

**CATATAN ATAS KEBIJAKAN DAN PROGRAM HIV & AIDS
DI INDONESIA**

Catatan atas Kebijakan dan Program HIV & AIDS di Indonesia

**Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK)
Fakultas Kedokteran – Universitas Gadjah Mada**

Catatan atas Kebijakan dan Program HIV & AIDS di Indonesia

© PKMK FK UGM

Penyusun

Tim PKMK FK UGM:

Hersumpana; Chrysant Lily K, MA; M. Suharni, MA; dr. Ita Perwira, MPH; Iko Safika, PhD; Ignatius Praptoraharjo, PhD; dr. Satiti R.P, Sp.KK(K); Swasti Sempulur, S.Sos; Eviana Hapsari Dewi, MPH

Editor

Achmad Choirudin, S.IP

Perancang Sampul, Tata Letak dan Ilustrasi

Flyingpants.Lab

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KTD)

Catatan atas Kebijakan dan Program HIV & AIDS di Indonesia/

M. Suharni, MA; Hersumpana, MA; Chrysant Lily K, MA; dr. Ita Perwira, MPH; Iko Safika, PhD; Ignatius Praptoraharjo, PhD; dr. Satiti R.P, Sp.KK(K); Swasti Sempulur, S.Sos; Eviana Hapsari Dewi, MPH

Yogyakarta: Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah

Mada (PKMK FK UGM)

271 halaman/16,5 x 23 cm

Cetakan pertama, Juni 2016

ISBN: 978-602-0857-20-6

1. Respons 2. HIV & AIDS 3. Indonesia

I. Judul

Disusun dengan dukungan Pemerintah Australia melalui *Department of Foreign Affairs and Trade* (DFAT) melalui PKMK FK UGM.

Laporan ini bisa dikutip, disalin, dan digandakan dengan menyebutkan sumbernya dan dipergunakan untuk kepentingan pendidikan masyarakat, bukan untuk kepentingan komersial.

Sitasi yang disarankan:

PKMK FK UGM. 2016. Catatan atas Kebijakan dan Program HIV & AIDS di Indonesia.

DAFTAR ISI

06

Daftar Isi

15

Daftar Gambar

15

Daftar Tabel

34

Kesenjangan antara
Produk Kebijakan Upaya
Penanggulangan AIDS dan
Implementasinya

38

Meningkatkan Efektivitas
Implementasi Kebijakan AIDS

41

Tantangan Desentralisasi
Kebijakan Kesehatan

44

Kontekstualisasi Strategi
Rencana Penanggulangan HIV &
AIDS di Daerah

48

Implikasi Model Penyusunan
Kebijakan terhadap Penelitian
dan Advokasi Isu HIV & AIDS

54

Memaknai Integrasi Kebijakan
Penanggulangan HIV & AIDS ke
dalam Sistem Kesehatan: *Own-
ership* dan *Engagement*

58

Integrasi Layanan HIV dengan
Layanan Kesehatan Umum:
Benarkah Berkontribusi pada
Efisiensi?

61

Efektivitas Integrasi LKB dalam
Sistem Kesehatan Umum

65

Penanggulangan HIV & AIDS
dalam Jaminan Kesehatan
Nasional

68

Kesenjangan Tenaga AIDS
dalam Sistem Kesehatan
Umum

71

Kebutuhan SDM AIDS dari
Pekerja Non-Kesehatan

74

Menggagas Pembiayaan Sektor
Komunitas

78

Pengalaman Advokasi Kebijakan
Publik di Era Otonomi Daerah:
Refleksi Peran NGO dan
Lembaga Kajian (*Think Tank*)

82

Seni Memanfaatkan Data

86

Informasi Strategis untuk
Perencanaan Program
Penanggulangan AIDS di
Daerah

89

Mengembangkan Perencana-
naan Program HIV & AIDS yang
Mencerminkan Situasi Epidemi
dan Kebutuhan pada Populasi
Kunci

93

Kesenjangan Pemahaman
Surveilans di antara Pusat dan
Daerah

96

Mendefinisikan Kembali
Apa yang Mungkin: Respons
terhadap AIDS secara Global

99

Peran Tenaga Kesehatan dalam
Meningkatkan Cakupan Tes HIV

102

Siapakah Puskesmas Menjadi
Pusat Layanan HIV?

105

Tantangan Implementasi SUFA
di Tingkat Layanan Primer

112

Layanan Komprehensif
Berkesinambungan (LKB) untuk
Meningkatkan Inisiasi ARV

115

Profilaksis Pra-Pajanan (PPrP)
sebagai Alternatif Pencegahan
Penularan HIV

118

Sejauh Mana Kebijakan
Penanggulangan HIV & AIDS
untuk PPIA?

121

Faktor-Faktor yang
Memengaruhi Integrasi Layanan
SRH dengan Layanan HIV & AIDS

124

Integrasi Layanan HIV dan
Penanganan Kekerasan
terhadap Perempuan: Peran
Sektor Kesehatan

130

Kerangka Kerja *Contracting Out*
Pelayanan Kesehatan untuk
Penanggulangan AIDS

138

Peran *Interest Group* dalam
Memengaruhi dan Mengawal
Kebijakan

142

Signifikansi Penelitian dalam
Upaya Penanggulangan HIV &
AIDS

145

Penelitian Operasional untuk
Perbaikan Pengelolaan Program
HIV

148

Logic Model dalam
Pengembangan Strategi
Promosi Kesehatan
Pencegahan HIV & AIDS

152

Dimensi Etis dan Keselamatan
Kerja Tenaga Kesehatan dalam
Memberikan Layanan pada
ODHA

155

Saatnya Memberikan
Perhatian pada Pencegahan
dan Perawatan Hepatitis
dalam Penanggulangan AIDS

159

Merombak Tanpa Merusak:
Menjaga Ketegangan Kreatif
dalam Penanggulangan HIV &
AIDS

164

Saat *Wealth* Menentukan *Health*:
Mengapa Isu Sosial Penting
untuk Program dan Kebijakan
Kesehatan

169

Close the Gap: Menutup
Kesenjangan antara Isu HIV &
AIDS dan Isu Sukarelawan

172

Menuju Healthy AIDS Policy:
Refleksi atas Isu Stigma dan
Diskriminasi

176

Pendidikan HIV: Bergerak
dari Pendekatan Biomedis ke
Biososial untuk Mengurangi
Stigma dan Diskriminasi

180

Berbagi Pengetahuan AIDS
untuk Perubahan: Dari
Knowledge Dissemination ke
Knowledge Management

183

Pendekatan Generasi Keempat
untuk Penanggulangan HIV &
AIDS

185

Penanggulangan HIV & AIDS
dan Sensitivitas Gender

188

Kesetaraan Gender dalam
Penanggulangan HIV & AIDS
dan Hubungannya dengan
Pencapaian MDGs

192

Memahami Konsep Risiko
(Penularan HIV) dalam Konteks
Relasi Sosial

196

Dilema dalam Mengembangkan
Kebijakan Pencegahan
Penularan HIV melalui Transmisi
Seksual (PMTS): Perspektif
Interaksi Seksual

203

Perspektif Alternatif: Hubungan
antara Kekerasan Struktural dan
AIDS

206

PITC dan Aspek Hak Asasi Ibu
Hamil

210

Meretas Garis Tegas Antara
Pendidikan HIV & AIDS untuk
Populasi Kunci dan Populasi
Umum

214

Anak dan HIV: Mungkinkah
Sekolah Mendukung Anak-anak
yang Terdampak HIV & AIDS?

217

Kekerasan terhadap Pekerja Seks
dalam Konteks Penanggulangan
HIV & AIDS

220

Kebijakan Dekriminalisasi
Pekerja Seks: Dapatkah
Mengurangi Infeksi HIV Baru?

228

Wacana Legalisasi Prostitusi
Membela (Si) Apa?

231

Harm Reduction Sebagai
Pendekatan Penanggulangan
Permasalahan Narkoba

235

Kontroversi Program *Harm
Reduction* Bagi Pengguna Napza
Suntik

237

Kompleksitas Masalah Narkoba:
Menimbang dari Kacamata
Pengguna

240

Kontroversi Kebijakan Hukum
dan Pendekatan Kesehatan
tentang Pecandu

243

"Test and treat" di Sauna dan
Panti Pijat di Jakarta: Strategi
Mendekatkan Layanan HIV &
AIDS kepada Kelompok LSL

246

Menyambut SDGs: Bagaimana
Perlindungan Sosial bagi Orang
yang Terdampak AIDS?

250

Respons Penanggulangan HIV &
AIDS dalam SDGs dan *Universal
Health Coverage*

254

Menjangkau yang Tak Terjangkau:
Antara Strategi dan Kebijakan

258

Dari Prinsip ke Realitas:
Keterlibatan Bermakna ODHA
dalam Penanggulangan HIV &
AIDS

263

Refleksi Upaya Penanggulangan
HIV & AIDS dalam Peringatan
HAS 2015

268

Epilog

DAFTAR GAMBAR

82

Gambar 1. Kerangka Pemanfaatan Data untuk Pengambilan Keputusan (diterjemahkan dari MEASURE Evaluation 2006)

131

Gambar 2. Kerangka Kerja *Contracting Out* dalam Pelayanan Kesehatan

132

Gambar 3. Mekanisme Kontrak antara Sektor Pemerintah dan Nonpemerintah dalam Pelayanan Kesehatan

164

Gambar 4. Angka Kematian Anak di bawah Lima Tahun Berdasarkan Tingkat Kesejahteraan Rumah Tangga. Sumber: *World Health Organization* (2008), hlm. 30, Gambar 2-2.

DAFTAR TABEL

232

Tabel 1. Jumlah Kasus Narkotika Menurut Jenis Tahun 2008–2012

AKRONIM DAN SINGKATAN

| | |
|--------------|--|
| AEM | <i>Asian Epidemic Model</i> |
| AIS | <i>AIDS Indicator Survey</i> |
| APBD | Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah |
| APBN | Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara |
| APNSW | <i>Asia Pacific Network of Sex Workers</i> |
| ART | <i>Anti Retroviral Therapy</i> |
| ARV | <i>Anti Retroviral</i> |
| Balitbangkes | Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan |
| Bappeda | Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah |
| BLUD | Badan Layanan Umum Daerah |
| BNN | Badan Narkotika Nasional |
| BPJS | Badan Penyelenggara Jaminan Sosial |
| CASAM | <i>Centre for Advocacy on Stigma and Marginalization</i> |
| CDC | <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> |
| CSR | <i>Corporate Social Responsibility</i> |
| CST | <i>Care Support Treatment</i> |
| DHS | <i>Demographic and Health Surveys</i> |
| DPR/DPRD | Dewan Perwakilan Rakyat/Dewan Perwakilan Rakyat Daerah |
| DHS | <i>Demographic and Health Survey</i> |
| Fasyankes | Fasilitas Pelayanan Kesehatan |
| GIPA | <i>Greater Involvement of People Living with AIDS</i> |
| HAM | Hak Asasi Manusia |
| HBV | Virus Hepatitis B |
| HCPI | <i>HIV Cooperation Program for Indonesia</i> |
| HCV | Virus Hepatitis C |

| | |
|------------------|---|
| HEMI | <i>HIV Epidemiological Modeling and Impact</i> |
| HIV & AIDS | <i>Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> |
| IBBS | <i>Integrated Biological and Behavioural Survey</i> |
| IBI | Ikatan Bidan Indonesia |
| IMS | Infeksi Menular Seksual |
| IPPF | <i>International Planned Parenthood Federation</i> |
| Jamkesmas | Jaminan Kesehatan Masyarakat |
| Jamkesda | Jaminan Kesehatan Daerah |
| JKN | Jaminan Kesehatan Nasional |
| KB | Keluarga Berencana |
| KDS | Kelompok Dukungan Sebaya |
| Kemendagri RI | Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia |
| Kemendes RI | Kementerian Kesehatan Republik Indonesia |
| Kemensos RI | Kementerian Sosial Republik Indonesia |
| KIA | Kesehatan Ibu dan Anak |
| KK | Kartu Keluarga |
| Komnas Perempuan | Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan |
| KPAD | Komisi Penanggulangan AIDS Daerah |
| KPAN | Komisi Penanggulangan AIDS Nasional |
| KTP | Kartu Tanda Penduduk |
| KTSP | Kurikulum Tingkat Satuan Pendidikan |
| KUHP | Kitab Undang-Undang Hukum Pidana |
| Lapas | Lembaga Pemasyarakatan |
| LASS | Layanan Jarum dan Alat Suntik Steril |
| LKB | Layanan Komprehensif Berkesinambungan |

| | |
|-------------|---|
| LGBT | <i>Lesbian, Gay, Biseksual, Transgender</i> |
| LSL | Laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki |
| LSM | Lembaga Swadaya Masyarakat |
| MDGs | <i>Millennium Development Goals</i> |
| MIPA | <i>Meaningful Involvement of People Living with or Affected by HIV & AIDS</i> |
| MPI | Mitra Pembangunan Internasional |
| Napza | Narkoba, psikotropika, dan zat adiktif lain |
| Ornop | Organisasi nonpemerintahan |
| NGO | <i>Non Governmental Organization</i> |
| NSP | <i>Needle Syringe Programme</i> |
| OBK | Organisasi Berbasis Komunitas |
| ODHA | Orang dengan HIV & AIDS |
| OMS | Organisasi Masyarakat Sipil |
| PBB | Perserikatan Bangsa-Bangsa |
| PBI | Penerima Bantuan Iuran |
| PDP | Pengobatan Perawatan dan Dukungan |
| Penasun | Pengguna napza suntik |
| Perda | Peraturan Daerah |
| Perpres | Peraturan Presiden |
| PEPFAR | <i>United States President's Emergency Plan for AIDS Relief</i> |
| PKBI | Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia |
| PKM | Pusat Kesehatan Masyarakat |
| PKMK FK UGM | Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada |
| PKNI | Persaudaraan Korban Napza Indonesia |

| | |
|-----------|--|
| PMKS | Penyanggah Masalah Kesejahteraan Sosial |
| PMTS | Pencegahan HIV melalui Transmisi Seksual |
| PNS | Pegawai Negeri Sipil |
| PP | Peraturan Pemerintah |
| PPIA | Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak |
| PPrP | Profilaksis Pra-Pajanan |
| PPP | Profilaksis Pasca-Pajanan |
| PSK | Pekerja Seks Komersial |
| PITC | <i>Provider-Initiative for Testing and Counselling</i> |
| PTRM | Program Terapi Rumatan Metadon |
| Puskesmas | Pusat Kesehatan Masyarakat |
| RAN | Rencana Aksi Nasional |
| Rutan | Rumah tahanan |
| SDGs | <i>Sustainable Development Goals</i> |
| SDM | Sumber Daya Manusia |
| SIHA | Sistem Informasi HIV & AIDS |
| SKPD | Satuan Kerja Perangkat Daerah |
| SKN | Sistem Kesehatan Nasional |
| SOP | <i>Standard Operating Procedures</i> |
| SRAD | Strategi Rencana Aksi Daerah |
| SRAN | Strategi dan Rencana Aksi Nasional |
| SRAP | Strategi Rencana Aksi Provinsi |
| SRH | <i>Sexual and Reproductive Health</i> |
| STBP | Survei Terpadu Biologis dan Perilaku |
| STHP | Survei Terpadu HIV-Perilaku |

| | |
|--------|---|
| SUFA | <i>Strategic Use of Antiretroviral</i> |
| TB | <i>Tuberculosis</i> |
| TKIP | Tes dan Konseling Inisiatif Petugas |
| TRIPS | <i>Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights</i> |
| UCSF | University of California, San Francisco |
| UHC | <i>Universal Health Coverage</i> |
| UNAIDS | <i>Joint United Nations Programme on HIV & AIDS</i> |
| UNDP | <i>United Nations Development Program</i> |
| UNESCO | <i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i> |
| UNFPA | <i>United Nations Population Fund</i> |
| UNGASS | <i>United Nations General Assembly Special Sessions</i> |
| UNICEF | <i>United Nations Children Emergency Fund</i> |
| UPTD | Unit Pelaksana Teknis Daerah |
| UU | Undang-Undang |
| VCT | <i>Voluntary Counseling and Testing</i> |
| WBP | Warga Binaan Pemasyarakatan |
| WHA | <i>World Hepatitis Alliance</i> |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |
| WPS | Wanita Pekerja Seks |
| WPSL | Wanita Pekerja Seks Langsung |
| WPSTL | Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung |
| WTO | <i>World Trade Organization</i> |

KONTRIBUTOR



Ignatius Praptoraharjo, Ph.D

merupakan peneliti di Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dan di Pusat Penelitian HIV (PPH) Universitas Katholik Atma Jaya Jakarta. Gelar doktor diperolehnya dari Universitas Illinois di Chicago pada tahun 2010 jurusan Administrasi Kebijakan Kesehatan. Dia merupakan salah satu penerima beasiswa AITRP (UIC-AIDS International Training and Research Program), Fogarty International Centre, US National Institute of Health. Sejak tahun 1993, bidang pekerjaan yang ditekuninya adalah kebijakan HIV & AIDS, program-program untuk pengguna jarum suntik, waria, pekerja migran dan pekerja seks wanita.

Dia pernah menjadi *National Technical Officer* untuk program *Harm Reduction* di *Family Health International (FHI) Indonesia*, pada tahun 2002-2006. Di PKMK FK UGM, dia pernah menjadi *Team Leader* untuk proyek *CHPM's Performance Management and Leadership Program for District Health Offices* di Provinsi Papua atas pendanaan dari USAID Kinerja dan proyek penelitian Kebijakan dan Program HIV & AIDS dalam Kerangka Sistem Kesehatan di Indonesia, pendanaan dari DFAT. Dalam proyek penelitian ini, dia juga sekaligus sebagai peneliti utamanya. Selain itu, dia juga sebagai konsultan untuk KPAN, Kementerian Kesehatan, Kementerian Negera Pemberdayaan Perempuan dan Anak, HCPI, UNFPA dan UNODC. Penelitiannya kebanyakan berfokus pada topik-topik analisis jaringan sosial, determinan sosial pada kesehatan dan kebijakan kesehatan, khususnya pada isu HIV & AIDS serta kelompok marginal.



Iko Safika, Ph.D

merupakan peneliti yang banyak bergerak di bidang HIV & AIDS. Sejak Agustus 2013 hingga Maret 2015, terlibat dalam penelitian Kebijakan dan Program HIV & AIDS dalam Kerangka Sistem Kesehatan di Indonesia, kerjasama PKMK FK UGM dan DFAT sebagai peneliti utama. Selain itu, dia juga pernah bergabung sebagai peneliti di Pusat Penelitian HIV (PPH) Universitas Katholik Atma Jaya Jakarta. Gelar doktor diperolehnya dari Universitas Illinois di Chicago pada tahun 2010 pada jurusan Administrasi Kebijakan Kesehatan. Dia merupakan salah satu penerima beasiswa AITRP (*UIC-AIDS International Training and Research Program*), *Fogarty International Centre, US National Institute of Health*.

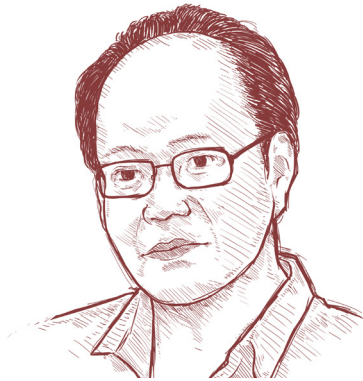
Postdoctoralnya diperoleh dari *International AIDS Society (IAS)* and *The National Institute on Drug Abuse (NIDA)*. Sebelumnya, dia pernah menjabat sebagai *Team Leader* di Eijkman-Oxford Clinical Research Unit di Jakarta dan pernah sebagai konsultan untuk proyek USAID *Scaling Up for Most-At-Risk Populations (SUM)*. Minat penelitiannya kebanyakan di bidang perilaku berisiko HIV pada populasi kunci, dan juga di bidang metodologi survei lintas budaya dan analisis multilevel.



dr. Satiti Retno Pudjiastuti, SPKK(K)

merupakan salah satu pengajar di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, sekaligus sebagai konsultan pada Kolegium Ilmu Kesehatan Kulit & Kelamin. Kesehariannya, dia merupakan dokter di RSUP DR. Sardjito, dan rumah sakit swasta di Yogyakarta dengan spesialisasi kulit dan kelamin. Dia memiliki perhatian dalam isu HIV & AIDS dan sangat dekat dengan komunitas populasi kunci. Ketertarikan dan keseriusannya dalam isu HIV menjadi salah satu alasan bergabung di dalam proyek penelitian Kebijakan dan Program HIV & AIDS dalam Kerangka Sistem Kesehatan di Indonesia, kerjasama PKMK FK UGM dan DFAT sebagai peneliti utama. Sebelumnya, dia sudah lama berkecimpung dalam penelitian HIV & AIDS dari perspektif medis.

Disamping itu, dia juga produktif menulis karya ilmiah yang diterbitkan di jurnal nasional maupun internasional. Lebih dari 20 karya tulisnya pernah diterbitkan dalam jurnal nasional. Dia sering diminta menjadi narasumber pada forum seminar, pertemuan nasional, maupun konferensi internasional. Pengalaman lain yang dimiliki adalah menjabat sebagai ketua PERDOSKI cabang Yogyakarta dan wakil ketua PERDOSKI Pusat.



M. Suharni, MA

berlatar belakang antropologi yang dia peroleh dari Fakultas Sosiologi dan Antropologi *Ateneo de Manila University*, Filipina pada tahun 1997 program beasiswa dari The IPC-DSA, yang didanai oleh *Ford Foundation*. Selama ini, banyak terlibat di LSM lokal di Palembang sebagai peneliti dan program manajer dalam isu *Harm Reduction*. Dia pernah bekerja di FHI Indonesia pada tahun 2007 hingga 2010 sebagai *National IDU Officer* dan *West Java IDU Officer* untuk program *Harm Reduction*. Saat ini, dia terlibat sebagai peneliti dalam proyek penelitian Kebijakan dan Program HIV & AIDS dalam Kerangka Sistem Kesehatan di Indonesia, kerjasama PKMK FK UGM dan DFAT.

Minat utamanya pada penelitian-penelitian mengenai kebijakan dan good governance untuk isu HIV & AIDS serta populasi yang termarginalkan. Dari pengalamannya selama ini, dia berpengalaman melakukan penelitian operasional, kebijakan dan implementasi program dengan metode penelitian kuantitatif maupun kualitatif, mulai dari pengembangan desain dan manajemen penelitian, analisis data, evaluasi teknis dan penulisan laporan penelitian.



Ignatius Hersumpana, MA

merupakan peneliti pada Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK), Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada. Saat ini, dia terlibat dalam proyek penelitian Kebijakan dan Program HIV & AIDS dalam Kerangka Sistem Kesehatan di Indonesia, yang didanai oleh DFAT. Ia memiliki pengalaman sebagai peneliti pada tema marginalitas, kolektifitas, kemiskinan kaum pinggiran, dan HIV & AIDS. Ia juga bekerja sebagai pegiat untuk pengembangan komunitas pada isu pendidikan pada daerah terpencil.

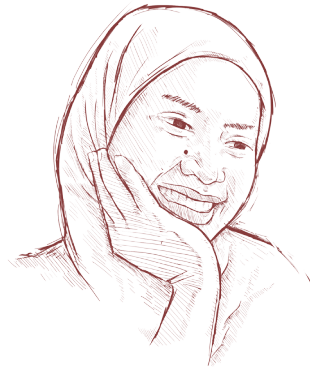
Dalam beberapa waktu, ia juga memiliki perhatian untuk pengembangan permasalahan inklusivitas, keberagaman dan kekerasan. Ia memiliki latar belakang pendidikan pada Ilmu Sosial pada tahun 1997 dari Universitas Sebelas Maret Surakarta dan gelar masternya pada ilmu Sejarah dari Universitas Gadjah Mada pada tahun 2014.



Chrysant Lily, MA

merupakan salah satu penerima beasiswa StuNed 2005/06 untuk gelar masternya di *Institute of Social Studies (ISS) Erasmus University The Hague*, jurusan *Development Studies* untuk ilmu *Gender and Development*. Penelitian yang dilakukan untuk memenuhi tugas akhir pendidikan masternya, tentang pendekatan berbasis hak untuk pendidikan seksualitas. Dia mengawali karirnya pada tahun 2007, dengan bergabung pada beberapa organisasi internasional, baik di Indonesia maupun di luar negeri. Dari pengalamannya selama ini, kemampuan terkuatnya dalam hal pelatihan, mentoring dan pengelolaan program untuk isu-isu *gender*, anak dan pengelolaan *volunteer*.

Dia mempunyai ketertarikan pada berbagai isu, tetapi minat utamanya dalam hal kebijakan kesehatan. Sejak tahun 2014, dia bergabung di Pusat Kebijakan Manajemen Kesehatan (PKMK), Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, sebagai peneliti dalam proyek penelitian Kebijakan dan Program HIV & AIDS dalam Kerangka Sistem Kesehatan di Indonesia, yang didanai oleh DFAT.



dr. Ita Perwira, MPH

memiliki latar belakang pendidikan sebagai dokter dengan pengalaman lebih dari 7 tahun bekerja di bidang kesehatan dan pembangunan masyarakat di berbagai lembaga, baik lokal maupun internasional. Gelar master diperolehnya dari *University of Auckland's Population Health Department* dengan beasiswa penuh dari pemerintah New Zealand (NZAid). Sebelumnya, dia juga telah memperoleh gelar master di jurusan Epidemiologi di Universitas Indonesia. Dia memiliki pengalaman yang cukup kuat dalam hal perencanaan dan manajemen program/projek, monitoring & evaluation, sampai dengan penutupan program. Fokus isu yang selama ini ditekuninya dalam hal HIV & AIDS, kesehatan ibu dan anak (KIA), *tuberculosis*, pendidikan dan pembangunan masyarakat.

Di bidang penelitian, dia memiliki kemampuan baik dalam penelitian kuantitatif maupun kualitatif, termasuk pengembangan desain dan manajemen penelitian, analisis data, evaluasi teknis dan penulisan laporan penelitian. Sejak tahun 2015, dia bergabung di Pusat Kebijakan Manajemen Kesehatan (PKMK), Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, sebagai peneliti dalam proyek penelitian Kebijakan dan Program HIV & AIDS dalam Kerangka Sistem Kesehatan di Indonesia, yang didanai oleh DFAT.



Swasti Sempulur, S.Sos

merupakan sarjana antropologi dari Universitas Gadjah Mada dan memiliki pengalaman hampir 10 tahun di isu HIV & AIDS. Selama bergabung dengan beberapa lembaga, baik lokal maupun internasional, fokus isu yang pernah digelutinya adalah *harm reduction*, pencegahan HIV & AIDS melalui transmisi seksual, kesehatan seksual dan reproduksi bagi buruh migran internasional, malaria serta program penguatan kapasitas kepemimpinan dan manajemen layanan kesehatan di Provinsi Papua. Selain itu, dia juga berpengalaman dalam melakukan monitoring dan evaluasi program serta penelitian kuantitatif maupun kualitatif.

Saat ini, dia menjabat sebagai asisten peneliti di Pusat Kebijakan Manajemen Kesehatan (PKMK), Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada dalam proyek penelitian Kebijakan dan Program HIV & AIDS dalam Kerangka Sistem Kesehatan di Indonesia, yang didanai oleh DFAT. Salah satu tugas utamanya adalah mengelola konten website kebijakan HIV & AIDS agar selalu up to date serta mengelola diskusi community of practice untuk isu kebijakan AIDS Indonesia.



Eviana Hapsari Dewi, MPH

mempunyai pengalaman lebih dari 10 tahun terlibat dalam pengelolaan proyek pembangunan masyarakat maupun proyek penelitian dengan berbagai latar belakang isu, mulai dari kesehatan reproduksi, HIV & AIDS, lingkungan, pengurangan risiko bencana, pembangunan perdamaian (transformasi konflik) serta nutrisi dan gizi pada anak sekolah. Dia mengawali karirnya sebagai asisten peneliti pada tahun 1999 dalam penelitian kesehatan reproduksi pada wanita pedesaan di Bali yang didanai oleh *The Population Council*. Gelar master diperolehnya pada tahun 2014 dari Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Minat Perilaku dan Promosi Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada.

Lembaga atau proyek yang pernah diikutinya, kebanyakan didanai oleh AusAID / DFAT. Sejak Agustus 2013, dia bergabung dengan Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada sebagai Koordinator Penelitian dalam proyek penelitian *multi-centered* yang melibatkan 9 universitas di 8 provinsi atas pendanaan dari DFAT (Kebijakan dan Program HIV & AIDS dalam Kerangka Sistem Kesehatan di Indonesia). Selain itu, dia juga menjadi asisten dosen di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Minat Perilaku dan Promosi Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada.

PROLOG

Ide awal penelitian Integrasi Kebijakan dan Program Penanggulangan HIV & AIDS ke dalam Sistem Kesehatan yang dilaksanakan oleh Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dengan dukungan dari *Department of Foreign Affairs and Trade* (DFAT), Pemerintah Australia, berangkat dari kenyataan bahwa program HIV & AIDS di Indonesia merupakan bagian dari inisiatif kesehatan global untuk merespon situasi epidemi di Indonesia. Oleh karenanya, permasalahan integrasi dengan sistem kesehatan menjadi sebuah pertanyaan besar mengingat berbagai penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa model penanggulangan HIV & AIDS yang didorong oleh inisiatif kesehatan global telah mengakibatkan berbagai konsekuensi negatif pada sistem kesehatan, seperti terbangunnya sistem pelayanan kesehatan yang paralel; diterapkannya model-model intervensi yang bersifat global; dan terpisahnya layanan HIV & AIDS dari pelayanan kesehatan lainnya yang justru memperbesar eksklusi sosial bagi kelompok marginal. Beranjak dari 'keprihatinan' tersebut, maka penelitian ini mengembangkan tiga agenda utama yang dikaji dan direkomendasikan selama proses penelitian ini berlangsung. Ketiga agenda tersebut adalah (1) pentingnya integrasi program HIV & AIDS ke dalam sistem kesehatan, (2) mengintegrasikan pendekatan struktural ke dalam intervensi penanggulangan HIV & AIDS saat ini yang didominasi oleh pendekatan individual, yang pada dasarnya diintroduksi oleh inisiatif kesehatan global, dan (3) mendorong pelayanan kesehatan yang inklusif mengingat populasi utama dari penanggulangan HIV & AIDS ini adalah kelompok yang terpinggirkan di dalam masyarakat.

Agenda pertama dari seri penelitian tersebut, dimulai dengan melakukan penelitian untuk mengukur tingkat integrasi fungsi-fungsi program penanggulangan HIV & AIDS dengan fungsi-fungsi sistem kesehatan. Pengukuran tingkat integrasi ini menjadi penting mengingat bahwa inisiatif global ini bersifat sementara dan pada akhirnya menjadi tanggung jawab sistem kesehatan untuk meneruskan, memperluas dan menjamin keberlangsungan inisiatif tersebut di masa depan. Pengukuran integrasi ini dilakukan berdasarkan pada cakupannya (nasional dan daerah) dan jenis intervensinya (pencegahan dan perawatan, pengobatan dan dukungan) dan telah dilakukan di 8 provinsi (Sumatera Utara, DKI Jakarta, Jawa Timur, Bali, NTT, Sulawesi Selatan, Papua Barat dan Papua). Secara umum, hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa integrasi kebijakan dan program penanggulangan HIV & AIDS ke dalam sistem kesehatan belum sepenuhnya terjadi. Gambaran tentang berlakunya sistem paralel dalam penyediaan layanan, pembiayaan, penyediaan logistik dan pengelolaan informasi strategis bisa dilihat dalam pelaksanaan penanggulangan HIV & AIDS di berbagai wilayah dan jenis intervensinya. Integrasi masih menjadi tantangan yang besar untuk bisa diwujudkan dalam penanggulangan HIV & AIDS, karena adanya berbagai kepentingan yang berbeda baik di tingkat pusat maupun daerah, yang tidak mudah untuk dinegosiasikan.

Semakin dipahami bahwa pendekatan intervensi yang dikembangkan dalam penanggulangan HIV & AIDS untuk berbagai populasi kunci ini sangat didominasi oleh pendekatan yang bersifat individual, dimana perubahan perilaku individual menjadi indikator untuk menilai keberhasilan program. Dengan demikian, intervensi yang dilakukan adalah berupaya untuk melakukan perubahan perilaku individu. Berdasarkan pengalaman-pengalaman intervensi sebelumnya, pendekatan individual ini terbukti kurang mampu untuk merespon permasalahan HIV & AIDS yang bersifat kompleks, karena hanya berfokus pada perubahan perilaku individu yang diasumsikan sebagai individu yang bebas (*agency*). Meski pendekatan struktural telah dikenalkan dengan program Pencegahan Melalui Transmisi Seksual (PMTS), tetapi filosofi dari pendekatan ini belum secara optimal tercermin dalam rancangan program di lapangan. Implementasi pendekatan ini lebih tampak pada pembentukan struktur/komponen program dari pada menggambarkan logika dari program. Untuk itu, penggunaan model intervensi yang bersifat berjenjang yang mencakup tingkat individu, interpersonal, jaringan sosial, dan struktural menjadi sebuah keharusan. Intervensi ini diharapkan mampu menangkap kompleksitas dalam penanggulangan HIV & AIDS yang pada gilirannya bisa mendorong efektivitas program yang lebih tinggi.

Proses penelitian ini juga menyadarkan bahwa isu *equity* dalam program penanggulangan HIV & AIDS belum cukup disikapi. Isu ini perlu diperhatikan karena target utama dari program ini adalah kelompok-kelompok yang secara sosial memiliki hambatan untuk mengakses layanan kesehatan seperti halnya masyarakat pada umumnya. Meski upaya penanggulangan HIV & AIDS memang diarahkan pada kelompok tersebut, tetapi pelayanan bagi kelompok tersebut masih paralel dengan pelayanan kesehatan pada umumnya. Stigma terhadap latar belakang perilaku dan status HIV tampaknya masih cukup kuat di masyarakat dan di penyedia layanan kesehatan umum sehingga mengakibatkan berbagai tindakan diskriminatif terhadap kelompok. Stigma ini pula lah yang memengaruhi bagaimana regulasi terkait dengan pelayanan kesehatan ditetapkan. Pelayanan HIV yang terpisah karena terjadinya stigma tersebut pada akhirnya akan menghambat integrasi pelayanan tersebut ke dalam pelayanan kesehatan pada umumnya. Dari sisi keberlanjutan layanan, maka layanan HIV (sebagian besar didukung oleh donor) yang terpisah dari layanan umum ini bisa terancam karena tidak adanya dukungan sumber daya dari pelayanan kesehatan umum. Untuk itu, mendorong inklusi sosial dalam pelayanan kesehatan pada umumnya, menjadi agenda prioritas dalam penanggulangan HIV & AIDS.

Atas dasar tiga agenda utama dalam seri penelitian tersebut, para peneliti mencoba membuat catatan-catatan kecil tentang berbagai temuan-temuan yang diperoleh selama proses penelitian ini berlangsung yang kemudian dikompilasi ke dalam buku ini. Meski diikat oleh tiga agenda utama tersebut, catatan yang disusun pada dasarnya merupakan catatan yang bersifat lepas dari catatan yang lain karena penyusunan catatan-catatan ini selain didasarkan pada temuan pokok dalam penelitian juga disesuaikan dengan topik-topik hangat yang sedang menjadi wacana dalam komunitas pegiat HIV & AIDS di Indonesia. Dengan demikian, catatan-catatan ini juga merupakan respon atas wacana yang sedang berkembang. Catatan-catatan ini tidak sepenuhnya merupakan artikel yang bersifat akademis tetapi populer, karena audiens dari tulisan ini adalah masyarakat umum. Catatan-catatan ini seluruhnya telah dipublikasikan di website Kebijakan AIDS Indonesia (www.kebijakanaidsideonesia.net) yang merupakan media dan sekaligus sebagai simpul pengetahuan terkait dengan kebijakan dan program AIDS di Indonesia. Buku ini berisi 61 catatan yang dihasilkan oleh para peneliti PKMK FK UGM yang disusun berdasarkan tiga agenda seri penelitian integrasi kebijakan dan program penanggulangan AIDS ke dalam sistem kesehatan.

Kesenjangan antara Produk Kebijakan Upaya Penanggulangan AIDS dan Implementasinya

Muhammad Suharni

KEBIJAKAN HARUS
SEIMBANG DENGAN KERJA
NYATA! JANGAN CUMA
DIATAS KERTAS SAJA!



Berbagai kajian telah mengungkapkan bahwa terjadi kesenjangan antara produk regulasi penanggulangan HIV & AIDS dan penerapannya di dalam praktik. Secara normatif, upaya penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia sudah dikerangkai oleh banyak kebijakan baik di tingkat pusat maupun di daerah. Menurut Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN), terdapat sekitar 247 kebijakan sampai dengan 2014. Tetapi, keberadaan kebijakan terkait HIV & AIDS itu belum mampu menurunkan tingkat epidemi HIV & AIDS. Sebagaimana dilaporkan oleh Badan PBB untuk AIDS UNAIDS (2014), Indonesia

merupakan penyumbang 23 persen infeksi baru di Asia Pasifik, hanya kalah dari India yang menyumbang 38 persen. Tulisan ini hendak menawarkan langkah yang harus dilakukan oleh para pemangku kepentingan kunci agar kebijakan atau regulasi yang ada dapat diterapkan secara lebih efektif dalam mencegah peningkatan epidemi HIV & AIDS. Pritchett *et al.* (2012) mengungkapkan, masalah utama yang dihadapi oleh negara berkembang seperti Indonesia dalam tata kelola pemerintahan ialah kapasitas menerapkan kebijakan, bukan pada produksi

“upaya penanggulangan HIV & AIDS tidak cukup hanya dengan menghasilkan kebijakan di atas kertas saja”

kebijakan. Regulasi upaya penanggulangan HIV & AIDS di tingkat pusat dan daerah sudah ada dalam berbagai bentuk seperti peraturan daerah (perda), surat keputusan (SK) kepala daerah, dan rencana strategis. Bagaimana konsekuensi dari adanya kebijakan tersebut? Idealnya, pemerintah memiliki tanggung jawab untuk mengoperasionalkan dan menjalankan mandat secara konsisten. Tanggung jawab itu berupa, salah satunya, penyediaan alokasi pembiayaan untuk penanggulangan HIV & AIDS secara memadai. Dalam praktiknya, seperti temuan penelitian PKMK FK UGM (2015), pembiayaan penanggulangan HIV & AIDS masih sangat minim di berbagai daerah. Itu menjadi salah satu indikator kuat dari belum adanya komitmen yang jelas dari pemerintah untuk memprioritaskan penanggulangan HIV & AIDS.

Keengganan pemerintah untuk memprioritaskan penanggulangan HIV & AIDS sejalan dengan konteks sosial, budaya, dan politik di Indonesia di mana stigma dan diskriminasi terhadap ODHA masih kuat. Salah satu sebabnya yakni lemahnya pemahaman pemerintah daerah tentang isu HIV & AIDS sebagai masalah kompleks yang perlu ditangani secara multisektoral. Akibatnya, pemangku kepentingan strategis yang mempunyai kekuasaan atau otoritas politik tinggi belum menunjukkan dukungannya secara nyata.

Oleh karena itu, perlu sebuah strategi untuk membuat para pemangku kepentingan dengan kekuasaan tinggi seperti kepala daerah, DPRD, dan Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (Bappeda) untuk lebih sensitif terhadap isu HIV & AIDS agar mereka mempunyai komitmen dan kepemilikan terhadap upaya penanggulangan HIV & AIDS di wilayahnya. Upaya mendasar ini diharapkan dapat mendorong pemerintah daerah untuk menerapkan atau melaksanakan berbagai regulasi yang telah dibuatnya secara lebih baik.

Pengalaman negara Cina dalam mendorong pemerintah untuk berkomitmen dalam merespons epidemi HIV & AIDS menarik untuk dijadikan pelajaran. Berbagai upaya advokasi telah dilakukan di Cina dalam mengadvokasi pemerintah untuk mengeluarkan kebijakan-kebijakan penting guna mengontrol epidemi HIV & AIDS (Wu *et al.* 2007). Untuk kasus di Indonesia, perubahan pemerintahan dari sentralisasi ke desentralisasi bisa menjadi momentum bagi pemerintah daerah untuk menjalankan fungsi desentralisasi dalam penanggulangan HIV & AIDS. Otonomi daerah dengan dasar UU No 23 tahun 2014 menegaskan bahwa urusan kesehatan adalah urusan konkuren pemerintah, pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota. Oleh karena itu, urusan HIV & AIDS sebagai masalah kesehatan menjadi wewenang pemerintah daerah untuk menyediakan layanan kesehatan terkait HIV & AIDS, baik layanan pencegahan, pengobatan, dukungan dan perawatan hingga rawatan rehabilitatif.

Kebijakan penanggulangan HIV & AIDS yang ada saat ini lebih banyak mengatur ke arah perawatan dan pengobatan, tetapi kurang dalam hal pengaturan perubahan tata pemerintahan desentralistik yang banyak memengaruhi tata kelola program HIV di Indonesia (PKMK-FK UGM, 2015). Oleh karena itu untuk mengatasi kesenjangan kebijakan dengan implementasinya maka pelaksanaan kebijakan penanggulangan AIDS harus sejalan dengan otonomi daerah, yakni dengan mempertegas tata hubungan antar

instansi dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS. Contohnya, untuk mengetahui status epidemi daerah maka pemerintah daerah berkewajiban melakukan pengumpulan, pengolahan dan analisis data HIV & AIDS di tingkat daerah. Situasi epidemi daerah ini sebagai dasar pembuatan perencanaan program dan penganggaran upaya penanggulangan HIV & AIDS.

Terkait dengan hubungan antar lembaga, dinas kesehatan sebagai penanggung jawab utama dan regulator di bidang kesehatan, berkewajiban membuat perencanaan berdasarkan situasi epidemi daerah, merencanakan anggaran sesuai kebutuhan daerah dan melakukan monitoring dan evaluasi untuk mengetahui status pelaksanaan program untuk perencanaan periode berikutnya. Secara teknis perencanaan upaya penanggulangan HIV & AIDS dimulai dari pengusulan program dan penganggaran pada penyakit menular di daerah. Usulan ini dengan menggunakan mekanisme musrenbang kesehatan atau melalui usulan program fasilitas kesehatan yang ada di daerah, seperti puskesmas dan rumah sakit. KPAD selaku koordinator dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS di daerah perlu lebih aktif dalam menjalankan memobilisasi sumber dana dan sumber daya dari anggotanya. Koordinasi KPAD dengan anggotanya harus menjadi agenda utama, sehingga masing-masing anggota mau melaksanakan kewajibannya sebagaimana yang dimandatkan dalam Perpres No. 75 tahun 2006, Permendagri No. 20 tahun 2007 dan juga Perda penanggulangan HIV & AIDS.

Dari ulasan ini, upaya penanggulangan HIV & AIDS tidak cukup hanya dengan menghasilkan kebijakan di atas kertas saja. Namun, upaya-upaya apa saja yang perlu dilakukan agar kebijakan secara konsisten dilaksanakan, sehingga efektif dalam mengurangi infeksi HIV baru, maupun menurunkan angka kematian akibat AIDS. Pemerintah daerah berkewajiban menyediakan layanan terkait HIV & AIDS sebagaimana kewajibannya dalam menyediakan layanan kesehatan menurut UU otonomi daerah. Langkah awal yang bisa dilakukan ialah melakukan harmonisasi hubungan antara lembaga yang melakukan upaya penanggulangan HIV & AIDS agar secara konsisten melaksanakan kewajibannya sesuai amanat undang-undang otonomi. Perlu intensifikasi komunikasi oleh pemangku kepentingan utama dalam rangka mengadvokasi terus-menerus pemangku kepentingan kunci yang mempunyai kekuasaan dan otoritas tinggi agar memprioritaskan upaya penanggulangan HIV & AIDS di wilayahnya. []

Bacaan

PKMK-FK UGM, 2015. Kebijakan HIV-AIDS dan Sistem Kesehatan di Indonesia. PKMK-FK UGM, Yogyakarta.

Pritchett, L., M. Woolcock, dan M. Andrews. 2012. "Looking Like a State: Techniques of Persistent Failure in State Capability for Implementation." Working Paper No. 2012/63. Juli 2012. United Nations University-World Institute for Development Economic Research.

UNAIDS. 2014. *The Gap Report*. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf.

Wu, Z., S.G. Sullivan, Y. Wang, M.J. Rotheram-Borus, dan R. Detels. 2007. "Evolution of China's Response to HIV & AIDS." *The Lancet* 369(9562): 679–690. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60315-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60315-8).

MENINGKATKAN EFEKTIVITAS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN AIDS

Ignatius Hersumpana



Pandangan bahwa AIDS merupakan persoalan kesehatan masyarakat dan belum menjadi tantangan pembangunan dalam tata kelola pemerintahan di sebagian negara berkembang seperti Indonesia berdampak pada lemahnya perhatian terhadap upaya penanggulangan AIDS. Dengan demikian, komitmen pemerintah dalam penanggulangan AIDS perlu lebih didorong agar menjadikan program penanggulangan AIDS sebagai salah satu prioritas tantangan pembangunan. Menilik sejarah pengendalian HIV & AIDS sejak kasus AIDS di Indonesia pertama kali ditemukan pada 1987 di Bali, dari aspek struktural—khususnya pengembangan kebijakan hukum dan peraturan—sudah cukup besar. Dalam hitungan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN), sampai 2013 terdapat tidak kurang 245 peraturan mulai dari tingkat nasional hingga daerah. Tetapi, sejauh mana produk kebijakan AIDS yang sedemikian banyak itu berdampak pada efektivitas dalam penurunan angka infeksi baru di Indonesia?

“Keaktifan para aktor dalam implementasi kebijakan menjadi penentu utama intervensi program dapat berjalan efisien”

Pada tataran implementasi kebijakan, temuan awal penelitian PKMK FK UGM (2014) tentang integrasi upaya penanggulangan HIV & AIDS ke dalam sistem kesehatan nasional memperlihatkan banyaknya produk kebijakan tidak berkorelasi langsung dengan efektivitas upaya penanggulangan AIDS. Tidak efektifnya produk kebijakan tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor. Pertama, perangkat hukum lebih merupakan upaya pemenuhan aspek legalitas dan prosedural sebagai bukti adanya itikad dari pemerintah dalam merespons epidemi AIDS, tetapi komitmen secara praktis dalam pendanaan masih sangat kecil. Ini tidak terlepas dari banyaknya intervensi global yang membawa bantuan dalam jumlah yang besar, sehingga pemerintah memandang dukungan asing sudah mencukupi. Ketika dukungan asing tidak lagi ada, pemerintah tidak siap.

Kedua, implementasi kebijakan ini dipengaruhi juga oleh faktor kapasitas (sumber daya) yang masih terbatas. Di beberapa daerah, keberadaan peraturan dan kebijakan tidak dibarengi dengan ketersediaan sumber daya yang kompeten, sehingga peraturan dan kebijakan itu tidak memberikan nilai lebih dalam upaya merespons epidemi di tingkat lokal. Keterbatasan ini berdampak langsung pada proses perencanaan, implementasi, dan evaluasi intervensi program, di antaranya alokasi pendanaan yang terbatas dan ketidakpahaman mekanisme perencanaan. Beberapa Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang menjadi bagian dari Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) tidak mendapatkan alokasi anggaran karena program HIV dianggap bukan sebagai tugas pokok dan fungsinya.

Ketiga, faktor pelaku (aktor) menjadi salah satu penentu dalam implementasi kebijakan AIDS. AIDS merupakan masalah yang tidak hanya menyangkut epidemi, tetapi juga terkait dengan faktor sosial, ekonomi, politik, dan budaya. Keaktifan para aktor dalam implementasi kebijakan menjadi penentu utama, bahkan ditemukan bukti bahwa meski suatu daerah belum memiliki kebijakan penanggulangan AIDS, tapi karena terdapat pelaku-pelaku yang aktif dan punya perhatian terhadap masalah AIDS, intervensi program dapat berjalan efisien. Dalam konteks budaya Indonesia, faktor ketokohan menjadi aspek penentu keberhasilan program, sebagaimana dapat dilihat di Bali dan Makassar.

Menjawab pertanyaan bagaimana meningkatkan nilai tambah dari keberadaan kebijakan AIDS, terdapat beberapa faktor kunci yang perlu diperhatikan dalam proses implementasi kebijakan. Salah satunya, penting untuk menggali faktor-faktor yang menjadi pendukung dan penghalang (*barrier*) implementasi kebijakan. Kejelian dalam menganalisis faktor-faktor internal dan eksternal akan berdampak langsung pada efektivitas implementasi kebijakan, tidak saja dalam arti efektivitas biaya, tetapi juga dampak yang lebih luas terkait dengan pengurangan dan penurunan angka infeksi baru sebagai tujuan dari intervensi program penanggulangan AIDS. []

TANTANGAN DESENTRALISASI KEBIJAKAN KESEHATAN KE DEPAN

Ignatius Hersumpana

Berita tentang minimnya anggaran untuk penanggulangan HIV & AIDS di Kabupaten Purworejo, Jawa Tengah (*Kedaulatan Rakyat* 8 April 2014) cukup memprihatinkan dan mencerminkan tantangan serius dalam praktik desentralisasi kebijakan kesehatan di Indonesia. Konteks permasalahannya ialah Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo hanya mendapat anggaran 1 juta rupiah untuk menangani penyakit HIV & AIDS sepanjang tahun 2014. Alokasi anggaran itu hanya cukup untuk menyelenggarakan sekali pertemuan bersama 27 puskesmas dan beberapa kali kunjungan pasien yang dirawat di rumah sakit.



Kepala Seksi Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Kesehatan Purworejo, Triyo Dermaji, menyatakan anggaran tersebut lebih rendah bila dibandingkan dengan alokasi pada 2013 yang mencapai 3 juta rupiah. Ajuan Dinas Kesehatan untuk alokasi penanggulangan HIV & AIDS tahun 2014 sebenarnya 9 juta rupiah, tapi hanya disetujui 1 juta rupiah. Dana yang disetujui tersebut tidak sebanding dengan berkembangnya prevalensi pengidap HIV & AIDS di Kabupaten Purworejo yang menunjukkan angka cukup tinggi pada 2007–2010, yakni tercatat sejumlah 28 kasus di Rumah Sakit Daerah Purworejo, dengan 3 orang sudah meninggal dunia. Angka ini merupakan hasil pemeriksaan ODHA yang sudah terinfeksi dan belum menggambarkan kondisi sebenarnya karena pemeriksaan tes sukarela (*voluntary counseling test*) bagi masyarakat masih menjadi kendala tersendiri.

Alokasi dana 1 juta rupiah di Kabupaten Purworejo ini menggambarkan kompleksitas permasalahan desentralisasi kebijakan kesehatan yang sudah dimandatkan oleh Undang-Undang (UU) Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Oleh sebagian pemangku kebijakan, HIV & AIDS belum menjadi prioritas penanganan layanan kesehatan jika dibandingkan dengan data jumlah ODHA di daerah tersebut dan prevalensi yang semakin tinggi seperti digambarkan dalam Strategi Rencana Aksi Nasional (SRAN) Penanggulangan HIV & AIDS 2010–2014. Prevalensi epidemi HIV & AIDS mencapai 5 persen lebih untuk populasi kunci yang mencakup Wanita Pekerja Seks (WPS), pengguna napza suntik (penasun), waria dan LSL (laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki). Angka prevalensi ini bahkan meningkat mencapai 10 persen pada populasi kunci WPS di Yogyakarta menurut kajian terakhir pada 2014.

Mengacu pada daftar daerah yang menjadi prioritas penanganan HIV & AIDS dalam SRAN 2010–2014, sejumlah 137 kabupaten/kota dari 33 provinsi, Kabupaten Purworejo tidak termasuk salah satu di antaranya. Karena itu, Pemerintah Daerah Kabupaten Purworejo dapat berkelit mengapa besaran alokasi penanggulangan HIV & AIDS minim. Alasan “birokratis” ini merupakan persoalan klasik, tetapi semakin menunjukkan realitas bahwa praksis kebijakan desentralisasi kesehatan, khususnya terkait penanggulangan HIV & AIDS, belum menjadi bagian dari sistem layanan kesehatan yang terintegrasi. Sebagai perbandingan dengan kabupaten lain yang tidak masuk dalam daerah prioritas penanganan, dalam hal ini Kabupaten Temanggung, Jawa Tengah, pemerintah daerah setempat ternyata memberikan cukup perhatian pada penanggulangan HIV & AIDS. Dinas Kesehatan dan Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) setempat secara rutin melakukan kunjungan rumah, bahkan mampu melakukan pengecekan terhadap 4.000 orang berisiko tinggi.

Perbedaan perlakuan ini tidak terlepas dari faktor dukungan dari donor seperti *Global Fund*¹. Ada kecenderungan bahwa daerah yang tidak mendapatkan dukungan donor internasional tidak akan memberikan perhatian serius. Logika proyek masih sulit dilepaskan dari kultur birokrasi sebagian besar pemerintah daerah. Meski dasar hukum desentralisasi kebijakan sudah jelas, dalam praksisnya masih terdapat banyak persoalan. Bagaimana kalau donasi-donasi asing menghentikan dukungannya? Hampir mustahil Pemerintah Indonesia bisa mencapai target *Millennium Development Goals* poin 6 soal pengurangan HIV & AIDS serta target 95 persen

¹ Global Fund adalah mekanisme yang dibentuk oleh PBB untuk menghimpun dana bantuan global dalam rangka memerangi tiga penyakit, yaitu AIDS, tuberkulosis, dan malaria. Global Fund selama ini menjadi pemberi dana bantuan asing terbesar bagi program AIDS di Indonesia.

penduduk usia 15–49 paham tentang HIV & AIDS pada 2015 tanpa perhatian dari pemerintah daerah. Kasus di Kabupaten Purworejo menunjukkan minimnya kemauan politik pemerintah daerah untuk menjalankan kebijakan desentralisasi kesehatan.

Mengacu pada UU Nomor 36 Tahun 2009 dan UU Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa, undang-undang yang memberikan kewenangan besar kepada pihak desa untuk mengelola keuangan sendiri berkaitan dengan persoalan kesejahteraan sosial, termasuk kewenangan memberikan informasi kesehatan publik kepada masyarakat, pemerintah semestinya dapat berkreasi mengembangkan program-program intervensi penanggulangan HIV & AIDS secara lebih leluasa. Pengesahan UU Nomor 6 Tahun 2014 berkonsekuensi pada anggaran yang mencapai maksimal 1,4 miliar rupiah per desa. Jadi, potensi pengembangan program-program kegiatan untuk penanggulangan HIV & AIDS dan integrasi penanganan program kesehatan hingga tataran basis semakin terbuka lebar. Peluang integrasi program tersebut sangat besar mengingat kepala desa berada dalam garis koordinasi dengan bupati, yang dalam konteks KPAD bertindak selaku Ketua KPAD.

Penanganan HIV & AIDS bersama dengan penyakit-penyakit lain sudah seharusnya menjadi prioritas bagi daerah. Apalagi, epidemi HIV & AIDS memiliki karakter khusus yang dapat menimbulkan bencana karena termasuk dalam kategori penyakit menular dan bisa menjadi wabah. Di samping faktor-faktor seperti keberadaan komunitas pekerja seks komersial, pekerja daerah yang berpindah-pindah dari satu tempat ke tempat yang lain, dan berkembangnya Masyarakat Ekonomi ASEAN, perhatian terhadap pencegahan penyebaran HIV & AIDS, terutama dengan memberikan alokasi anggaran yang proporsional dan layak, seharusnya menjadi bagian integral dalam kebijakan setiap kepala daerah di Indonesia. []

Bacaan

Kedaulatan Rakyat. 2014. "Anggaran Tangani HIV & AIDS Rp 1 Juta." 8 April. http://www.krjogja.com/web/news/read/211515/anggaran_tangani_hivaid_s_rp_1_juta.

KONTEKSTUALISASI STRATEGI RENCANA PENANGGULANGAN HIV & AIDS DI DAERAH

Muhammad Suharni

Hasil kajian dokumen PKMKFKUGM pada 2014² tentang respons pemerintah dalam penanggulangan HIV & AIDS sejak kasus HIV pertama di Indonesia pada 1987 menunjukkan bahwa ada banyak hal yang berpengaruh dalam penyusunan kebijakan penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia. Dua hal yang secara substantif memberikan pengaruh ialah berubahnya relasi antara pemerintah pusat dan daerah (desentralisasi) dan perkembangan epidemi itu sendiri. Sebelum 1999, yakni ketika sistem pemerintahan masih sentralistis, pendekatan vertikal sangat dominan dilakukan oleh pemerintah pusat maupun mitra pembangunan internasional (MPI) yang mendukung pendanaan penanggulangan AIDS di Indonesia. Begitu desentralisasi bergulir di Indonesia (melalui Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota), urusan kesehatan, termasuk penanggulangan AIDS, pun turut mengalami perubahan.

² "HIV & AIDS Program and Policy Review." *The Australia-Indonesia Partnership for HIV (AIPH) and The Center for Health Policy and Management (CHPM), Faculty of Medicine, Gadjah Mada University, 2014.*



**“idealnya,
pengembangan
SRAD HIV & AIDS
sejalan dengan
mekanisme perencanaan
pembangunan daerah”**

Selanjutnya, salah satu tantangan sekaligus kesempatan penting dalam respons daerah terhadap HIV & AIDS ialah desentralisasi sebagian kewenangan dari pemerintah pusat ke daerah. Penyerahan kewenangan ini bukan merupakan hal yang mudah karena membutuhkan harmonisasi dalam hal kebijakan dan layanan kesehatan. Dalam situasi seperti ini, diperlukan pengembangan sistem kesehatan yang inovatif untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat. Di level perencanaan, penanggulangan HIV & AIDS di daerah idealnya mengacu pada mekanisme perencanaan pembangunan jangka pendek, jangka menengah, dan jangka panjang daerah. Pertanyaan yang muncul, apakah masalah HIV & AIDS menjadi prioritas daerah sehingga dimasukkan dalam rencana pembangunan daerah?

Ambil contoh pengembangan Strategi Rencana Aksi Daerah (SRAD) penanggulangan HIV & AIDS. Idealnya, pengembangan SRAD HIV & AIDS sejalan dengan mekanisme perencanaan pembangunan daerah. Proses pengembangan SRAD dilakukan melalui kajian yang melibatkan berbagai pihak, terutama pemangku kepentingan program penanggulangan HIV & AIDS, seperti kelompok ODHA, populasi kunci, sektor komunitas, pemerintah, dan pihak swasta. Pengembangan SRAD juga penting untuk merujuk pada pendekatan perencanaan berbasis bukti dan data (*evidence-based planning*), dimulai dari kajian mengenai gambaran situasi epidemi HIV & AIDS di daerah serta respons program dan capaian yang telah dihasilkan sampai saat ini. Hasil penelitian PKMK FK UGM tentang kebijakan penanggulangan HIV & AIDS menunjukkan, kontekstualisasi kebijakan dan peraturan di tingkat nasional terkait penanggulangan HIV & AIDS masih jauh dari harapan. Dalam SRAD, misalnya, upaya penanggulangan AIDS masih belum menjadi prioritas. Beberapa Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) merespons cukup baik dengan mengembangkan Strategi Rencana Aksi Provinsi (SRAP) (misalnya, DKI Jakarta) yang berhasil menjadikan agenda penanggulangan AIDS dibiayai Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dengan nilai cukup besar, yakni 14,3 miliar rupiah pada 2013. Sebagian daerah lain juga sudah membuat SRAD, seperti KPAD Jawa Tengah, Jawa Barat, Tangerang, Kendal, Banda Aceh, dan Bali.

Kontekstualisasi SRAD yang berbasis pada data epidemi lokal dan penganggaran dari sumber pembiayaan lokal (APBD) maupun kerja sama sektor swasta lain berkontribusi pada kemandirian dalam pencegahan HIV & AIDS yang strategis, mengurangi ketergantungan pada donor asing dalam aspek pembiayaan, serta efektivitas program sesuai dengan status epidemi HIV dan konteks persoalan di daerah masing-masing, baik provinsi maupun kabupaten/kota. []



IMPLIKASI MODEL PENYUSUNAN KEBIJAKAN TERHADAP PENELITIAN DAN ADVOKASI ISU HIV & AIDS

Chrysant Lily Kusumowardoyo

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada (PKMK FK UGM) dalam *policy brief*-nya yang berjudul "Peran Perguruan Tinggi dalam Menerjemahkan Hasil Penelitian HIV & AIDS Menjadi Kebijakan" telah membahas pentingnya membangun kebijakan berdasarkan hasil penelitian (*evidence-based policy*). Perguruan tinggi memiliki peranan penting dalam menghasilkan dan mendesiminasikan bukti-bukti dari hasil penelitian operasional, khususnya dalam hal ini tentang upaya penanggulangan HIV & AIDS. Lewat kerja sama dengan berbagai pemangku kepentingan, bukti-bukti tersebut kemudian bisa dijadikan bahan bakar advokasi dalam pembuatan maupun evaluasi kebijakan.

Pertanyaannya sekarang, di level manakah kita bisa memanfaatkan bukti-bukti berbasis penelitian dalam kerja-kerja advokasi? Kapan sebenarnya pembuat kebijakan memerlukan bukti-bukti ilmiah untuk mendukung pembuatan kebijakan? Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan di Indonesia menyebutkan bahwa setiap rancangan undang-undang (RUU) harus disertai dengan Naskah Akademik³. Artinya, pengajuan RUU perlu didasarkan pada suatu kajian. Di level inilah pengajuan bukti-bukti ilmiah untuk mendukung atau menentang (advokasi) RUU diperlukan. Tetapi, benarkah hanya pada tahap ini saja bukti-bukti ilmiah perlu diajukan kepada pembuat kebijakan?

³ Ketentuan Umum angka 11: Naskah Akademik adalah naskah hasil penelitian atau pengkajian hukum dan hasil penelitian lainnya terhadap suatu masalah tertentu yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah mengenai pengaturan masalah tersebut dalam suatu Rancangan Undang-Undang, Rancangan Peraturan Daerah Provinsi, atau Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota sebagai solusi terhadap permasalahan dan kebutuhan hukum masyarakat.

**Makna dari
“kebijakan berbasis bukti”
harus diperluas**

Model Penyusunan Kebijakan: Rasional dan Realistis (*Incremental*)

Untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas, kita perlu meninjau kembali tahap-tahap penyusunan kebijakan. Ada berbagai gambaran tentang tahap-tahap penyusunan kebijakan. Secara umum, tahap-tahap tersebut mencakup penetapan agenda, formulasi kebijakan, implementasi kebijakan, evaluasi atas kebijakan, dan diikuti dengan penyesuaian atau terminasi (Dunn 2004). Menurut Walt (1994), para analis kebijakan tidak mempermasalahkan perbedaan gambaran dari tahap-tahap penyusunan kebijakan. Yang dipermasalahkan ialah bagaimana pembagian tahap-tahap penyusunan kebijakan menimbulkan kesan bahwa penyusunan kebijakan merupakan sebuah proses yang linear di mana satu tahap mengikuti tahap berikutnya secara logis.

Walt menganalisisnya secara kritis, dengan mempertanyakan apakah pembuatan kebijakan merupakan sebuah proses yang rasional. Ia kemudian memetakan kelompok-kelompok teori atau model yang mencoba menjawab beberapa pertanyaan. *Pertama*, model rasional yang meyakini bahwa pembuat kebijakan melalui tahapan-tahapan tertentu dalam menghasilkan kebijakan ialah paling masuk akal. Mereka mulai dari mengidentifikasi masalah, menetapkan tujuan, memeriksa apa saja alternatif solusi, membandingkan konsekuensi (*cost and benefit*) antara alternatif yang satu dan yang lainnya, dan terakhir mengambil keputusan yang objektif dan rasional untuk menghasilkan kebijakan yang paling efektif. *Kedua*, model *incremental* (realistis) yang mengatakan bahwa tahap-tahap dalam proses penyusunan kebijakan itu saling campur aduk, misalnya penetapan tujuan tidak bisa dilepaskan dari cara implementasi dari tujuan yang dipilih. Model ini juga menekankan keragaman dari para pembuat kebijakan; mereka memiliki kepentingan dan preferensi cara penyelesaian masalah masing-masing. Akibatnya, keputusan yang diambil tidak selalu merupakan kebijakan yang paling efektif, tetapi paling realistis berdasarkan adanya kompromi dari masing-masing pembuat kebijakan.

Model rasional dan realistis ini menjadi relevan bagi kita yang berkepentingan melakukan advokasi penyusunan kebijakan berbasis penelitian karena keduanya membantu kita melihat perbedaan antara *bagaimana seharusnya* kebijakan dibuat (model rasional) dan *realitas* dari proses pembuatan kebijakan (model *incremental*). Penyusunan kebijakan berbasis bukti sering kali dilekatkan dengan model rasional di mana satu langkah mengikuti langkah berikutnya secara rapi. Itulah sebabnya UU Nomor 12 Tahun 2011 hanya mengisyaratkan pengkajian akademis dilakukan pada tahap awal atau pengajuan RUU. Ini mengindikasikan adanya asumsi bahwa proses selanjutnya akan rasional dan objektif. Padahal, seperti yang ditunjukkan oleh model *incremental*, kenyataannya tidak selalu demikian. Sebagaimana dikemukakan oleh Walt, para pembuat kebijakan bukanlah bebas-nilai. Tidak bisa dihindari, nilai-nilai dan ideologi yang mereka pegang, baik dalam ranah pribadi maupun institusi yang mereka wakili, tentu akan mewarnai kebijakan yang mereka hasilkan.

Implikasi terhadap Penelitian dan Advokasi Kebijakan

Paparan di atas menunjukkan paling kurang tiga hal. *Pertama*, bahwa sebagai penghasil pengetahuan atau bukti-bukti ilmiah berbasis penelitian, perguruan tinggi dan akademisi perlu menghasilkan kumpulan bukti tidak saja untuk menginformasikan pembuatan kebijakan pada tahap awal (*agenda setting*), tetapi juga pada setiap tahap penyusunan kebijakan. Makna dari “kebijakan berbasis bukti” harus diperluas agar mencakup bukti-bukti yang mengukur tahap implementasi ataupun tahap evaluasi kebijakan itu sendiri.

Kedua, pengajuan bukti-bukti ilmiah diperlukan untuk mengawal setiap tahapan penyusunan kebijakan. Advokasi penyusunan kebijakan berbasis bukti tidak cukup dilakukan pada tahap awal saja. Asumsi dari model rasional ialah apabila suatu kebijakan sudah diformulasikan pasti akan diikuti dengan tahapan penerapannya. Padahal, model *incremental* menunjukkan bahwa kenyataannya tidak selalu demikian. Kita bisa melihat contoh dari kebijakan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang sebenarnya sudah diatur oleh UU Nomor 40 Tahun 2004, tetapi baru diterapkan kurang lebih satu dekade kemudian. Pengajuan bukti-bukti hasil penelitian dalam advokasi diperlukan untuk memastikan bahwa kebijakan yang telah dihasilkan bisa diterapkan atau tidak.

Ketiga, di dunia yang serba ideal, para peneliti dituntut untuk menghasilkan kajian dan bukti-bukti yang independen dan objektif. Tetapi, berangkat dari model *incremental*, kita belajar bahwa kepentingan dan ideologi bisa memberikan tekanan dan pengaruh yang sangat kuat, sehingga apa yang diajukan sebagai “bukti” bisa diperdebatkan. Oleh sebab itu, diperlukan *check and balances* antar peneliti untuk saling menguji “bukti” yang dihasilkan.

Dalam lingkup penelitian dan advokasi kebijakan terkait respons terhadap HIV & AIDS di Indonesia, kesadaran atas tiga hal di atas menjadi sangat diperlukan sebab pengetahuan serta hasil dari penelitian ilmiah terkait isu ini akan terus berkembang. Konsekuensinya, kebijakan yang dihasilkan dan diterapkan harus pula relevan, mengikuti perkembangan yang ada sesuai bukti ilmiahnya. Selain itu, HIV & AIDS juga merupakan isu yang bersifat lintas sektor dan melibatkan banyak pemangku kepentingan yang memiliki berbagai ideologi serta preferensi pendekatan dalam pemecahan masalah. Pengumpulan bukti berbasis penelitian dan pengajuannya untuk advokasi diperlukan tidak saja untuk mendesak disusunnya kebijakan, tetapi turut diperlukan di berbagai tahap penyusunan kebijakan lainnya untuk memastikan bahwa kebijakan yang dihasilkan selalu responsif dan efektif dalam penerapannya.

Kesimpulan

Tulisan ini menjelaskan perbedaan dari penyusunan kebijakan yang menggunakan asumsi model rasional dengan model realistik (*incremental*). Sejauh ini, banyak peneliti yang telah mengikuti model rasional dalam menghasilkan bukti-bukti penelitian yang kemudian diajukan dalam proses advokasi pada tahap penetapan agenda. Walaupun ini merupakan strategi yang baik, model *incremental* telah menunjukkan bahwa penelitian tidak semata-mata diperlukan untuk tahap penyusunan kebijakan saja. Ada kesenjangan (*gap*) antara bagaimana seharusnya kebijakan diformulasikan dan realitas penyusunan kebijakan itu sendiri. Kesenjangan ini bisa diurai

dengan menggabungkan perspektif dari model rasional dan model *incremental*. Benar bahwa secara rasional diperlukan bukti-bukti ilmiah untuk mendasarkan pembuatan kebijakan pada tahap awal. Tetapi, bukti-bukti dari penelitian perlu terus dihasilkan untuk mengawal penyusunan kebijakan pada tahap-tahap lainnya yang pada kenyataannya tidak selalu mengikuti langkah-langkah yang berurutan dan logis. Dengan gabungan kedua perspektif tersebut, peran peneliti untuk menghasilkan dan mengajukan bukti-bukti ilmiah dalam advokasi menjadi lebih signifikan untuk memastikan rumusan kebijakan yang berbasis bukti, bisa diterapkan, dan responsif. []

Bacaan

Dunn, W. 2004. *Public Policy Analysis: An Introduction*. Edisi ketiga. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Walt, G. 1994. *Health Policy: an Introduction to Process and Power*. Edisi pertama. London and New Jersey: Zed Books.

Memaknai Integrasi Kebijakan Penanggulangan HIV & AIDS ke dalam Sistem Kesehatan: *Ownership dan Engagement*

Ignatius Hersumpna



**Integrasi kebijakan
penanggulangan HIV & AIDS
secara struktural maupun fungsional
terjadi jika pemerintah daerah memiliki
rasa kepemilikan (*ownership*) kuat
atas kebijakan dan program.**

Satu permasalahan mendasar yang menjadi temuan penelitian PKMK FK UGM (2015) tentang kebijakan HIV & AIDS di Indonesia ialah respons daerah terhadap HIV & AIDS yang bertumpu pada produk kebijakan dan kelembagaan (pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS Daerah [KPAD]), tetapi lemah dalam implementasinya. Artinya, integrasi pada level struktural dan kelembagaan saja tidak cukup. Dibutuhkan prasyarat lain yang lebih mendasar untuk mencapai *ownership* dan *engagement* para pemangku kepentingan HIV & AIDS di tingkat lokal atas kebijakan dan program. Tulisan ini akan mengeksplorasi kedua aspek tersebut dalam memaknai integrasi.

Integrasi selalu menjadi istilah, bahkan mantra, yang signifikan ketika sebuah program dari pemerintah pusat (bersifat vertikal) akan selesai untuk kemudian dilakukan *exit strategy* supaya pemerintah daerah mengambilalih dan meneruskan program demi keberlanjutan jangka panjang baik secara finansial maupun sumber daya lainnya. Integrasi penanggulangan HIV & AIDS ke dalam sistem kesehatan menuntut upaya peningkatan efektivitas dan aksesibilitas layanan HIV & AIDS dengan memaksimalkan sumber daya dan infrastruktur yang tersedia (Dudley dan Garner 2011). Secara teoritis, integrasi dipercaya dapat menjamin program yang sudah dilakukan secara vertikal kemudian menjadi tanggung jawab daerah dalam jangka panjang dengan sumber pembiayaan dan sumber daya pemerintah lokal. Kenyataannya tidak sesederhana itu. Proses integrasi tidak diharapkan menjadi proses “alih tanggung jawab” dari pusat ke daerah tanpa disertai kejelasan mekanismenya.

Integrasi kebijakan penanggulangan HIV & AIDS secara struktural maupun fungsional terjadi jika pemerintah daerah memiliki rasa kepemilikan (*ownership*) kuat atas kebijakan dan program. Rasa kepemilikan itu bersifat *beyond regulation*, sesuatu yang lebih digerakkan oleh komitmen

Integrasi Layanan HIV dengan Layanan Kesehatan Umum: Benarkah Berkontribusi pada Efisiensi?

Chrysant Lily Kusumawardoyo



Dalam konteks ekonomi global saat ini, banyak negara yang dituntut untuk mampu merasionalisasi pembiayaan layanan kesehatan mereka, termasuk layanan HIV & AIDS. Efisiensi program menjadi isu penting—dan secara umum banyak sumber yang membuat klaim bahwa integrasi antara layanan HIV dan layanan kesehatan umum lain adalah jalan untuk mencapai efisiensi tersebut. Tetapi, apakah benar ada bukti hubungan antara efisiensi dan integrasi? Seperti apa potensi efisiensi yang bisa didapatkan lewat integrasi? Kedua pertanyaan ini adalah pertanyaan kunci yang diajukan oleh Sweeney *et al.* (2012). Dalam studi mereka yang dibiayai oleh Badan PBB untuk AIDS UNAIDS, Sweeney *et al.* (2012) berusaha menjawab pertanyaan-pertanyaan ini lewat tinjauan sistematis terhadap literatur yang menunjukkan bukti dan pengalaman terkait efisiensi yang bisa dicapai lewat integrasi layanan HIV dengan layanan kesehatan umum.

“integrasi berkontribusi terhadap efisiensi program HIV, khususnya dari segi biaya, sebab biaya untuk menyediakan layanan HIV & AIDS yang terintegrasi cenderung lebih rendah daripada layanan yang disediakan secara terpisah”

Tinjauan sistematis yang dilakukan meliputi literatur yang dipublikasikan secara resmi maupun *grey literature* yang didapatkan melalui beberapa *database* publikasi, pencarian manual lewat situs web, serta referensi-referensi tambahan lewat proses *snowball sampling*. Kriteria yang ditetapkan terhadap literatur yang dipilih: selain harus menyajikan bukti tentang efisiensi layanan HIV lewat integrasinya dengan layanan kesehatan yang lain, literatur yang ditinjau juga harus merupakan studi yang dilakukan di negara-negara pada kelas pendapatan rendah dan menengah.

