

**DRAFT NASKAH AKADEMIK RANCANGAN
PERATURAN DAERAH PROVINSI KEPULAUAN
BANGKA BELITUNG TENTANG PENANGGULANGAN
*HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS/ACQUIRED
IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME* DAN PENYAKIT
INFEKSI MENULAR SEKSUAL**

DRAFT 1

SEPTEMBER 2018

**PUSAT STUDI HUKUM TATA NEGARA
FAKULTAS HUKUM UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK**

KATA PENGANTAR

Dalam upaya untuk melindungi masyarakat dari bahaya *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) / *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS, maka Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) Provinsi Kepulauan Bangka Belitung melakukan sebuah inisiatif untuk membuat peraturan daerah untuk menanggulangi penyakit menular tersebut. PIMS dan HIV/AIDS merupakan penyakit yang penyebarannya cukup luas dan memiliki kecenderungan mengalami peningkatan di wilayah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. Salah satu penyebab peningkatan penyakit ini disebabkan letak geografis yang merupakan wilayah kepulauan dengan mobilitas pendatang nelayan asing yang merapat ditepi pantai dan melakukan hubungan seksual dengan masyarakat sekitar. Selain itu, perkembangan globalisasi dan teknologi dikalangan pemuda telah menimbulkan pergeseran nilai moral yang mengakibatkan permisivitas pada perilaku seks bebas (*free sex*) dan penggunaan narkoba.

Didasari oleh kesadaran moral dan tanggung jawab konstitusional, DPRD Provinsi Kepulauan Bangka Belitung mengusulkan Naskah Akademik dan Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. Inisiasi ini merupakan ikhtiar segenap anggota DPRD Provinsi Kepulauan Bangka Belitung untuk menyelamatkan masyarakat dan generasi penerus bangsa khususnya di Bangka Belitung agar dapat menjadi insan yang sehat dan bermanfaat bagi pembangunan peradaban di Indonesia.

Akhir kata, semoga Naskah Akademik dan Rancangan Peraturan Daerah ini dapat memberikan manfaat yang optimal dalam pengelolaan sumber daya manusia di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa, Allah SWT, meridhoi usaha kita bersama untuk melindungi segenap tumpah darah dan generasi Indonesia dari bahaya penyakit menular yang belum bisa disembuhkan ini. Amin Ya robbal Alamin.

Ketua Komisi Pengusul,

(.....)

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	2
DAFTAR ISI	3
BAB I PENDAHULUAN.....	5
A. Latar belakang.....	5
B. Identifikasi masalah.....	12
C. Sasaran yang ingin dicapai.....	15
D. Tujuan dan manfaat kegiatan penyusunan naskah akademik.....	16
E. Metode penyusunan raperda.....	16
BAB II KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS.....	21
A. Kajian teoretis.....	21
B. Kajian terhadap asas/prinsip yang terkait dengan penyusunan norma	52
C. Kajian terhadap praktik penyelenggaraan, kondisi yang ada, serta permasalahan yang dihadapi masyarakat.....	54
D. Kajian terhadap implikasi penerapan sistem baru yang akan diatur dalam undang-undang atau peraturan daerah terhadap aspek kehidupan masyarakat dan dampaknya terhadap aspek beban keuangan negara.....	56
BAB III EVALUASI DAN ANALISIS PERATURAN PERUNDANG- UNDANGAN.....	59
BAB IV LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS.....	63
A. Filosofis.....	63
B. Sosiologis.....	63
C. Yuridis.....	64
BAB V JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN PERATURAN DAERAH.....	67
A. Jangkauan.....	67
B. Arah pengaturan perda.....	67
C. Kondisi yang diinginkan.....	68
D. Judul.....	68

E. Ketentuan umum	69
F. Materi muatan	73
BAB VI PENUTUP	76
A. Simpulan	76
B. Saran	76
DAFTAR PUSTAKA	77

DPRD BABEL

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)/*Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) merupakan penyakit epidemik global yang kasusnya berkembang di seluruh penjuru dunia. Berbeda dengan penyakit lainnya, HIV/AIDS memiliki pendekatan dengan merusak sistem kekebalan tubuh manusia. Hal ini kemudian membuat fisik seseorang menjadi rentan terinfeksi berbagai penyakit menular lainnya.¹ Fineberg menyebut penyakit ini sebagai “hidden vulnerabilities in the human condition”.² Sebagai suatu penyakit kronis—bersifat menahun, terus menerus, tidak hilang-hilang (*episodic/endless*)—HIV menyebabkan penderitanya mengalami berbagai masalah, bukan hanya menyangkut persoalan fisik, melainkan juga psikologis dan sosial.

Human Immunodeficiency Virus (HIV) yang awalnya menyerang sistem kekebalan tubuh manusia merupakan menyebabkan penyakit HIV dan menjadi AIDS. Sedangkan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) penyakit berbahaya yang disebabkan oleh virus yang ditularkan melalui cairan tubuh, terutama karena hubungan seksual dan penggunaan narkoba suntikan.³ Penyakit ini menular melalui paparan bahaya biologis yang dapat disebabkan oleh berbagai cara termasuk konsumsi, inokulasi, gigitan, inhalasi, melalui kontak dengan luka lecet di kulit dan melalui percikan dari darah.⁴

¹ Dian Sulistiawati, *Living With HIV/AIDS: Dari Memahami Virus Hingga Menormalkan Kembali Kehidupan Pribadi*, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Departemen Antropologi Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, 2012. Hal, 1

² Fineberg, H.V. 1988 “The Social Dimensions of AIDS,” *Scientific American*. October. Hal: 128-134.

³ Kelly F.Gary. 2008. *Sexuality Today*, Clarkson University. Boston : McGraw-Hill Higher Education,

⁴ Daly, T. And Dickson, K. 1998, Oct 7-Oct 13. Biological hazards. *Nursing Standard* 3,43-46

Penyakit HIV dalam waktu lebih kurang 10 tahun akan menjadi AIDS tanpa terapi antiretroviral yang efektif. *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) adalah penyakit yang menghancurkan pada tingkat individu dan nasional. Dalam 20 tahun sejak kasus pertama AIDS yang dilaporkan telah terjadi hampir 22 juta kematian terkait AIDS dan diperkirakan 40 juta orang hidup dengan *human immunodeficiency virus* (HIV) di seluruh dunia.⁵ Hasil penelitian menunjukkan bahwa, pasien yang awalnya didiagnosis HIV sebanyak 38,3% dalam jangka 1 tahun menjadi AIDS. Lainnya 6,7% 1 sampai 3 tahun setelah diagnosis HIV. Pengujian komprehensif program HIV yang mencakup baik pemeriksaan rutin dari orang yang berusia 13-64 tahun dan pengujian lebih sering untuk orang yang beresiko untuk tes HIV periodik.⁶

Kasus HIV/AIDS pertama kali ditemukan di wilayah Bali pada tahun 1987. Kemudian perkembangan HIV/AIDS terus meningkat hingga telah melajur hingga 80% kabupaten/kota yang ada di Indonesia. Secara nasional, HIV/AIDS telah menginfeksi 407 kabupaten/kota dari 507 Kabupaten/Kota yang ada di Indonesia. Laporan terakhir wilayah yang terdampak HIV/AIDS adalah Provinsi Sulawesi Barat pada tahun 2012. Penyebaran HIV/AIDS sangat mungkin terjadi dan berdampak pada wilayah-wilayah lain yang mungkin sudah terjadi kasusnya namun belum dilakukan pelaporan kepada instansi kesehatan terkait.

Berdasarkan Laporan Perkembangan HIV/AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I Tahun 2017 yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, ditemukan bahwa jumlah kumulatif laporan infeksi HIV sebanyak 242.699 kasus. Laporan HIV/AIDS mengalami peningkatan sejak Tahun 2005 yang hanya 859 kasus; Tahun 2006 sebanyak 7.195; Tahun 2007 sebanyak 6.048; Tahun 2008 sebanyak 10.362; Tahun 2009 sebanyak 21.591; Tahun 2010 sebanyak 21.591; Tahun 2011 sebanyak 21.021; Tahun 2012 sebanyak 21.511; Tahun 2013 sebanyak 29.037; Tahun 2014

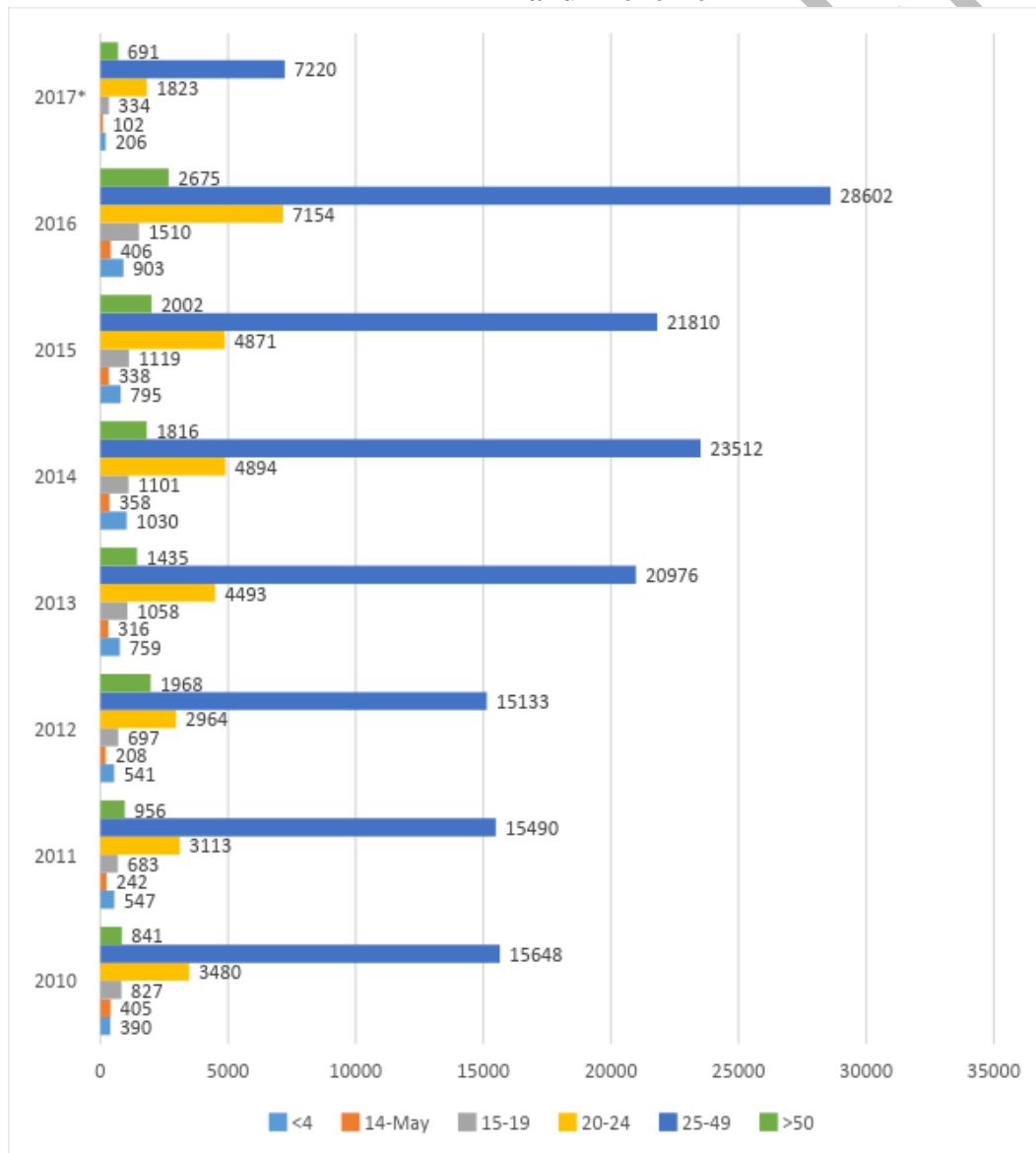
⁵ Yuli Luthfiana, Hubungan Pengetahuan dan Sikap Terhadap Perilaku Berisiko HIV/AIDS Terhadap Perilaku Berisiko HIV/AIDS Pada Pekerja Bangunan di Proyek World Class University Tahun 2012, Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Kebidanan Komunitas Universitas Indonesia, 2012.

⁶ MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report (MMWR MORB MORTAL WKLY REP), 2009 Jun 26; 58(24): 661-5

sebanyak 32.711; Tahun 2015 sebanyak 30.935; dan Tahun 2016 sebanyak 41.250. dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa kenaikan kasus HIV sejak 2005 hingga 2016 adalah lebih dari 500%.

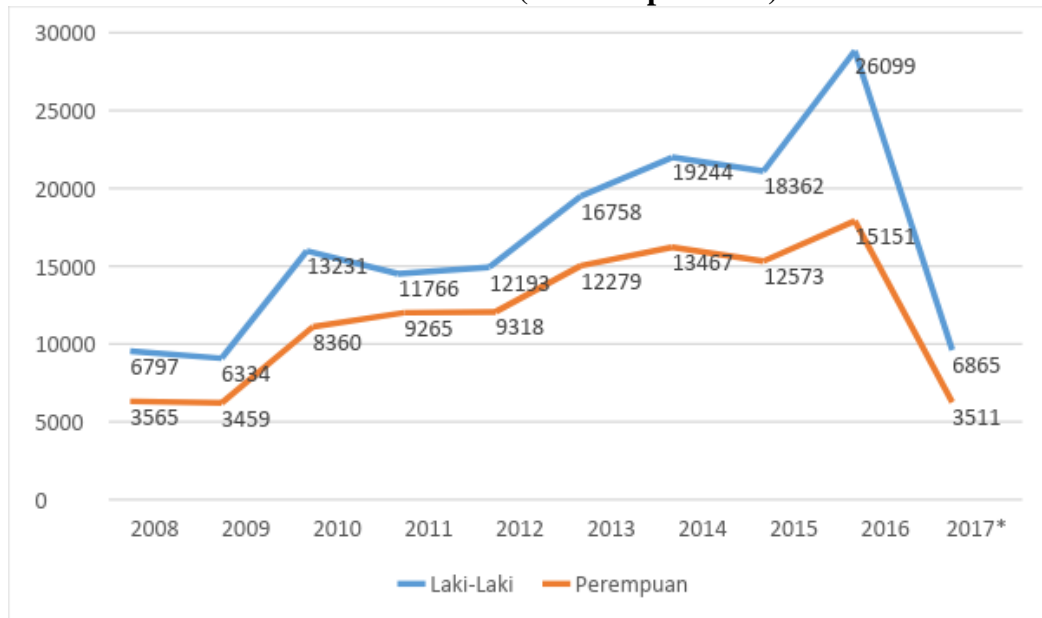
Laporan tersebut juga menunjukkan bahwa pada Tahun 2017 presentasi HIV tertinggi ada pada kelompok umur 25-49 tahun yakni dengan 69,9%, disusul dengan kelompok umur 20-24 tahun yakni dengan 17,6% dan usia lebih dari 50 tahun yakni 6,7%. Secara lengkapnya, dapat dilihat dari grafik per 10 April 2017 di bawah ini:

Grafik 1. Jumlah Infeksi HIV yang Dilaporkan menurut Kelompok Umur Tahun 2010-2017



Bila mengacu kepada jenis kelamin, jumlah HIV per 10 April 2017 adalah 6.865 laki-laki dan 3.511 perempuan, dengan perbandingan tiap tahunnya dari tahun 2008 adalah sebagai berikut:

Grafik 2. Jumlah Infeksi HIV yang Dilaporkan Menurut Jenis Kelamin Tahun 2008-2017 (Per 10 April 2017)



Dari grafik di atas, dapat diketahui pula rasio HIV antara laki-laki dan perempuan adalah 2:1. Hal ini menyatakan bahwa laki-laki yang menderita HIV jumlahnya dua kali lipat dari jumlah perempuan yang menderita HIV.

Selain dari kelompok umur dan jenis kelamin, mengacu kepada infeksi HIV berdasar kepada faktor risiko HIV tertinggi adalah hubungan seks berisiko pada LSL (Lelaki Seks Lelaki) sebanyak 28%, heteroseksual sebanyak 24%, lain-lain sebanyak 9% dan penggunaan jarum suntik yang tidak steril sebanyak 2% saja. Data tersebut memberikan gambaran bahwa penyebaran HIV paling banyak disebabkan oleh hubungan seks baik pada gay maupun heteroseks. Secara lengkap, dapat dilihat dari tabel berikut ini:

Tabel 1. Jumlah Infeksi HIV yang Dilaporkan menurut Faktor Risiko Tahun 2010-2017* (per 10 April 2017)⁷

No	Faktor Risiko	Tahun							
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
1.	Penasun	2.780	3.299	2.461	2.675	1.794	802	938	200
2.	Heteroseksual	6.623	10.668	10.825	14.793	12.511	9.873	17.754	2.448
3.	LSL	506	1.040	1.514	3.287	3.858	4.241	13.063	2.867
4.	Lain-lain	4.362	6.549	6.903	8.499	6.075	4.677	5.479	925
5.	Tidak Diketahui					8.027	15.429	12.790	3.824

Sedangkan perkembangan penyakit AIDS juga mengalami perkembangan tiap tahunnya. Tercatat bahwa pada Tahun 2005 jumlah AIDS yang dilaporkan sebanyak 5.239; Tahun 2006 sebanyak 3.680; Tahun 2007 sebanyak 4.828; Tahun 2008 sebanyak 5.298; Tahun 2009 sebanyak 6.744; Tahun 2010 sebanyak 7.470; Tahun 2011 sebanyak 8.279; Tahun 2012 sebanyak 10.862; Tahun 2012 sebanyak 10.862; Tahun 2013 sebanyak 11.741; Tahun 2014 sebanyak 7.963; Tahun 2015 sebanyak 7.185; dan Tahun 2016 sebanyak 7.491.

