



RENCANA AKSI NASIONAL

Untuk Orang Muda Berisiko

Usia 15-24 tahun

Dikembangkan berdasarkan arahan

Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS

2010-2014

**(Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat
No. 8 /2010)**



**Rencana Aksi Nasional
Untuk Orang Muda Berisiko Usia 15-24 Tahun**

**Dikembangkan berdasarkan arahan Strategi dan Rencana Aksi Nasional
Penanggulangan AIDS 2010-2014**

(Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat No. 8 /2010)

Sekretariat KPA Nasional

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke Hadirat Tuhan Yang Maha Esa dengan telah selesainya dokumen Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS pada Orang Muda Berisiko Usia 15-24 Tahun (RAN Orang Muda). RAN Orang Muda ini dikembangkan sebagai kelanjutan dari dokumen Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS 2010-2014. Proses pengembangannya dilakukan secara partisipatif mengikutsertakan semua pihak: pemerintah, masyarakat sipil, para pakar, serta yang terpenting, remaja dari berbagai kelompok. Pembahasan yang mendalam dilakukan baik dalam bentuk lokakarya yang berkesinambungan, diskusi terfokus, pelatihan, maupun kunjungan ke daerah. Dimulai pada akhir tahun 2011 sampai dengan bulan Juni 2012, dokumen ini telah dilengkapi dengan panduan pemetaan, termasuk hasil pemetaan awal di 8 lokasi di 8 provinsi, panduan pemantauan dan evaluasi, contoh-contoh kegiatan untuk direncanakan dan dianggarkan di tingkat daerah, maupun butir-butir penting hasil lokakarya, termasuk salah satunya adalah untuk terus menyempurnakan layanan ramah remaja.

Meskipun kita ketahui bahwa sejumlah orang muda, khususnya yang berisiko terinfeksi HIV telah terjangkau program pencegahan yang efektif, namun demikian kita perlu meningkatkan lagi cakupan dan kualitas program, karena hanya dengan cara ini kita mampu mengendalikan epidemi untuk mencapai target strategi dan rencana aksi nasional, khususnya pada orang muda berisiko.

Sebagaimana kita sadari bahwa menjangkau orang muda membutuhkan strategi yang lebih terfokus, mengingat karakteristik, kebutuhan-kebutuhan serta tantangan-tantangan yang khas dihadapi oleh orang muda. Orang muda cenderung lebih mudah diperlakukan buruk, menerima lebih banyak stigma, dan membutuhkan dukungan yang lebih kuat. Oleh sebab itu, program penanggulangan AIDS bagi orang muda tidak mungkin tercapai tanpa kemitraan semua pihak. Kemitraan ini adalah salah satu prasyarat penting, dan perlu dikedepankan pada setiap langkah dalam pelaksanaan program AIDS bagi orang muda.

Program untuk orang muda juga sangat penting agar menyatu dengan seluruh program penanggulangan yang sudah ada. Hal yang sama juga dipastikan pada program yang responsif gender dan menggunakan pendekatan hak azasi manusia. Pendekatan yang menjadi tulang punggung Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS di Indonesia.

Kami mengucapkan terima kasih kepada tim yang secara langsung terlibat dalam pengembangan RAN orang muda ini, dari Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, jaringan-jaringan populasi kunci,

khususnya remaja-remaja, LSM dan organisasi kemasyarakatan yang bergerak dalam program untuk remaja, Puskesmas yang memberikan PKPR dan semua pihak yang tidak mungkin kami sebutkan satu per satu. Secara khusus kami mengucapkan terima kasih kepada Ibu Dr. Nafsiah Mboi, SpA, MPH yang secara konsisten memberikan arahan terhadap pengembangan RAN Orang Muda ini, khususnya ketika beliau menjabat sebagai Sekretaris KPA Nasional.

Walaupun secara resmi dokumen ini telah selesai dikembangkan, namun demikian kami sadari bahwa perbaikan-perbaikan tetap perlu dilakukan mengikuti perkembangan epidemi dan teknologi penanggulangan yang sangat dinamis. Oleh sebab itu masukan dan saran dari Ibu/Bapak/Saudari/Saudara sangat kami harapkan.

Sekretaris KPA Nasional

DR. Kemal N. Siregar

Daftar Isi

Rencana Aksi Nasional.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iviii
DAFTAR ISI.....	vx
DAFTAR SINGKATAN.....	ix
CATATAN UNTUK PEMBACA: ISTILAH	iiiij
RINGKASAN EKSEKUTIF	xi
Bab 1. Pendahuluan	1
1. Latar Belakang.....	1
2. Metode.....	1
Bab 2. Analisis Situasi Epidemi HIV dan Penanggulangan HIV dan AIDS pada Penduduk Muda di Indonesia	3
1. Situasi penduduk muda di Indonesia dan kerentanannya terhadap infeksi HIV	3
a. Gambaran penduduk muda di Indonesia	3
b. Gambaran kerentanan penduduk muda di Indonesia terhadap HIV	3
c. Pengetahuan Komprehensif, Perilaku Berisiko dan Cakupan Program	5
2. Respon Nasional terhadap HIV dan AIDS dan dampaknya untuk penduduk muda	9
a. Strategi Rencana Aksi Nasional 2010-2014	9
b. Pencegahan HIV dan AIDS bagi orang muda: Kebijakan dan Program yang sedang berjalan	10
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi.....	13
a. Perubahan ekonomi.....	13
b. Perubahan sosial dan jaringan sosial	14
c. Migrasi.....	14
d. Ketidaksetaraan gender dan hak asasi manusia.....	15
4. Provinsi Papua dan Papua Barat	16
a. Gambaran perilaku berisiko pada penduduk muda	16
b. Respon terhadap HIV dan AIDS	17
Bab 3. Tantangan dalam peningkatan cakupan dan mutu layanan HIV untuk penduduk muda	20
1. Kebijakan dan program yang ada	20
2. Menjangkau penduduk muda.....	20

3. Informasi strategis	21
4. Keberlanjutan.....	22
5. Papua dan Papua Barat.....	22
Bab 4. Rekomendasi rencana tindak lanjut	24
1. Meningkatkan layanan di tingkat lokal	24
2. Mengintegrasikan program orang muda pada program yang ada.....	25
3. Meningkatkan informasi strategis di semua tingkatan	26
4. Meningkatkan keberlanjutan program.....	26
5. Papua dan Papua Barat.....	27
Bab 5. Prinsip – prinsip penanggulangan HIV dan AIDS pada penduduk muda	28
1. Menghormati hak asasi manusia	28
2. Mengintegrasikan isu orang muda ke dalam program pembangunan nasional.....	28
3. Pendekatan yang komprehensif, sistematis dan holistik.	28
4. Mendorong partisipasi aktif penduduk muda dan orang muda yang hidup dengan HIV	29
5. Proses yang memberdayakan	29
Bab 6. Pengelolaan pelaksanaan	30
1. Cakupan kerja.....	30
2. Kelompok sasaran	30
Bab 7. Rencana aksi nasional penanggulangan HIV dan AIDS pada orang muda berisiko	32
1. Pemetaan penduduk muda.....	32
2. Program orang muda di tingkat individu, masyarakat dan struktural.....	33
A. Orang muda rentan	34
B. Orang muda berisiko.....	36
C. Mobilisasi Sosial	38
D. Kegiatan advokasi	40
3. Membangun layanan ramah orang muda	41
4. Membangun lingkungan yang mendukung	43
Bab 8. Monitoring dan evaluasi.....	45
Bab 9. Penutup	47

Lampiran-lampiran

Lampiran 1. Kegiatan-kegiatan pendukung pengembangan Rencana Aksi Nasional	1
Lampiran 2. Contoh-contoh kegiatan yang menysasar penduduk muda – Penasun, LSL, WPS dan waria, untuk tujuan perencanaan dan penganggaran	1
Lampiran 3. Isu terkait layanan ramah orang muda sebagai hasil diskusi lokakarya	1

Daftar Tabel

Table 1. Presentase penduduk muda usia 15-24 tahun pada populasi kunci	3
Tabel 2. Presentase siswa SLTA yang terpapar program HIV dan AIDS pada tahun 2007 dan 2008	7

Daftar Gambar

Gambar 1. Prevalensi HIV di antara orang muda pada populasi kunci	4
Gambar 2. Presentase penggunaan kondom konsisten pada populasi kunci berdasarkan usia	6
Gambar 3. Perilaku lama menyuntik (dalam 1 tahun), frekuensi menyuntik (dalam 1 minggu), dan berbagi alat suntik (1 minggu terakhir) berdasarkan usia.....	7
Gambar 4. Presentasi populasi kunci yang dijangkau oleh petugas outreach berdasarkan usia	9
Gambar 5. Alur hubungan masyarakat dan penyedia layanan	41

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ARV	Antiretroviral
ATS	<i>Amphetamine Type Stimulant</i>
BKKBN	Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BOK	Bantuan Operasional Khusus
BPS	Biro Pusat Statistik
BSS	<i>Behavioral Surveillance Survey</i>
CD4	Sel CD4 adalah tipe limfosit (sel darah putih) yang merupakan bagian penting dalam sistem kekebalan tubuh . Sel CD4 kadang-kadang disebut sel T.
CST	<i>Care Support and Treatment</i>
Dinas Dikpora	Dinas Pendidikan dan Olah Raga
HIV	<i>Human Immuno-deficiency Virus</i>
IMS	Infeksi Menular Seksual
KPAN	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
KPAD	Komisi Penanggulangan AIDS Daerah
KIE	Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KTS	Konseling dan Testing Sukarela
KTSP	Kurikulum Tingkat Satuan Pendidikan
LSL	Lelaki seks dengan lelaki
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
MMT	<i>Methadone Maintenance Therapy</i>
NSP	<i>Needle and Syringe Program</i>
Otsus	Otonomi Khusus
PDP	Perawatan, Dukungan dan Pengobatan
Penasun	Pengguna Napza Suntik
Perpres	Peraturan Presiden
PMTS	Pencegahan HIV melalui Transmisi Seksual
PKPR	Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
PKRR-PIKER	Pusat Konsultasi Reproduksi Remaja -Pusat Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja

PBPTA	Percepatan Penghapusan Bentuk Pekerjaan Terburuk bagi Anak
PKSA	Program Kesejahteraan Sosial Anak
STBP	Survey Terpadu Biologis dan Perilaku
SKRRI	Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia
SRAN	Strategi dan Rencana Aksi Nasional
RAD	Rencana Aksi Daerah
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
UKS	Usaha Kesehatan Sekolah
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
VCT	<i>Voluntary Counseling and Testing</i>
WPS	Wanita Pekerja Seks
Waria	Transgender

CATATAN UNTUK PEMBACA: ISTILAH

Pemilihan istilah yang tepat untuk menggambarkan kelompok penduduk muda harus dilakukan dengan hati-hati. Beberapa lembaga – internasional dan nasional – yang bekerja erat pada isu orang muda menggunakan referensi khusus dengan istilah dan usia yang berbeda untuk mendefinisikan penduduk/kelompok orang muda. Ada berbagai definisi, dan rentang usianya tumpang tindih. Walaupun dalam pelaksanaan kegiatan institusi menggunakan istilah yang berbeda-beda, KPAN lebih fokus pada rentang usia penduduk, yaitu 15-24 tahun, yang berisiko dan rentan terinfeksi HIV. Oleh sebab itu, institusi manapun yang bekerja dengan target orang muda yang berbeda dianggap sebagai mitra terdekat dalam bekerja dengan orang muda dalam penanggulangan epidemi HIV dan AIDS. Dokumen ini menggunakan beberapa istilah yang ada dan telah disepakati, dan di banyak bagian tulisan menggunakan istilah yang berbeda-beda seperti orang muda, pemuda dan penduduk muda untuk maksud yang sama.

Penduduk muda adalah bagian dari total penduduk Indonesia yang berusia 15-24 tahun. **Penduduk/remaja paling berisiko** adalah istilah internasional yang mengacu pada kelompok orang muda yang karena perilakunya, mereka lebih berisiko terinfeksi HIV. Istilah ini sering digunakan untuk orang muda laki-laki yang melakukan seks dengan laki-laki, orang muda yang menjual seks, orang muda pengguna napza suntik, dan dalam beberapa pendekatan program, termasuk pasangan intim mereka. Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2010-2014 (SRAN) menggunakan istilah **orang muda berisiko** sebagai salah satu sasaran prioritas. Istilah **populasi kunci** digunakan dalam SRAN untuk mengacu pada penduduk yang memegang kunci sukses pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV dan AIDS, sehingga partisipasi aktif mereka sangat penting, tidak hanya untuk diri mereka sebagai individu, tetapi juga untuk orang lain. Mereka adalah (1) penduduk paling berisiko karena perilaku berisiko mereka, (2) karena lingkungan dan kondisi pekerjaan mereka, mereka rentan terinfeksi IMS dan HIV, seperti buruh migran, pengungsi, **orang muda berisiko**, dan (3) orang dengan HIV dan AIDS.

Konsep **penduduk umum** sering digunakan sebagai pembanding konsep penduduk paling berisiko, yaitu sebagian besar penduduk yang diasumsikan memiliki risiko rendah tertular HIV. Dalam proses pengembangan dokumen ini, sering ditemukan dua program utama untuk orang muda dengan jenis kegiatan yang dibedakan berdasarkan asumsi kepada siapa program ini ditargetkan; apakah populasi umum yang terfokus pada komunikasi informasi dan edukasi, ataukah, pada populasi berisiko yang biasanya sudah termasuk rujukan layanan pencegahan dan kesehatan sesuai dengan kebutuhan mereka.

Istilah **remaja** biasanya menunjuk pada orang muda dibawah usia 20 tahun. Istilah remaja juga biasa digunakan oleh pelaksana program di berbagai wilayah untuk merujuk pada orang muda yang usianya lebih tua sampai dengan usia 24 tahun karena kepraktisan istilah.

RINGKASAN EKSEKUTIF

Kata pengantar: Penduduk muda diketahui memiliki kontribusi yang besar terhadap infeksi HIV baru pada orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) sebagaimana yang dilaporkan oleh Kementerian Kesehatan secara konsisten sejak awal epidemi ini menyebar di Indonesia. sepertiga hingga setengah dari penduduk paling berisiko di Indonesia adalah orang muda. Oleh karena itu, menyoar penduduk muda adalah tindakan yang strategis.

Orang muda berisiko ditetapkan sebagai salah satu prioritas dalam Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS 2010-2014, dan Rencana Aksi Nasional untuk orang muda berisiko usia 15-24 tahun dibutuhkan sebagai rencana operasional bagi seluruh pemangku kepentingan dan mitra yang bekerja dengan isu orang muda dan HIV dan AIDS.

Dokumen ini menggunakan beberapa metodologi, yang terdiri dari studi literatur, pekerjaan konsultan, lokakarya, kunjungan lapangan dan pelatihan pemetaan.

Analisis situasi epidemi HIV dan respon yang menyoar orang muda: 17% penduduk Indonesia berusia 15-24 tahun. Hampir 40% sekolah, dan hampir 40% dilaporkan telah bekerja.

Survei menunjukkan bahwa prevalensi HIV orang muda dari populasi kunci lebih rendah dari pada yang lebih tua, kecuali pada WPS berusia 20-24 tahun dimana prevalensi HIV nya lebih tinggi dibandingkan WPS yang lebih tua maupun yang lebih muda.

Survei-survei tingkat nasional secara konsisten memberikan gambaran bahwa tingkat pengetahuan komprehensif HIV dan AIDS pada orang muda secara umum, masih lebih rendah dari 20%. Padahal, kalau dibandingkan target RPJMN, adalah 95% pada akhir tahun 2014. Di antara populasi kunci muda (WPS, waria, penasun), tingkat pengetahuan komprehensif HIV dan AIDS relatif lebih tinggi (sekitar 50%); akan tetapi, angka ini dianggap belum cukup untuk orang muda yang telah melakukan perilaku berisiko.

Perilaku berisiko orang muda pada populasi umum adalah orang muda perempuan telah melakukan hubungan seks (masing-masing 1.3% dan 1.4% untuk usia 15-19 dan usia 20-24) dan orang muda laki-laki (masing-masing 4% dan 11% untuk usia 5-19 dan 20-24). Alasan orang muda perempuan melakukan hubungan seks sebelum menikah adalah dilakukan begitu saja, dan dipaksa pasangan. Sebuah survei pada pelajar SMA di 6 kota melaporkan bahwa sekitar 3.1% sampai 11.1% responden melakukan hubungan seks dalam 1 tahun terakhir, 0%-1.9% dengan membayar, dan 0.8%-3.2% melakukan seks anal. Jumlah rata-rata pasangan seks yang dilaporkan adalah 1.6 – 2.7, dan pemakaian kondom konsisten sangat rendah (3%-18%). Ditemukan 15%-27% responden pernah mabuk, 2.2%-12.8% menggunakan napza, dan 0.0-0.5% menggunakan napza suntik.

Pada populasi kunci muda, perilaku berisiko yang digambarkan dengan tingkat penggunaan kondom konsisten, pada seluruh kelompok, masih kurang dari 60% - atau, tingkat minimum penggunaan kondom konsisten untuk dapat meredam penyebaran epidemi HIV.

Berdasarkan hasil survei, cakupan pemberian informasi yang diterima oleh siswa SMA di 6 kota tidak merata. Akan tetapi, survei ini menunjukkan kecenderungan yang sama, yaitu bahwa cukup banyak siswa mendapatkan materi tentang obat-obatan terlarang dan AIDS. Sementara masih sedikit siswa yang menerima materi tentang kesehatan reproduksi remaja, pendidikan keterampilan hidup, informasi IMS dan program pendidikan sebaya.

Perhatian untuk mengurangi kerentanan penduduk muda disebutkan secara jelas di dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 (Peraturan Presiden), diikuti dengan Instruksi Presiden No.3/2010 dan, Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS (Peraturan Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat). Sampai saat ini, Surat Keputusan Bersama (SKB) 5 Menteri yang ditujukan untuk percepatan pengetahuan komprehensif HIV dan AIDS orang muda usia 15-24 tahun sedang dalam proses.

Program untuk orang muda telah lama menjadi bagian program nasional, seperti yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan dan Kementerian Agama. Program khusus untuk anak juga dilaksanakan oleh Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi serta Kementerian Sosial.

Perubahan ekonomi, perubahan sosial dan jaringan sosial, migrasi, kesetaraan gender dan hak asasi manusia adalah empat faktor yang diketahui memiliki pengaruh terhadap tingkat kerentanan yang dihadapi oleh orang muda.

Provinsi Papua dan Papua Barat membutuhkan perhatian khusus karena pertumbuhan epidemi HIV dan AIDS sudah sangat mengkhawatirkan. Program penanggulangan AIDS sudah ada, akan tetapi upaya yang lebih efektif masih sangat dibutuhkan. Peraturan Gubernur (Pergub) tentang HIV dan AIDS di sektor pendidikan telah dikeluarkan, akan tetapi, masih ada masalah untuk pelaksanaan peraturan ini, yaitu: pertama, bagaimana membuat Pergub ini dapat dilaksanakan secara efektif dan memberikan keuntungan untuk siswa; kedua, hanya 30%-35% partisipasi sekolah di tingkat Provinsi, sehingga perlu dikembangkan intervensi strategis/sistematis untuk orang muda di luar sekolah.

Tantangan untuk meningkatkan cakupan dan kualitas layanan HIV untuk penduduk muda:

(1) Kebijakan atau program yang menghambat atau melarang penduduk muda yang sudah berperilaku berisiko untuk dapat mengakses layanan pencegahan dan kesehatan (2) tidak ada upaya sistematis untuk mengoptimalkan program penjangkauan dan pengobatan pada penduduk muda dengan pendekatan khusus sesuai kebutuhan,

(3) kesenjangan dalam membuat program orang muda yang terintegrasi dalam kerangka monitoring dan evaluasi secara keseluruhan, (4) tidak adanya jaminan bahwa program yang berjalan sekarang dapat tetap terdani sumber-sumber dalam negeri bila kelak sumber dana luar negeri, yang saat ini masih mendominasi, akan berakhir (5) berbagai isu di Provinsi Papua dan Papua Barat perlu diselesaikan dengan pendekatan khusus satu per satu.

Rekomendasi untuk Rencana Aksi yang menyoar penduduk muda: (1) Meningkatkan mutu layanan kepada orang muda berisiko di tingkat lokal melalui pembelajaran terbaik, (2) mengintegrasikan program orang muda ke dalam program yang sudah ada, salah satunya melatih pendidik sebaya pada populasi kunci muda secara sistematis, (3) meningkatkan kapasitas untuk penyediaan informasi strategis di seluruh tingkat, (4) meningkatkan keberlanjutan program dengan bekerjasama dengan mitra yang ada dan secara proaktif menguatkan kemitraan dalam pelaksanaan program, (5) khusus untuk Provinsi Papua dan Papua Barat, dukungan teknis untuk meningkatkan koordinasi antar berbagai sektor, baik secara horizontal maupun vertikal, dibutuhkan untuk menyelesaikan masalah yang ada.

Prinsip-prinsip penanggulangan AIDS pada orang muda: (1) menghormati hak asasi manusia, (2) mengintegrasikan isu orang muda ke dalam program pembangunan nasional di semua tingkatan, (3) melakukan pendekatan yang komprehensif, sistematis dan holistik, (4) mendorong partisipasi aktif dari komunitas orang muda dan orang yang hidup dengan HIV, dan (5) proses yang memberdayakan.

Program orang muda: dengan menggunakan analisis perilaku terhadap kerentanan orang muda pada populasi umum, pesan kunci dan deskripsi saluran komunikasi telah dihasilkan. Komunikasi informasi dan edukasi adalah program utama untuk orang muda. Metode yang sama juga dipakai untuk menganalisis program untuk orang muda berisiko, ditambah dengan analisis konteks sosial untuk setiap populasi kunci muda. Program utama untuk orang muda berisiko adalah pendidikan teman sebaya, konseling, dukungan kelompok dengan spesifikasi program untuk setiap kelompok sesuai kebutuhan populasi. Untuk mendukung pelaksanaan program orang muda, sangat penting untuk mengadakan program yang menyoar komunitas/masyarakat serta orang dewasa. Dan untuk ini dilakukan analisis.

Membangun layanan ramah orang muda: Kombinasi layanan umum, atau yang dikenal sebagai sistem kesehatan perlu dikombinasikan dengan sistem komunitas, sehingga memudahkan orang muda berisiko mengakses layanan kesehatan. Oleh karena itu, perantara seperti “*youth center*” bisa sangat berguna. Penyediaan informasi dalam cara yang ramah orang muda juga sangat penting.

Membuat layanan siap untuk menerima rujukan dari *youth center* juga penting agar layanan bisa memberikan informasi kepada orang muda, konseling, layanan kesehatan reproduksi, dan juga merujuk orang muda ke layanan-layanan lain sesuai kebutuhan.

Membangun lingkungan yang mendukung: hubungan kemitraan antara berbagai sektor yang bekerja pada isu orang muda adalah kunci utama untuk membangun lingkungan yang mendukung. Dalam prosesnya, laporan hasil pemetaan, sebagaimana dilakukan sesuai pedoman yang terlampir dalam dokumen ini, bisa digunakan secara sistematis untuk mengadvokasi tindakan yang dibutuhkan. Dukungan dari lembaga pemerintah seperti Bappeda sangat penting untuk meningkatkan kepedulian sektor lokal untuk mengatasi permasalahan orang muda dengan cara mengembangkan perencanaan dan penganggaran. Bekerja dengan sektor swasta terbukti dapat menjadi alternatif potensial untuk memobilisasi sumber dana. Disarankan pula untuk berkreasi secara inovatif dalam membuat program agar lebih strategis dengan cara melibatkan dukungan, sumber daya serta kebijakan yang ada.

Monitoring dan Evaluasi: Proses monitoring dan evaluasi orang muda berisiko diintegrasikan kedalam rencana monitoring dan evaluasi nasional. Panduan telah tersedia.

Bab 1. Pendahuluan

1. Latar Belakang

Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS 2010-2014 (SRAN) telah diterbitkan dalam Peraturan Menteri Koordinasi dan Kesejahteraan Rakyat No. 8/2010, yang dikembangkan mengikuti arahan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014 (RPJMN). RPJMN memiliki target terkait AIDS yang diambil dari MDGs. Indonesia bertekad untuk menekan epidemi HIV agar terus dibawah 0,5 % sampai dengan akhir tahun 2014. Untuk mencapainya, serangkaian tindakan pencegahan yang efektif harus dilakukan. Penduduk muda diketahui memiliki kontribusi besar terhadap epidemi HIV, dimana jumlah penduduk muda sudah mencapai sepertiga sampai setengah dari populasi paling berisiko terinfeksi HIV. Oleh karena itu, menysasar penduduk muda adalah tindakan yang strategis.