Dengan metode ini, Sweeney *et al.* (2011) berhasil mengumpulkan dan mengevaluasi 46 referensi. Studi-studi ini kemudian dikelompokkan dalam lima kategori: (1) studi tentang integrasi layanan tes dan konseling HIV terhadap layanan kesehatan lain, seperti layanan kesehatan reproduksi, kesehatan ibu dan anak (KIA), serta *tuberculosis* (TB); (2) integrasi layanan TB dengan perawatan dan pengobatan HIV; (3) integrasi perawatan dan pengobatan HIV terhadap layanan kesehatan umum; (4) integrasi layanan Keluarga Berencana (KB) dengan layanan untuk ODHA; dan (5) integrasi layanan pencegahan dan perawatan HIV dengan layanan kesehatan lain, khususnya untuk populasi kunci yang mungkin memiliki kebutuhan yang berbeda dari masyarakat umum.

Dari studi-studi yang termasuk dalam kategori pertama, ditemukan bahwa layanan tes dan konseling HIV yang diintegrasikan dengan layanan KIA dan TB lebih efisien dibandingkan dengan layanan tes dan konseling HIV yang berdiri sendiri. Pada kategori kedua, sebagian besar studi melaporkan bahwa layanan perawatan HIV dan TB yang berintegrasi sangat berkontribusi terhadap efisiensi biaya program. Pada kategori ketiga, literatur menunjukkan bahwa ada kecenderungan peningkatan efisiensi teknis akibat integrasi layanan HIV dengan layanan umum. Namun, akibat beragamnya metode yang dipakai oleh studi-studi yang ada dalam mengukur biaya, masih belum ada kesimpulan yang kuat tentang manfaat dari segi ekonomi terkait integrasi perawatan dan pengobatan HIV dengan layanan kesehatan umum. Sementara dari sumber-sumber yang ada di kategori keempat, disimpulkan bahwa integrasi antara layanan KB dan layanan HIV sangat menghemat biaya, walau tidak ada studi yang membandingkan secara langsung antara layanan KB atau layanan HIV yang berdiri sendiri-sendiri. Pada kategori terakhir, jumlah literatur yang tersedia sangat terbatas, tetapi dua dari tiga studi yang ada dalam kategori ini melaporkan bahwa jumlah unit cost per pasien untuk layanan yang terintegrasi ternyata lebih rendah.

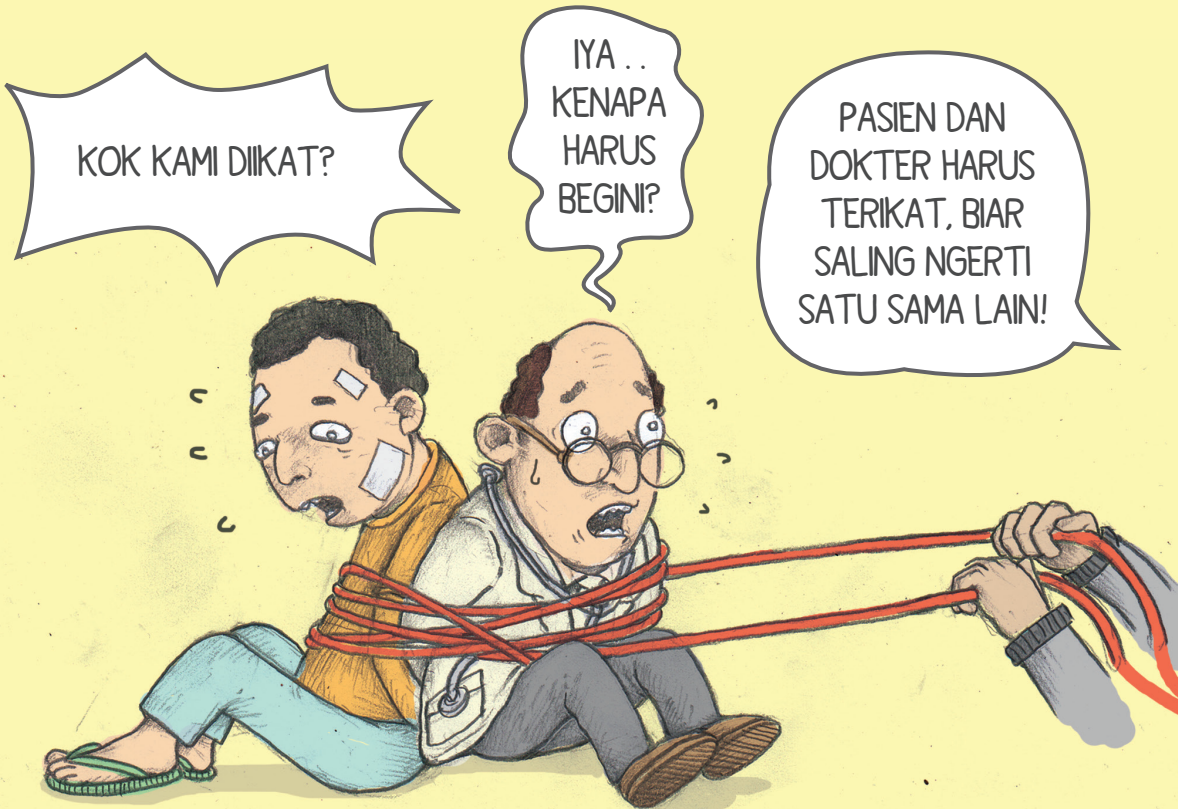
Dari keseluruhan tinjauan sistematis yang dilakukan, bukti-bukti yang ada mendukung kebijakan dan upaya untuk melakukan integrasi layanan HIV dengan layanan kesehatan lain. Bisa disimpulkan bahwa integrasi berkontribusi terhadap efisiensi program HIV, khususnya dari segi biaya, sebab biaya untuk menyediakan layanan HIV & AIDS yang terintegrasi cenderung lebih rendah daripada layanan yang disediakan secara terpisah. Lebih jauh dari ini, Sweeney et al. (2012) menegaskan bahwa pertanyaan kritis yang perlu ditanyakan sekarang bukan lagi terkait perlu atau tidaknya dilakukan integrasi, tetapi pada bagaimana melakukan integrasi serta model integrasi seperti apa yang sesuai untuk konteks tertentu. Masih sangat dibutuhkan penelitian-penelitian yang bisa menghasilkan bukti untuk aspek-aspek ini demi pengembangan kebijakan dan program kesehatan serta program HIV ke depan. []

Bacaan

Sweeney, S., C.D. Obure, C.B. Maier, R. Greener, K. Dehne, dan A. Vassall. 2012. "Costs and Efficiency of Integrating HIV & AIDS Services with Other Health Services: A Systematic Review of Evidence and Experience." *Sexually Transmitted Infections* 88: 85–99. DOI: 10.1136/sextrans-2011-050199.

Efektivitas Integrasi LKB dalam Sistem Kesehatan Umum

Ignatius Hersumpana



Secara teoretis, pendekatan horizontal dalam bidang kesehatan (seperti penanggulangan HIV & AIDS) dengan pengandaian adanya integrasi lintas sektor dan lintas program dalam merespons problem epidemi bisa menjadi visi pembangunan kesehatan ke depan yang komprehensif dan berkesinambungan, sehingga layanan yang diberikan lebih efektif dan efisien. Apakah asumsi ini dalam praktiknya benar dan terbukti? Tulisan ini mengkaji sebagian temuan riset operasional Layanan Kesehatan Berkesinambungan (LKB) yang dilakukan pada 2014 oleh PKMK FK UGM bekerja sama dengan Dinas Kesehatan di dua kota, Semarang dan Yogyakarta.

Pertama, di samping kebijakan yang progresif dan ketersediaan sumber daya (manusia, biaya, teknologi, dan pengetahuan) yang pada gilirannya masih bersifat vertikal, faktor penentu keberhasilan intervensi kesehatan dalam penanggulangan HIV & AIDS adalah rasa kepemilikan dan komitmen dari berbagai pihak terhadap program. LKB dirancang untuk semakin mendekatkan layanan hingga ke tingkat komunitas dengan membangun keterlibatan *stakeholders* lintas sektor. Di Yogyakarta dan Semarang, pemahaman tentang LKB sebagai layanan komprehensif dan berkesinambungan cukup beragam, meski semua melihat secara ideal bahwa LKB merupakan kebijakan yang strategis untuk membangun sistem layanan yang bersifat paripurna. Tetapi, ada tantangan yang cukup besar: ketersediaan sumber daya kesehatan yang memenuhi kualitas, sumber pembiayaan yang jelas, dan komitmen dari para pemangku kepentingan. Rasa kepemilikan terhadap LKB dapat dilihat dari sejauh mana setiap pihak berkoordinasi dan memberikan kontribusi secara nyata untuk mewujudkan layanan yang berkesinambungan dan komprehensif, misalnya dalam hal *cost sharing* proses intervensi yang diberikan oleh Dinas Kesehatan dan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) di tingkat daerah.

Kedua, masalah jaminan kualitas layanan dari tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan menjadi krusial dalam rangka memberikan layanan yang efektif dan berkualitas. Komitmen para pemangku kepentingan untuk memberikan layanan yang responsif dan sensitif terhadap kebutuhan pasien merupakan prasyarat yang penting. Kualitas ini berbanding lurus dengan kapasitas dari semua pemangku kepentingan. Kapasitas dan pengetahuan yang baik akan berdampak langsung pada peningkatan kualitas layanan. Dari pengalaman intervensi yang dilakukan melalui pelatihan tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan di Yogyakarta dan Semarang untuk fasilitas pelayanan kesehatan (*fasyankes*) primer dan sekunder yang di-*setting* LKB, ada peningkatan pengetahuan dan *skills* yang berdampak pada kepercayaan diri tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan dalam memberikan layanan kepada pasien ODHA. Peningkatan kapasitas ini berdampak langsung pada kemampuan tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan dalam mewujudkan efisiensi waktu, efektivitas biaya, aksesibilitas, dan pelibatan komunitas. Itulah prinsip-prinsip layanan komprehensif dan berkesinambungan sebagaimana tertuang dalam Kerangka Aksi Treatment 2.0 dari Badan Kesehatan Dunia (WHO) (WHO dan UNAIDS 2011) yang menjadi sumber acuan dari program LKB.

**"tingkat efektivitas integrasi LKB
dalam sistem kesehatan umum
ditentukan oleh beberapa faktor:
komitmen, pengetahuan,
rasa kepemilikan, dan keterikatan
terhadap permasalahan
HIV & AIDS di setiap layanan"**

Dalam batas tertentu, pengembangan konsep ini terbukti dapat mendorong layanan pengobatan dan perawatan HIV & AIDS secara paripurna, memberikan layanan yang terintegrasi dengan mengoordinasikan prosedur pengobatan *antiretroviral* (ARV) di antara pemangku kepentingan kunci dengan pelibatan komunitas yang lebih luas. Meski demikian, dalam hal prosedur pengobatan ARV, perlu dicatat bahwa proses desentralisasi atau pendelegasian wewenang ke tingkat fasyankes primer belum terjadi. Pengobatan ARV masih menjadi program vertikal yang dilakukan pada rumah sakit sekunder.

Ketiga, indikasi efektivitas dari integrasi program LKB dalam sistem kesehatan umum adalah meningkatnya kepuasan pasien dalam beberapa aspek layanan, seperti tingkat kecepatan layanan, kapabilitas tenaga kesehatan dalam memberikan layanan, perlakuan yang lebih ramah dari tenaga kesehatan, dan terjaganya kerahasiaan pasien. Hasil evaluasi PKMK FK UGM menunjukkan beberapa aspek meningkat setelah ada intervensi program di dua kota tersebut. Tingkat kepuasan yang dirasakan pasien merupakan bukti peningkatan performa dari tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan dalam memberikan layanan, khususnya di tingkat fasyankes primer.

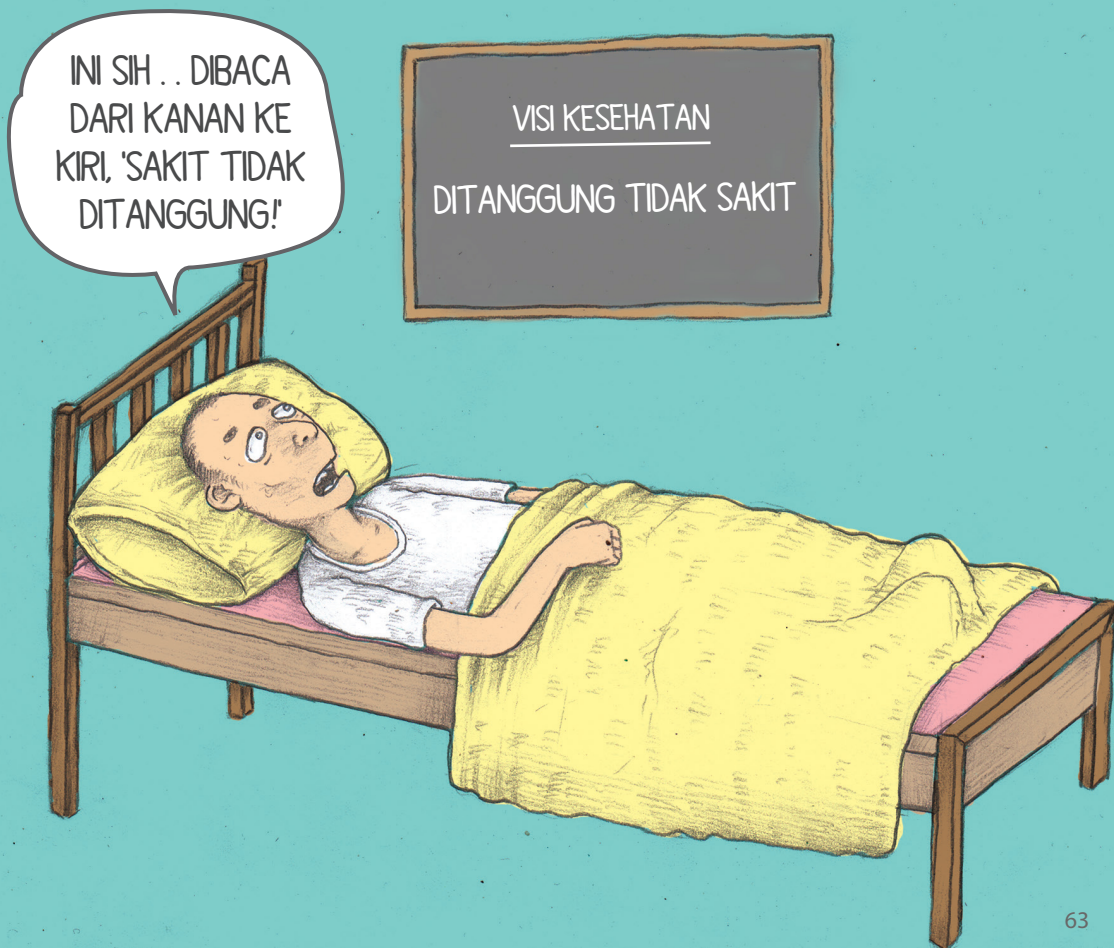
Dari hasil riset PKMK FK UGM diperoleh kesimpulan bahwa tingkat efektivitas integrasi LKB dalam sistem kesehatan umum ditentukan oleh beberapa faktor: komitmen, pengetahuan, rasa kepemilikan, dan keterikatan terhadap permasalahan HIV & AIDS di setiap layanan. Semua faktor itu berdampak pada peningkatan kepuasan pasien. Perluasan cakupan layanan dengan memperbanyak fasyankes primer yang dapat memberikan layanan HIV & AIDS secara langsung berdampak pada akses yang lebih besar bagi penderita AIDS. Ketersediaan akses yang lebih luas di fasyankes tingkat pertama menjadi salah satu indikasi efektivitas LKB. Tantangannya kemudian ialah bagaimana mewujudkan integrasi layanan HIV & AIDS dalam sistem kesehatan umum melalui LKB semakin meluas dan paripurna, termasuk dalam pendelegasian implementasi prosedur pengobatan ARV di tingkat fasyankes primer. []

Bacaan

WHO dan UNAIDS. 2011. "The Treatment 2.0 Framework for Action: Catalysing the Next Phase of Treatment, Care and Support." Jenewa: WHO.

PENANGGULANGAN HIV & AIDS DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Chrysant Lily Kusumowardoyo dan Muhammad Suharni



Tanggal 12 Desember 2014 menjadi penanda pertama kali dirayakannya *Universal Health Coverage Day* atau Hari Cakupan Kesehatan Semesta. Tanggal ini dipilih untuk memperingati resolusi PBB dua tahun sebelumnya, di mana semua negara anggota PBB mengakui *Universal Health Coverage* (UHC) sebagai salah satu pilar penting pembangunan berkelanjutan.⁴

Badan Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan UHC sebagai kondisi ketika semua orang dipastikan bisa memanfaatkan layanan kesehatan berkualitas yang mereka butuhkan, termasuk layanan yang bersifat promosi, pencegahan, kuratif, rehabilitatif dan paliatif; juga kepastian bahwa layanan kesehatan tersebut tidak membuat penggunaanya mengalami kesulitan secara finansial.⁵

Turut memperingati Hari Cakupan Kesehatan Semesta, PKMK FK UGM mengadakan seminar untuk menghasilkan rekomendasi bagi pengembangan kebijakan kesehatan, khususnya terkait Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan kendaraan untuk mencapai cakupan layanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Dalam seminar tersebut, peneliti dari PKMK FK UGM menyampaikan gagasan tentang isu penanggulangan HIV & AIDS dalam JKN. Beberapa isu yang dikemukakan ialah belum adanya kebijakan tentang JKN yang secara khusus mengatur kemanfaatan dan kepesertaan ODHA dan komunitas terdampak AIDS lainnya.

Pedoman Pelaksanaan JKN dalam Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 menyatakan bahwa pelayanan kesehatan bagi peserta penderita penyakit HIV & AIDS dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang merupakan bagian dari pembayaran kapitasi, serta di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang dapat diklaimkan sesuai tarif yang diterapkan dalam Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs), sedangkan obatnya menggunakan obat program. Selanjutnya, dalam Surat Edaran Menteri Kesehatan tentang pedoman pelaksanaan JKN, dinyatakan bahwa peserta JKN yang menggunakan obat program pemerintah seperti penyakit HIV & AIDS akan diatur secara tersendiri. Masalahnya, sampai saat ini pengaturan tersebut belum ada. Akibatnya, tidak ada acuan yang jelas mengenai manfaat bagi peserta JKN yang memiliki HIV & AIDS. "Obat program" mencakup ARV, reagen, jarum suntik, kondom, metadon, dan alat kesehatan lain. Tetapi, dalam obat program pun ada kategori antara obat yang ditanggung dan yang tidak. Contohnya, ARV yang disediakan oleh obat program terbatas pada Lini 1. Bagi mereka yang terlanjur resisten dengan ARV Lini 1, apakah ARV Lini 2 bisa diklaimkan ke BPJS? Bagaimana dengan tes CD4 dan *viral load* yang saat ini tidak seluruhnya dibiayai oleh program? Apakah kedua tes ini termasuk manfaat bagi peserta?

Selain itu, apabila manfaat untuk peserta JKN yang memiliki HIV hanya dibatasi pada "obat program", maka layanan yang diterima tidak akan menyeluruh. Contohnya, pengobatan depresi dan gangguan kejiwaan yang sangat mungkin dialami oleh ODHA tidak tercakup dalam obat program. Selain itu, bagi peserta JKN yang belum mengetahui status HIV-nya, belum ada kejelasan apakah ia bisa mengakses layanan

⁴ Lihat www.universalhealthcoverage.org.

⁵ Lihat http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/.

tes HIV lewat JKN atau tidak. Padahal, skrining HIV ini tidak ada bedanya dengan skrining kanker atau skrining diabetes yang ditanggung dalam JKN.

Terlepas dari isu manfaat, masalah penting lainnya ialah soal kepesertaan. Banyak ODHA yang merupakan bagian dari populasi kunci seperti pekerja seks, penasun, dan waria, yang tidak memiliki kelengkapan administrasi kependudukan seperti Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK). Padahal, keduanya menjadi syarat utama BPJS untuk kepesertaan. Selain itu, ada pasal yang menyatakan gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri tidak ditanggung oleh JKN. Pasal ini dijadikan dasar bagi banyak pihak untuk mengeksklusi ODHA dan penasun. Asumsi seperti ini menegaskan kenyataan bahwa sebagian besar dari populasi kunci merupakan korban dari ketidakadilan sosial (*social inequity*) yang sistematis dan struktural. Selain itu, banyak ODHA yang merupakan bagian dari populasi umum seperti ibu rumah tangga dan bayi. Oleh karena itu, argumentasi bahwa HIV adalah gangguan kesehatan akibat menyakiti atau membahayakan diri sendiri jelas tidak valid.

Isu ketidakadilan sosial yang erat hubungannya dengan ODHA dan populasi kunci juga belum diatur dalam JKN. Mekanisme kepesertaan bagi warga miskin lewat pembayaran premi oleh pemerintah bagi penerima bantuan iuran (PBI) sudah ada, tetapi yang dijadikan ukuran untuk PBI ialah status ekonomi, bukan sosial. Padahal, definisi UHC dari WHO mensyaratkan adanya aspek keadilan dalam mengakses layanan kesehatan—siapa pun yang membutuhkan layanan kesehatan berhak mendapatkannya. Dengan kata lain, layanan kesehatan tidak boleh terbatas untuk mereka yang mampu membayar. Masalahnya, ukuran kemampuan membayar ini sering kali hanya diukur dari risiko ekonomi saja, padahal risiko sosial seseorang juga turut menentukan. Perlindungan risiko dari aspek sosial dan ekonomi juga menjadi aspek utama UHC, selain aspek kesehatan, cakupan, titik masuk ke sistem kesehatan, dan pendekatan berbasis hak (McKee *et al.* 2013). Pengukuran berdasarkan tingkat ekonomi saja membuat kaum marginal seperti ODHA, populasi kunci, dan warga binaan yang ada di lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan yang juga rentan terhadap penularan HIV tidak diperhitungkan dalam kepesertaan JKN.

Pernyataan di atas tidak bermaksud menginginkan peserta JKN yang memiliki HIV harus dikecualikan. Pertimbangannya, pengkhususan berpotensi menimbulkan dan melanggengkan stigma terhadap ODHA. Tetapi, mekanisme yang memungkinkan mereka tereksklusi secara sosial yang perlu dikembangkan dalam JKN, seperti penjaminan layanan kesehatan bagi mereka yang tidak memiliki dokumen kependudukan.

Pada akhirnya, prinsip-prinsip hak asasi manusia seperti keadilan, kesetaraan, solidaritas, dan cakupan yang merata dan menyeluruh (*universality*) harus menjadi dasar dari JKN sebagai jalan untuk mencapai cakupan kesehatan semesta demi kesehatan yang lebih baik bagi seluruh rakyat Indonesia. []

Bacaan

McKee, M., D. Balabanova, S. Basu, W. Ricciardi, D. Stuckler. 2013. "Universal Health Coverage: A Quest for All Countries But under Threat in Some." *Value in Health* 16(1): S39–S45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2012.10.001>.

KESENJANGAN TENAGA AIDS DALAM SISTEM KESEHATAN UMUM

Muhammad Suharni



Sumber daya manusia (SDM) memainkan peran signifikan dalam sistem kesehatan dan penanggulangan HIV & AIDS. Maka, diperlukan integrasi SDM AIDS dalam sistem kesehatan untuk memperbaiki kesenjangan ketersediaan tenaga AIDS. Penyediaan SDM kesehatan ini kini mendapatkan tantangan dari desentralisasi yang memberikan kewenangan daerah untuk menyediakan tenaga kesehatan.

“diperlukan integrasi SDM AIDS dalam sistem kesehatan untuk memperbaiki kesenjangan ketersediaan tenaga AIDS”

Respons terhadap tren epidemi di suatu wilayah tidak dapat dilepaskan dari konteks kebijakan setempat. Dalam konteks desentralisasi, Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota telah mengamanatkan pembagian kewenangan antara

pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota terkait pengelolaan, penempatan, pendayagunaan, peningkatan kapasitas, registrasi, pembinaan, dan pengawasan SDM kesehatan. Salah satu cara untuk melihat integrasi SDM AIDS dalam sistem kesehatan ialah dengan mengkaji apakah pengadaan sampai pembinaan dan pengawasan SDM AIDS sudah mengikuti sistem SDM kesehatan pada umumnya.

Ada beberapa skema yang berlaku dalam rekrutmen SDM kesehatan di Indonesia, yakni rekrutmen reguler dengan jalur penerimaan pegawai negeri sipil (PNS) atau jalur honorer dan rekrutmen berbasis proyek. Dalam peningkatan kapasitas SDM kesehatan pun ada beberapa skema baku dan normatif: pelatihan (diklat) dan *training of trainer* tenaga kesehatan skala nasional dilakukan oleh pemerintah pusat, pelatihan diklat fungsional dan teknis skala provinsi merupakan tanggung jawab pemerintah provinsi, dan pelatihan teknis skala kabupaten/kota menjadi tanggung jawab pemerintah kabupaten/kota. Sedangkan registrasi, akreditasi, dan sertifikasi tenaga kesehatan dilakukan mulai dari level pusat sampai kabupaten/kota sebagai salah satu cara untuk menjaga kompetensi SDM kesehatan. Melihat skema tersebut, peluang untuk mengintegrasikan SDM AIDS dalam SDM kesehatan bisa dilakukan dari berbagai level.

Menurut draf Strategi Rencana Aksi Nasional (SRAN) Penanggulangan HIV & AIDS 2015–2019 (KPAN 2015), pemenuhan kebutuhan SDM AIDS dilakukan melalui pengadaan tenaga kerja multiplier, pengalihan tugas, dan penambahan jumlah staf. Berdasarkan tiga pendekatan tersebut, skema rekrutmen SDM AIDS dapat dilakukan melalui jalur reguler atau pengadaan khusus lewat tenaga honorer maupun jalur proyek. Tenaga outreach, konselor, dan manajer kasus, misalnya, dapat direkrut sebagai tenaga kesehatan melalui skema PNS atau tenaga honorer. Dengan memberikan kesempatan sektor nonpemerintah atau masyarakat sipil yang terlatih, pemerintah turut andil mewujudkan pengakuan terhadap kesetaraan serta mengurangi stigma dan diskriminasi. Skema lain ialah mekanisme pengalihan tugas, yang meliputi perluasan tanggung jawab atas pasien HIV dari spesialis/internis ke dokter umum, pergeseran tanggung jawab beberapa layanan dari dokter kepada perawat, dan rangkap tugas perawat sebagai teknisi laboratorium sederhana (untuk menyelesaikan masalah kekurangan kapasitas laboratorium yang menghambat ekspansi pengobatan). Dengan kewenangan sesuai PP Nomor 38 Tahun 2007, Kemenkes RI tentu secara berjenjang dapat memainkan peran pemenuhan kebutuhan SDM AIDS dengan mengikuti pola peningkatan SDM kesehatan pada umumnya. Artinya, pengelolaan SDM AIDS dapat lebih direncanakan dengan melihat kebutuhan dan kapasitas tenaga kesehatan di suatu daerah, sehingga mutasi tenaga kesehatan terlatih tidak menghambat keberlanjutan layanan HIV & AIDS.

Perluasan peningkatan kapasitas pada tenaga kesehatan lokal juga dapat dilakukan oleh pemerintah dengan cara membuat kelompok kerja dan pemberian training of trainer kepada tenaga kesehatan umum agar pengalihan tugas dapat berjalan sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan. Integrasi SDM AIDS dalam sistem kesehatan membutuhkan perencanaan yang sistematis agar kapasitas tenaga kesehatan yang ada semakin optimal dan berdampak konkret pada penurunan prevalensi HIV & AIDS maupun kematian akibat AIDS. Konteks epidemi dan kapasitas tenaga kesehatan di suatu daerah akan sangat menentukan keberhasilan program penanggulangan HIV & AIDS, di samping interaksi dan mekanisme antar fungsi sistem kesehatan itu sendiri. []

Bacaan

KPAN. 2015. "Draft Strategi Rencana Aksi Nasional (SRAN) 2015–2019 Penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia Per 16 Maret 2015."

Kebutuhan SDM AIDS dari Pekerja Non-Kesehatan

Ignatius Hersumpana



pelibatan masyarakat sipil, ODHA, dan pendamping menjadi krusial untuk didukung dengan strategi kebijakan yang tepat dan dukungan sumber daya yang memadai

Guna pemenuhan sumber daya kesehatan, sebagaimana disampaikan SRAN 2015–2019, pelibatan tenaga pendamping dari unsur nonkesehatan di dalam layanan HIV & AIDS penting untuk dikembangkan dari konsep “tenaga kerja pengganda”. Mengapa perlu melibatkan lebih banyak tenaga kerja dari unsur nonkesehatan? Ada banyak faktor yang menjadi alasan mengapa pelibatan tenaga kerja pengganda (*multiplier*) menjadi krusial dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS yang berbasis pada layanan kesehatan sampai pada tingkat fasilitas kesehatan primer. Hal itu merupakan konsekuensi dari pelaksanaan kebijakan strategis berupa Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) dan *Strategic Use of ARV* (SUFA) yang membutuhkan sumber daya yang memadai baik dari sektor kesehatan maupun nonkesehatan sebagai pendukung pokok *VCT link to Care*.

Pertama, situasi umum epidemi dan respons terhadapnya berikut ini cukup memberikan pengaruh. Beban penyakit diproyeksikan semakin meningkat, di mana prevalensi di seluruh Indonesia sebesar 0,4 persen dan di wilayah Papua mencapai 2,3 persen pada populasi umum. Sementara itu, jangkauan layanan LKB dan SUFA semakin meningkat. SUFA telah dilaksanakan di 13 kabupaten/kota pada 2013 dan akan diperluas secara bertahap dengan target 75 kabupaten/kota pada 2014.⁶ Dengan kondisi begitu, kebutuhan tenaga dukungan untuk memenuhi layanan HIV & AIDS yang ideal perlu dipenuhi dengan pelibatan masyarakat sipil, ODHA, dan kelompok dukungan lainnya yang memenuhi kriteria untuk mendampingi ODHA. Rasio antara jumlah kebutuhan berbagai tenaga nonkesehatan untuk mendukung layanan HIV & AIDS terinci sebagai berikut. Untuk Pendidik Sebaya (PE), misalnya, bagi Wanita Pekerja Seks Langsung (WPSL) dan waria dibutuhkan sejumlah orang dengan rasio (jumlah PE terhadap orang yang dijangkau) berkisar 1:20 sampai 1:50. Bagi penasun, rasio diperkirakan antara 1:10 sampai 1:20. Bagi Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung (WPSTL), seperti yang berada di bisnis hiburan, dapat mengembangkan pendekatan *peer leader*, selain PE, di mana rasionya dapat berkisar antara 1:5 sampai 1:30. Untuk melaksanakan program tersebut, dukungan Dinas Pariwisata sangat dibutuhkan. Pada Lelaki Berhubungan Seks dengan Lelaki (LSL), jumlah tenaga PE dari komunitas yang dibutuhkan akan tergantung pada

⁶ Lihat Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI. 2014. “SUFA, Inovasi Baru dalam Upaya Pengendalian HIV & AIDS di Indonesia.” 5 Agustus. <http://www.depkes.go.id/article/view/201408140001/sufa-inovasi-baru-dalam-upaya-pengendalian-hiv-aids-di-indonesia.html#sthash.0pCHz06V.dpuf>.

pendekatan program. Jika pendekatannya berbasis situs/internet, rasionya bisa mencapai lebih dari 1:50, sementara dengan pendekatan konvensional (*face-to-face*), rasionya berkisar antara 1:15 sampai 1:30 (SRAN 2015–2019).

Kedua, peran dan fungsi pendamping dalam pengobatan ARV mengalami permasalahan dalam praktiknya.⁷ Pendampingan memiliki posisi penting dalam proses rujukan, dukungan psikososial, dan menjaga kepatuhan dalam pengobatan ARV. Peran para pendamping sangat menentukan apakah ODHA mendapatkan layanan secara optimal sehingga bisa mengurangi *loss to follow up* dalam terapi ARV. Jumlah kasus *loss to follow up* masih cukup tinggi selama ini. Di Yogyakarta, dari 1.300 ODHA, hanya separuhnya yang patuh menjalani pengobatan, separuhnya lagi mengalami *loss to follow up*. Pengalaman ini menjadi pembelajaran penting bahwa peran dan fungsi pendamping sangat penting untuk mengerem *loss to follow up*.

Ketiga, kajian oleh Maryse C. Kok *et al.* (2015) menyimpulkan bahwa kinerja pekerja kesehatan komunitas sangat ditentukan oleh interseksi antar berbagai faktor, yaitu ekonomi, lingkungan, serta praktik dan kebijakan sistem kesehatan. Keberadaan kebijakan yang mengatur pekerja kesehatan komunitas, kebijakan sumber daya, dan komitmen politik mempengaruhi praktik dari fungsi layanan kesehatan, pembiayaan sumber daya, tingkat pengambilan keputusan dan struktur koordinasi, serta tata kelola kesehatan. Sama halnya dengan kinerja pendamping dari masyarakat sipil, keberhasilannya juga akan sangat ditentukan oleh berbagai faktor tersebut. Tanpa jaminan kebijakan dan komitmen politik yang mendukung peran pendampingan, strategi LKB dan SUFA yang berbasis pada layanan primer dan berpusat pada penerima layanan tidak akan berjalan dengan optimal.

Oleh karena itu, pelibatan masyarakat sipil, ODHA, dan pendamping (misalnya PE) secara luas menjadi krusial untuk didukung dengan strategi kebijakan yang tepat dan dukungan sumber daya yang memadai. Agar peran mereka bisa menggerakkan semangat solidaritas yang bersifat sukarela, perlu penguatan kapasitas dan mekanisme rekrutmen yang jelas dan sistematis sehingga jaminan keselamatan dan keamanan kerja bisa terjamin. Kebijakan dan komitmen politik yang tepat akan semakin mendorong partisipasi unsur dari sektor nonkesehatan dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS secara lebih optimal dan menjamin kontrol terhadap kualitas layanan guna mencapai target 60 persen pengobatan di tingkat nasional. Akhir kata, momentum kemerdekaan RI yang ke-70 menjadi sebuah harapan terjaminnya kebijakan yang mencakup pekerja kesehatan komunitas agar lebih terintegrasi di dalam sistem kesehatan. Semoga. []

Bacaan

Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kemenkes RI. 2014. *Estimasi Jumlah Populasi Kunci Terdampak HIV Tahun 2012*. Jakarta: Kemenkes RI.

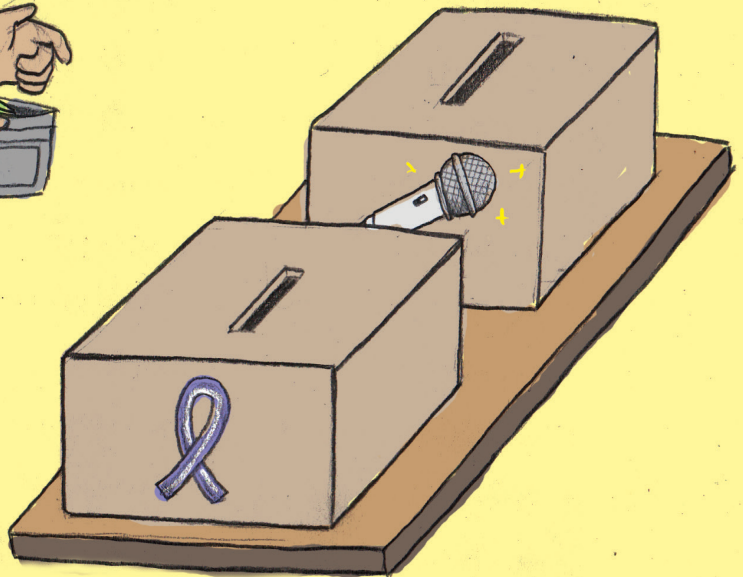
Kok, M.C. *et al.* 2015. "How Does Contact Influence Performance of Community Health Workers in Low- and Middle Income Countries? Evidence from the Literature." *Health Research Policy and Systems*. DOI: 10.1186/s12961-015-0001-3.

Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI. 2014. "SUFA, Inovasi Baru dalam Upaya Pengendalian HIV & AIDS di Indonesia." 5 Agustus. <http://www.depkes.go.id/article/view/201408140001/sufa-inovasi-baru-dalam-upaya-pengendalian-hiv-aids-di-indonesia.html#sthash.0pCHz06V.dpuf>.

⁷ Tereksplorasi dalam Diskusi Kultural yang digelar oleh PKMK FK UGM pada 31 Juli 2015.



MAU NYUMBANG KEMANA YA?
HIBURAN ATAU KESEHATAN?



MENGGAGAS PEMBIAYAAN SEKTOR KOMUNITAS

Ignatius Hersumpana

Peran sektor komunitas dipandang memiliki kontribusi penting dalam penanggulangan HIV & AIDS. Kapasitas komunitas dalam melakukan layanan yang lebih fleksibel dengan berasaskan nilai-nilai solidaritas dinilai dapat menjangkau kelompok-kelompok yang termarginalisasikan akibat stigma dan diskriminasi. Tetapi, sebagaimana temuan kajian PKMK FK UGM dan KPAN (2015), pembiayaan sektor komunitas selama ini masih menggantungkan sepenuhnya kepada dukungan dari mitra pembangunan internasional (MPI). Diperlukan pemikiran dan perencanaan strategis untuk mengembangkan pembiayaan yang berkelanjutan bagi sektor komunitas. Pemberdayaan sektor komunitas yang berkelanjutan menjadi salah satu prioritas di dalam SRAN 2015–2019 dalam penanggulangan HIV & AIDS. Tulisan ini mencoba menggali gagasan kemungkinan potensi pembiayaan yang bersumber dari pendanaan lokal yang berkelanjutan untuk sektor komunitas.

Alternatif sumber pembiayaan lainnya bagi sektor komunitas yang bisa dikembangkan ialah dari sektor swasta melalui skema *Corporate Social Responsibility (CSR)*

Pembiayaan untuk penanggulangan HIV & AIDS, khususnya bagi sektor komunitas, menjadi tantangan serius bagi pemerintah untuk menggali potensi-potensi pembiayaan yang bersumber dari APBD dan sumber-sumber domestik lainnya untuk menjamin keberlanjutan penanggulangan HIV & AIDS secara komprehensif. Kontribusi pemerintah daerah dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS masih terbatas sekitar 14 persen pada 2014. KPAN memproyeksikan, daerah setidaknya memberikan kontribusi pembiayaan sebesar 20 persen untuk mencukupi pembiayaan HIV & AIDS pada 2015–2019. Rencana kenaikan pembiayaan sektor kesehatan mulai 2016 sampai 5 persen bisa menghembuskan angin segar bagi potensi sumber pembiayaan penanggulangan HIV & AIDS termasuk bagi sektor komunitas.

Pembiayaan bagi sektor komunitas sebenarnya dimungkinkan melalui mekanisme yang sudah ada seperti proses musyawarah perencanaan pembangunan daerah dari tingkat desa hingga tingkat kabupaten. Dasar hukumnya pun sudah jelas, khususnya daerah yang memiliki peraturan daerah terkait penanggulangan HIV & AIDS. Sebagaimana ditegaskan oleh Sekretaris Direktorat Jenderal Bagian Politik dan Pemerintah Umum, Kementerian Dalam Negeri (Kemendagri) Budi Prasetyo dalam workshop *contracting out* penyediaan layanan kesehatan AIDS pada Forum Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia di Padang Agustus 2015 lalu, bahwa pembiayaan sektor komunitas untuk layanan

HIV & AIDS dimungkinkan dengan adanya peraturan daerah yang ada sebagai bagian dari desentralisasi. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2013 tentang Organisasi Kemasyarakatan (ormas) mengamanatkan peluang pembiayaan ormas dari APBN dan APBD (Pasal 37). Tantangan selanjutnya ialah membangun sinergi antara Kemendagri dan Kemenkes untuk menerbitkan pedoman umum pembiayaan ini sebagai dasar penganggaran daerah. Potensi dari pembiayaan publik ini perlu dijabarkan secara mendetail agar pembiayaan sektor komunitas dapat dilaksanakan oleh daerah dengan dukungan koordinasi lintas sektor dan antar kementerian.

Alternatif sumber pembiayaan lainnya bagi sektor komunitas yang bisa dikembangkan ialah dari sektor swasta melalui skema *Corporate Social Responsibility* (CSR) atau pertanggungjawaban sosial perusahaan. Potensi dari sektor swasta ini dapat dikembangkan lebih sistematis mengingat kewajiban perusahaan untuk memberikan tanggung jawab sosial dan lingkungan telah diamatkan oleh UU Nomor 40 Tahun 2007 tentang Perseroan Terbatas dan diperkuat dengan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2012 sebagai pedoman implementasinya. Tanggung jawab sosial dan lingkungan dari perusahaan seperti disebutkan dalam PP tersebut perlu diwujudkan dalam rencana kegiatan tahunan perusahaan. Salah satu pengalaman menarik bisa dipelajari dari China di mana perusahaan Bayer melakukan inovasi CSR untuk pembiayaan HIV & AIDS (Lee 2005). Sementara penelitian PKMK FK UGM (2014) di beberapa daerah menemukan keterlibatan CSR dalam program HIV & AIDS seperti di Makassar, Bali, dan Surabaya oleh berbagai perusahaan. Tantangannya kemudian ialah mengembangkan keterlibatan CSR agar bisa menjadi bagian yang terencana secara sistematis dan berkelanjutan dalam penanggulangan HIV & AIDS.

Mekanisme lain yang perlu dikembangkan adalah *contracting out* antara sektor komunitas dan dinas kesehatan dalam kerangka *public privat partnership*. Pembiayaan bagi sektor komunitas untuk penanggulangan HIV & AIDS dari sumber-sumber lokal bisa dibidang semakin terbuka. Meningkatnya dukungan pembiayaan bagi sektor komunitas tentunya akan memperkuat peran sektor komunitas. []

Bacaan

Lee, S. 2005. "Implementing Corporate Social Responsibility in Health Sector." Student Reserach Project. China Europe International Business School.

Pengalaman Advokasi Kebijakan Publik di Era Otonomi Daerah: Refleksi Peran NGO dan Lembaga Kajian (*Think Tank*)

Ignatius Hersumpna



DENGAN BANYAK BERKACA,
KITA PASTI SUSAH DITIKUNG!

Tata kenegaraan di era otonomi daerah telah memberikan tantangan tersendiri bagi *non government organisation* (NGO) atau ornop dan lembaga kajian (*think tank*) untuk memainkan perannya dalam mendorong proses perubahan kebijakan publik. Pada awal 2015, para aktivis ornop dan peneliti kebijakan di Indonesia berbagi pengetahuan dan pengalaman melalui forum udar gagasan bertajuk “Mempertemukan Agenda Masyarakat Sipil dengan Kebijakan Daerah” yang diselenggarakan oleh *Institute for Research and Empowerment* (IRE) di Yogyakarta. Forum *Policy Research Network* (PRN) dan *Knowledge Sector Initiative* (KSI) tersebut menegaskan kembali “identitas dan jati diri” ornop dan lembaga *think tank*. Tulisan ini berisi refleksi pengalaman advokasi para aktivis dan peneliti yang mendefinisikan diri sebagai masyarakat sipil baik ornop maupun lembaga kajian yang berperan sebagai *think tank*.

Prinsip penting yang perlu dipegang di sini ialah bahwa proses advokasi kebijakan bertujuan untuk menciptakan tata kehidupan publik yang berkeadilan. Tujuan tersebut perlu konsistensi dari segi ideologi hingga praktik. Perlu ditegaskan juga bahwa advokasi kebijakan publik merupakan proses “tanpa akhir”. Pengalaman advokasi kebijakan publik di era otonomi daerah terkait masalah layanan dasar seperti kesehatan, antikorupsi, pemberdayaan masyarakat pedesaan (petani), agraria, dan pendidikan masyarakat sipil dalam perkembangannya mengalami proses adaptasi terhadap dinamika konteks politik, sosial, dan budaya. Misalnya saja, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah sebagai landasan hukum terbaru otonomi daerah saja telah memberikan konsekuensi yang berbeda dari UU Nomor 22 tahun 2009. Ada banyak faktor yang menentukan keberhasilan sebuah advokasi kebijakan publik baik dari sisi substansi maupun prosedur.

Pengalaman advokasi yang dilakukan para aktivis dan peneliti kebijakan memberikan wawasan yang menarik mengenai pola advokasi yang berkembang. Teridentifikasi tiga pola yang terpetakan. Pertama, praadvokasi sebagai proses pendalaman dan indentifikasi aktor, target, dan sasaran yang dilakukan melalui riset atau penyelidikan. Proses ini menjadi dasar kerja berikutnya selama advokasi. Kedua, strategi komunikasi dan persuasi baik dari yang tersamar sampai yang frontal. Strategi komunikasi dan persuasi ini sangat ditentukan oleh karakter budaya masing-masing basis advokasi. Ketiga, proses kontrol menjadi faktor sangat menentukan untuk menghasilkan advokasi dengan strategi baru. Secara umum, pola ini juga menegaskan bahwa kerja advokasi membutuhkan sebuah totalitas dan militansi dari pegiatnya, bukan sekadar profesionalisme.

Yang perlu dipahami kemudian ialah perbedaan antara kerja ornop dan lembaga *think tank*. Karakter kerja ornop lebih spesifik dan fokus pada isu atau persoalan tertentu, sementara lembaga *think tank* biasa mengurus banyak isu sekaligus. Karakter ornop menunjukkan bahwa kerja-kerjanya langsung bersentuhan dengan persoalan publik yang beresiko tinggi (*high risk*), sementara *think tank* bertujuan mendesiminasikan hasil kajian yang berkualitas tinggi (*high quality research*) sebagai bahan untuk melakukan advokasi berbasis bukti. Makanya, baik ornop maupun *think tank* tidak bisa dipisahkan. Keduanya merupakan entitas yang saling mendukung. Selain itu, di dalam proses advokasi kebijakan, lembaga *think tank* perlu berbagi peran dan berkolaborasi dengan agen perantara (*intermediary agent*) yang memiliki sumber daya dan akses kepada pihak penentu kebijakan dan pihak-pihak lain yang menjadi target.

Keberhasilan proses advokasi sering kali ditentukan bukan oleh kualitas substansi, melainkan justru oleh strategi yang dipilih. Dalam banyak kasus, keberhasilan advokasi ditentukan oleh kemampuan membangun jaringan dan relasi interpersonal yang baik dengan pengambil kebijakan, baik melalui legislatif maupun eksekutif. Di situlah peran agen perantara berperan penting. Dengan kapasitas kepemimpinan, ketokohan, serta kualitas pemikiran populer dan dikenal oleh penentu kebijakan, mereka biasanya bisa memainkan proses lobi-lobi informal yang bisa mendorong keberhasilan advokasi dengan cepat, dengan catatan bahwa kualitas substansi dari data dan bukti harus kuat. Perlu diingat juga bahwa kadang yang menentukan keberhasilan advokasi bukan benar atau salahnya data dan bukti, melainkan relevan atau tidaknya untuk disepakati bersama.

"Ornop dan lembaga *THINK TANK* tidak boleh lengah di dalam proses advokasi agar tidak kandas di tengah jalan, ditelikung oleh kelompok berkepentingan tertentu."

Advokasi kebijakan publik merupakan mekanisme kontrol terhadap kekuasaan, karena kekuasaan tidak bisa dibiarkan berjalan sendiri. Ornop dan lembaga kajian (termasuk universitas) memang bukan organisasi politik, tetapi bersinggungan langsung dengan kekuasaan (politik). Dalam konteks sistem pemerintahan demokratis, advokasi merupakan mekanisme kontrol dan penyeimbang (*check and balances*). Ornop dan lembaga *think tank* bukan hanya pelengkap, melainkan penentu bekerjanya mekanisme kontrol dan penyeimbangan kekuasaan. Dan proses advokasi harus memastikan bahwa kekuasaan bukan untuk menopang kepentingan sempit penguasa, melainkan diabdikan kepada publik.

Sering kali ornop dan lembaga *think tank* sebagai representasi masyarakat sipil disepelekan dan tidak dipandang oleh para politisi, karena dianggap tidak mewakili rakyat. Meskipun tidak mewakili rakyat sebagaimana mekanisme

partai politik, mereka mengemban persoalan-persoalan masyarakat dalam merumuskan mandatnya. Dalam proses advokasi, mereka melakukan pendalaman masalah dengan berbagai cara. Kegiatan tahap ini pada dasarnya merupakan penyelidikan atau investigasi. Proses pendalaman isu melalui riset atau pengkajian permasalahan disadari atau tidak akan membentuk sikap militansi untuk pembelaan subjek masyarakat sebagai pihak yang dililit persoalan. Militansi menuntut pengorbanan, bahkan tanpa disadari mengabaikan kepentingan sendiri dan keluarga.

Proses lainnya ialah penentuan agenda (*agenda setting*), perumusan kebijakan, pelaksanaan, dan pengawasan (*monitoring and evaluation*). Penentuan agenda tentu saja perlu didasari dengan manajemen pengetahuan (*knowledge management*) sebagai strategi penerjemahan hasil investigasi untuk dijadikan dasar kebijakan. Prinsip mendasar dari semua proses itu ialah partisipasi. Investigasi, penentuan agenda, terlebih perumusan, pelaksanaan, dan pengawasan akan memenuhi nilai demokrasi ketika didasari dengan prinsip partisipasi.

Proses kebijakan publik terjadi di dalam arena penuh kompetisi yang terus-menerus dan melibatkan aktor dan isu. Penentu kemenangan tak jarang bukan sumber daya, melainkan relasi. Dalam situasi relasional, aktor-aktor kuncilah yang memegang peran penting. Maka, proses advokasi kebijakan perlu dilalui dengan pemetaan dan penyaringan para aktor beserta isu. Ornop dan lembaga *think tank* tidak boleh lengah di dalam proses advokasi agar tidak kandas di tengah jalan, ditelikung oleh kelompok berkepentingan tertentu.

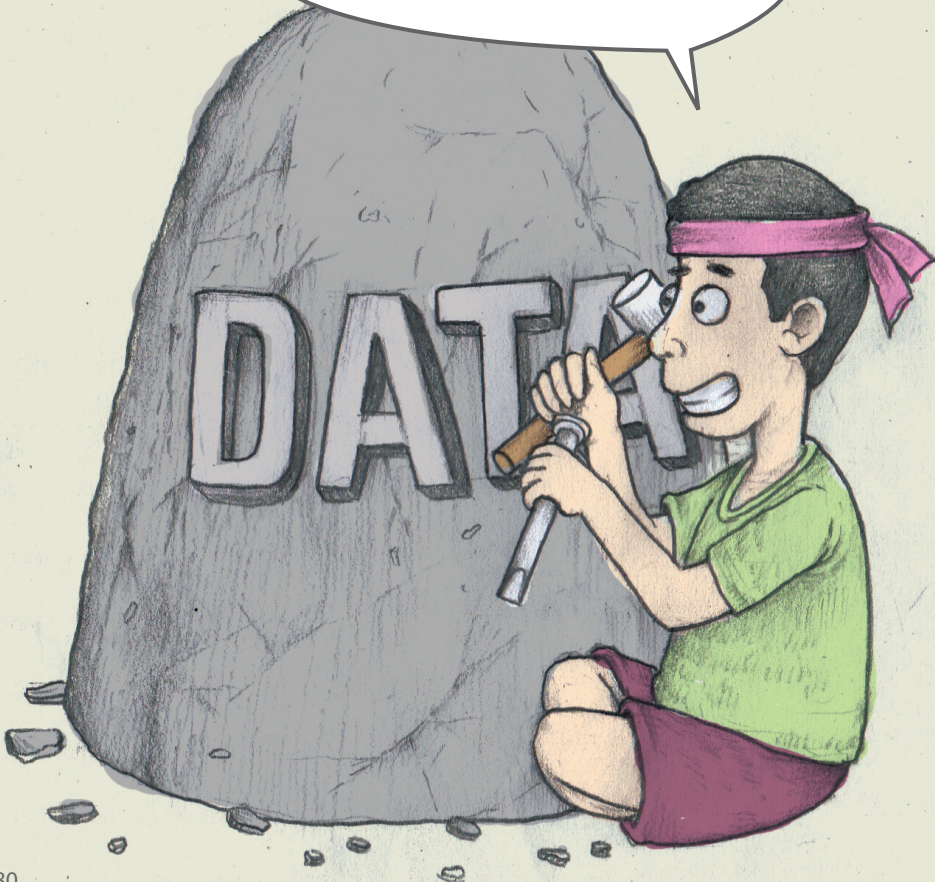
Pengalaman PKMK FK UGM yang berfokus pada isu kebijakan AIDS dalam proses advokasi pun dilalui dengan proses penelitian, pengembangan jaringan, pengembangan media sebagai jaringan pengetahuan, penyusunan penelitian kebijakan, diskusi intensif, serta berkunjung (*courtesy visit*) ke lembaga-lembaga berkepentingan seperti Dinas Kesehatan, KPA baik nasional maupun daerah. Proses penelitian dilakukan melalui perangkaian jaringan peneliti universitas maupun kelompok masyarakat sipil yang relevan di daerah-daerah tempat penelitian.

Prinsip penting lain yang perlu dipegang teguh dalam proses advokasi ialah kritisisme terhadap persoalan atau isu dan empati terhadap subjek yang dililit persoalan agar tidak mudah terjerembab dalam persoalan birokratis prosedural dan teknokratis. Proses advokasi harus dijadikan proses yang maju (*progressive* atau *incremental*), bukan regresif. []

SENI MEMANFAATKAN DATA

Chrysant Lily Kusumowardoyo

KALAU SESUATU DIMANFAATKAN DENGAN BAIK, AKAN MENGHASILKAN SEMANGAT DAN PENGARUH BAIK! YAKIN DAH!



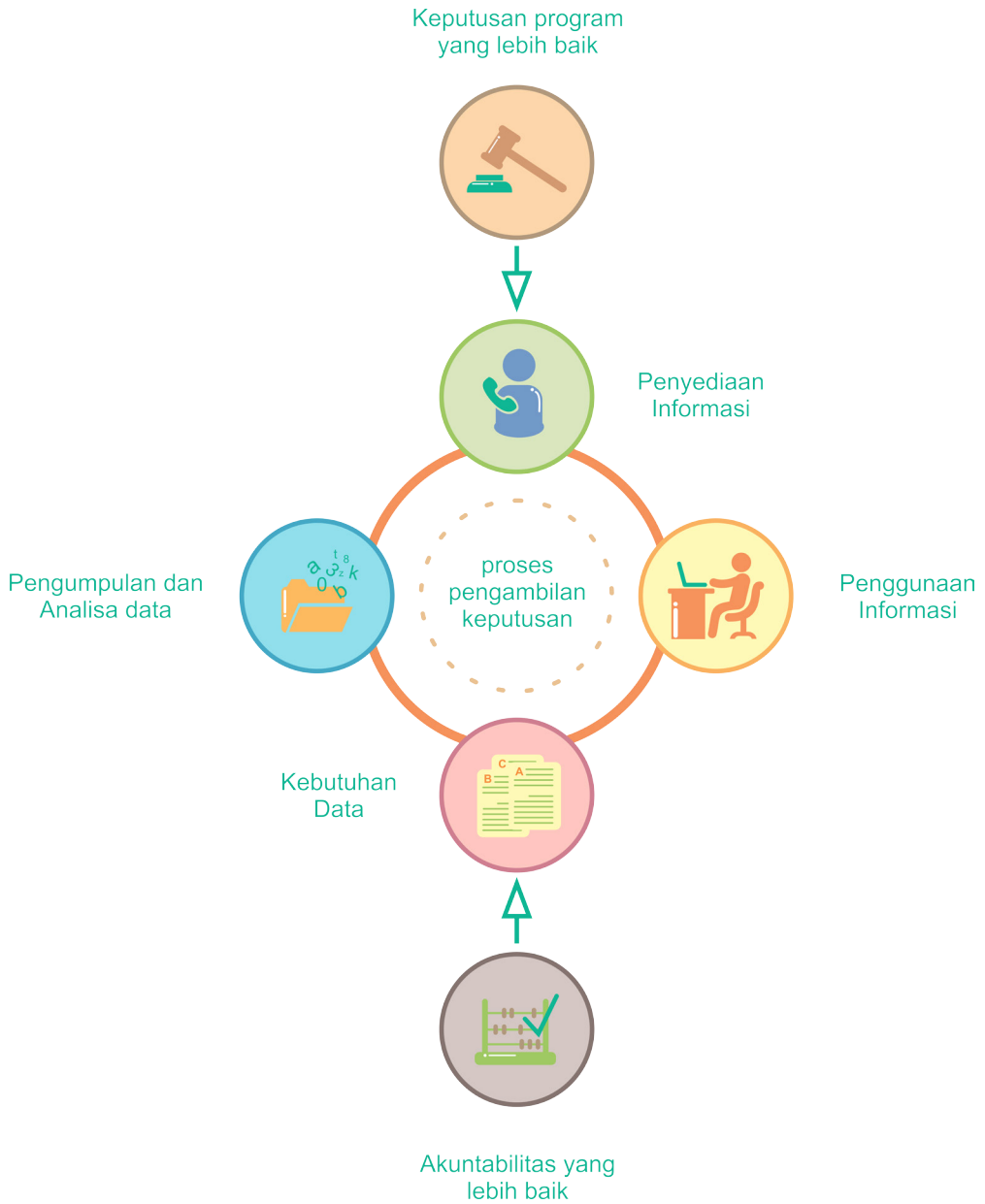
"The true art of using data is in finding ways to use the data that address the particular concerns of the target audience." UNAIDS/WHO 2004

Hasil penelitian PKMK FK UGM tentang keterlibatan organisasi masyarakat sipil (OMS) dan organisasi berbasis komunitas (OBK) atau yang biasa disebut sebagai sektor komunitas dalam penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia menunjukkan bahwa salah satu faktor yang mengakibatkan mereka tidak bisa secara maksimal berkontribusi pada pencapaian hasil ialah karena kegiatan-kegiatan yang dilakukan mereka cenderung mekanis, termasuk dalam pengumpulan data program. Pada dasarnya, data program dikumpulkan untuk dua tujuan. *Pertama*, untuk memenuhi prinsip akuntabilitas atas program yang dijalankan; *kedua*, untuk pengambilan keputusan dalam perencanaan dan perbaikan program. Sayangnya, selama ini pengumpulan data yang dilakukan oleh OMS/OBK cenderung bertujuan untuk memenuhi tujuan pertama saja, yaitu untuk pertanggungjawaban kepada donor ataupun kepada Komisi Penanggulangan AIDS (KPA). Data program sekedar dipakai untuk mengukur capaian target, tetapi tidak meninjau apakah pendekatan yang dilakukan sudah tepat guna dan tepat sasaran. Akibat tidak dilaksanakannya tujuan yang kedua ini, daya tanggap OMS/OBK terhadap kebutuhan anggotanya menjadi lemah sehingga kinerjanya dalam penanggulangan HIV & AIDS menjadi kurang optimal.

Sebenarnya, banyak pihak menyadari bahwa data program bisa dan perlu dimanfaatkan lebih dari sekedar untuk mengukur capaian. Tetapi, sebagian mereka masih kurang yakin dengan caranya. Terbukti dalam Pertemuan Nasional AIDS V di Makassar 2015, berbagai kalangan yang hadir termasuk pengelola program dan KPA dari berbagai daerah sangat antusias untuk mempelajari pemanfaatan data sebagai dasar pengambilan keputusan. Sesi *skill-building workshop* bertema "Dari Penelitian ke Kebijakan" yang diselenggarakan oleh PKMK FK UGM dan *HIV Cooperation Program for Indonesia* (HCPI) dijejali peserta sehingga melebihi kapasitas ruangan. Tulisan ini bukan hendak memberikan reportase atas kelas *skill-building* tersebut, melainkan untuk meninjau bagaimana data bisa digunakan oleh pengelola program untuk tujuan yang kedua, yaitu untuk pengambilan keputusan yang bersifat strategis, baik untuk perbaikan program maupun untuk menghasilkan bukti-bukti yang bisa dijadikan dasar advokasi terhadap pembuatan kebijakan.

"salah satu penentu sejauh mana data akan dimanfaatkan untuk pengambilan keputusan ialah motivasi dan komitmen dari individu yang mengumpulkan dan menggunakan data tersebut"

Gambar 1. Kerangka Pemanfaatan Data untuk Pengambilan Keputusan
(diterjemahkan dari MEASURE Evaluation 2006)



MEASURE Evaluation (2006) menawarkan kerangka yang bisa menjelaskan bagaimana data bisa dimanfaatkan untuk pengambilan keputusan (lihat gambar). Langkah-langkahnya bisa dijelaskan sebagai berikut:

1. *Menentukan kebutuhan data.* Langkah pertama ialah menentukan terlebih dahulu masalah yang ingin diselesaikan. Di tahap ini, pengelola program perlu mendefinisikan pertanyaan kunci yang ingin dijawab. Dari pertanyaan itulah bisa ditentukan data seperti apa yang dibutuhkan untuk menyelesaikan masalah. Pada tahap ini, sangat penting untuk melibatkan pemangku kepentingan guna memastikan bahwa data yang dikumpulkan sesuai dengan apa yang menjadi kebutuhan mereka.
2. *Pengumpulan dan analisis data.* Di tahap ini, pengelola program perlu mengidentifikasi sumber data yang tersedia dan relevan untuk menjawab pertanyaan kunci yang sudah ditentukan. Data bisa berasal dua sumber, yaitu data yang berbasis populasi seperti Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP), sensus nasional, Riset Kesehatan Dasar. Ada pula data yang berbasis institusi seperti data yang dihasilkan oleh puskesmas, rumah sakit, LSM yang merupakan kumpulan data hasil kegiatan yang dilakukan (sering disebut sebagai data program). Pengumpulan data lewat wawancara, diskusi, atau kuesioner juga bisa dilakukan untuk membantu menjawab pertanyaan kunci. Setelah itu, data yang telah terkumpul kemudian dianalisis sehingga bisa menghasilkan kesimpulan.
3. *Penyediaan informasi.* Setelah data dikumpulkan dan dianalisis, hasilnya perlu dibagikan oleh pengelola program kepada para pemangku kepentingan. Idealnya, data ini bisa mengidentifikasi tindakan apa yang perlu diambil sehingga menjadi bagian penting dari perencanaan atau tinjauan terhadap suatu program. Data bisa didiseminasikan melalui berbagai metode, termasuk melalui artikel, lembaran fakta, laporan penelitian, *policy brief*, brosur.
4. *Penggunaan informasi.* Di tahap ini, pengelola program (atau pemangku kepentingan) bisa memanfaatkan data yang tersedia untuk mengambil berbagai keputusan, seperti mengubah desain program atau pendekatan suatu layanan, memobilisasi lebih banyak sumber daya untuk ekspansi program, menentukan alokasi sumber daya seperti mengurangi atau menambah staf, mengadvokasi atau mengembangkan kebijakan tertentu.

Tahap-tahap pemanfaatan data untuk pengambilan keputusan di atas erat kaitannya dengan tahap-tahap penelitian, yang keterampilannya sangat mungkin untuk dikembangkan dan dimiliki oleh pengelola program. Tetapi, berbeda dengan pengumpulan data yang sekedar bertujuan untuk memenuhi tuntutan pertanggungjawaban kepada pihak donor, proses ini memang layaknya seni yang tidak bisa dihasilkan secara mekanis. Oleh karena itu, salah satu penentu sejauh mana data akan dimanfaatkan untuk pengambilan keputusan ialah motivasi dan komitmen dari individu yang mengumpulkan dan menggunakan data tersebut. Yang perlu diingat kemudian ialah pada saat para pengelola program dan pemangku kepentingan menggunakan informasi untuk membuat keputusan berbasis bukti, maka kemampuan mereka untuk memberikan respons yang lebih sesuai dengan kebutuhan konstituen dan masyarakat yang terdampak akan semakin besar sehingga kinerjanya pun bisa semakin efektif. []

Informasi Strategis untuk Perencanaan Program Penanggulangan AIDS di Daerah

Ignatius Hersumpana dan Muhammad Suharni



Sistem Kesehatan Nasional (SKN) memasukkan informasi sebagai subsistem di dalamnya dengan penjelasan bahwa peran informasi kesehatan sangat penting mulai dari pengadaan data, informasi, dan teknologi komunikasi untuk penyelenggaraan upaya kesehatan, pengembangan sumber daya manusia, dan kegiatan lainnya. Disebutkan juga bahwa informasi kesehatan merupakan hasil pengumpulan dan pengolahan data sebagai masukan bagi pengambil keputusan di bidang kesehatan. Kegiatannya dapat dikelompokkan antara lain (a) pengelolaan sistem informasi; (b) pelaksanaan sistem informasi; (c) dukungan sumber daya; (d) pengembangan dan peningkatan sistem informasi kesehatan. Sebagai penerapannya, pemerintah nasional telah mengembangkan berbagai pengelolaan informasi melalui survei-survei berkala seperti Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) yang dimulai pada 1972, Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) sejak 1960-an, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia sejak 1991. Terkait HIV & AIDS, Kemenkes RI mengembangkan Sistem Informasi HIV & AIDS (SIHA) yang datanya diambil dari pusat layanan primer (puskesmas). Salah satu jenis data dalam sistem informasi tersebut dihasilkan Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) yang diselenggarakan per dua tahun. Hasil dari semua survei ini menggambarkan kondisi kesehatan secara nasional.

Di era desentralisasi ini, beberapa pertanyaan terkait sistem informasi kesehatan, dalam hal ini terkait respons terhadap HIV & AIDS, menjadi relevan. Sejauh mana data-data nasional itu digunakan oleh pemerintah daerah untuk mengembangkan perencanaan strategis penanggulangan HIV & AIDS? Apakah data itu sesuai dengan dan memenuhi kebutuhan di daerah? Terkait kemampuan daerah dalam mengembangkan survei untuk memotret situasi epidemi daerah, apakah metode dan mekanisme survei yang digunakan memenuhi standar? Kemampuan mengembangkan respons terhadap HIV & AIDS di tingkat daerah tergantung pada kapasitas daerah dalam membangun sistem informasi yang berkualitas. Namun, bagaimana mengembangkan standarisasi dan indikator *database* HIV & AIDS sebagai dasar untuk merumuskan program dan menyusun kebijakan strategis berbasis bukti?

"Di era desentralisasi ini, sudah selayaknya pemerintah daerah mewujudkan kepemilikan informasi kesehatan daerah termasuk HIV & AIDS"

Kita perlu belajar dari pengalaman global dalam mengembangkan *database* HIV & AIDS, misalnya *Demographic and Health Survey* (DHS) dan *AIDS Indicator Survey* (AIS). DHS dan AIS menyediakan data untuk *United States President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR), *United Nations General Assembly Special Sessions* (UNGASS), dan *Joint United Nations Programme on HIV & AIDS* (UNAIDS). DHS telah melakukan survei terkait AIDS sejak 1998, dengan indikator-indikator seperti pengetahuan metode pencegahan AIDS, sikap terhadap orang yang hidup dengan AIDS, kepercayaan tentang penularan AIDS, dan pengalaman seks berisiko tinggi termasuk seks berbayar. Sementara indikator-indikator AIS meliputi pengetahuan metode pencegahan HIV, persentase laki-laki dan perempuan yang menerima sikap orang yang hidup dengan HIV & AIDS, pengetahuan pencegahan transmisi seks dari ibu ke anak, seks risiko tinggi tahun lalu dan penggunaan kondom seks risiko tinggi terakhir, penggunaan kondom pada seks pertama, persentase laki-laki yang menggambarkan aktivitas seks dengan pekerja seks dalam 12 bulan terakhir dan penggunaan kondom saat melakukan percintaan berbayar, persentase laki-laki dan perempuan usia 15–49 tahun yang melakukan tes HIV pada 12 bulan terakhir dan menerima hasil tes, perempuan hamil yang melakukan konseling dan tes HIV, dan jumlah rata-rata injeksi medis per orang per tahun.⁸ Indikator yang dikembangkan secara global ini selama ini dijadikan standar dalam survei biologis dan perilaku di Indonesia.

Lalu, bagaimana daerah dapat memiliki kapasitas metodologis yang memenuhi standar untuk mengembangkan survei pada tingkat lokal yang relevan? Fakta menunjukkan bahwa selama ini daerah lebih menjadi pelaksana dari mekanisme yang dikembangkan pemerintah pusat. Padahal, daerah semestinya mengembangkan metode pelaporan yang mencerminkan kenyataan lapangan agar dapat digunakan sebagai basis perencanaan strategis respons terhadap HIV & AIDS.⁹ Daerah semestinya mengembangkan standarisasi metode untuk mengembangkan *database* indikator HIV & AIDS yang berbasis pada kasus-kasus yang berkembang di tingkat daerah. Namun, metodologi standar untuk membangun sistem informasi HIV & AIDS yang komprehensif dan terpercaya di tingkat daerah memang belum tersedia. Kapasitas sumber daya manusia untuk mengembangkan survei semacam itu masih terbatas. Karena itu, mekanisme ini perlu dirintis, salah satunya melalui optimalisasi peran Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) supaya menggerakkan para pemangku kepentingan terkait, terutama dinas kesehatan di daerah.

Di era desentralisasi ini, sudah selayaknya pemerintah daerah mewujudkan kepemilikan informasi kesehatan daerah termasuk HIV & AIDS. Kepemilikan informasi ini tidak bisa instan. Respons daerah untuk mewujudkannya harus ditunjukkan dengan adanya regulasi, penganggaran yang memadai, sumber daya yang mumpuni, infrastruktur dan logistik yang mendukung, serta peran serta masyarakat. []

⁸ Lihat <http://hivdata.measuredhs.com>.

⁹ Diskusi Kultural PKMK FK UGM tentang Akuntabilitas Monev Program HIV & AIDS, 29 Juni 2015.

MENGEMBANGKAN PERENCANAAN PROGRAM HIV & AIDS YANG MENCERMINKAN SITUASI EPIDEMI DAN KEBUTUHAN PADA POPULASI KUNCI

Ignatius Hersumpana



Keberhasilan upaya penanggulangan HIV & AIDS ditentukan oleh kemampuan merespons situasi epidemi yang berkembang beserta penghitungan kebutuhan-kebutuhan intervensi program yang sesuai dengan beban tanggungan penyakit. Pasalnya, mendapatkan gambaran epidemi yang mendekati kebenaran membutuhkan metodologi yang kuat (*robust*) agar dapat memperhitungkan beban penyakit yang harus ditangani pada populasi tertentu (populasi kunci). Tulisan ini mengulas pentingnya pemahaman tentang kemampuan mengembangkan metode dalam menggambarkan situasi epidemi beserta kebutuhan intervensi program untuk pengembangan perencanaan strategis yang berbasis data (*data driven planning*) bagi populasi kunci sebagai kelompok yang sulit dijangkau.

HIV & AIDS merupakan masalah kompleks yang pada awal teridentifikasi epideminya di Indonesia belum ada proyeksi dan estimasi yang dapat dijadikan rujukan padu untuk mengembangkan intervensi program yang sesuai dengan situasi epidemi tertentu. Sehingga, Badan PBB untuk AIDS (UNAIDS) dan Badan Kesehatan Dunia (WHO) mengembangkan sebuah pedoman untuk melakukan proyeksi dan estimasi dengan membentuk *Reference Group on HIV Modelling, Estimates and Projections* pada akhir 1998 (www.epidem.org). Berdasarkan rekomendasi *Reference Group* tersebut, dikembangkan sebuah model proyeksi yang lebih memadai untuk penggambaran situasi epidemi di Asia secara lebih tepat. Permodelan itu ialah *Asian Epidemic Model* (AEM), sebuah model *curve-fitting* dengan sejumlah variabel perilaku yang menggambarkan situasi epidemi nasional dari subepidemi pada subpopulasi tertentu.

Kemudian pada 2006, proyeksi epidemi HIV di Indonesia menggunakan *HIV Epidemiological Modeling and Impact* (HEMI).¹⁰ Estimasi dan proyeksi ini sudah memperhitungkan dinamika demografi dan prevalensi HIV pada populasi tertentu dan kemungkinan penularan HIV pada daerah perdesaan dan perkotaan, juga dilengkapi dengan parameter. Model ini menyediakan masukan-masukan kunci (*key inputs*) bagi *assessment* kuantitatif dampak-dampak ekonomi dan sosial, juga analisis efektivitas pembiayaan.

Sebagaimana dipaparkan dalam laporan Kemenkes RI tahun 2013 tentang “Estimasi dan Proyeksi HIV & AIDS di Indonesia Tahun 2011–2016”, pada 2008, Indonesia mulai menggunakan perangkat lunak AEM yang memproyeksikan epidemi dengan mengombinasikan data prevalensi HIV dan indikator perilaku yang relevan untuk dapat menentukan faktor yang paling memengaruhi terjadinya infeksi HIV.

Pengembangan permodelan untuk estimasi dan proyeksi situasi epidemi menjadi pijakan dalam mengembangkan intervensi program-program penanggulangan HIV & AIDS secara lebih terukur dan berbasis data, khususnya data dalam skala nasional. Yang menarik, pengembangan permodelan pada populasi kunci itu dari waktu ke waktu mengalami pemutakhiran. Sebabnya, faktor-faktor yang diperhitungkan semakin banyak, sehingga angka-angka yang diprediksikan semakin mendekati kenyataan dan tepercaya.

¹⁰ Pada Desember 2004, Pemerintah Papua Nugini, Indonesia, Timor Leste, Filipina, Selandia Baru, dan Australia dalam sebuah forum South West Pacific Dialogue menyetujui pentingnya mengadakan kajian tentang risiko dan kerentanan aspek epidemiologi, sosial dan ekonomi terkait HIV & AIDS. Kajian tersebut menggunakan HEMI, dibiayai oleh AusAID, dan diselenggarakan untuk Papua Nugini, Indonesia, dan Timor Leste. Pada Mei 2005, New South Global Pty Limited, sebuah lembaga konsultan di bawah naungan Universitas New South Wales, ditunjuk oleh AusAID untuk menyelenggarakan kajian tersebut. Laporan akhir kajian terbut berjudul “Impact of HIV & AIDS 2005–2025 in Papua New Guinea, Indonesia and East Timor”, dirilis oleh AusAID pada Februari 2006.

