MENELUSURI KEBIJAKAN ANGGARAN HIV & AIDS

Gambar Peduli AIDS : http://mazaiman.files.wordpress.com/2009/07/peduli-aids1.jpg

Menelusuri Kebijakan Anggaran HIV & AIDS

Penulis:
Yenny Sucipto – Seknas FITRA
Hartoyo - Our Voice

Design & Layout:
Penajiwa

Penerbit:
Kerjasama antara
Sekretariat Nasional Forum Indonesia untuk Transparansi Anggaran
dan Our Voice didukung oleh HIVOS

Percetakan:
CV. Tumbuh Dihati

kata pengantar

Sebagai salah satu tujuan target MDGs, Memerangi HIV dan AIDS merupakan Tujuan ke Enam target MDGs yang dikhawatirkan gagal dicapai pada tahun 2015. Target MDGs untuk tujuan enam ini adalah menghentikan laju penyebaran dan membalikkan kecenderungannya di tahun 2015. Kerja keras dan perhatian besar selurun elemen bangsa terhadap persoalan ini harus dicurahkan, jika Indonesia tidak ingin di nilai kalangan internasional sebagai Negara yang gagal mencapai komitmen global MDGs.

Salah satu faktor untuk melihat seberapa besar dan efektif komitmen Negara terhadap suatu persoalan bangsa adalah dengan melihat kebijakan alokasi anggaran. Kebijakan alokasi anggaran sebagai salah satu instrumen Negara, dapat memberikan gambaran apakah upaya memerangi HIV/AIDS mendapatkan perhatian yang serius dari Pemerintah. Dalam kerangka ini, Seknas FITRA bersama *Our Voices* berupaya menyuarakan kepedulian terhadap upaya memerangi HIV/AIDS dengan memberikan sedikit konstribusi berupa *booklet* yang memberikan gambaran umum mengenai kebijakan anggaran dan persoalan prosedur kelembagaan dalam upaya memerangi HIV AIDS.

Moment Pemilu 2009 yang baru saja usai, merupakan manifestasi kenginan rakyat Indonsia terhadap eksekutif dan legislatif yang terpilih saat ini, untuk menyelesaikan persoalan Bangsa termasuk dalam upaya memerangi HIV/ AIDS. Beban pencapaian target MDGs berada dipundak hasil Pemilu 2009. Temuan-temuan yang disampaikan *booklet* ini, diharapkan dapat memberikan konstribusi dalam menyusun Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Persoalan, seperti proporsi alokasi anggaran pencegahan penyebaran HIV/AIDS, yang relatif besar namun tidak mampu menahan laju penyebaran HIV/AIDS, dapat menjadi pijakan persoalan yang harus diselesaikan oleh Pemerintahan hasil Pemilu 2009.

Tentunya apa yang disampaikan dalam *booklet* ini bukanlah obat mujarab yang mampu menahan laju penyebaran HIV/AIDS. *Booklet* ini hanyalah irisan kecil dari berbagai upaya yang tengah dilakukan elemen bangsa yang peduli terhadap HIV/AIDS. Kerja-kerja Seknas FITRA dan *Our Voices* yang dituangkan dalam *booklet* ini, tak lepas dari berbagai konstribusi berbagai pihak yang terlibat dalam penelitian ini, untuk itu ucapan termakasih kami sampaikan sebesar-besarnya., Penghargaan besar saya sampaikan kepada kedua penulis yang mau mencurahkan energi hingga selesainya *booklet* ini. Terimakasih kami sampaikan juga pada HIVOS atas dukungan hingga terlasana penelitian ini.

Akhir kata, agar kami tidak terjebak dalam kubangan, berbagai perspektif amat dibutuhkan dalam perbaikan *booklet* ini. *Booklet* ini membuktikan, bahwa

kerja-kerja masyarakat sipil, dengan mengunakan instrumen anggaran, merupakan salah satu alat advokasi yang dapat digunakan dalam melakukan perubahan sosial.

Jakarta, 17 Agustus 2009
Sekretariat Nasional - Forum Indonesia untuk Transparansi Anggaran

Yuna Farhan
Sekretaris Jenderal

Ilustrasi: www.primaonline.com

daftar isi

Halaman Judul 1

Kata Pengantar 3

Bab I Dasar Pemikiran 6

Bab II Analisis Kebijakan 9

Bab III Potret Anggaran HIV dan AIDS 16

Bab IV Catatan Lapangan 24

Bab V Kesimpulan dan Rekomendasi 29

Lampiran 32

bab 1
DASAR PEMIKIRAN

Sebagaimana diketahui Indonesia merupakan salah satu dari 189 negara yang ikut menandatangani deklarasi millenium *(millenium decalration)* pada tahun 2000. Deklarasi yang dikenal dengan *Millenium Development Goals (MDGs)* tersebut adalah sebuah inisiatif pembangunan yang harus tercapai sebelum tahun 2015.

8 (delapan) poin capaian MDGs

1) *Eradicate extreme poverty and hunger* (penghapusan kemiskinan);
2) *Achieve universal primary education* (pendidikan untuk semua);
3) *Promote gender equality and empower women* (persamaan gender);
4) *Combat HIV/AIDS, malaria, and other disease* (perlawanan terhadap penyakit terutama HIV/AIDS dan malaria);
5) *Reduce child mortality* (penurunan angka kematian anak);
6) *Improve Maternal Health* (peningkatan kesehatan Ibu);
7) *Ensure enviromental sustainabilty* (pelestarian lingkungan hidup); dan
8) *Develop a global partnership for development* (kerjasama global).

Kedelapan gol itu saling berkait yang bermuara pada satu gol besar yaitu pencapaian peningkatan kesejahteraan dan kualitas hidup masyarakat di masing-masing negara, oleh karenanya kedelapan gol harus dijalankan secara bersinergi karena kesemuanya mengandung derajat prioritas yang sama.

Dari kedelapan gol pembangunan millenium di atas, perang melawan HIV/AIDS merupakan salah satu tantangan yang cukup berat bagi pemerintah kita saat ini. Sebab Indonesia saat ini telah menjadi salah satu negara yang memiliki angka penderita HIV/AIDS tertinggi di Asia. Lebih mengkhawatirkan lagi, penularan HIV/AIDS tersebut ternyata terus meningkat tajam dari tahun ke tahun. Dalam tiga tahun terakhir saja, jumlah kasus AIDS meningkat dari 1.371 di akhir 2003 menjadi 6.871 pada akhir 2006. Peningkatan signifikan dari kasus HIV/AIDS tersebut sebagian besar disumbang oleh pengguna narkotika suntik dan seks bebas.

Ahli epidemiologi telah memproyeksi jika tidak ada keseriusan dari pemerintah untuk menanggulangi penyebaran virus HIV/AIDS secara massif, diperkirakan pada 2010 jumlah penderita di Indonesia akan mencapat 400 ribu

orang, bahkan pada 2015 nanti jumlah terinfeksi HIV/AIDS diperkirakan dapat mencapai 1 juta jiwa.

Situasi ini tentu saja sangat mengkhawatirkan. Oleh karena itu menjadi sangat tepat jika penanggulangan HIV/AIDS kemudian menjadi salah satu gol pembangunan millenium yang harus diselesaikan sampai tahun 2015 nanti khususnya di Indonesia. Karena jika tidak, seperti yang dialami Afrika Selatan, bisa jadi Indonesia juga akan berada dalam tekanan/ancaman *lost generation* karena penyebaran virus HIV/AIDS yang begitu tinggi terhadap generasi muda Indonesia.

Sehingga wajar jika banyak kalangan masyarakat yang kemudian ikut peduli, ambil bagian dan menuntut Pemerintah untuk memberikan perhatian yang lebih terhadap problem penyebaran HIV/AIDS ini. Pun juga wajar jika masyarakat tidak bisa berpuas diri dengan telah masuknya program perang terhadap HIV/AIDS dalam deklarasi millenium. Jauh dari itu, yang diharapkan masyarakat adalah *follow up* melaui praktek nyata dalam program-program pembangunan tahun ke tahun, apakah memang ada langkah konkrit yang dilakukan pemerintah sebagaimana yang menjadi targetan pembangunan millenium sampai tahun 2015 nanti.

Tingkat keseriusan pemerintah dalam penanggulangan HIV/AIDS tersebut sebenarnya dapat dilihat dari penyediaan alokasi anggaran dalam APBN dan APBD. Karena di dalam APBN/APBD tersebut semua program/alokasi anggaran yang berkaitan dengan penanggulangan HIV/AIDS dituangkan.

Di tahun 2007 anggaran penanggulangan HIV/AIDS baru mencapai angka US$50 juta, belum sebanding dengan tingkat penyebaran HIV/AIDS yang begitu tinggi. Apalagi dari anggaran tersebut sebagian besar (70%) masih berasal dari bantuan asing. Untuk Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) sendiri anggaran yang disediakan dalam APBN 2008 baru sebesar Rp27,5 miliar.

KPAN mengakui, jika anggaran bagi penanggulangan HIV/AIDS saat ini masih sangat minim, sehingga berbagai upaya pencegahan dan pengobatan penderita HIV/AIDS seringkali tersendat. Dalam beberapa kasus misalnya masih seringkali ditemukan tidak tersedianya obat anti retroviral untuk ODHA yang sebenarnya disubsidi 100% oleh pemerintah. Bahkan pada bulan September 2008, stok obat anti retroviral itu sama sekali kosong. Padahal, ODHA tidak dapat putus dalam penggunaan obat tersebut karena akan menyebabkan virus resisten. Implikasinya, proses terapi akan membutuhkan obat baru yang berujung pada semakin mahalnya biaya pengobatan.

Minimnya alokasi anggaran HIV/AIDS sebenarnya refleksi atas ketidakseriusan pemerintah dalam menanggulangi penyebaran HIV/AIDS di Indonesia. Jika kondisi ini terus berlanjut, sudah dapat dipastikan Indonesia

akan gagal mencapai targetan gol millenium di bidang pemberantasan HIV/AIDS di tahun 2015 nanti.

Ke depan, seharusnya dalam upaya penyusunan anggaran HIV/AIDS dapat lebih aspiratif dan partisipatif dengan melibatkan masyarakat secara langsung sehingga keterbatasan anggaran yang terjadi selama ini dapat diatasi dengan efektifitas program karena disusun dan ditetapkan atas usulan, tuntutan dan kebutuhan masyarakat khususnya para penderita dan kelompok rentan terinfeksi.

