaringan penasun tk. Kota		7 Maret 2012	6.425.000	6.345.000	98%	
4	**Adminitration & Reporting**		Januari – maret 2012	900.000	900.000	100%	
5	**Structural Intervention in Commercial sex Site**						
	Biaya Kontrak Jasa transportasi		Maret 2012	750.000	750.000	100%	
	Percetakan & Publikasi		Maret 2012	2.000.000	2.000.000	100%	
6	**Community Mobilization Events**						
	Pertemuan Stake Holder		22 maret 2012	4.275.000	4.275.000	100%	Dispora
	Pelatihan Organisasi Masyarakat		21 Maret 2012	4.275.000	4.275.000	100%	Karang taruna, Organisasi kepemudaan.

7	**Management Cost**		Januari- Maret 2012	23.161.169	20.961.169	90%	Kelebihan Gaji askor 2.200.000
8	**Biaya operasional**		Januari-Maret 2012	6.000.000	5.850.000	97%	
	Supervisi Ke Mitra masyarakat		Maret 2012	600.000	600.000	100%	

Sumber: KPA Kota Malang 2012

Dari tabel diatas dapat dijelaskan bahwasannya anggaran yang ada di KPA hampir 90%nya sudah terealisasi sesuai dengan program yang ada, seperti pendanaan pendistribusian alat suntik steril, biaya pelatihan, biaya operasional dll. Sumber dana berasal dari KPA Pusat, KPA Provinsi, dan dukungan dana dari pihak lain selain pihak KPA.

2) Kurangnya koordinasi antar instansi dan lembaga terkait

Kepemimpinan pada beberapa sektor dan beberapa daerah yang berdampak pada tidak terbitnya kebijakan dan minimnya program yang diselenggarakan. Seperti yang disampaikan oleh Bapak Ketut selaku Staf KPA Kota Malang pada tanggal 19 April 2012 kepada penulis mengenai masih adanya egoisme pemerintah/steakholder mengenai program dalam menanggulangi HIV/AIDS di Kota Malang. Steakholder masih mempunyai egoisme pribadi dalam hal program tersebut, karena dilain sisi pihak KPA juga mempunya program-program tersendiri yang sudah dirancang sesuai dengan kebutuhan, namun pihak pemerintah tidak mau melakukan koordinasi dengn KPA, alhasil pelaksanaan program tersebut tidak berjalan maksimal.

Hal lain yang menjadi kendala adalah koordinasi dan kemitraan yang belum sepenuhnya berjalan, sehingga KPA Kota Malang mengalami kesulitan dalam

mengkoordinasikannya. Seperti penjelasan yang ada di paragraph sebelumnya, koordinasi multi pihak khususnya antara steakholder dan lembaga KPA belum berjalan maksimal, hal tersebut lagi-lagi disebabkan oleh egoisme steakholder tersebut dalam mengemban/melaksanakan program-program penanggulangan HIV/AIDS. Program tersebut tentunya akan berjalan dengan baik apabila ada koordinasi yang bersinergi antara steakholder dan lembaga terkait.

3) Manajemen logistik

Manajemen logistik yang dimaksudkan disini adalah terutama berkaitan dengan pengadaan ARV, sehingga sering terjadi kekurangan ARV di beberapa tempat layanan pengobatan. Bapak Khrisna Andi pada tanggal 20 April 2012 pukul 10.00 memeberikan keterangan kepada penulis bahwa keberadaan ARV untuk para ODHA sangatlah diperlukan, ARV merupakan Anti Retroviral atau obat yang mempunya fungsi untuk menghambat laju pertumbuhan virus HIV, memang ARV ini tidak menjamin kesembuhan 100% untuk penderita, namun sifat dari ARV ini hanyalah menghambat laju pertumbuhan virus, jadi angka harapan hidup penderita HIV/AIDS bisa tinggi. Namun pada kenyataannya keberadaan ARV ini sangat minim jumlahnya, serta pendistribusian di beberapa tempat pelayanan pengobatan belum maksimal, lagi-lagi ini semua dikarenakan masalah pendanaan yang belum terdistribusikan dengan baik ditiap-tiap daerah yang tentunya akan berakibat langsung pada ketersediaan ARV. Selain itu pula harga dari ARV itu sendiri masih relatif mahal, mungkin untuk kalangan penderita yang kondisi ekonominya menengah kebawah masih belum bisa memenuhi kebutuhan akan konsumsi obat ARV itu sendiri.

4) Kebutuhan Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia (SDM) dalam penanggulangan HIV/AIDS yaitu meliputi tenaga-tenaga dalam bidang perencanaan, pelaksanaan, dan tenaga-tenaga monitoring dan evaluasi disemua tingkat dan disetiap lembaga pemangku kepentingan. Kebutuhan SDM yang dihitung adalah untuk mencapai setidaknya 80% taerget program layanan yang komprehensif. Tabel berikut adalah ringkasan kebutuhan sumber daya manusia di 137 kabupaten/kota prioritas terpilih untuk implementasi SRAN 2010-2014:

Tabel 14. Kebutuhan sumber daya manusia, rencana aksi di Indonesia tahun 2010-2014

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

Sumber : Buku Pedoman Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2012

Keterangan perhitungan kebutuhan jenis tenaga berdasarkan tabel diatas adalah sebagai mengenai kebutuhan tenaga lapangan setiap 80 sasaran populasi kunci akan didampingi 1 orang *peer educator* (pendidik sebaya), setiap 5 orang *peer educator* akan didampingi oleh 1 orang petugas penjangkau, setiap 5 orang petugas penjangkau akan didampingi 1 orang supervisor lapangan. Untuk kebutuhan tenaga untuk layanan kesehatan, berdasarkan ketersediaan tenaga, jumlah jam kerja dan efektifitas layanan yang akan dilakukan, maka diasumsikan setiap unit layanan kesehatan memiliki keterbatasan jumlah sasaran setiap tahunnya yaitu setiap layanan VCT memiliki kemampuan kapasitas melayani 720 orang pertahun, setiap layanan IMS memiliki kemampuan kapasitas melayani 720 orang pertahun, setiap layanan CST memiliki kemampuan kapasitas melayani 720 orang pertahun, setiap layanan PMTCT memiliki kemampuan kapasitas melayani 360 orang pertahun, setiap unit LASS memiliki kemampuan kapasitas melayani 360 orang pertahun, setiap unit PTRM memiliki kemampuan kapasitas melayani 300 orang pertahun.