Orang muda berisiko adalah salah satu kelompok sasaran yang tercantum dalam SRAN, maka, untuk menterjemahkannya, dibutuhkan rencana operasional sebagai tindaklanjutnya. Dokumen RAN orang muda berisiko ini dikembangkan untuk menyediakan kerangka kerja untuk para pelaksana dalam pengembangan program bagi orang muda berisiko dan rentan terhadap infeksi HIV dan AIDS. Tingkatan perilaku berisiko pada penduduk muda memang dapat bertingkat, mulai dari sangat kecil risikonya sampai dengan yang paling berisiko. Oleh sebab itu, program pencegahan yang dibutuhkan juga bertingkat, dimulai dari pemberian informasi sampai dengan upaya pencegahan dengan metode yang lebih canggih termasuk penyediaan layanan kesehatan khusus. Adanya kebutuhan layanan yang sangat bervariasi untuk penduduk muda ini, menyebabkan sangat diperlukannya pemberian layanan yang komprehensif – yang berkesinambungan. Pada orang muda penduduk umum, di antara mereka telah ada yang melakukan perilaku berisiko; karenanya, disamping pemberian informasi sebagai cara yang utama, diperlukan juga sistem rujukan ke layanan pencegahan dan kesehatan jika ada kebutuhan ini. Dokumen ini juga ditujukan untuk memastikan agar program untuk orang muda dapat dijangkau oleh remaja (*affordability*) dan tanggap (*responsiveness*) terhadap kebutuhan populasi kunci muda mendapatkan program pencegahan yang efektif terkait IMS dan HIV, termasuk *Harm Reduction*, berbagai layanan untuk pencegahan HIV melalui transmisi seksual (PMTS), Konseling dan Testing Sukarela (KTS) dan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan (PDP). Oleh karena itu, dokumen ini terfokus pada operasionalisasi rencana aksi yang dibutuhkan para pelaksana program.

2. Metode

Beberapa metodologi yang digunakan dalam pengembangan dokumen ini adalah:

1. Studi literatur. Menggunakan hasil kajian yang dipublikasikan dan tidak dipublikasikan untuk mengumpulkan informasi yang dibutuhkan.
2. Konsultan. Konsultan bekerja pada area komunikasi, monitoring dan evaluasi, pemetaan dan penulisan.

3. Lokakarya, pertemuan dan pelatihan. Enam lokakarya mendiskusikan beberapa topik berikut: (1) Analisis situasi dan respon penanggulangan HIV dan AIDS pada orang muda, (2) Pengembangan program penanggulangan HIV pada orang muda, (3) Program penanggulangan HIV dan AIDS pada orang muda rentan yang bekerja sama dengan Kementerian Sosial, (4) Kerangka program dan anggaran untuk orang muda (5) Layanan ramah orang muda, dan (6) Monitoring dan evaluasi untuk orang muda. Pertemuan serial, termasuk, pertemuan stakeholder untuk (1) Strategi komunikasi untuk menjangkau orang muda, (2) Diskusi kelompok terarah: kebutuhan orang muda; dengan 4 kelompok orang muda yang berbeda, termasuk pekerja seks, LSL, remaja sekolah, remaja jalanan, waria dan orang muda pengguna napza (3) Persiapan pelatihan “pemetaan orang muda di hotspot”, (4) Pertemuan persiapan untuk penguatan layanan ramah orang muda. Sebuah pelatihan untuk peningkatan kapasitas pelaksanaan ujicoba pemetaan pada orang muda berisiko juga sudah dilaksanakan. Informasi lengkap proses ini bisa dilihat pada **lampiran 1**.
4. Kunjungan lapangan. Terutama dilakukan di Provinsi Papua yang relatif berbeda dengan Provinsi non Papua. Daerah yang dikunjungi adalah: Kabupaten Timika, Jayapura, dan Jayawijaya.
5. Uji Coba Pemetaan. Sebelumnya telah dilakukan pelatihan pemetaan dalam pelatihan 3 hari yang melibatkan 8 provinsi, masing-masing provinsi diwakili oleh dua orang: pengelola monev KPAP dan perwakilan *youth centre* PKBI. Uji coba pemetaan selesai dalam waktu satu setengah bulan. Hasil pemetaan dari setiap provinsi di paparkan dalam lokakarya penguatan layanan ramah remaja untuk memberikan data yang berguna dalam pengembangan model layanan.

Dokumen ini terdiri dari 9 Bab. Mengikuti Bab 1 untuk pendahuluan, adalah:

- Bab 2. Analisis situasi epidemi HIV dan penanggulangan HIV dan AIDS pada penduduk muda di Indonesia
- Bab 3. Tantangan dalam meningkatkan cakupan dan mutu layanan HIV dan untuk penduduk muda
- Bab 4. Rekomendasi rencana tindak lanjut
- Bab 5. Prinsip – prinsip penanggulangan HIV dan AIDS pada penduduk muda
- Bab 6. Pengelolaan pelaksanaan
- Bab 7. Rencana Aksi Nasional penanggulangan HIV dan AIDS pada penduduk muda berisiko
- Bab 8. Monitoring dan evaluasi
- Bab 9. Kesimpulan

Bab 2. Analisis Situasi Epidemio HIV dan Penanggulangan HIV dan AIDS pada Penduduk Muda di Indonesia

1. Situasi penduduk muda di Indonesia dan kerentanannya terhadap infeksi HIV

a. Gambaran penduduk muda di Indonesia

Berdasarkan Sensus Penduduk tahun 2010 (BPS), dari total penduduk Indonesia sebesar 237,6 juta jiwa, sekitar 17% (40,77 juta) adalah penduduk berusia 15-24 tahun. BPS juga melaporkan, bahwa dari total jumlah penduduk muda usia 15-24 tahun, sejumlah 15,8 juta orang (38,56%) penduduk bekerja¹, 16,09 juta orang (39,2%) sekolah dan 24,96 juta orang (60,8%) penduduk tidak sekolah². Data terpilah berdasarkan provinsi, mengungkapkan bahwa dari total penduduk muda, Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur adalah Provinsi dengan jumlah penduduk muda terbesar di Indonesia dengan presentase 17.97%, 13.65%, dan 12.1%; sementara Papua Barat adalah provinsi dengan jumlah penduduk muda paling sedikit, dengan presentase 0.35%. Selama periode 2000 – 2009 ada penurunan jumlah penduduk muda yang bekerja, dari 54.8% pada tahun 2000 menjadi 50.3% pada tahun 2009, diantara mereka, lebih banyak penduduk muda laki-laki yang bekerja dibandingkan penduduk muda perempuan³.

b. Gambaran kerentanan penduduk muda di Indonesia dalam kaitannya dengan HIV

Sejak pertama kali epidemi HIV tercatat di Indonesia, Laporan Triwulan Kementerian Kesehatan secara konsisten menunjukkan bahwa dari seluruh kasus AIDS yang di laporkan, setengahnya adalah kelompok usia 20-29 tahun. Informasi ini menunjukkan bahwa penduduk muda adalah kelompok paling berisiko terinfeksi HIV.

Analisis lebih lanjut berdasarkan data Survey Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP 2007-2009, Kemkes) menunjukkan presentase penduduk muda pada populasi paling berisiko: Pengguna Napza Suntik (penasun), Wanita Pekerja Seks (WPS), Lelaki Seks dengan Lelaki (LSL), dan waria , sebagai berikut:

Table 1. Presentase penduduk muda usia 15-24 tahun pada populasi kunci

	15-19 Tahun	20-24 Tahun	Total (15-24 tahun)
Pengguna Napza Suntik	9	29	38
Wanita Pekerja Seks	8	26	34
Lelaki Seks dengan Lelaki	13	19	32
Waria	10	19	29

Sumber: KPAN-UNICEF. 2011. Analisis disagregasi usia berdasarkan berbagai survey dan penelitian

¹ BPS: Sensus Angkatan Kerja Nasional (Sakernas), Agustus 2010

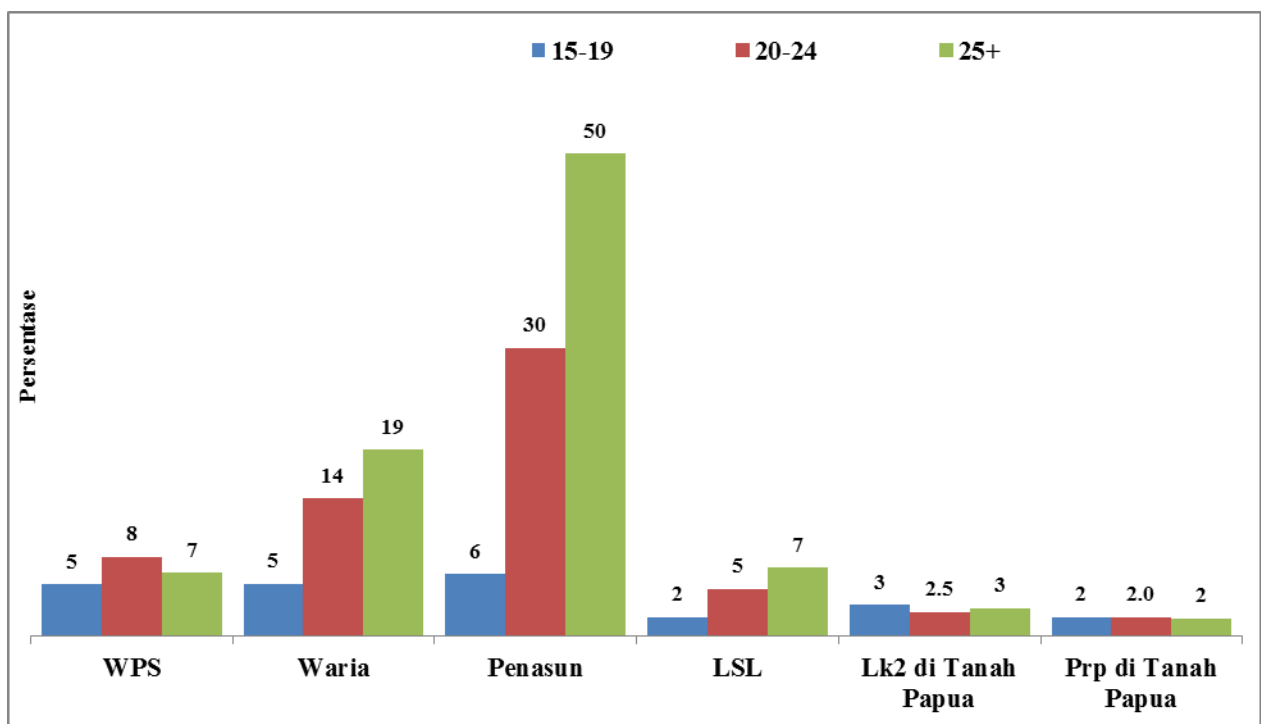
² Berdasarkan Sensus Penduduk, Mei 2010

³ Ibid, , Halaman.19

Laporan ini juga menunjukkan bahwa debut perilaku berisiko pada populasi kunci muda terjadi dibawah usia 25 tahun, yaitu: 93% pada LSL, 83% pada Penasun, 83% pada Waria, dan 53% pada WPS (KPAN-UNICEF, 2011).

Dibandingkan dengan populasi kunci 25 tahun ke atas, prevalensi HIV diantara populasi kunci muda – kecuali pada WPS usia 20-24 tahun, terlihat lebih rendah (lihat gambar 1 berikut). STHP⁴ (Kemkes 2007) – survei berbasis penduduk umum, yang di lakukan di Provinsi Papua dan Papua Barat – menunjukkan bahwa prevalensi HIV di antara orang muda pada populasi umum setara dengan mereka yang dewasa, baik laki-laki maupun perempuan.

Gambar 1. Prevalensi HIV di antara orang muda pada populasi kunci



Sumber: KPAN-UNICEF. 2011. Analisis disagregasi usia dari berbagai survey dan penelitian

Gambar di atas menunjukkan kebutuhan untuk memberikan perhatian lebih pada WPS. Rata-rata usia melakukan seks pertama kali secara signifikan lebih tinggi di bandingkan populasi kunci yang lain, namun demikian prevalensi HIV di antara WPS usia 20-24 segera menjadi yang tertinggi. Informasi ini memperlihatkan rendahnya kemampuan WPS dalam mengambil keputusan untuk melindungi diri mereka dari IMS termasuk HIV. Informasi ini juga memperlihatkan pentingnya melakukan pendekatan intervensi struktural sebagai intervensi dasar untuk mendukung WPS mendapatkan pelanggan yang mau memakai kondom.

Analisis di atas secara tegas menggambarkan kerentanan orang muda, khususnya orang muda pada populasi kunci. Bagaimanapun, dengan tingkat prevalensi HIV yang lebih rendah pada orang muda berisiko, menunjukkan bahwa kita punya peluang untuk melakukan upaya

⁴ Survei Terpadu HIV dan Perilaku

pengecahan infeksi HIV baru melalui program yang efektif. Jika hal itu dapat dilakukan, maka kita berpeluang untuk mampu mengendalikan epidemi HIV yang berdampak pada pengendalian HIV secara keseluruhan.

c. Pengetahuan Komprehensif, Perilaku Berisiko dan Cakupan Program

Tiga indikator penting untuk memperkirakan kerentanan orang muda terhadap HIV adalah dengan menganalisis tingkat pengetahuan, perilaku berisiko dan keterpaparan orang muda terhadap program yang efektif.

Pengetahuan komprehensif

Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia - SKRRI (Kemkes & BPS, 2007), penelitian terhadap siswa SMA di 6 kota (Kemkes, 2008 dan 2009), dan Riset Kesehatan Dasar - Riskesdas (Kemkes, 2010) memberikan hasil yang relatif konsisten tentang presentase orang muda yang memiliki pengetahuan komprehensif mengenai HIV dan AIDS – yaitu, relatif rendah, di bawah 20%. Di sisi lain, survei terhadap populasi kunci (WPS, Waria, Penasun dan LSL) menggambarkan bahwa presentase orang muda yang memiliki pengetahuan komprehensif lebih tinggi dibandingkan orang muda pada populasi umum. Walaupun demikian, tingkat pengetahuan komprehensif orang muda pada populasi kunci tidak lebih dari 50%. Tingkat pengetahuan komprehensif ini belum cukup untuk melindungi diri bagi orang yang sudah berperilaku berisiko.

Perilaku berisiko

Sekitar 1,3% perempuan usia 15-19 tahun dan 1,4% usia 20-24 tahun yang belum menikah sudah melakukan hubungan seks.⁵ Sementara itu, 4% usia 15-19 tahun dan 11% usia 20-24 tahun laki-laki yang belum menikah dilaporkan sudah melakukan hubungan seks. Alasan responden perempuan melakukan hubungan seks adalah karena hubungan seksual terjadi begitu saja sehingga tidak ada upaya pencegahan yang bisa dilakukan (38%), dipaksa pasangan (21%), karena keingintahuan atau berpikir bahwa mereka akan segera menikah (7%), dan dipengaruhi teman (4%). Hal ini menunjukkan bahwa perempuan muda yang sudah melakukan hubungan seks tidak pernah merencanakan hubungan seksual pertamanya; dan 1 dari 5 orang muda perempuan mengalami kekerasan dari pasangannya.

Dari total responden siswa SMA di 6 kota, 3.1% sampai 11.1% dilaporkan telah melakukan hubungan seks dalam 1 tahun terakhir, 0% – 1.9% berhubungan seks dengan pekerja seks, 0.8% – 3.2% melakukan anal seks. Rata-rata jumlah pasangan responden yang melakukan hubungan seks dalam satu tahun terakhir adalah lebih dari 1 pasangan (rata-rata dari 1.6 hingga 2.7 pasangan), dimana pemakaian kondom konsisten dalam satu tahun terakhir juga rendah (3-18%).

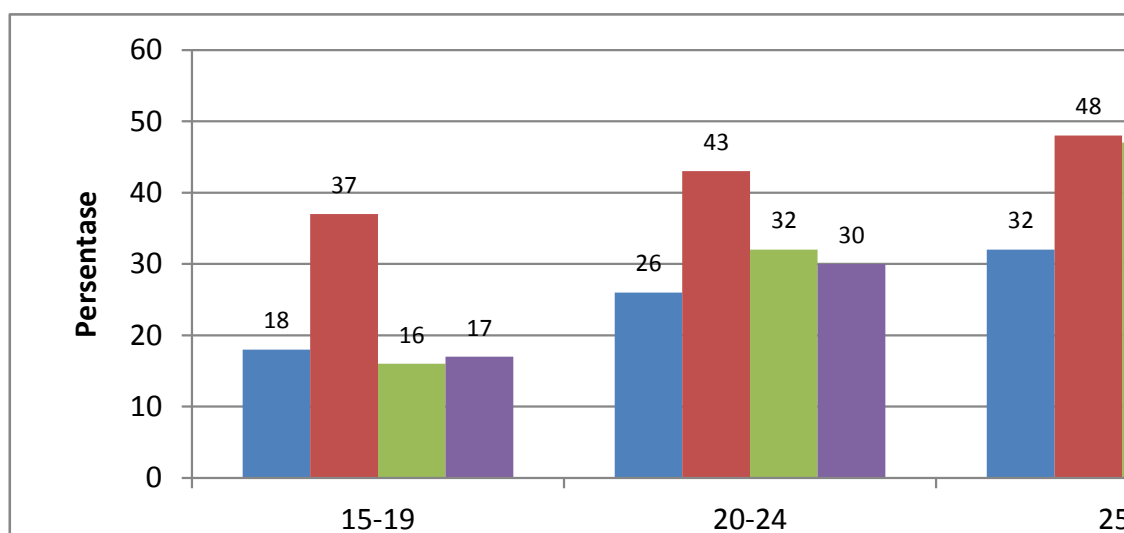
Terkait dengan napza, dari responden siswa SMA di 6 Kota, 15%-27% pernah mabuk, 2.2%-12.8% pernah menggunakan napza, dan 0.0%-0.5% pernah menggunakan napza suntik. Debut penggunaan narkoba, setengahnya dilakukan sebelum mereka masuk SLTA.

⁵ Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI – BPS & Kemkes, 2007),

Survei diatas mengemukakan pentingnya segmentasi penduduk dalam menysasar orang muda, bahwa meskipun mayoritas orang muda pada populasi umum dilaporkan tidak berperilaku berisiko terhadap infeksi HIV dan AIDS, tetapi ada sebagian dari populasi umum yang punya risiko lebih besar terinfeksi HIV. Hal ini menunjukkan bahwa bagian dari orang muda pada populasi umum tersebut membutuhkan informasi dan layanan yang lebih mendalam terkait kesehatan seksualitas dan reproduksi.

Perilaku berisiko pada populasi kunci muda adalah hubungan seksual yang tidak aman (heteroseksual maupun LSL), dan penggunaan napza suntik. Dua hal yang mengindikasikan tingkat risiko ini adalah tingginya perilaku aman, yaitu presentase orang muda yang mempraktekan pemakaian kondom konsisten dan tidak berbagi alat suntik tidak steril secara konsisten. Gambar di bawah ini adalah presentase penggunaan kondom konsisten berdasarkan umur:

Gambar 2. Presentase penggunaan kondom konsisten pada populasi kunci berdasarkan usia

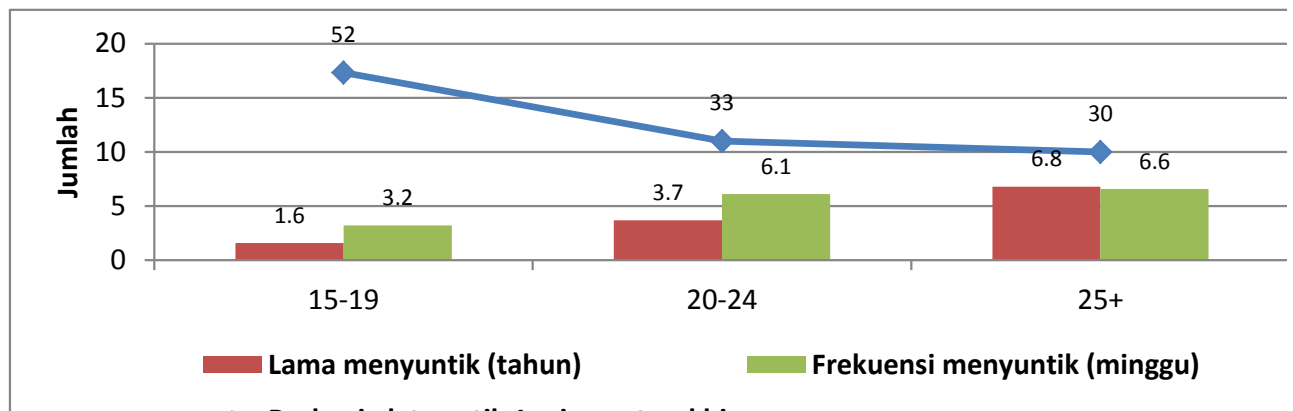


Sumber: Kemkes, STBP, 2007 & 2009

Tingkat penggunaan kondom konsisten yang dapat memberi dampak yang bermakna dalam menekan laju penularan baru HIV adalah jika mencapai 60%. Gambar ini menunjukkan bahwa dari 4 populasi kunci, tidak ada satu kelompok pun yang mencapai tingkat penggunaan kondom konsisten pada angka 60%. Gambar ini juga menunjukkan bahwa penggunaan kondom konsisten pada populasi kunci kelompok usia 15-19 tahun masih sangat rendah. Waria adalah kelompok dengan tingkat penggunaan kondom yang relatif tinggi, namun dari penelitian yang sama juga menunjukkan tingkat Infeksi Menular Seksual (IMS) yang cukup tinggi, yaitu sekitar 25-40%. Hal ini mungkin terjadi karena tingkat penggunaan kondom yang rendah dengan pasangan waria yang bukan pelanggan, yaitu pasangan tetap dan pasangan tidak tetap. Tingkat IMS yang masih tinggi ini, bisa jadi disebabkan oleh kurangnya akses pengobatan IMS. Pengobatan yang efektif penting untuk menurunkan tingkat IMS bersamaan dengan peningkatan penggunaan kondom konsisten.

Perilaku berisiko pada penasin dapat kita lihat hubungannya dengan durasi perilaku menyuntik (dalam tahun), frekuensi menyuntik dan perilaku berbagi alat suntik. Semakin lama menyuntik dan semakin tinggi frekuensi menyuntik, maka semakin besar kemungkinan seorang penasin tertular HIV. Namun jika tidak berbagi alat suntik, maka kemungkinan tertular HIV melalui pertukaran darah menjadi lebih kecil.

Gambar 3. Perilaku lama menyuntik (dalam 1 tahun), frekuensi menyuntik (dalam 1 minggu), dan berbagi alat suntik (1 minggu terakhir) berdasarkan usia



Sumber: Kemkes, STBP, 2007 & 2009

Gambar diatas memperlihatkan bahwa penasin yang lebih muda, memiliki durasi menyuntik lebih rendah dan dengan frekuensi menyuntik lebih sedikit. Namun demikian, lebih dari setengahnya masih berbagi alat suntik pada 1 minggu terakhir. Artinya, semakin besar kemungkinan ia berbagi alat suntik dengan penasin yang HIV positif, terutama jika mereka berbagi dengan rekan penasin yang lebih tua.

Cakupan Program

Intervensi penanggulangan HIV menggunakan metode yang efektif akan mencegah infeksi HIV pada orang muda yang berisiko terinfeksi. Berikut ini adalah tabel presentase orang muda yang telah dijangkau oleh program HIV dan AIDS, yang biasanya dilakukan melalui kegiatan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE).

Tabel 2. Presentase siswa SLTA yang terpapar program HIV dan AIDS pada tahun 2007 dan 2008

	Yogya	Tangerang	Pontianak	Samarinda	Jakarta	Surabaya
Penyuluhan Napza	84	74	73	81	85	86
Penyuluhan AIDS	77	64	67	66	56	50
Penyuluhan Kespro	55	28	40	33	18	30
Mengikuti Life Skill Ed.	45	32	27	34	30	26

	Yogya	Tangerang	Pontianak	Samarinda	Jakarta	Surabaya
Penyuluhan IMS	42	16	27	23	14	16
Kegiatan peer educator	35	19	22	20	20	26

Sumber: BPS, Kemkes: BSS pada siswa SMA, 2007 (Jkt, Sby), dan 2008 (Tgr, Ygykrt, Ptk, Sby)

Diantara responden siswa SMA di 6 Kota besar, kegiatan yang lebih banyak mereka ikuti adalah ceramah mengenai informasi napza dan AIDS. Tabel diatas juga menunjukkan bahwa informasi lebih detail seperti kesehatan reproduksi remaja, infeksi menular seksual dan kegiatan pendidik sebaya masih sangat terbatas.