Seiring perkembangan teknologi informasi dan komunikasi, pengalaman beberapa organisasi masyarakat sipil melakukan estimasi di daerah menarik disimak. Vesta, kelompok relawan yang mengupayakan penanggulangan IMS, HIV & AIDS di Yogyakarta, misalnya, mengembangkan pemetaan dengan menggunakan metode-metode baru berbasis media sosial *online* (tapak maya dan media sosial lain) dalam memetakan populasi kunci pada kelompok LSL, LGBT, dan penasun. Metode ini menarik karena menggali pola interaksi kelompok-kelompok tersebut dalam mencari pasangan seks melalui teknologi komunikasi dan informasi. Metode ini memungkinkan untuk memetakan karakteristik kelompok-kelompok populasi kunci yang unik.¹¹

Sementara itu, Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) mengembangkan metode pengorganisasian untuk melakukan pemetaan populasi kunci pada kelompok WPS. Metode pengorganisasian digunakan karena tujuannya ialah perubahan sosial sehingga perlu fokus pada pembangunan kesadaran kelompok WPS secara kualitatif untuk terlibat dalam upaya pemetaan bagi kelompoknya sendiri.

Pendekatan yang digunakan tentu akan menentukan metode evaluasinya. Upaya membandingkan antara pendekatan kuantitatif dan kualitatif tentu tidak relevan karena masing-masing pendekatan memiliki karakteristik tersendiri. Bagi pendekatan kualitatif, pertanyaan evaluasinya menggali perubahan nilai-nilai, bukan besaran cakupan yang didapat dari penjangkauannya. Oleh karena itu, pemahaman yang tepat terhadap maksud dan karakter pendekatan yang digunakan menjadi penting agar tidak keliru dalam menilai keberhasilannya.

Pendekatan kuantitatif dan kualitatif dalam upaya pemetaan tidak bisa dipakai bersamaan secara serampangan karena memiliki asumsi dasar yang berbeda. Tetapi, keduanya dapat dijumpai dengan pengembangan survei dalam melihat perubahan perilaku dari kelompok populasi tertentu. Estimasi yang menggunakan kombinasi hasil-hasil pemetaan dengan survei perilaku akan semakin mendekati gambaran situasi epidemi dan kebutuhan untuk intervensi terhadapnya.

Secara substansial, yang perlu ditegaskan dalam hal ini ialah pemahaman tentang maksud dilakukannya pemetaan untuk estimasi dan proyeksi. Tujuan melakukan estimasi dan proyeksi tak lain yakni mendapatkan gambaran tingkat epidemi. Pemetaan situasi epidemi dimaksudkan untuk mengukur besaran dan sebaran persoalan epidemi. Perhitungan sederhananya yakni membandingkan data-data terkait populasi tertentu dengan jumlah total dari eksistensi populasi tersebut sebagai denominatnya.

¹¹ Paparan ini terekplorasi pada Diskusi Kultural yang diselenggarakan PKMK FK UGM bekerja sama dengan Vesta dengan tema "Bagaimana menghitung (estimasi) populasi kunci?", pada Jumat, 8 Januari 2016

basis perencanaan intervensi program umumnya secara nasional. Pada tingkat daerah yang relatif terbatas, umumnya estimasi dilakukan dengan mempertimbangkan data-data dari pemetaan nasional. Semakin sedikit dan detail jumlah estimasi populasi kunci pada kelompok populasi kunci menunjukkan bahwa estimasi tersebut semakin mendekati kenyataan. Artinya, semakin banyak faktor yang diperhitungkan dalam estimasi sebuah populasi sesuai karakteristiknya, hasilnya semakin baik.

Berdasarkan diskusi di atas, dapat ditarik simpulan bahwa penggunaan pendekatan dan model/metode dalam melakukan estimasi dan/atau pemetaan populasi kunci yang relevan akan menghasilkan data yang secara representatif menggambarkan karakteristik dan keunikan populasi kunci. Data yang representatif tersebut tentunya mendukung perencanaan program intervensi secara optimal. []

Bacaan

Abdul-Quader, A.S., Baughman, A.L., dan W. Hladik. 2014. "Estimating the size of key populations: Current status and future possibilities." *Current Opinion in HIV and AIDS* 9(2): 107–114. DOI: 10.1097/COH.0000000000000041.

Bresciani, M.J. 2010. "Data-Driven Planning: Using Assessment in Strategic Planning." *New Directions for Student Services* 132, Winter: 39–50. DOI: 10.1002/ss.374.

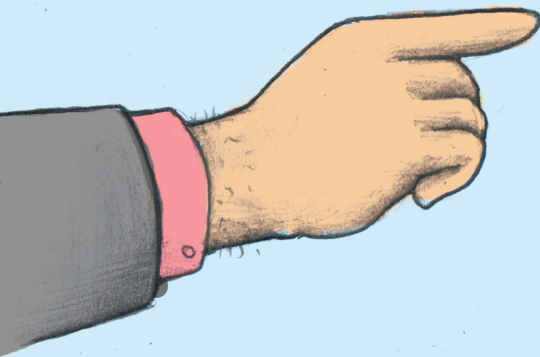
Pemerintah Australia, AusAID. 2006. "Impact of HIV & AIDS 2005–2025 in Papua New Guinea, Indonesia and East Timor. Final Report of HIV Epidemiological Modelling and Impact Study." Laporan penelitian *A research initiative arising from the South West Pacific Dialogue*. Canberra: Commonwealth of Australia. http://pharmacy.utah.edu/ICBG/pdf/WebResources/HIVandNationalAidsCouncilpublications/AusAis-impacts_hi-2008.pdf.

KESENJANGAN PEMAHAMAN SURVEILANS ANTARA PUSAT DAN DAERAH

Ignatius Hersumpna

JADI KAMU HARUS ..
BLA BLA BLA
BLA BLA BLA BLA BLA BLA
BLA BLA BLA BLA BLA

APAA??!
NGGAK DENGAR!
KEJAUHAN!



"Surveilans pada akhirnya akan menjadi bagian terpadu dalam proses penanggulangan HIV & AIDS"

Kegiatan surveilans HIV & AIDS di Indonesia masih dipandang terpusat. Padahal, tidak semua kebijakan yang diambil oleh pusat dipatuhi oleh daerah di era otonomi daerah. Ini menunjukkan adanya kesenjangan antara pemahaman di tingkat pemerintah pusat dengan *stakeholder* lokal dalam kebijakan surveilans HIV & AIDS sehingga berdampak pada implementasi surveilans yang bersifat parsial, bukan merupakan kegiatan yang integral dan utuh, meskipun kebijakan integrasi surveilans HIV & AIDS ini dalam setiap departemen sudah diatur oleh Menteri Pendayagunaan dan Aparatur Negara seperti diamanatkan oleh Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1116 Tahun 2003. Pertanyaannya, seberapa penting surveilans dalam penanggulangan epidemi HIV & AIDS? Sejauh mana konsistensi implementasi kebijakan surveilans dilakukan di Indonesia?

Secara prinsip, surveilans sangat penting dalam mendeteksi dini secara sistematis dan terus menerus faktor-faktor determinan dan penyebaran suatu penyakit. Epidemi HIV & AIDS ditentukan oleh interaksi antar-faktor determinan dan faktor penyebarannya sehingga dengan surveilans untuk pemantauan terus menerus dan sistematis akan sangat membantu menyediakan informasi yang valid dan terpercaya untuk pengambilan keputusan dalam melakukan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien seperti ditegaskan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV & AIDS (Pasal 39).

Kegiatan surveilans sebagaimana disebutkan dalam Permenkes Nomor 21 Tahun 2013 meliputi delapan kegiatan pokok yakni (1) pelaporan kasus HIV; (2) pelaporan kasus AIDS; (3) sero surveilans HIV dan sifilis; (4) surveilans IMS; (5) surveilans HIV berbasis layanan konseling dan tes HIV; (6) surveilans terpadu; (7) survei cepat perilaku; (8) kegiatan pemantauan resistensi ARV. Peraturan ini juga menegaskan bahwa surveilans HIV & AIDS harus dilakukan secara integral dan terpadu tentang kasus epideminya sekaligus faktor penyebabnya. Masalahnya, dalam implementasinya, bagaimana surveilans HIV & AIDS ini berjalan?

Survei penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia dilakukan dengan pasif maupun aktif. Yang pasif bersifat menerima laporan-laporan secara periodik dan berjenjang dari petugas kesehatan di tingkat puskesmas, tingkat kabupaten, tingkat provinsi, hingga Kementerian Kesehatan. Permasalahannya, dalam praktiknya, sistem ini terdapat banyak kelemahan, baik dari sisi sumber daya manusia maupun kemauan politik, terlebih setelah era otonomi daerah. Kegiatan surveilans yang aktif seperti Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) yang menjadi salah satu acuan penting dalam pengambilan keputusan terkait HIV & AIDS tidak dilakukan oleh semua provinsi. Alasannya memang klasik: tidak ada payung hukum yang kuat yang memaksa setiap kepala daerah mematuhi keputusan atau instruksi menteri, selain faktor anggaran. Sehingga kita dapat bertanya lebih lanjut: apakah STBP ini mewakili

atau merepresentasikan seluruh wilayah Indonesia? Jawabannya tentu tidak, karena memang lebih mencerminkan prioritas wilayah sekaligus ketersediaan anggaran untuk melakukan survei. Secara ilmiah, hasil surveilans dapat dipertanggungjawabkan karena menggunakan metode dan sampel yang dapat dipertanggungjawabkan. Kondisi ini sering menyebabkan munculnya kesenjangan penafsiran informasi antara pusat dan daerah. Pembacaan hasil STBP dan hasil survei oleh pemerintah sering mengalami perbedaan. Perbedaan ini sering menjadi pemicu dan dasar yang kurang tepat dalam melakukan analisis dan penafsiran tentang status kesehatan (khususnya HIV & AIDS) sehingga kebijakan yang diambil kurang mendekati kenyataan.

Meskipun demikian, karena keterbatasan sumber lain, maka STBP menjadi acuan dalam pengambilan keputusan-keputusan terkait penanggulangan HIV & AIDS bersama dengan survei yang dilakukan Dinas Kesehatan seperti sero survei tentang HIV & AIDS. Faktor politis menjadi penting untuk dilakukan advokasi lebih lanjut sehingga berbagai keputusan terkait penanggulangan HIV & AIDS dapat dilakukan secara lebih integral dan utuh. Pada tingkat kebijakan, Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV & AIDS (bab tentang Surveilans dan Layanan Komprehensif Berkelanjutan [LKB]) dapat menjadi pedoman untuk integrasi survei dan layanan kesehatan secara lebih baik.

Pada tataran ini, beberapa upaya yang dilakukan untuk memperbaiki sistem dan prosedur dengan pendekatan baru seperti *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) atau Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS) dan *Provider-Initiated Testing and Counselling* (PITC) atau Tes dan Konseling Inisiatif Petugas (TKIP) dalam mendeteksi HIV & AIDS secara substantif membutuhkan penguatan pengetahuan dan keterampilan khusus bagi konselor kesehatan baik dari tenaga kesehatan maupun nonkesehatan sehingga mereka dapat berperan aktif dalam mendeteksi dan menemukan kasus-kasus HIV & AIDS secara tepat. Target MDGs 2015 untuk mencapai *zero HIV infection* mendesak untuk didorong dengan berbagai upaya pada level kebijakan maupun pengembangan sumber daya kesehatan yang ada, sehingga persoalan kesenjangan antara level pusat dan daerah dalam penanggulangan HIV & AIDS semakin terjembatani. Surveilans pada akhirnya akan menjadi bagian terpadu dalam proses penanggulangan HIV & AIDS mulai dari proses pengumpulan data secara sistematis dan terus menerus, analisis dan interpretasi data menjadi informasi yang valid, hingga pendistribusian informasi yang terpercaya bagi pengambil kebijakan untuk penanggulangan HIV & AIDS secara efektif dan efisien. []

MEDEFINISIKAN KEMBALI APA YANG MUNGKIN: RESPONS TERHADAP AIDS SECARA GLOBAL

Chrysant Lily Kusumowardoyo



"Layanan HIV & AIDS yang kompleks menuntut tersedianya staf yang terlatih, fasilitas yang modern, serta didukung oleh remunerasi yang baik dan sistem rujukan yang kuat."

Dalam buku *Reimagining Global Health* (Farmer et al. 2013), ada bab menarik yang ditulis oleh Messac dan Prabhu berjudul "*Redefining the Possible: The Global AIDS Response*". Dengan mengambil perspektif global, bab ini mengulas secara historis perjalanan naik turunnya respons AIDS selama tiga dekade, yaitu 1990-an, dekade pertama 2000-an, dan dekade yang sedang kita jalani sekarang. Berbagai dorongan geopolitik yang memengaruhi komitmen untuk mencapai kesetaraan dalam kesehatan global juga dibahas oleh bab ini, dengan secara khusus melihat bagaimana penanggulangan HIV—penyakit yang justru menuntut perawatan yang lebih kompleks dan mahal dibanding penyakit global lainnya seperti malaria atau diare, justru berperan besar untuk mendorong peningkatan bantuan pendanaan kesehatan global dalam jumlah tak terduga.

Messac dan Prabhu (2013) menjelaskan bagaimana perhatian dan pendanaan untuk kesehatan global pada dekade 1990-an sedang dalam posisi *status quo*. Dengan menggunakan konsep institusionalisme dari Berger dan Luckmann (1966), Messac dan Prabhu menjelaskan bagaimana para aktivis, pembuat kebijakan, dan praktisi kesehatan internasional telah menginternalisasi bahwa sumber pembiayaan yang ada sangat terbatas dan tidak mungkin ditingkatkan. Akibatnya, para penyedia layanan kesehatan di negara-negara miskin menjadi terbiasa untuk menargetkan "*low-hanging fruit of public health*" seperti vaksin, kelambu anti nyamuk, kondom, dan sebagainya. Pada saat bersamaan, para donor juga menjadi terbiasa menyalurkan pendanaan yang sangat minim untuk program-program kesehatan global.

Namun, pada akhir 1990-an, ada beberapa faktor pendorong yang melahirkan perubahan, seperti ditemukannya ARV, kemudian tersedianya ARV dalam harga yang lebih terjangkau, semakin banyaknya bukti yang menunjukkan bahwa pengobatan ARV juga bisa diterapkan di negara-negara miskin, ditambah lagi dengan gabungan pergerakan aktivis *akar rumput* serta advokasi oleh para elite. Hasilnya, terjadi peningkatan bantuan kesehatan global dari 5,6 miliar dolar Amerika Serikat (AS) pada awal tahun 1990-an menjadi 21,8 miliar dolar AS pada tahun 2007. Kemungkinan terjadinya peningkatan seperti ini tidak dibayangkan pada dekade 1990-an.

Pada dekade pertama abad XXI, konsepsi umum tentang apa yang mungkin juga diubah oleh berbagai pemain global yang menyalurkan puluhan miliar dolar bagi kesehatan global, termasuk yayasan privat seperti *Bill and Melinda Gates Foundation* dan institusi multilateral seperti *Global Fund*. Selain itu, ada juga perubahan yang tidak terduga dari kebijakan pemerintah AS pada masa Presiden Bush dari yang awalnya enggan terlibat menjadi salah satu pemeran utama dalam upaya penanggulangan AIDS dunia. Bushlah yang membuat kebijakan bernama *U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)* pada 2003 yang memegang wewenang atas pembiayaan 15 miliar dolar AS untuk anggaran lima tahun. Dengan perubahan-perubahan pada dekade ini, para praktisi kesehatan dan pembuat kebijakan di seluruh dunia mulai bisa membayangkan kemungkinan tercapainya kesetaraan kesehatan dunia.

Sayangnya, perjalanan masih panjang untuk mencapai "*health for all*". Terjadinya krisis ekonomi pada 2008 menyebabkan banyak negara donor termasuk AS memotong dana bantuan asing mereka. Penurunan dana bantuan ini sangat kontras dengan munculnya bukti-bukti bahwa perawatan *antiretroviral* (ARV) bisa mengurangi angka penularan sampai 96 persen (National Institutes of Health 2011). Pengobatan ARV terbukti mampu sebagai pencegahan. Artinya, peningkatan komitmen dalam pembiayaan dan pelaksanaan program-program pengendalian HIV sebenarnya bisa sangat menekan, bahkan menghentikan, endemik ini.

Menurunnya jumlah pendanaan kesehatan global tak urung menuntut strategi efisiensi atau penggunaan uang secara lebih efektif. Akibatnya, pada dekade ini, banyak penyedia layanan kesehatan kemudian menggunakan program-program penanggulangan HIV & AIDS yang bercorak "vertikal" untuk sekaligus menguatkan layanan kesehatan tingkat dasar yang bersifat "horizontal". Strategi tersebut lantas melahirkan istilah integrasi secara "diagonal".

Layanan HIV & AIDS yang kompleks menuntut tersedianya staf yang terlatih, fasilitas yang modern, serta didukung oleh remunerasi yang baik dan sistem rujukan yang kuat. Oleh sebab itu, program-program penanggulangan HIV & AIDS yang bersifat vertikal bisa membawa *spillover effects* pada penanggulangan masalah kesehatan lainnya. Dampaknya, layanan HIV & AIDS bisa digunakan sebagai dasar untuk memperkuat sistem kesehatan di negara-negara yang sumber dayanya terbatas.

Apakah model integrasi demikian merupakan gambaran baru tentang jalan yang memungkinkan untuk mencapai kesetaraan kesehatan global di tengah-tengah menurunnya komitmen pendanaan internasional? Apakah ia merupakan cara bagi praktisi kesehatan global dan para pembuat kebijakan untuk bisa mempertahankan dan menguatkan kemajuan yang telah dicapai pada dekade pertama abad XXI? Messac dan Prabhu (2013) mengakhiri tulisannya tanpa memberikan jawaban secara eksplisit, sebab pertanyaan ini memang masih terbuka untuk kita jawab bersama pada dekade ini. []

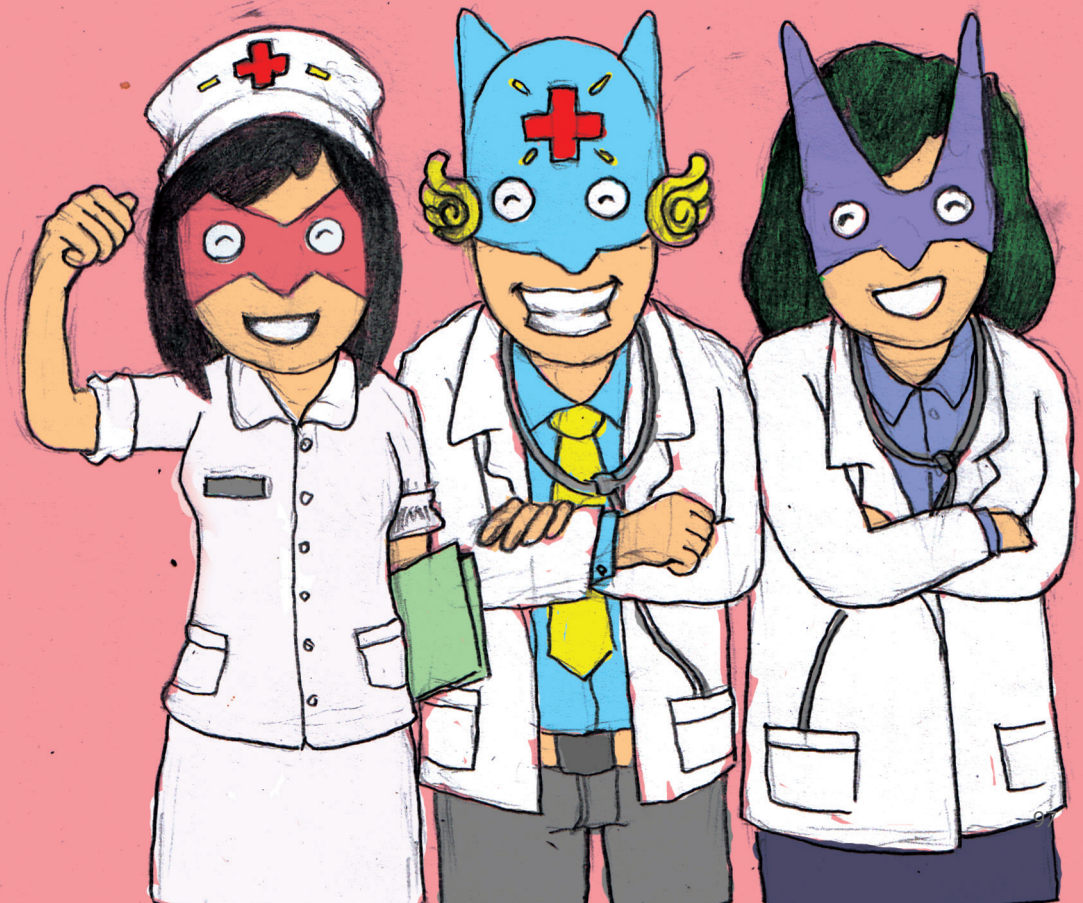
Bacaan

Messac, L. dan K. Prabhu. 2013. "Redefining the Possible: The Global AIDS Response." Dalam *Reimagining Global Health. An Introduction*, disunting oleh P. Farmer, A. Kelinman, dan J. Kim. Oakland, USA: University of California Press.

PERAN TENAGA KESEHATAN DALAM MENINGKATKAN CAKUPAN TES HIV

Satiti Retno Pudjiati

KAMI SIAP MELAYANI ANDA DENGAN
KEKUATAN SUPER!



"Peran tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan bidan) dalam mendeteksi dini HIV menjadi semakin penting karena banyak ODHA yang membutuhkan layanan medis dan belum diketahui status HIV-nya."

Epidemi HIV & AIDS di Indonesia merupakan salah satu masalah kesehatan nasional yang memerlukan penanganan secara komprehensif. Sejak sepuluh tahun terakhir, jumlah kasus AIDS di Indonesia mengalami lonjakan yang cukup signifikan. Hal ini menuntut perhatian semua pihak, terutama para tenaga kesehatan yang bertanggung jawab memberikan layanan kesehatan bagi pasien HIV & AIDS. Salah satu bentuk layanan tersebut ialah konseling dan tes HIV yang ditujukan tidak hanya untuk menegakkan diagnosis, tetapi juga memberikan konseling guna mendapatkan terapi dan menangani berbagai masalah yang dihadapi oleh pasien.

Layanan tes dan konseling yang banyak dipraktikkan saat ini masih dalam bentuk sukarela (VCT), yang dilakukan di sarana kesehatan (rumah sakit, puskesmas, dan klinik), VCT Mobile, dan LSM peduli AIDS. Hingga 2008, terdapat 468 pusat layanan untuk VCT di 133 kabupaten/kota di seluruh Indonesia. Jumlah tersebut masih tergolong rendah untuk menjangkau populasi berisiko dan mengetahui status HIV & AIDS mereka.

Peran tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan bidan) dalam mendeteksi dini HIV menjadi semakin penting karena banyak ODHA yang membutuhkan layanan medis dan belum diketahui status HIV-nya. Layanan *Provider-Initiated Testing and Counseling* (PITC) atau Konseling dan Tes HIV atas Inisiasi Petugas (KTIP) merupakan salah satu layanan yang memudahkan dan mempercepat diagnosis, penatalaksanaan, dan sudah berkembang luas di sejumlah negara dengan tingkat epidemi HIV yang tinggi. Indonesia telah menerapkan sistem PITC sejak 2011 dengan menerbitkannya buku *Pedoman Penerapan Konseling dan Tes HIV atas Inisiasi Petugas Kesehatan* oleh Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan RI pada 2011.

PITC dalam buku pedoman tersebut didefinisikan sebagai suatu tes HIV dan konseling yang diinisiasi oleh petugas kesehatan kepada pengunjung sarana layanan kesehatan sebagai bagian dari standar pelayanan medis. Tujuan utamanya ialah membuat keputusan klinis dan/atau menentukan pelayanan medis khusus yang tidak mungkin dilaksanakan tanpa mengetahui status HIV seseorang. Apabila seseorang yang datang ke sarana layanan kesehatan menunjukkan adanya gejala HIV, maka tanggung jawab dasar petugas kesehatan ialah menawarkan konseling dan tes HIV kepada pasien tersebut sebagai bagian dari tata laksana klinis. Petugas kesehatan bertanggung jawab untuk menginisiasi konseling dan tes HIV kepada pasien TB, pasien IMS, pasien gizi buruk, dan pasien dengan gejala infeksi oportunistik lainnya. PITC juga bertujuan untuk mengidentifikasi infeksi HIV pada stadium awal yang tidak menunjukkan gejala penyakit tertentu karena penurunan kekebalan. Oleh karena itu, kadang-kadang konseling dan tes HIV juga ditawarkan kepada pasien dengan gejala yang mungkin tidak terkait dengan HIV sekalipun. Dengan demikian, seorang pasien bisa mendapatkan manfaat dari pengetahuan tentang status HIV reaktif guna mendapatkan layanan pencegahan dan terapi yang diperlukan secara lebih dini.

Pada kenyataannya, data di daerah maju maupun daerah dengan sumber daya terbatas menunjukkan bahwa kesempatan untuk diagnosis ataupun pemberian konseling tentang HIV di sarana kesehatan sering kali terlewatkan. Minimnya informasi dan kurang optimalnya pelayanan kesehatan menyebabkan meningkatnya kasus HIV & AIDS saban tahunnya. Masalah ini memerlukan penanganan lebih serius dari berbagai pihak terkait, terutama peningkatan peran dan kontribusi tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan merupakan komponen penting dalam berbagai pelayanan kesehatan HIV & AIDS. Oleh karena itu, tenaga kesehatan harus memiliki kemampuan dalam menganalisis suatu persoalan dan merumuskan formulasi perencanaan tindakan yang efektif, terlebih lagi dalam pelayanan terhadap orang terinfeksi HIV, sehingga bisa melakukan langkah penanganan yang tepat dan pasien terhindar dari stadium lanjut.

Data Konsil Kedokteran Indonesia tahun 2016 menyebutkan bahwa total dokter di Indonesia berjumlah 169.287, dengan rincian 109.659 dokter, 27.060 dokter gigi, 29.763 dokter spesialis, dan 2.805 dokter gigi spesialis.¹² Sementara itu, Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (PP IBI) mencatat, pada 2012 terdapat lebih dari 200.000-an lulusan kebidanan dan 101.000 telah terdaftar sebagai anggota PP IBI. Kebutuhan bidan yang ideal ialah 1 bidan untuk 1.000 orang. Dengan perkiraan populasi Indonesia 250 juta jiwa pada 2012, maka kebutuhan bidan tahun itu sebesar 250 ribu. Dengan perbandingan tersebut, diperkirakan pada 2015 akan terjadi surplus bidan.¹³ Dengan jumlah tenaga dokter dan bidan sedemikian besar, seharusnya target tes HIV tidak mengalami kendala, sekiranya seluruh tenaga dokter dan bidan melaksanakan apa yang sudah direncanakan oleh pemerintah dalam rangka menghambat laju HIV & AIDS di Indonesia.

Sayangnya, sejak diterbitkannya *Buku Pedoman Penerapan Konseling dan Tes HIV atas Inisiasi Petugas Kesehatan*, evaluasi untuk mengetahui tingkatan partisipasi tenaga kesehatan, khususnya dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dan bidan dalam pelaksanaan PITC belum pernah dilakukan. Evaluasi tersebut perlu dilaksanakan, karena konseling dan tes HIV merupakan langkah dini untuk menghindarkan pasien dari stadium lanjut AIDS dan bahkan kematian. []

Bacaan

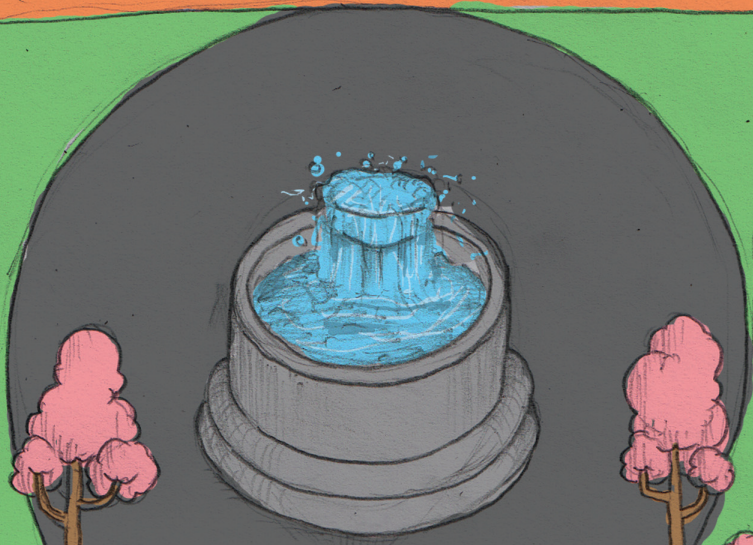
Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Pedoman Penerapan Konseling dan Tes HIV atas Inisiasi Petugas Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.

Majalahbidan.com. 2012. "Indonesia akan Mengalami Surplus Bidan pada 2015." 20 Februari. <http://majalahbidan.com/indonesia-akan-mengalami-surplus-bidan-pada-2015/>.

Kompas.com. 2009. "Tenaga Kesehatan untuk AIDS Perlu Ditingkatkan Perannya." 8 Mei. <http://travel.kompas.com/read/2009/05/08/18093015/tenaga.kesehatan.untuk.aids.perlu.ditingkatkan.perannya>.

¹² KKI merupakan badan otonom yang mewakili berbagai organisasi profesi kedokteran, organisasi pendidikan kedokteran, tokoh masyarakat, dan departemen pendidikan yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden RI. Lihat <http://www.kki.go.id/index.php/subMenu/983>.

¹³ Lihat *Majalahbidan.com*. 2012. "Indonesia akan Mengalami Surplus Bidan pada 2015." 20 Februari. <http://majalahbidan.com/indonesia-akan-mengalami-surplus-bidan-pada-2015/>.



SIAPKAH PUSKESMAS

MENJADI PUSAT LAYANAN HIV?

Ignatius Hersumpana

Prevalensi HIV diproyeksikan semakin tinggi dan meluas ke populasi risiko rendah, khususnya ibu rumah tangga. Hasil estimasi dan proyeksi jumlah infeksi baru pada usia di atas 15 tahun pada 2015 adalah 85.523, sementara jumlah total ODHA sebesar 735.256. Estimasi dan proyeksi infeksi baru pada anak usia 0–14 tahun pada 2015 mencapai 5.318 dan kematian akibat AIDS mencapai 2.533. Sedangkan estimasi prevalensi pada ibu hamil pada 2015 sebesar 0,47 persen (Kementerian Kesehatan RI 2013). Hasil estimasi dan proyeksi ini mengindikasikan bahwa perkembangan AIDS pada tahun-tahun mendatang akan mengalami pergeseran dan perluasan dari populasi kunci, yakni wanita pekerja seks (WPS) dan WPS tidak langsung (WPSTL), ke kelompok laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL) serta laki-laki risiko rendah dan ibu rumah tangga risiko rendah. Data Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STPB) 2013 menyebutkan, tren peningkatan ini terjadi di Papua, dengan prevalensi pada populasi umum mencapai 2,3 persen. Peningkatan prevalensi pada masyarakat umum ini semakin menuntut respons yang serius dan kesiapan layanan kesehatan primer. Tetapi, apakah pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) sebagai institusi layanan kesehatan primer siap memberikan layanan HIV?

Kementerian Kesehatan sudah mengeluarkan peraturan untuk mengintegrasikan layanan HIV dalam sistem kesehatan umum melalui program *Strategic Use of Antiretroviral* (SUFA) dan Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) untuk HIV dan Infeksi Menular Seksual (IMS). Program LKB sudah dilakukan sejak 2012 dan SUFA telah diluncurkan pada pertengahan 2013. Akselerasi SUFA ini bertujuan untuk meningkatkan cakupan tes HIV serta layanan dan retensi terhadap *antiretroviral therapy* (ART). SUFA telah dilaksanakan di 13 kabupaten/kota dan diperluas secara bertahap pada 2014 menjadi total 75 kabupaten/kota (Kementerian Kesehatan 2014). Visi pembangunan kesehatan Pemerintah Indonesia sebagaimana tertuang dalam Rencana Aksi Nasional (RAN) Kementerian Kesehatan 2015–2019 juga memberikan penegasan pada tindakan pencegahan daripada pengobatan. Puskesmas menjadi ujung tombak dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan tersebut. Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas sebagai pusat kesehatan yang bertanggung jawab terhadap paradigma hidup sehat bagi masyarakat.

Implementasi dari berbagai peraturan tersebut menjadi kunci. Kapasitas dan sumber daya puskesmas perlu ditingkatkan untuk dapat memberikan layanan HIV karena kebutuhan tenaga layanan HIV berbeda dengan tenaga kesehatan umum yang ada. Penyesuaian dan adopsi tenaga layanan AIDS, baik melalui rekrutmen reguler maupun tenaga lepas (kontrak), mendesak untuk dilakukan, sehingga implementasi pendekatan LKB dan SUFA bisa berjalan. Tetapi, di Kota Yogyakarta, misalnya, baru satu puskesmas yang ditunjuk oleh Dinas Kesehatan Provinsi untuk memberikan layanan SUFA. Itu pun karena dinilai sudah memenuhi persyaratan, baik dari sisi tenaga medis maupun fasilitas kesehatan lain. Pada praktiknya, inisiasi ini memang tidak berjalan mulus karena menghadapi kendala administratif terkait format pelaporan sistem informasi HIV & AIDS (SIHA) dan format ART yang berbasis individu dan perlu register khusus dari Kementerian Kesehatan. Prosedur ini membuat implementasi belum berjalan secara efektif. Kendala-kendala administratif ini perlu diminimalkan sehingga komitmen pemerintah untuk memberikan layanan HIV hingga ke tingkat fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) primer dapat terwujud.

Hasil penelitian PKMK FK UGM di Kota Yogyakarta dan Kota Semarang menunjukkan kendala-kendala dalam implementasi LKB. Salah satu aspek yang perlu mendapat perhatian khusus adalah koordinasi di antara para pemangku kepentingan, mulai dari proses perencanaan, implementasi, hingga evaluasi. Lemahnya koordinasi ini menjadikan LKB belum benar-benar menjadi "milik pemerintah daerah". LKB masih merupakan desain yang dibuat oleh pusat, sementara daerah lebih berperan sebagai pelaksana.

Namun, Makassar dikabarkan mendapatkan penghargaan sebagai daerah terbaik dalam implementasi LKB. Pemerintah daerah setempat memberikan anggaran untuk implementasi LKB. Pemerintah daerah memang perlu didorong untuk lebih berinisiatif.

Kesiapan fasyankes primer untuk memberikan layanan HIV secara praktis membutuhkan komitmen pemerintah daerah agar lebih responsif dalam pemenuhan kebutuhan tenaga AIDS. Hal itu dapat dikembangkan dari tenaga yang ada dengan cara meningkatkan kapasitas melalui pelatihan dan mengembangkan peluang kerja sama dengan tenaga dari luar sektor kesehatan melalui mekanisme kontrak. Dinas Kesehatan sebagai *focal point* di tingkat kabupaten/kota perlu merumuskan mekanisme perencanaan yang strategis dengan melibatkan berbagai pihak dalam rangka peningkatan pemahaman, jaringan, dan kapasitas penatalaksanaan layanan AIDS di tingkat fasyankes primer. []

Bacaan

Kementerian Kesehatan. 2013. "Estimasi dan Proyeksi HIV & AIDS di Indonesia Tahun 2011–2016." Jakarta: Kementerian Kesehatan.

_____. 2014. "SUFA, Inovasi Baru dalam Upaya Pengendalian HIV & AIDS di Indonesia." 5 Agustus. Diakses pada 23 Maret 2016. <http://www.depkes.go.id/article/view/201408140001/sufa-inovasi-baru-dalam-upaya-pengendalian-hiv-aids-di-indonesia.html>.

Tantangan Implementasi SUFA di Tingkat Layanan Primer

Ignatius Hersumpna

OBATNYA SIH ADA, TAPI SUSAH BANGET DAPETNYA!!!



Strategic Use of Antiretroviral (SUFA) merupakan kebijakan strategis untuk menekan penularan baru dan mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat AIDS, tanpa harus memerhatikan nilai CD4¹⁴ pasien. Kebijakan ini dapat berjalan efektif apabila diterapkan melalui program Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) di mana terapi ARV atau *antiretroviral therapy* (ART) dapat diakses pada layanan kesehatan primer. Apa yang perlu dipersiapkan supaya layanan primer siap memberikan layanan SUFA?

SUFA sudah menjadi salah satu kebijakan Kementerian Kesehatan. Tetapi, sampai saat ini kebijakan tersebut belum bisa diterapkan di lapangan. Pengobatan ARV masih dilayani pada rumah sakit rujukan. Tantangan penerapan SUFA pada layanan primer sempat menjadi tema diskusi Malam Renungan AIDS Nusantara pada 18 Mei 2015. Acara tersebut diselenggarakan oleh Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) bekerja sama dengan berbagai lembaga swadaya masyarakat, kelompok dukungan sebaya (KDS), dan komunitas ODHA.

Penerapan SUFA pada layanan primer akan menjadi salah satu langkah strategis supaya layanan ARV makin dekat dengan komunitas. Di Kota Yogyakarta, sudah ada satu puskesmas yang ditunjuk untuk memberikan layanan ARV, yakni Puskesmas Gedong Tengen. Menurut Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta, Puskesmas Gedong Tengen dinilai telah memenuhi persyaratan untuk memberikan layanan SUFA pada 2015. Kabar ini merupakan kabar baik, meski terlambat. Inisiasi SUFA oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) sebenarnya sudah dilakukan sejak 2011 (WHO 2012).

Apa yang menjadikan SUFA belum berjalan penuh di Indonesia? Salah satu penyebabnya adalah kapasitas sumber daya kesehatan untuk menjalankan kebijakan tersebut masih perlu dipersiapkan, meski pelatihan tenaga medis, perawat, laborat, dan RR sudah dilakukan oleh Dinas Kesehatan provinsi. Faktor lainnya yang menentukan adalah sifat vertikal program. Penerapan SUFA mesti menunggu penunjukan resmi dari Kementerian Kesehatan. Ringkas kata, dalam penerapan kebijakan SUFA, Indonesia masih jauh dari harapan.

Dari aspek klinis, sejarah SUFA penting dipahami bukan saja sebagai pengobatan. SUFA perlu diletakkan dalam kerangka *treatment as prevention* (pengobatan sebagai pencegahan).

¹⁴ Sel CD4 adalah jenis sel darah putih atau limfosit. Sel ini merupakan bagian penting dari sistem kekebalan tubuh manusia. HIV umumnya menulari sel CD4. Lebih lanjut, lihat <http://spiritia.or.id/li/bacali.php?lino=124>.

SUFA merupakan upaya menekan epidemi AIDS yang, di Indonesia, sampai sekarang orang yang melakukan tes HIV sudah lebih dari 1 juta orang, dengan 500 ribu orang terdeteksi HIV tapi baru 50 ribu orang yang mendapatkan terapi ARV. Untuk mendapatkan terapi ARV, dulu terdapat syarat CD4 dalam jumlah tertentu. Kebijakan SUFA kini tidak lagi memandang nilai CD4. Apabila seseorang yang dites kepatatan positif HIV, otomatis dia perlu mendapatkan ARV. Pemberian ARV tersebut penting untuk menekan angka penularan dan meningkatkan kualitas hidup ODHA supaya lebih produktif.

Menurut *Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Department of Health and Human Services, Amerika Serikat*, SUFA lahir dari pengalaman *preexposure prophylaxis* yang dikonsumsi oleh orang tidak positif HIV tapi potensi tertular HIV cukup tinggi (CDC tanpa tahun). Konsumsi profilaksis secara lebih dini terbukti efektif mencegah penularan HIV. Tantangan utama dalam pengobatan ini ialah menjaga kepatuhan (*adherent*) dalam mengonsumsi obat. Dari pengalaman Kota Yogyakarta, ditemukan beberapa kasus *drop out* akibat mengabaikan kepatuhan konsumsi, sehingga dampaknya fatal karena ODHA akan masuk pengobatan lini lanjut dan resisten—atau terlambat yang berujung pada kematian. Kesiapan dari ODHA dan lingkungan dalam menjaga kepatuhan mengonsumsi obat juga menjadi salah satu tantangan penting.

Dengan demikian, kebijakan SUFA akan berjalan efektif apabila didukung oleh komitmen pemerintah untuk menjamin ketersediaan obat, kapasitas yang baik pada layanan primer, dan mekanisme pemantauan kepatuhan dalam konsumsi obat. Kebijakan SUFA adalah bagian dari dukungan untuk masa depan ODHA, sehingga perlu dibarengi dengan kesiapan berbagai pihak supaya menjamin layanan komprehensif dan berkelanjutan dapat berjalan. □

Bacaan

CDC, Department of Health and Human Services, Amerika Serikat. Tanpa tahun. "Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV in the United States – 2014: A Clinical Practice Guideline."

WHO. 2012. "Strategic Use of Antiretrovirals: To Help End the HIV Epidemic." Geneva: WHO.



OBAT INI HARUS
DIAWASI DENGAN
KETAT!

YA, ITU PERINTAH
LANGSUNG DARI
ATASAN!

"Hingga saat ini,
distribusi
obat ARV
dikendalikan
secara terpusat
oleh pemerintah
pusat"

TANTANGAN LAYANAN OBAT ARV KE DEPAN

Ignatius Hersumpana dan Muhammad Suharni

Masuknya ARV ke Indonesia sampai pendistribusiannya ke layanan kesehatan melewati perjalanan panjang baik dari sisi kebijakan maupun praktik penyiapan layanannya. Mahalnya obat ARV membuat pemerintah dan berbagai pihak pendukung penanggulangan HIV & AIDS berpikir keras untuk mencari alternatifnya. Pasalnya, obat ARV telah terbukti menurunkan kesakitan, angka kematian, dan bisa meningkatkan kualitas hidup ODHA. Dengan perjalanan yang cukup berliku, pada 2004 Kementerian Kesehatan mengeluarkan Surat Keputusan Nomor 1990/Menkes/SK/X/2004 yang mengatur pemberian obat ARV secara gratis. Kebijakan ARV gratis ini merupakan upaya panjang dalam menjamin ODHA untuk mendapatkan akses layanan pengobatan. Pertanyaannya, sampai kapan kebijakan ini bisa bertahan?

Sejak ditemukan ARV—awalnya sebagai obat kanker—bisa digunakan sebagai obat HIV & AIDS, ODHA memiliki harapan untuk mendapatkan pengobatan yang tepat, meskipun harganya sangat mahal. Kelompok Studi Khusus AIDS (Pokdisus) Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo mencatat, pada 1996 hanya sepuluh orang yang dapat mengakses obat ARV. Saat itu, tiap orang harus mengeluarkan Rp10 juta untuk mendapatkan kombinasi tiga obat (KDT) meliputi TDF, FTC, dan EFV. Mahalnya obat ini tidak terlepas dari kebijakan Organisasi Perdagangan Dunia (WTO) tentang hak paten produk kesehatan dan kefarmasian. WTO mengatur produksi obat generik memerlukan paten Hak Kekayaan Intelektual (*Intellectual Property Rights*) dan *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPS). Prosesnya bisa memakan waktu sampai dua puluh tahun. Regulasi ini mendapatkan banyak kritikan karena dapat mendiskriminasikan negara-negara berkembang untuk mendapatkan akses obat tersebut. Konferensi tingkat menteri WTO di Doha pada 2001 berhasil menyetujui fleksibilitas TRIPS. Dalam hal ini, fleksibilitas TRIPS berimplikasi pada dimungkinkannya penerapan lisensi wajib (*compulsory licencing*) atau semacam pembebasan pembatasan paten obat-obatan untuk kepentingan kesehatan masyarakat di negara tertentu di mana obat tidak diproduksi dan didistribusikan oleh pemegang patennya.

Amerika Serikat menjadi negara yang paling sering melakukan lisensi wajib. Terkait dengan obat ARV, Indonesia sendiri sudah mengeluarkan kebijakan, yakni Peraturan Presiden Nomor 76 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Paten oleh Pemerintah terhadap Obat Antiviral dan Antiretroviral yang intinya mengatur hak guna pemerintah—sejenis lisensi wajib—yang membebaskan pemerintah dari pembatasan hak paten obat-obat ART dan ARV. Dengan Perpres ini, tujuh obat-obatan generik yang sangat penting dalam terapi HIV dan Hepatitis B akan diproduksi. Paten yang diambil ini tadinya dipegang oleh perusahaan farmasi terkemuka seperti *Merck*, *GSK*, *Bristol Myers Squibb*,

Abbott and Gilead.¹⁵ Produksi obat generik ARV ini menjadi momentum penting bagi ODHA untuk mendapatkan obat ARV secara mudah—bisa didapat di apotek. Sampai sekarang, memang obat ARV masih dapat dinikmati secara gratis oleh kelompok yang memenuhi persyaratan, khususnya peserta program jaminan kesehatan.

Sebagaimana dilaporkan oleh Sub-Direktorat AIDS dan IMS Kementerian Kesehatan RI, dalam presentasinya, hingga Desember 2013 terdapat 380 layanan terapi ARV yang terdiri atas 266 rumah sakit pengampu dan 114 layanan satelit dengan jumlah pasien ODHA mencapai 38.505. Dana yang dikeluarkan oleh pemerintah melalui APBN mencapai Rp211 miliar.¹⁶

Hingga saat ini, distribusi obat ARV dikendalikan secara terpusat oleh pemerintah pusat. Dasar hukum distribusi obat-obatan di Indonesia diatur salah satunya oleh Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 189/Menkes/SK/III/2006 tentang Kebijakan Obat Nasional. Kebijakan obat nasional dimaksudkan untuk menjamin ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat terutama obat esensial dengan ruang lingkup yang mencakup pembiayaan, ketersediaan, serta pemerataan obat bagi masyarakat. Sekarang ini, selain perlu menyesuaikan dengan kebijakan obat nasional, distribusi ARV mendapat tantangan mekanisme desentralisasi dan pemberlakuan BPJS.

Pertanyaannya kemudian, sampai kapan BPJS bisa mencakup obat ARV secara gratis? Pertanyaan ini sulit dijawab. Yang jelas, kebijakan-kebijakan nasional telah membuka peluang integrasi layanan penanggulangan HIV & AIDS—dalam hal ini terapi ARV—ke dalam sistem kesehatan nasional. []

¹⁵ Lihat *Kompas.com*. 2012. "Perpres Tentang Obat ARV Generik Disambut Positif" 17 Oktober. <http://health.kompas.com/read/2012/10/17/11360264/Perpres.Tentang.Obat.ARV.Generik.Disambut.Positif>.

¹⁶ Didapatkan dari presentasi Kepala Sub Direktorat AIDS dan IMS, Dr. Siti Nadia Tarmizi, M. Epid berjudul "Kebijakan Pengendalian HIV-AIDS dengan Penggunaan Strategis ARV."

Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) untuk Meningkatkan Inisiasi ARV

Ita Perwira

"tujuan utama LKB adalah meningkatkan akses dan cakupan secara berkualitas dengan memperluas jaringan layanan, termasuk layanan untuk populasi kunci."

SILAHKAN PAK,
SUDAH SAATNYA
KERJA ANDA LEBIH
EFISIEN

WAH,
DAHSYAAAT!



Orang dengan HIV & AIDS (ODHA) perlu memperoleh perawatan sedini mungkin, di mana waktu menjadi variabel yang sangat penting. Idealnya, semua orang yang melakukan tes dan hasilnya positif HIV & AIDS dapat sesegera mungkin memperoleh akses layanan kesehatan (termasuk obat ARV) untuk mencegah terjadinya penularan HIV lebih lanjut (WHO 2013). Tetapi, kenyataan sehari-hari tidak sesederhana itu. Banyak sekali faktor yang memengaruhi dan menyebabkan akses layanan kesehatan bagi ODHA tertunda atau bahkan terlambat. Beberapa faktor yang memengaruhi inisiasi ARV yang banyak ditemukan antara lain *faktor individu* yang meliputi situasi demografi sampai dengan kondisi klinis; *faktor sosio-ekonomi* yang berkaitan dengan biaya yang harus dikeluarkan untuk mendapatkan layanan ARV; *faktor layanan kesehatan* yang tersedia mulai dari segi administrasi, kemampuan teknis atau kualitas layanan; juga *faktor jaringan sosial dan budaya* yang ada di lingkungan ODHA sangat berperan penting dalam proses inisiasi ARV (Plazy *et al.* 2015).

Sudah menjadi kewajiban negara untuk menyediakan layanan kesehatan, termasuk paket layanan HIV secara komprehensif dan berkelanjutan yang di dalamnya meliputi pengobatan ARV bagi ODHA. Tujuannya untuk mengurangi penularan, mencegah penyakit lanjutan, dan meningkatkan kualitas hidup ODHA. Untuk melakukan itu semua, Kementerian Kesehatan RI telah melakukan beberapa terobosan melalui program Layanan Komprehensif Berkelanjutan (LKB) yang diluncurkan pada 2012 dan disusul dengan *Strategic Use for ARV* (SUFA) pada 2013. Keduanya dilakukan secara bertahap di beberapa kabupaten/kota terpilih. Salah satu tujuan utama LKB adalah meningkatkan akses dan cakupan di dalam upaya promosi, pencegahan, dan pengobatan HIV dan IMS, juga rehabilitasi ODHA secara berkualitas dengan memperluas jaringan layanan hingga ke tingkat puskesmas, termasuk layanan untuk populasi kunci.

Sejauh ini, belum banyak penelitian yang mengevaluasi pelaksanaan LKB. Berdasarkan salah satu penelitian terkait yang dilakukan oleh PKMK FK UGM tahun 2015 tentang penelitian operasional pelaksanaan LKB di Kota Yogyakarta dan Semarang, program ini belum berjalan optimal, termasuk usaha peningkatan inisiasi ARV. Dari hasil temuan penelitian tersebut didapatkan ketidaksiapan penyedia layanan dan lemahnya keterlibatan serta kepemilikan dari pemangku kepentingan LKB. Hal itu disebabkan karena masih rendahnya komitmen pemerintah daerah dan rendahnya pemahaman tentang pendekatan LKB. LKB masih dipandang sebagai program dari pusat sehingga pelaksanaannya di daerah baik di puskesmas maupun di RSUD dilihat sebagai beban tambahan. Dimana seharusnya konsep dasar dari LKB adalah membantu pelaksanaan layanan kesehatan yang berkelanjutan khususnya di layanan kesehatan primer serta menjadi bagian dari usaha mencapai *universal health coverage*.

Terkait dengan pelaksanaan inisiasi ARV, perlu dipahami bahwa proses ini berjalan secara bertahap. Tidak semua orang yang hasil tesnya positif memenuhi syarat untuk mendapatkan ARV. Meskipun saat ini sudah tidak ada batasan jumlah CD4 lagi seperti dulu, namun masih ada prasyarat lainnya yang harus diperiksa untuk memantau keamanan penggunaan obat ARV terkait dengan toksisitasnya. Selain itu, mereka yang memenuhi syarat juga belum tentu bisa segera memperoleh akses pengobatan ARV, atau bahkan tidak sedikit yang akhirnya memutuskan untuk menunda pengobatan ARV. Proses yang cukup panjang meningkatkan faktor hambatan terlaksananya inisiasi ARV. Didapatkan juga adanya jeda dari satu tahapan ke tahapan lainnya (tes HIV ke pra-ARV). Oleh karena itu, pemberian informasi yang benar dan tepat kepada pasien merupakan faktor penting, selain harus dipastikannya sistem

rujukan antar komponen atau lembaga yang berperan (LSM, puskesmas, rumah sakit) sebagai bentuk penyediaan layanan yang komprehensif dan berkelanjutan (Scott *et al.* 2011). Petugas kesehatan juga perlu memahami perannya dengan baik sebagai tim dan dalam konteks penyediaan perawatan yang berkelanjutan. Hal ini dapat ditingkatkan melalui pelatihan dan sistem pengawasan yang baik sebagai bagian dari usaha pelaksanaan LKB.

Penyediaan layanan HIV harus disesuaikan dengan kebutuhan pasien untuk mendukung terlaksananya LKB, di mana jumlah target yang besar akan membutuhkan sistem yang lebih efisien dan mudah untuk diakses. Rekomendasi operasional yang ada lebih menekankan pada pergeseran tugas (*task shifting*) bagi tenaga kesehatan; desentralisasi ARV ke layanan kesehatan primer; serta integrasi layanan ARV ke dalam program kesehatan lainnya seperti TB, layanan antenatal, layanan kesehatan ibu dan anak, serta layanan lainnya yang tersedia (Hirschall *et al.* 2013). Program LKB yang ada ini diharapkan dapat diterapkan dengan baik dan bukan menjadi program di atas kertas saja. []

Bacaan

Hirschall, G., A.D. Harries, P.J. Easterbrook, M.C. Doherty, dan A. Ball. 2013. "The Next Generation of The World Health Organization's Global Antiretroviral Guidance." *Journal of the International AIDS Society* 16(1): 18757.

PKMK FK UGM. 2015. "Penelitian Operasional Prosedur Pengobatan Layanan Komprehensif dan Berkelanjutan HIV dan ISM di Kota Yogyakarta dan Kota Semarang." Yogyakarta: PKMK FK UGM.

Plazy, M., M-L. Newell, J. Orne-Gliemann, K. Naidu, F. Dabis, dan R. Dray-Spira. "Barriers to Antiretroviral Treatment Initiation in Rural KwaZulu-Natal, South Africa." *HIV Medicine* 16(9): 521–532. DOI: 10.1111/hiv.12253.

Scott, V., V. Swigenthal, dan K. Jennings. 2011. "Between HIV Diagnosis and Initiation of Antiretroviral Therapy: Assessing the Effectiveness of Care for People Living with HIV in the Public Primary Care Service in Cape Town, South Africa." *Tropical Medicine & International Health* 16(11): 1384–1391.

Tran, D.A., A. Shakeshaft, A.D. Ngo, J. Rule, D.P. Wilson *et al.* 2012. "Structural Barriers to Timely Initiation of Antiretroviral Treatment in Vietnam: Findings from Six Outpatient Clinics." *PLoS ONE* 7(12): e51289. DOI: 10.1371/journal.pone.0051289.

WHO. 2013. *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection. Recommendations for a Public Health Approach*. Guidelines. Geneva: WHO Press.

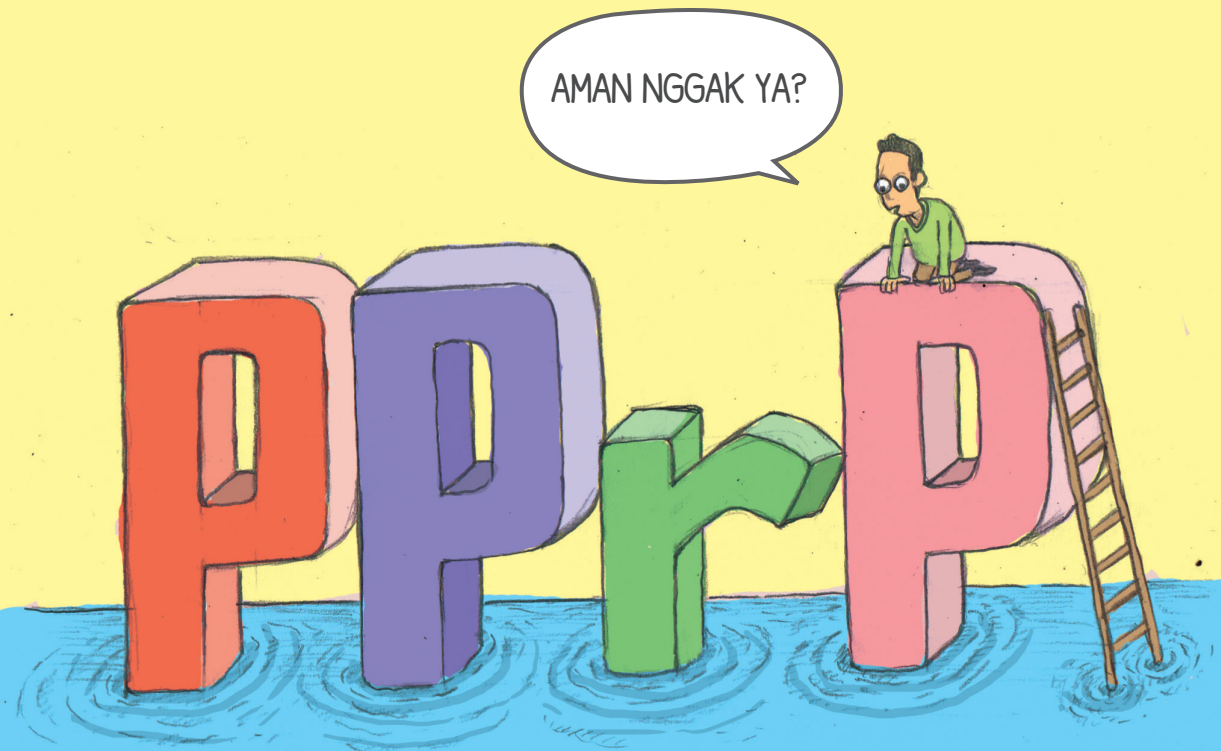
Wolfe, D. 2007. "Paradoxes in Antiretroviral Treatment for Injecting Drug Users: Access, Adherence and Structural Barriers in Asia and the Former Soviet Union." *International Journal of Drug Policy* 18(4): 246–254. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.01.012>.

Profilaksis Pra-Pajanan (PPrP)

sebagai Alternatif

Pencegahan Penularan HIV

Ita Perwira



Pada 2012, Badan Kesehatan Dunia (WHO) telah merekomendasikan penggunaan Profilaksis Pra-Prajanan (PPrP) bagi pasangan serodiskordan (satu terinfeksi HIV, satunya tidak), lelaki berhubungan seks dengan lelaki (LSL), dan transgender. PPrP adalah penggunaan obat *antiretroviral* (ARV) bagi orang yang belum terinfeksi HIV agar dapat terlindungi dari paparan HIV. Rekomendasi ini semakin diperkuat di mana pada 2014 WHO menyusun pedoman gabungan untuk HIV yang di dalamnya menekankan penggunaan PPrP bagi LSL (WHO 2015). *The U.S. Food and Drugs Administration* (FDA) juga telah menyetujui penggunaan *Tenovofir* (TDF) dan *Lamivudin/Emtricitabine* (3TC/FTC) dalam PPrP, yang diikuti oleh Badan Layanan Kesehatan (*Public Health Service*) dan Pusat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (*Centers for Disease Control and Prevention*) Amerika Serikat pada tahun 2014 dengan mengeluarkan panduan klinis untuk penggunaan PPrP di Amerika Serikat. Pada 2015 WHO kembali mengeluarkan panduan tentang penggunaan ARV yang di dalamnya juga membahas secara khusus mengenai PPrP. Pada tahun yang sama Badan PBB untuk AIDS (UNAIDS) juga mengeluarkan beberapa referensi dan melakukan advokasi yang mendukung dilakukannya PPrP sebagai metode tambahan yang dinilai cukup efektif dalam pencegahan HIV berdasarkan hasil penelitian klinis yang telah dilakukan (UNAIDS 2015).

"PPrP sebagai metode pencegahan juga sebaiknya dilakukan secara bersama-sama dengan metode pencegahan lainnya"

Dari berbagai hasil penelitian yang telah dilakukan di berbagai negara, PPrP telah menunjukkan hasil yang cukup efektif dalam mengurangi risiko penularan HIV pada LSL, transgender, serta laki-laki dan perempuan heteroseksual panasun (WHO 2015; UNAIDS 2015). PPrP mengurangi angka penularan sampai dengan 90 persen dibandingkan dengan *placebo* bila digunakan secara benar, di mana kepatuhan mengonsumsi obat sangat mempengaruhi efikasi (manfaat) hasil. Perlu ditekankan di sini bahwa PPrP bukan untuk semua orang. PPrP difokuskan pada mereka yang belum terinfeksi HIV tetapi memiliki risiko substansial untuk tertular HIV, juga bagi mereka yang tidak mampu mengontrol risiko penularan HIV dengan metode yang tersedia saat ini (UNAIDS 2015).

Dalam penggunaan PPrP dosis sekali dalam sehari, kepatuhan menjadi sangat penting, selain perlunya dilakukan pemeriksaan HIV secara rutin. PPrP sebagai metode pencegahan juga sebaiknya dilakukan secara bersama-sama dengan metode pencegahan lainnya seperti kondom dan lubrikan, karena PPrP hanya mencegah penularan HIV saja dan tidak dapat melindungi dari

penularan IMS. Selain itu, perlu juga diperhatikan bahwa dosis harian yang dibutuhkan untuk mencapai tingkat perlindungan dari paparan rektal dan vagina berbeda. Paparan vagina membutuhkan waktu yang lebih lama untuk mencapai tingkat perlindungan, yaitu sekitar tiga pekan, sedangkan untuk paparan rektal hanya dibutuhkan waktu lima hari (UNAIDS 2015). Beberapa penelitian lain juga menunjukkan, penggunaan PPrP yang efektif dengan dosis yang dipakai hanya sebelum dan sesudah hubungan seks pada LSL, tetapi hal ini tidak direkomendasikan karena penelitian untuk penggunaan dosis ini masih terbatas (UNAIDS 2015).

Di Indonesia, penggunaan PPrP telah disinggung dalam SRAN 2015–2019, tetapi hanya berupa strategi mengenai pengobatan sebagai pencegahan (profilaksis) baik prapajanan maupun pascapajanan, tanpa ada penjelasan tentang pelaksanaannya (KPAN 2015). Ini menimbulkan kekhawatiran dari berbagai pihak tentang penerapan PPrP di Indonesia, terutama karena belum adanya regulasi dan petunjuk teknis yang jelas terkait pelaksanaannya. Hal ini penting karena berhubungan dengan ketersediaan dan distribusi ARV yang digunakan, proses tindak lanjut dan pemeriksaan secara rutin, serta kepatuhan berobat. Selain itu, timbul juga kekhawatiran bahwa penggunaan PPrP akan mendorong perilaku yang lebih tidak aman, terutama untuk IMS, karena kelompok berisiko akan semakin lalai dalam penggunaan metode pencegahan lainnya akibat merasa sudah terlindung hanya dari PPrP saja. Padahal, seperti disebutkan di atas, PPrP tidak dapat memberikan perlindungan dari penularan IMS. Meskipun kekhawatiran ini tidak terbukti berdasarkan hasil penelitian yang ada, perlu kiranya dilakukan kajian lebih lanjut untuk situasi di Indonesia.

Kekhawatiran lainnya yakni tentang efek samping dan resistensi obat. Meskipun hasil penelitian yang ada menunjukkan efek samping yang minimal, faktor individu tetap memberikan pengaruh sehingga tetap perlu pengawasan. Sistem kontrol dan tindak lanjut yang baik harus bisa dijamin untuk memastikan bahwa PPrP hanya dikonsumsi oleh mereka yang negatif. Ketika dikonsumsi oleh orang yang positif, PPrP dapat menimbulkan kemungkinan resistensi obat. Selain itu, sistem yang mampu mendorong dan mendukung kepatuhan berobat di Indonesia belum terjamin—misalnya, kemudahan akses obat—yang ditunjukkan dari masih tingginya *lost to follow up* pada mereka yang melakukan *antiretroviral therapy* (ART). Bila kepatuhan tidak terpenuhi, maka efektivitas PPrP menjadi tidak terjamin. Ini bisa mengarah pada masalah lainnya. Kepatuhan yang rendah ditambah dengan tidak digunakannya metode pencegahan lainnya bisa mengakibatkan risiko tertular menjadi semakin tinggi; *follow-up* status HIV yang tidak teratur dapat menyebabkan *undetected HIV* dan resistensi obat.

Berdasarkan pertimbangan-pertimbangan tersebut, PPrP saat ini perlu segera dikaji lebih lanjut karena dianggap sebagai pilihan pencegahan yang cukup efektif dan efisien. Pelaksanaannya harus dipersiapkan dengan baik agar tidak menimbulkan dampak negatif. Kajian yang dilakukan akan dapat digunakan sebagai dasar (*evidence based*) untuk pembuatan kebijakan dan petunjuk teknis pelaksanaan program PPrP di masa mendatang. []

Bacaan

KPAN. 2015. "SRAN 2015–2019 Penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia." Jakarta: KPAN.

UNAIDS. 2015. "Oral Pre-Exposure Prophylaxis. Question and Answer." Reference.

WHO. 2015. "Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV." Guidelines. <http://www.who.int>.

PPIA



BUSEET!
JAUH BANGEEEEET!



Sejauh Mana Kebijakan Penanggulangan HIV & AIDS untuk PPIA?

Ignatius Hersumpana

Tingkat penularan HIV dari ibu ke anak semakin mengkhawatirkan. Badan Kesehatan PBB (WHO) memperkirakan, dari 430.000 bayi atau anak yang terinfeksi HIV pada 2008, 90 persen di antaranya terinfeksi melalui transmisi dari ibu ke anak (*mother to child transmission*). Sekitar setengah dari total jumlah bayi yang terinfeksi itu, jika tidak dilakukan perawatan, akan mati sebelum usia mencapai 2 tahun. Jika tidak ada intervensi risiko, perkiraan penularan dari ibu ke anak berkisar antara 20 hingga 45 persen. Sementara jika dilakukan intervensi khusus pada populasi yang tidak menyusui, risiko penularan HIV dari ibu ke anak dapat dikurangi hingga kurang dari 2 persen dan mencapai kurang dari 5 persen pada populasi yang menyusui.

Di Indonesia, virus HIV pertama kali ditemukan dua puluh lima tahun lalu. Pada 2012, diperkirakan ada 253.785 orang terinfeksi HIV, sepertiga di antaranya adalah perempuan, yakni 69.761 orang. Ancaman serius ini perlu penanganan yang komprehensif dan integral dari pemerintah. Pertanyaannya, sejauh mana kebijakan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) di Indonesia? Kebijakan seperti apa yang sudah ada untuk merespons kondisi tersebut?

"semestinya tenaga kesehatan bergerak proaktif untuk memberikan layanan PPIA yang terintegrasi dalam sistem layanan kesehatan nasional"

Mempertimbangkan potensi ancaman penularan HIV & AIDS yang besar kepada kelompok produktif, terutama kaum ibu, Kemenkes RI mengeluarkan setidaknya dua regulasi, berupa Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2013 tentang Pedoman Pencegahan Penularan HIV & AIDS dari Ibu ke Anak dan Surat Edaran Nomor GK/Menkes/001/I/2013 tentang Layanan Pencegahan Penularan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dari Ibu ke Anak (PPIA). Keduanya merupakan penjabaran lebih lanjut dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV & AIDS.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2013 merupakan acuan bagi tenaga kesehatan, pengelola program, kelompok profesi, dan pemangku kepentingan terkait PPIA. Penularan HIV dari ibu ke anak dapat terjadi pada masa kehamilan, saat persalinan, dan saat menyusui, sementara intervensinya dilakukan melalui empat kegiatan, yakni pencegahan penularan HIV pada perempuan usia produktif; pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada ibu HIV positif; pencegahan penularan HIV dari ibu hamil HIV positif ke bayi yang dikandung; dan pemberian dukungan psikologis, sosial, dan perawatan kepada ibu HIV positif beserta anak dan keluarganya.

Sementara Surat Edaran GK/Menkes/001/I/2013 menghimbau kepada seluruh kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota dan direktur rumah sakit di Indonesia untuk melakukan upaya deteksi dini dan PPIA secara komprehensif dan berkesinambungan. Layanan PPIA diintegrasikan dengan layanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), dan Konseling Remaja di setiap jenjang layanan kesehatan dengan ekspansi secara bertahap dan melibatkan peran swasta, lembaga swadaya masyarakat, dan komunitas. PPIA dalam KIA merupakan bagian dari Program Nasional Pengendalian HIV & AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS). Setiap perempuan yang datang ke layanan KIA-KB dan Konseling Remaja harus mendapatkan informasi tentang PPIA. Di daerah di mana epidemi meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas layanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal dan menjelang persalinan. Sedangkan di daerah epidemi rendah, penawaran tes HIV lebih diprioritaskan kepada ibu hamil dengan IMS dan tuberkulosis.

Sementara pada daerah yang belum memiliki tenaga layanan kesehatan yang mampu atau berwenang memberikan layanan PPIA, upaya yang dapat dilakukan ialah memberikan rujukan ibu hamil ke fasilitas layanan HIV yang memadai atau pelimpahan wewenang kepada tenaga kesehatan yang terlatih (*task shifting*) berdasarkan keputusan Dinas Kesehatan. Setiap ibu hamil yang positif HIV wajib diberikan obat *antiretroviral* (ARV) dan pelayanan perawatan, dukungan, dan pengobatan lebih lanjut (PDP). Kementerian Kesehatan RI bertugas untuk merencanakan ketersediaan logistik, baik obat ARV maupun pemeriksaan tes HIV.

Mencermati peraturan dan surat edaran Menteri Kesehatan tentang PPIA ini semestinya tenaga kesehatan kita bergerak proaktif untuk memberikan layanan PPIA yang terintegrasi dalam sistem layanan kesehatan nasional, terutama KIA-KB dan Konseling Remaja, secara inklusif, komprehensif, dan berkelanjutan. Kedua regulasi ini perlu didorong dan diadvokasi lebih lanjut hingga ke tingkat operasional paling bawah untuk memastikan bahwa penularan HIV dari ibu ke anak dapat dikurangi sampai ke tingkat yang paling minim. PPIA menentukan kesehatan dan kekuatan generasi mendatang sebagai pewaris masa depan. []

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI INTEGRASI LAYANAN SRH DENGAN LAYANAN HIV & AIDS

Chrysant Lily Kusumowardoyo

SERIOUS BISA MELAYANI MASYARAKAT DENGAN KONDISI SEPERTI ITU?



"lemahnya sistem kesehatan juga menjadi faktor penghambat, termasuk masalah ketidakberlanjutan pendanaan, terbatasnya jumlah sumber daya manusia (SDM) kesehatan, tingginya perpindahan dan pergantian (*turnover*), tingginya beban kerja SDM kesehatan, kurangnya pelatihan bagi SDM kesehatan, dan lemahnya supervisi"

Secara historis, layanan kesehatan seksual dan reproduksi (*sexual and reproductive health* [SRH])¹⁷ dan layanan HIV & AIDS merupakan dua layanan yang terpisah dan tidak dikoordinasikan. Padahal, alasan untuk integrasi di antara kedua layanan ini sudah sangat jelas, antara lain, banyaknya penyakit yang berhubungan dengan HIV maupun seksual dan reproduksi yang memiliki akar masalah yang sama dan tingginya kasus HIV yang terjadi lewat transmisi seksual. Selain itu, peningkatan jumlah kasus HIV baru juga banyak terjadi pada ibu maupun perempuan muda yang merupakan target utama dari layanan SRH (Bushee, Salden, dan Wong 2012). Kesadaran tentang interelasi seperti ini sebenarnya bukan merupakan konsep baru dan sudah dinyatakan sejak *International Conference on Population and Development* pada 1994 (PBB 1995). Tetapi, komitmen yang lebih kuat untuk mengintegrasikan kedua layanan ini baru muncul sejak kurang lebih satu dekade lalu.¹⁸

Namun, upaya menerjemahkan komitmen dalam bentuk kebijakan ke ranah implementasi tidak selalu mudah. Karena itu, saat ini sudah ada studi-studi yang mengevaluasi pengalaman mengintegrasikan layanan HIV dengan layanan SRH dari berbagai negara, meski jumlahnya masih terbatas dan dilaksanakan pada skala kecil (Sweeney *et al.* 2012). Tinjauan sistematis yang dilakukan oleh Sweeney *et al.* (2012) berfokus pada *cost-effectiveness* yang bisa dicapai dengan adanya integrasi kedua layanan ini, sementara tinjauan sistematis yang dilakukan oleh *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), *UCSF Global Health Sciences*, UNAIDS, UNFPA, dan WHO (2008) berfokus pada bagaimana integrasi kedua layanan ini bisa meningkatkan pencapaian *outcome*. Mayoritas dari studi-studi yang ditinjau oleh kedua sumber ini menegaskan bahwa memang integrasi antara layanan HIV & AIDS dengan layanan SRH terbukti efektif secara pembiayaan (*cost-effective*) dan berkontribusi positif dalam peningkatan capaian (*output*) (misalnya, jumlah akses layanan, termasuk tes HIV), serta capaian di level *outcome* (misalnya, pengetahuan tentang HIV dan Infeksi Menular Seksual [IMS] dan perubahan perilaku dalam hal penggunaan kondom).

Namun, hasil tinjauan sistematis yang dilakukan kedua sumber ini menunjukkan bahwa masih ada kesenjangan yang besar dalam penelitian yang berfokus pada bagaimana mengintegrasikan layanan HIV & AIDS dengan layanan SRH dan bagaimana memperbesar skala layanan yang terintegrasi. Untuk menjawabnya, kita perlu mengetahui faktor-faktor yang mendukung maupun menghambat integrasi antara layanan SRH dengan layanan HIV & AIDS. Secara indikatif, tinjauan sistematis dari IPPF, UCSF Global Health Sciences, UNAIDS, UNFPA, dan WHO (2008) menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mendukung, antara lain, perilaku nondiskriminatif dari tenaga kesehatan; pengembangan kapasitas yang dilakukan secara berkelanjutan bagi para penyedia layanan; pelibatan komponen pemerintah, masyarakat, dan populasi kunci dalam perencanaan dan implementasi; kemudahan dalam implementasi layanan tambahan; dan tidak adanya tambahan biaya bagi layanan yang sudah ada. Sebaliknya, studi yang sama juga menunjukkan bahwa faktor-faktor penghambat integrasi layanan,

¹⁷ Untuk pembahasan lebih lanjut mengenai alasan-alasan mengapa layanan HIV & AIDS perlu dintegrasikan dengan layanan SRH, lihat Bushee, Salden, dan Wong (2012).