Bapak Khrisna Andi dalam kesempatan yang sama juga menjelaskan kepada penulis untuk di daerah Kota Malang menganai tenaga ahli masih belum tersedia sepenuhnya, maka perlu adanya pengembangan mekanisme bantuan teknis, bantuan teknis tersebut diperlukan agar pelaksanaan kegiatan program berjalan efektif dan efisien seperti yang direncanakan. Bantuan teknis biasanya berjangka waktu singkat dan dapat dimobilisasi dari tempat lain, untuk itu diutamakan dari sumber daya

setempat. Bantuan teknis juga dapat diperoleh dari daerah yang berhasil menyelenggarakan suatu program.

C. Analisis dan Interpretasi Data

1. Kebijakan Dasar Dalam Menanggulangi HIV/AIDS

Pengembangan kualitas hidup di Indonesia sekarang sedang menghadapi ancaman nyata, terbukti dengan semakin meningkatnya jumlah penderita HIV/AIDS di Indonesia. Permasalahan HIV/AIDS di Indonesia tidak bisa dianggap remeh karena fenomena tersebut layaknya bom waktu, yang lama-kelamaan jika dibiarkan akan menghancurkan Indonesia, setiap tahun permasalahan HIV/AIDS semakin meningkat terbukti Indonesia telah memasuki epidemi terkonsentrasi, kecenderungan epidemi HIV kedepan menggambarkan perubahan penularan HIV.

Dengan kenyataan tersebut Perpres nomor 75 tahun 2006 menandai adanya intensifikasi penangguangan HIV/AIDS yang merupakan bentuk pertama dari sebuah kebijakan (Nugroho 2006:26). Yang didalam kebijakan tersebut keanggotaan KPA Nasional diperluas dengan mengikutsertakan masyarakat sipil. Pemerintah pada akhirnya menetapkan sebuah arah kebijakan yang nantinya akan digunakan untuk penanggulangan HIV/AIDS. Arah kebijakan tersebut yang menurut (Winarno 2007:33) ada pada tahap formulasi kebijakan. Dengan adanya kebijakan ini diharapkan pemerintah dan lembaga terkait mempunyai pandangan dalam menentukan dan menetapkan strategi penanggulangan HIV/AIDS. Arah kebijakan yang berupa peningkatan cakupan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan

sehingga dapat mencegah terjadinya penularan HIV baru. Arah kebijakan ini secara keseluruhan dimaskudkan untuk mengurangi jumlah penularan HIV/AIDS. Jika cakupan pencegahan, perawatan, dukungan, dan pengobatan tidak ditingkatkan , maka kemungkinan penderita HIV/AIDS semakin meningkat. Dengan di tingkatkannya program tersebut diatas, maka secara tidak langsung akan meningkatkan kesadaran penderita untuk melakukan terapi dan melakukan pencegahan

Arah kebijakan yang kedua yaitu mengurangi dampak negatif dari epidemi dengan meningkatkan akses ke program mitigasi sosial. Untuk mengurangi dampak sosial ekonomi HIV/AIDS pada ODHA dan keluarganya, program mitigasi dampak diberikan kepada mereka yang kurang beruntung yang membutuhkan dukungan. Program ini berupa penyediaan kesempatan pendidikan, pelayanan kesehatan, gizi, dan akses pada bantuan ekonomi menjadi komponen utama. Hal ini bisa dilakukan melalui kerjasama antar pihak-pihak terkait. kriteria penentuan kebutuhan mitigasi ini perlu dikembangkan untuk mengidentifikasi program apa saja yang tepat untuk mereka yang memerlukan.

Arah kebijakan yang berikutnya yaitu pengembangan program komprehensif untuk populasi kunci LSL. Pada kenyataanya populasi kunci LSL atau lelaki seks dengan lelaki juga memberikan andil dalam meningkatnya jumlah penderita HIV/AIDS disetiap tahunnya. Menurut data yang diperoleh penulis menunjukkan bahwa keterlibatan populasi kunci LSL dalam peningkatan jumlah penderita HIV/AIDS adalah sebanyak 5,4%. Untuk meningkatkan cakupan LSL yang masih

sangat rendah, diperlukan program yang komprehensif yang nantinya akan melibatkan secara aktif populasi tersebut. Peningkatan efektifitas program merupakan arah kebijakan yang selanjutnya, bahwa dalam melaksanakan program-program penanggulangan keefektifan program juga harus ditingkatkan, demi tercapainya program-program yang sudah disusun (Siagian 2002:206).

Arah kebijakan yang selanjutnya yaitu mobilisasi sumber daya, mobilisasi sumber daya ini meliputi segala sesuatu yang berhubungan dengan tenaga-tenaga dalam menjalankan program-program penanggulangan HIV/AIDS. Seperti misalnya rekruitmen tenaga, peningkatan kemampuan dan skill tenaga, pengembangan kapasitas, finansial, dll. dengan di berdayakannya sumber daya ini diharapkan dapat membantu dalam pelaksanaan program. Seperti yang telah disampaikan oleh (Siagian 2002:102) bahwa strategi harus memperhitungkan secara realistik kemampuan suatu organisasi dalam menyediakan berbagai daya, sarana, prasarana, dan dana yang diperlukan untuk mengoperasionalkan sebuah strategi.

Peningkatan koordinasi merupakan bagian yang penting dalam menentukan arah kebijakan. Koordinasi antar pihak-pihak terkait sangat diperlukan (Siagian 2002:209), karena jika dalam penenggulangan HIV/AIDS antar instansi dan lembaga tidak saling bersinergi, maka keberhasilan penanggulangan HIV/AIDS sulit untuk diwujudkan.

