

LAPORAN PENELITIAN

**Integrasi Penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam Sistem Kesehatan
dan Efektivitas Program Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seks (PMTS)
di Kabupaten Merauke**





Laporan Penelitian

Studi Kasus:

**Integrasi Program Penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam Sistem Kesehatan dan
Efektivitas Program Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seks (PMTS) di
Kabupaten Merauke**

Kerja sama

Universitas Cenderawasih dengan Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK),
Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

2016

Personil Penelitian

Tim Peneliti Universitas Cenderawasih, Papua

1. Nama Peneliti 1 : Melkior Tappy, SKM, MPH
2. Nama Peneliti 2 : Hesty Tumangke, SKM, MPH
3. Nama Pengelola/Asisten : Nova F. Rumaropen, SKM, MG

Daftar Isi

Personil Penelitian	iii
Daftar Isi	v
Daftar Tabel	vii
Ringkasan Eksekutif.....	ix
Daftar Singkatan.....	xiii
Bab I. Pendahuluan	1
A. Situasi Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Merauke, Provinsi Papua.....	1
B. Pertanyaan Penelitian	7
1. Pertanyaan Umum.....	7
2. Pertanyaan Khusus	7
C. Tujuan Penelitian.....	8
1. Tujuan Umum	8
2. Tujuan Khusus.....	8
D. Kerangka Konseptual Penelitian PMTS	9
Bab II. Metodologi.....	11
A. Disain Penelitian.....	11
1. Tahapan Pendahuluan	12
2. Manajemen Data	12
B. Instrumen	13
C. Pemilihan Informan	13
D. Analisis Data	14
E. Penjaminan Kualitas Penelitian	14
F. Keterbatasan Penelitian.....	15
Bab III. Analisis Kontekstual	17
A. Komitmen Politik.....	17
B. Ekonomi.....	23
C. Hukum dan Peraturan	27
D. Permasalahan Kesehatan.....	30
Bab IV. Analisis Pemangku Kepentingan di Kabupaten Merauke	33
A. Analisis Pemangku Kepentingan	33
B. Dinas Kesehatan Kabupaten Merauke	36
C. Badan Perencana Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Kabupaten Merauke.	37

D. Biro Hukum.....	37
E. MPI (Mitra Pembangunan Internasional).....	38
F. KPA Kabupaten Merauke	38
G. Puskesmas di Kabupaten Merauke	39
H. RSUD Merauke	40
I. Rumah Sakit Harapan Bunda	40
J. Satuan Polisi Pamong Praja (Satpol PP) Kabupaten Merauke.....	41
K. Dinas Sosial Kabupaten Merauke	41
L. Dinas Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana	42
M. LSM Yayasan Santo Agustinus (Yasanto)	42
N. BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kabupaten Merauke	43
O. Komunitas Waria	44
P. Implikasi Struktur Pemangku Kepentingan terhadap Penanggulangan AIDS Khususnya dalam Program PMTS	45
BAB V. Analisis Tingkat Integrasi.....	47
A. Deskripsi Sub Sistem	47
1. Sub Sistem Manajemen dan Regulasi.....	47
2. Sub Sistem Pembiayaan.....	52
3. Sub Sistem Sumberdaya Manusia	58
4. Penyediaan Farmasi dan Alat Kesehatan	62
5. Sistem Informasi Kesehatan	65
6. Partisipasi Masyarakat.....	68
7. Upaya Layanan.....	70
B. Tingkat Integrasi.....	76
C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Integrasi Intervensi PMTS kedalam sistem kesehatan...	80
Bab VI. Kontribusi Integrasi Terhadap Efektivitas Program PMTS.....	83
A. Kinerja Intervensi Spesifik	83
B. Hubungan antara Kinerja Intervensi PMTS dengan Tingkat Integrasi.....	86
Bab VII Pembahasan	89
Bab VIII. Simpulan dan Rekomendasi	95
A. Simpulan.....	95
B. Rekomendasi	100
Daftar Pustaka.....	103

Daftar Tabel

Tabel 1. Kategori Informan	14
Tabel 2. Rencana Strategis kerangka pendanaan Program HIV AIDS pada beberapa SKPD Kabupaten Merauke tahun 2011 - 2016	19
Tabel 3. Sumber Dana Dinas Kesehatan Kabupaten Merauke Tahun 2014	25
Tabel 4. Prosentasi Alokasi Dana Sektor Kesehatan bersumber APBD Kabupaten Merauke Tahun 2014	26
Tabel 5. Daftar kebijakan kesehatan kunci yang dikembangkan pemerintah daerah dalam 5 tahun terakhir	29
Tabel 6. Mekanisme untuk mengetahui status kesehatan masyarakat	31
Tabel 7. Alokasi Belanja Langsung Dana Pelayanan Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular khususnya HIV-AIDS bersumber dana OTSUS	53
Tabel 8. Alokasi Belanja Langsung Dana Pelayanan Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular khususnya IMS bersumber dana OTSUS Untuk PKR Dinas Kesehatan Merauke	53
Tabel 9. Alokasi Belanja Langsung Dana Pelayanan Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular khususnya IMS bersumber dana OTSUS Untuk Pokja RSUD Merauke	54
Tabel 10. Proporsi antara pendanaan program, overhead dan biaya sumber daya manusia HIV AIDS dan IMS	56
Tabel 11. Proporsi kepesertaan JKN, Jamkesmas, Jamkesda	57
Tabel 12. Jenis Pelatihan bagi SDM Staf LSM yang dibiayai oleh LSM asing dan dalam negeri di kabupaten Merauke tahun 2014	61
Tabel 13. Jenis Obat dan Alkes berdasarkan Sumber Dana Pengadaannya	65
Tabel 14. Tingkat integrasi dimensi dan subsistem kesehatan di kabupaten Merauke	80
Tabel 15. Situasi Kunjungan WPS, Penggunaan Kondom, Penemuan dan Pengobatan IMS Tahun 2014	85

Ringkasan Eksekutif

Latar belakang: Salah satu isu strategis bidang kesehatan yang terdapat didalam renstra dinkes Kabupaten Merauke adalah angka kesakitan dan kematian penyakit menular dan tidak menular masih tinggi termasuk kematian akibat HIV dan AIDS cenderung meningkat, demikian juga kasus Penularan Melalui Transmisi Seksual (PMTS), prevalensi Penyakit IMS yang menjadi salah satu pintu masuknya HIV dan AIDS menurut profil kesehatan 2013 masih tinggi. Data Laporan PKR 2014 memperlihatkan angka penderita Gonorrhea (GO) WPS lama 3,74%, WPS baru 4,02%, angka ini masih tinggi jika dibandingkan dengan target GO <1%. Upaya penanggulangan HIV dan AIDS tidak bisa dilepaskan dari sistem kesehatan yang berlaku. Sistem kesehatan yang kuat akan memungkinkan respon penanggulangan HIV dan AIDS yang berkelanjutan dan terintegrasi dengan upaya kesehatan yang lain. Penelitian ini bertujuan mengetahui tingkat integrasi kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS dalam sistem kesehatan sistem kesehatan di Kabupaten Merauke dan kontribusinya terhadap efektivitas program PMTS.

Metode: astudi Studi kasus dengan metode kualitatif. Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara mendalam (*indepth interview*) menggunakan format semi terstruktur kasus PMTS. Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan mengumpulkan berbagai dokumen terkait jenis informasi yang diperlukan. Informan dalam penelitian ini adalah yang mengetahui secara mendalam pelaksanaan program HIV AIDS khususnya pada program PMTS yang berada pada level sistem dan program sejumlah 33.

Hasil: 1) Sub sistem manajemen dan regulasi sudah terintegrasi penuh dan ini sangat berpengaruh terhadap efektifitas PMTS. Hal ini dapat dilihat dari temuan jumlah pelanggaran perda HIV AIDS oleh TIM Penyidik Pegawai negeri Sipil (PPNS) menurun dari tahun ke tahun khususnya kasus IMS pada WPS. 2) Sub sistem pembiayaan pembiayaan kesehatan masih terintegrasi parsial karena pada dimensi mekanisme pembayaran belum ada sistem yang mengatur khusus pengelolaan pembiayaan program HIV dan AIDS dan IMS terutama alokasi dana yang berasal dari pihak LSM dan donor. Dana yang dialokasikan oleh APBD otsus ke pokja dan PKR dianggap sudah mencukupi dan berjalan lancar, namun dari standar alokasi dana otsus sebanyak 15% (UU otsus) hanya 12.73% dari dana otsus yang

terpenuhi. Kebersertaan BPJS sudah 88,17% dari jumlah penduduk. Proporsi kepesertaan BPJS adalah terdiri dari JKN PBI 77,15%, non PBI 16,5% dan non BPJS 12,23%. Alokasi anggaran HIV dan AIDS dan IMS terlihat persentasinya lebih besar (48,15%) dari alokasi program lainnya (DBD, malaria, TB, dll). Dengan demikian subsistem pembiayaan kesehatan sudah mendukung keberhasilan program PMTS walaupun masih bersifat parsial. 3) Sub sistem sumber daya kesehatan daya manusia masih terintegrasi parsial karena ketersediaan SDM masih kurang walaupun sudah ada 40% SDM kontrak yang didanai oleh DAU dan APBD Otsus dan tambahan honor dari BPJS. Kekurangan masih terjadi di PKR dan Pokja RSUD yang secara khusus menangani program HIV dan AIDS dan IMS. Kompetensi mereka sudah cukup. Dengan demikian sub sistem ini sudah memberikan kontribusi terhadap keberhasilan pelaksanaan program PMTS namun belum maksimal. 4) Sub sistem penyediaan farmasi dan alat kesehatan masih terintegrasi parsial karena masih ada peralatan yang belum ada di RSUD Merauke yaitu CD4. Peralatan lainnya dan ketersediaan obat serta sarana pendukung sudah lengkap. Ketersediaan logistik kondom sudah dapat menjamin kebutuhan. Sumber kondom berasal dari KPAN, kondom mandiri dan bantuan dari kesehatan pelabuhan. Dengan demikian subsistem ini mempunyai kontribusi terhadap keberhasilan program PMTS walaupun belum maksimal. 5) Sub sistem informasi kesehatan terintegrasi parsial karena belum maksimalnya penggunaan sistem informasi online SIHA) akibat gangguan jaringan. Selain itu masih terbatasnya SDM yang terlibat didalam sistem informasi ini. Sistem informasi HIV dan AIDS semuanya melalui dinas kesehatan. Diseminasi pemanfaatannya sudah cukup baik, dalam menyusun perencanaan semua pihak yang terlibat telah menggunakan laporan sebagai dasar penyusunan, dan sosialisasi laporan masyarakat dan pengambil kebijakan sudah dilakukan melalui media elektronik, pameran dan pertemuan lintas sektor dan program oleh KPA dan instansi teknis Bappeda Kabupaten Merauke. Dengan demikian kontribusi sub sistem ini untuk keberhasilan program PMTS sudah ada walaupun masih perlu pembenahan permasalahan yang ada. 6) Subsistem keterlibatan pemberdayaan masyarakat telah terintegrasi penuh. Hal ini dapat dibuktikan dengan adanya keterlibatan masyarakat dan populasi kunci dalam penyusunan perencanaan melalui penyampaian aspirasi melalui pertemuan yang dilakukan oleh KPA dan dinas kesehatan dengan lintas sektor terkait walaupun wadah forum aspirasinya belum ada. Kesadaran menggunakan kondom sudah meningkat dan telah terlibat dalam monitoring dan evaluasi kondom. Dukungan dana terhadap Yasanto sebagai salah satu yayasan yang aktif telah ada melalui

alokasi APBD setiap tahunYasanto. Dengan demikian subsistem ini telah mendukung keberhasilan dari program PMTS. 7) Sub sistem upaya kesehatan telah terintegrasi penuh karena telah memperlihatkan hasil cakupan yang baik dan telah memberikan gambaran peningkatan dari sisi cakupan HIV dan AIDS dan IMS. Ketersediaan layanan PMTS baik di pokja maupun di PKR sudah tidak ada masalah, pelayanan kondom untuk populasi kunci berjalan baik sesuai dengan sistem yang berlaku, penemuan kasus HIV dan AIDS dan IMS sudah berjalan baik melalui pelaksanaan VCT disemua puskesmas dan unit pelaksana teknis lainnya, perawatan penderita HIV dan AIDS dan IMS sudah tidak dibedakan dengan pasien lainnya, terlaksananya sistem rujukan yang sesuai aturan berjalan baik, pelaksanaan bimtek sudah baik demikian juga survei kepuasan pelanggan dan telah dimanfaatkan untuk perbaikan program. Hal yang perlu diperbaiki adalah pelaksanaan LKB yang belum maksimal termasuk SUFA

Rekomendasi: penegakan perda perlu terus dilakukan, perlu ada sistem pengelolaan anggaran dan program HIV dan AIDS dan IMS, peningkatan SDM khususnya SDM HIV AIDS dan IMS dari sisi kuantitas dan kualitas, jaminan ketersediaan CD4, perlu ada solusi mengatasi sistem jaringan internet untuk mendukung program SIHA yang sering bermasalah dan penambahan SDM pencatatan dan pelaporan, memaksimalkan fungsi KPA sebagai lembaga koordinator, segera melaksanakan program LKB dan program SUFA dengan cara mencari solusi yang menghambat pelaksanaannya.

Kata kunci : Sistem kesehatan, Integrasi, Efektivitas, PMTS,

Daftar Singkatan

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian IbuAPBN/D : Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional/Daerah
ARV	: Antiretroviral
ATM	: AIDS, TB, dan Malaria
BAPPEDA	: Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan
BPS	: Badan Pusat Statistik
CHAI	: Clinton Health Access Initiatives
CST	: Care, Support and Treatment
DAK	: Dana Alokasi Khusus
DFAT	: Department of Foreign Affairs and Trade
DPRD	: Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
GF	: Global Fund
GPI	: Gereja Protestan Indonesia
HCPI	: HIV Cooperation Programme for Indonesia
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IO	: Infeksi Opportunistik
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
LKB	: Layanan Komprehensif dan Berkesinambungan
LSL	: Lelaki yang berhubungan Seks dengan Lelaki
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
KIE	: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
KPAD	: Komisi Penanggulangan AIDS Daerah
KPAP	: Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi
KPAK	: Komisi Penanggulangan AIDS Kota/Kabupaten
KPS	: Kartu Papua Sehat
KKP	: Kantor Kesehatan Pelabuhan

MK	: Manager Kasus
NGO	: Non Governmental Organization
NASA	: National AIDS Strategy Assesment
ODHA	: Orang dengan HIV dan AIDS
OHIDA	: Orang yang hidup dengan HIV dan AIDS
OTSUS	: Otonomi Khusus
PERDA	: Peraturan Daerah
PERWAL	: Peraturan Walikota
PITC	: Provider Initiative Test and Conseling
PKR	: Pusat Kesehatan Reproduksi
PMTCT	: Prevention Mother to Child Transmission
PMTS	: Pencegahan Penularan Melalui Transmisi Seksual
POKJA	: Kelompok Kerja
POSYANDU	: Pusat Layanan Terpadu
POSLINDES	: Pusat Persalinan Desa
PPIA	: Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak
PPNS	: Penyidik Pegawai Negeri Sipil
PUSKESMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat
PUSLING	: Puskesmas Keliling
PUSLITKES	: Pusat Penelitian Kesehatan
Renstra	: Rencana Strategis
RISTI	: Resiko Tinggi
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
Sat Pol PP	: Satuan Polisi Pamong Praja
SDM	: Sumber Daya Manusia
SKPD	: Satuan Kerja Perangkat Daerah
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
SOP	: Standar Operasional Procedure
SRAN	: Strategi Rencana Aksi Nasional
STBP	: Survei Terpadu Biologi dan Perilaku
TKBM	: Tenaga Kerja Bongkar Muat
UGM	: Universitas Gadjah Muda

UI	: Universitas Indonesia
UNCEN	: Universitas Cendrawasih
UNICEF	: United Nations Children Fund
UNFPA	: United Nations Population Fund
USAID	: United States Agency for International Development (USAID)
VCT	: Voluntary Conselling and Test
WHO	: World Health Organization
WPS	: Wanita Pekerja Seks
WPSTL	: Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung
YASANTO	: Yayasan Santo Agustinus

Bab I. Pendahuluan

A. Situasi Penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Merauke, Provinsi Papua

Program penanggulangan HIV dan AIDS di Papua telah memasuki dua dekade lebih untuk merespon dinamika epidemi yang sudah masuk dalam kategori generalisata sehingga Papua mendapatkan perhatian dari berbagai lembaga internasional terkait hal ini. Akan tetapi sejak akhir 2013, pendukung utama dalam AIDS, Global Fund, sudah menarik diri, sehingga sejak saat itu Pemerintah Daerah Papua mengambilalih semua dengan komitmen penggunaan dana APBD Otsus. Sebuah pertanda baik dengan proses adopsi yang dilakukan pemerintah dalam penanggulangan HIV dan AIDS.

Meskipun demikian, perkembangan epidemi AIDS khususnya melalui jalur penularan seksual masih cukup tinggi. Estimasi populasi rawan HIV yang dilakukan kementerian Kesehatan pada tahun 2009 menunjukkan bahwa Papua diperkirakan memiliki 24.355 orang yang hidup dengan HIV, terdiri dari beberapa sub populasi di antaranya penjaja seks, pelanggan dan pasangannya, dan masyarakat pada umumnya. Sementara itu, secara kumulatif mulai tahun 1992 hingga Desember 2013, sebanyak 16.050 orang telah dilaporkan terjangkit HIV dan AIDS, dengan rincian kasus HIV 6.188 dan AIDS 9.862. Berdasarkan data surveilans Kemenkes tersebut, Provinsi Papua merupakan provinsi dengan rata-rata kumulatif kasus AIDS tertinggi di Indonesia. Secara nasional, termasuk di provinsi lain, epidemi HIV merupakan epidemik terkonsentrasi pada kelompok kelompok kunci dengan resiko tinggi, namun di Provinsi Papua diperkirakan meluas sampai pada masyarakat umum.

Berdasarkan hasil STBP 2013 menemukan tingkat prevalensi HIV mengalami penurunan dari sebesar 2,4% (STHP 2006) pada masyarakat umum di Tanah Papua menjadi 2,3%. Hasil survei juga menunjukkan prevalensi HIV pada penduduk laki-laki sebesar 2,3% dan pada perempuan 2,2 %. Untuk kelompok umur 15-24 tahun (3,1%), 25-49 tahun (1,8%). Hasil survei juga menunjukkan bahwa kejadian HIV pada laki-laki tidak disunat (2,4%) lebih besar dibanding laki-laki disunat (0,1%). Dan lebih banyak juga terjadi pada suku Papua (5,7%) daripada suku non Papua (0,4%) Jika ditinjau berdasarkan Topografi, prevalensi HIV pada dataran tinggi 3%, dataran rendah akses mudah 2,3% dan dataran rendah akses sulit 0,6%.

Merespon tingginya epidemi AIDS di Kabupaten Merauke, berbagai upaya sudah dikembangkan oleh pemerintah untuk merespon HIV dan AIDS di Papua dengan Penerbitan Kebijakan Penanggulangan AIDS dan IMS sejak tahun 2003 dan kebijakan kondom 100 % untuk populasi berisiko. Pada awalnya Merauke juga mendapatkan dukungan dari pembiayaan dari GF dan beberapa lembaga MPI lain seperti FHI, IHPCP dan CHAI. Akan tetapi sejak 2014, program pembiayaan dari donor sudah berhenti dan pemerintah mengambi- alih dengan pembiayaan dari APBD, khususnya Otsus untuk penanggulangan HIV dan AIDS. Adopsi penanggulangan HIV dan AIDS di Papua ini merupakan proses integrasi program HIV yang vertikal ke pemerintah daerah. Program Penanggulangan Penyakit melalui Transmisi Seksual (PMTS) mendapatkan perhatian khusus dari Pemerintah Kabupaten Merauke dengan pembentukan UPT Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR) yang secara khusus menjadi lembaga yang menangani PMTS. Strategi pengintegrasian program yang dilakukan oleh Kabupaten Merauke ini perlu untuk dikaji lebih dalam terkait dengan efektifitasnya kinerja program pencegahan di Merauke.

Sejumlah penelitian telah menunjukkan bahwa strategi yang berpotensi untuk meningkatkan efektivitas dan menjamin keberlanjutan intervensi tersebut setelah berakhirnya dukungan dana dan teknis dari lembaga donor adalah dengan mengintegrasikan intervensi spesifik tersebut ke dalam sistem kesehatan (Kawonga et al., 2012; 2013; Maher, 2010; Grepin and Reich, 2008; Cash-Gibson and Rosenmoller, 2014; Shigayeva et al., 2010). Atun et al. (2009) menggarisbawahi pentingnya integrasi dengan menunjukkan potensi-potensinya dalam mengurangi fragmentasi, menghapus tumpang tindih dengan menggabungkan pendanaan, meningkatkan sumber daya dan usaha secara signifikan dan menyatukan berbagai keahlian. Secara singkat berbagai penelitian tersebut menunjukkan bahwa tingkat integrasi yang lebih tinggi akan mengarahkan kemampuan sistem kesehatan untuk memperbaiki status kesehatan dan kepuasan pemanfaat yang dilayani oleh intervensi tersebut.

Konsep integrasi sebenarnya dalam operasionalisasinya didefinisikan secara berbeda-beda oleh para peneliti sesuai dengan konteks penelitiannya tetapi secara umum menunjuk pada pengaturan secara organisasional dan manajemen yang ditujukan untuk membangun kerja sama, kemitraan, layanan yang berkelanjutan dan terkoordinasi, penyesuaian, jaringan atau koneksitas (Shigayeva et al., 2010; Coker et al. 2010). Meski telah ada berbagai bukti yang

menunjukkan bahwa integrasi secara bermakna memiliki keterkaitan dengan meningkatnya kinerja dari intervensi spesifik, tetapi hingga saat ini belum ada kesimpulan yang bulat tentang dampak integrasi sebuah intervensi spesifik ke dalam sistem kesehatan terhadap status kesehatan masyarakat karena masih terbatasnya penelitian yang mengkaji isu tersebut dan juga terbatasnya metodologi yang memadai untuk menentukan hubungan tersebut (lihat Kawonga et al., 2012; Sweeney et al., 2012; and Coker et al., 2010).

Masih ada perdebatan tentang kemungkinan dampak negatif dan positif dari integrasi intervensi spesifik - seperti penanggulangan HIV yang diinisiasi oleh inisiatif kesehatan global - ke dalam sistem kesehatan, situasi ini telah memunculkan berbagai rekomendasi bagi penyedia dana dan pemerintah untuk memperkuat sistem kesehatan melalui upaya untuk memaksimalkan integrasi intervensi spesifik ke dalam sistem kesehatan (Atun et al., 2010; Coker et al., 2010; Kawonga, 2012). Dalam permasalahan HIV dan AIDS, permasalahan integrasi ini bukan merupakan hal yang mudah dilakukan karena melibatkan banyak pemain (dan kepentingan), infrastruktur, kebijakan dan sumber daya di tingkat sistem dan program. Integrasi penanggulangan AIDS ke dalam sistem kesehatan secara konseptual akan memiliki konsekuensi terhadap meningkatnya efektivitas layanan HIV dan AIDS dengan memaksimalkan sumber daya dan infrastruktur yang tersedia (Dudley and Garner, 2011).

Selain penting untuk mengukur tingkat efektivitas program, penting juga dilakukan pengukuran terhadap berbagai faktor yang mempengaruhi tingkat efektivitas program penanggulangan HIV dan AIDS. Sejumlah faktor telah diidentifikasi memiliki hubungan dengan tingkat efektivitas program HIV seperti keterlibatan sektor komunitas, (WHO, 2001; 2006; 2008; and Lee, 2010), kapasitas sistem kesehatan untuk merespon permasalahan HIV dan AIDS (Travis et al. 2004), dan integrasi program penanggulangan HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan (Atun et al. 2008; 2010; Coker et al., 2010; Grepin and Reich, 2008; Shigayeva et al., 2010).

Satu pertanyaan penting yang perlu dijawab dalam melihat hubungan antara integrasi dengan efektivitas sebuah program adalah tentang mekanisme apa yang memungkinkan integrasi ini bisa mempengaruhi efektivitas. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa integrasi bisa mempengaruhi efektivitas sebuah program melalui proses pengaturan kelembagaan dan individual termasuk pendanaan dan sumber daya manusia yang tepat,

pelibatan yang lebih besar dari berbagai pemangku kepentingan di dalam program dan melalui prosedur pengetahuan dan teknologi yang jelas (Biesma et al., 2009; Corbin and Mittelmark, 2008; Conseil, A. et al., 2010; Desai et al., 2010; Hanvoravongchai et al., 2010; Rasschaert et al., 2011; VanDeusen et al., 2015). Sementara itu, Coker et al. (2010) menunjukkan bahwa mekanisme yang memungkinkan integrasi bisa mempengaruhi status kesehatan adalah dengan melihat seberapa baik fungsi-fungsi sistem kesehatan (tata kelola, pembiayaan, perencanaan, penyediaan layanan, monitoring dan evaluasi serta mobilisasi kebutuhan akan layanan kesehatan) bisa bekerja dengan optimal.

Tujuan dari integrasi respon HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan pada dasarnya adalah untuk memperkuat efektivitas, efisiensi dan pemerataan yang berkeadilan dari respon tersebut dan sekaligus sistem kesehatannya. Sayangnya hingga saat ini masih terbatas berbagai penelitian yang menyediakan bukti atas manfaat integrasi respon HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan. Berdasarkan hal tersebut, maka penelitian ini bermaksud untuk menentukan secara sistematis integrasi respon HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan dan kontribusinya terhadap efektivitas program dan sekaligus mengidentifikasi mekanisme yang memungkinkan terjadinya pengaruh integrasi atas efektivitas program penanggulangan AIDS.

Salah satu pencegahan penularan HIV dan AIDS adalah penggunaan kondom. Sama halnya dengan Infeksi Menular Seksual (IMS), cara paling efektif dalam mengurangi prevalensi IMS yang merupakan pintu masuk HIV adalah pemakaian kondom pada setiap hubungan seks berisiko. Khusus pada Kabupaten Merauke - Provinsi Papua, terjadi peningkatan kondom pada kelompok risiko tinggi. Data gambaran pemakaian kondom pada kelompok risiko tinggi didapatkan dari hasil laporan rutin Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR) mengalami peningkatan meskipun masih belum mencapai target 100% penggunaan kondom pada setiap hubungan seks berisiko. Data tahun 2009 sampai 2011 menunjukkan bahwa ada sekitar 98% kelompok risiko tinggi menggunakan kondom, dimana tahun 2009 adalah 98.1%, tahun 2010 adalah 98.5% dan tahun 2011 adalah 98.7%. (Laporan PKR Kab Merauke, 2012) Jika dibandingkan dengan data STPB 2007, cakupan penjangkuan WPS mencapai 97%, sedangkan konsistensi penggunaan kondom oleh WPS dalam seks minggu terakhir mencapai 68 %. Data dari PKR menunjukkan konsistensi yang kurang lebih sama dari hasil survei .

Distribusi kondom di Kabupaten Merauke merupakan intervensi langsung dari Perda HIV dan AIDS Kabupaten Merauke yaitu Perda No 3 Tahun 2013. Di dalam Perda HIV dan AIDS ini menggalakkan partisipasi semua SKPD di Kabupaten Merauke khususnya kerjasama pemerintah daerah, dinas kesehatan, dan dinas pendidikan untuk aktif melakukan program pencegahan HIV dan AIDS bagi semua kelompok sasaran. Agen penyalur distribusi kondom gratis ini yaitu dari pihak pemerintah dan pihak LSM antara lain PKR, Pokja HIV dan AIDS yang ada di RS, LSM Yasanto, LSM YAPERPAM, dan Yayasan Cenrewasih Bersatu Merauke. KPAD Kabupaten Merauke juga aktif melakukan pendataan pemakaian dan distribusi kondom. Begitu juga dengan pengadaan kondom adalah tanggung jawab KPA Nasional melalui KPA Kabupaten Merauke. Di samping itu BKKBN juga membantu pemberian kondom khusus untuk populasi ibu-ibu rumah tangga. Ada juga Program Kondom Mandiri dimana pengadaan kondom berasal dari partisipasi masyarakat. Program ini dilakukan oleh masyarakat yang merupakan kelompok berisiko dimana mereka memberi sumbangan kemudian ditabung dalam satu rekening di bawah pengelolaan mucikari. Dinas kesehatan juga melakukan monitoring kondom terhadap Wanita Pekerja Seks (WPS) lokasi sesuai dengan Perda HIV dan AIDS daerah yang mengharuskan penggunaan kondom dan mensosialisasikan denda bagi populasi risiko tinggi bila tidak menggunakan alat pelindung ini.

Berdasarkan permasalahan diatas maka salah satu isu strategis Kabupaten Merauke yang menjadi pokok perhatian dalam RPJMD tahun 2011 – 2016 adalah aksesibilitas dan pelayanan kesehatan dan peningkatan pola hidup sehat untuk mendukung peningkatan mutu SDM;

Jumlah Kasus HIV dan AIDS yang ditemukan pada tahun 2010 adalah 133 kasus (1,75 %; ditemukan dari 7.587 klien yang dikonseling). Jumlah tersebut terdiri atas: 67 orang penderita HIV dan 66 orang penderita AIDS. Penderita AIDS yang meninggal pada tahun 2010 tercatat 43 orang (Renstra Dinas Kesehatan 2011-2015).

Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi Dinas Kesehatan Kabupaten Merauke, kendala yang dihadapi dalam menjalankan program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS meliputi mobilitas penduduk yang tinggi antar wilayah di Kabupaten Merauke, antar wilayah Kabupaten Merauke dengan kabupaten di sekitarnya, serta antara Kabupaten

Merauke dan Provinsi Papua, yang berpotensi mempercepat sebaran penyakit menular khususnya HIV dan AIDS. Namun dari kendala tersebut terdapat peluang yang dapat dimanfaatkan a.l 1) Adanya dukungan kebijakan dari pemerintah pusat dan provinsi (2) Adanya komitmen global, regional dan nasional yang menyangkut masalah kesehatan, yaitu (1) penurunan angka kematian anak, (2) peningkatan kesehatan ibu, dan (3) Upaya menghentikan penyebaran penyakit (HIV dan AIDS, malaria, TB dan penyakit lainnya). 3) terdapat berbagai sumber anggaran untuk pembangunan kesehatan, antara lain : dari Pemerintah Pusat (Dana Dekonsentrasi dan Tunjangan Pembantuan), Pemerintah Provinsi Papua (APBD Provinsi, Otsus), dan anggaran hibah/bantuan luar negeri (seperti: GF-ATM, UNPFA). Dukungan APBD diharapkan akan mengalami peningkatan jumlah anggaran secara bertahap. 4) Keberadaan Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR) memberi kontribusi dalam pelayanan kepada masyarakat melalui program pelayanan IMS dan HIV/AIDS.

Angka kesakitan atau *morbidity* mencakup insiden maupun prevalensi penyakit. Angka kesakitan digunakan untuk menggambarkan pola penyakit yang terjadi di masyarakat pada kurun waktu tertentu. Upaya pencegahan penanggulangan penyakit menular; khususnya program HIV dan AIDS, dapat digambarkan sebagai berikut: hasil kegiatan Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR) sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan yang melakukan pemeriksaan dan pengobatan IMS secara rutin pada kelompok resiko tinggi (WPSK di lokasiYobar, Belrusak, Bar/diskotik dan Panti Pijat) menunjukkan bahwa prevalensi IMS khusus infeksi Gonokokus ada kelompok resiko tinggi meningkat dibanding tahun lalu. Data kasus baru HIV dan AIDS melalui program *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) ataupun *Provider Initiative Testing and Counseling* (PITC) samapi dengan tahun 2013 adalah 854 kasus dan AIDS adalah 795 kasus. Pasien yang meninggal akibat HIV dan AIDS pada tahun 2013 adalah sebanyak 45 orang, sehingga kematian akibat HIV dan AIDS sampai dengan Desember 2013 adalah 425 orang (Laporan PKR, 2014)

Hasil kegiatan pengobatan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) oleh Pokja HIV dan AIDS RSUD Merauke tercatat bahwa ODHA yang terdaftar dan aktif di pokja sampai akhir tahun 2013 adalah sebanyak 1078 ODHA dan yang mendapat ARV sebanyak 780 ODHA (72,36 %), meningkat dibanding tahun sebelumnya (37,9%). Penularan HIV juga dapat melalui darah dan komponennya sehingga Unit Transfusi Darah (UTD) selalu melakukan skrining darah

donor terhadap HIV, dimana pada tahun 2013 jumlah darah donor di skrining HIV berjumlah 2.732 dan ditemukan 7 kasus reaktif (0,26%) (Profil Kesehatan Kab. Merauke, 2014)

Berdasarkan situasi tersebut, penelitian PMTS menjadi penting di Kabupaten Merauke untuk melihat tingkat integrasi dan efektifitas program yang diinisiasi dan dikembangkan oleh pemerintah Kabupaten Merauke yang secara khusus menangani penularan penyakit melalui transmisi seksual yang sudah menjadi bagian penyakit yang ditangani oleh UPT tersendiri, yakni PKR yang mendapatkan alokasi pembiayaan dari APBD.

B. Pertanyaan Penelitian

1. Pertanyaan Umum

Berdasarkan uraian permasalahan di atas, maka permasalahan utama dalam penelitian ini adalah: Apakah integrasi program PMTS ke dalam sistem kesehatan berkontribusi terhadap efektivitas Program Pencegahan AIDS di kabupaten Merauke?

2. Pertanyaan Khusus

1. Apakah integrasi sistem manajemen dan regulasi program PMTS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas kinerja pencegahan HIV dan AIDS serta bagaimana mekanisme kontribusinya?
2. Apakah integrasi sistem pembiayaan kesehatan program PMTS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas kinerja pencegahan HIV dan AIDS serta bagaimana mekanisme kontribusinya?
3. Apakah integrasi sistem penyediaan pasokan obat dan alat kesehatan program PMTS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas kinerja pencegahan HIV dan AIDS serta bagaimana mekanisme kontribusinya?
4. Apakah sistem pengelolaan sumber daya manusia di bidang kesehatan program PMTS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas kinerja pencegahan dan bagaimana mekanisme kontribusinya?
5. Apakah integrasi sistem informasi strategis program PMTS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas kinerja pencegahan dan bagaimana mekanisme kontribusinya?