¹⁸ Komitmen politik untuk mendorong integrasi layanan SRH dengan HIV & AIDS ditegaskan dalam "The Glion Call to Action on Family Planning and HIV & AIDS in Women and Children" pada 2004 dan kemudian diikuti dengan *United Nations's high level consultation* pada Juni 2004 bertajuk "The New York Call to Commitment on Linking HIV & AIDS and Sexual and Reproductive Health".

layanan. Selain itu, lemahnya sistem kesehatan juga menjadi faktor penghambat, termasuk masalah ketidakberlanjutan pendanaan, terbatasnya jumlah sumber daya manusia (SDM) kesehatan, tingginya perpindahan dan pergantian (*turnover*), tingginya beban kerja SDM kesehatan, kurangnya pelatihan bagi SDM kesehatan,¹⁹ dan lemahnya supervisi.

Kesimpulannya, untuk memperluas skala implementasi integrasi layanan SRH dengan HIV & AIDS, diperlukan lebih banyak studi yang menunjukkan bukti-bukti tentang faktor-faktor yang memengaruhi integrasi kedua layanan tersebut. Hal ini menjadi strategis sebab masalah HIV adalah masalah kesehatan yang sifatnya *crosscutting* dan karena itu menuntut layanan yang terintegrasi—tidak saja dengan layanan SRH tapi juga dengan layanan kesehatan umum lain. Bukti dari faktor-faktor integrasi SRH dengan HIV & AIDS bisa menjadi indikasi terkait faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam integrasi HIV dengan layanan lain. []

Bacaan

Bushee, J., O. Salden, dan F. Wong. 2012. "Intensify Linkages between HIV and Sexual and Reproductive Health and Rights for Maximum Impact." *Policy Position* Juli. Stop AIDS Alliance (SAA).

Cooper, D., J.E. Mantell, J. Moodley, dan S. Mall. 2015. "The HIV Epidemic and Sexual and Reproductive Health Policy Integration: Views of South African Policymakers." *BMC Public Health* 15 (217): 1–9. DOI: 10.1186/s12889-015-1577-9.

International Planned Parenthood Federation (IPPF), University of California, San Francisco (UCSF) Global Health Sciences, Joint United Nations Programme on HIV & AIDS (UNAIDS), United Nations Population Fund (UNFPA), dan World Health Organization (WHO). 2009. "Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages: Evidence Review and Recommendations."

Sweeney, S., C.D. Obure, C.B. Maier, R. Greener, K. Dehne, dan A. Vassall. 2012. "Costs and Efficiency of Integrating HIV & AIDS Services with Other Health Services: A Systematic Review of Evidence and Experience." *Sexually Transmitted Infections* 88: 85–99. DOI: 10.1136/sextrans-2011-050199.

United Nations. 2005. "Report of the International Conference on Population and Development: Cairo, 5–13 September 1994." *United Nations Publications* Sales No. 95.XIII.18. New York: United Nations.

¹⁹ Faktor keterbatasan terkait sumberdaya manusia kesehatan juga disoroti dalam studi yang dilakukan di Afrika Selatan oleh Cooper *et al.* (2015).



INTEGRASI LAYANAN HIV DAN PENANGANAN KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN: PERAN SEKTOR KESEHATAN

Chrysant Lily Kusumowardoyo

**"KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN
MEMILIKI DAMPAK YANG SIGNIFIKAN
TERHADAP KESEHATAN, OLEH KARENA ITU
HARUS DILIHAT SEBAGAI SEBUAH MASALAH
KESEHATAN, BUKAN SEKEDAR MASALAH
SOSIAL DAN RELASI GENDER SAJA"**

Antara 25 November sampai 10 Desember, warga dunia memperingati beberapa hari internasional penting, di antaranya Hari Internasional Melawan Kekerasan terhadap Perempuan pada 25 November, Hari AIDS Sedunia pada 1 Desember, dan Hari Internasional Hak Asasi Manusia pada 10 Desember. Sejak 1991, hari-hari penting itu diperingati dengan sebuah kampanye internasional yang dikenal dengan Kampanye 16 Hari Penghapusan Kekerasan terhadap Perempuan.²⁰ Kampanye 16 Hari menegaskan bahwa hari-hari internasional yang ditetapkan oleh PBB itu memiliki keterkaitan; bahwa kekerasan terhadap perempuan²¹ merupakan sebuah bentuk pelanggaran HAM, kekerasan terhadap perempuan mempertinggi risiko penularan HIV, dan sebaliknya status HIV positif juga membuat perempuan semakin rentan mengalami kekerasan. Artikel ini akan secara ringkas menyoroti peran sektor kesehatan dalam merespons tidak saja masalah HIV tetapi juga isu kekerasan terhadap perempuan.

Hanya dengan menggunakan kata-kata kunci seperti *“violence against women and HIV”* dalam mesin pencari di internet, akan muncul berbagai artikel, hasil penelitian, lembaran fakta, dan ragam tulisan lain yang mengulas lebih jauh tentang hubungan antara KTP dan HIV.²² Menariknya, dokumen-dokumen ini umumnya menunjukkan bahwa dua isu yang sebenarnya sangat berkaitan ini masih sering ditanggulangi secara terpisah; bahwa sektor kesehatan memiliki potensi (dan tanggung jawab) yang sangat besar untuk dapat memberikan layanan yang mengintegrasikan kedua masalah ini.²³

²⁰ Kampanye internasional 16 Hari Penghapusan Kekerasan terhadap Perempuan ini diprakarsai oleh Women’s Global Leadership Institute.

²¹ Kekerasan terhadap perempuan merupakan kekerasan berbasis gender yang terjadi dalam konteks subordinasi perempuan di dalam masyarakat. Memang, perempuan dan laki-laki sama-sama mengalami kekerasan, tetapi terdapat banyak bukti yang menunjukkan bahwa kekerasan terhadap perempuan tidak bisa dipisahkan dari berbagai norma, struktur sosial, dan peran gender yang membuat perempuan lebih rentan terhadap kekerasan (Watts dan Zimmerman 2002). Definisi ini sesuai dengan Deklarasi PBB tentang Penghapusan Kekerasan terhadap Perempuan (1993) yang mendefinisikan kekerasan terhadap perempuan sebagai “semua tindak kekerasan berbasis gender yang mengakibatkan atau mungkin mengakibatkan cedera atau penderitaan secara fisik, seksual atau psikologis pada perempuan, termasuk ancaman, paksaan, pembatasan kebebasan yang terjadi di ranah publik maupun privat.”

²² Kaitan antara kekerasan terhadap perempuan dan HIV secara padu diulas oleh Global Initiative on Woman and AIDS (Inisiatif UNAIDS) dan WHO dalam *“Violence Against Women and HIV & AIDS: Critical Intersections”* (Bulletin Information Series edisi 2, 2004, terbitan WHO).

²³ Artikel ini membatasi bahasannya pada peran dan tanggung jawab sektor kesehatan, dengan tetap mengakui bahwa organisasi masyarakat juga perlu menunjukkan upaya yang lebih kuat untuk kerjasama lintas isu. Seperti kritik Rothschild, Reilly, dan Nordstrom (2006), LSM HIV dan LSM antikekerasan masing-masing sangat menguasai bidangnya, tetapi kurang memahami bidang dari “pihak lain” atau kurang mau bertindak karena terbatas oleh desain program dan peruntukan anggaran dari donor. Padahal, perempuan dengan HIV maupun perempuan yang berada dalam posisi rentan terhadap kekerasan seperti *wps* memiliki hambatan besar dalam mengakses layanan (antara lain karena tidak tahu layanan tersedia, tidak diizinkan, takut status HIV-nya akan semakin diketahui banyak pihak, dll.). Dengan demikian, layanan sektor kesehatan yang terintegrasi tidak akan cukup memadai tanpa peran dan kerjasama dari berbagai organisasi masyarakat dalam memampukan perempuan untuk mengatasi berbagai hambatan dalam mengakses layanan.

Dari sini ada beberapa pertanyaan yang muncul. Mengapa sektor kesehatan harus turut memikirkan dan menanggulangi kekerasan berbasis gender? Mengapa belum terlihat adanya layanan yang berintegrasi bagi perempuan positif HIV yang mengalami kekerasan? Bagaimana sektor kesehatan bisa mengintegrasikan layanan HIV dengan layanan penanggulangan kekerasan terhadap perempuan?

Jawaban untuk pertanyaan pertama bisa ditemukan dengan melihat definisi kesehatan itu sendiri. UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mendefinisikan kesehatan sebagai “keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.” Pengertian ini menegaskan bahwa urusan kesehatan tidak terbatas pada meniadakan penyakit secara fisik yang sering kali secara tradisional menjadi fokus layanan kesehatan. Sebaliknya, layanan kesehatan yang efektif adalah layanan yang bersifat komprehensif, yang turut memastikan kesejahteraan mental dan sosial seseorang. Ini memberikan dasar bagi layanan kesehatan untuk turut memperhatikan layanan penanggulangan kekerasan karena memang merupakan bagian dari tanggung jawabnya.

Lebih jauh lagi, kekerasan terhadap perempuan merupakan masalah kesehatan masyarakat. Banyak petugas kesehatan yang mungkin sulit mendapat penjelasan tentang terus kambuhnya masalah IMS, masalah depresi dan keinginan bunuh diri yang tinggi, serta masalah kesehatan kronis lainnya sampai mereka mengetahui latar belakang kekerasan yang dialami pasiennya. Intinya, kekerasan terhadap perempuan memiliki dampak yang signifikan terhadap kesehatan, dan oleh karena itu harus dilihat sebagai sebuah masalah kesehatan, bukan sekedar masalah sosial dan relasi gender saja yang tidak relevan dengan layanan kesehatan rutin (Krug *et al.*, 2002; IPPF, 2010). Tetapi, dengan turut menyikapi masalah kekerasan terhadap perempuan, petugas kesehatan bisa menggunakan kesempatan untuk menyelamatkan perempuan dari situasi yang mengancam kelangsungan hidupnya.

Sayangnya, masalah yang sedemikian penting ini masih belum direspons oleh sektor kesehatan secara memadai karena beberapa hal. Penelitian yang dilakukan oleh Ikatan Perempuan Positif Indonesia (IPPI), ResultinHealth (RiH), dan Pusat Penelitian HIV & AIDS (PPH) Universitas Katolik (Unika) Atma Jaya Jakarta (2015) menemukan bahwa kekerasan terhadap perempuan belum menjadi agenda kebijakan penanggulangan HIV & AIDS di daerah karena pembuat kebijakan masih belum melihat hubungan timbal balik antara kekerasan terhadap perempuan dan penularan HIV. Di tingkat praktis, akibat pandangan bahwa kekerasan terhadap perempuan bukan masalah kesehatan sebagaimana dijelaskan di atas, petugas kesehatan sering bersifat pasif karena menganggap masalah kekerasan merupakan masalah pribadi pasien. Tindakan atau rujukan ke layanan penanggulangan kekerasan baru dilakukan apabila ada pengakuan pasien. Pasifnya petugas kesehatan ini antara lain juga disebabkan karena belum adanya prosedur di tingkat layanan untuk menilai pengalaman kekerasan yang dialami pasien HIV, juga masih terbatasnya kapasitas petugas kesehatan dari segi pengetahuan untuk memberikan layanan penanggulangan kekerasan dan HIV secara terpadu.

Oleh karena itu, hal-hal mendasar yang perlu dipastikan dalam membangun respons sektor kesehatan terhadap masalah kekerasan terhadap perempuan ini ialah adanya kebijakan yang mendorong kerja sama lintas sektor di tingkat daerah lengkap dengan panduan penerapannya. Perencanaan yang bersifat multisektor ini ialah langkah strategis pertama yang perlu diambil dalam pencegahan dan penanggulangan kekerasan (WHO, 2002). Di tingkat layanan, perlu ada perubahan kebijakan dan protokol lembaga agar dapat turut menanggulangi masalah kekerasan terhadap perempuan. Misalnya, pertanyaan tentang pengalaman kekerasan perlu dijadikan prosedur standar dalam konsultasi dengan pasien perempuan, khususnya perempuan dengan HIV. Artinya, penggunaan waktu layanan untuk melakukan penilaian (*assessment*) tentang kekerasan memang harus dialokasikan oleh layanan kesehatan, dan informasi tentang kekerasan perlu menjadi bagian dari rekam medik pasien (kecuali diputuskan bahwa hal itu justru akan membahayakan pasien). Prosedur yang mendorong keaktifan petugas layanan ini sangat diperlukan mengingat ada banyak perempuan yang tidak akan membuka pengalamannya kecuali ditanyakan.

Tidak kalah penting, petugas kesehatan perlu dilatih untuk mengenali gejala-gejala dan tanda-tanda adanya kekerasan, juga mengetahui dampak langsung dan tidak langsung dari kekerasan terhadap perempuan. Contohnya, petugas kesehatan perlu memahami bahwa tindakan membuka status HIV kepada pasangan intim pasien tanpa persetujuan akan sangat membuat pasien tersebut rentan mengalami kekerasan. Selain itu, petugas kesehatan juga perlu mengetahui pilihan-pilihan yang bisa dilakukan untuk menangani kasus kekerasan seperti pemerkosaan, misalnya dengan memberikan profilaksis pasca pajanan (PPP) untuk mengurangi risiko perempuan terinfeksi HIV dari pemerkosanya (Human Rights Watch 2005).

Kesimpulannya, solusi untuk mengintegrasikan layanan HIV dan penanganan kekerasan terhadap perempuan sangat diperlukan karena perempuan sebagai korban kekerasan memiliki keterbatasan yang diakibatkan oleh konteks sosial tertentu sehingga perlu didukung agar mampu mengendalikan situasi yang dialaminya. Melihat kekerasan terhadap perempuan sebagai masalah kesehatan dan pelanggaran HAM ialah perspektif mendasar yang diperlukan sektor kesehatan dalam upaya untuk mengubah responsnya terhadap kekerasan terhadap perempuan. []

Bacaan

- Bott, S., A. Guedes, M.C. Claramunt, dan A. Guezmes. 2010. "Improving the Health Sector Response to Gender Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries." IPPF/WHR.
- Hale, F. dan M. Vazquez. 2011. "Violence Against Women Living with HIV & AIDS: A Background Paper." Washington D.C.: Development Connection (DVCN). <http://salamandertrust.net/resources/VAPositiveWomenBkgrdPaperMarch2011.pdf>.
- IPPI, RiH, dan PPH Unika Atmajaya. 2015. "Integrasi Layanan HIV & AIDS dan Kekerasan terhadap Perempuan yang Hidup dengan HIV di DKI Jakarta dan Sumatra Utara." Presentasi disampaikan di Pemas AIDS V Makassar, 29 Oktober 2015.
- Krug, E. *et al.* 2002. "The World Report on Violence and Health." *The Lancet* 360: 1083–1088.
- Rothschild, C., M.A. Reilly, dan S.A. Nordstrom. 2006. "Strengthening Resistance: Confronting Violence Against Women and HIV & AIDS." NJ, USA: Center for Woman's Global Leadership.
- Walsh, J. 2005. "A Dose of Reality: Women's Right in the Fight Against HIV & AIDS." Briefing paper. HRW.
- Watts, C. dan C. Zimmerman. 2002. "Violence Against Women: Global Scope and Magnitude." *The Lancet* 359(9313): 1232–1237.
- Etienne G. Krug, E.G., L.L. Dahlberg, J.A. Mercy, A.B. Zwi, dan R. Lozano, penyunting. 2002. *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO.
- Global Initiative on Woman and AIDS (Inisiatif UNAIDS) dan WHO. 2004. "Violence Against Women and HIV & AIDS: Critical Intersections." *Information Bulletin Series*, Nomor 2. http://data.unaids.org/GCWA/gcwa_fs_vaw3_who_01may05_en.pdf.

Kerangka Kerja *Contracting Out* Pelayanan Kesehatan untuk Penanggulangan AIDS

Ignatius Praptoraharjo



"hingga saat ini mekanisme untuk menyalurkan dana program (bukan bantuan sosial) kepada sektor nonpemerintah masih terkendala regulasi dalam pengadaan jasa yang ada."

Latar Belakang

Kesenjangan kebutuhan dan ketersediaan dana untuk penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia di masa depan akan mengancam cakupan layanan yang selama ini dicapai secara nasional, baik dalam upaya promosi dan pencegahan; perawatan, dukungan, pengobatan; maupun mitigasi dampak.²⁴ Tentu hal ini menjadi tantangan utama dalam upaya mewujudkan *universal coverage* program HIV & AIDS pada 2019.

Salah satu strategi yang banyak direkomendasikan oleh banyak pihak untuk menjamin keberlanjutan program adalah dengan mengintegrasikan layanan HIV & AIDS dalam sistem kesehatan umum yang berlaku, sebagaimana diinisiasi *Global Health Initiatives*. Isu penting sebagai konsekuensi upaya untuk mengintegrasikan penanggulangan HIV & AIDS ialah seberapa jauh sistem kesehatan di Indonesia mampu mengadopsi program penanggulangan HIV & AIDS yang komprehensif, mengingat selama ini pendanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) hanya difokuskan pada upaya kuratif, sementara upaya promotif dan preventif masih sebagian besar menggantungkan sumber pendanaan dari luar negeri. Pendanaan mitigasi dampak juga lebih banyak dilakukan oleh sektor nonpemerintah, kecuali untuk pembiayaan perawatan infeksi oportunistik, yang sudah ditanggung oleh Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Apakah dengan integrasi dalam sistem kesehatan umum, upaya promosi dan pencegahan bisa memperoleh perhatian yang besar dari pemerintah? Saat ini upaya tersebut sebagian besar dilakukan oleh sektor nonpemerintah, khususnya lembaga swadaya masyarakat. Jika pemerintah menyediakan dana bagi kegiatan promotif dan preventif, apakah ada mekanisme yang memungkinkan bagi lembaga swadaya masyarakat untuk mengakses pendanaan tersebut sehingga memungkinkan untuk melanjutkan peran mereka selama ini? Tentu pertanyaan ini masih belum ada jawaban yang pasti, mengingat upaya peningkatan kinerja layanan kesehatan selama ini cenderung diarahkan untuk memperkuat aspek tenaga kesehatan dan penyediaan infrastruktur kesehatan. Upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dengan pendekatan kemitraan antara sektor pemerintah dan nonpemerintah masih sangat terbatas.

²⁴ Kesenjangan penyediaan dan kebutuhan dana untuk penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia dapat dilihat pada analisis pendanaan untuk Strategi Rencana Aksi Nasional (SRAN) Penanggulangan HIV & AIDS 2015–2019.

Salah satu strategi yang bisa dikembangkan untuk mendorong kemitraan pemerintah dan nonpemerintah dalam penyediaan layanan kesehatan adalah mengontrakkan layanan kesehatan yang selama ini menjadi kewajiban (biasa) yang dilakukan pemerintah kepada nonpemerintah yang memiliki kualifikasi untuk melaksanakan layanan tersebut (*contracting out*). Kerangka kemitraan ini merupakan mekanisme pembelian yang digunakan untuk memperoleh layanan tertentu berdasarkan kuantitas dan kualitas yang telah ditentukan pada harga tertentu untuk periode tertentu dari sebuah pemberi layanan (Loevinsohn 2008). Konsep ini pada dasarnya menitikberatkan pada upaya untuk membedakan fungsi pembiayaan dan penyediaan layanan kesehatan dari pemerintah. Pemerintah berperan sebagai pembeli atas layanan tertentu, sementara sektor nonpemerintah berperan sebagai penyedia layanan yang dibutuhkan oleh pemerintah. Sejumlah studi menunjukkan bahwa penerapan skema *contracting out* mampu meningkatkan akses dan pemanfaatan layanan kesehatan, memperbaiki hasil kesehatan (*health outcome*), mengurangi pembiayaan dari pasien secara langsung (*out of pocket*), dan pada tingkat tertentu mampu memperbaiki dimensi kinerja layanan lain-lain, seperti pemerataan, kualitas, dan efisiensi dari layanan kesehatan (Lagarde dan Palmer 2009).

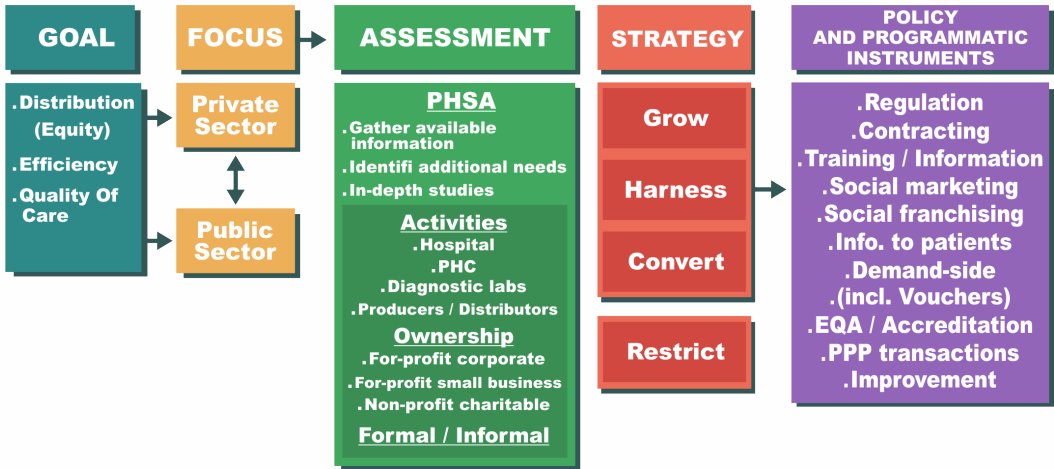
Kerangka Kerja *Contracting Out*

Skema *contracting out* pada dasarnya merupakan salah satu strategi yang dikembangkan dalam membangun kemitraan antara sektor pemerintah dan nonpemerintah dalam pelayanan kesehatan. Peran sektor nonpemerintah dalam pelayanan kesehatan sebenarnya cukup luas, beragam, berkembang, dan cenderung terkonsentrasi di kota. Namun, sebuah laporan tentang peran sektor nonpemerintah dalam bidang kesehatan menunjukkan, sekalipun peran sektor nonpemerintah cukup besar, hingga saat ini data tentang besaran, ruang lingkup, dan jenis pelayanan yang disediakan masih sangat sedikit (Chee, Borowitz, dan Barraclough 2009). Karakteristik peran sektor nonpemerintah dalam pelayanan kesehatan dasar pun kelihatannya sama dengan gambaran pelayanan kesehatan yang lain.

Upaya untuk melibatkan sektor nonpemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar sebenarnya bisa menjadi alternatif untuk mengatasi situasi di saat sektor pemerintah memiliki keterbatasan dalam menyediakan tenaga kesehatan dan fasilitas yang memadai untuk memberikan pelayanan kepada kelompok-kelompok terpencil atau termarginalisasikan. Meski telah menyadari potensi sektor nonpemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan, hingga saat ini upaya untuk melibatkan sektor tersebut masih sangat terbatas. Beberapa alasan mengapa sektor swasta ini tidak dilibatkan, antara lain karena kurangnya pengetahuan atau kapasitas dari pemerintah untuk mengembangkan kemitraan, adanya persepsi bahwa keterlibatan sektor nonpemerintah akan mengurangi atau mengambil alih pekerjaan yang selama ini dilakukan sehingga cenderung kurang mendapat dukungan dari staf di sektor pemerintah, keterbatasan dana atau mekanisme pendanaan yang tidak memungkinkan, belum adanya sebuah kerangka kebijakan untuk melibatkan sektor nonpemerintah, kurang adanya dukungan pada tingkat politis, dan kurang tersedianya dukungan dari organisasi donor atau lembaga teknis (Harding dan Montagu 2011; Trisnantoro 2011).

Kerangka kerja yang dikembangkan oleh Harding dan Montagu (2011) untuk melibatkan sektor nonpemerintah dalam pelayanan kesehatan dapat digunakan untuk memandu proses *assessment* dan penyusunan desain kemitraan dengan menggunakan skema *contracting out* (lihat Bagan 1).

Gambar 2. Kerangka Kerja Contracting Out dalam Pelayanan Kesehatan



Sumber: Harding dan Montagu (2011)

Kerangka kerja ini menyarankan bahwa tujuan akhir upaya pelayanan kesehatan yang mencakup pemerataan, efisiensi, dan kualitas pelayanan memungkinkan untuk dicapai melalui kemitraan antara sektor pemerintah dan nonpemerintah. Namun, untuk mewujudkan kemitraan ini, tahap penting yang harus dilakukan ialah melakukan penilaian terhadap peran sektor nonpemerintah di wilayah tertentu dan mengkaji konteks permasalahan pelayanan yang ada di wilayah tersebut, termasuk juga pelayanan yang diberikan oleh sektor pemerintah. Dengan melihat potensi sektor nonpemerintah dan permasalahan yang ada, bisa dimunculkan berbagai strategi untuk melibatkan sektor nonpemerintah, mulai dari menginisiasi sektor nonpemerintah, menumbuhkembangkan sektor nonpemerintah, mengubah sektor pemerintah menjadi sektor nonpemerintah, hingga membatasi peran sektor pemerintah dalam penyediaan layanan kesehatan. Dengan mempertimbangkan strategi yang sesuai dengan konteks wilayah tertentu, tersedia berbagai pilihan skema operasional untuk melibatkan sektor nonpemerintah dalam pelayanan kesehatan.

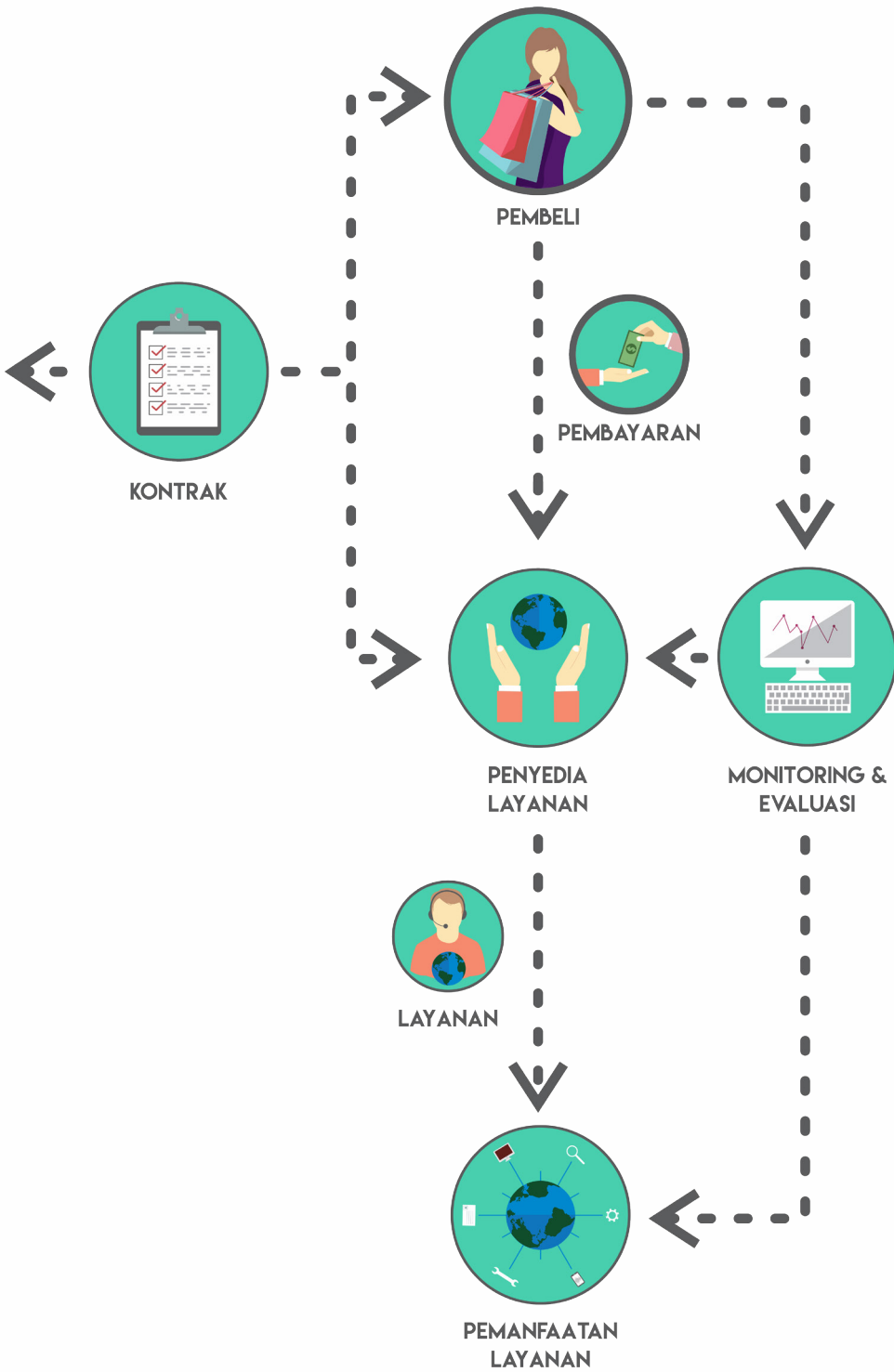
Sejak 1980-an, *contracting out* pelayanan kesehatan kepada sektor nonpemerintah telah menjadi skema pokok dalam upaya transformasi pengelolaan pelayanan pada sektor pemerintah dan hingga kini menjadi salah satu skema yang banyak dilakukan di negara-negara berkembang (Lagarde dan Palmer 2009). Skema ini pada dasarnya dapat mengubah struktur manajemen sektor publik yang hierarkis dan langsung menjadi hubungan kontraktual antara pembeli dan penyedia, dengan sistem insentif sebagai kunci utama dalam mempromosikan kinerja yang lebih baik. Dalam hubungan kontraktual ini, pemerintah bertindak sebagai pembeli dari layanan yang disediakan oleh sektor nonpemerintah, sementara sektor pemerintah melakukan pelayanan kepada pemanfaat berdasarkan ruang lingkup kerja sebagaimana diatur dalam kontrak. Sebagai konsekuensi atas pembelian layanan itu, sektor pemerintah melakukan pengawasan dan evaluasi terhadap kinerja dan pelayanan yang diberikan pihak nonpemerintah (lihat Bagan 2).

Gambar 3. Mekanisme Kontrak antara Sektor Pemerintah dan Nonpemerintah dalam Pelayanan Kesehatan



Sumber: Berman (2011)

Beberapa potensi keuntungan dari dilakukannya skema *contracting out* ini, antara lain peningkatan kinerja, baik harga maupun kualitas; pengembangan kebijakan dan perencanaan; informasi lebih tersedia dan bisa diakses oleh pihak lain, jenis layanan, volume kerja, biaya, kepekaan, populasi yang dilayani, kebutuhan kesehatan, dan isu-isu lain; memungkinkan untuk memperkirakan biaya layanan kesehatan yang lebih pasti; dan meningkatkan pemerataan akses dengan mengarahkan pelayanan bagi kelompok-kelompok tertentu yang kurang terlayani (Zurn dan Adams 2004).



Meski demikian, ada sejumlah potensi hambatan yang memungkinkan *contracting out* ini tidak berjalan dengan lancar. Hambatan yang mungkin timbul antara lain sedikit lembaga nonpemerintah di wilayah target, lemah dari sisi manajemen atau kurang tertarik untuk tender, kontrak kurang didesain dan dikelola dengan baik karena masih lemahnya kemampuan pembeli layanan (pemerintah), sulitnya menentukan harga (terlalu tinggi menghitung kebutuhan sehingga membayar kontraktor membengkak), pembayaran yang tertunda, penafsiran atas isi kontrak, adanya kepentingan-kepentingan pribadi atas desain kontrak, dan masih lemahnya kapasitas pengawasan dan evaluasi dari pemerintah (Siddiqi, Sabri, dan Masud 2007; Berman 2011).

Penutup

Upaya promosi dan pencegahan penularan HIV & AIDS yang selama ini dilakukan oleh sektor nonpemerintah akan terancam apabila bantuan-bantuan pembangunan kesehatan dari donor yang selama ini menjadi sumber pendanaan bagi sektor nonpemerintah untuk melaksanakan upaya tersebut ditarik. Dana pemerintah menjadi salah satu sumber yang diharapkan bisa mendukung kegiatan promosi dan pencegahan pada kelompok yang secara sosial tidak dijangkau dengan layanan kesehatan yang konvensional. Tetapi, hingga saat ini mekanisme untuk menyalurkan dana program (bukan bantuan sosial) kepada sektor nonpemerintah masih terkendala regulasi dalam pengadaan jasa yang ada. Untuk itu, inisiatif melakukan kontrak pelayanan kesehatan, terutama untuk promosi dan pencegahan, menjadi agenda yang perlu dipertimbangkan secara serius. Apalagi, ada rencana kenaikan 5 persen dana kesehatan dari APBN, di mana bidang promosi dan pencegahan menjadi salah satu bidang kesehatan yang penyerapannya belum optimal. Maka, kontrak pelayanan kesehatan kepada organisasi nonpemerintah menjadi solusi strategis untuk mempertahankan cakupan program penanggulangan HIV & AIDS yang selama ini diraih, memperkuat partisipasi masyarakat dalam penyediaan layanan, dan mengoptimalkan serapan dana sektor kesehatan. []

Bacaan

- Berman, P. 2011. "Contracting: Overview in Strategies for Private Sector Engagement and PPPs in Health." Bahan presentasi dalam lokakarya bertajuk "Strategies for Private Sector Engagement and Public Private Partnership (PPP) in Health" di Bangkok pada 30 Mei–4 Juni 2011.
- Chee, G., M. Borowitz, dan A. Barraclough. 2009. "Private Sector Health Care in Indonesia." Bethesda, Maryland: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.
- Harding, A. dan D. Montagu. 2011. "Public Policy toward the Private Health Sector: Introduction and Course Analytical Framework." Bahan presentasi dalam lokakarya bertajuk "Strategies for Private Sector Engagement and Public Private Partnership (PPP) in Health" di Bangkok pada 30 Mei–4 Juni 2011.
- Lagarde, M. dan N. Palmer. 2009. "The Impact of Contracting Out on Health Outcomes and Use of Health Services in Low and Middle-Income Countries." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4. DOI: 10.1002/14651858.CD008133.
- Loevinsohn, B. 2008. "Performance-Based Contracting for Health Services in Developing Countries: A Toolkit." Washington, D.C.: The World Bank.
- Siddiqi, S., B. Sabri, dan T.I. Masud. 2007. "Contracting Out Publicly Financed Health Services: Experience from Eastern Mediterranean Region." Bahan presentasi di Alexandria, 20–24 Mei 2007.
- Trisnantoro, L. (ditulis oleh L. Trisnantoro, S. Farid ul-Hasnain, M. Herrera, S. Supakankunti, P. Berman, dan D. Montagu). 2011. "Overview on Asia-Region's Private Sector in Health System." Bahan presentasi dalam lokakarya bertajuk "Strategies for Private Sector Engagement and Public Private Partnership (PPP) in Health" di Bangkok pada 30 Mei–4 Juni 2011.
- Zurn, P. dan O. Adams. 2004. "A Framework for Purchasing Health Care Labor." *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*. Washington, D.C.: The World Bank.

PERAN *INTEREST GROUP* DALAM MEMENGARUHI DAN MENGAWAL KEBIJAKAN

Chrysant Lily Kusumowardoyo

MANA BISA?! KERJA BAKTI
HARUS SIAP KERJA DENGAN
BERAGAM ALAT DONG

JADI PAKAI
INI AJA BISA PAK?



"Jaringan advokasi kebijakan yang efektif terdiri atas kelompok-kelompok kepentingan yang bersifat heterogen dan lintas sektor"

Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa salah satu subsistem dalam sistem kesehatan nasional adalah manajemen dan regulasi kesehatan. Bila dirinci lagi, terdapat tiga dimensi utama dalam subsistem ini, yakni (1) apa saja kebijakan kesehatan yang mengatur tata kelola layanan kesehatan; (2) bagaimana kebijakan kesehatan tersebut dibuat; (3) seberapa jauh kebijakan tersebut responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Aspek-aspek penting dari subsistem tersebut mencakup keterlibatan masyarakat dalam proses pengembangan kebijakan; pengajuan bukti-bukti yang mendasari dibuatnya kebijakan (*evidence-based policy*); seberapa kebijakan tersebut bisa dinilai atau "diaudit" oleh publik.

Dari penjelasan di atas, bisa disimpulkan bahwa advokasi adalah elemen penting dari subsistem manajemen dan regulasi kesehatan. Advokasi adalah mekanisme keterlibatan masyarakat dalam memengaruhi kebijakan. Advokasi diperlukan untuk memastikan bahwa diformulasikannya kebijakan kesehatan yang berbasis bukti. Advokasi juga memungkinkan publik untuk mengawal kebijakan agar tetap responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Terdapat banyak tulisan yang menjelaskan proses advokasi kebijakan, cara-cara yang perlu ditempuh, dan rambu-rambu yang perlu diperhatikan. Tetapi, artikel ini akan secara khusus melihat peran dari kelompok kepentingan (*interest group*) dalam memengaruhi dan mengawal kebijakan melalui advokasi.

Dalam bukunya yang berjudul *Health Policy: An Introduction to Process and Power*, Walt (1994) mendefinisikan kelompok kepentingan sebagai kelompok masyarakat yang bekerja sama untuk tujuan yang sama tanpa memiliki minat untuk mendapatkan kekuasaan politik. Jadi, kelompok kepentingan bisa terdiri atas berbagai elemen masyarakat seperti organisasi masyarakat sipil, organisasi nonpemerintah (ornop), serikat pekerja, asosiasi, akademisi, dan jurnalis. Dalam konteks kesehatan, praktisi kesehatan, kelompok penyandang disabilitas, atau kelompok yang memiliki masalah kesehatan tertentu juga bisa menjadi kelompok kepentingan. Yang menjadi kesamaan dari kelompok yang berbeda-beda identitas tersebut ialah mereka sama-sama memiliki kepentingan terhadap isu tertentu. Meskipun demikian, kepentingan mereka bisa berbeda; ada yang mendukung, ada pula yang menentang kebijakan tertentu. Tetapi, dimilikinya kepentingan itulah yang menjadi pendorong mereka untuk memengaruhi kebijakan.

Yang kemudian sering kali menjadi pertanyaan ialah dari mana kelompok kepentingan ini memengaruhi kebijakan. Haruskah ia memberikan tekanan dari luar atau bantuan di dalam sistem pembuatan kebijakan? Di sinilah kelompok kepentingan bisa dibedakan menjadi atau *outsider groups*. *Insider group* adalah kelompok yang diterima oleh pembuat kebijakan karena dipandang memiliki legitimasi dan pengetahuan mendalam atas isu tertentu. Posisi ini membuat mereka bisa berinteraksi langsung dan memiliki hubungan konsultatif dengan pembuat kebijakan. Sebaliknya, kelompok *outsider* dipandang kurang memiliki legitimasi sehingga mereka sering kali kesulitan untuk masuk ke dalam proses pembuatan kebijakan (Walt 1994).

Perbedaan hubungan dengan pembuatan kebijakan itulah yang kemudian membuat perbedaan dalam cara advokasi masing-masing kelompok tersebut. Kelompok *insider* bisa memanfaatkan jalur-jalur formal—misalnya mereka didapuk oleh pembuat kebijakan untuk membuat naskah akademik atau menghadiri dengar pendapat publik (*public hearing*). Sementara itu, kelompok *outsider* cenderung melakukan advokasi dengan cara tidak langsung—misalnya membangun opini publik lewat media masa, atau memberikan tekanan lewat petisi dan unjuk rasa.

Baik dari dalam maupun dari luar, baik langsung maupun tidak langsung, interaksi kelompok kepentingan dengan pembuat kebijakan sama-sama perlu ditopang oleh data dan bukti-bukti kuat untuk membangun argumentasi yang kokoh dan bisa diandalkan sehingga layak untuk diajukan kepada para pembuat kebijakan. Dorongan ini kemudian cenderung membuat peran antar-kelompok kepentingan menjadi tumpang tindih. Misalnya, banyak ornop yang kemudian berperan sebagai think tank dengan sibuk memroduksi pengetahuan yang menitikberatkan pada hasil-hasil kajian ilmiah. Walaupun hal itu bisa saja dilakukan oleh ornop, sebenarnya kekuatan utamanya ialah mengartikulasikan dan merepresentasikan kepentingan publik. Sementara itu, peran utama lembaga-lembaga kajian (termasuk universitas) ialah sebagai produsen pengetahuan; mereka tidak selalu memiliki kekuatan serta kemampuan advokasi yang dimiliki oleh ornop.

Implikasi dari kondisi di atas terhadap advokasi kebijakan ialah diperlukannya kolaborasi antar-kelompok kepentingan dengan saling mendayagunakan kekuatan masing-masing. Jaringan advokasi kebijakan yang efektif terdiri atas kelompok-kelompok kepentingan yang bersifat heterogen dan lintas sektor sehingga memungkinkan kolaborasi horizontal untuk memberi tekanan dalam relasi vertikal dengan pembuat kebijakan. Proses itulah yang memungkinkan tercapainya mandat dari subsistem manajemen dan regulasi, yaitu terpenuhinya keterlibatan masyarakat dalam memengaruhi dan mengawal penyusunan, penerapan, hingga pengawasan kebijakan kesehatan dengan berbasis bukti. []

SIGNIFIKANSI PENELITIAN DALAM UPAYA PENANGGULANGAN HIV & AIDS

Ignatius Hersumpna

JADI PENYEBAB
BANJIR ADALAH ...

NELITI SIH NELITI, TAPI
BANTUIN DULU KALI !!



Penelitian adalah bagian penting yang tidak terpisahkan dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS. Namun, berbagai penelitian yang ada sejauh ini dinilai masih berjalan sendiri-sendiri dan lebih mencerminkan bentuk egoisme intelektual untuk memenuhi hasrat pencapaian akademik. Penelitian juga kerap tidak berkorelasi langsung dengan praktik pengambilan kebijakan di tingkat praksis. Kesenjangan ini merupakan tantangan besar dalam mendukung Strategi Rencana Aksi Nasional (SRAN) Penanggulangan HIV & AIDS 2015–2019 yang disusun Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN).²⁵

Estimasi konteks epidemi dalam SRAN 2015–2019 dianggap masih bias karena hanya didasarkan pada data tunggal, yakni *Integrated Biological and Behavioural Survey* (IBBS) atau Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP). Padahal, pola perkembangan (tren) infeksi baru HIV bersifat unik, bervariasi antara satu tempat dan tempat lain. Pengambilan sampel dan lokasi yang tidak konsisten juga dapat menghasilkan estimasi dan proyeksi prevalensi yang kurang tepat. Misalnya, tren peningkatan infeksi baru pada kelompok heteroseksual, kelompok pria risti (pelanggan), laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki (LSL), dan ibu rumah tangga. STBP 2007, 2011, 2009, dan 2013 memilih lokasi yang berbeda.²⁶

Selain itu, persoalan kesenjangan antara produktivitas kebijakan HIV & AIDS di tingkat nasional dan daerah menjadi persoalan yang perlu pengkajian lebih mendalam.²⁷ Analisis lebih jauh terhadap faktor yang mendukung (*enabler*) dan faktor yang menjadi kendala (*barrier*) dalam konteks interaksi di antara para pemangku kepentingan di tingkat nasional dan daerah perlu dilakukan supaya ada pemahaman bagaimana dan mengapa terjadi kompleksitas dalam implementasi program-program yang telah diinisiasi, baik dari program pencegahan seperti Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA), Penularan melalui Transmisi Seksual Infeksi Menular Seksual (PMTS IMS), *Provider-Initiated Testing and Counselling* (PITC), Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB), hingga *Strategic Use of Antiretroviral* (SUFA). Karena itu, agenda penelitian HIV & AIDS ke depan ialah melakukan riset operasional untuk mengkaji sejauh mana implementasi program-program yang sudah dikembangkan, sejauh mana program-program itu terintegrasi dalam sistem kesehatan umum di tingkat lokal, serta program apa saja yang berhasil dan di daerah mana saja.

Pengkajian dan penelitian lebih jauh terhadap implementasi program dan kebijakan yang sudah ada menjadi kunci dalam membantu KPAN mencapai SRAN 2015-2019, yakni untuk memperbaiki akses dan kualitas pencegahan HIV secara komprehensif melalui pendekatan *continuum of care* (PTMS-LKB) pada populasi terdampak utama di lokasi prioritas (distrik) yang ditetapkan. Strategi ini diperlukan untuk mengakhiri epidemi AIDS pada 2030 dengan tujuan mempercepat pencapaian *three zero* (*zero new infection, zero AIDS related death, dan zero discrimination*) sebagaimana tertuang dalam dokumen SRAN.

²⁵ Pada 24–25 Maret 2015, diadakan suatu pertemuan untuk merumuskan usulan agenda penelitian HIV & AIDS. Pertemuan ini melibatkan berbagai lembaga perguruan tinggi (Universitas Udayana, Universitas Gadjah Mada, Universitas Sebelas Maret, Universitas Indonesia, Kelompok Studi Khusus AIDS Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo), Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, Subdirektorat AIDS Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan, Kementerian Riset dan Teknologi, Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia, beberapa organisasi nonpemerintah (Yayasan Kusuma Buana, Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia, International Labour Organization, Ikatan Perempuan Positif Indonesia), HIV Cooperation Program for Indonesia, dan KPAN.

²⁶ Proyeksi tren epidemi antara Kementerian Kesehatan dan Joint United Nations Programme on HIV & AIDS (UNAIDS) (2014) juga memiliki perbedaan yang cukup besar. Kementerian Kesehatan melihat bahwa terjadi penurunan angka prevalensi jumlah infeksi baru. Sementara itu, UNAIDS (2014) justru menunjukkan tren sebaliknya: terjadi peningkatan mencapai 162 persen di Asia Tenggara, yang menyebabkan Indonesia mendapatkan rapor merah dalam pencapaian target tujuan 6 *Millennium Development Goals* (MGDs) pada 2015.

²⁷ Pada 2014, terdapat 245 produk kebijakan dengan implementasinya di level lokal.

Menurut KPAN, upaya penanggulangan AIDS ke depan dilakukan dengan melakukan kombinasi pencegahan dan pengobatan, meningkatkan kualitas *Care Support Treatment* (CST), PPIA, mitigasi dampak sosial ekonomi, membangun lingkungan yang kondusif, dan program yang berkelanjutan. Agenda-agenda ini sudah masuk prioritas *concept note* yang diajukan untuk pendanaan program *New Funding Model* (NFM). Program ini berkomitmen memberikan dana sejumlah 60 juta dolar Amerika Serikat. Karena itu, pembahasan agenda riset operasional HIV & AIDS dimaksudkan untuk merumuskan masalah-masalah terkait implementasi program pencegahan, pengobatan, dan mitigasi dampak agar dapat membantu KPAN dalam pencapaian tujuan pengurangan transmisi baru epidemi HIV & AIDS.

TANTANGAN

Ada beberapa tantangan terkait pengembangan penelitian dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS ke depan. *Pertama*, perlu ditekankan bahwa penelitian merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari upaya penanggulangan HIV & AIDS. Penyusunan kebijakan penanggulangan HIV & AIDS membutuhkan penelitian yang serius dan komprehensif untuk mewujudkan *evidence-based policy*. Karena itu, perlu sinkronisasi dan koordinasi yang kuat antardepartemen yang terkait penanggulangan AIDS, lembaga peneliti (universitas)/sektor swasta, dan lembaga swadaya masyarakat dalam proses perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan-pemantauan hasil-hasil penelitian.

Kedua, terdapat perubahan sistem pemerintahan di bawah pemerintahan Presiden Joko Widodo dalam rangka mendorong kontrol atas informasi terkait semua bentuk penelitian, termasuk penelitian terkait HIV & AIDS. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Kemenkes RI berkomitmen mengembangkan koordinasi bersama KPAN dan para pemangku kepentingan lain dalam pengembangan penelitian yang strategis. Untuk mewujudkannya, perlu peta yang komprehensif mengenai apa yang sudah diteliti di Indonesia dan oleh sumber-sumber penelitian asing (global).

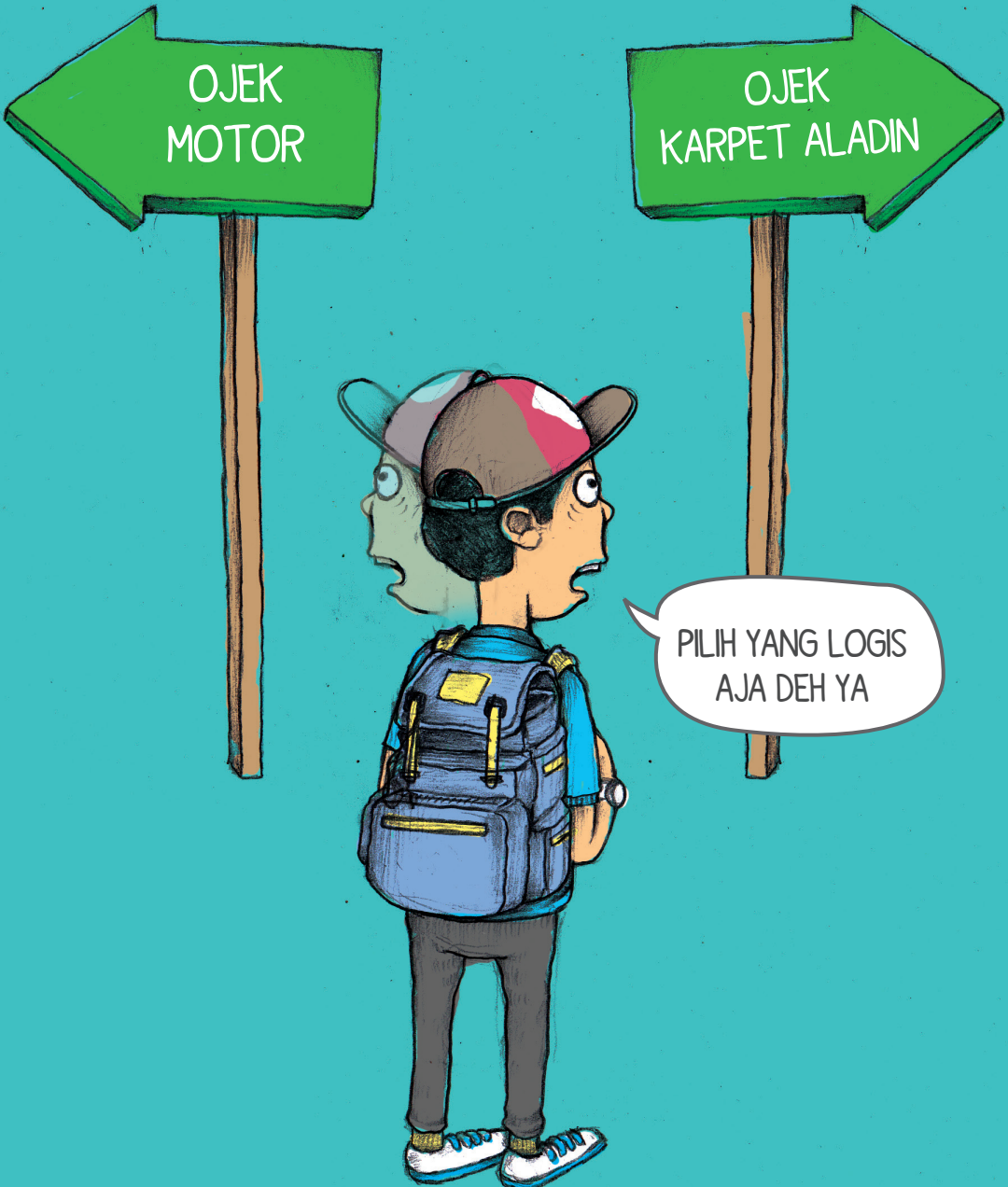
Balitbangkes telah membuka kesempatan untuk mengembangkan semacam konsorsium penelitian terkait HIV & AIDS yang dapat dikoordinasikan bersama. Pendanaan konsorsium itu bisa dialokasikan dari dana Balitbangkes. Konsorsium penelitian kesehatan perlu dibentuk untuk mengembangkan tema riset klinis (penelitian laboratorium, misalnya terkait varian gen HIV Indonesia bagian barat dan timur) dan riset budaya (penelitian terkait perilaku dan nilai-nilai sosial budaya dalam penanganan epidemi HIV & AIDS).

Ketiga, agenda riset operasional HIV & AIDS perlu memiliki kerangka konseptual yang komprehensif, sehingga bisa menjadi dasar pengembangan tema-tema yang mencakup aspek pencegahan, pengobatan, dan mitigasi dampak. Selain itu, pengembangan masalah penelitian mesti memberikan nilai tambah yang membantu keberlanjutan program HIV & AIDS.

Paparan di atas menegaskan pentingnya keterpaduan antara penelitian yang berkualitas dan pengambilan kebijakan penanggulangan HIV & AIDS, dengan didukung sinkronisasi dan koordinasi lintas sektor yang solid. Integrasi kerja-kerja penelitian dalam bentuk konsorsium dan pembiayaan isu penelitian yang strategis oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) menjadi terobosan baru yang penting untuk mengatasi egoisme sektoral maupun egoisme intelektual yang masih kuat dan menjadi persoalan dalam penelitian HIV & AIDS, selain juga meningkatkan kemandirian secara finansial sekaligus memangkas ketergantungan terhadap donor. []

PENELITIAN OPERASIONAL UNTUK PERBAIKAN PENGELOLAAN PROGRAM HIV

Chrysant Lily Kusumawardoyo



"Pemahaman tentang RO ini penting karena salah satu hambatan utama dalam penggunaan hasil riset ialah kurangnya pemahaman riset pada pengelola program."

Pada awal 2015, Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) bekerja sama dengan HIV *Cooperation Program for Indonesia* (HCPI) merilis modul pelatihan berjudul "Materi Riset Operasional bagi Peneliti dan Pengelola Program HIV dan Kesehatan Reproduksi". Modul pelatihan yang awalnya disusun oleh *Population Council*²⁸ ini bertujuan untuk membantu peneliti dan pengelola program HIV dalam memahami prinsip dasar riset operasional (RO) serta menggunakan model riset ini demi pengembangan dan perbaikan program. Pemahaman tentang RO ini penting karena salah satu hambatan utama dalam penggunaan hasil riset untuk pengembangan dan perbaikan program ialah kurangnya pemahaman riset pada pengelola program. Akibatnya, potensi penggunaan hasil RO untuk perbaikan dalam peningkatan cakupan, kualitas, dan efektivitas program HIV masih belum optimal.

Apa sebenarnya yang dimaksud RO? Ada berbagai definisi yang telah dikemukakan oleh banyak peneliti dan lembaga, sebab RO memang bisa digunakan dalam berbagai disiplin ilmu. Menurut Maholtra dan Zodpey (2011), dalam konteks kesehatan masyarakat, RO mencakup "semua penelitian yang menghasilkan pengetahuan praktis (dalam bentuk bukti, penemuan, informasi, dan lain-lain) yang bisa memperbaiki implementasi program (seperti efektivitas, efisiensi, kualitas, akses, *scale up*, dan keberlanjutan), terlepas dari jenis penelitian (desain, metodologi, pendekatan) yang digunakan". Kata kuncinya di sini ialah perbaikan. Penelitian digunakan sebagai alat untuk menghasilkan perbaikan dalam kinerja serta pengelolaan dari program pencegahan dan penanggulangan penyakit.

Lalu, mengapa RO potensial untuk menghasilkan bukti-bukti guna memperbaiki kinerja program? Jawabannya terletak pada fokus RO yang memang ada pada (1) pengidentifikasian masalah operasional program; (2) pemilihan dan uji coba solusi dari masalah tersebut dalam intervensi program; (3) evaluasi dari implementasi intervensi. Fokus RO ini tidak bisa

²⁸ Population Council adalah organisasi nonpemerintah yang berfokus pada penelitian di bidang biomedis, ilmu sosial, dan kesehatan publik serta pengembangan kapasitas penelitian di negara-negara berkembang. Sepertiga penelitian lembaga ini berkaitan dengan HIV & AIDS. Lembaga ini berkantor pusat di New York, Amerika Serikat.

dilepaskan dari konteks penggunaan RO itu sendiri, yaitu siklus program kesehatan, yang terdiri dari *input* (sumber daya manusia, keuangan, dan lain-lain), *proses* (kegiatan program seperti penyediaan layanan, pengembangan kapasitas, dan advokasi), *output* (hasil langsung dari program seperti ketersediaan dan penggunaan layanan), *outcome* (hasil di tingkat penerima layanan seperti perubahan perilaku), dan *dampak* (hasil jangka panjang seperti peningkatan status kesehatan masyarakat).

Dalam pencarian solusi, RO memodulasi *input* dan proses dari suatu program (faktor-faktor yang ada di bawah kendali pengelola program atau variabel independen) guna mengukur tingkat perubahan yang diharapkan di tingkat *outcome* (variabel dependen). Dalam konteks HIV, contoh variabel independen yaitu pelatihan, logistik, *voluntary counselling and testing* (VCT), pendidikan komunitas, kegiatan rumah sakit dan klinik, dukungan untuk anak ODHA, pengembangan kapasitas untuk lembaga swadaya masyarakat, mobilisasi komunitas, dan banyak lagi kegiatan lain yang merupakan bagian dari program pencegahan, perawatan, dan mitigasi dampak (Fishers dan Foreit 2002). Pemecahan masalah yang ada di bawah kendali pengelola program merupakan salah satu karakteristik utama yang membedakan RO dengan jenis penelitian lain.

Kesimpulannya, dengan berorientasi pada pencarian solusi untuk perbaikan program secara terus-menerus, RO menjadi alat penelitian yang bisa menghasilkan manfaat sebesar-besarnya bagi pengguna layanan dan sistem kesehatan. Karena itu, RO perlu dimanfaatkan untuk mencapai tujuan dari kesehatan masyarakat dan hal ini membutuhkan kerja sama antara tim peneliti, pembuat kebijakan, pengelola program HIV, dan sektor kesehatan yang lain. Dengan kerja sama ini, RO yang berkualitas bisa dilaksanakan sehingga bisa menjawab permasalahan program HIV dengan menemukan solusi strategisnya. []

Bacaan

Fishers, A.A. dan J.R. Foreit. 2002. *Designing HIV & AIDS Intervention Studies: An Operations Research Handbook*. New York: The Population Council.

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN). 2015. *Materi Riset Operasional bagi Peneliti dan Pengelola Program HIV dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: KPAN.

Maholtra, S. dan S.P. Zodpey. 2011. "Operations Research in Public Health." *Indian Journal of Public Health* 54 (3): 145–150. DOI: 10.4103/0019-557X.75737.

LOGIC MODEL DALAM PENGEMBANGAN STRATEGI PROMOSI KESEHATAN PENCEGAHAN HIV & AIDS

Eviana Hapsari Dewi

WESEWES-EWES, WAHAI
PENYAKIT, PERGILAH !!

NGOBATIN DEMAM
ATAU PERPARAH
DEMAM?!

DUH MBAH ...
DINGIN MBAAH ...
..SUDAH...



Beberapa pendekatan inovatif dalam upaya pencegahan HIV & AIDS perlu dikembangkan. Sebagaimana dinyatakan salah satu dokumen *Best Practice* dari Badan PBB untuk AIDS UNAIDS (2000), hanya memberikan informasi kepada masyarakat umum mengenai bagaimana cara untuk melindungi dan melawan infeksi HIV telah terbukti tidak cukup. Masyarakat memerlukan lingkungan yang mendukung untuk mengurangi kerentanannya sekaligus memungkinkan mereka untuk melakukan perubahan perilaku berdasarkan pengetahuan yang telah mereka peroleh. Dengan begitu, masyarakat akan mampu menciptakan kondisi lingkungan yang menjadikan isu HIV & AIDS sebagai kepedulian bersama.

Dokumen UNAIDS (2000) memaparkan pengalaman global yang menunjukkan bahwa elemen-elemen penting dalam pencegahan HIV yang efektif antara lain (1) Peningkatan kesadaran untuk memberikan informasi dan melawan reaksi negatif di dalam populasi umum; (2) Aksi-aksi persuasif yang berfokus untuk memenuhi kebutuhan khusus bagi kelompok rentan dan masyarakat umum; (3) Kemitraan multisektor dan multilevel untuk memberikan program dan layanan lintas isu; (4) Pelibatan masyarakat dalam pengembangan program dan intervensi, juga membangun kemauan dari kelompok atau individu untuk berkontribusi dalam upaya pencegahan di level nasional; (5) Integrasi antara pencegahan dan perawatan untuk mengurangi biaya dan menurunkan tingkat stigma dan diskriminasi; (6) Aksi untuk membangun resistensi masyarakat terkait penularan HIV dan mengurangi kerentanan sistematis pada sebagian individu, kelompok, dan masyarakat.

Pusat Promosi Kesehatan Kemenkes RI bekerja sama dengan Subdirektorat Pengendalian AIDS dan Penyakit Menular Seksual telah mengembangkan sebuah buku pedoman *Rencana Operasional Promosi Kesehatan dalam Pen-*

gendalian HIV & AIDS (2011). Pedoman ini berisi proyeksi rencana lima tahun (2010–2014) untuk diselenggarakan secara berjenjang di pusat, provinsi, dan kabupaten/kota dalam upaya pengendalian HIV & AIDS. Setidaknya terdapat empat strategi yang dikembangkan dalam upaya pengendalian HIV & AIDS, yakni advokasi, bina suasana, pemberdayaan masyarakat, dan kemitraan. Penentuan keempat strategi tersebut didasarkan pada isu strategis sesuai dengan situasi epidemi pada kelompok usia muda dan populasi berisiko tinggi. Keempat strategi kemudian diturunkan menjadi kegiatan-kegiatan yang bervariasi pada tingkat provinsi hingga ke tingkat kabupaten/kota. Meskipun demikian, apa yang dijabarkan dalam buku pedoman tersebut dirasakan masih terlalu umum. Kondisi epidemi HIV & AIDS yang berbeda-beda di tiap daerah tentu memerlukan pendekatan dan strategi yang berbeda-beda pula sesuai dengan konteks dan pengalaman yang ada.

Hasil penelitian Tim PKMK FK UGM (2015) bekerja sama dengan sembilan universitas di delapan provinsi menyatakan bahwa terjadi kecenderungan respons pencegahan HIV & AIDS di beberapa daerah memiliki pola yang hampir sama, terkait dengan model intervensi dan targetnya. Padahal, situasi epideminya berbeda-beda di masing-masing daerah. Misalnya, di Papua dan Papua Barat, fokus pencegahan masih tetap menasar pada populasi kunci dengan target yang sama besarnya dan model penjangkauan yang sama dengan di daerah di luar Papua. Padahal, situasi epidemi di Papua sudah pada kondisi *generalized epidemic*.

Sampai kini belum ditemukan sebuah model pendidikan masyarakat yang secara khusus mengantisipasi pola penularan pada populasi umum. Selama ini jenis-jenis respons pencegahan yang ada di daerah meliputi tes dan konseling HIV; Program Pencegahan dari Ibu ke Anak (PIA); Program Pencegahan Melalui Transmisi Seksual (PMTS) dengan

pendistribusian kondom; program Layanan Jarum dan Alat Suntik Steril (LASS) dan terapi metadon untuk kelompok penasun; serta berbagai program komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) yang menasar kepada populasi umum khususnya remaja, ibu rumah tangga, dan laki-laki berisiko rendah.

Pengalaman negara Cina dalam upaya pencegahan HIV barangkali dapat menjadi salah satu referensi untuk pengembangan strategi promosi kesehatan dalam pencegahan HIV secara memadai. Dengan menggunakan model logis (*logic model*), strategi yang diterapkan di Cina dapat meninjau evolusi yang terjadi di dalam pengelolaan dan pencegahan HIV. *Logic model* merupakan salah satu model perencanaan untuk menjelaskan maksud dan tujuan sebuah program dan apa yang diharapkan dapat diselesaikan sekaligus mempunyai dampak. *Logic model* dapat meringkas elemen-elemen kunci dari sebuah program, menjelaskan rasionalisasi di balik kegiatan-kegiatan program yang dilakukan, menjelaskan hasil-hasil yang diharapkan, serta memberikan perangkat komunikasi (*communication tool*).²⁹ Dari hasil penerapan *logic model* di Cina, diketahui bahwa intervensi HIV di Cina secara khusus dibagi menjadi dua tahapan, yaitu sebelum dan sesudah 2003, berdasarkan respons awal secara resmi dari pemerintah Cina terhadap epidemi HIV. Dengan menggunakan strategi-strategi promosi kesehatan dari Piagam Ottawa, *logic model* yang diterapkan untuk pencegahan dan manajemen HIV di Cina memberikan sebuah ilustrasi secara konseptual keterkaitan logis antara aksi-aksi yang direncanakan dan hasil-hasil yang diperkirakan akan tercapai. Tujuan yang ditetapkan dalam *logic model* tersebut ialah mengurangi epidemi infeksi HIV dan menyediakan pengobatan yang layak serta terjangkau bagi siapa saja yang terinfeksi HIV. Untuk mencapai kedua tujuan utama itu, aksi-aksi promosi kesehatan yang perlu dilakukan ialah pendidikan dan komunikasi publik, mobilisasi komunitas, serta kepemimpinan politik. Harapannya, langkah-langkah itu bisa menghasilkan pengetahuan yang akurat dan kemampuan personal praktis yang memadai, terciptanya lingkungan sosial dan ekonomi yang mendukung, serta adanya kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. Hasil tersebut akan mengarah pada perilaku pencegahan yang berkelanjutan serta reorientasi layanan kesehatan dan akses pengobatan. Dengan logika seperti itu, kedua tujuan utama dari pencegahan dan pengelolaan HIV dapat terwujud. Kelebihan dari model tersebut ialah cakupannya yang menyeluruh sehingga dapat memberikan sebuah gambaran secara luas dari aksi-aksi yang dilakukan dengan hasil yang diharapkan dalam kerangka yang logis (Nutbeam *et al.* 2013).

Sebenarnya, pedoman yang telah dikembangkan Kemenkes RI melalui

²⁹ Lihat "Guide 5: Define How a Program Will Work-The Logic Model" di situs National Network of Libraries of Medicine. <https://nnlm.gov/outreach/community/logicmodel.html>.

Pusat Promosi Kesehatan telah mengacu pada Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan (1986) yang merupakan acuan dasar pengembangan strategi promosi kesehatan untuk mencapai *Health for All*. Strategi utama dalam piagam tersebut ialah mewujudkan kebijakan kesehatan yang berwawasan kesehatan, menciptakan lingkungan yang mendukung, penguatan aksi-aksi komunitas, pengembangan kemampuan personal, dan reorientasi layanan kesehatan (WHO 2009). Tetapi, penjelasan di dalam buku pedoman *Rencana Operasional Promosi Kesehatan untuk Pencegahan HIV & AIDS* tampaknya masih memerlukan perincian secara lebih mendetail, disesuaikan dengan konteks lokal dan situasi epidemi yang ada di masing-masing daerah sekaligus didasarkan pada kelompok sasaran tertentu.

Logic model merupakan salah satu alternatif strategi yang dapat digunakan oleh Pusat Promosi Kesehatan Kemenkes RI serta pihak-pihak yang bekerja di bidang upaya penanggulangan HIV & AIDS untuk membantu merumuskan strategi promosi kesehatan bagi pencegahan HIV yang lebih efektif sekaligus dapat menjawab kebutuhan-kebutuhan yang ada, khususnya bagi populasi umum. []

Bacaan

Nutbeam, D., S.S. Padmadas, O. Maslovkaya, dan Z. Wu. 2015. "A Health Promotion Logic Model to Review Progress in HIV Prevention in China." *Health Promotion International* 30(2): 270–280. DOI: 10.1093/heapro/dat037.

Pusat Promosi Kesehatan, Kemenkes RI. 2010. *Rencana Operasional Promosi Kesehatan dalam Pengendalian HIV-AIDS*. Jakarta: Kemenkes RI.

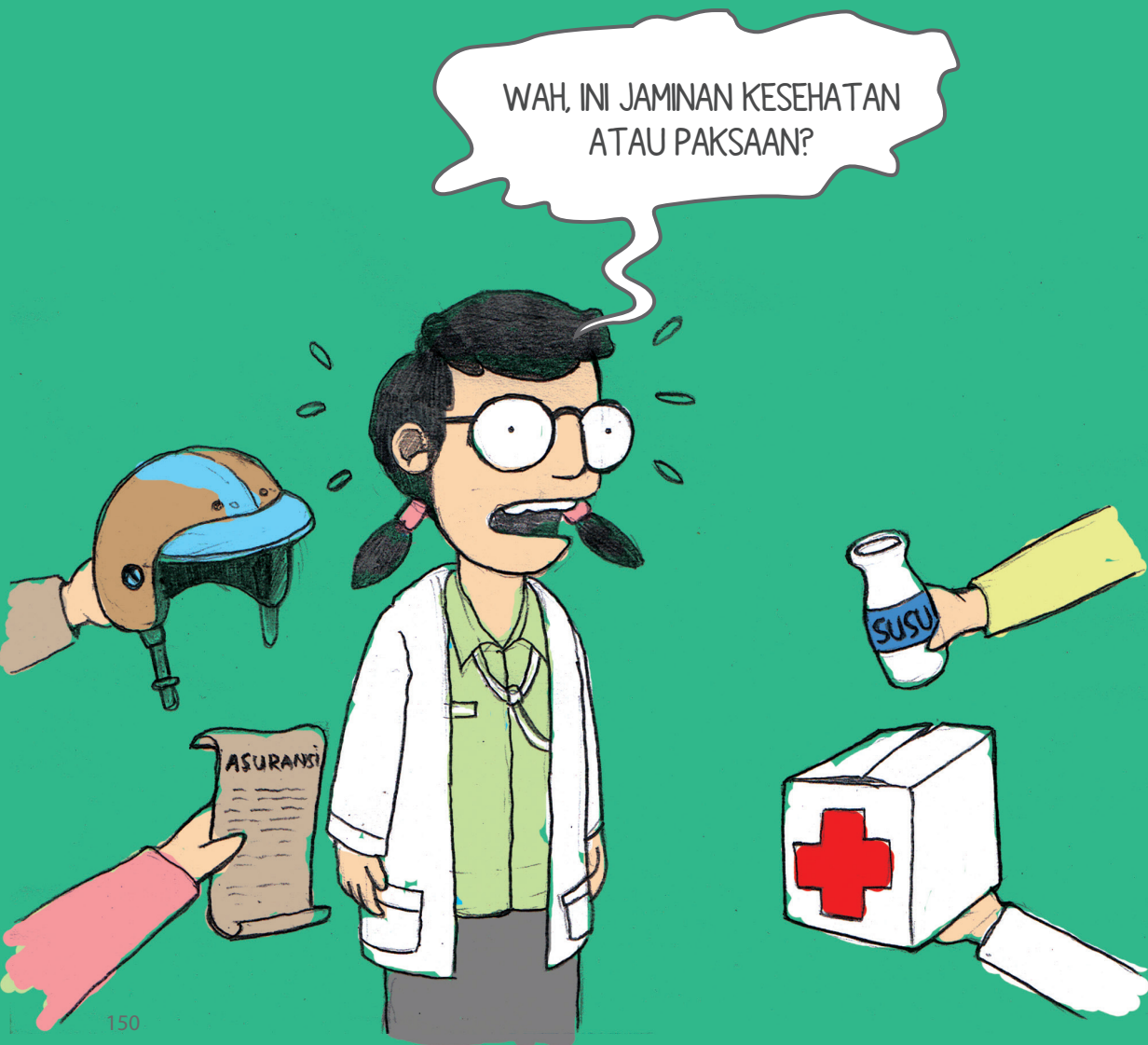
Tim PKMK FK UGM. 2015. *Integrasi Upaya Penanggulangan HIV & AIDS dalam Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: PKMK FK UGM.

UNAIDS. 2000. "Innovative Approaches to HIV Prevention. Selected Case Studies." Best Practice Document. Geneva: UNAIDS.

WHO. 2009. *Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences*. Tersip di <http://www.who.int/healthpromotion/milestones/en/>.

Dimensi Etis dan Keselamatan Kerja Tenaga Kesehatan dalam Memberikan Layanan pada ODHA

Ignatius Hersumpana



Pemerintah sudah lama memberi perhatian pada keselamatan dan kesehatan kerja bagi semua tenaga kerja, khususnya tenaga kerja yang rentan terdampak atau tertular penyakit mengingat jenis pekerjaan yang melekat pada tugas pokoknya, seperti tenaga kesehatan. Persoalan keselamatan dan kesehatan kerja menjadi perdebatan menarik di kalangan pekerja medis karena menyangkut bukan semata soal tanggung jawab pekerjaan untuk memberikan perawatan pada pasien, melainkan juga keselamatan nyawa pasien sebagai bagian dari tugas profesionalnya yang berdimensi etis kemanusiaan.³⁰

Keselamatan kerja bagi tenaga kesehatan sudah diatur dalam UU Nomor 1 Tahun 1970. Bidang kesehatan diatur pada Pasal 2 (d) dan syarat-syarat keselamatan kerja diatur dalam Pasal 3 (h). Ini merupakan dasar hukum yang kuat bagi institusi atau individu penyelenggara pekerjaan di bidang kesehatan, termasuk pada jenis penyakit menular seperti HIV & AIDS, untuk memastikan bahwa layanannya memiliki prosedur keselamatan dalam bentuk *standard operating procedures* (SOP). Prosedur ini merupakan bagian dari profesionalisme kerja dalam memberikan layanan berkualitas dengan mempertimbangkan keselamatan tenaga kesehatan.

Namun, pada penyakit HIV & AIDS, meski sudah memiliki prosedur kesehatan yang jelas dalam perawatan pasien, sering kali masih ditemukan diskriminasi terhadap pasien justru karena alasan yang bersifat nonmedis, misalnya persepsi umum tentang HIV & AIDS yang tidak tepat. Bahkan, ada kasus penolakan pemberian layanan medis oleh tenaga kesehatan setelah mengetahui status pasien sebagai ODHA. Ini tantangan bagi penyelenggara pendidikan kesehatan untuk memberikan pengetahuan yang komprehensif terkait HIV & AIDS kepada mahasiswa agar mereka dapat menjalankan profesi mereka itu dengan memerhatikan dimensi etis kemanusiaan.