Kementerian Kesehatan khususnya Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, berbagi temuan studi tentang evaluasi program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) - program yang di luncurkan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2005. Dari 4 kota yang menjadi lokasi studi, temuan di Kota Medan (Sumatera Utara) dipaparkan secara terinci untuk menjelaskan situasinya (Kemkes, 2011).⁶ Fasilitas Puskesmas yang memiliki program PKPR kebanyakan masih kurang menyediakan ruangan khusus untuk konseling dan pemeriksaan/pengobatan. Dilaporkan juga bahwa materi KIE yang dibutuhkan untuk mendukung kegiatan komunikasi juga masih kurang. Walaupun program PKPR sudah diluncurkan beberapa tahun lalu, hanya setengah dari Puskesmas PKPR di Medan yang punya staff yang sudah dilatih PKPR. Remunerasi untuk konselor muda tampaknya juga menjadi masalah. Secara keseluruhan, sumber daya manusia di PKPR masih belum cukup. Ada diskusi untuk menggunakan dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan) dalam mendukung PKPR di Puskesmas, akan tetapi dana ini tidak mudah diakses. Pada saat penyusunan dokumen ini, komponen HIV dan AIDS belum menjadi salah satu dari Standar Pelayanan Minimal (SPM). Akan tetapi kegiatan pemberian informasi untuk orang muda sudah ada dalam daftar SPM. Peraturan tingkat Menteri yang punya potensi untuk mengakses anggaran pemerintah untuk kegiatan kesehatan reproduksi remaja adalah Peraturan Mendagri No. 19/2011 tentang integrasi layanan sosial dasar di Posyandu. Jika memang PKPR yang tersedia sudah lengkap, bagaimanapun, ada masalah lain mungkin muncul. Persentase orang muda yang mampu menyebutkan PKPR relatif kecil (kurang dari 16%) di 3 Kota (Medan, Bandung, dan Surabaya).⁷ Ini berarti ada kecenderungan pemanfaatan layanan yang sudah siap dikarenakan promosi layanan yang juga masih terbatas.

Analisis lebih lanjut melalui metode kualitatif dilakukan pada orang muda rentan dan berisiko (termasuk orang muda jalanan, pengemis muda, korban *trafficking* dll) di kota ini. Seluruh responden mengaku tidak pernah mendengar PKPR. Mereka menyebutkan kebutuhan untuk layanan dan pengobatan untuk alat kelamin dan berbagai masalah

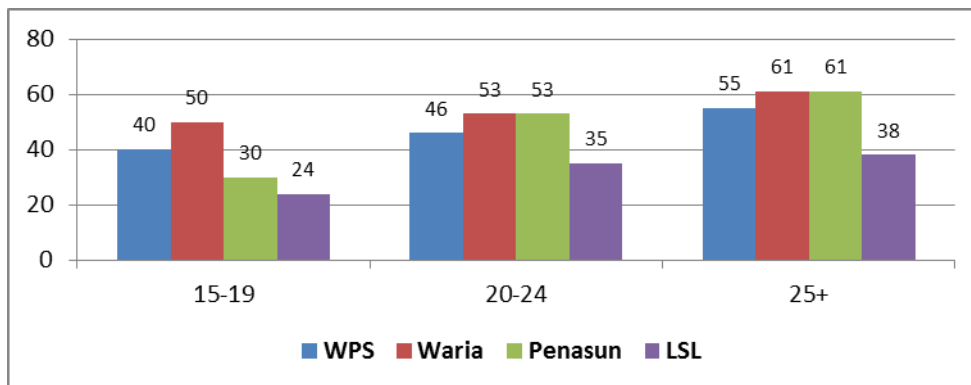
⁶ Di presentasikan oleh by Ch.M.Kristanti pada Lokakarya Analisis Situasi untuk Pengembangan RAN Remaja, Hotel Fave, 12 December 2011

⁷ Kemkes, 2009-2010. Penelitian terhadap layanan kesehatan dasar.

kesehatan dasar lainnya seperti pengobatan mata dan kelainan gastro-intestinal (sistem pencernaan).

Melalui survei lain, dapat diperoleh tingkat cakupan program pada penduduk muda berisiko. Hasil investigasi STBP (2007 and 2009) menyebutkan:

Gambar 4. Presentasi populasi kunci yang dijangkau oleh petugas outreach berdasarkan usia



Sumber: Kemkes, STBP, 2007 & 2009

Tanpa adanya program khusus untuk menjangkau populasi kunci muda, sebagian yang cukup besar sudah terjangkau program (sekitar 24% - 53% dari masing-masing kelompok usia). Gambar diatas menunjukkan sekitar setengah atau kurang dari setengah dari WPS, Waria dan Penasun pada masing-masing kelompok usia, telah dijangkau oleh petugas lapangan; dimana hanya sekitar sepertiga LSL dari masing-masing usia yang telah dijangkau oleh petugas lapangan. Beberapa tugas pekerja lapangan adalah menyediakan informasi tentang risiko HIV dan AIDS, mendorong populasi kunci untuk melakukan penilaian risiko, dan mempromosikan perilaku aman. Pemberian informasi bukan satu-satunya cara. Tujuan program penjangkauan adalah untuk membantu perubahan perilaku seseorang, dari berperilaku tidak aman menjadi berperilaku aman. Tujuan berikutnya adalah agar mereka yang telah terjangkau itu dapat didorong untuk memeriksakan diri di klinik VCT.

2. Respon Nasional terhadap HIV dan AIDS dan dampaknya untuk penduduk muda

a. Strategi Rencana Aksi Nasional 2010-2014

Pada tahun 2006, Presiden Republik Indonesia mengeluarkan Peraturan Presiden No.75/2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS (Perpres) untuk menguatkan upaya penanggulangan yang intensif terpadu, sistematis dan terkoordinir.

Menyusul peraturan ini, Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2007-2010 dikembangkan dengan menggunakan informasi strategis, dilengkapi dengan rencana biaya serta target-target yang harus dicapai sampai akhir periode. Kebijakan-kebijakan untuk menguatkan pelaksanaan program dikeluarkan tak lama setelah Peraturan Presiden, seperti Peraturan Menkokesra No. 2/2007 tentang *Harm Reduction* untuk pengguna napza suntik, Peraturan

Mendagri No.20/2007 tentang pembentukan KPA di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota, dan Peraturan Mendagri No.59/2007 tentang revisi Peraturan No..13/2006 tentang panduan manajemen anggaran di tingkat daerah.

Peraturan-peraturan tersebut merupakan kebijakan yang sangat penting untuk menguatkan lembaga dalam mengelola program penanggulangan HIV dan AIDS melalui pendekatan yang terintegrasi. Kemudian pada tahun 2010, Instruksi Presiden No.3/2010 dikeluarkan sebagai dasar untuk mempercepat pencapaian MDGs pada tahun 2015, dimana HIV dan AIDS tecantum di dalamnya.

Menindaklanjuti STRANAS 2007-2010, kelompok kerja yang mengembangkan SRAN 2010-2014 bertekad untuk terus mengedepankan langkah-langkah pencegahan yang sangat efektif dalam pengaturan sumber daya yang terbatas (memiliki dampak besar – biaya rendah). Mobilisasi sumber dana diarahkan untuk meningkatkan anggaran untuk AIDS tidak hanya dari dana internasional tetapi juga dari dana nasional, yang saat ini masih belum mencukupi kebutuhan. USAID dan AusAID berperan penting pada fase awal upaya penanggulangan HIV pada sekitar tahun 2000. Pada tahun 2011, berbagai dana internasional sudah tersedia, termasuk *Global Fund ATM*, anggaran bilateral dan multilateral. Dana nasional adalah salah satu aspek yang terpenting untuk keberlanjutan program sehingga terus diadvokasi dan dipantau perkembangannya untuk memastikan dapat memenuhi kebutuhan pelaksanaan program. Proses ini terutama telah dilakukan di tingkat nasional maupun daerah (provinsi dan kabupaten/kota).

Koordinasi yang lebih baik di antara anggota KPAN juga sudah terjadi jika dibandingkan dengan keadaan 5 tahun lalu. Salah satunya adalah, upaya pencegahan dan perawatan, dukungan dan pengobatan sudah semakin terkoordinasi di antara lembaga-lembaga penyedia layanan kesehatan: Kemkes mengelola sistem kesehatan nasional secara keseluruhan, Kemkumham dan jajarannya bertanggungjawab mengelola penanggulangan HIV di penjara, demikian juga lembaga lain yang mengelola layanan kesehatan seperti Tentara Nasional Indonesia dan POLRI⁸.

Kajian paruh waktu SRAN 2007-2010 dilaksanakan pada tahun 2009, dengan keterlibatan penuh berbagai sektor termasuk mitra internasional. Dari proses ini, ada beberapa temuan yang kemudian menjadi bagian dari SRAN 2010-2014, adalah: (1) pengembangan program peningkatan cakupan dan efektifitas program pada LSL dan lelaki berisiko tinggi (LBT); (2) menguatkan program pencegahan yang menysasar orang muda berisiko.

b. Pencegahan HIV dan AIDS yang menysasar orang muda: Kebijakan dan Program yang sedang berjalan

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 (Peraturan Presiden No. 5 Tahun 2010) telah mengambil target-target MDGs, dan menjadikan indikator terkait pencegahan HIV bagian dari apa yang harus dicapai bangsa Indonesia pada akhir tahun

⁸ Implementasi Peratitauran Presiden No.75/2006 secara spesifik dilaporkan pada tahun 2011.

2014. Untuk memperkuat pelaksanaan program pencapaiannya Instruksi Presiden No.3/2010. Disebutkan bahwa tingkat pengetahuan komprehensif HIV pada penduduk muda usia 15-24 tahun harus mencapai 95 % pada tahun 2014. Jika indikator tersebut dikombinasikan dengan indikator lain yang terkait dengan HIV dan AIDS seperti tingkat prevalensi infeksi HIV (konsisten di bawah 0,5%) dan tingkat penggunaan kondom konsisten pada perilaku seks berisiko, maka jelas bahwa Instruksi Presiden ini memberi arahan kepada seluruh sektor-sektor pemerintah termasuk pemerintah daerah yang bertanggungjawab untuk melaksanakan program yang intensif yang menysasar orang muda secara nasional. Pemerintah secara langsung memikul tanggungjawab untuk memenuhi target tersebut dengan melakukan upaya-upaya untuk merumuskan tindakan dan metode yang digunakan secara spesifik sesuai dengan kapasitasnya.

Terkait pencapaian target 95% penduduk muda usia 15-24 tahun untuk memiliki pengetahuan komprehensif HIV pada tahun 2014, lima Kementerian sedang menyiapkan Surat Keputusan Bersama sebagai bentuk kontribusi terhadap pencapaian tersebut⁹. Untuk mencapai hal ini, diperlukan koordinasi yang kuat antar kementerian pelaksana program, dalam hal pengelolaannya serta penganggarannya, yang harus diatur secara teliti. Hal ini termasuk kesepakatan dalam melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik. Pada akhir tahun 2011, tingkat pengetahuan komprehensif HIV orang muda masih sangat jauh dari target yang ditentukan (dibawah 20% dibandingkan 95% pada tahun 2014).

Program penduduk muda, atau sering disebut program remaja, baik dalam kemasn kesehatan reproduksi remaja maupun secara khusus program HIV dan AIDS, telah dimulai sejak 20 tahun yang lalu. Berbagai kegiatan komunikasi informasi dan edukasi seperti pendidik sebaya, pelatihan guru dan pemberdayaan masyarakat (sensitisasi orang tua) telah dikembangkan dan dilaksanakan oleh pemerintah dan LSM, baik melalui koordinasi antar lembaga, maupun bekerja sendiri-sendiri dalam koordinasi vertikal. Sampai sekarang banyak program yang masih berjalan dengan baik, program untuk orang muda di Indonesia diinisiasi oleh BKKBN, Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan sejak beberapa dekade lalu. Program yang relatif banyak diketahui adalah PKPR¹⁰, PKRR-PIKER¹¹, PIK-KRR¹², UKS¹³ yang ditujukan untuk menysasar penduduk muda dengan koordinasi horizontal di antara komponen pemerintah daerah. Beberapa LSM melalui dukungan dari berbagai organisasi internasional telah mengembangkan sejumlah program juga materi pendukung komunikasi yang sampai sekarang masih bisa digunakan.

Kemdikbud melakukan integrasi materi kesehatan reproduksi remaja, anti narkoba, HIV dan AIDS pada tahun 2006 dibawah payung KTSP¹⁴ yang masih di gunakan sebagai sistem

⁹ Kemkes, Kemdikbud, Kemdagri, Kemag, Kemsos

¹⁰ Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja

¹¹ Pusat Konsultasi Reproduksi Remaja -Pusat Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja

¹² Pusat Informasi dan Konseling -Kesehatan Reproduksi Remaja (di tingkat Kecamatan)

¹³ Usaha Kesehatan Sekolah

¹⁴ Kurikulum untuk SMP sampai SMA yang mengatur kompetensi yang harus dicapai oleh setiap sekolah.

pendidikan formal di Indonesia. Strategi Penanggulangan AIDS Nasional pada Sektor Pendidikan telah diluncurkan pada tahun 2004 dan diluncurkan kembali pada tahun 2007.

Strategi Nasional Penanggulangan AIDS untuk anak dan remaja 2007-2010 telah dikeluarkan oleh KPAN sebagai dokumen pelengkap dari SRAN 2007-2010 yang lebih operasional. Meskipun demikian, monitoring dan evaluasi tidak secara intensif mendukung proses implementasi meskipun tujuan yang jelas telah ditetapkan di tingkat nasional. Belum ada monitoring rutin untuk indikator proses, dan ketersediaan data terpilah masih sangat kurang. Contohnya, data tentang jumlah sekolah yang memiliki program HIV dan AIDS di UKS tidak ada; atau belum ada satu proses monitoring untuk mendata jumlah sekolah yang memiliki pendidikan keterampilan hidup yang terintegrasi dalam salah satu pelajaran.

Disamping kekurangan yang sebagian disebutkan di atas, berbagai kemajuan juga ditemui di tingkat nasional dan provinsi. Salah satu contoh praktek baik dapat kita lihat di Provinsi Papua dan Papua Barat yang sekarang sudah berhasil mengarusutamakan pendidikan HIV dan AIDS di sekolah maupun lembaga pendidikan lain, melalui surat Peraturan Gubernur pada tahun 2011. Kita juga bisa menyebut beberapa provinsi yang memiliki dukungan kebijakan yang kuat melalui peraturan daerah yang memperhatikan orang muda secara spesifik. Laporan mengenai peran sektor pendidikan yang kuat dalam pencegahan HIV juga dapat kita temukan; akan tetapi informasi mengenai peran sektor pendidikan dalam penanggulangan HIV dan AIDS pada tingkat daerah masih terpisah-pisah. Kondisi ini menggambarkan bahwa tingkat pusat memiliki keterbatasan dalam mengawasi daerah dalam pelaksanaan kebijakan dan program. Hal ini juga terjadi dalam pelaporan rutin, dimana daerah belum dapat diandalkan untuk memberikan data kepada nasional secara konsisten. Situasi ini menunjukkan masalah dalam proses monitoring dan mentoring.

Dengan adanya Instruksi Presiden No.3/2010, banyak program, yang sebelumnya sudah ada, semakin diintensifkan. Begitu pula munculnya program-program baru sebagai jawaban terhadap kebijakan ini oleh sektor yang memegang mandat. Disamping 5 Kementerian yang telah disebutkan di atas, yang sekarang dalam proses finalisasi Surat Keputusan Bersama¹⁵, kementerian lain, yang sebelumnya tidak secara langsung berhubungan dengan program orang muda, sekarang diketahui juga melakukan kegiatan yang secara potensial berkontribusi dalam pencegahan HIV dan AIDS untuk orang muda dan pemenuhan hak-hak anak. Kementerian Kesehatan dan BKKBN telah sejak lama berkecimpung dengan program orang muda meliputi ceramah, konseling dan akses layanan kesehatan untuk siswa dan guru. Pada tahun ini, program bernama “Aku Bangga Aku Tahu” telah diluncurkan dan akan dilaksanakan sebagai program multi-tahun, mulai dari penyebaran informasi tentang pengetahuan HIV dasar, sampai pada berbagai kegiatan yang menggunakan media dan saluran komunikasi yang berbeda-beda.

¹⁵ Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Kementerian Agama, Kementerian Sosial dan Kementerian Dalam Negeri sedang dalam proses mengeluarkan Surat Keputusan Bersama 5 Menteri untuk pencapaian 95% pengetahuan HIV komprehensif pada penduduk muda usia 15-24 tahun pada tahun 2014.

Seperti telah disebutkan sebelumnya, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan telah meluncurkan Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan mengintegrasikan kesehatan reproduksi remaja dan HIV ke dalam kurikulum. Akan tetapi, penting dicatat bahwa keputusan untuk mengadopsi dan menyampaikan pelajaran serta metode untuk mencapai standar kompetensi sangat tergantung pada kebijakan dan kewenangan sekolah. Dengan sangat sedikitnya pembekalan ataupun sesi-sesi pelatihan untuk guru maka dukungan untuk implementasi program juga sangat kurang.

Kementerian agama memiliki peran yang sangat penting baik dalam sektor pendidikan khususnya di Madrasah dan Pesantren, maupun dalam meningkatkan kesadaran tokoh agama agar memberi dukungan dalam pelaksanaan program pencegahan HIV dan AIDS dan pengurangan stigma dan diskriminasi. Di beberapa wilayah di Indonesia, organisasi keagamaan, biasanya juga merupakan organisasi berbasis masyarakat, berperan penting dalam pemberian informasi, pendidikan dan dukungan, bahkan di beberapa tempat menyediakan fasilitas perawatan dan pengobatan bagi ODHA yang membutuhkan.

Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi melakukan program “Percepatan Penghapusan Bentuk Pekerjaan Terburuk Bagi Anak” yang disebut dengan PBPTA¹⁶ dan “penarikan Pekerja Anak” PKH.¹⁷ Kedua program tersebut telah dijalankan selama 4 tahun terakhir dan meliputi pekerjaan untuk mengeliminasi anak yang bekerja di industri seks dan mencegah anak terlibat dalam perdagangan obat terlarang.

Fokus Kementerian Sosial adalah memperhatikan anak-anak berkebutuhan khusus, seperti program rehabilitasi untuk pecandu. PKSA¹⁸ adalah program yang paling relevan terkait orang muda dengan HIV dan AIDS. Program ini menasar 6 kelompok: anak di bawah 5 tahun, anak terlantar, anak berhadapan dengan hukum, anak berkebutuhan khusus, dan anak yang membutuhkan perlindungan khusus. Kemsos mengawasi dukungan program untuk anak yang terinfeksi HIV dan AIDS dengan menggunakan anggaran pemerintah sejak tahun 2008. Berurusan dengan orang yang kecanduan obat– yang kebanyakan adalah orang muda, Kemsos bertanggungjawab untuk mengkoordinasikan pusat rehabilitasi sosial baik yang secara langsung ada pada garis vertikal dengan Kemsos atau pusat rehabilitasi swasta atau swadaya masyarakat yang melaporkan kepada Kemsos di tingkat daerah.¹⁹

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi

a. Perubahan ekonomi

Pada tahun 2011, lembaga pemerintah, *Fitch Ratings*, menaikkan peringkat Indonesia dari “BB+” menjadi “BBB-“ dengan *outlook* stabil atau berarti sudah berada di “*Investment Grade*”. Selain pengakuan internasional, rencana pembangunan pemerintah yang meliputi

¹⁶ Percepatan Penghapusan Bentuk Pekerjaan Terburuk bagi Anak (PBPTA)

¹⁷ Penarikan Pekerja Anak (PKH)

¹⁸ Program Kesejahteraan Sosial Anak (PKSA)

¹⁹ Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2012 Tentang Standar Lembaga Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya

pembangunan 6 koridor ekonomi juga mempengaruhi status ekonomi. Pembangunan besar-besaran akan menciptakan lapangan pekerjaan dalam area konstruksi (pembangunan) di seluruh Indonesia – jalan, infrastruktur fisik (gedung, jembatan, bendungan dll), pabrik, penyebaran sumber daya alam, dll.; dan hal ini akan berlangsung sampai dengan tahun 2025. Rencana pembangunan jangka menengah sampai jangka panjang juga meliputi pelabuhan, bandara, terminal dan tempat lain untuk transportasi domestik dan internasional.

Pembelajaran dari negara kita, dan juga hasil penelitian terkait isu HIV dalam lokasi konstruksi²⁰ menunjukkan bahwa pembangunan besar-besaran akan menempatkan orang muda menjadi lebih berisiko terinfeksi HIV sebagai dampak dari kesenjangan kekayaan, mobilitas dan migrasi. Prostitusi dan peredaran obat-obatan terlarang adalah salah satu konsekuensi potensialnya, dan pada gilirannya menyebabkan penyebaran epidemi HIV.

b. Perubahan sosial dan jaringan sosial

Dalam 5 tahun terakhir sejak *Friendster* dan *MySpace* menjadi salah satu jejaring sosial favorit di kalangan orang muda – lalu *Facebook* dan *Twitter* – jejaring berbasis internet telah menarik perhatian besar orang muda sebagai pengguna terbesar jejaring media sosial. Ada perubahan cara berkomunikasi antar orang muda, yang berdampak pada bagaimana dan dengan siapa orang muda menghabiskan waktunya. Kita perhatikan bahwa kebanyakan orang muda memiliki setidaknya 1 handphone, dan selain SMS, mereka juga bisa menggunakan internet kapanpun. Fenomena ini lebih jelas terjadi di perkotaan daripada di pedesaan. Perkembangan yang cepat dalam teknologi informasi dan komunikasi tampaknya memungkinkan banyak daerah terpencil yang akan segera menggunakan jejaring sosial.

Di satu sisi, orang sering menilai media ini memberi dampak negatif pada orang muda karena kemudian bisa mengakses materi orang dewasa. Bagaimanapun juga, media ini juga harus dilihat sebagai peluang untuk menjangkau lebih banyak orang muda dengan informasi yang jujur dan benar terkait seksualitas, kesehatan reproduksi dan hak-hak nya.

Internet telah digunakan oleh banyak pelajar sebagai bagian dari pelajaran sekolah mereka. Namun demikian, kita harus sadar bahwa tidak semua tempat bisa dengan mudah dijangkau oleh internet. Untuk lokasi-lokasi tertentu, materi cetak, siaran lokal atau media cetak akan dianggap lebih penting. Bahkan, kita perlu melihat kemungkinan bahwa untuk selanjutnya, komunikasi tatap muka mungkin hanya satu-satunya metode yang sesuai untuk menjangkau orang muda pada lokasi dan situasi tertentu.

c. Migrasi

Orang muda bermigrasi kebanyakan karena didorong kebutuhan mendapatkan penghasilan maupun untuk pendidikan yang lebih tinggi. Banyak dari mereka yang memasuki situasi ini dengan pengetahuan dan keterampilan yang terbatas, yang menempatkan mereka dalam

²⁰ ADB. 2008. Pencegahan HIV dan Infrastruktur: Mitigasi risiko pada Greater Mekong Subregion (Didanai oleh pemerintah Australia)

posisi rentan. Kerentanan mereka dapat disebabkan oleh berbagai alasan, seperti jauh dari keluarga, harus bertahan hidup dengan usaha mereka sendiri, menghadapi situasi yang membuat stress, memutuskan sesuatu dimana mereka belum pernah mengahadapinya, dan menghadapi tekanan teman sebaya.²¹

Dalam jumlah yang cukup besar pula, orang muda bekerja di luar negeri; dan ini adalah masalah lain terkait kerentanan orang muda. Selain dari cerita sukses yang sering kita dengar, berita tentang pengalaman mendapatkan pelecehan dan kekerasan seksual, diperdagangkan, berperilaku atau dipaksa berbuat kriminal dan terkait dengan obat-obatan terlarang juga merupakan masalah lain yang terus menerus kita terima beritanya di tanah air. Namun demikian, meskipun kita ingin memberikan perhatian khusus terhadap permasalahan ini, terutama bagi orang muda yang ada di negara asing, atau mereka yang tinggal di Indonesia, kita masih membutuhkan banyak informasi yang lebih kuat.

d. Ketidaksetaraan gender dan hak asasi manusia

Ketidaksetaraan gender yang sering memposisikan perempuan dalam situasi yang tidak menguntungkan masih terjadi. Pernikahan dini adalah salah satunya. Sekitar 31.6% perempuan usia 20-49 tahun mengaku bahwa mereka menikah pada usia 18 tahun, sementara 9.3% menikah pada usia 15 tahun.²² Isu gender juga terkait dengan fakta bahwa lebih banyak laki-laki daripada perempuan terinfeksi dikarenakan faktor-faktor yang menempatkan mereka pada perilaku yang lebih berisiko. Misalnya nilai untuk menjadi laki-laki yang macho dengan melakukan perilaku seksual berisiko. Orang muda dan orang dewasa lebih sedikit yang mengakses informasi dan layanan kesehatan sehingga ini menyebabkan meningkatkannya kerentanan mereka terinfeksi HIV.