6. Apakah integrasi sistem pengelolaan partisipasi masyarakat program PMTS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas kinerja pencegahan serta bagaimana mekanisme kontribusinya?
7. Apakah integrasi sistem upaya kesehatan program PMTS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas kinerja pencegahan dan bagaimana mekanisme kontribusinya?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk melihat sejauh mana integrasi program PMTS ke dalam sistem kesehatan berkontribusi terhadap efektivitas kinerja Pencegahan HIV dan AIDS di Kabupaten Merauke.

2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui integrasi sistem manajemen dan regulasi program PMTS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas kinerja pencegahan HIV dan AIDS serta bagaimana mekanisme kontribusinya.
2. Untuk mengetahui integrasi sistem pembiayaan kesehatan program PMTS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas kinerja pencegahan HIV dan AIDS serta bagaimana mekanisme kontribusinya.
3. Untuk mengetahui integrasi sistem penyediaan pasokan obat dan alat kesehatan program PMTS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas kinerja pencegahan HIV dan AIDS serta bagaimana mekanisme kontribusinya.
4. Untuk mengetahui sistem pengelolaan sumber daya manusia di bidang kesehatan program PMTS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas kinerja pencegahan HIV dan AIDS serta bagaimana mekanisme kontribusinya.
5. Untuk mengetahui integrasi sistem informasi strategis program PMTS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas kinerja pencegahan HIV dan AIDS serta bagaimana mekanisme kontribusinya.
6. Untuk mengetahui integrasi sistem pengelolaan partisipasi masyarakat program PMTS ke dalam sistem kesehatan terhadap efektivitas kinerja pencegahan HIV dan AIDS serta bagaimana mekanisme kontribusinya.

7. Apakah integrasi sistem upaya kesehatan program PMTS kedalam system kesehatan terhadap efektivitas kinerja pencegahan HIV dan AIDS serta bagaimana mekanisme kontribusinya.

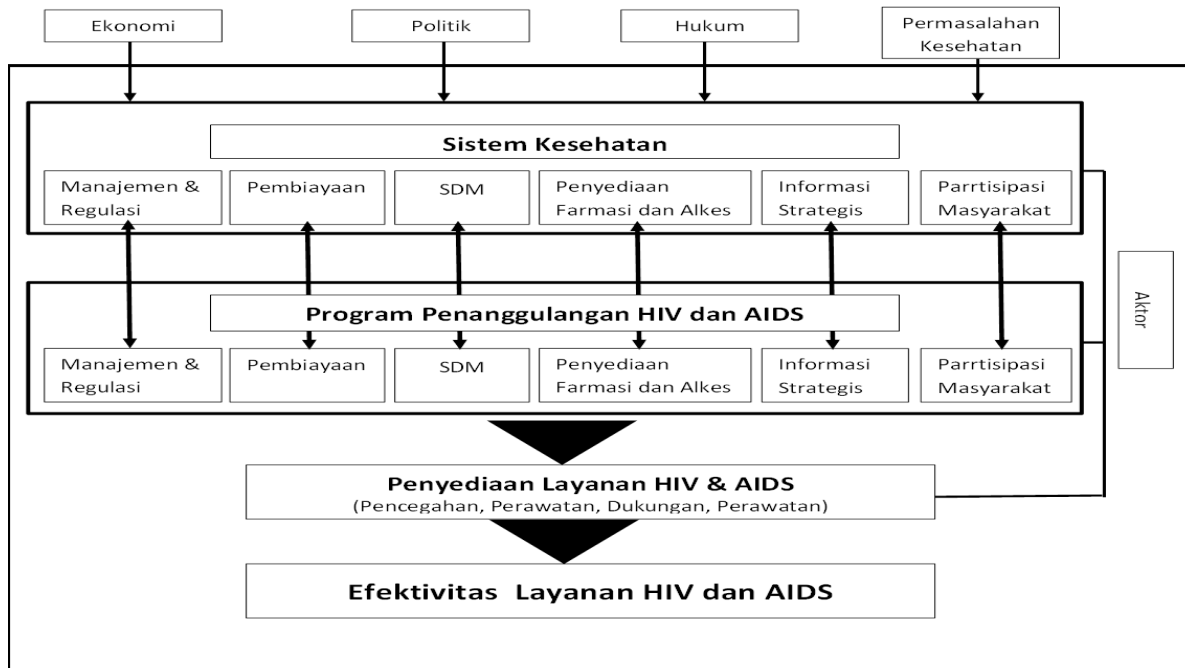
D. Kerangka Konseptual Penelitian PMTS

Penelitian ini bertujuan untuk menggali seberapa jauh integrasi respon HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan berkontribusi terhadap efektivitas program di tingkat kabupaten/kota. Seberapa jauh kontribusi ini terjadi akan dipengaruhi oleh (1) karakteristik dari permasalahan HIV dan AIDS, kebijakan dan program (pencegahan dan perawatan HIV dan AIDS) di wilayah tertentu; (2) interaksi berbagai pemangku kepentingan yang ada di tingkat sistem kesehatan dan di tingkat program; (3) pelaksanaan fungsi-fungsi sistem kesehatan dan interaksinya satu dengan yang lain; (4) konteks dimana sistem kesehatan dan program HIV dan AIDS ini berlangsung seperti konteks politik, ekonomi, hukum dan regulasinya (Atun et al., 2010, Coker et al., 2010). Berdasarkan berbagai komponen yang diidentifikasi di atas, model kerangka konseptual dari penelitian ini dikembangkan dengan mengasumsikan bahwa keempat komponen ini akan secara bersama-sama mempengaruhi tingkat integrasi dan sekaligus akan menentukan tingkat efektivitas dari respon HIV dan AIDS di suatu wilayah.

Kerangka konseptual yang dikembangkan dalam penelitian ini pada dasarnya mencoba untuk menjawab tiga pertanyaan penting dalam melihat hubungan antara integrasi dengan efektivitas yaitu: 'apa', 'mengapa' dan 'bagaimana' integrasi respon HIV dan AIDS ke dalam sistem kesehatan. Jawaban atas tiga pertanyaan dasar tersebut dilakukan dengan menilai empat komponen yang menentukan tingkat integrasi dan efektivitas sebuah program seperti disebutkan di atas. Pertanyaan 'apa' diarahkan untuk mengidentifikasi pelaksanaan berbagai fungsi sistem kesehatan (manajemen dan regulasi, pembiayaan, sumber daya manusia, penyediaan layanan, ketersediaan obat dan alat kesehatan, dan partisipasi masyarakat) dimana integrasi diharapkan terjadi. Pertanyaan 'mengapa' diarahkan untuk memetakan hasil atau dampak integrasi yang tampak dalam kinerja program dan status kesehatan pemanfaat program. Sementara itu, pertanyaan 'bagaimana' digunakan untuk menggali interaksi antar pemangku kepentingan dalam sistem kesehatan dan program HIV

dan AIDS. Bagaimana interaksi berbagai komponen yang menentukan integrasi dan efektivitas program HIV dan AIDS bisa dilihat pada kerangka konseptual di bawah ini:

Gambar 1. Kerangka Konseptual Penelitian



Bab II. Metodologi

A. Disain Penelitian

Desain yang dipakai dalam penelitian ini adalah studi kasus dengan metode kualitatif. Studi kasus adalah desain penelitian yang menggunakan pendekatan yang berfokus untuk memperoleh pemahaman yang mendalam terhadap suatu subyek atau konteks pada layanan tertentu. Bila kita mengadopsi definisi yang diusulkan oleh Green dan Thorogood (2009), studi kasus didefinisikan sebagai "penelitian secara mendalam yang dilakukan atas satu 'kasus' tertentu, yang dapat merupakan lokasi, individu atau kebijakan". Studi kasus ini juga meliputi penelitian dan survey lainnya, sejarah dan analisa statistik. Studi kasus ini menurut Yin (1994) dapat dilakukan bila: a) fokus pada studi yang ingin menjawab pertanyaan 'bagaimana' dan 'mengapa'; b) saat peneliti tidak mempunyai kontrol terhadap apa yang terjadi pada sesuatu kasus; c) peneliti ingin membahas tentang kondisi kontekstual karena percaya bahwa hal tersebut relevan dengan fenomena yang ada pada studi; (d) batas antara fenomena dan konteks tidak jelas. Kasus yang dimaksud dalam penelitian ini adalah program penanggulangan HIV dan AIDS yang dilakukan di kabupaten yang dipilih untuk dianalisa adalah Program Pencegahan HIV Melalui Transmisi Seksual (PMTS).

Desai penelitian dapat dilihat dalam gambar berikut:

Gambar 2. Tahapan penelitian studi kasus PMTS



1. Tahapan Pendahuluan

Pengembangan protokol penelitian studi kasus yang berfokus pada eksplorasi tingkat integrasi penanggulangan HIV dan AIDS kedalam sistem kesehatan diKabupaten Merauke dan kontribusinya terhadap efektivitas program spesifik dalam penanggulangan HIV dan AIDS.

Menentukan kasus yang akan diteliti di Kabupaten Merauke: Berdasarkan ketersediaan data dan tingkat urgensinya maka studi kasus yang di pilih untuk kabupaten merauke adalah Program Penularan Melalui Transmisi Seksual (PMTS). Kemudian Kabupaten Merauke sudah memiliki Unit Khusus untuk penanganan program PMTS yaitu Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR).

Untuk melakukan eksplorasi terhadap topik integrasi pada tingkat daerah, data yang diperlukan adalah primer yang diperoleh dengan cara wawancara mendalam kepada pemangku kepentingan kunci di Merauke dan FGD untuk validasi maupun sekunder yang diperoleh dari beberapa instansi-instansi terkait di Kabupaten Merauke melalui dokumen laporan *hard copy* dan *soft copy*. Sesuai dengan tujuannya maka kedua jenis data yang dikumpulkan dibagi kedalam dua tingkat yaitu tingkat sistem kesehatan dan tingkat program HIV khususnya program PMTS.

2. Manajemen Data

Data primer yang diperoleh dari wawancara mendalam, hasil rekaman wawancaranya diterjemahkan dalam bentuk tulisan (transkrip) untuk memudahkan proses analisa. Sedangkan untuk data sekunder di kumpulkan adalah data yang berhubungan dengan studi kasus PMTS. Data (primer & sekunder) yang telah terkumpul segera dikelompokkan sesuai dengan pengelompokan dalam tabel. Setelah semua data telah dikelompokkan, maka kegiatan analisis dilakukan dengan metode analisis menggunakan pendekatan kerangka kerja (*Framework Approach*). *Framework approach* ini mencakup tahap-tahap utama analisis yang sebagai berikut: *Pengenalan* -tahap analisis ini memfokuskan diri pada pemahaman atas data yang diperoleh baik berupa transkrip hasil wawancara atau data sekunder. Memastikan transkrip atau dokumen yang dibaca dilengkapi dengan nama/jenis informan, pewawancara, waktu wawancara, dan transkriptor; *Mengidentifikasi Kerangka*

Tematik – dilakukan dengan mengidentifikasi kata kunci, dimensi, atau tema dengan melakukan pemeriksaan data primer/transkrip dan memberikan kode---kode yang relevan; *Penyusunan indeks* dilakukan dengan mengumpulkan, mengurutkan dan mengelompokkan kutipan/data yang berdasar kode-kode tertentu; dan *Penyusunan data* dilakukan sebagai lanjutan dengan menata ulang data sesuai dengan bagian yang tepat dari kerangka tematik tertentu; dan *Pemetaan dan interpretasi* dilakukan untuk menentukan tipologi/pola, menemukan hubungan antar tema, dan memberikan penjelasan atas variasi tipologi/pola. Proses pemetaan dilakukan dengan menggambarkan masing-masing tema besar yang telah disusun dalam tahap sebelumnya. Sementara proses interpretasi dilakukan untuk memahami gambaran tentang tema-tema utama agar mampu menjelaskan dan menjawab pertanyaan penelitian.

B. Instrumen

Setelah penentuan kasus PMTS maka disusunlah instrumen berdasarkan kerangka konseptual. Instrumen yang dibuat berupa pedoman wawancara mendalam dan format isian data sekunder yang berisikan:

- a. Konteks - komitmen politik, ekonomi, hukum dan regulasi, dan permasalahan kesehatan;
- b. Peran pemangku kepentingan dalam sistem kesehatan dan program penanggulangan AIDS;
- c. Karakteristik dari sistem kesehatan yang dilihat berdasarkan pelaksanaan fungsi-fungsi (subsistem) kesehatan di tingkat daerah;
- d. Kinerja program penanggulangan HIV dan AIDS yang tampak pada capaian cakupan, kualitas, dan perubahan perilaku terkait dengan program PMTS.

C. Pemilihan Informan

Pemilihan informan dilakukan dengan mempertimbangkan kebutuhan informasi yang diperlukan. Informan yang dimaksud adalah yang mengetahui secara mendalam pelaksanaan program HIV AIDS khususnya pada program PMTS yang berada pada level sistem dan program. Berdasarkan hal tersebut maka yang menjadi informan dalam penelitian ini adalah sejumlah 31 yang dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1. Kategori Informan

Kategori	Keterangan
Sistem Kesehatan	Kepala bidang Pelayanan Farmasi dan Makanan Dinkes Kab Merauke, Kepala Puskesmas Kuprik, Kepala unit Kesertaan BPJS Cab Merauke, Kepala Sub bidang Pendidikan Kesehatan dan Kebudayaan <u>Bappeda</u> Merauke, Kepala Unit Umum dan Keuangan BPJS Kesmas, Kepala Bidang Kesehatan Keluarga Dinkes, Kepala Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer BPJS Kesehatan Cabang Merauke, Kepala Unit MPKR BPJS Kesehatan, Kepala bagian TU Satuan Polisi PP Kab Merauke, Kepala Dinas Sosial Pemda Merauke, Kepala Dinas Kesehatan Merauke, dan Kepala Biro Hukum
Program	Bidan PKM Tana Miring, Kasub Bidang KB, Konselor VCT PKM Tanah Miring, Pengelola Program HIV dinkes Merauke, Kepala Kesehatan Reproduksi, Staf KIA PKM Mopah, Staf PKM Mopah, Sekretaris KPA Kab Merauke, Deputi Sosial Kemasyarakatan, Yayasan Sosial Kemasyarakatan, Kepala Pokja HIV RSUD Merauke, Koordinator Katane Support Group, Wakil Himpunan Waria Merauke, Koordinator PHRI bidang THM, dan Penanggungjawab VCT PKM Mopah.
Sistem Kesehatan dan Program	Kepala Puskesmas Kuprik, Kepala Bidang P2KL Dinkes Merauke, Kepala Puskesmas Mopah, Kepala TU RS Bunda Pengharapan, dan Pemberdayaan Perempuan
Pemanfaatan dan Kualitas Layanan	Penanggungjawab PSK Yobar, dan WPS.

D. Analisis Data

Data rekaman yang telah dikumpulkan melalui wawancara mendalam diberi kode kemudian dianalisa dengan menggunakan kerangka pendekatan yang dikembangkan untuk penelitian sosial dan kebijakan kesehatan sesuai dengan tujuan dari investigasi yang ditetapkan sejak awal.

E. Penjaminan Kualitas Penelitian

Pengawasan kualitas penelitian dilakukan sejak tahap penyusunan instrument oleh tim peneliti pusat dengan tim universitas. Pengumpulan data, pengawasan, kualitas juga dilakukan melalui pertemuan validasi yang melibatkan informan kunci dan pemangku kepentingan di tingkat kabupaten Merauke setelah pengumpulan data selesai. Kemudian dilanjutkan dengan pertemuan dengan tim peneliti pusat untuk membahas kelengkapan data primer dan sekunder setelah itu data yang belum lengkap dikumpulkan melalui telepon

langsung ke informan termasuk crosscheck data yang belum jelas sesuai hasil pertemuan dengan peneliti pusat. Hasil penulisan peneliti kemudian direview oleh 4 *external reviewer*.

F. Keterbatasan Penelitian

Terdapat keterbatasan dalam penelitian ini yaitu ketersediaan data sekunder untuk mendukung hasil penelitian terbatas khusus nya data sekunder yang digunakan untuk mengukur efektifitas program PMTS dimana ada beberapa data yang sulit didapatkan dan tidak dikumpulkan oleh PKR. Sehingga hal ini berpengaruh terhadap proses analisis. Data-data yang semestinya dapat diakses untuk kepentingan publik khususnya yang menyangkut data keuangan sulit didapatkan. Kelengkapan informasi dari sebagian informan karena kendala teknis dan waktu belum maksimal. Untuk mengatasi keterbatasan ini langkah-langkah yang ditempuh adalah melakukan validasi dan perbandingan dengan sumber-sumber yang relevan lain.

Bab III. Analisis Kontekstual

A. Komitmen Politik

Komitmen politik Merauke untuk sektor kesehatan sudah ada antara lain Perda no 3 tahun 2013 tentang pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS dan IMS. Selain itu terdapat juga kebijakan penggunaan kondom 100% untuk populasi beresiko. Dan secara spesifik berkaitan dengan pembiayaan telah tertuang didalam undang-undang OTSUS yang mengharuskan alokasi dana untuk sektor kesehatan harus sebanyak 15% dari total keseluruhan APBD, hal ini sesuai dengan penuturan informan berikut;

“Kalau untuk pembangunan di bidang kesehatan kita sangat memperhatikan tentang regulasi aturan yang mengharuskan 15% itu dana kesehatannya pak, tapi itu di biayai oleh berbagai sumber dana, ada APBD kita, ada juga otsus”(Bapeda Merauke, Wawancara Mendalam, Juli 2015).

Adanya komitmen terkait dengan ketersediaan anggaran kesehatan seperti yang dikatakan oleh Kadinkes Merauke sebagai berikut ;

“kalau prioritas pimpinan daerah kalau saya lihat sudah cukup baik. Itu pertama tercermin dari alokasi anggaran, kalau otsus kan sudah pasti 15.... 15% otsus...(Dinkes Merauke, Wawancara Mendalam, Juli 2015).

Selanjutnya Kadinkes mengatakan bahwa pada kenyataan anggaran 15% itu belum sesuai karena anggaranya baru sekitar 10%. Demikian juga anggaran bersumber DAU dianggap masih kurang belum sesuai dengan instruksi kemendagri yang harus 10% bersih tidak termasuk gaji. Hal ini sesuai dengan penuturan sebagai berikut;

“...Jadi kalau kita lihat total APBD, kurang lebih 10 aja, 10%. Tapi kalau memang, kalau kan sebenarnya dari INMENDAGRI itu kan maunya 10% bersih, Kalau plus, plus gaji BPL itukan harusnya sekitar 15. Kalau dari DAU saya lihat masih kurang”(Dinkes Merauke, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Berdasarkan data APBD yang diolah memperlihatkan bahwa alokasi anggaran APBD untuk sektor kesehatan mencapai 12,73 % dari total anggaran APBD Merauke. Hal ini menunjukkan bahwa pernyataan diatas telah mendekati kesesuaian (sumber data dokumen APBD, 2014 diolah).

Berkaitan dengan kebijakan kunci, Kadinkes menuturkan bahwa berdasarkan dokumen APBD, kesehatan lebih fokus pada perbaikan perilaku hidup bersih dan sehat atau PHBS. serta pencegahan dan penanggulangan penyakit menular.

“kebijakan kunci,...saya.... dengan konsep Teori apa tuh? Bloom ka? Seperti teori Bloom,konsep ini sudah berjalan saya lebih bersifat penguatan-penguatan saja. Jadi kalau PHBSnya yang bermasalah, kita penguatan di PHBS. Lingkungan bermasalah di lingkungan” (Kadinkes, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Demikian juga disampaikan oleh Bapeda perihal kebijakan kunci pemerintah daerah salah satunya ditujukan untuk perubahan perilaku sebagai berikut

“Sangat banyak pak, satu kunci untuk bidang kesehatan untuk PHBS, rata-rata kita untuk masyarakat kita tentang pola hidup sehat itu susah, jadi masih tergantung dengan budaya jadi kita memang konsen kesana”(Bapeda, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Fokus program kesehatan yang ada didalam RPJM banyak menekankan tentang penyediaan layanan kesehatan dengan memperhatikan peningkatan kualitas layanan kesehatan dan peningkatan keterlibatan masyarakat dalam program HIV dan AIDS. Hal ini diikuti oleh kebijakan daerah kepada peningkatan PHBS dan kebijakan yang bersifat teknis seperti peningkatan kapasitas SDM kesehatan, peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan dan peningkatan akses terhadap sarana kesehatan.

Keterlibatan SKPD terkait antara lain Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Setda Bidang Kesra dalam mendukung program HIV AIDS telah terlihat didalam renstra Kabupaten Merauke Tahun 2011 – 2016, sebagai berikut:

Tabel 2. Rencana Strategis kerangka pendanaan Program HIV AIDS pada beberapa SKPD Kabupaten Merauke tahun 2011 - 2016

INDIKASI RENCANA PROGRAM PRIORITAS BIDANG KESEHATAN RENCANA PEMBANGUNAN JANGKA MENENGAH (RPJM) DAERAH KABUPATEN MERAUKE TAHUN 2011-2016							
Bidang Urusan Pemerintah dan Program Prioritas Pembangun an	Indikator Kinerja Program (outcome)	Kerangka Pendanaan					
		Tahun 2011	Tahun 2012	Tahun 2013	Tahun 2014	Tahun 2015	Kondisi Kinerja pada Akhir Periode RPJMD (Tahun 2015)
		Rp (x1000)	Rp (x1000)	Rp (x1000)	Rp (x1000)	Rp (x1000)	Rp (x1000)
1	2	3	4	5	6	7	8
<i>Pencegahan dan Pengamatan Penyakit</i>							
b. P2 TB	Prosentase CDR	252,000	307,125	367,500	367,500	367,500	1,661,625
	Prosentase SR	150,400	165,102	189,250	189,250	189,250	883,252
f. P2 Malaria	Prosentase API	300,000	200,000	100,000	100,000	100,000	800,000
	Bumil yang diskrining	106,250	112,500	118,750	125,000	125,000	587,500
j. P2 HIV/AIDS	Prevalensi GO	300,000	330,000	333,000	333,300	333,330	1,629,630
	Penggunaan Kondom	122,500	123,775	125,000	125,000	125,000	621,275
	Klien yang di-VCT	300,000	300,000	420,000	480,000	540,000	2,040,000
	Penanganan penderita	250,000	300,000	350,000	400,000	450,000	1,750,000
INDIKASI RENCANA PROGRAM PRIORITAS BIDANG KESRA SETDA RENCANA PEMBANGUNAN JANGKA MENENGAH (RPJM) DAERAH KABUPATEN MERAUKE TAHUN 2011-2016							
No.	Kerangka Pendanaan						
	Tahun 2011	Tahun 2012	Tahun 2013	Tahun 2014	Tahun 2015	Kondisi Kinerja pada Akhir Periode RPJMD (Tahun 2015)	SKP D Pen ang gun g Jaw ab
	Rp (x1000)	Rp (x1000)	Rp (x1000)	Rp (x1000)	Rp (x1000)	Rp (x1000)	
1	2	3	4	5	6	7	

PROGRAM BANTUAN SOSIAL ORGANISASI KEMASYARAKATAN KEAGAMAAN	Tersedianya dana Bantuan Sosial Bagi Organisasi Kemasyarakatan keagamaan	500,000	500,000	550,000	600,000	650,000	2,800,000	SETDA (Bagian Administrasi Kesehatan Masyarakat)
Tersedianya dana bantuan kepada Sanggar Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)	1 Sanggar (Yayasan santo antonius Merauke)	100,000	200,000	250,000	300,000	350,000	1,200,000	
INDIKASI RENCANA PROGRAM PRIORITAS DINAS SOSIAL RENCANA PEMBANGUNAN JANGKA MENENGAH (RPJM) DAERAH KABUPATEN MERAUKE TAHUN 2011-2016								
Bidang Urusan Pemerintahan dan Program Prioritas Pembangunan		Kerangka Pendanaan						
		Tahun 2011	Tahun 2012	Tahun 2013	Tahun 2014	Tahun 2015	Kondisi saat ini	
		Rp (x1000)	Rp (x1000)	Rp (x1000)	Rp (x1000)	Rp (x1000)	Rp (x1000)	
1		2	3	4	5	6	7	
Penyuluhan NAPZA bagi Generasi Muda		50,000	75,000	100,000	100,000	100,000	425,000	
Pembekalan HIV/AIDS bagi TOGA dan TOMA		50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	250,000	
Negosiasi Kondom bagi WPS		15,000	16,500	18,150	19,965	21,961	91,576	
Pendidikan & Pelatihan Ketrampilan berusaha bagi Pekerja Seks Komersial (PSK)		50,000	25,000	25,000	25,000	25,000	150,000	

Sumber; Renstra Kabupaten Merauke tahun 2011-2016 diolah

Berdasarkan Tabel 2 renstra diatas telah memperlihatkan adanya perencanaan pengalokasian anggaran untuk program HIV dan AIDS dan IMS oleh SKPD namun dalam pelaksanaannya sesuai dengan hasil wawancara membuktikan bahwa belum semua SKPD menjalankan renstra tersebut, hal ini sesuai dengan penuturan informan sebagai berikut :

“Dan memang mereka masuk walaupun yang kita dapati tidak sesuai dengan target, tapi kami syukuri bisa masuk tingkat SKPD.... termasuk dari SKPD... Dinas Kesehatan ada program HIV dan AIDS, Pemberdayaan Perempuan, Pemuda

dan Olah Raga. Kalau dinas tenaga kerja, otomatis mereka sudah punya itu. Dinas pendidikan memang belum punya anggaran dana itu” (KPAD, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Dengan demikian pemerintah sudah konsisten untuk meningkatkan pembangunan sektor kesehatan khususnya pada program pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS dan IMS.

Program penanggulangan HIV dan AIDS sendiri mendapatkan perhatian khusus dari pemerintah daerah melalui konsistensi keberadaan perda dimulai dari Perda Kabupaten Merauke Nomor 5 Tahun 2003 dan diperbaharui lagi dengan adanya Perda Nomor 3 Tahun 2013 dimana pemerintah daerah sudah berkomitmen baik dalam menanggulangi HIV dan AIDS dengan didukung oleh kerja sama lintas SKPD-SKPD dan terlihat juga dalam alokasi dana APBD yang fokus pada pencegahan penularan HIV yaitu meningkatkan layanan VCT di setiap penyedia-penyedia pelayanan dasar seperti puskesmas, rumah sakit dan pusat kesehatan reproduksi. Adapun beberapa instansi yang sangat berperan aktif dalam program penanggulangan HIV dan AIDS antara lain Dinas Kesehatan melalui PKR, KPAD, Yasanto, Badan Pemberdayaan Perempuan dan KB, dan penegakan hukum dari Biro Hukum, Satpol PP melalui TIM Penyidik Pegawai Negeri Sipil (PPNS) untuk mengawal regulasi dan Bidang Kesejahteraan rakyat pada Sekretariat Daerah Kabupaten Merauke.

Mitra Pembangunan Indonesia (MPI) yang terlibat di Kabupaten Merauke dalam mendukung program HIV dan AIDS dan IMS sebelumnya antara lain GF, UNFPA, IPM, Caritas Australia, namun pada umumnya saat ini sudah tidak ada lagi karena adanya aturan baru yang melarang pihak donor langsung ke daerah tetapi harus melalui KPAN. Pendapat ini berasal dari informan-informan berikut;

“Lembaga Donor kita yang membantu UNFPA sampai dengan 2013 dengan adanya regulasi dana hibah tidak boleh langsung ke daerah,...saat ini masih berjalan tapi dari KE langsung kepada Kabupaten tapi tidak melalui BAPEDA, tapi kordinasi nya masih. Sedangkan untuk IPD dari 2011 sampai saat ini masih eksis juga tetapi masih menggunakan pihak ketiga.” (Bapeda, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

“Kalau di kota, hanya mungkin cuma HIV saja, Global Fund.....tapi saat ini saya kira sudah tra da, tahun-tahun kemarin” (Kadinkes, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

“... hanya Caritas Australia, UNFA, lembaga PBB tentang kependudukan. Dia yang sekarang di KPA support tapi dia mengalir ke KPA Nasional baru ke kami.

Itu juga ada satu IPM. Tapi itu semua melalui KPA Nasional. Dulu kan langsung. Tapi adanya kerjasama KPA dengan Bapenas, maka lembaga donor yang ini, melalui KPA. Kecuali Caritas Australia" (KPA, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Kebijakan prioritas yang akan dikembangkan oleh pemerintah daerah saat ini salah satunya adalah peningkatan tipe Rumah Sakit dari Tipe C Ke B untuk mendukung layanan kesehatan agar lebih maksimal karena saat ini sudah tidak sesuai dengan kebutuhan. Keterbatasan sarana prasarana serta SDM juga menjadi kendala selain itu permasalahan tanah yang selalu dipermasalahkan masyarakat . Pendapat ini berasal dari informan sebagai berikut;

"Kebijakan kedepannya ada sih pak, pembangunan Rumah Sakit masuk dalam RPJM kita sudah ada tapi belum terlaksana jadi kita kedepannya itu Rumah Sakit pak, karena Rumah Sakit kita ini tidak memenuhi syarat lagi pak apabila sudah adanya KLB pasien itu sudah sampai diluar,pasien kita banyak yang rujukan ke luar karena alat-alat medis kita yang kurang, kedua tenaga dokter ahli kita, jujur saja dokter ahli kita kan kita kontrak pak,kendala kita lainnya adalah tanah, tanah sudah bikin sertifikat tapi masyarakat masih menggugat" (Bapeda, Wawancara mendalam, Juli 2015)

Kebijakan lainnya yang akan dikembangkan menurut kepala dinas kesehatan adalah pengembangan dan penguatan di fasilitas pelayanan dasar serta penguatan kampung siaga hal ini sesuai dengan yang diutarakan informan sebagai berikut;

"kalau saya, pengembangan atau penguatan untuk di yankes dasar? Kampung siaga?"(Kadinkes, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Berkaitan dengan desentralisasi seorang informan mengatakan bahwa desentralisasi berpengaruh positif terhadap kualitas pelayanan dan ini didukung oleh data sekunder dimana dana Otsus, Perda, dan kebijakan daerah sangat membantu dan mendukung terlaksananya program-program kesehatan khususnya penanggulangan HI dan AIDS. Kebijakan yang sifatnya sentralisasi misalnya kebijakan BPJS yang tidak melihat kemampuan daerah, keterbatasan SDM dan jumlah penduduk menyebabkan permasalahan bagi puskesmas untuk mendapatkan alokasi anggaran karena alokasinya dalam bentuk kapitasi. Puskesmas dipaksakan harus mempunyai bendahara tersendiri dan ber APBD untuk mengolah dana yang cukup besar termasuk dana BOK yang langsung kepuskesmas.

"....masalah regulasi contohnya seperti BPJS ya pak dulunya BPJS sekarang JKN ya pak, itu kendala kita, pemerintah pusat meluncurkan aturan-aturan atau program-program baru ini tidak melihat kemampuan daerah itu seperti apa dan

tingkat kesulitan, contohnya saja pak, tenaga medis kita di puskesmas kan tidak ada spesialisasi keuangan, mereka di paksakan harus mereka mempunyai bendahara dan mereka harus berAPBD kan pak istilahnya, (Bapeda, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Pendapat lainnya dari KPA mengatakan bahwa desentralisasi berpengaruh terhadap pandangan orang pada sarana-sarana pelayanan HIV dan AIDS dan IMS seperti pokja RSUD, PKR, dan Yasantho. Keterbukaan penderita untuk berobat dan penerimaan masyarakat terhadap ODHA semakin baik karena aktifnya penyuluhan dan pendekatan yang dilakukan oleh berbagai sektor terkait dan LSM di daerah. Kutipan pendapat tersebut di atas sebagai berikut;

“Menurut saya desentralisasi ada pengaruhnya, bahwa masyarakat tidak lagi memandang Yasanto sebagai yang harus disterilkan,..... Kemudian Pokja juga sudah tidak lagi ditakuti orang, dan PKR tidak dipandang lagi hanya orang yang positif HIV saja. yang positif HIV juga saya lihat sudah beraktifitas,sudah berani tampil di depan umum.” (KPAD, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

B. Ekonomi

Proporsi APBD untuk sektor kesehatan menurut kepala dinas kesehatan menduduki peringkat 8 besar dan porsi APBD lebih besar dalam bentuk ADD dan DAK. Awalnya alokasinya hanya berkisar antara 6 – 7% namun sekarang ini sudah sekitar 9-10%. Permasalahan yang biasa terjadi adalah kalau APBD otsus sudah besar maka terkadang DAU dikurangi.

“saya memang ada suruh staf kumpul lagi, tapi awal-awal itu memang kecil, mungkin sekitar 6 - 7 % total APBD. Tapi terakhir-terakhir sudah hampir 9-10%. Memang masih saya lihat juga ini otsus sudah 15%. Cuma kalau otsus sudah besar, DAU biasa sudah tidak besar.....Jangan kita bilang kesehatan penting, tapi nanti dari urutan jumlah dana paling besar, kesehatan di ranking nomor 8.,ketika kita lihat alokasi dana kabupaten memang di nomor 2 nomor 3, berarti itu betul”. (Kadinkes, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Menurut informasi dari Bapeda dan pusat yang masuk APBD Cuma dana DAK. Jadi sumber dana APBD dari otsus, DAU dan DAK , alokasi TP masuk melalui APBN seperti dana BOK, Jamkesmas/ BPJS.

“ya sebenarnya dana pusat yang masuk ke APBD cuma DAK saja. Kalau TP itu tidak masuk APBD, dia alokasi tersendiri APBN. Jadi DAK yang masuk APBD. Kalau saya bilang APBD itu sudah ada DAK di dalam. Karena seperti kita di sini

kan APBD itu dari otsus, DAU DAK, dengan DAU itu saja kalau di Merauke. Tapi di luar itu, missal dari APBN kan ada BOK, kemudian sekarang ada JAMKESMAS” (Bapeda, Wawancara Mendalam, Juli 2015).