Prinsip layanan HIV & AIDS yang berbunyi "*we care, we share, safe care*" mengandung semangat profesionalisme, komitmen, dan keselamatan, baik untuk pasien maupun tenaga kesehatan. Pengembangan wacana kritis terkait tugas yang melekat yang tidak terpisahkan dari seorang tenaga kesehatan merupakan upaya dini untuk memahami permasalahan kerja dan nilai-nilai yang mempertimbangkan kebutuhan keselamatan dan kesehatan tenaga kesehatan. Dimensi lain adalah kewajiban memberikan layanan kesehatan tanpa diskriminasi, berpegang pada semangat kemanusiaan, dan memahami konteks psikologis dan sosial dari ODHA yang memiliki sensitivitas tinggi dan membutuhkan penanganan yang lebih kompleks, baik dari aspek medis maupun nonmedis. Masalah konfidensialitas menjadi salah satu faktor yang perlu dipahami oleh tenaga kesehatan untuk membangun kepercayaan terhadap pasien sekaligus kepuasan yang dirasakan

³⁰ Isu ini menjadi bahan diskusi dalam acara bertajuk "*Layanan HIV & AIDS: We Care, We Share dan Safe Care*" di Akademi Kesehatan Karya Husada Yogyakarta pada 1 April 2015. Acara ini digelar sebagai bagian dari pembekalan kepada calon mahasiswa kesehatan yang akan melakukan praktik lapangan di komunitas dan rumah sakit maupun puskesmas. Diskusi dalam format *talkshow* ini merupakan tindak lanjut dari advokasi PKMK FK UGM kepada sekolah-sekolah tinggi dan akademi kesehatan untuk mengembangkan wacana HIV & AIDS melalui berbagai kegiatan, baik secara formal maupun informal.

oleh pasien. Sebagai contoh, integrasi layanan tes dan konseling *antenatal care*³¹ pada layanan ibu hamil yang positif HIV di Tanzania. Di sana, hal itu terbukti dapat memperbaiki kenyamanan, efisiensi, dan kepercayaan pasien terhadap petugas kesehatan perempuan dan berdampak pada pengurangan stigma (An *et al.* 2015). Di Indonesia, sekarang sudah ada pedoman yang mengatur pada layanan pencegahan penularan dari ibu ke anak dan pendekatan baru yang mengedepankan keaktifan dari tenaga kesehatan dalam memberikan layanan untuk ODHA, yang dikenal sebagai *Provider-Initiative for Testing and Counseling* (PITC).

Pemahaman tenaga kesehatan terhadap prinsip layanan HIV & AIDS serta pengetahuan komprehensif dalam memberikan layanan kesehatan terhadap ODHA perlu didukung dengan lingkungan yang kondusif serta partisipasi komunitas dalam memberikan dukungan secara sosial dan psikologis bagi ODHA. Ini penting untuk memastikan ODHA patuh dalam terapi, sehingga berdampak pada peningkatan produktivitas dan kualitas hidupnya sebagai manusia yang tidak berbeda dari anggota masyarakat lain. Keselamatan dan kesehatan kerja semestinya menjadi perhatian semua pihak, baik pemerintah, lembaga pendidikan, maupun institusi atau individu penyelenggara layanan kesehatan berupa perawatan, dukungan, dan pengobatan bagi ODHA. []

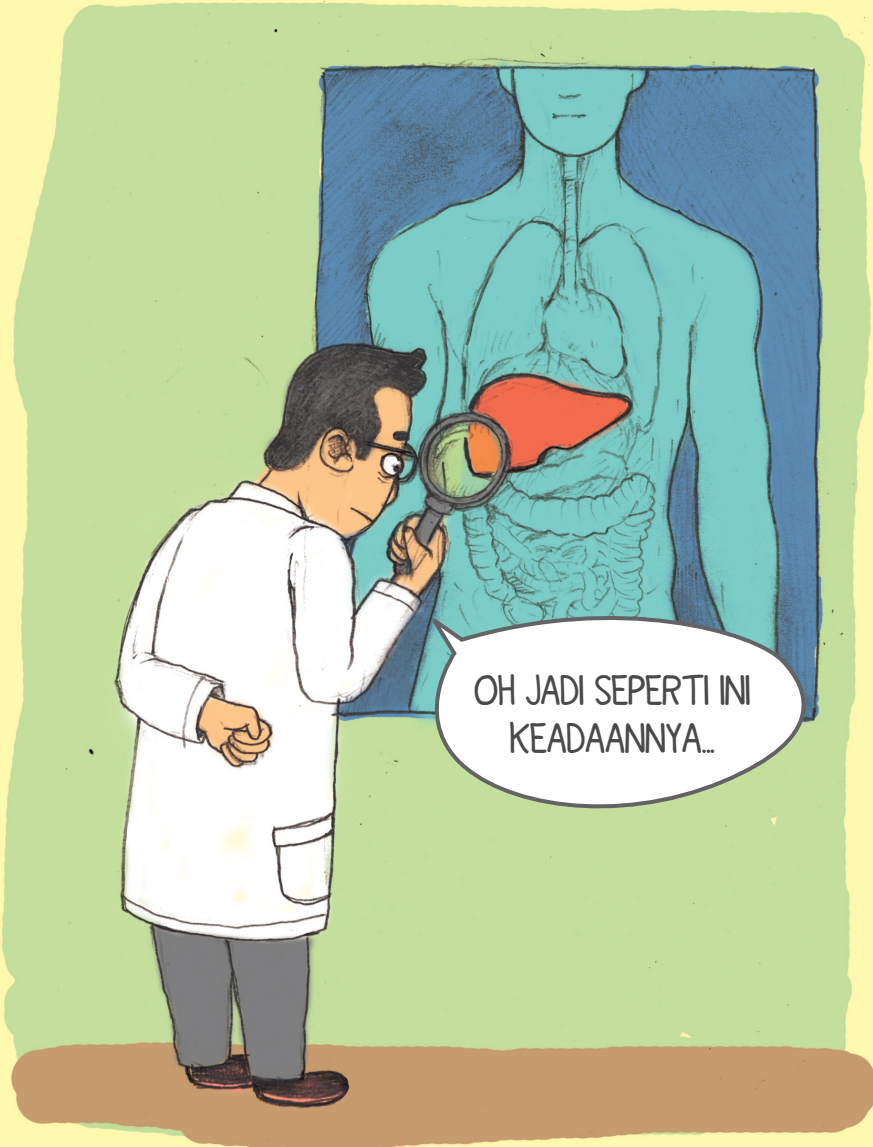
Bacaan

An, S.J., A.S. George, A.E. LeFevre, R. Mpembeni, I. Mosha, D. Mohan, A. Yang, J. Chebet, C. Lipingu, A.H. Baqui, J. Killewo, P.J. Winch, dan C. Kilewo. 2015. "Supply-Side Dimensions and Dynamics of Integrating HIV Testing and Counselling into Routine Antenatal Care: A Facility Assessment from Morogoro Region, Tanzania." *BMC Health Services Research* 15 (451). DOI 10.1186/s12913-015-1111-x.

³¹ Konseling *antenatal care* adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil.

SAATNYA MEMBERIKAN PERHATIAN PADA PENCEGAHAN DAN PERAWATAN HEPATITIS DALAM PENANGGULANGAN AIDS

Eviana Hapsari Dewi



"integrasi berkontribusi terhadap efisiensi program HIV, khususnya dari segi biaya, sebab biaya untuk menyediakan layanan HIV & AIDS yang terintegrasi cenderung lebih rendah daripada layanan yang disediakan secara terpisah"

Hari Hepatitis Sedunia diperingati setiap 28 Juli. Tema global yang ditetapkan Badan Kesehatan Dunia (WHO) pada peringatan Hari Hepatitis Sedunia 2015 adalah *"Prevent Hepatitis: Act Now"*.³² Bagaimana pengejawantahan tema tersebut dikaitkan dengan upaya penanggulangan HIV & AIDS selama ini?

Kelompok pengguna napza suntik (penasun) merupakan kelompok yang paling berisiko tertular virus hepatitis C (HCV) karena perilaku penggunaan jarum suntik yang tidak aman (PKNI tanpa tahun). Hal ini diperkuat dengan hasil kajian sistematis mengenai penyakit hepatitis B (HBV) dan hepatitis C (HCV) yang menunjukkan bahwa kondisi epidemiologi HBV dan HCV secara global pada 2010 ialah sekitar 10 juta penasun mengidap HCV positif dan tersebar di Eropa Timur (2,3 juta) serta Asia Timur dan Asia Tenggara sebesar 2,6 juta penasun (Nelson *et al.* 2011). Jumlah ini kurang lebih 3,5 kali lebih besar daripada 2,8 juta penasun yang diestimasi dengan HIV. Sedangkan prevalensi pada populasi yang lain, misalnya kaum LSL, salah satu hasil penelitian yang dilakukan di Boston menunjukkan bahwa dari 1.171 laki-laki yang terinfeksi HIV, 96 persen di antaranya merupakan LSL, sementara sebanyak 1.068 (91 persen) yang dilakukan *screening* HCV ternyata sebanyak 64 orang (6 persen) di antaranya terinfeksi HCV (Garg *et al.* 2013). Angka prevalensi ini tidak sebesar prevalensi pada populasi penasun. Tetapi, data tersebut menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan tingginya angka prevalensi dan penularan penyakit hepatitis C.

Namun, WHO menyatakan bahwa pada tataran global penyakit hepatitis C masih kurang mendapatkan perhatian (Nelson *et al.* 2011). Padahal, penyakit hepatitis C berhubungan erat dengan infeksi HIV. Ada kemiripan di antara kedua infeksi tersebut.

³² Lihat "World Hepatitis Day 2015"; <http://www.searo.who.int/entity/campaigns/world-hepatitis-day/2015/en/>.

Jadi, sebenarnya bisa diambil pembelajaran dari penanganan infeksi HIV untuk penanganan penyakit hepatitis C. HCV sepuluh kali lebih menular daripada HIV (Garg *et al.* 2013) melalui pertukaran sikat gigi atau alat cukur, pertukaran peralatan yang dipergunakan untuk menyiapkan napza melalui transfusi darah yang tidak disekrining, hubungan seks yang tidak aman, dan penularan dari ibu kepada anaknya (WHA tanpa tahun). Dengan cara penularan yang relatif lebih mudah daripada HIV, hepatitis C dianggap sebagai *silent killer* dan semakin diperburuk jika ada koinfeksi dengan HIV (Budd dan Robertson 2005).

Di Indonesia, respons terhadap penyakit hepatitis C masih menyisakan persoalan terkait dengan kebutuhan untuk memperbaiki upaya pencegahan, perawatan, dan pengobatan bagi penasun. Hal ini yang menjadi poin utama dalam sebuah *policy brief* yang dikembangkan oleh PKNI pada 2013. Mereka menuntut adanya penurunan biaya obat hepatitis C dan memasukkan obat itu dalam daftar obat esensial sehingga mudah terjangkau serta memasukkan kelompok penasun dan ODHA dalam surveilans tingkat nasional untuk tes antibodi HCV. Dalam *policy brief* PKNI itu juga direkomendasikan, khususnya kepada Kementerian Kesehatan, untuk mengembangkan panduan nasional berdasar pada panduan internasional dari WHO dan konsensus nasional pengobatan infeksi hepatitis C yang dikembangkan oleh Asosiasi Peneliti Hati Indonesia untuk pencegahan, perawatan, dan pengobatan HCV yang difokuskan pada penasun.

Aksi lain yang dilakukan oleh para aktivis pada peringatan Hari Hepatitis Sedunia pada 28 Juli 2015 adalah melayangkan petisi obat hepatitis murah *sofosbuvir* ke Kementerian Kesehatan (*Antaraneews.com* 28 Juli 2015). Di Bengkulu (*Kompas.com* 30 Juli 2015) dan Bali (Yayasan Kesehatan Bali 28 Juli 2015), para aktivis menuntut supaya *sofosbuvir* bisa masuk dalam skema jaminan kesehatan nasional. Terapi yang direkomendasikan oleh WHO untuk pengobatan infeksi HCV, salah satunya, adalah *sofosbuvir* dikombinasikan dengan *ribavirin* (WHO 2015). Jenis obat ini tergolong baru dan masih dalam proses untuk masuk dalam daftar obat esensial (*Detik.com* 28 Juli 2015). Selama ini, terapi infeksi HCV mempergunakan kombinasi *antiviral* dengan *interferon* dan *ribavirin*. Namun, *interferon* tidak tersedia secara luas dan kurang toleran terhadap beberapa penderita (*Antaraneews.com* 28 Juli 2015).

Penjabaran di atas diharapkan dapat menjadi refleksi bersama terhadap tema "*Prevent Hepatitis: Act Now*" dikaitkan dengan upaya penanggulangan HIV & AIDS. Tentu masih diperlukan upaya bersama agar penyakit hepatitis C mendapatkan perhatian yang lebih lagi dalam penanggulangan HIV & AIDS, karena infeksi HCV sering kali berkoinfeksi pada penderita HIV seperti halnya penyakit tuberkulosis. []

Bacaan

- Antaraneews.com*. 2015. "Petisi obat hepatitis murah diserahkan ke Kemenkes." 28 Juli. Diakses pada 1 Agustus 2015. <http://www.antaraneews.com/berita/509179/petisi-obat-hepatitis-murah-diserahkan-ke-kemenkes>.
- Budd, J. dan R. Robertson. 2005. "Hepatitis C and General Practice: The Crucial Role of Primary Care in Stemming the Epidemic." *British Journal of General Practice* April: 259–260.
- Detik.com*. 2015. "BPOM: Obat Hepatitis C Sofosbuvir Masih Diproses dan Masuk Prioritas." 28 Juli. Diakses pada 1 Agustus 2015. <http://health.detik.com/read/2015/07/28/120035/2976880/763/bpom-obat-hepatitis-c-sofosbuvir-masih-diproses-dan-masuk-prioritas>.
- Garg, S., L.E. Taylor, C. Grasso, dan K.H. Mayer. 2013. "Prevalent and Incident Hepatitis C Virus Infection Among HIV-Infected Men who Have Sex with Men Engaged in Primary Care in a Boston Community Health Center." *Clinical Infectious Diseases* 56 (10): 1480–1487. DOI: 10.1093/cid/cit054.
- Kompas.com*. 2015. "Obat Hepatitis C Terbaru Diharapkan Masuk JKN." 30 Juli. Diakses pada 1 Agustus 2015. <http://health.kompas.com/read/2015/07/30/141000523/Obat.Hepatitis.C.Terbaru.Diharapkan.Masuk.JKN>.
- Nelson, P.K., B.M. Mathers, B. Cowie, H. Hagan, D. des Jarlais, D. Horyniak, dan L. Degenhardt. 2011. "Global Epidemiology of Hepatitis B and Hepatitis C in People who Inject Drugs: Results of Systematic Reviews." *Lancet* 378: 571–583. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61097-0.
- Persaudaraan Korban Napza Indonesia (PKNI). Tanpa tahun. "The Urgent Need for Improved Hepatitis C Prevention, Care and Treatment for People who Inject Drugs in Indonesia." *Issue Briefing*.
- Yayasan Kesehatan Bali. 2015. "1. Dorong Segera Tersedianya Pengobatan Hepatits C Murah; 2. Masukkan Perawatan Hepatitis C dalam skema Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS); 3. Badan Pengawas Obat dan Makanan segera mendaftarkan Obat Hepatitis C terbaru dalam ijin Edar." Facebook 28 Juli. Diakses pada 1 Agustus 2015. https://www.facebook.com/yayasan.kesehatanbali/media_set?set=a.58182540905415.1073741845.100001410335320&type=3.
- WHO. 2015. "Hepatitis C." *Fact sheet* No. 164. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>.
- World Hepatitis Alliance (WHA). Tanpa tahun. "Prevent Hepatitis: Know the Facts."

.....

MEROMBAK TANPA MERUSAK: MENJAGA KETEGANGAN KREATIF DALAM PENANGGULANGAN HIV & AIDS

.....

Ignatius Hersumpna



“menjaga ketegangan antara tujuan yang benar secara teknokratik dan memiliki daya tanggap di tataran praktik (responsif) merupakan sebuah langkah merombak tanpa merusak dalam upaya integrasi penanggulangan HIV & AIDS ke dalam sistem kesehatan”

Upaya penanggulangan HIV & AIDS sebagai epidemi yang kompleks membutuhkan pendekatan kreatif yang dapat berkontribusi untuk pendekatan yang telah berjalan. Pendekatan medis dan vertikal yang selama ini dominan telah mendapat banyak kritik. Mengingat HIV & AIDS merupakan persoalan yang sensitif, pemangku kebijakan, penyedia layanan, dan aktor-aktor lain yang melakukan advokasi terhadapnya perlu mengeksplorasi pendekatan-pendekatan kreatif untuk menciptakan ruang-ruang negosiasi bagi berbagai perspektif dan pendekatan agar bisa produktif tanpa saling merusak. Pendekatan kreatif perlu mengembangkan terobosan biomedis yang tidak semata klinis. Terobosan itu penting karena epidemi HIV & AIDS dipengaruhi oleh faktor-faktor nonmedis seperti stigma dan diskriminasi terhadap ODHA baik oleh petugas kesehatan, keluarganya, dan masyarakat umum.

Penanggulangan HIV & AIDS dalam praktiknya merupakan penyediaan pelayanan publik. Pritchett dan Woolcock (2004) dalam artikelnya *“Solutions When the Solution is the Problem: Arraying the Disarray in Development”* di jurnal *World Development* menawarkan gagasan menarik terkait penyediaan layanan publik. Mereka menawarkan sebuah kerangka pemahaman analitis dan historis mengapa sebuah konsensus tidak terjadi dalam penyediaan layanan publik: bahwa pelayanan yang disediakan secara transaksional mengandung tegangan antara dua tujuan, yakni “yang secara teknokratis benar” dan “yang secara praktis responsif”. Kerangka pemahaman ini mengedepankan konsensus untuk sinkronisasi antara kebijakan yang bersifat vertikal dan penerapannya secara operasional.

Upaya perbaikan penyediaan layanan publik bisa bermasalah jika tidak dilandasi oleh konsensus bersama di antara para pengambil kebijakan dan pelaksananya. Misalnya, kebijakan terkait *Strategic Use of Antiretroviral* (SUFA) secara teknokratik merupakan kebijakan yang dapat diterapkan tanpa memandang nilai CD4-nya apabila tes menunjukkan hasil positif. Dalam praktiknya, penerapan kebijakan tersebut di tingkat layanan belum semua responsif. Hasil penelitian operasional Layanan Komprehensif Berkelanjutan (LKB) oleh PKMK FK UGM (2015) di dua kota menunjukkan bahwa SUFA belum bisa dilakukan secara mudah di tingkat layanan kesehatan primer. Alasannya, penyediaan layanan SUFA membutuhkan “persetujuan” dari Kemenkes RI berkaitan dengan pendaftaran puskesmas yang telah dinyatakan siap memberikan layanan SUFA. Selain itu, pendekatan LKB yang diterapkan secara bersamaan dengan SUFA mengalami permasalahan yang serupa. Tidak semua puskesmas yang telah dinyatakan siap secara sumber daya bisa memberikan LKB HIV dan IMS. Salah satu sebabnya ialah tidak adanya dukungan sumber pendanaan yang cukup bagi puskesmas untuk menjalankan LKB, terutama di daerah yang tidak tercakup oleh program dari *Global Fund*.

Oleh karena itu, upaya mencairkan ketegangan tersebut dengan tanpa merusak tatanan dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS menjadi krusial untuk dikembangkan oleh para pemangku kepentingan kunci. Pengalaman penerapan pendekatan LKB dan SUFA sangat ideal secara teknokratik, tetapi praktik penerapannya belum disambut dengan langkah optimal oleh penyedia layanan. Artinya, senantiasa terjadi tegangan yang melekat pada sebuah kebijakan penyediaan layanan publik. Konsensus antara para pihak menjadi ruang-ruang negosiasi untuk penerapan kebijakan. Proses perjalanan penyakit (*natural disease*) HIV & AIDS memang telah direspons dengan berbagai pendekatan baik dari sisi biomedis maupun biososial. Tetapi, keberhasilannya masih jauh dari harapan jika melihat tren perkembangan epidemi di Indonesia yang semakin meningkat dibandingkan dengan negara-negara di Asia Pasifik (UNAIDS 2014).

Prichett dan Woolcock (2004) mengemukakan kritik tajam atas pendekatan pemerintah dalam merespons suatu masalah yang selalu berangkat dari sebuah asumsi linear, searah, dan tunggal. Setiap permasalahan terkait layanan publik selalu dirumuskan secara sepihak, baik solusi maupun pendekatannya, sehingga sering kali yang didapatkan bukanlah solusi melainkan sebuah masalah baru. Mereka menawarkan alternatif program pemberdayaan pembangunan nasional yang memperluas agensi pembangunan mulai dari pemberian otonomi, partisipasi para aktor, sistem kontrak, dana sosial, dan penggerakan komunitas mulai dari aspek sumber daya, informasi, inisiatif kebijakan, mekanisme pelaksanaan, hingga pertanggungjawaban gugatnya. Gagasan ini memang tidak secara spesifik membahas permasalahan HIV & AIDS, tetapi kiranya mempunyai relevansi dengannya.

Atun *et al.* (2009) menegaskan, sesungguhnya tidak ada pendekatan tunggal yang ampuh dalam pengintegrasian penanggulangan HIV & AIDS ke dalam sistem kesehatan. Tetapi, selalu ada kombinasi pendekatan baik secara horizontal maupun vertikal. Pendekatan penanggulangan HIV & AIDS yang bersifat vertikal, di satu sisi, selama ini bisa dibilang cukup efektif dalam merespons epidemi dalam jangka waktu pendek. Tetapi, keberlanjutan jangka panjangnya bisa dibilang tidak berjalan, sehingga membutuhkan pendekatan horizontal dengan melibatkan para pemangku kepentingan lokal secara aktif.

Pertanyaannya, melakukan perubahan tanpa merusak dengan menjaga “ketegangan kreatif” itu seperti apa? Sebenarnya, kerangka kebijakan Kementerian Kesehatan terkait LKB dan SUFA merupakan salah satu bentuk digandengnya berbagai komponen masyarakat secara bersama-sama untuk terlibat dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS secara komprehensif dan berkesinambungan. Tetapi, kebijakan tersebut membutuhkan kemampuan para pelaksana di daerah, dalam hal ini dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota, untuk secara aktif mengadvokasi kebijakan ini agar mendapatkan dukungan pendanaan yang memadai dari APBD dan tidak hanya bergantung pada mitra pembangunan internasional (MPI). Permasalahannya, sebagian besar mereka belum mampu secara aktif dan berani berkreasi dalam menciptakan ruang-ruang terobosan agar kebijakan tersebut bisa berjalan di level daerah dengan baik.

Penyediaan SDM dalam pelaksanaan LKB dan SUFA yang berasal dari sektor nonkesehatan, misalnya. Salah satu kekurangan dalam pemenuhan SDM yang dapat menjangkau populasi kunci ialah melibatkan peran tenaga pendamping yang berasal dari LSM atau komunitas melalui mekanisme *contracting out*. Dengan kebijakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sekarang ini, setiap puskesmas dapat merekrut tenaga-tenaga nonkesehatan untuk mendukung penyediaan layanan bagi komunitas yang marginal dan sulit dijangkau. Kreativitas dan keberanian untuk memaksimalkan peluang-peluang yang sudah terbuka sesuai dasar hukum yang mengatur merupakan salah satu bentuk upaya menjaga ketegangan kreatif tersebut.

Pemerintah sebagai pengendali kebijakan tentunya punya kewenangan diskresi untuk mengupayakan terobosan-terobosan tersebut. Jika pendekatan yang ditempuh oleh pemerintah dalam penanggulangan HIV & AIDS semakin mengarah pada pendekatan tersebut, kemungkinan terjadinya interseksi, keterkaitan, dan koordinasi secara struktural dan fungsional dalam berbagai aspek sistem kesehatan dan program semakin besar. Integrasi kebijakan HIV & AIDS dalam sistem kesehatan bukanlah sebuah utopia, melainkan praktik dari sebuah tegangan antara diskresi dan transaksi intensif yang dapat dilakukan.

Secara singkat dapat ditarik simpulan bahwa menjaga ketegangan antara tujuan yang benar secara teknokratik dan memiliki daya tanggap di tataran praktik (responsif) merupakan sebuah langkah merombak tanpa merusak dalam upaya integrasi penanggulangan HIV & AIDS ke dalam sistem kesehatan. Langkah ini merupakan keniscayaan di tengah belantara model dan pendekatan klasik dan tradisional—vertikal dan teknokratik—yang selama ini mendominasi upaya penanggulangan HIV & AIDS baik dari perencanaan, pembiayaan, pengelolaan SDM, tata kelola logistik, dan partisipasi masyarakat. Maka, perlu upaya advokasi pada tataran strategis dan operasional untuk membuat pengambil kebijakan semakin sensitif. Advokasi kebijakan merupakan seni sekaligus ketekunan dalam upaya negosiasi untuk perubahan positif bagi perbaikan layanan kesehatan, terutama bagi kelompok yang marginal dan terdiskriminasi, dalam hal ini ODHA. []

Bacaan

Atun, R., T. de Jongh, F. Secci, K. Ohiri, dan O. Adeyi. 2009. "Integration of Targeted Health Interventions into Health Systems: a Conceptual Framework for Analysis." *Health Policy and Planning* 25(2): 104–111. DOI: 10.1093/heapol/czp055.

PKMK FK UGM. 2015. "Penelitian Operasional Layanan Komprehensif Berkesinambungan HIV dan IMS di Kota Semarang dan Yogyakarta." Laporan penelitian. Yogyakarta: PKMK FK UGM.

Pritchett, L. dan M. Woolcock. 2004. "Solutions When the Solution is the Problem: Arraying the Disarray in Development." *World Development* 32(2): 191–212. DOI: 10.1016/j.worlddev.2003.08.009.

UNAIDS. 2014. *The Gap Report*.

SAAT WEALTH MENENTUKAN HEALTH: MENGAPA ISU SOSIAL PENTING UNTUK PROGRAM DAN KEBIJAKAN KESEHATAN

Chrysant Lily Kusumowardoyo



"Di Indonesia, angka kematian ibu pada penduduk miskin lebih tinggi tiga atau empat kali lipat dibandingkan pada penduduk kaya." (Graham et al. 2004)

Laporan dari *Commission on Social Determinants of Health* Badan Kesehatan Dunia (WHO 2008) diawali dengan beberapa pernyataan yang cukup mengganggu pikiran. Pertama, laporan tersebut membandingkan angka harapan hidup seseorang berdasarkan tempat lahirnya. Apabila orang tersebut lahir di Jepang atau Swedia, maka angka harapan hidupnya sekitar 80 tahun. Bila ia lahir di Brazil, angkanya turun menjadi 72 tahun; di India 63 tahun; dan di beberapa negara Afrika,

di negara kaya pun tingkat kesehatan penduduk miskinnya lebih buruk daripada tingkat kesehatan rata-rata di negara miskin

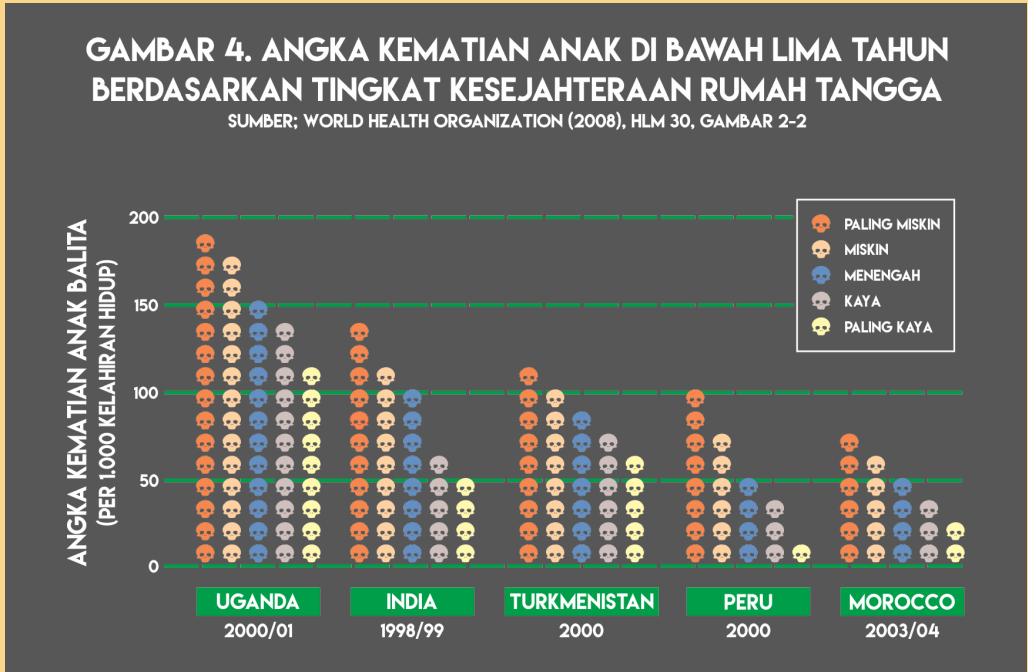
angka itu terjun sampai kurang dari 50 tahun. Singkatnya, di negara-negara yang kaya, angka harapan hidup jauh lebih tinggi daripada di negara miskin. Penduduk negara kaya pun sudah tidak lagi terancam penyakit-penyakit yang menjadi pembunuh terbesar di negara-negara miskin, seperti diare, AIDS, tuberkulosis, infeksi neonatal, dan malaria.

Lebih lanjut, laporan berjudul *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health* itu menunjukkan bahwa perbedaan status kesehatan tidak saja terjadi di antara negara-negara kaya dan negara-negara miskin. Pola yang sama terjadi berdasarkan tingkat pendapatan penduduk di banyak

negara, tidak peduli tingkat pendapatan negara tersebut. Dalam beberapa kasus ekstrem, di negara kaya pun tingkat kesehatan penduduk miskinnya lebih buruk daripada tingkat kesehatan rata-rata di negara miskin. Contohnya, walaupun berdasarkan standar global Washington D.C. termasuk negara bagian yang kaya di Amerika Serikat (AS), tingkat harapan hidup penduduk kulit hitamnya (sebagai penduduk miskin) hanya 63 tahun. Tidak seperti penduduk miskin di negara miskin, mereka memang memiliki akses terhadap air bersih dan hidup di atas 2 dolar AS perhari. Tetapi, mereka memiliki tingkat mortalitas yang lebih tinggi dibanding penduduk yang status sosio-ekonominya di atas mereka. Jadi, semakin rendah tingkat sosio-ekonomi seseorang, semakin buruklah status kesehatan orang tersebut. Pernyataan ini tercermin dalam kutipan yang ditampilkan di awal tulisan ini, serta di dalam Gambar 1.

GAMBAR 4. ANGKA KEMATIAN ANAK DI BAWAH LIMA TAHUN BERDASARKAN TINGKAT KESEJAHTERAAN RUMAH TANGGA

SUMBER: WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008), HLM 30, GAMBAR 2-2



Gambar 4 menunjukkan bagaimana pola di satu negara sama dengan di negara lain: anak dari keluarga yang paling miskin akan paling tinggi angka kematiannya; dan sebaliknya, anak dari keluarga yang paling kaya memiliki angka kematian yang paling rendah. Kondisi seperti inilah yang disebut sebagai *health inequity* atau ketimpangan dalam tingkat kesehatan. Penyebabnya tak lain ialah ketidakadilan sosial yang bersifat struktural. Semakin besar kesenjangan sosial, semakin buruk tingkat kesehatan.

Kondisi demikian menunjukkan bahwa masalah kesehatan tidak bisa dilihat sebagai masalah klinis semata, tetapi ia juga sangat terkait dengan fenomena sosial. Oleh karena itu, teori-teori sosial juga dibutuhkan guna memahami dan menafsirkan sifat, hubungan, dampak, dan keterbatasan dari intervensi medis dan kesehatan masyarakat (Hanna dan Kleinman 2013). Hal yang sama juga berlaku untuk analisis kebijakan kesehatan.

Lalu, teori-teori sosial apa saja yang relevan dan bisa dijadikan alat untuk menganalisis tepat atau tidaknya program dan kebijakan kesehatan? Kleinman (2010) menjelaskan beberapa contoh teori sosial yang penting untuk konteks kesehatan global. *Pertama*, teori “*unanticipated consequences of purposive social action*” atau “konsekuensi-konsekuensi tak terantisipasi dari sebuah tindakan sosial yang direncanakan” yang diperkenalkan oleh Robert K. Merton (1936). Teori ini menunjukkan bahwa semua intervensi sosial memiliki konsekuensi yang tidak dimaksudkan—baik yang bisa ditebak maupun tidak. Misalnya, vaksinasi paksa yang dilaksanakan di India pada saat kampanye penghapusan cacar ternyata menimbulkan resistensi masyarakat terhadap kampanye vaksinasi lainnya. Teori ini membantu menunjukkan bahwa evaluasi secara rutin atas intervensi-intervensi kesehatan perlu dilakukan untuk memastikan *konsekuensi-konsekuensi yang tidak dimaksudkan (unintended consequences)* bisa dikelola lewat modifikasi atau bila perlu terminasi program.

Kedua, teori konstruksionisme sosial (*social construction*) yang menjelaskan bahwa dunia nyata juga dibentuk oleh ide-ide dan praktik-praktik sosial budaya. Teori dari Berger dan Luckmann (1966) ini menunjukkan bagaimana seiring waktu konstruksi sosial membangun kebiasaan yang membuat hal-hal menjadi terasa “alamiah”. Lebih lanjut, Kleinman (2010) menegaskan bahwa prinsip-prinsip ilmiah pun merupakan konstruksi sosial—dalam arti mereka merupakan produk historis dari pertanyaan penelitian dan percobaan tertentu. Contoh menarik dari konstruksi sosial dalam pengetahuan medis ialah bagaimana sampai 1973 homoseksualitas masih dianggap sebagai penyakit mental di dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Dalam hal ini, bias-bias sosial memengaruhi diagnosis medis.

Ketiga, konsep kekerasan struktural (*structural violence*) yang dikemukakan oleh Johan Galtung. Antropolog kesehatan Paul Farmer lebih lanjut mengembangkan konsep ini ke dalam konteks kesehatan. Kekerasan struktural menurut Farmer erat hubungannya dengan konsep *social suffering*, yaitu bagaimana kekuatan-kekuatan ekonomi, politik, institusi sosial, dan hubungan sosial bisa menimbulkan penderitaan bagi manusia. Konsep *kekerasan seksual* menegaskan lebih lanjut bahwa penderitaan-penderitaan manusia bersifat “terstruktur” oleh warisan sejarah dan kekuatan ekonomi yang saling berkonspirasi sehingga membatasi agensi seseorang. Menggambarkan fenomena di Haiti, Farmer menunjukkan bagaimana tanpa pengetahuan tentang bentuk-bentuk kekerasan struktural orang bisa dengan mudah berasumsi bahwa perempuan-perempuan muda di Haiti terkena HIV karena mereka agresif secara seksual. Padahal, penelitian Farmer menunjukkan bahwa pada saat itu faktor yang menentukan terinfeksi atau tidaknya perempuan di Haiti ialah jenis pekerjaan dari suami atau pasangan seksual mereka. Semakin tinggi mobilitas pekerjaan pasangan mereka, semakin tinggi resiko perempuan-perempuan ini terinfeksi HIV.

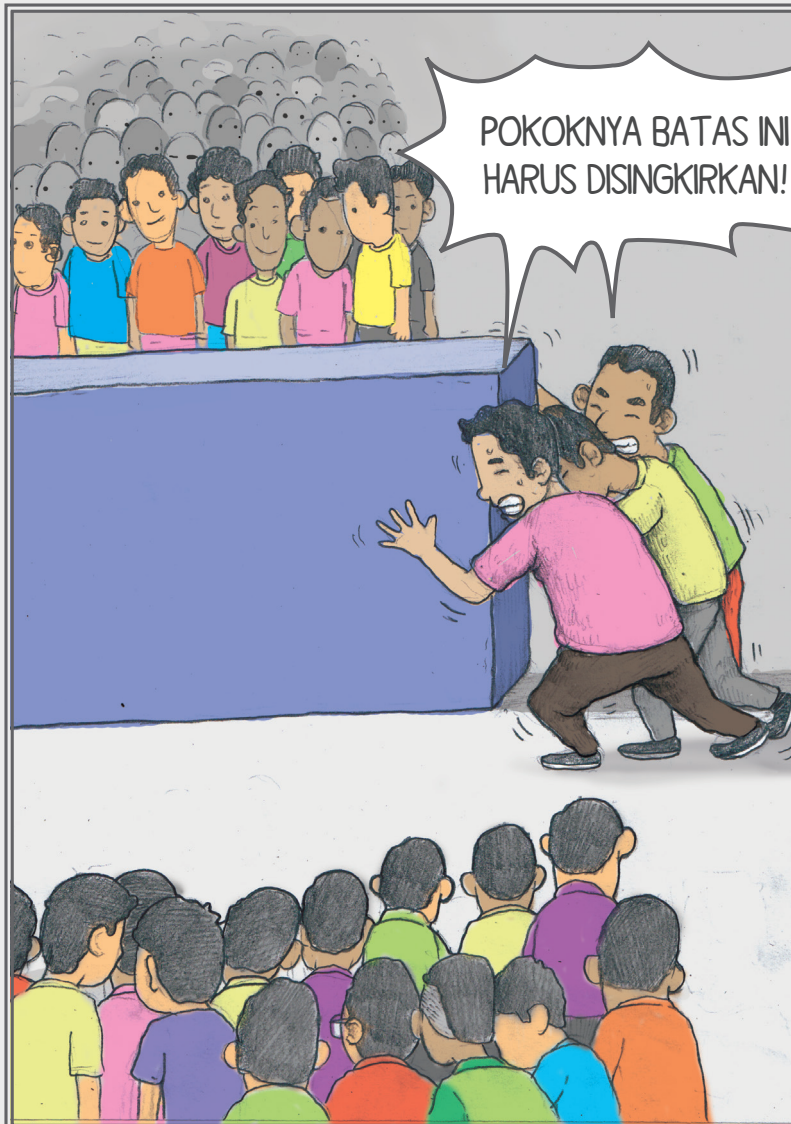
Beberapa teori sosial itu dapat memperjelas bagaimana faktor-faktor sosial, ekonomi, sejarah, dan budaya saling berkaitan dan memengaruhi tingkat kesehatan. Masalahnya, menurut Hanna dan Kleinman (2013), selama ini banyak praktisi kesehatan yang sangat terfokus pada tindakan (*action*) saja: bagaimana menyediakan layanan kesehatan dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Selain itu, banyak pula praktisi kesehatan yang memang secara pendidikan kurang bergaul dengan teori-teori sosial. Memang, teori-teori sosial ini tidak akan menyembuhkan tuberkulosis, membuat bayi bisa lahir dengan selamat, atau merawat kaum lansia. Tetapi, analisis hubungan dan struktur yang mengatur tindakan sosial bisa membantu kita untuk merancang program kesehatan yang lebih baik, memandu kita dalam mencari solusi praktis untuk berbagai masalah kesehatan, dan memungkinkan kita untuk membangun kebiasaan refleksi kritis (Hanna dan Kleinman 2013). Oleh karena itu, sebagaimana digarisbawahi oleh Kleinman (2010), sudah saatnya teori sosial dijadikan instrumen untuk meningkatkan status kesehatan dan mereformasi layanan serta kebijakan kesehatan. []

Bacaan

- Graham, W.J., A.E. Fitzmaurice, J.S. Bell, J.A. Cairns. 2004. "The Familial Technique for Linking Maternal Death with Poverty." *The Lancet* 363(9402): 23–27.
- Hanna, B. dan A. Kleinman. 2013. "Unpacking Global Health: Theory and Critique." Dalam *Reimagining Global Health*, disunting oleh Farmer, Kleinman, Kim, dan Basilio, 15–32. Los Angeles: University of California Press.
- Kleinman, A. 2010. "Four Social Theories for Global Health." *The Lancet* 375(9725): 1518–1519. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60646-0.
- Merton, R.K. 1936. "The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action." *American Sociological Review* 1(6): 894–904.
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH). 2008. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO.

Close the Gap: Menutup Kesenjangan antara Isu HIV & AIDS dan Isu Sukarelawan

Chrysant Lily Kusumowardoyo



Dua hari penting internasional diperingati pada pekan pertama bulan Desember, yakni Hari AIDS Sedunia pada 1 Desember dan Hari Relawan Internasional pada 5 Desember. Dua hari internasional ini mengingatkan kita bahwa peran relawan dalam isu-isu pembangunan termasuk dalam pencegahan, penanggulangan, dan mitigasi dampak HIV & AIDS sebenarnya sangat potensial. Sayangnya, di banyak negara termasuk di Indonesia, hubungan antara isu sukarelawan dan isu HIV & AIDS belum terlalu eksplisit diformulasikan. Artikel ini hendak mengulas kemungkinan musabab mengapa hal itu terjadi melalui perspektif sukarelawan dan perspektif respons terhadap HIV & AIDS itu sendiri.

Pertama, mari kita lihat keterlibatan masyarakat dalam penanggulangan HIV & AIDS. Sebenarnya, telah ada banyak tindakan yang dilakukan masyarakat dalam menanggulangi HIV & AIDS dengan berbasiskan sukarelawan seperti kegiatan kelompok dukungan sebaya, warga peduli AIDS, dan semacamnya. Meskipun demikian, istilah “aktivis HIV & AIDS” dan “penggiat HIV & AIDS” lebih sering digunakan ketimbang “relawan HIV & AIDS”. Banyak “aktivis” dan “penggiat” ini yang merasa bahwa keterlibatan mereka dalam penanggulangan HIV & AIDS tidak selalu relevan untuk dikategorikan sebagai kegiatan sukarelawan karena mereka mendapatkan ganjaran dari keterlibatan dalam isu tersebut—entah dalam bentuk remunerasi, pengalaman berorganisasi dan berjaringan, kesempatan mengembangkan diri, dan lainnya. Ada anggapan bahwa motivasi-motivasi pribadi tersebut membuat apa yang mereka lakukan tidak bisa dikategorikan sebagai tindakan sukarela. Pertanyaannya, apakah sukarelawan mensyaratkan tindakan yang murni bersifat altruistik, memberi tanpa mengharap balasan apa pun?

Untuk menjawab pertanyaan tersebut, kita perlu memiliki definisi operasional yang jelas tentang “sukarelawan”. Mengikuti definisi dari organisasi sukarelawan PBB United Nations Volunteer (2005), sukarelawan dimaknai sebagai “sebuah bentuk perilaku sosial yang dilakukan atas dasar keinginan sendiri, yang membawa manfaat bagi komunitas dan masyarakat secara keseluruhan maupun bagi relawan itu sendiri, serta tidak didorong oleh alasan keuangan.” Definisi ini dengan jelas menunjukkan syarat-syarat tindakan bisa dikategorikan sebagai sukarela. *Pertama*, adanya unsur pilihan: bahwa sukarelawan harus menjadi pilihan yang dibuat secara bebas oleh setiap individu—tak seorang pun boleh dipaksa atau dipaksakan untuk menjadi relawan. *Kedua*, adanya unsur timbal balik: bahwa relawan memberikan waktu dan keahlian mereka secara sukarela, tetapi harus ada manfaat timbal balik yang diterima baik bagi organisasi atau isu yang menjadi kepedulian maupun bagi relawannya sendiri. *Ketiga*, motivasi untuk menjadi relawan tidak bisa didasarkan pada imbalan berbentuk keuangan; inilah unsur utama yang membedakan relawan dari pekerja. Tetapi, ini tidak berarti bahwa menjadi relawan tidak boleh memiliki motivasi untuk mendapatkan manfaat nonfinansial lainnya ketika terlibat dalam kegiatan sukarelawan. Sebab, apabila relawan tidak merasa mendapatkan manfaat dari kegiatan sukarelawannya, kemungkinan kegiatan tersebut tidak akan bertahan lama. Jadi, sukarelawan memang harus bersifat altruistik, sementara derma (*charity*) ialah konsepsi yang keliru. Meskipun begitu, kiranya sah-sah saja, bahkan perlu, bagi relawan untuk mendasarkan motivasi sukarelawannya pada asas kemanfaatan baginya seperti mengembangkan keterampilan dan pengalaman yang berguna, menambah relasi sosial, dan mendapat kesempatan terlibat dalam kehidupan komunitas.

dalam dan diapresiasi. Secara tradisional, banyak kebiasaan lokal kita yang didasarkan pada prinsip sukarelawan seperti gotong royong mendirikan rumah, membangun jembatan, membersihkan selokan, menanam pohon, memberikan pertolongan pada saat bencana. Saat memikirkan tentang program-program sukarelawan, banyak orang kadang terjebak pada pendekatan tradisional ini, yang walaupun niatnya baik, tetapi kurang strategis dalam upaya pembangunan termasuk penanggulangan HIV & AIDS. Padahal, banyak kegiatan untuk merespons HIV & AIDS yang bersifat nonmanual dan bisa dilakukan lewat skema sukarelawan, antara lain (1) berbagi keahlian lewat pelatihan (*training*), pembinaan (*coaching*), atau pembimbingan (*mentoring*); (2) keterlibatan dalam program penjangkauan dan peningkatan kesadaran; (3) kegiatan penyediaan layanan seperti mengajar dan penyediaan layanan hukum yang bersifat probono; (4) kegiatan-kegiatan penggalangan dana. Intervensi-intervensi tersebut bersifat strategis dan berkelanjutan dengan bekal pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman relawan untuk membawa perubahan.

Potensi keterlibatan relawan dalam penanggulangan HIV & AIDS perlu dikembangkan tidak saja di sektor publik, tetapi juga di sektor swasta. Saat ini potensi keterlibatan sektor swasta dalam respons terhadap HIV & AIDS lewat skema *Corporate Social Responsibility* (CSR) sudah banyak terlihat. Sayangnya, CSR masih sering terbatas pada *corporate philanthropy*, yaitu pemberian donasi dalam bentuk finansial untuk mendukung "kasus-kasus menarik" ("*good causes*") termasuk penanggulangan HIV & AIDS. Padahal, sektor swasta juga memiliki potensi-potensi kontribusi selain donasi finansial. Salah satunya ialah kegiatan sukarelawan karyawan (*employee volunteering*) di mana karyawan swasta difasilitasi oleh perusahaan untuk berkontribusi bagi kelompok masyarakat yang membutuhkan sesuai keahliannya.³³ Dalam skema ini, sebagai relawan, karyawan swasta bisa memberikan bantuan pelatihan perencanaan keuangan atau pengembangan usaha bagi populasi kunci, dan pendampingan hukum. Manfaatnya bisa dirasakan bagi kelompok yang dibantu, juga bagi karyawan itu sendiri, antara lain mendapatkan perspektif baru, memiliki kesempatan terlibat langsung dalam masyarakat, dan mendapatkan energi baru. Apabila direncanakan dan dikelola dengan baik, skema *employee volunteering* juga sangat berpotensi untuk mewujudkan keterlibatan konkret sektor swasta dalam respons terhadap HIV & AIDS.

Kesimpulannya, isu HIV & AIDS serta isu sukarelawan bisa dipadukan. Program-program sukarelawan yang strategis menjadi cara potensial untuk respons terhadap HIV & AIDS yang berkelanjutan. Ia bisa memobilisasi berbagai bentuk kekuatan dari banyak pihak baik dari sektor publik maupun privat. Tetapi, untuk sampai ke sana, perlu ada pemahaman yang tepat tentang definisi sukarelawan serta potensi strategisnya bagi isu-isu penanggulangan HIV & AIDS.

Bacaan

United Nations Volunteers. 2005. *Developing a Volunteer Infrastructure: A Guidance Note*. Diunduh dari http://www.unv.org/fileadmin/docdb/pdf/2005/DVI_01.pdf.

³³ *Employee volunteering* ialah kegiatan kesukarelawanan yang difasilitasi oleh sektor privat bagi karyawannya, sehingga memungkinkan karyawan untuk menyumbangkan keahliannya sebagai relawan dalam program-program yang memberi nilai tambah bagi masyarakat atau di lembaga berbasis masyarakat dengan menggunakan jam kerja mereka. Konsep ini sangat berkembang di negara-negara maju. Contohnya, pada 2007 lebih dari 90 persen dari perusahaan Amerika yang terdaftar dalam *Fortune 500 Companies* telah memiliki program *employee volunteering*.

Menuju *Healthy AIDS Policy*: Refleksi atas Isu Stigma dan Diskriminasi

Eviana Hapsari Dewi



Membangun kebijakan terkait HIV & AIDS yang berwawasan kesehatan (*healthy AIDS policy*) adalah sebuah keharusan dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS. Apalagi dalam konteks ketika kebijakan publik terkait HIV & AIDS selama ini belum sepenuhnya mencerminkan prinsip berwawasan kesehatan. Buktinya, isu stigma dan diskriminasi terhadap ODHA masih senantiasa mengemuka.

Padaahal, sebagaimana diungkapkan Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan (*Ottawa Charter for Health Promotion*) (WHO 1986), keadilan dan kesetaraan sosial merupakan prasyarat bagi kesehatan. Maka, pemerintah semestinya meningkatkan kesehatan publik dengan membangun kebijakan publik yang berwawasan kesehatan, menciptakan lingkungan yang mendukung, menguatkan aksi komunitas, mengembangkan kemampuan-kemampuan personal, dan mengarahkan layanan kesehatan yang menekankan pencegahan penyakit. Piagam Ottawa juga mengidentifikasi bahwa kebijakan/hukum berpotensi untuk membentuk konteks fisik dan sosial (lingkungan) yang bisa menentukan status kesehatan.

Maria Nengeh Mensah (2003) dalam makalahnya tentang dampak dari hukum dan kebijakan terhadap HAM dan pencegahan dan penanganan HIV mengelaborasi bagaimana kebijakan/hukum menjadi penentu kondisi kesehatan publik secara struktural (*structural determinant*). Lingkungan menentukan kehendak dan pilihan tindakan yang berkaitan dengan kesehatan, juga membentuk cara-cara di mana kesehatan individu dan populasi diproduksi serta direproduksi. Sebagai penentu kesehatan yang bersifat struktural, hukum/kebijakan bisa memfasilitasi sekaligus menghalangi pencegahan dan penanggulangan HIV & AIDS. Sebagaimana dinyatakan Rekomendasi Adelaide tentang Kebijakan Publik yang Berwawasan Kesehatan tahun 1988,³⁴ kebijakan publik yang berwawasan kesehatan merupakan kebijakan yang dijalankan oleh berbagai level pemerintahan yang dicirikan dengan perhatian penuh pada isu kesehatan dan kesetaraan (*equality*) dalam semua aspek, juga akuntabilitas untuk dampak kesehatan. Dengan demikian, tujuan utama dari kebijakan publik yang berwawasan kesehatan yakni menciptakan lingkungan yang mendukung dan memungkinkan seseorang atau masyarakat tertentu menuju sebuah kehidupan yang lebih sehat.

Salah satu permasalahan utama dalam pencegahan dan penanggulangan HIV & AIDS adalah masih kuatnya stigma dan diskriminasi pada ODHA. Merujuk definisi menurut Badan PBB untuk AIDS (UNAIDS), stigma merupakan keyakinan, perasaan dan sikap yang bersifat negatif terhadap ODHA, kelompok yang terkait dengan ODHA (misalnya keluarga ODHA), dan populasi kunci yang berisiko tinggi tertular HIV & AIDS, seperti penasun, pekerja seks, LSL, dan kelompok transgender. Sementara itu, diskriminasi adalah ketidakadilan atau perlakuan tak adil (termasuk pengabaian) pada seseorang berdasarkan status HIV & AIDS mereka yang senyatanya maupun yang dirasakannya. Stigma dan diskriminasi tidak saja muncul di lingkup masyarakat umum, bahkan juga acap kali masih terjadi di kalangan tenaga kesehatan atau bahkan di antara ODHA itu

³⁴ Lihat <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index1.html>.

sendiri (*internalized stigma*). Beberapa asumsi mengenai pangkal terjadinya stigma dan diskriminasi di antaranya ialah adanya pengetahuan yang kurang mendalam mengenai HIV & AIDS, belum adanya panduan atau protokol yang cukup jelas pada tataran layanan kesehatan untuk penanganan pasien dengan HIV & AIDS, serta penggunaan beberapa istilah yang terkadang dirasakan semakin memberikan stigma terhadap penyakit HIV & AIDS.³⁵ Jika tidak disikapi dengan sebuah kebijakan kesehatan yang berwawasan kesehatan, maka stigma dan diskriminasi akan menjadi penghalang bagi terciptanya penanggulangan HIV & AIDS yang efektif baik dalam upaya pencegahan, pengobatan, perawatan maupun dukungan kepada ODHA.

Salah satu prinsip penting dalam upaya menciptakan kebijakan publik yang berwawasan kesehatan ialah akuntabilitas yang mengandaikan pemerintah seharusnya bertanggung jawab kepada masyarakatnya atas konsekuensi-konsekuensi kesehatan yang muncul dari kebijakan-kebijakan yang dibuat maupun kebijakan-kebijakan yang belum diadakan. Komitmen dalam upaya memberlakukan kebijakan publik yang berwawasan kesehatan mengharuskan pemerintah bisa mengukur dan melaporkan investasi yang telah mereka lakukan bagi kesehatan sekaligus dampaknya. Berkaitan dengan isu stigma dan diskriminasi dalam pelayanan kesehatan misalnya, tenaga kesehatan perlu memastikan adanya dukungan institusional melalui kebijakan dan panduan yang jelas serta didapatkannya pelatihan dalam penanggulangan HIV & AIDS.

Stigma dan diskriminasi yang terjadi selama ini pada dasarnya menggambarkan bahwa penerapan prinsip penyediaan layanan kesehatan yang berkeadilan belum diwujudkan secara utuh. Stigma dan diskriminasi telah mendorong orang-orang yang sebetulnya sangat membutuhkan layanan kesehatan justru menjauh atau menghindari layanan-layanan kesehatan yang tersedia. Akibatnya, status kesehatan kelompok masyarakat yang mendapat stigma ini akan semakin memburuk. Tidak mengherankan kalau kelompok marginal di masyarakat menjadi kelompok yang paling menanggung beban penyakit, termasuk HIV & AIDS. Oleh karena itu, pengembangan kebijakan kesehatan seharusnya secara sadar bermisi memampukan kelompok-kelompok marginal untuk memanfaatkan layanan kesehatan yang tersedia, bukan sebaliknya.

Selain kebijakan kesehatan yang kondusif, aksi masyarakat juga menjadi faktor strategis yang perlu dibangun untuk mengurangi terjadinya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA maupun kelompok marginal lainnya. Sayangnya, upaya untuk mendorong aksi masyarakat ini kurang begitu diperhatikan dalam penanggulangan HIV & AIDS. Pada umumnya, program-program yang dikembangkan hanya berfokus menasar pada kelompok marginal tanpa upaya yang bermakna

³⁵ Penggunaan istilah seperti "penderita" alih-alih ODHA misalnya diakui oleh Cah Gareng yang pernah melakukan aksi jalan kaki keliling beberapa daerah untuk mengampanyekan antidiskriminasi terhadap ODHA. Cah Gareng membagi pengalamannya dalam diskusi yang diselenggarakan oleh PKMK FK UGM pada Selasa, 29 Desember 2015, di Yogyakarta. Catatan tentang diskusi terdokumentasi di <http://www.kebijakanaidssindonesia.net/id/beranda/21-artikel-article/artikel-tematik/1423-diskusi-isu-isu-strategis-orang-dengan-hiv-dan-aids-odha-jalan-kaki-jelajah-negeri-kurangi-diskriminasi>.

untuk mengintegrasikannya ke dalam aksi masyarakat umum. Selain itu, pendidikan masyarakat tentang HIV & AIDS selama ini belum dikaitkan dengan upaya yang dilakukan pada kelompok marginal sehingga masih terlihat jelas kesenjangan dalam kepedulian dan kesadaran bahwa HIV & AIDS merupakan permasalahan bersama bagi masyarakat.

Kebijakan terkait HIV & AIDS yang diharapkan bisa mengurangi terjadinya stigma dan diskriminasi pada dasarnya juga menuntut terjadinya reorientasi dalam layanan kesehatan. Layanan kesehatan yang selama ini terpusat pada pelayanan kuratif saja tidak akan mampu membangun kesadaran dan kepedulian masyarakat bahwa HIV & AIDS merupakan masalah bersama pada satu sisi, dan di sisi lain tidak akan mendorong kelompok marginal untuk memanfaatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan karena khawatir mengalami diskriminasi ketika mengakses layanan tersebut. Upaya kuratif ini akan lebih efektif jika didukung oleh upaya promotif dan preventif baik bagi kelompok marginal maupun masyarakat umum.

Ulasan ini menunjukkan bahwa membangun kebijakan publik yang berwawasan kesehatan bukanlah hal mudah. Ini menyangkut lebih dari sekadar aspek teknis. Kebijakan yang berwawasan kesehatan perlu dibangun di atas fondasi kesadaran bahwa kebijakan publik selayaknya mampu mendorong dan memberdayakan masyarakat, terutama mereka yang termasuk dalam kelompok marginal, untuk mengupayakan dan memiliki status kesehatan yang lebih baik. Kebijakan publik berwawasan kesehatan harus mampu memperhitungkan berbagai faktor yang memungkinkan sekaligus menghambat pemanfaatan layanan kesehatan bagi semua orang. Kesadaran terhadap pentingnya membangun kebijakan yang berwawasan kesehatan dalam penanggulangan HIV & AIDS merupakan modal awal untuk membenahi upaya penanggulangan HIV & AIDS. Selalu ada harapan untuk itu.[]

Bacaan

Mensah, M.N. 2003. "Health Public Policy: Assessing the Impact of Law and Policy on Human Rights and HIV Prevention and Care." Makalah untuk Canadian HIV & AIDS Legal Network.

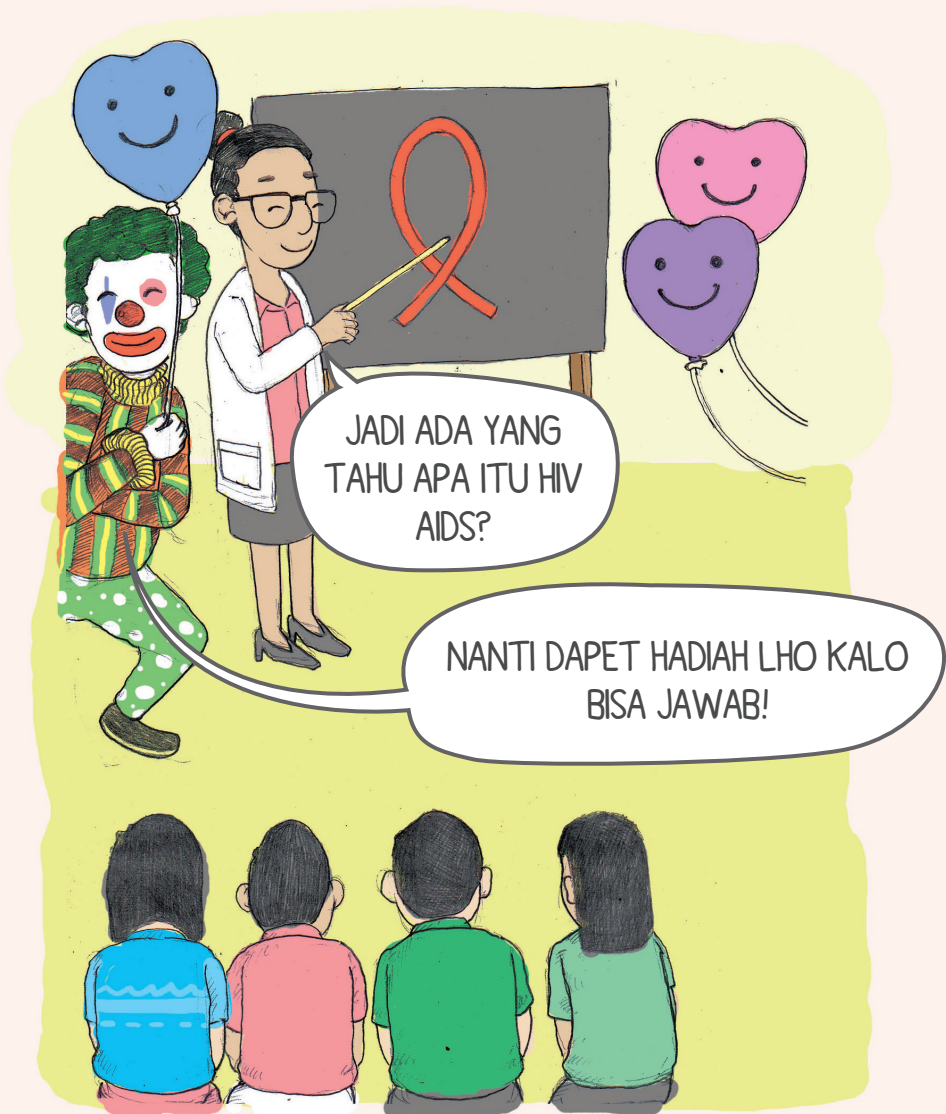
Feyissa, G.T. *et al.* 2012. "Stigma and Discrimination Against People Living with HIV by Healthcare Providers, Southwest Ethiopia." *BMC Public Health* 12(522): 1–12.

Canadian Public Health Association, Health and Welfare Canada, WHO. 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen: WHO Kantor Regional untuk Eropa. www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html.

Division of Health Promotion, Education and Communication, WHO. 1998. *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.

PENDIDIKAN HIV: BERGERAK DARI PENDEKATAN BIOMEDIS KE BIOSOSIAL UNTUK MENGURANGI STIGMA DAN DISKRIMINASI

Chrysant Lily Kusumawardoyo



Pendidikan sudah lama diakui sebagai salah satu jalan untuk mencegah penyebaran HIV & AIDS. Dalam konteks respons terhadap HIV & AIDS, proses pendidikan sering disebut sebagai “vaksin sosial”. Lewat pendidikan, masyarakat bisa memiliki pengetahuan mengenai pencegahan dan perlindungan diri dari infeksi HIV. Pendidikan tentang isu HIV & AIDS lewat sekolah-sekolah juga memungkinkan penjangkauan populasi umum dalam skala luas, yaitu para siswa dan kaum muda yang di Indonesia merupakan kelompok usia paling berisiko. Pendidikan berbasis sekolah memungkinkan siswa, guru, orang tua, dan masyarakat untuk terlibat bersama-sama dalam pencegahan dan penanggulangan HIV & AIDS. Memaknai pentingnya pendidikan di sini menjadi signifikan sebab HIV & AIDS bukan lagi sekadar masalah kesehatan, melainkan sudah menjadi masalah multidimensi yang membutuhkan penanganan dengan melibatkan semua elemen masyarakat.

Pada level kebijakan, respons sektor pendidikan di Indonesia terhadap penanggulangan HIV & AIDS sudah diformulasikan sejak belasan tahun lalu. Ini bisa dilihat dari diberlakukannya Instruksi Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 9/U/1997 tentang Pencegahan HIV Melalui Pendidikan. Ada pula Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Indonesia Nomor 303/U/1997 tentang Pedoman Pencegahan HIV & AIDS melalui Pendidikan.

Dalam ulasannya tentang peran sektor pendidikan dalam penanggulangan HIV & AIDS, Badan PBB urusan Pendidikan, Ilmu Pengetahuan, dan Budaya (UNESCO 2012a) mengakui, dibanding negara-negara lain di Asia Tenggara lainnya seperti Filipina, Brunei Darussalam, Timor Leste dan Malaysia, Indonesia menjadi satu-satunya negara yang memiliki kebijakan dan strategi spesifik untuk sektor pendidikan dalam pencegahan HIV & AIDS. Di satu sisi, ini mengindikasikan kemajuan: bahwa respons terhadap HIV & AIDS tidak terbatas pada sektor kesehatan saja. Tetapi, di sisi lain, kebijakan dan implementasi strategi pendidikan dalam merespons isu HIV & AIDS di Indonesia belum secara khusus menyoroti persoalan stigma dan diskriminasi (UNESCO 2012b). Kebijakan dan strategi beberapa negara dalam hal ini seperti Bangladesh, India, Laos, Papua Nugini, Sri Lanka dan Vietnam tergolong lebih maju karena dengan jelas memprioritaskan isu hak, stigma, dan diskriminasi. Padahal, sama dengan yang dihadapi oleh negara-negara tersebut, stigma dan diskriminasi di Indonesia kerap menjadi faktor yang memengaruhi kerentanan dan risiko terhadap HIV, termasuk terbatasnya akses atas informasi dan layanan bagi kaum muda (khususnya perempuan), masalah kesehatan seksual dan reproduksi, serta penggunaan narkoba.

Lebih jauh, ulasan UNESCO (2012b) juga menunjukkan bahwa di tingkat implementasi, informasi terkait HIV & AIDS dalam pendidikan di Indonesia sangat menekankan pendekatan biomedis dan kurang mengaitkannya dengan konteks sosial kehidupan siswa. Pendekatan biomedis yang dimaksud sangat menekankan pada informasi-informasi yang lebih bersifat ilmiah (*scientific*), seperti pengetahuan tentang virus HIV dan berbagai bakteri, jamur, dan parasit penyebab IMS; fase-fase HIV; jenis obat-obatan *antiretroviral*; jenis-jenis pemeriksaan darah. Tidak heran kalau pendidikan tentang HIV & AIDS sering kali dilekatkan dengan mata pelajaran biologi.

Informasi-informasi biomedis seperti itu tentu penting, tapi ia lebih menasar pada aspek kognitif saja. Selain itu, pendekatan ini juga sangat menekankan risiko sebagai tanggung jawab individu, juga tidak membahas persinggungan antara infeksi HIV dengan realitas sosial. Perspektif HIV sebagai tanggung jawab pribadi ini secara tidak langsung menyebabkan munculnya anggapan bahwa seseorang “layak” terkena HIV sebagai akibat dari perbuatannya, entah itu lewat seks berisiko, penggunaan narkoba atau lainnya. Ia menegaskan kenyataan bahwa faktor sosio-ekonomi seseorang sangat menentukan tingkat risiko akan infeksi HIV.³⁶ Oleh karena itu, pendekatan ini tidak memungkinkan pengembangan sisi afektif pelajar yang sangat diperlukan untuk membangun empati.

Sementara itu, pendekatan pendidikan menekankan aspek biososial. Ia menasar sisi afektif peserta didik. Tidak seperti pendekatan biomedis yang berfokus pada individu, pendekatan biososial menempatkan infeksi HIV sebagai realitas sosial yang dampaknya dirasakan oleh semua orang—tidak terbatas pada individu yang terinfeksi HIV. Pendekatan inilah yang perlu dikembangkan apabila kita hendak mengembangkan pendidikan pencegahan HIV yang bisa menghapus stigma dan diskriminasi.

Contoh baik dari upaya penerapan pendekatan biososial demi pengurangan stigma dan diskriminasi bisa dilihat dari Pendidikan Kecakapan Hidup (*Life Skills Education*) yang dikembangkan oleh Departemen Pendidikan Nasional bersama UNESCO, World Vision, dan Plan Indonesia (2007). Bahasan mengenai stigma dan diskriminasi di dalamnya, misalnya, menawarkan metode pengajaran lewat narasi dari seorang siswa yang ayahnya terinfeksi HIV dan ia terancam dikeluarkan dari sekolah. Lewat narasi tersebut, para siswa diajak untuk menempatkan diri pada posisi siswa tersebut dan turut memikirkan hal-hal apa saja yang mungkin dihadapi oleh ODHA serta keluarganya. Bagian-bagian lainnya menawarkan modul pendidikan yang banyak menggunakan contoh kasus, bahan kegiatan bermain peran, dan bahan diskusi dari perspektif ODHA.

Penggunaan perspektif ODHA serta tantangan-tantangan sosial yang dihadapi mereka serupa dengan yang digunakan oleh Badan PBB untuk AIDS (UNAIDS) dalam *The Gap Report* (2014). Dengan gambar yang disertai narasi, laporan ini menyajikan tantangan-tantangan sosial yang dihadapi oleh dua belas kelompok populasi, seperti warga binaan, orang dengan disabilitas, orang yang menggunakan narkoba, perempuan usia muda, pekerja seks, kaum lansia, kaum migran. Narasi yang disajikan membuat pembaca bisa lebih mudah membayangkan tantangan yang dihadapi mereka terkait keterkaitan antara isu

³⁶ Konsep ini berkaitan erat dengan konsep *social determinants of health* yang menjelaskan bagaimana kondisi sosio-ekonomi seseorang memengaruhi status kesehatan orang tersebut. Faktor-faktor sosio-ekonomi seperti kemampuan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, akses ke pendidikan yang berkualitas, kesempatan kerja, dan akses ke layanan kesehatan yang memengaruhi risiko atau kerentanan seseorang terhadap penyakit. Faktor-faktor sosio-ekonomi ini bisa lebih menentukan daripada faktor individual seperti genetik atau perilaku berisiko. Penjelasan konsep *social determinants of health* bisa dipejalari lebih lanjut di situs WHO, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/.

eksklusi sosial, HIV & AIDS, serta identitas dari perspektif masing-masing populasi. Kisah-kisah faktual seperti ini bisa menumbuhkan rasa empati yang merupakan syarat penting pelunturan stigma dan diskriminasi.

Pelunturan stigma dan diskriminasi tidak hanya penting demi menjamin kesetaraan dalam pemenuhan hak asasi dan keterbukaan bagi ODHA. Ia juga penting untuk menghilangkan penghalang akses atas layanan HIV & AIDS. Sering kali stigma dan diskriminasi yang sangat memengaruhi kemauan seseorang untuk mengakses layanan tes HIV atau memengaruhi ketaatan untuk terapi *antiretroviral*. Pernyataan ini relevan dengan temuan dari Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2007, di mana 6 dari 10 remaja menyatakan bahwa jika ada anggota keluarga mereka yang terkena HIV maka status itu harus disembunyikan. Tekanan untuk merahasiakan status ini pada akhirnya menentukan tingkat kemauan mereka untuk mengakses layanan. Hal ini menunjukkan kepada kita bahwa pengurangan stigma dan diskriminasi menjadi bagian penting dari keberhasilan pencegahan dan penanggulangan HIV & AIDS.

Oleh karena itu, pendidikan HIV & AIDS yang memerhatikan keseimbangan antara sisi kognitif dan afektif sangat berpotensi untuk tidak saja mencegah timbulnya kasus-kasus baru, tetapi juga mengurangi stigma dan diskriminasi. Mengingat strategisnya pendidikan dalam upaya bersama untuk mencapai *three zeroes—zero new infection, zero stigma and discrimination, dan zero deaths*—maka sudah saatnya keseimbangan aspek biomedis dan biososial lebih diperhatikan dalam penyampaian pendidikan HIV dan ADIS di Indonesia. []

Bacaan

- Badan Pusat Statistik (BPS)-Statistics Indonesia dan Macro International. 2008. *Indonesia Young Adult Reproductive Health Survey 2007*. Calverton, Maryland, USA: BPS and Macro International.
- UNAIDS. 2014. *The Gap Report*. Diunduh dari http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf.
- UNESCO. 2012a. *A Situation Analysis on the Education Response to HIV, Drugs, and Sexual Health in Brunei Darussalam, Indonesia, Malaysia, the Philippines, and Timor Leste: Syntesis Report*. Jakarta: UNESCO Jakarta.
- UNESCO. 2012b. *Review of Policies and Strategies to Implement and Scale Up Sexuality Education in Asia and the Pasific*. Bangkok: UNESCO Bangkok.
- World Bank. 2002. *Education and HIV & AIDS: A Window of Hope*. Washington, DC: World Bank. Diunduh dari http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099080042112/Edu_HIVAIDS_window_hope.pdf.

**BERBAGI PENGETAHUAN AIDS UNTUK
PERUBAHAN: DARI *KNOWLEDGE DISSEMINATION*
KE *KNOWLEDGE MANAGEMENT***

Ignatius Hersumpana

BERBAGI PENGETAHUAN
MEMANG SEBUAH KEHARUSAN



Transformasi pengetahuan untuk perubahan sosial dalam revolusi teknologi informasi merupakan keniscayaan sejarah. Produksi pengetahuan terkait penanggulangan AIDS dan penggunaannya untuk kepentingan praktis pengambilan keputusan dan pemanfaatan oleh masyarakat umum juga semakin menjadi kebutuhan. PKMK FK UGM telah menginisiasi berbagai media untuk proses produksi dan berbagi pengetahuan kebijakan AIDS Indonesia, integrasi program dalam sistem kesehatan umum melalui pertemuan tatap muka dalam bentuk diskusi kultural rutin dengan berbagai pihak, diseminasi, dan pengembangan wacana AIDS berbasis web (www.kebijakanaidsindonesia.net), serta pembelajaran jarak jauh berupa kursus kebijakan AIDS dengan webinar. Berbagai pengalaman pembelajaran tersebut semakin menegaskan pentingnya membangun sebuah komunitas yang secara intensif saling berbagi pengetahuan untuk perbaikan kehidupan. Pertanyaannya, bagaimana proses berbagi dan penggunaan pengetahuan AIDS dari lembaga riset dan perguruan tinggi dapat berjalan berkelanjutan dan memiliki dampak bagi penurunan dan pengurangan jumlah infeksi baru yang semakin efektif menjangkau kalangan yang lebih luas?

Model berbagi pengetahuan melalui tatap muka dalam bentuk diskusi kultural memiliki kelemahan pada peserta yang terbatas, tetapi memiliki kelebihan pada proses interaksi dan ikatan komunitas serta efektivitas dalam penyampaian pengetahuan dalam bentuk interaktif dan partisipatif. Dalam konteks pengembangan komunitas, pembelajaran semua media saling berkaitan dan tidak berdiri sendiri. Sebagai contoh, hasil diskusi tatap muka pada saat yang bersamaan bisa disebarluaskan melalui teknologi *streaming* webinar yang bisa diikuti oleh berbagai pihak di berbagai lokasi. Persoalan yang kemudian perlu dijawab ialah bagaimana mengembangkan manajemen pengetahuan secara sistematis supaya menjadi "*power house*" untuk berbagi pengetahuan praktis bagi khalayak yang lebih luas? Hasil pembelajaran tentang HIV & AIDS akan dikelola sebagai sebuah *database* pengetahuan yang dapat diakses setiap saat oleh siapa pun melalui situs web.