Identitas seksual dan orientasi seksual diantara LSL dan waria yang menyebabkan status kesehatan seksual mereka telah lama menjadi masalah dalam penanganan epidemi HIV. Akibat stigma dan diskriminasi, termasuk dalam bentuk kekerasan terhadap LSL dan waria, akses informasi dan layanan kesehatan menjadi lebih sukar diakses.

Kesehatan adalah hak asasi manusia. Undang-undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, menyatakan bahwa seluruh rakyat Indonesia memiliki hak yang sama untuk mengakses layanan kesehatan umum. Meskipun demikian, hal ini perlu didampingi secara sistematis sehingga dapat dipastikan bahwa kesehatan tersedia dan bisa diakses oleh semua orang. Dalam hal ini, termasuk, akses kesehatan untuk orang miskin, layanan keluarga berencana bagi pasangan yang belum menikah, layanan ramah remaja dan tidak menghakimi bagi perempuan muda yang mengalami kehamilan tidak diinginkan, pengobatan IMS bagi pekerja seks, LSL dan waria, layanan alat suntik steril, terapi methadone dan layanan kesehatan dasar bagi pengguna narkoba, serta siapapun yang membutuhkan layanan.

²¹ 7 Billions Action.UNFPA. 2011. Halm. 34

²²Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).2007 dalam 7 Billions Action.UNFPA. 2011. Halm. 13

Beberapa layanan tersebut tersedia di satu atau beberapa tempat, tetapi kebanyakan tidak mudah diakses.

4. Provinsi Papua dan Papua Barat

Provinsi Papua dan Papua Barat memiliki karakteristik yang sama dengan provinsi lain tentang hukum dan peraturan serta sistem struktural pemerintah. Namun demikian, karena budaya dan kebutuhan yang khusus, Papua dan Papua Barat membutuhkan kebijakan khusus pula, seperti otonomi khusus, yang sudah berjalan sejak beberapa tahun, untuk memenuhi kebutuhan setempat. Papua dan Papua Barat berbeda dengan Provinsi lain dalam konteks dinamika dan cara penularan HIV dan AIDS, yang pada gilirannya, berhubungan dengan prioritas dan urgensi yang berbeda dalam penanggulangan epidemi HIV jika dibandingkan dengan provinsi lain. Oleh karena itu, berikut ini adalah diskusi khusus mengenai dua provinsi ini agar tergambar urgensinya.

a. Gambaran perilaku berisiko pada penduduk muda

Orang muda di Provinsi Papua bisa ditemui di tempat-tempat seperti sekolah, gereja atau masjid, dan jalanan. Banyak orang muda yang bersekolah, juga ada di gereja atau masjid. Tetapi, orang muda yang bersekolah juga bisa ditemui di jalanan melakukan kegiatan-kegiatan bersama geng, *dance club*, klub motor atau hanya untuk nongkrong bersama teman-temannya.

Karena partisipasi sekolah orang muda sebagaimana yang dilaporkan oleh Dikpora, pada tahun 2011 rendah, atau sekitar 30-35% dari total penduduk usia sekolah, maka penjangkauan penduduk muda di luar sekolah, mau tidak mau, harus juga dilakukan. Apalagi, SLTA lebih banyak terkonsentrasi di kota-kota kabupaten. Universitas ditemukan di Wamena dan Timika, kebanyakan terfokus pada isu kesehatan dan keagamaan.

Secara khusus, orang muda di jalanan berasal dari kampung-kampung yang jauh dari ibukota kabupaten. Mereka hidup berkelompok dan bekerja di pasar, cuci mobil agar bisa memperoleh sekedar uang untuk makan. Orang muda perempuan di jalanan, seringkali mereka harus menjajakan seks untuk mendapatkan makanan. Hal ini adalah pemandangan yang terlihat di Wamena. Sedangkan orang muda yang tidak sekolah di Timika, banyak didominasi "gang", dan biasanya menyewa rumah di kota dan dijadikan Markas Besar. Satu mabes bisa digunakan oleh 15 sampai 30 orang.

Beberapa LSM memainkan peranan penting dalam menjangkau orang muda. Sebagaimana pengalaman seorang informan LSM, bahwa kebanyakan pekerja seks perempuan berusia lebih dari 24 tahun, dan berasal dari luar Papua. Akan tetapi, pekerja seks perempuan asal Papua termasuk yang berusia muda, biasanya berada di jalanan.

Informasi tentang LSL sangat terbatas. Akan tetapi, dapat diidentifikasi waria berusia lebih dari 24 tahun dan bekerja di salon.

Survey Surveilans Perilaku²³ (KPAD, 2009) menyebutkan bahwa diantara pelajar di Timika 15%-20% responden telah melakukan seks, dan sekitar 25%-30% telah mengkonsumsi alkohol. Berdasarkan hasil observasi dalam bekerja, informan dari LSM mengatakan bahwa ikatan pertemanan banyak menyebabkan orang muda melakukan hubungan seksual. Jenis obat depressant (dextro-“obeng”), dan hallusinogen (aica aibon) ditemukan telah digunakan oleh orang muda.

Dalam observasi, orang Papua asli tampak lebih cenderung berteman dengan orang Papua asli lainnya seperti halnya orang non-Papua lebih cenderung bergaul dengan orang non-Papua. Forum orang muda di Timika dan Jayapura terlihat lebih didominasi oleh orang non-Papua, sementara di Wamena, forum lebih cenderung banyak diikuti oleh orang Papua asli meskipun pengelola nya dari luar Papua.

Dari studi mengenai pengetahuan, sikap, perilaku (Polling Center, UNICEF, 2010) diantara orang muda yang ada di luar sekolah dan dalam sekolah, diketahui bahwa hanya sedikit orang muda yang memiliki pengetahuan komprehensif: Papua, 13% di dalam sekolah dan 5% di luar sekolah; Papua Barat, 2% dalam sekolah, dan 0% di luar sekolah. Banyak dari mereka mendapatkan informasi HIV dan AIDS melalui televisi dan radio. Untuk mereka yang berada di dalam sekolah, hampir setengahnya telah mendapatkan informasi dari guru atau Kepala Sekolah (43.9%), dan mereka yang di luar sekolah mendapatkan informasi dari teman (47.2%). Sebagian besar orang muda, baik di sekolah (79.8%) maupun luar sekolah (84.9%) memiliki sikap yang negatif terhadap orang dengan HIV positif. Sekitar 7% dari seluruh responden di dalam sekolah dan 13.3% responden luar sekolah telah melakukan seks; dimana diantara mereka berusia lebih dari 16-18 tahun, 13% responden di dalam sekolah dan 19.3% responden di luar sekolah dilaporkan telah melakukan seks. Mereka yang telah melakukan seks adalah, 12.1% orang muda laki-laki di sekolah dan 61% orang muda laki-laki di luar sekolah memiliki pasangan seksual lebih dari satu; dan 20% orang muda perempuan di sekolah dan 29.4% di luar sekolah dilaporkan memiliki pasangan seksual lebih dari satu.

b. Respon terhadap HIV dan AIDS

Penanggulangan AIDS pada sektor pendidikan tampak merupakan hal utama upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang menysasar penduduk muda. Tiga alternatif metode penyampaian materi HIV dan AIDS dalam kurikulum sekolah adalah: (1) “muatan lokal” – Mulok, (2) “integrasi” atau menyatu dengan mata pelajaran yang sudah ada, atau (3) “pengembangan diri”. Mulok memungkinkan siswa menerima informasi HIV dan AIDS dalam 1 semester penuh. Contohnya, semester kedua pada kelas 5, 8 dan 10. Informasi diberikan mingguan dan diterapkan pula ulangan (tes) sebagai bentuk metode evaluasi rutin. “Integrasi” kebanyakan telah dilakukan dengan menyisipkan topik HIV dan AIDS pada pelajaran seperti olahraga, bahasa Inggris, biologi dan agama. Pengembangan diri dilakukan melalui berbagai *event*, dikaitkan dengan kegiatan peringatan hari khusus, misalnya Masa Orientasi Siswa (MOS), Hari AIDS Sedunia dan kegiatan lainnya.

²³ KPAD, 2009. BSS on Young Populations

Meskipun panduan tiga alternatif pemberian informasi HIV dan AIDS telah disiapkan oleh Dinas Pendidikan Pemuda dan Olahraga (Dikpora) Provinsi Papua, pada prakteknya, kebanyakan sekolah mengadopsi “pengembangan diri”. Sebetulnya “Mulok” lebih direkomendasikan. Akan tetapi sekolah sering mengalami kesulitan dalam menyediakan guru yang memenuhi syarat. Kolaborasi Dikpora dengan UNICEF untuk melatih guru dan staf Dikpora saat ini sedang dilakukan. Empat wilayah dipilih sebagai proyek awal, dan sampai saat penulisan ini pelatihan untuk pelatih (ToT) masih dalam tahap persiapan.

Program dan kegiatan yang diinisiasi oleh LSM pada dasarnya adalah berbasis gereja. Yayasan Kesehatan Bethesda, misalnya, telah memperluas kegiatan di 10 lokasi pada 7 kabupaten dengan dukungan *HIV Cooperative Programme for Indonesia* (HCPI) sejak 2006. Program meliputi strategi pendidik sebaya yang melibatkan orang yang sudah menikah baik laki-laki maupun perempuan termasuk orang muda. Pada akhir 2011, sekitar 3000 pertemuan telah dilaksanakan dengan sekitar 25.000 peserta yang menerima informasi HIV dan AIDS. Kegiatan terkait penilaian risiko telah dilakukan pada tahun 2010 dan menghasilkan jumlah signifikan orang yang mendaftarkan diri untuk KTS melalui layanan pendidikan di gereja, 200 orang pada akhir 2011. Sebuah buku, panduan tentang cinta, keluarga dan AIDS telah diluncurkan. LSM bernama YPM di Jayapura, YPKM dan Yukemdi di Wamena, menjalankan program pendidikan di gereja yang menyorot tokoh agama dan tokoh budaya. Walaupun tidak secara khusus menyorot orang muda, kegiatan ini merupakan dukungan kuat untuk orang muda dalam hal HIV dan AIDS.

Walaupun tidak terlalu populer, salah satu kegiatan KIE juga dilakukan oleh orang tua dari orang muda pada pertemuan gereja atau pertemuan budaya membahas orang muda.

Forum orang muda (*youth forum*), yang berkontribusi pada program HIV dan AIDS yang masih jarang dilaporkan, sangat menarik perhatian banyak aktifis. PKBI Papua menginisiasi *youth forum* untuk kesehatan reproduksi yang diperuntukan bagi aktifis di sekolah maupun luar sekolah dalam berbagi informasi dan menonjolkan kelebihan masing-masing untuk mencapai hasil terbaik. Walaupun masih sangat awal, mereka bersepakat untuk menyorot kebijakan layanan ramah remaja melalui serangkaian kegiatan advokasi. Selain *youth forum* ini, ada forum lain di Jayapura juga telah berjalan, tidak terlalu kuat, tetapi secara langsung berkampanye untuk pemberian informasi di sekolah dan institusi lain. Di Wamena, *youth forum* di fokuskan pada kegiatan Pelatihan untuk Pelatih (ToT): Instruktur sepakbola dengan siswa di sekolah adalah sasaran akhirnya. Di Timika, *youth forum* lokal ditujukan untuk orang muda di sekolah dan luar sekolah. Melalui strategi pendidik sebaya untuk siswa sekolah, kelompok bernama PILA memimpin program ini. Berbagai pendekatan dilakukan untuk menyorot orang muda di luar sekolah seperti pemutaran film sebagai salah satu strategi komunikasinya, dan “basecamp” sebagai pintu masuknya.

Dinas Pendidikan tingkat kota/kabupaten, kebanyakan di kabupaten didukung oleh UNICEF, menjalankan program yang telah dikembangkan dengan kolaborasi bersama UNICEF. Selain kegiatan di sekolah, dikpora juga mengharapkan pengembangan program untuk orang

muda di luar sekolah. Namun demikian, kegiatan seperti itu hanya diaktualisasikan melalui dua kegiatan, pembinaan atlit daerah dan pemilihan duta pemuda.

Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kabupaten Mimika merasa bahwa program yang didukung UNICEF belum memberikan peluang bagi siswa untuk terlibat lebih jauh di dalam program. Oleh karena itu, KPA Mimika sedang mengembangkan sekolah model di 3 SMK/SMA, yang menitikberatkan keterlibatan siswa dalam program pencegahan HIV di sekolah.

LSM yang melaksanakan program HIV dan AIDS tidak memiliki target spesifik untuk menjangkau orang muda. Program difokuskan untuk menysasar populasi paling berisiko seperti wanita pekerja seks dan pelanggan mereka.

Selama kunjungan konsultan ke lokasi layanan KTS dan IMS, informan menyatakan bahwa orang muda berisiko (wanita pekerja seks dan anak jalanan) jarang datang ke layanan karena mereka merasa kurang nyaman. Pemanfaatan layanan IMS bahkan lebih buruk karena kebiasaan melakukan pengobatan sendiri. Dibandingkan dengan layanan lain, bagaimanapun, layanan KTS lebih akomodatif untuk kebutuhan orang muda. Informan menyimpulkan bahwa lebih banyak perempuan dibandingkan laki-laki yang memanfaatkan layanan. Hal ini mungkin disebabkan promosi layanan lebih ditujukan pada wanita pekerja seks daripada pelangganya.

Dari kunjungan ke salah satu LSM yang menyediakan perawatan untuk ODHA (YPKM), ditemukan hampir 75% penerima manfaat berusia di bawah 25 tahun. Tidak ada pengobatan khusus yang diberikan untuk orang muda, tetapi pasien mengaku bahwa LSM ini banyak membantu mereka menyediakan tempat yang aman dan nyaman untuk meningkatkan status kesehatan mereka.

Bab 3. Tantangan dalam meningkatkan cakupan dan mutu layanan HIV untuk penduduk muda

Berikut ini adalah gambaran tantangan utama yang diidentifikasi dalam analisis situasi dan respon penanggulangan HIV untuk orang muda.

1. Kebijakan dan program yang sudah ada

Untuk menjaga prevalensi IMS dan HIV tetap rendah pada penduduk muda, termasuk untuk mencegah kehamilan tidak diinginkan, kekerasan, masalah psikososial, tantangannya adalah membantu penduduk muda mendapatkan akses layanan yang baik. Hal ini membutuhkan kebijakan dan program untuk memastikan orang muda tidak ragu datang ke tempat layanan dan tidak mengalami resistensi terhadap penyedia layanan. Hambatan orang muda dalam memanfaatkan layanan diidentifikasi di setiap tahap pengambilan keputusan orang muda.²⁴

Pertama, kebijakan layanan publik untuk menyediakan layanan ramah orang muda (PKPR), program berbasis Puskesmas, harus mengikuti hukum²⁵ dan peraturan nasional, yang dalam pelaksanaannya di lapangan, menghambat pemenuhan kebutuhan orang muda yang membutuhkan layanan tertentu. Kebijakan tersebut: (1) hanya diperuntukkan orang muda yang belum menikah usia 10-19 tahun, (2) melarang pemberian kondom atau layanan keluarga berencana lainnya untuk pasangan belum menikah berapapun usianya, (3) harus dengan persetujuan orang tua agar orang muda mendapatkan layanan terkait kesehatan seksualitas dan reproduksi. Ketiga hal tersebut adalah alasan yang banyak disebutkan orang muda mengapa tidak mengakses layanan yang mereka sadari kebutuhannya.

Namun bila diteliti lebih lanjut, Kemkes juga menerapkan program-program terkait kesehatan reproduksi dan pencegahan HIV dan AIDS yang juga berbasis Puskesmas, seperti layanan IMS dan *Harm Reduction*. Dalam prakteknya, hal ini menjadi alternatif pemberian layanan kepada orang muda yang membutuhkan. Jadi, walaupun tidak bisa dilayani dalam PKPR, remaja yang membutuhkan kondom dan pengobatan IMS tetap dapat mengakses layanan di Puskesmas. Namun demikian, kami menyadari bahwa pengaturan ini dilakukan secara di tingkat Puskesmas untuk berkoordinasi secara horizontal diantara berbagai program vertikal di Puskesmas; dan belum bisa ditetapkan dalam kebijakan khusus. Staff Puskesmas yang bertatap muka dengan pasien memainkan peran penting dalam menilai kebutuhan ini dan yang memulai sinkronisasi penyediaan layanan.

2. Menjangkau penduduk muda

Jika kebijakan dan program untuk orang muda telah ditetapkan dan dianggarkan, seperti yang sudah dilakukan di banyak tempat, tentunya kita mengharapkan supaya sebanyak mungkin orang muda yang membutuhkan bisa memanfaatkan ketersediaan layanan ini.

²⁴ Orang muda tidak mengakses layanan karena: (1) tidak mengetahui mereka memiliki masalah, (2) tidak mengetahui adanya fasilitas layanan yang mereka butuhkan, (3) mengetahui adanya fasilitas tapi tidak mengetahui bagaimana mengaksesnya, (4) mengetahui fasilitas dan bagaimana mengaksesnya tetapi mereka tidak mau.

²⁵ Undang-undang No. 52/2009 tentang PerkembangannKependudukan dan Pembangunan Keluarga

Seperti yang sudah disebutkan dalam bab sebelumnya, ternyata tidak semua lokasi yang ditunjuk untuk memberikan layanan bisa memaksimalkannya, bahkan ada yang benar-benar tidak bisa memberikan layanan tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa utilisasi layanan memang masih rendah. Kebanyakan PKPR hanya melakukan pemberian informasi, disamping layanan konseling yang tidak terlalu banyak.

Di sisi lain, pada populasi kunci, penjangkauan kepada yang muda secara signifikan lebih sedikit dibandingkan populasi kunci yang lebih tua. Banyak pekerja seks (perempuan, laki-laki dan waria) sangat tergantung pada mami untuk mendapatkan layanan. Pekerja seks muda menghadapi beban ganda dalam memperjuangkan kebutuhan ini karena kurangnya pengetahuan dan kekuatan. Penasun muda bahkan lebih cenderung untuk tidak mengakses layanan karena pengetahuan, akses ijin, stigma dan ancaman lain dari berbagai pihak seperti polisi, penyedia layanan, teman sebaya yang lebih tua, dsb.

Menjangkau orang muda adalah bagian dalam perluasan layanan kesehatan terkait HIV yang mengintegrasikan pengelolaan HIV kedalam sistem layanan kesehatan publik. Sebagaimana yang telah ditentukan dalam SRAN 2010-2014, sebagai dokumen induk dari dokumen ini, perluasan dan pemeliharaan mutu program mengandalkan pengembangan kerangka kerja *continuum of care* didukung sistem rujukan yang kuat, sehingga sektor-sektor di tingkat kabupaten/kota, dengan dukungan dari tingkat provinsi, dapat mengelola pemberian perawatan, dukungan dan pengobatan (PDP) sesuai dengan kondisinya. Koordinasi yang kuat antar sektor, tidak hanya sektor kesehatan, tetapi juga sistem komunitasnya, dibutuhkan untuk meningkatkan sistem pendukung, termasuk dukungan untuk nutrisi dan kegiatan komunitas lain juga upaya-upaya untuk mengatasi dampak psikososial dan sosial ekonomi untuk anak yang terinfeksi dan terdampak HIV dan AIDS. Penguatan lembaga untuk sektor pemerintah, masyarakat atau sektor swasta untuk kepentingan kemitraan, akan sangat bermanfaat.

3. Informasi strategis

Fakta bahwa HIV dan AIDS sama halnya dengan program anti narkoba adalah salah satu prioritas pada isu pembangunan di seluruh dunia, dan hal ini terjadi di semua tingkatan di Indonesia, banyak pengambil keputusan mengakui pentingnya program untuk orang muda serta mendukung pelaksanaannya. Namun hal ini bukan berarti bahwa mereka punya persepsi yang sama mengenai cara pandang dan cara melaksanakan program pencegahan yang efektif maupun PDP. Banyak pengambil kebijakan cenderung melihat isu orang muda lebih dari perspektif moral daripada kesehatan umum, dan tidak percaya bahwa orang muda harus menjadi bagian dari solusi. Program yang dikembangkan jarang mempertimbangkan pandangan orang muda bahkan ketika proses pengembangan diakui menggunakan konsep partisipasi orang muda. Kemitraan antara orang muda dan orang dewasa untuk membangun program yang efektif sulit untuk dicapai. Akibatnya, program ramah orang muda yang diharapkan terwujud, malah berakhir sebagai program yang tidak

ramah orang muda. Hal ini, harus di atasi dengan menggunakan informasi strategis yang memungkinkan pengambil kebijakan mengawasi efektifitas program.

Program yang menysasar penduduk muda perlu diintegrasikan dalam seluruh kerangka kerja monitoring dan evaluasi. Analisis lanjutan dalam analisis data terpilah berdasarkan usia dan jenis kelamin, dan pemetaan yang menangkap distribusi dan dinamika perilaku berisiko penduduk muda harus dikomunikasikan secara rutin dengan penyedia layanan dan pelaksana kegiatan.

4. Keberlanjutan

Dalam konteks pembangunan ekonomi global, dan perubahan pembiayaan program dari dominasi dana luar negeri menjadi dominasi dana dalam negeri pada akhir tahun 2014 sebagaimana ditargetkan dalam SRAN 2010-2014, tantangan terbesar yang dihadapi adalah untuk melanjutkan kinerja yang sudah dicapai dan melanjutkannya dengan sumber daya keuangan yang berbeda. Pada prakteknya, hal ini membutuhkan pendekatan untuk memobilisasi sumber pendanaan dalam negeri serta meningkatkan efektivitas pembiayaan intervensi HIV.

5. Papua dan Papua Barat

Cakupan dan kualitas program HIV di Papua dan Papua Barat akan tetap menjadi tantangan selama target penjangkauan dan penyediaan layanan tidak direncanakan, dilaksanakan dan dimonitor dengan sistematis. Saat ini dimana kebijakan dan rencana program untuk orang muda di sekolah sudah ada, maka tantangan selanjutnya adalah bagaimana memastikan pelaksanaan kebijakan dan program itu secara efektif. Sampai saat ini, UNICEF mendukung Dinas Pendidikan dan Olahraga dalam bentuk dana dan bantuan teknis. Setidaknya, anggaran pemerintah sudah dialokasikan di 4 kabupaten/kota. Untuk memastikan keberlanjutan program, perencanaan dan penganggaran yang sesuai dengan kebutuhan harus dimonitor secara intensif, dan tidak hanya dilakukan di 4 kabupaten/kota pilot ini saja.

Tantangan lain yang juga tampak jelas dimana orang muda di luar sekolah yang jumlahnya lebih dari setengah orang muda di Papua bukan merupakan sasaran program padahal mereka berisiko tinggi terinfeksi HIV melalui perilaku seksual, ditambah dengan penggunaan napza dan alkohol. Diperkirakan ada 300 orang muda di jalanan Wamena tidak terjangkau oleh program, dan belum termasuk orang muda yang hidup di kota lain

Program yang menysasar wanita pekerja seks dan pasangannya telah lama menjadi fokus program baik di Papua maupun di Papua Barat. Namun demikian, tidak ada studi yang bisa memberikan informasi mengenai seberapa efektif pendekatan ini mendukung orang muda, khususnya pekerja seks perempuan usia muda, untuk mendapatkan hak mereka atas kesehatan dan pendidikan. Situasi ini menempatkan orang muda di jalanan baik laki-laki maupun perempuan membutuhkan penanganan yang sistematis.

Pemberian informasi terbukti efektif untuk memperkenalkan orang muda pada layanan. Akan tetapi, media KIE untuk orang muda belum digarap secara serius dalam konteks strategi komunikasi yang melibatkan seluruh pemangku kepentingan dapat melaksanakan peran mereka. Tokoh agama, guru, LSM, Pemerintah, penyedia layanan kesehatan, pihak swasta dan lainnya memegang peran penting dalam intervensi mulai dari perencanaan, koordinasi, penganggaran, monitoring dan supervisi.

Bab 4. Rekomendasi rencana tindak lanjut

Rekomendasi untuk rencana aksi untuk kebutuhan orang muda harus dilihat sebagai bagian dari Strategi dan Rencana Aksi Nasional 2010-2014. Berikut ini adalah beberapa butir pelengkap SRAN dari perspektif orang muda. Pemilihan prioritas geografis akan mengikuti apa yang ada dalam SRAN, dan fokus intervensi adalah untuk mencegah sebanyak mungkin populasi kunci terinfeksi HIV dalam rangka menekan epidemi HIV pada akhir tahun 2014. Pemilihan dilakukan berdasarkan tingkat epidemi dengan mempertimbangkan perkiraan jumlah populasi kunci, beban HIV dan AIDS, juga dukungan dari pemerintah lokal.