Foto : Viva News, Demo hari Aids sedunia (Antara/Yusran Ucang).

bab II
ANALISIS KEBIJAKAN

Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan (Pasal 28H UUD 45)

Menyimak ketentuan Pasal 28H UUD 1945 diatas, hak-hak rakyat atas kesehatan merupakan salah satu hak yang harus dijamin dan dilindungi oleh negara, termasuk hak atas perlindungan terhadap ancaman virus HIV/AIDS serta hak atas pelayanan kesehatan bagi ODHA. Dalam praktiknya, beberapa kebijakan yang telah dijalankan oleh pemerintah Indonesia tersebut memang telah mengarah pada bentuk dukungan konkrit dalam beberapa program dan kebijakannya.

Langkah-langkah pemerintah dalam penanggulangan HIV/AIDS sebenarnya telah terlihat sejak tahun 1994 ketika Indonesia mulai peduli terhadap penyebaran HIV/AIDS dengan berpartisipasi aktif dan ikut menyepakati Paris Summit 1994 yang menitik beratkan pada perlakuan yang sama dan adil pada ODHA. Dan pada tahun 1994 itu pula, melalui Keppres No.36 Tahun 1994 pemerintah langsung membentuk Komisi Penanggulangan AIDS yang khusus menangani upaya pencegahan dan penanggulangan penyebaran virus tersebut. Pada tahun 2000, Indonesia bersama-sama 189 negara lainnya juga telah menandatangani deklarasi millenium dengan 8 gol (capaian) yang salah satunya adalah penanggulangan penyebaran HIV/AIDS yang harus telah selesai sebelum tahun 2015.

Satu tahun berikutnya (2001), komitmen pemerintah dalam penanggulangan HIV/AIDS semakin diperkuat dengan aktifnya pemerintah Indonesia dalam berbagai pertemuan bilateral dan multilateral dengan berbagai negara yang khusus membahas masalah penyebaran virus HIV/AIDS. Beberapa pertemuan tersebut diantaranya :

- Keterlibatan Pemerintah Indonesia dalam *United Nation General Assembly Special Session* (UNGASS) *on HIV and AIDS*, dengan target capaian pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di tahun 2020 ;
- Komitmen bersama menteri-menteri se Asia Pasifik tentang pencegahan HIV/AIDS ;
- Deklarasi bersama Para Kepala Negara se ASEAN tentang komitmen bersama penanggulangan HIV/AIDS di Brunei Darussalam;
- Deklarasi bersama *Inter-Parliamentary Union* tentang HIV/AIDS ; dan

- Deklarasi *ASEAN Drug Free 2015* sebagai salah satu upaya penanggulangan penyebaran virus HIV/AIDS.

Komitmen Pemerintah Indonesia yang terlihat begitu aktif dalam menangani masalah penyebaran HIV/AIDS sampai harus membentuk badan khusus (Komisi Penanggulangan AIDS) untuk menanganinya memang patut dihargai. Paling tidak dengan terbentuknya Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) merupakan langkah maju yang menunjukkan adanya kesadaran dari pemerintah yang menempatkan HIV/AIDS sebagai masalah bangsa yang memang harus ditangani secara khusus. Tugas pokok Komisi tersebut sebagaimana yang diatur dalam Keppres No.36 Tahun 1994 adalah menanggulangi penyebaran virus HIV/AIDS melalui pencegahan, penyuluhan, pelayanan, pemantauan dan pengendalian bahaya AIDS. KPA juga memiliki kewenangan mewakili pemerintah untuk menghadiri dan mengadakan berbagai kerjasama regional dan internasional dalam rangka pencegahan dan penanggulangan AIDS.

Namun sayangnya, keberadaan komisi tersebut masih bersifat koordinatif antar kementerian/lembaga yang dikoordinasi Menkokesra. Kelemahannya, karena sifatnya yang koordinatif maka KPA tidak memiliki program dan anggaran sendiri. Semua program/anggaran penanggulangan HIV/AIDS tetap terpecah-pecah ke berbagai kementerian dan lembaga. Kewenangan KPA hanya pada tingkatan teknis yaitu menjaga proses koordinasi antar kementerian/lembaga dari sebuah sekretariat kecil yang dititipkan di lingkungan Kantor Menkokesra. Karena program/anggaran yang terpecah-pecah tersebut tentu saja sangat menyulitkan proses evaluasi dan pertanggung-jawabannya, karena tiap menteri laporan pertanggungjawabannya tidak dibuat secara khusus melainkan disatukan ke dalam laporan masing-masing kementerian/lembaga.

Kelemahan lainnya, karena keberadaan KPA hanya berada di tingkat nasional dan propinsi berakibat upaya penanggulangan penyebaran HIV/AIDS teramputasi di tingkatan propinsi, tidak sampai menyentuh wilayah kabupaten/kota apalagi kecamatan dan desa. Padahal penderita HIV/AIDS tidak mengenal batasan wilayah, semua masyarakat memiliki tingkat resiko ancaman yang sama besar termasuk masyarakat yang tinggal di daerah terpencil (pedesaan) sekalipun.

Di tahun 2006 struktur KPA akhirnya dirombak dan diperkuat dengan ditetapkannya Perpres No.75 Tahun 2007. Dengan ketentuan yang baru, KPA yang sebelumnya hanya berada di tingkat nasional dan propinsi, kini telah dibentuk sampai tingkatan Kabupaten/Kota. Namun sayangnya kelembagaan KPA masih tetap kelembagaan yang bersifat koordinatif, belum menjadi lembaga mandiri. Padahal jika KPA menjadi lembaga mandiri, KPA dapat menyusun dan memiliki anggaran dan programnya sendiri sampai tingkat Kabupaten/Kota, sehingga KPA pun dapat mengevaluasi dan

mempertanggungjawabkan programnya sendiri tanpa terpisah-pisah lagi di tiap-tiap kementerian dan lembaga atau di masing-masing dinas di tingkat propinsi dan kabupaten/kota seperti saat ini.

Lepas dari kekurangan tersebut, salah satu sisi positifnya paling tidak keberadaan KPA saat ini sudah menyeluruh sampai tingkat Kabupaten/Kota, yang berarti semua pemerintah daerah memiliki tanggung jawab yang sama yang harus dijalankan dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS di propinsi dan kabupaten/kota masing-masing. Disamping itu, berdasarkan Perpres yang baru, KPA Nasional (KPAN) walaupun hubungan keorganisasiannya dengan KPA Propinsi dan KPA Kabupaten/Kota hanya bersifat koordinatif, namun Perpres tersebut masih mewajibkan kepada KPA Propinsi dan KPA Kabupaten/Kota untuk tetap memberikan laporan secara berkala atas semua kegiatan/program yang dijalankan kepada KPAN. Disamping itu, dalam hal perumusan kebijakan dan strategi penanggulangan HIV/AIDS, KPA Propinsi dan KPA Kabupaten/Kota juga harus berpedoman kepada kebijakan nasional penanggulangan HIV AIDS yang ditetapkan oleh KPA Nasional. Dengan demikian, kebijakan penanggulangan HIV/AIDS secara nasional dapat dipantau dan dievaluasi secara keseluruhan di semua daerah.

Lemahnya Kelembagaan KPAN

Ke depan, seharusnya dalam upaya efektifitas kelembagaan KPAN, bagaimanapun lembaga tersebut akan lebih efektif jika diperkuat menjadi lembaga mandiri di bawah Presiden, tidak lagi sebatas lembaga koordinasi. Saat ini KPAN beranggotakan 26 lembaga yang sebagian besar didominasi kementerian. Karena sifat lembaganya yang koordinatif, untuk melaksanakan kerja harian hanya dipimpin oleh seorang sekretaris yang menempati sekretariat "numpang" di Kantor Kementerian Kokesra.

Sebagaimana yang telah dijelaskan, karena kelembagaan yang bersifat koordinatif itu akhirnya berdampak pada kurang solidnya kerja-kerja penanggulangan HIV/AIDS nasional karena programnya dijalankan secara terpisah di masing-masing lembaga/kementerian, sehingga tingkat keberhasilan program sulit diukur. Disamping itu, koordinasi antar kementerian/lembaga bagaimanapun akan sulit dijalankan di tingkatan realisasi program karena Sekretaris KPAN sebagai pelaksana harian tidak memiliki kewenangan untuk menekan dan membenahi setiap program-program yang dinilai kurang efektif atau gagal di tiap lembaga/kementerian, karena kewenangan itu masih sepenuhnya berada di internal kementerian/lembaga masing-masing.

Dalam satu kasus misalnya tes HIV/AIDS untuk para buruh migran yang dilaksanakan oleh departemen tenaga kerja. Sebagian besar buruh migran yang tidak lulus kesehatan seringkali tidak mendapatkan informasi hasil tes, apakah

ketidaklulusan mereka karena terinfeksi HIV/AIDS atau karena penyakit lain, padahal informasi atas hasil tes kesehatan tersebut menjadi hak sepenuhnya para buruh migran. Di dalam pelatihan, informasi terhadap virus HIV/AIDS juga sangat minim. Dalam kasus yang lain, para buruh migran yang telah bekerja dan kembali pulang ke tanah air juga tidak diberikan tes HIV/AIDS. Padahal Depnakertrans merupakan salah satu anggota dari KPAN. Karena sifatnya yang koordinatif, maka Sekretaris KPAN sebagai pelaksana harian tidak bisa mengintervensi apalagi mencoba untuk membenahi kinerja Nakertrans dalam penanggulangan HIV/AIDS terhadap buruh migran tersebut.

Jika kelembagaan KPAN tetap bersifat koordinatif seperti saat ini sudah pasti eksistensi KPAN hanya sebatas formalitas belaka karena tidak memiliki kewenangan untuk menyusun dan menjalankan program/anggaran sendiri. Disamping itu, keterwakilan masyarakat dalam KPAN juga masih sangat kecil, karena di dalam strukturnya keterwakilan masyarakat hanya diberikan 1 (satu) jatah keanggotaan yang mewakili ODHA. Padahal keterlibatan masyarakat tersebut sangat urgen bagi KPAN terutama masyarakat yang bersentuhan langsung dengan masalah HIV/AIDS. Karena dengan demikian, strategi dan program yang akan ditetapkan KPAN akan lebih menyentuh karena benar-benar digali dari masyarakat secara langsung, terutama dari kelompok masyarakat yang selama ini peduli dan ikut ambil bagian dalam kerja-kerja penanggulangan HIV/AIDS dan kelompok masyarakat beresiko.