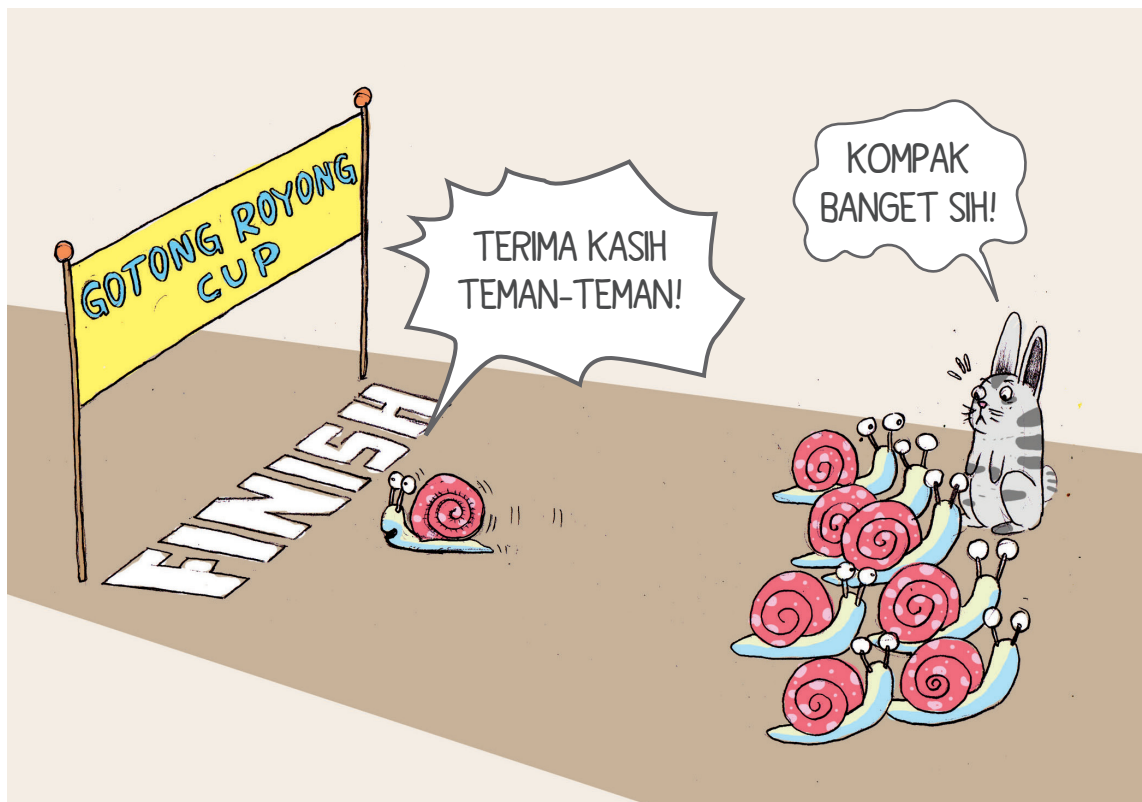
Pengelolaan pengetahuan melalui media sosial berbasis web merupakan terobosan bagi penyebaran pengetahuan yang lebih bermakna sebagai respons dari kemajuan teknologi informasi. Sebagian besar kalangan sekarang ini sudah aktif menggunakan berbagai produk teknologi informasi yang dapat menyebarluaskan dan mengakses informasi secara cepat. Kesempatan ini dapat dikelola untuk membangun sebuah komunitas saling berbagi pengetahuan terkait penyakit HIV & AIDS bagi kalangan masyarakat umum yang masih berpandangan sempit dan diskriminatif terhadap ODHA.

Peluasan pengembangan media sosial sebagai media saling berbagi pengetahuan secara masif untuk kemajuan dan perbaikan hidup dapat menjadi gerakan yang strategis untuk mendorong perubahan perilaku kelompok rentan dan membangun pemahaman komprehensif tentang persoalan HIV & AIDS untuk berbagai kalangan (tokoh agama, tokoh masyarakat, populasi kunci, dan pengambil kebijakan). Tetapi, bagaimana mengelola pengetahuan yang bermanfaat untuk kepentingan pengambilan keputusan pada lembaga-lembaga seperti Komisi Penanggulangan AIDS, Dinas Kesehatan, dan lembaga swadaya masyarakat yang bergerak untuk AIDS? Persoalan keberlanjutan ini terkait erat dengan bagaimana sumber daya yang mendukung dapat dikembangkan melalui pembangunan *database* yang dapat diakses dengan mekanisme berbayar, terutama untuk lembaga-lembaga strategis tersebut.

Berdasarkan pengalaman pembelajaran melalui kombinasi diskusi kultural, webinar, dan situs web, transformasi pengetahuan dan wacana AIDS ke berbagai pihak semakin mendapat perhatian, sebagaimana dapat dilihat dari peningkatan kunjungan ke situs web. Situs web itu sendiri dapat diakses secara gratis. Tantangan ke depan adalah membangun komunitas yang aktif dan mau berbagi sebagai bagian dari masyarakat yang terbuka untuk perubahan dan perbaikan kondisi hidup. Transformasi dari penyebaran pengetahuan AIDS (*knowledge dissemination*) menjadi manajemen pengetahuan (*knowledge management*) membutuhkan pengorganisasian, sumber daya manusia yang aktif untuk mengelola *database* pengetahuan tersebut. Ini merupakan media pembelajaran yang potensial untuk membangun masyarakat informatif terkait AIDS berbasis teknologi media sosial—sesuatu yang semakin mewarnai perkembangan masyarakat modern, termasuk perubahan orientasi dan perilaku seksual yang berisiko. []

PENDEKATAN GENERASI KEEMPAT UNTUK PENANGGULANGAN HIV & AIDS

Chrysant Lily Kusumowardoyo



Dalam sebuah edisi jurnal *AIDS Care* bertema mobilisasi komunitas, Campbell dan Cornish (2010) memetakan tiga pendekatan utama yang telah berjalan dalam penanggulangan HIV & AIDS, khususnya yang menasar pada perubahan perilaku. Pendekatan pertama adalah peningkatan kesadaran tentang HIV yang menekankan pada individu sebagai agen perubahan. Pendekatan ini menggunakan

asumsi tradisional bahwa orang melakukan perilaku berisiko karena ketidaktahuan dan sebaliknya akan membuat pilihan yang rasional (yaitu mengubah perilaku beriskonya) apabila memiliki informasi yang benar. Tetapi, berbagai studi menunjukkan bahwa pendekatan berbasis individu ini sering kali membawa hasil yang mengecewakan. Akses terhadap informasi hanya sebagian penentu saja dalam perubahan perilaku.

Merespons kekurangan pendekatan berbasis individu, muncullah pendekatan generasi kedua, yaitu pendidik sebaya. Pendekatan ini berasumsi dasar bahwa kelompok sebaya memiliki pengaruh besar dalam perilaku seksual dan kesehatan seseorang, sehingga lebih masuk akal apabila intervensi ditargetkan pada kelompok sebaya dan bukan pada individu sebagai unit perubahan. Namun, pendekatan ini bukan tanpa kritik. *Pertama*, metode pendidikan yang digunakan banyak program pendidik sebaya cenderung bersifat satu arah. *Kedua*, pendekatan ini dinilai tidak punya konteks pendukung untuk menciptakan lingkungan yang memungkinkan program pendidik sebaya berhasil. Banyak yang berpendapat bahwa mobilisasi komunitas merupakan pendekatan yang bisa menjawab kedua kritik ini, sehingga muncullah pendekatan mobilisasi komunitas sebagai pendekatan generasi ketiga.

Dalam pendekatan generasi ketiga ini, unit perubahan sudah lebih luas lagi daripada sekadar pada kelompok sebaya, yaitu di level komunitas. Asumsi yang dipakai yaitu populasi kunci akan lebih mungkin mengubah perilakunya apabila ada dukungan untuk melakukan perilaku yang baru, baik dari kelompoknya sendiri maupun dari aktor-aktor yang berpengaruh di luar kelompoknya. Di satu sisi, ada kesepahaman umum bahwa mobilisasi komunitas yang kuat bisa memainkan peranan penting dalam memperkuat program penanggulangan HIV & AIDS. Di sisi lain, ada keraguan bahwa sektor komunitas memiliki sumber daya yang memadai untuk memberikan respons terhadap HIV & AIDS, apalagi sebagian besar komunitas dampak merupakan komunitas marjinal dalam masyarakat.

Di sinilah Campbell dan Cornish (2010) mengajukan gagasan pendekatan generasi keempat, yaitu pendekatan yang memberi perhatian pada konteks sosial yang lebih luas tempat mobilisasi komunitas untuk penanggulangan HIV & AIDS dilaksanakan. Pendekatan ini berargumentasi bahwa berbagai upaya mobilisasi komunitas hanya bisa efektif apabila lingkungan sosialnya mendukung upaya-upaya tersebut. Dimensi dari konteks sosial yang mendukung ini paling kurang ada tiga, yaitu dimensi simbolis, material, dan relasional. Dimensi simbolis adalah ideologi yang ada di dalam masyarakat, termasuk stigma yang memengaruhi bagaimana komunitas diperlakukan oleh komunitas lain. Dimensi material berkaitan dengan dukungan dalam bentuk pendanaan untuk memobilisasi komunitas. Dimensi relasional adalah dukungan dari pemangku kepentingan yang berpengaruh, seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, politisi, polisi, dan media. Selama tiga dimensi konteks ini tidak mendukung, kemungkinan upaya mobilisasi komunitas akan sulit berhasil.³⁷

Konteks sosial bukan merupakan sesuatu yang baku, tapi sering kali merupakan produk dari aksi para pengambil keputusan, misalnya sektor pemerintah dan lembaga donor. Agar pendekatan generasi keempat ini berhasil, diperlukan komitmen politik yang kuat dari para pengambil keputusan untuk mengubah atau menciptakan konteks yang diperlukan demi memaksimalkan hasil dari berbagai upaya mobilisasi komunitas. Seperti yang diungkapkan oleh Campbell dan Cornish (2010), mobilisasi komunitas tidak cukup dengan memberikan keterampilan kepada kader-kader masyarakat untuk melaksanakan sebuah program penanggulangan HIV & AIDS bersama-sama. Memobilisasi komitmen politik untuk menciptakan lingkungan yang kondusif bagi kegiatan komunitas, baik di tingkat lokal, nasional, maupun internasional, juga mutlak diperlukan demi berhasilnya mobilisasi komunitas untuk penanggulangan HIV & AIDS. []

Bacaan

Campbell, C. dan F. Cornish. 2010. "Towards a 'Fourth Generation' of Approaches to HIV & AIDS Management: Creating Contexts for Effective Community Mobilisation." *AIDS Care* 22 (Supplement 2): 1569–1579. DOI: 10.1080/09540121.2010.525812.

³⁷ Penjelasan lebih lanjut tentang dimensi-dimensi dari lingkungan kondusif ini bisa dilihat dalam dua studi kasus yang disajikan oleh Campbell dan Cornish (2010) dalam tulisannya.



PENANGGULANGAN HIV & AIDS DAN SENSITIVITAS GENDER

Muhammad Suharni

Setiap tanggal 21 April diperingati Hari Kartini untuk mengenang Raden Adjeng Kartini. Perempuan kelahiran Jepara pada 21 April 1879 ini berjasa besar membuka jalan bagi perempuan Indonesia untuk berkiprah dalam kehidupan dan keberlangsungan bangsa. Kartini menunjukkan keberpihakan dan keprihatinannya pada nasib perempuan.

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan, sejak 1987 hingga Desember 2013, jumlah kumulatif perempuan HIV & AIDS adalah 15.565 kasus. Penderita tertinggi adalah ibu rumah tangga (6.230), diikuti wiraswasta (5.892), tenaga nonprofesional/karyawan (5.287), petani/peternak/nelayan (2.261), buruh kasar (2.047), penjaja seks (2.021), pegawai negeri sipil (1.601), dan anak sekolah/mahasiswa (1.268). Mengapa kaum perempuan selalu menjadi korban penyakit AIDS? Sudahkah kebijakan dan program penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia berpihak pada perempuan dan berkeadilan gender?

Pada 2003, *Executive Direction, Family and Community Health*, Badan Kesehatan Dunia (WHO), T. Türmen, menulis artikel tentang pentingnya analisis gender dalam program HIV & AIDS. Menurut Türmen (2003), integrasi gender dalam kebijakan dan program untuk meningkatkan akses perempuan atas pendidikan dan informasi mengenai HIV itu penting dalam rangka mengakhiri epidemi HIV.

Sebelumnya, pada Juli 2000 saat *Plenary Address XIIIth International AIDS Conference* di Durban, Afrika Selatan, Geeta Rao Gupta menyampaikan pandangannya tentang gender, seksualitas, dan HIV & AIDS. Berbicara tentang gender tentu berbeda dengan berbicara tentang seks. Gupta (2000) menjelaskan bahwa gender tidak sama dengan seks. Gender mengacu pada ekspektasi luas terhadap harapan, norma, dan kepantasan perilaku lelaki dan perempuan, termasuk karakteristik dan peran lelaki dan perempuan dalam masyarakat. Gender mengacu pada konstruksi sosial dan kultural yang membedakan antara lelaki dan perempuan serta relasi keduanya.

Sudah banyak penelitian tentang ketidakadilan gender, tetapi terkait dengan HIV & AIDS, salah satu poin yang perlu dicatat adalah ketidakadilan gender itu nyata dan terang benderang di dalam norma masyarakat serta kebijakan dan program HIV & AIDS. Sekadar contoh, jika ada perempuan yang menjadi korban kejahatan seksual atau terkena penyakit infeksi menular seksual maka pandangan yang mempersalahkan perempuan itu selalu ada, mulai dari anggota masyarakat umum sampai pejabat. Selain itu, diskriminasi dalam produk kebijakan dan program HIV & AIDS, misalnya dalam Strategi Rencana Aksi Nasional (SRAN) 2010–2014, dapat dilihat dari munculnya istilah dan data tentang Wanita Pekerja Seks (WPS), sementara data tentang lelaki pekerja seks tidak ada, yang tercatat adalah lelaki berhubungan seks dengan lelaki (LSL). Padahal, lelaki yang bekerja sebagai pekerja seks komersial itu nyata adanya, yang disebut sebagai “gigolo”. Masih dalam SRAN 2010–2014, meski data tentang estimasi pekerja seks lelaki cukup tinggi, kebijakan dan program belum menyentuh kelompok ini. Dua contoh tersebut memberikan gambaran bahwa sensitivitas gender dalam kebijakan dan program HIV & AIDS masih perlu ditingkatkan.

Rentannya perempuan terkena HIV & AIDS serta besarnya beban yang mereka tanggung adalah akibat sekaligus penyebab ketidakadilan gender dalam kebijakan dan program penanggulangan HIV & AIDS. Ketiadaan ruang bagi perempuan untuk berbicara tentang seks menjadi kendala sendiri dalam penanggulangan HIV & AIDS. Keterbatasan ruang untuk berbicara tentang seks di kalangan perempuan berakibat pada ketiadaan akses terhadap informasi tentang kesehatan seksual bagi mereka. Sebaliknya, norma dan sikap permisif terhadap para lelaki untuk berbicara dan berperilaku seksual yang lebih terbuka menimbulkan lelaki rentan tertular penyakit seksual. Perilaku seksual bebas dan berganti-ganti pasangan pada lelaki menyebabkan penularan penyakit seksual yang pada gilirannya menularkan penyakit ini kepada perempuan.

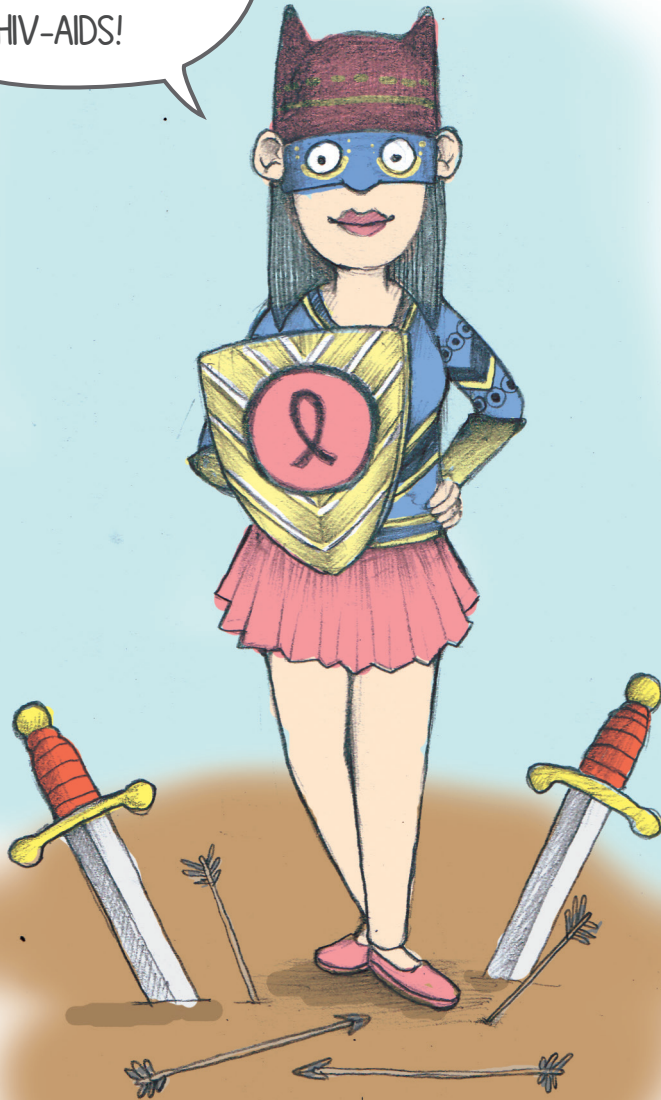
Bias dan sensitivitas gender dalam berbagai kebijakan dan program HIV & AIDS masih banyak terjadi. Produk kebijakan yang responsif gender baru setingkat peraturan menteri, yaitu berupa Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 9 Tahun 2010 tentang Pedoman Perencanaan dan Penganggaran dalam Pencegahan dan Penanggulangan HIV & AIDS yang Responsif Gender. Sensitivitas dan keadilan gender dalam penanggulangan HIV & AIDS masih perlu diperjuangkan. Perjalanan ini telah dimulai dan disuarakan oleh "Kartini" muda, Suzana Murni, melalui perjuangan hingga akhir hayatnya. Pidatonya yang berjudul "Memecah Penghalang" pada pembukaan *International Conference on AIDS in Asia and the Pacific* di Melbourne, 5 Oktober 2001, mengingatkan kita pada advokasi memperjuangkan hak ODHA. Perjuangan menanti kiprah generasi penerus Kartini ini masih panjang. []

Bacaan

Gupta, G.R. 2000. "Gender, Sexuality, and HIV & AIDS: The What, the Why, and the How." Makalah dalam *Plenary Address XIIIth International AIDS Conference* di Durban, Afrika Selatan, pada 12 Juli 2000. Washington, D.C. (Amerika Serikat): International Center for Research on Women.

Türmen, T. 2003. "Gender and HIV & AIDS." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 82: 411–418. DOI: 10.1016/S0020-7292(03)00202-9.

PEREMPUAN
JUGA HARUS BERDAYA
MENGATASI
HIV-AIDS!



Kesetaraan Gender dalam Penanggulangan HIV & AIDS dan Hubungannya dengan Pencapaian MDGs

Ita Perwira

Feminisasi pada HIV & AIDS dianggap sebagai konsep yang lebih baru bila dibandingkan dengan konsep feminisasi pada kemiskinan. Jika tulisan Kang'ethe (2015) mencoba melihat permasalahan gender dalam penanggulangan HIV & AIDS serta hubungannya dengan pencapaian *Millennium Development Goals* (MDGs) di Botswana dan Afrika Selatan, kita akan melihatnya dari Indonesia.

Data global menunjukkan bahwa jumlah perempuan yang terinfeksi HIV & AIDS lebih tinggi bila dibandingkan dengan jumlah laki-laki yang terinfeksi (UNAIDS 2015). Data yang sama juga ditunjukkan di Botswana dan Afrika Selatan (Kang'ethe 2015). Sementara itu, di Indonesia, menurut Kementerian Kesehatan (2015), jumlah kasus infeksi HIV & AIDS pada laki-laki selalu lebih tinggi bila dibandingkan dengan perempuan. Namun, bila dilihat dari jumlah proporsi setiap tahun, jumlah perempuan yang terinfeksi semakin meningkat bila dibandingkan dengan laki-laki.

"Feminisasi pada HIV & AIDS memiliki dimensi gender karena pada umumnya beban untuk merawat keluarga secara umum ada di tangan perempuan"

HIV bukan hanya masalah yang berkaitan dengan kesehatan. HIV memengaruhi hampir seluruh aspek kehidupan manusia. Bagi perempuan, cakupan isu terkait HIV ini berpengaruh penting pada tingginya risiko dan kerentanan penularan HIV, terutama karena adanya faktor budaya, kemiskinan, kekerasan dalam rumah tangga, dan diskriminasi gender. Feminisasi pada kemiskinan memberikan pengaruh negatif pada semua aspek dalam diri wanita dan kapasitas mereka untuk memperoleh kehidupan yang layak bagi diri mereka sendiri, anak-anak mereka, dan keluarga mereka secara umum.

Feminisasi pada HIV & AIDS memiliki dimensi gender karena pada umumnya beban untuk merawat keluarga secara umum ada di tangan perempuan. Karena itu, dampak HIV & AIDS lebih besar pada perempuan bila dibandingkan pada laki-laki. Beban untuk merawat keluarga atau pasangan yang terinfeksi HIV juga lebih besar pada perempuan sebab pada umumnya tingkat pendidikan dan pengetahuan terkait HIV pada perempuan jauh lebih rendah bila dibandingkan dengan laki-laki. Banyak perempuan yang akhirnya tertular HIV dari pasangannya.

Kang'ethe (2015) menggambarkan hubungan yang erat antara kemiskinan dan HIV & AIDS pada kelompok wanita penaja seksual (WPS) dengan kondisi sosio-ekonomi yang rendah. Hal itu terjadi karena desakan kebutuhan yang sangat tinggi dan rendahnya pengetahuan mereka telah menyisihkan kekhawatiran mengenai risiko penularan HIV atau penyakit lain. Alasan utamanya ialah HIV masih memberikan kesempatan hidup untuk esok hari, sementara kemiskinan dan kelaparan tidak demikian. Mereka juga masih harus memberi makan anak. Kondisi di Indonesia mungkin tidak seekstrem itu, tetapi pertimbangan kemiskinan berperan besar dalam penularan HIV, khususnya pada WPS, karena lemahnya kekuatan bernegosiasi. Kondisi ini menjadi tantangan terbesar dalam program Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual (PMTS) di Indonesia.

Faktor budaya dan mitos juga sangat berpengaruh, yang umumnya tidak berpihak pada perempuan. Dalam penelitiannya di Botswana dan Afrika Selatan, Kang'ethe (2015) mendapati mitos bahwa HIV & AIDS adalah penyakit perempuan, sehingga berpengaruh pada rendahnya partisipasi laki-laki. Selain itu, budaya patriarki juga sangat kuat. Perempuan ditempatkan pada posisi yang lebih lemah dan menjadi objek seksual dan dianggap penting hanya sebagai alat untuk memperoleh keturunan dan pengasuhan anak dan keluarga. Budaya ini banyak dianut di Indonesia dan telah menempatkan perempuan pada posisi tidak memiliki suara dan hak.

Terkait dengan MDGs, isu perempuan dan HIV menjadi target pada poin 3 (*promote gender equality dan empower women*) dan 6 (*combat HIV & AIDS, malaria and other disease*). Namun, saat ini masih terdapat beberapa celah dan tantangan besar yang dihadapi, yaitu (1) hanya sedikit kemajuan pada kesetaraan gender dan pengurangan kekerasan; (2) komitmen politik pada hak dan kesehatan reproduktif belum cukup; (3) dukungan terhadap intervensi yang dilakukan oleh perempuan masih kurang; (4) pintu masuk untuk menjangkau perempuan masih sangat terbatas; (5) perlu ditingkatkannya program intervensi yang sudah berhasil. Untuk itu, perlu diambil tindakan ke depan, yaitu dengan (1) kembali memperbarui komitmen politik; (2) menutup celah pembiayaan; (3) merevitalisasi platform advokasi khususnya untuk perempuan dan HIV; (4) meningkatkan ketersediaan data; (5) memastikan intervensi yang responsif (UNAIDS 2015). []

Bacaan

UNAIDS. 2015. "How AIDS Changed Everything: MDG 6: 15 Years, 15 Lessons of Hope from the AIDS Response."

Kang'ethe, M.S. 2015. "Exploring Feminization of HIV & AIDS and Millennium Development Goals (MDG) with Examples from Botswana and South Africa." *Journal of Human Ecology* 49 (3): 211–217.

Kementerian Kesehatan RI. 2014. "Laporan Situasi Perkembangan HIV & AIDS di Indonesia Triwulan III Tahun 2014."

MEMAHAMI KONSEP RISIKO (PENULARAN HIV) DALAM KONTEKS RELASI SOSIAL

Ignatius Praptoraharjo



Risiko, persepsi risiko, faktor risiko, dan perilaku berisiko merupakan konsep-konsep utama dalam penelitian tentang penularan HIV & AIDS selama ini. Konsep risiko sebenarnya telah menjadi sebuah topik penelitian dalam ilmu-ilmu sosial sejak empat puluh tahun lalu. Risiko secara umum didefinisikan sebagai suatu kemungkinan terjadinya dampak buruk atas tindakan tertentu (Fox 1998). Definisi ini mengandaikan suatu akibat buruk atau bahaya dari tindakan tertentu. Maka, risiko akan selalu berkaitan dengan akibat buruk atau bahaya. Konsep risiko bisa menunjukkan kemungkinan memperoleh dampak buruk (*risk taking*) atau sesuatu yang dilakukan pihak lain (*something done to you*). Risiko dan akibat buruk merupakan konstruksi sosial yang berarti bisa diberi makna, dibesar-besarkan, atau didramatisasi. Proses konstruksi itu akan ditentukan oleh diskursus yang terjadi di dalam masyarakat tentang itu.

Dalam dunia HIV & AIDS, bahaya (penularan) merupakan fenomena yang objektif dan netral, sementara risiko adalah sebuah konstruksi sosial karena kriteria-kriteria yang memungkinkan terjadinya penularan telah ditentukan oleh para ahli melalui diskursus atau wacana ilmiah. Ini menunjukkan bahwa definisi risiko terkait penularan HIV & AIDS sendiri telah ditentukan oleh diskursus yang mengarah pada objektivasi risiko. Implikasinya, definisi ini yang kemudian diterjemahkan oleh peneliti atau pelaksana program untuk menentukan prosedur-prosedur baku yang bisa digunakan untuk menilai tindakan apa yang berisiko dan yang tidak. Implikasi lebih lanjut adalah adanya kategori perilaku berisiko di mana orang yang berisiko didefinisikan sebagai seseorang yang tidak mampu mengelola manajemen risiko sehingga perlu dibantu oleh pihak lain melalui informasi dan layanan yang disediakan. Konsep risiko dengan demikian harus dilihat dalam kaitannya dengan praktik-praktik yang membedakan "orang baik-baik" (mereka yang mampu mengelola risiko) dan "orang yang berisiko" (tidak bisa mengelola risiko).

Hasil penelitian tentang risiko menunjukkan bahwa apa yang telah dikonseptualisasikan sebagai berisiko oleh para ahli secara ilmiah berkemungkinan dipersepsikan lain oleh orang awam. Risiko dan bahaya dilihat berdasarkan penilaian intuitif dari orang awam. Hubungan seks yang "tidak aman" oleh sebagian orang bukan dikategorikan sebagai "perilaku berisiko" karena bagi mereka tindakan tersebut memiliki makna yang berbeda dari pemaknaan para ahli kesehatan. Demikian pula berbagai jarum dalam menggunakan napza juga dimaknai secara berbeda di antara orang awam dan para ahli. Akibatnya, definisi risiko yang "dipaksakan" oleh para ahli sering kali mengalami kegagalan dalam mendorong perubahan perilaku yang "tidak berisiko" karena adanya konstruksi yang berbeda antara para ahli dan orang awam tentang makna suatu tindakan. Oleh karena itu, dalam melihat situasi begini, perilaku harus dilihat bukan saja sebagai penilaian yang berbeda atas risiko, tetapi juga dalam konteks pandangan hidup (*worldview*) yang mungkin berbeda belaka. Dengan begitu, mencermati pemaknaan atas sebuah perilaku berisiko sekaligus bisa mencermati besarnya kesenjangan antara persepsi pelaku tindakan berisiko dengan persepsi dominan tentang risiko.

Pengertian tentang risiko yang demikian mengimplikasikan bahwa konsekuensi buruk bisa diakibatkan karena seseorang melakukan tindakan sosial tertentu atau seseorang memperoleh akibat buruk atas tindakan orang lain. Makna ganda dari risiko ini menunjukkan bahwa risiko pada dasarnya dapat terjadi secara personal maupun sosial. Risiko perilaku seksual atau perilaku penggunaan napza, sebagai sebuah kemungkinan memperoleh atau menularkan HIV, mengindikasikan terjadi pada konteks relasi sosial tertentu. Atau dengan kata lain, perilaku berisiko bisa dimaknai sebagai hubungan sosial yang berbahaya (Sibthorpe 1992). Yang menjadi persoalan kemudian ialah bagai apa yang disebut hubungan sosial yang berisiko ini, dan oleh siapa hubungan sosial ini dianggap berisiko? Manifestasi dari persepsi tentang risiko terwujud dalam relasi sosial, maka persepsi risiko akan terikat dengan makna relasi sosial ini. Makna perilaku seksual bisa berarti hubungan ekonomi, hubungan sosial yang berjarak, atau sebaliknya hubungan sosial yang dekat. Atau dalam konteks penggunaan bersama alat-alat suntik dipersepsikan sebagai sebuah kedekatan, kepercayaan, keterikatan emosional, dan sebagai manajemen terhadap kebutuhan penggunaan napza.

Ulasan di atas juga secara tidak langsung menunjukkan bahwa dalam melihat risiko seseorang akan mengaitkannya dengan risiko lain yang mungkin ada dalam relasi sosial yang lain. Gambarnya begini. Hubungan seks yang tidak aman pada satu sisi akan menyebabkan tertularnya HIV, tetapi pada sisi lain, jika seseorang mengurangi risiko dengan menggunakan kondom, maka ada risiko lain yang muncul, misalnya kehilangan kepercayaan terhadap hubungan personal yang dimilikinya. Mari ambil contoh. Seorang pekerja seks pada dasarnya memiliki banyak risiko yang harus dihadapi sehari-hari yang berkaitan dengan gaya hidupnya, misalnya kekhawatiran untuk bisa memenuhi kebutuhan hidupnya, ditangkap polisi karena menjual seks, atau mengalami kekerasan dari pelanggannya. Semua itu mendorong dirinya untuk memilih risiko apa yang bisa diterima dan risiko apa yang tidak bisa diterima, sehingga memunculkan semacam hierarki risiko. Risiko yang paling tidak bisa diterima menjadi risiko yang memperoleh prioritas untuk dikurangi. Mengurangi risiko agar memiliki dan dicintai oleh pasangan seksualnya, misalnya, tampaknya menjadi prioritas bagi pekerja seks (Wolffers *et al.* 1999).

Meskipun tidak selalu bersifat resiprokal, relasi sosial mengandaikan suatu negosiasi antara persepsi satu aktor dengan aktor yang lain. Menggunakan kondom merupakan hasil persepsi risiko atau kalkulasi dari seseorang yang dikomunikasikan dengan pasangan seksualnya. Demikian juga tidak menggunakan kondom merupakan hasil negosiasi dan kalkulasi dari aktor-aktor yang terlibat di dalam hubungan itu. Pada tataran kognitif, tindakan berisiko juga merupakan hasil persepsi seseorang tentang risiko dan realitas sosial yang ada di hadapannya (Rhodes 1997). Rasionalisasi risiko yang pada dasarnya terletak pada konteks relasi sosial akan mengimplikasikan adanya hubungan kekuasaan (*power relationship*) (van Campenhoudt *et al.* 1997). Pilihan dan tindakan seseorang bisa menjadi hambatan (*constraint*) bagi orang lain di dalam melakukan tindakan yang dimaksud. Catatan ini juga sekaligus menggarisbawahi bahwa tindakan sosial mengandung negosiasi sehingga memungkinkan tindakan tersebut menjadi sebuah dominasi atas persepsi orang lain, menjadi kompromi atau tindakan penyerahan diri. Kelebihan relatif dari seseorang baik secara material maupun emosional akan menentukan bagai apa bentuk relasi sosial yang terjadi di antara dua aktor. Ketika perbedaan sumber daya ini muncul, maka hubungan yang bersifat asimetri tampaknya akan terjadi di mana orang yang memiliki kelebihan relatif akan mendominasi diskursus yang terjadi pada relasi sosial ini. Pada tingkat empiris, Melendez dan Pinto (2007) menunjukkan bagai apa perilaku seks berisiko antara waria dan pasangan seksualnya bisa digambarkan sebagai konsekuensi hubungan yang menunjukkan ketidakseimbangan dalam relasi kuasa. Demi mempertahankan hubungan emosionalnya, waria cenderung akan mengakomodasi kebutuhan-kebutuhan dari pasangan seksualnya baik secara seksual maupun sosial, bahkan, meskipun berisiko tertular HIV.

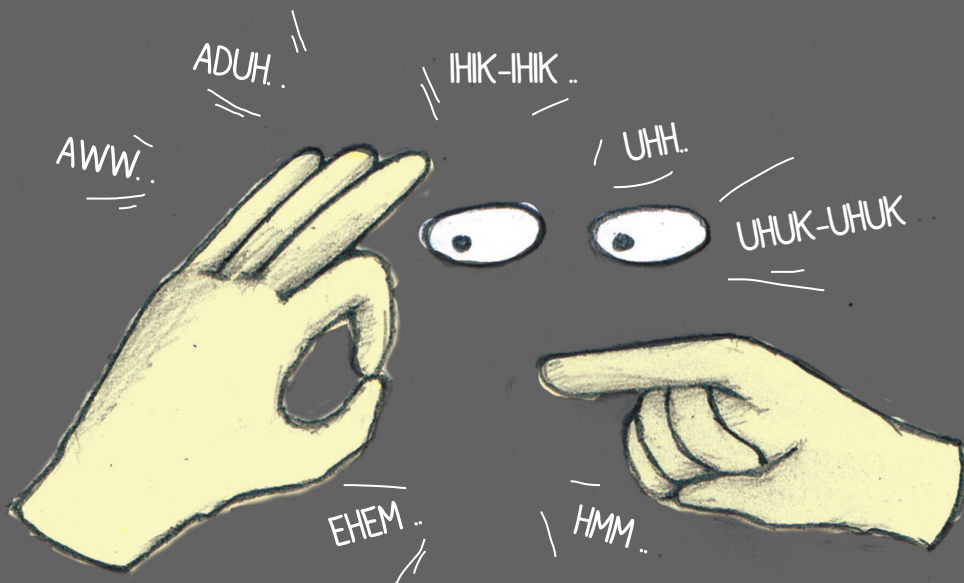
Pemahaman tentang risiko di dalam konteks relasi sosial mengimplikasikan bahwa pemahaman tentang faktor-faktor risiko penularan HIV pada dasarnya harus mampu mengidentifikasi berbagai aspek dan pola relasi sosial yang dimiliki oleh seseorang serta bagaimana mekanisme relasi sosial yang terpola memengaruhi perilaku berisiko secara seksual. Isu ini kurang bisa dilihat di dalam pendekatan keperilakuan (*behaviouralist*) yang selama ini mendominasi penanggulangan HIV & AIDS di mana persepsi individu merupakan sebuah kehendak bebas, sukarela, dan dikalkulasi secara ekonomis (Bajos dan Marquet 2000). Dalam konteks yang demikian, diperlukan perspektif lain yang bisa digunakan untuk memberikan dasar yang lebih kuat di dalam pengembangan intervensi penanggulangan HIV & AIDS yang mampu menyikapi relasi-relasi sosial di antara aktor sosial agar bisa mengurangi terjadinya penularan HIV (Neaigus 1998). Pendekatan ini harus mampu melihat bagaimana relasi sosial yang mengorganisasikan orang yang rentan dan yang telah terinfeksi bisa saling berelasi, juga bagaimana pola pemaparan dan penularan HIV melalui pengaruh sosial, perilaku berisiko, atau protektif di mana mereka saling terlibat. []

Bacaan

- Bajos, N. dan J. Marquet. 2000. "Research on HIV Sexual Risk: Social Relations-based Approach in a Cross-Cultural Perspective." *Social Science & Medicine* 50(11): 1533–1546.
- Fox, N. 1998. "'Risk', 'Hazard', and Life Choices: Reflections on Health at Work." *Sociology* 32(4): 665–687.
- Melendes, R.M. dan R. Pinto. 2007. "'It's really a hard life': Love, Gender and HIV Risk among Male-to-Male Transgender Persons." *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care* 9(3): 233–245.
- Neaigus, A. 1998. "The Network Approach and Interventions to Prevent HIV among Injection Drug Users." *Public Health Reports* 113(Supplement 1): 140–149.
- Rhodes, T. 1997. "Risk Theory in Epidemic Times: Sex, Drugs, and The Social Organization of 'Risk Behaviour'." *Sociology of Health & Illness* 19(2): 208–227.
- Sibthorpe, B. 1992. "The Social Construction of Sexual Relationship as a Determinant of HIV Risk Perception and Condom Use among Injecting Drug Users." *Medical Anthropology Quarterly* 6(3): 255–270.
- van Campenhoudt, L., M. Cohen, G. Guizzardi, dan D. Hausser, penyunting. 1997. *Sexual Interaction and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. London: Taylor & Francis.
- Wolffers, I., R.S. Triyoga, E. Basuki, D. Yudhi, W. Devillef, dan R. Hargono. "Pacar and Tamu: Indonesian Women Sex Workers' Relationships with Men." *Culture, Health & Sexuality* 1(1): 39–53.

DILEMA DALAM MENGEMBANGKAN KEBIJAKAN PENCEGAHAN PENULARAN HIV MELALUI TRANSMISI SEKSUAL (PMTS): PERSPEKTIF INTERAKSI SEKSUAL

Ignatius Praptoraharjo



PENGANTAR

Dalam lima tahun terakhir ini penularan HIV melalui hubungan seksual yang tidak aman kembali menjadi faktor risiko yang utama baik secara heteroseksual maupun homoseksual. Kebijakan penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia pun dititikberatkan untuk mengendalikan penularan HIV melalui program Pencegahan Penularan HIV Melalui Transmisi Seksual (PMTS). Pilar PMTS dikembangkan baik secara struktural dengan mendorong terbangunnya lingkungan yang kondusif maupun pada tingkat individual melalui komunikasi perubahan perilaku. Dua fokus program tersebut dilengkapi dengan adanya akses yang lebih besar untuk pemeriksaan infeksi menular seksual dan terjaminnya pasokan kondom. Meskipun demikian, ada satu tingkat fokus yang belum disikapi dengan jelas dalam kebijakan itu, yakni pada tingkat pasangan (*diad*), yang mana hubungan seksual ini pada dasarnya merupakan interaksi antar dua orang yang dengan motif-motif tertentu menentukan bagaimana bentuk hubungan seksual yang mereka jalani.

Studi tentang perilaku seks terkait dengan penularan HIV selama ini menunjukkan bahwa jenis pasangan seks biasanya dikategorikan paling tidak menjadi tiga, yaitu pasangan seks tetap (*regular*), pasangan seks suka sama suka (*casual*), dan pasangan komersial. Jenis-jenis pasangan tersebut sejatinya merujuk pada jenis interaksi sosial yang berbeda antara pasangan satu dengan pasangan lainnya. Hubungan seks pada pasangan nonkomersial cenderung lebih tidak aman (dengan asumsi tidak menggunakan kondom) dibanding dengan hubungan seks dengan pasangan komersial. Dengan melihat karakteristik hubungan sosial berdasarkan jenis pasangan tersebut, tentunya program PMTS akan menghadapi dilema yang serius untuk mempromosikan perilaku seksual yang aman secara konsisten, mengingat selama ini promosi untuk melakukan hubungan seksual cenderung hanya menasar pasangan komersial di mana studi-studi sebelumnya menunjukkan tingkat penggunaan kondom yang lebih tinggi. Dinamika hubungan seks nonkomersial ini menjadi sangat penting diperhatikan karena semakin meningkatnya jumlah pasangan seks nonkomersial yang tertular HIV (misalnya, meningkatnya jumlah pasangan dari penasun, pelanggan WPS, dan LSL yang tertular HIV).

INTERAKSI SEKSUAL

Interaksi seksual pada dasarnya merujuk pada berbagai episode hubungan seksual dua orang yang mencakup di dalamnya semua interaksi dan tindakan komunikasi yang mengarahkan, mengerangkan, dan memberikan makna bagi hubungan seksual dari pasangan tersebut (van Campenhout *et al.* 1997). Berdasarkan definisi tersebut, beberapa pertanyaan perlu diajukan ketika menginvestigasi pola relasi seksual dalam kaitannya dengan risiko penularan HIV, yaitu: (1) Motif-motif apa yang dimiliki oleh dua orang pasangan ini dalam menjalin sebuah interaksi? (2) Apa saja perilaku dari pasangan tersebut jika tujuan akhirnya adalah berhubungan seks? (3) Faktor-faktor apa saja yang berkaitan dengan dorongan atau menghindari risiko HIV yang mungkin terjadi? (4) Sikap-sikap seperti apa yang dimiliki oleh pasangan seksual tersebut untuk melibatkan kondom atau tidak dalam rangka melindungi dari penularan HIV? (5) Situasi seperti apa yang membuat percaya bahwa pasangan yang satu tidak membahayakan pasangan yang lain dalam kaitannya dengan penularan HIV? Beberapa pertanyaan ini pada dasarnya bertujuan untuk mengindikasikan watak hubungan (*nature of relationship*) yang mungkin bisa mengarahkan atas penjelasan mengapa pasangan yang satu lebih memungkinkan berperilaku protektif dibandingkan dengan pasangan yang lain.

Untuk bisa merespons berbagai pertanyaan tentang sifat interaksi seksual ini, Bastard *et al.* (1998) menyarankan perlu dilihatnya beberapa faktor dalam menganalisis relasi seksual, yaitu (1) Analisis jenis pasangan seksual berdasarkan harapan dan sifat atau isi dari hubungan yang dijalinnya; (2) Tahapan dari interaksi sosial tersebut dan posisi pasangan dalam tahapan tersebut; (3) Ruang sosial dari interaksi yang dibangunnya; (4) Keseimbangan kuasa dalam interaksi; (5) Pemahaman tentang tubuh dan kesehatan dalam kaitannya dengan pihak yang lain. Berbagai faktor ini pada hakikatnya bisa mengarahkan pada pemahaman tentang bagaimana cara-cara pasangan tersebut mengadaptasi risiko yang terwujud dalam bentuk-bentuk persepsi terhadap pasangan dan perilaku yang dilakukan digunakan dalam kaitannya dengan masalah HIV & AIDS di dalam relasi yang sedang mereka jalani. Berbagai faktor ini bisa digunakan untuk menganalisis proses komunikasi tentang risiko di antara pasangan seksual dan berbagai metode konkret untuk melakukan perlindungan terhadap kemungkinan penularan HIV & AIDS, termasuk di dalamnya proses rasionalisasi dan berbagai alasan untuk menjelaskan praktik-praktik tersebut.

Dengan demikian, sebuah interaksi seksual akan menyangkut dimensi situasional, waktu, makna, kuasa, emosi, dan risiko (van Campenhoudt *et al.* 1997). Masing-masing dimensi ini akan berpengaruh terhadap variasi hasil akhir dari perilaku seksual yang dikembangkan oleh pasangan seksual tersebut. Dalam perspektif sosiologis, berbagai dimensi ini merujuk pada dimensi struktur, proses, dan makna. Dengan memperhatikan dimensi-dimensi ini, interaksi seksual tidak bisa hanya disederhanakan dalam analisis tentang keluaran (*output*) semata—memakai kondom atau tidak memakai kondom—melainkan harus mengkaji berbagai situasi yang menjadi konteks dari keluaran atas interaksi sosial tersebut. Beranjak dari pemikiran ini, maka penanggulangan HIV & AIDS dalam hubungan seksual seharusnya menempatkan pendekatan interaksional sebagai fokus untuk mendorong perubahan perilaku, karena bagaimanapun penggunaan kondom atau tidak akan tergantung sifat interaksi dari pasangan yang mengikatkan diri untuk berhubungan seksual.

Pentingnya memahami interaksi antar dua orang ini ditegaskan oleh Ahlemeyer (1997) yang melihat bahwa interaksi seksual pada dasarnya merupakan sebuah sistem komunikasi yang dikembangkan oleh dua orang yang menjadi pasangan seksual yang terlepas dari sistem komunikasi yang lebih besar. Menurutnya, hubungan sistem diadik ini adalah sebuah sistem yang relatif tertutup di mana pengaruh sosial maupun karakteristik pribadi tidak bisa secara langsung bisa memengaruhi relasi di antara dua orang sepasang. Pengaruh ini hanya akan tampak ketika norma sosial atau harapan pribadi masuk akal di dalam sistem diadik tersebut. Sebagai sebuah sistem yang tertutup, sistem diadik akan memungkinkan juga untuk menginvestigasi mengapa tindakan yang aman hanya bisa dilakukan dengan pasangan tertentu sedangkan dengan pasangan lain tindakan tersebut tidak berlaku.

KEDEKATAN EMOSIONAL

Dimensi pertama yang perlu dilihat dalam memahami interaksi seksual adalah kedekatan emosional. Kedekatan emosional merujuk pada seberapa besar harapan dan komitmen yang dimiliki oleh pasangan seksual terhadap hubungan yang sedang dikembangkan melibatkan cinta atau kepercayaan terhadap satu dengan yang lain. Dengan demikian, dimensi ini bisa dilihat dari dua hal, yaitu harapan dan komitmen.

Dalam relasi seksual antara pekerja seks dan pasangan seksualnya, pekerja seks memiliki harapan yang berbeda ketika mengembangkan hubungan dengan pasangan tetap dan komersialnya. Hubungan dengan pasangan tetap cenderung akan melibatkan cinta dan kepercayaan, sedangkan hubungan dengan pasangan komersial lebih didominasi oleh hubungan bisnis semata (Nemoto *et al.* 2004; Wolfers *et al.* 1991). Sementara itu, dilihat dari pasangan seksualnya, laki-laki yang memiliki relasi dengan pekerja seks mempunyai variasi harapan tertentu terhadap hubungan yang mereka bangun. Laki-laki yang tertarik karena kepribadian pekerja seks cenderung akan lebih melibatkan perasaan cinta, sementara laki-laki yang menjalin hubungan seksual dengan waria karena ketertarikan fisik dan eksotisme cenderung akan lebih mementingkan hubungan yang didominasi oleh pertukaran (Oprario *et al.* 2008).

Kedekatan emosional juga bisa dilihat berdasarkan pada komitmen pada hubungan yang sedang dibangun pasangan. Bastard *et al.* (1997) membedakan komitmen ini dengan menganalisis makna dari interaksi seksual yang dibangun yaitu *fusion relationships* dan *associative relationships*. Pasangan seksual yang berkomitmen terhadap *fusion relationships* cenderung akan memiliki kedekatan emosional

yang erat dalam arti romantik yang merupakan bagian dominan dari hubungan karena hubungan ini mengandaikan adanya *total sharing* di berbagai aspek hidup mereka. Sementara itu, *associative relationship* merupakan relasi yang lebih menekankan aspek pertukaran. Pertimbangan rasional dan untung rugi lebih dominan di dalam relasi ini daripada aspek romantisme. Hubungan ini misalnya sangat tampak pada hubungan pekerja seks yang terlibat dalam kerja seks karena definisi dari kerja seks merupakan hubungan pertukaran. Oleh karena itu, dilihat dari kedekatan emosional ini, akan terlibat bahwa interaksi seksual yang terjadi lebih sedikit melibatkan aspek emosional sehingga kemungkinan untuk mengintroduksi bentuk perlindungan terhadap penularan HIV lebih dimungkinkan karena rasionalitas ekonomi lebih menjadi dasar atas tindakan tersebut. Sementara perilaku protektif menjadi lebih sulit dilakukan pada interaksi sosial yang lebih melibatkan emosi, karena upaya perlindungan merupakan hal yang tidak relevan dalam interaksi yang dilandasi oleh cinta dan kepercayaan. Ketika introduksi sistem perlindungan ini dilakukan, maka hubungan yang sedang dibangun sepasang dua orang menjadi dipertanyakan. Meskipun demikian, ini tidak selalu menjadi kasus di dalam interaksi seksual komersial, di mana ketika terjadi kelangkaan pasangan seksual di pasar maka upaya proteksi ini menjadi semakin sulit untuk dilakukan.

WAKTU DALAM INTERAKSI SEKSUAL

Dimensi waktu memiliki pengaruh yang besar terhadap interaksi seksual. Oleh karena interaksi seksual tidak hanya melibatkan tindakan seksual semata, tetapi juga melibatkan aspek komunikasi di antara pasangan seks, maka ia mengerangkakan struktur pada interaksi itu sendiri. Hubungan seks yang pertama kali dilakukan akan memberikan makna yang berbeda dari hubungan seks pada masa-masa berikutnya. Tingkat keakraban (*familiarity*) pasangan seksual yang diimplikasikan oleh komunikasi antar pasangan akan menentukan bentuk perilaku seksual yang dilakukan termasuk juga tentang relevansi penggunaan kondom di dalam hubungan seksualnya. *Familiarity* di dalam interaksi seksual ini dicapai dalam waktu yang relatif singkat karena *self-disclosure* dan *intimacy* yang diimplikasikan oleh hubungan seksual dan konteks kedekatan dari kontak tersebut.

Sejumlah kajian menunjukkan bahwa pasangan seks yang pertama kali berhubungan seks dengan menggunakan kondom dalam hubungan seks berikutnya pada waktu yang relatif cepat akan meninggalkan penggunaan kondom. Demikian juga di dalam konteks prostitusi, semakin dekat pekerja seks dengan pasangan komersialnya, semakin tidak relevan penggunaan kondom karena mereka menjadi lebih saling mengenal.

RELASI KUASA

Analisis interaksi seksual selalu mengimplikasikan adanya analisis relasi kuasa di antara pasangan seksual. Analisis yang tidak memperhatikan aspek relasi kuasa akan mengakibatkan pengambilan kesimpulan yang kurang tepat karena didasarkan pada hubungan yang setara di antara pasangan seksual yang terlibat. Relasi kuasa pada hakikatnya menjadi bagian penting dalam interaksi seksual karena interaksi ini menyertakan dua orang yang memiliki tujuan berbeda dengan sumber daya yang berbeda pula. Selain itu, analisis relasi kuasa memungkinkan untuk mengidentifikasi pengaruh satu pasangan atas pasangan yang lain berdasarkan sumber daya yang dimilikinya. Pengaruh sosial yang berupa ideologi gender, norma seksual, atau hubungan gender terhadap pasangan seksual akan lebih nyata ketika analisis relasi kuasa ini diterapkan.

Keseimbangan kuasa bisa dilihat dari identifikasi atas sumber-sumber kekuasaan yang dimiliki oleh pasangan yang berpotensi memengaruhi interaksi seksual yang mencakup berbagai jenis modal (*capital*) yang dimiliki oleh pasangan yang bersangkutan seperti modal sosial, *ekonomi*, *budaya*, dan simbol (Bastard *et al.* 1997). Penguasaan yang lebih besar atas modal-modal tersebut cenderung akan memiliki pengaruh lebih besar untuk menentukan bentuk dan sifat relasi sosial yang dibangunnya. *Social capital* merujuk pada jaringan sosial yang dimiliki oleh seseorang untuk memperoleh pasangan seksual. *Economic capital* adalah kelebihan ekonomis yang dimiliki oleh seseorang sehingga memiliki kesempatan yang lebih besar untuk memilih dan bertemu dengan pasangan seksual yang lain, menjadi tempat bergantung bagi pasangan seksual yang tidak memiliki sumber ekonomi. Sedangkan *cultural capital* adalah kelebihan seseorang yang diperoleh dari pendidikan atau pengalaman. *Symbolic capital* merujuk pada kemampuan untuk memobilisasi modal-modal tadi guna memperoleh status tertentu atau kelebihan relatif di mata pasangan seksualnya.

Sejumlah kajian telah menunjukkan bahwa kebanyakan perempuan pekerja seks atau waria memiliki keterbatasan dalam penguasaan kapital karena pendidikan mereka yang rendah, tingginya kerentanan ekonomi, pengalaman terhadap diskriminasi, dan keinginan untuk mendapatkan afirmasi identitas gendernya dan isolasi sosialnya (Nemoto *et al.* 2004; Gorbach dan Holmes 2003; Oprario *et al.* 2008; Wolffers *et al.* 1998). Oleh karena itu, dengan menggunakan analisis relasi kuasa, tampaknya perempuan atau waria akan memiliki kuasa yang lebih lemah ketika berhadapan dengan pasangan seksualnya baik komersial maupun nonkomersial. Kelemahan ini yang kemudian dimanfaatkan oleh pasangan seksual mereka untuk memperoleh hubungan seks tak aman yang menurutnya lebih menyenangkan.

KOMUNIKASI SEKSUAL

Sebagaimana telah diulas, interaksi seksual pada dasarnya merupakan sebuah sistem komunikasi yang dibangun oleh pasangan seksual. Jenis-jenis sistem komunikasi dalam interaksi seksual pada gilirannya akan menentukan apakah perilaku aman dimungkinkan atau tidak. Dengan mendasarkan pada karakteristik komunikasi, keterkaitannya dengan lingkungan, serta keterkaitannya dengan risiko terhadap HIV & AIDS, sistem komunikasi di dalam interaksi seksual yang bertujuan untuk memperoleh kesenangan secara seksual, membangun hubungan cinta, untuk menghasilkan keturunan, atau untuk memperoleh penghasilan akan mengimplikasikan relevan atau tidaknya pembicaraan tentang penggunaan kondom di dalam interaksi yang dibangunnya (Ahlemeyer 1997).

Gorbach dan Holmes (2003) melaporkan bahwa komunikasi tentang HIV dan pengurangan risiko tertular pada pasangan-pasangan homoseksual dan heteroseksual menunjukkan variasinya berdasarkan jenis pasangan seksualnya. Lebih jauh mereka melaporkan bahwa komunikasi di antara pasangan tentang penggunaan kondom memiliki asosiasi yang positif terhadap penggunaan kondom. Meskipun demikian, komunikasi tentang penggunaan kondom ini sering menjadi isu yang sulit untuk dimunculkan di dalam sebuah relasi yang melibatkan komitmen emosional karena membawa isu ini ke dalam relasi akan menyebabkan terganggunya relasi yang sedang mereka kembangkan.

IMPLIKASI TERHADAP PENGEMBANGAN KEBIJAKAN PMTS

Ulasan di atas telah menunjukkan bahwa pemahaman tentang relasi seksual antara satu orang dengan orang lain tidak bisa direduksi hanya pada tingkat *output* semata, tetapi harus ada pemahaman yang lebih mendalam tentang dimensi-dimensi di dalam interaksi seksual yang mencakup kedekatan emosional, waktu, relasi kuasa, dan sistem komunikasi di antara pasangan seksual. Perhatian tentang aspek relasional ini secara praktis akan membantu memahami situasi permasalahan dan kondisi-kondisi tertentu yang penting untuk mengembangkan upaya pencegahan sekaligus bisa digunakan untuk memperkuat program-program yang ada dengan memberikan pandangan dari mereka yang melakukan interaksi seksual. Program yang hanya berfokus pada individu jelas tidak akan mampu untuk menangkap kompleksitas interaksi karena mengasumsikan pada kebebasan dan independensi dari individu tersebut. Sementara intervensi yang diarahkan untuk membangun norma sosial tampaknya juga akan menghadapi persoalan efektivitas karena norma sosial yang diperkenalkan hanya akan berdampak jika sesuai dengan sistem komunikasi yang dibangun oleh pasangan seksual tersebut.

Untuk itu, pemahaman yang mendalam tentang karakteristik interaksi seksual ini seharusnya bisa diakomodasikan di dalam pengembangan intervensi PMTS melalui pengembangan strategi komunikasi dan promosi yang lebih spesifik. Misalnya dengan mengintroduksi ukuran-ukuran pengurangan risiko di luar penggunaan kondom sesuai dengan karakteristik hubungan seksual yang dimiliki, mengembangkan promosi penggunaan kondom pada pasangan tetap dengan tidak meningkatkan risiko terhadap hubungan yang sedang dimilikinya, penguatan kegiatan penjangkauan yang tidak semata-mata berfokus pada penyebaran kondom tetapi lebih berfokus pada obrolan tentang seksualitas, serta promosi dan penyediaan layanan konseling dan tes HIV atau IMS bagi pasangan. Meskipun pengembangan program ini tidak mudah, tetapi kesediaan untuk mempertimbangkan kompleksitas interaksi seksual dalam pengembangan program PMTS itu sendiri pada dasarnya sudah merupakan capaian yang lebih maju daripada sebelumnya. []

BACAAN

- Ahlemeyer, H.W. dan D. Ludwig. 1997. Norms of Communication and Communication as a Norm in the Intimate Social System." Dalam *Sexual Interaction and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. Disunting oleh L. van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi, dan D. Hausser, 22–43. London: Taylor & Francis.
- Bastard, B., L. Cardia-Vonèche, D. Peto, dan L. van Campenhoudt. 1997. "Relationships between Sexual Partners and Ways of Adapting to the Risk of AIDS: Landmarks for a Relationship-Oriented Conceptual Framework." Dalam *Sexual Interaction and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. Disunting oleh L. van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi, dan D. Hausser, 44–58. London: Taylor & Francis.
- Gorbach, P.M. dan K. Holmes. 2003. "Transmission of STIs/HIV at the Partnership Level: Beyond Individual-Level Analyses." *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 80(Suppl 3), iii15–iii25. DOI:10.1093/jurban/jtg079.
- Nemoto, T., D. Operario, J. Keatley, dan D. Villegas. 2004. "Social Context of HIV Risk Behaviours among Male-to-Female Transgender of Colour." *AIDS Care* 16(6): 724–35.
- Operario, D., J. Burton, K. Underhill, dan J. Sevelius. 2008. "Men Who Have Sex with Transgender Woman: Challenges to Category-Based HIV Prevention." *AIDS and Behavior* 12(1): 18–26.
- van Campenhoudt, L., M. Cohen, G. Guizzardi, dan D. Hausser, penyunting. 1997. *Sexual Interaction and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. London: Taylor & Francis.
- Wolffers, I., R.S. Triyoga, E. Basuki, D. Yudhi, W. Devilleí, dan R. Hargono. "Pacar and Tamu: Indonesian Women Sex Workers' Relationships with Men." *Culture, Health & Sexuality* 1(1): 39–53.

PERSPEKTIF ALTERNATIF: HUBUNGAN ANTARA KEKERASAN STRUKTURAL DAN AIDS

Ignatius Hersumpna

'O' HARUS DISELIDIKI
DENGAN BERBAGAI
CARA YA?



Dalam salah satu sesi *After Hour Discussion* (AHD), Tim PKMK FK UGM membahas buku karangan Paul Farmer berjudul *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor* (2003). Buku ini menarik karena dihadirkan dengan cara berbeda dibandingkan para penulis akademis lain. Mengusung topik yang serius, yakni terkait kekerasan struktural sebagai argumentasi untuk menjelaskan hubungan antara kebijakan publik yang dibuat oleh manusia—bukan insiden atau *force majeure*—dengan lahirnya penderitaan, kemiskinan, dan ketidakberdayaan melawan penyakit karena tidak memiliki akses atas layanan kesehatan, Paul Farmer memijakkan elaborasinya pada pengalamannya sebagai dokter praktik sekaligus antropolog yang membangun kisah dari catatan etnografis. Sebuah pendekatan alternatif dalam mengkaji sebab dan dampak kekuasaan atas pengalaman penderitaan yang direpresentasikan dalam kisah Achepi dan Chouchou.

Kisah Achepi menggambarkan penderitaan yang dialami oleh seorang gadis dari keluarga sederhana yang tinggal di Kampung Kay, Haiti, daerah lembah yang subur dan melimpah hasil pertanian tapi berubah total sesudah dijadikan waduk penyimpanan air oleh pemerintah dengan mengusir penduduk. Faktor kemiskinan menjadikan Achepi, gadis kecil yang rupawan, harus keluar sekolah tingkat pertamanya untuk membantu orang tua berjualan di pasar. Dalam perjalanannya, Achepi kecil berhubungan asmara dengan Kapten Honorat, seorang tentara, yang sudah memiliki istri dan beberapa pasangan tidak resmi lain. Karena keluguannya, dan faktor sosial, Achepi membangun hubungan seksual dengan Sang Kapten dalam waktu yang singkat, tetapi kemudian berpisah karena Sang Kapten jatuh sakit terserang AIDS. Achepi yang telah menginjak dewasa kemudian pergi bekerja ke kota pada seorang majikan yang bekerja di kedutaan. Di kota, Achepi juga menjalin asmara dengan pemuda sekampung halaman yang menjadi sopir minibus, bernama Blanco. Hubungan Achepi kali ini membuatnya hamil dan berbuntut pada dikeluarkannya dia dari tempat kerja. Achepi akhirnya pulang ke Kampung Kay. Ia, demikian juga bayinya, ternyata terkena AIDS. Achepi meninggal setelah melahirkan si kecil, disusul orang tuanya gantung diri sepeninggal anaknya.


Sementara itu, Chouchou adalah seorang anak dari keluarga miskin yang tinggal di Haiti Tengah, tidak jauh dari tempat Achepi. Pengalaman penderitaan Chouchou bermula setelah peristiwa *coup d'état* hasil pemilu demokratis pertama di Haiti pada 1990-an. Haiti sebelumnya berada dalam genggaman seorang diktator militer, Duvalier. Pemilu demokratis pertama telah memberi kesempatan bagi penduduk

sipil untuk mengekspresikan diri dalam politik, termasuk Chouchou yang karena kemiskinannya hanya bisa mengenyam sekolah dasar selama dua tahun, kemudian *drop out* sesudah ditinggal mati sang ibu. Chouchou bernasib seperti ribuan warga sipil Haiti lain yang mendukung tokoh politik pembaharu, Aristide: mengalami penyiksaan keji oleh militer. Chouchou akhirnya menemui ajal setelah disiksa di barak militer. Kondisinya sangat mengenaskan: memar di hampir seluruh tubuh, bahkan alat kelaminnya dikebiri. Darah memenuhi paru-parunya.

Kedua kisah tersebut menjelaskan apa yang disebut oleh Paul Farmer sebagai kekerasan struktural. Kisah Achepi—meski dia tidak mengalami kekerasan fisik—banyak menjelaskan tentang karakter kekerasan struktural sebagai konsekuensi dari sebuah keputusan atau kebijakan. Menurut Farmer, setidaknya dari kisah Achepi terlihat gamblang kekerasan oleh struktur birokrasi yang melakukan penenggelaman kampung halaman Achepi, soal gender yang digambarkan melalui hubungan Achepi dengan Kapten Honorat (serdadu) dan Blanco (sopir)—yang ternyata keduanya menjadi sumber penyakit (AIDS), sekaligus kemiskinan yang menyebabkan Achepi dan keluarganya tidak mendapatkan layanan kesehatan yang layak sehingga akhirnya mati dan disusul bunuh diri kedua orang tuanya.

Sementara kematian Chouchou menggambarkan secara kasatmata bekerjanya mekanisme kekerasan struktural secara fisik melalui penyiksaan keji yang dilakukan oleh rezim militer pengikut Duvalier setelah melakukan *coup d'état* terhadap hasil pemilu demokratis. Pemilu itu sendiri dimenangkan oleh Aristide. Kasus Chouchou dan ribuan masyarakat sipil lain merupakan bentuk kekerasan struktural terkait pelanggaran HAM berat yang dilakukan oleh militer terhadap masyarakat sipil.

Buku *Pathology of Power* ini memberikan gambaran secara komprehensif mengenai kaitan antara politik dan AIDS, khususnya dari kasus Achepi. Farmer mengambil perspektif yang luas terkait genealogi kekerasan struktural guna menjelaskan tentang ketidakseimbangan kekuatan yang berdampak pada penderitaan. Berbagai faktor pemiskinan, kemiskinan materi, dan relasi budaya yang tidak seimbang (gender) yang terjadi di Haiti bukanlah sebuah insiden, melainkan hasil keputusan/kebijakan yang dibuat secara sengaja. Karena itu, perlu pendekatan dengan perspektif *option for the poor* bagi para korban, supaya mereka tidak hanya menjadi semacam slogan populer sebagaimana disinyalir Amartya Sen: "*I am against poverty, but I am really not bothered by inequality.*" Para tenaga medis dan pemangku kepentingan lain perlu memahami situasi kompleks di luar persoalan penyakit, termasuk dalam penanggulangan AIDS, karena solusi yang dimaksud tidak bisa berdiri sendiri, tidak bisa lepas dari konteks sosial, politik, dan ekonomi—faktor-faktor yang lebih dikenal sebagai faktor determinan sosial dari kesehatan. []



APA KELUHANNYA
BU ?

TINGGI BANGET
KURSINYA DOK! DARI
ATAS SANA BISA
PAHAM?

PITC dan Aspek Hak Asasi Ibu Hamil

Chrysant Lily Kusumowardoyo

Pada Juli 2015, Badan Kesehatan Dunia (WHO) mengeluarkan sebuah pedoman global baru untuk layanan tes HIV. Pedoman ini kembali menegaskan bahwa *Provider Initiated Testing and Counseling* (PITC) atau Tes dan Konseling Inisiatif Petugas (TKIP) merupakan salah satu strategi penting dalam meningkatkan cakupan layanan tes HIV dan menghubungkan klien ke layanan lanjutan. PITC juga dikenal sebagai “tes rutin” atau “tes konseling HIV terintegrasi di sarana kesehatan”. Berbeda dengan pendekatan tes HIV yang diprakarsai oleh klien, tes HIV dalam PITC ditawarkan oleh petugas di fasilitas layanan kesehatan secara rutin. Dengan pendekatan ini, hambatan-hambatan yang ada di dalam tes HIV yang diprakarsai oleh klien bisa diperkecil, antara lain karena klien bisa mendapatkan tes HIV sambil mengakses layanan kesehatan lainnya sekaligus tes HIV bisa dilaksanakan tanpa harus bergantung pada motivasi klien untuk mencari tes HIV. Tes HIV bisa lebih dikondisikan sebagai sesuatu yang normal dan sifatnya rutin, sehingga diagnosis lebih dini bisa didapatkan oleh mereka yang mengakses layanan di fasilitas kesehatan.

Berbagai manfaat dari PITC ini mulai diperkenalkan sejak 2007 oleh WHO melalui buku pedoman *Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities*. Di Indonesia, Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan pedoman penerapannya sejak 2010. PITC biasanya dilaksanakan sebagai bagian dari layanan kesehatan ibu dan anak (KIA) di mana tes HIV ditawarkan oleh petugas layanan kepada ibu hamil yang mengakses layanan di fasilitas kesehatan. Sayangnya, setelah sekitar lima tahun diterapkan, evaluasi terhadap penerapan PITC ini belum banyak dilakukan. Kalau pun ada, skala evaluasinya kecil dan hasilnya tidak terpublikasi dengan baik, sehingga sulit diakses untuk dijadikan sebagai pembelajaran bersama.

Padahal, pada masa-masa awal PITC diperkenalkan, banyak literatur yang tersedia memperingatkan tentang diperlukannya kehati-hatian dalam penerapan pendekatan ini, sebab ada area-area risiko yang butuh perhatian lebih lanjut agar PITC bisa membawa manfaat sesuai yang diharapkan. Gruskin *et al.* (2008), misalnya, memperingatkan bahwa salah satu aspek risiko ialah terkompromikannya hak asasi dari ibu hamil yang menjadi target PITC dalam beberapa hal. Pertama, panduan PITC dari WHO menekankan bahwa pradan pascakonseling merupakan komponen “integral dari proses tes HIV” dan tahapan yang harus diterima oleh semua orang yang mengikuti tes terlepas dari apa pun hasil tesnya. Tetapi, Gruskin *et al.* (2008) juga mencatat, karena diberikan sebagai bagian dari layanan kesehatan yang lain, konseling cenderung direduksi menjadi sebatas pemberian informasi. Tenaga kesehatan harus turut melakukan berbagai tugas yang lain sehingga proses konseling yang memadai tidak diprioritaskan. Tidak saja karena faktor tenaga kesehatan, hak atas konseling juga berpotensi diabaikan karena masalah infrastruktur. Dr. Ni Komang Yuni Rahyani dalam paparannya di Forum Nasional VI Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia menjelaskan bahwa peran bidan dalam memberikan konseling tidak dapat berjalan dengan baik karena tidak tersedianya ruangan khusus konseling. Tanpa langkah konkret untuk mengatasi masalah beban kerja maupun infrastruktur ini, hak ibu hamil atas konseling dalam PITC akan tetap sulit terpenuhi.

Masalah berikutnya ialah dari segi persetujuan (*informed consent*). Di banyak tempat, pengaruh gender dan kelas sosial membuat relasi antara tenaga medis, khususnya dokter, dengan pasien, terlebih perempuan, menjadi tidak setara. Pasien tidak bisa mempertanyakan nasihat medis dari dokter, termasuk saran untuk menjalani tes HIV. Padahal, pedoman WHO maupun Kementerian Kesehatan menekankan bahwa PITC bukan merupakan tes wajib dan ibu hamil berhak untuk menolak tawaran untuk tes HIV. Selama belum ada strategi untuk memastikan bagaimana *informed consent* tetap bisa dipenuhi meskipun ada kendala budaya seperti ini, pada praktiknya kesempatan dan hak untuk menolak tawaran tes HIV tidak akan bisa terwujud bagi banyak ibu hamil.

Masalah ketiga berhubungan dengan hak atas rujukan ke layanan lanjutan setelah tes HIV dilaksanakan. Dibandingkan pedoman dari WHO sebelumnya, pedoman PITC yang baru lebih menegaskan lagi bahwa hubungan ke layanan pencegahan, perawatan, dan dukungan merupakan komponen utama dari layanan tes HIV. Pada pedoman sebelumnya (termasuk yang diadopsi oleh pedoman PITC Kementerian Kesehatan), asas yang dikedepankan dalam PITC adalah 3C, yaitu *consent* atau persetujuan dari klien, disertai *counselling*, dengan menjaga *confidentiality*. Pada pedoman WHO yang baru, asas ini diperluas menjadi 5 C dengan tambahan bahwa hasil tes itu harus tepat (*correct*) dan terhubung (*connect*) dengan layanan lanjutan. Intinya, tes HIV sendiri bukan merupakan sebuah tujuan, melainkan cara untuk mencapai *link to care*. Tetapi, dalam praktiknya, kesenjangan antara jumlah orang yang dites HIV dan yang masuk ke perawatan masih terlalu besar. Ini mengindikasikan bahwa yang menjadi fokus masih pada bagaimana PITC menjadi jalan untuk meningkatkan cakupan tes, bukan sebagai jalan untuk memastikan klien mendapatkan hak untuk terhubung dengan layanan lanjutan sejak dini.

Masih ada beberapa aspek lainnya yang diperingatkan oleh Gruskin *et al.* (2008) sebagai potensi masalah dalam penerapan PITC, khususnya terkait risiko pemenuhan hak ibu hamil sebagai salah satu target utama dalam pendekatan ini. Diperlukan evaluasi lebih lanjut untuk melihat sejauh mana penerapan PITC di Indonesia bisa mengatasi kendala-kendala tersebut. Lebih jauh lagi, diperlukan langkah-langkah praktis untuk memastikan adanya sinergi antara kepentingan programatik dan etika di mana PITC sebagai praktik kesehatan masyarakat yang baik perlu agar tetap konsisten dengan etika dan hak asasi manusia. []

Bacaan

Gruskin, S., S. Ahmed, L. Ferguson. 2008. "Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Health Facilities—What Does This Mean for The Health and Human Rights of Pregnant Woman?" *Developing World Bioethics* 8: 23–32. DOI: 10.1111/j.1471-8847.2007.00222.x.

WHO dan UNAIDS. 2007. *Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities*. Geneva: WHO Press.



UDAH...JANGAN
DITUTUP-TUTUPIN

"Rendahnya pengetahuan komprehensif terkait HIV & AIDS pada populasi umum tidak terlepas dari pengaruh bias moral yang membangun kerangka pikir bahwa informasi seputar HIV & AIDS tabu."

MERETAS GARIS TEGAS ANTARA PENDIDIKAN HIV & AIDS UNTUK POPULASI KUNCI DAN POPULASI UMUM³⁸

Ignatius Hersumpana

Pengetahuan komprehensif mengenai HIV & AIDS merupakan indikator penting dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS yang berguna untuk pengembangan kebijakan dan program yang tepat. Pengetahuan dalam hal ini dipahami sebagai sebuah informasi komprehensif terkait HIV & AIDS berdasarkan lima indikator kunci yang selama ini menjadi standar Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP). Selama ini, pengetahuan tentang HIV & AIDS diperoleh melalui pendidikan yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan RI melalui Dinas Kesehatan dan tenaga kesehatan maupun pendidikan oleh berbagai kelompok swadaya masyarakat, kelompok penjangkau, kader kesehatan, dan kelompok dukungan sebaya. Sasaran program pendidikan HIV & AIDS masih berfokus pada kelompok populasi kunci atau kelompok berisiko tinggi seperti wanita pekerja seks (WPS), waria, laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki (LSL), dan *high risk man*. Bagaimana hasilnya?

Data dari STBP 2013 mencatat, tingkat pengetahuan komprehensif mengenai HIV & AIDS pada kelompok populasi kunci penasun dan LSL cukup tinggi (41 persen). Tetapi, tingkat prevalensi pada kelompok tersebut justru semakin meningkat. Artinya, tingkat pengetahuan tidak berbanding lurus dengan perilaku. Pertanyaan

³⁸ Tulisan ini merupakan hasil pengembangan dari presentasi pada seminar "Close The Gap: Pencegahan, Pengobatan, Perawatan, dan Mitigasi Dampak dalam Penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia" yang diselenggarakan oleh PKMK FK UGM pada 23 Desember 2014 dalam rangka peringatan Hari AIDS Sedunia (HAS).

selanjutnya, bagaimana pendidikan untuk populasi umum? Populasi umum didefinisikan sebagai remaja berusia 14–25 tahun. Data STBP 2013 mencatat, tingkat pengetahuan pada remaja justru mengalami penurunan dari 23 persen pada 2007 menjadi 17 persen pada 2013. Sementara itu, menurut data dari UNAIDS (2014) terkini, tingkat prevalensi infeksi baru pada populasi umum dunia mencapai 60 persen, tertinggi di antara kategori yang lain. Sementara di Indonesia, prevalensinya juga mengalami kenaikan, mencapai 48 persen.