Jika dibandingkan dengan data sekunder, terdapat kebenaran dari hasil wawancara dimana dari total APBD di tahun 2015 sebanyak Rp. 2.001.2048.315.859, kemudian jumlah alokasi APBD untuk RSUD sebanyak Rp. 133.548.940.499 dan alokasi untuk Dinas Kesehatan sebanyak Rp. 121.329.752.082. Sehingga jika diakumulasikan jumlah total alokasi APBD untuk sector kesehatan sebanyak Rp.254.878.692.581.

Menurut hasil wawancara alokasi dana pusat lebih banyak kepada biaya langsung untuk pengadaan alkes dan biaya pembangunan penyedia layanan kesehatan seperti pembangunan puskesmas-puskesmas. Wujud dana pusat dalam bentuk dana DAK dan TP, untuk memperoleh dana tersebut harus membuat proposal yang lengkap dengan data situasi kondisi dan alasan memintanya. Hal ini sesuai dengan yang diutarakan informan sebagai berikut;

“Kalau dana dari dekonsentrasi pak selama ini tetap ada pak, dari pusat berbentuknya kadang-kadang alkes, bangunan pustu untuk di Rumah Sakit juga alkes dengan bangunan-bangunan yang ada disana, yang penting pak tergantung kita bagaimana rajin istilahnya memberikan proposal ya pak, dak, dekon TP harus menggunakan proposal,” (Kadineks, Wawancara Mendalam, Juli 2015).

Dominan informan dari data primer mengatakan bahwa kondisi ekonomi yang berkaitan dengan kemampuan masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan yang ada di provinsi Papua dan Kabupaten Merauke secara khusus tidak mempengaruhi derajat kesehatan, karena masyarakat sudah mendapat jaminan untuk mengakses layanan kesehatan termasuk layanan HIV AIDS dan IMS. ketersediaan jaminan kesehatan seperti BPJS, dana Gerbangku, Dana Respek, dan dana ADD telah mencukupi. Masalah kesehatan yang terjadi di Kabupaten Merauke lebih besar disebabkan oleh pola berpikir masyarakat yang mempengaruhi perilaku sehat mereka, dengan kata lain PHBS yang masih rendah. Selain itu tingkat pendidikan masyarakat di Kabupaten Merauke secara umum masih rendah dan juga dapat terlihat di IPM papua yang masih rendah. Hal ini menyebabkan program PHBS menjadi salah satu program kunci pembangunan kesehatan di Merauke. Seperti yang dikemukakan informan dari Bapeda;

“satu kunci untuk bidang kesehatan untuk PHBS, rata-rata kita untuk masyarakat kita tentang pola hidup sehat itu susah, jadi masih tergantung dengan budaya” (Bapeda, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Untuk level program, ada alokasi anggaran APBD untuk operasional dan juga kegiatan-kegiatan hari besar AIDS dan hal ini didukung oleh RAK dan DPA dari dinas kesehatan khususnya program pencegahan dan penanggulangan penyakit menular. Adapun anggaran tersebut dijabarkan sebagai berikut; dana pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular (HIV dan AIDS) dari Otsus sebanyak Rp.410.000.000, belanja barang dan jasa sebanyak Rp. 410.000.000, belanja jasa penemuan penderita (VCT) untuk 12000 klien Rp.360.000.000 dan belanja perjalanan dinas dalam home visit 1000 klien sebesar Rp.50.000.000. Dominan dari informan mengatakan bahwa sumber dana untuk program HIV dan AIDS yang dijalankan bersumber dari APBD.

Sama hal nya masalah kesehatan secara umum, masalah HIV/AIDS di Kabupaten Merauke bukan merupakan dampak langsung dari situasi ekonomi daerah. Saat ini banyak uang yang beredar dikampung-kampung yang menandakan bahwa status ekonomi orang papua meningkat. Pernyataan informan ini berkaitan dengan banyaknya kebijakan alokasi dana oleh pemerintah ke kampung- kampung seperti ADD, dan gerbangku, dan respek dan dana lainnya yang masuk ke unit layanan kesehatan seperti puskesmas terdapat dana BOK, operasional puskesmas, BPJS sehingga permasalahan sebenarnya adalah disebabkan oleh masalah gaya hidup yaitu perilaku seks bebas yang tinggi. Hal ini sesuai dengan penuturan responden berikut;

“Saya lihat ini persoalan kita di Papua, ini bukan saja persoalan status ekonomi. Orang Papua di kampung sekarang pegang uang banyak. Artinya status ekonomi mereka naik, tapi kan apa artinya orang kampung pegang uang” (Kadinkes, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Berkaitan dengan alokasi anggaran untuk dinas kesehatan dan rumah sakit serta lembaga teknis lainnya lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel –tabel berikut:

Tabel 3. Sumber Dana Dinas Kesehatan Kabupaten Merauke Tahun 2014

No	Sumber Dana	Jumlah
	Belanja Langsung	

No	Sumber Dana	Jumlah
1	DAU Dinkes	26.970.018.533
2	APBN : Dana Alokasi Khusus Dinkes	13.162.174.953
3	APBN : Dana Operasional Kesehatan Dinkes	-
4	APBN : Dana Dekonsentrasi	-
5	APBN : Dana Otonomi Khusus Dinkes	7,930,000,000
		48.062.193.486
	Belanja TidakLangsung	
6	DAU	40.005.126.906
	Total Anggaran Belanja Daerah	88.067.320.392

Sumber; Dokumen APBD diolah

APBD Dinas Kesehatan Kabupaten Merauke tahun 2015 dapat dijabarkan sebagai berikut: Pendapatan Asli Daerah (PAD) sebesar Rp 16.026.700.000,- . Belanja Daerah sebesar RP 88.067.320.392,-yang terdiri dari belanja tidak langsung sebesar Rp 40.005.126.906 dan belanja langsung sebesar Rp 48.062.193.486. Jika diprosentasikan alokasi anggaran untuk Program Pencegahan dan penanggulangan penyakit menular sebesar Rp 2.409.315.000,- dari total anggaran belanja daerah maka didapatkan sebesar 2,74% tetapi jika prosentasi tersebut diperhitungkan dari belanja langsung maka diperoleh sebesar 5,01% .

Tabel 4. Prosentasi Alokasi Dana Sektor Kesehatan bersumber APBD Kabupaten Merauke Tahun 2014

Sektor Kesehatan	Tahun			
	2014		2015	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Jumlah APBD Kabupaten	Rp1,851,498,703,304,-		Rp2,001,248,315,859,-	
Jumlah APBD Kesehatan	Rp195.495.401.029,-	10,56	Rp254.878.692.581,-	12,73
Dinas Kesehatan	Rp 88.248.994.557,-		Rp121.329.752.082,-	
RSUD	RP 107.246.406.472,-		Rp133.548.940.499,-	

Sumber: Data Dokumen APBD Kabupaten Merauke Tahun 2014 dan 2015.

Hasil wawancara dengan kepala dinas kesehatan kabupaten merauke mengatakan bahwa alokasi anggaran dinas kesehatan berada pada urutan ke 8 namun berdasarkan dokumen APBD tahun 2014 posisi dinas kesehatan berada pada urutan ke 6 dan tahun 2015 dinas kesehatan berada pada urutan ke 5 alokasi anggaran terbanyak. Sehingga dapat dikatakan

bahwa sektor kesehatan (PMTS) masih belum menjadi perhatian utama meskipun sumber-sumber pendapatan meningkat dengan adanya kebijakan Otsus.

C. Hukum dan Peraturan

Sejauh ini tidak ada peraturan baik itu dari pusat ataupun peraturan daerah yang membatasi masyarakat dan individu untuk mendapatkan layanan kesehatan hal ini dikemukakan oleh informan sebagai berikut:

*“Untuk itu tidak ada pak, jadi pada dasarnya kita sudah komitmen antara Dinas Kesehatan, RSUD dengan puskesmas yang ada, apabila masyarakat itu tidak punya KTP Elektronik, sekarang KTP Elektronik ya kadang-kadang saudara kita belum memiliki, itu kita linkkan, layani saja dulu nanti mungkin bukti identitas yang lain,.... prinsipnya kita layani dulu nanti syaratnya dari belakang.”
(Dinas Kesehatan Merauke, Juli 2015)*

Sejauh hanya kondisi kepemilikan BPJS saja yang dapat menjadi penghalang untuk memperoleh pelayanan kesehatan karena tidak memiliki persyaratan terutama Kartu Tanda Penduduk Kabupaten Merauke, terutama populasi kunci yang domisilinya sering berpindah-pindah. Namun pihak dinas sosial telah membantu dalam menyelesaikan masalah tersebut dengan membantu mengurus pengganti NIK sementara. Hal ini sesuai dengan penuturan informan sebagai berikut:

“Kalau hambatan tidak ada yang penting mereka mengikuti mekanisme ini...”

Itukan identitasnya tidak lengkap, tinggal di jalanan tidak menentu, tinggal dengan siapa, selama ini dinas sosial. Mekanisme di dinas sosial itu sebenarnya sudah ada. Mungkin ada dibuatkan dulu pengganti NIKnya (BPJS, Wawancara Mendalam, Juli 2015).

Hal lain yang lebih spesifik berkaitan dengan perda HIV AIDS menurut salah satu informan perda tersebut memiliki dampak negatif dimana peraturan ini dapat membuat orang yang positif tidak berani melapor keadaannya yang sudah positif HIV karena takut menerima sanksi dari pemerintah dan penegak hukum. Selain itu dari 4 sasaran (pekerja seks, pramuria, mucikari dan pelanggan) yang sulit dilacak untuk diberi sanksi adalah pelanggan. Hal ini seperti yang diutarakan informan sebagai berikut;

“Masyarakat umum mislanya, mereka jadi takut, bisa mereka jadi takut lapor diri bahwa dia IMS. Jadi dia harus sembunyi-sembunyi. Kalau ODHA misalnya,

ODHA PSK itu nanti arahnya kalau dia PSK dan ODHA (+) dia sudah tidak boleh praktik. Cuma kadang-kadang kan kita bahayanya begitu. Kalau PSK ODHA sanksi. Itu bisa denda 50juta penjara 6 bulan. Bisa saja dia melarikan diri sembunyi dalam masyarakat karena sanksi itu. Dia tidak ada pilihan cari uang, harus jual diri”(Kadinkes Merauke, Juli 2015)

“...4 sasaran yang akan menjadi penegakan perda itu, yaitu 1 pekerja seks 2 pramuria 3 mucikari 4 pelanggan. Dari 4 sasaran ini 3 bisa ditegakkan, bisa dikenakan sanksi, bisa dilakukan pemeriksaan. Mereka sangat jelas, tapi pelanggan. Terutama dari pekerja seks tidak ada yang bisa menceritakan pelanggan mereka, satu alasannya bahwa orang yang datang berganti-ganti (KPAD Merauke, Wawancara Mendalam Juli 2015)

“Memang saya terus terang angkat tangan untuk yang masyarakat. Saya tidak bisa untuk mereka, karena ya banyak” (PKR, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Namun disamping itu ada beberapa informan yang mengutarakan sisi positif dari perda ini dimana perda HIV sangat baik terutama pada penyadaran penggunaan kondom khusus nya pada kelompok resiko tinggi seperti pekerja seks dan dan juga peraturan ini salah satu wujud penegakan hukum dalam etika pengendalian penyakit seksual dalam bermasyarakat.

“dampak positifnya ada. Terutama mereka-mereka yang terkait dengan IMS control, jadi program itu lebih berjalan ketat. Mereka, misalnya PSK, cewek-cewek di bar, mereka secara rutin mau periksa diri. Terus ada aturan yang soal kondom, jadi kita gandeng antara kondom dengan IMS”(Kadinkes, Wawancara Mendalam, juli 2015)

Hal senada dikemukakan responden berikut;

“....ada. Ya itu, pertama mereka lebih kepada takut, kedua beda ya antara hambatan yang dilokalisasi dengan di bar-diskotik, atau dengan masyarakat umum. Kalau dilokalisasi saya lihat rata-rata orangnya sudah lebih dewasa,beban tanggung jawab begitu. Jadi untuk IMS kerja samanya lebih bagus. Untuk di bar agak susah karena kebanyakan saya perhatikan umurnya masih belasan samapai 20 tahun, mereka masih melakukan tugasnyalebih ke kesenangan mereka.... Kalau untuk masyarakat ya beda lagi, walaupun diberi tahu tapi IMS nya masih ada terus” (PKR, Wawancara Mendalam, 2015)

Disamping ini mayoritas informan mengatakan bahwa Perda HIV dan AIDS lebih banyak dampak positifnya khusus nya pada monitoring kondom, pengawasan bahaya penularan IMS dan HIV dan pemutusan rantai penularan. Ada beberapa perda yang mendukung program ini di antaranya; Renstra penanggulangan HIV dan AIDS Provinsi Papua yang

dijadikan acuan untuk program KIE sebagai intervensi perubahan perilaku khususnya *Harm Reduction*, memfungsikan layanan VCT, dan pelayanan PMTCT, keberadaan perda kab. Merauke no.5 tahun 2003 untuk pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dan IMS.Perda Kab. Merauke no.3 2013 tentang pencegahan dan penanggulangan IMS, dan HIV/AIDS, perda Kab.Merauke no.11 tahun 2005 tentang ketertiban, kebersihan, dan keindahan hususnya pasal 21 dan 22 tentang tertib susila, kemudian perda kab. Merauke no.21 tahun 2011 tentang ketertiban umum dimana pasal 38 tentang larangan bangunan untuk berbuat asusila dan pasal 40 tentang larangan mengedarkan alkohol dan mengkonsumsi alkohol di tempat-tempat umum karena meminum miras juga dapat memicu perilaku seks bebas, terakhir adalah Perda Kabupaten Merauke no.8 tahun 2014 tentang pengendalian minum beralkohol di Kabupaten Merauke dimana sesuai dengan hasil wawancara kadang ada pelanggan WPS yang tidak mau menggunakan kondom karena mabuk, sehingga susunan perda ini saling melengkapi. Kemudian tidak hanya sampai pada pembuatan undang-undang tetapi juga pada pelaksanaan di lapangan sudah dibentuk petugas PPNS dan juga kerjasama lintas sektor antara Dinas Kesehatan, Biro Hukum, dan Satpol PP.

Berikut daftar kebijakan kunci yang dikembangkan pemerintah daerah Kabupaten Merauke dapat dilihat dalam tabel dibawah ini:

Tabel 5. Daftar kebijakan kesehatan kunci yang dikembangkan pemerintah daerah dalam 5 tahun terakhir

No	Nama Kebijakan	Pointer penting
1	Perda no 3 Tahun 2013	Pencegahan dan penanggulangan infeksi Menular, HIV dan AIDS
2	Perda Kabupaten Merauke tentang Kebersihan, Ketertiban dan Keindahan no. 11 tahun 2005	Pasal 21 mengatur tentang Tertib susila Bupati dapat memerintahkan menutup bangunan yang digunakan untuk melakukan perbuatan asusila. Surat perintah penutupan tersebut ditetapkan pada bangunan yang digunakan untuk melakukan asusila...dst..
3	Perda no. 8 tahun 2014 tentang Pengendalian Minuman beralkohol dikabupaten Merauke	Ada kecenderungan orang yang mengkonsumsi alkohol cenderung pergi ke lokasi dan tidak menggunakan kondom.
4	Perda no 21 tahun 2011 tentang ketertiban umum	Menjadi pedoman untuk melakukan PPNS (Penyidik Pegawai Negeri Sipil) untuk mengawal berjalannya perda-perda (termasuk melakukan penyidikan terhadap para pelanggaran peraturan

Sumber :Biro hukum

Berdasarkan tabel diatas terdapat beberapa perda yang menjadi perhatian pemerintah untuk dikawal secara terus menerus agar lebih efektif dalam mendukung keberhasilan program HIV AIDS dan IMS karena perda tersebut baik secara langsung maupun tidak langsung dapat mencegah penularan HIV AIDS dan IMS.

D. Permasalahan Kesehatan

Dinas Kesehatan Merauke dalam menyusun perencanaan mengikuti sistem perencanaan yang berlaku. Perencanaan berawal dari pelaksanaan musrembang kampung (desa) dan distrik (Kecamatan) yang diikuti oleh puskesmas dan selanjutnya masuk ke musrembang tingkat kabupaten. Selain itu Dinas Kesehatan Kabupaten Merauke sudah sering melakukan pertemuan lintas sektor yang difasilitasi oleh Bupati melalui Bappeda yang bertujuan mendiskusikan penanggulangan masalah pelayanan kesehatan yang sedang dihadapi Kabupaten Merauke mendiskusikan masalah keuangan dan memberi kesempatan kepada SKPD-SKPD melaporkan hasil kerja mereka. Hal ini sesuai dengan penuturan informan:

“Sering pak kami melakukan pertemuan lintas sector yang menyangkut permasalahan penanggulangan pelayanan kesehatan di Kabupaten Merauke. Pak Bupati selalu melakukan evaluasi kegiatan, sambil disitu kita melakukan diskusi keuangan kita, berapa fisiknya, mereka melaporkan bagaimana masing-masing SKPD sudah berjalan dengan baik apa belum.” (Bappeda, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Demikian juga KPA sering mengadakan pertemuan lintas sektor untuk mendapatkan informasi baik dari lintas sektor, populasi kunci dan masyarakat untuk kepentingan perencanaan. Adapun masalah kesehatan di kabupaten merauke menurut responden berikut adalah

“10 besar penyakit pembunuh. Kalau pembunuh itu kan banyak mati di RS. Saya lihat pembunuh nomor 1 sekarang kalau tidak salah TB, AIDS, habis itu baru mungkin stroke, jantung, PTM. Kalau dulu kan ISPa, diare. Tapi kalau saya lihat laporan terakhir RS, TB.” (Kadinkes, Wawancara mendalam, Juli 2015)

Prioritas yang merupakan lima besar kejadian penyakit di Merauke adalah TB, AIDS, Strok, Malaria dan ISPA. Oleh sebab itu saat ini HIV masih tetap menjadi program prioritas. Kemudian sesuai dengan Profil Dinas Kesehatan dimana sudah banyak program-program untuk penanggulangan HIV seperti Pemeriksaan dan Pengobatan untuk kelompok Risti yang ada di lokalisasi, Penjaringan Ibu Hamil (PMTTC), VCT dan penjaringan IMS.

“Masih tetap menjadi prioritas, walaupun IMS dan HIV sudah turun namun pada ibu-ibu meningkat dan perlu mendapat perhatian dari semua pihak termasuk komunitas adat, agama dan kelompok lainnya, Komunitas remaja. ini kan sebenarnya masalah HIV/AIDS ini kan salah satu kegiatan program di kita punya 7 wajib program itu kan salah satu kan pemberantasan penyakit menular. Nah pemberantasan penyakit menular itu salah satu kan pemberantasan HIV/AIDS.....kegiatan-kegiatan terkait dengan pemberantasan penyakit HIV/AIDS ya istilahnya penyuluhan tetap jalan, preventifnya IMS kontrol nya jalan. Kalau kondom karena kasus itu kita lihat lebih banyak di kota. Jadi kalau di pedalaman itu kita lebih sekarang press nya di visited, jadi semua ibu hamil wajib” (Kadinkes, Wawancara Mendalam, 2015)

Sebagai bukti keseriusan pemerintah dalam program HIV dan AIDS dan IMS ini adalah dengan dialokasikannya dana setiap tahunnya ke PKR dan Pokja RSUD untuk melaksanakan program tersebut.

Menurut data dinas kesehatan jumlah VCT yang dilakukan pada tahun 2013 adalah 10498 orang kemudian ditemukan sebanyak 113 kasus HIV pada kelompok Risti. Kemudian di RSUD ada juga Pokja HIV/AIDS yang melaksanakan pengobatan ARV.

Adapun mekanisme untuk mengetahui status kesehatan masyarakat melalui indikator Angka Kematian Ibu, Angka Kesakitan, Status Gizi, dan angka harapan hidup yang diperoleh hanya dari survey yang dilakukan secara nasional oleh kemenkes. Bentuk survei antara lain melalui riskesda, surveilans, system kewaspadaan dini dan penyelidikan KLB. Lebih jelasnya lihat tabel berikut.

Tabel 6. Mekanisme untuk mengetahui status kesehatan masyarakat

No	Mekanisme	Siapa yang melakukan
1	Riskesda	Kemenkes dan Dinkes
2	Surveilans Penyakit Menular	Dinas Kesehatan
3	Surveilans Terpadu Penyakit Rumah Sakit Sentinel	Dinas Kesehatan
4	Surveilans Terpadu Penyakit Puskesmas	Dinas Kesehatan
5	Sistem Kewaspadaan Dini	Dinas Kesehatan
6	Penyelidikan Kejadian Luar Biasa	Dinas Kesehatan

Mekanisme lainnya untuk mencegah penyebaran HIV AIDS dan IMS dilakukan dengan penjangkaran pada PNS, pendatang baru, TNI- Polri, nelayan, petani dan ibu rumah tangga sampai ke pelajar wajib melakukan VCT:

“Untuk HIV ya pak, jadi PNS di VCT sekalian pendatang baru juga, TNI-Polri itupun semua di VCT pak, jadi sudah terdeteksi pak, beberapa PNS, berapa TNI-Polri, berapa nelayan, berapa petani, ibu rumah tangga sampai di pelajar juga di deteksi. Yang sudah terdeteksi itu wajib mereka melakukan VCT pak sehingga penyebarannya tidak terlalu meluas, (Bapeda, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Setiap perencanaan program pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS dan IMS yang dibuat oleh pemerintah Kabupaten Merauke maupun pihak lainnya telah menggunakan berbagai sumber informasi diatas yang bersumber dari satu pintu yaitu dinas kesehatan, karena semua aktifitas layanan kesehatan harus dilaporkan ke dinas kesehatan dalam hal ini PKR sesuai dengan sistem yang dibuat.

“lembaga-lembaga yang bekerja di wilayah Merauke sini khususnya untuk HIV itu telah menggunakan informasi epidemiologis...jadi kita punya sistem pencatatan pelaporan semua satu pintu, lewat PKR. Hasilnya ke KPA, kemudian kalau ada lembaga organisai yang membutuhkan data, itu semua KPA yang kasih” (Kadinkes, Wawancara Mendalam, Juli 2015).

Bab IV. Analisis Pemangku Kepentingan di Kabupaten Merauke

A. Analisis Pemangku Kepentingan

Analisis ini dilakukan untuk memetakan peran dan kedudukan aktor-aktor yang terlibat dalam sistem kesehatan dan penanggulangan HIV dan AIDS (identifikasi peran, kepentingan, sumber daya dan kekuatan). Tahapan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi peran dan fungsi pemangku kepentingan dalam program penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Merauke berdasarkan kepentingan dan kekuasaan yang dimiliki dalam pengembangan kebijakan dan program HIV dan AIDS. Kepentingan adalah peran yang diinginkan atau diharapkan agar memberikan manfaat bagi pemangku kepentingan dalam program penanggulangan HIV dan AIDS di daerah. Kekuasaan yang dimaksud disini adalah sumber daya yang dimiliki dan kemampuan untuk mempengaruhi atau mengontrol pelaksanaan perubahan kebijakan. Dalam hal ini kekuasaan yang dimiliki ini Pemangku Kepentingan dibedakan menjadi:
 - a. Kekuasaan yang didasarkan pada posisi politik atau legal pemangku kepentingan yang memungkinkan pemangku kepentingan untuk mengambil keputusan dan memobilisasi sumber daya.
 - b. Kekuasaan yang didasarkan pada besarnya sumber daya yang dimiliki oleh pemangku kepentingan dan kemampuan untuk memberikan pengaruh terhadap pemangku kepentingan yang memiliki kekuasaan politik.
2. Pengkategorian berdasarkan tinggi (T) dan rendah (R) dilakukan dengan melihat peran normative dan peran senyatanya dari para pemangku kepentingan AIDS di daerah yang dilihat dari deskripsi yang dibuat pada matriks analisis Pemangku Kepentingan Untuk penilaian kekuasaan didasarkan pada hasil penilaian kekuasaan sumber daya dan kekuasaan politik
3. Berdasarkan posisinya dilakukan analisis lanjutan untuk memetakan para pemangku kepentingan yang memiliki posisi yang paling strategis di dalam penanggulangan di daerah dan apa pengaruh dari masing---masing posisi terhadap kebijakan dan program. Langkah untuk analisa lanjutan adalah mengelompokkan stakeholder

berdasarkan: 1) Kepentingan Tinggi dan Kekuasaan Tinggi, 2) Kepentingan Tinggi dan Kekuasaan Rendah, 3) Kepentingan Rendah dan Kekuasaan Tinggi, 4) Kepentingan Rendah dan Kekuasaan Rendah.

Pada penelitian pertama yaitu pengaruh integrasi Penanggulangan HIV AIDS ke dalam sistem kesehatan nasional telah diuraikan peran pemangku kepentingan dalam program penanggulangan HIV AIDS secara umum, namun pada penelitian ini peran pemangku kepentingan lebih mengarah ke program spesifik yaitu program Pencegahan Melalui Transmisi Seksual (PMTS).

Identifikasi kepentingan di wilayah Kabupaten Merauke dalam penelitian ini berdasarkan informasi dari data primer yang didapatkan melalui *indept interview*, serta didukung dari data sekunder melalui dokumen rencana strategis penanggulangan HIV dan AIDS Kabupaten Merauke Tahun 2011–2015.

Pemangku kepentingan dalam program HIV dan AIDS di Kabupaten Merauke ini adalah semua orang /individu, kelompok, pemerintahan, swasta, dan LSM yang peduli serta ikut terlibat dalam program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS khususnya dalam pelaksanaan program PMTS.

Analisis peran *stakeholder* akan mudah dilakukan jika informasi tentang program dan kegiatan diketahui. Oleh sebab itu uraian dibawah ini memberikan informasi tentang semua *stakeholder* yang terlibat dan program/kegiatan yang dilakukan baik lembaga pemerintah teknis dan non teknis serta lembaga non pemerintah yang terlibat didalam program PMTS. Bentuk keterlibatan dapat dinilai dari keterlibatan didalam empat komponen yang ada dalam program PMTS yaitu:

Komponen 1: Peningkatan peran positif pemangku kepentingan didalam menciptakan lingkungan kondusif.

Peningkatan peran positif pemangku kepentingan berarti meningkatkan kepedulian, komitmen, keberpihakan para pemangku kepentingan dalam pencegahan IMS dan HIV yang terkoordinir di populasi LBT, WPS, LSL dan waria, baik ditempat kerja maupun di *hotspot*.

Komponen 2: Komunikasi perubahan perilaku dan pemberdayaan populasi kunci pemberdayaan PS dan pelanggan PS untuk perilaku seksual yang tidak berisiko tertular IMS termasuk HIV (perilaku hidup sehat), perilaku mencari pengobatan yang tepat , perubahan perilaku seluruh pemain yang ada di lokasi untuk mendukung tercapainya perilaku hidup sehat yang berkesinambungan.

KPP adalah berbagai macam kegiatan komunikasi yang direncanakan dan dilakukan secara sistematis untuk memenuhi kebutuhan populasi kunci agar selalu berperilaku aman. KPP fokus pada pola pikir, nilai-nilai yang dianut dan perilaku.

KPP dilakukan melalui proses interaktif yang melibatkan populasi kunci dalam hal ini adalah LBT, WPS, LSL dan waria untuk mempromosikan, mengembangkan dan memelihara perilaku aman.

Komponen 3: Manajemen pasokan kondom dan pelicin dengan kegiatan persiapan dan penggalan kebutuhan, pengadaan dan pemasokan, penyimpanan, pendistribusian, mekanisme promosi ke PS, pelanggan PS, dan pemangku kepentingan lokal.

KPA bersama dengan semua pihak terkait melakukan promosi penggunaan kondom pada populasi LBT, WPS, LSL dan waria. Penyediaan kondom baik kondom subsidi maupun kondom mandiri, bagi LBT, WPS, LSL dan waria akan difasilitasi oleh KPA.

Komponen 4: Penatalaksanaan IMS

Komponen ini mengacu pada pedoman penatalaksanaan IMS yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan RI.

Upaya pencegahan dalam masyarakat umum: Monitoring dan evaluasi menggunakan *tools* monitoring kualitas program PMTS, meningkatkan ketahanan agama dan ketahanan keluarga, meningkatkan upaya pencegahan/penghapusan stigma dan diskriminasi terhadap odha dan keluarganya, meningkatkan pendidikan dan pemberdayaan remaja dan generasi muda – MAMPU mengatakan: “TIDAK” pada seks bebas dan narkoba, meningkatkan penjangkauan di tempat kerja (fokus lelaki), meningkatkan perlindungan dan pemberdayaan perempuan dan remaja putri.

Berdasarkan 4 komponen diatas dan upaya pencegahan yang harus dilakukan di masyarakat umum maka dapat ditentukan sejauh mana peran dari setiap pemangku kepentingan dalam program PMTS.

B. Dinas Kesehatan Kabupaten Merauke

Berdasarkan perda No 3 tahun 2013 bahwa dinas kesehatan bertanggungjawab sebagai lembaga teknis dalam melaksanakan program penanggulangan HIV dan AIDS. Secara normatif, untuk menjalankan tanggungjawab tersebut maka dinas kesehatan telah menerjemahkannya dalam bentuk program-program secara umum sebagai pelaksana, pencegahan, PDP dan membuat, mengawal implementasi kebijakan HIV dan AIDS terlebih khusus kepada program PMTS dengan mengambil peran dalam pelaksanaan keempat komponen dari PMTS baik sebagai pelaksana maupun sebagai penggerak bersama - sama KPA melakukan koordinasi dengan instansi/lembaga lainnya yang terlibat.

Pada kenyataannya Dinas Kesehatan Kabupaten Merauke dalam menjalankan fungsinya secara maksimal masih memiliki keterbatasan dalam melaksanakan keempat komponen dari PMTS karena keterbatasan dana, material dan SDM yang sudah terlalith tetapi keterbatasan ini tidak terlalu berpengaruh karena Dinas Kesehatan Kabupaten Merauke mempunyai unit pelaksana teknis khusus dengan nama Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR) dalam menjalankan Program PMTS. Selain itu dinas kesehatan saat ini sudah menginstruksikan kepada semua puskesmas untuk melakukan program VCT dan dari instruksi tersebut telah dilaksanakan di 23 puskesmas dari 24 puskesmas yang ada. Salah satu kegiatan yang dilakukan dalam VCT ini adalah program penjangkaran IMS bekerja sama dengan Pusat Kesehatan Reproduksi sebagai unit pelaksana teknis dinas kesehatan khusus dalam penanganan program IMS dan HIV AIDS.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa dinas kesehatan mempunyai kepentingan tinggi karena program PMTS merupakan bagian dari tugas dan fungsinya dan kekuasaan yang tinggi dalam melaksanakan program PMTS karena ketersediaan sumber daya berupa sarana dan prasarana layanan kesehatan khususnya layanan HIV AIDS dan IMS telah mencukupi, walaupun dari sisi sumber daya manusia masih terbatas namun tidak begitu berpengaruh dalam pelaksanaan kegiatan tetapi perlu juga diperhatikan untuk melengkapi sumber daya

tersebut agar lebih maksimal dalam melaksanakan fungsinya. Dari sisi politik mempunyai kekuatan dalam menjalankan program pencegahan, pengobatan dan mitigasi dampak karena mempunyai Perda HIV dan AIDS sebagai landasan untuk bekerja.

C. Badan Perencana Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Kabupaten Merauke.

Bapeda Kabupaten Merauke dalam keterlibatannya pada program PMTS tidak terlihat langsung sebab bapeda sebagai salah satu penentu kebijakan perencanaan dari SKPD tidak melihat sampai kepada program-program spesifik. Program-program spesifik sangat ditentukan oleh masing-masing SKPD terkait.

Demikian juga dengan PMTS dalam program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS, bapeda hanya mempertimbangkan dan menyetujui perencanaan yang dibuat oleh dinas kesehatan tetapi program tersebut bukanlah merupakan program utama dalam permasalahan kesehatan untuk dibiayai dengan demikian dapat dikatakan bahwa bapeda dari sisi kepentingan berada pada posisi kepentingan rendah namun kekuasaannya berada pada kekuasaan tinggi karena memiliki sumber daya terutama dalam penentu anggaran dan penentu perencanaan keberadaan sumber daya kesehatan

Selain itu memiliki kekuasaan politik yang tinggi didalam mengalokasikan anggaran kesehatan terbukti dengan selalu tersediannya dana untuk program IMS dan HIV AIDS di dinas kesehatan setiap tahun dan alokasi dana untuk LSM Yasanto yang kegiatannya sebagian besar program pencegahan IMS dan HIV AIDS.

D. Biro Hukum

Biro Hukum adalah salah satu bagian dari sekretaris daerah pemerintah Kabupaten Merauke yang salah satu fungsinya adalah ikut serta dalam pembuatan peraturan daerah dan mengawal pelaksanaan peraturan dan kebijakan yang berlaku. Dilihat dari sisi kepentingan maka biro hukum mempunyai kepentingan yang tinggi terhadap program penanggulangan HIV dan AIDS termasuk pada program PMTS, Hal ini dapat terlihat dari keterlibatannya didalam penyusunan perda HIV dan AIDS dan mengawal perda khususnya dalam penggunaan kondom dan penindakan bagi pekerja seks yang ditemukan menderita penyakit

IMS dan ini juga merupakan salah satu tugas dan fungsi dari biro hukum. Namun jika dilihat dari sisi kekuasaan maka biro hukum mempunyai kekuasaan yang rendah karena dari sisi sumber daya baik tenaga maupun dana masih kurang walaupun dari sisi politik cukup tinggi karena mempunyai kekuasaan untuk menegakkan aturan yang berlaku.

E. MPI (Mitra Pembangunan Internasional).

MPI membantu di Kabupaten Merauke di tahun 2014 ini hanya spritia dan IPD, walaupun sebelumnya program HIV dan AIDS mendapat dukungan penuh dari Global Fund (GF) dan Unicef. Spritia membantu Yasanto dalam pembiayaan program pencegahan sesuai dengan perencanaan yang dibuat oleh Yasanto sedangkan IPD membantu pemerintah daerah melalui bapeda juga dalam program pencegahan HIV dan AIDS jadi dari sisi kepentingan maka MPI mempunyai kepentingan yang tinggi, namun jika dilihat dari sisi kekuasaan maka MPI tidak mempunyai kekuasaan karena sumber daya yang dimiliki hanya sifatnya membantu dalam pembiayaan layanan dan sama sekali tidak mempunyai kekuatan politik.