Sebelum menentukan arah kebijakan strategi, pemerintah mempunyai rekapitulasi data-data dari tahun/periode sebelumnya. Model yang dikembangkan Mazmanial dan Sebatier yang disebut kerangka analisis Implementasi, yang

menjelaskan bahwa didalamnya terdapat kerangka analisis tahap-tahap dalam proses implementasi (Wahab 2008:81). Jika dihubungkan dengan program pelaksanaan kebijakan penanggulangan HIV/AIDS maka mempunyai tahap-tahap berikut:

a. Indikator input

Indikator input meliputi pengeluaran dana baik dari mitra nasional maupun internasional, pengembangan kebijakan HIV/AIDS serta status implementasi kebijakan tersebut, dan penguatan kelembagaan yang terdiri dari kelembagaan KPA ditingkat nasional maupun daerah. Indikator ini penting untuk menilai perkembangan keberlangsungan program. Indikator input ini biasanya berupa tenaga yang tersedia, dana, material dan juga fasilitas yang tersedia.

b. Indikator proses

Indikator proses meliputi pertemuan manajemen pelatihan, komunikasi perubahan perilaku, kegiatan lapangan, kegiatan pencegahan dan pengobatan. Secara lebih rinci pelaksanaan program nasional tersebut, yaitu keamanan darah, pelayanan ART (*anti retroviral treatment)*, pencegahan transmisi dari ibu ke anak, menejemen pengobatan HIV, tes HIV, dan mitigasi dampak.

c. Indikator *output*

Indikator output adalah cakupan program khususnya terhadap populasi kunci. Indikator ini penting untuk dinilai secara berkala karena untuk melihat adanya perkembangan program dilapangan. Indikator output ini berupa tenaga terlatih, populasi yang telah terjangkau oleh program, kondom dan test kits yang telah terdistribusi, dan juga klien yang telah tertangani.

d. Indikator *outcome*

Indikator outcome digunakan untuk melihat sejauh mana hasil pelaksanaan program yang telah dilaksanakan, apakah telah dapat merubah perilaku beresiko menjadi perilaku aman bagi kelompok populasi kunci, baik perilaku pengobatan maupun pencegahan. Indicator ini berguna untuk menilai perkembangan efektifitas program. Indikator ini berupa perilaku pengguna layanan, hasil klinis, dan juga kualitas hidup penderita HIV/AIDS.

e. Indikator *impact*

Indikator impact digunakan untuk melihat dampak epidemi dan program HIV/AIDS dan indikator ini berupa norma sosial dan juga dampak ekonomi.

Dari rumusan indikator kebijakan penanggulangan HIV/AIDS di atas dapat disimpulkan bahwa, pengeluaran dana, pengembangan kebijakan, serta status implementasi kebijakan dijadikan indikator awal dalam menentukan indikator proses yang didalamnya merupakan pelaksanaan programnya dan indikator input ini menjadi sangat penting. Kemudian untuk indikator output merupakan cakupan program yang sedang dilaksanakan, dalam hal penanggulangan HIV/AIDS cakupan program tersebut seperti program edukasi, advokasi, komunikasi, penilaian resiko, dan akses terhadap kondom dan jarum suntik, serta perawatan, dukungan dan pengobatan. Setelah cakupan program tersebut dilaksanakan, kita menuju proses indikator outcome yang dimana indikator ini merupakan indikator untuk menilai sejauh mana hasil dari pelaksanaan program yang telah dijalankan. Setelah itu kita menuju kepada indikator impact yang digunakan untuk melihat dampaknya, artinya dampak epidemi

dan program penanggulangan HIV/AIDS sudah sejauh mana. Keterlibatan multipihak juga sangat diperlukan dalam penanggulangan HIV/AIDS, serta bisa didapatkan sebuah pemikiran bahwa ternyata berbagai bidang dari seluruh elemen baik masyarakat maupun pemerintah mempunyai peran yang signifikan dalam hal penanggulangan HIV/AIDS.

2. Strategi KPA Kota Malang dalam Menanggulangi HIV/AIDS

Pengertian strategi merupakan cara atau usaha atau tindakan yang dilakukan melalui pengambilan keputusan/kebijakan untuk mencapai tujuan atau memecahkan masalah secara efektif dan efisien, dengan menggunakan semua sumber daya yang dimiliki dan berdasarkan pertimbangan yang wajar (Suryono 2001:60). Secara general strategi merupakan sekumpulan upaya yang dinilai lebih efektif dan tepat sasaran dari paday upaya-upaya yang lain. Dengan di pilihnya beberapa strategi diharapkan mampu menciptakan sebuah pemecahan permasalahan yang kondusif.

Dalam hal penanggulangan HIV/AIDS, KPA sudah menetapkan beberapa strategi yang dirasa bisa mencapai tujuan yang diharapkan dan juga sebagai rambu-rambu dalam arahan pelaksanaan program (Siagian 2002:208). Strategi yang telah ditetapkan adalah sebagai berikut:

a. Meningkatkan dan memperluas cakupan seluruh pencegahan

1) Pencegahan penularan melalui alat suntik

Diberbagai kasus di Indonesia cara penularan HIV/AIDS yang paling banyak terjadi adalah melalui alat suntik, begitu juga yang terjadi di Kota Malang.

Penggunaan alat suntik ini biasanya dilakukan oleh mereka yang menggunakan narkoba melalui jarum suntik atau IDU (*Intensive drug user*) (Weber 1996:6). Kebanyakan dari mereka pengguna narkoba jarum suntik disebabkan tidak mengetahui bahwa jarum suntik bekas pakai yang mereka gunakan telah tercemar virus HIV, hal tersebut juga dilatar belakangi karena kebiasaan para pengguna jarum suntik yang suka bergantian penggunaannya, kejadian ini biasanya juga terdapat di dalam lembaga pemasyarakatan. Narkoba masih bisa bebas berkeliaran didalam lapas meskipun notabene lapas merupakan area hukum, dengan beredarnya narkoba secara bebas, maka tidak menutup kemungkinan lapas merupakan sasaran empuk bagi peredaran narkoba. Dan hal ini bisa semakin meningkatkan jumlah penderita HIV/AIDS yang disebabkan oleh penggunaan jarum suntik (Weber 1996:6).