Sejauh mana sebenarnya dampak dari program promosi dan pencegahan melalui pendidikan yang dilakukan selama ini? Apakah kategori yang memisahkan secara tegas kelompok populasi kunci dan populasi umum dalam hal ini masih relevan? Dengan semakin meningkatnya prevalensi infeksi baru pada populasi umum, menurut saya, pemerintah Indonesia perlu secara mendasar meretas kategorisasi antara populasi kunci dan populasi umum. Pendidikan komprehensif tentang HIV & AIDS perlu dikembangkan lebih luas bagi populasi umum dan kelompok berisiko rendah. Tren tingkat pengetahuan pada populasi umum tergolong masih rendah.

Pentingnya pendidikan terkait HIV & AIDS bagi populasi umum dipertegas oleh hasil survei pada 2013 yang mengungkapkan bahwa 84 persen remaja SMA di Jakarta membutuhkan informasi HIV & AIDS. Sementara di Kota Yogyakarta, tingkat pengetahuan komprehensif HIV & AIDS pada kelompok remaja masih jauh di bawah target yang ditetapkan oleh dinas kesehatan sebesar 90 persen. Tingkat tersebut pun lebih rendah lagi dibanding target MDGs yang mematok 95 persen pada 2015. Data dari Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi DI Yogyakarta mencatat, hasil survei pengetahuan HIV dengan pertanyaan yang disesuaikan pada 2014 menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan remaja Kota Yogyakarta sebesar 77,98 persen dan 73 persen pada remaja yang berstatus warga binaan pemasyarakatan (WBP), meningkat dibanding tahun 2013 yang sebesar 17 persen.

Pemerintah nasional Indonesia bukannya belum mengembangkan berbagai program pendidikan terkait HIV & AIDS. Sejak 2002 pemerintah sudah mengembangkan program *life skill education* bagi remaja usia 13–15 tahun di Papua. Program ini didukung oleh komite sekolah dan orang tua murid. Dengan dukungan dari Badan PBB untuk urusan ilmu pengetahuan pendidikan, dan kebudayaan UNESCO, pemerintah Indonesia juga telah mengembangkan pelatihan untuk calon guru dan murid di 500 sekolah di 20 propinsi selama 2005–2007. Pada jangka waktu yang sama, program *Focusing Resources for Effective School Health (FRESH)* yang didukung oleh Badan PBB untuk Anak-anak (UNICEF) juga telah dikembangkan dengan menyorot pada perubahan kebijakan sekolah dalam mengalokasikan sumber daya pendidikan kesehatan khususnya terkait HIV & AIDS. Sementara itu, program “Aku Bangga Aku Tahu” (ABAT) yang diinisiasi oleh Kementerian Kesehatan di hampir seluruh kabupaten/kota di Indonesia sejak 2011 masih berjalan hingga kini. Berbagai inisiasi program pendidikan untuk populasi umum ini sangat penting, meskipun mendapatkan berbagai tantangan dari sebagian elemen masyarakat maupun elemen pemerintah sendiri seperti Depatemen Agama.

Rendahnya pengetahuan komprehensif terkait HIV & AIDS pada populasi umum tidak terlepas dari pengaruh bias moral yang membangun kerangka pikir bahwa informasi seputar HIV & AIDS tabu. Informasi seputar seks dan kondom, misalnya, masih saja dipandang sebagai pengetahuan yang mendukung budaya seks bebas. Pendidikan seksualitas seperti kesehatan reproduksi menjadi sangat penting bagi para orang tua, pendidik, dan berbagai kalangan luas sehingga orang dapat membedakan dengan jelas antara permasalahan kesehatan dengan permasalahan moralitas.

Berbagai kebijakan pemerintah tentang penutupan lokalisasi hanya akan berdampak negatif tanpa dibarengi dengan kebijakan pendidikan HIV & AIDS yang lebih luas sebagai konsekuensi atas hilangnya kontrol penyakit menular. Pendidikan HIV & AIDS bagi populasi umum menjadi sebuah kewajiban dalam strategi promosi kesehatan dan pencegahan penyakit yang perlu diintegrasikan ke dalam sistem pendidikan nasional. []

ANAK DAN HIV: MUNGKINKAH SEKOLAH MENDUKUNG ANAK-ANAK YANG TERDAMPAK HIV & AIDS?

Eviana Hapsari Dewi



Fakta global mengenai anak dan HIV & AIDS yang dilaporkan UNAIDS (2014) mengungkapkan, terdapat lebih dari 3,2 juta anak hidup dengan HIV; 240 ribu anak terinfeksi baru HIV; 190 ribu anak meninggal karena AIDS; 660 anak terinfeksi HIV saban harinya; 530 anak meninggal karena AIDS saban harinya dan baru 24 persen anak dengan HIV yang mendapatkan terapi ARV. Di Indonesia, data dari Kementerian Kesehatan RI Triwulan I Tahun 2015 mengungkapkan, anak yang terinfeksi HIV—menurut kelompok usia—dari 2010 hingga 2014 cenderung mengalami kenaikan. Jumlah anak yang terinfeksi pada 2010 sebanyak 795, kemudian pada 2013 meningkat menjadi 1075 anak, dan pada 2014 mencapai 1388 anak. Sebenarnya, upaya penghentian infeksi baru HIV pada anak telah menjadi prioritas

UNAIDS dan para mitranya. Pada 2011 UNAIDS meluncurkan *Global Plan Towards the Elimination of New HIV Infections among Children by 2015 and Keeping their Mothers Alive, 2011–2015*. Salah satu strategi dalam mewujudkan rencana global ini ialah melalui penguatan pendidikan mengenai HIV & AIDS di sekolah.

Ironisnya, cenderung meningkatnya infeksi baru HIV pada anak di Indonesia masih dibarengi dengan stigma dan diskriminasi. Sebagaimana dilaporkan oleh *Voaindonesia.com* 3/5/2016), anak-anak dengan HIV & AIDS di Solo mengalami diskriminasi. Anak-anak yang telah tertular HIV & AIDS biasa dikucilkan dari keluarga dan masyarakat. Mereka yang telah yatim piatu—biasanya karena kedua orang tuanya meninggal karena HIV & AIDS—bahkan dibuang oleh keluarga dan dikeluarkan dari sekolah.

Peran sekolah dalam penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia memang belum maksimal. Penelitian oleh Pusat Penelitian HIV & AIDS Universitas Katolik Atma Jaya, Jakarta, tahun 2013, menemukan bahwa pencegahan HIV & AIDS melalui pendidikan yang dikembangkan oleh Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, meskipun telah disosialisasikan, tetapi terkesan masih diabaikan. Kurikulum Tingkat Satuan Pendidikan (KTSP) 2006 telah memuat ketentuan terkait dengan materi HIV & AIDS bagi para guru dan penulis buku pelajaran sekolah. Tetapi, kualitas muatan materi tersebut di dalam buku pelajaran tersebut tidak semuanya bisa dikategorikan memadai. Selain itu, tidak semua Dinas Pendidikan di daerah terlibat secara aktif dalam pendidikan HIV & AIDS di sekolah—kecuali di Papua, Papua Barat, Kalimantan Barat, DKI Jakarta, dan Bali di mana materi tentang HIV & AIDS harus menjadi arus utama di dalam kurikulum.

Campbell *et al.* (2016) mengemukakan gagasan menarik mengenai peran sekolah dalam perawatan anak yang terdampak HI/AIDS. Di sebagian besar negara, anak-anak berusia 5–13 tahun pada umumnya menghabiskan sebagian besar waktu mereka di sekolah, dan sebagian besar remaja akan melewati setidaknya beberapa tahun di sekolah. Sekolah dikonsepsikan sebagai ruang keterlibatan antara berbagai kelompok yang berkepentingan dan berkebutuhan yang berbeda-beda (guru, murid, dan masyarakat sekitar sekolah). Melalui penelitiannya di Zimbabwe dengan prevalensi HIV di kalangan anak-anak (di bawah usia 14 tahun) mencapai 2,7 persen di mana 19 persen anak telah kehilangan satu atau dua orang tuanya karena AIDS, Campbell *et al.* (2016) mengajukan pertanyaan: seberapa realistis sekolah menjadi “pengganti keluarga” bagi anak-anak yang terdampak HIV & AIDS? Mereka menyimpulkan, jika sekolah memberikan waktu dan pengakuan yang lebih besar bagi kerja-kerja perawatan oleh guru, juga keterlibatan guru dalam jaringan kesehatan dan kelompok-kelompok masyarakat lokal, para guru akan lebih merasa mendapat dukungan sehingga mau menawarkan perawatan yang memadai bagi anak-anak sekaligus termotivasi untuk menginisiasi berbagai usaha perawatan.

Terkait dengan peran pendidikan/sekolah bagi anak dengan HIV, UNAIDS dalam dokumen *Inter-Agency Task Team (IATT) on Education* (2012); PEPFAR (2012); dan kerangka *FRESH* (Gillespie *et al.* 2012) menyatakan bahwa diperlukan pelatihan bagi guru sekolah dasar dan sekolah lanjutan; dukungan kepada anak yatim dan terlantar; perluasan akses ARV; pemecahan halangan sosial seperti stigma, marginalisasi dan ketidakberdayaan perempuan; peningkatan ketersediaan sumber dana untuk HIV. Dokumen-dokumen tersebut juga menyarankan dikembangkannya program untuk mendukung upaya-upaya pengurangan kesenjangan dalam pendidikan dan pemecahan hambatan-hambatan dalam hal akses bagi anak-anak usia sekolah melalui intervensi sistematis yang berkelanjutan (misalnya dana *block grant* untuk sekolah). Kerangka *FRESH* juga menyatakan bahwa perlu upaya perwujudan lingkungan pendidikan yang aman, sehat, inklusif, dan adanya ketercukupan sumber daya untuk mencapai pembelajaran yang maksimal.

Seberapa realistis hal ini dapat diwujudkan di sekolah-sekolah di Indonesia? Bagaimana upaya yang sebaiknya dilakukan oleh Dinas Pendidikan di daerah dan pihak sekolah bagi anak dengan HIV di sekolah? Apakah mereka siap dengan tantangan-tantangan tersebut untuk memberikan perlindungan sosial bagi anak dengan masalah yang cukup kompleks? Apakah sekolah dapat memberikan jaminan agar tidak terjadi stigma dan diskriminasi bagi anak-anak dengan HIV? Bagaimana peran orang tua murid serta masyarakat di sekitar sekolah? Pertanyaan-pertanyaan tersebut perlu dijawab agar cita-cita *Education for All* bisa terwujud, tidak terkecuali bagi anak dengan HIV. []

Bacaan

- Campbell, C., L. Andersen, A. Mutsikiwa, C. Madanhire, C. Nyamukapa, dan S. Gregson. 2016. "Can Schools Support HIV & AIDS Affected Children? Exploring the 'Ethic of Care' amongst Rural Zimbabwean Teachers." *PLoS ONE* 11(1): e0146322. DOI:10.1371/journal.pone.0146322.
- Gillespie, A., I. Birdthistle, J. Jones, D. Bundy, A.M. Hoffman, M. Pigozzi, A. Draxler, C.V. Whitman, M. Fouilhoux, L. Drake. 2012. "Focusing Resources on Effective School Health: A *FRESH* Start to Enhancing HIV & AIDS Prevention." UNICEF. <http://www.unicef.org/lifeskills/files/FRESHandAIDS.doc>.
- Irwanto, R.A.I. Tambunan, O. Kamil, S. Lenggogeni, Emmy, S. Natalia, N. Christiane, H.W. Erlan, dan Y. Hartadi. 2013. "An Assessment on the Integration of Reproductive Health and Drug Abuse Issues on HIV Education in Junior and Senior Secondary Schools in Papua, Maluku, Kalimantan Barat, Kepulauan Riau, DKI Jakarta." Laporan penelitian Education Sector Response to HIV, Drugs, and Sexuality in Indonesia (di bawah koordinasi UNESCO). Jakarta: Pusat Penelitian HIV & AIDS Unika Atma Jaya.
- Malinga, F.M., A. Kettaneh, C. Castle, dan S. Pulizzi. 2012. "Supporting the Education Sector's Response to HIV." The UNAIDS Inter-Agency Task Team on Education. *Commonwealth Education Partnership 2012/13*.
- Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI. 2015. "Laporan Perkembangan HIV-AIDS Triwulan I Tahun 2015." Jakarta: Kemenkes RI.
- The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). 2012. "Guidance for Orphans and Vulnerable Children Programming." <http://www.pepfar.gov/documents/organization/195702.pdf>
- UNAIDS. 2014. "Children and HIV." Factsheet. Geneva: UNAIDS. http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140508_FactSheet_Children
- Voaindonesia.com. 2016. "Anak Penderita HIV-AIDS Masih Terima Perlakuan Diskriminatif" 4 Mei. <http://www.voaindonesia.com/content/anak-penderita-hiv-aids-kerap-dapat-diskriminasi-/3083904.html>.

KEKERASAN TERHADAP PEKERJA SEKS DALAM KONTEKS PENANGGULANGAN HIV & AIDS

Ignatius Praptoraharjo



"Konteks kebijakan yang represif semakin memperkuat anggapan bahwa pekerja seks layak dihukum karena mereka pelaku kriminal, melanggar norma agama, dan menyalahi kepantasan masyarakat"

Kebijakan terkait prostitusi di Indonesia mengandung warisan kolonial. Perhatian pada pekerja seks oleh berbagai kalangan di Indonesia mengidentikkannya dengan permasalahan kesehatan khususnya infeksi menular seksual (IMS) dan AIDS, dan permasalahan sosial khususnya ketertiban umum (Hull *et al.* 1997). Penanganan permasalahan pekerja seks selalu diarahkan untuk mengurangi dampak buruk bagi kesehatan dan sosial, dan tidak jarang melalui pemberantasan prostitusi itu sendiri.

Pada 2000-an, upaya yang dominan dilakukan oleh pemerintah dalam penanganan pekerja seks cenderung mengarah ke kriminalisasi prostitusi melalui terbitnya berbagai peraturan daerah (perda) di berbagai wilayah yang melarang keberadaan prostitusi. Lebih dari tiga puluh peraturan di tingkat daerah mengatur tentang larangan kegiatan prostitusi.³⁹ Konsekuensi dari penerapan perda-perda itu ialah banyaknya lokalisasi yang ditutup dan semakin ketatnya pengawasan terhadap tempat hiburan yang diduga sebagai tempat transaksi seks. SRAN Penanggulangan AIDS 2010–2014 melaporkan bahwa penerapan perda di berbagai daerah ini telah menyebabkan tersebarnya para pekerja seks yang mengakibatkan sulitnya pengendalian penyebaran IMS dan HIV (KPAN 2010). Penerapan perda antiprostitusi juga dilaporkan tidak efektif untuk menekan jumlah pekerja seks, seperti terjadi di salah satu kota di Jawa Tengah di mana jumlah pekerja seks justru meningkat setelah diterapkannya perda antiprostitusi (*Wawasan* 6 April 2008). Kecenderungan penyelesaian permasalahan prostitusi dengan cara-cara represif pada dasarnya bersifat instan karena ia menghapus prostitusi saja dan tidak menyentuh akar persoalannya (Koentjoro 1989).

Dalam konteks kebijakan pemerintah yang demikian, kebijakan terkait AIDS di Indonesia menjadi ambigu. Di satu sisi ia berupaya menekan laju perkembangan penularan HIV di kalangan pekerja seks, tetapi di sisi yang lain upaya tersebut berbenturan dengan berbagai peraturan lain yang berlaku. Hal ini mengonfirmasi laporan Sesi Khusus Sidang Umum PBB tentang AIDS atau *United Nations General Assembly Special Sessions (UNGASS) on AIDS* tahun 2012 yang mengungkapkan bahwa metode-metode represif dalam menyikapi risiko penularan HIV lebih dominan daripada penguatan layanan kesehatan. Penanggulangan AIDS pun jadi terhambat dengan terbatasnya koordinasi di antara lembaga pemerintah, implementasi berbagai regulasi dan program yang tidak optimal, dan lemahnya penegakan aturan dan hukum. Akibatnya, penanggulangan AIDS di Indonesia sulit mewujudkan upaya promosi HAM, termasuk hak-hak para pekerja seks.

Sementara itu, isu kekerasan terhadap pekerja seks selama ini tidak memperoleh perhatian secara memadai. Konteks kebijakan yang represif semakin memperkuat anggapan bahwa pekerja seks layak dihukum karena mereka pelaku kriminal, melanggar norma agama, dan menyalahi kepatutan masyarakat. Kekerasan, baik langsung maupun ancaman, yang dialami oleh pekerja seks telah semakin meminggirkan mereka dari akses atas kesejahteraan hidup yang layak. Situasi ini menjadikan mereka sulit untuk memperoleh perlindungan, bahkan untuk mengakses layanan kesehatan. Sejumlah penelitian di berbagai negara telah menunjukkan bahwa kekerasan merupakan faktor yang sangat memungkinkan pekerja seks untuk melakukan perilaku berisiko seperti menghindari upaya untuk mengakses layanan kesehatan, bekerja dalam situasi yang lebih berisiko, dan penggunaan kondom yang tidak konsisten (Gould 2008; Shahmanesh *et al.* 2009; Shannon dan Csete 2010; Swain *et al.* 2011).

Penanggulangan HIV & AIDS yang menargetkan pekerja seks perlu memahami pengalaman kekerasan yang dialami oleh pekerja seks sebagai konteks dari perilaku berisiko yang ditunjukkan melalui inkonsistensi penggunaan kondom. Pemahaman ini tidak hanya terbatas pada kekerasan fisik, tetapi juga kekerasan yang dilakukan oleh negara (struktural), kekerasan emosional, psikologis,

³⁹ Beberapa peraturan tersebut antara lain Surat Keputusan Gubernur DKI Jakarta Nomor 6485/1998 tentang penutupan segala jenis kegiatan prostitusi di Kramat Tunggak; Peraturan Daerah (Perda) DKI Jakarta Nomor 8/2007 tentang Ketertiban Umum; Perda Nomor 8/2005 tentang Pelarangan Pelacuran; Perda Kabupaten Bantul Nomor 5/2007 tentang Larangan Pelacuran di Kabupaten Bantul; Perda Kabupaten Lahat Nomor 3/2002 tentang Larangan Perbuatan Pelacuran dan Tunasusila; Perda Kota Bandar Lampung Nomor 15/2002 tentang Larangan Perbuatan Prostitusi dan Tuna Susila dalam Wilayah Kota Bandar Lampung; Perda Provinsi Gorontalo Nomor 10/2003 tentang Pencegahan Maksiat.

Dengan konteks demikian, penanggulangan HIV & AIDS perlu mengintegrasikan pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap para pekerja seks. Program yang dilaksanakan perlu didasari dengan pendekatan HAM, bukan semata-mata melalui pendekatan kesehatan atau ketertiban umum. Oleh karena itu, penelitian yang mendalam tentang kekerasan yang dialami pekerja seks dan dampaknya terhadap kerentanan HIV & AIDS menjadi langkah penting untuk meyakinkan para pembuat kebijakan agar mengembangkan program yang tepat baik dalam rangka penanggulangan HIV & AIDS maupun pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap pekerja seks.

Salah satu penelitian tentang kekerasan yang dialami pekerja seks pernah dilakukan oleh kolaborasi Dana Kependudukan PBB (UNFPA), Badan PBB untuk Program Pembangunan atau *United Nations Development Program* (UNDP), Badan PBB untuk AIDS (UNAIDS), Pusat Advokasi untuk Stigma dan Diskriminasi atau *Centre for Advocacy on Stigma and Marginalization* (CASAM), dan Jaringan Pekerja Seks Asia Pasifik atau *Asia Pacific Network of Sex Workers* (APNSW) (2015) yang hasilnya didesiminasikan baru-baru ini dengan judul "*The Right(s) Evidence—Sex Work, Violence and HIV in Asia: A Multi-Country Qualitative Study*". Penelitian berbasis regional ini dilakukan di Sri Lanka, Nepal, Myanmar, dan Indonesia. Tujuan utamanya ialah mengidentifikasi berbagai dimensi kekerasan yang dialami pekerja seks dengan menekankan pada penggalan berbagai faktor yang meningkatkan risiko dan melindungi pekerja seks dari kekerasan. Selain itu, penelitian ini juga berupaya mengidentifikasi keterkaitan antara kekerasan dan kerentanan pekerja seks terhadap penularan HIV. Penelitian ini berupaya menyediakan bukti-bukti yang kuat untuk pengembangan program dan kebijakan yang lebih efektif dalam merespons dan menanggulangi risiko pekerja seks terhadap kekerasan dan penularan HIV. []

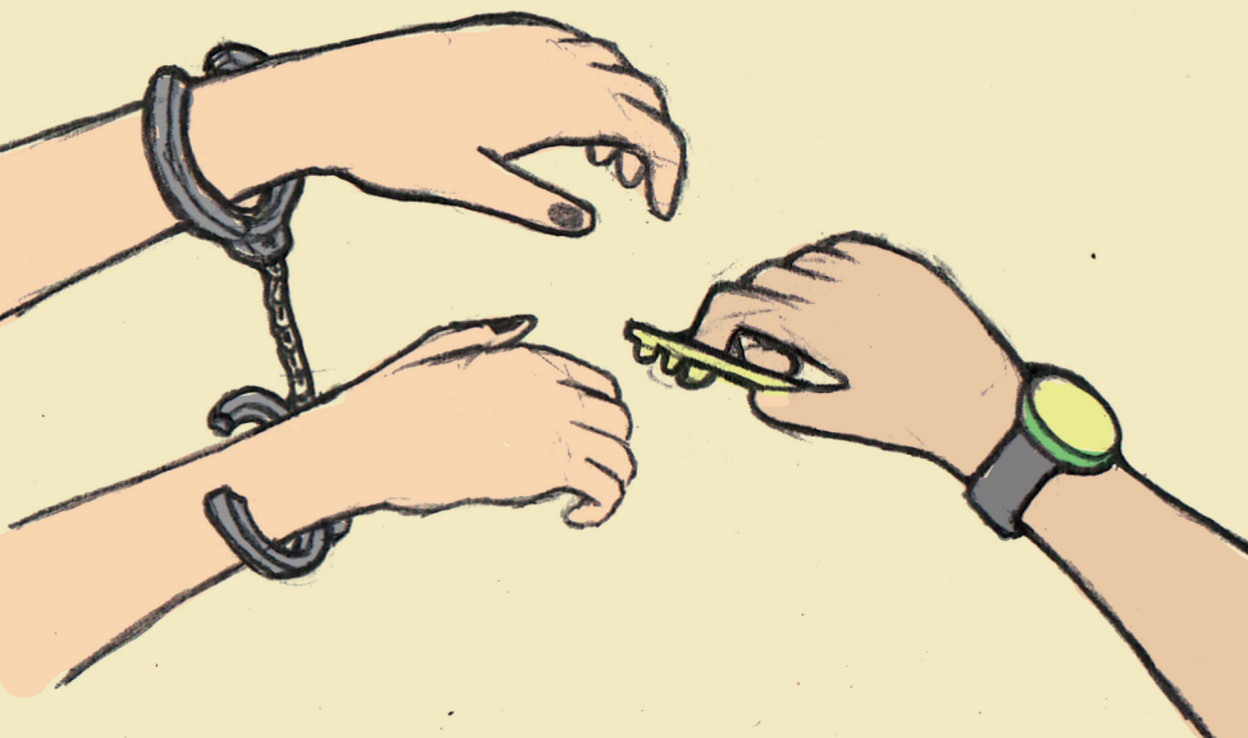
Bacaan

- Guld, C. 2008. *Selling Sex in Cape Town: Sex Work and Human Trafficking in a South African City*. Pretoria: Institute for Security Studies.
- Hull, T.H., E. Sulistyarningsih, dan G.W. Jones. 1997. *Pelacuran di Indonesia: Sejarah dan Perkembangannya*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan dan The Ford Foundation.
- Koentjoro. 1989. "Melacur sebagai Sebuah Karya dan Pengorbanan Wanita pada Keluarga ataukah Penyakit Sosial?" Makalah dipresentasikan pada The Second National Seminar on Indonesian Woman, Facts and Characteristics, Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- KPAN. 2010. *Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS 2010–2014*. Jakarta: KPAN.
- Shamanesh, M., S. Wayal, G. Andrew, V. Patel, F.M. Cowan, dan G. Hart. 2009. "HIV Prevention while the Bulldozers Roll: Exploring the Effect of the Demolition of Goa's Red-Light Area." *Social Science & Medicine* 69(4): 604–612. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.06.020.
- Shannon, K. dan J. Csete. 2010. "Violence, Condon Negotiation, and HIV/STI Risk Among Sex Workers." *The Journal of the American Medical Association* 304(5): 573–574. DOI:10.1001/jama.2010.1090.
- Swain, S.N., N. Saggurti, M. Battala, R.K. Verma, dan A.K. Jain. 2011. "Experience of Violence and Adverse Reproductive Health Outcomes, HIV Risk Among Mobile Female Sex Workers in India." *BMC Public Health* 11:357. DOI: 10.1186/1471-2458-11-357.

KEBIJAKAN DEKRIMINALISASI PEKERJA SEKS: DAPATKAH MENGURANGI INFEKSI HIV BARU?

Ignatius Hersumpana

SAYA BEBAS?



"Melakukan dekonstruksi cara pandang lama dari kriminalisasi menuju pengakuan terhadap hak asasi pekerja seks menjadi keniscayaan sejarah dalam proses penanggulangan HIV & AIDS"

Harus diakui bahwa perspektif kebijakan pemerintah Indonesia dalam mengatasi masalah pekerja seks menghasilkan kriminalisasi pekerja seks. Jasa seks di Indonesia tidak diakui sebagai pekerjaan atau profesi. Dalam terminologi Kementerian Sosial (Kemensos) RI, pekerja seks dinilai sebagai penyakit sosial. Pekerja seks dikategorikan sebagai bagian kelompok Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS). Adapun PMKS sendiri didefinisikan sebagai individu, keluarga, kelompok, dan/atau masyarakat yang karena suatu hambatan, kesulitan, atau gangguan, tidak dapat melaksanakan fungsi sosialnya, sehingga tidak dapat terpenuhi kebutuhan hidupnya baik jasmani, rohani, maupun sosial secara memadai dan wajar (Kemensos RI 2013). Dalam kategori ini, pekerja seks dipandang sebagai bagian dari kriminalis sehingga penanganannya melibatkan polisi dan polisi pamong praja untuk kemudian disidangkan dan direhabilitasi.

Polisi menjadikan temuan kondom, khususnya pada kelompok wanita pekerja seks tidak langsung (WPSTL), sebagai alat untuk memerkarakan secara hukum. Penyitaan kondom oleh polisi sebagai bukti tindakan melawan hukum merupakan pelecehan dan pemerasan (Godwin 2012). Kebijakan tersebut membuat posisi pekerja seks semakin termarginalisasikan. Jika dikaji lebih lanjut, tidak ada larangan spesifik dalam peraturan-peraturan hukum nasional di Indonesia yang menyatakan bahwa pekerja seks ilegal. Yang dilarang ialah pemanfaatan orang untuk melakukan tindakan asusila sebagai sumber penghasilan (KUHP Pasal 296), perdagangan perempuan (KUHP Pasal 297), dan hidup dari penghasilan seorang pekerja seks (KUHP Pasal 506).⁴⁰

⁴⁰ Lebih lanjut lihat laporan penelitian Hamim, A. dan R. Rosenberg. 2003. "Review of Indonesian Legislation". Dalam *Trafficking of Women and Children in Indonesia*, disunting oleh R. Rosenberg, 195–215. Jakarta: International Catholic Migration Commission dan Solidarity Center. Untuk kajian sejarah bagaimana negara mengatur pekerja seks lihat Jones, G.W., E. Sulistyarningsih, dan T.H. Hull. 1998. "Prostitution in Indonesia". Dalam *The Sex Sector: The Economic and Social Bases of Prostitution in Southeast Asia*, disunting oleh L.L. Lim, 29–66. Geneva: International Labour Organization.

Meskipun demikian, kriminalisasi terhadap pekerja seks dapat tidak hanya diimplikasikan dari perspektif peraturan di level pusat, tetapi juga oleh kebijakan di level daerah. Kebijakan di Merauke memberikan sanksi dan denda bagi pekerja seks yang kedatangan terinfeksi IMS dan tidak melaporkan diri. Bahkan orang yang kedatangan membawa kondom bisa didakwa sebagai penjaja seks. Beberapa daerah bahkan mengeluarkan kebijakan yang melarang prostitusi, di antaranya Peraturan Daerah (Perda) Kabupaten Bantul Nomor 5 Tahun 2007 tentang Prostitusi; Perda DKI Jakarta Nomor 8 Tahun 2007 tentang Ketertiban Umum; Perda Kota Palembang Nomor 2 Tahun 2004 tentang Pemberantasan Pelacuran; Perda Tangerang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Pelacuran; dan pemberlakuan Qanun Jinayat Aceh Nomor 6 Tahun 2014 yang mengatur judi, mesum, alkohol, dan pemerkosaan bagi penduduk Aceh. Kebijakan-kebijakan yang diskriminatif terhadap perempuan tersebut menjadi acuan bagi polisi untuk melakukan razia tempat-tempat yang diduga sebagai praktik prostitusi.

Perspektif yang mengkriminalisasikan pekerja seks juga kental mewarnai kebijakan Kemensos RI yang menargetkan penutupan semua lokalisasi di Indonesia pada 2019. Kebijakan ini disambut oleh beberapa daerah seperti Kota Surabaya yang menutup lokalisasi Dolly, Jayapura yang menutup lokalisasi Tanjung Elmo di Sentani, dan baru-baru ini penutupan lokalisasi Kalijodo di Jakarta. Kebijakan ini tidak kondusif bagi Program Pencegahan Penularan HIV Melalui Transmisi Seks (PMTS) yang diamanatkan oleh Permenkes Nomor 21 Tahun 2013 yang menasar pengendalian penyakit menular. Perspektif pekerja seks sebagai kriminalis dan kebijakan antarsektor yang tidak saling mendukung ini mengakibatkan terhambatnya upaya penanggulangan endemik HIV & AIDS, khususnya dalam penyediaan kondom. Target penurunan prevalensi HIV dan pencegahan infeksi baru pun sulit dicapai.

Ibarat pedang bermata dua, kebijakan antiprostitusi di satu sisi bermaksud melindungi perempuan dari eksploitasi seksual, tetapi di sisi lain justru menjadi alat legal untuk melanggengkan diskriminasi dan stigma. Kajian tentang dampak kebijakan penutupan lokalisasi terhadap terhambatnya akses populasi kunci dalam mendapatkan layanan kesehatan di Kamboja menunjukkan bahwa undang-undang pelarangan perdagangan manusia dan eksploitasi seksual (*human trafficking and sexual exploitation*) justru mengakibatkan diskriminasi dan stigma terhadap pekerja seks. Mereka mengalami pengusiran dari tempat usaha sehingga meningkatkan kerentanan mereka karena melemahnya negosiasi seks yang aman dan semakin tingginya kekerasan yang dialami (Maher *et al.* 2015). Sebuah kajian lain mengungkapkan bahwa kebijakan terkait kriminalisasi orang yang kedapatan membawa kondom oleh polisi telah mengakibatkan menurunnya jumlah orang yang membawa kondom sehingga berdampak pada seks yang tidak terlindungi dan meningkatnya risiko penularan HIV dan penyakit kelamin lainnya (Amon *et al.* 2015). Sementara itu, hasil penelitian PKMK FK UGM (2015) menemukan bahwa hukum dan peraturan seperti kebijakan penutupan lokalisasi Dolly dan Tanjung Elmo dapat mengakibatkan tidak terkontrolnya penyakit karena persebaran pekerja seks yang tidak terkontrol pula. Penutupan lokalisasi berdampak pada hilangnya akses populasi kunci (pekerja seks) untuk mendapatkan layanan kesehatan komprehensif yang berbasis pada lokasi melalui program PMTS. Di samping itu, perpindahan pekerja seks ke berbagai daerah ini juga akan menyulitkan mereka untuk mendapatkan layanan kesehatan yang berbasis pada Jaminan Kesehatan Nasional, karena faktor tanda identitas misalnya. Kesempatan populasi kunci untuk mendapatkan jaminan kesehatan dari dinas kesehatan daerah pun hilang. Setelah lokalisasi ditutup, pemerintah daerah tidak mengalokasikan anggaran layanan kesehatan bagi pekerja seks.

Oleh karena itu, perlu pemikiran lebih terbuka untuk membangun paradigma baru yang menghentikan kriminalisasi pekerja seks. Agenda advokasi kebijakan dalam hal ini perlu mengedepankan pengakuan dan penghargaan hak-hak asasi pekerja seks agar berkontribusi bagi kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi (Overs dan Hawkins 2011). Dalam artikel berjudul "*Can Rights Stop the Wrongs? Exploring the Connections between Framings of Sex Workers' Rights and Sexual and Reproductive Health*" di jurnal *BMC International Health and Human Rights* Overs dan Hawkins (2011) menawarkan beberapa poin diskusi tentang kerangka perjuangan hak para pekerja seks berbasis pada kesehatan dan hak-hak sosial ekonominya. Kerangka perjuangan itu dapat dijadikan pengembangan wacana untuk mendorong perubahan perspektif moralis dan determinis terhadap pekerja seks yang selama ini menjadi logika penguasa.

Pertama, perubahan paradigma yang mengkriminalisasikan seks dipicu oleh keberhasilan advokasi yang diusahakan oleh para aktivis dalam mendorong pengakuan hak asasi pekerja seks dalam kaitannya dengan hak sosial ekonominya. Keberhasilan pengurangan infeksi HIV oleh penggunaan kondom dan layanan IMS telah dijadikan pertimbangan medis untuk mengubah kerangka hukum agar melindungi kehidupan pekerja seks. Perubahan perspektif hukum internasional ini disampaikan oleh Sekretaris Jenderal PBB Ban Ki Moon dalam Konferensi AIDS Internasional di Meksiko pada 2008 yang menjelaskan bahwa

“Di negara-negara yang tidak memberikan perlindungan hukum pada para pekerja seks, pencandu, dan kelompok LSL, hanya sebagian kecil dari populasi yang memiliki akses untuk pencegahan. Sebaliknya, di negara-negara yang memberikan perlindungan legal dan perlindungan hak asasi pada orang-orang tersebut, lebih banyak populasi memiliki akses terhadap layanan. Hasilnya, sedikit infeksi, berkurangnya permintaan terapi ARV, dan sedikit kematian terkait AIDS.”⁴¹

Ban Ki Moon menyimpulkan bahwa kriminalisasi terhadap kelompok-kelompok pekerja seks, pencandu, dan LSL tidak hanya tidak etis, tetapi sama sekali tidak masuk akal dipandang dari perspektif kesehatan. Pandangan ini cukup revolusioner jika dihadapkan pada kebijakan Indonesia yang menguatkan kriminalisasi pekerja seks dengan kebijakan pelarangan dan penutupan lokalisasi.

Kedua, PBB mengadopsi sebuah resolusi pada 2 Oktober 2009 yang mendorong negara-negara untuk menghapus hukum yang kontraproduktif terhadap pencegahan, pengobatan, dan perawatan HIV, termasuk aturan yang melanggar hak penduduk terkait dengan dinamika epidemi dan yang dipengaruhinya. Badan PBB untuk AIDS UNAIDS pada tahun yang sama juga menghapuskan hukum, kebijakan, dan praktik-praktik yang menghalangi aksi efektif penanggulangan HIV. Ditegaskan juga bahwa kerja seks merupakan agenda kemanusiaan yang lebih luas. Lebih lanjut, wakil direktur eksekutif Dana Kependudukan PBB atau United Nations Population Fund (UNFPA) menyatakan bahwa “memberikan akses yang terbuka bagi pekerja seks untuk mendapatkan layanan secara bermartabat harus menjadi bagian dari program HIV.” Caranya dengan merevisi undang-undang dan kebijakan-kebijakan yang menghambat pencegahan HIV, memperbaiki akses layanan kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi dan mengurangi kekerasan (struktural) terhadap pekerja seks.

⁴¹ Dikutip dari artikel Overs dan Hawkins (2011); bisa dilihat juga di *UN News Centre*. 2008. “Ban urges end to prejudice against people living with HIV & AIDS.” 4 Agustus. http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=27566#.VtIh_P197IU

Penciptaan lingkungan yang kondusif di beberapa negara seperti Thailand dengan penerapan kebijakan Wajib Kondom 100 Persen untuk perilaku berisiko telah membuktikan dapat menekan angka infeksi baru secara signifikan. Pelaksanaan program di Thailand pada 1989 dimulai di Ratchaburi, sebuah provinsi di Thailand Tengah. Dua tahun kemudian, pada Agustus 1991, program ini diterapkan secara nasional. Rata-rata penggunaan kondom secara nasional meningkat dari 14 persen pada awal 1989 menjadi lebih dari 90 persen pada Juni 1992. Kasus IMS juga menurun menjadi kurang dari 15.000 kasus pertahun sejak 2000 dari 400.000 kasus pertahun. Pada Juli 2004 di Pembukaan Kongres AIDS Internasional, Perdana Menteri Thailand bahkan mengakui bahwa program ini telah mencegah lebih dari 5 juta infeksi HIV.⁴² Kebijakan ini juga direplikasi oleh negara-negara tetangga seperti Kamboja, Laos, Vietnam, Filipina. Pemerintah Indonesia perlu mengadopsi kebijakan yang efektivitasnya sudah teruji ini.

Perspektif baru dalam konteks penanggulangan HIV & AIDS dari sisi hukum internasional ini bisa menjadi agenda advokasi yang menantang bagi para intelektual, penggiat advokasi HIV & AIDS, dan komunitas lain terkait. Melakukan dekonstruksi cara pandang lama dari kriminilisasi menuju pengakuan terhadap hak asasi pekerja seks menjadi keniscayaan sejarah dalam proses penanggulangan HIV & AIDS ke depan agar lebih bermartabat dan lebih membuka ruang-ruang yang lebih leluasa dalam pencegahan penularan IMS dan HIV dan dalam perlindungan kesehatan reproduksi dan seksual pekerja seks. Secara praktis, dalam konteks pemberantasan penyakit menular, pemerintah perlu mengambil kebijakan diskresi untuk mendukung penggunaan kondom sebagai alat pencegahan penyakit, bukan saja berfungsi sebagai alat kontrasepsi dalam program Keluarga Berencana (KB). []

⁴² Lihat *Kesrepro.info*. 2008. "Program 100% Penggunaan Kondom di Asia." 11 Mei. <http://www.mittrainti.org/?q=node/434>

BACAAN

- Amon, J.J., M. Wurth, M. McLemore. 2015. "Evaluating Human Rights Advocacy on Criminal Justice and Sex Work." *Health and Human Rights* 17(1). <http://www.hhrjournal.org/2015/04/conflicting-rights-how-the-prohibition-of-human-trafficking-and-sexual-exploitation-infringes-the-right-to-health-of-female-sex-workers-in-phnom-penh-cambodia/>.
- Godwin, J. 2012. "Pekerjaan Seks dan Hukum di Asia Pasifik: Hukum, HIV, dan Hak Asasi Manusia dalam Konteks Pekerjaan Seks." Laporan penelitian UNDP, UNFPA, dan UNAIDS.
- Hamim, A. dan R. Rosenberg. 2003. "Review of Indonesian Legislation". Dalam *Trafficking of Women and Children in Indonesia*, disunting oleh R. Rosenberg, 195–215. Jakarta: International Catholic Migration Commission dan Solidarity Center.
- Jones, G.W., E. Sulistyarningsih, dan T.H. Hull. 1998. "Prostitution in Indonesia". Dalam *The Sex Sector: The Economic and Social Bases of Prostitution in Southeast Asia*, disunting oleh L.L. Lim, 29–66. Geneva: International Labour Organization.
- Kementerian Sosial RI. 2013. *Panduan Pendataan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS), Potensi dan Sumber Kesejahteraan Sosial (PSKS)*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial, Badan Pendidikan dan Penelitian Kesejahteraan Sosial, Kemensos RI.
- Kesrepro.info. 2008. "Program 100% Penggunaan Kondom di Asia." 11 Mei. <http://www.mitrinti.org/?q=node/434>.
- Maher, L., T.C. Dixon, P. Phlong, J. Mooney-Somers, E.S. Stein, K. Page. 2015. "Conflicting Rights: How the Prohibition of Human Trafficking and Sexual Exploitation Infringes the Right to Health of Female Sex Workers in Phnom Penh, Cambodia." *Health and Human Rights* 17(1). <http://www.hhrjournal.org/2015/04/conflicting-rights-how-the-prohibition-of-human-trafficking-and-sexual-exploitation-infringes-the-right-to-health-of-female-sex-workers-in-phnom-penh-cambodia/>.
- Overs, C. dan K. Hawkins. 2011. "Can Rights Stop the Wrongs? Exploring the Connections between Framings of Sex Workers' Rights and Sexual and Reproductive Health." *BMC International Health and Human Rights* 11(Suppl 3): S6. DOI: 10.1186/1472-698X-11-S3-S6.
- UN News Centre. 2008. "Ban urges end to prejudice against people living with HIV & AIDS." 4 Agustus. http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=27566#.Vtlh_PI97IU.



Wacana Legalisasi Prostitusi Membela

(Si) Apa?

Ignatius Hersumpna

Sekeras apapun larangan terhadap prostitusi dengan berbagai peraturan antiprostitusi yang jumlahnya mencapai ratusan, fakta di lapangan tetap berkata lain. Prostitusi terus hadir di tengah masyarakat. Hal ini menjadi bukti kegagalan dalam pengambilan kebijakan terkait pelarangan prostitusi yang berasumsi membuat orang takut dan jera, lalu masyarakat lambat laun bersih dari prostitusi. Apa lacur? Asumsi tersebut keliru besar. Semakin dilarang, semakin kreatif bisnis prostitusi, seperti dapat dilihat dari pemberitaan hangat tentang Pekerja Seks Komersial (PSK) artis yang melibatkan pejabat dan berbagai modus prostitusi di tempat seperti kos dan apartemen. Wacana yang dilempar oleh Basuki Tjahaja Purnama atau Ahok, Gubernur DKI Jakarta, untuk membuat lokalisasi prostitusi berupa apartemen khusus PSK dan pemberian sertifikat menarik untuk diulas. Bagaimana analisis

"Masalah prostitusi bukan persoalan legal atau tidak legal, melainkan bagaimana kontrol terhadap penyakit menular semakin efektif dan efisien untuk semua masyarakat"

kebijakan terkait dengan wacana legalisasi praktik prostitusi tersebut? Sebuah langkah yang berani di tengah semakin mengerasnya politik agama yang secara lugas akan menentang wacana tersebut. Apa yang bisa dipelajari dalam konteks integrasi kebijakan tentang penanggulangan penyakit dalam wacana prostitusi?

Sebagaimana dilaporkan Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan 2011), sampai Agustus 2011, setidaknya terdapat 207 peraturan antiprosstitusi dan antipornografi yang mengkriminalisasikan kelompok perempuan dan orang dengan orientasi seks yang berbeda. Oleh kelompok tertentu, berbagai produk kebijakan yang diskriminatif itu dijadikan alat untuk melakukan kekerasan dan tindakan di luar hukum. Sanksi pemenjaraan terhadap perilaku yang dipandang menyimpang mayoritas masyarakat "umum" lebih sering dimaknai secara politik dan ideologis untuk membela kepentingan kelompok tertentu, dengan mengabaikan aspek lain seperti hak untuk hidup, hak memilih pekerjaan, dan hak berekspresi. Pelarangan prostitusi, dari aspek kesehatan masyarakat umum, telah berdampak pada tidak adanya kontrol terhadap penyebaran penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV melalui transmisi seksual. Aspek ini selalu kalah dengan alasan moralitas dan keagamaan.

Wacana Ahok untuk melegalkan lokalisasi di apartemen yang khusus dengan sertifikasi merupakan salah satu bentuk komitmen pejabat publik yang paham akan dampak kebijakan pelarangan prostitusi. Ahok tidak terjebak dalam sistem hukum yang cenderung merumuskan persoalan dalam kerangka boleh atau tidak boleh. Wacana tersebut sudah masuk pada substansi yang lebih dalam, yakni kesadaran situasional yang membaca perkembangan bahwa kebijakan antiprosstitusi justru berdampak secara serius terhadap kesehatan masyarakat. Maka, gagasan lokalisasi menjadi terobosan penting yang berpengaruh pada urusan kesehatan publik untuk mendapatkan jaminan dari pemerintah, sehingga kemungkinan penularan penyakit IMS dan HIV melalui transmisi seksual dapat ditekan dan dikontrol. Sayangnya, wacana tersebut justru sepi dari tanggapan para aktivis yang bergerak dalam penanggulangan HIV & AIDS.

Apa yang bisa dilakukan secara ilmiah untuk membuktikan bahwa gagasan Ahok tepat mengenai sasaran sebagai respons terhadap penyebaran penyakit dan pengurangan dampaknya kepada masyarakat yang lebih luas? Terlepas dari persoalan etis dan hukum, kontrol terhadap penyakit membutuhkan payung hukum yang tegas, sehingga semua pihak dapat mendukung upaya untuk mengontrol penyakit perilaku seperti prostitusi. Wacana yang dilontarkan Ahok ini menjadi momentum penting untuk menumbuhkan sikap saling percaya terhadap berbagai kelompok yang dipandang "abnormal", dengan kerangka berpikir rasional dan kontekstual. Wacana Ahok membuka ruang diskusi dan advokasi lebih lanjut terhadap pekerja seks yang terkena dampak pemberlakuan peraturan antiprosititusi.

Masalah prostitusi bukan persoalan legal atau tidak legal, melainkan bagaimana kontrol terhadap penyakit menular semakin efektif dan efisien untuk semua masyarakat. Jika tidak ada kontrol yang sistematis dan jelas terhadap penyakit menular, masyarakat akan sangat mudah terpapar oleh penyakit menular melalui transmisi seksual. Situasi epidemi ini terbukti seiring dengan peningkatan prevalensi infeksi baru di Indonesia yang mencapai 162 persen di antara negara-negara Asia Pasifik (UNAIDS 2014). Kebijakan dan keberanian tokoh politik seperti Ahok memberi alternatif cara berpikir dan bertindak yang berbeda, dan jika didukung oleh gerakan masyarakat sipil secara luas akan semakin memperkuat komitmen dan keberpihakan kepada masyarakat yang termarginalisasikan, khususnya populasi kunci. Situasi epidemi ini perlu disikapi dengan pendekatan kesehatan, bukan kepentingan ideologis dan politis tertentu yang condong mengaburkan substansi persoalan kesehatan publik. Singkat kata, kebijakan yang sehat akan berdampak pada perilaku hidup sehat masyarakat. []

Bacaan

Joint United Nations Programme on HIV & AIDS (UNAIDS). 2014. "The Gap Report." Jenewa: UNAIDS.

Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan). 2011. "Laporan Independen Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) kepada Komite CEDAW mengenai Pelaksanaan Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan di Indonesia, 2007–2011."



HARM REDUCTION SEBAGAI PENDEKATAN PENANGGULANGAN PERMASALAHAN NARKOBA

Muhammad Suharni

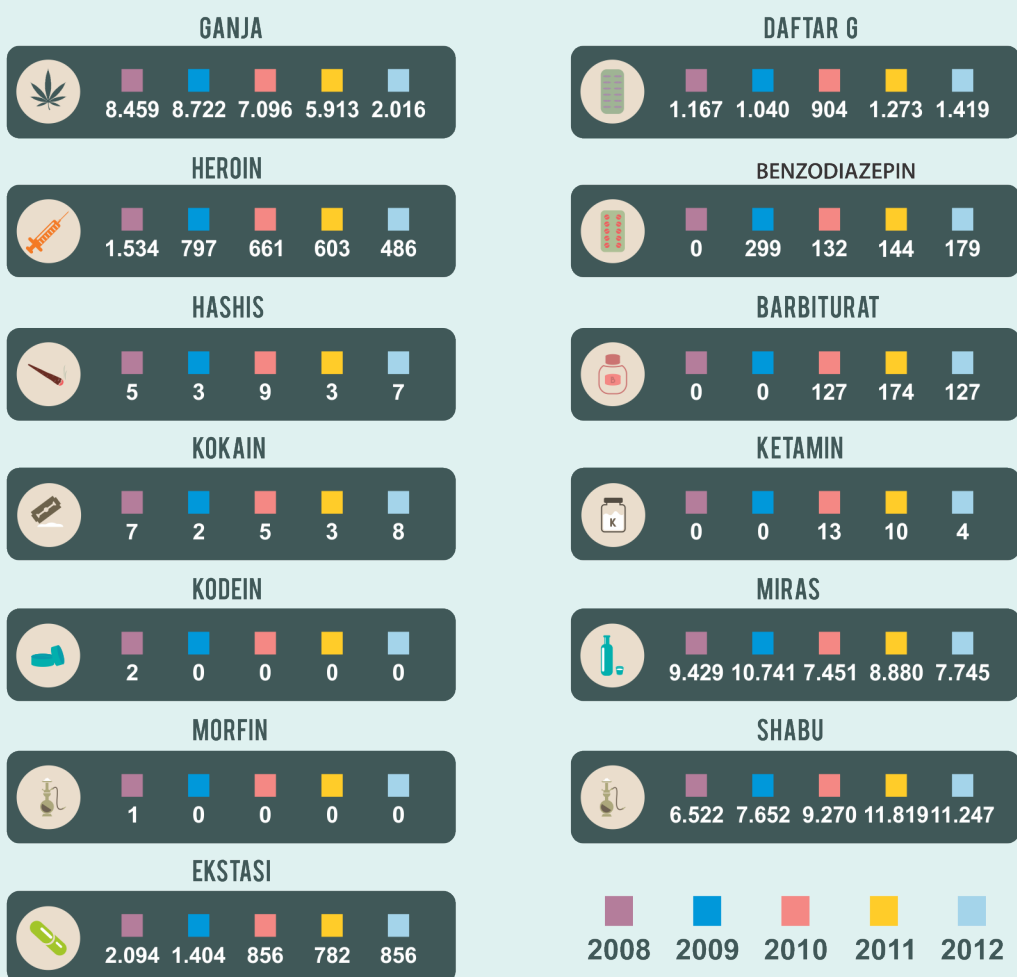
Permasalahan narkoba selama ini ditanggulangi dengan tiga pendekatan, yakni *supply reduction*, *demand reduction*, dan *harm reduction*. Pendekatan *supply reduction* ditujukan untuk memutus rantai pasokan narkoba mulai dari produsen hingga jaringan pengedarnya; sementara *demand reduction* bertujuan memutus rantai peredaran narkoba di kalangan pengguna. Lain dari dua pendekatan yang langsung menasar rantai peredaran narkoba, pendekatan *harm reduction* bertujuan mengurangi dampak buruk narkoba. Dua pendekatan pertama lebih akrab digunakan oleh penegak hukum dan kerap menimbulkan kontroversi dari perspektif HAM karena bersifat konservatif terhadap kenyataan dan berobsesi pada pemusnahan total.

Harm reduction merupakan pendekatan dalam upaya pengurangan dampak buruk narkoba dengan prinsip kesehatan masyarakat. Pendekatan ini pun sering menemui "konflik" dengan dua pendekatan pertama yang berprinsip pada hukum. Menurut Meliala (2007) ada tiga alasan mengapa hukum tidak menerima pendekatan *harm reduction*, yakni (a) karena hukum pada dasarnya reduksionis dan dikotomis; (b) hukum dikenakan untuk penyimpangan yang bersifat *ultimum remedium*; (c) hukum pada dasarnya menuntut kodifikasi dan prosedural. Sementara itu, penegak hukum kurang menerima pendekatan *harm reduction* karena beberapa alasan, antara lain (a) sebagian besar aparat hukum berpandangan legal-formal; (b) mengganggu prinsip kepastian hukum; (c) penegak hukum pada fase pra-ajudikasi mengembangkan anggapan klasik pada pengguna narkoba.

Kenyataannya, di beberapa negara termasuk Indonesia, pendekatan *demand reduction* dan *supply reduction* masih menjadi pilihan utama dalam penanggulangan masalah narkoba. Kasus hukuman mati terhadap para pengedar narkoba yang dieksekusi pada 18 Januari 2015 menjadi contoh penerapan

pendekatan *supply reduction* di negeri ini. Keputusan ini banyak menuai kontroversi terutama dari kalangan penggiat HAM. Pada kenyataannya, pendekatan ini tidak berhasil. Buktinya, jumlah Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) terkait kasus narkoba mengalami kenaikan. Hingga Maret 2010, jumlah WBP secara keseluruhan tercatat 129.120 orang dan 34.849 di antaranya dengan kasus narkoba. Menurut data Badan Narkotika Nasional (BNN) yang disampaikan oleh Kelapa Pusat Data, Penelitian, dan Informasi (Puslitdatin) BNN (2013), prevalensi penyalahgunaan narkoba diproyeksikan meningkat tiap tahun, yakni 1,99 persen pada 2008; 2,32 persen pada 2011; 2,56 persen pada 2013; 2,80 persen pada 2015. Data dari Direktorat Badan Reserse Kriminal Kepolisian RI dan BNN yang diolah Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI pada Tabel 1 menunjukkan banyaknya tersangka kasus narkoba berdasarkan jenis narkoba dari tahun ke tahun.

Tabel 1. Jumlah Kasus Narkoba Menurut Jenis Tahun 2008–2012



Kini, banyak negara telah menerapkan pendekatan *harm reduction*. Mereka tidak lagi menghukum pidana penjara bagi pengguna narkoba, tetapi memusatkan perhatian pada rehabilitasi dan mencegah warganya agar tidak menjadi pencandu. Indonesia pun sebenarnya sudah mulai menerapkan *harm reduction* dengan program rehabilitasi bagi para pencandu yang dikerangkai dengan perangkat hukum dan kebijakan. Hasil kajian kebijakan oleh PKMK FK UGM (2014) menunjukkan bahwa program pencegahan HIV & AIDS melalui pengurangan dampak buruk napza dalam pelaksanaannya mengalami dinamika yang cukup tinggi, baik penyesuaian kebijakan maupun pelaksanaan program *harm reduction* itu sendiri. Beberapa kebijakan terkait dengan program *harm reduction* di Indonesia antara lain:

1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 494/Menkes/SK/VII/2006 tentang penetapan Rumah Sakit dan Satelit Uji Coba serta Pedoman Program Terapi Rumatan Metadon.
2. Peraturan Menteri Koordinator Kesejahteraan Masyarakat Nomor 2 Tahun 2007 tentang Kebijakan Nasional Penanggulangan HIV & AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk Pengguna Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif Suntik.
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 486/Menkes/SK/IV/2007 tentang Kebijakan dan Rencana Strategi Penanggulangan Penyalahgunaan Napza.
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 420/Menkes/SK/III/2010 tentang Pedoman Layanan Terapi dan Rehabilitasi Komprehensif pada Gangguan Pengguna Napza berbasis Rumah Sakit.
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 421/Menkes/SK/III/2010 tentang Standar Pelayanan Terapi dan Rehabilitasi Gangguan Penggunaan Napza.
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 350/Menkes/SK/IV/ tentang Penetapan Rumah Sakit Pengampu dan Satelit Program Terapi Rumatan Metadon serta Pedoman Program Terapi Rumatan Metadon.
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 378/Menkes/SK/IV/2008 tentang Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit.
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 567/Menkes/SK/VII/ tentang Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Narkotika, Psikotropik dan Zat Adiktif.
9. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Laport Pecandu Narkotika.
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1305 Tahun 2011 tentang Instansi Penerima Wajib Laport.
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 2171 Tahun 2011 tentang Tatacara Pelaksanaan Wajib Laport Pecandu Narkotika.
12. Surat Edaran Mahkamah Agung Nomor 7 Tahun 2009 tentang Menempatkan Pemakai Narkoba ke dalam Panti Terapi dan Rehabilitasi.

Pemberlakuan hukuman mati bagi pengedar dan gembong narkoba merupakan hukuman maksimal. Sebagaimana penjelasan di atas, pendekatan ini ternyata mengalami kegagalan untuk memutus rantai *supply and demand* peredaran narkoba. Pendekatan *harm reduction* menawarkan suatu langkah yang lebih mendorong proses rehabilitasi dan pencegahan secara bertahap sebagai bagian dari pendekatan berbasis kesehatan masyarakat. Pendekatan ini bertujuan mengurangi dampak buruk narkoba secara lebih terukur sesuai dengan kondisi pengguna narkoba, bukan sebagai sebuah gendang kematian yang bersifat legal-formal berbasis asumsi benar-salah yang terbukti sudah mengalami kegagalan. Pendekatan ini menekankan empati yang bersifat humanis terhadap pencandu dan menghindari penghakiman yang menunjukkan dominasi kekuasaan politik. []

Bacaan

Meliala, A. 2007. "*Harm Reduction, Hak Asasi Manusia dan Hukum*." Presentasi dalam Modul Pelatihan Lanjutan Program Intervensi IDU Aksi Stop AIDS-Family Health International. Tidak dipublikasikan.

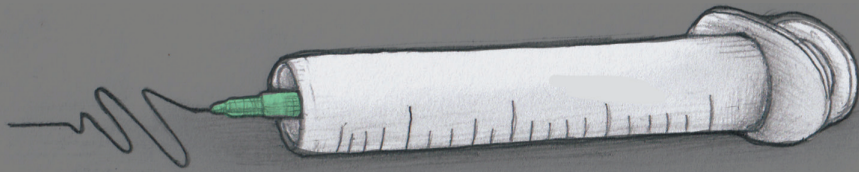
Aman, M (Direktur Bina Khusus Narkotika). 2010. "Peran Dirjen Pemasarakatan dalam Penanganan Rehabilitasi Penyalahgunaan Narkoba Bagi Warga Binaan Pemasarakatan." <http://www.slideshare.net/herrupribadi77/peran-direktorat-jenderal-pemasarakatan>.

Butar-Butar, D. (Kapusdatin BNN). 2013. "Perkembangan Ancaman Bahaya Narkoba di Indonesia Tahun 2008–2012." Presentasi disampaikan pada Peserta Rakor Implementasi JAKSTRANAS P4GN 2011–2015 Tingkat Kementerian/Lembaga, Pemprov dan Pemkab/Kota, Jakarta Mei 2013. http://www.bnn.go.id/portal/_uploads/post/2013/05/07/KAPUSLITDATIN.pdf.

Pusat Data dan Informasi, Kemenkes RI. 2014. "Gambaran Umum Penyalahgunaan Narkoba di Indonesia." Buletin *Jendela Data dan Informasi*, Semester I. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/buletin/buletin-napza.pdf>.

KONTROVERSI PROGRAM *HARM REDUCTION* BAGI PENGGUNA NAPZA SUNTIK

Ignatius Hersumpna



"Program *harm reduction* terbukti memungkinkan penasun mengalami penyesuaian secara personal untuk tidak membagi penggunaan jarum suntik yang tidak steril"

Program *harm reduction* (HR) yang ditujukan untuk pengurangan dampak buruk bagi pengguna napza suntik (penasun) sejak 2006 telah turut mengurangi jumlah prevalensi penularan HIV & AIDS. Program HR digalakkan sebagai respons atas tingginya angka prevalensi HIV & AIDS di kalangan penasun. Prevalensi HIV & AIDS pada 2006 mencapai 55–56 persen dengan jumlah 190.000–248.000 penasun. Dari jumlah tersebut, penasun yang terinfeksi HIV & AIDS mencapai 43–56 persen di empat kota (STBP 2007).

Pengurangan dampak buruk napza di Indonesia memiliki lima sasaran, sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Menteri Koordinator bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 02/PER/MENKO/KESRA/1/2007 Pasal (4): (a) menjangkau dan melayani penasun sedikitnya 80 persen pada tahun 2010 dan dilaksanakan secara bertahap; (b) menyediakan paket komprehensif pencegahan, pengobatan, dan perawatan untuk menjamin perawatan berkelanjutan; (c) menyediakan akses pengobatan yang terjangkau oleh seluruh penasun; (d) menyediakan kegiatan layanan Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Napza Suntik di unit pelayanan pemerintah termasuk di lapas, rutan, dan unit pelayanan nonpemerintah di seluruh Indonesia; (e) mengembangkan upaya pembinaan dengan merujuk penasun dari sistem hukum pidana ke perawatan dan pengobatan dengan asas praduga tak bersalah. Pelaksanaannya mencakup (a) penjangkauan dan pendampingan; (b) komunikasi, informasi dan edukasi; (c) pendidikan sebaya; (d) konseling perubahan perilaku; (e) konseling dan tes HIV sukarela (VCT).

Meskipun menghadapi persoalan kompleks secara sosial karena persepsi negatif masyarakat terhadap penasun di Indonesia, dukungan kebijakan terhadap penanganan penasun membuat pengguna napza tidak lagi dikriminalisasikan dengan dikeluarkannya Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika. Tetapi, UU ini masih memiliki celah kriminalisasi pencandu dengan adanya pasal yang menyatakan hukuman pidana bagi penyalahgunaan narkotika kategori I, II, dan III (Pasal 127). Celah ini mengakibatkan kepolisian dan pengadilan masih sering mengkriminalisasikan pencandu dan korban penyalahgunaan narkotika. Meskipun demikian, UU Narkotika membedakan antara pencandu dan pengedar. Dukungan bagi program *harm reduction* perlu melakukan advokasi lebih lanjut terhadap pelaksanaan UU Narkotika agar penasun mendapat perlakuan yang lebih manusiawi yakni mendapatkan rehabilitasi alih-alih divonis dengan tindakan pidana.

Komitmen pemerintah dalam program pengurangan dampak buruk bagi penasun dapat dilihat dari ketersediaan layanan alat suntik steril. Jumlahnya pun meningkat tajam, sebagaimana dilaporkan KPAN (2011) dari 17 lokasi menjadi 194 lokasi. Sementara itu, terapi rumatan metadon juga meningkat dari 3 lokasi menjadi 65 lokasi selama 2005–2010.

Pelaksanaan UU Narkotika ditindaklanjuti dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2415/MENKES/PER/XII/2011 tentang Rehabilitasi Medis Pecandu, Penyalahguna, dan Korban Penyalahgunaan Narkotika dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Rehabilitasi Medis Bagi Pecandu, Penyalahguna, dan Korban Penyalahgunaan Narkotika Yang Dalam Proses atau Yang Telah Diputus oleh Pengadilan yang memastikan ketersediaan layanan paripurna yang dibutuhkan oleh penasun. Keberlanjutan program *harm reduction* jangka panjang perlu diintegrasikan ke dalam layanan kesehatan yang sudah ada seperti rumah sakit, puskesmas, dan layanan kesehatan dalam sistem pemasyarakatan.

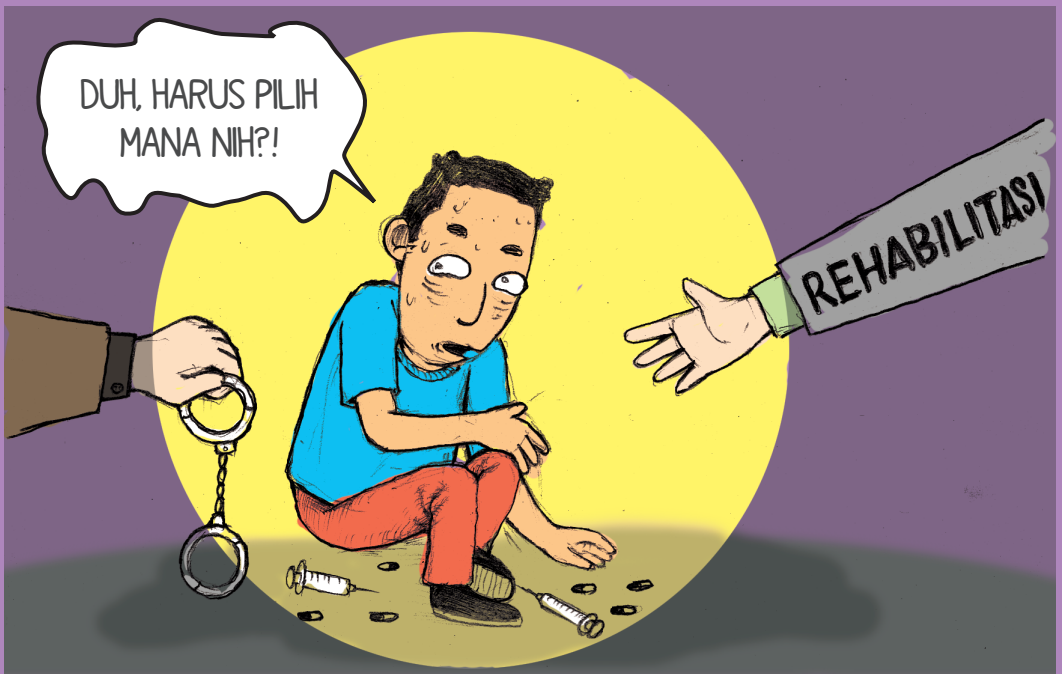
Program *harm reduction* bagi penasun membuktikan bahwa kelompok yang mendapatkan manfaatnya mengalami peningkatan kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan program. Program *harm reduction* terbukti memungkinkan penasun mengalami penyadaran secara personal untuk tidak membagi penggunaan jarum suntik yang tidak steril sehingga berdampak langsung pada pengurangan tingkat prevalensi penularan HIV & AIDS. Pengetahuan tentang layanan jarum suntik steril turut mencegah epidemi secara meluas pada kelompok penasun.

Kontroversi terkait penasun di kalangan masyarakat khususnya petugas kesehatan juga semakin menurun. Bukitnya, intervensi terhadap kelompok penasun dilaksanakan secara benar. Kontroversi banyak muncul karena pengetahuan masyarakat yang kurang memadai tentang penasun dan komponen kunci layanan kesehatan yang diperlukan bagi kelompok ini. Keterlibatan keluarga dalam memberikan dukungan untuk pemulihan secara medis maupun sosial memungkinkan terobosan perlakuan terhadap pencandu melalui jalur di luar vonis hukum pengadilan. Keluarga misalnya bisa melakukan pemantauan dan pencatatan perkembangan terapi secara transparan kepada pencandu untuk menghindari kecurigaan keputusan yang pilih kasih.

Peningkatan sumber daya kesehatan dan pemahaman masyarakat yang lebih baik akan menjamin keberlanjutan ketersediaan layanan kesehatan bagi kelompok penasun. Penyediaan layanan komprehensif bagi penasun tanpa melakukan diskriminasi dan kriminalisasi terhadap pencandu kini menjadi tantangan penting bagi pemerintah dan masyarakat umum. UU Narkotika telah membuka peluang penanganan pencandu dengan tepat. Tinggal bagaimana menguatkan sinergi antara masyarakat, penegak hukum, dan fasilitas layanan kesehatan dalam intervensi program *harm reduction*. []

KOMPLEKSITAS MASALAH NARKOBA: MENIMBANG DARI KACAMATA PENGGUNA

Ignatius Hersumpana



su narkoba, seperti halnya HIV & AIDS, mendapatkan perhatian serius dari banyak kalangan di Indonesia mulai dari pemerintah, partai politik, polisi, hingga pemuka agama. Artikulasi sikap antinarkoba pun diwujudkan melalui kebijakan pembentukan lembaga negara yang mengurus narkotika bernama Badan Narkotika Nasional (BNN).⁴³ Badan Narkotika juga dibentuk di tingkat daerah sebagai Badan Narkotika Propinsi dan Badan Narkotika Kota/Kabupaten. Selain direspons oleh negara dengan membentuk lembaga khusus, maraknya narkoba juga direspons oleh masyarakat melalui berbagai gerakan antinarkoba. Salah satu gerakan yang cukup besar ialah Gerakan Nasional Anti Narkotika (Granat).⁴⁴

Kalau diperhatikan, berbagai langkah penanganan narkoba cenderung menggunakan pendekatan yang bersifat *outsider*. Langkah-langkah yang dilakukan berangkat dari perspektif orang luar yang mencoba membangun sebuah “tata laksana tertib sosial dan tertib tertentu”. Dalam konteks kenegaraan, hukum memang menjadi alat sah untuk menciptakan keteraturan dan ketertiban, tentu saja termasuk pencegahan peredaran narkoba. Narkoba memang telah disepakati, dari kacamata moral, sebagai produk yang “merusak harmoni dan tertib sosial”. Hukuman mati terhadap para gembong narkoba pun, sebagai bagian dari penerapan tertib hukum, diterapkan dan diterima—meskipun mengundang kontroversi. Tulisan ini mencoba melihat persoalan narkoba dengan kacamata *insider* (pengguna). Cara ini ditempuh dengan masuk ke dunia pengguna narkoba secara lebih dekat dan dalam. Alih-alih buru-buru mendakwa para pengguna sebagai pelaku kriminal, kacamata ini memandang dunia para pengguna narkoba sebagai bagian dari *subculture* tersendiri yang berkembang dalam sejarah peradaban dunia dan dikategorikan sebagai kelompok menyimpang (*deviant group*).

Cara pandang itu bisa ditelusuri melalui gagasan seorang seniman musik dan sosiolog kenamaan Howard Saul Becker. Mengabdikan kerja akademiknya untuk meneliti dunia pencandu narkoba dan mariyuana di Amerika. Karyanya berjudul *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance* (terbit pertama 1963) dijadikan rujukan utama teori tentang penyimpangan (*deviancy*). Sepuluh tahun sebelum buku itu terbit, salah satu isinya pernah dimuat di jurnal *American Journal of Sociology* berjudul “*Becoming a Marihuana User*” yang merupakan karya etnografis menggauli komunitas pencandu.

Becker mengajukan gagasan bahwa penyimpangan bukan menunjukkan keburukan seseorang, melainkan label buruk yang disematkan seseorang untuk aktivitas seseorang. Becker menjelaskan secara ilmiah dan mendetail bagaimana sensasi menikmati mariyuana. Untuk bisa merasakan “kenikmatan” ketika sampai pada fase “*get high*” seorang pencandu, ia perlu mempelajari secara benar bagaimana proses menghisap secara tepat, menahan asap dalam paru-paru hingga berapa lama untuk mendapatkan sensasi, hingga akhirnya bisa mencapai *get high* yang merupakan sebuah sensasi

⁴³ Lembaga khusus yang menangani bahaya narkoba pertama kali dibentuk pada pada 1999 melalui Keppres Nomor 116 Tahun 1999 (pemerintahan Gus Dur) sebagai amanat dari Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika dan UU Nomor 22 Tahun 1997 tentang Narkotika. Lembaga itu bernama Badan Koordinasi Narkotika Nasional (BKNN) yang diketuai oleh Kepala Kepolisian Republik Indonesia (Kapolri) secara *ex-officio* dan bertugas mengoordinasikan 25 instansi pemerintah. Keputusan Presiden Nomor 17 Tahun 2002 tentang Badan Narkotika Nasional mengganti BKNN menjadi Badan Narkotika Nasional (BNN). Lihat <http://www.bnn.go.id/read/page/8005/sejarah-bnn>.

⁴⁴ Dibentuk oleh empat belas tokoh nasional pada 2 Oktober 1999 dan diresmikan pada 28 Oktober 1999. Lihat <http://granat.or.id/about/history>.

“kenikmatan”. Cara atau proses menghisap menentukan bagaimana seorang pencandu bisa mencapai *get high*. Sebuah proses yang menakutkan sekaligus sebuah risiko yang dilakukan penuh kesadaran. Poin penting yang ditekankan di sini ialah kesadaran. Tidak hanya ketika melakukan kebiasaan menghisap, kesadaran juga berlaku ketika mereka memutuskan untuk berhenti bukan karena alasan moral.

Tidak mudah menemukan sosok dan karya intelektual di bidang kesehatan seperti Becker. Ia mampu menyelam dalam tanpa hanyut ke dalam arus subjek penelitiannya. Pengalaman ilmiahnya menawarkan pendekatan untuk mendefinisikan ulang, mengorganisasikan ulang, dan mentransformasikan cara pandang yang dominan berkembang selama ini, terutama dalam merespons persoalan narkoba dan kaitannya dengan endemik HIV & AIDS. Hukuman mati bagi gembong narkoba tetap menjadi sebuah kontroversi di zaman demokrasi yang menempatkan hak hidup sebagai hak hakiki. Penolakan hukuman mati utamanya datang dari para aktivis HAM dengan dasar argumen bahwa Indonesia sudah meratifikasi kovenan anti hukuman mati, selain bisa saja memengaruhi sikap negara-negara lain.

Dampak lain yang tidak kalah seriusnya dari hukuman mati terkait kasus narkoba ialah potensi semakin menguatnya diskriminasi dan stigma terhadap pencandu. Ancaman hukuman mati tentunya menjadi pembenaran sanksi sosial bagi pencandu. Ini bisa semakin membatasi akses korban napza atas layanan kesehatan secara lebih adil.

Ini menjadi tantangan bagi pemegang kekuasaan (pemerintah) untuk melakukan diskresi dalam mengonseptualisasikan kembali dan mereorganisasi penanganan narkoba dan HIV & AIDS. Langkah-langkah yang diambil perlu memegang prinsip kemanusiaan dan tidak bersifat kriminalisasi atau penghakiman. Pemerintah perlu mengedepankan proses rehabilitasi yang berkeadilan untuk semua tanpa harus kehilangan otoritasnya. Bukankah hukum diciptakan untuk kemaslahatan bersama, atau untuk hukum itu sendiri? []

Bacaan

Becker, H.S. 1953. “Becoming a Marihuana User.” *American Journal of Sociology* 9(53): 235–242.

Becker, H.S. 1963. *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press of Glencoe.



KONTROVERSI KEBIJAKAN HUKUM DAN PENDEKATAN KESEHATAN TENTANG PECANDU

Ignatius Hersumpna

Kontroversi kebijakan hukum dalam penanganan pencandu sampai sekarang masih menjadi perdebatan di kalangan praktisi hukum, akademisi, dan pemerhati HIV & AIDS. Perdebatan itu terutama terkait sanksi hukum pidana yang selama ini menjadi pendekatan utama ketimbang pendekatan sosiomedis yang lebih menekankan pada aspek pemulihan dan rehabilitasi psikologis maupun sosial serta kemanusiaan. Beberapa kasus narkoba yang marak di media, misalnya penangkapan terhadap Tessi (*Kapanlagi.com* 28 Oktober 2014) dan Faris R.M. (*Kapanlagi.com* 7 Mei 2015), memberi sinyal bahwa pendekatan hukum tetap lebih dominan daripada pendekatan kesehatan. Dampak dari pemenjaraan cukup serius, sebagaimana dialami Tessi yang melakukan percobaan bunuh diri. Pendekatan hukum semestinya ditinjau ulang karena sudah terbukti tidak menyelesaikan masalah, bahkan dalam beberapa kasus justru menimbulkan kompleksitas persoalan yang lain. Pendekatan apa yang tepat bagi perlakuan terhadap pencandu dalam konteks hukum dan kesehatan?