F. KPA Kabupaten Merauke

KPA Kabupaten Merauke mempunyai kepentingan yang tinggi karena pembentukannya memang mempunyai tugas utama adalah penanggungjawab pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang awalnya berdasarkan Surat Keputusan Bupati Merauke Nomor 359 tahun 1993, kemudian tahun 1996 dengan SK nomor 79 KPAD dibentuk. Selain itu dasar hukum yang memperkuat KPAD bekerja adalah dengan adanya perda no 3 tahun 2003 dan diperbaharui pada tahun 2013. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya KPA Kabupaten Merauke khususnya dalam melaksanakan program PMTS mempunyai kekuasaan tinggi hal ini dapat tersediaanya sumber daya yang cukup baik dari ketenagaan maupun dana dan mempunyai kekuatan politik yang kuat. Hal ini dapat terlihat dari pelaksanaan komponen 1 yaitu peningkatan peran positif pemangku kepentingan didalam menciptakan lingkungan kondusif selalu dilakukan melalui kegiatan koordinasi walaupun belum maksimal karena terkadang SKPD terkait yang diundang tidak datang memenuhi undangan. Demikian juga pada pelaksanaan komponen dua yaitu komunikasi perubahan perilaku dan pemberdayaan populasi kunci pemberdayaan PS dan pelanggan PS untuk perilaku seksual yang tidak berisiko tertular IMS termasuk HIV (perilaku hidup sehat).

Komponen ini selalu dilakukan dengan melibatkan LSM dan populasi kunci dalam melaksanakan program tersebut, demikian juga dalam melaksanakan komponen 3 yaitu manajemen pasokan kondom dan pelicin. Komponen 3 ini berjalan sangat maksimal karena KPA sebagai motor penggerak untuk melakukan promosi penggunaan kondom pada populasi LBT, WPS, LSL dan waria. Penyediaan kondom baik kondom subsidi maupun kondom mandiri, bagi LBT, WPS, LSL dan waria.

G. Puskesmas di Kabupaten Merauke

Puskesmas yang ada di Kabupaten Merauke tahun 2015 ini berjumlah 24 dan yang telah melakukan kegiatan pelayanan HIV dan AIDS khususnya pelaksanaan VCT dan PPIA serta pengobatan lanjutan bagi ODHA sejumlah 23 puskesmas. VCT dilakukan bagi setiap pasien yang dicurigai HIV misalnya pasien yang datang dengan TB. Kegiatan lainnya adalah semua ibu hamil wajib di VCT agar mau dilakukan pemeriksaan tes HIV. Penjangkaran dilakukan di puskesmas dan juga saat keposyandu. Pasien yang ditemukan positif akan dirujuk ke Pokja HIV dan AIDS di rumah sakit umum daerah dilakukan *cross check* dan kalau benar positif maka akan diberikan obat oleh pokja. Setelah diberi konseling di rumah sakit, pasien yang berkeinginan mengambil obat di puskesmas akan dikembalikan ke puskesmas tetapi jika pasien berkeinginan tetap mengambil obat di rumah sakit maka obatnya tetap di rumah sakit dan akan dimonitor minum obatnya oleh Rumah sakit. Pelaksanaan keempat komponen dalam program PMTS di puskesmas lebih banyak ke pelaksanaan komponen 2 yaitu komunikasi perubahan perilaku melalui kegiatan peningkatan penyuluhan ke masyarakat umum, dan pelaksanaan komponen 4 yaitu penatalaksanaan IMS. Pelaksanaan komponen 1 kurang dilaksanakan di puskesmas karena mempunyai keterbatasan dalam mempengaruhi instansi atau lembaga lainnya karena puskesmas wilayah kerjanya hanya sebatas tingkat distrik atau kecamatan. Demikian juga dalam melaksanakan komponen 3 tidak maksimal karena pada komponen ini sebagian besar programnya telah ditanggulangi oleh Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR) dinas kesehatan.

Berdasarkan uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa jika dilihat dari sisi kepentingan, maka puskesmas mempunyai kepentingan tinggi dalam pelaksanaan program PMTS namun jika dilihat dari sisi kekuasaan maka puskesmas berada pada kekuasaan rendah sebab masih

mempunyai keterbatasan SDM bersertifikat dalam program pencegahan HIV dan AIDS, dan keterbatasan dalam mempengaruhi kelompok beresiko.

H. RSUD Merauke

Pokja HIV dan AIDS berfungsi menerima rujukan dan melakukan perawatan kepada penderita, memberikan dukungan kepada penderita dan keluarga, serta memberikan pengobatan pada seluruh pasien yang ditemukan positif IMS dan HIV di unit teknis lapangan. Tenaga yang bekerja sudah terlatih semuanya, namun jumlahnya masih kurang karena semuanya masih merangkap kegiatan. Sumber dana berasal dari alokasi dana APBD rumah sakit namun belum mempunyai anggaran tersendiri. RSUD mempunyai kepentingan yang tinggi terhadap program PMTS karena berfungsi sebagai pusat rujukan bagi penderita IMS dan HIV. Pelaksanaan komponen 4 menjadi salah satu tugas utama dari RSUD yaitu penatalaksanaan IMS dan sebagian kecil melaksanakan komponen 1, 2 dan 3. Jika dilihat dari sisi kekuasaan, RSUD juga berada pada kekuasaan yang tinggi karena segala sesuatu yang direncanakan sesuai dengan fakta sehingga selalu didukung oleh pihak eksekutif dan legislatif, walaupun dukungannya dalam bentuk dana belum maksimal. Dari segi SDM dianggap cukup karena sudah mempunyai Pokja HIV AIDS dan IMS, tetapi masih ada SDM di pokja yang merangkap tugas.

I. Rumah Sakit Harapan Bunda

Program HIV dan AIDS yang dilakukan Rumah Sakit (RS) Harapan Bunda berupa penjangkaran IMS dan HIV melalui VCT. Jika didalam penjangkaran tersebut ditemukan kasus, maka mereka merujuk ke pokja RSUD Merauke untuk ditangani lebih lanjut. Reagen untuk pemeriksaan berasal dari PKR. Semua pasien yang diperiksa pembiayaannya ditanggung oleh BPJS termasuk yang menderita IO. Sesuai dengan peran dari RSHB dalam program PMTS yang telah dilaksanakan, maka dapat disimpulkan bahwa status kepentingan berada pada posisi tinggi karena itu adalah tupoksi dari tugas rumah sakit namun kekuasaannya rendah karena mempunyai keterbatasan pada sumber daya baik peralatan maupun dana dan juga tidak mempunyai kekuatan politik karena RS ini adalah RS swasta yang tidak bersangkut paut dengan politik.

J. Satuan Polisi Pamong Praja (Satpol PP) Kabupaten Merauke

Tugas pokok dan fungsi satpol pp yaitu pengawasan dan pembinaan penegakkan perda dan keputusan bupati, itu sesuai amanat dari pada undang-undang. Secara spesifik berbicara tentang Perda No 3 Tahun 2013 tentang pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Merauke, perda tersebut pelaksanaannya sudah berjalan dengan baik, terbukti dengan ditemukannya pelanggaran dan memberikan dampak terhadap menurunnya kasus pelanggaran oleh WPS yang di Untuk mendukung pelaksanaan secara maksimal telah dibentuk Penyidik Pegawai Negeri Sipil (PPNS) sebanyak 10 orang, khusus dari satpol pp 2 orang berdasarkan surat keputusan bupati. Mekanisme pengawasan pelaksanaan perda berkoordinasi dengan *stakeholder* yang mempunyai kepentingan dalam hal ini KPA atau pihak kesehatan. Lokasi yang diawasi selama ini, tempat-tempat hiburan malam (diskotik, bar), anak-anak jalanan, peminum alkohol, lokasi pekerja seks dan rumah-rumah kos termasuk rumah kontrakan. Dengan demikian jika dikaitkan dengan program PMTS maka salah satu peran satpol PP adalah mendukung program pencegahan IMS dan HIV dan AIDS. Peran mereka berkaitan dengan komponen 1 dan komponen 2. Sumber pendanaan saat ini didukung oleh APBD dan sedang diperjuangkan untuk pendanaan langsung kepada Tim PPNS supaya dapat bekerja secara maksimal. Dengan demikian jika ditinjau dari sisi kepentingan maka satpol PP mempunyai kepentingan yang tinggi karena merupakan tupoksi mereka. Demikian juga mempunyai kekuasaan tinggi karena mempunyai sumber daya pendanaan dari APBD, mempunyai Tim PPNS, dan secara politik tinggi karena dapat berkoordinasi dengan instansi terkait juga dengan lembaga lainnya termasuk masyarakat karena mempunyai kewenangan berdasarkan tupoksi.

K. Dinas Sosial Kabupaten Merauke

Bentuk keterlibatan dinas sosial dalam program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Kabupaten Merauke masih sebatas memberikan pembinaan kepada populasi kunci terutama ke lokasi WPS. Program lainnya berupa pelatihan bagi WPS untuk meningkatkan keterampilan sebagai bekal jika hendak keluar dari pekerjaannya. WPS yang sudah mengikuti pelatihan tersebut akan diberi peralatan dan modal usaha sesuai dengan keterampilan yang diperoleh dari dinas sosial. Kegiatan lainnya adalah memberikan dukungan berupa beras ke rumah-rumah singgah seperti pondok ODHA binaan Yasanto,

bantuan peti jenazah bagi ODHA yang meninggal, serta pembinaan rohani dan senam. Sumber dana berasal dari APBD Kabupaten Merauke. Jika dilihat dari kepentingannya maka dinas sosial mempunyai kepentingan tinggi karena orang-orang yang berisiko tinggi dan masalah sosial yang terjadi dimasyarakat adalah merupakan tanggung jawab dinas sosial, namun jika dilihat dari kekuasaan sumber daya dan politik berada pada situasi yang rendah karena anggaran di dinas sosial sangat terbatas dan tidak mempunyai kekuatan politik untuk memperjuangkan program PMTS.

L. Dinas Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana

Sesuai dengan renstra, dinas pemberdayaan perempuan dan keluarga berencana mempunyai program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang dilakukan adalah kegiatan penyuluhan di sekolah-sekolah SMP, SMA, perguruan tinggi dan ibu-ibu rumah tangga. Setiap tahunnya dilakukan bergilir menurut wilayah perkotaan, pinggiran dan pedalaman. Dalam pelaksanaannya, tenaga yang digunakan berasal dari tenaga pemberdayaan perempuan yang sudah terlatih berlatar belakang pendidikan kesehatan yang jumlahnya 4 orang. Kadang-kadang juga menggunakan tenaga dari PKR dan kepolisian jika berkaitan dengan materi narkoba. Jadi kalau dilihat dari perannya, berada pada posisi tinggi, karena salah satu tanggung jawab dalam pelaksanaan komponen 2 dan komponen 3. Kegiatan komponen 2 berupa memberikan penyuluhan-penyuluhan kepada ibu-ibu dan remaja. Kegiatan komponen 3 membantu memasok kondom ke ibu-ibu yang fungsinya sebagai program KB tetapi juga dapat sebagai pencegahan program HIV dan AIDS dan pencegahan penularan bagi odha. Namun jika dilihat dari sisi sumber dayanya berada pada posisi rendah karena mempunyai keterbatasan sumber daya tenaga dan dana. Dari sisi politik mempunyai kekuatan yang tinggi karena saat ini perhatian kepada isu kesamaan gender dan hak-hak perempuan merupakan kekuatan untuk mempengaruhi pihak terkait, dan dapat menjadikan isu ini untuk membuat program HIV AIDS dan IMS.

M. LSM Yayasan Santo Agustinus (Yasanto)

Program yang dilaksanakan Yasanto selama ini adalah melakukan respon terhadap HIV dan AIDS dengan program-program pelatihan untuk *peer educator* pada kelompok risti, pemuda remaja sekolah dan luar sekolah, kelompok kader posyandu, serta penyegaran petugas

lapangan. Yasanto mengembangkan jaringan kerja dengan penyelenggaraan pertemuan dengan manager kasus, relawan, ODHA dan OHIDA. Jaringan ini memberikan bimbingan rohani dan konsultasi medis pada ODHA. Yasanto juga mengembangkan media Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) dengan memproduksi kaos, poster, leaflet, topi dan tas kerja. Program penyebaran informasi HIV dan AIDS berupa *AIDS Information Center "Bevak Kita"* berupa penyuluhan kepada pelajar, ibu-ibu posyandu, masyarakat umum, dan kampanye anti diskriminasi ODHA. Kegiatan penjangkuan petugas lapangan dilakukan pada kelompok sasaran WPS langsung (e.g. lokasi) dan tidak langsung (e.g. pramuria dan pemijat), serta lelaki beresiko tinggi (e.g. Tukang Kuli dan Bongkar Muat (TKBM) di pelabuhan, tukang ojek, sopir antar kota, sopir rental, sopir airport), serta waria. Distribusi kondom adalah salah satu kegiatan yang dilakukan pada kelompok sasaran ini. Sedangkan program dukungan pada ODHA dilakukan dengan distribusi makanan sehat dan pengobatan IO, terapi kreatifitas ODHA di sanggar (e.g. pembuatan kebun sayur, kerajinan tangan, usaha mandiri, pelayanan jenazah dan pengadaan peti jenazah ODHA). Yasanto juga memberikan layanan untuk melakukan VCT di klinik paliatif *care*-nya. Selain itu Yasanto juga merujuk klien ke layanan lainnya untuk perawatan lebih lanjut, contohnya ke RSUD Merauke dan pemeriksaan IMS di PKR. Pengembangan peningkatan kapasitas untuk staf dan petugas lapangan serta ODHA juga dilakukan. Dengan demikian berdasarkan uraian kegiatan diatas, Yasanto dalam pelaksanaan program PMTS kepentingannya tinggi karena tugas pokok mereka sebagai pelaksana komponen 2, komponen 3 dan komponen 4. Yasanto juga mempunyai kekuasaan yang tinggi karena sampai saat ini merupakan salah satu yayasan yang dipercayai dan didanai oleh pemerintah daerah dalam melaksanakan program PMTS juga mempunyai kekuatan yang tinggi karena sumber daya yang dimiliki baik dari sisi pendanaan maupun ketenagaan sudah mencukupi juga memiliki kekuasaan politik yang tinggi karena pendiriannya memiliki dasar hukum.

N. BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kabupaten Merauke

Peran BPJS Kesehatan secara langsung untuk program PMTS tidak terlihat. Hal ini dikarenakan BPJS hanya mengatur pendanaan berkaitan dengan perawatan dan pengobatan peserta BPJS secara umum. Walaupun demikian peran mereka dalam pengawasan pelaksanaan pendanaan di unit pelaksana teknis rumah sakit, puskesmas dan unit lainnya

yang sudah bekerja sama dengan BPJS perlu ditingkatkan agar peserta BPJS mendapatkan pelayanan maksimal sesuai dengan peraturan yang berlaku, khususnya pelaksanaan komponen 4 yaitu penatalaksanaan IMS. Peningkatan sosialisasi terutama persyaratan untuk menjadi peserta BPJS perlu ditingkatkan karena masih terdapat keluhan masyarakat khususnya populasi kunci berkaitan dengan sulitnya menjadi anggota BPJS, padahal kesulitan itu terjadi karena tidak terpenuhinya persyaratan yang pada umumnya tidak memiliki KTP.

Dengan demikian jika dilihat dari sisi peran maka BPJS dalam program PMTS saat ini perannya masih rendah dan kekuasaannya pun masih rendah karena sumber daya khusus untuk program PMTS baik dana maupun sumber daya manusia belum ada. Kekuasaan politikpun rendah karena tidak mempunyai kewenangan dalam mempengaruhi pemerintah daerah.

O. Komunitas Waria

Kegiatan yang dilakukan oleh komunitas waria adalah saling memberikan dukungan berupa penyebaran informasi tentang program pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS serta penyakit infeksi menular seksual dan memberikan dukungan bagi teman-teman ODHA agar berobat secara teratur. Komunitas ini menghimbau agar setiap individu wajib untuk menumbuhkan kesadaran diri sendiri dalam mencegah agar tidak tertular penyakit IMS dan HIV dan AIDS, apalagi diantara mereka ada yang melakukan *free sex* sehingga sangat berisiko tertular. Komunitas waria telah didukung oleh KPA sebagai salah satu tempat/wadah yang dapat melakukan program pencegahan terutama dalam pelaksanaan program wajib kondom bagi yang berisiko. Komunitas ini juga telah dilibatkan dalam perencanaan KPA walaupun masih sebatas usulan melalui pertemuan yang dilaksanakan oleh KPA dalam proses penyusunan perencanaan. Berkaitan dengan peningkatan kemampuan dalam pelaksanaan program pencegahan melalui pelatihan saat ini masih sangat terbatas, demikian juga dukungan dana dari pemerintah ataupun LSM belum ada sehingga jika dilihat dari sisi kepentingan mereka sangat berkepentingan tinggi karena program PMTS adalah program yang berkaitan langsung dengan status kesehatannya namun dari sisi kekuasaan baik dari sisi sumber daya (dana, manusia) masih rendah, termasuk kekuasaan politik mereka rendah.

Gambar 3. Bagan Peran Pemangku Kepentingan dalam Program Pencegahan PMTS



P. Implikasi Struktur Pemangku Kepentingan terhadap Penanggulangan AIDS Khususnya dalam Program PMTS

Implikasi Struktur Pemangku Kepentingan terhadap Penanggulangan AIDS khususnya dalam program PMTS dapat diuraikan sebagai berikut; Dari hasil analisa pemangku kepentingan didapatkan bahwa yang mempunyai kepentingan dan kekuasaan tinggi di kabupaten Merauke adalah dinas kesehatan, KPA kabupaten, RSUD, Satpol PP dan LSM Yasanto. Jika dilihat dari lembaga ini yang berkaitan dengan implikasi terhadap keberhasilan layanan program PMTS karena jika dilihat dari peran mereka sudah ada yang berperan didalam system dan program seperti dinkes dan KPA dan ada yang berperan dalam layanan teknis seperti RSUD, dan Satpol PP yang berperan dalam mengawal perda HIV AIDS, dan LSM yasanto sebagai pelaksana teknis yang langsung ke populasi kunci dan masyarakat umum.

Pemangku kepentingan yang perlu mendapat perhatian dari pemerintah daerah adalah puskesmas, rumah sakit Harapan Bunda (RS swasta), badan pemberdayaan perempuan dan Keluarga berencana (BPPKB), biro hukum, dinas sosial, MPI dan komunitas waria. Lembaga ini perlu di berikan penguatan untuk melaksanakan program HIV AIDS dan IMS khususnya melaksanakan program PMTS karena lembaga ini sudah mempunyai kepentingan yang tinggi. Penguatan yang dimaksud disini adalah mendukung dalam bentuk penyediaan sumber daya berupa sarana prasarana, dana, termasuk peningkatan kekuatan politiknya

dengan menjadikan lembaga ini sebagai lembaga khusus dalam mendukung program HIV AIDS dan IMS melalui perda atau kebijakan lainnya. Sebab dengan legalitas yang diperoleh akan meningkatkan kekuasaannya untuk bisa mempengaruhi sector atau Lembaga lainnya termasuk masyarakat dan pada akhirnya akan berpengaruh kepada peningkatan layanan kesehatan terutama layanan HIV AIDS dan IMS.

Lembaga Bapeda saat ini berada pada posisi yang mempunyai kekuasaan yang tinggi baik dari sisi kemampuan memberikan dukungan sarana prasarana, SDM dan mempunyai kekuatan politik namun masih berada pada posisi yang masih lemah pada kepentingan. Berdasarkan hal ini, maka pimpinan daerah perlu memperkuat lembaga ini agar mempunyai kepentingan yang tinggi dapat berupa pemberian tugas khusus agar memperhatikan program-program yang menjadi prioritas pimpinan daerah, sehingga dengan tugas khusus tersebut yang merupakan tupoksi tambahan dapat mendukung pencapaian keberhasilan mengatasi permasalahan prioritas daerah.

Lembaga lainnya yang berada pada posisi yang lemah pada kepentingan dan kekuasaan adalah lembaga BPJS. Lembaga ini juga perlu mendapat perhatian khusus dari pemerintah pusat agar mempunyai kepentingan pada program HIV AIDS dan IMS melalui penguatan kepada BPJS dapat berupa penambahan poin khusus kepada BPJS daerah agar mempunyai tupoksi khusus dalam mendukung permasalahan spesifik daerah. Dengan demikian BPJS tersebut akan mempunyai kepentingan yang tinggi. Kemudian dari sisi penguatan kekuasaan diperlukan penguatan pada SDM di BPJS dan kekuasaan politik yang juga harus disesuaikan dengan permasalahan prioritas di daerah. Dengan adanya penguatan pada kepentingan dan kekuasaan maka diharapkan akan memberikan dampak pada percepatan pencapaian hasil mengatasi permasalahan pokok di daerah.

BAB V. Analisis Tingkat Integrasi

A. Deskripsi Sub Sistem

1. Sub Sistem Manajemen dan Regulasi

a. Regulasi

Program HIV sudah mendapatkan alokasi dana dari APBD, dan lebih banyak ke Pusat Kesehatan Reproduksi, Pokja HIV, dan puskesmas. APBD banyak membiayai VCT dan penyediaan ARV dari Kementerian Kesehatan. Kemudian untuk hambatan yaitu perlunya pembiayaan berbasis bukti dimana alokasi APBD diproporsikan sesuai dengan data-data hasil survei di lapangan. APBD Dinas Kesehatan Kabupaten Merauke tahun 2015 dapat dijabarkan sebagai berikut antara lain Pendapatan Asli Daerah (PAD) sebesar Rp 16.026.700.000,- . Belanja Daerah sebesar RP 88.067.320.392,- yang terdiri dari belanja tidak langsung sebesar Rp 40.005.126.906 dan belanja langsung sebesar Rp 48.062.193.486. Jika diprosentasikan alokasi anggaran untuk program pencegahan dan penanggulangan penyakit menular sebesar Rp 2.409.315.000,- dari total anggaran belanja daerah maka didapatkan sebesar 2,74% tetapi jika prosentasi tersebut diperhitungkan dari belanja langsung maka diperoleh sebesar 5,01% . Sedangkan dari sejumlah dana yang dialokasikan ke program pencegahan dan penanggulangan penyakit menular, dana yang dialokasikan khususnya untuk pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular IMS dan HIV dan AIDS sebesar Rp 1.160.000.000 atau sebesar 48,15%. Untuk tata kelola program HIV sudah baik dimana disetiap puskesmas sudah memberikan layanan VCT secara gratis. Selain itu puskesmas juga sudah melaksanakan tugas dalam promosi, screening, dan preventive seperti pendistribusian kondom. Selain puskesmas, Pusat Kesehatan Reproduksi juga memberikan pelayanan dasar untuk program HIV/AIDS contohnya pemeriksaan VCT dan IMS. Sama hal nya dengan pokja HIV/AIDs di RSUD dan tambah dengan mobile VCT yang merjalan sudah 10 kali dalam 1 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa komitmen pemerintah dalam penanggulangan IMS dan HIV dan AIDS sudah baik. Disamping itu puskesmas sudah melaksanakan tugas dalam promosi pencegahan dan bahata HIV dan AIDS, *screening*, dan pendistribusian kondom. Sama halnya dengan Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR) yang bertanggung jawab melayani pemeriksaan HIV, pengobatan IMS, dan pasien yang

ditemukan positif dirujuk ke Pokja HIV/AIDS di rumah sakit. Sejauh ini hambatan yang ditemukan adalah keterbatasan dana oleh karena itu diperlukan peningkatan alokasi dana, begitu juga penjangkauan atau *screening* bagi masyarakat luas sangat susah dibandingkan *screening* di kalangan kelompok resiko tinggi, terbatasnya jumlah konselor, laporan yang belum memenuhi standard nasional, dan ketepatan data hasil program yang sangat penting untuk menjadi feedback untuk lanjutan program berikutnya.

Dalam pelaksanaan program, kesulitan yang sering dihadapi dan dapat mempengaruhi pencapaian target adalah penjangkauan atau *screening* bagi masyarakat luas, waria dan pekerja seks jalanan sangat susah dibandingkan *screening* di kalangan kelompok resiko tinggi. Hal ini terjadi karena kelompok resiko tinggi sudah mempunyai sistem yang jelas dan pada umumnya kelompok ini sudah mengerti apa yang harus dilakukan. Agar mereka terhindar dari permasalahan HIV dan AIDS dan IMS. Untuk kelompok masyarakat umum kesulitannya dalam menemukan kasus yang terjadi karena belum ada sistem yang mengatur. Demikian juga kelompok waria yang sudah mempunyai organisasi tetapi kegiatannya belum maksimal dan anggotanya masih tertutup, demikian juga pekerja seks jalanan yang lokasinya tidak tetap sulit untuk dijangkau. Kelompok masyarakat umum ini akan semakin sulit ditangani dengan adanya regulasi tindakan denda atau hukuman bagi yang ditemukan menderita IMS, mereka akan segan untuk berobat ke PKR atau RS. Hal ini sesuai dengan penuturan informan sebagai berikut:

"..untuk program...sulit untuk masyarakat...untuk kelompok resiko tinggi mungkinkita sudah mulai tertata ...sudah tahu apa yang harus dikerjakan setiap bulan, screening dan sebagainya....Untuk masyarakat, waria, dan pekerja seks jalanan Nah itu yang masih agak sulit.... kami sangat membutuhkan bantuan dari LSM....kami tidak bisa melakukan semuanya sendiri" (PKR, wawancara mendalam, Juli 2015)

b. Formulasi Kebijakan Program

Perencanaan program kesehatan secara umum disesuaikan dengan kegiatan RPJM dan kemudian dievaluasi lagi kesesuaiannya dengan kebutuhan daerah. Kadang juga hasil evaluasi menemukan adanya kegiatan yang overlapping, sehingga sejak tahun 2014 kegiatan program-program kesehatan disamakan antara kegiatan yang ada di APBD, APBN, dan TP. Disamping itu Kepala Dinas bekerja sama dengan Direktur RSUD bekerjasama

melaksanakan perencanaan dan penganggaran, dan juga kepala divisi RSUD ikut serta dalam menyusun RAK sama halnya dengan unit lain seperti Pusat Kesehatan Reproduksi.

Perencanaan program HIV sudah ada di tingkat Dinas Kesehatan, Pusat Kesehatan Reproduksi, dan Pokja HIV, namun belum ada perencanaan tingkat puskesmas dan RS swasta dimana perencanaan sudah tercover di perencanaan dinas kesehatan, dimana seharusnya dinas kesehatan mensosialisasikan perencanaannya kepada puskesmas-puskesmas sehingga puskesmas bisa mensinkronkan dengan kegiatan-kegiatan mereka. Dinas kesehatan mempunyai perencanaan program HIV dan AIDS dan IMS sendiri yang dilaksanakan oleh PKR diluar dari kegiatan yang dilaksanakan oleh puskesmas.

Kesulitan yang pernah terjadi di saat menyusun perencanaan, terkadang ada program/kegiatan misalnya VCT, PCT yang dianggap penting oleh dinas kesehatan untuk dianggarkan tidak disetujui oleh penentu anggaran dengan alasan sudah dialokasikan ke puskesmas-puskesmas. Padahal dana tersebut akan digunakan untuk mendukung kegiatan diluar wilayah puskesmas misalnya dukungan kepada rumah sakit bunda pengharapan, klinik TNA AD, Klinik Polres, klinik TNI AL. Hal ini sesuai dengan penuturan informan sebagai berikut;

“program kita P2 ini untuk masalah VCT di hapus,...padahal kita perlu mendukung lembaga di luar puskesmas yang bukan puskesmas contohnya seperti Rumah Sakit Bunda Pengharapan, Klinik TNI-AD, klinik polres, Angkatan Laut, kami mempersiapkan ini untuk mereka karena sudah dari tahun ketahun kami bekerja sama dengan mereka jadi kalau tiba-tiba di hapuskan tidak enak jadi dari Pak Kabid di sarankan untuk di masukan dana itu kembali” (Dinkes, Wawancara Mendalam, Juli 2015).

Perencanaan untuk kelompok Kerja (pokja) RSUD sampai dengan tahun 2014 dibuat oleh dinas kesehatan berdasarkan hasil koordinasi dengan penanggungjawab pokja. Tetapi tahun 2015 alokasi dana untuk pokja sudah direncanakan dan dianggarkan oleh RSUD. Perencanaan penganggaran didalam RKA disusun sesuai dengan kebutuhan dan *unit cost*. Hal ini sesuai dengan informan sebagai berikut;

“Kalau perencanaan anggaran dari tahun ke tahun dulu masih didinas sampai tahun 2014... Kami dipanggil untuk penyusunan RKA ...disesuaikan jumlah kebutuhannya, ...kemudian digabungkan dengan RSUD lainnya. Didalamnya sudah termasuk program perawatan, pencegahan dan dukungan”. (RSUD Merauke, Wawancara Mendalam, juli 2015)

Dalam menyusun perencanaan Program HIV dan AIDS dan IMS baik dalam penentuan besaran dana dan pendekatan yang digunakan sampai saat ini tidak ada pengaruh dari pihak luar karena perencanaan disusun berdasarkan situasi dan kondisi yang terjadi di Kabupaten Merauke sesuai dengan informasi dari hasil analisa data yang tersedia, untuk target disesuaikan dengan yang telah terdapat dalam RKA yang sudah ada tetapi mempertimbangkan target nasional.

*“Dalam menentukan target kami sesuai jumlah pasien seperti yang ada di RKA”.
(RSUD, wawancara mendalam, 2015))*

c. Akuntabilitas

Secara umum untuk program kesehatan, musrembang di Kabupaten Merauke belum berjalan dengan baik dimana masyarakat belum terlibat langsung di dalam perencanaan tetapi informasi yang didapat dari masyarakat saat sosialisasi menjadi pertimbangan dalam perencanaan, atau mereka usulkan langsung ke petugas kesehatan seperti petugas puskesmas. Kemudian hal-hal tersebut menjadi dasar pertimbangan dalam menyusun perencanaan program-program kesehatan.

Peningkatan keterlibatan masyarakat juga terdorong oleh kegiatan-kegiatan LSM, seperti yang tertulis dalam Rencana Strategis YASANTO 2011-2015, dimana peningkatan peran serta masyarakat ditingkatkan dengan adanya kegiatan kampung binaan BPSE YASANTO di 7 distrik, 25 kampung dan 5 kelurahan digabungkan antara kegiatan program kesehatan dengan program pertanian, juga menyangkut perbaikan gizi masyarakat khusus nya ODHA. Sejauh ini manfaat musrembang belum signifikan karena belum berjalan dengan baik, namun masyarakat sudah banyak yang berkontribusi seperti dalam penyediaan kondom mandiri, partisipasi organisasi-organisasi keagamaan, dan pendampingan ODHA.

Ada perbedaan pendapat dalam keterlibatan populasi kunci karena KPA dan Yayasan belum merangkul semua populasi kunci. Yang merasa ikut serta dalam perencanaan dan monev adalah ODHA yang merupakan bimbingan KPAD, dan dibawah bimbingan Yasanto, namun seperti kelompok waria belum diikutsertakan. Mayoritas informan mengatakan bahwa populasi kunci belum terlibat penuh dalam perencanaan, mereka hanya memberikan saran dan pendapat, namun disamping itu ada juga yang mengatakan bahwa populasi kunci sudah ikut serta dalam monitoring kondom.

“Diundang ya, kalau KPA. Kalau dari pemerintah belum secara langsung yah”(Waria, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

“iya kalau untuk KDS ini, teman-teman dari ODHA mereka tidak terlibat, tapi saya selaku pendamping atau koordinator bagi mereka, saya ikut terlibat untuk bagaimana melihat ada tingkat-tingkat komunitas yang selama ini belum didampingi oleh pihak kesehatan sendiri”“Saya juga terlibat sebagai kader posyandu disana” (KDS Katane support group, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

“biasanya kami diajak berembuk, jadi mereka minta informasi dari kita tentang anak-anak kita maunya bagaimana, pemerintah maunya bagaimana”

“Kita setiap bulan dari PKR dimonitoring kondom. Jadi setiap anak-anak pekerja itu dikasih monitoring kondom berapa banyak yang mereka pakai sebulan” (PHRI, Wawancara Mendalam Juli, 2015)

Berkaitan dengan keterlibatan populasi kunci dalam perencanaan dan monev program perawatan, pengobatan dan dukungan ODHA (terapi ARV, perawatan IQ, kepatuhan pengobatan) seperti halnya pada perencanaan dan monev PMTS, belum ada namun didalam pelaksanaan kegiatan misalnya penyuluhan, pendampingan (*cash manager*) dan merujuk pengobatan sudah melibatkan penanggung jawab KDS KSG.

“bahkan jangankan untuk pemberian informasi, sampai mendampingi mereka sampai mendapatkan obat ARV ...saya sendiri yang merujuk dengan beberapa teman-teman ODHA yang kita melihat mereka sudah bisa terbuka, ... menjadi cash manager untuk mendampingi teman-teman dalam memberikan informasi maupun rujukan pengobatan” (KDS Katane support group, Wawancara mendalam, Juli 215)

“...ada pertemuan koordinasi kadang 3 bulan,.. Jadi mucikari dan PSK nya sendiri juga terlibat... kita dalam pertemuan...banyak masukan. Tapi pada penunjang pelaksanaan saja, kalau merencanakan saya pikir tidak perlu banyak masukan karena istilahnya kita cuma sebatas membagi informasi, kita tidak ada kegiatan yang misalnya melibatkan dia harus terlibat”(Yasantho , Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Tantangan yang dihadapi dalam melibatkan mereka terutama dalam monitoring kondom adalah ketidakjujuran WPS terutama saat berhubungan dengan pacarnya. Terkadang sang pacar tidak mau menggunakan kondom sehingga ada kemungkinan terjadi penularan, hal ini sesuai dengan penuturan informan sebagai berikut;

“...ada yag rajin pakai kondom, tapi sama pacarnya tidak boleh, dan pacarnya menurut dia cuma dia saja... jadi apapun maunya ikut”(Yasantho, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Hasil kerja yang dilakukan oleh lembaga tentunya harus diketahui oleh masyarakat termasuk populasi kunci, oleh sebab itu seperti yang dikemukakan oleh LSM Yasantho cara yang digunakan adalah melalui pertemuan sosialisasi di kampung-kampung, selain itu dilaporkan ke pemberi dana dan pemerintah, mereka ini tentunya akan menyampaikan kemasyarakatan dan populasi kunci sesuai dengan sistem yang berlaku;

“kita pasti punya laporan yang harus disampaikan pada pemberi dana terutama. Jadi penanggungjawaban kegiatan dengan dana itu, misal dari pemda atau caritas Australia. Caritas pertanggungjawaban per semester dan pertahu, kalau ke pemda per tahun. Nah untuk kebawah, kita lebih banyak di sosialisasi saat penyuluhan, karena kita sosialisasi di RT, kampung-kampung”(Yasantho, Wawancara Mendalam, 2015).