Maka dari itu, pemerintah mengeluarkan strategi terkait dengan pencegahan penularan HIV melalui alat suntik dengan melakukan sosialisasi kepada pengguna jarum suntik, para penghuni lapas dan populasi kunci lain yang berhubungan dengan penggunaan jarum suntik.

Sejak dikeluarkannya Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2010-2014, upaya pencegahan HIV dikalangan penasun secara bertahap telah mengalami kemajuan, seperti yang sudah dilampirkan pada penyajian data, ditahun 2005 hanya ada 17 LASS (Layanan Alat Suntik Steril) di sejumlah LSM dan puskesmas, namun pada tahun 2010 hingga 2011 ini jumlah LASS sudah mencapai 194 layanan, 160 layanan LASS diantaranya sudah terintegrasi dengan layanan kesehatan masyarakat, sehingga lebih menjamin keberlanjutan jangka panjang dan akses pada layanan kesehatan yang

lebih komprehensif. Salah satu komponen penting dalam pengurangan dampak buruk adalah pengobatan ketergantungan obat, sebuah program baru untuk memperluas jangkauan pengurangan dampak buruk yang komprehensif.

Untuk pencapaian di Kota Malang ditunjukkan pada tiga periode laporan triwulan (periode Juli-September 2011, Oktober-Desember 2011, Januari-Maret 2012), target penasun yang mengakses layanan LASS masih belum mencapai target pada periode Juli-September 2011 jumlah penasun yang ditargetkan mengakses layanan LASS sebanyak 266 orang, namun capaian target hanya sebanyak 127 orang. Pada periode Oktober-Desember 2011 jumlah penasun yang ditargetkan mengakses LASS sebanyak 267 orang, namun yang mengakses ke layanan LASS hanya 121 orang. Sedangkan pada periode Januari-Maret 2012 jumlah pensun yang ditargetkan mengakses layanan LASS sebanyak 274 orang, sedangkan yang mengakses layanan LASS hanya 166 orang. Terbukti bahwasannya jumlah target yang mengakses layanan LASS selalu dibawah target, hal ini di karenakan penasun masih banyak yang merasa takut untuk mengakses langsung ke layanan LASS serta penasun yang mengakses masih sebatas perindividu saja, bukan dikoordinir perkelompok.

2) Pencegahan penularan melalui hubungan seksual tidak aman

Hubungan seksual tidak aman merupakan jumlah terbesar kedua penderita HIV/AIDS (Weber 1996:7) setelah pengguna jarum suntik. Mereka biasanya kurang adanya edukasi mengenai penyakit menular. Penularan HIV melalui hubungan seksual tidak aman biasanya banyak terjadi pada kasus WPS (wanita pekerja seks), waria, pelanggan WPS, dan LSL yang kesemuanya disebabkan karena adanya

penyimpangan situasional (Kartono 1992:19). Kurangnya edukasi dan pengetahuan mengenai bahayanya berhubungan seks dengan tidak aman, membuat jumlah populasi kunci dari golongan ini lama-kelamaan akan bertambah.

Seperti contoh kasus di Malang, dengan ditutupnya tempat-tempat lokalisasi menyebabkan anggota KPA kesulitan untuk mengidentifikasi ataupun memberikan penyuluhan kepada kelompok populasi kunci ini. Karena sebelumnya, jika KPA akan melakukan sosialisasi atau advokasi kepada WPS maka tujuannya adalah ditempat lokalisasi, namun semenjak tutupnya lokalisasi membuat KPA kesulitan untuk mencari tempat mereka mangkal, seperti misalnya di losmen, atau rumah bordir dan itupun tidak semua WPS ditemukan disatu tempat yang sama. Untuk mengatasinya KPA menyediakan outlet kondom gratis yang diperuntukkan bagi populasi kunci yang penularannya melalui hubungan seksual tidak aman.

Pada awal diluncurkan program penggunaan kondom pada populasi jenis ini tidak berhasil, data-data menunjukkan bahwa penggunaan kondom masih rendah, sampai pada akhirnya disusun kebijakan baru. Sampai pada akhirnya pada tahun 2009 pendekatan ini mulai menunjukkan hasil dalam pencegahan melalui transmisi seksual baik pada WPS langsung maupun WPS tidak langsung. Laporan pada tahun 2011 juga menunjukkan bahwa program ini telah menjangkau sebanyak 82.384 perempuan WPS langsung (78% dari estimasi), 58.244 perempuan WPS tidak langsung (54%). Pada tahun 2011 juga dilaksanakan 3 kali program pelatihan pemberdayaan pekerja seks yang mencapai 1.222 pekerja seks di 22 propinsi.

Salah satu keberhasilan nyata intervensi struktural ini adalah meningkatnya jumlah penggunaan kondom dan penjualan kondom komersil pun juga mengalami peningkatan. Terbukti dari data yang disajikan pada data fokus penelitian menunjukkan bahwa dapat diketahui berapa banyak jumlah outlet kondom dan distribusi kondom pada tiga periode laporan triwulan, pada periode Juli-September 2011 menunjukkan bahwa target outlet kondom sebanyak 53 buah, dan capaian target outlet kondom sudah sebanyak 63 buah, sedangkan untuk distribusi kondom, targetnya adalah sebanyak 43.067 buah, dan jumlah kondom yang telah terdistribusi sebanyak 30.624 buah. Pada periode Oktober-Desember 2011 menunjukkan bahwa target outlet kondom sebanyak 59 buah, dan capaiannya sebanyak 78 buah, sedangkan untuk pendistribusian kondom, targetnya sebanyak 48.000 buah, dan capaian target sebnayak 38.086 buah. Pada periode Januari-Maret 2012 jumlah outlet kondom ditargetkan sebanyak 65 buah dan capaian targetnya sebanyak 75 buah. Sedangkan untuk distribusi kondom targetnya sebanyak 53.833 buah, sedangkan capaian distribusi kondom sebanyak 61.572 buah. Dari data yang ada menunjukkan bahwa antara jumlah target outlet kondom dan capaian otlet kondom selalu diatas target, sedangkan untuk pendistribusian kondom capaian pendistribusiannya ada yang sedikit dibawah target dan ada pula yang melebihi target. Namun peningkatan ini jelas masih jauh dari mencukupi untuk mengendalikan epidemi HIV/AIDS, dibutuhkan jangkauan yang lebih luas dan lebih efektif serta perubahan perilaku yang konsisten.