Kontradiksi Kebijakan

Berbagai kebijakan yang dilahirkan oleh pemerintah Indonesia terhadap penanggulangan HIV/AIDS sebenarnya telah cukup mendukung terutama dalam memberikan perlindungan bagi penderita HIV/AIDS. Bahkan sejak tahun 2002 Pemerintah Indonesia telah menyatakan ancaman virus HIV/AIDS masuk kategori ancaman yang dapat mengarah pada bencana nasional yang dapat menghancurkan rencana pembangunan. Oleh karena itu, sejak tahun 2002 Pemerintah Indonesia kemudian mencanangkan program nasional "Gerakan Stop HIV/AIDS" dengan beberapa strategi kebijakan, beberapa point penting diantaranya adalah:[1]

1) Untuk membangun *political will,* Pemerintah mewajibkan kepada setiap departemen/lembaga untuk memberikan komitmen dan respon yang kuat terhadap penanggulangan HIV/AIDS.

2) Penguatan keterbukaan dan keterlibatan masyarakat untuk melawan segala jenis diskriminasi dan stigmatisasi HIV/AIDS;

[1] Laporan Eksekutif Menteri Kesehatan RI tentang Penanggulangan HIV/AIDS, Respon Menangkal Bencana Nasional, disampaikan dan disetuji pada Sidang Kabinet Gotong Royong Maret 2002.

3) Menetapkan penanggulangan HIV/AIDS sebagai Prioritas Pembangunan Nasional yang dicantumkan dalam Perencanaan Strategis Pembangunan Nasional masing-masing Departemen/lembaga terkait, melalui Propenas dan mendorong daerah untuk mencantumkannya dalam Propeda;

4) Mendukung ketersediaan dana nasional bagi Gerakan Nasional Stop HIV/AIDS. Sumber dana selain dari pemerintah juga diusahakan dukungan dana hibah dari sumber pembiayaan *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria* (FF-ATM) maupun bantuan kerjasama bilateral/multilateral *donor agencies*. Didukung pula oleh sumber dana melalui LSM-LSM dan masyarakat serta swasta nasional, dengan mekanisme pengelolaan yang transparan, akuntabilitas, efektif, efisien di bawah koordinasi Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.

5) Menetepakan dan memperkuat mekanisme pengorganisasian Gerakan Nasional Stop HIV/AIDS melalui:

   a) Menetapkan Agenda Sidang Kabinet Sesi Khusus HIV/AIDS sebagai agenda tetap tahunan;
   b) Merevitalisasi Komisi Penanggulangan AIDS Nasional dengan melibatkan lebih banyak peran, LSM, para ahli, Perguruan Tinggi dan *Civil Society* lainnya.
   c) Membentuk Forum setingkat Eselon I tentang HIV/AIDS beranggotakan semua Departemen terkait;
   d) Membentuk Forum tentang HIV/AIDS antar DPR/DPRD dan forum lain yang diperlukan Gerakan Nasional Stop HIV.

Dalam prakteknya, berbagai kebijakan tersebut harus diakui tidak mudah, bahkan seringkali harus berbenturan (berkontradiksi) dan mengalami berbagai hambatan yang justru berangkat dari kebijakan pemerintah sendiri. Misalnya di beberapa kasus, satu sisi pemerintah berdasarkan peraturan yang dibuat memberikan perlakuan khusus dan perlindungan bagi masyarakat yang profesi dan kehidupannya rentan HIV/AIDS seperti pekerja seks komersial, homoseksual dan waria, namun di sisi lain justru dengan menggunakan peraturan lainnya mereka dikriminalisasi dan dihukum. Benturan kebijakan ini kerapkali terjadi. Di DKI Jakarta misalnya, walaupun saat ini DKI telah memiliki Peraturan Daerah (Perda) yang secara khusus mengatur tentang penanggulangan HIV/AIDS (Perda Nomor 5 Tahun 2008) yang salah satu pencegahannya adalah dengan mewajibkan penggunaan alat pencegah penularan HIV (kondom), namun di sisi lain justru kondom dijadikan sebagai alat bukti untuk menangkap dan mengkriminalisasi para PSK dan waria berdasarkan Perda No.11 Tahun 1988 tentang Ketertiban Umum.[2] Akibatnya di tempat-tempat yang beresiko pengadaan kondom menjadi sangat rendah

[2] Berdasarkan Perda ini khususnya Pasal 25, PSK dan waria dikategorikan sebagai penyakit sosial yang harus diberantas.

dengan alasan untuk menghindari jeratan kriminalisasi jika ada penggerebekan (penertiban) dari Satpol PP nantinya.

Dalam kasus lain, di Bandung, di satu sisi Pemkot Bandung aktif menggalakkan penanggulangan HIV/AIDS melalui berbagai penyuluhan dan pembinaan kepada para PSK di lokalisasi Saritem, namun tiba-tiba lokalisasi itu ditutup paksa atas dasar Perda Nomor 3 Tahun 2005 tentang Ketertiban Umum. Akibatnya kerja-kerja Pemkot Bandung dalam pencegahan penularan virus HIV/AIDS menjadi sia-sia karena tidak bisa memantau dan mengontrol lagi karena tercerai-berainya para PSK ke berbagai titik (stasiun, terminal, pinggir kali, makam, dll) yang justru akan semakin memperbesar resiko penularan virus HIV/AIDS.

Masalah kontradiksi antar kebijakan pemerintah ini sebenarnya tidak hanya terjadi di Indonesia, tetapi juga di banyak negara khususnya di negara-negara Asia Pasifik. Masalah kontradiksi kebijakan ini sempat dibahas di sela-sela sidang pleno Kongres Internasional ke-9 AIDS untuk Kawasan Asia Pasifik (ICAAP Ke-9) di Nusa Dua Bali beberapa bulan lalu. Penyebabnya karena kurangnya pemahaman pemerintah terhadap penyebaran HIV/AIDS sehingga peraturan-peraturan yang dilahirkan justru semakin merentankan kelompok beresiko. Jeffrey O'Malley, Direktur AIDS UNDP, mencatat di Asia Pasifik hampir semua negara melarang keberadaan pekerja seks dan 12 (dua belas) negara melarang hubungan homoseksual. Akibatnya, hampir semua pekerja seks dan homoseksual di negara Asia Pasifik miskin dan hampir tidak ada perlindungan dari pemerintah untuk menyelamatkannya dari resiko penularan HIV/AIDS. Sebaliknya, kriminalisasi terhadap pekerjaan mereka memaksa mereka untuk "bersembunyi" sehingga tidak bisa dipantau, dikontrol dan diberikan perlindungan agar tidak tertular virus HIV/AIDS.

Kyu Wha-Kang, Wakil Komisi Tinggi HAM PBB juga menjelaskan sebenarnya perlindungan dan jaminan untuk tidak memperlakukan secara diskriminatif bagi mereka yang terinfeksi virus HIV/AIDS telah dijamin oleh berbagai peraturan yang mengatur tentang HIV/AIDS di hampir seluruh negara. Namun sayangnya, karena pemahaman yang belum tuntas terhadap HIV/AIDS, masih banyak negara yang masih menghukum orang-orang yang dianggap menyebarkan HIV/AIDS. Sehingga bagi mereka yang dituduh penyebar HIV/AIDS dan positif terinfeksi tidak mau melapor karena takut sehingga tidak terpantau dan tidak mendapatkan akses pengobatan.

Di Indonesia, perlakuan pemerintah dan masyarakat yang seringkali masih diskriminatif terhadap kelompok terinfeksi sebagian besar juga berangkat dari pemahaman dan cara pandang yang salah. Mereka masih menilai virus HIV/AIDS sebagai penyakit kotor yang disebarkan oleh orang-orang amoral, asusila dan perilaku menyimpang terutama PSK, homoseksual dan waria. Karena didasarkan pada moralitas dan susila, maka produk kebijakan dan tindakan yang dilahirkannya pun didasarkan pada asas penghukuman bagi

kelompok "pendosa", bukan atas asas perlindungan bagi korban. Sehingga kadang memang terlihat konyol, karena yang diberantas dan diberangus bukan virusnya tetapi lebih banyak orangnya.

Foto: http://www.topnews.in/health/files/aids1.jpg

BAB III
POTRET ANGGARAN HIV DAN AIDS

Perkembangan kasus HIV/AIDS di Indonesia dalam beberapa tahun terakhir sudah sampai tingkat yang mengkhawatirkan. Berdasarkan catatan Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan RI (Ditjen PP & PL), per 30 juni 2006 kasus HIV/AIDS secara kumulatif telah mencapai angka 10.859 kasus dengan rincian 6.332 jiwa penderita AIDS dan 4.527 jiwa pengidap HIV. Dan sampai akhir September 2008, Departemen Kesehatan mencatat 21.151 orang di Indonesia terinfeksi HIV, 15.136 orang dalam fase AIDS, dan 54,3 persen di antaranya kaum muda berusia 15-29 tahun.

> Diproyeksikan bila tidak ada peningkatan upaya penanggulangan terhadap HIV/AIDS, di tahun 2010 jumlah kasus akan meningkat tajam menjadi 400 ribu orang dengan kematian 100 ribu orang, pada 2015 terus meningkat menjadi 1 juta orang dengan kematian 350 ribu orang. Sedangkan penularan dari ibu ke anak akan mencapai 38.500 kasus.
>
> *(Jones Oroh, 2008)*

Yang lebih mengkhawatirkan, prosentase tertinggi terdapat pada usia produktif (54,12% kelompok usia 20-29 tahun dan sekitar 26,41% pada kelompok usia 30-39 tahun disusul kelompok umur 40-49 tahun sebesar 8,42%).

Jika mengkaji laporan pemerintah dalam penanganan kasus HIV/AIDS, efektitasnya ternyata kurang signifikan. Target di tahun ini saja hanya dapat dicapai sebesar 0,1%, padahal target sampai tahun 2015 pemerintah mentargetkan dapat mencegah 1 juta kasus baru dan mencegah 350 ribu kematian. Namun sebaliknya justru kasus HIV/AIDS terus mengalami kenaikan dari tahun ke tahun.