2. Sub Sistem Pembiayaan

a. Pengelolaan Sumber Pembiayaan

Sumber pendanaan untuk pelayanan kesehatan berasal dari APBD, dana OTSUS dan DAU. Khusus untuk program HIV AIDS semuanya berasal dari dana APBD otsus dan ada bantuan dari donor ke LSM Yasanto.

Koordinasi sumber dana belum berjalan dengan baik dimana belum ada koordinasi antara APBD, JKN, dan donor. Kecukupan dana juga belum maksimal, dan ini lebih kepada biaya tidak langsung seperti insentif pegawai. Untuk pengobatan sudah baik karena adanya Pokja HIV di RSUD dan bantuan dari BPJS. Pelaksanaan BPJS sudah berjalan baik dan sangat membantu kelancaran pelayanan kesehatan terutama pada sistem kapitasi dan perawatan di RS.

Alokasi dana Otsus belum mencapai 15% dimana pada tahun 2014 hanya 10% dan ditahun 2015 hanya 12%. Kemudian penerima PBI hanya 76,4% dari keseluruhan penerima BPJS. Total Peserta BPJS adalah 471.962 jiwa dimana 88.17% penduduk Kab. Merauke sudah tercover. Kemudian Penerima Bantuan Iuran (PBI) dari APBN adalah 409.277 jiwa yaitu 76,46 % dari total penduduk dan Penerima Bantuan Iuran (PBI) dari APBD adalah 3721 jiwa yaitu 0,7% dari total penduduk. Oleh karena itu jika digabung besar persentase penerima PBI untuk Kabupaten Merauke adalah 77,16% dari total penduduk.

Dana APBD Otsus dinas kesehatan yang dialokasikan ke PKR untuk pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular (HIV dan AIDS) Rp.410.000.000,00 dan pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular (IMS) Rp.300.000.000,00 dan ada juga yang dialokasikan ke Pokja RSUD untuk kegiatan pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular (IMS) Rp.450.000.000,00.

Dari alokasi dana ke PKR Dinkes untuk pelayanan HIV dan AIDS sejumlah Rp410.000.000 diperuntukkan untuk belanja jasa penemuan penderita (VCT) sejumlah Rp360.000.000,- sedangkan sisanya sebesar Rp 50.000.000,- diperuntukkan untuk perjalanan dinas didalam daerah. (lihat tabel berikut)

Tabel 7. Alokasi Belanja Langsung Dana Pelayanan Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular khususnya HIV-AIDS bersumber dana OTSUS

Jenis belanja	Jumlah Dana
Belanja Jasa Penemuan Penderita (VCT) : 12000 klien	360.000.000,00
Belanja perjalanan dinas dalam daerah home visit 1000 klien	50.000.000,00
Jumlah	410.000.000,-

Sumber, Dokumen APBD Dinas kesehatan Kabupaten Merauke tahun 2014

Dari alokasi dana ke PKR Dinkes untuk pelayanan IMS sejumlah Rp 300.000.000 diperuntukkan untuk belanja jasa perbaikan peralatan kerja Rp.48.500.000, belanja makan dan minum kegiatan Nutrisi Odha sebesar Rp 198.000.000, belanja perjalanan dinas dalam daerah untuk ODHA sebesar Rp.31.500.000,- (lihat Tabel)

Tabel 8. Alokasi Belanja Langsung Dana Pelayanan Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular khususnya IMS bersumber dana OTSUS Untuk PKR Dinas Kesehatan Merauke

Jenisa Belanja	Jumlah
Belanja telepon	2.400.000,00
Belanja paket/pengiriman	600.000,00
Belanja Jasa Perbaikan Peralatan Kerja	48.500.000,00
Belanja Perawatan Kendaraan Bermotor	19.000.000,00
Belanja Makanan dan Minuman Kegiatan Nutrisi Odha dan susu formula bayi balita	198.000.000,00
Belanja perjalanan dinas dalam daerah Transport ODHA ke PKR	31.500.000,00
Jumlah	300.000.000,-

Sumber, Dokumen APBD Dinas kesehatan Kabupaten Merauke tahun 2014

Dari alokasi dana ke Pokja Rumah Sakit untuk pelayanan IMS sejumlah Rp 450.000.000,- diperuntukkan untuk belanja pegawai honor/tidak tetap sebesar Rp 60.000.000,-, belanja bahan habis pakai Rp151.800.000, terdiri dari belanja peralatan kebersihan/bahan pembersih (Rp124.800.000) dan belanja publikasi berupa spot iklan IMS, VCT, dialog interaktif di RRI (Rp27.000.000). Kemudian Belanja Jasa Kantor Rp 39.950.000, terdiri dari belanja telepon, listrik, jasa perbaikan peralatan kerja. Untuk belanja cetak dan pengadaan Rp32.750.000, terdiri dari belanja poster, standing banner, baliho, leaflet, card register, kartu berobat, format. Alokasi belanja makan minum sejumlah Rp8.800.000 digunakan untuk pertemuan bulanan staf PKR, rapat koordinasi dengan stakeholder, rapat evaluasi program IMS. Alokasi untuk belanja perjalanan dinas dalam daerah sejumlah Rp 156.700.000,- untuk kegiatan penyuluhan HIV diluar gedung (tempat umum, resti, belrusak, bar/diskotik, pembagian kuisioner, mobil VCT TNI dan lapas, monev, pertemuan stakeholder koordinasi dan evaluasi program IMS, pemantauan penggunaan kondom 100%)

Tabel 9. Alokasi Belanja Langsung Dana Pelayanan Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular khususnya IMS bersumber dana OTSUS Untuk Pokja RSUD Merauke

Jenis Belanja	Jumlah
Honorarium Pegawai Honorer/tidak tetap	60.000.000,00
Belanja Bahan Pakai Habis	151.800.000,00
Belanja Jasa Kantor	39.950.000,00
Belanja Cetak dan Penggandaan	32.750.000,00
Belanja makanan dan minuman rapat	8.800.000,00
Belanja perjalanan dinas dalam daerah	156.700.000,00
Jumlah	450.000.000,00

Sumber, Dokumen APBD Dinas kesehatan Kabupaten Merauke tahun 2014

Berdasarkan uraian tabel diatas maka dapat dikatakan bahwa sebagian besar alokasi anggaran HIV dan AIDS dan IMS ke dinas kesehatan digunakan untuk program pencegahan PMTS yang mencakup program perawatan, pengobatan, dan dukungan ODHA (terapi ARV, perawatan IO, kepatuhan pengobatan). Tujuan dari program HIV AIDS dan IMS ini adalah untuk menurunkan kasus GO pada WPSK 5% dengan target kegiatan pada Wanita Pekerja Seks Komersial (WPSK).

b. Penganggaran, Proporsi, Distribusi dan Pengeluaran

Jumlah total APBD kabupaten tahun 2014 sejumlah Rp 1.851.498.703.304 dan meningkat pada tahun 2015 menjadi Rp 2.001.248.315.859 sedangkan jumlah dana APBD yang dialokasikan untuk program kesehatan tahun 2014 sejumlah Rp195.495.401.029 dan meningkat pada tahun 2015 menjadi Rp 254.878.692.581. Dari dana yang dialokasikan untuk sector kesehatan yang dialokasikan ke dinas kesehatan tahun 2014 sejumlah Rp 88.248.994.557 meningkat di tahun 2015 menjadi Rp 121.329.752.082 dan selebihnya dialokasikan di RSUD tahun 2014 sejumlah 107.246.406.472 meningkat tahun 2015 menjadi Rp 133.548.940.499. prosentasi alokasi anggaran sektor kesehatan dari keseluruhan dana APBD kabupaten adalah 10,56% di tahun 2014 dan meningkat ditahun 2015 menjadi 12,73%.

Proporsi APBD untuk sektor kesehatan menurut kepala dinas kesehatan menduduki peringkat 8 besar dan porsi APBD lebih besar dalam bentuk ADD dan DAK. Awalnya alokasinya hanya berkisar antara 6 – 7% namun sekarang ini sudah sekitar 9-10%. Permasalahan yang biasa terjadi adalah kalau APBD otsus sudah besar maka terkadang DAU dikurangi.

Menurut informasi dari Bapeda dana pusat yang masuk APBD cuma dana DAK. Jadi sumber dana APBD dari otsus, DAU dan DAK , alokasi TP masuk melalui APBN seperti dana BOK, Jamkesmas/ BPJS.

*“ya sebenarnya dana pusat yang masuk ke APBD cuma DAK saja. Kalau TP itu tidak masuk APBD, dia alokasi tersendiri APBN. Jadi DAK yang masuk APBD. Kalau saya bilang APBD itu sudah ada DAK di dalam. Karena seperti kita di sini kan APBD itu dari otsus, DAU DAK, dengan DAU itu saja kalau di Merauke. Tapi di luar itu, missal dari APBN kan ada BOK, kemudian sekarang ada JAMKESMAS”.
(Bapeda, Wawancara Mendalam, Juli 2015).*

Dana JKN lebih banyak terserap di pelayanan dasar yaitu puskesmas, kemudian untuk pencegahan dan kuratif, biaya untuk beli obat lebih besar. Cakupan BPJS sudah 88% dari total penduduk Kab. Merauke, namun hanya 77% dari jumlah tersebut yang merupakan penduduk ekonomi bawah. Proporsi dana APBD sudah lebih besar dibanding dengan porsi sumber dana yang lain dimana APBD banyak membiayai VCT, dan ARV sehingga dana untuk pengobatan lebih besar karena pasien positif yang ditemukan di puskesmas dan PKR dirujuk

ke Pokja HIV. Kemudian untuk dana donor langsung diterima di PKR dan yayasan seperti Yasanto namun untuk laporan pertanggungjawaban tidak melalui pemda lagi. Dari total dana untuk APBD dinas kesehatan yang dialokasikan untuk program pencegahan dan penanggulangan penyakit menular sebesar Rp 2.409.315.000 dan dari dana tersebut sejumlah Rp 1.160.000.000 atau sebesar 48,15% terdiri dari alokasi untuk pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular (HIV dan AIDS) Rp.410.000.000,00 dan pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular (IMS) Rp.300.000.000,00 yang dikelola oleh PKR serta pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular (IMS) Rp.450.000.000,00 yang dikelola oleh pokja RSUD.

Proporsi dana HIV AIDS dan IMS lebih tinggi dari TB, kusta dan program pencegahan penanggulangan penyakit menular lainnya. Jika alokasi dana diproporsikan berdasarkan alokasi untuk program, *overhead* dan biaya SDM maka dapat terlihat bahwa proporsi alokasi program sangat besar jika disbanding dengan *overhead* dan biaya SDM. Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut;

Tabel 10. Proporsi antara pendanaan program, overhead dan biaya sumber daya manusia HIV AIDS dan IMS

No	Jenis Pendanaan	Jumlah	%
1	Program	Rp989.550.000	85,31
2	Overhead	Rp110.450.000	9,52
3	Biaya sumber daya dan peningkatan kapasitas SDM	Rp.60.000.000	5,17
		Rp1.160.000.000,-	100%

Sumber : Dokumen APBD diolah

Berdasarkan uraian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa komitmen pemerintah dalam penanggulangan IMS dan HIV dan AIDS sudah sangat baik.

Untuk mekanisme hibah atau bantuan sosial kalau di Kabupaten Merauke lebih kepada pemberi donor luar negeri dan setiap dana hibah tersebut harus dilaporkan pelaksanaannya ke pemberi donor tidak ke pemda.

“kita pasti punya laporan yang harus disampaikan pada pemberi dana terutama. Jadi penanggungjawaban kegiatan dengan dana itu”(Yasantho, wawancara mendalam, Juli 2015)

c. Mekanisme Pembayaran Layanan

Cakupan peserta JKN 90%, peserta PBI sudah dialokasikan, sisanya non PBI (mandiri) dan ada PBI KPS, jamkesda. PBI sudah 195.000 (SK8). Saat ini Ka.P2pPL belum tahu mekanisme pembayaran BPJS. Jika dibandingkan dengan data sekunder ditemukan bahwa persentase BPJS untuk PBI belum mencapai 90% karena data dari kantor BPJS menuliskan PBI baru sekitar 77,2 %. Total peserta BPJS adalah 471.962 jiwa dimana 88.17% penduduk Kab. Merauke sudah tercover. Kemudian Penerima Bantuan Iuran (PBI) dari APBN adalah 409.277 jiwa yaitu 76,46 % dari total penduduk dan Penerima Bantuan Iuran (PBI) dari APBD adalah 3721 jiwa yaitu 0,7% dari total penduduk. Oleh karena itu jika digabung besar persentase penerima PBI untuk Kabupaten Merauke adalah 77,16% dari total penduduk.

Tabel 11. Proporsi kepesertaan JKN, Jamkesos, Jamkesda

No	Jenis Kepesertaan	Jumlah (orang)	%
	Jumlah penduduk	535293	
I	JKN : PBI	412998	77,15
	Penerima bantuan iuran (PBI) APBN	409277	99,10%
	Penerima bantuan iuran (PBI) APBD	3721	0,90%
Jumlah			
II	JKN : Non-PBI	88350	16,50
1	PNS	30534	5,7
2	TNI aktif	6925	1,29
3	Polri Aktif	3452	0,64
4	Pejabat Negara	1	0,00
5	Pegawai pemerintah non PNS	103	0,02
6	Peserta Mandiri	7348	1,37
7	Pensiunan	4658	0,87
8	Veteran	94	0,02
9	Perintis kemerdekaan	2	0,00
10	Pegawai swasta	5198	0,97
11	BUMN/ BUMD	649	0,12
III	Peserta non BPJS	65479	12,23
TOTAL		471962	88,17

Sumber ; Data sekunder BPJS diolah

JKN sudah menanggung pasien penderita HIV, namun terhambat pada kelompok risti yang tidak memiliki KTP karena tidak bermukim tetap. Sama halnya dengan KPS sudah membantu masyarakat khususnya ODHA yang kurang mampu untuk dapat berobat. Namun

berdasarkan wawancara dengan penanggungjawab PKR bahwa selama ini masyarakat yang datang ke PKR baik itu memiliki BPJS atau tidak tetap mendapatkan pelayanan.

“ya hampir semua, tapi kita yang berobat ke sini sebagian besar itu tidak bayar, karena apalagi putra daerah, mereka mau berobat saja sudah bagus. Intinya kita dapat sih dana BPJS, tapi itu sih lari ke puskesmas, tapi itu baru-baru saja” (PKR, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Hal senada disampaikan oleh Bapeda bahwa dana untuk populasi kunci telah dialokasikan ke KPA, Yasanto, pokja RSUD dan PKR.

“...kita sudah berikan kepada pelayan kunci HIV/AIDS seperti saya sebut tadi, KPA kita berikan hampir 1 M, untuk Yasanto yang bergerak dibidang HIV/AIDS juga kita berikan tahun ini kalau tidak salah 1,2M, untuk PKR dan Pokja itu disesuaikan dengan program kegiatan yang mereka usulkan lewat SKPD RSUD dengan dinas, itupun ada sekitar 500an-700an untuk tapi masing-masing tidak keduanya kita berikan 700 seperti itu”(Bapeda, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Hal ini diperkuat oleh puskesmas yang mengatakan bahwa pelayanan di puskesmas semua gratis.

BPJS sudah menanggung pasien yang menderita HIV dan AIDS. Masih ada beberapa PSK dan ODHA yang tidak mempunyai JKN karena tempat tinggal tidak menetap yang mempengaruhi kepemilikan KTP. Populasi kunci sudah dibantu dengan berbagai upaya supaya dapat memperoleh layanan kesehatan contohnya adanya uang transportasi dan berobat gratis dan dari BPJS. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pelayanan gratis di PKR meningkatkan akses terhadap pelayanan PMTS.

3. Sub Sistem Sumberdaya Manusia

a. Kebijakan dan Sistem Manajemen

Kabupaten Merauke banyak memiliki pegawai kontrak dan honorer khususnya bidan dan perawat, dimana pegawai kontrak sudah sebesar 40% dan PNS 60%. Ini dapat dilihat pada profil dinas kesehatan. Kabupaten Merauke banyak memiliki pegawai kontrak dan honorer khususnya bidan dan perawat, dana pegawai kontrak sudah sebesar 40% dan PNS 60%.

“pegawai kontrak saya 40%, kurang lebih” (Dinkes, Wawancara Mendalam, 2015).

Sistem rekrutmen yang diberlakukan yaitu pelamar langsung ke dinas kesehatan kemudian jika sesuai dengan ketentuan maka yang bersangkutan akan dipanggil selanjutnya ditempatkan oleh dinas kesehatan sesuai dengan unit layanan yang membutuhkan dan penempatan ini tidak diintervensi oleh siapapun. Justru yang menjadi masalah dalam penempatan adalah SDM PNS karena dapat dipengaruhi oleh oknum pejabat yang tidak menginginkan keluarganya ditempatkan di lokasi yang sulit.

"...mereka melamar, terus kita lihat sesuai dengan ketentuan, kita panggil.....terus di dalam penempatan atau pengelolaan SDM tersebut 100% dinas, kalau yang kontrak/honor....Kalau PNS ya itulah, ...biasa kita usulkan juga dinas kabupaten, cuma mereka kan juga suka bisik di sana minta segala macam" (Kadinkes, wawancara mendalam, Juli 2015).

Tenaga PNS yang bekerja di PKR adalah tenaga yang status kepegawaiannya ada yang di RSUD dan ada yang di puskesmas;

"jadi petugas yang bekerja di sini ada sebagian mengatas namakan Mopa pegawai yang dipekerjakan di Mopa, terus ada yang dari RS." (PKR, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Tenaga administrasi KPA statusnya non PNS yang dianggap sudah mencukupi karena selain tenaga KPA ada juga tenaga dari komunitas penggiat HIV lainnya. Tenaga konselor untuk program HIV masih kurang dan perlu ditambah jumlahnya. Rekrutmen tenaga di luar PNS mereka langsung ke KPA. KPA aktif melakukan pendataan ke kampung-kampung untuk mencari relawan.

"Kalau tenaga administrasi di kantor sudah boleh dikata cukup. Kemudian walaupun ada kegiatan kami berusaha tidak bekerja sendiri, melibatkan teman-teman dari berbagai komunitas, entah komunitas penggiat HIV atau yang lain." (KPAD, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Kebutuhan tenaga konselor untuk program HIV masih kurang dan perlu ditambah jumlahnya dan tenaga kesehatan yang melayani HIV sudah lengkap yang terdiri dari dokter, analis, perawat, bidan, dan konselor, kemudian beberapa dari mereka sudah dilatih. Tenaga kesehatan untuk program HIV masih membutuhkan pelatihan-pelatihan terutama dalam perubahan pola pikir petugas dimana pelayanan HIV bukan hanya memberikan pelayanan pengobatan tetapi mulai dari pencegahan sampai mitigasi dampak dan juga penyadaran petugas akan pentingnya penanggulangan HIV di pelayanan kesehatan.

b. Pembiayaan

Dana pegawai kontrak berasal dari DAU dan Otsus dan dana honorer juga ada dari BPJS. RS swasta memberi gaji honorer dari *income* RS. Ada insentif untuk pegawai dimana insentif itu bersumber dari DAU dan Otsus. Untuk RS swasta sumber dana berasal dari revenue RS. Dapat dilihat bahwa alokasi honor untuk RSUD lebih kecil dibanding PKR dan di PKR alokasi honor dan transport pegawai meningkat 50%. Honorarium pegawai honorer/ tidak tetap 60.000.000,00 dari APBD untuk Pokja RSUD. Alokasi di PKR untuk belanja pegawai termasuk honor dan transport pegawai sebesar RP. 318.070.000 untuk tahun 2015. Alokasi di PKR untuk belanja pegawai termasuk honor dan transport pegawai sebesar RP. 160.435.000 untuk tahun 2014.

Sumberdana untuk SDM program HIV berasal dari APBD(Otsus) baik itu tenaga honor ataupun kontrak dan tidak ada insentif untuk petugas HIV. Kemudian alokasi honor petugas HIV lebih banyak ke PKR dibanding ke Pokja HIV. Sumberdana untuk SDM program HIV berasal dari APBD(Otsus) baik itu tenaga honor ataupun kontrak. Kemudian ada beberapa informan yang mengatakan bahwa khusus untuk petugas HIV tidak mendapatkan insentif.

“Ya dari dana Pemda, sesuai UMR papua 2juta 40ribu” Tambahan berupa insentif khusus bagi pegawai honorer KPA apabila terlibat didalam pelaksanaan program” (KPAD, Wawancara Mendalam, Juli 2015).

Kewenangan dinas kesehatan dalam penempatan atau pengelolaan SDM untuk pegawai kontrak sepenuhnya diatur oleh dinas kesehatan, untuk PNS juga diatur tetapi terkadang pengaturan kembali dipengaruhi oleh permintaan khusus karena kedekatan pengambil kebijakan diatasnya.

c. Kompetensi

Di level system sudah ada program pengembangan kompetensi SDM kesehatan dimana dokter spesialis, perawat, dan bidan dilatih. Pengembangan kapasitas staf melalui diklat, pelatihan, ijin belajar, tugas belajar, bimtek, *on the job training* untuk tenaga teknis dan non teknis. Demikian juga dengan pengembangan SDM dilevel program. Namun masih ada beberapa kendala antara lain tenaga kesehatan untuk program HIV sudah dimagangkan di PKR namun belum tersertifikasi dan perlu mendapatkan pelatihan secara resmi yang

tersertifikasi. Masalah lainnya adalah kemampuan petugas pemeriksa IMS masih kurang dan membutuhkan program-program pengembangan kapasitas staf.

Pelatihan untuk staf program sudah dilaksanakan. Namun pelatihan khusus untuk PMTS belum ada juga pelatihan konselor khususnya pelatihan untuk dokter dan juga tenaga baru untuk VCT. Dana pelatihan sudah ada dari APBD dimana dilaksanakan oleh dinas kesehatan. Selama ini belum ada mutasi staf di lingkungan dinas kesehatan khususnya tenaga program HIV. Tidak ada pengaruh atas pergantian staf atau mutasi terhadap kelancaran layanan. Pergantian staf sangat berpengaruh terhadap layanan tetap khusus nya produktivitas dokter tetap. Tidak ada pengaruh atas pergantian staf atau mutasi terhadap kelancaran layanan karena sistem kontrak yang banyak di Dinkes Merauke memiliki peraturan jangka waktu lama kontrak dimana jika pegawai kontrak keluar akan digantikan dengan pegawai yang baru. Kemudian bila disesuaikan dengan data sekunder, donor juga ikut serta dalam melakukan pengembangan kapasitas pegawai Dinas Kesehatan Kab. Merauke. Adapun pelatihan yang dilaksanakan dari AIPD adalah melakukan Manajemen Pelatihan Manajemen Perencanaan PKM, Pelatihan Gender, Pelatihan Penyusunan SOP, Pelatihan Penyusunan RENJA dan Pelatihan Penyusunan DIP. Selain itu terdapat juga jenis pelatihan untuk SDM LSM yang dibiayai oleh LSM asing dan dalam negeri dapat dilihat pada tabel berikut;

Tabel 12. Jenis Pelatihan bagi SDM Staf LSM yang dibiayai oleh LSM asing dan dalam negeri di kabupaten Merauke tahun 2014

No.	Jenis Pelatihan	Yang mengorganisir pelatihan	Yang menyediakan pembiayaan
1	Terapy Herbal untuk ODHA	Karya Sari Jakarta	PEMDA Merauke (Yasanto)
2	Pendalaman Terapy/Akupuntur	Karya Sari Jakarta	PEMDA Merauke
3	Data Base Program	Caritas Australia	Caritas Australia

Sumber : Data sekunder Yasantho.

Tenaga kesehatan untuk program HIV masih membutuhkan pelatihan-pelathan terutama dalam perubahan mindset petugas dimana pelayanan HIV bukan hanya memberikan pelayanan pengobatan tetapi mulai dari pencegahan sampai mitigasi dampak dan juga penyadaran petugas akan pentingnya penanggulangan HIV di pelayanan kesehatan. SDM

Kesehatan untuk program HIV sudah cukup dari segi kuantitas dan kualitas. Tenaga konselor untuk program HIV masih kurang dan perlu ditambah jumlahnya dan tenaga kesehatan yang melayani HIV sudah lengkap yang terdiri dari dokter, analis, perawat, bidan, dan konselor, kemudian beberapa dari mereka sudah dilatih. Tenaga kesehatan untuk program HIV masih membutuhkan pelatihan-pelathan terutama dalam perubahan pola pikir petugas dimana pelayanan HIV bukan hanya memberikan pelayanan pengobatan tetapi mulai dari pencegahan sampai mitigasi dampak dan juga penyadaran petugas akan pentingnya penanggulangan HIV di pelayanan kesehatan.

4. Penyediaan Farmasi dan Alat Kesehatan

a. Regulasi penyediaan, penyimpanan, diagnostic dan terapi

Mekanisme perencanaan dan pengadaan dan distribusi obat dan alkes di level system mengikuti mekanisme aturan yang berlaku dari pusat. Demikian juga Perencanaan pengadaan obat dan alkes program HIV AIDS. Mekanisme perencanaan untuk program HIV AIDS didasarkan kebutuhan melalui raker. Perencanaanya dibuat oleh PKR kemudian pengadaannya sesuai dengan system yang berlaku dipusat kemudian didistribusikan oleh PKR ke unit pelaksana teknis lainnya berdasarkan permintaan kebutuhan dari unit-unit tersebut. Hal ini sesuai dengan penuturan informan sebagai berikut;

“..tata perencanaan itu dari PKR. PKR dia berada di bawah P2KL. Jadi mulai dari reagen sampai dengan dia punya bahan medis, tabung, fakumtainer, jarum, untuk VCT itu kita yang pengadaan. Berapa kebutuhan mereka selama setahun iu dari PKR.... jalur pengadaannya dikordinasikan supaya jangan terjadi kelebihan” (Kabid Farmasi dinke, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Masalah untuk distribusi lebih kepada transportasi pengantaran obat ke pustu yang ada di pedalaman dan yang ada di pulau. Cara mengatasinya adalah menitipkannya kepada masyarakat yang akan berangkat ke daerah terpencil tersebut. Pendanaan obat puskesmas dilakukan oleh dinas kesehatan sedangkan rumah sakit diatur sendiri oleh RS. Dana pendistribusian ke unit layanan tidak ada permasalahan. Sumber pendanaan berasal dari JKN berupa kapitasi, DAK dan DAU sudah otomatis, akan tetapi besarannya tidak tersedia datanya. Kalau terjadi kekurangan obat dibeli menggunakan DAU. Otsus tidak boleh diperuntukkan membeli obat.

Sudah ada perencanaan untuk obat dan logistik yang dilakukan oleh RSUD, PKR, dan kondom oleh KPA Nasional. Tidak ada perencanaan untuk obat dan alkes VCT di puskesmas. Pengadaan obat berasal dari dinas kesehatan provinsi dan kabupaten. Obat ARV didistribusikan dari pokja RS ke puskesmas, begitu juga dengan kondom didistribusikan dari BKKBN pusat ke BKKBN provinsi kemudian ke BPPKB kabupaten dan diberikan kepada KPA lalu KPAD memberikan nya kepada agen (4 agen, dan 89 outlet) Kondom sutra putih + pelicin. Untuk mekanisme stock, permintaan ke KPA provinsi, ke KPAN kemudian dari KPAN langsung ke KPA Kabupaten, akan memberikan tambahan rutin bila terjadi *stock out*. Kondom mandiri, PKR membeli sendiri dan langsung di drop ke outlet (32 ol). Sumber kondom dari kantor kesehatan pelabuhan dengan target kawasan pelabuhan darat laut udara. Diserahkan ke KPA dan dilanjutkan ke outlet wilayah kerja pelabuhan. Penyimpanan kondom pemerintah tersentral di KPA kecuali kondom mandiri. Didistribusikan ke agen sesuai dengan permintaan.

Sudah ada perencanaan pengadaan obat dan alkes yang didasarkan kebutuhan melalui raker. Masalah untuk pengadaan terbentur pada sistem *e-catalog*.

“Kalau permasalahan pengadaan obat seperti yang saya sudah katakan tadi, karena kita menggunakan E Catalog ya, itu kendala kita.....

“....Kalau untuk kondom kita gudangnya, dimana kelompok. Jadi untuk kondom kita mendistribusikan ke kelompok. Perorangan kita akan menyampaikan kalau bapak butuh kondom untuk datang ke PKR atau Yasanto atau kelompok lain. Sedangkan kita ke kelompok yang sudah menjadi agen kita. Sedangkan untuk media kita distribusikan ke LSM ataupun ke kelompok yang membutuhkan, kita juga kerjasama dengan kantor kesehatan pelabuhan. Mereka punya kondom nanti kita bantu distribusikan. Kalau media dimana kita turun lapangan atau ke kampung kita membawa media itu entah dalam bentuk CD atau lembaran”(KPAD, Kab. Merauke, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Sistem pengadaannya kondom awalnya dikirim langsung dari pusat namun sekarang ini sudah berdasarkan stok karena sistemnya sudah online, jika KPAN tidak mengirim kondom kita minta ke BKKBN, namun kondom dari BKKBN kurang diminati oleh pengguna dengan alasan mudah bocor;

“Awalnya adalah drop langsung, setelah dengan mekanisme dan dari stok yang ada kita lihat kebutuhan lubricant atau kondom, kalau sudah ada data yang ada ya didrop, tapi kalau sudah kosong kita minta. Kadang kalau pusat yang mengirimkan, kita ambil ke jayapura. Kalau dari KPAN tidak ada kita minta ke

BKKBN. Walaupun kondomnya tidak terlalu diminati mereka di lokalisasi. Tapi kita tetap berusaha ada stoknya” (KPAD, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

b. Sumberdaya

Pada level system semua kebutuhan logistik dianggarkan dari dana APBN dan APBD Otsus demikian juga pada level program. Kebutuhan obat dan logistik sesuai dengan sistem perencanaan yang berlaku, yang dimulai dari rakerkesda, musrembang kampung, musrembang kabupaten, provinsi dan nasional.

Tidak ada permasalahan didalam pendistribusian dan penggunaan obat dan pencatatan dan pelaporan mulai dari pengadaan, pendistribusian, penyimpanan dari dinkes Provinsi sampai ke puskesmas berjalan sesuai dengan aturan yang berlaku. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan responden sebagai berikut;

“Kendala untuk dilapangan, Dinas Kesehatan itu tidak ada ya pak, mereka selalu melakukan stok obat, mereka berikan kepada puskesmas juga apa yang masih mereka miliki, mereka tidak akan berikan, seperti itu pak, sehingga obat itu jangan sampai kadaluwarsa. Tapi memang masalah pasti ada pak, tapi kita meminimalisir masalah itu sehingga pelaksanaan bisa terlayani semua” (Bapeda, Kab. Merauke, Wawancara Mendalam, Juli 2015).

Hal senada disampaikan oleh kepala dinas kesehatan sebagai berikut

“Menurut saya sih relaif tidak ada masalah, kecuali kalau ada masalah geografis saja, misalnya di daerah Wan, biasanya petugas kita kan sudah ngerti kapan turun.,,. Sekarang ada dana ditribusi yang dulunya tidak ada” (Kadinkes Kab. Merauke, Wawancara Mendalam, Juli 2015).

Tahun 2015 jumlah kumulatif orang yang pernah masuk perawatan HIV sampai bulan Mei sebanyak 1237 dimana 601 laki-laki dan 636 perempuan. Jumlah kumulatif orang yang memenuhi syarat untuk ART sampai Mei 2015 sebanyak 882. Jumlah kumulatif ibu hamil yang pernah masuk perawatan HIV sampai dengan Juni 2015 sebanyak 90.

Jumlah kumulatif ibu hamil yang memenuhi syarat untuk ART sampai dengan Juni 2015 adalah 46 orang. Jumlah pasien yang dinilai *adherence* nya selama bulan Juni 2015 adalah 183 orang. Jumlah kondom yang diberikan ke klien di Pokja sampai Juni 2015 adalah 594. Jumlah kumulatif orang dengan pengobatan pencegahan kotrimoksazol sampai dengan akhir Mei 2015 adalah sebanyak 917 orang.

Akses masyarakat untuk mendapatkan kondom, obat, dan reagen sudah sangat baik. Kemudian untuk pendanaan donor ada yang langsung ke LSM dan PKR seperti Caritas Australia. Pokja HIV tidak memberikan bantuan kepada RS lainnya bila kehabisan obat tetapi pasien ODHA bisa datang memintanya ke Pokja. Stock out yang digudang agen disesuaikan dengan kebutuhan/target ditambah dengan *Bufferstock* 30% dari kebutuhan. Jadi setiap 6 bulan di monitoring jika terjadi penumpukan karena tidak terdistribusi di agen maka akan ditarik kembali oleh KPA Kabupaten. Sistem pencatatan dan pelaporan kondom secara online. Distribusi kondom tahun 2014 adalah 31593 dan jumlah WPS yang melaporkan penggunaan kondom adalah 2359 (76.8%).