3) Pengembangan program yang komprehensif untuk populasi kunci LSL

LSL merupakan istilah untuk mereka yang melakukan seks sesama jenis (laki-laki dengan laki-laki). Keberadaan populasi kunci jenis ini masih tertutup, artinya keberadaannya masih hanya sebatas perkumpulan kaum mereka saja. Dikarenakan cakupan LSL masih sangat rendah, maka KPA membentuk suatu program yang mengikutsertakan aktif para populasi kunci jenis ini, karena keberadaannya yang masih tertutup dan hanya diketahui oleh kalangan mereka saja. Untuk kasus populasi kunci waria dan LSL, KPA bekerja sama dengan Igama (ikatan gay malang), memberikan penyuluhan serta resiko bagi mereka yang berhubungan dengan sesama laki-laki sebagai upaya penanggulangan HIV/AIDS dikembangkan pada Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL), baik mereka yang berorientasi seksual "gay", waria maupun mereka yang karena situasi kondisi akhirnya terpaksa melakukan hubungan seks lelaki dengan lelaki (Kartono 1992:19) seperti di Lembaga Pemasyarakatan, pelaut, anak buah kapal, penghuni asrama laki-laki dll. Sebuah proyek khusus pencegahan populasi kunci ini mulai dikembangkan pada tahun 2010 melalui proyek pilot di 10 kota dibeberapa propinsi. Dalam proyek ini dilakukan upaya untuk memperkuat dan memperluas program khusus bagi LSL. Dimulai tahun 2011 dengan berbagai penelitian antara lain tentang norma dan perilaku LSL, bagaimana remaja LSL dapat informasi/edukasi tentang kesehatan seksual dll, pemetaan, pengembangan strategi komunikasi serta metode-metode spesifik yang mampu menjangkau kelompok masyarakat yang tersembunyi ini, pengembangan layanan pencegahan dan kesehatan

yang bersahabat dan tidak menstigma. Dengan pendekatan khusus ini diharapkan peningkatan pengetahuan tentang kebutuhan khusus LSL, keterlibatan mereka dalam penyusunan kebijakan dan program maupun peningkatan dalam relevansi, jangkauan dan efektifitas kegiatan penanggulangan HIV/AIDS pada umumnya.

4) Pencegahan penularan melalui ibu ke bayi

Penularan HIV melalui ibu ke bayi sudah banyak kasus yang kita temui, khususnya di daerah Papua yang populasi epideminya sudah cukup tinggi. Penularan ini biasanya terjadi karena si ibu terjangkit HIV yang tertular dari suaminya yang biasanya mereka melakukan hubungan seks tidak aman (Weber 1996:6), populasi kunci ini kebanyakan ibu rumah tangga. Dan ada juga mantan pecandu narkoba suntik yang akhirnya bertobat, namun mereka tidak mengetahui kalau mereka ternyata terjangkit virus HIV.

Dengan adanya kenyataan yang seperti ini, maka KPA juga menyusun strategi yang didalamnya ada pencegahan penularan melalui ibu ke bayi. Caranya yaitu dengan melakukan sosialisasi dan memaksimalkan kesempatan test HIV bagi ibu hamil dan pasangannya yang beresiko dan memperkuat jejaring rujukan untuk PMTCT (*prevention mother to child transmition*) dengan cara pengintegrasian kelayanan kesehatan yang sudah ada. Jika dari awal sudah mau melakukan pencegahan maka resiko bayi tertular HIV jadi sedikit, bahkan anaka yang dilahirkannya nanti bisa negatif HIV. Upaya penanggulangan ini pada awalnya sudah mengalami keberhasilan, terbukti hingga tahun 2012 ini program khusus ini sudah

diadakan di 218 rumah sakit. Untuk di Kota Malang sendiri ada di RSUD Saiful Anwar dan RSUD Kepanjen.

b. Meningkatkan dan memperluas cakupan perawatan, dukungan, dan pengobatan

Meningkatkan dan memperluas cakupan dukungan, perawatan serta pengobatan yang dimaksudkan disini adalah berupa penguatan dan pengembangan layanan kesehatan serta koordinasi antar layanan, jenis kegiatan ini berupa peningkatan jumlah mutu layanan kesehatan (VCT,PMTCT,CST) yang bersahabat, menjunjung tinggi HAM, dan sensitif gender, yang kedua adalah peningkatan jumlah dan mutu tenaga kesehatan yang mempu memberikan pelayanan perawatan dan pengobatan melalui kurikulum pendidikan yang mereduksi stigma dan diskriminasi terhadap penderita, yang ketiga pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan yang ramah terhadap anak-anak yang terinfeksi HIV, dan yang keempat adalah koordinasi antar layanan baik rumah sakit rujukan, puskesmas dan laboratorium kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah ataupun masyarakat.

Kemudian dari segi perawatan adalah melalui pencegahan dan pengobatan yang berupa pemberdayaan fasilitas layanan pengobatan rujukan, pengadaan obat-obatan, serta peningkatan akses dan kualitas layanan. Dari segi dukungan, KPA mempunyai program dukungan psikologis dan sosial yang berupa pemberdayaan kelompok dukungan, melakukan pendidikan dan pelatihan bagi masyarakat untuk menurunkan stigma dan diskriminasi terhadap orang yang terjangkit HIV/AIDS.