1. Meningkatkan layanan di tingkat lokal

Jika kebijakan yang menghambat mutu layanan untuk orang muda dikarenakan oleh upaya penegakan hukum²⁶, maka mengubah hukum adalah salah satu cara untuk membuat hukum tidak lagi menghambat. Namun demikian, mengubah hukum akan memakan waktu lebih lama daripada masa pelaksanaan RAN ini. Oleh sebab itu, fokus dari rekomendasi adalah advokasi intensif kepada sektor-sektor yang sudah bekerja dengan orang muda, terutama mereka yang rentan terinfeksi HIV dan AIDS untuk memaksimalkan pelaksanaan programnya. Sementara itu upaya mengadvokasi perubahan hukum tetap berjalan.

Adapun, seperti telah disebutkan pada Bab 1, sektor yang diharapkan dapat mengoptimalkan cakupan dan mutu program, serta koordinasi antar sektor adalah, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Kemnakertrans, Kemdikbud, Kementerian agama, Kemeneg PP&PA, dan lainnya. Koordinasi untuk harmonisasi program melalui partisipasi aktif seluruh pemangku kepentingan adalah dalam: (1) mengembangkan dan melaksanakan fungsi monitoring dan evaluasi, dan (2) memperbaharui status pelaksanaan program melalui masukan dari informasi strategis. Upaya ini membutuhkan keterlibatan seluruh pemangku kepentingan terkait, termasuk mitra internasional dan nasional yang diharapkan dapat memasukkan kegiatan bantuan teknis ini dalam agenda mereka.

Pembelajaran dari praktek yang baik di lapangan, menunjukkan bahwa kita selalu bisa bekerja dengan orang-orang di tingkat lokal, khususnya pada era desentralisasi ini. Dimulai dari program-program yang sudah ada di Puskesmas, kemudian meningkatkan keterkaitan antar berbagai program tersebut dengan bantuan petugas puskesmas. Hal ini karena kita perlu memperhatikan keberlangsungan program, termasuk orang-orang yang mengerjakan maupun memastikan dukungannya. Beberapa Puskesmas yang sudah menjalankan program-program yang berbeda, seperti PKPR, Harm Reduction, dan pengobatan IMS ternyata mampu mengelola dengan baik, secara vertikal maupun horizontal, sehingga mampu menyediakan fasilitas, layanan dan kebutuhan pelengkap yang dibutuhkan oleh pasien. Dengan menggunakan teknik ini, terutama pada populasi kunci muda, atau orang muda yang melakukan hubungan seks sebelum menikah, menggunakan obat terlarang, atau

²⁶ Undang-undang No. 52/2009

memiliki masalah ketergantungan, Puskesmas dapat menyediakan akses layanannya. Untuk mendapatkan gambaran tentang bagaimana staff Puskesmas mengatasi tantangan ini, yang ternyata cukup bervariasi antar Puskesmas, diperlukan sebuah proses dokumentasi pembelajaran praktek yang baik pada area pembelajaran yang berbeda sebagai bagian dari cara memperoleh informasi strategis untuk meningkatkan akses orang muda.

2. Mengintegrasikan program orang muda pada program yang sudah ada

Penjangkauan seluruh populasi kunci muda adalah strategi utama untuk menghentikan epidemi, untuk mencegah sebanyak mungkin infeksi HIV baru diantara mereka, dan pada gilirannya, pada pasangan seksual mereka dan bayi. Orang muda sudah menjadi bagian dari program secara keseluruhan, tetapi jelas membutuhkan perhatian khusus untuk memastikan semua orang muda dapat akses ke program. Hanya dengan memberikan perhatian pada kebutuhan orang muda, khususnya mereka yang karena perilakunya menjadi lebih berisiko terinfeksi HIV dibandingkan rekan yang lebih tua. Dengan demikian, kita bisa menekan prevalensi HIV pada yang muda agar tetap lebih rendah dari yang lebih tua, pada masing-masing populasi. Berjalannya program yang efektif untuk mencegah infeksi baru pada orang muda, atau “pendatang” baru dari kalangan pekerja seks dan penasun, merupakan sebuah tanda yang baik bahwa secara keseluruhan program berhasil mengendalikan epidemi ini.

Mengintegrasikan program orang muda ke dalam program yang sudah ada artinya:

1. Secara sistematis, melatih pendidik sebaya muda dari populasi kunci (pekerja seks, penasun, LSL);
2. Mendorong pelaksana program untuk mengembangkan program yang spesifik orang muda, seperti memfasilitasi orang muda untuk mendapatkan akses pendidikan dan berada di lingkungan yang lebih baik sebagai anak yang haknya perlu dilindungi;
3. Memfasilitasi populasi kunci muda untuk secara aktif terlibat dalam forum orang muda, baik di tingkat lokal, nasional maupun regional sebagai salah satu cara untuk menarik lebih banyak orang memahami perspektif orang muda, memobilisasi sumber-sumber daya, dan memberdayakan peran mereka dalam memberikan kontribusi yang lebih berarti bagi penurunan epidemi;
4. Mengembangkan jaringan sosial untuk orang muda dan berbagi informasi yang jujur dan benar tentang seksualitas dan hak kesehatan reproduksi.

Juga sangat penting mengembangkan kemitraan antar sektor pemerintah dan non pemerintah, termasuk sektor swasta, untuk penanggulangan masalah orang muda yang lebih baik. Kelompok kerja orang muda dibutuhkan di setiap Kota/Kabupaten dengan Komisi Penanggulangan Aids Kabupaten/Kota sebagai pemimpin. Tujuan dari kelompok kerja orang muda adalah 1) memastikan setiap orang muda di jangkau oleh program yang efektif, dalam sekolah, luar sekolah, di jalanan dan orang muda rentan lainnya, 2) memastikan orang muda berisiko mendapatkan akses terhadap layanan kesehatan, 3) memfasilitasi pengembangan

atau penguatan forum orang muda dalam isu kesehatan reproduksi dan haknya serta HIV dan AIDS.

3. Meningkatkan informasi strategis

Ketersediaan informasi strategis adalah salah satu prasyarat dalam pelaksanaan program yang efektif. Hal ini ditekankan dengan jelas dalam SRAN. Informasi strategis secara spesifik dibutuhkan untuk memastikan program orang muda terintegrasi dengan program yang sudah ada, adalah untuk (1) meningkatkan jaminan mutu, (2) memastikan analisis data terpilah berdasarkan jenis kelamin dan usia di tingkat nasional, termasuk yang mendukung laporan kemajuan MDGs, (3) mendorong para peneliti untuk mengembangkan proposal penelitian yang bermutu, dan (4) memastikan monitoring dan evaluasi dilaksanakan di tingkat lokal untuk mendorong para pelaksana program membuat penyesuaian dalam pemberian layanan sesegera mungkin.

Sehubungan dengan sistem jaminan kualitas untuk intervensi, sangat penting mengembangkan instrumen yang mudah digunakan oleh masyarakat dan sektor swasta sebagai pelengkap untuk instrumen yang sudah dipakai di sektor pemerintah melalui dukungan dari LSM internasional (Seperti HCPI, FHI, UN Families) dan juga termasuk dukungan pengawasan pada pelaksana program. Untuk mendukung usaha ini, kemitraan antara pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat sipil perlu di dorong oleh Komisi Penanggulangan AIDS di semua tingkatan.

Di tingkat lokal, sangat penting memastikan tingkat propinsi memiliki kapasitas melaksanakan pemetaan dan memperkirakan jumlah orang muda berisiko – idealnya juga dilakukan di tingkat Kabupaten/Kota. Akan lebih bermanfaat jika kegiatan ini bisa dilaksanakan dengan menggunakan anggaran daerah.

4. Meningkatkan keberlanjutan program

Rekomendasi yang disebutkan dalam bagian ini, sekali lagi, adalah pelengkap dari SRAN dan dokumen lain untuk memastikan keberlanjutan program. Program orang muda dilihat oleh banyak pengambil kebijakan sebagai investasi strategis. Hal ini merupakan sebuah keuntungan dalam mengadvokasi yang bertujuan untuk perencanaan dan penganggaran, khususnya pada anggaran pemerintah.

Mengacu pada situasi keuangan global untuk HIV dan AIDS yang cenderung terus turun, serta upaya sistematis untuk meningkatkan anggaran domestik pada tingkat nasional dan daerah harus berjalan, rekomendasi untuk bagian ini adalah membuat daftar program HIV untuk orang muda di tingkat lokal, yang dilengkapi dengan anggaran pada setiap program yang ditawarkan, kepada pengambil kebijakan dalam siklus anggaran pemerintah. Hal ini sejalan dengan *exit strategy* yang diajukan kepada tingkat daerah untuk secara bertahap menurunkan dukungan Global Fund kepada Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Untuk mendukung rekomendasi diatas, diperlukan keterlibatan yang proaktif dari pelaksana program remaja, kepada mitra-mitra yang ada, khususnya kementerian, termasuk dinas-dinas di provinsi dan kabupaten/kota. Pelaksana program perlu menyediakan informasi lengkap yang dibutuhkan dinas-dinas agar program orang muda yang ditawarkan adalah bagian dari mandat masing-masing dinas untuk mengendalikan epidemi HIV dan AIDS.

Sektor swasta, sampai sekarang, adalah sumber potensial untuk mendukung program orang muda terkait HIV dan AIDS. Koordinasi erat serta pemberian informasi komprehensif kepada perusahaan sangat penting. Informasi yang dimaksud adalah, tentang dampak dari pembangunan pada orang muda dan epidemi secara keseluruhan. Informasi akan lebih bermakna bila disesuaikan dengan bentuk pembangunan/usaha perusahaan ini, misalnya pertambangan, konstruksi, perkebunan, transportasi dan lainnya. Dalam melakukan hal ini, sektor pemerintah terkait harus mengambil peran sebagai pemimpin.

5. Papua dan Papua Barat

Tidak berbeda jauh dari provinsi lain di Indonesia, Papua dan Papua Barat juga membutuhkan peningkatan jumlah anggaran daerah untuk program HIV. Perbedaannya adalah urgensinya dimana orang muda di Provinsi Papua dan Papua Barat menunjukkan perilaku berisiko lebih tinggi dibandingkan Provinsi lain. Akibatnya, mortalitas dan morbiditas lebih tinggi, sehingga membutuhkan respon cepat, tidak hanya di dataran yang mudah dicapai, tetapi juga di wilayah terpencil, yang membutuhkan perhatian dikarenakan situasi epidemi HIV dan AIDS yang sudah genting. Karakteristik topografi ini menyebabkan biaya pengelolaan untuk menyediakan layanan yang berkualitas dan tepat waktu menjadi berlipat ganda. Merespon situasi ini, anggaran untuk HIV dan AIDS sudah tersedia. Otonomi khusus memungkinkan Papua dan Papua Barat untuk menanggapi masalah terkait HIV dan AIDS, juga masalah-masalah lainnya. Namun demikian, pemanfaatan anggaran secara efektif dan tepat waktu masih menjadi tantangan. Untuk itu dibutuhkan monitoring serta bantuan teknis, baik dari tingkat provinsi ataupun dari lembaga lain yang menyediakan.

Terkait dengan isu perencanaan dan penganggaran, perhatian untuk orang muda di luar sekolah penting untuk diangkat supaya masing-masing SKPD seperti Dinas Sosial yang memiliki mandat untuk mengelola program untuk anak jalanan memiliki akses untuk menerima anggaran pemerintah lokal. Pembelajaran dari praktek yang baik menunjukkan bahwa kerjasama dengan LSM lokal untuk menjangkau orang muda di jalanan, adalah kunci untuk mendapatkan program yang efektif.

Berbagai kajian, ataupun kajian sitematik dibutuhkan untuk menjawab apakah program HIV pada WPS dan pelanggannya sudah efektif dari perspektif orang muda, dan apakah praktek program sudah sejalan dengan undang-undang perlindungan hukum dan hak-hak anak.

Penting sekali untuk meningkatkan dukungan teknis yang intensif maupun koordinasi antar sektor, secara horizontal dan vertikal. Dukungan ini harus melibatkan koordinasi di tingkat nasional, seperti kelompok kerja Papua.

Bab 5. Prinsip – prinsip penanggulangan HIV dan AIDS pada penduduk muda

Seluruh prinsip-prinsip dalam SRAN menjadi acuan dasar dalam dokumen ini. Ada 5 hal penting untuk rencana aksi program orang muda, yaitu:

1. Menghormati hak asasi manusia dan kesetaraan jender

Program yang menysasar orang muda harus mengenal hubungan yang erat antara HIV dan AIDS dengan hak asasi manusia. Oleh karenanya, orang muda berhak diperlakukan dengan hormat dan inklusif. Sebagai warga Negara Indonesia mereka memiliki hak-hak konstitusional yang sama; dan bahwa pendekatan yang sensitif gender tanpa memperhatikan jenis kelamin dan orientasi seks adalah hal yang mendasari program orang muda.

Program harus memberikan kesempatan yang setara untuk laki-laki, perempuan dan waria muda untuk mendapatkan pendidikan, kesehatan dan keamanan sosial, termasuk orang muda yang berkebutuhan khusus. Seluruh orang muda di Indonesia tanpa memandang suku bangsa berhak berpartisipasi dalam kegiatan.

2. Mengintegrasikan isu orang muda ke dalam program pembangunan nasional di semua tingkatan

Karena orang muda yang secara alami berada pada usia yang rentan dalam kondisi fisik, psikologis dan sosial ekonomi mereka, maka orang muda berhak untuk menerima pendekatan yang sistematis untuk mencegah mereka dari masalah seperti, IMS, diperdagangkan dan dieksploitasi, kehamilan tidak diinginkan dan aborsi tidak aman, ketergantungan maupun diperlakukan tidak adil. Juga sangat penting, orang muda mengembangkan rasa tanggung jawab, dan punya bekal pengetahuan serta keterampilan hidup yang cukup agar bisa melindungi diri dari perilaku yang membahayakan ataupun dihindarkan dari lingkungan yang buruk. Kondisi ini punya implikasi bahwa intervensi yang sistematis harus diintegrasikan dalam program pembangunan nasional, dan kemudian dibuatkan kebijakan serta program-programnya supaya bisa dilaksanakan oleh pemerintah dan masyarakat di tingkat nasional dan daerah.

3. Pendekatan yang komprehensif, sistematis dan holistik.

Konsep *continuum of care* dalam penyediaan layanan kesehatan diberikan kepada semua orang berapapun usianya. Sayangnya, diskriminasi terhadap akses layanan masih sering terjadi. Karena alasan inilah, perlu ada usaha keras untuk mengembangkan pendekatan yang komprehensif yang terencana secara sistematis dengan dukungan dari tenaga ahli.

Layanan ramah remaja harus dipahami tidak hanya oleh pembuat program tetapi juga oleh penyedia layanan dan pengguna layanan.²⁷

4. Mendorong partisipasi aktif dari penduduk muda dan orang muda yang hidup dengan HIV

Upaya terencana dan sistematis untuk memastikan partisipasi orang muda dan ODHA harus ditempatkan dalam setiap tingkatan implementasi program. Hal ini dilakukan untuk memfasilitasi pengembangan kepercayaan diri dan pemberdayaan orang muda seiring dengan semakin aktifnya orang muda, dan terus memberikan kontribusi yang berarti. Rasa memiliki, tanggungjawab, komitmen, dan pengembangan program untuk memenuhi kebutuhan mereka adalah tujuan lain yang bisa dicapai. Terakhir, seperti yang disebutkan dalam analisis tantangan, bahwa ada kekurangan sumber daya manusia, maka ini adalah salah satu cara untuk menghasilkan sumber daya manusia yang lebih berpengalaman, memiliki pengetahuan dan keterampilan yang pada akhirnya akan memimpin upaya penanggulangan HIV dan AIDS ini.

5. Proses yang Memberdayakan

Penting sekali untuk memenuhi kebutuhan sosial ekonomi dasar untuk orang muda agar bisa berperan aktif dalam segala hal bentuk produksi. Keterampilan hidup harus dimiliki orang muda untuk mencapai hidup yang bermutu terkait status psikis, sosial dan ekonomi. Kurangnya keterampilan hidup adalah alasan paling kuat bagi orang muda menjadi pekerja seks, pengguna narkoba atau situasi lain yang mengeksploitasi mereka. Keterampilan hidup meliputi tingkat pendidikan (formal, informal dan nonformal), keterpaparan pada lingkungan yang positif dan mendukung, dukungan sosial ekonomi, dan ketersediaan dukungan psikososial kapanpun mereka membutuhkan.

²⁷ Balitbangkes, Kemkes, melakukan studi ekstensif untuk mendukung pentingnya pendekatan holistik. Hasilnya adalah diperolehnya model layanan orang muda yang terdiri dari 5 subsistem: (1) Pemerintah (pendanaan, kebijakan, program dan intervensi), (2) LSM (layanan yang sesuai dan dibutuhkan, seperti waktu konseling), (3) masyarakat (persepsi dan respon), (4) keluarga (masalah diatasi oleh seluruh keluarga yang akan mempengaruhi anak baik langsung ataupun tidak langsung), (5) orang muda (tingkat kesejahteraan kesehatan fisik, psikis dan sosial).

Bab 6. Pengelolaan pelaksanaan

1. Cakupan kerja

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, dokumen ini merupakan dokumen pelengkap dari Strategi dan Rencana Nasional 2010-2014 (SRAN). SRAN dikembangkan berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), yang juga sesuai dengan peraturan terkait seperti Peraturan Presiden No.3/2010.

Area rencana aksi untuk orang muda berdasarkan SRAN adalah: Pencegahan, CST, mitigasi dampak dan lingkungan yang mendukung.

Khusus untuk orang muda difokuskan untuk (1) memaksimalkan upaya pencegahan, dan (2) mengintegrasikan program orang muda ke dalam upaya yang ekstensif untuk membangun *continuum of care*.

Dalam penekanan upaya pencegahan, selain program efektif berbasis bukti yang harus dilaksanakan di 33 Provinsi, komunikasi adalah strategi utama untuk memastikan orang muda (1) menerima informasi komprehensif tentang IMS, HIV dan AIDS, dan yang terkait dengan napza, (2) memiliki pengetahuan tentang di mana orang muda bisa mendapatkan informasi dan layanan termasuk konseling dan layanan kesehatan, (3) mendorong keterlibatan aktif dalam menyediakan informasi dan layanan terkait seksualitas dan hak kesehatan reproduksi untuk orang muda sebagai individu maupun untuk menyebarkan informasi kepada teman sebaya.

2. Kelompok sasaran

Dokumen ini menyoal 3 kelompok: primer, sekunder dan tertier. Seluruh orang muda yang berusia 15-24 tahun adalah kelompok primer. Orang tua, guru, mami, pasangan, teman sebaya, pendamping, dll, dan semua orang yang dekat dengan orang muda dan memiliki akses untuk berkomunikasi dengan orang muda adalah kelompok sasaran sekunder. Pengambil kebijakan, orang yang dapat mendukung program, dan orang-orang yang secara langsung berpengaruh pada orang muda dalam konteks sosial adalah kelompok tertier.

Orang muda pada populasi umum: Kesehatan dan hak seksualitas dan reproduksi serta pendidikan keterampilan hidup adalah dua kebutuhan mendasar untuk seluruh orang muda untuk mengurangi kerentanannya yang banyak dialami orang muda yang berada dalam periode perkembangannya. Orang muda pada populasi umum pada dasarnya bisa dijangkau melalui media masa, televisi, radio, jejaring sosial, organisasi masyarakat, sekolah, klub *hobby*, olahraga dsb.

Orang muda berisiko: dua alasan utama orang muda terinfeksi HIV adalah, karena hubungan seksual tanpa memakai kondom dan menggunakan alat suntik tidak steril. Disamping dua perilaku tersebut, orang muda juga berisiko menjadi korban eksploitasi seksual. Secara spesifik, orang muda berisiko adalah: pekerja seks muda (perempuan, laki-

laki dan waria), orang muda yang menjadi pelanggan pekerja seks, orang muda yang menyuntik napza, laki-laki muda yang berhubungan seks dengan laki-laki lainnya, orang muda yang ada di penjara, dan orang muda yang memiliki pasangan ODHA.

Orang dewasa: program orang muda memperhitungkan semua orang yang akan membuat program efektif. Orang dewasa adalah bagian dari perencanaan, pelaksanaan dan monitoring program. Kemitraan orang dewasa dan orang muda adalah komponen penting. Orang dewasa termasuk pengambil kebijakan, pendidik, penyedia layanan, petugas penjangkau, mami/mucikari, dan banyak lagi.

Bab 7. Rencana aksi nasional penanggulangan HIV dan AIDS pada orang muda berisiko

Tujuan Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV 2010-2014 adalah untuk mencegah dan menurunkan penularan infeksi HIV; meningkatkan kualitas hidup orang dengan HIV; dan untuk menurunkan dampak sosial ekonomi akibat AIDS baik untuk individu, dan masyarakat, sementara menjaga sumber daya manusia yang produktif dan berharga.

Tujuan:

1. Meningkatkan upaya pencegahan HIV dan AIDS pada semua populasi kunci.
2. Menyediakan dan meningkatkan pelayanan perawatan, dukungan dan pengobatan yang bermutu, terjangkau dan bersahabat;
3. Meningkatkan akses dan dukungan sosial ekonomi bagi anak dan keluarga terdampak, serta ODHA yang miskin;
4. Menciptakan dan memperluas lingkungan kondusif yang memberdayakan masyarakat sipil untuk berperan secara bermakna, sehingga stigma dan diskriminasi terhadap populasi kunci, ODHA dan orang-orang yang terdampak oleh HIV dan AIDS berkurang. Hal ini termasuk pengembangan kebijakan, koordinasi program, manajemen, monitoring dan evaluasi termasuk pemantauan epidemic, perilaku serta riset operasional.

Tujuan khusus untuk penduduk muda adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan program pencegahan dan pengurangan risiko untuk kerentanan penduduk muda terinfeksi HIV.
2. Meningkatkan akses informasi, pendidikan dan layanan yang meliputi dukungan untuk melanjutkan pengembangan keterampilan hidup yang disampaikan melalui cara yang ramah orang muda. (sebaiknya juga termasuk pengetahuan kesehatan reproduksi dan kesehatan seksual)
3. Menyediakan layanan perawatan, dukungan dan pengobatan yang berkualitas dan bisa di akses dan sesuai kebutuhan orang muda.
4. Menciptakan dan meningkatkan lingkungan yang mendukung dan bisa memberdayakan orang muda dan masyarakat untuk partisipasi yang lebih berarti.

Untuk mencapai maksud dan tujuan yang telah disebutkan dalam SRAN, terutama untuk orang muda, berikut ini adalah kegiatan yang perlu dilaksanakan:

1. Pemetaan penduduk muda untuk kebutuhan yang lebih besar dalam mengakses layanan terkait HIV

Untuk membuat penanggulangan HIV yang efektif, program perlu dirancang sesuai dengan kebutuhan lokal sehingga bisa menjawab kebutuhan orang muda dalam hal akses,

keterjangkauan (*affordability*) dan interkoneksi dengan layanan terkait. Agar program berdampak, penting untuk mengidentifikasi orang-orang yang punya pengaruh untuk menurunkan tingkat risiko orang muda, misalnya yang punya kontak untuk mengubah perilaku berisiko. Pemetaan merupakan salah satu cara untuk mendapatkan informasi untuk hal tersebut.

Kegiatan pemetaan penting untuk mengetahui penyebaran orang muda berisiko dalam wilayah tertentu, karakteristik demografi dan jaringan sosialnya. Dengan kegiatan ini, juga dapat diperoleh informasi mengenai pola komunikasi orang muda, siapa yang mempengaruhi perilaku orang muda, apa saja perilaku berisiko orang muda, dengan siapa orang muda berafiliasi, apa saja saluran media komunikasi yang digunakan orang muda. Kegiatan pemetaan juga bisa mencari informasi sumber daya terdekat di sekitar wilayah tersebut, termasuk *outlet* kondom, klinik, sumber informasi untuk kelengkapan analisis pengembangan program. Dengan menggunakan data ini, analisis dapat mengidentifikasi masalah terkait kesehatan, terutama yang terkait dengan kesehatan dan hak seksual remaja dan reproduksi, serta komplikasi dengan aspek lain seperti aspek hukum dan sosial ekonomi. Pendekatan dengan partisipasi orang muda sangat direkomendasikan.

2. Program orang muda di tingkat individu, masyarakat dan struktural.

Komunikasi perubahan perilaku ditujukan untuk membangun perilaku yang diinginkan yaitu: (1) perilaku mencari informasi dan layanan terkait dengan kesehatan seksual, IMS termasuk HIV dan AIDS, napza dan kecanduan, serta kekerasan berbasis gender; (2) orang muda mempraktekkan perilaku aman, termasuk menunda hubungan seksual pertama kali, dan tidak menggunakan napza dan alkohol, (3) orang muda berisiko mau menggunakan kondom untuk mencegah kehamilan tidak diinginkan dan IMS, serta tidak berbagi alat suntik; (4) orang muda tidak melakukan stigma dan diskriminasi kepada populasi kunci dan ODHA.