Sumber dana pengadaan beberapa jenis obat dan alkes ada yang berasal dari APBD dan APBN sedangkan dari donor tidak ada. Untuk obat ARV semuanya berasal dari pusat sedangkan untuk reagen dan obat IO dan alat suntik pembiayaan pengadaannya ada yang dari APBN dan APBD demikian juga kondom ada yang berasal dari APBD kesehatan pelabuhan dan APBN serta kondom mandiri dari PKR.

Tabel 13. Jenis Obat dan Alkes berdasarkan Sumber Dana Pengadaannya

No.	Jenis Obat dan Alkes	Sumber Dana		
		APBD	APBN	Donor
1	ARV	-	Pusat	-
2	Reagen	Rp. 1.25.965.052,-		-
3	Jarum Suntik	Rp. 47.155.240	Rp. 61. 242.000	-
4	Metadon	-	-	-
5	Kondom	KPLP,	KPAN, BKKBN	Mandiri PKR
6	Pelicin	Mandiri, KPLP	-	-
7	Obat IO	Dinkeskab	Kemenkes	-

Sumber : APBD Dinkes 2014 dan data primer diolah

5. Sistem Informasi Kesehatan

a. Sinkronisasi Sistem Informasi

Data-data kesehatan sudah banyak dikumpulkan oleh Bapeda dan BPJS. Sistem pengumpulan data kesehatan sudah ada namun tidak berjalan, angka kematian diambil dari kepala kampung yang dilaporkan ke distrik lalu dilanjutkan ke catatan sipil. Dalam format laporan kesehatan sudah tidak ada laporan kematian namun petugas kesehatan tetap

melaporkan kedinkes, sinkronisasi pengumpulan data berkaitan dengan anggaran dijabarkan dalam POA puskesmas yang di *break down* dalam POA kampung. Jenis data program yang dikumpulkan sudah mencakup data distribusi kondom, data kasus data VCT namun sistem pelaporan program Hiv belum memenuhi standar dan kurang terpantau. Sistem informasi program HIV sudah memenuhi standard.

Data-data yang dikumpulkan oleh PKR terdiri dari data IMS, hasil pemeriksaan laboratorium, penggunaan reagen, pendistribusian dan penggunaan kondom pekerja seks, laporan monitoring kondom, data VCT, PMCT berdasarkan suku, agama, pekerjaan, asal kepulauan dan setiap tahun jenis data dapat bertambah sesuai dengan kebutuhan;

“data-data yang dikumpulkan...data IMS, laboratorium....data penggunaan reagen...kondom, jumlah kondom yang didistribusikan,...yang dipakai, pekerja seks yang ada...yang menggunakan kondom,berapa yang mengumpulkan monitoring kondom. Data VCT ... data PMCT ibu hamil...kita ada bagi kelompok-kelompok mengenai suku, agama, pekerjaan, ibu hamil ada juga....data tersebut setiap tahun biasanya kita ada penambahan atau yang diganti....berdasarkan kepulauan dan suku papua kan banyak jadi kita breakdown lagi gitu”(PKR, Wawancara mendalam, Juli 2015)

Berkaitan dengan sistem pelaporannya menggunakan sistem yang sudah baku namun kadang ditambahkan data yang dibutuhkan dalam menyusun perencanaan;

“sudah baku tapi kalo misalnya tahun ini....kita melihat kita butuh data ini ya, kita bikin misalnya PMS kita bikin per umur” (PKR, Wawancara Mendalam 2015)

Sistem pengumpulannya untuk layanan di RSUD semua ruangan melakukan VCT dan PICT termasuk poli dan laporannya direkap oleh petugas rekap yang ditunjuk, kemudian melaporkan ke pokja RSUD. Untuk puskesmas dan LSM langsung dilaporkan ke PKR Dinas Kesehatan;

“..semua layanan.....di rumah sakit ini melakukan VCT dan PICT....kita tunjuk satu orang untuk merekap semua kegiatan VCT di rumah sakit, ... VCT dan PITC untuk yang mau datang, yang mau operasi, hemodialisa, mau melahirkan, seksio, uret, nah kita tawarkan.... yang datang di poli,... yang dirawat ...yang mau operasi, mau melahirkan, mau seksio, nah itu PITC ya, dan hemodialisa... semuanya laporannya nanti masuk di pokja,... terus untuk puskesmas semua mereka buat laporan... dikirim ke kita, nah kata yang merekap, demikian juga dengan LSM..termasuk RS Swasta.”(PKR, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Penanggung jawab pelaporan di pokja HIV dan AIDS dan IMS selama ini ada termasuk sarana komputerisasi karena sistem pelaporannya via email/online, kendala biasa terjadi pada jaringan namun tidak sampai sehari-hari. Solusinya jika terjadi kendala kami kirim lewat internet rumah sakit. Selain laporan yang dikirim secara online ada juga laporan yang dikirim ke dinas kesehatan kabupaten dan provinsi yaitu kasus TB, HIV dan malaria (ATM) dengan blanko yang sudah terstandar dalam bentuk excel;

“Memang ada kendala tapi kami usaha terus tapi tidak sampai sehari-hari... kekurangannya adalah koneksi internet Sistemnya mengikuti pusat (SIHA)..... ada juga yang dilaporkan khusus misalkan ke dinas yaitu AIDS, TB dan Malaria (ATM) dengan menggunakan blanko rutin standar dari dinas dikirim ke kabupaten dan provinsi dalam bentuk excel”(Pokja RSUD, Wawancara Mendalam, 2015)

b. Diseminasi dan pemanfaatan

Pada level system, jenis laporan yang dikumpulkan adalah semua program rutin layanan kesehatan yang menjadi tupoksi dinas kesehatan. Sistem pengumpulannya dimulai dari unit pelaksana teknis berjenjang dari puskesmas pembantu, posyandu, ke tingkat puskesmas selanjutnya ke dinkes kabupaten, provinsi dan nasional. Untuk level program selama ini sudah ada laporan rutin dari puskesmas ke dinkes, kemudian dari PKR ke dinkes, dan dari Pokja HIV dan AIDS ke dinkes. Begitu juga dari dinkes kabupaten ke dinkes provinsi. Kemudian data dari PKR dan Pokja HIV sudah digunakan untuk perencanaan dan dipaparkan pada pertemuan-pertemuan. Sudah ada laporan untuk data program dan ada alur pengelolaan dan pelaporan data. Laporan-laporan kegiatan sudah digunakan untuk perencanaan.

“Data yang dipakai adalah data rumah sakit, kami tidak menggunakan data nasional sedangkan berkaitan dengan pemanfaatan data lainnya seperti data survey belum digunakanDisampaikan secara rutin tidak misalkan ada pameran maka disampaikan lewat stand rumah sakit dan POKJA tentang hasil pelayanan rumah sakit.....menggunakan media-media elektronik misalnya RRI sebagai nara sumber” (pokja RSUD, Wawancara mendalam, Juli 2015)

“ Ya kalau dinas kesehatan membuat perencanaan sudah jelas menggunakan data yang ada.yang rumah sakit swasta ya tapi LSM-LSM itu... saya tidak tau sama skali kalo puskesmas atau rumah sakit swasta sepertinya tidak mempunyai perencanaan tentang IMS pak.... Karena...mereka kan Cuma VCT saja, mereka tidak melakukan program IMS. Pengobatan iya tapi kan kalo puskesmas dan rumah sakit hanya sekedar mengobati tapi tidak melakukan program IMS”.(PKR, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Berkaitan dengan bentuk penyampaian informasi kepada pengambil kebijakan model atau bentuk penyampaian informasi kepada pengambil kebijakan yang diatas mestinya dilakukan oleh KPA sebagai lembaga yang mengoordinir program HIV dan AIDS dan IMS tetapi sudah mulai jarang dilaksanakan;

“Menurut perencanaan KPA itu melakukan kordinasi dengan semua staf KPA, kan staf KPA banyak pak sebetulnya, dinas sosial, dinas pemberdayaan perempuan, kan banyak kan, pariwisata, LSM, kan masuk juga kedalam stafnya KPA, tapi saya tidak tahu sudah 1-2 tahun terakhir ini kayaknya sudah jarang sekali pertemuan. (PKR, wawancara mendalam, Juli 2015)

Permasalahan yang dihadapi sehubungan dengan pencatatan dan pelaporan oleh puskesmas adalah terletak pada keterbatasan SDM dalam menyusun dan membuat laporan, selain itu beban puskesmas sudah cukup besar sehingga bila dikaitkan dengan ketersediaan dan standar tenaga saat ini masih kurang.

“...kita punya petugas yang benar-benar terampil, skill baik untuk masalah data laporan itu terbatas. Yang kedua, ... saya perhatikan, beban puskesmas ini juga cukup besar....kalau kita kaitkan dengan standard tenaga masih banyak kekurangan tenaga,...mereka dengan 7 wajib program ... dengan beban administrasi mulai dari pencatatan, pelaporan sampai SPJ-SPJ keuangan menurut saya jadi beban (Dinkes, Wawancara mendalam, juli 2015)

6. Partisipasi Masyarakat

Mekanisme musrembang untuk melibatkan masyarakat dalam penyusunan perencanaan sudah ada walaupun secara tidak langsung tetapi sudah diberi kesempatan untuk menyampaikan aspirasinya melalui musrembang kampung juga melalui pertemuan yang dilakukan oleh puskesmas pada unit pelayanan dasar sebelum masuk ke musrembang distrik atau kecamatan dan dilanjutkan ke dinas kesehatan sebagai penyusun perencanaan melalui musrembang kabupaten demikian juga dilevel program. Hal ini tergambar melalui informan sebagai berikut

“Jadi kita punya mekanisme perencanaan sendiri sudah ada. Kalau jalur ke kampung itu kita sudah punya ini memuat aspirasi masrakat. Tapi nanti yang lewat jalur musrembang itu kalau di tingkat distrik sudah mulai, kadang kapus dilibatkan, kadang tidak dilibatkan. Tapi yang jelas, kalau kita di Merauke yang

namanya musrembang ditrik, dari kabupaten ikut mendampingi.”(Kadinkes, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Dilevel program KPA dan dinas kesehatan dengan lintas sektor terkait, masyarakat dan populasi kunci juga sudah terlibat langsung dalam mendukung program pencegahan IMS dengan aktif menggunakan kondom walaupun terkesan ada pemaksaan melalui perda dan populasi kunci termasuk WPS juga telah terlibat dalam monitoring dan evaluasi kondom.

Meskipun demikian keberadaan KPA sebagai forum aspirasi masyarakat menurut salah satu informan belum berjalan maksimal karena saat sekarang ini sudah jarang mengadakan pertemuan dan banyak undang-undang yang tidak hadir. Ketidakhadiran menurut informan dari puskesmas disebabkan karena undangan koordinasi tidak terjadwal dan terkesan mendadak sedangkan puskesmas sendiri sudah punya jadwal bulanan yang harus dilaksanakan. Oleh sebab itu KPA harus punya *planning* bulanan.

“saya sudah punya planing ...tiba-tiba hari ini baru suratnya datang. .Jadi otomatis saya tidak ada... Kalau bisa sih usul saya ke depannya, KPA juga sudah punya planing dalam 3 bulan, pertemuan apa saja yang mereka mau lakukan”(puskesmas, Wawancara Mendalam, 2015)

Belum ada di masyarakat forum aspirasi tetapi KPA mengundang kalau akan melaksanakan sesuatu kegiatan dengan melibatkan masyarakat atau populasi kunci

“mungkin forum itu belum ada tetapi ketika ada program atau ada kegiatan apapun yang berkaitan dengan KPA dan KPA itu harus berkaitan dengan komunitas atau LSM-LSM atau NGO yang lain yang ada di Merauke, dia langsung bilang...iya, kita akan bermitra ya dengan KPA. (KDS Katane Suport Group, Wawancara Mendalam, 2015)

Keberadaan KPA selama ini menurut salah satu informan mengatakan bahwa fungsi KPA tidak sepenuhnya sebagai Koordinator tetapi juga sebagai implementor. Hal inilah yang dipandang dari lembaga-lembaga yang bermitra dengan KPA sesuai. Mestinya gunakanlah maksimal lembaga-lembaga yang ada untuk membantu melaksanakan program yang direncanakan KPA.

“Menurut saya KPA itu bukan implementor tapi coordinator, planning, itu yang sebenarnya KPA harus paham dulu, jadi selama ini begi tu masalahnya. Kalau kita helas impementor. Kita implementor ke lapangan. KPA juga ke lapangan bikin pelatihan, pembicaranya dari sini. Saya ingin kalau KPA itu coordinator (Yasantho, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Keterlibatan masyarakat umum dan populasi kunci dalam program pencegahan PMTS misalnya ikut serta menyalurkan kondom ke outlet dan memonitoring penggunaannya, WPS berpartisipasi langsung dalam menggunakan kondom gratis, diajak untuk ikut serta menyusun renstra dan terlibat dalam musrembang, ikut terlibat dalam kegiatan posyandu;

“Pembagian kondom diluar target KPA... Karena kondom ini sudah diatur, istilahnya satu pintu dari tahun lalu dan distribusinya dari PKR, jadi PKR yang langsung ke kelompok risti”(Yasantho, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

“kita ada yang namanya monitoring kondom. Ada kertas yang diisi sekian kondom, sekian kondom tiap harinya lalu dikumpulkan. Semua pekerja disini dikumpulkan jadi satu lalu yang mengambil monitoring kondom tersebut ya dari Yasanto.”(WPS, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

“tapi saya selaku pendamping atau koordinator bagi mereka, saya ikut terlibat dalam musrembangjuga sebagai kader di puskesmas”(KDS KSG, Wawancara mendalam, Juli 2015)

Pandangan Rumah sakit terhadap keterlibatan masyarakat dan populasi kunci dalam program HIV dan AIDS sudah dianggap bagus karena sudah banyak komunitas-komunitas yang aktif merangkul Odha untuk memeriksakan diri dan berobat;

“Populasi kunci sebenarnya bagus ada pasien kami yang dikomunitas-komunitas menjadi aktivis, merangkul, mendekati tentang HIV/AIDS itu seperti apa. Sudah cukup aktif” (RSUD Merauke, wawancara Mendalam, Juli 2015)

7. Upaya Layanan

a. Ketersediaan Layanan

Komponen-komponen layanan untuk pencegahan PMTS menurut salah satu informan sudah tidak ada masalah semuanya tersedia lengkap dan tidak pernah kekurangan;

“Komponen layanan program pencegahan HIV melalui transmisi seksual itu sudah lengkap semua di sini? Tes IMS, reagen, obat GO, kondom, pelicin, tenaga layanan, BAP...hambatan tidak ada, kita nggak pernah kekurangan.”(PKR, wawancara mendalam, Juli 2015)

Berkaitan dengan komponen layanan perawatan, pengobatan dan dukungan ODHA sudah tidak ada masalah hanya saat ini CD4 dalam keadaan rusak tetapi menurut informan itu bukan masalah serius dan telah dicari solusinya. Masalah yang terjadi saat ini lebih

disebabkan oleh kesadaran populasi kunci untuk memanfaatkan layanan kesehatan hal ini dapat terlihat pada informan dibawah ini;

“alat yang kurang yaitu alat CD4” ...Sebenarnya CD4 bukan yang utama... kami bisa melihat dari total leukosit count, gizi klinis, peningkatan stadium klinis...Kami sudah mengusulkan ke direktur ...kemudian kami usulkan ke KPA.... Ada satu yang disumbangkan provinsi ke puskesmas yang rencananya nanti akan dipinjam.(Pokja RSUD , Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Pernyataan diatas diperkuat dengan informan dari populasi kunci sebagai pengguna layanan sebagai berikut

“ Layanan di RS dan PKR selalu siap,..... yang ada di kelompok di Kota Merauke, kelompok marginal yang di pinggiran. Ini ada posyandu, ini ada kader posyandu, tetapi mereka sendiri tidak pernah pergi ke tempat pelayanan posyandu dan layanan lainnya.” (WPS, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Pelaksanaan LKB selama ini belum berjalan sesuai dengan harapan, hal ini disebabkan karena pelaksanaan LKB programnya banyak dan melibatkan banyak orang atau pelaku layanan sehingga sulit untuk mengkoordinir mereka karena kesibukan masing-masing;

“Jadi kita terus terang LKB tidak berjalan sesuai degan yang diharapkan yang sebenarnya LKB ini sebetulnya bagus.. programnya banyak dan melibatkan banyak orang sehingga kesulitan dalam mengkoordinir karena kesibukan dari mereka” (PKR , Wawancara Mendalam, Juli 2015).

Pelaksanaan LKB di puskesmas juga belum berjalan maksimal, yang baru berjalan adalah adanya pedelegasian kelanjutan pengobatan ARV ODHA di puskesmas satelit, jadi keuntungan yang telah didapat oleh puskesmas dan odha adalah pada menjamin ketersediaan obat karena obat ARV penderita sudah dapat diserahkan kepuskesmas sehingga menghemat biaya transportasi bagi penderita;

“Kami belum jalankan secara maksimal...Biasanya kalau sudah positif kami mengirimkan ke pokja, kemudian ARVnya dialihkan ke puskesmas. Jadi tinggal konselor puskesmas yang mengambil obat, memudahkan pasien untuk mengambil obat. (Puskesmas kuprik, wawancara mendalam, Juli 2015)

Ketersediaan layanan untuk program HIV dan AIDS sudah baik dimana dilengkapi fasilitas kesehatan dan obat-obatan. Untuk program pencegahan sudah berjalan dengan baik contohnya distribusi kondom sudah baik. Belum semua masyarakat miskin dan marjinal dapat memiliki BPJS dikarenakan oleh pengetahuan atau kesulitan memiliki KTP. Tidak ada

masalah pembiayaan dalam akses layanan karena bantuan dari BPJS dan KPS. Sistem rujukan sudah baik dimana sistem rujukan yang berlaku berjenjang dari unit layanan bawah ke atas. Pembiayaan rujukan ditanggung oleh BPJS juga dari pemerintah daerah. Hal ini sesuai dengan penuturan informan sebagai berikut:

“kaitannya dengan sistem rujukan tidak ada masalah....dari puskesmas, ya dari kampung....rujukan kan begitu, kampung ke puskesmas, puskesmas ke kota....dari sisi biaya....semua ditanggungBPJS juga ditanggung sedikit, sisa dari pemda.”(Kadinkes, Kab. Merauke, Wawancara mendalam, Juli 2015)

Koordinasi rujukan dari puskesmas kerumah sakit dan dari rumah sakit sampai ke luar daerah. Kemudian kendala rujukan datang dari keterbatasan dana untuk pendampingan dan transportasi untuk keluarga penderita.

Jejaring layanan sudah baik dimana puskesmas sudah melaksanakan VCT dan pemberian kondom, begitu juga dengan LSM yang melakukan kegiatan-kegiatan pencegahan dan mendorong pengobatan kemudian mengumpulkan masyarakat untuk penyuluhan dari puskesmas bila positif HIV akan dirujuk ke Pokja RS, begitu juga dengan penegakan perda sebagai payung hukum.

LKB belum berjalan dengan baik dan sama hal nya dengan SUFA yang masih bermasalah. Haini sesuai dengan informan sebagai berikut

“Kalau kami disini belum jalan, ... teman-teman disini belum sepaham mengenai LKB SUPA, Layanana komrehensif berkesinambungan kami setuju tetapi akselerasi ART secepatnya melalui program SUFA kami belum bisa semua bidang, yang baru kami setuju baru satu yaitu memperluas diagnosis HIV yaitu memperluas layanan VCT dan VIT bahkan sampai ke wilayah pelosok-pelosok ... sedangkan ARV kami mengikuti situasi yang ada mungkin ditempat lain sudah jalan cuman kalau saya lihat hasilnya lost follow up pasti ada yang hilang banyak misalkan WART bulan ini lima puluh pasien tetapi dilihat setelah tiga bulan kedepan ARV tinggi tetapi dibawah garisnya juga banyak... diharapkan dari kami yang memulai (ARV) sebisa mungkin hanya sedikit yang lost follow up, yang adherens bagus, pengertiannya ARV bagus, minum obat bagus, efek samping minim, dukungan keluarga oke jadi persiapannya betul-betul total.”(Pokja RSUD, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Ketersediaan layanan PMTS di unit pelaksana teknis berupa penyuluhan didalam gedung dan diluar gedung yang sasarannya adalah populasi kunci, ODHA dan masyarakat. Program lainnya adalah VCT dan mobile VCT, distribusi kondom dan evaluasi pemanfaatan kondom,

pemeriksaan rutin IMS pada populasi kunci yang dilakukan oleh PKR. Disamping itu semua unit layanan teknis puskesmas dan rumah sakit melakukan VCT dan khusus rumah sakit PITC. Hasil layanan ini dapat terlihat sebagai berikut; penyuluhan HIV di luar gedung RS di 20 tempat, penyuluhan HIV di tempat resiko tinggi. Mobile VCT 2 kali. Laporan Pusat Kesehatan Reproduksi; Distribusi kondom tahun 2014 adalah 31593 dan jumlah WPS yang melaporkan penggunaan kondom adalah 2359 (76.8%). Total VCT di PKR pada tahun 2014 adalah 10442 dimana ada 2834 ibu hamil yang di VCT, 5205 pekerja seks, 305 orang penderita TB, dan 2088 dari PITC dan ditemukan 102 positive. Total VCT dari Januari-Juni 2015 adalah 7163 dimana terdapat 1613 ibu hamil, 3521 pekerja seks, 200 penderita TB, dan 1827 dari PITC dan ditemukan 54 positive. Jumlah pemeriksaan IMS 2014 adalah 3003. Jumlah pemeriksaan IMS Januari-Juni 2015 adalah 685. (laporan PKR, 2014)

b. Koordinasi dan Rujukan

Hasil wawancara dengan kepala dinas kesehatan di level sistem memberikan gambaran bahwa sudah ada kebijakan untuk mengoordinasikan dan mengintegrasikan program misalnya kegiatan posyandu yang didalamnya terintegrasi beberapa program demikian juga antara program AIDS, TB dan Malaria (ATM).

“....ada integrasi program misalnya posyandu, posyandu itu semua integrasi di dalam...kemudian TB-HIV itu integrasi di sebut ATM “ (Kabid. P2, Kab. Merauke, Wawancara Mendalam, Juli 2015).

Peran puskesmas untuk mendukung program layanan PMTS pada populasi kunci belum maksimal karena terkesan bahwa program ini bukan merupakan tupoksinya dan bahkan berpendapat pembagian kondom akan melanggar etika. Hal ini terungkap dari salah satu informan dari puskesmas ;

“Jadi selama ini untuk pemberian kondom secara besar-besaran kami tidak pernah melakukan karena ada etiket-etiket yang mesti saya pegang kalau misalnya saya mau membagi berarti saya mengajarkan yang salah itu prinsip saya dari dulu. Tetapi kalau prinsip yang menggunakan kondom untuk kegiatan keluarga berencana ada” (puskesmas kuprik, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Jenis layanan HIV dan AIDS dan IMS yang disiapkan di rumah sakit terdiri dari kegiatan pencegahan berupa konseling, penyuluhan dan sosialisasi penggunaan kondom dalam bentuk perorangan. Kegiatan yang diberikan secara komprehensif berupa pemberian

pelayan perawatan, pengobatan dan dukungan ke ODHA (*help support treatment*) termasuk pengobatan oportunistik sampai pada persiapan ARV, kepatuhan juga termasuk pelacakan penularan ke pasangannya. Pemberian nutrisi, uang transport, logistik dan pendampingan oleh konselor;

“pencegahan penularan nomor satu adalah dengan kondom yaitu sosialisasi kondom selalu terus penyuluhan paling dari orang ke orang atau keluarga, konselingnya...Kalau CSD atau PDP itu memang secara komprehensif, umum dan keseluruhan kita jalankan...yang namanya help support dan treatment tidak bisa dijalankan sendir-sendiri ...mulai dari pengobatan infeksi oportunistiknya ... persiapan ARV, aderenza...pelacakan pasangannya terus sampai mulai ARV, nutrisi, uang transport,logistiknya... kemudian pendampingan oleh konselor juga berjalan.(Pokja RSUD, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Perawatan penderita kasus HIV dan AIDS dan IMS di rumah sakit tidak membedakan atau memisahkan dari penderita kasus lainnya tetapi dirawat sesuai dengan kasus oportunistiknya ;

“Disini layanan Opname penderita gabung dengan pasien yang lain tergantung diagnosa.”(pokja, wawancara mendalam, Juli 2015)

Layanan dari puskesmas ke RS sudah baik dimana di puskesmas dilakukan VCT kemudian dirujuk ke RS untuk pengobatan ARV, pengobatan IO, CD4, perbaikan gizi dan pendampingan. Pelayanan pasien HIV di RS dan puskesmas sudah baik dimana ada pelayanan VCT kepada masyarakat , pemberian ARV, penanganan IO, bantuan nutrisi, pendampingan, pemeriksaan CD4. Ruang HIV dimana tidak ada pemisahan dengan pasien umum, dimana pasien HIV digabung dengan pasien dari penyakit lainnya. Untuk Insentif petugas program HIV masih kurang dan bahkan kadang tidak ada. Program promotif untuk menanggulangi HIV sudah berjalan dengan baik. Adapun Jumlah kumulatif orang yang pernah masuk perawatan HIV sampai dengan bulan Nov 2014 sebanyak 1181 dimana laki-laki 579 dan wanita 602.

c. Jaminan Kualitas Layanan

Secara umum di level sistem untuk menjamin layanan agar tetap berkualitas adalah melalui kegiatan supervisi dan monitoring. Selama ini dinas kesehatan sudah sering melaksanakan supervisi ke RS dan puskesmas, begitu juga KPAD ke LSM, namun kadang masih terhalang oleh dana. Pembinaan yang dilakukan oleh dinas kesehatan berupa pembinaan manajemen

pencatatan laporan juga pembinaan teknis pemeriksaan jika ada hal yang baru. Banyak masalah yang ditemukan dalam supervisi antara lain ketidaktaatan pada SOP, masalah jumlah dan kualitas tenaga, disiplin pegawai, untuk administrasi adalah pencatatan dan pelaporan, dan kesadaran masyarakat untuk di VCT.

Pelaksanaan supervisi dan bimtek oleh dinas kesehatan ke puskesmas dilakukan setahun 2 kali dengan kegiatan mengecek data dan obat-obatan dan membina dalam pencatatan dan pelaporan. Kegiatan serupa di pokja RSUD dilakukan sebulan sekali sekaligus mengambil laporan. Untuk LSM sejauh ini dinas belum pernah melakukan supervisi dan bimtek;

“Supervisi biasanya setahun 2 kali. Crosscheck data kemudian crosscheck obat-obat, itu saja. pembinaannya paling menyampaikan pengisian laporannya. Yang lain-lain belum” (puskesmas Kuprik, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

“Rutin, setiap bulan dari dinas datang cek laporan, dari provinsi juga rutin untuk cross check laporan kemudian supervisi dan bimbingan untuk program baru.(pokja, Wawancara mendalam, Juli 2015)

“Kalau kita ada rutin pertemuan, namanya menejer kasus, perawatan tenaga kesehatan yang ada di Pokja rapat dengan kita disini, kadang kita ke Pokja. Ada jadwal per tahun 3-4 kali. Kita bahas setia ODHA yang kita damping.(Yasantho, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Selama ini LSM Yasantho belum pernah melakukan survei kepuasan karena setiap bulan ada pertemuan rutin dengan pengguna layanan yang salah satu agendanya adalah menerima keluhan-keluhan atau masukan dari pengguna;

“Kita tidak pernah bikin survei... Kalau kita kan ada pertemuan rutin, disitu mereka boleh melapor, atau macam kalau saya ada disini, boleh saja datang. ..aanati pasti ditindaklanjuti. Karena kita tiap bulan rapat. Tapi dari program yasanto selalu mendapat tanggapan baik”(Yasantho, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Berkaitan dengan pelaksanaan survey kepuasan di Rumah Sakit Bunda Pengharapan dilaksanakan setiap 6 bulan sekali untuk mendapatkan masukan perbaikan dan untuk mendukung perencanaan tahunan ;

“kita selalu memberikan setiap 6 bulan sekali survei kepuasan. 6 bulan pertama supaya kita melihat 6 bulan berikutnya kita seperti apa. Lalu juga diakhir tahun supaya kita bagaimana membuat rencana mendatang” (RS BP, Wawancara Mendalam, Juli 2015)

Pokja RSUD juga telah melakukan survey kepuasan bagi pelanggan dengan cara memberikan brosur isian dan hasilnya digunakan untuk perbaikan pelayanan, namun survey kepuasan untuk pemberi layanan belum pernah dilakukan padahal survey ini juga sangat penting...

"Survey kepuasan.... Biasanya kami memberikan brosur... Survei kepuasan petugas Belum dilakukan"(Pokja RSUD, Wawancara mendalam, Juli 2015).

Untuk akreditasi dan sertifikasi juga masih rendah. Untuk survei kepuasan belum semua layanan melaksanakan survei kepuasan. Dinas kesehatan provinsi rutin melakukan supervisi ke Pokja HIV Kab. Merauke setiap bulan. Sama halnya dengan supervisi dari Dinkes Kab dan KPAD. Penjamin kualitas layanan adalah pelaksanaan mini lokakarya yang dilakukan setiap bulan. Survei kepuasan sudah dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan khususnya program HIV yang berbentuk kotak keluhan/saran dan angket pertanyaan.

B. Tingkat Integrasi

Dari penggambaran fungsi-fungsi sistem kesehatan di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa sub sistem manajemen dan regulasi sudah terintegrasi penuh karena tata kelola dan regulasi pada sistem kesehatan telah tercermin dalam tata kelola dan regulasi dalam program PMTS hal ini dapat terlihat sebagai berikut;

Perencanaan dan Penganggaran pada setiap program termasuk program HIV AIDS dan IMS telah ada dan selama ini tidak ada stakeholder yang mengintervensi dalam penentuan target dan anggaran. Keterlibatan populasi kunci dalam perencanaan sudah ada walaupun secara tidak langsung. Program HIV di Kabupaten Merauke sudah mendapatkan alokasi dana dari APBD . dalam renstra sudah berisi program HIV dan AIDS dan IMS. Kegiatan VCT sudah sampai dipuskesmas, dan sudah melaksanakan tugas dalam promosi, screening, dan preventif/pendistribusian kondom untuk program HIV/AIDS. PKR melayani pemeriksaan HIV, pengobatan IMS, kemudian jika positif dirujuk ke Pokja HIV. Pengawasan implementasi regulasi juga sudah baik, dimana pelaksanaan perda HIV dan AIDS sudah sangat baik, sudah didukung dengan penegakan hukum dan kerjasama lintas sektoral contohnya biro hukum dan Satpol PP aktif dalam melaksanakan dan menegakkan perda HIV dan AIDS. Walaupun didalam pelaksanaannya masih mengalami hambatan seperti alokasi

dana untuk program HIV yang belum maksimal seiring dengan meningkatnya penemuan kasus melalui VCT dan masih sulit screening pada masyarakat umum yang IMS dibanding dengan kelompok resiko serta sarana komunikasi dan ketepatan laporan yang belum maksimal, namun permasalahan ini bukanlah menjadi masalah yang serius yang akan mempengaruhi peningkatan layanan program HIV AIDS dan IMS.

Sub sistem pembiayaan kesehatan terintegrasi sebagian karena masih ada masalah seperti kekurangan dana untuk insentif dan pengadaan obat. Masih perlunya dana dari sumber lain seperti dari donor dan bantuan peningkatan alokasi APBD untuk pelayanan program HIV di Kabupaten Merauke. Selain itu, Koordinasi sumberdana belum berjalan dengan baik karena belum ada koordinasi antara APBD, JKN, dan donor. Kecukupan dana juga belum maksimal dan ini lebih kepada biaya tidak langsung seperti insentif pegawai. Pembiayaan untuk pengadaan pengobatan infeksi oportunistik juga mengalami kendala. Proporsi penganggaran JKN dialokasikan ke puskesmas 90% untuk jasa 60% dan 30% untuk alkes dan reagen. Kemudian sumber dana PKR sudah dari dinas kesehatan yang direncanakan oleh PKR. Yang menjadi masalah adalah pembiayaan program HIV dan AIDS masih terbeban berat pada dana APBD, dan tidak ada bantuan dan dari donor dan hibah. BPJS sudah menanggung pasien membayar yang menderita HIV dan AIDS. Sudah banyak penderita HIV yang mengusahakan pengurusan KTP untuk dapat memiliki kartu BPJS. Beberapa jaminan kesehatan yang dapat di RUDS Kab. Merauke antara lain BPJS, dan KPS dimana KPS juga mendapatkan konseling gratis baik itu dokter umum ataupun dokter spesialis. Populasi kunci sudah dibantu dengan berbagai upaya supaya dapat memperoleh layanan kesehatan contohnya ada nya uang transportasi dan berobat gratis dan dari BPJS.

Sub sistem sumberdaya manusia terintegrasi sebagian karena ketercukupan SDM baik itu dari segi jumlah tenaga kesehatan untuk program PMTS masih terbatas dan juga kapasitas mereka yang belum sesuai dengan standard. Oleh karena itu sangat diperlukan pelatihan sertifikasi yang rutin. Meskipun demikian SDM di Merauke untuk PMTS sudah mendapatkan pembiayaan dari APBD khususnya tenaga dari PKR yang khusus dibentuk untuk menangani PMTS. Tidak ada aturan tersendiri yang berlaku bagi SDM yang bekerja untuk program HIV AIDS, aturan yang berlaku sama dengan aturan bagi SDM secara umum. Demikian juga pembiayaan SDM kesehatan. Untuk tenaga honorer yang bekerja baik pada program umum

maupun pada program khusus HIV AIDS yang diangkat oleh dinas kesehatan sumber pembiayaannya berasal dari APBD.