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

Untuk mengurangi dampak sosial ekonomi HIV/AIDS pada ODHA dan keluarganya, program mitigasi dampak diberikan kepada mereka yang kurang beruntung yang membutuhkan dukungan, yaitu berupa penyediaan kesempatan pendidikan, pelayanan kesehatan, gizi dan dan melakukan pelatihan keterampilan yang merupakan akses pada bantuan ekonomi bagi mereka yang kurang mampu. Hal ini dilakukan melalui kerjasama pihak-pihak terkait yaitu seperti misalnya Depsos, Depdiknas, dan instansi lainnya yang berhubungan. Penentuan kebutuhan mitigasi perlu diadakan karena agar program tersebut bisa tepat sasaran. Namun program ini belum sepenuhnya bisa dilaksanakan di Kota Malang, karena program ini dirasa lebih cocok untuk daerah yang memang terdapat penderita HIV/AIDS yang cukup parah seperti misalnya di Papua, didaerah tersebut sudah cukup banyak anak-anak yatim piatu yang ditinggal mati oleh orang tuanya karena penyakit HIV/AIDS. Dan juga banyak orang tua tunggal ataupun janda yang terdampak akibat HIV/AIDS yang memerlukan bantuan dana untuk bertahan hidup.

d. Penguatan kemitraan, sistem kesehatan dan sistem masyarakat

Kemitraan disini diselenggarakan untuk mencapai tujuan untuk mengintegrasikan kesepahaman dalam kebijakan program penanggulangan HIV/AIDS., termasuk kebijakan anggaran dan pengembangan sumber daya. Upaya pemerintah harus mampu bersatu dengan masyarakat sebagai suatu kesatuan yang utuh dalam penanggulangan HIV/AIDS harus mengikuti prinsip pelaksanaan program

kemitraan sebagai berikut: 1, ketersediaan, ketersediaan yang dimaskudkan disini adalah memperhitungkan dengan seksama dan nyata kemampuan pihak-pihak yang bermitra demi memberikan kontribusi yang nyata; 2. Akuntabilitas yang mencakup upaya mempertanggungjawabkan kemitraan yang diselenggarakan; 3. Aksesibilitas dimana memastikan kemampuan akses terhadap seluruh kegiatan yang diselenggrakana; 4. Adaptabilitas yaitu berkembanganya kemampuan pemerintah untuk mempertahankan kelangsungan program yang sudah diselenggarakan; 5. Kualitas yang berupa penjaminan peningkatan mutu program.

Pada sistem kesehatan pemerintah melakuan perbaikan serta penyempurnaan dalam upaya menanggulangi HIV/AIDS, untuk sistem masyarakat biasanya peran masyarakat juga berpengaruh dalam hal menanggulangi HIV/AIDS di dalam masyarakat sendiri juga ada beberapa lembaga yang khusus menangani masalah HIV/AIDS, serta masyarakat juga mempunyai peran dalam pembentukan stigma terhadap para penderita HIV/AIDS. Dari penjelasan diatas dapat kita simpulkan bahwa penguatan sistem kemitraan, sistem kesehatan, serta sistem masyarakat harus saling bersinergi, karena keberadaan ketiga unsur tersebut sangat diperlukan bagi mereka yang memebutuhkan perawatan.

e. Meningkatkan koordinasi antara pemangku kepentingan dan mobilisasi penggunaan sumber dana disemua tingkat

Untuk memperoleh hasil yang maksimal maka dalam upaya pelaksanaan strategi penanggulangan diperlukan koordinasi antar pemangku kepentingan (Siagian 2002:209). Koordinasi ini harus ditingkatkan disemua tingkat dan semua tahapan

penanggulangan. secara teknisnya koordinasi penyelenggaraan dimulai dari tingkat perencanaan, pelaksanaan, sampai dengan monitoring dan evaluasi. Untuk mekanisme koordinasinya kegiatan yang memerlukan koordinasi adalah pihak-pihak yang menyiapkan segala sesuatunya yang berkaitan dengan penanggulangan. Dalam pelaksanaannya koordinasi tersebut biasanya diselenggarakan melalui rapat-rapat yang berkaitan dengan penyusunan agenda penanggulangan HIV/AIDS.

Dalam penanggulangan HIV/AIDS memerlukan dana yang tidak sedikit jumlahnya, maka dari itu distribusi pendanaan harus dilakukan dengan tepat sasaran, Karena jika pendanaan tersebut tidak lancar, maka program penanggulangan tersebut tidak berjalan sesuai dengan harapan. Mobilisasi pendanaan dikoordinasikan oleh KPA Nasional. Dana yang berasal dari sektor pemerintah maupun bantuan luar negeri digunakan untuk mendanai penyelenggaraan upaya penanggulangan disemua tingkat.

f. Mengembangakan intervensi struktural

Strategi ini diperlukan untuk seluruh program, kesuskesan program ini tergantung dari ada atau tidaknya peran aktif dari kelompok populasi kunci dan adanya kepemimpinan yang mampu menciptakan lingkunagan yang kondusif. Intervensi struktural ini meliputi pengembangan lingkungan/tatanan fisik, sosial kemasyarakatan, budaya kebijakan yang dapat menjamin adanya koordinasi dari seluruh sektor.

Dalam rangka memimpin dan mengkoordinasi respon penanggulangan HIV/AIDS ditiap daerah haruslah lebih efektif. Perlu adanya kelembagaan dan manajemen yang kuat serta koordinasi yang baik diseluruh tingkatan. Sangatlah

penting untuk mengetahui adanya kesenjangan kebijakan dan melakukan pengembangan implementasi kebijakan tersebut dalam upaya keberhasilan penanggulangan HIV/AIDS.

g. Penerapan perencanaan, prioritas, dan implementasi program berbasis data.

Strategi ini akan memastikan bahwa upaya penanggualangan yang dikembangkan mempertimbangakan adanya perbedaan sifat epidemi lokal, yang artinya setiap permasalahan epidemi di tiap-tiap daerah mempunyai perbedaan. Bahwasannya dalam merumuskan strategi yang dirumuskan juga harus konsisten dengan situasi yang dihadapi (Siagian 2002:102). Keberagaman ini biasanya dikarenakan keberagaman jalur penularan, faktor sosial ekonomi, keberagaman situasi stigma dan keberagaman kebutuhan masyarakat akan akses layanan kesehatan. Dengan demikian, adanya prioritas program yang nantinya aakan diimplementasikan ditiap-tiap daerah akan bervariasi dan tergantung dari situasi epidemi disetiap daerah dan apa saja yang diperlukan. Pada situasi dimana sumber daya sangat terbatas, dengan adanya program ini maka diharapkan mampu untuk memfasilitasi perlunya prioritas dari penggunaan sumber daya yang digunakan.