Catatan lain mengenai penyakit infeksi menular seksual menunjukkan bahwa pada tahun 2016 kasus Duh Tubuh Uretra (DTU) yang dilaporkan mencapai 10.672 kasus. Sehingga secara kumulatif hingga awal tahun 2017 sebanyak 12.991 orang. Sedangkan pada tahun 2016 jumlah kasus Ulkus Genital sebanyak 1.628 kasus dan pada tahun 2017 adalah sebanyak 363 kasus. Sehingga ditotal jumlah kasus Ulkus Genital hingga Maret 2017 adalah sebanyak 1.991 orang.

Data-data diatas telah memberikan gambaran mengenai kondisi HIV/AIDS yang sangat mengkhawatirkan. Oleh karenanya pemerintah Indonesia dengan tegas melakukan tindakan konkret dengan mengesahkan Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS. Selain dua peraturan itu pemerintah juga mengesahkan peraturan pelaksana lainnya seperti Peraturan Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat

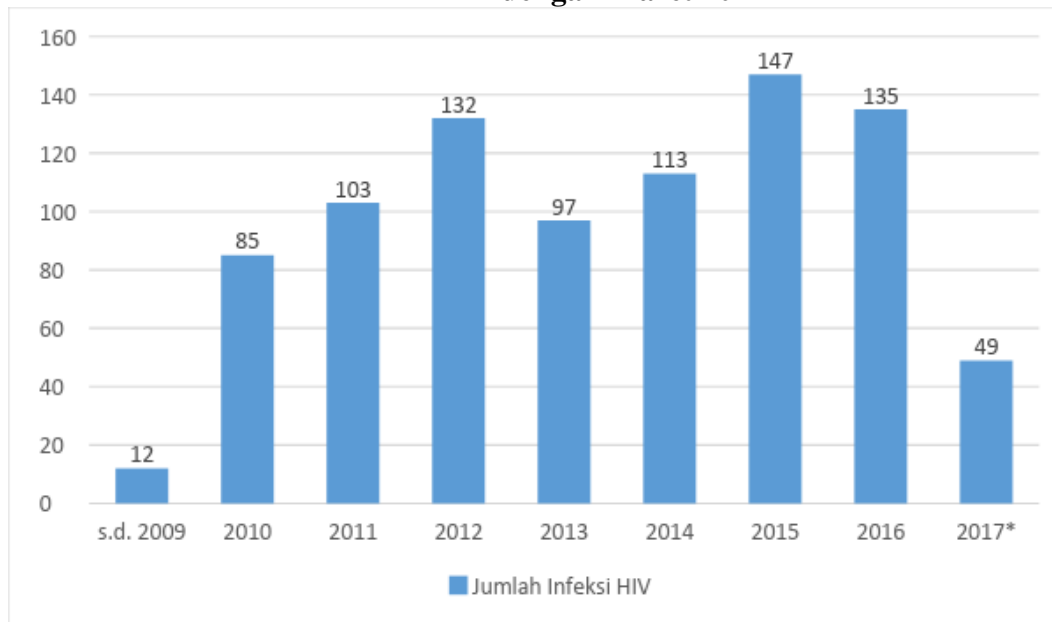
⁷ Kementerian Kesehatan RI, *Laporan Situasi Perkembangan HIV-AIDS & PIMS di Indonesia, Januari-Maret 2017*, hlm. 6.

Nomor 02/PER/MENKO/KESRA/1/2007 tentang Kebijakan Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2007 tentang Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS dan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Rangka Penanggulangan HIV dan AIDS di Daerah, hingga Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/482/2014 tentang Rumah Sakit rujukan bagi orang dengan HIV/AIDS.

Semua peraturan ini merupakan bentuk dari komitmen pemerintah untuk menanggulangi permasalahan HIV/AIDS dan PIMS yang telah mengancam bangsa Indonesia khususnya generasi muda. Hal yang kemudian diikuti oleh sejumlah pemerintah daerah untuk membentuk sejumlah peraturan daerah yang dapat mengurangi penyebaran dan dampak HIV/AIDS dan PIMS di masyarakat Indonesia. Peraturan daerah yang dibentuk oleh masing-masing daerah memiliki ke-khasan secara sosio kultural. Sehingga diharapkan dapat memberikan peraturan paling optimal dalam menangani kasus HIV/AIDS dan PIMS dimasing-masing wilayah.

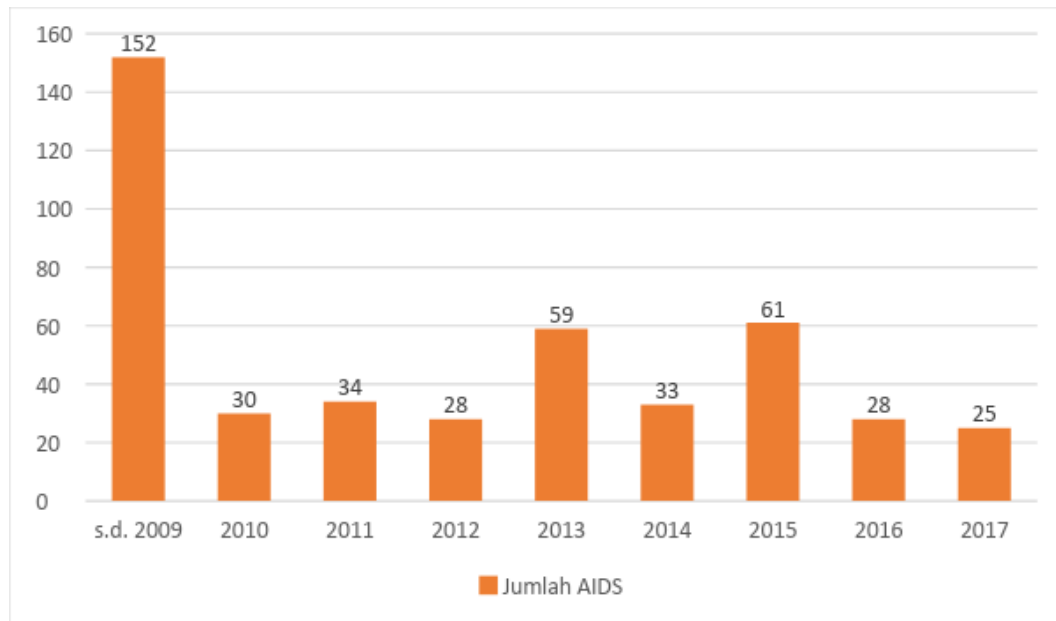
Provinsi Kepulauan Bangka Belitung harus bersyukur tidak menjadi wilayah dengan jumlah pengidap HIV/AIDS yang besar dibandingkan DKI Jakarta, Jawa Timur, Papua dan Jawa Barat. Namun pertumbuhan pengidap HIV di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung selalu mengalami kenaikan yang sangat signifikan. Data Kementerian Kesehatan mencatat bahwa pada tahun 2009 Provinsi Kepulauan Bangka Belitung menemukan 12 jumlah infeksi HIV, tahun 2010 tercatat 85, tahun 2011 sejumlah 103, tahun 2012 sejumlah 132, tahun 2013 sejumlah 97, tahun 2014 sejumlah 113, tahun 2015 sejumlah 147, tahun 2016 sejumlah 135. Dengan demikian, totalnya adalah 873 laporan. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat kenaikan 11 kali lipat dari tahun 2009 hingga 2016. Secara jelas, dapat dilihat dari grafik berikut ini:

Grafik 3. Jumlah Infeksi HIV yang Dilaporkan Provinsi Bangka Belitung sampai dengan Maret 2017



Adapun jumlah AIDS yang dilaporkan oleh Pemprov Bangka Belitung kepada pemerintah pusat dari 1987 hingga April 2017 berjumlah 450 laporan, dengan laporan sebagai berikut:

Grafik 4. Jumlah AIDS yang Dilaporkan pada Tahun 1987-2017



Menghadapi permasalahan nyata tersebut maka pemerintah daerah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung melakukan inisiatif untuk melakukan ikhtiar dalam memberantas HIV/AIDS dan PIMS di wilayah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. Usaha ini diwujudkan dengan menyusun sebuah peraturan daerah tentang penanganan HIV/AIDS dan PIMS. Perda ini tentunya disesuaikan dengan adat dan norma yang berlaku di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung yang pada dasarnya masih kental dengan nilai-nilai budaya dan agama.

Didasari oleh nilai-nilai luhur yang sudah ada dalam masyarakat Bangka Belitung, Perda tentang penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS akan diarahkan untuk lebih memberikan tindakan preventif yang sesuai dengan nilai-nilai budaya dan agama. Mudah-mudahan, dengan tindakan penangananan dari hulu, misalnya bermula dari pendekatan keluarga, masyarakat, sekolah dan lingkungan kerja, akan mengurangi masalah pada hilir yang biasanya sudah sulit untuk ditangani.

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang sebagaimana diuraikan di atas, maka identifikasi masalah yang akan dibahas dalam Naskah Akademis Rancangan Peraturan Daerah Tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana cara untuk melindungi masyarakat Provinsi Kepulauan Bangka Belitung dari persebaran penyakit HIV/AIDS dan PIMS?
2. Bagaimana cara untuk mengedukasi masyarakat untuk mencegah penyebaran penyakit HIV/AIDS dan PIMS serta memperlakukan pengidap ODHA tanpa diskriminasi?
3. Bagaimana tanggung jawab pemerintah daerah dalam mencegah penyebaran penyakit HIV/AIDS dan PIMS di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung?
4. Bagaimana tindakan dan prosedur medis yang sesuai agar masyarakat yang belum terkena PIMS dan HIV/AIDS dapat terhindar dari penyakit tersebut?
5. Bagaimana tindakan dan prosedur medis yang sesuai agar masyarakat yang sudah terjangkit PIMS dan HIV/AIDS dapat memaksimalkan kehidupannya dan hidup secara normal?

Selain alasan di atas, secara umum Peraturan Daerah (Perda) dapat dibentuk karena 3 (tiga) alasan utama, yakni:

1. Sebagai pelaksanaan dari perintah peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi;
2. Untuk melaksanakan kewenangan otonomi daerah dalam rangka mengelola pemerintahan di daerah; dan
3. Untuk mengatasi permasalahan yang khusus/perilaku bermasalah di daerah.

Jika dikaitkan dengan data laporan dari Kementerian Kesehatan per 10 April 2017 sebelumnya, Provinsi Bangka Belitung memang tidak termasuk daerah yang rawan dengan penularan virus HIV/AIDS. Namun, jumlah yang terinfeksi juga tidak sedikit dan cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Oleh karena itu, dibutuhkan upaya untuk membangun koordinasi, mekanisme kerja, dan sistem penanggulangan HIV/AIDS dengan kabupaten/kota, seluruh kecamatan dan desa yang termasuk ke dalam wilayah Provinsi Bangka Belitung.

Adanya kebijakan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS perlu dilaksanakan secara terpadu melalui berbagai upaya peningkatan perilaku hidup sehat yang dapat mencegah penularan, memberikan pengobatan/perawatan

disertai dengan penghargaan terhadap hak-hak pribadi orang dengan HIV/AIDS serta keluarganya secara keseluruhan yang dapat meminimalisasi dampak epidemik dan mencegah diskriminasi.

Selain itu, perlu ada beberapa kaidah dalam pembuatan Perda yang perlu ditekankan, yakni:

1. Perda yang dibuat tidak bertentangan dengan peraturan yang lebih tinggi.
2. Perda tidak bertentangan dengan kepentingan umum.
3. Perda yang tidak ada tumpang tindih (*overlapping*) dalam mengatur kewenangan dari *implementing agency*.
4. Tidak terjadi perbedaan dalam menafsirkan istilah, ciri khas/kondisi khusus daerah.
5. Ketidaksesuaian dengan kebutuhan hukum dalam masyarakat.

Dalam rangka pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS dengan koordinasi, mekanisme kerja, dan sistem penanggulangan dengan didasari atas kerja sama dari berbagai pihak, maka sangat diperlukan suatu Perda yang mengatur permasalahan tersebut. Hal ini karena secara umum Perda memiliki beberapa peranan sebagai berikut:

1. Sebagai instrumen kebijakan untuk melaksanakan otonomi daerah dan tugas pembantuan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (yang kemudian diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015).
2. Sebagai peraturan pelaksanaan dari peraturan yang lebih tinggi. Dalam hal ini, Perda tunduk pada ketentuan hierarki peraturan perundang-undangan. Dengan demikian, Perda tidak boleh bertentangan dengan peraturan yang lebih tinggi.
3. Sebagai penampung kekhususan dan keragaman daerah serta penyalur aspirasi masyarakat di daerah, yang dalam pengaturannya tetap dalam

bingkai Negara Kesatuan Republik Indonesia yang berdasarkan kepada Pancasila dan UUD NRI Tahun 1945.

4. Sebagai salah satu alat pembangunan dalam rangka meningkatkan kesejahteraan daerah.

Di dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual di daerah, maka Raperda tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS diarahkan untuk mendukung tujuan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS, yaitu menghentikan laju penularan HIV/AIDS serta memutus mata rantai penularan HIV/AIDS dan PIMS guna meningkatkan kualitas hidup dan melindungi masyarakat.

Selain itu, Raperda tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS diharapkan dapat berperan sebagai payung hukum bagi semua pihak yang terlibat dan komitmen Pemerintah Daerah bagi tersedianya anggaran yang mencukupi untuk pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS.

Oleh karena itu, maka Raperda tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS di Provinsi Bangka Belitung harus diarahkan untuk:

1. Mengatasi perilaku bermasalah yang masih terus dipraktikkan oleh masyarakat dan cenderung mengarah kepada meningkatnya orang yang terinfeksi HIV/AIDS.
2. Untuk memutus mata rantai penularan, perlu menentukan dan menetapkan program dan kegiatan pencegahan dan penanggulangan yang tepat, cermat, terintegrasi, berkesinambungan dan kolaboratif.
3. Memberikan ruang yang memadai agar masyarakat Bangka Belitung dapat berpartisipasi secara aktif dalam seluruh rangkaian kegiatan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS di Provinsi Bangka Belitung.
4. Memberikan sanksi yang tegas bagi setiap orang yang melanggar ketentuan-ketentuan yang berada di dalam Perda, baik sanksi pidana maupun administratif.

C. Sasaran yang Ingin Dicapai

Sasaran yang ingin dicapai dalam kegiatan ini berfokus kepada perumusan dan penyusunan Raperda tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS melalui pendekatan Naskah Akademik yang dilampiri draf Raperda sebagai berikut:

1. Tersusunnya Naskah Akademik untuk perumusan Raperda tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS yang prefentif, akomodatif, dan responsif dalam rangka meningkatkan taraf kesehatan masyarakat Provinsi Bangka Belitung.
2. Tersusunnya Raperda tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS sebagai ikhtiar dari Pemerintah Provinsi Bangka Belitung dalam rangka terwujudnya masyarakat yang sehat dan terhindar dari penyakit berbahaya dan menular akibat dari HIV/AIDS dan PIMS.
3. Terbentuknya produk hukum di daerah yang berupa Peraturan Daerah tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS yang sesuai dengan kondisi dan dinamika serta keinginan masyarakat Provinsi Bangka Belitung.

D. Tujuan dan Manfaat Kegiatan Penyusunan Naskah Akademik

Tujuan umum dari naskah akademik ini adalah sebagai acuan yang berfungsi menjadi arah dan justifikasi akademik dalam merumuskan pokok pikiran yang menjadi dasar penyusunan Raperda tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS. Sedangkan tujuan khusus dari kegiatan ini adalah menghimpun peraturan perundang-undangan yang relevan dengan penyusunan Raperda tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. Adapun manfaat dari penyusunan Naskah Akademik adalah sebagai berikut:

1. Menyediakan gambaran tentang azas serta pasal-pasal yang akan diatur dalam Rancangan Peraturan Daerah tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.
2. Memberi pemahaman kepada seluruh pemangku kepentingan mengenai dasar pemikiran dan proses penyusunan Raperda tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

3. Sebagai dasar pembentukan peraturan dan legitimasi logis terhadap instrumen hukum yang disusun sehingga dapat dipertanggungjawabkan dalam konteks akademis maupun publik.

E. Metode Penyusunan Raperda

1. Tipologi Penelitian

Tipologi penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah tipologi dengan menelaah peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan isu hukum yang dikaji dalam penelitian ini. Tipologi penelitian ini lazim juga disebut tipologi penelitian dengan pendekatan undang-undang (*statue approach*). Undang-undang yang akan ditelaah antara lain:

- a. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- b. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana;
- c. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular;
- d. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika;
- e. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak;
- f. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
- g. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial;
- h. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika;
- i. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
- j. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
- k. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi;
- l. Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 124 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional;
- m. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional;

- n. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV/AIDS;
- o. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV;
- p. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular;
- q. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan dan masa sesudah melahirkan, penyelenggara pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual;
- r. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 87 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan Anti Retroviral (ARV); dan
- s. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2015 tentang Upaya Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit.