Hasil Survei Nasional Perkembangan Penyalahgunaan Narkoba di Indonesia Tahun 2011 yang dilakukan Badan Narkotika Nasional (BNN) dan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia menunjukkan bahwa pada 2011 angka prevalensi pencandu narkoba (yang menggunakan narkoba dalam setahun terakhir sebelum survei) pada populasi usia 10–59 tahun mencapai 2,2 persen atau sekitar 4,2 juta orang. Kemudian, jika digolongkan menurut tingkat ketergantungan penggunaan narkoba (adiksi), pengguna coba pakai sebesar 27 persen (sekitar 1,15 juta orang), pengguna teratur pakai (3 hari dalam seminggu) sebesar 45 persen (sekitar 1,89 juta orang), dan pencandu sebesar 28 persen (1,19 juta orang) (Poernamasasi 2014). Data tersebut menggambarkan tingginya prevalensi pencandu pengguna narkoba di Indonesia. Sementara itu, terbatasnya tempat rehabilitasi bagi pencandu menyebabkan hanya 18.000 orang pertahun yang mampu direhabilitasi, itu pun sudah termasuk tempat rehabilitasi yang dimiliki oleh BNN (empat tempat dengan kapasitas hanya 1.300 orang). Tentu saja ini menjadi tantangan besar bagi pemerintah untuk memberikan layanan yang layak bagi para pencandu.

Secara umum cara pandang masyarakat terhadap pencandu narkoba belum mengarah pada upaya merehabilitasi secara sukarela. Sebaliknya, masih berkembang stereotip bahwa menjadi pencandu berarti aib dan stigma. Sementara itu, secara empiris, penegak hukum masih memiliki budaya pidanaan yang menonjol. Padahal, UU Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika mengatur bahwa rehabilitasi adalah alternatif lain dari hukuman penjara. Dampaknya, lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan mengalami *overcapacity*. Sekira 50–60 persen Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) tergolong terdakwa kasus narkotika. Kondisi ini tidak memungkinkan untuk dilakukan pemisahan antara WBP kasus narkotika yang berperan sebagai kurir, bandar, dan korban penyalahgunaan narkotika (Poernamasasi 2014).

Dari berbagai penelitian, pendekatan hukum yang dipakai sebagai respons terhadap kasus narkoba sudah terbukti tidak efektif (WHO Western Pacific Regional Office 2009). Namun, pendekatan ini masih dipercaya sebagai pendekatan utama untuk memberikan efek jera terhadap para pencandu dan peredaran narkoba.

Peluang untuk melakukan transformasi berbasis UU Nomor 35 Tahun 2009 sebenarnya sangat terbuka, sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 103 yang menyatakan bahwa seorang hakim yang memeriksa pencandu narkoba dapat (1) memutuskan untuk memerintahkan yang bersangkutan menjalani pengobatan dan/atau perawatan melalui rehabilitasi jika pencandu narkoba tersebut terbukti bersalah melakukan tindak pidana narkoba atau (2) menetapkan untuk memerintahkan yang bersangkutan menjalani pengobatan dan/atau perawatan melalui rehabilitasi jika pencandu narkoba tersebut tidak terbukti bersalah melakukan tindak pidana narkoba. Ditegaskan juga mengenai masa rehabilitasi yang diperhitungkan sebagai masa menjalani hukuman. Dalam praktiknya, pasal ini tidak banyak digunakan karena putusan hakim selama ini lebih menyamakan para pencandu dengan para pengedar, sehingga keputusan yang keluar ialah hukuman penjara.

Karena itu, perlu dikembangkan terobosan terhadap para penegak hukum sekaligus lebih fokus pada upaya rehabilitasi secara sosiomedis melalui pengembangan panti-panti rehabilitasi untuk para pencandu narkoba, baik oleh pemerintah melalui BNN maupun swasta (lembaga swadaya masyarakat dan lembaga sosial lain) yang memiliki kepedulian terhadap pencandu. Upaya perubahan paradigma penegak hukum dan dekriminialisasi pencandu merupakan model penghukuman nonkriminal, salah satu paradigma hukum modern yang dapat digunakan untuk menekan suplai narkoba ilegal. Rehabilitasi sosiomedis akan menjadi alternatif yang menjawab kebutuhan seorang pencandu melalui pendekatan kombinasi pendampingan sosial dan perawatan medis. Layanan komprehensif HIV kepada para pencandu merupakan bentuk layanan kesehatan yang menjawab persoalan tingginya prevalensi HIV di komunitas pencandu. Sebuah tantangan serius bagi pemerintah untuk menggunakan pendekatan yang berbasis bukti dan pendekatan yang manusiawi. []

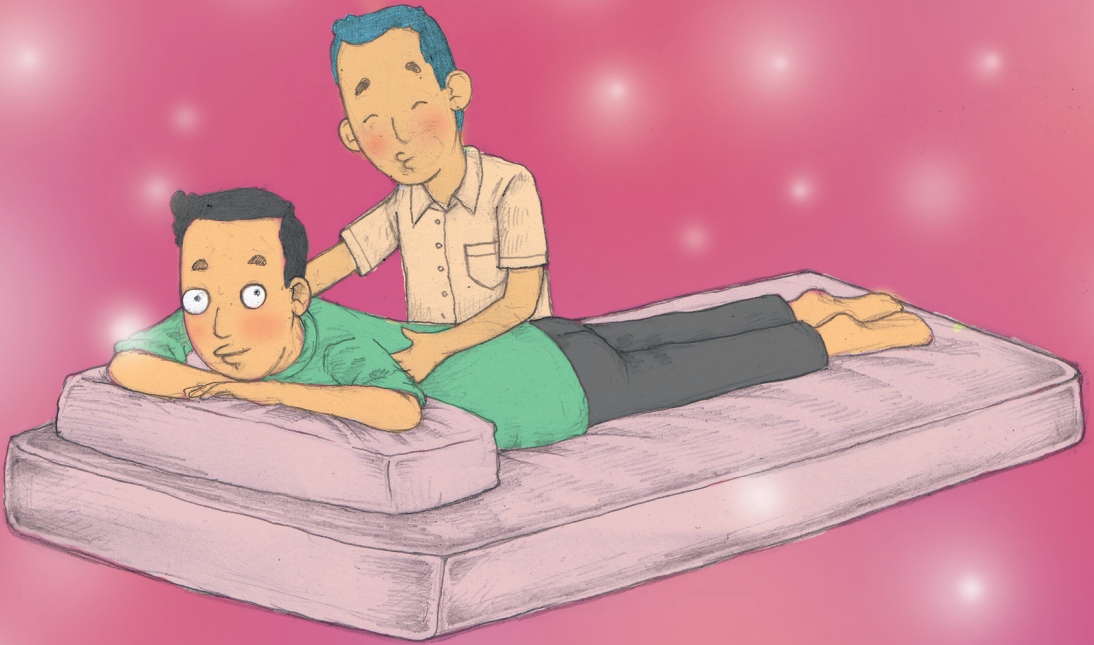
Bacaan

Kapanlagi.com. 2014. "Saat Ditangkap, Tessa Srimulat Sempat Berusaha Bunuh Diri." 28 Oktober. <http://www.kapanlagi.com/showbiz/selebri/saat-ditangkap-tessa-srimulat-sempt-berusaha-bunuh-diri-1e30e1.html>.

Kapanlagi.com. 2015. "Sah! Fariz RM Divonis Hukuman 8 Bulan Penjara." 7 Mei. <http://www.kapanlagi.com/showbiz/selebri/sah-fariz-rm-divonis-hukuman-8-bulan-penjara-760644.html>.

Poernamasasi, I.O. 2014. "Tahun Penyelamatan Pengguna Narkoba." *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan Semester I*: 16–22.

WHO Western Pacific Regional Office. 2009. "Assessment of Compulsory Treatment of People who Use Drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An Application of Selected Human Rights Principles." Manila: WHO Western Pacific Regional Office.



“TEST AND TREAT”

DI SAUNA DAN PANTI PIJAT DI JAKARTA: STRATEGI MENDEKATKAN LAYANAN HIV & AIDS KEPADA KELOMPOK LSL

Iko Safika

Peningkatan kasus HIV & AIDS di kalangan laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki (LSL) membutuhkan penggunaan beberapa strategi yang tepat sasaran, terlebih dengan fakta bahwa jenis dan tipe LSL sangat bervariasi. Salah satu solusi untuk mengurangi hambatan dalam akses jam layanan dan tingginya stigma dan diskriminasi yang terjadi di fasilitas kesehatan ialah menerapkan strategi menjemput bola dengan pelaksanaan *mobile testing*. *Mobile testing* melalui pendekatan tempat atau *venue-based testing* telah diakui sebagai strategi yang efektif dalam menjangkau dan meningkatkan cakupan tes HIV di kalangan LSL (Benson dan Woods 2003).

Sauna dan panti pijat yang bertebaran di wilayah Jakarta merupakan tempat/lokasi yang biasa digunakan LSL untuk nongkrong dan/atau mencari pasangan seksual. Sejak Februari 2014, Yayasan Kasih Suwitno (YKS) telah melakukan penjangkauan langsung di dua sauna dan dua panti pijat di Jakarta. Penjangkauan ini bermaksud untuk meningkatkan kesadaran LSL dalam melakukan seks yang aman, tes HIV, dan segera menjalani pengobatan ARV bagi yang positif HIV. Untuk itu, YYS menyediakan *mobile testing* dengan tim yang terdiri atas perawat, konselor, analis laboratorium, dan petugas administrasi yang secara teratur mengunjungi sauna dan panti pijat. Untuk menjalankan *mobile testing* ini, YYS bekerja sama dengan manajer/pemilik sauna dan panti pijat, Yayasan Intermedika (YIM), dan fasilitas kesehatan baik pemerintah (Puskesmas Setiabudi) maupun swasta (Rumah Sakit Saint Carolus dan Klinik Angsamerah). Tes HIV dilakukan dengan metode *rapid testing* melalui darah perifer dengan menggunakan *finger stick* yang juga telah terbukti secara ilmiah memiliki beberapa keuntungan dibandingkan metode pengambilan darah intravena dengan menggunakan *syringe needle*, yaitu lebih cepat hasilnya dan nyaman bagi pasien (Jaspard *et al.* 2014). Selain itu, di sauna juga dilakukan pemeriksaan sifilis dengan metode *Treponema Pallidum Hemagglutination* (TPHA) *rapid test* dan tes ulang dengan menggunakan metode *Rapid Plasma Reagin* (RPR) di layanan rujukan.

Mobile testing di sauna menasar pelanggan sauna yang datang. Informasi HIV & AIDS serta tes HIV ditawarkan saat mereka membeli karcis masuk. Menurut Fajar Prabowo, *program officer* YYS, dari 100 orang yang datang ke sauna, rata-rata 30 orang mau menjalani tes HIV dan diberikan informasi. Dari yang setuju melakukan tes, terdapat 5 sampai 6 orang yang positif HIV. Bagi yang positif, terkadang mereka tidak langsung mau dirujuk ke fasilitas kesehatan. YYS melakukan kontak secara terus-menerus. Bagi yang hasilnya negatif akan tetap di tawarkan untuk tes lagi setelah masa jendela berakhir. Tim YYS menindaklanjuti klien yang positif sampai mereka tidak bisa dihubungi lagi (misalnya, nomor telepon yang diberikan tidak aktif dan/atau klien pindah alamat). Menunda pengobatan ialah hal yang sering ditemui pada kelompok ini, sehingga pendampingan intensif perlu terus dilakukan.

Untuk *mobile testing* di panti pijat, strategi yang digunakan sama. Bedanya ialah sasarannya. Sasaran panti pijat ialah staf yang menyediakan jasa pijat pada pelanggan dari kelompok LSL. Untuk panti pijat, selain tes HIV, dilakukan juga pengambilan darah untuk pemeriksaan sifilis, *anal swab*, dan *uretha*. Pemeriksaan ini dilakukan saban tiga bulan.

Sampai September 2014, sudah terlaksana 440 tes HIV yang dilakukan di kedua lokasi LSL tersebut. Jumlah HIV positif mencapai 66, di mana 39 di antara mereka sudah masuk dalam pengobatan ARV di ketiga fasilitas kesehatan yang telah disebutkan di atas. Bagi yang tinggal di luar kota, kadang mereka juga melakukan pengobatan di daerahnya masing-masing. Sedangkan sisanya, 3 klien hilang kontak; 4 menolak menjalani pengobatan, dan 20 lainnya masih menunda pengobatan.

Salah satu fasilitas kesehatan yang menjadi tempat rujukan juga mengonfirmasi bahwa dengan adanya strategi jemput bola yang dilakukan oleh YKS, terjadi peningkatan pasien dari kalangan LSL. Saat ini, 50 persen dari pasien yang datang ke fasilitas layanan tersebut merupakan LSL. Lebih lanjut dikatakan, terjadi peningkatan kesadaran untuk memulai pengobatan ARV. Dulunya, pasien yang positif HIV datang ke fasilitas kesehatan tersebut setelah keadaan disertai infeksi oportunistik dengan CD4 rata-rata satu digit. Sekarang, rata-rata klien yang memulai dan tetap dalam pengobatan, CD4-nya di atas 300 sehingga untuk jangka panjang dapat mengurangi beban biaya dan dari segi pencegahan lebih tepat sasaran. Kerahasiaan dan kenyamanan pasien sangat penting dalam mengurangi hambatan mengakses layanan. Tempat yang disediakan pun nyaman dan terpisah dari kesibukan sehingga memberikan nilai tersendiri dalam mengurangi stigma dan diskriminasi yang dialami oleh LSL. []

Bacaan

Binson, D. dan W.J. Woods. 2003. "A Theoretical Approach to Bathhouse Environments." *Journal of Homosexuality* 44(3-4): 23-31.

Jaspard, M., G. Le Moal, M. Saberan-Roncato, D. Plainchamp, A. Langlois, P. Camps, A. Guigon, L. Hocqueloux, T. Prazuck. "Finger-Stick Whole Blood HIV-1/-2 Home-Use Tests Are More Sensitive than Oral Fluid-Based In-Home HIV Tests." *Plos One* 9(6): e101148.

POKOKNYA KAMU
NGGAK BOLEH
KEMANA-MANA !



GIMANA SAYA BISA
BERUBAH KALO
NGGAK BOLEH
KEMANA-MANA?



Menyambut SDGs: Bagaimana Perlindungan Sosial bagi Orang yang Terdampak AIDS?

Ignatius Praptoraharjo

Satu isu sangat strategis dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang secara langsung mencerminkan upaya mewujudkan keadilan dan pemerataan kesejahteraan secara nasional ialah perlindungan sosial (*social protection*) sebagaimana tercantum pada tujuan 1.3: *Implement nationally appropriate social protection systems and measures for all, including floors, and by 2030 achieve substantial coverage of the poor and the vulnerable*. Perlindungan sosial pada dasarnya adalah semua upaya yang diarahkan untuk menyediakan pendapatan atau konsumsi kepada kelompok miskin, melindungi kerentanan terhadap berbagai risiko yang berpengaruh terhadap kesejahteraannya, dan memperkuat status dan hak sosial kelompok yang termarginalisasi. Tujuan dari perlindungan sosial pada dasarnya untuk mengurangi kerentanan sosial dan ekonomi kelompok miskin dan termarginalisasi (Devereux dan Sabates-Wheeler 2004). Di Indonesia, upaya untuk mewujudkan perlindungan sosial ini bisa dilihat dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang bertujuan untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar hidup layak bagi masyarakat Indonesia melalui jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

Jaminan sosial yang dikembangkan di Indonesia memang belum mencakup kebijakan yang bersifat antisipatif dalam penanggulangan HIV & AIDS. Tetapi, jika dilihat dari tujuan yang ingin dicapai UU tersebut, ada potensi yang sangat besar untuk mewujudkan pengurangan dampak katastrofik pada individu atau keluarga yang terdampak oleh HIV & AIDS karena sebagian besar dari mereka berasal dari keluarga miskin dan dari kelompok yang termarginalisasi di dalam masyarakat. Sebuah perlindungan sosial disebut sensitif terhadap HIV & AIDS ketika manfaat perlindungan sosial tersebut diterima oleh orang yang berisiko tertular HIV dan rentan terhadap berbagai dampak yang ditimbulkan oleh HIV & AIDS (Temin 2010). Perlindungan yang sensitif terhadap HIV & AIDS dengan demikian bisa dimaknai sebagai upaya untuk menjamin ketersediaan akses yang memadai atas pelayanan sosial dan kesehatan yang mendasar bagi kelompok yang tidak diuntungkan sehingga bisa mengurangi kesenjangan kemiskinan, kerentanan terhadap penularan dan dampak sosial ekonomi bagi ODHA dan keluarganya, serta meningkatkan kapasitas ekonomi dan produktivitas keluarga yang terdampak oleh HIV & AIDS (Temin 2010).

Secara ideal, perlindungan sosial yang perlu dikembangkan ialah bentuk perlindungan sosial yang komprehensif dengan cakupan wilayah nasional dan didasarkan pada pemahaman tentang berbagai risiko dan kerentanan yang dihadapi oleh berbagai kelompok, khususnya kelompok miskin dan marginal. Perlindungan sosial yang ideal ini, dalam konteks penanggulangan HIV & AIDS, perlu menyoar tahapan epidemi, faktor yang memengaruhi epidemi, faktor yang menempatkan seseorang berisiko tertular HIV, serta pengembangan akses terhadap perawatan dan dukungan. Sejumlah kajian telah menunjukkan bahwa perlindungan sosial yang dikembangkan di berbagai negara dengan prevalensi HIV yang tinggi telah berdampak secara berarti dalam mengurangi kemiskinan yang diakibatkan oleh HIV & AIDS, meningkatkan kemampuan keluarga dalam memperoleh penghasilan, dan mempertinggi akses atas pendidikan dan kesehatan (Slater 2004; UNICEF 2010).

Penelitian oleh Pusat Penelitian HIV & AIDS Universitas Katolik Atma Jaya (2013) menunjukkan bahwa dampak HIV & AIDS belum menjadi isu yang disikapi secara khusus dalam kebijakan perlindungan sosial yang ada (pendidikan, kesehatan, ketenagakerjaan). Skema perlindungan sosial yang ada masih berfokus pada upaya pengurangan kerentanan kelompok miskin. Meskipun masih bersifat umum, skema perlindungan sosial dalam bidang kesehatan (asuransi sosial, Jamkesmas/Jamkesda) telah dimanfaatkan oleh ODHA untuk memperoleh layanan kesehatan khususnya pengobatan infeksi oportunistik. Sementara itu, serangkaian tes yang diperlukan untuk perawatan HIV dan pengobatan ARV belum dijamin dalam skema tersebut. Pembiayaan

bagi perawatan HIV masih mengandalkan *out of pocket* dari pasien, kecuali obat ARV yang disediakan secara gratis karena merupakan program nasional. Belum ada perlindungan sosial yang bersifat preventif atau promotif, apalagi yang bersifat transformatif. Hak ODHA secara keseluruhan di Indonesia untuk memperoleh perlindungan sosial dari dampak katastrofik AIDS tampaknya belum mampu dipenuhi oleh negara.

Upaya pemenuhan perlindungan sosial bagi ODHA dan keluarganya membutuhkan komitmen yang besar dari semua pihak yang terkait dengan penanggulangan HIV & AIDS dan perlindungan sosial. Pengembangan perlindungan sosial yang sensitif terhadap permasalahan HIV & AIDS perlu mempertimbangkan berbagai hal antara lain (1) penentuan secara eksplisit target perlindungan sosial ke dalam program penanggulangan HIV & AIDS yang ada, misalnya jaminan pembiayaan pendidikan dan kesehatan bagi anak dengan HIV & AIDS menjadi agenda yang perlu diintegrasikan ke dalam jaminan sosial yang lebih luas; (2) mengembangkan intervensi yang bertumpu pada penguatan ketahanan keluarga dan komunitas agar mampu menyediakan dukungan sosial yang dibutuhkan oleh ODHA—oleh karena itu, pendidikan masyarakat tentang HIV & AIDS menjadi prasyarat dasar agar keterlibatan dan dukungan ini bisa diperkuat; (3) mendorong wacana dan advokasi tentang inklusi HIV & AIDS di dalam pengembangan kebijakan terkait penerapan dan penyempurnaan sistem jaminan sosial nasional. Tentunya, tujuan SDGs tidak akan tercapai jika masih ada kelompok-kelompok marginal yang tidak punya akses berkeadilan untuk memperoleh kesejahteraan mereka, karena SDGs memegang prinsip "*tidak ada satu orang pun yang dikecualikan*" untuk mencapai kesejahteraan bersama. []

Bacaan

- Devereux, S. Dan R. Sabates-Wheeler. 2004. "Transformative Social Protection." IDS Working Paper 232. Oktober. Brighton, Sussex: Institute of Development Studies.
- Slater, R. 2004. "The Implication of HIV & AIDS for Social Protection." Makalah untuk DFID, September 2004.
- Temin, M. 2010. "HIV-Sensitive Social Protection: What does the evidence say?" Makalah untuk The IDS, UNICEF and UNAIDS Meeting on the Evidence for HIV-Sensitive Social Protection, 14–15 Juni, 2010, Brighton, UK. Geneva: UNAIDS.
- UNICEF. 2010. "Social Protection: Accelerating the MDDs with Equity." Dalam Social and Economic Policy Working Brief, edisi Agustus 2010.

Respons Penanggulangan HIV & AIDS dalam SDGs dan *Universal Health Coverage*

Ita Perwira



"Bila pendekatan UHC dan inklusi sosial dapat dilaksanakan dengan baik, agenda SDGs dalam mewujudkan kesehatan dan kesejahteraan sosial, termasuk di dalamnya penanggulangan HIV & AIDS, akan terwujud dengan baik."

Akhir 2015 merupakan penanda berakhirnya *Millenium Development Goals* (MDGs). Tetapi, program PBB untuk mengurangi kemiskinan dalam berbagai dimensi tersebut bukan berarti selesai sepenuhnya. Memasuki awal 2016, diluncurkanlah agenda *Sustainable Development Goals* (SDGs) sebagai kelanjutan sekaligus improvisasi dari MDGs. SDGs merupakan komitmen global bersama dalam kerangka yang lebih luas untuk pembangunan berkelanjutan dengan pancangan target hingga 2030.

SDGs mencakup 17 tujuan utama untuk membangun dunia yang lebih baik tanpa seorang pun terabaikan (*to build a better world with no one left behind*). Kerangka kerja SDGs jauh melampaui MDGs yang bagaimanapun juga telah memberikan kerangka kerja penting dalam memerangi kemiskinan dan memromosikan pembangunan di bangsa-bangsa berpendapatan rendah-menengah selama lima belas tahun terakhir. Di samping masih memprioritaskan pengurangan angka kemiskinan, kesehatan sebagai hak dasar manusia, pendidikan, serta ketahanan pangan dan gizi, SDGs menekankan terintegrasinya tiga dimensi pembangunan berkelanjutan, yakni ekonomi, sosial, dan lingkungan, sekaligus memberikan harapan terciptanya tatanan masyarakat yang lebih damai dan inklusif. SDGs mencakup 17 tujuan dan 169 target, termasuk satu tujuan spesifik bagi kesehatan dengan 13 target di dalamnya. Semuanya saling berkaitan, merefleksikan pendekatan terintegrasi yang menopang SDGs.

Hampir semua tujuan SDGs secara langsung berkaitan dengan kesehatan atau paling tidak berkontribusi pada kesehatan. Target-target pada Tujuan 3 mendasarkan pada progresi MDGs dan memerhatikan fokus baru pada penyakit-penyakit tak menular serta tercapainya cakupan kesehatan universal (*universal health coverage*—UHC). Berkaitan dengan penanggulangan HIV & AIDS, SDGs juga memiliki tujuan lebih universal dan ambisius, yakni mencapai kesehatan dan kesejahteraan bagi semua orang (Tujuan 3), dibandingkan MDGs yang pada tujuan kesehatannya secara spesifik menyebutkan HIV & AIDS—selain malaria dan penyakit lainnya—untuk diberantas (Tujuan 6). Tujuan kesehatan SDGs bisa dibilang mendewasakan respons global terhadap HIV & AIDS. Pembangunan secara menyeluruh yang diproyeksikan berkerangka pikir bahwa masih banyak permasalahan kesehatan termasuk penanggulangan HIV & AIDS—khususnya berbagai penyakit progresif yang menyerang ODHA. Pencapaian tujuan SDGs dalam hal ini membutuhkan cara-cara lebih adil dan berkelanjutan dalam membiayai jaminan kesehatan melalui UHC—apalagi ODHA kerap tergolong sebagai kelompok yang termarginalisasikan.

UHC dan respons terhadap HIV & AIDS secara umum memiliki tujuan bersama yang berkisar pada keadilan, nondiskriminasi, serta menjunjung tinggi martabat dan keadilan sosial. Di sini inklusi sosial menjadi penting. Ia bertujuan untuk memberdayakan masyarakat miskin dan termarginalisasikan agar mampu memanfaatkan kesempatan, juga memastikan bahwa setiap orang memiliki hak dan suara dalam pengambilan keputusan yang memengaruhi hidup mereka dan menikmati akses yang setara atas pasar, layanan, serta ruang fisik, sosial, dan politik.

Bila pendekatan UHC dan inklusi sosial dapat dilaksanakan dengan baik, agenda SDGs dalam mewujudkan kesehatan dan kesejahteraan sosial, termasuk di dalamnya penanggulangan HIV & AIDS, akan terwujud dengan baik. Dalam artikel komentar di *The Lancet*, Buse, Jay, dan Odetoynbo (2015) menyarankan lima agenda pokok yang dapat dilaksanakan UHC dan respons terhadap HIV & AIDS guna mencapai tujuan di atas, khususnya terkait penanggulangan HIV & AIDS. *Pertama*, UHC dan penanggulangan HIV & AIDS mesti mempromosikan tata kelola yang inklusif dan kerja sama yang menyeluruh. Pelaksanaan prinsip Pelibatan ODHA secara Lebih Baik (*Greater Involvement of People Living with AIDS/GIPA*) telah terbukti krusial untuk menjalankan program-program yang lebih responsif. Layanan HIV & AIDS harus menjadi bagian dari UHC dan mengedepankan layanan berbasis komunitas yang melibatkan ODHA.

Kedua, perlunya mobilisasi sumber daya dan penyesuaian investasi. Sumber pembiayaan dan sumber daya lain yang diperlukan untuk penanggulangan HIV & AIDS sebagai bagian dari UHC seharusnya bisa dicakup oleh pembiayaan UHC yang dianggarkan oleh pemerintah nasional masing-masing negara. Maka, dibutuhkan integrasi dan penyesuaian perencanaan pembiayaan antara UHC dan penanggulangan HIV & AIDS untuk peningkatan efisiensi dan berkelanjutan.

Ketiga, perlunya menekankan pendekatan menyeluruh terhadap pembangunan berbasis manusia (*people-centered development*), di mana perlu integrasi penuh atas kebutuhan kesehatan di masyarakat. Untuk itu, layanan kesehatan saat ini yang masih terlalu bertumpu pada model berbasis fasilitas (*facility-based*) sangat tergantung pada dokter (*doctor-dependent*) dan fokus hanya pada penyakit (*disease-focused*) perlu digeser menjadi layanan kesehatan yang lebih terintegrasi dengan mengedepankan langkah promotif dan preventif, termasuk dukungan gizi yang dikembangkan pada tingkat komunitas, serta memprioritaskan kelompok paling terpinggirkan, untuk mengeliminasi diskriminasi dalam layanan kesehatan.

Keempat, mengatasi permasalahan dasar faktor-faktor sosial yang menentukan kondisi kesehatan (*determinants of health*), mulai dari intervensi biomedik, sistem kesehatan yang kokoh, dan pembiayaan kesehatan yang adil. Mengedepankan hak asasi manusia dan kesetaraan gender menjadi prinsip penting di sini. Tetapi, spektrum permasalahan dari faktor penentu yang lebih luas perlu diatasi dengan menempatkan pencegahan penyakit di garda depan—dari pemasaran makanan cepat saji hingga kesenjangan pendapatan.

Terakhir, meningkatkan akuntabilitas melalui mekanisme pengawasan kolektif dan sistem pelaporan bersama. Mekanisme partisipatif juga dapat membantu menciptakan ruang politik yang terbuka dan inklusif dalam mengawal penanggulangan HIV & AIDS dan melaksanakan UHC.

Melalui agenda bersama yang komprehensif ini, penanggulangan HIV & AIDS dan UHC diharapkan memiliki peluang transformatif dalam mewujudkan kesehatan sebagai sebuah hak asasi manusia guna menopang usaha pencapaian tujuan SDGs secara global. []

Bacaan

- Buse, K., J. Jay, dan M. Odetoyinbo. 2016. "AIDS and universal health coverage—stronger together." *The Lancet* 4(1): e10–e11.
- Media Centre WHO. 2015. "From MDGs to SDGs, WHO launches new report." Rilis berita 8 Desember. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mdg-sdg-report/en/>.
- Reddy, K. S. "The Commonwealth Health and Development Agenda: Beyond 2015." *Commonwealth health Partnership* 2014.
- World Bank. 2013. "Social Inclusion." Brief 15 Agustus. <http://www.worldbank.org/en/topic/socialdevelopment/brief/social-inclusion>.
- WHO. 2015. "From MDGs to SDGs: General Introduction." http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/MDGs-SDGs2015_chapter1.pdf?ua=1.
- Yi, I. dan T. Kim . 2015. "Post 2015 Development Goals (SDGs) and Transformative Social Policy." *Oughtopia* 30(1): 307–335.

MENJANGKAU YANG TAK TERJANGKAU: ANTARA STRATEGI DAN KEBIJAKAN

Ignatius Hersumpana



"Kebijakan yang tidak sensitif menjadi upaya dan kerja keras untuk melakukan advokasi hukum bagi penasun agar mendapatkan rehabilitasi seperti kembali ke titik nol."

Tidak semua populasi kunci maupun kelompok yang berisiko tinggi tertular HIV & AIDS mudah dijangkau. Beberapa di antara mereka tersembunyi dan sulit didekati. Upaya meningkatkan penjangkauan pada populasi dan kelompok yang sulit didekati tentunya membutuhkan strategi pendekatan yang tepat dan kebijakan yang memihak. Kunci keberhasilan dalam pencegahan penularan HIV & AIDS yang selama ini diyakini ialah kemampuan mengembangkan strategi dan kebijakan dalam menjangkau populasi kunci (*most at risk population*). Kebijakan terkait layanan pencegahan dan layanan HIV yang memprioritaskan populasi kunci selama ini dipandang sebagai strategi dan langkah

yang tepat dalam penurunan angka penularan HIV. Penanganan sumber penularan secara proporsional dapat membantu upaya penanggulangan HIV & AIDS secara efektif di berbagai negara. Setiap negara memiliki dinamika perkembangan dan karakteristik epidemi HIV & AIDS yang berbeda. Di sebagian besar negara Asia dan Asia Tenggara, penularan HIV & AIDS disebabkan oleh perilaku berisiko yang kompleks; meliputi penularan melalui transmisi seksual oleh pekerja seks (WPS), lelaki yang seks dengan lelaki (LSL), kelompok transgender, dan penasun (Beyrer *et al.* 2011: 96–99). Tulisan ini mencoba mencermati strategi dan kebijakan dalam penyediaan layanan HIV bagi kelompok tersembunyi dan rentan.

Hal mendasar yang perlu terus dikembangkan dalam menyusun strategi dan kebijakan penanggulangan HIV & AIDS ialah penyediaan data yang menggambarkan jumlah sekaligus memotret permasalahan yang dihadapi kelompok populasi kunci secara tepercaya (*reliable*). Salah satu strategi untuk memperoleh data yang tepercaya ialah melalui Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) pada populasi kunci. Hasil STBP 2007 dan 2011 menunjukkan, prevalensi pada kelompok LSL meningkat tajam; dari 5 persen pada 2007 menjadi 12 persen pada 2011; sementara pada populasi waria angkanya tetap tinggi, 24 persen pada 2007 dan 23 persen pada 2011, meskipun ada penurunan tapi tidak cukup bermakna; demikian halnya pada populasi WPS, 10 persen pada 2007 dan 9 persen pada 2011. Strategi lainnya yakni Survei Terpadu HIV-Perilaku (STHP). Data STHP 2013 di dua provinsi di Papua menunjukkan prevalensi HIV pada masyarakat umum sebesar 2,3 persen dengan perkiraan prevalensi pada populasi warga asli lebih besar. Data-data tersebut menjadi dasar pengembangan kebijakan dan program terkait dengan layanan HIV & AIDS pada populasi kunci. Seperti program pencegahan untuk penasun dengan *Needle Syringe Program* (NSP) melalui pemberian jarum suntik steril yang cukup berhasil dalam mengurangi laju infeksi baru. Sementara itu, Program Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual (PMTS) dirancang untuk pencegahan pada WPS, LSL, dan kelompok transgender melalui konsistensi penggunaan kondom untuk seks berisiko.

Strategi pengumpulan data memainkan peran vital dalam perencanaan dan pengembangan program yang sesuai dengan karakteristik dan dinamika epidemi yang berkembang. Tetapi, sebagaimana diungkapkan oleh penelitian PKMK FK UGM (2015) tentang integrasi upaya penanggulangan HIV & AIDS ke dalam sistem kesehatan, informasi strategis atau data masih dikuasai oleh pusat, baik sistem pengumpulan datanya maupun tata kelola pemanfaatan datanya. Yang dimaksud pusat di sini adalah pemerintah (Kemenkes RI) maupun donor mitra pembangunan internasional (MPI). Padahal, penguasaan sistem, mekanisme pengumpulan dan pemanfaatan data menentukan jenis

program yang dikembangkan. Perbedaan sistem dan mekanisme pengumpulan yang diacu selama ini—seperti STBP sebagai metode yang secara metodologis diakui dalam mendapatkan data-data yang menggambarkan keterwakilan dari populasi tertentu—tidak lepas dari kepentingan dan kebijakan dari lembaga yang memberikan dukungan. Perbedaan sistem dalam mendapatkan perkiraan terkait perkembangan epidemi ini perlu disesuaikan dengan karakteristik perkembangan epidemi yang disebabkan oleh faktor perilaku risiko tertentu. Sehingga, upaya intervensi yang dikembangkan semakin mendekati kenyataan dari fakta yang berhasil dipotret dengan metode yang tepercaya. Apalagi penggalian data pada jenis populasi yang tersembunyi dan sulit dijangkau ini menjadi tantangan tersendiri secara metodologis untuk terhindar dari bias seperti penghitungan ganda (*double counting*). Tantangan ini mengemuka ketika kelompok LSL memanfaatkan media sosial yang sulit dilacak kebenarannya.⁴⁵

Demikian halnya pada pemetaan WPS di *hotspot* dan estimasi pada populasi umum. Observasi sumber dengan kerangka metode sistematis yang dapat menjamin keterwakilan menjadi prasyarat dalam melakukan penjangkauan pada kelompok ini. Data yang mendekati “kebenaran” dan dapat dipertanggungjawabkan secara metodologis dengan keterbatasan dan prosedur etisnya terbukti bermanfaat bagi pengembangan kebijakan (*evidence based policy*) maupun pengembangan intervensi program pada kelompok populasi kunci.

Cakupan yang semakin luas dalam penjangkauan pada kelompok yang sulit dijangkau merupakan keberhasilan pengembangan strategi komunitas untuk mengakses layanan HIV sebagai bagian dari *continuum of care*. Peran komunitas dalam hal ini menentukan dalam mendorong peningkatan cakupan jangkauan populasi kunci untuk dapat bekerja sama dalam penyediaan layanan HIV. Pengalaman di Cameron menunjukkan bahwa semakin banyak komunitas yang menyediakan layanan, semakin meningkat akses layanan pada kelompok LSL. Intervensi program yang menyertakan kader komunitas dapat mengurangi hambatan pada kelompok LSL dalam mengakses layanan (Holland *et al.* 2015).

Sayangnya, kelompok yang sulit dijangkau masih mengalami stigma dan diskriminasi bahkan oleh kebijakan pemerintah, misalnya kebijakan antiprostitusi yang menghalangi mereka untuk mendapatkan perawatan dan akses layanan kesehatan. Kebijakan antiprostitusi menyebabkan terjadinya pergerakan populasi kunci yang tidak terkontrol. Pergerakan ini berkonsekuensi pada akses atas jaminan layanan kesehatan yang menggunakan basis kewilayahan dalam prosedurnya. Prosedur kewilayahan catatan sipil mengakibatkan WPS yang bekerja di luar daerah tanpa kartu identitas tidak mendapatkan akses layanan secara memadai.

⁴⁵ Media sosial (Grinder, Hornet, Facebook) banyak digunakan oleh kelompok-kelompok populasi kunci untuk melakukan penjangkauan maupun menghitung jumlahnya. Perlu mekanisme pemeriksaan dan kontrol yang sistematis untuk menghindari bias penghitungan. Hal ini disarikan dari pengalaman Vesta dalam diskusi kultural PKMK FK UGM tentang penghitungan orang-orang berbasis di jalanan bersama dengan Paul Kellner, mahasiswa doktoral di Universitas Oxford, 19 November 2015.



HARUS KUAT DAN
BERMANFAAT!

Dari Prinsip ke Realitas: Keterlibatan Bermakna ODHA dalam Penanggulangan HIV & AIDS

Eviana Hapsari Dewi

"keterlibatan ODHA yang lebih besar dan bermakna di semua aspek dalam respons HIV & AIDS akan menghasilkan kebijakan dan layanan yang dapat diterima dan dijangkau oleh kelompok secara tepat sasaran."

HIV & AIDS merupakan penyakit menular kronis yang memiliki dimensi sosial, politik, dan ideologi. Oleh karena itu, upaya penanggulangannya memerlukan keterlibatan berbagai pihak, termasuk ODHA sendiri. Tulisan ini bermaksud mengulas keterlibatan ODHA dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS khususnya di Indonesia. Keterlibatan ODHA dalam hal ini menjadi penting untuk disoroti karena penanggulangan HIV & AIDS mencakup persoalan hak asasi manusia di mana ODHA menjadi kelompok yang rentan untuk mendapat stigma dan perlakuan diskriminatif.

Badan PBB untuk AIDS UNAIDS sebagai lembaga dunia yang mengawal penanggulangan HIV & AIDS pun mengampunyeakan pentingnya keterlibatan ODHA melalui sebuah prinsip *Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV & AIDS* (GIPA)—kemudian berevolusi menjadi *Meaningful Involvement of People Living with or Affected by HIV & AIDS* (MIPA). GIPA merupakan suatu prinsip yang menekankan keterlibatan ODHA secara aktif dan bermakna dalam merancang, mengembangkan, menerapkan, mengawasi, dan mengevaluasi semua kebijakan dan program yang berdampak pada kehidupannya (UNAIDS 2014). Dengan begitu, GIPA bertujuan untuk memastikan kualitas dan efektivitas respons terhadap AIDS (UNAIDS 2007). GIPA dideklarasikan pertama kali dalam Konferensi AIDS Tingkat Tinggi di Paris pada 1994. Hal ini menunjukkan komitmen dan posisi dari 42 negara yang hadir dalam konferensi tersebut atas respons mereka terhadap epidemi HIV & AIDS (UNAIDS 1999).

Alasan mendasar pentingnya pelibatan ODHA dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS yakni pandangan bahwa ODHA sendirilah yang paling bisa memahami kebutuhan yang diperlukannya. Dalam konteks yang lebih luas, upaya pelibatan ini dimaksudkan agar dapat mengurangi stigma dan diskriminasi yang acap kali masih terjadi. UNAIDS menegaskan bahwa keterlibatan ODHA yang lebih besar dan bermakna di semua aspek dalam respons HIV & AIDS akan menghasilkan kebijakan dan layanan yang dapat diterima dan dijangkau oleh kelompok secara tepat sasaran.

Secara programatik, pelibatan ODHA dalam suatu siklus program dapat mendorong program lebih responsif, relevan, dan berkelanjutan, sehingga mampu berkontribusi dalam pencapaian akses universal. Pada akhirnya, partisipasi aktif dan bermakna ODHA akan mendorong rasa kepemilikan yang tinggi mereka terhadap kebijakan dan program, yang mana hal demikian merupakan hal yang sangat esensial untuk perubahan sosial yang berkelanjutan. Dengan demikian, penerapan prinsip GIPA dalam penanggulangan HIV & AIDS merupakan upaya untuk mematahkan simplifikasi dan asumsi yang kurang tepat bahwa peran sebagai penyedia layanan adalah pihak yang tidak terinfeksi HIV, sedangkan yang menjadi klien adalah mereka yang telah terinfeksi HIV (*International HIV & AIDS Alliance* dan *Global Network of People Living with HIV*, 2010).

Di Indonesia, penerapan prinsip GIPA telah didorong dan diinisiasi oleh beberapa pihak, baik LSM, komunitas ODHA, maupun lembaga-lembaga internasional. Salah satu bentuk penerapan GIPA yang telah dikembangkan adalah Pencegahan Positif yang merupakan upaya untuk memperkuat kapasitas ODHA yang diterapkan di dalam kerangka etis yang menghargai hak dan kebutuhan ODHA dan pasangannya. Sebenarnya, Pencegahan Positif bukan semata-mata mencakup isu pencegahan penularan HIV, melainkan juga menyangkut isu pengobatan, dukungan, dan perawatan dengan fokus pada kebutuhan orang yang terinfeksi HIV dan keterlibatan aktif mereka dalam perencanaan strategi penanggulangan HIV (Yayasan Spirita 2015a). Tiga pilar dalam pencegahan positif antara lain (1) bagaimana meningkatkan mutu hidup ODHA; (2) menjaga diri untuk tidak tertular HIV maupun infeksi lain dari orang lain; (3) menjaga diri untuk tidak menularkan HIV kepada orang lain (Yayasan Spirita 2015b). Pencegahan positif telah menjadi salah satu strategi program penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia yang dimulai sejak 2008 dan telah dimasukkan ke dalam modul nasional pelatihan konseling dan tes HIV sukarela (VCT) edisi 2010. Dokumen SRAN 2015–2019 juga memastikan pentingnya melibatkan ODHA secara aktif dan bermakna dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan di semua tingkatan.

Pada tataran empiris, hasil penelitian PKMK FK UGM (2015) mengindikasikan bahwa keterlibatan ODHA dirasa masih belum optimal, di mana pelibatan mereka masih pada tataran implementasi saja, belum secara bermakna tampak pada perencanaan atau pemantauan dan evaluasi. Keterlibatan ODHA dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS sangat tampak pada pelaksanaan program yang dirancang dan didanai pemerintah pusat atau mitra pembangunan internasional. Seharusnya, partisipasi mereka lebih dari *tokenistic*. Hal ini menunjukkan bahwa prinsip GIPA untuk mendorong kebijakan dan program yang responsif juga berpihak pada kebutuhan dan kepentingan ODHA belum cukup kuat diterapkan dalam penanggulangan HIV & AIDS. Seyogianya, keterlibatan ini dapat mengakui dan menghargai pengetahuan dan kemampuan ODHA dalam pengambilan keputusan yang akan berdampak pada hidupnya, sehingga mutu hidup ODHA dapat terjamin.

Pada sisi lain, karena adanya tuntutan untuk melibatkan ODHA dalam penanggulangan HIV & AIDS, sejumlah komunitas ODHA telah menjelma menjadi lembaga formal berbentuk organisasi berbasis komunitas yang melaksanakan fungsi-fungsi pelayanan. Peran yang demikian ini lambat laun menyebabkan kebingungan orientasi dari semangat awal terbentuknya kelompok ini, yang pada esensinya dibentuk untuk mengartikulasikan kepentingan mereka menjadi kelompok yang menyediakan layanan atau memenuhi kebutuhan ODHA. Keterlibatan dalam bentuk seperti ini pada dasarnya justru menghambat terwujudnya program dan kebijakan yang sesuai dan responsif karena fokus komunitas bukan lagi menyuarakan kebutuhan anggotanya, melainkan justru menjadi pelaksana dari pemilik program seperti MPI atau pemerintah.

Sebagai kelompok yang menyuarakan kepentingan anggotanya, komunitas ODHA perlu berfokus pada upaya advokasi dan pendidikan komunitas. Upaya ini perlu ditekankan untuk memastikan kebijakan dan program benar-benar bisa merefleksikan kebutuhan orang yang paling terdampak. Sayangnya, upaya advokasi yang berfokus untuk mendorong perubahan kebijakan publik yang luas belum tampak menonjol. Alih-alih advokasi, yang terjadi selama ini lebih pada upaya-upaya negosiasi dengan pihak-pihak terkait demi kelancaran program-program yang direncanakan. Tentu saja hal ini tidak dapat menjamin kelangsungan dari perubahan yang telah terjadi, jika suatu saat situasi politik berubah. Selain itu, pendidikan komunitas yang dilakukan selama ini berfokus pada anggotanya dan lebih berisi aspek-aspek yang bersifat klinis dan medis. Sementara itu, pendidikan komunitas yang bersifat kritis dan pendidikan bagi masyarakat luas belum banyak dilakukan. Pendidikan seperti ini penting sekali dilakukan oleh komunitas ODHA agar memungkinkan tereliminasi stigma dan diskriminasi terhadap ODHA.

Dari ulasan di atas, upaya untuk mewujudkan prinsip GIPA dan Pencegahan Positif menjadi sebuah kenyataan masih memerlukan upaya yang lebih keras lagi baik dari komunitas ODHA maupun pemangku kepentingan lain di dalam penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia. Penerapan prinsip ini bukan tidak mungkin dapat terwujud. Upaya untuk mendorong partisipasi ODHA secara bermakna harus tampak di dalam pengembangan dan penerapan program; kepemimpinan dan dukungan, kelompok jaringan dan *sharing*; keterlibatan dalam upaya advokasi; keterlibatan dalam kampanye dan *public speaking*; keterlibatan secara personal; juga keterlibatan dalam kesiapan upaya pengobatan. Meskipun demikian, agar ODHA mampu berpartisipasi secara bermakna, perlu upaya-upaya penguatan kapasitas bagi kelompok ODHA itu sendiri, sehingga mereka mampu berdaya atas diri mereka sendiri dan mampu menyuarakan kepentingan mereka dalam penanggulangan HIV & AIDS. []

Bacaan

- International HIV & AIDS Alliance dan Global Network of People Living with HIV (GNP+). 2010. "Greater Involvement of People Living with HIV & AIDS (GIPA)." Good Practice Guide.
- KPAN. 2015. "Strategi dan Rencana Aksi Nasional HIV & AIDS 2015–2019."
- Tim PKMK FK UGM. 2015. *Integrasi Upaya Penanggulangan HIV & AIDS ke dalam Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: PKMK FK UGM.
- UNAIDS. 1999. "The Greater Involvement of People Living with HIV." Policy Brief. http://data.unaids.org/pub/briefingnote/2007/jc1299_policy_brief_gipa.pdf.
- UNAIDS. 2007. "From Principle to Practice: Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV & AIDS (GIPA)." Best Practice Collection.
- UNAIDS. 2014. "People Living with HIV." The Gap Report 2014.
- Yayasan Spiritia. 2015a. "Pedoman dan Modul Pencegahan Positif." Tersip di <http://spiritia.or.id/dokumen/pedoman-pencegahanpositif.pdf>.
- Yayasan Spiritia. 2015b. "Pencegahan Positif." Lembaran Informasi 165. Tersip di <http://spiritia.or.id/li/pdf/LI165.pdf>.

Refleksi Upaya Penanggulangan **HIV & AIDS** dalam Peringatan **HAS 2015**

Muhammad Suharni



Hari AIDS Sedunia (HAS) diperingati pada 1 Desember saban tahun. Tema peringatan HAS 2015 di Indonesia adalah “Perilaku Sehat”. Pada momentum HAS ke-51 ini, menarik bagi kita untuk membahas upaya penanggulangan HIV & AIDS dalam rangka *Ending AIDS 2030* dan merefleksikan upaya-upaya yang sudah dilakukan untuk mencapainya.

Ending AIDS 2030 merupakan target dunia yang dipancangkan sebagai salah satu tujuan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs). Sudah banyak upaya penanggulangan HIV & AIDS yang telah dilakukan oleh banyak pemangku kepentingan, mulai dari pemerintah dengan berbagai kebijakan dan program, masyarakat sipil, sektor swasta, dan mitra pembangunan internasional, untuk mencapai target tersebut. Untuk mencapai target ambisius ini, UNAIDS pun menerapkan strategi *Fast Track: End AIDS by 2030*. Strategi ini sudah direspons di tingkat regional seperti *workshop* internasional di Mumbai pada tanggal 23–29 Mei 2015. Dalam *workshop* tersebut, Provinsi DKI Jakarta telah dicanangkan sebagai salah satu lokasi uji coba Program Nasional dalam penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia melalui program *Fast Track Jakarta City ending AIDS epidemic 2020*.⁴⁶

Indonesia secara legal-formal telah berkomitmen untuk mencapai target ambisius ini melalui berbagai produk kebijakan seperti arah pembangunan kesehatan dalam Rencana Pembangunan Menengah Nasional dan Rencana Aksi Nasional Pengendalian HIV di sektor Kesehatan 2015–2019 dengan strategi: (1) Meningkatkan cakupan layanan HIV & AIDS dan IMS melalui Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB); (2) Memperkuat sistem kesehatan nasional dalam pelaksanaan LKB HIV & AIDS dan IMS. Di tingkat daerah, produk peraturan (perda) terkait pengendalian HIV & AIDS juga banyak bermunculan, termasuk pembentukan lembaga KPA di daerah. Tetapi, komitmen ini belum solid dan konsisten sebagaimana ditunjukkan oleh hasil penelitian PKMK FK UGM (2015) bahwa komitmen politik dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS masih ala kadarnya dan belum sampai pada tingkat implementasi secara kokoh.

Sebagai bahan refleksi tentang apa yang telah dilakukan Indonesia dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS, laporan kajian paruh waktu (*mid term review*) pelaksanaan Strategi dan Rencana Aksi Nasional (SRAN) 2010–2014 bisa kita ulas. Laporan tersebut digunakan sebagai bahan penyusunan SRAN 2015–2019. Kajian ini menyimpulkan, walaupun terjadi penguatan kebijakan dan program, efektivitas pelaksanaan SRAN 2010–2014 untuk mencapai target pengurangan dampak epidemi ternyata belum sepenuhnya memenuhi harapan.

⁴⁶ Informasi penancangan DKI Jakarta sebagai proyek percontohan ini didapat dari Rumusan Hasil *Workshop Fast-Track Jakarta City Ending AIDS Epidemic 2020* dalam Penanggulangan AIDS Provinsi DKI Jakarta di Hotel Syahira, Bogor, 7–9 Oktober 2015.

Cakupan pengobatan pada 2012 baru 17 persen dari perkiraan ODHA yang membutuhkan pengobatan; penggunaan kondom secara konsisten pada wanita pekerja seks langsung (WPSL) dan pelanggannya masih belum optimal (di bawah 60 persen); cakupan Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA) walaupun meningkat tapi masih di bawah 20 persen (14–16 persen); cakupan pengobatan pada anak hanya 15 persen. Prevalensi HIV pada beberapa populasi kunci belum menunjukkan penurunan, kecuali pada penasun dan wanita pekerja seks tidak langsung (WPSTL). Sementara itu, prevalensi HIV pada lelaki seks dengan lelaki (LSL) meningkat dua kali lipat.

Selain itu, sumber pendanaan yang yang ditargetkan 70 persen dari sumber domestik pada tahun 2014 belum tercapai. Lebih dari 50 persen pendanaan masih bersumber dari luar negeri. Sudah begitu, belum ada dana dari anggaran daerah (APBD) untuk upaya penanggulangan HIV & AIDS yang dilakukan oleh masyarakat sipil. Padahal, berbagai perda penanggulangan HIV & AIDS menyebutkan tentang perlunya partisipasi masyarakat. Kenyataannya, dana penanggulangan HIV & AIDS untuk masyarakat sipil masih berasal dari donor internasional yang sangat terbatas. Alokasi dana untuk masyarakat sipil hanya 1 persen dari total dana AIDS dunia (UNAIDS 2014). Rencana memperluas program penanggulangan HIV & AIDS yang telah dimulai tidak akan berhasil tanpa kelanjutan dukungan luar negeri dan tanpa meningkatkan pendanaan dari sumber domestik, termasuk pendanaan pemerintah pusat dan daerah, serta meningkatkan pengobatan yang dicakup Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Dari capaian tersebut, tantangan upaya penanggulangan HIV & AIDS tampaknya masih cukup berat. Perlu usaha yang lebih besar lagi dari berbagai pihak untuk mencapai target terberantasnya AIDS pada 2030.

PENENTU KEBIJAKAN

Kemendes RI telah menyusun peta-jalan (*roadmap*) untuk memandu upaya percepatan program penanggulangan HIV & AIDS menuju *getting to zero* pada 2030 melalui inisiatif yang dikenal sebagai 90-90-90. Sejalan dengan itu, Kemendes RI juga melaksanakan Program Indonesia Sehat dengan “paradigma sehat”. Paradigma sehat menyasar pada penentu kebijakan di lintas sektor, untuk memperhatikan dampak kesehatan dari kebijakan yang diambil baik di hulu maupun di hilir.

Kemendes RI juga telah membuat rencana peningkatan berbagai layanan terkait AIDS dan IMS, mulai dari pencegahan berupa peningkatan jumlah layanan tes HIV dan konseling; pengembangan layanan PPIA, Layanan Jarum dan Alat Suntik Steril (LASS), dan Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) secara bertahap; pengembangan layanan Promosi dan Pencegahan (PDP); pengembangan layanan IMS, TB-HIV; dan rencana pengembangan Unit

Pelaksana Teknis Daerah (UPTD). Selain itu, Kemenkes RI merencanakan penguatan sistem kesehatan berupa penguatan pembiayaan program dan subsistem lainnya, seperti pembagian proporsi alokasi pembiayaan pusat dan daerah untuk obat dan komoditas lain dalam program HIV & AIDS. Rencana ini cukup maju, tetapi perlu disadari bahwa pada era desentralisasi saat ini secara politik dan ekonomi pemerintah daerahlah yang mempunyai kepentingan dan kekuasaan tinggi dalam penerapan kebijakan termasuk berbagai rencana pengembangan layanan kesehatan.

Penentu kebijakan sangat berperan dalam keberhasilan upaya penanggulangan HIV & AIDS. Mereka merupakan pemegang kekuasaan yang memiliki kepentingan sehingga cukup menentukan sebuah program dapat berjalan atau tidak. Dengan kekuasaannya yang tinggi, mereka perlu didorong agar kepentingannya juga tinggi sehingga keberpihakan pada program penanggulangan HIV & AIDS meningkat dan terukur. Kita ambil contoh DPRD yang mempunyai peran dan fungsi legislasi dan penganggaran. DPRD mempunyai kekuasaan tinggi karena secara normatif memiliki kekuasaan politik untuk menyetujui atau mengesahkan anggaran yang diusulkan oleh pemerintah (eksekutif). Pada kenyataannya, sering kali usulan pendanaan penanggulangan HIV & AIDS di daerah tidak disetujui oleh DPRD. Akibatnya, sebagaimana hasil kajian PKMK FK UGM (2015), program HIV & AIDS tidak bisa berjalan dengan baik dan menjadi hambatan untuk mencapai *Ending AIDS 2030*.

Komitmen politik pemerintah untuk menguatkan fungsi regulasi melalui pengembangan kebijakan operasional di tingkat daerah terkait dengan perda atau peraturan di tingkat pusat perlu didorong. Penguatan fungsi regulasi ini dapat dilakukan dengan mendorong pemangku kepentingan utama di daerah seperti kepala daerah (gubernur, bupati, walikota) untuk mengeluarkan aturan pelaksanaan dari perda yang telah dibuat. Dari sisi peningkatan layanan dan penguatan sistem kesehatan, di era desentralisasi saat ini, diperlukan perencanaan bersama dan pemberian kewenangan secara politik dan administratif kepada daerah dalam pengembangan berbagai layanan agar terpenuhi rasa kepemilikan pemerintah daerah terhadap program dan layanan yang dikembangkan. Untuk itu, pemerintah daerah perlu melakukan penilaian kebutuhan, ketersediaan, dan kesenjangan sumber daya baik untuk layanan maupun pendanaan, sehingga punya posisi tawar terhadap berbagai program dan pendanaan yang ditawarkan oleh pihak lain di daerahnya.

Selanjutnya, inovasi, adopsi, dan penyesuaian strategi menjadi penting agar dalam pelaksanaannya sebuah strategi dapat mencapai target. Program intervensi HIV & AIDS selama ini masih cenderung seragam dalam arti perencanaannya dibuat dari pusat atau penyandang dana sehingga sering kali daerah hanya menjalankan program saja dan dalam pelaksanaannya sering mendapat hambatan bahkan resistensi. Oleh karena itu, pengalaman intervensi selama ini dapat digunakan sebagai dasar untuk melakukan inovasi melalui berbagai perubahan dan penyesuaian, seperti penentuan target wilayah, penyediaan dan peningkatan akses layanan, pelibatan komunitas agar terpenuhinya rasa kepemilikan atas program, serta memperhatikan isu stigma, diskriminasi, dan HAM.

SEMUA BERTINDAK UNTUK BERPERILAKU SEHAT

Pengendalian HIV & AIDS perlu melibatkan berbagai pihak, baik lintas program, lintas sektor, juga sangat penting keterlibatan keluarga, komunitas, dan seluruh masyarakat. Pelibatan mereka dalam penanggulangan HIV & AIDS harus pula disertai dengan tindakan nyata untuk berperilaku sehat. Perilaku sehat tidak cukup hanya perilaku pribadi, tetapi perlu dibangun perilaku sehat dalam arti luas yang meliputi relasi struktural, kelembagaan, dan lingkungan. Di tingkat individu, perilaku sehat ini bisa dimulai dari perubahan *mindset* (cara pikir) tentang perilaku sehat dan perilaku mencari sehat. Sedangkan di tingkat struktural, atau organisasi, dimulai dengan penciptaan sistem keluarga dan lembaga/organisasi yang sehat, sebagaimana disarankan oleh Scott *et al.* (2003) bahwa mengelola budaya organisasi adalah hal yang esensial dalam upaya reformasi sistem kesehatan.

Program yang menyangkut perilaku hidup sehat populasi kunci dan ODHA, juga pengembangan lembaga pencegahan AIDS yang berbudaya sehat perlu menjadi bagian dari program penanggulangan HIV & AIDS. Tujuannya, mempercepat upaya peningkatan produktivitas dan derajat hidup populasi kunci dan ODHA.

Uraian ringkas di atas memberikan refleksi tentang pentingnya peran penentu kebijakan yang berkekuasaan tinggi untuk didorong agar kepentingannya terhadap upaya penanggulangan HIV & AIDS juga semakin tinggi, juga perlunya tindakan nyata untuk berperilaku sehat. Semoga perilaku sehat yang menjadi tema HAS tahun ini tidak sebatas slogan. Selamat Hari AIDS 2015. []

Bacaan

KPAN. 2014. "SRAN 2014–2019, Penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia". Draf. Desember 2014.

KPAN. 2015. "Rencana Aksi Nasional Pengendalian HIV di Sektor Kesehatan 2015–2019." Jakarta: KPAN.

Scott, T., R. Mannion, H. Davies, dan N. Marshall. 2003. "Implementing Culture Change in Health Care: Theory and Practice." *International Journal for Quality in Health Care* 15(2): 111–118.

Sidibé, M. 2014. "Down the details: Fast-tracking the response to end the AIDS epidemic by 2030." Executive Director's report. Pidato pada pembukaan pertemuan ke-35 UNAIDS Programme Coordinating Board. 9 Desember. Geneva: UNAIDS.

Tim PKMK FK UGM. 2015. *Integrasi Upaya Penanggulangan HIV & AIDS ke dalam Sistem Kesehatan*. Yogyakarta: PKMK FK UGM.

EPILOG

Tiga agenda utama yang penting untuk disikapi dalam upaya penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia untuk beberapa tahun ke depan : pertama, HIV & AIDS tetap menjadi agenda global yang tampak dalam *Sustainable Development Goals (SDGs)* meski tidak menjadi indikator khusus seperti dalam *Millenium Development Goals (MDGs)*, tetapi menjadi bagian dari indikator kesehatan dengan target utama adalah *Universal Health Coverage (UHC)*. Kedua, kondisi politik dalam negeri dengan terbitnya UU No.23 tahun 2014 yang menegaskan pembagian peran pemerintah dalam penyediaan pelayanan dasar termasuk kesehatan, dimana urusan tersebut menjadi tanggung jawab pemerintah dan pemerintah daerah yang bersifat konkrue agar lebih mendukung terjadinya integrasi agenda pembangunan pemerintah pusat dan daerah. Ketiga, saat ini pembiayaan penanggulangan HIV & AIDS yang bersumber dari mitra pembangunan internasional mulai berkurang dan akan semakin berkurang pada akhir tahun 2017, sementara di sisi lain pembiayaan dari pemerintah, khususnya pemerintah daerah masih sangat minimal. Selama ini, pembiayaan dari mitra pembangunan internasional untuk penanggulangan HIV & AIDS telah menyumbang sekitar 50% nya.

Tiga agenda tersebut tentu saja akan menjadi tantangan yang serius bagi program penanggulangan HIV & AIDS di masa depan, karena agenda-agenda tersebut menyiratkan tuntutan agar efektivitas upaya penanggulangan di tingkat layanan semakin efektif, sehingga target 95-95-95 sebagai target SDGs bisa terpenuhi. Selain itu, tuntutan terhadap peran daerah yang lebih besar baik dalam perencanaan dan penganggaran untuk mendukung efektivitas pelayanan dan terbangunnya sinergi yang lebih besar antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk penanggulangan HIV & AIDS. Tantangan ini semakin perlu diperhatikan jika melihat kenyataan bahwa upaya penanggulangan HIV & AIDS belum terintegrasi ke dalam sistem kesehatan baik di tingkat nasional maupun daerah, dimana diyakini bahwa integrasi bisa menjadi jalan keluar dan sekaligus sebagai strategi untuk perluasan dan peningkatan efektivitas, efisiensi dan keberlanjutan program HIV & AIDS. Tantangan dari sisi tata kelola ini menjadi lebih kompleks di masa depan, mana kala secara programatik upaya penanggulangan HIV & AIDS hingga saat ini masih belum mampu beranjak dari pendekatan individual, belum mampu menjadi program kesehatan yang inklusif dan tidak responsif terhadap situasi epidemi di tingkat lokal seperti digambarkan dalam catatan-catatan kecil di buku ini.

Untuk menyikapi agenda-agenda penanggulangan HIV & AIDS seperti digambarkan di depan, maka beberapa hal strategis yang perlu dilakukan oleh berbagai pihak antara lain: **Pertama**, mendorong penerapan kebijakan penanggulangan HIV & AIDS dengan aksi yang nyata di tingkat daerah. Produksi regulasi dan peraturan operasional telah cukup komprehensif, tetapi implementasinya secara optimal belum terlihat di lapangan, masih ada kendala-kendala administratif dan teknis sehingga pelayanan menjadi tidak efektif. Satu alasan mendasar yang menyebabkan hal ini terjadi adalah belum terintegrasinya berbagai peraturan dan regulasi teknis ini dengan regulasi dan peraturan yang mengatur tata pemerintahan di tingkat daerah, sehingga regulasi yang dihasilkan di tingkat pusat (Kementerian Kesehatan) belum tentu 'dibeli' oleh pemerintah daerah, karena berbagai alasan otonomi dan keterbatasan fiskalnya.

Kedua, peran pemerintah daerah yang lebih besar dalam penanggulangan HIV & AIDS di masa depan mengandaikan adanya kapasitas yang mencukupi untuk melakukan perencanaan dan penganggaran kegiatan penanggulangan HIV & AIDS di daerahnya. Hal ini menjadi tantangan tersendiri mengingat hingga saat ini perencanaan dan penganggaran penanggulangan HIV & AIDS dalam pencegahan, perawatan dan pengobatan masih tersentralisasi. Selama ini, pemerintah daerah lebih berfokus pada upaya-upaya pencegahan primer yang menargetkan populasi umum. Kemampuan untuk perencanaan dan penganggaran menjadi dasar untuk mengintegrasikan penanggulangan HIV & AIDS ke dalam program-program kesehatan di daerahnya masing-masing, sebagaimana diwujudkan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Peningkatan kapasitas dalam perencanaan dan penganggaran Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) sebagai koordinator penanggulangan HIV & AIDS di daerah atau Dinas Kesehatan sebagai *leading sector* dalam penanggulangan HIV & AIDS menjadi vital untuk dilakukan. Kementerian Kesehatan atau Komisi Penanggulangan AIDS perlu secara serius dan sistematis merencanakan upaya pengembangan kapasitas dan sekaligus membangun sistem perencanaan dan penganggaran daerah dengan berkoordinasi dengan Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan dan Bappenas.

Ketiga, perencanaan dan penganggaran penanggulangan HIV & AIDS secara teknis membutuhkan ketersediaan informasi strategis yang berupa data epidemiologis dan data programatik di daerah. Data ini menjadi sangat vital untuk dimiliki, karena target dalam penanggulangan HIV & AIDS ke depan untuk mencapai 95-95-95, secara teknis berimplikasi pada ketersediaan data untuk setiap tahap dalam *continuum of care*. Selama ini, informasi strategis tidak dirancang dan dimiliki oleh daerah karena program HIV & AIDS sebagai program vertikal. Dengan demikian, pihak yang memiliki dan memanfaatkan data tersebut adalah pusat, khususnya pihak-pihak yang didukung pendanaannya oleh mitra pembangunan internasional. Untuk itu, meningkatkan kapasitas daerah untuk merancang, memproduksi, memiliki dan memanfaatkan data, menjadi sebuah investasi yang harus dilakukan oleh pemerintah daerah sebagai bentuk komitmennya terhadap penanggulangan HIV & AIDS di wilayahnya. Tentu saja integrasi pengelolaan informasi strategis dalam penanggulangan HIV & AIDS dengan upaya kesehatan yang lain menjadi prasyarat pokok agar terbentuk sistem pengelolaan informasi strategis yang efisien dan tidak tumpang tindih.

Keempat, pembiayaan penanggulangan HIV & AIDS selama ini berasal dari berbagai sumber dan pengalokasiannya juga menggunakan mekanisme yang berbeda. Sebagai contoh, program pencegahan bagi populasi kunci hampir seluruhnya berasal dari dukungan donor yang pengalokasiannya dilakukan oleh kontraktor atau *principal recipient* yang didistribusikan ke organisasi masyarakat sipil dan puskesmas untuk layanan penjangkauan dan pendampingan atau tes HIV. Untuk pengobatan hampir seluruhnya ditanggung oleh pemerintah pusat dengan pengadaan ARV, sementara untuk pengobatan infeksi oportunistiknya bisa memanfaatkan skema Jaminan Kesehatan Nasional bagi yang memilikinya. Sementara untuk promosi dan pencegahan primer dilakukan sebagian besar oleh pemerintah daerah dengan target populasi umum. Implikasi dari banyaknya sumber dan mekanisme pengalokasian ini menjadi problematik dalam hal koordinasi dan sinkronisasi serta dalam hal distribusi. Lebih jauh lagi, integrasi dari aspek pembiayaan menjadi satu hal yang cukup sulit diwujudkan. Untuk itu, ke depan sesuai dengan pembagian urusan kesehatan yang diatur dalam UU No. 23 tahun 2014 maka peran pemerintah pusat dan daerah menjadi lebih jelas dalam pembiayaan penanggulangan HIV & AIDS karena sumber dana lain di luar pemerintah semakin mengecil, sehingga diperlukan kemampuan pemerintah yang lebih kreatif untuk memobilisasi sumber dana, menentukan alokasi dan mekanisme distribusinya. Diharapkan upaya promosi dan pencegahan bisa bersumber dari pemerintah, baik pusat maupun daerah yang dialokasikan sebagai bagian dari dana Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Sementara untuk upaya kesehatan perorangan (kuratif) bisa diintegrasikan dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Kelima, kontribusi organisasi masyarakat sipil sudah terbukti mampu meningkatkan kinerja upaya penanggulangan HIV & AIDS di Indonesia. Namun sayangnya, ketergantungannya dengan mitra pembangunan internasional yang tinggi karena tidak tersedianya sumber-sumber pendanaan dalam negeri menyebabkan peran mereka yang berkelanjutan bisa terancam. Peran Organisasi Masyarakat Sipil (OMS) selama ini telah memungkinkan kelompok-kelompok marginal dalam masyarakat bisa mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan sekaligus bisa mengartikulasikan berbagai kepentingan kelompok yang terdampak HIV & AIDS dalam pengembangan program dan kebijakan. Peran ini akan semakin penting jika di dalam SDGs, isu inklusi sosial menjadi salah satu tujuan strategis yang perlu diwujudkan dalam rangka pencapaian UHC. Untuk itu, mekanisme pembiayaan untuk UKM yang berupa kegiatan promotif dan preventif bisa dilakukan melalui *contracting-out* OMS untuk penyediaan layanan tersebut. Mekanisme ini menjadi penting untuk dipertimbangkan karena pelayanan di fasilitas kesehatan cenderung bersifat pasif dan mengakibatkan orang-orang yang memiliki hambatan sosial atau budaya menjadi tidak mudah untuk mengakses layanan ini, karena harus datang ke fasyankes. Adanya OMS telah menjembatani kelompok-kelompok ini untuk memperoleh informasi dan layanan yang diperlukan. Dengan demikian, pembiayaan kesehatan melalui *contracting out*, selain bisa memastikan kontribusi OMS dalam penanggulangan HIV & AIDS, juga merupakan bentuk untuk memastikan terjadinya *equity* dalam pelayanan HIV & AIDS, khususnya bagi kelompok yang terdampak. Selain dua hal tersebut, keterlibatan OMS dalam penanggulangan HIV & AIDS juga akan memungkinkan adanya transparansi, akuntabilitas, daya tanggap dan partisipasi masyarakat sipil yang lebih besar dalam penanggulangan HIV & AIDS, sehingga memungkinkan adanya tata kelola program yang lebih baik.

Berbagai usulan tindakan strategis dalam menyikapi agenda penanggulangan HIV & AIDS di masa depan seperti digambarkan di atas, pada dasarnya bertumpu pada upaya untuk menerapkan konsep integrasi penanggulangan HIV & AIDS ke dalam sistem kesehatan, karena keyakinan bahwa program HIV & AIDS bisa menjadi lebih efektif jika sistem kesehatan bisa mengadopsi berbagai inovasi baik dalam bentuk program dan tata kelola penanggulangan HIV & AIDS yang telah dilakukan selama 30 tahun terakhir ini. Demikian pula, pergeseran pola pengendalian AIDS dari situasi kegawatdaruratan menjadi penyakit kronis dengan semakin efektifnya pengobatan ARV juga membutuhkan sistem yang berkelanjutan. Hal ini hanya bisa diwujudkan jika terintegrasi ke dalam sistem pelayanan kesehatan yang ada. Meski demikian, perlu diperhatikan bahwa isu integrasi ini selalu dipengaruhi oleh konteks politik, ekonomi, hukum dan situasi kesehatan dimana penanggulangan HIV & AIDS dan sistem kesehatan ini berlangsung, sehingga perubahan dalam konteks ini tentu akan membawa dampak pada seberapa jauh integrasi bisa dimungkinkan terjadi. Selain itu, integrasi juga menyiratkan adanya interaksi antar aktor baik dalam penanggulangan HIV & AIDS maupun dalam sistem kesehatan, sehingga penyamaan persepsi dan kepentingan dari kedua belah pihak menjadi prasyarat diadopsinya inovasi penanggulangan AIDS ini ke dalam sistem kesehatan. Meski demikian, upaya-upaya ini tidak mudah untuk dilakukan seperti yang digambarkan dalam beberapa catatan-catatan di buku ini yang menunjukkan integrasi penanggulangan HIV & AIDS ke dalam sistem kesehatan ini masih tampak 'setengah hati'. Untuk itu, menjadi pekerjaan bersama untuk mewujudkan kelima usulan langkah strategis di atas agar bisa mewujudkan tujuan akhir dari integrasi, yaitu meningkatnya status kesehatan masyarakat dan terlindunginya masyarakat dari risiko finansial yang diakibatkan oleh beban penyakit HIV & AIDS.[]



Penelitian integrasi kebijakan dan program penanggulangan AIDS ke dalam sistem kesehatan berangkat dari kenyataan bahwa program HIV dan AIDS di Indonesia ini merupakan bagian dari inisiatif kesehatan global untuk merespon situasi epidemi di Indonesia. Oleh karenanya permasalahan integrasi dengan sistem kesehatan menjadi sebuah pertanyaan besar karena model penanggulangan HIV dan AIDS yang didorong oleh inisiatif kesehatan global telah mengakibatkan berbagai konsekuensi negatif pada sistem kesehatan seperti terbangunnya sistem pelayanan kesehatan yang paralel; diterapkannya model-model intervensi yang bersifat global; dan terpisahnya layanan HIV dan AIDS dari pelayanan kesehatan lainnya yang justru memperbesar eksklusi sosial bagi kelompok marginal. Atas 'keprihatinan' tersebut maka penelitian ini mengembangkan tiga agenda utama yang dikaji dan direkomendasikan selama proses penelitian ini berlangsung. Ketiga agenda tersebut adalah (1) pentingnya integrasi program AIDS ke dalam sistem kesehatan, (2) mengintegrasikan pendekatan struktural ke dalam intervensi penanggulangan AIDS saat ini yang didominasi oleh pendekatan individual yang pada dasarnya diintroduksi oleh inisiatif kesehatan global, dan (3) mendorong pelayanan kesehatan yang inklusif mengingat populasi utama dari penanggulangan AIDS ini adalah kelompok yang terpinggirkan di dalam masyarakat. Atas dasar tiga agenda utama seri penelitian tersebut, para penulis mencoba membuat catatan-catatan kecil tentang berbagai temuan yang diperoleh selama proses penelitian termasuk respon terhadap topik-topik terkini yang sedang hangat dibicarakan oleh pegiat HIV dan AIDS. Catatan atas kebijakan dan program HIV dan AIDS di Indonesia ini merupakan sebuah kontribusi untuk mendorong terjadinya perubahan kebijakan AIDS yang lebih baik (for better AIDS policy).