Walaupun dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS Pemerintah Indonesia telah membentuk Komisi khusus (Komisi Penanggulangan AIDS) dari tingkat nasional sampai tingkat kabupaten/kota, namun dalam pelaksanaan programnya tetap dipecah-pecah ke berbagai kementerian/lembaga. Tugas KPAN sebagai lembaga koordinatif hanya mengkoordinasi program-program kerja yang dilaksanakan oleh kementerian/lembaga tersebut. Program yang sedang dilaksanakan oleh Pemerintah saat ini adalah "Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS 2007-2010" dengan targetan penurunan kasus sebanyak 50%.

Penelusuran Anggaran di Kementerian/Lembaga Negara

Pemenuhan kebutuhan anggaran penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia selama ini bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dan beberapa sumber lain. Sumber lain yang dimaksud adalah mencakup dana dari swasta, masyarakat dan bantuan internasional sebagaimana yang ditetapkan dalam agenda STRANAS tahun 2007 – 2010 dan sesuai dengan amanat Perpers No 75 tahun 2006.

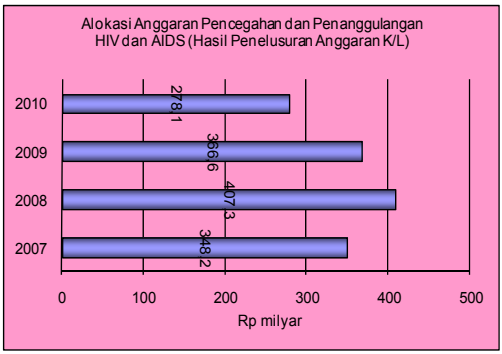
Rencana program pemerintah dalam meningkatkan kualitas hidup ODHA dituangkan dalam dokumen Rencana Aksi selama 4 (empat) tahun (2007-2010) mencakup program perawatan, dukungan dan pengobatan untuk penganggulangan AIDS yang komprehensif.

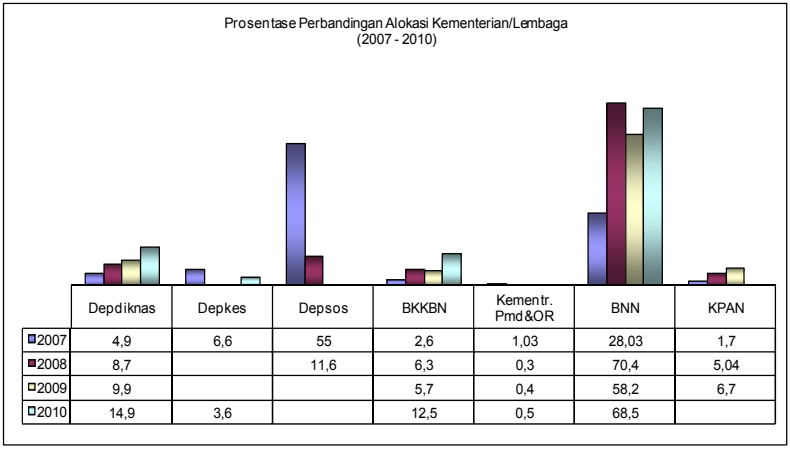
Jumlah dana yang diperkirakan dalam Rencana Aksi Nasional untuk penanggulangan AIDS terdiri atas program pencegahan sebesar Rp 4,23 triliun; perawatan, dukungan dan pengobatan sebesar Rp 1,1 triliun; manajemen Rp 1,59 triliun, serta mitigasi Rp 62 miliar. Dan diperkirakan ketersediaan dana per tahun sebesar Rp 483 milyar.

Sementara alokasi anggaran penguatan kelembagaan, untuk KPAN sebesar Rp 105 miliar pada tahun 2006 (bersumber dari APBN berupa Bantuan Sosial) dan meningkat sebesar Rp 115 miliar pada tahun 2007. Sedangkan total APBD seluruh propinsi untuk KPA Propinsi juga mengalami peningkatan dari 8 miliar rupiah pada tahun 2004 menjadi 57 milar rupiah tahun 2007. Begitu juga untuk KPA diseluruh kabupaten/Kota dari total angaran 3,7 miliar rupiah tahun 2005 meningkat menjadi 14 milar tahun 2006 dan meningkat lagi menjadi Rp 19 miliar tahun 2007. Walaupun demikian, jumlah alokasi anggaran tersebut masih belum dapat memenuhi kebutuhan program penanggulangan

AIDS di masing-masing daerah, mengingat jumlah penderita setiap tahunnya selalu meningkat.

Presiden Indonesia dalam pidato di pembukaan konferensi internasional ke-9 tentang AIDS di Asia Pasifik (ICAAP 9) di Nusa Dua, Bali, sempat meng-*claim* jika anggaran untuk memerangi AIDS di Indonesia sudah sangat memadai dan terus meningkat. Sejak tahun 2006 hingga 2009 anggaran terus meningkat dari 11 juta miliar dollar AS menjadi 73 milyar dollar AS.[3] Namun dari hasil penelusuran anggaran dan analisis dokumen di semua kementerian/lembaga, ternyata alokasi anggaran untuk penanganan AIDS hanya sebesar Rp 348,2 milyar di tahun 2007, Rp 407,3 milyar tahun 2008, dan Rp 366,6 milyar tahun 2009. Bahkan tahun 2010 anggaran tersebut turun menjadi Rp278,1 milyar dan hanya tersebar di 6 (enam) kementerian/lembaga (Depdiknas, Depkes, Depsos, BKKBN, Kementerian Pemuda dan Olah Raga dan Badan Narkotika Nasional). Padahal jika mengacu pada struktur kelembagaan KPAN seharusnya anggaran tersebut tersebar di 13 (tiga) belas kementerian/lembaga sesuai dengan jumlah





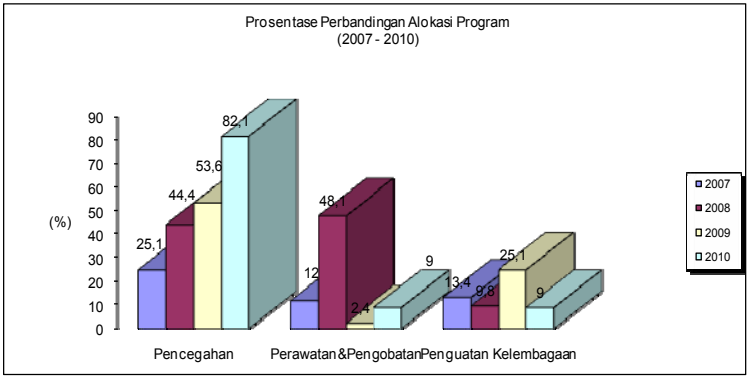
	Depdiknas	Depkes	Depsos	BKKBN	Kementr. Pmd&OR	BNN	KPAN
2007	4,9	6,6	55	2,6	1,03	28,03	1,7
2008	8,7		11,6	6,3	0,3	70,4	5,04
2009	9,9			5,7	0,4	58,2	6,7
2010	14,9	3,6		12,5	0,5	68,5	

[3] http://www.waspada.co.id/index.php?option=com_content&task=view&id=43884&Itemid=

kementerian/lembaga yang masuk dalam keanggotaan KPAN.

Dari keenam kementerian/Lembaga tersebut, anggaran terbesar diserahkan kepada Badan Narkotika Nasional karena alokasinya rata-rata di atas 70% dari total alokasi, baru sisanya (30%) terbagi ke 5 (lima) kementerian/lembaga sisanya. Besarnya alokasi anggaran penanggulangan HIV/AIDS yang diberikan kepada BNN menunjukkan bahwa pemerintah memang memfokuskan pencegahan penularan virus HIV/AIDS melalui narkoba jarum suntik daripada penyebaran melalui hubungan seks.

Dan ketika ditelusuri ke semua program-program penanggulangan HIV/AIDS di keenam kementerian/lembaga (di luar BNN) ternyata hampir 90% semua programnya juga fokus pada pencegahan HIV/AIDS dari narkoba. Misalnya: Depdiknas: program pelayanan pendidikan korban Narkoba dan HIV AIDS (Tingkat Dasar dan Menengah); Depsos: program peningkatan terapi dan rehabilitasi sosial korban Narkoba; Meneg Pemuda dan Olahraga: program pencegahan penyalahgunaan Narkoba dan bahaya destruktif lainnya.



Jika dilihat dari angka kasusnya, jumlah pengidap HIV dan AIDS yang disebabkan oleh Narkoba dan jarum suntik (Penasun) memang lebih besar yaitu sebesar 46%. Sehingga terlihat Pemerintah kemudian lebih memilih untuk memprioritaskan penanggulangan HIV/AIDS kepada Penasun saja daripada hubungan seks. Akibatnya, penanggulangan HIV/AIDS melalui hubungan seks (54%) yang berasal dari WPS (Wanita Penjaja Seks), PWS (Pengguna Wanita seks) dan LSL (Lelaki Suka Lelaki) ternegasikan. Padahal berdasarkan hasil pertemuan ICAAP di Bali, dari data terakhir kasus HIV/AIDS saat ini justru lebih banyak yang menjangkit dikalangan pasutri khususnya ibu rumah tangga melalui hubungan seks (bukan melalui narkoba dan jarum suntik).

Diskriminasi penanggulangan HIV/AIDS yang dilakukan Pemerintah kepada kalangan WPS (Wanita Penjaja Seks), PWS (Pengguna Wanita Seks) tentu tidak bisa dibenarkan dari sisi apapun, karena sudah menjadi kewajiban Pemerintah

untuk menangulangi HIV/AIDS dari segala penyebab apapun tanpa harus memilah dan memprioritasi.

Di sisi yang lain, dari hasil penelusuran anggaran, ternyata sebagian besar anggaran hanya dipergunakan untuk pencegahan daripada perawatan dan pengobatan. Di tahun 2010 misalnya, dari total alokasi anggaran penanggulangan HIV/AIDS, sebesar 82,1% digunakan untuk pencegahan, sementara untuk program perawatan dan pengobatan hanya sebesar 9%. Dengan melihat tidak proporsionalnya alokasi anggaran tersebut sudah dapat dipastikan program-program yang dipergunakan untuk merawat dan mengobati para penderita HIV/AIDS akan terabaikan. Mungkin itu pula kenapa pengadaan obat retroviral bagi penderita seringkali kosong (tidak tersedia) karena semua anggaran HIV/AIDS dipergunakan untuk pencegahan saja. Dan dengan melihat proporsi anggaran ini pula, sudah dapat dipastikan target pemerintah untuk menekan angka kematian akibat HIV/ADIS 2010 nanti akan gagal.