2. Data dan Sumber Data

Data yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari sumber asli atau dalam kata lain diperoleh tidak melalui media perantara. Data primer sendiri diperoleh melalui 2 metode, yakni metode survei dan metode observasi. Adapun metode survei merupakan metode pengumpulan data primer yang menggunakan pertanyaan lisan dan tertulis, metode survei memerlukan adanya kontak atau hubungan antara peneliti dengan responden penelitian. Sementara itu, metode observasi merupakan metode pengumpulan data primer melalui proses pencatatan pola perilaku subyek (orang), objek (benda) atau kejadian yang sistematis tanpa adanya pertanyaan atau komunikasi dengan individu-individu yang diteliti. Dalam penelitian ini data primer akan diperoleh melalui metode survei dengan cara proses wawancara kepada pihak-pihak terkait. Hasil proses wawancara tersebut kemudian akan menjadi data primer yang akan digunakan dalam penelitian ini. Sementara itu, Data sekunder memiliki diperoleh melalui bahan-bahan pustaka atau bahan-bahan hasil penulisan

orang lain. Adapun data sekunder memiliki beberapa jenis, yang diantaranya:

- a. Bahan hukum primer, yakni bahan-bahan yang merupakan peraturan perundang-undangan yang mengikat. Bahan hukum primer yang digunakan di dalam penyusunan Naskah Akademik ini adalah berbagai peraturan yang termasuk dalam lingkup kesehatan, terutama yang terkait dengan HIV/AIDS dan PIMS sebagaimana telah disebutkan di bagian sebelumnya.
 - b. Bahan hukum sekunder, yakni bahan-bahan yang memberikan penjelasan mengenai bahan hukum primer. Bahan hukum sekunder yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah berbagai buku, jurnal, tesis, disertasi, dan data bersumber dari internet yang terpercaya yang membahas mengenai HIV/AIDS dan PIMS.
 - c. Bahan hukum tersier, bahan yang memberikan petunjuk atau penjelasan terhadap bahan hukum primer dan sekunder. Adapun bahan hukum tersier yang digunakan di dalam penyusunan Naskah Akademik ini adalah kamus dan ensiklopedia dalam bidang kesehatan.
3. Instrumen Pengumpulan Data
- Instrumen pengumpulan dan pengolahan data yang akan digunakan di dalam penyusunan Naskah Akademik ini diantaranya adalah sebagai berikut:
- a. Kuesioner

Terdapat 4 (empat) bentuk kuesioner yang dibuat dalam penelitian ini, yakni:

 - 1) Kuesioner terbuka, kuesioner isian secara tertulis dimana responden bebas menjawab dengan kalimatnya sendiri mengenai hal-hal yang berkaitan dengan HIV/AIDS dan PIMS.
 - 2) Kuesioner tertutup, kuesioner isian secara tertulis dimana responden menjawab pertanyaan dengan pilihan jawaban yang telah disediakan. Jawaban tentu saja berkaitan dengan HIV/AIDS dan PIMS.

- 3) Kuesioner langsung, responden menjawab pertanyaan mengenai HIV/AIDS dan PIMS yang berkaitan dengan dirinya.
- 4) Kuesioner tidak langsung, responden menjawab pertanyaan mengenai HIV/AIDS dan PIMS yang berkaitan dengan orang lain.

b. Pedoman wawancara

Pedoman yang akan digunakan dalam proses pengumpulan data melalui metode wawancara. Dalam wawancara, pedoman ini akan menjadi rujukan mengenai data apa saja yang ingin diperoleh dari yang diwawancarai.

4. Pengolahan dan Analisis Data

Teknik pengolahan dan analisis data yang akan digunakan adalah analisis data kualitatif, yakni teknik analisis yang kemudian akan menghasilkan data deskriptif analitis, yaitu apa yang dinyatakan oleh responden secara tertulis atau lisan dan juga perilaku yang nyata, yang diteliti dan dipelajari sebagai sesuatu yang utuh. Analisis data akan melalui 3 tahap, yakni reduksi data, sajian data serta penarikan kesimpulan.

BAB II

KAJIAN TEORETIS DAN PRAKTIK EMPIRIS

A. Kajian Teoretis

HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* merupakan retrovirus yang menjangkiti sel-sel sistem kekebalan tubuh manusia (terutama sel darah putih) dan menghancurkan atau mengganggu fungsinya. Infeksi virus ini akan menyebabkan terjadinya penurunan sistem kekebalan tubuh yang terus menerus, yang pada akhirnya akan mengakibatkan defisiensi kekebalan tubuh. Apabila terjadi kondisi demikian, maka orang yang kekebalan tubuhnya defisien menjadi lebih rentan terhadap beragam infeksi, yang sebagian besar jarang menjangkiti orang yang tidak mengalaminya.

Salah satu dampak terkenanya virus HIV adalah AIDS atau *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, yang ditandai dengan berbagai gejala, termasuk immunodefisiensi berat yang disertai dengan infeksi oportunistik dan keganasan, dan degenerasi susunan saraf pusat. Menurut Kemenkes, AIDS merupakan dampak atau efek dari perkembangbiakan virus HIV dalam tubuh makhluk hidup. Sindrom AIDS timbul karena melemah atau menghilangnya sistem kekebalan tubuh karena sel CD4 pada sel darah putih yang banyak dirusak oleh virus HIV.

Masuknya virus HIV ke dalam tubuh manusia, tidak lepas dari berbagai perilaku yang menimbulkan risiko terkenanya virus HIV. Faktor risiko tersebut adalah sebagai berikut:

1. Perilaku berisiko tinggi, seperti:
 - a. Pengguna narkoba intravena, terutama bila pemakaian jarum secara bersama tanpa sterilisasi yang memadai; dan
 - b. Hubungan seksual yang tidak aman, seperti *multi partner*, pasangan seks individu yang diketahui terinfeksi HIV, kontak seks per anal.
2. Mempunyai riwayat infeksi menular seksual
3. Riwayat menerima transfusi darah berulang tanpa penapisan.
4. Riwayat perlukaan kulit, tato, tindik, atau sirkumsisi dengan alat yang tidak disterilisasi

Apabila ada seseorang yang terinfeksi virus HIV, maka ia akan mendapatkan gejala seperti demam, lemas, nafsu makan turun, sakit tenggorokan, batuk, nyeri persendian, diare, pembengkakan kelenjar getah bening, dan ruam. Dalam konteks diagnosis AIDS, dikatakan tes HIV positif apabila sekurang-kurangnya didapatkan 2 (dua) gejala mayor dan 1 (satu) gejala minor seperti di bawah ini:

GEJALA MAYOR	GEJALA MINOR
Berat badan turun >10% dalam 1 bulan	Batuk menetap >1 bulan
Diare kronik >1 bulan	Dermatitis generalisata
Demam berkepanjangan >1 bulan	Herpes Zoster multisegmental dan berulang
Penurunan kesadaran	Kandidasi orofaringeal
Demensia/HIV ensefalopati	Herpes simpleks kronis progresif
	Limfadenopati generalisata
	Infeksi jamur berulang pada alat kelamin wanita
	Retinitis virus sitomegalo

Adapun gejala dan tanda klinis yang patut diduga infeksi HIV menurut WHO SEARO 2007 adalah sebagai berikut:

1. Keadaan umum:

- a. Kehilangan berat badan >10 % dari berat badan dasar.
- b. Demam (terus menerus atau intermitten, temperatur oral > 37,5°C) yang lebih dari satu bulan.
- c. Diare (terus menerus atau intermitten) yang lebih dari satu bulan.
- d. Limfadenopati meluas.

2. Kulit:

Post exposure prophylaxis (PPP) dan kulit kering yang luas merupakan dugaan kuat infeksi HIV. Beberapa kelainan seperti kulit genital, folikulitis dan psoriasis yang sering terjadi pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) tapi tidak selalu terkait dengan HIV.

3. Infeksi, yang antara lain:

- a. Infeksi jamur: kandidiasis oral, dermatitis seboroik, kandidiasis vagina berulang.
- b. Infeksi viral: Herpes zooster, herpes genital (berulang), molusum kotangiosum, kondiloma.
- c. Gangguan pernafasan: batuk lebih dari satu bulan, sesak nafas, tuberkolosis, pneumonia berulang, sinusitis kronis atau berulang.
- d. Gejala neurologis: nyeri kepala yang makin parah (terus menerus dan tidak jelas penyebabnya), kejang demam, menurunnya fungsi kognitif.

Selain HIV/AIDS, penyakit lainnya yang perlu diwaspadai dan juga merupakan sarana penyebaran HIV/AIDS, yakni Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS). Penyakit yang dulu biasa disebut penyakit kelamin adalah penyakit yang menular melalui hubungan seksual dengan pasangan yang sudah tertular, baik melalui liang senggama (lubang kemaluan), mulut (oral), maupun dubur (anal). Ditambah pula dengan hubungan seksual dengan menggunakan

tangan dan alat seks juga dapat terkena PIMS.⁸ Bahkan, di Amerika, setiap tahun terdapat 20 juta kasus baru PIMS, yang setengahnya menyerang usia 15-24 tahun. Dengan demikian, remaja lebih rentan untuk terkena PIMS.⁹

Jenis PIMS ini dapat dibagi berdasarkan penyebabnya, yakni:

1. Bakteri, dapat menyebabkan:
 - a. Gonore (GO) atau kencing nanah.
 - b. Infeksi genital nonspesifik (IGNS).
 - c. Sifilis.
 - d. Vaginitis.
 - e. *Granuloma innguinale*
2. Virus, yang jenisnya antara lain:
 - a. Herpes genitalis
 - b. Hepatitis B
 - c. Hepatitis C
 - d. Kondiloma akuminata, atau penyakit jengger ayam
 - e. HIV/AIDS
 - f. Zika
 - g. Ebola
3. Protozoa, yang dapat menyebabkan antara lain penyakit trikomoniasis
4. Jamur, yang gejalanya pada kemaluan adalah keluarnya cairan putih seperti susu pecah, yang akan terasa sangat gatal, perih, dan panas. Contoh penyakit yang disebabkan oleh jamur adalah kandidiasis yang disebabkan oleh jamur kandida.
5. Ektoparasit, yang merupakan makhluk parasit yang menuupang hidup kepada sel tumpangannya. Hewan jenis ini diketahui terdapat sekitar 50 jenis, tetapi yang paling banyak ditemui antara lain caplak, kutu, tungu, lalat, dan tungau. Ekstroparasit yang termasuk infeksi menular seksual antara lain pedikulosis pubis (kutu kemaluan) dan skabies (kutu kudis).

Adapun gejala dari PIMS adalah sebagai berikut:

⁸ Dewi Inong Irana, *Gaul Bebas: Kenapa Enggak?*, (Jakarta: Gema Insani, 2017), hlm. 100.

⁹ Lihat <https://www.cdc.gov/std/st-dfct-teens>.

1. Cairan, yaitu pada gonore (*gonorrhea*), IGNS, kandidosis, dan *trichomonas*.
2. Luka, yaitu pada sifilis stadium I, ulkus molle, dan herpes simpleks genitalis.
3. Benjolan, yaitu pada kondiloma dan *granuloma inguinale*.
4. Rasa gatal, yaitu pada skabies dan pedikulosis pubis.
5. Tidak bergejala pada awalnya, bahkan kelihatan sehat-sehat saja, yaitu pada HIV/AIDS, sifilis, hepatitis B, dan hepatitis C.

Oleh karena itu, masyarakat harus senantiasa waspada dan menjaga dirinya untuk tidak melakukan hubungan seksual dengan berganti pasangan. Hal ini agar tidak terkena bahaya bila terkena PIMS sebagai berikut:

1. Infeksi alat kelamin, luar dan dalam.
2. Komplikasi penyakit, yaitu radang panggul, kemandulan, hamil di luar kandungan (bagi perempuan), sedangkan bagi laki-laki adalah kemandulan dan penyempitan saluran kemih.
3. Penyakit organ dalam yang kronis.
4. Dapat merusak mata, otak, dan hati.
5. Kanker kelamin.
6. Menulari bayi dalam kandungan – bayi cacat.
7. Lebih mudah tertular HIV/AIDS (3-5 kali lipat).
8. PIMS tertentu, yaitu HIV dan Hepatitis B, dapat menyebabkan kematian.

Berdasarkan pemaparan di atas, maka perlu suatu kesadaran bersama yang didukung dengan program penanggulangan HIV/AIDS serta pencegahan terhadap PIMS. Hal ini juga tidak lepas dari total orang yang terkena virus HIV di Indonesia yang jumlahnya mencapai kurang lebih 242.699 kasus. Melihat kondisi demikian, Pemerintah mengeluarkan kebijakan pengendalian HIV/AIDS yang mengacu kepada kebijakan global *Getting to Zeros*, yaitu:¹⁰

1. Menurunkan hingga meniadakan infeksi baru HIV;

¹⁰Komisi Penanggulangan AIDS, *Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2015-2019: Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia*, (Jakarta, 2015), hlm. 40.

2. Menurunkan hingga meniadakan kematian yang disebabkan oleh keadaan yang berkaitan dengan AIDS; dan
3. Meniadakan diskriminasi terhadap ODHA.

Kebijakan tersebut kemudian diturunkan ke dalam berbagai strategi Pemerintah yang terkait dengan Program Pengendalian HIV/AIDS dan PIMS sebagai berikut:

1. Meningkatkan penemuan kasus HIV secara dini
 - a. Daerah dengan epidemi meluas seperti Papua dan Papua Barat, penawaran tes HIV perlu dilakukan kepada semua pasien yang datang ke layanan kesehatan baik rawat jalan atau rawat inap serta semua populasi kunci setiap 6 (enam) bulan sekali.
 - b. Daerah dengan epidemi terkonsentrasi maka penawaran tes HIV rutin dilakukan pada ibu hamil, pasien TB, pasien hepatitis, warga binaan pemasyarakatan (WBP), pasien IMS, pasangan tetap ataupun tidak tetap ODHA dan populasi kunci seperti WPS, waria, LSL, dan penasun.
 - c. Kabupaten/Kota dapat menetapkan situasi epidemi di daerahnya dan melakukan intervensi sesuai penetapan tersebut, melakukan monitoring dan evaluasi serta surveillans berkala.
 - d. Memperluas akses layanan Konseling dan Tes HIV (KTHIV) dengan cara menjadikan tes HIV sebagai standar pelayanan di seluruh fasilitas kesehatan pemerintah sesuai status epidemi dari tiap Kabupaten/Kota.
 - e. Dalam hal tidak terdapat tenaga medis dan/atau teknisi laboratorium yang terlatih, maka bidan atau perawat terlatih dapat melakukan tes HIV.
 - f. Memperluas dan melakukan layanan KTHIV sampai ke tingkat puskesmas.
 - g. Bekerja sama dengan populasi kunci, komunitas dan masyarakat umum untuk meningkatkan kegiatan penjangkauan dan memberikan edukasi tentang manfaat tes HIV dan terapi ARV.

- h. Bekerja sama dengan komunitas untuk meningkatkan upaya pencegahan melalui layanan IMS dan PTRM.
2. Meningkatkan cakupan pemberian dan retensi terapi ARV, serta perawatan kronis
 - a. Menggunakan rejimen pengobatan ARV kombinasi dosis tetap (*KDT-Fixed Dose Combination-FDC*), di dalam satu tablet mengandung tiga obat. Satu tablet setiap hari pada jam yang sama, hal ini mempermudah pasien supaya patuh dan tidak lupa menelan obat.
 - b. Inisiasi ARV pada fasilitas layanan kesehatan seperti puskesmas.
 - c. Memulai pengobatan ARV sesegera mungkin berapapun jumlah CD4 dan apapun stadium klinisnya pada:
 - 1) Kelompok populasi kunci, yaitu: pekerja seks, lelaki seks lelaki, pengguna napza suntik, dan waria, dengan atau tanpa IMS lain.
 - 2) Populasi khusus, seperti: wanita hamil dengan HIV, pasien ko-infeksi TB-HIV, pasien ko-infeksi Hepatitis-HIV (Hepatitis B dan C), ODHA yang pasangannya HIV negatif (pasangan sero-diskordan), bayi/anak dengan HIV (usia <5 tahun).
 - 3) Semua orang yang terinfeksi HIV di daerah dengan epidemi meluas.
 - d. Mempertahankan kepatuhan pengobatan ARV dan
 - e. Memberikan konseling kepatuhan minum obat ARV.
3. Memperluas akses pemeriksaan CD4 dan viral load (VL) termasuk *early infant diagnosis* (EID), hingga ke layanan sekunder terdekat untuk meningkatkan jumlah ODHA yang masuk dan tetap dalam perawatan dan pengobatan ARV sesegera mungkin, melalui sistem rujukan pasien ataupun rujukan spesimen pemeriksaan.
4. Peningkatan kualitas layanan fasyankes dengan melakukan mentoring klinis yang dilakukan oleh rumah sakit atau FKTP.
5. Mengadvokasi pemerintah lokal untuk mengurangi beban biaya terkait layanan tes dan pengobatan HIV/AIDS.

Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS adalah segala upaya menangani HIV/AIDS dan PIMS melalui kegiatan edukasi, deteksi, pengobatan dan perawatan serta rehabilitasi. Dalam menanggulangi HIV/AIDS dan PIMS, upaya penanganan difokuskan pada upaya-upaya pencegahan dari tingkat hulu, sehingga penyebaran HIV/AIDS dan PIMS dapat diminimalisasi. Di dalam penanggulangan HIV/AIDS harus menerapkan prinsip sebagai berikut:

1. Memperhatikan nilai-nilai agama, budaya, dan norma kemasyarakatan;
2. Menghormati harkat dan martabat manusia serta memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender.
3. Kegiatan diarahkan untuk mempertahankan dan memperkuat ketahanan dan kesejahteraan keluarga.
4. Kegiatan terintegrasi dengan program pembangunan di tingkat nasional provinsi, dan kabupaten/kota.
5. Kegiatan dilakukan secara sistematis dan terpadu, mulai dari peningkatan perilaku hidup sehat, pencegahan penyakit, pengobatan, perawatan dan dukungan bagi yang terinfeksi HIV (ODHA) serta orang-orang terdampak HIV/AIDS.
6. Kegiatan dilakukan oleh masyarakat dan Pemerintah berdasarkan kemitraan.
7. Melibatkan peran aktif populasi kunci dari ODHA serta orang-orang yang terdampak HIV/AIDS.
8. Memberikan dukungan kepada ODHA dan orang-orang yang terdampak HIV/AIDS agar dapat mempertahankan kehidupan sosial ekonomi yang layak dan produktif.

Berbagai prinsip tersebut kemudian diterjemahkan ke dalam berbagai strategi dalam melakukan kegiatan penanggulangan HIV/AIDS yang meliputi:

1. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan HIV/AIDS melalui kerjasama nasional, regional, dan global dalam aspek legal, organisasi, pembiayaan, fasilitas pelayanan kesehatan dan sumber daya manusia;
2. Memprioritaskan komitmen nasional dan internasional;
3. Meningkatkan advokasi, sosialisasi, dan mengembangkan kapasitas;

4. Meningkatkan upaya penanggulangan HIV/AIDS yang merata, terjangkau, bermutu, dan berkeadilan serta berbasis bukti, dengan mengutamakan pada upaya preventif dan promotif;
5. Meningkatkan jangkauan pelayanan pada kelompok masyarakat berisiko tinggi, daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan serta bermasalah kesehatan;
6. Meningkatkan pembiayaan penanggulangan HIV/AIDS;
7. Meningkatkan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia yang merata dan bermutu dalam penanggulangan HIV/AIDS;
8. Meningkatkan ketersediaan, dan keterjangkauan pengobatan, pemeriksaan penunjang HIV/AIDS serta menjamin keamanan, kemanfaatan, dan mutu sediaan obat dan bahan/alat yang diperlukan dalam penanggulangan HIV/AIDS; dan
9. Meningkatkan manajemen penanggulangan HIV/AIDS yang akuntabel, transparan, berdayaguna dan berhasilguna.

Strategi yang dimuat dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS kemudian dikembangkan melalui strategi penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS, sebagaimana termuat dalam Strategi Rencana Aksi Nasional (SRAN) 2014-2019, memiliki 4 (empat) prinsip dasar, yakni:

1. Pencegahan Komprehensif

Pencegahan komprehensif bertujuan untuk mencegah seseorang agar jangan sampai tertular virus HIV, yang apabila ia menjadi tertular HIV agar ia dapat segera dicegah tidak masuk ke tahap AIDS serta tidak menjadi sumber penularan baru, dan kemudian dapat dimitigasi dampak sosial ekonomi pada ODHA.

2. *Continuum of Care*

Continuum of Care yang kemudian disebut dengan COC dimaksudkan agar sasaran populasi kunci mendapatkan program penanggulangan ADIS secara berkesinambungan, mulai dari berbagai upaya pencegahan berbasis komunitas seperti PMTS sampai mendapatkan layanan kesehatan seperti IMS dan tes HIV serta layanan rujukan yang

komprehensif, seperti LKB sampai dengan upaya mempertahankan pengibatan COC dapat dipadankan sebagai integrasi PMTS-LKB.

3. Populasi Kunci

Populasi kunci dimaksudkan agar sebuah kelompok dalam masyarakat menjadi sasaran primer atau fokus dari pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS. Populasi ini harus mendapatkan akses program yang dijalankan secara efisien dan efektif untuk menurunkan epidemi HIV. Mereka ini terdiri dari WPS dan pelanggannya, penasun, LSL, waria, LBT serta pasangan mereka.

4. Daerah Prioritas

Daerah prioritas dimaksudkan agar penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS juga harus berfokus di daerah geografi dengan tingkat risiko penularan HIV yang tinggi, beban penyakit HIV/AIDS yang tinggi sehingga mengakibatkan program dapat dijalankan secara efisien dan efektif untuk menurunkan epidemi HIV.

Di dalam Permenkes Nomor 21 Tahun 2013 disebutkan bahwa upaya penanggulangan HIV/AIDS dilakukan mulai dari promosi kesehatan, pencegahan penularan HIV, pemeriksaan diagnosis HIV, pengobatan, perawatan dan dukungan, serta rehabilitasi. Kegiatan tersebut dilakukan dalam bentuk berbagai layanan yang komprehensif dan berkesinambungan.

Dalam kegiatan promosi kesehatan, tujuannya adalah untuk meningkatkan pengetahuan yang benar dan komprehensif mengenai pencegahan penularan HIV dan menghilangkan stigma serta diskriminasi. Kegiatan ini dapat dilakukan dalam bentuk advokasi, bina suasana, pemberdayaan, kemitraan dan peran serta masyarakat yang disesuaikan dengan kondisi sosial budaya serta didukung kebijakan publik. Aktor dalam kegiatan ini adalah tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan terlatih yang melakukan promosi dengan sasaran para pembuat kebijakan, sektor swasta, organisasi kemasyarakatan dan masyarakat. Selain itu, promosi kesehatan yang dilakukan dapat dilakukan secara terintegrasi dengan program promosi kesehatan lainnya yang diutamakan pada pelayanan:

1. Kesehatan peduli remaja;

2. Kesehatan reproduksi dan keluarga berencana;
3. Pemeriksaan asuhan antenatal;
4. Infeksi menular seksual;
5. Rehabilitas napza; dan
6. Tuberkolosis.

Dalam konteks pencegahan, dapat dibagi menjadi:

1. Pencegahan penularan HIV melalui hubungan seksual

Pencegahan ini biasanya dilakukan di tempat yang berpotensi terjadinya hubungan seksual berisiko. Kegiatan ini dapat dilakukan secara terintegrasi yang meliputi peningkatan peran pemangku kepentingan, intervensi perubahan perilaku, manajemen pasokan perbekalan kesehatan pencegahan, dan penatalaksanaan IMS.

Pencegahan penularan HIV melalui hubungan seksual dilakukan melalui upaya untuk:

- a. Tidak melakukan hubungan seksual (*Abstinenesia*).
- b. Setia dengan pasangan (*be Faithful*).
- c. Menghindari penyalahgunaan obat/zat adiktif (*no Drug*).
- d. Meningkatkan kemampuan pencegahan melalui edukasi termasuk mengobati PIMS sedini mungkin (*Education*).
- e. Melakukan pencegahan lain seperti sirkumsisi.

2. Pencegahan penularan HIV melalui hubungan non seksual

Pencegahan ini ditujukan untuk mencegah penularan HIV melalui darah yang meliputi uji saring darah pendonor, pencegahan infeksi HIV pada tindakan medis dan non medis yang melukai tubuh serta pengurangan dampak buruk pada pengguna napza suntik.

3. Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anaknya

Pencegahan ini dilaksanakan melalui 4 (empat) kegiatan yang meliputi:

- a. Pencegahan penularan HIV pada perempuan usia reproduktif.
- b. Pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada perempuan dengan HIV.
- c. Pencegahan penularan HIV dari ibu hamil dengan HIV dari bayi yang dikandungnya.

- d. Pemberian dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibu dengan HIV beserta anak dan keluarganya.

Selanjutnya, ibu hamil dengan HIV dan AIDS beserta keluarganya harus diberikan konseling mengenai:

- a. Pemberian ARV kepada ibu.
- b. Pilihan cara persalinan.
- c. Pilihan cara pemberian ASI eksklusif kepada bayi hingga usia 6 bulan atau pemberian susu formula yang dapat diterima, layak, terjangkau, berkelanjutan, dan aman.
- d. Pemberian susu formula dan makanan tambahan kepada bayi setelah usia 6 bulan.
- e. Pemberian profilaksis ARV dan kotrimoksazol kepada anak.
- f. Pemeriksaan HIV pada anak.

Pada tahap pemeriksaan diagnosis HIV dilakukan untuk mencegah sedini mungkin terjadinya penularan atau peningkatan kejadian infeksi HIV, yang dilakukan berdasarkan prinsip konfidensialitas, persetujuan, konseling, pencatatan, pelaporan, dan rujukan. Pemeriksaan pun dilakukan melalui Konseling Tes HIV Sukarela (KTS) atau Tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan dan Konseling (TIPK) yang keduanya harus berdasarkan persetujuan pasien.

Selanjutnya, pengobatan HIV bertujuan untuk mengurangi risiko penularan HIV, menghambat perburukan infeksi oportunistik dan meningkatkan kualitas hidup pengidap HIV. Selain pengobatan, diperlukan pula perawatan dan dukungan. Dalam hal ini, kegiatan tersebut harus dilaksanakan dengan pilihan pendekatan sesuai dengan kebutuhan: perawatan berbasis fasilitas pelayanan kesehatan; dan perawatan rumah berbasis masyarakat. Kemudian, kegiatan terakhir adalah rehabilitasi, yang dalam tahapan ini rehabilitasi pada kegiatan penanggulangan HIV/AIDS dilakukan terhadap setiap pola transmisi penularan HIV pada populasi kunci, terutama pekerja seks dan pengguna napza suntik.

Lebih jauh, berdasarkan 4 (empat) prinsip dasar dalam SRAN 2014-2019, dikembangkan rincian strategi penanggulangan AIDS pada periode 2015-2019

sebagaimana diatur di dalam SRAN 2014-2019. Adapun strategi penanggulangan AIDS tersebut terdiri dari:

1. Menetapkan prioritas target geografis

Sejak pelaksanaan SRAN periode 2010-2014, pemilihan kabupaten/ kota prioritas telah menjadi salah satu keputusan strategis. Kriteria pemilihan ini didasarkan pada tingkat risiko penularan HIV dan beban penyakit HIV dan AIDS tertinggi, serta kesiapan infrastruktur dan komitmen pemerintah kabupaten/kota. Belajar dari pelaksanaan sebelumnya, dari total 511 kabupaten/ kota di Indonesia, 141 kabupaten/kota menunjukkan beban epidemi HIV yang lebih besar sehingga perlu menjadi prioritas target geografis upaya penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia untuk mencapai dampak epidemiologis yang bermakna.

Di antara kabupaten/kota tersebut, dipelajari bahwa terdapat kabupaten/ kota yang lebih berhasil menunjukkan dampak upaya penanggulangan yang signifikan, yang ternyata mempunyai ciri-ciri sebagai berikut: (1) berada di kota dengan jumlah penduduk yang relatif banyak, jumlah populasi kunci dan jumlah ODHA juga termasuk yang tertinggi di Indonesia, (2) memiliki infrastruktur yang relatif kuat serta ditunjang dengan komitmen daerah, baik dari pemerintah maupun dari masyarakat sipilnya, sehingga dapat menunjukkan kinerja yang tinggi, dan (3) memiliki manajemen pencatatan dan pengolahan data epidemi setempat yang lebih baik sehingga dapat digunakan sebagai dasar perencanaan dan pemantauan dampak epidemiologis upaya penanggulangan.

Pembelajaran ini menyimpulkan perlunya upaya penanggulangan yang ditujukan pada daerah yang menjadi episentrum epidemi dimana terdapat pula kesiapan infrastruktur daerah setempat untuk menghasilkan dampak penanggulangan yang optimum. Melalui pendekatan ini dapat diidentifikasi setidaknya 75 kabupaten/kota dengan kinerja tinggi dan 66 kabupaten/kota dengan kinerja medium di antara 141 kabupaten/kota prioritas, yang perlu didorong untuk secara

optimal mengintensifkan upaya penanggulangan HIV dan AIDS di daerah masing-masing. Upaya yang perlu dilakukan dalam strategi ini antara lain adalah sebagai berikut:

- a. Penguatan provinsi dan KPA Kabupaten/ Kota dalam perencanaan menetapkan target dan meningkatkan efektivitas PMTS dan layanan pengobatan (LKB –SUFA) termasuk koordinasi antara layanan kesehatan dengan komunitas populasi kunci.
 - b. Dukungan kerja KPA Provinsi dan Kabupaten/ Kota untuk memastikan integrasi HIV dalam proses perencanaan kegiatan di provinsi dan kabupaten/kota agar didanai oleh APBD.
 - c. Mendorong pemangku kepentingan ditingkat daerah sebagai mitra utama dalam program HIV dan AIDS antara lain layanan kesehatan, pemerintah daerah KPA Provinsi dan Kabupaten/ Kota dan universitas lokal.
 - d. Membangun jaringan kabupaten/kota prioritas tinggi dalam memobilisasi dukungan politik untuk HIV dan fasilitasi pembelajaran secara horizontal untuk kota lainnya.
 - e. Perhitungan matematika menunjukkan bahwa bila upaya penanggulangan AIDS di 75 kabupaten/kota dengan kinerja tinggi melaksanakan upaya penanggulangan selama periode 2015-2019, maka infeksi baru HIV dapat diturunkan 38% dan kematian karena AIDS juga dapat diturunkan hingga 20%, jika dibandingkan pada tahun 2014.
2. Memanfaatkan pencegahan kombinasi sebagai strategi daya ungkit
- Pencegahan kombinasi adalah pendekatan yang mengkombinasikan pencegahan penularan baru dan program pengobatan sebagai pencegahan, dalam rangka mendukung penyediaan layanan yang komprehensif.

Mengkombinasi berbagai bentuk pencegahan yang terbukti efektif dan dapat diterima oleh komunitas dan masyarakat sekitarnya adalah satu langkah yang harus semakin diperkuat di masa yang akan datang. Pencegahan kombinasi tidak hanya berfokus pada pencegahan melalui

intervensi perubahan perilaku, namun juga dengan intervensi biomedis melalui pengobatan, pencegahan positif, pengobatan sebagai pencegahan, profilaksis pra dan paska pajanan, pengurangan dampak buruk NAPZA, PMTS, sirkumsisi, konseling, kesetaraan jender, kebijakan yang mendukung, penguatan lingkungan yang kondusif, serta mobilisasi sosial komunitas dan masyarakat.

Untuk menghasilkan daya ungkit yang optimum dari pencegahan kombinasi, diperlukan penguatan keterkaitan antar berbagai layanan, khususnya layanan pencegahan yang berbasis komunitas, layanan tes dan konseling HIV, serta layanan kesehatan umum dan pengobatan IMS, HIV dan AIDS. Dibutuhkan sistem rujukan yang baik dari layanan pencegahan berbasis komunitas ke layanan kesehatan begitu pula sebaliknya, untuk memastikan populasi kunci yang terjangkau memperoleh layanan komprehensif mulai dari intervensi perubahan perilaku, akses ke tes HIV dan konseling, sampai ke pengobatan ARV dan dukungan psiko-sosial untuk mempertahankan pengobatan dan selanjutnya memperbaiki kualitas hidup ODHA.

Pencegahan kombinasi perlu terintegrasi dalam sistem kesehatan, terutama dalam layanan publik dan layanan swasta yang dapat diakses oleh masyarakat umum dengan tujuan untuk menjangkau sebanyak mungkin orang yang membutuhkan. Strategi ini juga perlu diterapkan pada layanan publik yang bersifat khusus, seperti pada Lembaga Pemasyarakatan, Rumah Tahanan, Lokalisasi, Panti Pijat. Pemilihan tempat-tempat ini dilakukan dengan memperhatikan tingginya risiko penularan IMS dan HIV.

3. Memperkuat layanan komprehensif berkesinambungan

Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) bertujuan untuk memperkuat sistem layanan kesehatan yang terintegrasi dengan pencegahan berbasis komunitas seperti PMTS melalui kerjasama erat antara pemerintah kabupaten/kota, pengelola layanan kesehatan, masyarakat sipil, serta komunitas, populasi kunci dan ODHA.

Secara khusus LKB bertujuan untuk menguatkan sistem kesehatan yang terintegrasi dengan sistem komunitas agar dapat meningkatkan cakupan promosi, pencegahan dan pengobatan terkait HIV, diantaranya adalah sebagai berikut:

- a. Memperluas layanan HIV bagi populasi kunci pada fasilitas layanan kesehatan primer dan komunitas, termasuk TB, IMS, Kesehatan Seksual dan Reproduksi, kekerasan, dan Hepatitis.
- b. Menjadi rujukan kebutuhan dari komunitas ke layanan dan kembali ke komunitas.
- c. Meningkatkan respon tenaga kesehatan terhadap penanggulangan HIV dan AIDS.
- d. Memperluas pengobatan ARV melalui layanan yang terdesentralisasi.
- e. Mitigasi dampak sosial-ekonomi.
- f. Secara kontekstual, PMTS dan SUFA harus dilaksanakan dalam kerangka konsep LKB.