Penyediaan farmasi dan alat kesehatan juga terintegrasi parsial karena materi pencegahan sudah sangat baik namun yang menjadi masalah adalah pengobatan IO, karena ARV sudah diberikan oleh pusat tetapi obat IO masih membutuhkan sumber dana. Kendala pengobatan IO yang dihadapi Pokja HIV di RS sama dengan kendala yang dihadapi oleh Puskesmas, meskipun BPJS menanggung pengobatan tetapi belum semua ODHA memiliki KTP, dan kembali lagi dengan paket INACBG's yang dijalankan di RS yang ada peluang penyakit penyerta HIV dan AIDS tidak tercover. Tidak ada regulasi khusus dalam mekanisme penyediaan logistik HIV dan AIDS kecuali pengadaan obat ARV, sumber pembiayaan logistik HIV AIDS telah terintegrasi kedalam system pembiayaan yang berlaku yang sumber dananya berasal dari pembiayaan public yaitu APBD Otsus. Meskipun pemberian layanan VCT sudah ada di setiap puskesmas dan rumah sakit, kemudian juga didukung oleh adanya mobile VCT. Begitu juga dengan pengobatan ARV yang tersedia di rumah sakit dan terjangkau bagi semua pasien. Akan tetapi untuk pencegahan sumbernya masih dari berbagai lembaga nasional dan daerah seperti pengadaan kondom sudah sangat baik karena terdapat 4 sumber kondom, dan juga terdapat 38 outlet kondom. Kondom sangat mudah dijangkau oleh masyarakat umum dan juga masyarakat yang beresiko tinggi seperti PSK.

Sistem informasi kesehatan terintegrasi sebagian, karena terdapat banyak aspek yang mempengaruhi, pertama dikarenakan penunjang SIHA belum lengkap seperti jaringan internet. Dan juga dikendalai oleh kapasitas petugas yang belum memiliki keterampilan (kompetensi) yang kuat dalam menjalankan SIHA, karena itu sangat dibutuhkan pelatihan dan dalam menggunakan SIHA. Sistem Informasi Kesehatan tidak terintegrasi karena 100% masih manual dan SIHA tidak berjalan. Kendala menjalankan sistem informasi untuk program HIV dan AIDS datang dari banyak sebab baik untuk masalah kapasitas petugas dan fasilitas penunjang sstem pelaporan. Dari hasil validasi, pegawai ketua PKR mengatakan petugas pelaporan sangat perlu dilatih SIHA dengan pelatihan yang intensif dan berkelanjutan. Sama halnya dengan jaringan internet yang menjadi masalah besar. Disamping itu sudah ada sistem pelaporan yang offline sudah dikeluarkan baru di tahun 2015 tetapi kata ketua PKR belum ada pelatihan menyangkut system pelaporan offline

tersebut. Akan tetapi untuk perencanaan penggunaan data selama ini sudah menggunakan mekanisme kebutuhan daerah.

Sub sistem partisipasi masyarakat terintegrasi penuh karena masyarakat sudah terlibat aktif dalam pelayanan kesehatan di masyarakat contoh nya kader dan pendamping ODHA. APBD sudah diakses masyarakat dalam bentuk pelatihan atau kegiatan-kegiatan. KPAD sudah aktif dalam mengumpulkan SKPD-SKPD lainnya dalam pertemuan diskusi program dan capaian. Pelaksanaan forum aspirasi sudah berjalan dengan baik seperti wadah untuk berkomunikasi. Populasi kunci sudah terlibat aktif dalam partisipasi pelayanan kesehatan contohnya kegiatan promotif dan pengumpulan masyarakat. Masyarakat sudah berperan aktif dalam mendukung layanan kesehatan contoh nya kader, survei, dan pendampingan. Penyediaan upaya layanan sudah terintegrasi penuh karena ketersediaan layanan VCT sudah ada di setiap puskesmas dan rumah sakit. Sama halnya dengan pelayanan kondom yang tersedia di masyarakat dan populasi beresiko pada khususnya. Pelayanan IMS juga dilakukan oleh Pusat Kesehatan Reproduksi, dan petugas dari PKR aktif dalam merangkul populasi yang beresiko untuk memeriksakan diri. Ketersediaan layanan untuk program HIV dan AIDS sudah baik dimana dilengkapi fasilitas kesehatan dan obat-obatan. Untuk program pencegahan sudah berjalan dengan baik contohnya distribusi kondom sudah baik. Tidak ada masalah dalam akses layanan karena bantuan dari BPJS dan KPS. Sistem rujukan sudah baik dimana sistem rujukan yang berlaku berjenjang dari unit layanan bawah ke atas. Pembiayaan rujukan ditanggung oleh BPJS juga dari pemerintah daerah. Koordinasi rujukan dari puskesmas ke rumah sakit dan dari rumah sakit sampai ke luar daerah. Kemudian kendala rujukan datang dari keterbatasan dana untuk pendampingan dan transportasi. Untuk menjamin kualitas layanan, dinas kesehatan dan rumah sakit merauke sering melakukan Supervisi dan bimbingan teknis ke unit pelaksana teknis seperti puskesmas dan unit lainnya yang terlibat didalam program HIV AIDS dan IMS.

Secara ringkas hasil penilaian tingkat integrasi ini dapat dilihat secara keseluruhan dalam tabel berikut:

Tabel 14. Tingkat integrasi dimensi dan subsistem kesehatan di kabupaten Merauke

No	Subsistem	Dimensi	Tingkat Integrasi per Dimensi	Tingkat Integrasi per subsistem
1	Manajemen dan regulasi	Regulasi	P	P
2		Formulasi kebijakan	P	
3		Akuntabilitas	P	
4	Pembiayaan	Pengelolaan sumber pembiayaan	P	S
5		Penganggaran, proporsi, distribusi dan pengeluaran	S	
6		Mekanisme pembayaran layanan	S	
7	Sumber daya manusia	Kebijakan dan sistem manajemen SDM	T	S
8		Pembiayaan SDM	S	
9		Kompetensi SDM	S	
10	Penyediaan farmasi dan alat kesehatan	Regulasi penyediaan, penyimpanan, diagnostik dan terapi	S	S
11		Sumber daya	S	
12	Informasi strategis	Sinkronisasi Sistem Informasi	S	S
13		Diseminasi dan Pemanfaatan	P	
14	Upaya kesehatan	Ketersediaan layanan	P	P
15		Koordinasi dan rujukan	P	
16		Jaminan kualitas layanan	P	
17	Partisipasi Masyarakat		P	P

Catatan: P: Terintegrasi Penuh S: Terintegrasi Sebagian T. Tidak Terintegrasi

C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Integrasi Intervensi PMTS kedalam sistem kesehatan.

Salah satu factor penting yang dapat mempengaruhi tingkat integrasi program HIV AIDS dan IMS kedalam system kesehatan adalah adanya komitmen penentu kebijakan. Sub sistem kesehatan program PMTS yang telah terintegrasi penuh di kabupaten merauke yaitu manajemen dan regulasi, pelayanan kesehatan dan partisipasi masyarakat, sedangkan sub sistem pembiayaan, sumber daya manusia, penyediaan alat farmasi kesehatan, dan sistem informasi strategis masih terintegrasi sebagian. Selain dukungan perda, komitmen dinas kesehatan dalam melaksanakan program PMTS ini juga diwujudkan melalui pembentukan unit pelaksana teknis Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR) dan Kelompok Kerja (Pokja) rumah sakit umum daerah Merauke yang secara khusus menangani HIV AIDS dan IMS yang salah satu program utamanya PMTS. Demikian juga keberhasilan ini ditentukan oleh dukungan

dari masyarakat dan populasi kunci yang banyak terlibat dalam pelaksanaan upaya pencegahan IMS.

Faktor-faktor yang mendorong terjadinya integrasi penuh pada sub sistem manajemen dan regulasi, pelayanan kesehatan dan partisipasi masyarakat dalam program PMTS adalah adanya komitmen pemerintah untuk mencegah penyakit sebagai akibat dari Penularan Melalui Ttransmisi Seksual sebagai pintu masuknya penyakit HIV dan AIDS.

Manajemen dan regulasi terintegrasi penuh karena adanya komitmen yang telah diwujudkan melalui peraturan pemerintah no 3 tahun 2013 dan dikawal dengan ketat oleh tim penyidik pegawai negeri sipil yang dibentuk oleh kepala daerah kabupaten merauke, formulasi kebijakan yang berkaitan dengan komitmen pemerintah menjadikannya sebagai salah satu program prioritas dan diwujudkan dalam penyediaan anggaran, Serta akuntabilitas yang baik.

Hal-hal yang mendukung layanan terintegrasi penuh karena ketersediaan layanan untuk program PMTS di kabupaten Merauke sudah memadai dan mudah mengaksesnya. Sistem rujukan juga sudah berjalan dengan baik. Jaminan kualitas layanan melalui supervisi, bimbingan teknis dan survey kepuasan sudah berjalan dan yang masih kurang dan perlu mendapat perhatian adalah akreditasi layanan.

Partisipasi masyarakat salah satu yang menjadi penentu keberhasilan program PMTS. Sub system partisipasi masyarakat ini sudah terintegrasi penuh karena Masyarakat dan populasi kunci telah dilibatkan didalam upaya layanan seperti ikut serta didalam penyusunan perencanaan melalui penyampaian aspirasi dan terlibat dalam monitoring kondom. KPA sebagai coordinator program HIV AIDS juga aktif berdialog dengan masyarakat ataupun populasi kunci.

Sejauh ini faktor-faktor yang mempengaruhi sub system lainnya yang masih terintegrasi sebagian adalah salah satunya kapasitas dan kuatitas petugas program HIV dan AIDS dimana perlu ada nya UU dalam mengatur alokasi untuk insentif pegawai yang bekerja dalam program HIV dan AIDS baik itu pegawai negeri, kontrak maupun honorer. Adanya perencanaan yang baik dalam kuantitas dan pengembangan kualitas SDM kesehatan akan secara otomatis berdampak signifikan terhadap capaian *outcome* PMTS, dimana diketahui

berdasarkan penelitian bahwa belum ada pelatihan yang lebih spesifik kearah PMTS mencakup peningkatan peran pemangku kepentingan, komunikasi perubahan perilaku populasi kunci, manajemen kondom, dan penatalaksanaan IMS. Dari 4 komponen ini perlu ada pelatihan khusus. Hal yang paling sering dilupakan dalam pelaksanaan PMTS adalah komunikasi perubahan perilaku dimana perubahan perilaku harus karena kesadaran diri akan pentingnya hidup sehat bebas HIV dan AIDS bukan hanya karena takut akan ganjaran perda itu sendiri, sehingga kesadaran populasi kunci dan masyarakat umum sangat penting dalam meningkatkan integrasi antara sistem kesehatan di Kabupaten Merauke dengan Sistem Kesehatan Nasional.

Kemudian perlu juga penguatan dalam sistem informasi karena hal ini yang menjadi tantangan dan hambatan terbesar dalam mengintegrasikannya ke sistem kesehatan nasional. Kabupaten Merauke sudah memiliki regulasi dan pelaksanaan PMTS yang baik dibanding dengan kabupaten atau kota yang ada di Provinsi Papua, namun kendala terbesar ada pelaksanaan SIHA yang 0%, padahal data dari kabupaten sangat diperlukan oleh pusat untuk menciptakan kebijakan dan program HIV secara nasional yang *applicable* untuk setiap daerah. Begitu juga dengan update data program HIV sangat perlu karena itu perlu ada nya penguatan untuk sistem informasi program HIV baik itu disisi penunjang fasilitas dan sarana dan juga jumlah dan kapasitas/keterampilan petugas pencatatan pelaporan program HIV yang perlu ditingkatkan, sehingga harus ada peningkatan pembiayaan untuk sub sistem ini baik itu dari pemerintah dan sangat penting dari sektor swasta, hibah, dan donor.

Bab VI. Kontribusi Integrasi Terhadap Efektivitas Program PMTS

A. Kinerja Intervensi Spesifik

Kinerja Program PMTS dilihat dari cakupan program yang meliputi 4 komponen yang ditekankan antara lain peningkatan peran positif pemangku kepentingan, komunikasi perubahan perilaku dan pemberdayaan populasi kunci, manajemen pasokan kondom dan pelicin, dan penatalaksanaan IMS. Dilihat dari data bahwa ada empat sektor yang sudah berperan aktif dan memiliki sumberdaya yang kuat antara lain Dinas Kesehatan, KPAD, RSUD, dan Satpol PP. Hal ini sangat berpengaruh terhadap efektivitas dimana bila dipilah ada sektor pelaksana pelayanan PMTS kemudian ada sektor penegak dan pengawal pelaksanaan hukum. Pada kasus ini dipercaya adanya efektivitas dimana *stakeholder* untuk pengawal hukum dan penegakan hukum memiliki *interest* dan sumberdaya yang tinggi. Kemudian juga 2 *stakeholder* pemberi layanan PMTS sudah memiliki *interest* dan *power* yang tinggi, dimana keaktifan Dinas Kesehatan mendorong penuh kinerja setiap puskesmas untuk melaksanakan pelayanan PMTS dan juga memonitoring pelaksanaan PMTS di setiap pelayanan dasar.

Kemudian untuk komunikasi perubahan perilaku dan pemberdayaan populasi kunci termasuk intensif atau aktif dimana frekuensi WPS bertemu dengan petugas adalah sebulan sekali. Kemudian jika ada yang ditemukan positif IMS maka akan dilanjutkan dengan kontrol yang dilakukan setiap minggu. Sama halnya dengan target populasi kunci untuk penjarangan khusus WPS jika dibandingkan antara target dan realisasi didapatkan 100% artinya semua WPS sudah melakukan pemeriksaan ke PKR. Pertemuan WPS dan petugas kesehatan sudah dijadwal rutin dan jika ada WPS yang tidak hadir akan dilakukan *crosscheck* ke penanggung jawab lokasi, kemudian langsung menghubungi WPS tersebut. Tindak lanjut dari kegiatan ini dimana jika terjadi hambatan seperti bersangkutan tidak mengindahkan panggilan dari petugas kesehatan maka akan dilaporkan ke biro hukum untuk ditindak sesuai dengan perda HIV yang berlaku. Frekuensi WPS menghadiri pertemuan dengan tim pelaksana PMTS adalah sekali sebulan di periode tahun 2013 tetapi di tahun 2014 dikurangi 2 bulan sekali, adapun alasan adalah untuk mencegah kebosanan WPS. Kemudian dalam PMTS juga dilaksanakan

pelatihan dan pembentukan *peer* dimana kegiatan ini kerjasama dengan LSM Yasanto dengan bantuan dana dari Pemda, dan *peer education* ini dilakukan setiap setahun sekali.

Untuk pemasokan kondom tercatat jumlah distribusi kondom pada tahun 2014 adalah 47.183 dan pada tahun 2015 (Januari sampai Oktober) adalah 37.439, dimana total WPS tahun 2015 sebanyak 280. Kemudian data efektifitas seperti jumlah perempuan dan laki-laki yang melakukan hubungan seks dengan lebih dari satu pasangan dalam 12 bulan terakhir yang melaporkan penggunaan kondom dalam hubungan seks terakhir totalnya di tahun 2014 adalah 64.320 orang. Khusus untuk pekerja seks, jumlah pekerja seks yang melaporkan penggunaan kondom dengan pelanggan paling akhir total di tahun 2014 adalah 2.359. Pada tahun 2014 persentasi pekerja seks yang melaporkan penggunaan kondom dengan pelanggan seks yang paling akhir adalah 76.8% jika dilihat persentase ini masih rendah karena belum memenuhi 80%, sehingga dapat diketahui bahwa masih ada sebanyak 23% WPS yang sulit diatur.

Penatalaksanaan IMS sudah berjalan baik di Kabupaten Merauke dimana sudah ada beberapa outcome yang baik contohnya semua puskesmas sudah memberikan layanan VCT dan dilengkapi dengan mobile klinik VCT dimana sampai September di tahun 2015 sudah 10 kali mobile VCT. Jumlah pengobatan IMS pada tahun 2014 adalah 2804 bagi kalangan WPS lama dimana persentase nya adalah 97% dan pada WPS baru persentase nya adalah 100% dimana jumlah WPS baru adalah 199 dan semuanya melakukan pemeriksaan IMS. Dalam tahun 2014 ada juga yang tidak periksa yaitu sekitar 67 orang atau 0.2%, alasan mereka adalah haid sebanyak 36 orang, ijin 14 orang dan tidak ada berita 36 orang.

Kejadian IMS yang ditemukan adalah pasien perempuan 21%, pasien laki-laki 64%. Dari data tersebut menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak yang sakit IMS. IMS pada laki-laki akan ada keluhan jadi langsung berobat. IMS pada perempuan jarang ada keluhan perempuan akan berobat kalau sudah sakit lama atau ada komplikasi.

Tabel 15. Situasi Kunjungan WPS, Penggunaan Kondom, Penemuan dan Pengobatan IMS Tahun 2014

Keterangan	Tahun	Jumlah WPS Lama	%	Jumlah WPS Baru	%
Jumlah distribusi kondom	2014	47183			
Jumlah yang pernah berobat	2014	2871			
Jumlah yang melakukan pemeriksaan ke PKR	2014	2804			
Jumlah WPS yang tidak melakukan pemeriksaan ke PKR	2014	67			
Jumlah WPS Baru yang terdaftar di PKR	2014			199	
Jumlah WPS baru yang periksa				199	100%
Yang mendapat pengobatan karena leukorhea	2014	27	0.96%	12	6.03%
Gonothoea	2014	105	3.74%	8	4.02%
Candida	2014	20	0.71%	5	2.51%
Trichomonas	2014	0		0	
Candida + Trichomonas	2014	13	0.46%	4	2.01%
GO+ Candida+ Trichomonas	2014	2	0.07%	2	1.01%
Condyloma	2014	4	0.14%	0	0
Bacterial Vaginosis	2014	14	0.5%	12	6.03%
Syphilis	2014	0		0	
HIV	2014	1	0.04%	2	1.005%
Jumlah distribusi kondom	2015 (Januari- Oktober)	37439			

Sumber : PKR 2014, 2015.

Terkait perubahan perilaku dari data PKR untuk konsistensi penggunaan Kondom pada hubungan seks terakhir untuk kalangan WPS di Lokalisasi mencapai 98,30% dari jumlah WPS yang melaporkan diri sebesar 76,84%. Jika dibanding target yang ditetapkan pencapaian ini 100% masih belum tercapai sepenuhnya. Akan tetapi cakupan tersebut menunjukkan masih ada tantangan untuk mencapai target 100% penggunaan kondom untuk WPS. Jika dibandingkan dengan data STBP Tahun 2007 cakupan yang di Merauke cukup konsisten.

B. Hubungan antara Kinerja Intervensi PMTS dengan Tingkat Integrasi

Perang pemangku kepentingan sudah baik dapat dilihat dari kinerja KPAD, Dinas Kesehatan, RSUD, dan Satpol PP. Begitu juga dengan kepatuhan menjalankan tanggung jawab tanggung oleh stakeholder seperti biro hukum, LSM Yasanto, puskesmas, dan keaktifan populasi kunci. Diyakini bahwa tingginya peran stakeholder tersebut karena manajemen dan regulasi sudah terintegrasi penuh, seperti yang telah dijelaskan bahwa kerja sama antar sektoral sudah sangat baik begitu juga dengan komunikasi diantara pemangku kepentingan sudah baik, KPAD aktif dalam melaksanakan pertemuan bulanan. Hal ini juga dinilai dari outcome yang dipaparkan oleh biro hukum dimana terjadi penurunan angka pelanggaran Perda HIV dimana pada tahun 2012 terjadi 93 pelanggaran kasus namun pada tahun 2013 hanya terjadi 5 pelanggaran Perda HIV. Hal ini juga didukung oleh meningkatnya distribusi kondom dikalangan pekerja seks dengan pengawasan dinas kesehatan khususnya PKR. Begitu juga dengan pertemuan berkala antara petugas kesehatan dan pekerja seks, kemudian bila ada pekerja seks yang tidak patuh maka akan ditindak lanjuti oleh biro hukum.

Komunikasi perubahan perilaku dan pemberdayaan populasi kunci indikatornya dapat dilihat dari frekuensi pertemuan antara petugas dan populasi kunci, *peer education* bagi populasi kunci dan juga kepatuhan dan peningkatan penggunaan kondom di kalangan populasi kunci. Telah terjadi pertemuan yang rutin diantara petugas dan populasi kunci begitu juga dengan pelatihan yang dilaksanakan LSM, namun pelatihan *peer education* ini belum dapat menjangkau semua populasi kunci dari beberapa LSM hal ini ada pengaruhnya dengan pembiayaan yang masih terintegrasi parsial, dimana masih kurangnya dana untuk melaksanakan pelatihan perubahan perilaku dan peningkatan penyadaran dikalangan populasi kunci khususnya WPS. Terbatasnya SDM kesehatan juga berpengaruh terhadap kinerja perubahan perilaku populasi kunci karena dibutuhkan banyak konselor dan juga banyak petugas kesehatan yang berfungsi mengawasi aktifitas mereka (populasi kunci). Kegiatan kunjungan dari lokalisasi ke lokalisasi masih membutuhkan jumlah petugas kesehatan yang banyak termasuk petugas kesehatan yang medalami betul tentang ilmu perilaku kesehatan hubungannya dengan PMTS. Oleh karena ini masih terintegrasi

parsialnya sub sistem pembiayaan dan sub sistem sumberdaya manusia berpengaruh terhadap capaian efektifitas pemberdayaan populasi kunci dan perubahan perilaku mereka.

Adanya peran aktif dinas kesehatan dan RSUD sangat mendorong efektifitas penatalaksanaan IMS. Meskipun penyediaan farmasi dan alat kesehatan masih terintegrasi parsial tetapi karena peran aktif pemerintah daerah dan pemerintah pusat dalam pengediaan obat menyebabkan tingginya pencapaian kinerja IMS dimana penjangkaran WPS sudah 98%, bahkan WPS yang baru sudah rutin memeriksakan diri 100%. Hal ini juga dipengaruhi oleh tingginya partisipasi masyarakat dimana sudah terintegrasi penuh. Hal ini berdampak langsung dari kesadaran pekerja seks untuk memeriksakan diri, selain ini adanya regulasi yang kuat juga membuat pekerja seks lebih waspada dan mau rajin memeriksakan diri mereka ke Pusat Kesehatan Reproduksi. Telah dijelaskan juga bahwa angka 98% pelaksanaan IMS juga dipengaruhi oleh kerjasama lintas sektoral dimana jika pekerja seks tidak mau datang memeriksakan diri akan ditegur langsung oleh penanggungjawab lokasi dan jika pekerja tersebut belum patuh akan diambilalih oleh biro hukum untuk diselesaikan sesuai dengan regulasi yang berlaku. Tercatat dalam 2014 hanya 0.2% pekerja seks yang tidak mengikuti pelayanan pemeriksaan IMS, sehingga integrasi penuh dari regulasi dan manajemen dan integrasi penuh dari partisipasi masyarakat berpengaruh terhadap capaian ini.

Manajemen kondom dan pelicin belum ada data yang akurat hal ini disebabkan oleh sistem informasi kesehatan yang masih terintegrasi parsial karena PKR masih menggunakan formulir yang tidak sesuai dengan standar dari pusat. Berdasarkan hasil FGD validasi data di bulan Desember 2015, ketua PKR mengatakan adanya keterbatasan dana, keterbatasan kapasitas SDM, dan juga SIHA yang belum disosialisasikan aplikasi terbarunya dan juga ada beberapa puskesmas pemekaran yang belum ada kode di aplikasi SIHA baru tersebut sehingga menyebabkan lemahnya SIK untuk HIV dan AIDS khususnya PMTS dan IMS, namun standar pelaporan yang benar akan mulai dilaksanakan di tahun 2016.

Untuk data penggunaan kondom sudah lumayan lengkap tetapi lain halnya dengan penggunaan pelicin, di formulir laporan mereka belum ada pelaporan untuk penggunaan pelicin. Untuk penyediaan kondom sudah sangat baik dimana sumbernya ada 4 yaitu dari KPA pusat, BKKBN, dan kondom dari kantor kesehatan pelabuhan (namun dari kantor

kesehatan pelabuhan tidak banyak). Kemudian didukung oleh adanya kondom mandiri, dimana kondom mandiri ini adalah kondom yang dibeli sendiri oleh PKR. Kondom BKKBN pusat langsung dari pusat ke BPPKB kabupaten dan diberikan kepada KPAD lalu ke KPAD memberikannya kepada agen terdapat 89 outlet. Sebelum habis KPAD harus membuat perencanaan permintaan ke KPA provinsi. Permintaan ke KPA provinsi dari KPA provinsi ke KPA pusat, dari KPA pusat langsung ke KPA Kabupaten. Kondom mandiri PKR beli sendiri langsung di drop ke outlet, PKR 32 outlet. Dari BKKBN langsung ke puskesmas tidak ke dinas kesehatan lagi. Dari KPAN sutra putih dan pelicin. Ada sumber kondom dari kantor kesehatan pelabuhan, cuma tidak banyak sekitar satu karton, mereka serahkan ke KPA kabupaten agar tidak salah sasaran atau salah target, dan rata-rata kondom jenis sutra merah. Dari kesemua hal ini sangat mendorong distribusi kecukupan kebutuhan kondom bagi masyarakat umum dan populasi kunci. Seperti pencapaian 76.8% untuk pelaporan kondom harus ditunjang dengan pengawasan dari pemangku kepentingan, dengan kata lain penyediaan kondom yang baik harus dilengkapi dengan pengawasan atau kontroling yang rutin dan serius. Sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya manajemen yang sudah terintegrasi penuh sangat berpengaruh terhadap penyediaan kondom di masyarakat umum dan populasi kunci yang sudah sangat baik namun hal ini harus dibarengi dengan pengawasan yang intensif dari petugas kesehatan (hal ini karena manajemen SDM belum terintegrasi penuh) sehingga keberadaan kondom dengan jumlah yang banyak tersebut dapat maksimal penggunaannya.

Bab VII Pembahasan

Integrasi penuh dari Manajemen dan Regulasi sangat berpengaruh terhadap efektivitas PMTS. Hal ini dapat dilihat dari temuan pelanggaran perda yang kasusnya menurun, dimana pada tahun 2012 ditemukan 93 kasus pelanggaran PERDA HIV namun kasus tersebut turun di tahun 2013 dimana kasus penyebaran penyakit HIV secara sengaja tinggal 3 kasus. Dari data tersebut dapat dilihat pengaruh signifikan dari regulasi ke outcome PMTS. Disamping itu, integrasi manajemen dan regulasi dapat dilihat dari pemakaian kondom pada masyarakat umum dan pada kalangan WPS pada khususnya. Pada tahun 2014 dilaporkan bahwa ada 64.320 pasangan usia subur yang menggunakan kondom dan sudah 76,8% WPS yang melaporkan penggunaan kondom ke PKR. Dengan manajemen yang baik juga menghasilkan dan meningkatkan akses masyarakat terhadap ketersediaan kondom, dimana di Kabupaten Merauke terdapat 4 sumber penyediaan kondom yaitu dari KPA Pusat, BKKBN, Kantor Kesehatan Pelabuhan, dan kondom mandiri dari PKR. Adapun pendistribusian nya sudah sejumlah 89 outlet. Manajemen dan regulasi juga berdampak positif terhadap pelaksanaan pemeriksaan IMS, dimana WPS yang tidak datang memeriksakan diri akan ditindak lanjuti oleh Biro Hukum, sehingga pemeriksaan IMS di Kabupaten Merauke sangat tinggi yaitu mencapai angka 98%, terdapat 98% WPS yang rutin memeriksakan diri. Sehingga dapat disimpulkan bahwa manajemen dan regulasi sangat berdampak pada rendahnya penemuan kasus HIV, tingginya pemakaian kondom dalam masyarakat secara umum dan di kalangan WPS secara khusus, dan juga integrasi penuh manajemen dan regulasi telah berpengaruh terhadap persentase kepatuhan WPS dalam pemeriksaan IMS ke Pusat Kesehatan Reproduksi.

Perbandingan study dari China oleh Dianmin Kang et al. menemukan bahwa kepemimpinan dan manajemen pemerintahan terbukti efektif dalam mengintervensi pencegahan HIV/AIDS apabila setiap pemangku kepemimpinan atau SKPD-SKPD menjalankan tugas mereka masing-masing secara maksimal. Hal ini ditemukan sama dengan penegakan regulasi Perda HIV yang signifikan terhadap peningkatan penggunaan kondom, dimana ada banyak SKPD yang sudah memiliki interest atau ketertarikan yang tinggi contohnya instansi Biro hukum, Satpol PP, Bappeda, Kementerian Agama, dan LSM. Dari penelitian case control ini juga ditemukan bahwa edukasi dalam perubahan perilaku populasi beresiko juga

significant dalam menurunkan penyebaran infeksi penyakit menular seksual. Hal ini ditunjang dengan kemampuan tenaga kesehatan dalam mendorong kemauan dan kesadaran WPS dalam menggunakan alat kontrasepsi pada setiap hubungan seksual baik dengan pelanggan ataupun dengan patner mereka. Sehingga yang sangat ditekankan disini adalah harus ada modul yang bersandard yang digunakan oleh tenaga kesehatan dalam mengedukasi populasi beresiko.

Disamping itu penelitian dari China ini yang dilakukan oleh Diamin Kang et al. Juga menemukan hal yang sama dengan manajemen kondom yang ada di Kabupaten Merauke, dimana disebutkan dalam hasil penelitian tersebut bahwa dalam manajemen kondom harus ada kolaborasi multisektoral dimana ada beberapa sektor yang bertanggung jawab dalam pengadaan kondom. Temuan penelitian ini sama dengan manajemen kondom yang ada di Kabupaten Merauke dimana sumber penemuan kondom ada 4 yaitu ada pengadaan dari KPA Nasional, kondom dari BKKBN, kondom dari Kantor Kesehatan Pelabuhan dan pengadaan kondom mandiri dari Pusat Kesehatan Reproduksi. Dengan 4 sumber pengadaan kondom ini, KPAD Kabupaten juga memfasilitasi ada nya 86 outlet kondom di dalam masyarakat yang memudahkan masyarakat mengakses kebutuhan mereka. Disebutkan juga bahwa perluasan tes VCT juga mendorong penurunan penularan, dan hal ini juga sudah diupayakan di Kabupaten Merauke dimana setiap puskesmas sudah memberikan layanan VCT, begitu juga di Pokja HIV RSUD, dan ditunjang dengan mobile VCT yang sudah dilaksanakan 10 kali dalam setahun.

Dari tiga penelitian yang dilakukan dari luar seperti penelitian oleh Diamin Kang et al. dengan judul *An Integrated individual, community, and structural intervention to reduce HIV/STI risks among female sex workers in China*, penelitian oleh Vandana Gurnani et al. dengan judul *"An intergrated structural intervention to reduce vurnerability to HIV and sexually transmitted infections among female sex workers in Karnataka State, South India"*, dan penelilai dari David Wilson dengan judul *"HIV programs for sex workers : Lesson and Challengs for Developing and Delivering Programs*, dimana ketiga penelitian ini sama-sama menemukan bahwa ada nya penegakan hukum/undang-undang dan pembuatan kebijakan dalam pencegahan penularan HIV/AIDS sangat significant dalam menurunkan angka penularan penyakit HIV/AIDS dan menurunkan angka penularan penyakit menular seksual yang sebagai pintu masuk nya HIV.

Dari sudut pandang peneliti, terintegrasi parsialnya pembiayaan secara umum untuk kasus HIV dan AIDS tidak terlalu berpengaruh terhadap outcome PMTS karena kita ketahui bahwa untuk kegiatan PMTS itu sendiri sudah didanai penuh oleh APBD untuk pengobatan IMS, begitu juga dengan pengadaan kondom yang mendapatkan bantuan dari KPA Pusat, BKKBN, Kantor Kesehatan Pelabuhan, dan swadaya masyarakat dalam bantuan PKR, sehingga pembiayaan untuk kegiatan PMTS tidak terlalu bermasalah. Namun hal yang patut dipertimbangkan adalah dalam 4 komponen PMTS salah satunya yaitu komunikasi perubahan perilaku dan pemberdayaan populasi kunci masih membutuhkan dana, khususnya dana untuk insentif tenaga kesehatan karena kegiatan ini membutuhkan tenaga kesehatan dalam jumlah yang banyak untuk penyuluhan dan pengawasan perubahan perilaku, dalam arti kata bahwa pembagian kondom tidak akan efektif jika tidak dibarengi oleh perubahan perilaku dari populasi kunci dengan peningkatan kesadaran yang membutuhkan pendidikan perilaku kesehatan (health education) dari pada tenaga kesehatan, sehingga menurut peneliti kegiatan ini yang masih membutuhkan dukungan dana baik dari pemerintah maupun donor. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pembiayaan kesehatan yang terintegrasi parsial karena kurangnya dukungan pusat dan donor sangat berpengaruh terhadap kegiatan komunikasi perubahan perilaku dan pemberdayaan populasi kunci.

Kajian yang dapat mendukung pernyataan diatas adalah hasil studi dari South Africa oleh Salomon Benatar dengan judul "Health Care Reform and the Crisis of HIV and AIDS in South Africa, dimana studi ini menemukan bahwa peningkatan jumlah alokasi pembiayaan terhadap program HIV/AIDS akan berdampak pada penurunan angka penularan HIV/AIDS di Africa selatan. Kemudian penelitian ini juga menekankan bahwa sumberdaya untuk pembiayaan program HIV/AIDS harus bervariasi dan harus bersifat jangka panjang dan berkesinambungan dan hal ini sulit untuk dicapai. Penelitian ini juga memaparkan kasus bahwa peningkatan jumlah penderita HIV/AIDS meningkatkan beban kerja di kalangan tenaga kesehatan. Oleh karena itu sangat penting tenaga kesehatan yang bekerja dalam program HIV/AIDS mendapatkan dukungan dari pemerintah baik itu motivasi dan dukungan financial atau peningkatan insentif. Sedangkan dari penelitian di kabuapten Merauke, informan dari Pusat Kesehatan Reproduksi mengatakan bahwa mereka masih menghadapi kendala dalam pembayaran honor petugas di PKR, begitu juga insentive bagi para pegawai tetap, bahkan

mereka mencari usaha sambilan seperti menjual kua kering untuk membatu honor dan gaji tambahan untuk pegawai yang ada di PKR.