Rendahnya respon anggaran dan program terhadap penanggulangan HIV/AIDS ini di Indonesia ini sebenarnya sudah dapat dilihat dari tingkat penularan HIV yang terus meningkat tajam. Dan jika respon anggaran dan program yang lemah ini terus berlangsung diperkirakan akan ada sekitar 400 ribu orang terinfeksi HIV pada tahun 2010, dan 100 ribu orang diantaranya diperkirakan meninggal atau akan ada 1 juta ODHA pada tahun 2015 dengan 350 ribu kematian. Dan diperkirakan juga 2015 nanti akan terjadi penularan HIV secara kumulatif pada lebih dari 38.500 anak yang dilahirkan dari ibu terinfeksi HIV yang tertular dari suaminya.

Jika dilihat dari sumber alokasi anggarannya, sebenarnya dana penanggulangan HIV/AIDS selama ini tidak bersumber dari rupiah murni, melainkan dari sumbangan mitra internasional yang mencapai angka 70% dari total anggaran HIV dan AIDS. Misalnya, untuk anggaran 2007 sumbangan yang diperoleh Pemerintah Indonesia antara lain berasal dari:

1. **USAID**: sebesar USD 9,887,08 (1 oktober 2007 – 30 september 2008). Dana dialirkan melalui proyek Aksi Stop AIDS (ASA) yang dilaksanakan oleh LSM Internasional: *Family Health International* (FHI). Dana yang digunakan tahun 2007 adalah USD 9,234,395 termasuk proyek *Health Policy Initiative*.

2. **AusAID**: sebesar AUD 45 juta selama 5 tahun (maret 2008 – Februari 2013) dengan kemungkinan diperpanjang 3 tahun. Dana disalurkan melalui proyek *HIV Cooperation Program for Indonesia* (HCPI).

3. **IPF (The Indonesia Partnership Fund)**: sebesar USD 9,255,148 untuk tahun 2008. Sumber dana IPF hingga saat ini berasal dari DFID *(Departement for International Development)*, *Goverment of United Kingdom*, yang manajemennya dikontrakkan melalui UNDP. IPF dimulai bulan mei 2005 dengan total dana USD 47 juta selama 3 tahun. Pada awal proyek berlangsung sejumlah dana sudah dialirkan di beberapa *fund* sebesar 49,7 juta. Sedangkan dana IPF yang digunakan untuk Sekretariat KPA Nasional untuk memperkuat akselerasi di 100 Kabupaten/Kota adalah sebesar USD 14,542,239 pada tahun 2007.

4. **Global Fund – ATM Round 4 Phase 2**: sebesar USD 27,376,441 untuk *Indonesia Comprehensive Care Project*. Sementara dana GF yang digunakan pada tahun 2007 sebesar USD 3,656,642 melalui GF Round 1 Phase 2 dan F Round 4 Phase 1.

5. **Uni Eropa (UE)**: Sebesar Euro 3,722,825 (Desember 2005 – Januari 20011) dalam proyek *Integrated Management for Prevention and Control and Treatment of HIV/AIDS* (IMPACT), yang dilaksanakan di Bandung, Jawa Barat.

Penelusuran Anggaran APBD DKI Jakarta

Alokasi anggaran KPAD DKI Jakarta yang dianggarkan dari dan bantuan sosial mengalir sebesar Rp 14,3 milyar tahun anggaran 2007, kemudian tahun 2008 ditingkatkan menjadi Rp 18 milyar dan kemudian di tahun anggaran 2009 ditingkatkan kembali menjadi 23,9 milyar. Anggaran yang dialokasikan untuk KPAD tersebut diperuntukkan untuk penguatan kelembagaan. Seperti halnya KPAN, kelembagaan KPAD juga bersifat koordinatif yang memiliki tugas pokok mengkoordinasikan dan mensinergikan program-program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS antar dinas/instansi.

Dari hasil temuan, program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS dalam APBD DKI Jakarta tersebar pada 6 dinas/instansi, antara lain; Dinas Pendidikan, Dinas Kesehatan, Dinas Lingkungan dan Kebersihan Dinas Ketenaga Kerjaan, Pemerintahan Umum dan Badan Pemberdayaan Masyarakat, Perempuan dan KB.

Dari hasil penelusuran APBD terhadap keenam dinas/intansi tersebut, terdapat pengalokasian untuk sejumlah program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS, antara lain: total sebesar Rp 2,2 milyar untuk tahun anggaran 2008 dan Rp 2,6 milyar untuk tahun 2009. Namun dari total anggaran tersebut, alokasi anggaran untuk program perawatan dan dukungan pengobatan hanya disediakan sebesar Rp 414,9 juta dalam 2 (dua) tahun anggaran. Dan itupun hanya tersebar ke dalam 3 (tiga) program saja, meliputi:

1) Pengambilan Sampel Darah HIV/AIDS (VCT) sebesar Rp 150.418.000 untuk tahun anggaran 2008;
2) Serosurvey Sentinel HIV/AIDS dan IMS Berbasis Laboratorium sebesar Rp 234.529.000 untuk tahun anggaran 2009;
3) Penanggulangan Penyakit Tuberkolosis dan HIV/AIDS Tingkat Kecamatan sebesar Rp 30.000.000 (tahun anggaran 2008 sebesar Rp 10 juta dan tahun anggaran 2009 sebesar Rp 20 juta).

Jika dibandingkan dengan angka ODHA di DKI Jakarta yang saat ini telah mencapai 4.000 kasus yang terdeteksi, tentu saja jatah anggaran sebesar Rp 414,9 juta untuk 2 (dua) tahun itu sangat tidak cukup. Jika dibagi dengan jumlah penderita ODHA, per kasusnya Pemprov DKI hanya mampu mengalokasikan dana sekitar Rp 100 ribu saja per penderita ODHA selama 2 tahun. Belum lagi jika dibandingkan dengan perkiraan penderita ODHA yang estimasinya sebesar 30.235,[4] sudah dapat dipastikan Pemprov DKI sama sekali tidak akan mampu membiayai pengobatan dan perawatan bagi para penderita ODHA tersebut. Dan jangan harap pula para ODHA akan mendapatkan obat retroviral gratis yang menjadi kewajiban subsidi 100% pemerintah selama ini karena memang tidak cukupnya anggaran untuk itu.

Minimnya anggaran untuk perawatan dan pengobatan HIV/AIDS ini sebenarnya dapat dilihat dari terus meningkatnya angka penderita HIV AIDS di DKI Jakarta yang berujung pada kematian. Di tahun 2008 saja telah tercatat sebanyak 3.761 kasus yang terdiri dari HIV sebanyak 1.864 kasus dan AIDS 1.897 kasus. Dari jumlah tersebut, yang telah mengalami kematian sebanyak 541 orang yang terdiri dari 44 pasien dewasa dan 100 pasien anak-anak.

Sebagaimana halnya ditingkat nasional, sebagian besar anggaran bagi penanggulangan HIV/AIDS (85%) masih dialokasikan untuk program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS yang disebabkan oleh narkoba

[4] Data KPAN

dan jarum suntik. Padahal jika dikaitkan dengan dokumen Rencana Aksi Penanggulangan HIV/AIDS (2007–2010), justru posisi paling rawan penularan HIV/AIDS di DKI di tahun 2010 nanti justru tidak disebabkan karena narkoba dan jarum suntik, melainkan dari kasus homoseksual (lelaki suka lelaki) dengan jumlah kasus 45.630, peringkat kedua ditempati WPS (Wanita Penjaja Seks) dengan jumlah kasus 38.910, dan barulah peringkat ketiga ditempati oleh pengguna narkoba dan jarum suntik (penasun) sejumlah 33.750 kasus.

Jika anggaran HIV/AIDS di DKI dianalisis berdasarkan penggunaannya di masing-masing dinas/instansi ternyata sebagian besar habis digunakan untuk belanja pegawai yang *notabene* adalah murni kebutuhan birokrasi. Dari total Rp 2,2 milyar untuk TA 2008, sebesar Rp 1,3 milyar (55%) habis untuk membiayai belanja pegawai. Untungnya di tahun anggaran 2009 penggunaan untuk kebutuhan birokrasi tersebut mengalami penurunan walaupun masih dominan, dari total Rp 2,6 milyar sebesar Rp 958 juta (36%) yang digunakan untuk membiayai belanja pegawai.

Foto: http://lodegen.files.wordpress.com/2008/02/foto-blogpsk1.jpg

BAB IV
CATATAN LAPANGAN

Peran Serta dan Keterlibatan Masyarakat

Struktur keorganisasian KPAN yang telah memasukan kelompok ODHA ke dalam keanggotaannya memang patut didukung dan diperkuat. Paling tidak, dengan masuknya Ketua Organisasi ODHA Nasional mewakili masyarakat dalam KPAN akan mendorong peran serta dan partisipasi publik khususnya kelompok kunci (ODHA dan LSM yang *concern* terhadap penanggulangan HIV/AIDS) dalam menyusun strategi dan kebijakan serta program penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia. Dengan demikian strategi, kebijakan dan program yang dihasilkan akan lebih responsif dan aspiratif karena disusun berdasarkan pengalaman, tuntutan dan kebutuhan masyarakat secara langsung.

Namun sayangnya, pelibatan partisipasi kelompok kunci sampai saat ini baru di tingkatan kerja-kerja teknis program seperti penyebaran kondom, pendataan PSK di lokalisasi, pembuatan proposal dll. Partisipasi dalam bentuk ini tentu saja sangat jauh dari asas-asas partisipatif karena proses partisipasi diamputasi hanya sampai di tingkatan realisasi program, tidak berangkat dari awal, mulai dari penyusunan renstra dan program. Inilah kenapa menjadi wajar jika kemudian program-program penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia miskin dari masukan dari masyarakat karena memang tidak adanya proses partisipasi di tingkatan tersebut. Program yang dihasilkan murni subyektif pemerintah.

Sebaliknya, kontradiksi nilai diinternal pemerintah yang belum tuntas tentang HIV/AIDS karena masih tercampur baur dengan stigmatisasi membuat banyak kebijakan justru menghukum dan mengkriminalisasi kelompok kunci sendiri seperti: merazia, menangkap dan menghukum kelompok kunci yang berprofesi sebagai PSK dan waria.

Stigmatisasi yang masih kental di internal pemerintah itu dapat dilihat dari perlakuan yang selalu diskriminatif terhadap kelompok kunci. Karena masih banyak kementerian/lembaga yang menganggap kelompok kunci ini sebagai kelompok bermasalah, padahal kementerian/lembaga tersebut *notabene* masuk dalam keanggotaan KPAN.