Integrasi yang baik antara sistem layanan kesehatan dan pencegahan berbasis komunitas membutuhkan perencanaan multi-sektoral untuk perluasan layanan, pemetaan *hotspot*, pengembangan strategi penjangkauan, dan pengembangan kemitraan dengan kelompok populasi, dan peningkatan kapasitas layanan kesehatan di tingkat kabupaten/kota.

4. Desentralisasi dan integrasi layanan HIV

Terbukti bahwa pengobatan lebih dini dan kepatuhan minum ARV merupakan salah satu metode yang efektif dalam upaya pencegahan HIV. Upaya pemberian ARV secara dini dan perluasan pengobatan telah dimulai melalui inisiatif penggunaan ARV secara strategis (SUFA). Walaupun demikian, saat ini, kepatuhan minum obat masih menjadi tantangan yang perlu untuk terus diperhatikan. Integrasi layanan HIV dan TB juga perlu mendapatkan perhatian khusus, baik di tingkat rumah sakit maupun pada tingkat layanan primer. Masih banyak tantangan dihadapi dalam rangka mengkombinasikan kedua

layanan ini, tidak hanya pedoman dan tatalaksana kolaborasi TB-HIV yang perlu diperbarui, tetapi juga upaya peningkatan kapasitas dan penyiapan infrastrukturnya, baik dalam hal manajemen maupun sumber daya manusianya.

Model LKB-PMTS meningkatkan integrasi layanan terkait HIV dan pencegahan berbasis komunitas. Lebih lanjut, untuk meningkatkan kesinambungan dan meningkatkan efisiensi dan efektivitas, layanan HIV harus diintegrasikan pada struktur layanan kesehatan primer. Layanan IMS dan HIV harus diintegrasikan dengan layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi, dan layanan HIV diintegrasikan dengan layanan antenatal dan layanan perawatan kronis, termasuk layanan diagnosis kanker serviks. Kegiatan HIV perlu diintegrasikan segera lebih baik pada kegiatan berbasis komunitas terutama di Tanah Papua, dimana epidemi sudah pada populasi umum. Sebagai contoh, layanan berbasis komunitas perlu diperluas sebagai perpanjangan dari layanan perawatan, dukungan dan pengobatan yang berbasis pada layanan kesehatan; layanan Posyandu perlu dikaitkan dengan layanan sosial dan medis untuk ODHA; kader dari komunitas perlu diberdayakan untuk melakukan konseling untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan TB dan HIV.

5. Mengembangkan dan memperluas mitigasi dampak

Mitigasi dampak dikembangkan dengan cara memaksimalkan sistem terkait pengamanan sosial yang sudah ada di Indonesia, seperti dengan terus meningkatkan dukungan bagi populasi kunci dan ODHA untuk dapat memanfaatkan skema jaminan kesehatan dan sosial.

Fokus pengembangan dan perluasan mitigasi dampak ke depan adalah agar anak yang terinfeksi dan terdampak HIV dan AIDS dapat mengakses layanan yang memberikan perlindungan sosial, pendidikan dan kesehatan. Dalam rangka tersedianya layanan yang memadai, tidak hanya langkah-langkah advokasi yang perlu dilakukan untuk memperkuat lembaga yang mampu memberikan dukungan, tetapi juga memperhatikan peningkatan kapasitas dan keahlian mitra terkait dalam

bidang pengasuhan anak, perawatan, dan pemberdayaan ekonomi, serta perlindungan hukum bagi ODHA.

Penggalan sumber daya, dapat dilakukan dengan menjajaki berbagai alternatif di tingkat lokal. Sementara itu, untuk terus memperluas penyediaan dukungan ini, dokumentasi praktik di daerah dapat menjadi salah satu alat komunikasi dan pengembangan program.

6. Mewujudkan lingkungan yang mendukung bagi populasi kunci dan ODHA

Stigma, diskriminasi dan pelanggaran Hak Asasi Manusia (HAM) diakui secara luas menjadi penghalang bagi respon nasional yang efektif terhadap HIV. ODHA masih kerap ditolak dan diusir dari keluarga dan komunitas. Hak atas pendidikan dan hak atas pekerjaan ODHA masih sering disangkal. Maraknya pelanggaran HAM menyebabkan pencegahan dan pelayanan kesehatan HIV menjadi kurang efektif.

Ketika ODHA dan populasi kunci takut akan diskriminasi, mereka akan enggan melakukan tes HIV, termasuk mengakses layanan kesehatan HIV. Ketidaksetaraan gender dan kekerasan berbasis gender, perempuan cenderung sulit menghindari relasi yang penuh paksaan dan kekerasan, semua ini membuat mereka rentan terhadap HIV, meningkatkan program yang sudah berjalan yang mengatasi halangan HAM tersebut, dan memastikan bahwa program-program HIV tidak berpotensi maupun tidak melanggar HAM. Pengintegrasian tersebut harus dilakukan sejak tahapan perencanaan sampai dengan pemantauan pelaksanaan program HIV.

7. Evaluasi proses dan standar mutu untuk menguatkan intervensi yang berkualitas

Untuk mencapai dampak yang besar dari upaya penanggulangan, dibutuhkan intervensi yang berkualitas yang diukur dengan evaluasi proses dengan target standar mutu intervensi.

Peningkatan kualitas perlu dilakukan dengan memperhatikan detail pelaksanaan program yang diatur dalam pedoman atau prosedur kegiatan. Menambah atau mengurangi satu langkah dalam tata laksana, jika itu merupakan hasil dari evaluasi tersebut, maka ini dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi kegiatan. Mekanisme evaluasi proses atau *quality assurance* perlu dimiliki oleh semua pelaksana program, yang berfungsi dengan baik dan dilakukan tepat waktu.

Salah satu peningkatan kualitas yang menjadi fokus ke depan adalah dalam mencari dan menemukan kasus HIV atau IMS dan memastikan pengobatan dan perawatannya, sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

8. Mendukung penguatan sistem komunitas

Keterlibatan masyarakat dan pemberdayaan merupakan salah satu prinsip penanggulangan HIV dan AIDS. Penguatan sistem komunitas (*Community System Strengthening - CSS*) dalam penanggulangan AIDS bertujuan untuk mencapai hasil kesehatan yang lebih baik dengan partisipasi aktif populasi terdampak serta organisasi berbasis komunitas dalam melakukan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi layanan dan kegiatan yang berkaitan dengan pencegahan, pengobatan, perawatan dan dukungan bagi ODHA.

Sejak upaya penanggulangan AIDS dimulai di Indonesia, telah ada pengakuan terhadap peran penting organisasi berbasis komunitas, masyarakat terdampak, populasi kunci, komunitas dan ODHA dalam penanggulangan AIDS di Indonesia. Namun keberlanjutan dukungan terhadap komunitas merupakan tantangan seiring dengan menurunnya dukungan pendanaan internasional. SRAN 2015-2019 bertujuan untuk memastikan keterlibatan aktif dan bermakna dari ODHA, populasi kunci, kelompok yang mewakili ODHA dan populasi kunci, serta masyarakat sipil lainnya dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan di semua tingkatan hingga tingkat kecamatan dan desa.

Dukungan untuk penguatan komunitas secara bermakna perlu dilakukan melalui kemitraan bersama berbagai pemangku kepentingan

di tingkat nasional dan sub-nasional, untuk mendorong partisipasi aktif komunitas dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi upaya penanggulangan AIDS. Upaya penguatan komunitas perlu dituangkan dalam bentuk alokasi anggaran, peningkatan kapasitas, bantuan teknis, penguatan manajemen organisasi dan kepemimpinan yang tersedia di tingkat nasional, provinsi serta kabupaten/kota. Peningkatan peran masyarakat dalam pelaksanaan LKB menjadi prioritas bagi SRAN 2015-2019.

9. Mengelola pengetahuan dan ketrampilan antar Kabupaten/Kota

Peningkatan manajemen pengetahuan adalah salah satu prioritas SRAN 2015-2019, khususnya manajemen pengetahuan upaya penanggulangan AIDS di tingkat kabupaten/kota untuk memfasilitasi pembelajaran secara horizontal antar kabupaten/kota di Indonesia.

Peningkatan manajemen pengetahuan perlu dimulai dengan dokumentasi dan pemetaan kekuatan pelaksanaan upaya penanggulangan AIDS di tingkat kabupaten/ kota, khususnya di daerah dengan kinerja tinggi. Pemetaan ini menjadi dasar bagi pengembangan model pembelajaran antar kabupaten/ kota yang terstruktur dan sistematis.

Unit pengelolaan pengetahuan manajemen perlu dibentuk oleh KPAN untuk memantau pelaksanaan upaya penanggulangan secara umum, serta untuk membantu proses pemetaan dan dokumentasi yang dibutuhkan. Kriteria pemilihan lokasi pembelajaran juga perlu dikembangkan.

10. Mendorong alokasi dana penanggulangan AIDS di tingkat Kabupaten/Kota

Keberlanjutan penanggulangan HIV/AIDS tergantung pada tingkat pendanaan yang memadai. Dengan menurunnya dukungan dana luar negeri bagi upaya penanggulangan AIDS di Indonesia, perlu didorong adanya alokasi dana yang memadai tidak hanya di tingkat nasional namun juga di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

Untuk hal ini, strategi meningkatkan pendanaan lokal perlu diinisiasi pada periode SRAN 2015-2019, misalnya dengan cara berikut:

- a. Meningkatkan efisiensi biaya yang dapat diperoleh dari pelaksanaan LKB, integrasi HIV ke layanan kesehatan primer; efisiensi biaya diagnostik, obat dan komoditas lain; cara penjangkauan yang efektif yang memaksimalkan cakupan dan menghilangkan *missed-opportunity*.
 - b. Menambah pendanaan dalam negeri dengan pendekatan baru, misalnya melalui *matching funds*, dimana penambahan dana lokal disandingkan dengan tambahan dana nasional; atau *challenge grants*, dimana kabupaten/ kota yang mengusulkan perluasan atau peningkatan kualitas layanan, akan menerima dana, dengan memastikan adanya mata anggaran HIV tersedia di APBD.
 - c. Mendorong dan mengakses peluang pendanaan CSR untuk program HIV: *public private sector partnership and private philanthropy*.
11. Menguatkan penelitian, kualitas data serta akselerasi penggunaan inovasi dan teknologi baru

Inovasi dan teknologi baru dapat meningkatkan efektivitas serta efisiensi intervensi untuk menanggulangi HIV, selama periode SRAN 2015-2019. Perlu ada mekanisme untuk melakukan eksplorasi inovasi dan teknologi baru yang dapat diuji serta diimplementasikan di Indonesia; memperoleh perijinan sesuai hukum yang berlaku; dan mengembangkan rencana aksi untuk pelaksanaannya.

Beberapa prioritas inovasi yang perlu dipertimbangkan antara lain adalah tes HIV berbasis komunitas, pemanfaatan *Information and Communication Technology* (ICT), penggunaan media sosial, SMS dan internet untuk kegiatan penjangkauan komunitas khususnya bagi populasi tersembunyi dan remaja; serta pencanangan intervensi PreP bagi LSL (Lelaki Seks dengan Lelaki).

Terkait dengan informasi strategis, SRAN 2015-2019 perlu terus memperkuat sistem surveilans, termasuk peningkatan kualitas data dan penelitian baru terkait HIV, khususnya agar lebih diperhatikan pada tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

Prioritas utama adalah penguatan sistem data rutin seperti SIHA maupun surveilans penyakit dan peningkatan kualitas data, serta adanya perhatian khusus untuk memenuhi kebutuhan data di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, meningkatkan kapasitas daerah untuk melakukan integrasi, interpretasi, serta menggunakan data secara efektif untuk perencanaan maupun pemantauan. Penguatan sistem data disertai dengan agregasi jender, usia, dan faktor risiko.

Untuk memenuhi kebutuhan informasi bagi keberhasilan SRAN 2015-2019 dibutuhkan penelitian dengan area yang cukup luas, termasuk penelitian biomedis/ klinis, epidemiologi, sosial, budaya, perilaku dan penelitian operasional/implementasi.

Penelitian biomedis/klinis fokus pada masalah gambaran klinik, perjalanan penyakit, perawatan serta pengobatan penyakit. Penelitian epidemiologi fokus pada besaran, penyebaran dan latar belakang biologi, virology, lingkungan, sedangkan penelitian sosial/ budaya fokus pada fenomena sosial dalam masyarakat, termasuk perilaku dan struktur sosial masyarakat.

Agenda penelitian 2015-2019 memberikan prioritas pada penelitian operasional/ implementasi yang menunjang kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS yang mempunyai tujuan: Menghentikan penularan HIV; Memperbaiki kualitas hidup ODHA; Mengurangi dampak HIV dan AIDS pada individu, keluarga dan masyarakat; dan Menciptakan lingkungan kondusif program yang bebas stigma dan diskriminasi. Perlu diidentifikasi perguruan tinggi, komunitas, dan institusi penelitian untuk mendukung penelitian implementasi dan penelitian evaluasi, dengan fokus 75 kabupaten/kota prioritas tinggi. Evaluasi proses dan penelitian operasional dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelaksanaan penanggulangan AIDS termasuk

LKB/PMTS/SUFA dan keterlibatan komunitas. Perlu diperhatikan pemantauan efektivitas pengobatan (melalui CD4 dan *viral load*), sesuai dengan pedoman.

12. Memperkuat kemitraan internasional: bilateral dan multilateral

Dengan semakin menguatnya posisi Indonesia dalam kemitraan internasional, maka potensi kolaborasi serta perluasan jejaring kerja pun meningkat pesat. Indonesia menduduki beberapa posisi strategis di tingkat regional dan global dalam program penanggulangan HIV dan AIDS, antara lain adalah sebagai berikut:

a. Global

Indonesia diundang secara khusus oleh PCB UNAIDS (*Programme Coordinating Board*) untuk menyampaikan perkembangan penanggulangan AIDS di Indonesia. *Board* atau dewan ini beranggotakan 22 negara anggota PBB, dengan perwakilan dari pemerintah dan masyarakat sipil. Pada tahun 2014, dewan tersebut diketuai oleh Australia memutuskan untuk kemudian melakukan kunjungan kerja ke Indonesia, dimana peserta datang dari Afrika (Zimbabwe), Amerika Latin (Brasil) serta beberapa negara Eropa.

b. Regional

Indonesia sebagai anggota ASEAN menjadi *Lead Country* untuk inisiatif ASEAN *Cities Getting to Zero*. Inisiatif ini merupakan operasionalisasi langsung dari ASEAN *Declaration of Commitment: Getting to Zero New HIV Infections, Zero Related Deaths, Zero Discrimination*, yang diadopsi para pimpinan negara anggota ASEAN (Bali, 17 November 2012). Inisiatif ini menjadi contoh di seluruh dunia untuk program regional dengan pendekatan lokal (tingkat kabupaten/kota).

c. Nasional

Indonesia mengelola dana kemitraan untuk HIV (Indonesia *Partnership Fund*), dimana donor utama pada saat ini berasal dari USAID (Amerika Serikat) dan DFAT (Australia). Arah kebijakan

Indonesia dalam menguatkan kemitraan internasional ini adalah dengan mempertahankan peran yang telah disandang hingga saat ini dan terus berpartisipasi aktif dalam upaya penanggulangan AIDS

Arah kebijakan Indonesia dalam menguatkan kemitraan internasional ini adalah dengan mempertahankan peran yang telah disandang hingga saat ini dan terus berpartisipasi aktif dalam upaya penanggulangan AIDS.

Pada tingkat nasional, SRAN mengarahkan untuk dilakukan pengintegrasian isu HIV ke dalam rencana pembangunan pemerintah daerah. Pemerintah daerah diharapkan dapat menyusun Rencana Aksi Daerah masing-masing yang sejalan dengan SRAN. Prinsip-prinsip pelaksanaan SRAN dalam lingkup daerah diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Adanya Komitmen Politik dan Anggaran untuk Penanggulangan AIDS oleh Pimpinan Daerah

Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS bersifat lintas sektor dan tingkatan, untuk itu memerlukan kepemimpinan politik dan anggaran dari pimpinan daerah. Anggota KPA yang berada di daerah harus berperan aktif seperti: Bappeda, Dinkes, Dinsos, Disbudpar, dan Disnaker.

2. Adanya Keselarasan Penanggulangan AIDS di Daerah dengan Kebijakan Penanggulangan AIDS Nasional

Isu HIV harus masuk ke dalam perencanaan di daerah. Dimulai dari dengan dimasukkannya penanggulangan AIDS Ke dalam RPJMD, yang kemudian diturunkan menjadi Renstra SKPD dan Renja SKPD, untuk kemudian masuk ke dalam RKA SKPD. Selain itu harus dilakukan koordinasi juga dari tingkat provinsi hingga kabupaten/kota, bahkan sampai dengan tingkat layanan dan pelaksana lapangan.

3. Adanya Kompetensi para Petugas Manajemen Program dan Layanan

Harus ada mekanisme rekrutmen SDM yang profesional untuk menjalankan fungsi manajemen program dan layanan. Petugas-petugas

tersebut harus mempunyai kompetensi untuk menjalankan setiap pedoman teknis dan prosedur operasional standar.