Keterlibatan orang muda dalam mengembangkan strategi komunikasi penting karena orang muda: (1) memiliki cara sendiri dalam memahami informasi, (2) menggunakan saluran tertentu yang mungkin berbeda dengan orang muda pada zaman yang lain, (3) memiliki persepsi yang berbeda dalam memahami tingkat risiko, (4) mengembangkan pola hubungan khusus dengan berbagai kelompok termasuk teman sebaya. Kebutuhan setiap kelompok usia penting diperhatikan dalam menyusun strategi. Pesan positif perlu diutamakan daripada pesan yang mengintimidasi, menstigma dan mendiskriminasi. Hati-hati dalam memilih istilah, mengantisipasi norma, nilai dan konteks yang berbeda karena pada akhirnya tidak hanya orang muda yang menilai pesan tersebut.

Seluruh pesan yang disampaikan bukan hanya sekedar menyediakan informasi kepada orang muda, tetapi juga untuk meningkatkan pengetahuan berbagai pihak supaya yang kemudian dapat menciptakan dialog yang konstruktif dengan orang muda.

Untuk membedakan sasaran orang muda, dokumen ini membedakan orang muda pada populasi umum” dan “orang muda berisiko terinfeksi HIV”. Pada prakteknya, dua kategori orang muda tersebut tidak selalu terpisah. Orang muda berisiko adalah juga bagian dari

orang muda pada populasi umum; sementara orang muda pada populasi umum bisa terpapar faktor-faktor yang membuat mereka berisiko tinggi terinfeksi HIV. (karena bukan orangnya yang berisiko tetapi perilakunya)

Mengingat karakteristik penduduk muda yang sedang dalam proses perkembangan pesat dalam hal fisik, mental dan intelektual, maka kerentanan yang terkait dengan kesehatan seksualitas dan reproduksi merupakan masalah yang biasa ditemukan dalam orang dengan tahapan perkembangan tersebut. Upaya untuk memahami kerentanan mereka ini sangat penting, supaya bisa membantu mereka melewati periode ini dengan baik tanpa hambatan yang berarti, atau untuk mengetahui lebih jauh layanan yang mereka butuhkan.

Berikut ini adalah diskusi mengenai analisis perilaku, pesan kunci, dan analisis saluran komunikasi untuk orang muda rentan dan orang muda berisiko. Seperti yang telah disebutkan diatas, bahwa program yang komprehensif hanya berhasil jika dengan keterlibatan orang-orang yang punya peran penting dari lingkungan terdekat orang muda termasuk orang-orang yang membuat keputusan untuk program orang muda. Mobilisasi masyarakat maupun kegiatan advokasi untuk mendukung komunikasi perubahan perilaku akan dibahas pula berikut ini.

A. Orang muda rentan

A.1. Analisis perilaku

Kebanyakan orang muda rentan karena:

- Kurangnya informasi kesehatan seksual dan reproduksi serta tempat untuk mendapatkan informasi serta konseling dan layanan kesehatan.
- Perilaku seksual
- Praktek-praktek stigma dan diskriminasi baik kepada dirinya maupun orang lain yang berperilaku menggunakan napza dan alkohol, aktif secara seksual dan HIV positif.

A.2. Pesan kunci

Pesan-pesan yang bisa diberikan pada orang muda rentan adalah untuk membangun dan memelihara perilaku yang aman, yaitu:

- Tidak melakukan hubungan seksual (aktifitas penetratif) untuk mencegah kehamilan dan IMS.
- Tidak menilai orang dari penampilan karena kita tidak tahu status IMS atau HIV seseorang hanya dengan melihat penampilan.
- Memahami cara-cara mencegah kehamilan dan mencegah tertular IMS dan HIV.
- Meningkatkan aspirasi terhadap pendidikan dan keterampilan hidup yang lebih tinggi.
- Hak untuk mendapatkan layanan kesehatan, untuk mendapatkan kegiatan yang produktif, dan mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan mereka.

- Menjadi orang muda yang bertanggung jawab terhadap kesehatannya, sekarang, besok dan selamanya; terus cari informasi yang benar dan dapat di percaya untuk kesehatan.
- Jangan pernah membiarkan orang lain menyentuh bagian tubuh kita; tidak ada seorang pun yang pantas diperlakukan kasar ataupun dipaksa.
- Menjadi assertif!; pahami yang terbaik untuk dirimu, pahami hak-hakmu.

A.3. Analisis saluran komunikasi

Pada umumnya, orang muda di sekolah berafiliasi dengan kelompoknya seperti OSIS, PMR, UKS, Rohis, PIK-KRR; dan orang muda di luar sekolah berafiliasi dengan kelompoknya di Karang Taruna, Serikat Pekerja, organisasi keagamaan. Orang muda juga dapat ditemui di sekolah, tempat kerja, terminal, stasiun kereta, rumah singgah, panti-panti dan tempat lainnya. Perilaku mereka dipengaruhi oleh guru, ketua kelompok, temannya yang lebih tua, teman sebaya, dan orang-orang yang secara khusus menjangkau mereka, baik dari kelompok agama, pekerja sosial atau kelompok lain di masyarakat.

Mempelajari dengan siapa orang muda berafiliasi, bisa digunakan untuk menjajaki kelompok tersebut sebagai saluran komunikasi. Contohnya, seperti pendidik sebaya, kader, relawan dan juga jika ada *youth centre*. Upaya komunikasi melalui jalur ini bisa dikombinasikan dengan komunikasi massa, seperti menggunakan media sosial elektronik dan teknologi informasi seperti televisi, radio, internet, hand phone melalui SMS.

Untuk orang muda di jalanan, pasar, tempat nongkrong lain, bisa dijangkau dengan menggunakan media KIE cetak, komunikasi interpersonal dan konseling individu atau kelompok. Kebanyakan dari mereka merujuk pendapat mereka pada teman sebayanya dan ketua kelompok, dan jika ada, juga pada petugas lapangan yang bisa menjangkau mereka dan menyediakan informasi untuk mereka.

Khusus di tempat kerja, manajemen organisasi biasanya HRD dan supervisor adalah saluran yang sangat penting. Media KIE, komunikasi interpersonal dan konseling individu atau kelompok juga dibutuhkan. Penting juga untuk melibatkan teman sebaya dan pengurus serikat pekerja dalam prosesnya.

Media KIE khusus dibutuhkan oleh orang muda berkebutuhan khusus (difable). Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan telah mengembangkan modul untuk orang muda yang buta dan tuli.²⁸

²⁸ Dengan dukungan dari World Population Fund (WPF)

B. Orang muda berisiko

B.1. Analisis perilaku

Orang muda berisiko terdiri dari penasun, LSL, pekerja seks (perempuan, laki-laki, waria), dan orang muda yang aktif secara seksual dengan lebih dari satu pasangan atau dengan pasangan yang sudah IMS atau HIV positif.

Perilaku yang menyebabkan mereka berisiko terinfeksi HIV, adalah:

- Tidak konsisten menggunakan kondom ketika melakukan perilaku seksual berisiko.
- Berbagi alat suntik yang sudah terkontaminasi virus HIV.
- Kurang informasi tentang kesehatan dan hak-hak seksual dan reproduksi, dan tidak tahu dimana tempat untuk mendapatkan informasi, konseling dan layanan kesehatan.
- Kurangnya perilaku untuk mencari pengobatan, termasuk mencari tempat untuk penapisan dan pengobatan IMS, melakukan pemeriksaan IMS rutin, dan mengakses layanan KTS.
- Melakukan stigma dan diskriminasi terhadap dirinya atau orang lain yang menggunakan napza dan alkohol, seksual aktif dan HIV Positif.

B.2. Konteks sosial dan program terkait

Mengenai pesan yang dikembangkan untuk orang muda berisiko tergantung pada perilaku yang meningkatkan risiko. Namun demikian, pesan-pesan untuk orang muda rentan yang telah dipaparkan di atas juga bisa dipakai untuk remaja berisiko. Berikut ini adalah deskripsi pesan kunci yang spesifik untuk orang muda berisiko.

B.2.1. Penasun muda

Seperti telah diidentifikasi, selain berbagi alat suntik, penasun muda dapat terpapar risiko dari perilaku berbagi obat pada *setting* basah, tato/tindik dan perilaku seksual berisiko. Faktor-faktor yang mendorong penasun muda berperilaku berisiko adalah, (1) butuh obat tetapi tidak punya uang, atau tidak bisa menemukan obat di pasar gelap, (2) punya banyak uang untuk membeli obat, (3) kurang informasi, tekanan teman sebaya atau tekanan pasangan. Faktor-faktor yang bisa mengurangi perilaku berisiko adalah, dukungan dari anggota keluarga dan teman dekat, dukungan dari petugas lapangan, akses terhadap jarum dan alat suntik steril dan kondom, dan kebijakan polisi untuk bekerja dengan penasun.

Melalui analisis terhadap konteks sosial penasun muda, kami menemukan bahwa teman sebaya, pasangan (pacar laki-laki/perempuan/atau pasangan intim), orang tua dan anggota keluarga, adalah orang-orang terdekat mereka. Program yang bisa memanfaatkan potensi ini adalah:

1. Pendidik sebaya dan kegiatan di komunitas orang-orang pengguna napza. Pesan kunci adalah informasi terkait kesehatan dasar, HIV dan AIDS. Penjangkauan penasun muda merupakan tujuan pertemuan yang memungkinkan mereka bisa

mendapatkan informasi dan layanan yang disediakan oleh petugas lapangan, staf LSM dan Staff Puskesmas. Kegiatan utama adalah komunikasi interpersonal dan diskusi kelompok dukungan. Kegiatan pendukung lainnya adalah pengembangan materi KIE dan special event.

2. Konseling dan kegiatan kelompok dukungan yang meliputi kegiatan KIE penting untuk melibatkan pasangan dan orangtua atau anggota keluarga dalam proses penyembuhan, diantaranya adalah mendukung penasun untuk menjalani rehabilitasi, mengakses LASS, terapi substitusi oral atau layanan sebagaimana diindikasikan oleh penyedia layanan, seperti TB-HIV dan Hepatitis C.

B.2.2. LSL Muda (termasuk pekerja seks laki-laki)

LSL muda terkena HIV karena perilaku seks anal tanpa pengaman dengan berganti-ganti pasangan. Banyak LSL muda juga menggunakan zat dan obat-obatan seperti alkohol dan ATS. Gaya hidup konsumtif LSL muda juga diidentifikasi memiliki pengaruh terhadap perilaku berisiko seperti mobilitas tinggi, posisi tawar yang rendah untuk menggunakan kondom, tekanan teman sebaya, bahkan kekerasan. LSL muda yang menjual seks, kebanyakan berada di panti pijat, menyatakan sangat tergantung pada manajer, mami dan pelanggan mereka dalam pemakaian kondom.

Teman sebaya dan pasangan adalah orang-orang terdekat LSL muda. Dalam hal ini, pendidik sebaya merupakan saluran utama untuk menjangkau mereka. Program pendidik sebaya di Indonesia diinisiasi oleh LSM. Dengan demikian, sampai sekarang, LSM yang bekerja di bidang penanggulangan AIDS pada LSL masih berperan penting dalam menjangkau LSL. Program penjangkauan LSL meliputi pemberian informasi, konseling dan penyediaan layanan IMS. Jaringan nasional untuk gay, waria dan LSL lainnya (GWL-lna) bekerja erat dengan KPAN untuk membangun sistem yang mendukung program yang menjangkau LSL. Oleh karena itu, pendidik sebaya untuk LSL harus mengintegrasikan orang muda.

Konseling dan kegiatan kelompok dukungan juga dibutuhkan. Kegiatan ini sesuai dengan kebutuhan LSL yang mengalami kekerasan. Stigma dan diskriminasi terhadap LSL di Indonesia masih terjadi. Upaya menghadapi penghapusan stigma dan diskriminasi melalui kegiatan tersebut di atas juga direkomendasikan untuk mitigasi dampak dan mempromosikan perilaku yang lebih positif. Norma-norma dalam lingkaran LSL mungkin tidak selalu mendukung perilaku aman terkait penularan HIV. Oleh karena itu normalisasi intensif untuk pemakaian kondom dan lubrikan juga sangat penting.

B.2.3. Pekerja seks muda (perempuan dan waria)

Pekerja seks perempuan dan waria adalah kelompok yang lebih berisiko terinfeksi HIV karena penggunaan kondom tidak konsisten dan berganti-ganti pasangan seks. Mereka juga seringkali menjadi objek berbagai kekerasan, baik fisik, psikis maupun ekonomi. Diperdagangkan adalah isu pada WPS; sedangkan tidak mendapatkan dukungan keluarga adalah isu pada waria. Penggunaan zat dan obat-obatan terlarang juga biasa terjadi pada pekerja seks perempuan dan waria seperti alkohol dan ATS. Masalah keuangan dan

pendidikan yang rendah adalah faktor penyebab seseorang bekerja di industri seks, sehingga mereka juga memiliki posisi tawar yang rendah dalam menawarkan kondom kepada pelanggannya. Pasangan tetap pekerja seks perempuan dan waria seringkali dilaporkan melakukan eksploitasi keuangan. Mami bisa menjadi mitra yang baik dalam mempromosikan kondom, tetapi pekerja seks kadang-kadang merasakan dukungan mami sebagai salah satu cara mendapatkan keuntungan lebih. Di tempat dimana Satpol PP menggunakan kondom sebagai barang bukti untuk menahan pekerja seks, akses terhadap kondom akan menjadi rendah.

Baik pekerja seks perempuan maupun waria, merasakan pentingnya dukungan mami karena dengan dukungan dari mami, mereka tidak perlu berkonflik dengan mami. Mereka tidak ingin mengalami kekerasan dari Mami, yang juga disampaikan oleh beberapa pekerja seks. Oleh karena itu direkomendasikan untuk selalu melibatkan mami dalam program.

B.2.4. orang muda yang terlibat dalam perilaku seksual berisiko.

Jumlah orang muda yang melakukan hubungan seks sebelum menikah dan hubungan seks dengan pasangan tidak tetap pada populasi umum sudah diketahui dalam berbagai laporan penelitian (lihat bagian analisis situasi). Hubungan seksual beda generasi adalah masalah lain yang harus diatasi untuk mencegah kehamilan tidak diinginkan, IMS dan HIV. Masalah kekerasan terhadap perempuan dan laki-laki juga terkait dengan hal ini. Di sisi lain, sebagian orang muda terlibat dalam penggunaan narkoba atau alkohol tanpa menjadi kecanduan. Meskipun demikian, perilaku penggunaan narkoba ini sering di asosiasikan dengan perilaku seksual berisiko. Banyak orang muda yang melakukan perilaku seksual berisiko dan tidak menjadi bagian dari populasi kunci manapun. Mereka dikategorikan sebagai orang muda pada populasi umum.

Pendekatan yang digambarkan dalam “orang muda rentan” adalah cara komunikasi terbaik. Inilah alasan mengapa pesan yang menasar orang muda pada populasi umum setidaknya harus mencakup IMS, kondom dan obat-obatan, dan layanan terkait informasi dan kesehatan yang tidak menghakimi.

Contoh daftar kegiatan untuk orang muda berisiko dapat dilihat pada **lampiran 2**: daftar contoh kegiatan yang menasar orang muda – penasun, LSL, WPS dan waria. Daftar ini dapat digunakan untuk rujukan dalam perencanaan dan anggaran.

C. Mobilisasi Sosial

C.1. Analisis Perilaku

Mobilisasi sosial ditujukan untuk mengembangkan kemitraan dan aliansi untuk menguatkan pelaksanaan komunikasi dan program yang efektif untuk mencapai hasil yang diharapkan.

Orang dewasa yang berperan penting bagi populasi kunci muda adalah: petugas lapangan, kebanyakan staff LSM termasuk dari organisasi berbasis masyarakat dan organisasi berbasis keagamaan, dan penyedia layanan kesehatan. Dari lembaga apapun mereka, petugas

penjangkauan selalu dibutuhkan. Peran mereka adalah untuk menyediakan informasi, khususnya pada isu-isu kesehatan, termasuk kesehatan seksualitas dan reproduksi, serta HIV dan AIDS. Asistensi untuk mereka adalah membantu komunitas mengorganisir kegiatan, untuk memfasilitasi perluasan penjangkauan, dan merujuk orang muda ke layanan kesehatan. Penyedia layanan kesehatan adalah orang-orang yang dalam prakteknya banyak memberikan layanan informasi dan kesehatan, baik secara perorangan maupun dalam kelompok. Kebanyakan petugas kesehatan adalah dari Puskesmas atau di klinik, tetapi mungkin juga mereka menjangkau populasi kunci melalui klinik *mobile*. Pop kunci itu sendiri mengorganisir diri dan mengadakan hubungan kerja dengan yankes.

Orang dewasa umum bisa ditemukan dimana-mana dan mereka harus mendukung program yang menysasar orang muda, atau setidaknya mereka tidak secara aktif menentang pelaksanaan program. Orang dewasa bisa mengembangkan perilaku seperti: (1) tidak memperhatikan keberbedaan yang mungkin dimiliki orang muda, (2) cenderung mengabaikan perilaku berisiko yang sudah dilakukan orang muda ataupun dukungan yang dibutuhkan dari orang dewasa, (3) tidak bisa mengembangkan komunikasi yang kondusif didasari rasa percaya dan peduli/sayang.

Mobilisasi sosial berarti membuat orang dewasa (1) memahami orang muda dan memerlakukan mereka dengan suportif, (2) dapat mengembangkan komunikasi yang kondusif dengan orang muda, (3) melibatkan orang muda dalam berbagai kegiatan dan membuat pengambilan keputusan yang transparan, (4) berkomitmen membangun hubungan yang saling menghargai dan menghormati.

C.2. Pesan kunci

Contoh pesan kunci untuk orang dewasa adalah sebagai berikut:

- Pendidikan seks untuk orang muda bukan untuk mengajarkan teknik melakukan hubungan seks, atau meningkatkan hubungan seks bagi yang sudah; akan tetapi, pendidikan seks merupakan pemberian informasi dasar supaya orang muda bisa melindungi diri mereka dari risiko perilaku seksual yang tidak dikehendaki.
- Tertarik dan bertanya isu seputar seks adalah wajar untuk orang muda. Jika mereka datang kepada orang dewasa, mereka datang pada orang yang tepat. Jika perlu, rujuklah pada sumber yang bisa memberikan informasi yang benar.
- Untuk memungkinkan orang muda tumbuh dan berkembang dengan percaya diri, menjadi orang muda yang sehat dan bertanggung jawab, mereka perlu dilibatkan secara aktif dalam berbagai program produktif yang mereka sukai.
- Orang muda butuh pertolongan orang dewasa dalam menghadapi masalah. Selalu sediakan waktu untuk mereka dengan cara-cara yang mendukung. Orang dewasa tidak selalu memahami cara orang muda menyampaikan pesan. Upayakan untuk lebih memahami orang muda dengan penuh perhatian.

C.3. Analisis saluran komunikasi

Kebanyakan orang dewasa berada di tempat kerja, organisasi dan rumah. Penting untuk memiliki program yang saling mendukung dimana orang dewasa dan orang muda bekerjasama satu sama lain sehingga terbentuk sistem dukungan yang lebih kuat. Beberapa kegiatan bisa dilaksanakan di sekolah, melalui kegiatan orang tua dan siswa, atau di masyarakat untuk masing-masing kelompok, seperti, orang dewasa laki-laki, orang dewasa perempuan, orang muda laki-laki, dan orang muda perempuan, atau memadukan beberapa kelompok sesuai kebutuhan. Media masa selalu baik untuk mendukung apa yang sudah dilakukan secara intensif pada tingkat kelompok.

D. Kegiatan advokasi

Advokasi untuk para pengambil kebijakan khususnya untuk program yang menysasar populasi kunci muda di tingkat lokal diarahkan untuk membangun sistem dukungan yang bisa membuat orang muda mengakses program *Harm Reduction* dan PMTS.

Polisi, Kasat Narkoba, di tingkat daerah harus dipastikan bisa mendukung kegiatan HR. Sebagaimana ada dalam sistem, pergantian staf polisi untuk menangani masalah napza, tidak boleh dilihat sebagai suatu hambatan. Advokasi bisa dilakukan untuk memberi penjelasan dan memberi kembali penjelasan jika perlu, kepada petugas kepolisian tentang informasi program *Harm Reduction* yang harus dilaksanakan dengan manajemen bersama KPA Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan, LSM terkait, juga orang-orang dari komunitas. Hal ini bisa dilakukan dengan cara kunjungan audiensi, atau lokakarya dan pelatihan untuk petugas kepolisian tentang *harm reduction*.

Dalam kaitannya dengan penggunaan obat-obatan, pusat rehabilitasi, atau pemulihan adiksi berbasis masyarakat (PABM) dibutuhkan oleh orang muda yang menggunakan narkoba dan ingin berhenti. Institusi ini dibina antara lain oleh Kemenkes, KPAN, BNN dan Kemensos dan jajaran dibawahnya

Pekerja seks, perempuan, laki-laki dan waria, menyebutkan petugas Satpol PP sebagai target utama advokasi. Semuanya untuk alasan yang sama: menahan mereka dengan kondom sebagai barang bukti, menyebabkan pekerja seks enggan membawa kondom. Dinas Pariwisata secara spesifik disebutkan oleh pekerja seks perempuan dan laki-laki, perlu di advokasi, karena banyak pekerja seks bekerja di tempat hiburan seperti karaoke, bar dan panti pijat. Dinas Pariwisata adalah badan yang memberikan ijin untuk menjalankan bisnis tempat hiburan.

Dengan demikian, untuk koordinasi yang lebih baik antar program HIV dan AIDS secara keseluruhan, Dinkes, Disdik, Dinsos, Dinas Pariwisata, Pol PP dan Polres bersama-sama dengan LSM dan masyarakat, harus bertemu secara rutin, bersama KPA sebagai koordinator untuk mendiskusikan kemajuan dan rencana kegiatan serta kegiatan bersama. Tujuan pertemuan harus disusun secara spesifik sebelum pertemuan dimulai, mencakup integrasi layanan untuk HIV dan AIDS, integrasi layanan PKPR, UKS, HR, IMS, VCT, CST, dan lainnya.

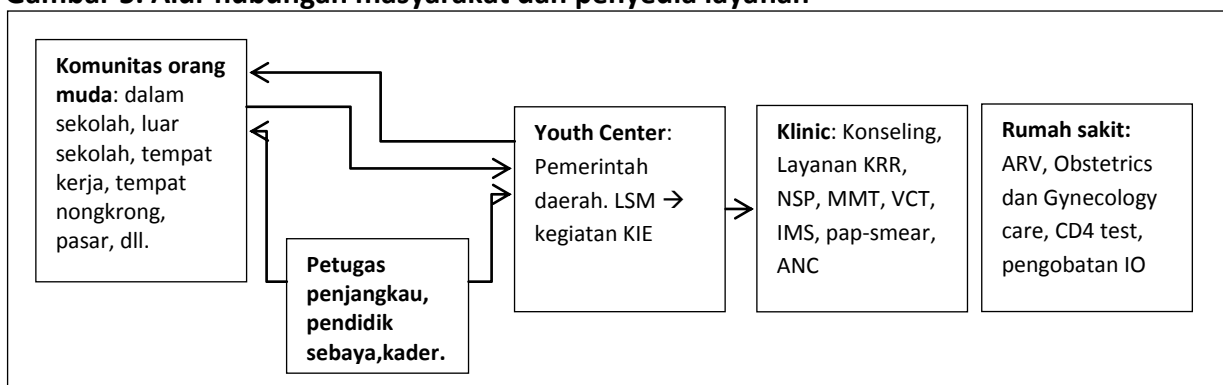
Disamping pertemuan rutin yang melibatkan seluruh pemangku kepentingan, ada pula berbagai satuan tugas khusus atau kelompok kerja harus pula menyelenggarakan pertemuan rutin dipimpin oleh KPA. Pertemuan PMTS adalah salah satu contoh kegiatan koordinasi dalam PMTS Paripurna. Berbagai kelompok kerja teknis dapat sekaligus berfungsi dibawah manajemen KPA. Pokja Remaja, adalah salah satu kelompok kerja yang diharapkan bisa memberikan perhatian lebih pada orang muda di tingkat lokal. Oleh karenanya, direkomendasikan untuk membentuk Pokja ini. Tujuan pokja adalah untuk melakukan pengawasan sistematis dalam melakukan langkah-langkah penting untuk mengintegrasikan program orang muda ke dalam program yang sudah ada dengan menggunakan metode yang direkomendasikan dokumen ini.

Pembelajaran dari praktek yang baik telah dilakukan oleh Puskesmas yang telah menjalankan beberapa program, termasuk PKPR, menunjukkan bahwa sebuah survei sederhana tentang pengetahuan, sikap, dan perilaku orang muda yang telah dilakukan di beberapa lokasi, sudah dapat menghasilkan seperangkat data dan informasi yang cukup meyakinkan untuk menginisiasi kegiatan advokasi. Survei seperti ini dapat dilakukan oleh staf Puskesmas yang didukung oleh LSM, atau bahkan oleh Dinkes, untuk memobilisasi komunitas dimana orang muda banyak bergabung²⁹.