Dalam contoh kasus misalnya, di tingkatan musrenbang kelurahan/desa sampai musrembangnas, hampir tidak ada satu pun pekerja seks, gay dan waria yang diundang untuk ikut memberikan masukan dan usulan dalam proses penganggaran. Karena cara pandang yang masih menilai kelompok ini sebagai warga negara yang bermasalah dan menyimpang yang tidak perlu

dimintai pendapat, masukan dan aspirasinya. Bahkan dalam ruang-ruang partisipasi alternatif yang coba dibangun atas inisiatif kelompok kunci seperti upaya audiensi dengan pemerintah (eksekutif maupun legislatif) dalam upaya memberikan usulan/masukan strategi dan program penanggulangan HIV/AIDS seringkali tidak mendapatkan respon bahkan cenderung tertutup. Bahkan ditingkatan evaluasi program pun, pemerintah sama sekali tidak mengikutsertakan kelompok kunci.

Melihat fakta tersebut menunjukkan peran aktif masyarakat yang dijargonkan pemerintah memang tidak lebih sebatas formalitas dan justifikasi, agar dapat dinilai telah menjalankan asas partisipatif sebagaimana yang dituntut peraturan perundang-undangan. Sebaliknya, diskriminasi (bahkan kriminalisasi) terhadap kelompok kunci tetap terus terjadi.

Tertutupnya akses informasi dan keterlibatan kelompok kunci di bidang anggaran penanggulangan HIV/AIDS membuat program-program yang dihasilkan murni atas kesepakatan internal pemerintah tanpa sedikitpun meminta masukan kepada masyarakat. Akibatnya wajah anggaran HIV/AIDS selama ini menjadi diskriminatif karena lebih mengedepankan program bersifat pencegahan daripada perawatan dan pengobatan.

Wajah anggaran HIV/AIDS Indonesia yang diskriminatif tersebut sampai saat ini tidak diketahui kelompok kunci, yang mereka tahu seringkali obat retroviral yang harus dikonsumsi para ODHA kosong (tidak tersedia), mereka tidak tahu jika sebenarnya memang anggaran untuk pengobatan tersebut sangat minim dan tidak mencukupi.

Ketidak-tahuan kelompok kunci terhadap alokasi anggaran HIV/AIDS karena selain tertutupnya akses terhadap dokumen anggaran dari pemerintah, juga karena masih lemahnya kapasitas kelompok kunci. Sehingga belum ada upaya-upaya advokasi anggaran yang bersifat signifikan yang dilakukan kelompok kunci untuk membedah dan mengintervensi wajah anggaran yang diskriminatif tersebut.

Lemahnya kapasitas kelompok kunci karena karena memang tidak adanya perhatian dari pemerintah maupun lembaga donor untuk meningkatkan kapasitas *(capacitiy building)* kelompok kunci tersebut. Program-program seperti pelatihan penelusuran anggaran HIV dan AIDS, HAM dan gender masih sangat sedikit bahkan nyaris tidak pernah ada baik yang dilakukan oleh pemerintah maupun lembaga donor. Sehingga menjadi wajar pula jika masih banyak kelompok kunci khususnya pekerja seks, gay dan waria masih belum memahami pentingnya melakukan advokasi anggaran HIV /AIDS berbasis HAM.

Akses Pelayanan Kesehatan Bagi ODHA

Pelayanan kesehatan dasar bagi ODHA sampai saat ini masih menjadi kendala besar di Indonesia. Untuk akses ARV saja, Indonesia baru mencapai 10 persen dari AIDS 16.964 orang yang terdata pada Maret 2009. Padahal jika dibandingkan Thailand, Laos, dan Kamboja, negara-negara sudah mampu mengobati 80 persen orang dengan HIV.[5]

Selain itu, sampai saat ini pemerintah juga belum mengalokasikan anggaran untuk kebutuhan *shelter* bagi kelompok ODHA yang berasal dari keluarga miskin. Padahal fungsi *shelter* ini sangat urgen terutama bagi para pekerja seks dan waria. Tanpa adanya *shelter*, tidak pilihan lain bagi mereka untuk kembali bekerja demi menyambung hidup.

Berdasarkan laporan penelitian KPAN paling tidak terdapat 4 (empat) tantangan besar dalam pengembangan layanan untuk ODHA saat ini, yaitu soal perbanyakan layanan, peningkatan kapasitas pemberi layanan, kebijakan subsidi kesehatan yang dipermudah, dan peningkatan kepedulian masyarakat dan pemerintah dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS.[6]

Berdasarkan temuan lapangan, pelayanan kesehatan yang paling banyak menghadapi persoalan adalah pelayanan kesehatan bagi pekerja seks perempuan. Karena berdasarkan aturan perundang-undangan di berbagai daerah, pekerjaan tersebut merupakan pekerjaan menyimpang dan terlarang, akibatnya alokasi anggaran bagi pelayanan khusus untuk pekerja seks menjadi tidak ada. Sehingga para pekerja seks tersebut bukannya dirawat dan diobati, sebaliknya justru dikriminalisasi dan dihukum dengan perda-perda pemberantasan prostitusi. Menurut laporan Komnas Perempuan per Maret 2009 sudah terdapat 37 (tigapuluh tujuh) Perda tentang pemberantasan prostitusi dan 1 (satu) larangan khalwat, kemudian terdapat 2 (dua) Perda (Perda Propinsi Sumsel No 13 tahun 2002 dan Perda Kota Palembang No 2 tahun 2004) yang mengkrininalisasi homoseksual.

Kontradiksi kebijakan ini membuat Pemerintah kesulitan sendiri dalam menjangkau kelompok pekerja seks. Di Bandung dan Jakarta, dengan adanya Perda Ketertiban Umum yang melarang keberadaan anak jalanan, pengemis, dan pekerja seks, membuat pelayanan kesehatan keliling di tempat lokalisasi hanya bersifat informal dan sebenarnya illegal.

Diskriminasi perlakuan terhadap pekerja seks yang tidak diberikan akses terhadap perlindungan HIV/AIDS sebenarnya merupakan pelanggaran terhadap HAM. UU No 39 Tahun 1999 Tentang HAM Pasal 5 ayat (3) secara tegas menyebutkan bahwa setiap orang yang termasuk kelompok masyarakat yang rentan berhak memperoleh perlakuan dan perlindungan lebih berkenaan

[5] http://koran.kompas.com/read/xml/2009/08/10/03013829/presiden.perlu.kepemimpinan.atasi.aids
[6] ODHA dan Akses Pelayanan Kesehatan Dasar,KPAN/UNAIDS

dengan kekhususannya. Namun faktanya, sampai saat ini pemerintah masih belum memenuhi hak-hak pelayanan kesehatan dasar bagi kelompok pekerja seks, gay dan waria sebagai kelompok rentan. Ini memang menjadi sangat ironis mengingat mereka sebenarnya adalah warga negara yang sama dengan warga negara lainnya yang tidak boleh didiskriminasi dan dimarjinalisasi.

Dari berbagai persoalan-persoalan yang terjadi dalam penanggulangan HIV/AIDS terutama yang dialami kelompok kunci terdapat beberapa point penting yang perlu mendapatkan perhatian serius bagi semua pihak terutama pemerintah dalam upaya memperbaiki program-program penanggulangan HIV/AIDS ke depan. Beberapa persoalan tersebut antara lain:

1) sulitnya mengkampanyekan penggunaan kondom terutama bagi pekerja seks dan konsumennya selama ini ternyata karena terbentur dengan UU No 10/1992 tentang Kependudukan, yang hanya membolehkan akses pelayanan kesehatan reproduksi kepada pasangan laki-laki dan perempuan sudah menikah.

2) Kesediaan ARV masih terus mengalami persoalan yang klise, sering terjadi kelangkaan ARV, padahal ARV menjadi sangat urgent bagi kelompok ODHA. Situasi itu terus terjadi dilapangan dan menjadi persoalan yang klise.

3) Sosialisasi penggunaan kondom sampai saat ini masih terbatas pada pekerja seks, belum mencakup kepada pelanggan seks.

4) Dalam beberapa kasus, larangan prostitusi masih sering dimanfaatkan oknum-oknum penegak hukum Perda (Satpol PP) untuk memeras para pekerja seks dengan *bargain* dilepaskan dari jerat hukum;

5) Penegakan hukum yang dilakukan pemerintah dalam pemberantasan penyalahgunaan Narkoba sampai saat ini belum bisa membedakan antara korban dengan pengedar. Padalah memenjarakan korban hanya akan membuat masalah baru yang justru akan meningkatkan resiko penularan HIV/AIDS.

6) Program PMTCT/PPTCT untuk mencegah penularan HIV dan AIDS pada anak masih belum maksimal dilakukan karena masih ada tenaga medis yang selalu menyarankan sterilisasi ataupun melakukan tindakan diskriminasi pada perempuan ODHA yang memutuskan untuk melahirkan anak. Ini menunjukkan bahwa tingkat kesadaran pada para medis soal program yang berbasis HAM masih belum dipahami secara menyeluruh.

7) Masih belum ada konselor dalam melakukan test HIV dan AIDS yang *sensitive* terhadap kelompok gay dan waria. Apalagi konselor yang

berasal dari kelompok gay dan waria sendiri. Selama ini hanya dilakukan oleh pihak LSM (PKBI Jakarta).

Foto: Berita Jakarta

BAB V
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Kesimpulan

1. **Lemahnya Kelembagaan KPAN**. Struktur lembaga KPAN yang bersifat koordinatif membuat program dan anggaran penanggulangan HIV/AIDS terpecah ke berbagai kementerian/lembaga sehingga sulit untuk di evaluasi dan dinilai efektifitasnya. Disamping itu, karena kewenangan KPAN hanya sebatas mengkoordinir, KPAN tidak memiliki kuasa untuk mengevaluasi apalagi membenahi setiap program yang dinilai tidak efektif di tiap kementerian/lembaga.

2. **Masih banyak peraturan dan kebijakan pemerintah yang justru menghambat penanggulangan HIV/AIDS.** Kebijakan pemerintah dalam penanggulangan HIV/AIDS dalam berbagai kasus masih sering berbenturan (kontradiksi) dengan kebijakan pemerintah lainnya. Di satu sisi pemerintah mencoba berupaya memberikan perlindungan dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan HIV/AIDS seperti pekerja seks komersial, homoseksual dan waria, namun di sisi lain seringkali kelompok rentan tersebut dikriminalisasi dan dihukum. Kontradiksi kebijakan tersebut di DKI misalnya adalah kontradiksi antara Perda No.5 Tahun 2008 tentang Penanggulangan HIV/AIDS versus Perda No.11 Tahun 2008 tentang Ketertiban Umum.