4. Adanya Pelibatan Bermakna Komunitas Populasi Kunci

Pelibatan bermakna populasi kunci seperti pekerja seks dan pelanggannya, LSL, Gay dan Waria serta pasangannya dan Penasun serta pasangannya dan ODHA merupakan kunci keberhasilan penanggulangan AIDS di daerah. Pelibatan komunitas populasi kunci dan ODHA agar dimulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemantauan sampai evaluasi. Peran nyata komunitas harus terdokumentasi dengan baik.

5. Adanya Informasi Strategis yang Dapat Memberikan Umpan Balik bagi Perbaikan Program dan Layanan di Kabupaten/Kota

Setiap daerah harus memiliki data terkini mengenai perkembangan epidemi dan kemajuan program HIV dan AIDS setempat. Lebih penting lagi agar data tersebut digunakan untuk perbaikan dan peningkatan program dan layanan.

Kepemimpinan dan tata kelola penanggulangan AIDS di tingkat provinsi dan kabupaten/kota merupakan tanggung jawab Kepala Daerah sebagai Ketua Komisi Penanggulangan AIDS di daerah masing-masing. Komitmen pimpinan daerah untuk penanggulangan AIDS perlu diikuti dengan tata kelola formal dalam hal perencanaan dan penganggaran lintas sektor untuk penanggulangan AIDS, mulai dari pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan serta mitigasi dampak sampai dengan penciptaan lingkungan kebijakan yang mendukung.

Dalam pelaksanaannya, Ketua Komisi Penanggulangan AIDS daerah dibantu oleh Sekretariat dengan tim kerja yang direkrut secara profesional. Tugas pokok dan fungsi Sekretariat KPA di daerah adalah memberikan dukungan pada KPA agar berfungsi dalam penyusunan kebijakan, pengelolaan pelaksanaan penanggulangan, mobilisasi sumber daya, koordinasi pelaksanaan, kerja sama, penyebaran informasi, fasilitasi KPA di bawahnya, pembentukan kelompok peduli AIDS, serta monitoring dan evaluasi pelaksanaan penanggulangan AIDS.

Penanggulangan AIDS memerlukan kepemimpinan yang kuat, karena program memerlukan pendekatan lintas sektor dan lintas tingkatan. Kepemimpinan tersebut memerlukan kemampuan komunikasi yang baik. Penguatan kepemimpinan untuk penanggulangan AIDS perlu menjadi prioritas. Kepemimpinan dibutuhkan mulai dari tingkat provinsi, kabupaten/ kota, pada seluruh sektor anggota KPA seperti Bappeda, Dinkes, Dinsos, Disdik, Disbudpar, Disnaker, sampai dengan para pemangku kepentingan di lokasi *'hotspot'* termasuk Kepala Desa/ Lurah/ RW dan RT serta pemuka agama dan tokoh masyarakat.

Kemitraan lintas sektor untuk penanggulangan AIDS sangat penting. KPA di tingkat provinsi dan kabupaten/ kota perlu membangun kemitraan dengan semua sektor pemerintah yang berkaitan dengan HIV dan AIDS, seperti kesehatan, sosial, pendidikan, kebudayaan dan pariwisata, serta tenaga kerja, perhubungan dan lain lain.

Kemitraan dengan sektor non pemerintah, seperti LSM dan kelompok-kelompok komunitas merupakan pintu masuk untuk dapat menjangkau populasi berisiko terinfeksi HIV, yaitu pekerja seks dan pelanggannya, pengguna NAPZA, LSL, Gay, Waria serta pasangan intim mereka.

Kemitraan dengan dunia usaha juga perlu dibangun (*PPP-Public Private Partnership*) untuk menyelenggarakan pencegahan HIV di tempat kerja, dan mengembangkan upaya-upaya yang didukung CSR (*Corporate Social Responsibility*) untuk komunitas dan masyarakat sekitar tempat kerja.

Sektor swasta juga perlu dibina untuk mendorong kemitraan *public-private* dalam upaya mobilisasi dukungan terhadap program pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan serta mitigasi dampak di dunia kerja dan berbagai bentuk tanggung jawab sosial bagi masyarakat sekitar.

KPA sendiri adalah lembaga yang anggotanya bersifat multi sektoral, merupakan forum untuk menyamakan pandangan bagi pelaksanaan program melalui proses koordinasi. Koordinasi lintas sektor yang efektif adalah dimensi pendukung untuk penanggulangan AIDS di daerah. Koordinasi efektif di tingkat KPA provinsi dan kabupaten/ kota perlu dilakukan dengan mengikuti *Standard*

Operating Procedure (SOP) koordinasi kelembagaan. SOP koordinasi kelembagaan perlu diatur setidaknya untuk koordinasi berikut:

1. Koordinasi Pengurus Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) provinsi dan kabupaten/kota yang dipimpin Kepala Daerah bertujuan memastikan seluruh anggota KPA memahami dan menjalankan tugas dan fungsinya masing-masing, dalam upaya mengendalikan epidemi HIV di daerah masing-masing.
2. Koordinasi antar pemangku kepentingan, diantaranya dengan SKPD/ lembaga, dengan Populasi Kunci dan pertemuan lain sesuai kebutuhan yang bertujuan untuk memastikan seluruh kegiatan yang dilaksanakan oleh pihak terkait dapat berjalan dengan baik.
3. Pertemuan koordinasi PMTS-LKB yang bertujuan untuk memastikan seluruh pelaksana memahami peran dan fungsinya masing-masing dalam menjalankan program PMTS-LKB serta mendorong terjadinya koordinasi dalam pencapaian tujuan.
4. Pelaporan dan koordinasi dengan Ketua KPA provinsi dan kabupaten/kota yang bertujuan untuk mengoptimalkan peran Ketua Komisi Penanggulangan AIDS dalam memimpin dan mengkoordinasikan pelaksanaan program penanggulangan AIDS di daerah masing-masing.
5. Supervisi, pembinaan dan pengawasan yang bertujuan untuk memastikan Komisi Penanggulangan AIDS provinsi dan kabupaten/kota dan seluruh mitra kerjanya sudah memahami tugas dan fungsinya dalam menjalankan program serta mendorong terjadinya koordinasi dalam pencapaian tujuan.
6. Pertemuan koordinasi internal Sekretariat Komisi Penanggulangan AIDS yang bertujuan untuk meningkatkan kinerja internal Sekretariat dalam mengelola permasalahan program maupun kelembagaan sedini mungkin.

KPA di daerah perlu memperkuat kapasitas perencanaan penanggulangan AIDS lintas sektor di tingkat provinsi dan kabupaten/ kota. Dalam era desentralisasi, perencanaan penanggulangan AIDS di tingkat provinsi dan kabupaten/ kota perlu dilakukan secara terintegrasi dengan perencanaan

pembangunan daerah melalui mekanisme yang bersifat inklusif dan partisipatif melibatkan lintas sektor, LSM, komunitas terdampak HIV, populasi kunci dan ODHA serta mitra pembangunan lainnya.

Penanggulangan AIDS perlu menjadi salah satu agenda tetap dalam proses MUSRENBANG, mulai dari tingkat kecamatan, kabupaten/ kota hingga tingkat provinsi. Hal ini perlu menjadi pokok bahasan dalam forum SKPD di setiap tingkatan pemerintahan. Dalam proses perencanaan, perlu pembagian peran yang maksimal semua anggota KPA sesuai peraturan pemerintah.

Sebagai panduan penanggulangan AIDS secara nasional, SRAN perlu diterjemahkan ke dalam bentuk dokumen perencanaan di daerah sesuai ketentuan desentralisasi. Integrasi SRAN pada dokumen perencanaan di daerah perlu diterjemahkan dalam bentuk program kerja dalam RPJMD dan selanjutnya dalam Renstra SKPD dan Renja SKPD, sehingga dapat menjadi dasar untuk masuk dalam RKA SKPD. Integrasi ke dalam perencanaan di daerah penting untuk menjamin keberlanjutan program. Integrasi akan membuat SKPD terkait memiliki peluang untuk dapat menganggarkan program penanggulangan AIDS. Perlu didorong keberadaan Perda AIDS dan produk-produk hukum di daerah (seperti Pergub, Perbup dan Perwali) yang dapat mendukung integrasi dalam perencanaan di daerah.

Kemajuan penanggulangan AIDS di daerah harus dapat terpantau dengan baik, karenanya setiap daerah juga perlu menetapkan target pencapaian program penanggulangan AIDS lintas sektor dengan pembagian tugas dan tanggung jawab yang jelas antar pelaksana program.

Perencanaan penanggulangan AIDS di tingkat kabupaten/ kota perlu dibuat dengan mempertimbangkan realitas beban epidemi di wilayahnya, khususnya pada populasi kunci seperti pekerja seks dan pelanggannya, LSL, Gay dan Waria serta pasangannya, dan pengguna NAPZA suntik serta pasangannya. Perencanaan tingkat kabupaten/kota perlu membuat skala prioritas sesuai beban epidemi di setiap wilayah kerja hingga tingkat kecamatan dan desa. Pemantauan beban epidemi HIV di tingkat kabupaten/ kota perlu dilakukan secara berkala melalui kegiatan teknis seperti pemetaan populasi kunci.

Peran provinsi dan kabupaten/ kota sangat penting dalam mengelola pelaksanaan dan perluasan program prioritas penanggulangan AIDS seperti PMTS, Pengurangan Dampak Buruk NAPZA, LKB dan SUFA/ PDP/ PPIA.

Pemenuhan anggaran biaya yang memadai diperlukan bagi upaya penjangkauan populasi kunci oleh layanan berbasis komunitas; penguatan keterkaitan antara layanan sektor kesehatan dan yang berbasis komunitas; penyediaan reagen tes HIV dan pengobatan HIV serta infeksi oportunistik penyerta seperti IMS, TB dan Hep-C; serta untuk pembiayaan Sekretariat KPA.

Untuk itu, KPA di daerah perlu meningkatkan alokasi pendanaan penanggulangan AIDS di tingkat kabupaten/ kota; baik melalui SKPD terkait maupun melalui mekanisme pembiayaan oleh pemerintah untuk lembaga swadaya masyarakat. Perlu pula melakukan eksplorasi peluang kemitraan sektor swasta (CSR) baik melalui hibah filantropis maupun dengan bentuk kerjasama *public-private*. Dengan mengalirnya alokasi anggaran secara langsung ke tingkat desa, KPA perlu pula mendorong adanya perencanaan dan penganggaran di tingkat desa sebagai kontribusi pemangku kepentingan di tingkat desa bagi penanggulangan AIDS.

Dengan adanya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS, transisi pembiayaan pencegahan dan pengobatan HIV dalam sistem JKN perlu direncanakan dengan seksama sebagai upaya keberlanjutan program. Upaya serupa juga perlu dilakukan di tingkat provinsi dan kabupaten/ kota mengikuti kebijakan jaminan sosial yang berlaku di daerah setempat.

Dalam desentralisasi yang paling penting adalah adanya layanan publik yang semakin dekat dengan masyarakat yang membutuhkan. Prioritas pengembangan layanan di tingkat kabupaten/ kota sesuai dengan kebijakan penanggulangan AIDS nasional adalah antara lain untuk perluasan dan penguatan LKB, PMTS, Pengurangan Dampak Buruk NAPZA dan SUFA/ PDP/ PPIA.

Dalam konteks LKB, prioritasnya adalah desentralisasi layanan HIV hingga ke tingkat komunitas misalnya di tingkat Puskesmas dan layanan berbasis komunitas, mulai dari layanan pencegahan, tes HIV, serta inisiasi pengobatan dini

dan pemberian dukungan psikososial untuk meningkatkan kepatuhan minum obat, serta mengurangi stigma dan diskriminasi di masyarakat. Prioritas geografis perlu dilakukan dalam pelaksanaan program penanggulangan AIDS agar menjadi lebih tepat sasaran, khususnya untuk mendorong ketersediaan layanan di titik-titik 'hotspot' prioritas di tingkat kabupaten/ kota.

Secara khusus pelaksanaan LKB di tingkat Puskesmas perlu didorong untuk mencapai integrasi layanan HIV ke dalam layanan kesehatan dasar di Puskesmas seperti layanan KIA, TB, IMS, Kespro. Hal ini penting untuk meningkatkan kesinambungan dan meningkatkan efisiensi dan efektivitas layanan HIV pada struktur layanan kesehatan primer.

Masih dalam konteks pelaksanaan LKB, prioritas perlu diberikan untuk penguatan keterkaitan antara layanan di sektor kesehatan dengan layanan yang berbasis komunitas. Hal ini penting dilakukan di Tanah Papua, dimana epidemi sudah sampai ke populasi umum.

Dalam desentralisasi, pelaksanaan layanan publik di tingkat provinsi hingga kabupaten/ kota adalah tanggung jawab dari Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) setempat yang terkait, bersama dengan mitra pelaksana kegiatan di daerah. Untuk meningkatkan kualitas dan efektivitas pelaksanaan penanggulangan AIDS di daerah, KPA perlu mendorong adanya mekanisme pemantauan/supervisi secara berkala untuk setiap unit kerja tersebut sesuai dengan standar mutu yang telah disepakati.

Pelatihan dilaksanakan sesuai kebutuhan; daerah harus mampu mendefinisikan kebutuhan dan tantangan kapasitas. Selain peningkatan kapasitas teknis dalam memberikan layanan, peningkatan standar mutu dan kualitas yang dipandang cukup penting adalah untuk mendorong layanan yang lebih ramah komunitas termasuk pada populasi kunci, ODHA, perempuan dan remaja. Bila terdapat kebutuhan peningkatan kapasitas, KPA juga perlu mendorong adanya perencanaan kegiatan dan anggaran rutin untuk komponen tersebut. Supervisi/ bimtek secara berjenjang menjadi upaya penting peningkatan kapasitas dan kompetensi.

Peningkatan kapasitas untuk memobilisasi serta memberdayakan masyarakat dan komunitas untuk berpartisipasi aktif dalam upaya penanggulangan AIDS di tingkat kabupaten/ kota juga merupakan kegiatan yang penting, khususnya untuk mendorong akuntabilitas layanan dan juga semakin mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap populasi kunci dan ODHA. Kegiatan ini perlu didorong di tingkat kecamatan dan desa, khususnya dengan meningkatnya sumber dana ke desa. Kegiatan yang dapat dilakukan antara lain pembentukan Pokja di Kecamatan dan penguatan WPA di desa/kelurahan, program pencegahan dan dukungan oleh desa/kelurahan terutama untuk ‘mobilisasi’ atau mendorong akses ke layanan melalui peningkatan *health seeking behavior* dari masyarakat.

Peningkatan kapasitas komunitas populasi kunci dilakukan antara lain melalui pelatihan terkait perencanaan, pelibatan dalam pertemuan; pelibatan akan bermakna seiring meningkatnya kapasitas wakil-wakil populasi kunci. Keterwakilan komunitas dalam perencanaan, kegiatan, evaluasi agar disepakati di kalangan komunitas sehingga dapat memunculkan wakil terbaik dari komunitas itu sendiri.

Setiap daerah harus memiliki data terkini. Pertama mengenai perkembangan epidemi HIV, yaitu setidaknya jumlah kasus HIV dan AIDS serta data kematian terkait AIDS, estimasi dan pemetaan populasi kunci. Kemudian laporan kemajuan penanggulangan AIDS termasuk data kelembagaan, pendanaan, *cascade* layanan HIV mulai dari pencegahan, tes HIV, pengobatan, perawatan dan dukungan, serta mitigasi dampak.

Mekanisme pembaharuan data harus berjalan secara berkala, seperti pemetaan, estimasi, pelaporan dan pencatatan rutin dan pelaporan supervisi. Ini semua dalam satu kerangka monitoring dan evaluasi yang mampu memberikan informasi strategis bagi perencanaan dan perbaikan pelaksanaan program di daerah. Monitoring dan evaluasi terintegrasi dalam sistem yang sudah ada di SKPD.

Kegiatan monitoring dan evaluasi agar mengacu pada dokumen perencanaan yang berisikan indikator dan target yang harus dicapai masing-masing mitra pelaksana, baik SKPD, mitra non-pemerintah atau komunitas.

Mekanisme monitoring dan evaluasi harus berjalan harmonis mulai dari tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/ kota, dengan memanfaatkan teknologi informasi.

Monitoring dan evaluasi di tingkat daerah agar difasilitasi oleh KPA melalui mekanisme Kelompok Kerja Monev (Pokja Monev) di tingkat provinsi dan kabupaten/ kota. Pokja monev harus mampu memberikan umpan balik secara rutin di daerah, untuk perbaikan segera pelaksanaan program. Hasil monitoring dan evaluasi agar dikomunikasikan pula secara teratur kepada pimpinan daerah dan para pembuat kebijakan untuk menjadi dasar perencanaan dan pembuatan kebijakan yang mendukung.

Diseminasi data yang *real-time* secara visual kepada pihak yang lebih luas dan masyarakat perlu dilakukan memanfaatkan ICT (*Information and Communication Technology*). Pengguna ICT perlu dioptimalkan untuk akuntabilitas publik, mempercepat rekonsiliasi data, memperbaiki ketepatan waktu dan kualitas pelaporan serta pencatatan program.