3. Membangun layanan ramah orang muda

Layanan yang komprehensif dan terintegrasi adalah prinsip utama penyediaan layanan untuk orang muda, karena hasil dari upaya pencegahan untuk penduduk muda akan berkontribusi secara signifikan pada penanggulangan HIV dan AIDS secara keseluruhan. Yang ditemukan dalam pembelajaran terbaik adalah, harus ada kombinasi antara sistem layanan yang sudah ada dengan sistem masyarakat yang memungkinkan orang muda berisiko mengakses layanan kesehatan pada setiap tingkat pemberian layanan: “*youth center*”, Puskesmas, rumah sakit daerah, dan lainnya (lihat gambar dibawah ini).

Gambar 5. Alur hubungan masyarakat dan penyedia layanan



Semua yang digambarkan diatas hanya mungkin tercapai jika tersedia sumber daya manusia dan sumber daya keuangan. Hal tersebut membutuhkan komitmen yang besar dari para pengambil kebijakan yang akan membuat kebijakan supaya sumber daya manusia yang

²⁹ Diidentifikasi dalam Lokakarya Penguatan Layanan Ramah Remaja

dibutuhkan tersedia. Selanjutnya bagaimana membangun lingkungan yang mendukung untuk mobilisasi sumber-sumber.

Orang muda cenderung ragu untuk datang ke klinik atau penyedia layanan lain, karena hal tersebut berhubungan dengan “penyakit dan diobati”. Karenanya, pemberian informasi yang disampaikan dengan cara yang ramah sangat penting. *Youth center* bisa berperan sebagai perantara yang menyambungkan orang muda di komunitas dengan penyedia layanan, memfasilitasi orang muda untuk berpartisipasi penuh dalam berbagai kegiatan, terutama dalam pemberian informasi. *Youth center* bisa dibentuk oleh pemerintah seperti yang ada di bawah Dispora atau Dinsos atau yang dibentuk oleh LSM. *Youth centre* di sekolah biasanya ada dalam UKS. Sebagian Puskesmas yang menjalankan program PKPR juga membentuk semacam *youth center* yang menyediakan ruang untuk orang muda melakukan berbagai kegiatan. Rujukan layanan bisa ditawarkan kepada orang muda melalui berbagai kegiatan tersebut. Selanjutnya lihat **lampiran 3**.

Bagaimana memastikan *youth center* memiliki kontak dengan masyarakat biasanya merupakan tantangan yang cukup besar. Tantangan selanjutnya adalah membangun sistem rujukan dengan Puskesmas/klinik yang sudah ada dan bisa menyediakannya dengan cara yang ramah remaja.

Untuk menjawab tantangan pertama, direkomendasikan untuk melibatkan pengambil kebijakan yang berhubungan langsung untuk mengelola forum yang potensial menjadi model *youth center*. Tujuan *youth center* ini adalah untuk mengelola kontak dengan komunitas orang muda baik yang ada di sekolah maupun di luar sekolah, seperti UKS, PMR, Pramuka, Karang Taruna, atau komunitas lain seperti *bikers*, atau komunitas orang muda lainnya yang berpotensi melakukan perilaku seksual berisiko seperti kelompok penasun, pekerja seks, LSL dan waria. Kegiatan tidak selalu membawa berbagai kelompok orang muda pada satu kegiatan tertentu. Beri perhatian khusus untuk tidak mengkombinasikan kegiatan diantara berbagai kelompok orang muda yang berbeda karena stigma dan diskriminasi juga dapat terjadi dalam kelompok atau antar kelompok penduduk muda. Seperti yang di garisbawahi sebelumnya, *youth center* ditujukan untuk membuat kontak dengan orang muda, menawarkan dan menyediakan kegiatan yang menarik bagi orang muda, dan mengundang mereka untuk bertukar informasi. Jika kegiatan ini sudah berjalan, maka jika diperlukan, akan jauh lebih mudah untuk merujuk mereka ke layanan seperti yang ada di Puskesmas, atau ke klinik ramah orang muda lainnya.

Penting untuk diperhatikan bahwa konsep *youth center* yang dimaksud di sini, adalah tidak harus lembaga yang dilengkapi dengan bangunan khusus, ruang fisik dan staff khusus. Memang akan jauh lebih baik jika *youth center* seperti itu bisa diaktualisasikan. Akan tetapi, yang lebih penting adalah *youth center* bisa berupa *youth forum* untuk memastikan pemberian informasi dan ketersediaan layanan untuk orang muda terpenuhi. Seperti yang telah dibahas dalam Bab 2 bahwa media sosial berperan penting untuk mengumpulkan orang muda, dimana media sosial ada dalam posisi untuk menarik perhatian orang muda.

Keuntungan menggunakan media sosial adalah bisa merangkul elemen yang lebih luas dan jumlah orang muda lebih banyak; dan pada waktu yang bersamaan bisa menjangkau segmentasi khusus dari penduduk muda.

Tugas penting kedua, seperti yang telah disebutkan diatas, adalah memastikan layanan siap menerima rujukan dari *youth center* untuk (1) pemberian informasi seputar orang muda, (2) menyediakan konseling, (3) menyediakan layanan kesehatan reproduksi, termasuk rujukan pada program HR, dan (4) rujukan ke rumah sakit daerah. Informasi yang biasanya dibutuhkan oleh orang muda adalah informasi dasar kesehatan dan hak-hak seksual dan reproduksi (menstruasi, kebersihan diri, perilaku seksual, kehamilan, gender dan seksualitas, IMS, HIV dan penggunaan napza), keterampilan hidup (konsep diri, komunikasi asertif, pemecahan masalah, pertemanan, relasi dengan orang tua dan anggota keluarga) dan banyak lagi. Informasi lebih jauh untuk orang muda bisa disediakan secara personal dan sesi konseling atau diskusi kelompok, yaitu kita materi yang lebih sensitif perlu didiskusikan dengan kelompok orang muda tertentu, seperti kehamilan tidak diinginkan, seks dan eksploitasi, kekerasan berbasis gender. Kegiatan komunikasi juga meliputi sesi motivasi. Layanan kesehatan reproduksi meliputi akses terhadap berbagai alat pencegahan dan pengobatan: kondom, NSP, MMT, metode kontrasepsi, penapisan dan pengobatan IMS, KTS, sunat laki-laki, pap-smear, Kesehatan Ibu dan Anak, persalinan, dan rujukan. Untuk mereka yang membutuhkan sistem rujukan: layanan untuk test CD4, ARV, perawatan obstetrics dan gynecology, pengelolaan kehamilan tidak diinginkan, dan pengobatan infeksi oportunistik, perlu untuk disediakan.

4. Membangun lingkungan yang mendukung

Perhatian khusus untuk membangun lingkungan yang kondusif untuk program terkait penduduk muda adalah untuk memastikan terbentuknya keterkaitan antar berbagai sektor tingkat daerah yang punya mandat langsung untuk bekerja dengan orang muda. Untuk itu, perlu dilakukan pemetaan terhadap peran sektor, dan harus melibatkan Bappeda untuk mengidentifikasi apakah program dan kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi dan AIDS sudah ada.

Dengan mengikuti alur proses perencanaan dan penganggaran di tingkat kabupaten/kota dan provinsi, pembahasan mengenai program AIDS difasilitasi oleh KPA, dengan RAD untuk MDGs (Rencana Aksi Daerah untuk percepatan pencapaian MDSs) atau SRAD (Strategi dan Rencana Aksi Daerah Penanggulangan AIDS 2010-2014) dan renstra sektoral (Rencana Strategis sektor) sebagai dokumen dasar. Pembahasan mengenai program orang muda diharapkan diikuti sertakan dalam pertemuan-pertemuan persiapan untuk Musrenbang, baik di tingkat kabupaten/kota, provinsi, maupun nasional. Semuanya menggunakan prinsip yang sama, yaitu, (1) melibatkan seluruh pemangku kepentingan terkait, sektor pemerintah, LSM dan komunitas, (2) dipimpin oleh Bappeda, dan difasilitasi oleh KPA, (3) menggunakan informasi strategis dalam mengembangkan program dan kegiatan dengan cara yang terkoordinasi.

Persiapan pertemuan:

1. Ketersediaan dokumen perencanaan terkait, seperti SRAN, SRAD, RAD (Rencana Aksi Daerah – yang dikeluarkan melalui Pergub), termasuk dokumen ini yang merupakan acuan dengan informasi lebih detail tentang orang muda. Menyediakan berbagai produk hukum seperti UU dan peraturan terkait orang muda juga akan berguna.
2. Analisis situasi kerentanan orang muda terinfeksi HIV dan risiko kesehatan reproduksi di wilayah tertentu (provinsi atau Kota/Kabupaten). Laporan pemetaan situasi orang muda sangat penting
3. Konsep, dalam bentuk *concept note*, mengenai strategi daerah untuk mengatasi masalah orang muda juga penting untuk memulai pembahasan
4. Daftar kebijakan, program dan kegiatan dan sektor yang bertanggung jawab
5. Estimasi biaya/anggaran untuk kegiatan yang diajukan

Selain anggaran dari pemerintah daerah (APBD), kemungkinan anggaran bisa diperoleh dari donor internasional, sektor swasta, penghargaan yang di publikasikan, dan berbagai kegiatan pendanaan lain yang perlu dipetakan. Kemitraan pemerintah dan swasta (*public-private partnership*) sedang populer sekarang ini, dan banyak perusahaan memberikan perhatian besar pada isu orang muda.

Proposal kegiatan yang baik, disertai dengan alasan yang jelas untuk kontribusinya terhadap masalah-masalah global, seperti pencapaian MDGs, akan membantu perusahaan untuk menetapkan perannya dalam memenuhi tujuan CSR (*Corporate Social Responsibility*) perusahaan mereka. Juga strategis menyebutkan rencana strategi nasional/provinsi dan kabupaten/kota, atau program lokal lainnya dalam latar belakang proposal untuk memberikan gambaran yang lebih baik tentang bagaimana kegiatan yang membutuhkan dana ini akan membantu perusahaan mencapai tujuan perusahaan yang lebih tinggi. Informasi berbasis bukti juga diberikan kepada institusi yang memberikan dana (perusahaan, pemerintah, yayasan, dll), maka akan meningkatkan kepemilikan program juga partisipasi aktif mereka. Dalam mengembangkan kegiatan, lebih bijaksana jika kegiatan-kegiatan tersebut memiliki kemungkinan untuk berlanjut lebih lama dalam pandangan komunitas/masyarakat yang dituju, daripada program jangka pendek yang hanya berfokus pada penerima manfaat langsung. Pelatihan guru dan mendampingi guru melatih siswa adalah salah satu contoh yang menjamin program akan berlanjut lebih lama daripada sekedar melatih siswa. Namun demikian, tetap harus dipertimbangkan kelayakan dan kemungkinannya.

Bab 8. Monitoring dan evaluasi

Berdasarkan Strategi dan Rencana Aksi Nasional, kegiatan bagi orang muda adalah sebagai berikut:

1. Pemetaan
2. Komunikasi perubahan perilaku
3. Mobilisasi sosial
4. Advokasi
5. Menyediakan akses layanan, dukungan dan pengobatan yang ramah orang muda
6. Lingkungan yang mendukung

Sasaran yang harus di capai pada akhir 2014:

1. Tercapainya 95% orang muda populasi umum yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV&AIDS.
2. Tercapainya 80% orang muda berisiko yang terjangkau oleh program pencegahan yang efektif
3. Tercapainya 60% penggunaan kondom pada setiap hubungan seks tidak aman dan penggunaan alat suntik steril di kalangan orang muda berisiko
4. Tersedianya pelayanan komprehensif dan terintegrasi serta ramah orang muda
5. Meningkatnya permintaan atas informasi dan pelayanan terkait dengan kesehatan reproduksi terutama IMS, HIV&AIDS, KTD dan aborsi aman dari orang muda
6. Semua ODHA orang muda yang memenuhi syarat dapat menerima ARV, pengobatan, perawatan dan dukungan yang manusiawi, profesional dan tanpa diskriminasi, serta didukung oleh sistem rujukan dan pembinaan serta pengawasan yang memadai.
7. Semua ODHA orang muda dan orang-orang yang terdampak oleh HIV dan AIDS terutama orang muda mempunyai akses terhadap dukungan sosial dan ekonomi dan perlindungan hukum.
8. Terciptanya lingkungan yang mendukung dan memberdayakan bagi orang muda untuk berpartisipasi, melindungi diri dari eksploitasi seksual, mengalami KTD dan aborsi tidak aman, risiko berkonflik dengan hukum.
9. Meningkatnya pemenuhan kewajiban orang muda sebagai bentuk tanggung jawab warga negara
10. Meningkatnya kemampuan orang muda dan orang dewasa dalam mengelola program HIV&AIDS yang ramah orang muda
11. Meningkatnya komitmen pemerintah (kebijakan dan penganggaran bersumber dari dalam negeri untuk upaya penanggulangan HIV dan AIDS orang muda secara berkesinambungan).

Pedoman M&E pelaksanaan SRAN 2010-2014, khususnya untuk penduduk muda, dikembangkan sebagai bagian dari Dokumen Rencana M&E Nasional, sebagai panduan

dalam pengumpulan dan pengolahan data menjadi informasi strategis yang dapat bermanfaat untuk perencanaan, pengambilan keputusan dan pengembangan kebijakan. Informasi yang diperoleh akan secara sistematis diintegrasikan pada sistem monev nasional. Hal ini untuk memungkinkan para pemangku kepentingan saling berkoordinasi dan melakukan harmonisasi upaya penanggulangan AIDS pada penduduk muda maupun penduduk dewasa.

Bab 9. Penutup

Dokumen ini merupakan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS yang dikembangkan terutama untuk orang muda berisiko. Dimulai dengan gambaran lengkap analisis situasi terkait kerentanan penduduk muda pada populasi umum, juga orang muda pada populasi paling berisiko. Analisis ini mengantarkan pada pembahasan mengenai tantangan yang dihadapi oleh populasi kunci muda dan orang muda yang ada pada populasi umum. Rekomendasi yang tertuang dalam dokumen ini adalah untuk menjawab tantangan tersebut. Selanjutnya alur pembahasan yang sistematis akan sampai pada penjelasan mengenai analisis bagaimana kita mengembangkan program dan tindakan yang sesuai dengan kebutuhan orang muda, yang akan memiliki dampak pada epidemi.

Program yang menyoal orang muda telah dimulai sejak beberapa dekade yang lalu. Dengan demikian diharapkan kegiatan dan program secara sesuai dengan rencana aksi ini bisa lebih cepat dilaksanakan. Keberagaman situasi dan budaya di Indonesia dapat dilihat sebagai sebuah kekuatan yang memungkinkan para pengambil kebijakan dan tokoh masyarakat memberikan perhatian lebih supaya orang muda bisa mengakses layanan pencegahan dan kesehatan. Oleh sebab itu, saat ini dan seterusnya, kemitraan merupakan titik berat dari dokumen ini.

Pengembangan dokumen dilakukan sesuai dengan arahan Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan AIDS, yang sejalan dengan kebijakan yang lebih tinggi. Metode partisipatori digunakan dalam pengembangan dokumen ini, menjadikan suara remaja sebagai masukan terbesar. Setelah finalisasi, dokumen akan menjadi acuan untuk pemangku kepentingan yang bekerja pada isu HIV dan AIDS pada penduduk muda dan kesehatan reproduksi remaja dalam mengelola program remaja di Indonesia, khususnya orang muda berisiko.

Lampiran-lampiran

1. Kegiatan – kegiatan pendukung pengembangan rencana aksi nasional untuk orang muda berisiko.
2. Contoh kegiatan yang menyasar orang muda berisiko – Penasun, LSL, WPS, dan Waria – untuk tujuan perencanaan dan penganggaran.
3. Isu-isu terkait layanan ramah orang muda sebagai hasil diskusi workshop.

Lampiran 1. Kegiatan-kegiatan pendukung pengembangan Rencana Aksi Nasional untuk Penanggulangan HIV pada orang muda.

No	Kegiatan	Waktu	Peserta	Hasil
1	Lokakarya Analisis Situasi & Respon Penanggulangan HIV pada Remaja	12 – 13 Desember 2012	<ol style="list-style-type: none"> 1. KPAN 2. BPS 3. Kemkes 4. Kemdikbud 5. Kemag 6. Kemsos 7. Kemnakertrans 8. BKKBN 9. PKBI Pusat 10. ARI 11. YPI 12. CMM – PKBI DKI 13. MCR – PKBI Jabar 14. Sebaya – PKBI Jatim 15. Pilar – PKBI Jateng 16. Yotha – PKBI DIY 17. Kisara – PKBI Bali 18. Cenrana - PKBI Sulsel 19. CCE - PKBI Kaltim 20. PKBI Papua 21. GWL 22. IPPI 23. OPSI 	<p>Terkumpulnya data-data tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Data statistic dan kasus remaja usia 15-24 tahun 2. Program penanggulangan HIV pada remaja di Kementerian 3. Program penanggulangan HIV pada remaja di daerah 4. Faktor- faktor yang mempengaruhi kerentanan HIV pada remaja
2	Pertemuan Stakeholder “Strategi Komunikasi Remaja”	31 Januari 2012	<ol style="list-style-type: none"> 1. KPAN 2. UNFPA 3. UNICEF 4. PKBI 5. YPI 6. Kemkes 	<p>Terkumpulnya usulan dan rekomendasi tentang strategi, saluran dan pesan komunikasi untuk penanggulangan HIV pada remaja</p>

			<ul style="list-style-type: none"> 7. Kemdikbud 8. Kemsos 9. Kemag 10. OPSI 	
3	FGD Komunikasi Remaja	15 & 17 Februari 2012	<ul style="list-style-type: none"> 1. Remaja Sekolah 2. Remaja buruh dan jalanan 3. Pekerja Seks Remaja (laki-laki dan perempuan) 4. Waria Remaja 5. Gay Remaja 6. Pengguna Narkoba remaja 	Terkumpulnya data-data tentang pengetahuan, sikap serta strategi komunikasi untuk penanggulangan HIV pada remaja sekolah, remaja berisiko serta remaja buruh dan jalanan.
4	Pertemuan Persiapan Pemetaan	21 Februari 2012	<ul style="list-style-type: none"> 1. KPAN 2. Konsultan Pemetaan 3. OPSI 4. GWL 5. ARI 6. PKNI 	Terkumpulnya usulan dan rekomendasi tentang panduan pemetaan untuk remaja.
5	Pemetaan dan pengumpulan data di Papua <ul style="list-style-type: none"> 1. Timika 2. Jayapura 3. Wamena 	26 Februari – 5 Maret 2012	<ul style="list-style-type: none"> 1. Konsultan Pemetaan Remaja 2. Konsultan Penulisan RAN Remaja 	Adanya analisis situasi dan respon penanggulangan HIV pada remaja di Papua
6	Lokakarya Pengembangan RAN Remaja	22 – 23 Februari 2012	<ul style="list-style-type: none"> 1. KPAN 2. Kemsos 3. Kemkes 4. Kemdagri 5. PKBI Pusat 6. CMM – PKBI DKI 7. MCR – PKBI Jabar 8. Sebaya – PKBI Jatim 9. Pilar – PKBI Jateng 10. Yotha – PKBI DIY 11. Kisara – PKBI Bali 12. Cenrana - PKBI Sulsel 13. CCE - PKBI Kaltim 14. YPI 	Terkumpulnya usulan dan rekomendasi program dan kegiatan untuk remaja risiko tinggi yang meliputi BCC, Continuum of Care dan Mobilisasi Sosial

			<ul style="list-style-type: none"> 15. ARI 16. Stigma 17. Yayasan Bandung Wangi 18. Yayasan Intermedika 19. LPA 20. GWL 21. OPSI 22. Swara 23. Yayasan Srikandi Sejati 	
7	Pelatihan Pemetaan	27 – 29 Maret 2012	<ul style="list-style-type: none"> 1. PM KPAP DKI 2. PM KPAP Jabar 3. PM KPAP Jatim 4. PM KPAP Jateng 5. PM KPAP DIY 6. PM KPAP Bali 7. PM KPAP Sulsel 8. PM KPAP Kaltim 9. CMM – PKBI DKI 10. MCR – PKBI Jabar 11. Sebaya – PKBI Jatim 12. Pilar – PKBI Jateng 13. Yotha – PKBI DIY 14. Kisara – PKBI Bali 15. Cenrana - PKBI Sulsel 16. CCE - PKBI Kaltim 17. Konsultan pemetaan 18. Konsultan komunikasi 19. ARI 20. KPAN 	Tersosialisasikannya panduan pemetaan untuk remaja berisiko dan adanya kesepakatan untuk rencana tindak lanjut pelaksanaan pemetaan di 8 Provinsi.
8	Lokakarya Advokasi Kebijakan Penanggulangan HIV pada remaja rentan	3 – 4 April 2012	<ul style="list-style-type: none"> 1. LKSA Rumah Perempuan Kupang 2. PSBR Naibonat Kupang 3. Dinas Sosial Provinsi NTT 4. Dinas Sosial Provinsi NTT 5. PSKW DIY 6. PSBR DIY 	Adanya masukan dan rekomendasi terkait peran, program, manajemen program serta penganggaran program yang bisa dilakukan oleh Kementerian Sosial dalam penanggulangan HIV untuk remaja rentan.