3. Faktor Pendukung dan Penghambat KPA Kota Malang dalam Menanggulangi HIV/AIDS

a. Faktor pendukung

1) Pembentukan KPA Nasional, Provinsi, dan KPA Daerah

Fenomena HIV/AIDS layaknya fenomena gunung es, dari atas nampak terlihat kecil, namun di bawahnya terdapat tumpukan es yang sangat luas dan banyak. Sama seperti HIV/AIDS jika tidak segera mendapat perhatian, maka dipastikan epidemi ini menjadi bom waktu. Pemerintah nampaknya sudah memikirkan hal ini, terbukti sejak tahun 2006 pemerintah khususnya presiden telah mengeluarkan sebuah peraturan mengenai terbentuknya KPA (komisi penanggulangan AIDS) tepatnya melalui Peraturan Presiden nomor 75 tahun 2006 yang merupakan bentuk pertama dari kebijakan (Nugroho 2006:26).

Dengan dibentuknya KPA diharapkan mampu menjadi wadah bagi masyarakat khususnya para penderita untuk mengatasi permasalahan HIV/AIDS. Terbukti pemerintah telah serius melakukan sebuah upaya untuk memberantas maupun mencegah epidemi tersebut. Selain itu dengan dibentuknya KPA pemerintah pusat yang mempunyai wewenang jadi lebih mudah untuk menentukan sebuah kebijakan yang berdasarkan fakta dan data-data yang diperoleh dilapangan, sehingga memudahkan pemerintah pusat untuk membuat kebijakan-kebijakan mengenai penanggulangan HIV/AIDS yang lebih tepat sasaran.

Keberadaan KPA tentunya sangat membantu sekali bagi mereka yang terindikasi mengidap HIV/AIDS dengan adanya KPA, para penderita maupun masyarakat yang kurang mendapat edukasi mengenai penyakit HIV/AIDS menjadi bertambah wawasannya mengenai bagaimana cara penanggulangan serta cara mengobatinya. Masyaakat juga diharapkan mampu untuk bekerjasama dengan KPA

dalam hal menanggulangi HIV/ADIS, serta lembaga-lembaga terkait juga akan sangat membantu kinerja KPA.

2) Terpenuhinya kebutuhan sarana dan prasarana

Kebutuhan akan sarana dan prasarana yang memadai menjadi sebuah tolak ukur keberhasilan program penanggulangan HIV/AIDS. Dalam merencanakan program, sebelumnya kebutuhan sarana dan prasarana dihitung secara cermat dengan melihat pada jumlah dan kebutuhan yang sudah dirumuskan sebelumnya. Seperti misalnya di Kota Malang sudah terdapat 46 outlet kondom gratis yang disebar diberbagai wilayah yang mempunyai potensi penyebaran di kelompok populasi kunci hubungan seksual beresiko, baik WPS, pelanggan WPS, maupun waria.

Sebelum dibukanya outlet kondom tersebut para staf KPA serta anggota lembaga-lembaga terkait melakukan sosialisasi dengan membagikan kondom gratis di area-area tertentu dan itu dilakukan tidak setiap hari, tentu hal tersebut kurang efektif untuk upaya penanggulangan. Namun sekarang setelah dibuka outlet-outlet kondom gratis, para WPS dan populasi kunci kategori hubungan seksual tidak aman jadi lebih mudah untuk mendapatkan alat pengaman tersebut untuk mencegah penularan HIV/AIDS.

Dengan dibukanya klinik VCT di sejumlah rumah sakit yang ada di Kota Malang memberikan sumbangsih penting terhadap upaya penanggulangan HIV/AIDS. Dengan dibukanya klinik konseling ini, para penderita tidak malu lagi untuk memerikasakan diri serta penderita mempunyai kesadaran tinggi akan memeriksakan dirinya ke klinik tersebut. Dengan dibukanya klinik konseling ini

mempermudah bagi penderita untuk mendapatkan konseling, serta untuk pihak terkait mempermudah untuk mengindikasi berapa jumlah penderita HIV/AIDS di Kota Malang.

Pada tahun 2009 Kota Malang berhasil mendapatkan prestasi yaitu Kota Malang dijadikan Kota Percontohan keberhasilan dalam hal penanggulangan HIV/AIDS. Memang dengan dibukanya klinik konseling ini penderita HIV/AIDS di Kota Malang jadi meningkat, hal ini diketahui dari berapa banyak/jumlah penderita yang memeriksakan diri di klinik VCT. Namun secara tidak langsung berarti para penderita mempunyai kesadaran yang tinggi untuk memeriksakan diri, dengan begitu penanganan akan penderita HIV/AIDS menjadi lebih intensif.

Seperti yang telah djelaskan Bapak Ketut Staf KPA Kota Malang sebelumnya bahwa, keberadaan klinik VCT ini sangat membantu bagi pihak-pihak terkait seperti pemerintah dan lembaga atau LSM terkait karena dengan dibukanya klinik VCT ini mempermudah koordinasi antara ketiganya hal ini terbukti dengan dibukanya klinik ini maka para penderita secara sukarela akan memeriksakan dirinya, dari situlah bisa diperoleh data-data yang akurat mengenai berapa jumlah penderita HIV/AIDS yang sesuai denga fakta dilapangan, hal ini bisa menjadi acuan untuk pembentukan kebijakan baru dalam hal penanggulangan HIV/AIDS diperiode selanjutnya.

b. Faktor penghambat

1) Pendanaan

Masalah pendanaan merupakan masalah klasik, salah satu penyebab terhambatnya operasionalisasai dan upaya penanggulangan HIV/AIDS adalah

mengenai keterbatasan dana. Seperti yang telah disampaikan oleh staf KPA bahwa setiap pelaksanaan program penanggulangan memerlukan dana yang jumlahnya tidak sedikit, sedangkan jumlah dana yang dimiliki KPA terbatas. Masalah dana menjadi masalah klasik bagi hampir seluruh program di instansi atau lembaga manapun. Kurang berhasilnya suatu program bisa saja disebabkan oleh masalah dana yang terbatas.