3. **Perlakuan Pemerintah dan Masyarakat masih kental Stigmatisasi.** Perlakuan pemerintah dan masyarakat seringkali masih diskriminatif terhadap kelompok terinfeksi karena masih kentalnya stigmatisasi. Mereka masih menilai virus HIV/AIDS sebagai penyakit kotor yang disebarkan oleh orang-orang amoral, asusila dan perilaku menyimpang terutama PSK, homoseksual dan waria. Karena didasarkan pada moralitas dan susila, maka seringkali beberapa produk kebijakan dan tindakan yang dilakukan masih lebih banyak pada asas penghukuman bagi kelompok "pendosa", bukan atas dasar perlindungan bagi korban. Sehingga kadang memang terlihat konyol, karena yang diberantas dan diberangus bukan virusnya tetapi lebih banyak orangnya.

4. **Transparansi dan Akuntabilitas anggaran HIV/AIDS masih tertutup.** Akses informasi terhadap anggaran penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia masih sangat tertutup terutama bagi kelompok kunci (ODHA dan LSM-LSM yang *concern* terhadap penanggulangan HIV/AIDS). Transparansi dan akuntabilitas program penaggulangan HIV/AIDS menjadi tidak terkontrol penggunaannya, baik program yang didanai dari rupiah murni maupun dari bantuan luar negeri.

5. **Anggaran HIV/AIDS sangat diskriminatif.** Berdasarkan penelusuran dokumen program dan anggaran di enam kementerian/lembaga ternyata hampir semuanya bersifat diskriminatif karena alokasi anggaran terbesar (82%) digunakan untuk pencegahan, sementara hak-hak untuk berobat dan mendapatkan perawatan dan pelayanan bagi kelompok terinfeksi terabaikan. Disamping itu, semua program hanya digunakan untuk pencegahan yang diakibatkan dari narkoba dan jarum suntik, sama sekali tidak menyentuh pencegahan yang diakibatkan hubungan seks. Akibatnya perlindungan dan pembinaan bagi kelompok rentan HIV/AIDS karena hubungan seks (pekerja seks, waria dan homoseksual) tidak ter-*cover*. Diskriminasi anggaran HIV/AIDS ini menunjukkan jika pemerintah lebih memilih mencegah bagi mereka yang belum terinfeksi daripada merawat dan mengobati mereka yang terinfeksi".

6. **Proses penganggaran HIV/AIDS tidak aspiratif dan partisipatif**. Penyusunan program/anggaran HIV/AIDS masih miskin dari keterlibatan masyarakat terutama kelompok kunci (pekerja seks perempuan, waria dan homoseksual). Kelompok kunci masih dipandang sebagai kelompok masyarakat yang menyimpang sehingga merasa tidak perlu untuk diundang dan dilibatkan dalam proses penganggaran baik dari tingkatan musrenbang desa/kelurahan sampai nasional.

7. **Anggaran HIV/AIDS sebagian besar masih digunakan untuk memenuhi kebutuhan birokrasi pemerintahan.** Bercermin dari APBD DKI, dari Rp 2,2 milyar total anggaran HIV/AIDS untuk TA 2008 sebesar 55% habis hanya digunakan untuk belanja pegawai.

Rekomendasi

1. Memperkuat kelembagaan KPAN dengan menjadikannya lembaga mandiri di bawah Presiden, sehingga program-program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS tidak terpecah-pecah ke dalam kementerian/lembaga. Sementara program-program kementerian/ lembaga yang masih berkaitan dengan penanggulangan HIV/AIDS tetap untuk perlu diarus-utamakan di bawah pengawasan (bukan koordinasi) langsung dari KPAN.

2. Mendorong keterlibatan masyarakat secara aktif dalam proses perencanaan dan pelaksanaan penganggaran khususnya dalapersoalan HIV/AIDS, agar program/anggaran HIV/AIDS dapat lebih aspiratif dan sesuai dengan tuntutan dan kebutuhan masyarakat, jika tidak maka wajah program/anggaran HIV/AIDS akan selalu subyektif dan diskriminatif seperti saat ini.

3. Menghimbau dan mendorong pemerintah agar lebih transparan dan akuntabel dalam penggunaan anggaran HIV/AIDS agar bisa diketahui dan dikontrol oleh masyarakat secara langsung, baik anggaran yang bersumber rupiah murni maupun bantuan luar negeri.

4. Mendorong pemerintah untuk mengevaluasi dan membenahi berbagai kebijakan dan peraturan yang selama ini menghambat penanggulangan HIV/AIDS terutama perda-perda tentang ketertiban umum dan perda pelarangan prostitusi agar tidak berbenturan dengan program penanggulangan HIV/AIDS di tingkatan realisasi program.

5. Mendorong pemerintah pusat dan daerah agar secepatnya memperbaiki program/anggaran agar lebih adil dan sensifit ODHA, sehingga program-program perawatan dan pengobatan bagi ODHA tetap dapat dijalankan karena bagaimanapun hak untuk tetap hidup dan hak atas pelayanan kesehatan merupakan hak mereka yang dijamin dan dilindungi konstitusi.

Lampiran-Lampiran

A. Hasil Penelusuran Anggaran (APBN) Kementerian/Lembaga Untuk Program Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS

No	Kementerian/ Lembaga	Kegiatan Program	2007	2008	2009	2010
1	**DEPDIKNAS**	Pelayanan Pendidikan Korban Narkoba dan HIV AIDS (Tingkat Dasar)	8.695.430.000	25.939.546.000	27.597.152.000	6.353.470.000
		Pelayanan Pendidikan Korban Narkoba dan HIV AIDS (Tingkat Menengah)	8.517.440.000	9.369.962.000	8.824.016.000	35.042.506.000
Total			**17,212,870,000**	**35,309,508,000**	**36,421,168,000**	**41,395,976,000**
2	**DEPKES**	Peningkatan Kesehatan Komunitas	23.107.229.000	-	-	10.000.000.000
Total			**23.107.229.000**	**-**	**-**	**10.000.000.000**
3	**DEPSOS**	Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial	181.627.365.000	21.852.245.000	-	-
		Peningkatan terapi dan rehabilitasi sosial korban Narkoba	10.000.000.000	25.253.559.000	-	-
Total			**191,627,365,000**	**47,105,804,000**	**-**	**-**
4	**BKKBN**	Advokasi dan KIE tentang Kesehatan Reproduksi Remaja (KPR)	9.171.379.000	25.582.800.000	20.789.288.000	34.811.400.000
Total			**9.171.379.000**	**25.582.800.000**	**20.789.288.000**	**34.811.400.000**
5	**MENEG PEMUDA DAN OLAH RAGA**	Pencegahan Penyalahgunaan Narkoba dan Bahaya Destruktif Lainnya	3.580.000.000	1.197.895.000	1.498.650.000	1.360.000.000
Total			**3.580.000.000**	**1.197.895.000**	**1.498.650.000**	**1.360.000.000**
6	**BNN**	Pencegahan Penyalahgunaan Narkoba	22.701.023.000	4.349.713.000	13.659.100.000	14.000.000.000
		Penegakan Hukum Bidang Narkoba	6.579.153.000	2.500.000.000	4.735.600.000	15.000.000.000
		Terapi dan Rehabilitasi Korban Narkoba	22.585.322.000	8.853.840.000	8.781.900.000	25.000.000.000
		Penguatan Kelembagaan Anti Narkoba	40.726.941.000	19.442.400.000	67.186.100.000	25.000.000.000

		Peningkatan Partisipasi Pemuda Dalam Pencegahan Penyalahgunaan Narkoba	5.000.000.000	-	6.550.000.000	-
		Pembangunan RS Ketergantungan Narkoba dan HIV-AIDS	-	40.000.000.000	-	-
		Penyelesaian Sarpra Pusat Terapi dan Rehabilitasi Korban Narkoba LIDO	-	100.000.000.000	-	-
		Intensifikasi Kegiatan Intelijen dan Operasi Pencegahan dan Penindakan P4GN *(Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba)*	-	96.796.447.000	97.947.355.000	100.000.000.000
		Kampanye Dalam Rangka P4GN Berbasis Msyarakat	-	7.500.000.000	6.837.939.000	5.760.000.000
		Peningkatan Keahlian Tenaga Penyuluh dan Konselor	-	7.500.000.000	7.500.000.000	5.723.600.000
Total			**97,592,439,000**	**286,942,400,000**	**213,197,994,000**	**190,483,600,000**
Total Keseluruhan			**342.291.282.000**	**386.768.445.000**	**341.907.100.000**	**278.050.976.000**
Komisi; bersifat koordinatif dan alokasi untuk penguatan kelembagaan berasal dari bantuan sosial APBN						
	KPAN	Penguatan Kelembagaan	5.928.363.600	20.534.032.000	24.718.558.540	*Dokumen belum ada*
TOTAL			**348.219.645.600**	**407.302.477.000**	**366.625.658.540**	**278.050.976.000**

B. Hasil Penelusuran Anggaran (APBD) Dinas/Instansi DKI Jakarta Untuk Program Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS

Dinas/Instans	Program	Kegiatan Program	2008	2009
Pendidikan	**Program sinkronisasi kebijakan pembiayaan, kelembagaan dan regulasi Pendidikan**	Penyuluhan Narkoba dan HIV AIDS		50,000,000.00
Kesehatan	**Program Peningkatan Mutu**	Seminar tentang Narkoba dan HIV AIDS bagi Karyawan	24,750,000.00	