			<ol style="list-style-type: none"> 7. Dinas Sosial Provinsi DIY 8. YSA Kota Sorong 9. Dinas Sosial Kota Sorong 10. Dinas Sosial Provinsi Papua Barat 11. BPRS Marsudi Putra Cileungsi Bogor 12. RPS ODHA Sukabumi 13. JKPNN Jawa Barat 14. Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat 15. PSBK Pangudi Luhur Bekasi 16. PSBR Bambu Apus DKI Jakarta 17. PSKW Mulya Jaya 18. PSPP Galih Pakuan 19. RTS, Kementerian Sosial 20. Kementerian Agama 21. Subdit Anak, Kementerian Sosial 22. PSMPS Handayani 23. Dinas Sosial Provinsi DKI 24. Subdit Narkoba, Kementerian Sosial 25. Subdit Ausrem, Kementerian Kesehatan 26. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan 	
9	Lokakarya Pengembangan Kerangka Program RAN Remaja	15 – 16 Mei 2012	<ol style="list-style-type: none"> 1. KPAN 2. CMM – PKBI DKI 3. MCR – PKBI Jabar 4. Sebaya – PKBI Jatim 5. Pilar – PKBI Jateng 6. Yotha – PKBI DIY 7. Kisara – PKBI Bali 8. Cenrana - PKBI Sulsel 9. CCE - PKBI Kaltim 10. YC PKBI Papua 11. Forum orang muda Papua Barat 12. YPI 13. ARI 14. PKNI 15. Yayasan Bandung Wangi 	Terkumpulnya masukan dan rekomendasi tentang berbagai kegiatan dan unit anggaran untuk WPS Muda, LSL, Waria, Penasun dan remaja lainnya

			<ul style="list-style-type: none"> 16. Yayasan Intermedika 17. GWL 18. OPSI 19. Swara 20. Yayasan Srikandi Sejati 	
10	Pemetaan Remaja Berisiko	16 April – 25 Mei 2012	<ul style="list-style-type: none"> 1. Provinsi DKI 2. Provinsi Jabar 3. Provinsi Jatim 4. Provinsi Jateng 5. Provinsi DIY 6. Parovinsi Bali 7. Provinsi Sulses 8. Provinsi Kaltim 	<p>Terkumpulnya hasil pemetaan remaja berisiko yang meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. karakteristik lokasi yang biasa digunakan oleh orang muda berisiko melakukan aktivitas. 2. Jumlah dan distribusi orang muda berisiko dalam sebuah wilayah tertentu. 3. karakteristik demografis dan sosial dari kelompok-kelompok yang termasuk populasi anak muda berisiko. 4. Faktor-faktor risiko dominan yang dilakukan oleh kelompok-kelompok anak muda di wilayah tersebut dan memahami bagaimana berbagai faktor tersebut muncul dan berkembang secara berbeda di dalam kelompok-kelompok tersebut. 5. pola-pola interaksi sosial yang berupa jaringan sosial yang memungkinkan mereka pada posisi yang berisiko tertular HIV atau memberikan dukungan sosial kepada kelompok-kelompok anak muda tersebut. 6. Sumber daya lokal termasuk layanan sosial dan kesehatan yang memungkinkan untuk diakses oleh

				anak muda. 7. Persepsi stakeholder lokal tentang permasalahan HIV dan AIDS pada anak muda.
11	Pertemuan Penguatan Layanan Ramah Remaja	19 April 2012	<ol style="list-style-type: none"> 1. KPAN 2. Bina Kesehatan Ausrem, Kemkes 3. Balitbang Kemkes 4. Kemag 5. Kemsos 6. PKBI 7. PKM Tebet 8. PKM Pasar Minggu 9. PKM Cilandak 10. OPSI 11. PKNI 	Terkumpulnya masukan dan rekomendasi tentang gap permasalahan dan kebutuhan yang ada di PKPR terkait kebutuhan untuk remaja risiko tinggi.
12	Lokakarya Pengembangan Kerangka Program Remaja	15 – 16 Mei 2012	<ol style="list-style-type: none"> 1. KPAN 2. PKBI Pusat 3. CMM – PKBI DKI 4. MCR – PKBI Jabar 5. Sebaya – PKBI Jatim 6. Pilar – PKBI Jateng 7. Yotha – PKBI DIY 8. Kisara – PKBI Bali 9. Cenrana - PKBI Sulsel 10. CCE - PKBI Kaltim 11. YPI 12. ARI 13. Stigma 14. Yayasan Bandung Wangi 15. Yayasan Intermedika 16. LPA 17. GWL 18. OPSI 19. Swara 20. Yayasan Srikandi Sejati 	Terkumpulnya usulan dan rekomendasi tentang kegiatan untuk remaja berisiko, perkiraan biaya serta mobilisasi sumber dana.
13	Lokakarya Layanan Ramah Remaja	5 – 7 Juni 2012	<ol style="list-style-type: none"> 1. KPAN 	Terkumpulnya masukan dan rekomendasi

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Balitbang Kemkes 3. Subdit AIDS Kemkes 4. Ausrem Kemkes 5. PKBI 6. ARI 7. PKNI 8. Yayasan Intermedika 9. Puskesmas Tebet DKI 10. Puskesmas Bogor Timur, Jabar 11. Puskesmas Cibodasari, Banten 12. Puskesmas Peneleh, Jatim 13. Puskesmas Demak, Jateng 14. Puskesmas Denpasar Timur, Bali 15. Puskesmas Turikale, Sulsel 16. Puskesmas Beras Basah, Sumut 17. Puskesmas Kota Raya, Sumsel 18. Puskesmas Rapak Mahang, Kaltim 19. Puskesmas Sentani, Papua 20. Puskesmas Sanggeng, Papua Barat 21. CMM – PKBI DKI 22. MCR – PKBI Jabar 23. Sebaya – PKBI Jatim 24. Pilar – PKBI Jateng 25. Yotha – PKBI DIY 26. Kisara – PKBI Bali 27. Cenrana - PKBI Sulsel 28. CCE - PKBI Kaltim 	<p>untuk penguatan layanan ramah remaja khususnya untuk orang muda berisiko.</p>
14	Lokakarya Koordinasi Pemantauan Program Penanggulangan HIV pada Remaja	27 Juni 2012	<ol style="list-style-type: none"> 1. KPAN 2. Balitbang Kemkes 3. Ausrem Kemkes 4. Pusurbuk Kemdikbud 5. Kemag 6. Kemsos 7. PKBI 8. YPI 9. HCPI 	<p>Terkumpulnya masukan dan rekomendasi untuk draf panduan monev bagi penduduk muda yang sudah di susun oleh konsultan monev remaja</p>

			<ul style="list-style-type: none"> 10. WVI 11. UNICEF 12. UNFPA 13. Ignatius Praptorahardjo 	
15	Media KIE Youth at Risk	Mei – Juni 2012	<p>TV Talkshow:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 8 Eleven Metro TV 2. Coffee Break TV One <p>Radio Talkshow:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. KBR 68 2. Trax 3. Global 4. Hardrock 5. Mustang 6. Motion 7. Gen FM 8. I Radio 9. 99 ers 10. OZ Radio 11. CBB 12. Women Radio 13. Bahana 14. Kis FM <p>Video:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Yayasan Bandung Wangi 2. Yayasan Mitra Alam 3. Puskesmas Kramat Djati 4. KPAP Batam 	<p>Produksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Booklet “IMS dan pemeriksaan kesehatan rutin”. 2. Booklet “Lindungi diri dari kekerasan”. 3. Empat (4) TV Talkshow dengan Tema yang diangkat adalah Kesehatan reproduksi remaja dan HIV serta penggunaan Napza dan HIV di kalangan remaja. 4. 16 Radio Talkshow yang terdiri dari 10 Radio talkshow Live dan 6 Radio Talkshow Tapping. 5. Dua (2) Filler TV. 6. Empat (4) Video “I’m a Survivor untuk WPS Muda”, “I’m a Survivor penasun Muda”, “Action sekarang untuk ke depan” dan “Morning Bakery Batam” 7. Empat (4) Iklan Layanan Masyarakat: <ul style="list-style-type: none"> 1. Informasi Pencegahan HIV. 2. Ketahui status HIV sejak dini. 3. Agar tetap sehat. 4. Jangan melakukan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA.

Lampiran 2. Contoh-contoh kegiatan yang menysasar penduduk muda – Penasun, LSL, WPS dan waria, untuk tujuan perencanaan dan penganggaran

PROGRAM PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS

KELOMPOK SASARAN : PENASUN

USULAN KEGIATAN

Kegiatan	Frekuensi dalam 1 tahun	Jumlah peserta	Penjelasan siapa peserta	Komponen biaya	Pelaksana kegiatan	Mitra	Sumber dana	Penjelasan
1 Penyuluhan								
a Harm Reduction	4	10-20orang	Penasun di hotspot	Snack, makan siang, narasumber, transport	LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor-donor lain, APBD	Mitra menyediakan jarum suntik, sebagai narasumber dapat KIE, sebagai
b Human Right & Violence	4	10-20orang	Penasun di hotspot	Snack, makan siang, narasumber, transport	LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor-donor lain, APBD	Mitra menyediakan jarum suntik, sebagai narasumber dapat KIE, sebagai
c Proses Rehabilitasi	4	10-20orang	Penasun di hotspot	Snack, makan siang, narasumber, transport	LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor-donor lain, APBD	Mitra menyediakan jarum suntik, sebagai narasumber dapat KIE, sebagai

2 Pendidikan Sebaya										
a.	Pelatihan Pendidik Sebaya	2	15	Penasun	Snack, makan siang, narasumber, transport	LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor-donor lain, APBD	Mitra dapat menyediakan KIE dan sebagai narasumber	
b.	Pertemuan bulanan	10	15	Penasun	Snack, makan siang, narasumber, transport	LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor-donor lain, APBD	Mitra dapat menyediakan KIE dan sebagai narasumber	
c.	Pengembangan KIE (Assessmen & Produksi)	1	5	Penasun	Snack, makan siang, narasumber, transport, konsultan media dan FGD	LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor-donor lain, APBD	Mitra dapat menyediakan KIE dan sebagai narasumber	
d.	Special Event	1	200	Masyarakat umum dan penasun	Perlengkapan, transport, konsumsi, narasumber, publikasi.	LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor-donor lain, APBD	Mitra dapat menyediakan KIE dan sebagai narasumber	
3 Konseling										
a.	Pelatihan Konselor Sebaya	2	15	Penasun	Snack, makan siang, narasumber, transport	LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor-donor lain, APBD	Mitra dapat menyediakan KIE dan sebagai narasumber	

	b.	Pertemuan bulanan		10	15	Penasun	Snack, makan siang, narasumber, transport	LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor-donor lain, APBD	Mitra dapat menyediakan KIE dan sebagai narasumber
4 Dukungan Kelompok											
	a.	Penyuluhan untuk Orangtua		4	10-20orang	orang tua penasun	Snack, makan siang, narasumber, transport	LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor-donor lain, APBD	Mitra dapat menyediakan KIE, sebagai narasumber
	b.	Konseling kelompok untuk Orangtua		12	10 orang	orang tua penasun	Snack, makan siang, konselor, transport	LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor-donor lain, APBD	Mitra dapat menyediakan KIE, sebagai konselor
	c.	Konseling Pasangan		insidental	11 orang	pasangan penasun	Snack, makan siang, konselor, transport	LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor-donor lain, APBD	Mitra dapat menyediakan KIE, sebagai konselor
5 Layanan Kesehatan											
	a.	Penguatan Kesehatan	Puskesmas/Layanan	2	2 orang/puskesmas	petugas kesehatan	Snack, makan siang, narasumber, transport	LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor-donor lain, APBD	Mitra dapat menyediakan KIE, sebagai narasumber

6 Jejaring										
a.	Pertemuan rutin	6	1 orang/ lembaga	anggota jaringan: lsm, kpa, petugas layanan, donor, pemerintah, pusat rehab	Snack, makan siang, fasilitator, transport	LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor- donor lain, APBD	Mitra dapat menjadi fasilitator	
7 Monev										
a.	Baseline survey	1	10	tim monev	paket survey	baseline	LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor- donor lain, APBD	Mitra dapat menjadi technical assistant, konsultan, fasilitator
b.	Evaluasi	1	5	tim monev	Snack, makan siang, narasumber, transport, konsultan		LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor- donor lain, APBD	Mitra dapat menjadi technical assistant, konsultan, fasilitator
c.	Laporan kegiatan program	12	3	tim monev	Snack, makan siang, narasumber, transport, konsultan		LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor- donor lain, APBD	Mitra dapat menjadi technical assistant, konsultan, fasilitator

d.	Laporan monev	4	3	tim monev	Snack, makan siang, narasumber, transport, konsultan	LSM dan KPA	KPA, HCPI, FHI, AUSAID, Puskesmas, BKKBN	KPA, Donor- donor lain, APBD	Mitra dapat menjadi technical assistant, konsultan, fasilitator
----	---------------	---	---	-----------	--	-------------	--	------------------------------	---

PROGRAM PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS

KELOMPOK SASARAN : LSL MUDA

USULAN KEGIATAN

Kegiatan	Frekuensi dalam 1 tahun	Jumlah peserta	Penjelasan siapa peserta	Komponen biaya	Pelaksana kegiatan	Mitra	Sumber dana	Penjelasan
1 Pemetaan kebutuhan								
a. Pemetaan kebutuhan LSL muda terkait SRHR , strategi Komunikasi , Layanan Kesehatan	1 kali	disesuaikan dengan jumlah provinsi / kabupaten kota	LSL muda usia 15 - 24 tahun		KPAN, Jaringan GWL INA	Organisasi GWL di tiap provinsi / kabupaten kota	Donor, APBDN	untuk mengetahui kebutuhan, strategi komunikasi perubahan perilaku untuk LSL muda dan sebaqqgai acuan untuk mengajukan program
2 Sosialisasi Program Penanggulangan HIV dan AIDS pada Kelompok Remaja LSL								
a. Sosialisasi Stakeholders dalam level Provinsi, Daerah, Kota Kabupaten	1 kali	disesuaikan dengan jumlah perwakilan stakeholders	KPAD, SKPD terkait, Organisasi GWL di daerah, Layanan Kesehatan		KPAN	KPAP, Jaringan GWL INA	APBN, APBN, Donor	untuk mensosialisasikan program penanggulangan HIV dan AIDS pada LSL muda dan menyamakan persepsi kebutuhan LSL muda.
3 Pendidikan Sebaya								

a.	Pelatihan Pendidik Sebaya (Daerah)	4 kali	25 remaja	remaja usia 18 - 24 d tiap daerah	GWL	100 x 5hari x transportasi x konsumsi xatk	KPAP, KPAD, SKPD Terkait	Organisasi GWI di tiap daerah	APBD	mencetak pendidik sebaya dalam Komunitas GWL di tiap daerah
b.	Pertemuan bulanan Pendidik Sebaya (Daerah)	6 kali	20 remaja	remaja pendidik sebaya		20 x 1hari x transportasi x konsumsi	KPAP , KPAD, SKPD Terkait	Organisasi GWI di tiap daerah	APBD	mengevaluasi hasil dari penjangkauan yang dilakukan oleh pendidik sebaya
4 Pengembangan Media KIE										
a.	Pengembangan (Assesmen & Produksi) KIE			disesuaikan dengan hasil pemetaan		FGD				
b.	Distribusi KIE			disesuaikan dengan mobilitas pendidik sebaya			KPAN , KPAP	Organisasi GWL di tiap daerah, PE, PC. Layanan Kesehatan	APBN, APBD, Donor, Private Sector	mengembangkan strategi media untuk LSL muda dan strategi distribusinya
5 Konseling										
a.	Pelatihan Konselor Sebaya (daerah)	1 kali	20 remaja	remaja usia 18 - 24 d tiap daerah	GWL	20 x 5hari x transportasi x konsumsi xatk	KPAP , KPAD	Organisasi GWI di tiap daerah	APBD	mencetak Konselor sebaya dalam Komunitas GWL di tiap daerah
b.	Pelatihan Kesehatan ramah muda Layanan GWL	1 kali	20 orang	perwakilan penyedia layanan kesehatan seksual di 10 daerah		20 x 5hari x transportasi x konsumsi xatk	KPAP, DINKES	Jaringan GWL-INA, DINKES, Organisasi GWL di Daerah	APBN, APBD, Institusi Pendidikan (Kesehatan)	mengevaluasi hasil dari penjangkauan yang dilakukan oleh Konselor sebaya
6 Dukungan Kelompok										

a.	Penguatan KDS (Kelompok Dampingan Sebaya) GWL untuk GWL remaja positif	2 kali	disesuaikan dengan jumlah KDS GWL di tiap provinsi / daerah	KPAP, DINKES	Jaringan GWL-INA , KPAP, Organisasi GWL di daerah	APBD, Donor, Institusi Pendidikan (Kesehatan)	Menguatkan KDS GWL yang sudah ada untuk mulai menjangkau LSL muda positif
b.	Pertemuan Bulanan KDS	6 kali	disesuaikan dengan jumlah KDS GWL di tiap daerah di Indonesia	KPAP, KPAD	Organisasi GWL di daerah	APBD	Mengevaluasi hasil dampingan LSL muda positif

PROGRAM PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS

KELOMPOK SASARAN : WPS MUDA

USULAN KEGIATAN

Kegiatan	Frekuensi dalam 1 tahun	Jumlah peserta	Penjelasan siapa peserta	Komponen biaya	Pelaksana kegiatan	Mitra	Sumber dana	Penjelasan
1 Pendidikan Sebaya								
a. Pelatihan Pendidik Sebaya	2x	20 per wilayah	WPS remaja	konsumsi: 3xmakanx3hari 2xsnackx3hari 20psx3hari 20psxx3hari 1psx3hr akomodasi: local perdiem: fee fasilitator: pembiayaan (ATK, dokumentasi,notulensi)	LSM	Bandung wangi, YKB, OPSI, KAP	APBD, KPAK, lembaga donor	
b. Pertemuan bulanan	12x	20 per wilayah	WPS remaja	konsumsi transport	pemerintah	LSM	APBD	untuk monitoring evaluasi kegiatan PE

c.	Pengembangan KIE (Assessmen & Produksi)	2x				FGD				hasil need assessment dari pertemuan bulanan untuk materi,bentuk,jenis dan distribusi media
d.	Special Event	1x	1.000 per provinsi	WPS remaja, remaja mainstream	konsumsi: 1500box merchandise: 1500 paket transportasi, dokumentasi,MC, bintang tamu,kemanan, biaya lain2	pemerintah	LSM	APBN		kegiatan secara nasional yang dilakukan disetiap provinsi dalam beberapa event pending seperti HAS dan IYD

2 Konseling

a.	Pelatihan Konselor Sebaya	2x	20 per wilayah	WPS remaja	konsumsi: 3xmaknan3hari 2xsnackx3hari akomodasi: 20psx3hari local perdiem: 20psx 75.000x3hari fee fasilitator: 1psx500.000x3hr pembiayaan (ATK, dokumentasi,notulensi)=1.000.000	pemerintah	LSM	APBN		materi pelatihan: SRHR,Gender,HAM,konseling dasar,metode reporting dan recording
b.	capacity building	4x	20 per wilayah	WPS remaja	konsumsi transport	pemerintah	LSM	APBN, APBD		dalam pertemuan ini diberikan materi-materi baru, FGD dan bedah kasus.

3 Dukungan Kelompok

a.	Pertemuan Stakeholder	2x	40	Mami, pemangku kebijakan, tokoh kunci	konsumsi,transport,dokumentasi,konsumsi	pemerintah	LSM	APBD		dalam pertemuan ini merupakan sharing forum,
b.	pembentukan youth forum WPS	1x	20 per provinsi	WPS remaja						

c.	pelatihan stakeholder	3x	20 per provinsi	Mami, pemangku kebijakan, tokoh kunci	konsumsi: 3x makan x 3 hari 2x snack x 3 hari 20 ps x 3 hari 20 ps x 75.000 x 3 hari fasilitator: 1 ps x 500.000 x 3 hr pembiayaan (ATK, dokumentasi, notulensi) = 1.000.000	3x makan x 3 hari akomodasi: local per diem: fee	pemerintah	LSM	APBN, donor	materi pelatihan antara lain SRHR, HAM, Gender
----	-----------------------	----	-----------------	---------------------------------------	---	---	------------	-----	-------------	--

PROGRAM PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS

KELOMPOK SASARAN : WARIA

USULAN KEGIATAN

Kegiatan	Frekuensi dalam 1 tahun	Jumlah peserta	Penjelasan siapa peserta	Komponen biaya	Pelaksana kegiatan	Mitra	Sumber dana	Penjelasan
1 Pendidikan Sebaya								
a. Pelatihan Pendidik Sebaya	3x	peserta 29 : 25 peserta PE, 2 Nara sumber dan 2 fasilitator	Waria muda usia 15 - 24 tahun	Pelatihan dilakukan selama 3 hari : - Transport lokal, - coffe break, - makan siang, - Perdiem, - penginapan/hotel	LSM	KPAK	KPAK (APBD/Donor)	Kegiatan Pendidik sebaya nantinya juga akan diberikan materi perihal pelatihan Konselor Sebaya yang nantinya akan menjadi kader konselor dari LSM
b. Pertemuan bulanan	12x	peserta 27 : 25 peserta PE, 2 Fasilitator	Waria muda usia 15 - 24 tahun	Kegiatan dilakukan selama setengah hari : - transport lokal, - makan siang	LSM	KPAK	LSM dari Donor	Kegiatan menjadi RTL untuk monitoring yang dilakukan oleh lembaga yang dana nya dimasukkan kedalam budget program lembaga selama 1 tahun

c.	Pengembangan (Assesmen & Produksi)	KIE &	2x		FGD		LSM		Kegiatan pengembangan KIE semestinya tidak dijadikan turunan kegiatan dari PE karena itu biasanya dijadikan satu dengan kegiatan PL atau KL pada saat pemetaan
d.	Special Event		3x				LSM		Kegiatan special event juga menjadi kegiatan dari LSM dan bukan menjadi RTL ataupun tanggung jawab dari PE karena biasanya dilaksanakan oleh Staff dari LSM yang akan mengikutsertakan PE sebagai salah satu petugas untuk membantu operasional kegiatan tersebut, apabila PE memiliki ide atau gagasan untuk mengadakan event maka akan disampaikan kepada staff LSM untuk dilaksanakan event tersebut
2 Konseling									
a.	Pelatihan Sebaya	Konselor							keterangan lihat diatas pada poin "Pelatihan Pendidik Sebaya" karena Konselor sebaya akan dijadikan salah satu materi pelatihan dalam Pendidik Sebaya
3 Dukungan Kelompok									
a.	KDS		12x	peserta 19	Dampingan yang termasuk dalam kategori KDS yang dibuat (ODHA, USIA, Pekerjaan, Tempat tinggal), - 15 Dampingan, - 2 Fasilitator, - 2 Nara Sumber	Pelatihan dilakukan 1 hari :	LSM	Donor/LSM	

b.	Stake holder	4x	peserta 22	stake holder : - KPAK (2 org), Dinsos (2 org), Dinkes (2 org), Satpol pp (2 org), Dinas pariwisata (2 org), Ormas (4 org), PKM (5 org), PE (4 org), Narsum (1 org), Fasilitator (2 org)	Kegiatan dilakukan 1 hari : - snack (2x), Transport lokal, - makan siang	LSM	KPAK	KPAK (APBD)
----	--------------	----	------------	---	--	-----	------	-------------

PROGRAM PENANGGULANGAN HIV DAN AIDS
KELOMPOK SASARAN : REMAJA BERHUBUNGAN SEKSUAL
USULAN KEGIATAN

Kegiatan	Frekuensi dalam 1 tahun	Jumlah peserta	Penjelasan siapa peserta	Komponen biaya	Pelaksana kegiatan	Mitra	Sumber dana
1 Pendidikan Sebaya							
a. Pelatihan Pendidik Sebaya	3 kali setahun	25 orang	Remaja didalam dan luar sekolah (anjak, punk, hardcore)	meals, nara sumber, transport, perdiem, akomodasi, ATK, Fasilitator, tshirt	YC PKBI, YF	KPAP, LSM,SKPD	APBD, CSR
b. Pertemuan bulanan	6 kali setahun	25 orang	Perwakilan PE	Snack, transport, sewa tempat, ATK, Fasilitator	YC PKBI, YF	KPAP, LSM,SKPD	APBD, CSR
c. Pengembangan (Assesmen & Produksi)	KIE 3 kali setahun	500 pin, 500 stiker, 100 tshirt, dan 500 leaflet	Perwakilan PE dan remaja umum	Produksi pin, stiker, tshirt dan leaflet, FGD	YC PKBI, YF	KPAP, LSM,SKPD	CSR atau Donor
d. Special Event	2 event setahun	100 orang / event	Perwakilan PE dan remaja umum	Perlengkapan, meals, transport, sewa tempat	YC PKBI, YF	KPAP, LSM,SKPD	APBD, CSR

2 Konseling									
a.	TOT Konselor	1 kali setahun	15 orang	Youth	meals, nara sumber, transport, perdiem, akomodasi, ATK, Fasilitator	KPAP, PKBI	Dinkes Dinsos	dan	APBD, CSR
b.	Pelatihan Konselor Sebaya	3 kali setahun	20 orang	Perwakilan Remaja Sekolah	meals, nara sumber, transport, perdiem, akomodasi, ATK, Fasilitator, tshirt	YC PKBI, YF	Dinkes Disdik	dan	APBD, CSR
3 Dukungan Kelompok									
a.	Meeting parents	2 kali setahun	25 Orang	Komite sekolah Dan atau orang tua murid	meals, transport, sewa tempat, ATK, Fasilitator	Sekolah, YC PKBI, YF	KPAP		Disdik
b.	Stakeholders meeting	1 kali setahun	20 orang	Stakeholders terkait program remaja	Meals, transport, sewa tempat, ATK, Fasilitator	KPAP	YC PKBI, YF		APBD

Lampiran 3. Isu terkait layanan ramah orang muda sebagaimana hasil diskusi pada lokakarya

1. PKPR bisa dijangkau oleh semua komunitas remaja baik sekolah maupun luar sekolah. Remaja masjid, gereja dan karang taruna adalah bagian dari komunitas remaja.
2. Jejaring PKPR akan lebih luas seiring dengan jumlah orang muda yang berpartisipasi dalam kegiatan PKPR. Hal ini membuktikan bahwa jaringan sosial orang muda akan membuat manajemen kegiatan lebih mudah dan terkoordinir.
3. Kesiediaan staff Puskesmas adalah penggerak utama kegiatan PKPR. Bagaimanapun, hal ini hanya mungkin terjadi apabila ada kolaborasi yang baik dengan pemangku kepentingan setempat, bisa dari LSM, sekolah maupun pemerintah setempat yang juga memiliki perhatian untuk kesejahteraan orang muda. akses ke layanan biasanya tersedia, tetapi kurang dimanfaatkan.
4. Pelaksanaan kegiatan-kegiatan kesehatan reproduksi remaja bisa di dani oleh pemerintah dengan Permendagri No. 19/2012 untuk mengintegrasikan layanan sosial dasar di Pos Layanan Terpadu³¹; untuk anak usia 0-18 tahun dan remaja usia 12-21 tahun.
5. Layanan yang paling banyak dibutuhkan oleh orang muda adalah informasi dan konseling, serta advokasi untuk penyediaan layanan yang dibutuhkan. Akan tetapi, perlu disadari bahwa sebagian orang muda membutuhkan layanan yang lebih dari konseling yang harus disediakan oleh unit teknis sesuai dengan kebutuhan. BKKBN mengembangkan program PIK KRR untuk remaja dimana BKKBN harus merujuk remaja ke PKPR untuk kebutuhan layanan kesehatan. BKKBN dan Kemdikbud telah melatih konselor sebaya sebagai salah satu program yang sudah dianggarkan. Di tingkat lokal, pemerintah lokal juga bisa mendukung pelatihan konselor sebaya sesuai kebutuhan. Panduan dan kurikulum ToT disediakan oleh Kemkes.
6. Pendidik sebaya berada di sekolah bukan di Puskesmas dimana mereka memiliki peran penting untuk menghubungkan remaja dengan layanan kesehatan.

³¹ Peraturan Menteri Dalam Negeri No.19/2011 tentang Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Pos Pelayanan Terpadu.