Mengenai masalah pendanaan dirasakan belum ada perda khusus mengani pendanaan KPA dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS, hal inilah yang menjadi penyebab ketidakjelasan dan kurangnya dana yang diterima untuk upaya penanggulangan. secara tertulis, pendanaan KPA Kota Malang dalam hal pelaksanaan tugas tim sudah dibebankan dari APBD, namun jumlahnya belum mencapai target. Sedangkan untuk pembiayaan KPA pusat dibebankan dalam APBN namun pendistribusian dana tersebut tidak berjalan maksimal sehingga dana yang di terima oleh KPA ditiap-tiap daerah tidak sesuai dengan harapan.

2) Kurangnya koordinasi antar institusi dan lembaga terkait

Kepemimpinan yang kurang berkoordinasi dengan baik dibeberapa sektor dan beberapa daerah yang terdampak menyebabkan tidak maksimalnya kebijakan yang akan disusun dan berdampak pada minimnya program yang diselenggarakan. Seperti permasalahan yang telah diungkapkan, didalam tubuh pemerintah sendiri masih adanya egoisme mengenai pelaksanaan program yang akan dijalankan. Semestinya

stakeholder/pemerintah dan anggota KPA ataupun lembaga-lembaga terkait (LSM) saling bersinergi dalam meyelenggarakan upaya penanggulangan. apabila dilakukan bersama-sama sesuai dengan ketentuan yang sudah ada, maka bisa dibayangkan keberhasilan akan program yang dijalankan akan berwujud nyata.

Pada permasalahan yang sedang terjadi saat ini adalah stakeholder tidak mau bekerjasama dengan pihak KPA, stakeholder mempunyai egoisme sendiri terhadap pelaksanaan program sedangkan pihak KPA sudah mempunyai program-program tersendiri yang dirasa lebih efektif untuk upaya penanggulangan. namun padakenyataannya pihak stakeholder sulit untuk melakukan koordinasi, dan hasilnya program penanggulangan yang sudah ditetapkan belum berjalan maksimal. Untuk mencapai keberhasilan sebuah program, pemerintah/stakekholder dan lembaga-lembaga terkait harus menjalin koordinasi dan kemitraan yang baik untuk mewujudkan suatu keberhasilan program. Kondisi tersebut diatas sesuai dengan yang diungkapkan oleh beberapa ahli bahwasannya dalam proses implementasi kebijakan publik sangat syarat akan mengandung unsur politis didalamnya sehingga tedapat intervensi berbagai macam kepentingan didalamnya (Agustino, 2006:138).

3) Menejemen logistik

Menejemen logistik juga merupakan bagian yang penting dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS, karena menejemen logistik yang dimaksudkan disini adalah yang berkaitan dengan pengadaan obat ARV. Pada kenyataannya, pengadaan ARV masih belum maksimal artinya dibeberapa daerah atau klinik layanan pengobatan masih sering terjadi kekurangan ARV. ARV sangat dibutuhkan untuk

penderita HIV/AIDS atau ODHA. Karena ARV mempunyai sifat untuk menekan laju pertumbuhan virus HIV, sehingga angka hidup penderita jadi semakin tinggi. Namun obat ini tidak dapat menjamin kesembuhan 100% bagi penderita, jadi obat ini hanya bersifat untuk menekan laju pertumbuhan virus.

Namun penggunan obat ARV ini masih sangat terbatas dan digunakan hanya untuk kalangan tertentu (menengah keatas) dikarenakan harga obat yang masih mahal. Dari seluruh jumlah penderita didunia, yang menggunakan obat ARV sebagai terapi rutin hanya masih 4% nya saja. Pendistribusian obat ARV ini mengalami hambatan selain dikarenakan harganya yang masih mahal, pendanaan dari pemerintah juga menjadi alasan mengapa keberadaan dan pendistribusian obat ini tidak berjalan maksimal. Seharusnya semua penderita mempunyai akses yang memadai terhadap konsumsi obat anti retroviral ini, mereka juga mempunyai hak yang sama untuk mendapatkan pengobatan dan harga yang mahal semestinya harus bisa ditanggulangi oleh pemerintah dan pemerintah jaga mempunyai solusi akan permasalahan tersebut.

4) Kebutuhan sumber daya manusia

Kebutuhan akan sumber daya manusia menjadi hal yang sangat penting, sumber daya manusia dalam konteks penanggulangan HIV/AIDS adalah mereka yang membantu memberikan perawatan dan dukungan terhadap penderita yang meliputi tenaga-tenaga dalam bidang perencanaan, pelaksanaan, dan tenaga-tenaga yang memonitoring dan mengevaluasi disemua tingkatan. Kurangnya SDM merupakan

sebuah hambatan dalam upaya penanggulangan HIV, keberadaan tenaga-tenaga tersebut dirasa belum memenuhi target. Kebutuhan SDM yang dihitung adalah untuk mencapai setidaknya 80% program layanan yang komprehensif.

Menurut staf KPA untuk menganggulangi kurangnya tenaga tersebut hendaknya diadakan pengembangan bantuan teknis agar program berjalan efektif dan efisien. Pada umumnya bantuan teknis biasanya berjangka waktu singkat dan dimobilisasi dari tempat lain. Maka dari itu untuk mengefektifkan program pelaksanaan penanggulangan HIV/AIDS bantuan teknis seharusnya yang berasal dari sumber daya setempat agar pelaksanaan programnya berjalan sesuai dengan keinginan. Karena jika bantuan teknis berasal dari sumber daya setempat, maka upaya penanggulangannya akan lebih efektif, hal ini dikarenakan sumber daya tersebut mempunyai keterikatan dengan penderita yang berasal dari tempat yang sama.