	Cakupan dan Layanan UPT	pemerintah provinsi DKI Jakarta		
	Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	Pengambilan Sampel Darah HIV/AIDS	150,418,000.00	
		Bimbingan Tehnis Kewaspadaan umum terhadap penyakit HIV/AIDS (Universal Precaution)	80,248,000.00	
		Binwasdal Program HIV/AIDS dan IMS	87,677,000.00	50,000,000.00
		Binwasdal Program HIV/AIDS dan IMS	15,420,000.00	
		Sosialisasi perundang-undangan bidang kesehatan (HIV/AIds, Demam Berdarah) pada ketua Rt/Rw Jakarta Barat		200,000,000.00
		Pengembangan jejaring program IMS dan HIV/ AIDS antara Rumah sakit dan Puskesmas		348,271,500.00
		Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS dan PMS		150,778,000.00
		Peningkatan Jejaring Program Pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS dan IMS		56,652,500.00
		Pengawasan dan pengendalian Pelaksanaan Pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS dan IMS ke Puskesmas		68,004,500.00
		Serosurvey Sentinel HIV AIDS dan IMS berbasis Laboraturium		234,529,000.00
		Pencegahan dan Penanggulangan IMS dan HIV/AIDS		50,432,500.00
	Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	Sosialisasi Perundang-undangan bidang kesehatan (HIV/AIDS;Demam Berdarah) pada ketua RT/RW Jakarta Pusat		200,000,000.00
		Sosialisasi perundang-undangan bidang kesehatan (HIV/AIDS, Demam Berdarah) pada ketua Rt/Rw Jakarta Utara		200,000,000.00
		Sosialisasi perundang-undangan bidang kesehatan (HIV/AIDS, Demam Berdarah) pada ketua Rt/Rw Jakarta Selatan		200,000,000.00
		Sosialisasi perundang-undangan bidang kesehatan (HIV/AIDS;Demam Berdarah) pada ketua RT/RW Jakarta Timur		200,000,000.00

	Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin	Pertemuan Teknis Program HIV/AIDS dan IMS (insfeksi Menular Seksual)	72,650,000.00	
		Binwasdal Program HIV/AIDS dan IMS	12,375,000.00	
Lingkungan dan Kebersihan	**Program peningkatan kapasitas sumber daya aparatur**	Penyuluhan Anti Narkoba dan HIV dilingkungan karyawan dan keluarga kebersihan	50,000,000.00	
		Pelaksanaan Pencegahan Penyuluhan dan Pennaggulangan Penyakit DBD,TBC dan HIV AIDS		20,000,000.00
Ketenaga Kerjaan	**Program Perlindungan dan Pengembangan Lembaga Ketenagakerjaan**	Sosialisasi Pencegahan dan Penaggulangan HIV/AIDS di Tempat Kerja	72,000,000.00	
		Pembinaan Pencegahan HIV/AIDS di Perusahaan Wilayah Jakarta Utara		49,748,000.00
Pemerintahan Umum	**Program peningkatan kapasitas dan mutu pelayanan publik Kelurahan dan Kecamatan**	Pelaksanaan Pencegahan penyuluhan dan penanggulangan pemberantasan penyakit DBD, TBC dan HIV AIDS	20,000,000.00	
		Pelaksanaan Pencegahan penyuluhan dan penanggulangan pemberantasan penyakit DBD, TBC dan HIV AIDS di Johar Baru		20,000,000.00
		Pelaksanaan Pencegahan Penyuluhan dan Penaggulangan Penyakit DBD,TBC dan HIV AIDS Rawasari		20,000,000.00
		Pelaksanaan Pencegahan penyuluhan dan penanggulangan pemberantasan penyakit DBD, TBC dan HIV AIDS di cempaka Putih		20,000,000.00
		Penyuluhan tentang penyakit menular (HIV, Flu Burung, SARS)	14,770,000.00	11,032,000.00
		Sosialisasi Penularan HIV bagi Siswa SLTP dan SLTA	17,000,000.00	
		penanggulangan penyakit Tuber kolosis dan HIV-AIDS tingkat Kecamatan	10,000,000.00	20,000,000.00
		Peningkatan pengetahuan masyarakat dengan pemberian penyuluhan tentang masalah kesehatan individu, kesehatan lingkungan, penyuluhan tentang Narkoba/HIV/AIDS, penyuluhan tentang ketertiban dan penyuluhan tentang	55,000,000.00	20,000,000.00

		kebersihan baik kebersihan lingkungan maupun		
		Pelaksanaan Kegiatan Pencegahan, penyuluhan dan penanggulangan penyakit DBD, Tuberkulosis dan HIV- AIDS	10,780,000.00	9,500,000.00
		Penyuluhan tentang penyakit HIV dan AIDS	35,000,000.00	30,740,000.00
		Penyuluhan Bahaya Narkoba,Demam Berdarah,Folio,Flu Burung, HIV/AIDS Kesehatan reproduksi	15,997,000.00	12,782,000.00
		Peningkatan Pelayanan Publik Bidang Kesehatan berupa kegiatan Penyuluhan Kesehatan, Pendataan Keluarga PraSejahtera dan KS , Reproduksi Remaja dan anti HIV-AIDS	45,000,000.00	46,395,900.00
		Koordinasi penanggulangan penyakit DBD dan HIV/AIDS di Jakarta Timur	35,150,000.00	
		Pelaksanaan kegiatan pencegahan, penyuluhan dan penanggulangan penyakit DBD dan HIV AIDS di Wilayah Kec. Pasar Rebo	10,000,000.00	16,349,000.00
		Sosialisasi Narkoba, Virus HIV Aids	30,000,000.00	
		Penyuluhan Narkoba dan HIV AIDS	20,000,000.00	21,000,000.00
		Pembinaan Penanganan Pencegahan DBD, HIV AIDS dan Penyakit Menular lainya Serta Kesehatan Lingkungan	25,000,000.00	20,000,000.00
		Pelaksanaan Kegiatan Pencegahan,penyuluhan dan pencegahan penyakit DBD, HIV AIDS di Wilayah Kelurahan	17,207,000.00	10,000,000.00
		Penyuluhan dan penanggulangan penyakit DBD dan HIV-AIDS	20,000,000.00	10,000,000.00
		Pelaksanaan Kegiatan Pencegahan, Penyuluhan dalam Pencegahan Penyakit DBD,HIV AIDS di Wilayah Kelurahan	45,000,000.00	16,786,000.00
		Penggerakan Masyarakat Untuk Pencegahan HIV AIDS	30,000,000.00	
		Perlunya Pelaksanaan Kegiatan Pencegahan, penyuluhan dan penanggulangan tingkat	30,000,000.00	20,000,000.00

		penyakit DBD Tuberkolosis,HIV/AIDS Tingkat Kecamatan		
		Penggerakan masyarakat, koordinasi dan pemantauan penanganan penyakit menular (DBD, HIV AIDS, Leptos Firoses)	25,000,000.00	23,150,000.00
		Penyuluhan Kesehatan tentang HIV AIDS	11,267,000.00	6,954,000.00
		Pelaksanaan Kegiatan Pencegahan, Penyuluhan Penyakit DBD, HIV AIDS di Wilayah Kelurahan	40,000,000.00	
		Penyuluhan DBD dan HIV/AIDS	9,000,000.00	9,500,000.00
		Penyuluhan tentang penyakit HIV AIDS	16,479,000.00	19,500,000.00
		Pelaksanaan Kegiatan Pencegahan, Penyuluhan Penyakit HIV AIDS di Wilayah Kelurahan	48,907,000.00	30,200,000.00
		Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penyuluhan DBD, HIV AIDS di wilayah kelurahan	17,145,000.00	
		Penyuluhan HIV, AIDS	18,000,000.00	15,182,000.00
		Pelaksanaan Kegiatan Pencegahan, Penyuluhan dan Pencegahan Penyakit DBD, HIV AIDS di wilayah Kelurahan	20,019,000.00	10,000,000.00
		Penyuluhan tentang Penangulangan Penyakit DBD, TBC, HIV AIDS dan Flu Burung	9,500,000.00	16,500,000.00
		Pelaksanaan Kegiatan Pencegahan, Penyuluhan dan Pencegahan DBD, HIV AIDS di Wilayah Kelurahan	40,000,000.00	
		Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penyuluhan penyakit HIV AIDS diwilayah Kelurahan.	20,000,000.00	
		Penyuluhan Pencegahan Penyakit HIV AIDS	22,875,000.00	

		Pelaksanaan kegiatan pencegahan, penyuluhan dan pencegahan penyakit, DBD, HIV AIDS di wilayah Kelurahan Pisangan Baru	16,312,000.00	
		Pelaksanaan kegiatan pencegahan, penyuluhan & pencegahan penyakit DBD, HIV AIDS di kecamatan	30,000,000.00	
		Penyuluhan Penyakit DBD, HIV, AIDS	30,000,000.00	
		Penyuluhan Bahaya Narkoba, Perilaku Seks Bebas dan HIV Aids di kalangan remaja	10,000,000.00	45,300,000.00
		Pelaksanaan kegiatan pencegahan, penyuluhan dan pencegahan penyakit DBD, HIV AIDS di wilayah kelurahan	150,000,000.00	
		Pelaksanaan pencegahan, antisipasi dan penanggulangan wabah DBD, HIV-AIDS,dan Leptospirosis	306,630,000.00	
		Pelaksanaan Kegiatan Pencegahan, Penyuluhan dan Pencegahan Penyakit DBD, HIV AIDS di Wilayah Kelurahan	45,000,000.00	
		Pelaksanaan Pencegahan, Antisipasi dan Penanggulangan Wabah DBD, HIV-AIDS dan Leptospirosis	34,718,300.00	
		Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penyuluhan Masyarakat Dalam Pencegahan Demam Berdarah, HIV AIDS diwilayah Kelurahan Cakung Timur	275,000,000.00	
BADAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT, PEREMPUAN DAN KB	**Program peningkatan pengetahuan keluarga tentang penyakit menular seksual**	Dialog Interaktif HIV/AIDS, Narkoba Melalui Radio Tk. Provinsi		27,128,400.00
		Dialog Interaktif HIV/Aids, Narkoba melalui Radio Kota Administrasi Jakarta Pusat		11,522,380.00
		Dialog Interaktif HIV/AIDS, Narkoba Melalui Radio Tk Kota Jakarta Utara		11,522,380.00
		Dialog Interaktif HIV / AIDS, Narkoba melalui Radio Tk. Kota Adm. Jakarta Barat.		11,522,380.00
		Dialog interaktif HIV/AIDS,		11,522,380.00

		Narkoba melalui radio Tk.Kota BKKB Jakarta Selatan		
		Dialog Interaktif HIV/AIDS, Narkoba melalui radio BKKB Kota Administrasi Jakarta Timur		11,522,380.00
		Dialog Interaktif HIV/AIDS Tk. Kabupaten Adm. Kepulauan seribu		16,841,500.00
Total			**2,247,294,300.00**	**2,680,868,700.00**

Photograph by Gideon Mendel
National Geographic
AIDS patient in Luskiski,
South Africa.