Sama hal nya dengan pembiayaan kesehatan, penyediaan kefarmasian dan alat kesehatan yang masih terintegrasi sudah sangat baik untuk penyediaan pasokan kondom dan pengobatan IMS. Untuk pengobatan IMS adalah dari APBD dinas kesehatan, dimana sesuai dengan hasil yang peneliti pelajari, untuk reagen IMS dan obat itu diminta dari PKR kedinas kesehatan. Adapun penyediaan kefarmasian yang dibutuhkan dalam kegiatan pelaksanaan IMS adalah belanja alat laboratorium dan perlengkapan IMS, belanja BHP laboratorium IMS, belanja reagen IMS, dan belanja obat untuk klinik IMS contohnya Acyclovir, azytromycin, cefixime, dandoxyxyclin. Semua sediaan ini ditanggung oleh APBD melalui RKA PKR untuk APBD dinas kesehatan. APBD rutin mengalokasikannya setiap tahun. Untuk pengadaan kondom sudah sangat baik, penyediaan kondom sudah secara langsung meningkatkan pencapaian dari kegiatan PMTS. Dari pemaparan diatas dapat disimpulkan bahwa penyediaan kefarmasian dan alkes dalam mendukung PMTS sudah sangat baik karena dalam pelaksanaan IMS pemerintah daerah yang berkontribusi penuh, dan untuk penyediaan kondom ada dukungan dari pusat yaitu dari BKKBN dan KPA Pusat. Pemerintah Daerah sudah banyak berperan dalam pembiayaan obat dan alkes untuk program-program pencegahan HIV/AIDS. Komitmen pemerintah daerah dalam pembiayaan tersebut berpengaruh terhadap efektivitas PMTS, dimana pemenuhan supply obat dan alkes selalu rutin didukung oleh pemerintah daerah. Begitu juga dengan kolaborasi multisektor dalam pengadaan kondom yang rutin kepada masyarakat dan populasi beresiko sangat berpengaruh terhadap efektivitas program PMTS. KPAD yang bertanggung jawab terhadap manajemen kondom dan distribusinya ke masyarakat dan hal ini didukung oleh konsistensi multisektoral dalam penyediaan kondom.

Subsistem sumberdaya manusia kesehatan yang masih terintegrasi parsial juga berpengaruh terhadap keberlangsungan PMTS, dimana diketahui bahwa masih sangat dibutuhkan peningkatan jumlah konselor untuk VCT khusus nya yang sudah tersertifikasi. Sama hal nya untuk penyuluhan perubahan perilaku dan peningkatan kesadaran populasi kunci masih sangat membutuhkan tenaga kesehatan yang bertugas untuk penyuluhan dan pengawasan, dan hal ini membutuhkan pelatihan. Sesuai dengan hasil wawancara tenaga untuk melaksanakan pelayanan IMS di PKR masih sangat kurang, dimana hanya ada 8 tenaga

kesehatan, dan baru 4 PNS, sisanya adalah tenaga honor dan hanya satu dokter umum. Pemerintah masih perlu meningkatkan pendanaan untuk tenaga honor yang ada di klinik IMS, begitu juga dengan jumlahnya, pemerintah daerah perlu merekrut lebih banyak lagi dokter untuk pelaksanaan IMS dimana hanya satu dokter yang bekerja di PKR, begitu juga dengan konselor VCT di setiap puskesmas masih butuh penambahan jumlah. Pengawasan dan penyuluhan peningkatan kesadaran populasi kunci juga masih membutuhkan banyak tenaga kesehatan khususnya untuk penyuluh dan *health educator* dimana capaian 76,8% pemakaian kondom dikalangan WPS hanya dapat ditingkatkan apabila pengawasan dan pendidikan kesehatan dari tenaga kesehatan ditingkatkan, oleh karena itu untuk kegiatan PMTS sendiri selain membutuhkan tambahan jumlah konselor VCT dan dokter untuk IMS, juga membutuhkan SDM Kesehatan untuk pengawasan penggunaan kondom dan *health educator* untuk peningkatan kesadaran diri dan perubahan perilaku para populasi kunci. Karena meskipun distribusi dan pengadaan kondom sudah sangat baik, namun jika tidak didukung oleh pengawasan dari tenaga kesehatan, maka pengadaan kondom tersebut tidak akan maksimal. Sehingga perlu ditingkatkan kuantitas jumlah penyediaan petugas kesehatan di lapangan untuk program HIV/AIDS begitu juga dengan kualitasnya, khususnya dengan kegiatan PMTS yang sangat membutuhkan peningkatan petugas kesehatan untuk meningkatkan efektifitas kinerjanya.

Untuk sistem pencatatan dan pelaporan atau sistem informasi kesehatan yang belum terintegrasi tidak berpengaruh pada capaian PMTS karena untuk pelaporan kondom dan pelaporan IMS sudah berdiri sendiri, karena kegiatan IMS diambil alih penuh oleh pemerintah daerah khususnya dinas kesehatan. Begitu juga untuk pelaporan kondom merupakan tanggung jawab penuh dari KPAD dimana KPAD rutin melaporkan penggunaan dan kebutuhan kondom ke KPA Pusat, begitu juga dengan kondom dari BKKBN yang dilaporkan langsung oleh BKKBN daerah. Kemudian untuk jumlah keseluruhan kondom dari empat sumber itu dicatat dibuatkan laporan oleh salah satu petugas di KPAD. Sama halnya dengan pemeriksaan dan pengobatan IMS yang tidak ada kontribusi dari pusat hanya dilaporkan sampai di dinas kesehatan kabupaten saja. Dilaporkan dari PKR ke dinas kesehatan dengan bentuk laporan manual. Berdasarkan pertemuan validasi, ketua PKR mengatakan bahwa SIK untuk HIV dan PMTS akan diperbaiki di tahun 2016 dan akan menggunakan SIHA namun untuk sekarang masih dalam perencanaan pengembangan

kapasitas SDM untuk melaksanakan SIHA tersebut, dan diharapkan bahwa pelaporan PMTS akan terintegrasi didalam nya khusus nya penggunaan dan distribusi kondom, dan outcome dari pelayanan IMS. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terintegrasinya SIM tidak terlalu berpengaruh terhadap keberlangsungan pelaporan PMTS karena masih berdiri sendiri dimana untuk pelaporan kondom dan pelicin ke pusat diambil alih oleh KPAD dan untuk pelaporan pelayanan IMS dilaporkan oleh PKR ke dinas kesehatan.

Partisipasi masyarakat yang sudah terintegrasi penuh dapat dilihat dampak signifikannya pada capaian PMTS terutama pada penyediaan dan pemakaian kondom. Untuk pengadaan kondom yang terdiridari 4 sumber salah satunya adalah kondom mandiri yang merupakan dari swadaya masyarakat dengan bantuan koordinasi dari PKR. Begitu juga dengan kesadaran pemakaian kondom dari masyarakat umum dan WPS secara khusus merupakan salah satu bentuk wujud partisipasi masyarakat yang sudah baik. Penanggungjawab lokalisasi juga berperan dalam mengawasi dan mengingatkan WPS untuk memeriksakan diri pada pelayanan IMS sehingga tercapai angka 98% untuk pemeriksaan IMS dikalangan WPS. Bahkan untuk pemeriksaan IMS di kalangan WPS baru sudah 100% disini merupakan indicator dari partisipasi populasi kunci untuk mau memeriksakan diri dan juga dengan dukungan manajemen regulasi yang baik. Sosialisasi perda HIV juga didukung aktif oleh masyarakat yang ada di Kabupaten Merauke. Disamping itu organisasi-organisasi dari yayasan keagamaan, jemaat gereja, dan LSM seperti Yasanto dan Katane Suport Group, sangat aktif dalam penyuluhan/ edukasi akan pentingnya pemeriksakan diri melalui VCT, pentingnya penggunaan kondom dan juga mereka bisa ikut dalam pelaksanaan VCT di masyarakat. Sehingga terintegrasi penuh nya partisipasi berpengaruh terhadap efektivitas PMTS dan itu terlihat jelas dalam pengadaan kondom mandiri dan kepatuhan pemakaian kondom. Begitu juga dengan pemeriksaan IMS yang tinggi karena ada nya pengaruh dari keaktifan masyarakat, organisasi dalam masyarakat dan LSM dalam meningkatkan kesadaran masyarakat secara umum dan populasi kunci secara khusus.

Bab VIII. Simpulan dan Rekomendasi

A. Simpulan

Komitmen politik pemerintah daerah kabupaten Merauke sektor kesehatan telah tertuang di dalam visi dan misi bupati. Termasuk undang-undang otsus yang mengharuskan alokasi APBD untuk sektor kesehatan 15% dari total keseluruhan APBD, Selain itu terdapat peraturan daerah no 5 tahun 2005 dan diperbaharui dengan perda no 3 tahun 2013 tentang pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS. Prioritas kebijakan yang telah dijalankan dan sekaligus merupakan kebijakan kunci yang dikembangkan pemerintah daerah adalah perbaikan perilaku masyarakat terutama peningkatan program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), peningkatan program desa siaga dan jaminan kesehatan kepada masyarakat. Keterlibatan sektor terkait melalui alokasi dana dan SDM sangat mendukung keberhasilan program PMTS dan program HIV AIDS di kabupaten merauke termasuk keaktifan unit teknis untuk meningkatkan layanan VCT di setiap penyedia-penyedia pelayanan dasar seperti puskesmas, rumah sakit dan Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR). Dukungan dari MPI antara lain Global Fund, Caritas Australia, UNFA, IPM dan IPD tahun – tahun sebelumnya juga menentukan keberhasilan program, namun ditahun 2015 ini GF, IPM, UNFA sudah menarik diri di tahun 2014 dan sekarang yang masih ada hanya caritas Australia dan IPD. Pengaruh desentralisasi di kabupaten merauke sampai saat ini terlihat pada penurunan perkembangan HIV AIDS dan sudah tidak terlihat lagi stigma negative terhadap masyarakat yang datang keunit layanan HIV AIDS. Konsistensi antara regulasi dan kebijakan program HIV AIDS maupun antar Satuan Kerja Pemerintah Daerah (SKPD) telah berjalan dengan baik. Hal ini terlihat dari terlaksananya perda HIV AIDS melalui pengalokasian dana ke dinas kesehatan, RSUD, KPAD dan LSM Yasantho, Keterlibatan lintas sektor (Biro hukum dan Satpol PP) dalam mengawal perda HIV AIDS, Keterlibatan mitra pembangunan antara lain caritas Australia. Walaupun demikian, masih ada SKPD yang belum melaksanakan secara maksimal program HIV AIDS sesuai dengan renstra kabupaten merauke tahun 2011 sd 2016. Terintegrasi penuh nya manajemen regulasi berpengaruh terhadap efektivitas PMTS karena penegakan hukum dan kerjasama multisektoral dalam menegakkan perda HIV/AIDS mendorong peningkatan penggunaan kondom.

Alokasi dana kesehatan di Dinas Kesehatan tahun 2015 baru 12,73% tetapi mengalami peningkatan 2,17% dari total anggaran APBD Kabupaten Merauke. APBD Dinas kesehatan kabupaten Merauke tahun 2015 dapat dijabarkan sebagai berikut : Pendapatan Asli Daerah (PAD) sebesar Rp 16.026.700.000,- . Belanja Daerah sebesar RP 88.067.320.392,- yang terdiri dari belanja tidak langsung sebesar Rp 40.005.126.906 dan belanja langsung sebesar Rp 48.062.193.486. Hasil wawancara mengatakan bahwa kondisi ekonomi yang ada di provinsi Papua dan Kabupaten Merauke secara khusus tidak mempengaruhi derajat kesehatan, karena sudah banyak jaminan kesehatan seperti BPJS, dana Gerbangku, Dana Respect, dan dana ADD. Masalah kesehatan yang ada di Kabupaten Merauke lebih besar disebabkan oleh pola berpikir masyarakat yang mempengaruhi perilaku sehat mereka, dengan kata lain PHBS yang masih rendah. Adapun pernyataan ini didukung oleh data sekunder dimana jumlah penerima asuransi BPJS sdh 80% dari jumlah penduduk Merauke. Sejauh ini tidak ada peraturan baik itu dari pusat ataupun peraturan daerah yang membatasi masyarakat dan individu untuk mendapatkan layanan kesehatan. Belum ada juga Peraturan yang menjamin pemerataan layanan bagi seluruh lapisan masyarakat. Sumber jaminan layanan kesehatan masyarakat yang ada di kabupaten Merauke dilihat dari jenis kepesertaannya ada BPJS Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) antara lain penerima upah, peserta bukan penerima upah (mandiri), kemudian PBI, PBI APBN, PBI JAMKESDA itu yang dijamin oleh Pemerintah Daerah. Permasalahan selama ini yang dihadapi hanya terjadi pada kelengkapan data persyaratan menjadi peserta untuk mendapatkan jaminan kesehatan, terutama pada kelompok populasi kunci yang pada umumnya tidak mempunyai Kartu Penduduk berdomisili di Merauke karena kelompok tersebut sering berpindah-pindah. Jika diprosentasikan alokasi anggaran untuk Program Pencegahan dan penanggulangan penyakit menular sebesar Rp 2.409.315.000,- dari total anggaran belanja daerah (88.067.320.392) maka didapatkan sebesar 2,74% tetapi jika prosentasi tersebut diperhitungkan dari belanja langsung (Rp 48.062.193.486) maka diperoleh sebesar 5,01% . Sedangkan dari sejumlah dana yang dialokasikan ke Program pencegahan dan penanggulangan penyakit menular, dana yang dialokasikan khususnya untuk pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular IMS dan HIV AIDS sebesar Rp 1.160.000.000 atau sebesar 48,15%. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa dinas kesehatan benar-benar serius dalam melaksanakan program pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS dan IMS. Terintegrasi parsial nya sub system pembiayaan berpengaruh terhadap efektivitas PMTS karena peran

serta daerah khusus nya APBD sangat membantu dalam pengadaan material pencegahan seperti pengadaan obat dan kebutuhan pelayanan IMS. Begitu juga dengan pengadaan dan distribusi kondom yang sangat terintegrasi.

Adapun masalah kesehatan yang prioritas yang merupakan lima besar kejadian penyakit di Merauke adalah TB, AIDS, Strok, Malaria dan ISPA. Mekanisme untuk mengetahui status kesehatan masyarakat secara berkala dilakukan oleh Pusat data yang ada di Bapeda melalui pertemuan berkala SKPD-SKPD Kabupaten Merauke. Melalui pusat data tersebut masyarakat dapat mengakses informasi berkaitan dengan situasi kesehatan khususnya HIV AIDS. Selain itu terdapat system di dinas kesehatan untuk mengakses layanan kesehatan khususnya HIV AIDS. Sumber informasi khusus HIV AIDS yang berlaku satu pintu yaitu melalui Dinas Kesehatan dalam hal ini unit pelaksana teknis Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR), dan di sebarakan oleh KPAD Kabupaten Merauke. Terdapat sektor terkait dan lembaga social masyarakat yang mendukung pelaksanaan program penanggulangan HIV AIDS di kabupaten merauke dan dalam menyusun perencanaan selama ini ada yang menggunakan data yang telah tersedia di dinas kesehatan tetapi ada juga yang datang dengan program yang sudah tersusun. Untuk Upaya layanan sudah terintegrasi parsial dan hal ini berpengaruh terhadap efeltifitas PMTS dimana disetiap layanan dasar yaitu puskesmas sudah tersedia layanan VCT , begitu juga di Pokja HIV/AIDS RSUD tersedia pemberian ARV gratis, dan didukung oleh mobile VCT. Persediaan pelayanan dasar pencegahan atau PMTS untuk HIV ini juga didukung oleh dukungan APBD pemerintah Kabupaten Merauke.

Peran KPA untuk mengkoordinir sektor-sektor yang terlibat dalam program pencegahan, penanggulangan HIV AIDS dan IMS khususnya dalam pencegahan PMTS telah terlihat dari terlaksananya pertemuan rutin KPA dengan pihak2 yang terlibat dalam program HIV AIDS dan IMS, terutama dinas kesehatan dan LSM khususnya Yasantho. Tertatanya system pencatatan pelaporan, tertatanya sistem rujukan, tertatanya system monitoring dan pengawalan perda semuanya ini merupakan wujud dari adanya sinergi fungsi dan peran pihak terkait yang dikoordinir oleh KPA. Jenis data yang dikumpulkan berkaitan dengan program pencegahan PMTS seluruhnya dilakukan oleh Pusat Kesehatan reproduksi (PKR) dinas Kesehatan dan pengobatan di laksanakan oleh RSUD Merauke. Data kesehatan lainnya di kumpulkan oleh Bapeda dan BPJS. System pengumpulan dan pelaporan semuanya dilakukan oleh PKR Dinas kesehatan jadi yang mengeluarkan laporan akhir pelaksanaan

program HIV AIDS dan IMS sudah melalui sumber yaitu dinas kesehatan yang kemudian disebar luaskan oleh KPA dan pusat data yang ada di BAPEDA Kabupaten Merauke. Sistem pelaporan melalui SIHA sempat mengalami kendala namun saat ini sudah berjalan lancar dan dalam perencanaan dan pengambilan kebijakan baik yang berasal dari pemerintah maupun lembaga social masyarakat telah menggunakan data bersumber dari dinas kesehatan. Sistem yang digunakan dalam menyebarkan informasi program HIV AIDS dan IMS pertemuan – pertemuan di KPA dan Dinas Kesehatan. Sub system informasi yang terintegrasi parsial berpengaruh terhadap pemanfaatan data PMTS, contohnya data-data pelayanan PMTS di pokja HIV RSUD dan di PKR yang selalu dimanfaatkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Merauke dan dimanfaatkan oleh KPAD khususnya saat ada pertemuan antara pemangku kepentingan, data-data tersebut akan menjadi pokok bahasan diskusi. Begitu juga dengan data distribusi dan penggunaan kondom dievaluasi pada saat ada pertemuan di KPAD antara KPAD, dinas kesehatan, LSM, BKKBN, dan kepala puskesmas.

Kabupaten Merauke banyak memiliki pegawai kontrak dan honorer khususnya bidan dan perawat, dimana pegawai kontrak sudah sebesar 40% dan PNS 60%. (profil dinas kesehatan Kabupaten Merauke). Tenaga yang bekerja di KPA statusnya Non PNS yang dianggap sudah mencukupi karena selain tenaga KPA ada juga tenaga dari komunitas penggiat HIV lainnya yang aktif membantu pelaksanaan program HIV AIDS. Dinas Kesehatan mempunyai kewenangan dalam penempatan atau pengelolaan SDM untuk pegawai kontrak, termasuk tenaga berstatus PNS namun terkadang pengaturannya dipengaruhi oleh permintaan khusus oknum pengambil kebijakan yang ada. Tenaga konselor untuk program HIV masih kurang dan perlu ditambah jumlahnya. Rekrutmen tenaga di luar PNS mereka langsung ke KPA. Program HIV masih membutuhkan pelatihan-pelatihan terutama tenaga konselor untuk program HIV karena masih kurang. Selain itu diperlukan pembinaan bagi petugas untuk merubah pola pikir petugas dalam pelayanan HIV agar tidak hanya memberikan pelayanan pengobatan tetapi mulai dari pencegahan sampai mitigasi dampak dan juga penyadaran petugas akan pentingnya penanggulangan HIV di pelayanan kesehatan dasar. Sumber dana untuk SDM program HIV berasal dari APBD (Otsus) baik itu tenaga honor ataupun kontrak dan tidak ada insentif untuk petugas HIV. Sub system sumber daya manusia yang masih terintegrasi parsial menjadi penghambat dalam efektifitas PMTS dimana masih dibutuhkan jumlah tenaga untuk penyuluhan peningkatan kesadaran populasi beresiko, dan monitoring

perilaku populasi beresiko. Begitu juga di puskesmas dan di PKR yang masih membutuhkan peningkatan jumlah petugas kesehatan untuk PMTS. Sama halnya dengan pelatihan dan sertifikasi untuk PMTS masih harus ditingkatkan untuk mendorong efektifitas PMTS.

Perencanaan dan distribusi untuk obat dan logistik dilakukan oleh RSUD dan PKR, perencanaan dan distribusi kondom oleh KPA dan PKR. Kebutuhan Puskesmas untuk obat dan alkes VCT diperoleh dari PKR dan Rumah Sakit. Pengadaan, penggunaan dan distribusi obat ARV dilakukan oleh pokja RS. Pengadaan Kondom ada yang dilakukan oleh BKKBN melalui Badan Pemberdayaan Perempuan dan KB kabupaten dan diberikan kepada KPA lalu KPAD memberikan nya kepada Agen (jml 4, sebanyak 89 outlet). Kondom lainnya berasal dari KPAN melalui KPAD kabupaten. Kondom mandiri pengadaannya oleh PKR dan langsung di drop ke outlet (32 ol). Sumber kondom lainnya dari kantor kesehatan pelabuhan dgn target kawasan pelabuhan darat laut udara. Diserahkan ke KPA dan dilanjutkan ke outlet wilayah kerja pelabuhan. Sumber pendanaan Obat dan Alkes berasal, DAK dan kalau terjadi kekurangan obat di beli menggunakan DAU sedangkan dana Otsus tidak boleh diperuntukkan membeli obat. Selama ini tidak pernah terjadi kekurangan obat dan perbekalan kesehatan termasuk ketersediaan kondom.

KPAD sudah aktif dalam mengumpulkan SKPD-SKPD lainnya dalam pertemuan diskusi program dan capaian. Pelaksanaan forum aspirasi sudah berjalan dengan baik seperti wadah untuk berkomunikasi. Populasi kunci sudah berpartisipasi aktif dalam pelayanan kesehatan melalui kegiatan promotif dan penggerakan massa, demikian juga masyarakat dalam mendukung layanan kesehatan contoh nya sebagai kader, membantu pelaksanaan survey, dan pendampingan bagi kelompok ODHA. Masyarakat juga sudah dapat mengakses dana bersumber APBD melalui pelatihan –pelatihan dan kegiatan lainnya. Partisipasi masyarakat yang terintegrasi penuh menjadi pendorong untuk efektifitas PMTS dimana kelompok masyarakat ikut berpartisipasi dalam pencegahan HIV/AIDS, dan ada nya organisasi gereja yang turut serta dalam program PMTS seperti edukasi dan pendampingan terhadap populasi kunci. Penanggung jawab lokalisasi juga turut berperan dalam membantu petugas PKR dan puskesmas dalam monitoring kondom dan pengawasan keharusan pemeriksaan IMS.

B. Rekomendasi

1. Pemerintah Daerah Kabupaten Merauke harus mengikuti undang-undang otsus yang mengharuskan alokasi anggaran kesehatan hingga 15 % karena di tahun 2015 baru mencapai 12,73 %. Dengan memberikan komitmen melalui penganggaran yang maksimal akan berkontribusi untuk memastikan implementasi berbagai kegiatan PMTS di Merauke.
2. Perlu dibentuk sistem yang mengatur keterlibatan lembaga sosial di Kabupaten Merauke supaya dukungan kondusif yang dilakukan oleh berbagai tokoh masyarakat dan LSM semakin kuat dan tersinergikan dengan mekanisme yang sudah ada.
3. Pemerintah daerah melalui Bapeda perlu mengawal pelaksanaan program HIV dan AIDS sesuai dengan yang tertera didalam renstra kabupaten yang memberikan target 100% untuk pelayanan pencegahan penanggulangan HIV dan AIDS untuk mengurangi infeksi baru HIV dan IMS. Dengan kata lain ada komitmen dari pemerintah untuk kesinambungan program PMTS di Kabupaten Merauke dengan cara memasukkan program PMTS dalam Renstra dinas kesehatan di periode berikutnya dengan dukungan APBD yang diharapkan alokasinya meningkat disetiap periode yang tujuannya untuk meningkatkan cakupan pelayanan PMTS, meningkatkan pengobatan Infeksi Oportunistis, dan peningkatan insentive petugas PMTS.
4. Pemerintah daerah perlu membuat kebijakan khusus bagi populasi kunci yang tidak dapat menjadi peserta salah satu jaminan kesehatan karena terkendala dengan persyaratan.
5. Dinas Kesehatan bekerja sama dengan Bapeda perlu menambahkan tenaga konselor terlatih dan tenaga kesehatan bersertifikasi untuk program HIV AIDS dan IMS, dan dukungan pembinaan terus menerus melalui mekanisme yang sudah ada melalui PKR dengan penambahan peningkatan target dan prosentasi pelatihan bagi tenaga-tenaga kesehatan di tingkat layanan primer (PKM). Penambahan ini bisa melalui advokasi pemerintah pusat untuk meningkatkan porsi penerimaan PNS untuk petugas kesehatan yang akan bekerja di PKR atau puskesmas dalam program PMTS, atau juga dapat melaksanakan penerimaan honor daerah dan tenaga kontrak untuk program PMTS. Kemudian honor daerah yang sudah mengabdikan untuk program PMTS di PKR dan Puskesmas sebaiknya diusulkan untuk menjadi tenaga tetap.

6. Diperlukan alokasi dana untuk insentif bagi petugas HIV AIDS di semua unit teknis karena sesuai dengan temuan penelitian dan perbandingan studi lain bahwa petugas kesehatan untuk program HIV/AIDS khusus nya PMTS sangat membutuhkan dukungan material dari pemerintah untuk meningkatkan kinerja mereka.

Daftar Pustaka

- Atun, R. et al. 2010. Integration of Targeted Health Interventions into Health Systems: a Conceptual Framework for Analysis. *Health Policy and Planning*. 23: 104-111.
- Atun, R. 2012. Commentary Health Systems, Systems Thinking and Innovation, *Health Policy and Planning*, Oxford University Press in Association with The London, of Hygiene and Tropical Medicine, 27: iv4-iv8
- Benatar Salomon R. 2004. Health Care Reform and the Crisis of HIV and AIDS in South Africa. *The New England Journal of Medicine*. 351 : 81-92.
- Biesma RG, Brugha Ruairi, Harmer A, Walsh A, Spicer N, Walt G. 2010, The effect of Global Health Initiatives on Country health Systems: a Review of the Evidence from HIV/AIDS Control. *Health Policy and Planning*. 24:239-252.
- Brook, R. and Lohr, K.N. 1991. Efficacy, Effectiveness, Variations and Quality: Boundary-crossing Research. RAND Publication Series, U.S. Department of Health and Human Services. Downloaded from <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/notes/2007/N3368.pdf>, accessed at April 1, 2015.
- Car, L.T., van Velthoven, M. H. M. M. T., Brusamento, S., Elmoniry, H., Car, J., Majeed, A., Tugwell, P., Welch, V., Marusic, A., Atun. R. 2012. Integrating Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Programs to Improve Uptake: A Systematic Review. Published: April 27, 2012 DOI: 10.1371/journal.pone.0035268
- Cash-Gibson L, Rosenmoller M. 2014. Project INTEGRATE - a common methodological approach to understand integrated health care in Europe. *International Journal of Integrated Care*, Oct–Dec; URN:NBN:NL:UI:10-1-114802.
- Coker R et al. 2010. Conceptual and Analytical Approach to Comparative Analysis of Country Case Studies: HIV and TB Control Programmes and Health Systems Integration. Oxford University Press in Association with the London School of Hygiene and Tropical Medicine. *Health Policy and Planning*. 2010;25:i21-i-31
- Corbin J.H. and Mittlemark M.B. 2008. Partnership lessons from the Global Programme for Health Promotion Effectiveness: a case study. *Health Promotion International*. Vol 23 no. 4

- Global Fund. 2011. Monitoring and Evaluation Toolkit: HIV, Tuberculosis, Malaria and Health and Community Systems Strengthening.
- Green J, Thorogood N. 2009. Qualitative Methods for Health Research. 2nd edition. Los Angeles: Sage.
- Grepin KA, Reich MR. 2008. Conceptualizing Integration: A Framework for Analysis Applied to Neglected Tropical Disease Control Partnerships. *Neglected Tropical Disease*, 2 (4):e174.
- Gurnani V., Beattie TS., Bhattacharjee P., CFAR Team., Mohan HL., Maddur Srinath., Washington Reynold., Isac S., Ramesh BM., Moses S., Blanchard J. 2011. An Integration Structural Intervention to Reduce Vulnerability to HIV and Sexually Transmitted Infections Among Female Sex Workers in Karnataka State South India. *BMC Public Health*. 11 : 755.
- Hanvoravongchai, P., Warakamin, B., Coker, R. 2010. Critical Interactions between Global Fund-Supported Programmes and Health Systems: a Case Study in Thailand. *Health Policy and Planning*, 25:i53-57.
- Kang D., Xiaorun Tau., Meizhen Liao., Jianzhou Li., Na Zhang., Xiaoyan Zhu., Xiaoguang Sun., Bin Lin., Shengli Su., Lianzheng Hao., Yujiang Jia. 2013. An Integrated Individual, Community, and Structural Intervention to Reduce HIV/STI Risks Among Female Sex Workers in China. *BMC Public Health*. 13 : 717.
- Kawonga M, Blaauw D, Fonn S. 2012. Aligning Vertical Interventions to Health Systems: a Case Study of the HIV Monitoring and Evaluation System in South Africa. *Health Research Policy and Systems*, 10:2.
- Kawonga M, Fonn S, Blaauw D. 2013. Administrative Integration of Vertical HIV Monitoring and Evaluation into Health Systems: a Case Study from South Africa. *Global Health Action*, 6:19252 <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.19252>.
- Lee, K. 2010. Civil Society Organizations and the Functions of Global Health Governance: What Role within Intergovernmental Organizations? *Global Health Governance* vol. III, no. 2 (Spring 2010)
- Lindgren M.L., Kennedy C.E., Bain-Brickley D, Azman H, Creanga A.A., Butler L.M., Spaulding A.B., Horvath T, Kennedy G.E., 2012. Integrating HIV/AIDS Services with Services Focused on the Health of Mothers, Infants and Children, as well as on Nutrition and Family Planning.

- Maher, D. 2010. Re-thinking Global Health Sector Efforts for HIV and Tuberculosis Epidemic Control: Promoting Integration of Program Activities within Strengthened Health System. *BMC Public Health*, 10:394.
- National AIDS Commission. 2010. Indonesia Monitoring and Evaluation Plan for HIV and AIDS: 2010 – 2014
- Paltiel, D.A.; Weinstein, M.C. ; Kimmel, A.D.; Seage, G. R. ; , Losina, E.; Zhang, H.; Freedberg, K.A.;, and Walensky, R.P. 2005. Expanded Screening for HIV in the United States — An Analysis of Cost-Effectiveness. *N Engl J Med* 2005; 352:586-595 February 10, 2005 DOI: 10.1056/NEJMsa042088 <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsa042088>
- Phillips, C. and Thompson, G. 2009. What is Cost-Effectiveness? *Health Economics*. Hayward Medical Communication.
- Pope C., Ziebland S., Mays N. 2000. Analysing Qualitative Data: Qualitative Research in Health Care. *BMJ*, 320: 114-116.
- Ritchie J., Spencer L. 2003. Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers. London: Sage.
- Sadler, B. 1996. International Study of the Effectiveness of Environmental Assessment, Final report. Ottawa, Canadian Environmental Assessment Agency.
- Schillinger, D. 2010. *An Introduction to Effectiveness, Dissemination and Implementation Research*. P. Fleisher and E. Goldstein, eds. From the Series: UCSF Clinical and Translational Science Institute (CTSI) Resource Manuals and Guides to Community-Engaged Research, P. Fleisher, ed. Published by Clinical Translational Science Institute Community Engagement Program, University of California San Francisco. Downloaded from http://ctsi.ucsf.edu/files/CE/edi_introguide.pdf, accessed at April 1, 2015.
- Sheikh A., Halani L., Bhopal R., Netuveli G., Partridge M., Car J., et al. 2009. Facilitating the Recruitment of Minority Ethnic People into Research: Qualitative Case Study of South Asians and Asthma. *PLoS Med*, 6(10):1-11.
- Shigayeva A, Atun R, Mc Kee M, and Coker, R. 2010. Health Systems, Communicable Diseases and Integration, *Health Policy and Planning*, 25: i4-i20.
- Sweeney, S., Obure, C.D., Maier, C.B., Greener, R., Dehne, K., Vassall, A. 2012. Cost and Efficiency of Integrating HIV/AIDS Services with Other Health Services: a Systematic Review of Evidence and Experience. *Sex Transm Infect*, 88: 85-99.

- Smith, J. and Firth, J. 2011. Qualitative Data Analysis: The Framework Approach, *Nurse-researcher*, 18(2): 52-62.
- Song, Dahye L. and Altice, Frederick L. and Copenhaver, Michael M. and Long, Elisa F. 2015. Cost-effectiveness analysis of brief and expanded evidence-based risk reduction interventions for HIV-infected people who inject drugs in the United States. *PLoS One*, Num. 2, Volume 10. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0116694>
- Tanwar, S.S., Bharat B. Rewari. 2013. Integration of Healthcare Programs: A Long-term Policy Perspective for a Sustainable HIV Program for India. *Indian Journal of Public Health*, Volume 57, Issue 3, July-September, 2013.
- Travis, P., Bennett, S., Haines, A., Pang T., Bhutta Z., Hyder, A.A., Pielemeier N.R., Mills, A., and Evans, T. 2004. Overcoming Health-Systems Constraints to Achieve the Millenium Development Goals. *The Lancet*. 364 (9437): 900-6.
- Walensky, R. P., Freedberg, K. A., Weinstein, M.C., and Paltie, D.A. 2006. Cost-Effectiveness of HIV Testing and Treatment in the United States. *Oxford Journals Medicine & Health Clinical Infectious Diseases*. Volume 45, Issue Supplement 4Pp. S248-S254. http://cid.oxfordjournals.org/content/45/Supplement_4/S248.short
- WHO. 2001. Strategic alliances: The Role of Civil Society in Health. Discussion Paper No. 1 CSI/2001/DP1. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2006. The Essential Role of Civil Society, Chapter 9 in Global 2006 Report. Downloaded from http://www.who.int/hiv/mediacentre/2006_GR_CH09_en.pdf
- WHO. 2008. Integrated Health Services. What dan Why. *Technical Brief* no. 1, May. 2008. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2008. Community involvement in tuberculosis care and prevention: Towards partnerships for health. Geneva: World Health Organization.
- Wilson David. 2015. HIV Program For Sex Workers : Lessons and Challenges For Developing and Delivering Programs. *PLOS Medicine*. 12 (6) : e1001808.



**Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan
Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada**

Gedung IKM Baru Sayap Utara
Jl. Farmako Sekip Utara Yogyakarta 5528
email: chpm@ugm.ac.id
Telp/Fax (hunting) (+62274) 549425

<http://kebijakanidsindonesia.net>
Kebijakan AIDS Indonesia
@KebijakanAIDS