B. Kajian terhadap Asas/Prinsip yang Terkait dengan Penyusunan Norma

Asas-asas yang digunakan di dalam penyusunan Naskah Akademik ini adalah sebagai berikut:

1. Asas tujuan yang jelas

Naskah akademik ini disusun dengan tujuan untuk mengkaji dan meneliti secara akademis mengenai materi yang akan dituangkan dalam Rancangan Peraturan Daerah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung tentang Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome* dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (Raperda tentang HIV/AIDS dan PIMS).

2. Asas lembaga yang tepat

Di dalam penyusunan naskah akademik ini melibatkan Dinas Kesehatan Provinsi, SKPD terkait, serta berbagai organisasi terkait penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS.

3. Asas perlunya pengaturan

Naskah akademik ini disusun dengan memperhatikan peraturan perundang-undangan yang berada di atasnya, sebagai contoh: UU No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; UU No.23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, UU No.12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan-undangan, dan lain-lain.

4. Asas dapat dilaksanakan

Naskah akademik ini disusun yang kemudian akan dilanjutkan dengan menyusun rancangan peraturan daerah tentang penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS yang sesuai dengan kewenangan Pemerintah Daerah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung berdasarkan PP No. 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.

5. Asas konsensus atau asas keseimbangan

Di dalam penyusunan naskah akademik Raperda tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS ini dilakukan melalui kajian literatur, sosialisasi, sinkronisasi dan harmonisasi peraturan, serta uji publik melalui FGD di DPRD Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

6. Asas terminologi dan sistematika yang benar

Penyusunan naskah akademik Raperda tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS ini memakai terminologi yang operasional berdasarkan literatur dan berbagai ketentuan yang dapat dipertanggungjawabkan.

7. Asas mudah dikenali atau dapat dimengerti

Naskah akademik Raperda tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS merupakan persoalan teknis dalam penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS. Namun demikian, di dalam penyusunannya telah diupayakan agar memakai istilah, terminologi, dan bahasa legal yang dapat dimengerti oleh masyarakat Provinsi Kepulauan Bangka Belitung nantinya.

8. Asas perlakuan yang sama di hadapan hukum

Rancangan peraturan daerah yang akan disusun berdasarkan naskah akademik ini akan berlaku bagi seluruh masyarakat Provinsi Kepulauan Bangka Belitung tanpa terkecuali.

9. Asas kepastian hukum dan asas pelaksanaan hukum yang sesuai dengan keadaan individual

Rancangan peraturan daerah tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS yang disusun, disahkan dan diundangkan pada lembaran daerah untuk ditaati, diharapkan dapat mengacu secara komprehensif pada naskah akademik ini.

Analisis terhadap penentuan asas-asas ini telah memperhatikan berbagai aspek kehidupan terkait dengan Peraturan Perundang-undangan yang akan dibuat, yang berasal dari hasil penelitian.

C. Kajian terhadap Praktik Penyelenggaraan, Kondisi yang Ada, serta Permasalahan yang Dihadapi Masyarakat

Kasus penyebaran HIV/AIDS dan PIMS mengalami peningkatan di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. Tercatat pada tahun 2017, terdapat 270 positif HIV dan 56 diantaranya sudah terkena AIDS. Jika tidak segera ditanggulangi, maka berisiko terus terjadi peningkatan. Penanggulangan yang dilakukan pun harus dilakukan secara komprehensif dan terintegrasi dengan memberdayakan seluruh elemen-elemen yang dapat diberdayakan dalam proses penanggulangan. Namun pelaksanaan penanggulangan yang harus dilakukan secara komprehensif dan terintegrasi tersebut mendapatkan sekurang-kurangnya 2 (dua) bentuk tantangan, baik tantangan dari segi hukum dan segi empirik.

Dari segi hukum, tantangan yang dihadapi adalah belum adanya peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, sehingga upaya penanggulangan yang dilakukan secara komprehensif dan terintegrasi sukar untuk diwujudkan. Sementara dari segi empirik, masyarakat Provinsi Kepulauan Bangka Belitung sendiri masih terdapat yang melakukan diskriminasi dan memiliki stigma yang kurang positif terhadap penderita. Diduga, hal ini terjadi karena dilatarbelakangi oleh kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai HIV/AIDS dan PIMS. Oleh

karena itu, upaya pengedukasian masyarakat harus menjadi salah satu fokus perhatian berbagai elemen di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung dalam menanggulangi HIV/AIDS dan PIMS.

Faktor empirik lain yang menjadi tantangan adalah ketidaktahuan masyarakat mengenai perbuatan yang berkaitan dengan kesusilaan yang mereka lakukan, sangat beresiko menimbulkan HIV/AIDS dan PIMS. Lagi-lagi dalam hal ini, pengedukasian sangatlah penting dilakukan kepada masyarakat agar penyebaran HIV/AIDS dan PIMS dapat ditekan.

Pelaksanaan upaya penanggulangan HIV/AIDS di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung harus tetap mengacu kepada SRAN Tahun 2014-2019. Penanggulan HIV/AIDS bertujuan untuk memastikan tercapainya akses universal terhadap layanan pencegahan, pengobatan dan mitigasi dampak HIV/AIDS; berfokus pada populasi kunci (termasuk remaja populasi kunci dan pekerja migran) di daerah geografis yang paling berisiko; memperkuat dan mempertahankan layanan terintegrasi yang efektif secara biaya dan berkualitas tinggi; lingkungan kondusif yang bebas stigma dan diskriminasi, sensitif gender dan berorientasi pada HAM; serta menerapkan prinsip tata kelola yang baik, transparansi dan akuntabilitas.

Kebijakan penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung sudah seharusnya mengacu kepada prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Memperhatikan nilai-nilai agama, budaya serta norma sosial dan penghargaan terhadap manusia.
2. Merespon masalah sosial dan pembangunan, secara terstruktur, melibatkan pemangku kepentingan termasuk pemerintah dan masyarakat sipil;
3. Kemitraan antara masyarakat sipil, ODHA, pemerintah, dan mitra pembangunan.
4. Dukungan sosial dan ekonomi berfungsi memberdayakan ODHA dan mereka yang terdampak untuk mempertahankan kualitas hidup.
5. Exit Strategy dari ketergantungan sumber dana luar negeri.

Secara umum, SRAN Penanggulangan HIV/AIDS Tahun 2014-2019 ditujukan untuk percepatan pencapaian “3 Zero (Zero infeksi baru, Zero kematian terkait AIDS, dan Zero stigma dan diskriminasi) dengan cara mencegah penularan HIV; meningkatkan dengan segera akses pengobatan HIV; meningkatkan retensi pengobatan; meningkatkan kualitas hidup ODHA; mitigasi dampak sosial ekonomi epidemi HIV pada individu, keluarga, dan masyarakat untuk menjaga produktivitas dan sumber daya manusia Indonesia.

Dalam rangka penanggulangan HIV/AIDS di Provinsi Bangka Belitung, maka dibentuklah Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Kepulauan Bangka Belitung sebagai implementasi dari Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional yang telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 124 Tahun 2016. Oleh karena itu, Komisi ini nantinya yang akan menjadi *leading actor* dalam hal penanggulangan HIV/AIDS di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, bersama dengan komponen lainnya.

D. Kajian terhadap Implikasi Penerapan Sistem Baru yang Akan Diatur dalam Undang-Undang atau Peraturan Daerah terhadap Aspek Kehidupan Masyarakat dan Dampaknya terhadap Aspek Beban Keuangan Negara

Penerapan cara penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS yang akan diatur dalam rancangan peraturan daerah ini akan berdampak kepada penurunan penyebaran HIV/AIDS dan PIMS di dalam masyarakat Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, penurunan penyebaran HIV/AIDS dan PIMS di dalam masyarakat Provinsi Kepulauan Bangka Belitung akan berdampak kepada meningkatnya mobilisasi dana masyarakat yang membuat peningkatan alokasi dana pemerintah menjadi lebih rasional.

BAB III

EVALUASI DAN ANALISIS

PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN TERKAIT

Evaluasi dan analisis tentang peraturan perundang-undangan yang terkait dengan penyusunan Raperda tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS dapat ditunjukkan dalam tabel di bawah ini:

Tabel 1. Evaluasi dan Analisis Peraturan Perundang-Undangan yang Berhubungan dengan Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS

No.	Peraturan	Tujuan	Evaluasi dan Analisis
1.	<p><i>Yang Berkaitan dengan Masalah Sosial</i></p> <p>a. UU Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan</p> <p>b. UU Nomor 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial</p> <p>c. UU Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial</p>	<p>a. Mempertimbangkan upaya perlindungan terhadap perempuan yang kedudukannya rentan terkena HIV/AIDS</p> <p>b. Untuk melihat berbagai masalah sosial yang ikut memicu penularan HIV/AIDS serta mempertimbangkan cara pencegahannya.</p>	Tentang perkawinan dan syarat keabsahan perkawinan.
2.	<p><i>Yang Berhubungan dengan Kejahatan atau Tindak Pidana (Kriminal)</i></p> <p>a. KUHP Buku II tentang Kejahatan</p> <p>b. KUHP Buku III</p>	<p>a. Buku UU KUHP khususnya pada pasal 281, 282,</p>	Ketentuan tentang pelacuran dalam hubungannya dengan

	<p>tentang Pelanggaran</p> <p>c. UU Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana</p> <p>d. Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 1983 tentang Pelaksanaan Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana</p>	<p>283,284, dan 285 diatur mengenai kejahatan berupa kesusilaan yang erat kaitannya dengan penyebaran HIV/AIDS dan PIMS.</p> <p>b. Buku UUU KUHP khususnya Bab II tentang Pelanggaran terhadap Ketertiban Umum terutama Pasal 506.</p>	<p>Prinsip utama dalam KUHP adalah:</p> <p>a. Bahwa hubungan seks yang dilakukan oleh dua orang dewasa (yang berlainan jenis, baik suka sama sama suka maupun dengan pembayaran) bukanlah kejahatan ataupun suatu pelanggaran hukum;</p> <p>b. Yang dilarang justru orang yang menyediakan tempat untuk tujuan pelacuran ;</p> <p>c. Melibatkan anak di bawah umur untuk kepentingan pelacuran sangat dilarang KUHP.</p>
3.	<p><i>Yang Berhubungan dengan Penegakan Hukum</i></p> <p>a. UU Nomor 2 Tahun 1986 tentang Peradilan Umum</p> <p>b. PP Nomor 27 Tahun 1983 tentang Peraturan Pelaksanaan UU Nomor 8 Tahun 1981</p> <p>c. Perda Nomor 11 Tahun 2008 tentang Penyidik Pegawai Negeri Sipil Provinsi Kepulauan Bangka Belitung sebagaimana</p>	<p>a. Untuk mempertimbangkan kewenangan peradilan umum dalam memeriksa dan mengadili berbagai tindak kriminal yang berhubungan dengan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS;</p> <p>b. Untuk melihat ketentuan tentang peranan polisi pada umumnya serta</p>	<p>Menurut UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang telah diubah terakhir dengan UU Nomor 9 Tahun 2015, hukuman bagi pelanggaran Perda adalah pidana penjara paling lama 3 (tiga) bulan atau denda paling banyak Rp. 50.000.000,-</p>

	<p>telah diubah dengan Perda Nomor 11 Tahun 2015</p>	<p>mempertimbangkan hal-hal yang mungkin tersembunyi dibalik kewenangan polisi yang relatif besar, seperti <i>backing</i> tempat tertentu oleh polisi dalam kawasan prostitusi;</p> <p>c. Ketentuan ini lebih merupakan ketentuan pelaksanaan dari KUHP tetapi baik juga dalam hubungannya dengan penyegelan/penutupan lokasi prostitusi;</p> <p>d. Ketentuan perundangan yang terdapat pada bagian ini memungkinkan PNS pada umumnya maupun PNS di lingkungan Pemda untuk diangkat sebagai penyidik dan penyidik pembantu PNS. Misalnya dalam melihat keterlibatan dinas yang memberikan izin lokasi dan kegiatan dalam rangka pengendalian PIMS dan/atau</p>	
--	--	--	--

		HIV di tempat yang dikelolanya.	
4.	<p><i>Yang Berhubungan dengan Kesehatan atau Tindakan Medis</i></p> <p>a. UU Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular</p> <p>b. UU Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak</p> <p>c. UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran</p> <p>d. UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan</p> <p>e. UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit</p> <p>f. Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medik</p> <p>g. Permenkes Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran</p> <p>h. Permenkes Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS</p>	<p>a. Untuk melihat berbagai ketentuan tentang penatalaksanaan kesehatan pada umumnya, khususnya tentang tindakan pencegahan dan penanggulangan penyakit berbahaya</p> <p>b. Peraturan Menteri Kesehatan tentang tindakan medis ini perlu dipertimbangkan agar dalam pelaksanaan segala tindakan medis yang berhubungan dengan HIV/AIDS dilakukan dengan persetujuan yang bersangkutan dan tanpa diskriminasi.</p>	<p>Keputusan Menteri Kesehatan tentang wajib periksa HIV pada darah donor sehubungan dengan adanya azas <i>linked anonymous</i> dan <i>unlinked anonymous</i>. Juga ada hubungannya dengan <i>zero-survey</i> pada surveilans HIV.</p>
5.	<i>Yang Berhubungan dengan Hak Asasi</i>		

	<p><i>Manusia</i></p> <p>UU Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia</p>	<p>Untuk melihat jaminan HAM terhadap upaya pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS khususnya terhadap ODHA dan OHIDA.</p>	<p>Agar menjadi pemahaman bersama bahwa sebagian besar masalah diskriminasi yang dialami ODHA berasal dari ketidaktahuan atau kecerobohan pihak lain (petugas medis, keluarga, dan masyarakat sekitar), bukan karena kesengajaan sebagaimana dimaksud dalam definisi diskriminasi.</p>
6.	<p><i>Yang Berhubungan dengan Narkotika</i></p> <p>a. UU Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika</p> <p>b. UU Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika</p> <p>c. Permenkokesra Nomor 02/PER/MENKO/KESRA/I/2007 tentang Kebijakan Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Narkotika dan Psikotropika dan Zat Adiktif Suntik</p>	<p>Untuk memberikan pertimbangan terhadap program pengurangan dampak buruk Narkoba khususnya yang berhubungan dengan pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di kalangan pengguna Narkoba khususnya yang menggunakan jarum suntik.</p>	<p>Secara yuridis, jarum suntik bukanlah sesuatu yang dilarang karena jarum suntik bukanlah Narkoba. Akan tetapi sebagai barang bukti, bisa saja jarum suntik dijadikan petunjuk bagi polisi untuk menangkap/menahan petugas LSM/Dinkes. Karena itu perlu pembicaraan yang serius antara KPAD dan Polri. Yang perlu diperhatikan adalah Pasal 88 UU No. 22 Tahun 1997 yang pada pokoknya menetapkan ancaman pidana bagi orang tua/wali atau masyarakat yang mengetahui seseorang “pemakai” narkotika (IDU’s) yang tidak</p>

			melapor kepada petugas.
--	--	--	----------------------------

BAB IV

LANDASAN FILOSOFIS, SOSIOLOGIS, DAN YURIDIS

A. Landasan Filosofis

Berdasarkan Pembukaan UUD NRI 1945, disebutkan bahwa tujuan pembentukan negara Indonesia salah satunya adalah memajukan kesejahteraan umum. Untuk itu, pemerintahan baik pemerintahan pusat yang dalam hal ini Lembaga Kepresidenan dan Pemerintahan Daerah yang dalam hal ini adalah Pemerintahan Provinsi, Pemerintahan Kota, dan Pemerintahan Kabupaten harus berupaya semaksimal mungkin untuk memajukan kesejahteraan umum tersebut. Termasuk Pemerintah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. Salah satu tolak ukur yang memperlihatkan bahwasanya masyarakat telah mencapai kesejahteraan sebagaimana dimaksud salah satu tujuan pembentukan negara Indonesia tadi adalah kondisi kesehatan masyarakat itu sendiri. Pemerintah yang dalam hal ini Pemerintah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, harus berupaya meningkatkan taraf kesehatan masyarakat Provinsi Kepulauan Bangka Belitung dalam rangka mencapai tujuan untuk meningkatkan kesejahteraan umum tadi. HIV/AIDS dan PIMS merupakan salah satu tantangan Pemerintah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung dalam rangka meningkatkan taraf kesehatan masyarakat Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. Oleh karenanya diperlukan upaya menanggulangi HIV/AIDS dan PIMS secara serius dan berkesinambungan oleh berbagai pihak di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, dalam hal ini khususnya Pemerintah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

B. Landasan Sosiologis

Dewasa ini, dalam masyarakat Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, telah terjadi peningkatan penyebaran HIV/AIDS dan PIMS yang disebabkan oleh

perilaku masyarakat yang harus segera ditanggulangi. Apabila tidak segera ditanggulangi, maka penyebaran HIV/AIDS dan PIMS di dalam masyarakat Provinsi Kepulauan Bangka Belitung akan kian tidak terkendali dan berisiko menimbulkan dampak-dampak yang bersifat negatif dan merugikan dalam masyarakat Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

C. Landasan Yuridis

Sebagai sebuah negara hukum, dimana dalam konsep negara hukum *rechtstaat* yang dikemukakan oleh Friedrich Julius Stahl yang menyatakan bahwa salah satu unsur dari negara hukum adalah supremasi hukum, maka untuk menanggulangi penyebaran HIV/AIDS dan PIMS di dalam masyarakat Provinsi Kepulauan Bangka Belitung memerlukan sebuah sistem penanggulangan yang tertuang dalam peraturan perundang-undangan di lingkungan Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. Namun peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS tersebut belum dibentuk sehingga Pemerintah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung belum dapat melakukan penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS secara sistematis, terintegrasi, dan yang paling penting adalah didasari oleh landasan hukum yang sah dan berlaku secara umum.

Lebih jauh, dalam pendekatan yuridis dapat diambil 3 (tiga) aspek dalam rangka penegakan hukum, yakni:

1. Aspek *content of law* yang mengedepankan analisis naskah peraturan perundang-undangan yang berhubungan dengan obyek kajian. Naskah Akademik ini diarahkan untuk membahas tentang HIV/AIDS dan PIMS, maka yang menjadi *content of law* adalah berbagai peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang hal tersebut. Dalam hal ini terdapat 2 (dua) hal penting yang harus diperhatikan, yaitu aspek yuridis formal dan yuridis substansial.

Aspek yuridis formal meliputi:

- a. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2000 tentang Pembentukan Propinsi Kepulauan Bangka Belitung (Lembaran Negara Republik

Indonesia Tahun 2000 Nomor 217, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4033);

- b. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan;
- c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, yang diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015.

Aspek yuridis substansial meliputi:

- a. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, Pasal 14: “Materi muatan Peraturan Daerah Provinsi dan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota dalam rangka penyelenggaraan otonomi daerah dan tugas pembantuan serta menampung kondisi khusus daerah dan/atau penjabaran lebih lanjut Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi.”
- b. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah: Pasal 9 ayat (3): “Urusan Pemerintahan konkuren sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah urusan pemerintahan yang dibagi antara pemerintahan pusat dan daerah”. Pasal 11 ayat (1): “Urusan pemerintahan konkuren sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (3) yang menjadi kewenangan daerah terdiri atas Urusan Pemerintahan Wajib dan Urusan Pemerintahan Pilihan”. Pasal 11 ayat (2): “Urusan Pemerintahan wajib sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari atas urusan pemerintahan yang berkaitan dengan pelayanan dasar dan urusan pemerintahan yang tidak berkaitan dengan pelayanan dasar”. Pasal 12 ayat (1) huruf a: “Urusan Pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (2), meliputi salah satunya kesehatan”. Pasal 17 ayat (1): “Daerah berhak menetapkan kebijakan daerah untuk menyelenggarakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah”

2. Aspek *structure of law*, yakni kajian yang dilakukan terhadap komponen pelaksana undang-undang. Dalam hal ini, maka yang berhubungan antara lain tenaga medis, petugas lapangan, petugas laboratorium, dan konselor, serta PPNS.
3. Aspek *culture of law* yakni kontribusi masyarakat berupa tanggapan dan persepsi yang diberikan, baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap naskah dan pelaksana serta pelaksanaan dari suatu peraturan. Suatu peraturan akan dapat didukung dan dipatuhi apabila masyarakat yang berkepentingan mendapatkan manfaatnya. Contohnya, jika di satu sisi ternyata hasil penelitian menyimpulkan bahwa pelacuran adalah penyebab tumbuh-kembangnya HIV tetapi solusi yang ditawarkan tidak memperhatikan kepentingan para peran pelaku, seperti pekerjaan dan penghasilan penjaja seks.

BAB V

JANGKAUAN, ARAH PENGATURAN, DAN RUANG LINGKUP MATERI MUATAN PERATURAN DAERAH

A. Jangkauan

Penyusunan naskah akademik ini, diharapkan dapat menginisiasi terbentuknya suatu konsep rancangan peraturan daerah mengenai penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS yang menjangkau seluruh lapisan masyarakat Provinsi Bangka Belitung, terkhusus bagi sub-sub masyarakat yang berisiko melakukan penyebaran HIV/AIDS dan PIMS baik disengaja maupun tidak sengaja seperti Ibu yang sedang mengandung akan menularkan HIV/AIDS kepada anaknya dan Pengguna NAPZA suntik.

B. Arah Pengaturan Perda

Penyusunan naskah akademik ini, yang kemudian akan menghasilkan sebuah *output* berupa rancangan peraturan daerah tentang penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS dimaksudkan untuk mengatur antara lain:

1. Pengaturan tentang Upaya Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS yang dilakukan dengan cara edukasi, deteksi, pengobatan dan perawatan serta rehabilitasi.
2. Pengaturan tentang HIV/AIDS dan PIMS yang dilakukan melalui KTS dan TIPK.
3. Pengaturan tentang Penanggulangan Penularan HIV dari Ibu ke anak melalui: pencegahan penularan HIV pada perempuan usia reproduksi; 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.
4. Pengaturan mengenai perlindungan terhadap ODHA dan OHIDHA.

5. Pengaturan mengenai kewajiban dan larangan bagi pihak-pihak terkait yang diantaranya adalah: Pemerintah Provinsi, Petugas Kesehatan, Pelaku Seks, Pengelola Karaoke, ODHA, OHIDHA, dll.
6. Pengaturan mengenai pembentukan Komisi Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.
7. Pengaturan mengenai peran dunia usaha serta masyarakat dalam penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS.
8. Pengaturan mengenai pembiayaan penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS.
9. Pengaturan mengenai Pembinaan, Pengawasan, dan Pengendalian upaya penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS.
10. Pengaturan mengenai ketentuan penyidikan dalam penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS.
11. Pengaturan mengenai ketentuan pidana dalam penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS.

C. Kondisi yang Diinginkan

Dengan terbentuknya Perda tentang HIV/AIDS dan PIMS, diharapkan:

1. Penanggulangan HIV/AIDS dapat dilakukan secara komprehensif dan terintegrasi dengan berdasarkan alas hukum yang sah dalam hal ini sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Penyebaran HIV/AIDS dan PIMS dapat dikendalikan dan secara perlahan-lahan dapat dihilangkan di dalam masyarakat Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

D. Judul

Judul rancangan peraturan daerah yang akan dibentuk berdasarkan naskah akademik ini adalah: “Pencegahan dan Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome* dan Penyakit Infeksi Menular Seksual”

E. Ketentuan Umum

Ketentuan umum dari Raperda tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS adalah sebagai berikut:

1. Daerah adalah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.
2. Gubernur adalah Gubernur Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.
3. Pemerintah Daerah adalah Gubernur dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.
5. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu kepala Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
6. *Human Immunodeficiency Virus* yang selanjutnya disebut HIV adalah virus penyebab AIDS yang digolongkan sebagai jenis yang disebut retrovirus yang menyerang sel darah putih yang melumpuhkan sistem kekebalan tubuh dan ditemukan dalam cairan tubuh penderita terutama dalam darah, air mani, cairan vagina dan air susu ibu.
7. *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* yang selanjutnya disebut AIDS, yang secara harfiah dalam bahasa Indonesia berarti Sindrom Penurunan Kekebalan Tubuh Dapatan adalah kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yang merusak sistem kekebalan tubuh manusia sehingga daya tahan tubuh melemah dan mudah terjangkit penyakit infeksi.
8. Penyakit Infeksi Menular Seksual yang selanjutnya disebut PIMS, adalah penyakit dan/atau gejala penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual.
9. Penanggulangan adalah segala upaya dan kegiatan yang dilakukan meliputi kegiatan pencegahan, penanganan dan rehabilitasi.
10. Komisi Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS yang selanjutnya disebut KPAP adalah lembaga yang melakukan upaya penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS.

11. Orang dengan HIV/AIDS dan PIMS yang selanjutnya disingkat ODHA adalah orang yang sudah terinfeksi HIV/AIDS dan PIMS.
12. Orang yang hidup dengan pengidap HIV/AIDS dan PIMS yang selanjutnya disingkat OHIDHA adalah orang yang terdekat, teman kerja atau keluarga dari orang yang sudah terinfeksi HIV/AIDS dan PIMS.
13. Kelompok Risiko Tinggi adalah setiap orang atau badan yang dalam keadaan dan kapasitasnya menentukan keberhasilan upaya penanggulangan HIV dan AIDS, antara lain orang yang terinfeksi dan keluarganya, Penjaja Seks Komersial, pelanggan Penjaja Seks Komersial, pelaku seks bebas dan pemakai Narkotika suntik.
14. Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya yang selanjutnya disebut NAPZA adalah obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintesis maupun semi sintesis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilang rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan.
15. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Swasta, Pemerintah Kabupaten maupun masyarakat.
16. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
17. Konselor adalah pemberi pelayanan konseling yang telah dilatih keterampilan konseling HIV dan dinyatakan mampu.
18. VCT merupakan kepanjangan dari *Voluntary counseling and Testing* atau KTS kepanjangan dari Konseling dan Testing Sukarela adalah tempat/layanan kesehatan yang mempunyai kewenangan melakukan konseling dan Testing HIV secara sukarela.
19. Konseling dan Testing HIV atas Inisiatif Petugas yang selanjutnya disebut dengan KTIP adalah suatu kegiatan konseling dan Testing

yang diprakarsai oleh petugas kesehatan berdasarkan pada hasil pemeriksaan dan faktor risiko.

20. Program pencegahan HIV dan Ibu ke anak yang selanjutnya disebut dengan PPIA adalah suatu program atau upaya yang dilakukan untuk mencegah penularan HIV dari Ibu yang terinfeksi HIV kepada anaknya.
21. Layanan yang komprehensif dan berkesinambungan yang selanjutnya disingkat dengan LKB.
22. Perawatan dan pengobatan adalah Upaya dan pelayanan tenaga medis untuk meningkatkan derajat kesehatan ODHA.
23. Dukungan adalah upaya-upaya yang diberikan kepada ODHA dan OHIDHA baik dari keluarga maupun masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidup.
24. Pemeriksaan HIV adalah Tes HIV anonim yang dilakukan pada sampel darah, produk darah, jaringan dan organ tubuh sebelum didonorkan.
25. *Informed consent* adalah penjelasan yang diberikan kepada seseorang untuk mendapatkan persetujuan tertulis sebelum dilakukan Test HIV dan AIDS secara sukarela.
26. Anti retroviral (ARV) adalah obat yang sifatnya tidak mematikan tapi menekan laju perkembangan HIV di dalam tubuh manusia.
27. *Mandatory Test* adalah Tes yang dilakukan sepihak oleh petugas kesehatan tanpa persetujuan dari pasien.
28. *Prevention of Mother to Child Transmition* yang selanjutnya disingkat PMTCT adalah pencegahan penularan HIV dari ibu kepada anaknya yang akan atau sedang atau sudah dilahirkannya. Layanan PMTCT bertujuan mencegah penularan HIV dari ibu kepada anak.
29. Peran Serta Masyarakat adalah keikutsertaan masyarakat di semua lapisan, sektor dan Lembaga Swadaya Masyarakat untuk meningkatkan jumlah dan mutu upaya masyarakat di bidang kesehatan.

30. Masyarakat adalah setiap orang atau kelompok orang yang berdomisili di Wilayah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.
31. Stigma adalah pengucilan terhadap orang atau suatu kelompok tertentu dengan memberi cap atau julukan tertentu tanpa alasan yang sah secara hukum.
32. Diskriminasi adalah setiap pembatasan, pelecehan, atau pengucilan baik langsung maupun tidak langsung didasarkan pada pembedaan manusia atas dasar agama, suku, ras, etnik, kelompok, golongan, status sosial, status ekonomi, jenis kelamin, bahasa, keyakinan, politik, yang berakibat pada pengurangan, penyimpangan, atau penghapusan pengakuan pelaksanaan atau penggunaan hak asasi manusia dan kebebasan dasar dalam kehidupan baik secara individual maupun kolektif dalam bidang politik, ekonomi, hukum, sosial, budaya dan aspek kehidupan lainnya.
33. Pengusaha adalah:
- a. setiap bentuk usaha yang berbadan hukum atau tidak, milik orang perseorangan, milik persekutuan atau milik badan hukum, baik milik swasta maupun milik negara/daerah yang mempekerjakan pekerja/buruh dengan membayar upah atau imbalan dalam bentuk lain;
 - b. usaha-usaha sosial dan usaha-usaha lain yang mempunyai pengurus dan mempekerjakan orang lain dengan membayar upah atau imbalan dalam bentuk lain.
34. Dunia usaha adalah orang atau badan yang melaksanakan kegiatan dengan tujuan untuk mendapatkan keuntungan.
35. Kondom adalah sarung karet yang dipasang pada alat kelamin laki-laki dan perempuan pada waktu akan melakukan hubungan seksual dengan maksud untuk mencegah penularan penyakit akibat hubungan seksual maupun sebagai alat kontrasepsi.
36. Tuberkulosis yang selanjutnya disebut TB adalah sebuah penyakit infeksi yang terjadi pada saluran pernafasan manusia yang disebabkan oleh bakteri

F. Materi Muatan

Sistematika dan materi muatan rancangan peraturan daerah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung tentang Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS ini adalah sebagai berikut:

No	Sistematika	Materi yang Dimuat	Tujuan
1.	Pendahuluan/Konsiderans	a. Pertimbangan : Memuat pokok pikiran yang bersifat filosofis, yuridis, dan sosiologis	Untuk menunjukkan alasan dan latar belakang yang mendasari pembentukan suatu peraturan
		b. Dasar hukum: Memuat peraturan perundang-undangan yang memerintahkan pembentukan suatu peraturan	Untuk menunjukkan: <ul style="list-style-type: none">• Kewenangan institusi pembuat peraturan• Ketentuan yang berhubungan dengan peraturan yang dibuat, baik yang masih akan berlaku maupun yang akan dicabut pemberlakuan nya, baik sebagian atau seluruhnya, oleh peraturan baru yang dibuat
		c. Memutuskan/Menetapkan:	Untuk menyatakan: <ul style="list-style-type: none">• Persetujuan yang telah diberikan oleh institusi pembuat peraturan.

			<ul style="list-style-type: none"> Keabsahan peraturan berdasarkan kewenangan institusi dan tingkat/level dari peraturan tersebut berdasarkan hierarki yang ada.
2.	Batang Tubuh/Isi Peraturan	<p>Terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ketentuan Umum Materi Pokok Ketentuan Penyidikan Ketentuan Pidana Ketentuan Penutup 	<p>Ketentuan Umum memuat kata-kata operasional yang sering digunakan dalam rancangan peraturan daerah.</p> <p>Materi pokok memuat:</p> <ul style="list-style-type: none"> Asas dan Penyelenggaraan Maksud, Tujuan, dan Sasaran Tes HIV/AIDS dan PIMS Penanggulangan Penularan HIV dari Ibu ke Anak Perlindungan terhadap ODHA dan OHIDHA Kewajiban dan Larangan Komisi Penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS Peran Dunia Usaha serta Masyarakat Pembiayaan Pembinaan,

			Pengawasan, dan Pengendalian <ul style="list-style-type: none"> • Ketentuan Penyidikan • Ketentuan Pidana
3.	Penutup	a. Perumusan perintah pengundangan dan pemuatan di lembar negara b. Penandatanganan c. Pengesahan	

BAB VI

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan kajian yang telah dilakukan dan dituangkan dalam bab-bab sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Belum terdapat peraturan perundang-undangan di dalam lingkup Provinsi Kepulauan Bangka Belitung yang mengatur mengenai penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS, sehingga upaya penanggulangan tidak dapat dilakukan secara komprehensif dan terintegrasi.
2. Umumnya, peningkatan penyebaran HIV/AIDS diakibatkan oleh kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai perbuatan-perbuatan yang berhubungan dengan kesusilaan yang ternyata memiliki resiko tinggi untuk meningkatkan penyebaran HIV/AIDS dan PIMS.
3. Diskriminasi dan stigma yang dilakukan oleh masyarakat kepada ODHA dan OHIDHA dilatarbelakangi oleh kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai HIV/AIDS dan PIMS.

B. Saran

Berdasarkan kajian yang telah disampaikan sebelumnya, oleh karena itu dirasa perlu untuk segera membentuk peraturan daerah yang mengatur mengenai penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS agar penanggulangan HIV/AIDS dan PIMS dapat dilakukan secara komprehensif dan terintegrasi serta berdasarkan alasan hukum penanggulangan yang sah.

DAFTAR PUSTAKA

- Dian Sulistiawati. "Living With HIV/AIDS: Dari Memahami Virus Hingga Menormalkan Kembali Kehidupan Pribadi". Thesis Magister Universitas Indonesia Depok, 2012.
- Fineberg, H.V.^[1]_{SEP}1988 "The Social Dimensions of AIDS," Scientific American. October. Hal: 128-134.
- Kelly F.Gary. 2008. Sexuality Today, Clarkson University. Boston : McGraw-Hill Higher Education.
- Yuli Luthfiana. "Hubungan Pengetahuan dan Sikap Terhadap Perilaku Berisiko HIV/AIDS Terhadap Perilaku Berisiko HIV/AIDS Pada Pekerja Bangunan di Proyek World Class University Tahun 2012". Skripsi Sarjana Universitas Indonesia, 2012.
- MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report (MMWR MORB MORTAL WKLY REP), 2009 Jun 26; 58(24): 661-5.

Peraturan Perundang-Undangan

- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan.
- Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial.
- Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular.
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.
- Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.
- Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial.
- Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2009 tentang Praktik Kedokteran.
- Undang-Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medik.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

DPRD BABEL